



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

L'Union Médicale
du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

**ADMINISTRATION
ET SECRÉTARIAT**

326 est, boul. Saint-Joseph
Montréal

Tél.: LAncaster 9888

SECRÉTARIAT

128, rue Sainte-Anne
Québec

★★★★ Formation
professionnelle



C'est avec une philosophie socratique profonde que François Bacon énonça un jour ces paroles: "Chaque personne se doit à sa profession." La vérité de cette déclaration est toute aussi évidente de nos jours que lorsqu'elle a été faite il y a près de trois cent ans. Elle s'applique particulièrement au domaine de la médecine, alors qu'il est essentiel que toute réussite académique soit secondée par des préceptes et des exemples. Les médecins acceptent leurs responsabilités avec enthousiasme et ils se font un plaisir de placer leurs diverses expériences à la portée de tous ceux qui désirent les connaître.

Dans le même ordre d'idée, une certaine responsabilité incombe aux fabricants de produits pharmaceutiques et médicinaux. Les nouveaux développements résultent nécessairement des anciennes méthodes. Depuis soixante-dix ans, les dirigeants d'Eli Lilly and Company se sont toujours vivement intéressés aux nouvelles découvertes et aux nouvelles techniques, sans toutefois négliger l'expérience des anciens. La qualité est toujours de première considération dans les Laboratoires Lilly et, à partir du choix des matières premières jusqu'à l'inspection et l'épreuve finale des produits, il n'existe aucun compromis. Chaque préparation Lilly doit être digne du nom qu'elle porte.

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

Lilly

NC FRÈRES · POULENC FRÈRES · POULENC

· POULENC

FRÈRES ·

Nom et Renom

Le nom *Poulenc* apposé sur des médicaments aussi précieux que la Pénicilline, constitue votre assurance d'obtenir une spécialité de choix.

NC FRÈRES · POULENC FRÈRES · POULENC

· POULENC FRÈRES ·

FRÈRES ·



NC FRÈRES

POULENC

· POULENC

FRÈRES ·

NC FRÈRES

POULENC

· POULENC

FRÈRES ·

FRÈRES ·

NC FRÈRES · POULENC FRÈRES · POULENC

· POULENC FRÈRES · POULENC FRÈRES ·

Laboratoires Poulenc Frères

DU CANADA LIMITÉE - MONTRÉAL

★

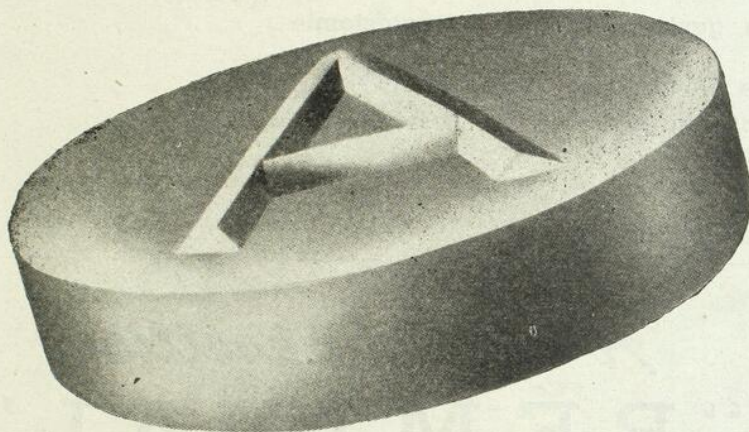
★

PÉNICILLINE PAR VOIE BUCCALE

“CILLENTA”

COMPRIMÉS

Nouveau dosage



50,000 unités internationales par comprimé

La tendance actuelle est de prescrire la pénicilline en doses plus élevées qu'auparavant.

Aussi la maison Ayerst, McKenna & Harrison Limitée a-t-elle décidé de préparer, pour la commodité du médecin et du patient, les comprimés “Cillenta” (No 852), dosés à 50,000 unités internationales, en plus des comprimés “Cillenta” (No 851), dosés à 25,000 unités internationales.

Les deux dosages sont présentés en tubes de 12 comprimés.



SOMMAIRE

BULLETIN

Roma AMYOT	
Vers la France ou vers les Etats-Unis	1125
• • •	
José F. BRUN	
Les dermatoses en relation avec les avitaminoses et leurs traitements	1128
• • •	
Jean LeSAGE	
Traitement hygiénique et thérapeutique de l'ulcère gastrique et duodéal	1139
• • •	
Charles LEFRANÇOIS	
Les indications opératoires dans l'ulcère gastro-duodéal	1145

RECUEIL DE FAITS

E. SAMSON	
Un cas de gastro-duodéno-pancréatectomie	1152
• • •	
LaSalle LABERGE et Raymond BOISVERT	
Interventions chirurgicales et tuberculose pulmonaire	1157
• • •	
P.-E. JULIEN	
Un cas de rétinoblastome	1159

A votre disposition "BÉMINAL" Complexe B

Le groupe des préparations Ayerst renfermant le complexe vitaminique B présente six solutions au problème de l'administration de ces vitamines... une variété de formes et de dosages qui facilite le choix du traitement le mieux approprié à chaque patient.



BES-MIN

Un excellent tonique stimulant, agréable au goût.
Formule par cuillerée à soupe (15cc.)

VITAMINES	
B ₁ (Chlorure de Thiamine)	12 milligrammes
B ₂ (Riboflavine)	668 microgrammes
B ₆	100 milligrammes
Acide Nicotinique	10 milligrammes
Acide Pantothenique	268 microgrammes
Filtrat (Jukes-Lepkovsky)	18 unités

MINÉRAUX	
Glycérophosphate de Calcium	1255 milligrammes
" Manganèse	2.2 milligrammes
" Sodium	13.4 milligrammes
" Potassium	118 milligrammes
"	23.8 milligrammes
Phosphore	15 c.c.
Véhicule stomacal et digestif Q. S.	

Indications
Névrites, anorexie, fonctionnement gastro-intestinal défectueux, retard de croissance chez les nourrissons chaque fois que ces troubles relèvent d'une avitaminose B. Avant et après les interventions chirurgicales, au cours de la grossesse et de la lactation, pendant la convalescence des maladies infectieuses, dans l'alcoolisme, etc., afin d'assurer dans l'organisme un taux normal du Complexe Vitaminique B.

Perfectionnement thérapeutique du
COMPLEXE VITAMINIQUE "B"
NATUREL

en association avec les
SELS MINÉRAUX ESSENTIELS

Produit des

LABORATOIRES ANDROMACHUS

22 East 49th Street, New York City - New York, U.S.A.

Fabricants et Concessionnaires au Canada :

ROUGIER FRÈRES

350 rue Le Moyne

Montréal

AVANTAGES DU BES-MIN

1. BES-MIN fournit les sels minéraux en même temps que le Complexe Vitaminique B nécessaires au métabolisme normal.
2. BES-MIN renferme le Complexe Vitaminique B NATUREL (extrait du son de riz).
3. BES-MIN est très agréable au goût et possède des propriétés apéritives remarquables.
4. BES-MIN possède également des propriétés digestives et stomacales grâce à son véhicule spécial.
5. BES-MIN contient une faible teneur alcoolique (seulement 5%), ce qui en permet l'administration aux enfants et même aux nourrissons.
6. BES-MIN n'est présenté que sous forme liquide pour une meilleure absorption.
7. BES-MIN est un produit de prescription strictement médicale.

Présenté en flacons de 12 oz., 1/2 et 1 gallon.

SOMMAIRE

(Suite)

REVUE GÉNÉRALE

Réal DORÉ	
Les indications du traitement médical, chirurgical et radiologique du goitre	1161
Henri LALIBERTÉ et Maurice TURCOTTE	
Le traitement de l'angine de poitrine et de l'infarctus du myocarde en clientèle journalière	1168
Lionel GROLEAU	
Les traumatismes de la main	1176
Adélarde TÉTREAU	
Maladie de cœur rhumatismale	1183

MOUVEMENT MÉDICAL

Armond GRATTON	
Diabète et chirurgie	1188
Jules THÉBAUD	
Le problème du traitement de la pyorrhée alvéolaire devant la profession médicale	1191



UN COLLYRE ISOTONIQUE

Moderne



La MURINE est une solution isotonique additionnée de substances-tampons que l'on peut employer sans crainte d'irriter la conjonctive ou la cornée. Le pH de la formule de la Murine est d'environ 8.0. Cette solution est isotonique avec les larmes et elle répond aux plus modernes desiderata d'un collyre, en ce sens qu'elle adoucit et nettoie sans irriter.

La formule de la Murine contient les ingrédients suivants: bicarbonate de potassium, borate de potassium, acide borique, chlorhydrate de berberine, glycérine, chlorhydrate d'hydrastine, 'merthiolate' (éthylmercuréthiosalicylate de soude, Lilly) .001% et eau distillée.

L'acide borique est avantageusement utilisé dans une faible concentration (1.4830). Une proportion plus élevée, combinée aux autres sels, rendrait la Murine hypertonique pour les yeux et, par conséquent, lui enlèverait son action apaisante et occasionnerait les symptômes de congestion légère et d'irritation.

Le borate de potassium et le bicarbonate de potassium sont légèrement alcalins et agissent comme désinfectant et léger astringent. Ils agissent simultanément avec l'acide borique, légèrement antiseptique.

La glycérine est employée pour deux raisons spécifiques: 1) elle règle la solution Murine à l'exacte tonicité des larmes; 2) elle garde la conjonctive humide.

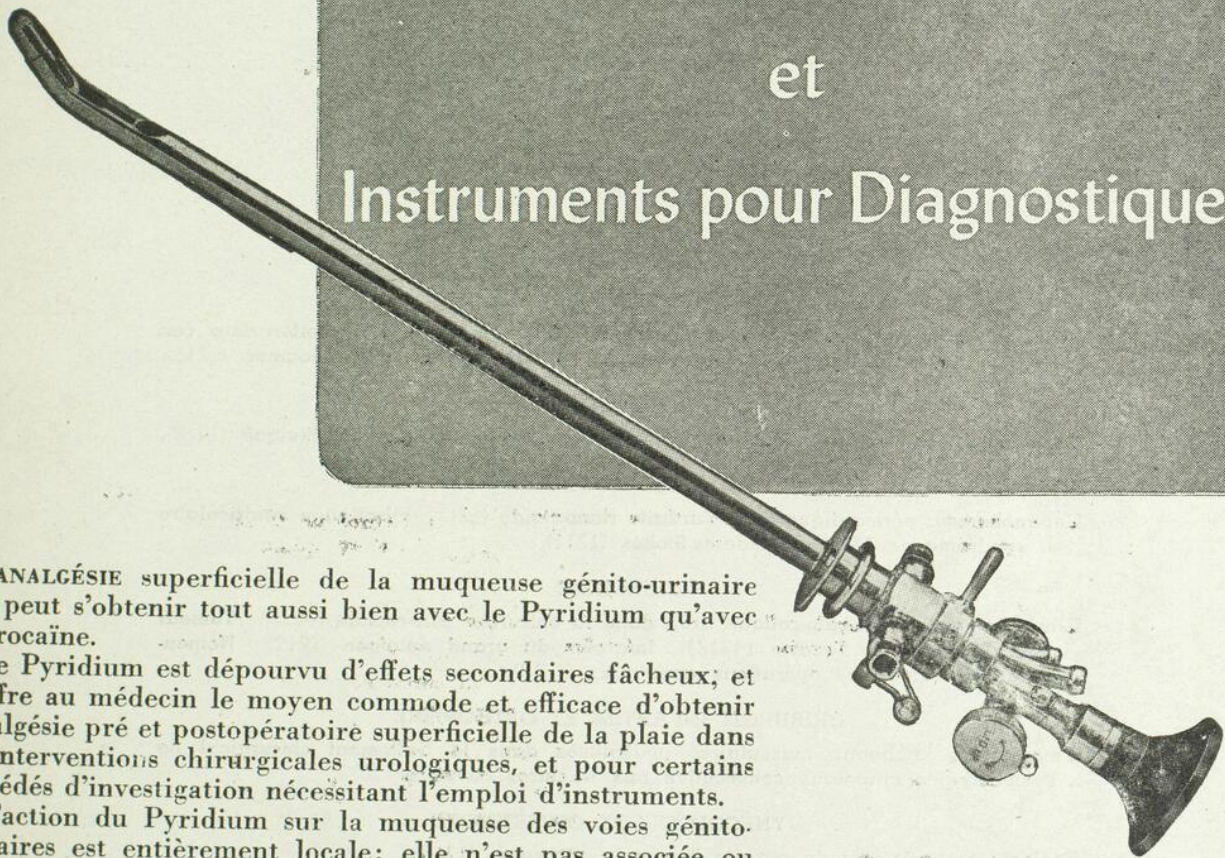
La berberine a un but bien utile. Depuis plusieurs années il est reconnu que l'alcaloïde berberine en solutions alcalines offre un astringent thérapeutique efficace dans les affections inflammatoires et catarrhales de la membrane muqueuse. L'action thérapeutique de la berberine sur la muqueuse est augmentée par le chlorhydrate d'hydrastine. A ces ingrédients, une solution à 1% de 1-1000 de 'merthiolate' est ajoutée, car il a été démontré par des recherches expérimentales dans nos laboratoires que cette solution était suffisante pour enrayer la formation de moisissure.

La méthode de composition des ingrédients précités élimine toutes les réactions secondaires, de même que la formation d'accumulation chimique imprévue, garantissant ainsi la véritable proportion non falsifiée de la formule comme produit final.

La formule de la Murine est en règle avec les données de tous les facteurs récents désirables dans un collyre. Elle est isotonique avec les larmes, elle constitue une solution véritable additionnée de substances-tampons; elle contient des astringents doux et efficaces et un antiseptique. Tout cet ensemble forme une préparation apaisante, purifiante et cependant des plus efficaces dans le traitement d'irritations légères des yeux.

THE MURINE COMPANY
TORONTO - ONTARIO

Analgésie Urogénitale
Efficace
en Chirurgie Urologique
et
Instruments pour Diagnostiques



L'ANALGÉSIE superficielle de la muqueuse génito-urinaire peut s'obtenir tout aussi bien avec le Pyridium qu'avec la procaine.

Le Pyridium est dépourvu d'effets secondaires fâcheux; et il offre au médecin le moyen commode et efficace d'obtenir l'analgésie pré et postopératoire superficielle de la plaie dans les interventions chirurgicales urologiques, et pour certains procédés d'investigation nécessitant l'emploi d'instruments.

L'action du Pyridium sur la muqueuse des voies génito-urinaires est entièrement locale; elle n'est pas associée ou due à l'action sédatrice ou narcotique générale.

L'absence de toxicité est une des particularités du Pyridium, ce qui permet son administration pratiquement sans effets toxiques appréciables.

Le Pyridium confère à l'urine une couleur rouge-orange, tachant temporairement la muqueuse génito-urinaire, ce qui peut à un certain moment rendre plus difficile la découverte du foyer inflammatoire ou autres modifications.

Pour la cystoscopie, les méthodes d'investigation cystoscopiques et un traitement urétral, une once de solution de Pyridium est injectée dans l'urètre et la vessie et retenue au moyen du clamp urétral pendant 10 minutes. La solution est alors enlevée, puis une autre injection de 15 cc. est de nouveau administrée et retenue pendant 5 minutes.

Pyridium est la marque de fabrique canadienne déposée du produit fabriqué par Pyridium Corporation.

PYRIDIUM

Marque de commerce déposée
(Mono-hydrochlorure de phenylazo-
alpha-alpha-diamino-pyridine)

Une décade de service
dans les infections
génito-urinaires

SOMMAIRE

(Suite)

ÉDITORIAL

- Roma AMYOT
L'administration du Tridione doit être surveillée 1194
- Roger-R. DUFRESNE
A propos de Démérol 1195

MÉDECINE SOCIALE ET INDUSTRIELLE

- Adrien PLOUFFE
La propagande d'hygiène et la médecine contemporaine 1197
- F.-J. TOURANGEAU
Le problème de la pneumoconiose sous son aspect industriel 1201
-
- "L'Union Médicale du Canada" en 1877 1205
- ANALYSES 1208

MÉDECINE

Un quart de siècle de recherche en médecine (1208). La maladie de Reiter: deux cas (1210). La pénicilline dans le traitement de l'abcès putride du poumon (1210).

PHTISIOLOGIE

Les lésions tuberculeuses minimales des poumons. Leur signification clinique (1210).

CARDIOLOGIE

L'épanchement péricardique dans l'arthrite rhumatoïde (1211). Fibrillation ventriculaire et syndrome de Morgagni-Adams-Stokes (1211).

CHIRURGIE

L'anus temporaire angulo-colique droit dans la chirurgie colo-rectale (1212). Tumeur masculinisante de l'ovaire (1212). Infarctus du grand épiploon (1212). Nomenclature de certaines opérations gastriques (1213).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

L'emploi de lambeaux musculaires pédiculés dans le traitement chirurgical de l'ostéomyélite chronique consécutive aux fractures ouvertes (1213).

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Étiologie et traitement du pyrosis durant la grossesse (1215).

NEURO-PSYCHIATRIE

Anémie aplastique et agranulocytose après emploi du Tridione (1216). Anémie aplastique mortelle par usage du Tridione et d'un hydantoin (1216).

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Bourdonnements d'oreille, surdité et vertiges (1217).

ÉLECTRO-RADIOLOGIE

L'évacuation de la vésicule biliaire normale après coloration par le Priodax (1218).

- SOCIÉTÉS 1219
Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec: séance du 15 mars 1946 (1219); séance du 5 avril 1946 (1219).
- REVUE DES LIVRES 1221
- NÉCROLOGIE 1223
- NOUVELLES 1224

TOCOPHEREX

de **SQUIBB**



Chaque capsule contient 50 milligrammes de tocophérols composés équivalant, en activité de la vitamine E, à 30 milligrammes de a-tocophérol.

Le Tocopherex contient la vitamine E, provenant d'huiles végétales par distillation moléculaire, sous une forme plus concentrée, plus stable et plus économique que celle qui provient du germe de blé.

Tocopherex

de **SQUIBB**

Documentation sur demande

E. R. Squibb & Sons of Canada, Ltd., 36 Caledonia Road, Toronto.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872

●
DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson

Professeurs E.-P. Benoit, J.-A. Leduc, D. Masson,

T. Parizeau, J.-N. Roy, E. Saint-Jacques (Montréal).

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE.

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, Antonio Barbeau, Albert Bertrand, R. Boucher, A. Comtois, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Albert Jutras, Renaud Lemieux, Albert LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, L.-P. Petitclerc, 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

Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef

Edouard Desjardins

Secrétaire adjoint à Montréal

Roger Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire de la Rédaction

Pierre Smith

Secrétaire adjoint à Québec

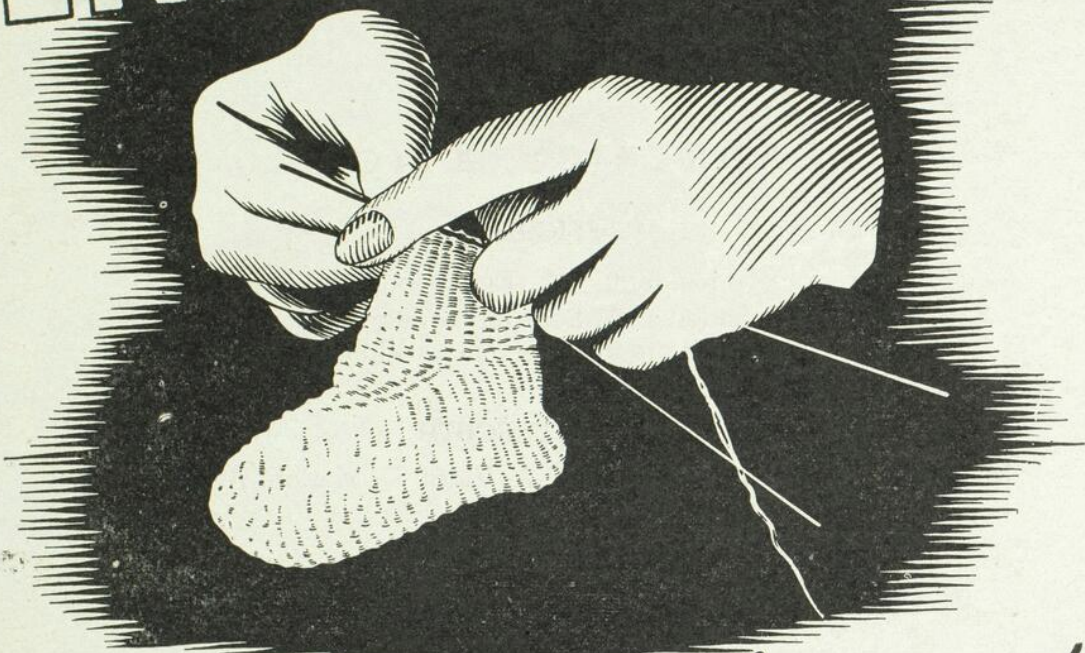
Maurice Beaudry

128, rue Sainte-Anne.

BUREAU DE COLLABORATION

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

ENDO-PLEX-D



la grossesse et l'allaitement

Entraînent une décalcification intense chez la maman qui doit pourvoir aux besoins calciques du fœtus et du nourrisson.

Il importe donc au praticien de combler cette déficience en utilisant une médication calcique entièrement assimilable.

L'ENDO-PLEX-D par ses composés calciques, minéraux et organiques apporte à la femme enceinte et à la nourrice l'excédant de calcium dont elles ont besoin. Il facilite l'ossification et la dentition et en combat les états pathologiques.

ENDO-PLEX-D

Laboratoires "National" Limitée

Agents généraux au Canada :

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

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: J.-A. Denoncourt
Vice-Présidents: A. Bertrand et Jean Saucier
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

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

VI-MAGNA*

Lederle



Les déficiences vitaminiques polyvalentes n'ont d'égards pour personne. Elles s'attaquent au riche comme au pauvre, à l'homme intelligent comme au sot, au citadin comme au paysan. Géographiquement, elles s'étendent par tout l'univers, et elles se rencontrent chez des sujets de tous les âges, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse.

Dans la pratique courante, le clinicien pourrait adopter la règle suivante: « Tout malade est, en puissance, un cas de déficience vitaminique jusqu'à preuve du contraire. » Sous leurs différentes formes, les VI-MAGNA sont de plus en plus employées par le corps médical pour la prévention des déficiences vitaminiques polyvalentes.

LENTABS* VI-MAGNA —
Flacons de 50, 100, 250 et 1,000 Lentabs.

CLIPSULES* VI-MAGNA —
Flacons de 100 et 500 clipsules.

*Nom déposé.

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION,
NORTH AMERICAN CYANAMID LIMITED**

FORMULES

LENTABS* VI-MAGNA LEDERLE

Pour adultes et enfants

Vitamine A	5,000 U.I.
Vitamine D (Vioستérol)	500 U.I.
Acide Ascorbique (C)	30 mg.
Chlorhydrate de Thiamine (B ₁)	3 mg.
Riboflavine (B ₂)	2 mg.
Niacinamide	20 mg.
**Chlorhydrate de Pyridoxine (B ₆)	0.2 mg.
Avec excipients, aromatisant et colorant artificiel.	

**La signification de cette vitamine dans la nutrition de l'homme n'a pas été établie.

CLIPSULES* VI-MAGNA LEDERLE

Pour jeunes enfants et nourrissons

Vitamine A	3,000 U.I.
Vitamine D (Vioستérol)	800 U.I.
Chlorhydrate de Thiamine (B ₁)	0.4 mg.
Riboflavine (B ₂)	0.6 mg.
Niacinamide	4.0 mg.
Acide Ascorbique (C)	30.0 mg.

1396 ouest, rue Ste-Catherine, Montréal, P. Q

Dépôts: 883, rue Howe, Vancouver, C. B. — 10056,
100e rue, Edmonton, Alta. — 64-66 est, rue Gerrard,
Toronto, Ont. — 219, rue Kennedy, Winnipeg, Man. —
181, rue Union, Saint-Jean, N.-B.

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

R.-E. VALIN.

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Donatien MARION

326 est, boul. St-Joseph
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Donatien MARION, Montréal.

Hermile TRUDEL, Montréal.

Chs. VÉZINA, Québec.

Eugène GAULIN, Ottawa.

J.-B. JOBIN, Québec.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,

1990 est, rue Rachel,
Montréal.COMITÉ DU XVIII^e CONGRÈS

Chs VÉZINA, Président.

Eugène GAULIN, 1er Vice-président.
A. FONTAINE, 2e "
Albert SORMANY, 3e "
G. LACASSE, Sén., 4e "

Richard GAUDET, 5e Vice-président
J.-A. DENONCOURT, 6e "
J.-B. JOBIN, Secrétaire.
C.-A. GAUTHIER, Trésorier.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,
J.-H. LAPOINTE,

Albert PAQUET,
Chs-N. DeBLOIS.

J.-A. JARRY.

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal . . .	1946	LACHARITE, V., St-Célestin . . .	1948
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville . . .	1948	LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa . . .	1946
BAILLY, Rolland, St-Pie de Bagot, P. Q.	1948	LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H.	1948
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta	1946	LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal	1948
BELIVEAU, P., Méthégan, N.-E.	1948	LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec	1948
BIBAUD, B., Valleyfield	1948	MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, S.-Laurent	1948
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal	1948	MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan	1946
BLANCHET, R., 7, Couillard, Québec	1948	MORRISSETTE, Pierre, St-Georges, Beauce	1948
BOHEMIER, Anatole, 3425, St-Hubert, Montréal	1948	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River	1948
CARON, Sylvio, Mastai, Québec	1948	PANNÉTON, Auguste, Trois-Rivières	1946
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal	1946	PELLETIER, A., Winchendon, Mass.	1946
COLLIN, Donat, St-Boniface, Manitoba	1946	PERRAS, J.-E., Hull	1948
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville	1946	PERRON, Jos., Shawinigan Falls	1946
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec	1948	PIETTE, Edmond, Joliette	1946
DESROCHERS, J.-E., 4305, St-Hubert, Montréal	1946	POWERS, A., Hull	1946
DOMINGUE, Albert, Granby	1948	RICHARD, L.-A., 168 est, avenue Laurier, Ottawa	1946
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal	1946	RIOUX, J.-Emile, Ste-Anne des Monts	1948
DUBE, L.-F., Notre-Dame du Lac	1946	RIVARD, Paul-Léon, Clova, Abitibi	1946
DUFAULT, Paul, Rutland State Sanat., Rutland, Mass.	1946	SMITH, Pierre, 300, Carré St-Louis, Montréal	1948
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I.	1946	TANGUAY, R., Sudbury, Ont.	1946
JOANNETTE, Albert, Ste-Agathe des Monts	1948	TRUDEL, Hermile, 1990 est, Rachel, Montréal	1948
LACHANCE, Wilfrid, Chicoutimi	1948	VIDAL, J.-A., 454 est, rue Sherbrooke, Montréal	1948

SOULAGEMENT DES SYMPTÔMES DOULOUREUX

Durant les prochains mois il y aura une augmentation dans les affections des voies respiratoires.

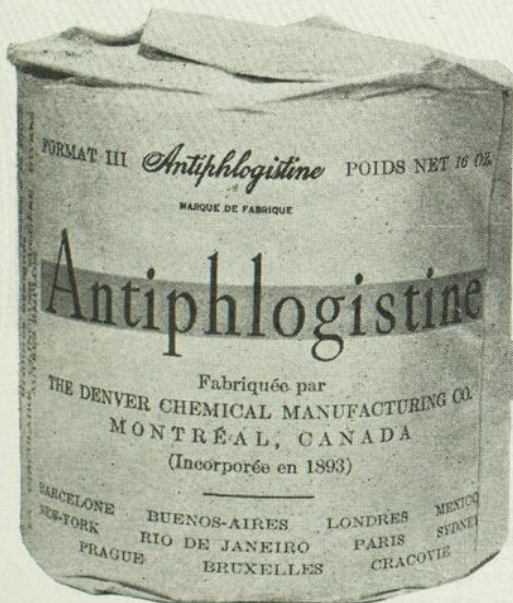
Rhumes d'estomac Amygdales Trachéites
Bronchites... Pneumonies Pleurésies

L'efficacité de la chaleur humide, appliquée extérieurement, pour soulager les symptômes douloureux si souvent accusés dans ces cas, a été reconnue par plusieurs cliniciens. Les résultats se font sentir rapidement dans

La toux Constriction rétrosternale
La douleur musculaire Douleurs de poitrine
et pleurétique

L'ANTIPHLOGISTINE, sous forme de cataplasmes, offre une méthode commode et facile à appliquer pour obtenir la chaleur humide. On peut l'employer associée à la chimiothérapie ou autres médications spéciales.

En raison de sa formule spéciale, l'ANTIPHLOGISTINE garde la chaleur humide durant plusieurs heures.



Antiphlogistine

Littérature sur demande

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

286 ouest, rue St. Paul, Montréal

Quand vous ordonnez



PUBLICITÉ
STRICTEMENT
MÉDICALE



Flacons de 50, 100 et
500 capsules.

Injectable pour administration intra-
musculaire supplémentaire.

Ertron

*complexe
Stéroïde
Whittier*

... vos arthritiques
reçoivent la prépara-
tion qui possède...

... une **EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE**

L'efficacité thérapeutique de la stéroïdo-
thérapie par l'Ertron dans l'arthrite
a été établie par une longue série
d'articles et de rapports.

... un **RENOM EN CLINIQUE**

Depuis au delà de douze ans, l'Ertron —
Complexe Stéroïde, Whittier — a
fait le sujet de recherches dans les meil-
leures cliniques d'hôpitaux et d'universités
et dans la pratique privée.

... des **CARACTÈRES CHIMIQUES UNIQUES**

Des études de laboratoire poursuivies durant
cinq ans démontrent que l'Ertron — Complexe
Stéroïde, Whittier — contient un nombre
de facteurs jusqu'alors non identifiés, qui font
partie du groupe stéroïde. L'isolation et
l'identification de ces substances sous une forme
pure ont établi les caractères chimiques uniques
de l'Ertron et ses caractéristiques de complexe
stéroïde.

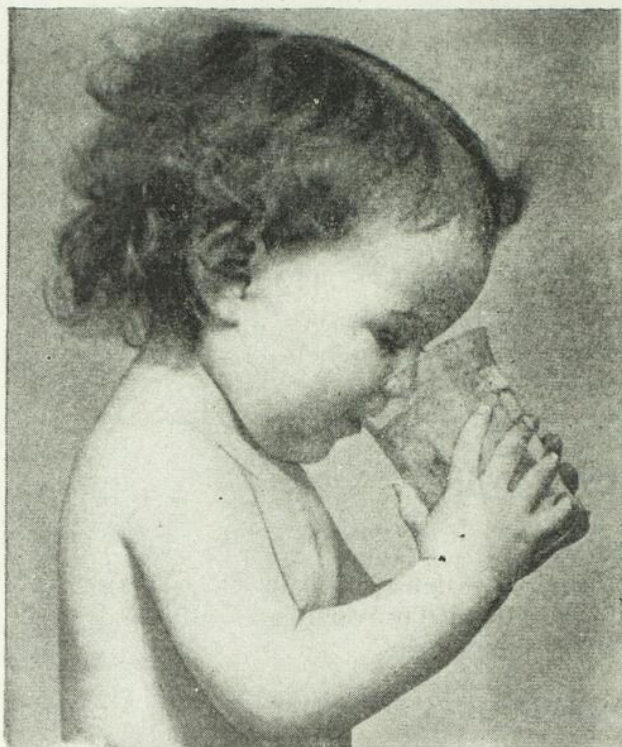
Pour obtenir les meilleurs résultats, il est essentiel que le médecin suive
l'arthritique. Lorsqu'on recherche les effets caractéristiques de la stéroïdo-
thérapie dans l'arthrite, il est important d'ordonner l'Ertron.

Chaque capsule d'Ertron — Complexe Stéroïde, Whittier — contient
5 milligrammes de produits d'activation (produits par l'activation électrique de
l'ergostérol vaporisé — procédé Whittier). Titré biologiquement à une activité
antirachitique de cinquante mille Unités Internationales.

Ertron est le nom déposé d'un produit fabriqué par
les Nutrition Research Laboratories, Chicago, U. S. A.

Concessionnaires pour le Canada:

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



Supplément diététique

POLYVITAMINÉ

B-B-CRINE

ÉMULSION HOMOGENÉISÉE
DE VITAMINES

A - B₁ - B₂ - C - D - NIACINE

dans un véhicule glucosé
agréablement aromatisé

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

Charles Laurin, B.A., B.Ph.,

Léopold Bergeron, B.A., B.Ph.,

Assistant bactériologiste,

Marcel Daoust, B.A., B.Ph.,

Jean-E. Perras, L.Sc., M.C.I.C.,

Pharmaciens, Chimistes, Analystes,
et Biochimistes,

Tous diplômés de l'Université de Montréal.

Présentation:

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

*Echantillons sur demande à Messieurs les
Médecins seulement.*

Spécialité du Laboratoire

ASGRAIN & HARBONNEAU
Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL

Médication multivitaminique en doses mesurées à la goutte



Gouttes "Ostoco"

La moyenne de la dose quotidienne conseillée représente intégralement les quantités de vitamines A, D, B₁ et C considérées comme essentielles au maintien de l'équilibre vital chez l'enfant, outre de l'iode comme mesure prophylactique de l'hypoioidémie.

FORMULE

Chaque cc. contient:

Vitamine A	- - - - -	8000 unités int.
Vitamine D	- - - - -	4000 unités int.
Vitamine B ₁ (chlorhydrate de thiamine)	- - - - -	4 mg.
Vitamine C (acide ascorbique)	- - - - -	120 mg.
*Niacinamide	- - - - -	10 mg.
Iodure de sodium	- - - - -	0.023 mg.

*Ne figure pas sur l'étiquette.

MODE D'EMPLOI

PETITS ENFANTS:—de 5 à 10 gouttes par jour, bien mêlées au contenu d'un biberon, quand il aura refroidi. Agiter légèrement avant d'employer ce mélange.

GRANDS ENFANTS:—de 5 à 10 gouttes par jour, ajoutées à un verre de lait ou de quelque autre breuvage.

PRÉSENTATION

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

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA





FORMULES

COMPRIMÉS DE "THÉOLAMINE"

"THÉOLAMINE"

C.C.T. No 313 "Frosst"

Théolamine..... 1 1/2 gr.

"THÉOLAMINE"
et PHÉNOBARBITAL

C.C.T. No 326 "Frosst"

Théolamine..... 1 1/2 gr.

Phénobarbital..... 1/4 gr.

Dose: 1 ou 2 comprimés trois fois par jour.

Présentation: flacons de 100 et 500 comprimés.

"THÉOLAMINE" et DIGITALE

C.C.T. No 314 "Frosst"

Théolamine..... 1 1/2 gr.

Digitale..... 1 grain (0.65 unité int.)

"THÉOLAMINE" et NOCTINAL

E.C.T. No 412 "Frosst"

(enrobage entérique)

Théolamine..... 3 gr.

*Noctinal..... 1/2 gr.

Dose: 1 comprimé trois fois par jour.

AMPOULES DE "THÉOLAMINE"

Ampoule No 541 "Frosst"

Théolamine..... 7 1/2 gr. (0.5 G.)

Eau distillée (jusqu'à 10 cc.)

Dose: de 10 à 20 cc. injectés lentement (3-5 minutes) par voie intraveineuse. Répéter toutes les 6 heures au besoin.

Présentation: boîtes de 6 et 25 ampoules.

Ampoule No 545 "Frosst"

Théolamine..... 3 3/4 gr. (0.25 G.)

Eau distillée (jusqu'à 10 cc.)

"DILAMINE"

E.C.T. No 414 "Frosst"

Théolamine..... 2 gr. (0.13 G.)

Chlorhydrate d'éphédrine

3/8 gr. (24 mg.)

*Noctinal..... 1/2 gr. (32 mg.)

Dose: de 1 à 2 comprimés trois fois par jour.

Présentation: flacons de 100 et 500 comprimés.

*Sodium éthyl secondaire-butyl barbiturate "Frosst"



Pour le Traitement . . .

1. Des douleurs cardiaques causées par l'insuffisance des coronaires

(angine de poitrine, sclérose des coronaires, effets retardés de l'aortite syphilitique);

2. De l'Asthme non Spécifique;

3. De la Colique Hépatique.

"Theolamine"

(AMINOPHYLLINE "Frosst")

1. L'administration de Théolamine a pour résultat de dilater les artères coronaires, ce qui accroît le cours du sang dans le muscle du coeur. L'anémie cardiaque est ainsi compensée, et les limites de l'effort sans douleur sont reculées. La Théolamine est vite absorbée et ses effets persistent pendant plusieurs heures.

La Théolamine n'agit pas seulement comme dilatateur des vaisseaux coronaires — c'est aussi un puissant diurétique. En présence de défaillance cardiaque, la Théolamine et la digitale amélioreront la circulation dans les coronaires, diminueront le travail musculaire du coeur, et faciliteront l'élimination aqueuse. Apparemment, cette combinaison de Théolamine et de petites quantités de digitale est plus efficace que l'un ou l'autre de ces médicaments, administré seul. L'addition d'une faible dose de phénobarbital agit utilement pour calmer le sujet nerveux, anxieux, agité.

La Théolamine et le Noctinal sont surtout indiqués dans les cas où l'on doit éviter l'hypersédation. L'enrobage entérique empêchera toute irritation gastrique.

2. La Théolamine est aussi un puissant dilateur des bronches et de bronchioles. Une seule injection intraveineuse de 0.5 gramme de Théolamine procure un soulagement vraiment étonnant, et qui persiste aussi longtemps que six heures, même dans les cas d'asthme réfractaires à l'épinéphrine. Dans les cas subaigus, prophylaxie et soulagement résulteront de l'administration régulière de Dilamine (E.C.T. No 414 "Frosst").

3. On a constaté que l'injection intraveineuse de 0.5 gramme de Théolamine calme les douleurs de la colique hépatique plus efficacement que toute autre mesure employée jusqu'ici. Il est présumable que la Théolamine relâche les principales voies biliaires et le sphincter d'Oddi, et permet ainsi la migration du calcul dans le duodénum.

Traitement de la CONSTIPATION FONCTIONNELLE



"Kondremul"

Emulsion supérieure d'huile minérale, du type colloïdal.

Le Kondremul est un laxatif à la fois efficace et bénin. Agréable à prendre, bien coulant, on le mêle facilement au lait et à l'eau. Il ne peut entraîner la formation d'aucune habitude nocive.

L'emploi de carragaheen (chondrus crispus ou mousse d'Irlande), comme colloïde émulsionneur et protecteur, produit une émulsion stable, qui tient en suspension l'huile finement divisée, et résiste à la chaleur, à la dilution et à la digestion.

Le Kondremul se mêle de façon très homogène au contenu de l'intestin et produit des selles molles, évacuées sans effort. On ne constate presque jamais de suintement anal, toujours gênant.

3 VARIÉTÉS

"KONDREMUL" et v. B₁

Emulsion agréable au goût, contenant 55 p. 100 d'huile minérale et 200 unités internationales de v. B₁ par once liq. Rééducation de l'intestin —chez l'enfant comme chez l'adulte.

Flacons de 8 et 16 onces liq.

"KONDREMUL" et CASCARA SAGRADA

Unit aux effets du Kondremul les propriétés toniques et laxatives de l'extrait de cascara (non amer).

Flacons de 16 onces liq.

"KONDREMUL" et PHÉNOLPHTALÉINE

Laxatif et régulateur. Contient 2.2 grains de phénolphtaléine par cuillerée à thé.

Flacons de 8 et 16 onces liq.

Nous serons heureux de vous offrir sur demande, pour votre usage domestique, une bouteille de capacité ordinaire et de la variété désirée.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA





La mise en scène est prête



Bientôt l'acteur principal, le bébé, va faire son entrée. Votre tâche comme régisseur, metteur en scène, souffleur sera facilitée, surtout aux premières scènes, et le rendement de bébé — jeune premier — amélioré si 'DEXIN' est prescrit.

Voici des "précisions du programme" qui démontrent que 'DEXIN' fait une différence.

'Dexin'*
Riche en hydrates de carbone dextriniques

Composition — Dextrines 75%. Maltose 24%. Cendre minérale 0.25%. Humidité 0.75%. Hydrate de carbone disponible 99%. 115 calories à l'once. — Contenant de 12 onces et de 3 livres.

1. La haute teneur en dextrine de 'DEXIN'.

- (a) Amointrit la fermentation intestinale et la tendance à la diarrhée et aux coliques.
- (b) Encourage la formation de grumeaux doux et floconneux qui se digèrent facilement.

2. 'DEXIN' se dissout promptement dans le lait chaud ou froid.

3. Parce qu'il est agréable au goût et pas trop sucré, les bébés n'ont pas besoin d'autant de cajoleries pour prendre leurs autres aliments.

Littérature sur demande



*Marque de Fabrique enregistrée.

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

SANDOZ-3 Produits de BELL adonne

NÉVROSES,

déséquilibres neuro-végétatifs et troubles somatiques associés constituent la majeure partie des cas cliniques qui se présentent au médecin dans la pratique médicale actuelle. Ces états peuvent comporter une vaste symptomatologie, mais les manifestations ordinaires sont l'insomnie, l'anxiété, l'irritabilité nerveuse, la douleur spasmodique et l'hypersécrétion. Le traitement de ces cas consiste à corriger la cause fondamentale, en même temps que l'administration d'une médication efficace pour la sédation de toutes les phases de l'excitation nerveuse.

Les trois préparations Sandoz suivantes — chacune d'elles exerçant un degré de sédation caractéristique — permettent le choix d'un médicament bien approprié pour chaque cas à traiter.

BELLAFOLINE



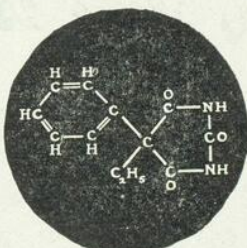
Aussi efficace que l'atropine, mais moitié moins toxique.
Sédatif du vague.

Action: Enraye la suractivité parasympathique et l'hypersécrétion. Diminue la spasmodicité du muscle lisse et soulage la douleur.

BELLADENAL



Bellafoline
Sédatif du vague.



Phénobarbital
Sédatif sur les centres.

Action: Enraye la suractivité parasympathique et exerce un effet sédatif sur les centres. Soulage la douleur, la spasmodicité et l'irritabilité nerveuse dans les névroses vagotoniques.

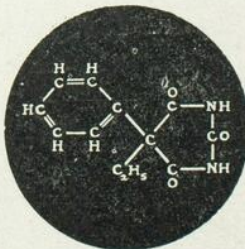
BELLERGAL



Bellafoline
Sédatif du vague.



Gynergen
Sédatif du sympathique



Phénobarbital
Sédatif sur les centres.

Action: Sédatif de tout le système neuro-végétatif.

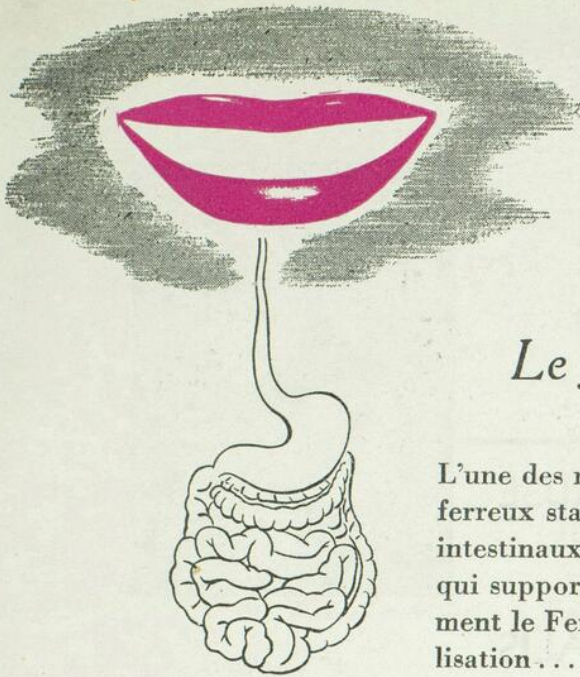
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

SANDOZ LIMITED, BÂLE (Suisse)

Représentant au Canada:

The Wingate Chemical Co. Limited, Montréal





Le fer sous une forme agréable . . .

L'une des remarquables caractéristiques du Fergon — gluconate ferreux stabilisé de Stearns — est l'absence de malaises gastro-intestinaux consécutifs à son administration. Même les malades qui supportent mal le fer sous d'autres formes, acceptent facilement le Fergon . . . et la plupart bénéficient d'une meilleure utilisation . . . et d'une augmentation plus rapide de l'hémoglobine.

Fergon

GLUCONATE FERREUX DE STEARNS

Dans les anémies hypochromes

Valeur thérapeutique: Mieux toléré — Le Fergon n'est que légèrement ionisé, par conséquent très peu irritant, même administré avant les repas. **Mieux absorbé** — Le Fergon est soluble à travers tout le pH du tractus gastro-intestinal. **Meilleure utilisation** — tel que démontré par des études comparatives*.

Indications: Dans le traitement et la prophylaxie des anémies hypochromes,



surtout chez les malades qui supportent difficilement le fer sous d'autres formes.

Doses moyennes: Pour adultes, 3 à 6 comprimés (5 gr.) ou 4 à 8 cuillerées à thé d'Elixir par jour. Pour enfants, 1 à 4 comprimés ou 1 à 4 cuillerées à thé d'Elixir par jour.

Présentation: Elixir à 5%, en flacons de 16 onces liquides; comprimés de 5 gr., en flacons de 100 et de 1000.

Frederick Stearns & Company

of Canada, Ltd.

WINDSOR • ONTARIO

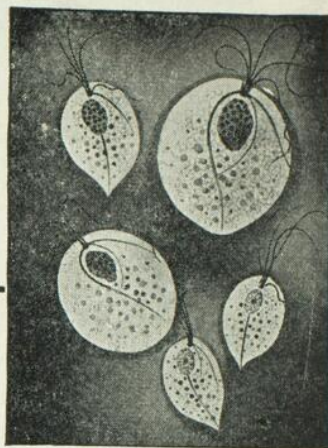
NEW YORK KANSAS CITY SAN FRANCISCO DÉTROI, MICH. SYDNEY, AUSTRALIE AUCKLAND, N.-ZÉLANDE

* Reznikoff, P., et Goebel, W. F.; J. Clin. Investigation, 16: 547, 1937.

Fergon—Marque enregistrée

Principes directeurs

POUR COMBATTRE UNE CAUSE
COMMUNE ET TENACE DE
LEUCORRHÉE
A TRICHOMONAS VAGINALIS



- Dans le traitement de la leucorrhée à trichomonas, non seulement doit-on considérer l'extermination des parasites, mais aussi le rétablissement de la flore vaginale normale.

Le traitement par le Devegan peut réaliser une telle action simultanée. Dans l'espace de trois ou quatre jours, on observe fréquemment une amélioration marquée. La diminution de l'écoulement abondant et fétide s'accompagne d'un soulagement de la brûlure intense locale, de la démangeaison et autres malaises. Même dans les cas chroniques, on peut obtenir une guérison en deux ou trois semaines.

Devegan s'administre sous deux formes: en poudre et en comprimés. La poudre peut être administrée par le médecin en insufflation vaginale à l'aide d'un insufflateur plusieurs fois par semaine, tandis que l'on recommande à la malade l'usage des comprimés à la maison. Plus tard, lorsque l'écoulement aura beaucoup diminué, les comprimés seuls seront ordinairement suffisants pour compléter la guérison.

*Brochure descriptive
sur demande.*

Les comprimés Devegan sont offerts en boîtes de 25 et de 250. Chaque comprimé contient 0.25 gr. d'acide acétylaminohydroxyphénylarsonique.

La poudre Devegan est présentée en flacons de 1 once et de 8 onces.

DEVEGAN

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



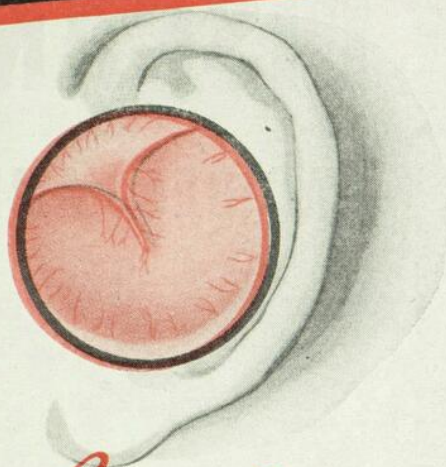
WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques de qualité pour le médecin

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

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

Médicaments de Choix CONTRE CERTAINES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES



Auralgan

contre l'OTITE MOYENNE AIGÜE

Symptômes:

Douleur, fièvre, oedème, leucocytose, sensation de gonflement, diminution de l'acuité auditive.

Traitement:

Sédation de la douleur et résolution de l'inflammation—Auralgan.

Effets:

Régression de la congestion, analgésie, bactériostase.

Envoi, à la demande des intéressés, d'une documentation complète et de réimpressions d'observations cliniques relatives à l'emploi de l'Otosmosan.



Otosmosan

contre l'OTITE MOYENNE
SUPPURANTE CHRONIQUE

Symptômes:

Otorrhée opiniâtre, souvent fétide, d'ordinaire sans toxémie, fièvre ni douleur.

Traitement:

Otosmosan.

Formule:

Glycérole (Dohow) à 20 p. 100 de carbamide de sulfathiazole.

Effets:

Assainit l'odeur de l'écoulement, liquéfie les granulations, rétablit l'intégrité du tissu épithélial. Bactériostatique.

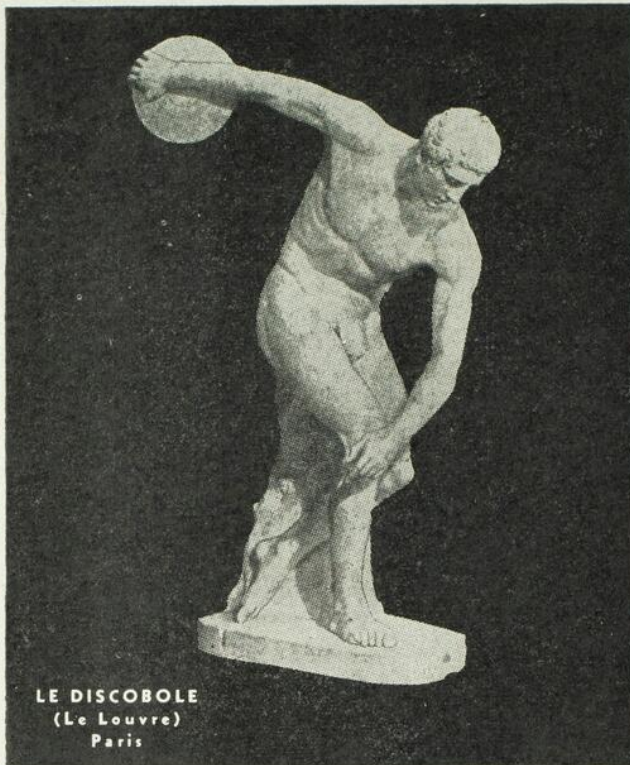
Envoi à titre gracieux des quantités nécessaires à un essai clinique.

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.

Montréal

• New-York 13

• Londres



LE DISCOBOLE
(Le Louvre)
Paris

**EQUILIBRE
PARFAIT**

DISCAMIN

ACIDES AMINÉS

3%

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

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

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

Chaque disque contient

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

—
Flacons de 100 disques.

*Echantillons sur demande
à Messieurs les Médecins seulement.*

Spécialité du Laboratoire

ASGRAIN & HARBONNEAU
Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL

EQUILIBRE

et

SAVEUR

LIVIFER



FORMULE

	Par oz. fl.	Par c.c.
Chlorure de Thiamine	3 mg.	0.10 mg.
Riboflavine	3 mg.	0.10 mg.
Nicotinamide	20 mg.	0.66 mg.
Ascorbate de Ca.	10 mg.	0.33 mg.
Pyridoxine	2 mg.	0.066 mg.
Phosphore de Ca.	2 grs.	0.066 grs.
" " Sod.	4 grs.	0.133 grs.
" " Pot.	1/2 grs.	0.016 grs.
" " Mang.	1/4 grs.	0.008 grs.
Phosphate de Fer (soluble)	16 grs.	0.533 grs.
Extrait de Foie (Chlorure)	1/20 grs.	0.0016 grs.
Extrait de Foie concentré	équivalent à 1.5	
Extrait de Foie Frais par once	(0.05 oz. par c.c.)	
Présenté en flacon de 8 onces		

Formule idéale sous laquelle peuvent se prescrire l'Extrait de Foie, la Vitamine "B" et les Sels Minéraux. Préparation des mieux balancée, rendue acceptable même aux plus difficiles.—

Présenté sous le format original de 8 ozs. pour votre prescription.—

Dose moyenne: Une ou deux cuillerées à thé matin et soir.

AVIS SPECIAL

Pour la commodité de vos patients nous présentons les CAPSULES LIVIFER.

Chaque capsule concentrée contient deux cuillerées à thé de Livifer liquide.

Dose moyenne:— Une capsule, deux fois par jour. Flacons de 50 capsules.



Mowatt & Moore Ltd
FINE PHARMACEUTICALS
MONTREAL

indiscutablement supérieur



White

White's

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

Dans l'établissement des niveaux normaux d'hémoglobine

Depuis l'époque des méthodes de laboratoires empiriques, alors que les savants amélioraient leurs techniques à tâtons, l'hématologie est devenue une science précise reconnue. Le médecin moderne détermine son traitement en fonction de résultats et de critères éprouvés — supériorité démontrée.

Dans le traitement de l'anémie hypochrome, le Mol-Iron, en contraste avec la dose quotidienne équivalente de sulfate ferreux, accomplit ces résultats thérapeutiques frappants:

- 1 Les valeurs globulaires normales sont rétablies plus rapidement et chez les malades observés la vitesse de formation de l'hémoglobine augmente de 100 pour cent ou plus,
- 2 de même, l'utilisation du fer est plus complète,
- 3 la tolérance gastro-intestinale est excellente — même chez les malades qui avaient précédemment manifesté des réactions gastro-intestinales marquées à la suite de l'administration orale d'autres préparations à base de fer.

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

En flacons de 100 et de 1000 comprimés.



Mol-iron

Tablets



CHIRURGIE PERFECTIONNÉE...GRÂCE À UNE ASSISTANCE MINIME POUR LES SUTURES

La stérilisation élaborée, l'enfillement et l'agrafage nécessités par les aiguilles et les manches classiques — l'aide des assistants pour le changement des aiguilles — l'approvisionnement et la coupe du fil pendant l'acte de suture — ont toujours été des ennuis considérés inévitables jusqu'à la mise au point des Sutureurs Chirurgicaux Singer. Ces sutureurs combinent toutes les pièces destinées à ces diverses fonctions en un seul instrument complet par lui-même: les aiguilles (quelques-unes avec tranchant à sectionner le fil), le manche et une ample provision de matériel à suturer, ce qui facilite la stérilisation de l'instrument. Les diverses phases de la suture au cours de l'opération peuvent donc être réalisées sans que l'instrument quitte les mains du chirurgien. En raison de toutes ces caractéristiques les Sutureurs Chirurgicaux Singer ont été favorablement accueillis comme contribution de grande valeur dans le perfectionnement de la chirurgie. Si vous désirez connaître en détail les nombreux avantages de ces instruments, demandez notre brochure illustrée.

On peut se procurer les bobines à suturer (catgut, coton, nylon, soie) chez Davis & Geck, Inc., Brooklyn, New York.

LE SUTUREUR CHIRURGICAL

SINGER

* Nos trois plus nouveaux films sont maintenant disponibles (1) "L'Amélioration du Syndrome Parkinsonien", (2) Traitement des Névralgies graves" et (3) "Ablation d'une tumeur de la vessie".

SINGER SEWING MACHINE COMPANY
Division du Sutureur Chirurgical
700 ouest, rue Ste-Catherine, Montréal, Canada.

Auriez-vous l'obligeance de m'envoyer gratuitement un exemplaire de votre brochure illustrée.

Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____

COPYRIGHT ETATS-UNIS, 1946, PAR THE SINGER MANUFACTURING COMPANY. TOUS DROITS RESERVES POUR TOUS PAYS.

Wyeth

MARQUE DÉPOSÉE

AU CANADA



La Vie avec la Mère

CAROTÈNE PROTÈGE ET LA MÈRE ET L'ENFANT

Vitules*

La seule Capsule Multivitaminique qui contient CAROTÈNE
POUR LA MÈRE—supplément généreux de toutes les vitamines essentielles, bien au-delà du minimum des exigences quotidiennes.

POUR LE BÉBÉ—supplément adéquat de CAROTÈNE, l'importante source de la vitamine A pour le foetus, aussi bien que des quantités substantielles d'autres vitamines essentielles.

* Marque déposée au Canada

VITULES*

FORMULE AMÉLIORÉE CAPSULES DE VITAMINES

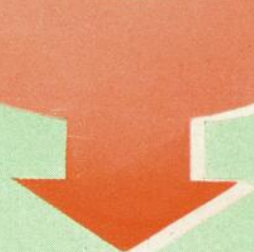
Préparées en bouteilles de 30 et de 100

Wyeth

MARQUE DÉPOSÉE AU CANADA

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

*Anémies
par carence
de fer*



**HEMATINIC
PLASTULES***

- EFFICACES
- ÉCONOMIQUES



- COMMODES
- SÛRES

HEMATINIC PLASTULES*
SULFATE FERREUX
COMPOSÉ

DOSE: une plastule trois fois par jour après les repas. Ce qui fournit 15 grains de sulfate ferreux desséché E.U.P.X., 2 1/4 grains de levure *Concentrée* desséchée des brasseries de grande puissance.



HEMATINIC PLASTULES*
AVEC
CONCENTRÉ DE FOIE ET
SULFATE FERREUX COMPOSÉ

DOSE: deux plastules trois fois par jour après les repas. Ce qui fournit 15 grains de sulfate ferreux desséché E.U.P.X., 4 1/2 grains de levure *concentrée* desséchée des brasseries de grande puissance et l'extrait de 314 grains de foie frais.



*Nom déposé au Canada

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED

WALKERVILLE

ONTARIO



Burons

... Rien n'est plus important

à l'organisme que les liquides. L'on peut supporter la faim pendant des jours et des semaines — la soif est intolérable.

Et tout aussi importants que les liquides sont les organes qui servent à les filtrer et à en contrôler l'équilibre dans l'économie.

Voilà pourquoi l'URASAL est important. Il assure aux reins un fonctionnement normal. Les propriétés antiseptiques de l'hexamine combinées aux qualités dissolvantes du benzoate de lithium, du citrate de lithium et de la pipérazine,

font de l'Urasal un traitement précieux dans les infections chroniques ou bénignes des voies urinaires.

Tous les ans les médecins — en nombre croissant — prescrivent l'Urasal (Horner) —

1. Pour guérir l'infection urinaire.
2. Pour soulager les douleurs rhumatismales, celles de la région des reins — et la goutte...



FRANK W. HORNER LIMITED

LIPIODOL LAFAY

Huile d'œillette iodée à 40 %
0 gr. 540 d'iode par c. c.

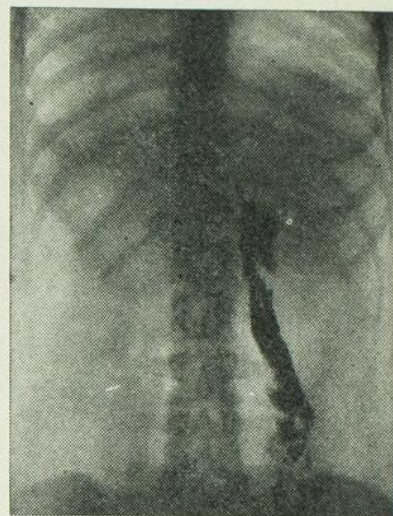
pour combattre :

A S T H M E
ARTERIOSCLEROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
S C I A T I Q U E
S Y P H I L I S

AMPOULES-CAPSULES

Pour explorer :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTERUS ET TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS ET FISTULES



Abcès froid exploré au "LIPIODOL"
(Collection Sicard et Forestier)

VINANT Ltée, 200, rue Vallée, Montréal.

Agents exclusifs pour le Canada des

LABORATOIRES A. GUERBET & C^{ie} 22, Rue du Landy, 22
PARIS - SAINT-OUEN

VALERIANATE PIERLOT

Calme les Maladies Nerveuses — Traite la Neurasthénie

Composition: Valérianate d'Ammonium.

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

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

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

Présentation: Flacon de 120 cc.

Laboratoires H. RIVIER — Paris

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

PIONNIERS EN THERAPEUTIQUE ULCERO-PEPTIQUE

Thérapeutique Acide

"Chaque membre du personnel de l'Anglo Canadian Drug qui joua le moindre rôle dans la réalisation de l'ULCAPS en ressentit une profonde satisfaction au fur et à mesure que les rapports d'observations cliniques nous arrivèrent. L'historique de nombreux cas fournis par des médecins à travers le pays démontra une action thérapeutique au delà de toutes nos espérances."

Ce texte est un extrait de l'avant-propos de notre pamphlet "Traitement acide des ulcères gastriques" et donne une idée de ce que nous ressentîmes en réalisant que nous étions les pionniers d'un nouveau traitement ACIDE des ulcères peptiques, qui donne d'excellents résultats. ULCAPS contient les principes actifs nécessaires pour le soulagement et la guérison des ulcères gastriques . . . ils valent la peine d'être mis à l'essai.



Demandez le pamphlet "Traitement Acide des Ulcères Peptiques"



Anglo-CANADIAN
DRUG **Company**
LIMITED
OSHAWA CANADA

Paquet d'essai d'ULCAPS gratuit sur demande.

Distributeurs pour la province de Québec:
MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE
MONTREAL - P. Q.




PIPÉRAZINE




MIDY

“ANTI-URIQUE TYPE”

2 à 4 cuillerées à café par jour.

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY

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

SPLENARMONE

Reconstituant général

Composition: Hormones Hépatique et Splénique, Extraits de Muqueuse gastrique et de Surrénale. Acides aminés.

Indications: Anémies, Asthénies, Convalescences, et en général dans les déficiences du métabolisme basal.

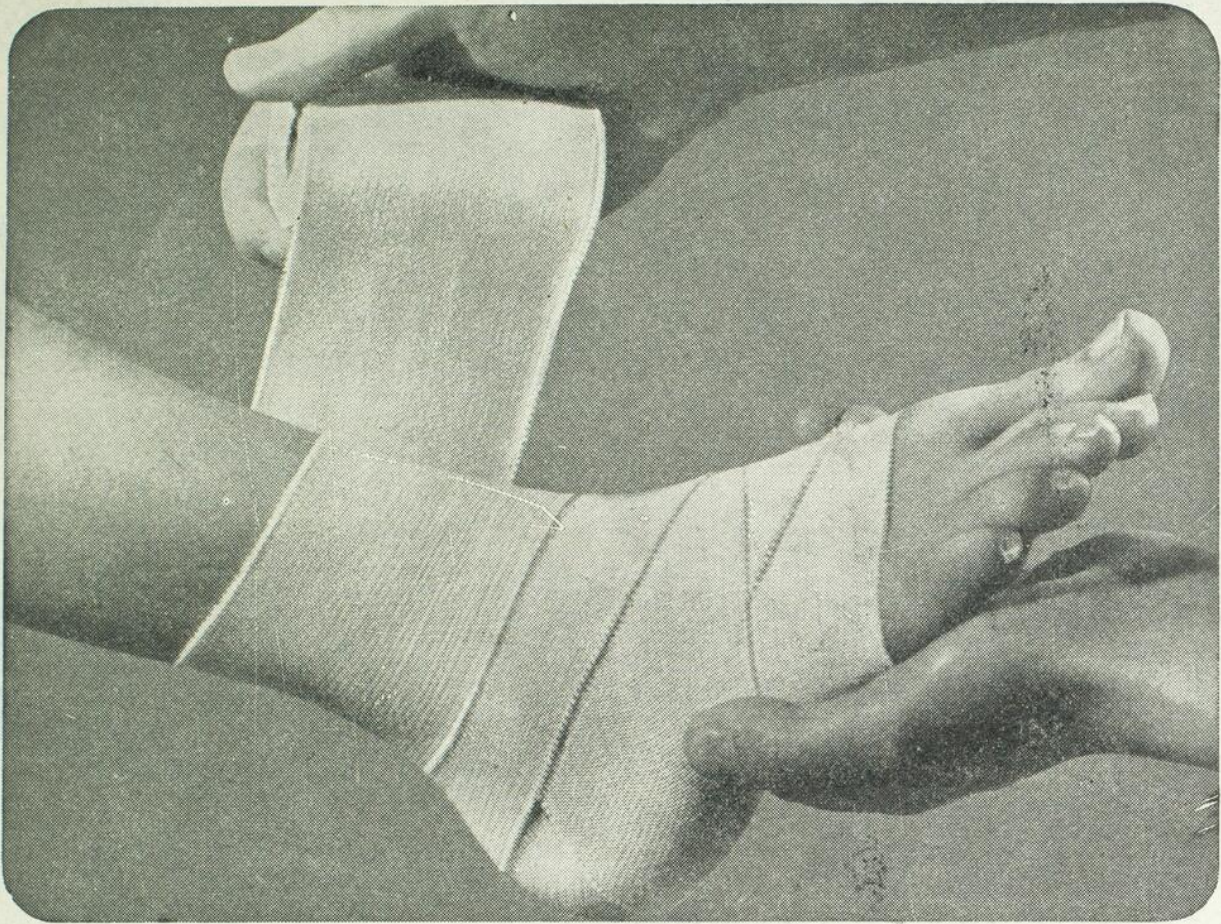
Posologie: Sirop — 3 à 4 cuillerées à dessert par jour.
Enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert.

Présentation: Sirop, flacon de 187 cc.

— • —

Les Etablissements Byla — Paris

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



‘Elastoplast’ dans le traitement des Entorses

L'APPLICATION d'un bandage ‘Elastoplast’ sur le joint, le muscle ou le ligament soulage la douleur, contrôle l'enflure et la formation d'hématome.

Le traitement précoce permet au malade de se servir de son membre blessé et abrège la période d'inactivité.

Le bandage doit couvrir plusieurs pouces au-dessus et au-dessous de la partie affectée; par exemple, dans les entorses du joint de la cheville, le bandage devrait commencer à la base des orteils et se terminer à la partie supérieure du mollet.

Le bandage doit être bien tendu — un bandage appliqué trop lâchement ne soulage pas les symptômes.

Le bandage ‘Elastoplast’ offre l'association d'une surface adhésive spéciale et les propriétés remarquables du tissu ‘Elastoplast’ de s'étendre et de se rétrécir, offrant ainsi le degré exact de compression et de fermeté.

Dépositaires:

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

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

LA VOIE LA PLUS DOUCE



PENDANT LA MÉNOPAUSE

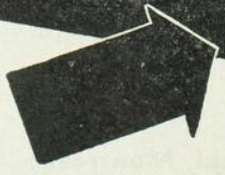
L'administration orale quotidienne de Comprimés d'Hormones Œstrogènes R & C réduit les fluctuations du niveau thérapeutique des œstrogènes dans le sang, et assure dans la plupart des cas un soulagement soutenu des symptômes de la ménopause. Les symptômes graves devraient premièrement être enrayés par des injections d'Hormones Œstrogènes R & C dans l'huile. Dans les cas bénins, les Comprimés peuvent être efficaces dès le début.

Les Comprimés d'Hormones Œstrogènes R & C contiennent des hormones naturelles tirées de l'urine de juments gravides au moyen d'un procédé spécial, et sont rigoureusement titrés à une activité constante.

Presentation: comprimés de 1000 U. I., en flacons de 50, 500 et 1000; comprimés de 5000 U. I., en flacons de 30 et de 100. Le prix de cet œstrogène oral, sur l'efficacité clinique duquel on peut compter, est des plus modiques.

REED & CARRICK
Jersey City 6, N. J.-Toronto, Ont., Can.

COMPRIMÉS D'HORMONES ŒSTROGÈNES R & C





Pour l'épileptique...

le calme **sans** la tempête

Des épreuves cliniques ont démontré que la Tridione, la nouvelle drogue synthétique d'Abbott, est efficace dans le traitement de crises de petit mal contre lesquelles d'autres médicaments se sont montrés inefficaces. ● Dans une série d'essais¹, de la Tridione fut administrée à un groupe de 50 malades souffrant d'attaques de petit mal clonique ou acinétique qui n'avaient retiré aucun bienfait des traitements antérieurs. Dans l'espace de quelques jours ou quelques semaines, les attaques cessèrent dans 28 pour cent des cas, furent réduites en nombre des trois quarts dans 52 pour cent, et ne furent guère influencées dans 20 pour cent des cas. Chez plusieurs des malades, les attaques, une fois supprimées, ne reparurent pas après cessation du traitement. La Tridione a aussi produit un effet salutaire dans une certaine proportion des crises psychomotrices². ● La Tridione est présentée en capsules de 0.3 gramme, en flacons de 100.

Des notices explicatives sur la Tridione seront envoyées sur demande.

TRIDIONE ABBOTT

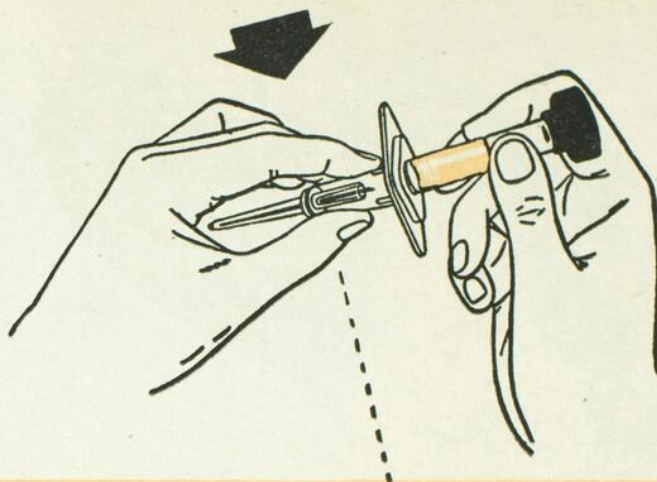
NOM DEPOSE

(3,5,5-triméthylloxazolidine-2,4-dione, Abbott)

(1) Lennox, W. G. (1945), *Le Petit Mal: Traitement par la Tridione*, J. Amer. Med. Assn., 129:1069, 15 décembre.

(2) De Jong, R. N. (1946), *Action de la Tridione dans la Lutte contre les Crises Psycho-Motrices*, J. Amer. Med. Assn., 130:565, 2 mars.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE
20, CHEMIN BATES, • MONTRÉAL 8



Plus facile à charger qu'un crayon mécanique

Le nouvel ensemble avec seringue en plastique offert par les Laboratoires Abbott fournit maintenant un moyen moderne et simple d'administrer la pénicilline dans l'huile et la cire d'après la formule Romansky, car on le jette après qu'il a servi. Cet ensemble, toujours prêt à servir immédiatement, comprend une cartouche contenant une seule injection de 1 cc. de 100,000 unités internationales de Pénicilline Calcique, Abbott, dans l'huile et la cire, et une seringue en plastique à laquelle est fixée une aiguille stérilisée. Des rapports récents ont signalé l'efficacité clinique d'une seule injection intramusculaire par jour de sel calcique de pénicilline en suspension dans un mélange d'huile d'arachide et de cire d'abeilles. L'administration de cette formule comportait, toutefois, certains inconvénients, entre autres, la difficulté éprouvée à retirer d'un emballage vrac la suspension visqueuse de pénicilline. La nouvelle technique Abbott supprime complètement tous ces inconvénients. En outre, vu qu'il n'est plus nécessaire de stériliser et d'assécher l'aiguille ou la seringue, il n'y a pas à craindre de complications à cause des traces d'eau demeurant dans l'aiguille ou dans la seringue. Le nouvel ensemble seringue-cartouche est particulièrement commode dans les cas de gonorrhée et d'infections staphylococciques, pneumococciques ou autres où l'emploi de la formule Romansky est indiquée.

ABBOTT
PENICILLINE CALCIQUE
Dans l'Huile et la Cire
 (FORMULE DE ROMANSKY)
 EN CARTOUCHES AVEC SERINGUES

Autres Nouvelles Spécialités de Pénicilline Abbott

ONGUENT D'ABBOCILLINE

1000 Unités Internationales de Pénicilline Calcique par gramme
 (en tubes de 1 once)

ONGUENT OPHTALMIQUE D'ABBOCILLINE

1000 Unités Internationales de Pénicilline Calcique par Gramme
 (en tubes de 1/8 once)

PASTILLES D'ABBOCILLINE

Chaque Pastille contient 1000 Unités Internationales
 (en flacons de 24)

LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE

20 Chemin Bates — Montréal 8

Dépôt à Toronto — 763, rue Yonge

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 74:

MM. Allard (Eugène); Amyot (Roma); Archambault (Jules); Archambault (Paul-René); Audet-Lapointe (Jean); Beaudry (Maurice); Beauregard (J.-M.); Bégin (B.-G.); Bélanger (J.-E.); Bélisle (Philippe); Benoit (René); Bertrand (Albert); Bertrand (Claude); Blain (Emile); Boucher (Roméo); Bourque (J.-P.); Bruno (Jacques); Cantero (A.); Casgrain (Gérard); Cauchon (Roland); Champagne (Jacques); Charest (Fernand); Chenevert (Robert); Cholette (A.-M.); Clermont (Moïse); Cloutier (Roland); Côté (Chs.-E.); Côté (J.-Chs); Coutu (A.); Cruchet (René); David (Paul); Debidour-Monrad (H.); DeGuise (Albert); Deshaies (Georges); Demers (F.-X.); De Montigny (Gérard); Desjardins (Edouard); Doré (Réal); Dubé (Edmond); Dufresne (Origène); Dufresne (Roger-R.); Dumas (Paul); Durel (P.); Duvalier (François); Fauteux (Mercier); Favreau (J.-C.); Ferron (Marcel); Fisher (John); Foisy (René); Fortier (De la Broquerie); Fortier (Maurice); Frappier (Armand); Frénette (Ulric); Gagnon (Jacques); Gariépy (J.-U.); Gariépy (Roger); Gérin-Lajoie (Léon); Grégoire (Fernand); Grignon (René); Groleau (Lionel); Groulx

(Adélarde); Guilbeault (A.); Houot (A.); Jobin (Joachim); Jobin (Pierre); Julien (Lucien); Ladouceur (Léo); Lamoureux (Marcel); Laperrière (Vincent); Larivière (Paul-M.); Lassner (J.); Latraverse (Valmore); Laurier (Yvon); Leblond (Wilfrid); Léger (Jacques); Lépine (Edgar); LeSage (Albert); LeSage (Jean); Létienne (Louis); Letondal (Paul); Longtin (Léon); Mantha (L.); Maranda (Emilien); Marin (Albéric); McCormick (W. J.); Means (J. H.); Mercier (Oscar); Meunier (Pierre); Nadeau (Gabriel); Nairn (George A. S.); Noël (Victor); Pager (Antonio); Painchaud (Chs-Auguste); Panaccio (Victor); Panneton (Philippe); Papineau (Marc); Paquette (J.-P.); Pettigrew (Ant.); Pinsonneault (G.); Plichet (André); Plouffe (Adrien); Poirier (Paul); Potvin (Paul); Prévost (Jules); Riopelle (J.-L.); Robillard (Eugène); Rochette (Paul); Roussel (J.-M.); Roux (J.-René); Saint-Onge (Gérard); Samson (J.-Ed.); Saucier (Jean); Savy (Paul); Simard (L.-C.); Simon (E.); Sirois (Jean); Smith (Henri); Smith (Pierre); Sterlin (André); Swenson (Orvar); Sylvestre (L.); Trudeau (Charles-H.); Vézina (Norbert).

De tous temps, le prestige de la médecine française a été grand dans le monde. Depuis que la plus vieille faculté de France, celle de Montpellier, dont on vient de fêter solennellement le 700^e anniversaire, développait les principes hippocratiques et restait l'heureuse rivale de l'école de Salerne, tant de grands noms ont illustré chez nous l'art médical que bien des époques de la médecine française ont été des époques de médecine mondiale. Des maîtres aussi divers qu'Ambroise Paré, Laënnec, Pasteur, Claude Bernard, joignaient à leur génie l'universalité de leur culture et le véritable humanisme médical. Récemment encore, les découvertes de Widal, de Calmette, de Ramon, ont été appliquées et adoptées dans le monde entier, souvent avec plus d'élan que chez nous-mêmes, puisqu'il est des pays où le B.C.G. et les anatoxines sont utilisés sur une échelle infiniment plus vaste.

Cependant, le rayonnement de la médecine française a subi une éclipse certaine.

Elle est due, certes, à notre défaite et à l'asphyxie où nous maintenait l'occupant, mais il y a d'autres causes, inhérentes à l'orientation même de notre médecine. Nous avons appuyé essentiellement notre enseignement sur la clinique, où nous sommes traditionnellement les premiers. Mais nous avons négligé l'esprit de recherche scientifique, créant ainsi un déséquilibre entre les deux pôles essentiels du développement de la médecine. Aussi, dès la libération, dès notre première prise de contact avec le monde, avons-nous constaté que les grands pays alliés s'étaient orientés résolument vers la recherche, avec tous les moyens que la technique moderne mettait à leur disposition, pour développer une nouvelle médecine qui soit une véritable science. Ceci est un pas nouveau dans l'histoire de la médecine, et nous n'avons aucune raison de rester en arrière.

Aussi avons-nous essayé de reprendre nos relations avec les divers pays qui attendaient, eux aussi, avec quelque impatience la résurrection de la France. C'est un signe d'une très grande portée que, depuis l'année dernière, nos représentants aient été invités par des gouvernements étrangers à participer à toute une série de manifestations médicales.

A Londres, à Moscou, à Bruxelles, à Stockholm, à Prague, à Genève, à Rio-de-Janeiro, nous avons été à l'honneur. Partout, on a manifesté le vif désir de voir reprendre les relations culturelles et scientifiques avec notre pays, qui a gardé intact son prestige. Mais, bien souvent, notre littérature médicale est absente, nos travaux sont ignorés. Il est temps de faire un sérieux effort pour reprendre la place qu'on nous offre et que l'Allemagne, par sa victoire provisoire, avait essayé de conquérir. Pour cela, nous devons surtout, ainsi que cela tend à se réaliser dans le domaine des sciences exactes, diriger résolument notre action vers la recherche, et favoriser au maximum cette nouvelle orientation. Il ne faut pas, en même temps, hésiter à répandre, dans le monde entier, par une propagande bien conçue, notre contribution au progrès de la science médicale.

BULLETIN

VERS LA FRANCE OU VERS LES ÉTATS-UNIS

On allait, avant cette dernière guerre, parfaire aux États-Unis ses connaissances médico-chirurgicales. Je parle, bien entendu, de nos médecins canadiens de langue française. Mais ils constituaient le petit nombre. Le plus souvent, il s'agissait de médecins ayant déjà exercé, parfois aussi de jeunes médecins sortant de l'Université, qui, alléchés par l'organisation bien annoncée de cours postsecondaires dans de grands centres universitaires ou hospitaliers, désiraient « faire vite », perdre le moins de temps possible et se spécialiser en quelques mois dans une branche de la médecine. On voulait soit devenir chirurgien et par la suite desservir certains centres urbains de notre Province, soit acquérir des notions de technique opératoire en spécialités chirurgicales comme l'ophtalmo-otolaryngologie.

Il arrivait également que des chirurgiens visitassent des cliniques américaines réputées. Mais, à tout prendre, le flot important se dirigeait vers l'Europe, vers la France. Et il était formé surtout de la phalange des boursiers de la Province, et du Gouvernement français. On étudiait dans les services hospitaliers de villes françaises, avant tout Paris, mais aussi Lyon, Strasbourg, Montpellier, Lille. On assistait aux leçons magistrales de la Faculté; on suivait les professeurs, on se « collait » à un patron et on finissait par s'assimiler à son équipe d'assistants. Quelques jeunes médecins se rendaient jusqu'à Vienne où l'organisation de cours complémentaires était assez élaborée; on passait par Londres ou Budapest, mais le pied-à-terre, c'était la France, c'était Paris.

La guerre est venue, le lien fut rompu, et pendant 6 ans aucun médecin ne partit pour la France. On changea de direction et on obliqua vers les Etats-Unis.

La renommée des écoles et des centres américains de médecine attira à bon droit nos médecins.

La parfaite organisation des services hospitaliers, les investigations biogéno-chimiques en série pour chaque malade, d'une grande précision scientifique et ne laissant rien dans l'inconnu de ce qui pourrait conduire vers le diagnostic; le grand nombre de malades examinés de cette façon et la nature des travaux publiés étayant leurs conclusions sur des bases statistiques découlant de données parfaitement remplies; enfin, les grandes recherches de multiples laboratoires et la spécialisation du travail, tels ont été les facteurs principaux qui ont fait le prestige de la médecine américaine et ont attiré les nôtres dépourvus de toute entrée en France. Car maintenant, on va aux Etats-Unis pour un an et plus si possible. On y sollicite des postes d'interne, de médecin résident et, quand on ne peut les obtenir, on se contente du statut d'élève libre dans les services. Nos jeunes médecins vont chercher aux Etats-Unis ce qu'ils demandaient aux Français.

Y gagneront-ils, y gagnerons-nous? Je ne veux pas résoudre la question. Il faudrait la débattre sous bien des aspects.

Au point de vue purement culture générale et linguistique, nous y perdrons sûrement. Le jeune médecin, en France, se perfectionnait en médecine, mais aussi, sinon plus, il affinait son intelligence et l'ouvrait, par les simples contacts de la vie quotidienne, encore plus par la participation active aux multiples manifestations de l'esprit, à la connaissance des œuvres supérieures de l'homme. Il apprenait aussi à parler et à écrire, à laisser moins de flottement dans ses idées, à les exprimer plus clairement et avec plus de précision. Il apprenait à penser.

En médecine, il prenait avantage d'un merveilleux instrument d'enseignement: le verbe français, utilisé par des maîtres de la

conférence, rompus à la discipline de l'exposition théorique, connaissant tout de la médecine, l'ayant appris et répété comme leurs prières.

L'enseignement théorique, les leçons cliniques, les répétitions techniques chez les prosecteurs, les démonstrations d'anatomie étaient excellents.

Voilà ce que n'auront pas ceux qui vont dans les cliniques américaines. Par ailleurs, ils pourront s'habituer beaucoup plus aux examens en série, aux recherches de laboratoire, à une discipline plus rigoureusement scientifique dans la poursuite du diagnostic, laissant moins à l'intuition et au flair, accordant plus aux réactions humorales et aux tests cliniques.

Mais cela pourrait bien changer dans quelques années plus ou moins lointaines. La médecine française connaît ses lacunes. Elle veut les corriger. Le jour où elle garnira des laboratoires, où elle organisera des services de dossiers, où elle alliera à ses éminentes qualités cliniques la précision des examens bio-chimiques et physiques; quand elle aura repris le prestige dont ses maîtres des 18^e et 19^e siècles l'avaient revêtue, peut-être alors nos jeunes médecins reprendront-ils le chemin délaissé. Ce sera sûrement un bienfait, car non seulement ils pourront nous gratifier de leur savoir en médecine, mais aussi nous charmer et nous instruire de leur culture générale, et répandre parmi nous le culte de l'esprit.

Roma AMYOT.

LES DERMATOSES EN RELATION AVEC LES AVITAMINOSES ET LEURS TRAITEMENTS¹

José F. BRUN,

Médecin dermatologiste à l'hôpital Morelos de Mexico,
Médecin consultant à l'Hôpital Français de Mexico.

Depuis quelques années l'importance du rôle des avitaminoses dans l'étiologie des maladies cutanées est devenue évidente. Il y a dix ans on ne citait dans les traités classiques que quelques pages à leur sujet. Aujourd'hui, rien que pour la pellagre il faudrait presque un volume.

Cet extraordinaire essor des vitamines dans le domaine dermatologique a fait que depuis longtemps notre attention a été attirée de ce côté là dans la spécialité. D'autant plus qu'au Mexique et surtout dans la clientèle d'hôpital, lorsqu'on les recherche systématiquement, la fréquence de dermatoses déterminées en partie ou en totalité par les hypoavitaminoses y est remarquable. Ce travail n'est que le fruit de l'expérience de tous les jours, recueilli dans notre service de l'hôpital Morelos, de Mexico. Etant donc un exposé clinique on n'y trouvera que peu de théorie, peu de bibliographie, mais le juste nécessaire sur les caractères physico-chimiques et physiologiques des vitamines.

En revanche, je m'étendrai le plus possible sur les caractères cliniques des dermatoses qui nous intéressent en faisant ressortir en même temps la valeur thérapeutique s'y rattachant. Je ne citerai que les auteurs que nous avons crus les plus intéressants et nous nous efforcerons de donner une classification française à ces dermatoses.

Il nous a semblé plus pratique de grouper les différentes entités morbides autour de leurs respectives avitaminoses que d'ordonner notre travail inversement. Il y aura donc autant de chapitres que de vitamines nous intéressant.

Notre statistique se base sur 918 cas d'accidents cutanés se rattachant plus ou moins

aux hypovitaminoses. Ce chiffre forme un peu moins de 1/6 des 6,148 malades observés dans ces dernières années, soit dans notre service, soit à la consultation externe de l'hôpital.

L'hôpital Morelos équivaut à l'hôpital Saint-Lazare de Paris, c'est vous dire que plus des 3/4 de nos malades sont recrutés dans la prostitution et que les 9/10 sont des femmes. Aussi bien la syphilis forme un fond presque ininterrompu et bien souvent les maladies de Nicolas et Favre, le chancre mou et la gonorrhée la remplacent ou s'y mélangent.

A ce groupe de 918 malades nous ajoutons un deuxième de 168 cas observés parmi les ouvriers qui travaillent dans des fabriques dont je suis le médecin consultant. Le total des 1,086 cas est donné en une première classification:

Avitaminoses A et D	321 cas
“ C	146 “
“ des complexes B	619 “

VITAMINE A

L'on sait que sous le terme de vitamine A sont en réalité réunies plusieurs substances dont l'effet physiologique sur l'organisme humain ou animal est identique. Les principales sont: la vitamine A proprement dite que l'on trouve chez les poissons d'eau de mer et la vitamine A₂ dans les poissons d'eau douce. Du point de vue biologique et chimique il n'y a aucune différence entre elles. De plus, on désigne sous le nom de provitamine A les diverses carotènes végétales qui sont transformées par les animaux (surtout herbivores) en vitamine A. La vitamine A est isolée sous forme de cristaux qui fondent à 55 degrés pour se convertir dans une huile visqueuse.

1. Communication au XVIII^e Congrès de l'A. M. I. F. C., Québec juin 1946.

Insoluble dans l'eau elle l'est dans l'huile. Elle est donc rangée dans les vitamines liposolubles; elle s'y stabilise en s'auto-oxydant.

En thérapeutique on emploie aussi la carotène ou provitamine A. Son activité biologique est à peu près de 4 millions et demi d'unités internationales par gramme. Un homme de 70 kilos a besoin normalement de 4,200 unités de base et de 1,400 unités en plus par jour. Chez la femme, dans la grossesse et l'allaitement davantage; et dans les états pathologiques de même. Physiologiquement, c'est la vitamine nécessaire pour l'intégrité de l'épithélium. Cliniquement, le syndrome avitaminosique est caractérisé par:

- a) Altération de l'épithélium en y rattachant les dents.
- b) Troubles oculaires (cécité nocturne).
- c) Troubles de dégénérescence du système nerveux.
- d) Altération de la fonction rénale et endocrinienne.

Les troubles cutanés y sont importants et peuvent être associés ou non aux manifestations antérieures. Ce sont souvent les premiers à apparaître. Peuvent bénéficier de la thérapeutique par la vitamine A les dermatoses suivantes:

- 1° Acroïnie infantile (pink disease des Américains).
- 2° Kérose.
- 3° Pityriasis rubra pilaire.
- 4° Le lichen plan.
- 5° Le lichen spinulosus.
- 6° Les ichtyoses.
- 7° La kératose folliculaire de Darier.
- 8° La kératose pilaire.
- 9° La kératose blennorragique.
- 10° Les onyxis (fragilité des ongles).
- 11° L'aéné.
- 12° Certaines alopecies.

Remarquons que toutes ces manifestations sont de la même famille sauf les deux dernières et encore la séborrhée dans le cas de l'aéné et de l'alopecie séborrhéique peuvent

être considérées comme une complication de la kérose.

Robert Buchanan, King et Hamilton (1) ont obtenu des succès dans presque toutes ces dermatoses en employant la vitamine A, plus spécialement dans l'aéné. Straumfjord (3) basant son expérience sur cinq cas et en donnant 100,000 unités par jour pendant plusieurs mois (jusqu'à 6 mois) sans autre médicament, obtient un tiers de guérisons complètes, 2/3 d'améliorations et 3 échecs seulement. Selon nous, le succès serait explicable par l'effet préalable de la vitamine A sur la kérose.

Dans l'ichtyose, Samuel Peck, Click et Chargin (2) soignent 2 cas d'ichtyose en donnant des hautes doses de vitamine A (200,000 unités par jour) et malgré que le sang des malades eût récupéré et même dépassé la dose normale de vitamine A, il n'y eut que peu ou pas d'amélioration clinique.

Dans certaines alopecies par dégénérescence de l'épithélium, Schwemmler (7) rattachant l'hypoavitaminose à l'hyperthyroïdie avec dégénérescence des poils et follicules pileux prescrit dans ces cas-là (rares d'ailleurs) la vitamine A. Elle serait l'antagoniste de la thyroxine. Dans la maladie de Darier, Peck, Glick, Sobodka et Chargin (2) donnent par voie buccale, qu'ils considèrent meilleure qu'injectable, des bases non indiquées dans dix cas avec des résultats satisfaisants.

Pityriasis rubra pilaire

Weiner et Levin (8) donnent à 5 patients (toute une famille: mère et 4 enfants) pendant 5 ans des doses de 100,000 unités par jour sans aucun résultat. En revanche, par l'ingestion de carotènes, l'évolution vers la guérison se fait rapidement.

Personnellement nous employons depuis 6 ans la vitamine A en union avec la vitamine D dans le traitement des eczemas et dermites professionnelles avec succès. Nous injectons, suivant la méthode de Daïnow (4), 10,000 unités de chacune, trois fois par semaine, intramusculairement. Nous y ajoutons des quan-

tités de sang successivement croissantes jusqu'à 12 ou 15 cm³, que nous mêlons avec la solution de vitamine dans la même seringue. Parfois les résultats sont presque immédiats. Parfois il nous a fallu continuer le traitement jusqu'à 18 ou 20 piqûres. Sur 60 malades traités dans notre consultation rien que par ce traitement, les 2/3 en ont bénéficié avec ceci de remarquable: bien souvent il y a une désensibilisation définitive par rapport réactogène qui provoque la dermite. Nous reviendrons sur cette question importante lorsque nous aborderons la vitamine D, mais déjà nous pouvons dire que pour nous c'est le traitement de choix des eczémas dits professionnels.

Nous avons employé dans 8 cas de kérose la vitamine A aux doses de 25,000 unités trois fois par jour par la bouche. Dans deux cas l'amélioration a été très nette, dans l'autre elle l'a été bien moins.

Dans le lichen plan nous n'avons pas d'expérience à ce sujet. Nous devons, cependant, rapporter que dans deux cas caractéristiques la vitamine D aux doses de 100,000 unités par jour, par voie buccale, nous a donné de bons résultats. Cependant, l'acétylarsan reste pour nous un traitement de choix. Dans l'ichtyose nous avons injecté 10,000 unités par jour, pendant 15 jours, dans 2 cas d'ichtyose généralisée (2 frères jumeaux) sans aucun résultat appréciable.

En résumé, notre expérience avec la vitamine A dans les cas recommandés par les auteurs anglo-saxons est limitée. En revanche, notre expérience sur l'effet de cette vitamine dans les eczémas et dermatites professionnelles est assez ample pour pouvoir la recommander comme un excellent traitement.

COMPLEXE B

Le complexe B est constitué par 8 facteurs connus et, peut-être, par 5 autres de plus. Voici la liste des connus:

Thiamine	B ₁
Riboflavine	B ₂
Acide pantothénique	B ₅

Biotine	B ₇
Pyridoxine	B ₆

Inositol (facteur antialopécique du rat).

Acide paramino-benzoïque
et, enfin,

Acide nicotinique (facteur PP).

En pratique, les plus importants sont B₁, B₂, B₆ et l'acide nicotinique. Dans notre milieu cette polyvitaminose est la plus importante. Elle comprend, à elle seule, les 2/3 de toutes les avitaminoses.

B₁. — La vitamine B₁ se trouve dans plusieurs végétaux, mais principalement dans l'écorce des céréales telles que le riz, le blé, etc., et la levure de bière. Dans le règne animal, dans le foie, les muscles et les reins où on l'y trouve à l'état libre et sous forme de sel (chlorhydrate de thiamine).

L'unité internationale est égale à 3 microgrammes de chlorhydrate de thiamine cristallisé.

Chez un adulte de 70 kg. il faut 300 unités internationales par jour, plus ou moins. La dose thérapeutique par la bouche est de 10 à 300 milligrammes.

Physiologiquement, la vitamine B₁ agit en tant que:

1° Coenzyme dans le métabolisme des graisses, ayant besoin pour cela de la présence de choline.

2° Comme catalyseur dans l'assimilation des hydrates de carbone.

Cliniquement, le syndrome d'avitaminose B₁ est caractérisé par:

- Troubles du système nerveux.
- Troubles cardio-vasculaires.
- Troubles gastro-intestinaux.
- Par des symptômes généraux (fatigue, perte de poids, lassitude).

En dermatologie son rôle est important et on retrouve la vitamine B₁ comme facteur thérapeutique dans les entités morbides suivantes:

- 1° Lichen plan.
- 2° Herpès zoster.
- 3° Herpès de la cornée.

- 4° Pseudo-pelade de Brocq.
- 5° Psoriasis.
- 6° Pemphigus (vulgaire et végétant).

Lichen plan

Kloverkon (Journal of Therapy, 1939 — 1, 154) a obtenu d'excellents résultats en injectant à 4 malades 10 milligrammes deux ou trois fois par semaine, pendant 9 semaines.

Herpès zoster

L'insuffisance de vitamine B₁ (Gordon) (9) n'est pas absolument démentie dans cette maladie mais la thérapeutique associée à d'autres médicaments a donné de bons résultats.

Smith (10) l'injecte localement ou autour des régions infectées. Ces bons résultats n'ont pas été obtenus dans l'herpès simple. Dans l'herpès de la cornée, Mac Allester y ajoute un onguent contenant 1% de vitamine B₁.

Pseudo-pelade de Brocq

Lisi (Il Dermosifilografo 1938 — 13, 410) dit avoir obtenu de bons résultats dans certaines dermatoses d'origine nerveuse ainsi que dans le prurigo sénile.

Psoriasis

Madden (11) traite 27 malades uniquement par vitamine B₁, 3 mg. par jour. Il obtient 50% de succès. Il l'a associé au régime sans graisses. La relation entre le psoriasis et le métabolisme des graisses a fait traiter par Walsh, Clark et Dragstedt (12) 23 malades de psoriasis en leur administrant du lipocaïc (extrait pancréatique à la dose d'un 1/3 gr. jusqu'à 20 fois par jour par la bouche). Ils obtiennent dans 30% la disparition des lésions, dans 50% l'amélioration et dans 20% aucun résultat.

Dans le pemphigus, Oppenheim et Cohen (13) traitent 2 pemphigus: vulgaire et pemphigus végétant, en donnant de hautes doses de 50 mg. par jour, en y ajoutant comme coadjuvant l'acétylarsan.

Personnellement, dans l'herpès zoster nous utilisons la vitamine B₁ depuis bientôt deux

ans. Dans 12 cas nous l'avons injectée intramusculairement aux doses de 100 mg. par jour. En plus nous injectons sous la peau et autour de la lésion 100 mg. dilués dans 5 ou 10 cm³ de sérum physiologique normal.

Dans ces 12 cas traités les résultats ont été très favorables. Dans tous l'évolution a été très écourtée (dans 1 cas, 5 jours ont suffi pour faire disparaître les lésions). Dans tous les cas, les malades ont bénéficié toujours d'une diminution des symptômes douloureux. L'unique thérapeutique employée comme coadjuvant a été l'aspirine et l'antipirine, prises par la bouche par doses fractionnées (1 gr. par jour).

Dans la pseudo-pelade de Brocq, maladie assez répandue dans notre milieu, due dans la moitié des cas à la mauvaise dentition, dans l'autre moitié à des origines complexes nerveuses, nous avons soigné 27 cas en suivant la technique suivante:

Dans un premier groupe de 7 cas, nous avons injecté uniquement aux peladiques 50 mg. dans le muscle et 50 mg. sous la peau de la pelade; ceci en doses journalières.

Dans un deuxième groupe de 12 cas, nous avons injecté de la Larostidine de Roche (histidine) sous la peau de la pelade et intramusculairement, 3 cm³ chaque 3 jours.

Dans un troisième groupe correspondant à 8 malades, nous injectons angioxil (extrait de rate désalbuminée) sous la peau de la pelade et de la vitamine B₁, 100 mg. intramusculairement tous les deux jours.

Dans tous ces cas, trois fois par semaine nous appliquons des rayons ultraviolets sur les régions peladiques à des doses successivement croissantes, sauf dans 5 cas. Dans l'un, c'était un malade atteint de quatre plaques peladiques du cuir chevelu et il n'a reçu strictement que 50 mg., tous les 2 jours, de vitamine B₁ en alternant avec un cm³ de Poly-B, aussi tous les deux jours; ceci pendant un mois. Dans les autres quatre cas on a remplacé les rayons ultraviolets par la neige carbonique ou par un jet de chlorure d'éthyle,

ces deux dernières méthodes étant d'excellents révélsifs.

Résultats. La meilleure combinaison a été le groupe 2 (« Larostidine » *in situ* et dans le muscle) où la guérison complète a été obtenue dans 7 cas et dans un mois et demi en moyenne. Dans les 5 autres cas on a obtenu une amélioration. Dans tous les cas les cheveux repoussés étaient d'un ton plus clair, et même il y eut un cas de canitie. Dans les groupes 1 et 3 les succès furent plus inconsistants et plus longs à obtenir. Dans le cas isolé l'effet était remarquable parce que la guérison fut presque complète au bout d'un mois sans aucune autre thérapeutique. L'apparition des plaques peladiques avait coïncidé chez ce malade avec de grandes préoccupations morales.

Nous avons remarqué que chez la femme, la pelade est plus fréquente et plus tenace que chez l'homme.

Dans les autres dermatoses citées nous n'avons pas employé la vitamine B.

VITAMINE B₂

(Riboflavine, lactoflavine ou vitamine G)

La vitamine B₂ est très répandue dans le règne végétal et animal. Les bactéries de fermentation anaérobies sont celles qui la produisent le plus. La levure de bière aussi. Dans le règne animal c'est le foie. La vitamine B₂ cristallisée en aiguilles jaunes peu stables dans l'eau et, pratiquement, soluble dans les solvants habituels.

Un gramme de riboflavine est égal à 400,000 unités Sherman.

L'homme a besoin de 600 unités par jour. Physiologiquement, elle contribue à l'oxydation des hydrates de carbone, des aldéhydes, de l'acide lactique et amino-acides. Elle forme en réalité partie d'un groupe coenzymique, mais ce qui est le plus important pour nous c'est son rôle dans le métabolisme de la porphyrine.

Vanotti (36) a observé que dans quelques cas de sprue, il existe une augmentation de

porphyrine dans les selles et que l'administration de riboflavine et d'extrait hépatique diminue cette excretion. Cette association de la vitamine B₂ et des porphyrines n'est pas surprenante vu qu'en absence de B₂ les fonctions du composé enzymique, auquel elle appartient, sont probablement diminuées par les pigments respiratoires qui contiennent du fer et entre lesquels figure la porphyrine. Nous retrouverons la porphyrinurie comme symptôme capital dans d'autres avitaminoses du complexe B.

Le syndrome clinique de déficience avitaminosique B₂ est le suivant:

1^o *Prodromes*. Ce sont l'anorexie, la perte de poids, la fatigue mentale et corporelle, les picotements cutanés.

2^o *Lésions oculaires*. Les lésions oculaires accompagnent ou précèdent les lésions cutanées que nous allons décrire.

3^o Puis apparaissent des signes importants dermiques. Le plus important ainsi que le plus caractéristique et le premier à paraître est la kéilose. C'est une lésion bilatérale des angles de la bouche. Les commissures buccales ont un aspect érythémateux et naéré, macéré et fissulaire, rappelant tout à fait la perlèche. Rarement les muqueuses sont atteintes. En revanche, les lèvres sont rouges, surtout dans leurs limites muco-cutanées avec des fissures longitudinales surtout dans la lèvre inférieure, celle-ci étant plus atteinte que la supérieure. Ces lésions sont douloureuses et il y a une légère desquamation furfuracée. La langue est rouge magenta, lisse, avec les papilles hypertrophiées en champignons. Plus tard les lésions des commissures s'étendent parfois vers les joues. Les infections secondaires s'y ajoutent (strepto, staphylo et champignons). Sabouraud insiste sur ces infections secondaires.

La régression des lésions donne à la peau un aspect spécial; elle est plus ou moins crevassée, striée, desquamée et donne au toucher la sensation de peau rêche. En disparaissant elle laisse parfois des cicatrices d'aspect atrophique.

Enfin parfois il existe des lésions du type kéroscique avec épaississement de la peau, desquamations fines et grasses, excroissances filiformes séborrhéiques, érythème et prurit. Elles se rencontrent:

- a) Dans la région vestibulaire du nez.
- b) Dans les sillons nasaux géniens.
- c) Dans le vestibule des oreilles.

Enfin, ces deux genres de lésions peuvent aussi paraître aux mains, aux régions génitales et au cuir chevelu.

L'aribo flavinose est la plus fréquente des avitaminoses aux Etats-Unis. Nous retrouvons le plus souvent dans la pellagre des signes de cette avitaminose; elle s'associe au béri-béri. Spies et ses collaborateurs ont appelé l'attention sur ce fait. La thérapeutique appuie ces constatations. En effet, dans la pellagre, les lésions de kéroscie et de kéilose ne sont pas guéries par l'acide nicotinique mais bien par la riboflavine et déjà nous nous apercevons que la pellagre n'est pas le fait d'une seule avitaminose.

Les cirrhoses, néphrites et infections gastro-intestinales, l'insuffisance ou le mauvais équilibre dans l'alimentation ou des diètes trop poussées sont des facteurs probables. En général c'est une avitaminose familiale et qui survient plus fréquemment chez l'enfant. Personnellement, nous avons observé à Mexico un pourcentage beaucoup moins sévère (20%) que celui qui est remarqué par Spies aux Etats-Unis (70%) mais il est indiscutable que les signes cliniques d'aribo flavinose accompagnent parfois les signes cutanés de déficience d'acide nicotinique et c'est surtout la perlèche que nous retrouvons le plus souvent dans notre milieu. Elle peut d'ailleurs être isolée et révéler une aribo flavinose pure.

Thérapeutique

Nous utilisons peu la riboflavine pure en thérapeutique. Le plus souvent, nous injectons à nos malades un composé B parce que l'aribo flavinose est pratiquement nulle de façon isolée.

VITAMINE B₆ (Pyridoxine)

Amplement distribuée dans les végétaux et chez les animaux; la levure, le maïs, le blé (surtout les germes) en sont bien riches. Dans le règne animal, le foie des poissons, le lait, le jaune d'œuf. Aussi les épinards et les laitues.

C'est une poudre cristalline soluble dans l'eau. C'est le chlorhydrate qui est employé en thérapeutique humaine. Une unité de vitamine B₆ est égale à 10 microgrammes, égale aussi à la quantité nécessaire quotidienne pour guérir ou prévenir les symptômes typiques de l'avitaminose. On n'a pas démontré qu'elle soit nécessaire pour la vie humaine. Habituellement de 10 à 100 mg. sont employés en clinique (Spies).

Il semble que physiologiquement elle agisse très activement dans le métabolisme des protéines. Avec la vitamine B₂ et l'acide nicotinique, la vitamine B₆ forme probablement partie, avec les enzymes, d'un système enzymique d'oxydo-réduction dans l'organisme. Avec B₁, B₂, acide nicotinique et probablement C, B₆ rentre dans la pellagre.

Application clinique dermatologique

Wright, Samitz et Brown (14) disent que dans les lésions pellagriques cutanées ils administrent 25 à 100 mg. de vitamine B₆ et les lésions s'améliorent. En plus ils l'emploient dans la séborrhée, dans l'eczéma séborrhéique et dans les éruptions eczémateuses de causes méconnues, obtenant l'amélioration de ces maladies dans beaucoup de patients. Là, la vitamine B₆ n'est pas spécifique en tant que médicament mais, ajoutent-ils, c'est un coadjuvant utile dans les éruptions d'origine séborrhéiques.

Sutton et Sutton (5) l'emploient dans l'acrodinie (« pink disease » des Américains) et ils préfèrent le complexe B.

Durand, Spickard et Burgess (37) ont utilisé la vitamine B₆ intramusculaire; 6 mg. par jour à deux enfants avec acrocinie et ils ont eu une amélioration rapide en 3 jours. Per-

sonnellement nous n'avons aucune expérience au sujet de la vitamine B.

VITAMINE H (biotine)

Elle se trouve en petite quantité chez tous les animaux supérieurs (foie, reins, pancréas) et dans les végétaux, surtout dans les céréales. Elle est soluble dans l'eau. Stable à la chaleur. Sa fonction n'est pas très connue. On affirme qu'elle est en relation étroite avec le métabolisme des graisses.

L'unité rat c'est la dose journalière d'aliment qui en 4 semaines soigne presque complètement les lésions chez l'animal mis à la diète riche en blanc d'œuf (Gyoirgy) (15).

L'homme a besoin de 50 unités par voie sous-cutanée par jour, 3 ou 5 fois de plus par la bouche.

Applications cliniques en dermatologie

Dans l'état séborrhéique des nourrissons, Paderon l'emploie ainsi que dans l'érythrodermie desquamative de Lenier et dans les dermatoses séborrhéiques. Bichnell et Prescott (16) l'emploient dans l'acné vulgaire, dans la furonculose, dans l'alopecie areata et dans l'eczéma allergique avec de bons résultats dans les états précancéreux.

ACIDE PARAMINO-BENZOÏQUE

Il forme aussi partie du composé B.

Cet acide est amplement distribué dans les végétaux et animaux quoiqu'on n'en connaisse pas les chiffres exacts. C'est un constituant naturel de la levure de bière d'où on l'a isolé en forme libre et combinée. C'est une substance incolore et qui fond à 180 degrés.

Physiologiquement les connaissances actuelles à ce sujet sont limitées. On sait que dans l'organisme il est sécrété par l'urine sous forme d'acétate. Dans l'organisme il inhibe l'action de l'hydroquinone qui chez certains animaux (chats et rats) donne une couleur grise au poil. *In vitro* il modifie la formation de la mélanine. C'est pour cela qu'on a pensé à sa possibilité d'action sur le processus pigmentaire.

Cliniquement, des expériences ont été faites sur la canitie.

Major, Spies et Butt n'ont rapporté aucune action sur la canitie. Brain n'affirme rien à ce sujet (Vitamines et Hormones, S. Ansbacher). (6)

D'autre part, Burgess (17) trouve que l'effet complexe B est excellent dans le lichen plan et dans la canitie et il dit que c'est surtout par l'acide panthoténique et paramino-benzoïque qu'il obtient des résultats. La cistine raccourcirait le temps de guérison.

ACIDE PANTHOTÉNIQUE

Probablement identique à ce qu'on appelle vitamine B₅. C'est un facteur aussi du complexe B. Il est nécessaire pour le maintien du poids du pigeon.

L'acide panthoténique semble être présent dans tous les protoplasmes vivants: en particulier foie et reins chez les animaux; pelures de riz et son, levure de bière, jaune d'œuf, luzerne et cacahuètes. L'homme a besoin journalièrement à peu près de 3 à 11 mg. Il est d'ailleurs facilement soluble dans l'eau. Un gramme d'acide panthoténique est égal à 71,000 unités poulet environ. Il est peut-être nécessaire pour l'organisme humain. Physiologiquement on le connaît mal. Il est probable qu'en partie tout au moins il agisse dans la motilité gastro-intestinale (Spies). (21)

Cliniquement, nous avons vu que Pavecek et Baum ont trouvé qu'il agissait mieux sur la canitie avec l'acide paramino-benzoïque. Certains investigateurs ont démontré qu'il est en réalité en relation avec les avitaminoses de certains facteurs du complexe B, principalement acide panthoténique et paramino-benzoïque. Sieve (18) investigant la propriété chromatique et de pigmentation de l'acide paramino-benzoïque le trouve de valeur thérapeutique en employant 100 mg. deux fois par jour. Pavecek et Baum (19) ont démontré qu'en adjoignant de la cistine ils réduisent

remarquablement le temps nécessaire pour l'action du facteur anticancerogène du poil d'achromotricose nutritive.

ACIDE NICOTINIQUE

(Facteur PP (préventif de la pellagre)

L'acide nicotinique est un composant du complexe B qui se trouve dans toutes les cellules vivantes en très petite quantité. En sont riches le foie, la capsule suprarenale, la levure de bière, le germe de blé, etc. On le retrouve en forme libre dans les urines d'animaux et dans les tissus organiques sous forme d'amides. C'est une substance qui cristallise en forme d'aiguilles. C'est une des vitamines les plus stables. Elle ne se détruit pas par la cuisson des aliments. Les doses s'expriment en gramme et pour un adulte elle est de 20 mg. par jour.

Physiologiquement il est en relation étroite avec le métabolisme des hydrates de carbone. L'injection de 100 mg. d'acide nicotinique détermine une augmentation de la glycémie aussi bien chez les diabétiques que chez les sujets sains. Pour Spies cette action sur les hydrates de carbone et, en particulier, sur ceux du cerveau expliquerait les altérations mentales observées dans la pellagre. Son rôle dans l'hématopoïèse et son action vaso-dilatatrice sont bien connus.

Field et Robinson n'ont pas obtenu des réactions de vaso-dilatation en employant la nicotinamide, dont l'effet thérapeutique est identique à celui de l'acide nicotinique. Cliniquement le syndrome, l'avitaminose d'acide nicotinique c'est la pellagre. Elle est caractérisée par:

- 1° Signes cutanés.
- 2° Stomatite et glossite.
- 3° Symptômes gastro-intestinaux.
- 4° Névropathie généralisée.
- 5° Signes psychiques.

Or il semble bien que:

- 1° Parmi les signes cutanés
 - a) Les lésions vulvo-périnéales.

b) L'érythème pellagreux sont dus à l'acide nicotinique.

c) La kéilose et la kérose dépendent de l'aribo flavinose.

2° Que la glossite peut être due à un défaut d'acide nicotinique ou de riboflavine, ou des deux à la fois, et la stomatite à la riboflavine.

3° Que les symptômes gastro-intestinaux sont dus uniquement à une insuffisance de l'acide nicotinique.

4° Et que la névropathie est due à une insuffisance de la vitamine B₁ et, enfin,

5° Que les troubles psychiques ressortent encore de l'acide nicotinique.

D'autre part, Spies a remarqué que les malades pellagreux présentent, nonobstant un traitement adéquat de vitamines B₁ et B₂ et d'acide nicotinique, des symptômes tels qu'insomnie, irritabilité, douleur abdominale, asthénie, difficulté à la marche, tous signes qui régressent par l'injection de 50 mg. de vitamine B₆ en quatre heures de temps. Et que l'injection de 100 mg. d'acide panthoténique produit une augmentation transitoire de l'acide nicotinique dans le sang. La pellagre ne serait donc qu'une polyavitaminose « grosso modo » caractérisée par dermatose, diarrhée et psychose jusqu'à démence.

Au point de vue dermatologique, c'est l'avitaminose la plus commune au Mexique. Elle y représente un peu plus du 30% de toutes les avitaminoses et 80% du complexe B. Dans son étiologie nous faisons rentrer:

1° le déséquilibre alimentaire, ou son insuffisance; 2° l'alcoolisme; 3° les entérocolites chroniques.

Dans le haut plateau mexicain, parmi les populations rurales et même citadines, ces trois facteurs, véritable triade étiologique, s'y trouvent fréquemment réunis et peuvent adopter entre eux toutes les combinaisons. Ajoutons à cela que pendant toute l'année le soleil et l'intensité lumineuse riche en ultra-violets forment un facteur externe et nous aurons

l'ensemble des conditions qui expliquent le haut pourcentage des dermites pellagreuses dans notre milieu. Car il semble bien que l'étiologie de la pellagre telle que nous venons de la résumer soit la plus acceptable. Les travaux de Goldenberg, Tanner, Funk, Eveljhem, Madden, Spies (lesquels je considère de la plus haute valeur), Sydenstricker, Weaver, Nicolas, Jambon, Moriquand, Binet, Jausion, Gougerot, Meyer, Strong, Wolley, Machella, Sutton, Toppenheim, Fisher, Mac Lester, Houseman et bien d'autres étayent solidement l'ensemble des conditions qui aboutissent par le truchement d'un trouble du métabolisme des porphyrines à la production des dermatoses dans la pellagre. Ce trouble se traduit par de la porphyrinurie déjà signalée dans l'apyridoxinose et dans l'ariboflavino-*sé*. Dans la déficience d'acide nicotinique elle se présente comme un symptôme de laboratoire très fréquent mais non constant, précédant parfois les signes cliniques ou les accompagnant. La porphyrinurie peut, d'ailleurs, survenir dans d'autres circonstances (intoxication et maladies qui touchent indirectement la fonction hépatique). En injectant de l'acide nicotinique à des malades présentant de la porphyrinurie, celle-ci tend à disparaître. La quantité de porphyrine dans l'urine ne semble pas être en relation directe avec la sévérité des lésions cutanées et, d'autre part, hypothétiquement, la porphyrine, en tant qu'hématoporphyrine (45), agirait dans l'organisme comme un photosensibilisateur endogène vis-à-vis de la lumière solaire, d'où production de dermatose, principalement aux endroits découverts. Celle-ci n'est qu'une théorie et bien des auteurs optent pour d'autres théories, expliquant la genèse et la formation des accidents cutanés. Il serait trop long de s'étendre à ce sujet.

Reste en pratique:

1° Que la pellagre a besoin:

a) de conditions pathologiques ou de nutrition insuffisante, mal équilibrée ou bien d'alcoolisme;

b) d'un facteur externe (le soleil) pour se produire, et

2° Que la porphyrinurie est un signe important de laboratoire dans la pellagre.

Les troubles cutanés dans la pellagre précèdent les symptômes nerveux ou digestifs. Ils débutent par un érythème pellagreu (ou pellagroïde). Sur les peaux blanches: il est d'abord d'un rouge plus ou moins sombre, diffus, parfois œdématisé et d'aspect érysipéloïde (prurigineux), parsemé parfois de bulles contenant un liquide citrin qui peuvent s'impétiginer, puis cette rougeur fait place à une teinte brun violacé. Tout ceci dure une quinzaine de jours, ensuite l'épiderme s'exfolie en larges lambeaux laissant une peau brune, sèche, âpre et rugueuse semée de crevasses: c'est l'aspect de la pellagre classique. Tout ce cycle forme une poussée saisonnière. Avec les années la peau s'épaissit ou s'atrophie, présentant des taches plus ou moins pigmentées.

Sur les peaux brunes l'érythème est moins marqué et après la poussée aiguë la peau reste d'une teinte très obscure, presque noire, prenant par la desquamation en certains endroits un aspect gris sale. Souvent on remarque des lésions de grattage. Dans notre milieu l'impétiginisation n'est pas rare, donnant lieu parfois à de véritables pyodermites généralisées.

Ces lésions siègent aux parties découvertes: face, cou, nuque (collier de Casals), dos des mains, coudes des pieds et jambes.

La pellagre évolue par poussées saisonnières dans les pays où les saisons sont marquées, au Mexique, à n'importe quelle époque de l'année, les poussées coïncident plutôt avec l'époque où les gens travaillent aux champs ou bien en ville dans des labeurs qui les exposent davantage au soleil. Les lavandières, par exemple, présentent continuellement des érythèmes successifs toute l'année, ayant l'habitude de laver le linge sur les terrasses découvertes des maisons. Chez nos malades internés à l'hôpital nous avons observé plus

qu'une éclosion d'érythèmes pellagres lorsqu'ils prennent l'habitude de se promener sur les terrasses aux heures du soleil.

A côté de ces formes classiques bien visibles, il y a des formes frustes qu'il faut systématiquement rechercher. Elles sont très fréquentes dans notre milieu et elles représentent à peu près 1/4 des dermites pellagroïdes. Il faut les rechercher aux pommettes, à la partie inférieure et médiane du front, sur la lèvre supérieure, au menton (donnant parfois un aspect de cloasma très estompé). Ces endroits sont le siège de pigmentations plus ou moins mélaniques, plus ou moins étendues, de fines desquamations, de légers prurits, de légers érythèmes, qui ne s'accompagnent pas d'autres localisations, sauf parfois aux mains et chez les femmes au décolleté, prenant le type de dermatite du décolleté de Brocq.

A notre point de vue pourraient se rattacher à ces dermites pellagres, parce qu'elles possèdent trois caractères communs: 1° photo-sensibilisation; 2° localisation, et 3° porphyrinurie, parfois, certaines maladies cutanées que Jean Meyer classifie comme provoquées ou influencées par le soleil. Personnellement nous avons insisté (no 35) depuis quelques années sur le fait que certaines de ces dermatoses s'accompagnent de porphyrinurie; en particulier, dans certains cas d'eczéma, de lupus érythémateux, d'acné, d'impétigo, de prurit et de cloasma. L'action du soleil provoque chez elles une aggravation indéniable et la porphyrinurie plus ou moins marquée peut les accompagner. D'autre part, la thérapeutique par le complexe B les améliore et même en l'absence de porphyrine dans l'urine nous ne manquons pas d'y recourir lorsque la topographie de ces lésions et leur actino-sensibilité se présentent.

Ceci est peut-être explicable parce que ces dermatoses surviennent chez les pellagres en potentiel ou bien chez des malades dans des circonstances pathologiques toutes autres (maladies hépatiques, éthyliisme, toxines) qui

favorisent l'apparition de la porphyrine dans les urines. Dans cet ordre d'idées il n'est pas inutile de rappeler que McGenty et Daugherty (22) retrouvent la porphyrinurie et des lésions cutanées dans l'intoxication par les sulfas et qui cèdent à l'acide nicotinique. Personnellement, nous avons remarqué que nos malades gonococciques sont plus sensibles au soleil.

Traitement de la pellagre

Nous avons vu que la pellagre est liée à plusieurs avitaminoses du complexe B, mais que la principale est l'acide nicotinique. Le traitement le meilleur est à notre point de vue le complexe B comme traitement de base, en ajoutant séparément l'acide nicotinique ou la vitamine B₁ dans les cas graves avec phénomènes psychique et nerveux.

En pratique 50 mg. de nicotilamine par jour et 150 gr. d'acide nicotinique par la bouche plus 1 cm³ du complexe B injectable, arrivent en 5 ou 6 jours à guérir une pellagre de type moyen. Cependant dans trois cas graves, ils n'ont cédé qu'après 10 ou 12 jours dans lesquels on injectait la nicotilamine par voie intraveineuse et à laquelle il fallait ajouter en plus du complexe B et de la vitamine B₁ de l'extrait de foie. Bien des cas de pellagre au début cèdent tout simplement avec une bonne alimentation bien équilibrée et par la défense d'alcool, en donnant par la bouche 3 tablettes de 50 mg. de nicotilamine. Localement nous traitons les érythèmes pellagres par du liniment oléocalcaire et en défendant aux malades de s'exposer au soleil. Dans les cas d'impétigo nous y ajoutons le traitement qui correspond.

BIBLIOGRAPHIE

1. Robert N. BUCHANAN, H. KING et C. M. HAMILTON: *J. Tennessee M. A.*, 36: 89 (mars) 1943.
2. S. M. PECK, A. W. GLICK, SOBOTKA et L. CHARGIN: *Arch. Derm. and Syph.*, 48: 32 (juillet) 1943.
3. J. V. STRAUMFJORD: *Northwest Med.*, 42: 219 (août) 1943.
4. I. DAINOW: *Acta Dermato-Venereologica*, 20: 1939, fasc. 2.

5. *Diseases of the Skin*. Sutton et Sutton. 10e édition.
6. *Vitamins and Hormones*. Advances in Research and Applications édité par Robert Harris et Kenneth Thimann. Vols I, II et III. New-York, 1944.
7. B. SCHWEMMLER: *Munch. Mediz. Wchnsch.*, **86**: 1226 (août.).
8. A. WEINER et A. LEVIN: *Arch. Dermat. and Syph.*, **48**: 288 (sept.) 1943.
9. A. GORDON: *Medical Record*, 17 avril 1940.
10. S. F. SMITH: *J. M. Soc. New Jersey*, **38**: 396, 1941.
11. J. F. MADDEN: *J.A.M.A.*, **115**: 588 (24 août) 1940.
12. E.N. WALSH, D.E. CLARK, L.E. DRAGSTEDT et S.W. BECKER: *J. Invest. Dermat.*, **4**: 59, 1941.
13. M. OPPENHEIM et D. COHEN: *Arch. Dermat. and Syph.*, **47**: 40 (janv.) 1943.
14. C. WRIGHT, M.H. SAMITZ et H. BROWN: *Arch. Dermat. and Syph.*, **47**: 651 (mai) 1943.
15. E. GYOIRGY: *Proc. Soc. Expl. Biol. Med.*, **35**: 204, 1936.
16. BICKNELL et PRESCOTT: *The Vitamins in Medicine*. Londres, 1942.
17. J. F. BURGESS: *Canad. Maj. Ass. J.*, **44**: 120, 1941.
18. B.F. SIEVE: *Science*, **94**: 251, 1941.
19. P.L. PAVECECK et H.M. BAUM: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, **47**: 271, 1941.
20. D.W. WOLLEY: *Science*, **91**: 245, 1940.
21. SPIES, HIGH TOWER et HUBBARD: *J.A.M.A.*, **115**: 292, 1940.
22. McGENTY et LEWIS: *J. Georgia M. A.*, **28**: 54, 1943. DAUGHTY: *J.A.M.A.*, **114**: 754, 1940.
23. W.A. ROSENBERG: *Arch. Dermat. and Syphyl.*, **37**: 1010, 1938.
24. E. WERNICK: *Dermat. Ztschr.*, **75**: 177; **76**: 189, 1937.
25. P.J. FINKLE: *Clin. Invest.*, **16**: 587, 1937.
26. M. LOZZA: *Minerva Med.*, **2**: 235, 1939.
27. I. M. McDONALD et H. H. JOHNSON: *Arch. Dermat. and Syph.*, **43**: 682, 1941.
28. C.S. WRIGHT: *Arch. Dermat. and Syph.*, **43**: 145, 1941.
29. L.A. BRUNSTING: *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, **13**: 280, 1938.
30. E.T. CEDER et L. ZON: *Public Health Report*, **52**: 1580.
31. T. CORNBLEE et H.C. STRUCK: *Arch. Dermat. and Syph.*, **35**: 188, 1937.
32. M.T.R. MAYNARD: *Arch. Dermat. and Syph.*, **41**: 842, 1940.
33. H. KING et G.M. HAMILTON: *Arch. Dermat. and Syph.*, **39**: 615, 1939.
34. C. WHITE: *J.A.M.A.*, **102**: 2178, 1934.
35. J.F. BRUN: *Pasteur 11'* — **9**: 149, 1940 (Mexico).
36. A. VANOTTI: *Praxis*, **21**: 419, 1938.
37. J.L. DURAND, V.W. SPICKARD et F. BURGESS: *J. Pediatrics*, **14**: 77 (janv.) 1939.
38. D. HAGIESCO, G. BAZAVAN, etc.: *Presse Méd.*, **78**: 1435, 1938.
39. DARIER: *Précis de Dermatologie*. Paris.
40. Jacob LORTAT: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale: Dermatologie*. Paris, 1938.
41. GOURETTE, MEYER et UHRY: *Arch. d'Hôp. St-Louis*, p. 745, 1939.
42. HAUSSMAN y HAXTHAUSEN: *Lichterkrankungen der Haut Viena*, 1939.
43. JAUSION et PAGES: *Les maladies de la lumière*. Masson édit., Paris, 1933.
44. MEYER et HERZFELD: *Les dermatoses artificielles*. Gaston Doin, Paris, 1938.
45. ROGER et BINET: *Traité des maladies. Physiologie normale et pathologique*. Tome 7. Fabre, 1926.

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'ULCÈRE GASTRIQUE ET DUODÉNAL¹

Jean LeSAGE,

Consultant-chef en gastro-entérologie à l'Institut du Radium (Montréal).

La thérapeutique de l'ulcère gastrique et duodéal est toujours saisie de toute une variété de traitements et de médications parce que l'étiologie de l'ulcère n'est pas univoque. En d'autres mots, les chercheurs n'ont pas encore trouvé une cause spécifique de l'ulcère dans ces deux territoires. Chaque praticien, chaque spécialiste même, quelle que soit son expérience dans ce domaine, est tour à tour sollicité par une thérapeutique qui plaît tantôt à son expérience personnelle, ou qui relève ailleurs de la puissance de conviction émanée des suggestions pharmaceutiques ou des recherches les plus récentes. Si l'on admet en clinique, comme le grand Dieulafoy l'a si bien démontré à la fin du siècle dernier, que l'ulcère gastrique et duodéal simple est une maladie cyclique et procédant par périodes douloureuses d'une durée de 15 jours à 1 mois, tel que Gutman l'a rappelé, on est en droit de mettre en doute la valeur curative de telle ou telle thérapeutique qui a la prétention d'avoir guéri dans trois semaines ou un mois, un ulcère gastrique ou duodéal. A plus forte raison, est-il difficile d'admettre la *valeur-guérison* d'une thérapeutique, quand l'on sait que ces deux types d'ulcère ont, de façon générale, une *allure récidivante*.

On sait de plus, que la guérison clinique d'un ulcère jeune n'est pas parallèle à sa *guérison anatomique*. La cicatrisation prend en moyenne un mois à se produire. Peut-on l'objectiver? Par quels critères? Si l'on réussissait, du coup, on apprendrait par son truchement la valeur et l'effet de la thérapeutique mise en œuvre. Or, il existe des signes sinon anatomique, du moins appréciables par la clinique, la radiologie et la gastroscopie.

Avec l'Ecole française jusqu'à ces dernières années, on disait ulcère gastrique et ulcère duodéal. Le temps semble donner raison aux Anglo-américains. Jusqu'à nouvel ordre, il semble bien qu'il faille conserver à propos de ces deux types d'ulcères, *le terme ulcère peptique. Et voici pourquoi*. Il est prouvé sur le plan physio-pathologique, que le facteur dit *acide-pepsine* est l'agent immédiat du processus ulcérateur. Inversement, l'ulcère peptique n'apparaît pas en présence d'une achlorhydrie complète. Winkelstein et ses collaborateurs, puis Ehrman en 1945, ont bien exposé la question: dans le traitement de l'ulcère peptique, la médication est symptomatique. Ces symptômes naissent d'une hypersécrétion des sucs gastriques, ceux-ci augmentant la production d'une substance du type histamine, à tel point que, celle-ci, peut provoquer la formation d'une gastrite hypertrophique, établissant ainsi un cercle vicieux. C'est cette sécrétion même qui, agissant sur l'estomac à jeûn et se continuant après la digestion alimentaire, puis, régurgitant vers l'œsophage, explique la douleur et le pyrosis. Or, ces maux ou ces douleurs ne sont pas causés par l'acide chlorhydrique mais bien pas la pepsine, et toute la thérapeutique de l'ulcère est dirigée en réalité, non contre l'acide chlorhydrique, mais contre cette invisible ennemie: *la pepsine*. C'est cette pepsine qui est inactivée par neutralisation, absorption, par usage de substances tampons ou par évacuation des sucs gastriques. Est-elle inactivée, que la *douleur* immédiatement se dissipe.

Mais il est des douleurs plus sévères, et des douleurs périodiques procédant par crises violentes, nous en avons parlé; à quoi les attribuer? Ici, les expériences montrent qu'elles sont la résultante d'un réveil de l'activité

1. Travail présenté aux « Journées Médicales » de la Société Médicale de Montréal, en mai 1946.

inflammatoire du fond et des bords de l'ulcère autant que d'un spasme du pylore. De ces notions essentielles, découle une thérapeutique appropriée.

Ce n'est pas tout. Que le facteur acide-pepsine soit un agent immédiat du processus ulcéreux, c'est un premier fait, et il faut traiter en conséquence. Mais n'allons pas oublier la flore nombreuse des *facteurs prédisposants et des facteurs d'aggravation* sans lesquels un grand nombre d'ulcères peptiques ne peuvent entrer en jeu, quelle que soit la puissance d'attaque des sucs gastriques. A cette condition seule, la *thérapeutique générale et individuelle* de l'ulcère, obtiendra un succès maximum. Qu'on nous permette leur énumération.

1° les perturbations émotives; 2° *l'affaiblissement de la résistance tissulaire* associée aux malnutritions, aux troubles circulatoires, aux processus toxi-infectieux et à l'hypo-sécrétion de mucus; 3° les troubles du rythme moteur de l'estomac, tels que le spasme, l'hyperkinésie et l'atonie; 4° *la mauvaise neutralisation* du suc gastrique acide, due à l'hypo-sécrétion de mucus ou à la régurgitation duodénale de bile, etc.; 5° *les dysfonctions endocriniennes*; 6° les séquelles postopératoires de la gastro-entérostomie et de la gastrectomie partielle, laissant persister une acidité libre; 7° *des facteurs variés*, tels que l'abus de l'alcool, du tabac, des épices, les grandes brûlures, les facteurs constitutionnels.

Le médecin doit rechercher chacun de ces **facteurs chez son ulcéreux**. Il doit en tenir un compte précis dans l'établissement de sa thérapeutique. Pour chaque hyper ou hypofonction, chaque dysfonction, pour toute lésion associée proche, souvent distante, pour toute irrégularité dans le régime de vie, il faut une thérapeutique spéciale, appropriée et, comme disent les Anglo-américains, adéquate. A ce prix seul, peut-il obtenir chez son malade un succès sinon définitif, du moins plus rapide et plus impressionnant. Impressionner le malade, j'y insiste. C'est son devoir. Négliger

de le faire, c'est exposer celui-ci aux récurrences de plus en plus fréquentes, à l'installation d'une chronicité là où la périodicité allait s'éteindre. C'est exposer l'ulcéreux aux pires complications.

*

* *

Et ceci nous amène à parler de la *thérapeutique générale de l'ulcère* puis des *thérapeutiques spéciales*.

La *thérapeutique générale* de la maladie ulcéreuse se réduit à peu de chose. On doit partir du principe qu'elle est identique pour des ulcères *simples gastriques ou duodénaux non compliqués*, mais qu'elle varie quelque peu selon que l'ulcère est *duodénal ou gastrique ou compliqué*.

Par ulcère simple, on entend l'ulcère jeune, peut-être récidivant, mais avec des chances de mises en échec et de mises à l'arrêt, définitives.

Par ulcère compliqué, ou mieux les complications de l'ulcère — expression de nos collègues de France — on signifie: 1° *l'hémorragie*; 2° *la sténose*, l'obstruction pylorique ou duodénale, y compris les périoduodénites; 3° *le cancer ulcéré gastrique* ou la dégénérescence cancéreuse des ulcères; 4° *l'ulcère jéjunal postopératoire*; 5° *la perforation*.

Ne parlons pas de cette dernière. Aussitôt le diagnostic posé, elle relève en vitesse de la chirurgie.

*

* *

Revenons à la *thérapeutique générale* de l'ulcère jeune ou périodique *sans complications*. Là encore, il y a un partage à faire: celui des malades I—*ambulatoires* et celui des malades II — *à hospitaliser*.

I—TRAITEMENT AMBULATOIRE.

On peut traiter de façon ambulatoire, des ulcères a) de formes légères ou même b) de forme plus douloureuse ou sévère.

a) Voici une thérapeutique des formes sévères. C'est une modification de la *diète de Sippy* excellente pendant quelques jours, mais souvent débilitante, dans la suite.

Heuer et ses collaborateurs, Winkelstein et son équipe, Sarah Jordan, dans des travaux récents, insistent longuement sur les méthodes suivantes. Ils sont en tous points d'accord avec les Ecoles d'avant-garde. Le tabac et l'alcool doivent être complètement et irrémédiablement supprimés. De même, tous les aliments irritants et les épices. L'*atropine* est prescrite à la dose de 1/150 de grain matin et soir ou la teinture de belladone strictement associée à la teinture de valériane, à parties égales: soit 20 à 25 gouttes $\frac{1}{2}$ heure avant les repas; le phénobarbital à la dose de un ou deux centigrammes 4 à 5 fois par jour, et combinés aux premiers. La diète recommandée ou «*gastric soft diet*» est composée d'un ensemble de petits repas, à base d'aliments bien cuits, laissant peu de résidus mais comprenant quatre ou cinq fois par jour, l'ingestion de jus de fruits frais.

Au déjeuner donc, un jus de fruit, des fruits en compote ou une banane mûre, un choix de céréales cuites avec crème et sucre, un verre de lait ou de Postum, *ni thé ni café*. *Vers dix heures*, une tranche de pain blanc rôti avec beurre, un œuf à la coque ou poché, aucune friture, un verre de lait de beurre ou un yoghourt. *Le midi*, une crème de légumes, quelques biscuits, une viande maigre ou du poisson frais, du fromage ou un œuf à la coque ou poché, une tranche de pain, puis un verre de lait. *A trois heures*, un jus de fruit, un verre de lait. *Au souper*, une tranche de viande rouge triturée, une pomme de terre cuite ou une pâte alimentaire; toujours, des légumes en purée très fine, une rôtie, un verre de lait. *Vers huit heures le soir*, un dessert: junkett, custard, crème glacée à la vanille, tapioca, une portion de gâteau, sans jaune d'œuf.

Les huiles, les gelées, le miel, le sucre et le sirop sont modérément permis. *On retran-*

che de la diète: les viandes fumées, marinées, les poissons gras, le porc, les crustacés, les noix, les boissons gazeuses, le chocolat, les épices, les fritures, les sauces grasses. Le repas est pris lentement.

Pour accommoder le malade ambulant, on peut remplacer ces six repas par trois repas intercalés à dix heures, à trois heures et à huit heures, *d'un verre de lait*.

Mis au lit pendant trois ou quatre jours, au début, le malade reprend ses occupations. Même alors, si le milieu social «*antagonise*» le malade, on lui recommande l'hospitalisation. Les difficultés domestiques doivent être résolues, les tracas moraux et financiers éliminés.

Le malade est revu chaque semaine. S'il n'y a pas d'amélioration, on peut exiger, s'il y a lieu, un changement d'occupation ou de travail. En attendant, il est hospitalisé. Cette diète doit être observée de un an à dix-huit mois. Le malade doit être suivi indéfiniment.

b) *Les symptômes sont-ils moins sévères*, le malade est d'abord soumis à la diète des six repas avec prise de comprimés de Sippy, et plus tard ramené à la diète des trois repas. On peut avoir recours à la belladone et aux sédatifs. Deux ou trois fois par année, le malade est soumis à des examens radiographiques, à une détermination de l'acidité gastrique et, dans le cas de l'ulcère gastrique, à une gastroscopie. Si le régime semble bien suivi, et que le malade continue de souffrir, s'il présente des signes d'une obstruction pylorique ou une hémorragie, ou qu'il semble menacé d'une perforation, dans d'autre cas, si l'ulcère gastro-jéjunal persiste, que le poids est à la baisse, bref, si l'ulcère gastrique devient suspect de cancer, le malade est immédiatement hospitalisé.

Winkelstein et son équipe, frappés après Levine et plus tard Wangenstein, de l'insuccès des traitements ambulatoires, à cause de la neutralisation, pourrait-on dire, du traitement diurne par l'absence de traitement nocturne, et, en conséquence, à cause même de l'hypersecretion acide-pepsine la nuit, dans un

estomac en état de vacuité, ont recours au tube de Levine. Cette manœuvre est facilement enseignée aux malades. Ils apprennent à l'introduire chaque soir. Au moyen d'un bock et d'un « drip » de Murphy, ces auteurs recommandent l'administration en goutte à goutte d'un mélange, à parties égales de lait et de gel ou de trisilicate d'alumine, puissant antipeptique. Le matin, on retire le tube de Levine, et le malade reprend sa diète et ses occupations.

On obtient ainsi, pendant la nuit, une *achlorhydrie continue*. Le pH passe de 1.4 à 3.5 ou 4, et l'activité peptique s'en trouve diminuée de 90%. Avec cette méthode, discutable parce qu'elle est ambulatoire, non seulement la douleur disparaît au bout de quelques jours, mais encore, les niches, quelquefois de gros cratères gastriques, bien observés aux rayons X et à la gastroscopie, disparaissent au bout de deux ou trois semaines. D'après cette équipe, appuyée par Levine, Wangenstein et d'autres grands centres, c'est la méthode la plus efficace de contrôler l'ulcère gastrique et duodénal non compliqué et d'éviter une intervention chirurgicale. D'après les mêmes auteurs, le clinicien aurait grand tort de confier même les ulcères compliqués à la chirurgie, si cette méthode n'a pas déjà été tentée. Avec cette méthode, le goutte à goutte nyctéméral est chose du passé. Bien plus, l'ulcèreux destiné à une intervention chirurgicale, grâce à la disparition des phénomènes inflammatoires de l'ulcère, est opéré dans des conditions favorables à la résection gastrique, si elle est indiquée.

Il ne faudrait pas pour cela méconnaître la valeur indéniable de certaines thérapeutiques déjà en honneur depuis nombre d'années.

Citons ici les acides aminés tentés à tour de rôle, et en premier lieu le traitement de l'ulcère par l'histidine, d'après les travaux princeps d'Aron et Weiss, histidine en solution à 2% pour injection intramusculaire ou intraveineuse. Nous lui préférons la voie sous-cutanée ou intramusculaire, jusqu'à 21 injec-

tions par série à cause de son action sur le système réticulo-endothélial où elle est retenue, plutôt que la voie intraveineuse, d'élimination trop rapide. La plupart des ulcères jeunes ou non compliqués, en ressentent un bienfait au bout de quelques traitements. A la suite de quelques injections les R. X. révèlent au moins, une disparition des spasmes, ce qui amène toujours une régression des phénomènes inflammatoires ulcéreux ou péri-ulcéreux. L'adjonction de vitamine C, d'acide ascorbique, par la même injection (soit 50 à 100 milligrammes) ou l'administration de produits où ces deux substances sont combinées — nous les avons à Montréal — augmente le pouvoir cicatrisant de chacune d'elles. On sait en effet, que l'acide ascorbique, d'après des travaux expérimentaux et cliniques faits en Suisse et ailleurs, possède une action de régénération de la muqueuse, de premier plan. Il est même devenu de mode d'administrer aux ulcèreux hospitalisés en cure, soit médicale, ou préopératoire et postopératoire, des vitamines B déjà toutes préparées en solutions glucosées de divers titrages, auxquelles on combine de fortes doses d'acide ascorbique. Dans d'autres cas, en particulier, si le taux des protéines sanguines totales est inférieur à la normale, c'est-à-dire, dans les hypoprotéïnémies, on n'a de répit avant d'opérer, — et avec raison — tant que le taux normal n'est pas rétabli par des sérum glucosés, toujours combinés à des hydrolysats de protéine à 5%.

Ici, une simple remarque. Il y aurait lieu, avant d'injecter par voie intraveineuse ces hydrolysats, de s'assurer par une intra-dermo réaction de la tolérance ou de l'allergie du malade à cette substance étrangère. Nous nous rappelons une expérience personnelle, en l'occurrence un œdème de Quincke des plus florides, après l'administration de quelques 20 cc. d'un sérum de ce genre, œdème qui s'est heureusement vite résorbé. Je remercie ici le Dr J. Casgrain pour sa suggestion.

En 1945, une thérapeutique nouvelle a été mise de l'avant, par le Dr Co Tui et ses colla-

borateurs, de New-York, avec d'ailleurs, de consolantes réserves scientifiques. Elle semble remplie de promesses et se trouve déjà à notre disposition: il s'agit d'un concentré d'acides aminés obtenu par hydrolyse des protéines à partir de la caséine et combiné à de la dextrin-maltose. La cure dure 7 jours. Les prises s'ingèrent 4, 5 à 7 fois par jour suivant une courbe ascendante, puis descendante. Au repos complet, l'ulcéreux peut, en pratique, se passer de toute autre alimentation. Sur 27 cas d'une statistique d'anciens ulcéreux, cette thérapeutique a un effet immédiat. Mais ici encore, les auteurs ne peuvent assurer des effets permanents. Tout dépend du comportement du malade. Les cures doivent être reprises, s'il y a récurrence.

Ces concentrés se présentent sous différentes formes, sur le marché. Je crois, dans ma courte expérience de ces produits, qu'ils ont des effets rapides sur la sédation de la douleur, et qu'ils peuvent temporairement suffire à alimenter le malade, à condition de le tenir au lit.

Citons, enfin, un des dernier-nés de l'arsenal thérapeutique de l'ulcère, traité selon le mode ambulatoire. Il a été proposé par Fogelson et Shoch dès 1944. Ces auteurs, au cours d'expériences sur le chien à qui ils administraient des doses massives d'histamine, remarquèrent que le temps de survie du chien était de beaucoup prolongé si on lui faisait prendre par la bouche du *sulfate d'alkyl de soude*, dont le premier effet fut d'inactiver la pepsine gastrique, sans modifier la sécrétion chlorhydrique.

Bientôt, ce médicament est administré à une série de 34 ulcéreux considérés rebelles à toute thérapeutique, et, 26 d'entre eux *au bout de 10 jours*, présentent une amélioration très marquée. Le traitement est quand même mis à l'épreuve pendant 30 jours. « Ce n'est pas une panacée à l'usage des ulcéreux, disent les auteurs, mais il est indéniable que ce médicament peut cicatriser certains types d'ulcères rebelles à toute autre médication. »

C'est bien aussi notre vœu!

II—TRAITEMENT HOSPITALIER.

A l'hôpital, à part le repos complet, le traitement ne diffère en rien, à moins de complications.

Abordons maintenant *le traitement médical de l'ulcère gastrique et duodénal avec complications*.

1° *Y a-t-il hémorragie?* On sait que celle-ci se présente en moyenne dans 21% des cas. Faut-il tous les opérer? Non évidemment. La mortalité médicale de l'hémorragie varie selon les cliniques de 13 à 25%. Il n'existe donc pas de traitement de routine de l'ulcère avec hémorragie mais il y a quand même un traitement d'essai. Il consiste à mettre le malade au repos complet en lui administrant sous réserve, de petites doses d'opiacées en injections, et, en appliquant un sac de glace sur le creux épigastrique, tout en prenant les précautions usuelles contre les engelures de la peau. Ces opiacées ont cependant un ennui: ils peuvent affecter les centres respiratoires déjà atteints d'anémie, ou être mal tolérés. Au médecin de juger.

Le pouls et la pression artérielle sont pris toutes les heures. Le malade reçoit, selon les cas, des transfusions de sang répétées de 250 cc. chacune. On les fait suivre de l'injection intraveineuse d'une solution glucosée à 5%. La diète est absolue. Les selles sont examinées à chaque évacuation. Si l'hémorragie, comme cela se produit habituellement cesse, la réalimentation est instituée, avec prudence, consistant d'abord en liquides pris par gorgées, et quelques jours plus tard, augmentée d'aliments neutres en purée. La plupart du temps ce traitement suffit.

Cette méthode peut échouer dans les cas d'hémorragie massive d'origine artérielle, en particulier dans les ulcères de la face postérieure du duodénum et dans ceux de la petite courbure gastrique.

On peut discuter ici, la valeur de la *diète de Meulengracht* qui, dès 1936, se basant sur

une statistique de plusieurs centaines de cas d'hémorragie par ulcère, avait fortement prôné, — il n'a cessé de le faire depuis, — la *thérapeutique suivante*: tous les cas d'ulcère gastrique et duodénal à complication hémorragique reçoivent, dès leur entrée, une diète d'aliments en purée, du bicarbonate de soude avec sous-carbonate de magnésium à 15 grains, de l'extrait d'hyosciamine, 2 grains 3 fois par jour et du lactate de fer 0.30 gr. trois fois par jour. Cette diète apporte 2,300 calories, en moyenne. Le mot d'ordre dans cette maison c'est: «*Essayez ce sang de vos lèvres et mangez un bifteck.*»

But de cette diète: réhabiliter les ulcéreux qui, d'après l'auteur, meurent de faim et de dénutrition, et calmer l'activité de l'ulcère plus facilement au repos dans un estomac dont le péristaltisme est arrêté par le repas. Sa mortalité de ce fait, n'est que de 1%, et encore moins depuis. Cette diète est discutable, mais je l'ai vu obtenir des succès. Comme toujours, c'est affaire de jugement dans chaque cas.

Il n'en reste pas moins que toute hémorragie récidivante dans l'ulcère gastrique ou duodénal réclame une intervention chirurgicale. Mais on doit préparer le malade tel que nous l'avons dit, et avertir la famille des risques opératoires. Si après transfusions, le volume de la masse sanguine ne s'est pas rénové raisonnablement, l'opération fait courir un risque au malade.

2° *Obstruction pylorique et rétention gastrique.*

A notre avis, qu'il s'agisse d'une sténose pylorique, médio-gastrique encore plus, ou d'une sténose duodénale, si le barrage n'est pas levé par la thérapeutique antispasmodique, les sérums intraveineux glucosés, les lavages gastriques et le drainage par tube de Levine à la manière de Wangensteen, il n'y a pas de temps à perdre, l'ulcéreux doit être opéré.

3° *Ulcère gastro-jéjunal.*

Il est reconnu que cet ulcère est une des défaites les plus communes de la chirurgie, quelle que soit l'habileté du chirurgien. C'est une lésion très grave, qui apparaît, selon les grandes statistiques dans 87% des cas, au cours des 5 ans qui suivent l'opération. Ce type d'ulcère peut évoluer en cancer. Il peut se perforer, il peut saigner à blanc. La mortalité opératoire de cet ulcère est de beaucoup plus élevée que la mortalité opératoire des ulcères primitifs. Les rayons X et, de plus en plus, la gastroscopie identifient clairement la lésion. En général, le malade porteur de cette nouvelle lésion, recule devant une opération itérative.

On est donc en droit d'administrer à ce type de malade, un traitement médical, mais à condition de le suivre de très près. Cependant, tôt ou tard, on est forcé de recourir à l'intervention chirurgicale.

4° *Cancer ulcéré et dégénérescence ulcéreuse.*

Les statistiques les plus récentes prétendent que l'ulcère peptique dégénère en cancer dans une proportion de 5 à 10%. On sait, par ailleurs, que le cancer primitif de l'estomac est de beaucoup plus élevé. Sa transformation en ulcère dans des études bien faites, nous apprend qu'elle se présente dans 2.3 à 4% des cas. Avons-nous donc affaire à un cancer ulcéré, ou à un ulcère en voie de dégénérescence? C'est au médecin ou au chirurgien qu'il appartient de poser le diagnostic.

Existe-t-il un traitement médical de l'ulcère gastrique suspect de dégénérescence maligne? Non, ce traitement est chirurgical. A notre avis, le médecin doit suivre de très près l'ulcère gastrique, qu'il soit sur la petite courbure, dans la région antro-pylorique, et ce qui est plus grave, mais rare, à la grande courbure. Celui-ci doit être chaque fois opéré. L'ulcère de la petite courbure, l'ulcère antral et l'ulcère pylorique, même en période d'accalmie, doi-

vent être revus trois fois par année et, à la moindre récurrence, comme à la moindre atteinte de l'état général, être réexaminés en détail.

Aussi, n'est-ce pas sans anxiété que nous suivons l'ulcère gastrique. Ne restons-nous pas partagés entre deux craintes? L'une, celle de n'avoir pas la certitude qu'un traitement médical suffit, l'autre, celle de revoir

ce malade trop tard pour être soumis à une intervention chirurgicale dont il aurait pu bénéficier.

De ces remarques sur le traitement de l'ulcère gastrique découle la conclusion suivante: adopter l'attitude si bien décrite par l'Ecole française: celle de l'expectative armée.

LES INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS L'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL¹

Charles LEFRANÇOIS, F.A.C.S.,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Pour bien comprendre quelles sont les indications opératoires de l'ulcère gastro-duodéal il convient d'étudier séparément le traitement chirurgical de l'ulcère compliqué d'hémorragie grave, de perforations aiguës, de sténoses complètes et de transformation cancéreuse et le traitement chirurgical des ulcères non compliqués, i.e. des ulcères ne se manifestant que par des troubles digestifs et des douleurs. Ce sont ces ulcères non compliqués qui retiendront surtout notre attention parce qu'ils sont de beaucoup les plus fréquents et parce que leurs indications opératoires sont les plus difficiles à poser.

Par contre les indications opératoires des complications de l'ulcère gastro-duodéal sont le plus souvent formelles, quelquefois même impérieuses, et leur étude, forcément limitée par le temps qui nous est alloué, ne constituera qu'une partie accessoire de cette présentation.

Le traitement des hémorragies de l'ulcère gastro-duodéal doit être étudié ce matin. Nous n'en parlerons que pour soutenir que, si certaines hémorragies massives et incontrô-

lables nécessitent l'opération, dans la plupart des cas, l'hémorragie doit être traitée médicalement. Par contre, nous croyons, comme nous le dirons plus loin, qu'une hémorragie gastrique grave, d'origine ulcéreuse, traitée médicalement avec succès, constitue presque toujours une indication opératoire de l'ulcère une fois que le patient est complètement remis de son accident.

*

* * *

La perforation aiguë est la complication la plus fréquente de l'ulcère gastro-duodéal. Certains auteurs prétendent même qu'un ulcère non traité ou mal traité finit une fois sur 5 par se perforer. Le traitement de l'ulcère perforé est essentiellement chirurgical. Un auteur américain a préconisé dernièrement aux Etats-Unis, en se basant sur quelques rares observations couronnées de succès, l'emploi de l'aspiration continue de l'estomac par le tube de Levine dans l'ulcère perforé. Il se peut fort bien que l'aspiration continue facilite l'occlusion spontanée de certaines très petites perforations de l'estomac en empêchant le liquide gastrique de s'écouler dans la cavité abdominale, mais on ne voit pas bien comment

1. Travail présenté à Québec, le 14 juin 1946, au XVIII^e Congrès de l'A.M.L.F.C.

l'aspiration de l'estomac pourrait agir dans les perforations des ulcères duodénaux, qui sont les plus nombreux. Quoi qu'il en soit, l'emploi de l'aspiration continue est une méthode dangereuse pour ne pas être illogique; elle ne constitue qu'un pis aller en face des résultats obtenus par l'intervention chirurgicale. Nous savons en effet que l'opération guérit près de 90% des ulcères perforés à la condition d'être pratiquée dans les 6 premières heures. Le diagnostic précoce est donc ici d'une importance capitale; il est facile, et on peut dire que le sort d'un malade atteint d'un ulcère perforé repose presque en entier entre les mains du médecin qui le premier le voit et l'examine.

Quel doit être le rôle du chirurgien en présence d'un ulcère perforé? Il doit traiter la perforation. Il doit d'abord trouver la perforation, ce qui est la plupart du temps facile. S'il ne la trouve pas en avant, il ne devra pas oublier qu'il existe quelques rares perforations de la face postérieure de l'estomac et rechercher de ce côté. Une fois la perforation bien mise à jour et débarrassée de son enduit membraneux, il devra d'abord avant tout penser à traiter la perforation pour sauver son malade. Le traitement sera simplement la suture de la perforation par 3 ou 4 points séparés, suture complétée par une épiploplastie. Nous croyons que la gastro-jéjunostomie comme temps complémentaire de la suture ne doit être employée que dans les très rares cas où il existe, à la suite de sutures, un rétrécissement certain du pylore ou du duodénum. La gastro-jéjunostomie ne doit pas être faite ici systématiquement.

Est-ce que le chirurgien peut faire plus que guérir le malade de sa perforation? Est-ce qu'il peut en profiter pour tenter de le guérir de sa maladie ulcéreuse en lui faisant subir une gastro-pylorectomie? A première vue, il semble bien que la gastrectomie soit une opération infiniment trop grave pour être pratiquée chez des malades dont l'état est assez gravement atteint. Néanmoins, les malades supportent mieux l'opération qu'on pourrait le croire et Judine, de Moscou, pouvait publier,

en 1937, une statistique de 418 cas d'ulcères perforés traités par la gastro-pylorectomie, avec 13% seulement de mortalité. Les idées de Judine ne furent pas acceptées facilement en Amérique et il faut attendre 1944 pour pouvoir lire un travail américain préconisant la gastrectomie comme traitement de l'ulcère perforé. Nous avons vu pratiquer dans notre entourage des gastrectomies pour perforations de l'estomac, nous en avons pratiquées nous-même, mais actuellement nous croyons que l'opération est grave, non pas à cause de la perforation, mais à cause des difficultés techniques créées par l'ulcère perforé, parce que l'opération est pratiquée d'urgence chez des malades dont on ne connaît pas l'état fonctionnel des organes, chez des malades non préparés, incomplètement examinés, chez des malades qui peuvent être des tuberculeux, des cardiaques, ou qui peuvent être en état d'hypoprotéïnémie marquée.

Nous croyons donc que la suture demeure le traitement de la perforation, la gastrectomie n'étant indiquée que dans les rares cas où la perforation se présente chez un malade qu'on a examiné à fond, quand par exemple la perforation se produit, comme cela arrive de temps en temps, chez un patient déjà hospitalisé et en cours de préparation à l'intervention. La gastrectomie est également indiquée en présence des gros ulcères calleux de l'antra pylorique dont la perforation est trop large pour être suturée. Souvent ces perforations énormes sont accompagnées d'hémorragie gastrique; nous en avons observé un cas il y a quelques mois, et la gastrectomie est ici supérieure au simple tamponnement.

On peut se demander quel est l'avenir des malades à qui on a suturé un ulcère perforé. Une bonne proportion des cas, peut-être 30 à 40%, à part quelques légers troubles digestifs, ne souffrent plus de leur ulcère. Tout se passe alors comme si la suture avait déclenché la cicatrisation définitive de l'ulcère. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Plus souvent la maladie ulcéreuse continue à évoluer, l'ulcère suturé récidive, ou un autre ulcère

déjà existant, à distance de la perforation, reprend son activité. Nous savons, en effet, que les ulcères multiples sont assez fréquents. Il faut alors traiter ces malades; il ne faut pas attendre une autre complication. Donc après une suture d'ulcère perforé, il faut surveiller les malades régulièrement dans les mois qui suivent. Pas d'opération radicale systématique, mais s'ils recommencent à souffrir, il ne faut pas attendre trop longtemps pour opérer.

*
* *

Une autre complication de l'ulcère gastro-duodéal est la sténose du pylore ou celle beaucoup plus rare du milieu de l'estomac. Les sténoses pyloriques ou méso-gastriques, quand elles sont complètes, mettent la vie des malades directement en danger et elles constituent une indication formelle à l'opération. La plupart du temps dans ces cas, le chirurgien interviendra chez des malades peu résistants, amaigris par le jeûne et les vomissements, et l'opération qu'il pratiquera sera la simple gastro-entérostomie, c'est-à-dire qu'il établira une anastomose entre l'estomac dilaté et le jéjunum. Il ne s'attaquera pas directement à l'ulcère, qui presque toujours est cicatrisé depuis longtemps et ne donne pas de douleur; il n'interviendra que pour permettre aux malades de s'alimenter.

*
* *

Enfin une dernière complication possible de l'ulcère est la cancérisation. Cette complication ne se rencontre que dans l'ulcère de l'estomac, jamais dans l'ulcère du duodénum. On a beaucoup discuté, depuis quelques années, sur la fréquence de la cancérisation de l'ulcère de la petite courbure de l'estomac. Certains ont dit qu'elle existait très souvent, d'autres presque jamais. Actuellement nous pouvons penser que s'il est vrai que la cancérisation de l'ulcère stomacal est possible, il ne semble pas qu'elle soit très fréquente. Ce

qui existe, c'est la difficulté où se trouve souvent le médecin à faire le diagnostic entre un ulcère de la petite courbure et un petit cancer ulcéré au premier stade de son évolution. Quoi qu'il en soit, il est bien évident que la cancérisation d'un ulcère constitue une indication formelle à l'intervention chirurgicale.

*
* *

Ainsi donc, les complications de l'ulcère gastro-duodéal comportent des indications opératoires quelquefois impérieuses, souvent formelles et dans l'ensemble assez précises. Par contre, les indications opératoires des ulcères non compliqués, qui sont les plus nombreux, sont plus difficiles à poser. Nous savons tous que l'ulcère gastro-duodéal est une maladie cyclique qui peut se guérir spontanément. Nous savons également que le traitement médical est très souvent effectif. Dans un grand nombre de cas la diète appropriée, les alcalins, les antispasmodiques, la suppression du tabac et de l'alcool, le repos et la psychothérapie peuvent faire cicatriser un ulcère ou faire s'espacer considérablement les crises douloureuses. Il n'est plus question d'opposer, comme on le faisait dans certains milieux il y a une quinzaine d'années, le traitement médical au traitement chirurgical. Le traitement de l'ulcère gastro-duodéal doit d'abord être médical et le traitement devra être appliqué très sérieusement avant d'être déclaré inopérant.

Cependant, dans un certain nombre de cas, dans environ 25% des cas pour donner un chiffre, la thérapeutique médicale sera impuissante à soulager les malades et alors on devra recourir à la chirurgie. Quels seront donc les malades qui devront être opérés? D'abord, ceux qui malgré le régime et les prescriptions médicales verront au cours des années leurs crises douloureuses augmenter d'intensité, de durée et se rapprocher au point de survenir tous les mois ou tous les deux mois. La chronicité des symptômes constitue, chez ces

ulcéreux, la grande indication de l'intervention chirurgicale.

Quelquefois, chez d'autres malades, les crises seront si douloureuses et si difficilement soulagées par le traitement médical qu'on devra recourir à l'opération même à un stade très précoce de l'évolution de la maladie ulcéreuse. On devra également recommander le traitement chirurgical à ces malades qui, sans présenter de grosses hémorragies, accusent souvent la présence de sang noir dans leurs selles. On devra également recommander l'opération à ces malades, porteurs d'ulcères, qui ont accusé, au cours d'une crise, des douleurs tellement intenses et ont présenté des symptômes abdominaux qui ont pu, pendant quelques heures, donner le change pour les symptômes de la perforation aiguë. Certains ulcéreux font quelquefois des petites perforations subaiguës qui guérissent d'elles-mêmes, mais l'histoire d'une perforation subaiguë constitue chez un malade une indication à l'opération dans les semaines, ou du moins, dans les mois qui suivent.

Il existe d'autres malades qui vomissent fréquemment au cours de leurs crises et qui présentent, sur les radiographies, des poussées d'obstruction partielle et passagère du pylore. Ces malades devront être dirigés à l'opération sans trop tarder. On ne devra pas attendre chez eux les symptômes de l'obstruction pylorique complète avec tous les dangers qu'elle comporte. Un autre facteur, qui a aussi son importance, pour juger de l'opportunité du traitement chirurgical, est la négligence du malade à suivre son régime ou l'impossibilité où il se trouve malgré sa bonne volonté de suivre les directives de son médecin. Sa condition sociale, son genre de vie, sa profession ou son métier, son éloignement du médecin seront quelquefois pour le patient des obstacles pratiquement insurmontables. Enfin, il existe, à notre avis, une dernière indication opératoire et cette indication est fournie dans certains cas par les seules données radiographiques qui montrent un ulcère de dimension si considérable qu'il serait inutile et même

dangereux de continuer à le traiter médicalement.

*

* *

S'il est important de connaître quels sont les malades porteurs d'ulcères qui devront être opérés il est non moins important de savoir quelle sera la meilleure opération indiquée pour guérir l'ulcère gastro-duodénal. Nous ne connaissons pas encore malheureusement quelle est la cause de l'ulcère peptique. Nous savons cependant, au chapitre de l'étiologie, qu'il existe chez certains individus une prédisposition à faire des ulcères, i. e. nous savons que vraisemblablement il existe une diathèse ulcéreuse. Nous savons aussi qu'il existe une susceptibilité spéciale pour certains tissus ou portions d'organes à faire des ulcères, la petite courbure de l'estomac par exemple, la première portion du duodénum, la branche efférente d'une anse jéjunale anastomosée. Nous savons également que les facteurs déclenchants de l'ulcère sont le pylorospasme et surtout l'hypersécrétion et l'hyperchlorhydrie. Nous ne pouvons rien changer à la prédisposition qu'ont certains malades à faire des ulcères et nous ne pouvons modifier la susceptibilité spéciale de certains tissus. Par contre, nous pouvons agir sur les facteurs déclenchants de l'ulcère en faisant disparaître le pylorospasme et l'hyperchlorhydrie. Nous savons que l'hyperchlorhydrie est sous la dépendance directe de l'hyperfonctionnement des glandes de la muqueuse de la grosse tubérosité ou du fond de l'estomac, et nous savons aussi que cette hypersécrétion est conditionnée par un réflexe qui part de la muqueuse de l'antra stomacal et du pylore. Ces données physiologiques ont beaucoup d'importance pour l'étude des opérations qui, dans l'ulcère peptique, donneront les meilleurs résultats.

Depuis déjà près de quarante ans, la chirurgie s'est attaquée au problème de l'ulcère et de nombreuses opérations ont été imaginées pour le guérir. Quelques-unes, comme la gastro-entérostomie, après avoir été employées pendant longtemps, ont été presque complètement

abandonnées à cause de leurs mauvais résultats, d'autres comme la gastrectomie sub-totale et la gastro-pylorctomie ont fini, malgré leur gravité relative, par s'imposer. Parmi les opérations pour ulcère il y a la pyloroplastie qui consiste à établir une anastomose entre l'estomac et le duodénum après exérèse de l'ulcère duodénal et section de l'anneau pylorique. Cette opération est logique car elle fait disparaître l'ulcère, elle permet au suc duodénal alcalin d'entrer librement dans l'estomac pour neutraliser l'hyperchlorhydrie gastrique et elle assure la bonne vidange de l'estomac. Malheureusement l'opération n'est pas facilement réalisable pour les ulcères calcaux et les ulcères de la face postérieure du duodénum et, après avoir été en faveur auprès de chirurgiens comme Finney et Ochsner vers 1925, elle n'est guère maintenant employée.

La gastro-duodénostomie est une opération où le chirurgien fait un large abouchement entre l'estomac et le duodénum par-dessus l'ulcère qu'il laisse en place. L'opération ne nous semblerait indiquée que dans certains ulcères sténosants du pylore, mais étant plus difficile de réalisation que la gastro-entérostomie, elle est aujourd'hui rarement pratiquée. La gastro-entérostomie ou gastro-jéjunostomie est l'opération qui eut le plus de vogue, et cela pendant longtemps à l'exclusion de tout autre genre d'opération, comme traitement de l'ulcère gastro-duodénal. La gastro-jéjunostomie agit en faisant disparaître le pylorospasme et en diminuant l'hyperchlorhydrie grâce au reflux dans l'estomac du suc duodénal alcalin. Dans un grand nombre de cas la gastro-entérostomie donne de bons résultats et amène la cicatrisation de l'ulcère gastro-duodénal. Malheureusement cette opération est suivie assez souvent, après quelques mois ou quelques années, par l'apparition d'un ulcus peptique sur l'anse jéjunale anastomosée et cet ulcus est encore plus grave que l'ulcus gastro-duodénal.

Les statistiques sur l'apparition de l'ulcus jéjunal après la gastro-entérostomie varient en fréquence suivant les auteurs, mais

il semble bien que, dans l'ensemble, près de 25% des malades gastro-entérostomisés font des ulcus jéjunaux. A cause de cette complication on ne saurait dire que la gastro-entérostomie soit une bonne opération. Elle ne doit être aujourd'hui que rarement employée comme traitement de l'ulcère gastro-duodénal. Sa seule indication demeure, à notre avis, les rares cas d'anciens ulcères duodénaux avec sténoses plus ou moins importantes du pylore et vomissements plus ou moins fréquents. Ces ulcères ne sont plus habituellement en activité, ils ne sont plus douloureux et ne sont guère accompagnés d'hyperchlorhydrie. Personnellement, depuis cinq ans, sur cinquante opérations pour ulcus gastro-duodénal, nous n'avons pratiqué que trois gastro-entérostomies, et chez un des malades ayant subi la gastro-entérostomie pour obstruction pylorique d'origine ulcéreuse, nous avons dû réintervenir un an plus tard pour ulcère jéjunal.

Il existe des opérations qui donnent des résultats encore plus mauvais que la gastro-jéjunostomie: l'exclusion du pylore avec établissement d'une anastomose gastro-jéjunale, et la jéjuno-jéjunostomie complémentaire à la gastro-entérostomie. Ces opérations donnent un pourcentage énorme d'ulcères jéjunaux postopératoires et elles doivent être absolument proscrites.

Dans les ulcères de la petite courbure de l'estomac qui, comme nous le savons, sont 10 fois moins fréquents que les ulcères duodénaux, du moins en Amérique, on pratiquait autrefois des résections partielles dites résections en selle. Ces résections partielles sont maintenant abandonnées, car elles donnaient des résultats fonctionnels peu satisfaisants et étaient souvent suivies de récurrences.

Avant de parler de la gastro-pylorctomie, opération qui donne actuellement dans le traitement de l'ulcère gastrique et duodénal les meilleurs résultats, nous allons repasser rapidement les différentes opérations qui ont été proposées en ces toutes dernières années pour faire disparaître l'hyperchlorhydrie. La plupart de ces opérations ne sont pas toutefois

absolument nouvelles puisqu'elles ont déjà été pratiquées avec des variantes en Europe il y a déjà de nombreuses années.

Vers 1940, Wangenstein, à la suite de Connell, essaya, dans certains cas d'ulcères duodénaux, la résection de la grosse tubérosité de l'estomac, i. e. de la zone où est sécrété l'acide chlorhydrique. Il réussit à abaisser ainsi le taux de la chlorhydrie gastrique et obtint dans certains cas quelques bons résultats. L'opération cependant ne fut pas adoptée car elle laissait en place l'ulcère et respectait l'antra et le pylore d'où part le réflexe qui donne l'hyperchlorhydrie.

En 1943, Andrus pratiqua sur la paroi stomacale de malades ulcéreux des greffes de muqueuse jéjunale et réussit ainsi, sans autre opération, à faire baisser le taux de la chlorhydrie et à cicatrifier des ulcères. Ses résultats cependant ne furent pas confirmés par d'autres expérimentateurs.

En 1945, Somervell, en Angleterre, a proposé la ligature des cinq sixièmes des vaisseaux de l'estomac et du pylore pour diminuer le taux de l'acidité gastrique et aurait obtenu chez deux ou trois cents malades ulcéreux ainsi traités, avec ou sans gastro-entérostomie complémentaire, de bons résultats. Ce procédé ne nous semble pas cependant avoir été adopté par d'autres chirurgiens.

Enfin Dragstedt et Schaefer, de Chicago, viennent de publier les résultats qu'ils ont obtenus chez 30 malades, ayant des ulcères de l'estomac et du duodénum, par la résection des deux nerfs pneumogastriques. Cette opération déjà pratiquée en 1912 par Exner et en 1921 par Letarjet, agirait en diminuant la sécrétion de l'estomac et en réduisant considérablement l'hyperchlorhydrie. Les observations citées par Dragstedt manquent de recul pour pouvoir être appréciées à leur juste valeur et il nous semble que la résection des pneumogastriques ne doit être réservée actuellement qu'à certains cas de récurrence d'ulcères jéjunaux.

La gastro-pylorectomie comme traitement de l'ulcère gastro-duodéal fut proposée en Europe il y a déjà plus de trente ans, mais ce n'est que vers 1930 que l'emploi en fut généralisé.

Dans la gastro-pylorectomie, le chirurgien enlève les 2/3 de l'estomac, le pylore et une portion du duodénum et après avoir suturé le moignon duodéal il fait une anastomose entre ce qui reste de l'estomac et le jéjunum. L'avantage de l'opération sur toutes les autres réside dans ce fait que non seulement sont enlevées les zones de l'estomac et du duodénum où se développent les ulcères, mais aussi le pylore, l'antra et la petite courbure d'où part le réflexe qui conditionne l'hyperchlorhydrie.

La supériorité de la gastro-pylorectomie pour diminuer sinon supprimer l'acidité gastrique est aujourd'hui confirmée et par les résultats cliniques et par des expériences de laboratoire comme celles qu'a rapportées Wangenstein, l'an dernier, au Congrès de l'Association Médicale Canadienne. La gastro-pylorectomie idéale n'est pas malheureusement toujours possible. En présence de certains ulcères du duodénum bas situés et adhérents au cholédoque, il serait dangereux de vouloir à tout prix enlever l'ulcère. Dans ces cas qui sont rares, peut-être 5 à 10% des ulcères duodénaux, le chirurgien pratiquera la gastrectomie subtotalaire par exclusion, imaginée par Finsterer, et il fermera le bout inférieur de l'estomac après avoir enlevé la muqueuse jusqu'au pylore. Cette opération ne doit pas être pratiquée systématiquement comme traitement de l'ulcère duodéal. Elle n'est pas aussi bonne que la gastro-pylorectomie, puisqu'elle laisse en place un ulcère qui peut plus tard saigner et donner des douleurs, mais elle donne encore des résultats fonctionnels bien supérieurs à la gastro-entérostomie. Certains auteurs recommandent, quand à cause de difficultés locales inflammatoires on doit laisser l'ulcère en place, de toujours réopérer les malades quelques mois plus tard pour enlever le pylore et l'ulcère duodéal afin d'éliminer tout danger d'apparition d'ulcère jéjunal. Nous

*

* *

croions que cette manière de voir est exagérée. Cependant après la gastrectomie, dite par exclusion, si les malades recommencent à souffrir, l'exérèse de l'ulcère et du pylore est indiquée.

La mortalité de la gastro-pyloréctomie est aujourd'hui considérablement abaissée grâce aux perfectionnements techniques, aux choix d'une bonne anesthésie, aux soins pré et postopératoires, à l'emploi des transfusions, du tube de Levine pour éviter la distension postopératoire et de l'aspiration bronchique pour éliminer le danger de l'atélectasie pulmonaire. La mortalité actuelle ne doit pas dépasser 3 à 5%.

Les résultats fonctionnels de la gastro-pyloréctomie pour ulcères sont excellents et il semble bien que près de 85% des malades gastrectomisés peuvent manger à peu près ce qu'ils veulent. Est-ce à dire que l'opération ne comporte pas d'échec? Malheureusement

non! Dans un certain nombre de cas, elle est suivie, elle aussi, par l'apparition d'ulcères jéjunaux. Le taux du pourcentage de ces ulcères jéjunaux postopératoires varie avec les auteurs, mais il nous semble être autour de 5%.

Certains malades, quoi qu'on fasse, font des ulcères, et personnellement, il nous est déjà arrivé de réintervenir deux fois chez une patiente gastrectomisée pour enlever des ulcères jéjunaux. Ces malades qui font ce qu'on appelle la maladie ulcéreuse constituent un grand problème pour le chirurgien et il semble bien que ce soit chez eux que la section des pneumogastriques, comme nous l'avons déjà dit, soit indiquée.

En attendant que soit découverte la cause véritable de l'ulcère gastro-duodéal, la gastro-pyloréctomie constitue le meilleur traitement des cas que la médecine n'aura pu guérir, et aucune autre opération ne saurait actuellement la remplacer.

RECUEIL DE FAITS

UN CAS DE GASTRO-DUODÉNIC-PANCRÉATECTOMIE¹

E. SAMSON,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Québec.

La résection chirurgicale du pancréas et du duodénum pour cancer de l'ampoule de Vater ou de la tête du pancréas, a retenu l'attention des chirurgiens depuis quelques années. Non seulement cette opération peut se pratiquer avec succès aujourd'hui, mais elle est compatible avec une survie prolongée sans trouble apparent, en suivant certaines données de technique importantes que nous discuterons dans quelques instants.

Les différentes perturbations du métabolisme des graisses, protéine et hydrate de carbone causées par cette opération, furent étudiées par les physiologistes et les chirurgiens qui aidèrent à solutionner la plupart des complications postopératoires immédiates ou éloignées.

En 1936, Wipple, Parsons et Mullins présentaient les premiers cas de duodéno-pancréatectomie pratiqués avec succès. Depuis dix ans, plusieurs chirurgiens se sont intéressés à cette opération et des variations multiples de la technique originale ont été apportées.

Les progrès de l'anesthésie, l'emploi des vitamines — et principalement de la vitamine K — l'usage de la succion par le tube de Wangenstein, la prévention de l'infection par l'emploi des sulfamidés et de la pénicilline et les transfusions, ont contribué largement au succès de cette opération.

Grâce aussi à ces adjuvants, la duodéno-pancréatectomie peut aujourd'hui se pratiquer dans la plupart des cas en un temps, ce qui est un grand avantage sur l'opération en deux temps du début.

On s'est longtemps demandé si la sécrétion externe du pancréas devait être conservée. Il semble bien qu'actuellement, la plupart des auteurs s'accordent sur ce point pour plusieurs raisons.

En effet, la physiologie nous enseigne que les sucs pancréatiques sont nécessaires aux métabolismes des graisses, de l'amidon et des protéines. La quantité de suc pancréatique sécrétée dans une journée est très variable: de 300 à 1,500 cc. C'est un liquide clair dont le pH varie entre 8.71 et 8.98. Son alcalinité est due à la présence de carbonate de soude; son action digestive est sous la dépendance de trois diastases: l'*amylase*, la *trypsine* et la *lipase*.

L'amylase. L'amylase a pour action de dédoubler les féculents en dextrine et maltose, lesquels seront transformés de nouveau en glucose par la maltose dans l'intestin.

La trypsine. La trypsine est un ferment protéolytique qui continue l'action de la pepsine gastrique. La trypsine n'est pas sécrétée par le pancréas; le pancréas sécrète le trypsinogène qui est transformé en trypsine sous l'action d'un coferment — l'antéroginase que sécrète l'intestin. La trypsine, avec l'aide d'un autre ferment, l'érepsine, transforme les protéines en acides aminés.

La lipase. Enfin la lipase émulsionne et saponifie les corps gras en glycérine et acides gras. Cette substance est sécrétée à l'état de proferment et ne devient ferment actif que sous l'influence de la bile.

Ainsi n'est-il donc pas étonnant de constater que la ligature des canaux excréteurs du pancréas entraîne des troubles assez marqués; Dragstedt et ses collaborateurs ont

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

prouvé que l'absence de sécrétion pancréatique dans l'intestin chez l'animal provoque l'apparition d'une grande quantité de graisses et de protéines non digérées dans les matières fécales et des troubles de la nutrition.

De plus, la plupart des chiens ayant subi une pancréatectomie totale présentent à l'autopsie une dégénérescence graisseuse du foie.

Montgomery a également démontré que la ligature des canaux excréteurs du pancréas, entraîne l'atrophie des acinis du pancréas et consécutivement la dégénérescence graisseuse du foie. Cole et Howe en arrivent aux mêmes conclusions.

D'un autre côté, Bollman et d'autres investigateurs ont prouvé que les chiens qui ont subi une pancréatectomie totale peuvent vivre sans présenter de dégénérescence graisseuse si on ajoute du pancréas cru dans l'alimentation. Dragstedt et ses collaborateurs obtiennent les mêmes résultats en utilisant des extraits pancréatiques (pancreatin). Dragstedt reprit l'étude des différents extraits pancréatiques et constata que certains produits spécifiques pouvaient être extraits du pancréas; l'action de ces produits était plus marquée que les autres dans la prévention de la dégénérescence graisseuse du foie après pancréatectomie. De plus, il prouva que cette substance n'était pas contenue dans le suc pancréatique; il nomma cette substance « Lipocaic ». Cette constatation n'est pas admise par d'autres investigateurs tels que Rekers, Pock, Rhoads, etc.

De plus, Brunshwig rapporte en 1944 l'observation d'un singe Rhesus qui vécut quatre (4) ans après une résection de la tête du pancréas; à l'autopsie il constata une atrophie des acinis du pancréas mais aucun signe de dégénérescence graisseuse du foie.

Chez l'homme, les conséquences de la ligature des canaux excréteurs du pancréas sont assez variables. Beazell, Schmidt et Ivy ont démontré que l'absence du suc pancréatique dans l'intestin entraîne l'apparition d'une grande quantité de graisses, féculents et pro-

téine non digérés dans les selles. Ces investigateurs prouvent que l'addition d'extraits pancréatiques (pancreatin) dans l'alimentation provoque une diminution marquée de ces mêmes substances dans les selles de patients atteints de pancréatite chronique; cette diminution, d'après eux, peut atteindre 50%, mais ils prétendent que l'ingestion quotidienne de « Lipocaic » était sans effet.

Coffey, Mann et Bollman étudièrent le métabolisme des hydrates de carbone dans des cas semblables et en arrivèrent aux mêmes conclusions avec l'addition de pancreatin dans l'alimentation.

Whipple et Bowman disent même que l'absorption normale des graisses est possible en l'absence du suc pancréatique dans l'intestin.

Trois patients ayant subi une pancréatico-duodénectomie furent étudiés par Brunshwig et Allen; deux patients développèrent une diarrhée graisseuse abondante et une diminution marquée dans l'absorption des graisses; chez le troisième, l'absorption des graisses était normale.

Person et Glenn ont démontré par des expériences que l'abouchement de la partie restante du pancréas à l'intestin — après pancréatectomie — était possible et que la sécrétion externe du pancréas était conservée; Child a constaté la même chose chez un de ses patients qui avait subi une duodéno-pancréatectomie.

Toutefois, J. E. Strode rapporte récemment un cas chez qui il pratiqua l'anastomose entre le jéjunum et le pancréas; le patient continua à présenter une diarrhée graisseuse contenant 55% de gras, et il fallut donner de la pancreatin pour aider à l'absorption des graisses.

Par ailleurs, Brunshwig doute que la sécrétion externe du pancréas persiste après l'anastomose du moignon du pancréas à l'intestin, et il est permis d'en douter; en effet, il est fort possible que, dans les cas avancés, les acinis du pancréas aient subi une atrophie marquée et que la sécrétion externe soit déjà annihilée au moment de l'intervention.

CHOIX DE LA TECHNIQUE

Depuis la première duodéno-pancréatectomie pratiquée en 1935 par Whipple, Parsons et Mullins, un nombre assez considérable de techniques a été proposé par divers chirurgiens, ce qui prouve qu'une technique standard n'est pas encore adoptée.

En suivant l'évolution de ces différents procédés et leurs résultats, on peut tirer certains principes fondamentaux qu'il faut suivre en pratiquant cette opération.

Ce sont: 1° une exérèse large de la tumeur et des lymphatiques de la région comme pour les autres cancers; 2° l'anastomose des voies biliaires et du pancréas (si cette dernière anastomose est pratiquée) assez loin en amont de la gastro-jéjunostomie, pour éviter le reflux des aliments dans les voies biliaires afin de ne pas provoquer l'infection.

Voici quelques schémas de différents procédés:

Observation.

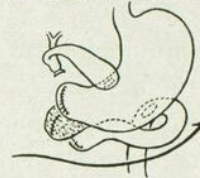
Monsieur Herménégilde R., âgé de 56 ans, est admis à l'Hôtel-Dieu de Québec le 4 février 1946 pour un ictère progressif. Les troubles ont débuté en juin 1945 par des vomissements et de la diarrhée graisseuse; ces symptômes régressèrent lentement pour reprendre en septembre 1945; nouvelle rémission jusqu'en décembre alors qu'apparaissent de l'ictère progressif avec décoloration des selles et urines foncées, des vomissements bilieux et une douleur en barre au creux épigastrique ainsi que de la diarrhée graisseuse. Le patient a noté jusqu'à 7 à 8 selles en 24 heures. L'amaigrissement est assez marqué puisqu'il a perdu 25 livres depuis septembre; le prurit est intense.

A l'examen physique l'état général est médiocre, le sujet est amaigri, l'ictère est foncé; il n'y a pas de tumeur palpable dans l'abdomen; on note une contracture légère à la partie supérieure du grand droit droit; la température est normale, le pouls est lent; par ailleurs l'examen physique est négatif.

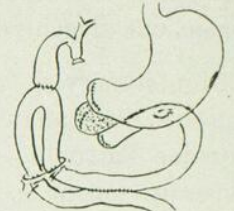
L'examen des urines est négatif, sauf pour la présence de pigments biliaires.

La formule sanguine est normale, la cholestérolémie est de 1.77% (normale 1 g. 50% à 2 g.).

WHIPPLE, PARSONS, + MULLINS-1935



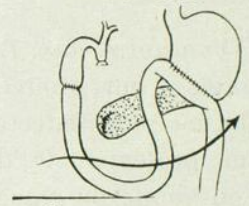
BRUNSCHWIG-1937



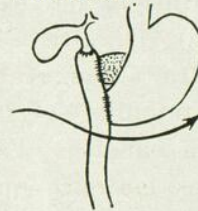
HUNT-1941



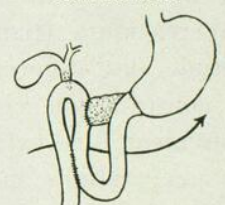
DENNIS-1942



WHIPPLE 1943



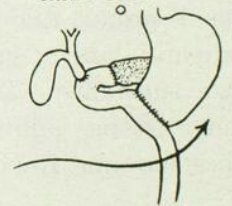
CATTELL-1943



POIH-1944



CHILD-1944



Azotémie: 0.61%.

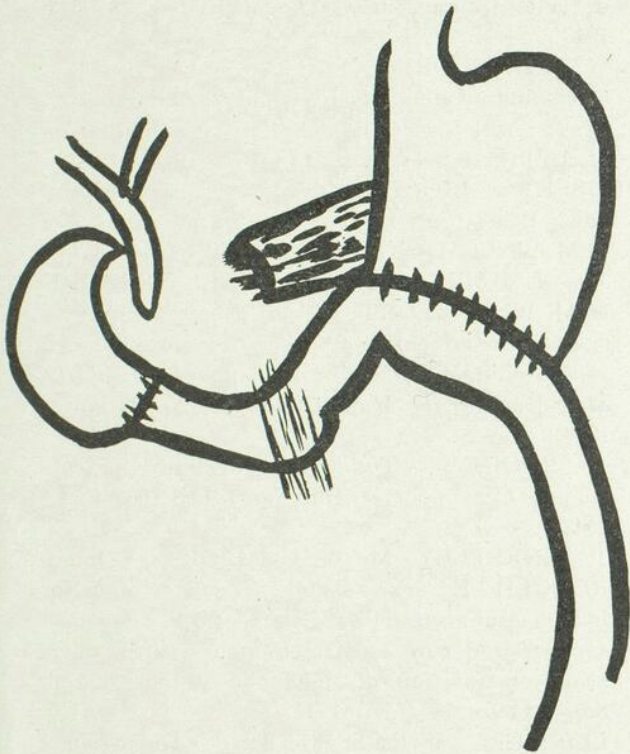
Glycémie: 1.40%.

Une radiographie de la vésicule biliaire après ingestion de priodax ne permet pas de voir la vésicule qui est exclue. A l'opération, nous trouvons une vésicule biliaire distendue, ne contenant pas de calculs, et une tumeur dure, d'environ 4 cms de diamètre, dans la tête du pancréas; la queue du pancréas est distendue.

Devant une telle lésion, nous portons le diagnostic très probable de cancer de la tête du pancréas et pratiquons une gastro-duodéno-pancréatectomie.

Le pancréas est sectionné à l'union du corps et de la queue; le canal de Wirsung est ligaturé et on fait un capitonnage par-dessus.

L'examen histo-pathologique démontre qu'il s'agit d'un épithélioma canaliculaire d'origine probablement wirsungienne, d'environ 12 mm. de diamètre.



Les suites opératoires furent normales; quelques jours après l'opération apparut à la plaie du suc pancréatique; cette fistule se ferma spontanément une semaine plus tard.

Le patient présenta aussi de la diarrhée grasseuse qui fut contrôlée par l'addition de pancréatin.

Le malade quitte l'hôpital quatre semaines après l'intervention chirurgicale. Quatre mois plus tard, ce patient est très bien; l'ictère est disparu, il a engraisé de dix livres, il a une à deux selles normales tous les jours sauf lorsqu'il omet de prendre du pancréas cru

aux repas; il ne présente aucun symptôme pouvant laisser croire à une dégénérescence graisseuse du foie.

Grâce à la collaboration du docteur Marcoux du laboratoire de l'Hôtel-Dieu de Québec, nous avons pu faire le coefficient d'utilisation des graisses chez notre patient. Soumis à un régime contenant 100 grammes de graisses, de 60 à 80% des graisses sont retrouvées non digérées dans les selles lorsque le patient ne prend pas de pancréas cru aux repas; avec l'addition de pancréas cru, 60% des graisses sont utilisées.

* * *

Permettez-moi, ici, d'ajouter quelques mots au sujet d'une autre patiente qui fut opérée en décembre 1942 à l'Hôtel-Dieu de Québec par le docteur Frs Roy pour un épithélioma de l'ampoule de Vater. La technique fut sensiblement la même que celle que nous avons suivie, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu d'anastomose entre le pancréas et le jéjunum. Nous avons revu cette patiente dernièrement. Elle est très bien, l'état général est bon, son poids n'a pas varié depuis trois ans, date de la reprise du travail. Elle a environ deux selles par jour. Elle prend régulièrement du pancréas cru ou de la pancréatin aux repas. Elle a constaté que le pancréas cru est plus efficace que la pancréatin. L'examen de l'abdomen est négatif, il n'y a pas de masse palpable, le foie n'est pas augmenté de volume.

* * *

En conclusion, la duodéno-pancréatectomie par les procédés de Child, Hunt, Cattelle, etc., c'est-à-dire avec anastomose du moignon du pancréas à l'intestin, est préférable pour les raisons que nous avons vues; mais comme il n'est pas toujours certain que la sécrétion externe du pancréas continue après l'anastomose et d'autre part comme l'addition de pancréas cru ou de pancréatin permet l'absorption des graisses, des protéines et des hydrates de carbone et prévient la dégénérescence graisseuse

seuse du foie, il faut admettre que la duodéno-pancréatectomie par les procédés de Brunshwig, Whipple, Dennis ou même celui que nous avons suivi, a encore sa place dans bien des cas, car ces procédés donnent de bons résultats et ont l'avantage d'être plus rapides.

B I B L I O G R A P H I E

- L. R. DRAGSTEDT: «Some physiologic problems in surgery of the pancreas.» *Ann. Surg.*, **118**: 576 (oct.) 1943.
- J. M. BEAZELL, C. R. SCHMIDT et A. C. IVY: «The diagnosis and treatment of achylia Pancreatica.» *J.A.M.A.*, **116**: 2735, 1941.
- O. A. WHIPPLE et L. BOWMAN: «Observations on the pathologic physiology of the insular and external secretory fonctions of the human pancreas.» *Ann. J. M. Sc.*, **201**: 629, 1941.
- BRUNSHWIG et J. G. ALLEN: «Occlusion of the external pancreatic secretions in man.» *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, **53**: 43, 1943.
- P. E. REKERS, G. T. POCK et C. P. RHOADS: «Metabolic studies in patients with cancer of gastro-intestinal tract V. Pancreatic insufficiency in a patient treated surgically for carcinoma of the Ampulla of Water.» *J.A.M.A.*, **122**: 1943, 1943.
- Clarence DENNIS: «A modified Whipple operation for carcinoma of the head of the pancreas.» *Minneapolis, Minn. Surgery*, **12**: 201, 1942.
- H. WARREN, M. D. COLE et J. T. REYNOLDS: «Resection of the duodenum head of the pancreas for primary carcinoma of the head of the pancreas and Ampulla of Water.» *Chicago, Ill. Surgery*, **18**: 133, 1945.
- G. Orr THOMAS: «Pancreatico-duodenectomy for carcinoma of the Ampulla and Ampullary Region.» *Kansas City, Kan. Surgery*, **18**: 144, 1945 .
- J. E. STRODE: «Radical duodeno-pancreatectomy.» *Surgery*, **18**: 115, 1945.
- H. K. GRAY et W. S. SHARPE: «Surgical treatment of carcinoma of the papilla of Water.» *Surgery*, **14**: 831, 1943.
- L. R. DRAGSTEDT, O. C. JULIAN, J. G. ALLEN et F. M. OWENS, Jr.: «Implantation of the hepatic Duct into the duodenum or stomach.» *Surg. Gynec. and Obst.*, **77**: 126, 1943.
- A. BRUNSHWIG: «Survival of Rhesus monkey four years after excision of head of pancreas with occlusion of external pancreatic secretion.» *Surgery*, **16**: 416, 1944.
- Fr. ROY: «Pancréatico-duodénectomie pour cancer de la tête du pancréas.» *Laval Médical*, **8**: 643, 1943.
- J. G. SCHNEDORF: «Fifty-two proven cases of carcinoma of the pancreas and the ampulla of Water; with special reference to fatty infiltration of the liver.» *Ann. Surg.*, **114**: 603, 1941.
- HORSLEY et BIGGER: *Operative surgery*. Mosby édit., 1939 (page 1178).
- John M. WAUGH, Cl. F. DIXON, O.T. CLAGGETT, Jesse L. BALLMAN, G. RANDALL, SPRAGUE et M. W. COMFORT: «Total pancreatectomy: a symposium presenting four successful cases and a report on metabolic observations.» *Proc. of the Staff Meet. of the Mayo Clinic*, **21**: 25 (23 janv.) 1946.
- E. W. ROCKEY: «Total pancreatectomy for carcinoma. Case report.» *Ann. Surg.*, **118**: 603 (oct.) 1943.
- J. T. PRIESTLEY, M. W. COMFORT et James RODCLIFFE, Jr.: «Total pancreatectomy for hyper insulinism due to an islet-cell adenoma: survival and cure at sixteen months after operation presentation of metabolic studies.» *Ann. Surg.*, **119**: 211 (fév.) 1944.
- FALLIS: Cité par R. D. McClure: «Discussion.» *Ann. Surg.*, **120**: 416 (sept.) 1944.

INTERVENTIONS CHIRURGICALES ET TUBERCULOSE PULMONAIRE ¹

LaSalle **LABERGE**, et **Raymond BOISVERT**
Médecin directeur du (Sherbrooke).
Sanatorium Saint-François

Bien que l'ouverture du Sanatorium Saint-François soit de date plutôt récente, de fait il est encore le dernier-né parmi les institutions antituberculeuses de la Province, notre curiosité a été attirée à maintes reprises par la fréquence de poussées évolutives tuberculeuses à la suite d'interventions chirurgicales. Ces interventions comportaient des opérations de nature diverse: ovariectomie, hystérectomie, appendicectomie, ostéite et même simples extractions dentaires sous anesthésie, et amygdalectomie.

Nous ne voulons nullement y voir une relation de cause à effet, mais il y a certainement plus qu'une simple coïncidence dans cette constatation. Chacun sait que dans l'étiologie de la tuberculose, toute cause qui diminue la résistance physique du malade peut être un facteur déterminant propre à favoriser l'éclosion d'une évolution pulmonaire. Or l'intervention chirurgicale est un de ces facteurs et l'anesthésie administrée au cours de l'opération, en irritant le poumon, en est un autre.

Il nous paraît presque impossible de faire la part précise du facteur le plus déterminant, soit de l'anesthésie, soit de l'intervention chirurgicale, car le peu de temps alloué à la préparation de ce travail ne nous a pas permis d'établir quel genre d'anesthésie fut administrée dans un grand nombre de cas.

Cependant, la fréquence des complications pulmonaires constatées chez nos malades, nous donne la présomption de croire que ces deux facteurs peuvent jouer un rôle inter-dépendant dans un réveil ou une poussée évolutive, chez des sujets porteurs de lésions tuberculeuses arrêtées ou ignorées. Il est de toute évidence que seules une opération ou une anesthésie ne sau-

raient provoquer une poussée de tuberculose, il faut dans l'organisme la présence d'un élément infectant, en l'occurrence, le bacille de Koch.

Nous avons fait un relevé de tous les cas de tuberculose active ou évolutive qui se sont manifestés à plus ou moins brève échéance de la date de l'opération.

D'après l'histoire de cas, environ 10% de nos malades ont subi une intervention chirurgicale au cours de leur vie, soit 92, sur un total de 915 personnes admises au Sanatorium, 32, du sexe masculin et 60 du sexe féminin.

Voici les opérations qu'elles ont subies par ordre de fréquence:

Appendicectomies	42
Amygdalectomies	22
Ovariectomies	11
Hystérectomies	11
Hémorroïdectomies	5
Curetages	3
Extractions dentaires	3
Fistules anales	2
Ostéite	1

62 de ces malades ont fait leur poussée évolutive dans la première année qui a suivi l'opération, dont 10 au cours des premiers 3 mois, 27 entre 3 mois et 6 mois, et 25 entre 6 et 12 mois.

La classification de ces malades à leur entrée a été la suivante:

		<i>Mini- mes.</i>	<i>Mod. avancés</i>	<i>Très avancés</i>
Premier groupe — 10 malades	entre 1 mois 3 mois	2	4	4
Deuxième groupe — 27 malades	entre 3 mois et 6 mois	12	8	7
Troisième groupe — 25 malades	entre 6 mois et 12 mois	1	8	16

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

Nous avons relevé de la tuberculose familiale chez 41 des 92 malades ayant passé par une intervention chirurgicale, et très peu ont subi un examen pulmonaire avec cliché radiographique avant l'opération. Nous sommes surpris de constater l'oubli ou la négligence de trop nombreux chirurgiens à demander ou conseiller une radiographie pulmonaire chez des malades qu'ils ont opérés pour des lésions tuberculeuses extrapulmonaires, telles que fistules anales, ostéites et néphrectomies tuberculeuses.

Observations.

Mme Xavier Blais, 21 ans.

Opérée en décembre 1945 pour fistule anale.

Premiers symptômes de tuberculose pulmonaire en mars 1946.

Admise à Saint-François le 11 avril 1946. Présence de bacilles dans les crachats.

Décédée le 3 mai 1946, de méningite tuberculeuse.

* * *

Mlle Lea Richer, 28 ans.

Ostéite tuberculeuse du médius droit. Curetage le 16 novembre 1943. La suppuration continuant, nouveau curetage le 23 novembre 1943.

Février 1944, résection du médius. Examen pulmonaire en juin 1945.

Admise au Sanatorium Saint-François le 30 juin. Présence de bacilles dans les crachats.

Décédée le 15 janvier 1946.

* * *

Fernande Jutras, 15 ans.

Toussait et expectorait depuis trois mois, avant une appendicectomie le 31 octobre 1945. Après l'opération, recrudescence des symptômes.

Ce n'est que le 11 mars 1946, qu'elle est radiographiée.

Admise à Saint-François le 16 mars. Expectations positives.

* * *

M. André Côté, 23 ans.

Tuberculose familiale.

7 mars 1946, extraction de 15 dents sous anesthésie par pentothal.

Le 21 mars 1946, pneumo spontané. Admis à Saint-François le 11 avril, expectations positives.

* * *

Tous ont vu de ces cas malheureux où l'on a traité des localisations secondaires avec un pauvre résultat, sans penser aux foyers pulmonaires que l'anesthésie et l'intervention chirurgicale n'ont pas manqué de fouetter ou réveiller. Ces pauvres malades sont venus mourir au Sanatorium, non de leurs localisations secondaires, mais de leurs lésions pulmonaires qu'on avait ignorées.

Sur ces simples constatations, ne serait-on pas justifiable de demander une radiographie pulmonaire avant toute intervention chirurgicale. On ferait ainsi d'une pierre deux coups. Le choix de l'anesthésie serait plus judicieux et certaines opérations pourraient être différées ou encore écartées, si l'on tient compte qu'un fort pourcentage de malades ne sont pas améliorées par l'intervention chirurgicale, comme dans l'appendicite chronique par exemple ou l'ovariectomie. Il serait préférable de laisser ces organes en place chez les porteurs de lésions tuberculeuses douteuses ou réelles dont on ne peut définir l'âge ni le degré d'activité.

Le thème général de ce congrès portant spécialement sur la médecine préventive et sociale, je crois rencontrer votre approbation en suggérant que tous les futurs opérés subissent un examen radiologique des poumons avant toute intervention chirurgicale nécessitant une anesthésie générale. Nous rencontrons en partie l'idée du docteur Brink, directeur de la Division de la tuberculose pour la province d'Ontario, qui recommande que tous les malades, sans exception, soient radiographiés pour dépistage de la tuberculose dès leur entrée à l'Hôpital Général. Il y a déjà dix ans que, dans les hôpitaux pour maladies men-

tales, en cette province, les malades sont radiographiés à cette fin dès leur admission et chaque année par la suite. L'examen radiographique réglementaire de tous les malades admis aux hôpitaux constitue non seulement une protection pour les gardes-malades et le

personnel en général, mais aussi une utile mesure d'hygiène publique.

Si l'on considère que 10% de notre population passe par nos hôpitaux généraux dans le cours de l'année, nous aurions là un champ intéressant de dépistage précoce et de prévention de la tuberculose.

UN CAS DE RÉTINOBLASTOME¹

P.-E. JULIEN (Shawinigan-les-Chûtes).

Si la rareté du cas rapporté, un sur dix mille, a présidé à la préparation de ce travail, en fait, il doit sa raison d'être:

- 1 — à la pénible évolution du rétinoblastome;
- 2 — à la difficulté d'en poser un diagnostic précoce;
- 3 — enfin au traitement précaire qu'on peut lui apporter même s'il est accepté.

Observation

En novembre 1944 l'enfant H. L. nous est amenée pour l'examen de ses oreilles. Il s'agit d'une enfant de dix-huit mois, porteuse d'une otite moyenne aiguë bilatérale. Bien constituée, présentant un développement physique et intellectuel de son âge, sa condition générale est excellente. Seuls quelques légers troubles digestifs semblent l'incommoder.

En terminant l'examen nous attirons l'attention des parents sur un « reflet pupillaire blanchâtre » à l'œil gauche. Ils l'ont déjà remarqué et ne s'en inquiètent pas outre-mesure.

Un mois plus tard nouvel examen et cette fois nous parlons de la possibilité d'un cancer qui pourrait être à notre avis un gliome de la rétine. Mais cette fois encore le traitement proposé ne paraît pas acceptable.

De décembre à juillet 1945 l'enfant, qui par ailleurs continuait à se développer norma-

lement, aurait fait quelques poussées douloureuses: elle crie, pleure et transpire beaucoup; dans l'intervalle elle est gaie. Les parents croient au caprice. En juillet cependant elle fit vraisemblablement une crise d'hypertonie oculaire, et la famille alla consulter dans un grand centre. Après dix jours d'observation y compris un examen sous anesthésie, on donna l'assurance que dans ce cas particulier s'il y avait possibilité de cancer rien n'était à craindre pour le moment.

Voilà le rapport qu'on nous fit lorsque le 8 octobre suivant, l'enfant nous est amenée en pleine crise: paupières œdématisées, œil rouge et larmoyant, très sensible à la lumière. Le globe est peu ou pas exophtalme, et nous remarquons une forte injection péri-kératique, l'enfant a perdu l'appétit, elle vomit, et se plaint constamment. Elle aurait même fait des convulsions?... Tout ce tableau est accompagné d'un état sub-fébrile qui se maintient durant les huit jours qu'elle est hospitalisée.

Dans les circonstances, et impressionné par le diagnostic émis en haut lieu, nous pensons à une cellulite orbitaire. Des pansements humides chauds, une diète rigoureuse, et l'emploi de la pénicilline semblent nous donner raison. L'œdème palpébral, l'injection kérato-conjonctivale disparaissent rapidement et la petite malade retourne améliorée avec un œil qu'elle peut ouvrir et qui peut envisager la lumière.

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

Cet état se maintient jusqu'au 25 novembre alors qu'une consultation d'urgence nous met en présence des mêmes manifestations. Cette fois nous remarquons en plus un aspect blanchâtre de la chambre antérieure et un œdème cornéen. La tension oculaire est normale. Le lendemain de son arrivée nous intervenons pour enlever ce que nous croyons être une cataracte molle et ainsi diminuer la tension de l'œil ou tout au moins favoriser la circulation de retour. L'extraction de masses blanchâtres d'un caractère macroscopique inusité nous laisse sceptique. Nous ne cachons point notre appréhension à la famille, malgré que les suites opératoires donnent un certain répit à l'enfant. Quelques jours plus tard nous tentons au moyen d'une radiographie de déceler une modification quelconque du trou optique gauche. Malgré la négativité et devant la persistance des symptômes douloureux, l'amai-grissement de l'enfant, nous décidons l'énucléation le 12 décembre 1945.

La sortie du globe laisse voir une prolifération dépassant le pôle postérieur. Le rapport anatomo-pathologique confirme le diagnostic du début en précisant qu'il s'agit d'un rétinoblastome. Nous conseillons de voir un radiologiste qui ne croit d'ailleurs pouvoir faire aucun traitement utile.

Un mois plus tard un nouveau gonflement des paupières permet d'envisager l'évolution externe de la tumeur, et au témoignage des parents l'autre œil aurait été atteint. Durant le dernier mois de son existence elle ne voyait plus pour manger seule ni pour distinguer rien de ce qu'on lui présentait. Elle est décédée le 3 mars 1946 à l'âge de trois ans et seize jours, après des souffrances intenses et en pleine cachexie.

Si avec les auteurs nous devons conclure que les tumeurs de la rétine sont d'origine congénitale et que l'hérédité conserve tous ses droits dans la transmission de ces anomalies de développement tel que l'a conçue Mandel, il est peut-être d'un certain intérêt d'examiner quelques antécédents de cette petite malade.

Consanguinité. Le père et la mère sont cousins germains; tous les deux descendants de mariage entre proches parents, quand ils n'étaient pas cousins au premier degré.

Hérédité. Une grand-mère serait morte d'un cancer. A part ce fait qui n'a rien d'authentique au point de vue strictement scientifique, il est impossible de découvrir aucune trace de tumeur quelconque chez les ancêtres.

A. Familiaux. Le père est d'apparence normale; la mère accoucha d'un enfant qui mourut à sa naissance; sa seconde grossesse fut compliquée de néphrite provoquant de l'hypertension, une albuminurie légère et un œdème plus prononcé que la normale. Elle ne conserve depuis aucun signe manifeste de maladie général.

A. Personnel. L'enfant est née à la suite d'un accouchement normal et son développement physique et intellectuel n'a jamais été entravé avant les derniers mois de sa vie. Une chute sur la tête à l'âge d'un an fut au dire des parents la cause de l'apparition de ce reflet pupillaire blanchâtre qu'ils constatèrent six mois plus tard. Avec une otite légère, seuls quelques troubles digestifs mentionnés au début sont à signaler.

COMMENTAIRES.

En terminant, permettez-moi de souligner les considérations suivantes:

1. Périodes actives douloureuses alternant avec des périodes de calme et de bien-être; les premières accompagnées d'un état subfébrile et vraisemblablement en rapport comme les secondes d'ailleurs avec le blocage et le rétablissement successifs de la circulation.
2. La nécessité d'une intervention précoce qui aurait des chances de conserver un œil ou au moins la vie du malade.
3. Le danger de porter un diagnostic absolu, basé sur le seul examen clinique.

REVUE GÉNÉRALE

LES INDICATIONS DU TRAITEMENT MÉDICAL, CHIRURGICAL ET RADIOLOGIQUE DU GOITRE¹

Réal DORÉ, F.R.C.S. (C),
Chef de la clinique du Goitre à l'Hôpital Général de Verdun,
Consultant à l'hôpital Sainte-Justine (Montréal).

Il n'existe pas de traitement spécifique du goitre. L'observation clinique nous le prouve amplement.

Nous pouvons conclure immédiatement que le goitre est un symptôme.

Comme je base les indications thérapeutiques des différentes formes cliniques du goitre sur son étiologie, l'étude des causes du goitre s'impose.

Quoique les causes du goitre soient très nombreuses, elles peuvent se grouper sous cinq chefs différents.

- 1) Déficience alimentaire;
- 2) déficience et dysfonction organique;
- 3) présence de foyers microbiens;
- 4) suractivité nerveuse et psychique;
- 5) radio-activité.

Voyons ce que comportent ces différentes causes.

1) DÉFICIENCE ALIMENTAIRE.

Si la littérature médicale dit que la déficience iodée est souvent la cause première du goitre, l'absence de nombreux éléments autres que l'iode peut aussi bien expliquer et de fait explique une dysfonction thyroïdienne.

L'histoire de Bozel et de St-Bon plaide en faveur de la déficience iodée. Deux villages des Alpes françaises, Bozel et St-Bon, vers 1845, avaient tous deux une population de 1,500 habitants. A Bozel 900 habitants étaient goitreux ainsi que différents animaux: chiens, chevaux, etc. A St-Bon, pas de goitre. Les

habitants de Bozel s'abreuvant exclusivement de l'eau de St-Bon ont vu, en 20 ans, le goitre disparaître totalement. Répin, de l'Institut Pasteur, en est venu à la conclusion que la déficience iodée de l'eau de Bozel était en cause.

En Suisse, pays où le goitre, par déficience, existait à l'état endémique, grâce au sel iodé fourni gratuitement par l'Etat, le nombre de cas de goitre a baissé de 80 à 20%, en 20 ans.

Les faits de ce genre sont nombreux.

Par ailleurs la théorie de la carence iodée ne peut pas être toujours admise.

Ceux qui habitent le bord de la mer, où l'iode ne manque pas, peuvent développer un goitre.

La vitamine B₁, le fluor, le bore, le manganèse, l'arsenic et combien d'autres éléments en déficience, par leur absence peuvent être la cause d'une hypertrophie de la glande thyroïde. La littérature médicale est excessivement riche à ce sujet.

Certains aliments sont goitrigènes, le chou en particulier et tout aliment riche en calcium.

Au sujet de la déficience alimentaire comme cause du goitre, le *Congrès International du Goitre*, tenu à Berne, en 1927, page 295, conclut ainsi: « le goitre endémique n'est pas la résultante d'une cause unique mais de causes multiples »; et dans: *Traitement médical du goitre exophtalmique*, Dr Sainton, 1934: « ... l'iodothérapie est utile... rarement définitive... ne doit pas être considérée comme un remède curatif ».

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

2) DEUXIÈME CAUSE POSSIBLE DU GOITRE.

Hypo et hyperfonction organique.

L'hypofonction de l'ovaire, de la glande mammaire peut être suivie d'une hypertrophie compensatrice de la glande thyroïde.

L'hypofonction de l'hypophyse prédispose à l'hypothyroïdie, ou myxœdème.

L'hyperfonction des glandes surrénales excite par leur hormone la fonction thyroïdienne. L'hyperthyroïdie et surtout le goitre exophtalmique en sont des conséquences (Crile).

Le goitre par déficience organique se rencontre très souvent chez les mères d'une nombreuse famille et à l'époque de la ménopause.

Chez celles-ci il peut tout aussi bien y avoir carence de l'iode, de thyroxine, d'extrait ovarien ou mammaire ou de tout autre élément biochimique de l'organisme.

3) TROISIÈME CAUSE POSSIBLE DU GOITRE.

Présence de foyer microbien.

Toute infection microbienne d'origine dentaire, amygdalienne, abdominale, gastro-intestinale ou provenant d'eau polluée peut se propager à la glande thyroïde et causer à ce niveau une suractivité cellulaire de défense. La glande, en l'occurrence, s'hypertrophie, s'hyperplasie ou présente le plus souvent les caractères de la thyroïdite.

Chez l'enfant spécialement tout foyer microbien doit disparaître dès que la présence de celui-ci est constatée.

Le problème de l'eau polluée comme agent goitrigène possible est résolu dans les grands centres. Il n'en est pas toujours ainsi, même actuellement, dans certains endroits éloignés.

Il convient de citer ici l'opinion de Crotti.

1) « La carence d'iode comme facteur étiologique du goitre est loin d'être prouvée. »

2) « Des micro-organismes se retrouvent dans les eaux goitrigènes. »

3) « Avec ces éléments l'on peut reproduire expérimentalement le goitre chez les chiens. »

« S'il est vrai que le goitre est dû à un effort de la glande thyroïde à augmenter sa

surface sécrétante et absorbante, dans ce cas les milliers d'opérés devraient récidiver sans exception puisque leur surface sécrétante est réduite soudainement. » (*Rapport du Congrès International de Berne, 1927, page 379.*)

En présence d'un cas de goitre le médecin doit donc rechercher tout foyer d'infection d'origine somatique ou aquatique.

4) QUATRIÈME CAUSE POSSIBLE DU GOITRE.

Suractivité nerveuse et psychique.

Le surmenage de toute nature, physique, nerveux, moral, psychique, peut se transmettre à la glande thyroïde et causer au niveau de celle-ci une suractivité glandulaire, suractivité susceptible de dégénérer en hyperthyroïdisme et en basedowisme.

A ce sujet Dunhill, de Londres, cite l'histoire d'une jeune fille qui développe un goitre basedowien à la suite du refus de ses parents d'accorder leur consentement à une union ardemment désirée.

Je puis citer le cas d'une de mes patientes souffrant d'orgasme à un degré très marqué. Celle-ci développe un goitre basedowien excessivement toxique cliniquement. À l'époque de la ménopause alors que les désirs effrénés disparaissent la glande thyroïde reprend son volume normal et le syndrome basedowien disparaît, et ce en quelques mois.

Le gros industriel, l'homme d'affaires très pris par son négoce, la femme du monde sont des personnages qui, par leur suractivité de tout genre, présentent un terrain propice au développement du goitre basedowien.

Il en est ainsi de ceux qui font des abus gastronomiques, éthyliques, nicotiniques.

Les contrariétés morales et psychiques de toute nature favorisent l'hyperactivité du système sympathique. Il n'en faut pas moins pour que la glande thyroïde réponde à cette excitation, à sa manière, en se basedowifiant.

Dans cette catégorie de patients il ne peut être question de déficience alimentaire ou même d'avitaminose.

Si le goitre compensateur par déficience organique ou alimentaire est l'apanage des pauvres mamans ou des miséreux, le goitre causé par une suractivité physique ou psychique, toujours toxique, et même très, est celui de l'homme actif et de la femme du monde.

5) CINQUIÈME CAUSE POSSIBLE DU GOITRE.

Radio-activité.

Il existe une radio-activité provenant de l'eau et du sol.

Les émanations radio-actives du sol et de l'eau exercent une action stimulante sur la glande thyroïde dont l'activité sécrétoire est augmentée. Cette suractivité favorise l'hypertrophie et l'hyperplasie. Le *Rapport du Congrès International du Goitre*, tenu à Washington, D. C., en 1938, page 32, parle longuement des émanations radio-actives de l'eau et du sol.

La question des émanations radio-actives de l'eau et du sol est assez complexe. Je laisse aux géologues et aux minéralogistes le soin de nous éclairer à ce sujet.

La conclusion pratique de tout ce qui précède peut se résumer en ces mots: dans le traitement du goitre, quelle qu'en soit la forme clinique, tout ce que nous enseigne l'étiologie doit être mis en ligne de compte.

A la lumière de ce que nous enseigne l'étiologie du goitre, quelles sont les formes cliniques du goitre, qui relèvent de la thérapeutique médicale, ou chirurgicale ou radiologique?

Mais avant tout quels sont les caractères du goitre médical, chirurgical et radiologique?

GOITRE MÉDICAL

Le goitre médical se caractérise par de l'hypertrophie ou de l'hyperplasie des lobes thyroïdiens. En d'autres termes, le lobe intéressé est uniformément augmenté de volume et, de ce fait, conserve la forme ovoïde d'un lobe dont la surface est lisse.

Le goitre médical est l'expression d'une déficience alimentaire ou organique ou d'une infection microbienne.

Formes cliniques du goitre médical.

- 1) Goitre scolaire.
- 2) Goitre de la période de la puberté.
- 3) Goitre de la grossesse et de la période de la lactation.
- 4) Goitre de la ménopause.
- 5) Goitre tuberculeux et spécifique.
- 6) La thyroïdite.
- 7) Goitre basedowien ou exophtalmique.
- 8) Goitre colloïde diffus ou circonscrit.

La thyroïdite atteignant la période de la suppuration, ce qui est rare, et le goitre exophtalmique menaçant de se compliquer d'arythmie seront classés, le cas échéant, dans la catégorie des goitres chirurgicaux.

Le gros goitre colloïde diffus ou circonscrit, en évoluant, peut, par son volume, être cause de compression locale. Cette forme clinique médicale devient alors chirurgicale.

GOITRE CHIRURGICAL

Le goitre chirurgical est caractérisé par un lobe dont les contours ne sont plus ovoïdes mais festonnés, avec une surface inégale, ce lobe étant constitué d'une ou de plusieurs tumeurs plus ou moins sphériques.

Cette conception du goitre chirurgical est, pour Reinhoff, l'évolution ou l'involution du goitre que nous appelons médical.

Formes cliniques du goitre chirurgical.

- 1) Tumeurs encapsulées: adénome, kyste.
- 2) Goitre colloïde diffus ou circonscrit, compressif.
- 3) Goitre cancérisé.
- 4) Goitre exophtalmique en évolution malgré toute thérapeutique médicale ou radiologique, avec signe d'arythmie.
- 5) Thyroïdite suppurée.

GOITRE RADIOLOGIQUE

Seuls les goitres hyperplasiques toxiques, au début, sont susceptibles de guérison par la radiothérapie.

Entrent dans cette catégorie le goitre médical et le cancer thyroïdien quand celui-ci est d'origine lobaire et non adénomateuse.

Ici comme dans toute autre forme du goitre le traitement médical doit être à la base de toute thérapeutique du goitre.

La chirurgie et la radiologie diminuent l'activité glandulaire, mais elles ne s'attaquent pas à la cause première du goitre.

Tout goitreux, quelle que soit sa forme clinique, doit toujours rester sous les soins du médecin, le chirurgien et le radiologiste n'étant que les auxiliaires de celui-ci.

Le clinicien qui a à la mémoire les grandes lignes de l'étiologie du goitre et la classification que je propose est en état, à mon humble avis, d'instituer un traitement approprié pour chaque cas en particulier, sans risque d'erreur thérapeutique.

TRAITEMENT MÉDICAL DU GOITRE

Goitre scolaire.

Comme il s'agit dans cette forme clinique de déficience alimentaire il faut donner à l'organisme ce que la vésicule thyroïdienne n'est pas encore en état de lui fournir.

Chez l'enfant il faut voir tout d'abord à ce qu'il n'y ait aucun foyer d'infection: dentaire, amygdalien, auriculaire, abdominal, etc. Puis instituer l'iodothérapie, la vitaminothérapie. Il est nécessaire d'ajouter à ceci un apport considérable d'éléments divers constitutifs de l'organisme tels que fer, arsenic, etc. C'est par une alimentation riche et variée et l'adjonction de toniques très variés que l'on fournira à l'enfant tous les éléments constitutifs de l'organisme. L'absence ou l'insuffisance de ceux-ci demande à la glande thyroïde un surcroît de travail, ce qu'elle ne peut pas toujours faire à cette période de la vie.

Malgré toute thérapeutique médicale, s'il y a basedowification, le cas devient chirurgical.

Goitre de la puberté.

La présence du goitre dit de la puberté est constatée généralement avant l'apparition

des périodes menstruelles, surtout quand celles-ci retardent à s'établir normalement ou qu'elles sont insuffisantes.

C'est un goitre dont on peut attribuer la cause à une déficience organique. Il y a augmentation compensatrice de la glande thyroïde.

Je m'abstiens de parler de pathogénie. La pathogénie du goitre n'a d'intéressant que le côté scientifique. Comme je tiens à limiter mon travail à des faits pratiques, je l'ignore.

Dans cette forme clinique l'opothérapie ovarienne et hypophysaire est plus indiquée que ne l'est l'iodothérapie.

J'ai constaté souvent que cette forme clinique a une tendance à se basedowifier assez rapidement si la thérapeutique médicale et opothérapique ne contrôle pas avec succès l'hypertrophie compensatrice de la glande thyroïde.

Heureusement que la thyroïdectomie est supportée à merveille par les enfants de cet âge.

Quand le basedowisme évolue lentement la radiothérapie peut être tentée.

Goitre de la grossesse et de la période de lactation.

Ici il s'agit encore d'un goitre compensateur causé par une déficience et alimentaire et organique. Sont indiquées: l'iodothérapie, l'opothérapie ovarienne et mammaire combinées à une alimentation riche et variée.

Quoiqu'on ne sache pas exactement ce que vaut la vitaminothérapie de cette forme clinique, il y a lieu de la tenter.

Goitre de la ménopause.

Cette forme clinique, par hypofonction ovarienne, est exclusivement d'origine organique. Si elle n'a pas une tendance à la toxicité, par contre, la cancérisation est fréquente, surtout s'il s'agit de tumeur adénomateuse.

L'opothérapie ovarienne est indiquée. Mais en présence de tumeur adénomateuse la thyroïdectomie doit être pratiquée sans retard de peur qu'il y ait transformation maligne. (5% des cas)

Goitre colloïde.

Le goitre colloïde n'est sûrement pas dû à une déficience iodée; la colloïde, dans ces cas, contient plus d'iode que normalement et le taux de l'iode sanguin est normal (.012%) ou élevé (jusqu'à .020%).

Une déficience organique en est la cause. Cette forme clinique se rencontre très souvent chez la mère d'une nombreuse famille.

La littérature dit que si le chirurgien tente quelquefois une thyroïdectomie c'est dans le but unique de faire disparaître une tumeur volumineuse ou disgracieuse. L'opothérapie thyroïdienne est donc la seule indiquée à moins qu'il y ait chez la patiente en cause hypofonction d'une autre glande endocrine.

Cette forme est très exposée à la récurrence. Pour la prévenir, l'opothérapie thyroïdienne doit être prescrite après l'intervention.

Un régime approprié est appelé à rendre de grands services à l'obèse porteur d'un colloïde.

Thyroïdite.

La thyroïdite est l'inflammation microbienne de la glande thyroïde. Le lobe ou les lobes thyroïdiens sont uniformément augmentés de volume.

La thyroïdite est généralement secondaire à une infection microbienne préexistante.

Les infections dentaire, amygdalienne, ou grippale sont ordinairement en cause.

Les 12 cas de thyroïdite que j'ai observés n'ont jamais atteint la période de la suppuration.

Le traitement précoce de la thyroïdite s'impose de peur que la glande thyroïde soit transformée totalement, par l'inflammation aiguë, en tissu scléreux, état tissulaire qui, n'ayant plus de fonction thyroïdienne, voue le patient à l'hypothyroïdie ou au myxœdème.

Le traitement de la thyroïdite est celui de l'inflammation en général d'origine microbienne: application de glace localement, médication antiseptique sanguine, etc.

A la prochaine occasion, j'ai l'intention de vérifier l'action de la pénicilline dans l'infection thyroïdienne.

Il va sans dire que la cause infectieuse, à distance, doit être traitée.

Goitre exophtalmique ou basedowien.

Cette forme clinique est composée des syndromes hyperthyroïdien et hypersympathicotonique.

Ici non seulement il y a toxicité thyroïdienne mais aussi surexcitation du système sympathique (exophtalmie, dermographisme, éréthisme marqué, etc.).

Cette suractivité du sympathique a une origine dysménorrhéique, hypersurrénalienne (Crile), morale ou psychique.

Le goitre basedowien est la forme clinique la plus résistante au traitement médical. Il faut tout de même le tenter au début.

Comme il s'agit toujours d'hyperplasie vésiculaire dans le basedow primaire, la radiothérapie est susceptible d'arrêter l'évolution hyperplasique.

Si l'irradiation ou la thérapeutique médicale n'améliorent pas assez rapidement l'état toxique, seule la thyroïdectomie préviendra la complication fatale à laquelle est exposé tout basedowien en évolution: l'arythmie complète.

Goitre tuberculeux et spécifique.

Ce sont des affections rares mais auxquelles il faut penser en clinique. Elles sont généralement secondaires à une bacillose et à une spécificité préexistantes.

FORMES CHIRURGICALES DU GOITRE

Tumeurs encapsulées.

Les tumeurs encapsulées comprennent l'adénome et le kyste thyroïdien.

Le goitre adénomateux ou kystique se caractérise par la présence au niveau de la surface du lobe ou des lobes thyroïdiens de tuméfactions plus ou moins sphériques et plus ou moins nombreuses.

L'adénome a une consistance dure; le kyste est rénitent.

La thyroïdectomie peut seule mener à bonne fin l'élimination de ces tumeurs, la thérapeutique médicale ou radiologique étant de nul effet.

Ces deux formes anatomiques du goitre sont susceptibles, dans 25% des cas, de devenir toxiques et même de se basedowifier.

Si le kyste thyroïdien ne se transforme pas en tumeur maligne il n'en est pas ainsi de l'adénome qui, dans 5% des cas, se cancérisse.

Goitre cancérisé.

Le cancer thyroïdien naît presque toujours d'un adénome. Il se caractérise, cliniquement, par la dureté ligneuse de sa consistance, par l'absence de toxicité thyroïdienne, par sa fixité, par la cachexie propre aux cancéreux.

Qu'il y ait ganglion ou non le pronostic est sombre si la tumeur en cause présente, à l'examen microscopique, les caractères d'un cancer atypique. Le cancer typique est plutôt favorable.

Goitre exophtalmique ou basedowien.

Le goitre exophtalmique primaire évoluant sous l'effet de la thérapeutique médicale ou radiologique, devient chirurgical.

La toxicité s'aggravant, le patient se dirige infailliblement vers l'arythmie complète.

A cette période de l'évolution, la vésicule hépatique est aussi lésée que l'est le muscle cardiaque. Les basedowiens évoluant meurent tout autant d'arythmie complète non compensée que d'hépatisme.

Il y a donc indication d'intervenir précocement.

Goitre radiologique.

La radiothérapie ne doit être employée que dans les formes hyperplasiques du goitre toxique.

Quand le goitre toxique évolue lentement, la radiothérapie peut contrecarrer l'aggra-

vation toxique. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. La plupart des basedowiens évoluent souvent avec une rapidité inquiétante.

Comme la radiothérapie nécessite de nombreuses séances, cette thérapeutique ne réussit pas toujours à lutter efficacement contre la rapidité évolutive de certains cas.

Le chirurgien doit donc intervenir dès que la thérapeutique médicale ou physique ne semble pas maîtriser l'évolution toxique.

Je tiens à mentionner, ici, un fait qui, à mon humble avis, a beaucoup d'importance. J'en ai parlé longuement dans *L'Union Médicale* de novembre 1936 et de mars 1937.

Le chirurgien qui opère un goitre précédemment irradié, ne peut différencier, au cours de l'intervention, le tissu thyroïdien irradié de celui qui n'a pas été touché par les R. X. Si le moignon laissé en place (thyroïdectomie subtotal) n'a pas de fonction thyroïdienne par suite de l'irradiation trop poussée, le patient est voué à l'hypothyroïdie et au myxœdème.

J'ai, malheureusement, plusieurs cas de ce genre à mon crédit. Il faut donc me pardonner si j'ai quelque doute sur l'efficacité rapide de cette physiothérapie.

L'accord ne semble pas exister quant aux indications de la radiothérapie du goitre chez certains confrères médecins tant européens qu'américains.

Conclusion pratique et personnelle: si la radiothérapie ne transforme pas dans un laps de temps court, un à deux mois, l'évolution en involution, la thyroïdectomie doit être pratiquée sans délai de peur que celle-ci soit suivie d'hypothyroïdie et quelquefois de myxœdème.

LE THIOURACIL

En 1943, le docteur Astwood, de l'Université de Harvard, a porté à la connaissance du corps médical un nouvel élément thérapeutique de l'hyperthyroïdie, le thiouracil. ($H_2N-CS-NH_2$)

Depuis, nombreuses sont les observations publiées à ce sujet.

De celles-ci on peut conclure, je crois, que 1) le thiouracil annihile la fonction hormonale thyroïdienne; 2) son emploi se limite exclusivement au traitement du goitre toxique; 3) ce médicament n'est pas curatif, mais d'entretien de l'hyperthyroïdie; 4) le thiouracil est une médication préopératoire précieuse et efficace dans la plupart des cas toxiques à opérer; 5) son administration n'est pas sans danger. En observant à la lettre les données thérapeutiques du Dr Astwood, il peut être employé sans inquiétude; 6) le thiouracil doit faire partie de notre arsenal thérapeutique de l'hyperthyroïdie. J'ai eu maintes fois l'occasion de l'employer. Si je n'ai pas toujours obtenu les résultats anticipés, par contre, je n'ai pas eu d'ennui attribué à son emploi¹.

Conclusions générales

- 1) Le goitre doit être considéré comme un symptôme.
- 2) Il n'existe pas de médication spécifique du goitre.
- 3) L'iode est loin de toujours donner des résultats heureux et pour cause... L'iodothérapie est efficace quand, dans l'organisme, il y a déficience iodée, en Suisse par exemple.
- 4) Un examen général et complet s'impose chez le goitreux pour tenter de trouver la cause de l'hypertrophie ou de l'hyperplasie thyroïdienne.
- 5) Tout état pathologique existant concurremment avec un goitre doit être traité spécialement de peur que cet état pathologique soit la cause du goitre.

1. Je tiens à mentionner spécialement deux volumes dont le contenu renferme pratiquement toutes les conceptions actuelles que nous avons sur la pathologie de la glande thyroïde. Il s'agit du *Rapport du Congrès International du Goitre* tenu à Berne, Suisse, en 1927 et de celui de Washington, D. C., en 1938.

- 6) La thyroïdectomie et la radiothérapie ne sont que des auxiliaires et ne représentent qu'un temps du traitement médical du goitre.
- 7) Une vie hygiénique observée à tout point de vue, une eau d'alimentation saine et de composition normale, une alimentation généreuse et variée constituent les moyens préventifs du goitre.

BIBLIOGRAPHIE

1. SAINTON: *Les traitements médicaux du goitre exophtalmique*. J. B. Baillièrre et Fils, Edit. Paris, 1934.
2. Witold ORLOWSKI: « Sur la valeur thérapeutique du sang animal, du bore et du fluor dans la maladie de Basedow. » *La Presse Médicale*, **40**: 836 (25 mai) 1932.
3. L. BERARD: « Les dangers de la radiothérapie dans le goitre exophtalmique. » *La Presse Médicale*, **40**: 31 (6 jan.) 1932.
4. LOEPER, SOULIE et BIOY: « Le bore dans la maladie de Basedow. » *La Presse Médicale*, **40**: 1013 (29 juin) 1932.
5. WEIL et ISELIN: « Conception récente de l'adénome toxique thyroïdien et de ses relations avec le goitre exophtalmique. (Rienhoff). » *La Presse Médicale*, **38**: 173 (5 fév.) 1930.
6. Léon GOLDENBERG: « Le traitement de la maladie de Basedow par le fluor. » *Bruzelles Médical*, **15**: 519 (10 mars) 1935.
7. R. COLELLA: « Influence de l'eau de boisson sur l'accroissement corporel et sur le développement du goitre et des dysthyroïdies. » *Rev. Neurologie*, **2**: 537 (octobre) 1931 (analyse).
8. A. CANTERO: « Bacteriology of the Thyroid in Goiter. » *The Canadian Medical Association J.*, **22**: 343, 1930.
9. H. EGGENBERGER: « L'iode aliment. » *Revue Médicale de la Suisse Romande*, mars 1924.
10. H. EGGENBERGER: « Onze années de prophylaxie antigoitreuse au moyen du sel iodé. » *Gazette Médicale de France*, No 20, 1933.
11. E. LEDOUX: « Le basedowisme iodique. » *La Clinique*, **31**: 119 (avril) 1936.
12. Marcel LABBE: « L'asystolie basedowienne et son traitement. » *Bull. Mem. Soc. Hôp. Paris*, **51**: 1538 (23 déc.) 1935.
13. *Comptes-rendus de la Conférence Internationale du goitre*. Berne, 1927.

14. 1938 *Transactions of the Third International Goiter Conference and the American Association for the Study of Goiter*, Washington, D. C.
15. REINHOFF: «Involutional or regressive changes in the Thyroid gland in cases of exophthalmic goiter.» *Archives of Surgery*, **13**: (sept.) 1926.
16. T. P. DUNHILL: «Toxic Goiter.» *The British Journal of Surgery*. No 67, 1930.
17. G. CRILE: *The Mechanism of Exophthalmic Goiter*. 1938 *Transactions of the Third International Goiter Conference*, Washington, D. C.
18. R. DORE: «Thiouracil, nouvel agent thérapeutique de l'hyperthyroïdie.» *L'Union Médicale du Canada*, **73**: 401 (avril) 1944.
19. R. DORE: «Radiothérapie, thyroïdectomie, myxœdème.» *L'Union Médicale du Canada*, **65**: 1055 (nov.) 1936.
20. R. DORE: Radiothérapie, thyroïdectomie, myxœdème.» *L'Union Médicale du Canada*, **66**: 310 (mars) 1937.
21. ASTWOOD: *J.A.M.A.*, **122**: 78 (8 mai) 1943.
22. W. B. PATTERSON: *Transactions of the American Association for the study of goiter*. 1937.

LE TRAITEMENT DE L'ANGINE DE POITRINE ET DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE EN CLIENTÈLE JOURNALIÈRE ¹

Henri LALIBERTÉ, et Maurice TURCOTTE,
Hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

L'ANGINE DE POITRINE

Le traitement en clientèle journalière de l'angine de poitrine et de l'infarctus du myocarde ne vous apprendra rien de nouveau et nous nous en excusons. Nous exposerons les données classiques éprouvées à date et demanderons aux membres distingués de cette assemblée de nous instruire de leur expérience personnelle.

Avant d'instituer un traitement, il faut s'assurer d'un bon diagnostic et songer aux conséquences de toute erreur. Dans les premiers moments de la crise douloureuse, il est possible, en certains cas, de prendre une crise d'angine pour un infarctus et vice versa. A l'orée de la crise, il n'y a pas d'erreur de mettre le malade au repos et de lui donner une injection d'héroïne ou de morphine. On devra se rappeler, avant d'administrer la nitroglycérine, qu'un angineux connu peut, au cours de sa vie, développer un infarctus.

Dans l'angine classique, avec la morphine, le premier médicament à donner est un vasodilatateur dont le début de l'action est rapide. Nous avons le choix entre: 1° le nitrite d'amyle: ses effets se font sentir après une minute pour durer 7 minutes environ. La forte odeur qui

s'en dégage est souvent assez désagréable pour la faire rejeter du malade et de l'entourage; 2° la nitroglycérine est mieux acceptée. Son action débute 2 minutes après l'absorption et dure environ 30 minutes. Son maximum d'effet est atteint vers la huitième minute; 3° enfin la trinitrine en solution alcoolique au centième, en dragées ou en préparation magistrale associée aux antispasmodiques et à l'héroïne, reçoit la faveur de la majorité des médecins. Il serait puéril de donner plus de détails sur la composition des formules qui varient selon le goût de nos confrères.

Le nitrite de soude, le tétranitrate d'érythrol, les pluri-nitrites sont encore utiles, mais à début d'action trop lent lorsqu'il s'agit de conjurer une crise grave d'angine. Par contre dans l'intervalle des accès douloureux comme dans l'état de mal angineux, ces médicaments associés au phéno-barbital et à l'aminophylline rendent de très grands services. Ils sont même supérieurs en maintes occasions à la trinitrine. On doit se rappeler que le tétranitrate prolonge son action pendant 3 ou 4 heures, ce qui est un immense avantage pour le patient et le médecin.

A dessein, nous passons sous silence les doses, car nous sommes en présence non pas d'étudiants en médecine, mais de gradués.

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

Les mêmes remarques s'appliquent aux iodures et au cyanure de mercure, lorsqu'on a reconnu la syphilis à l'origine des angor coronariens.

Le cortunon, cet extrait de foie déprotéinisé appelé hormone cardiaque, est une médication relativement nouvelle qui serait, paraît-il, très efficace dans le traitement de l'angine de poitrine. Notre expérience personnelle est plutôt limitée et la littérature semble bien discrète en ce qui le concerne. Aussi, nous ne voulons pas entreprendre ni de faire sa gloire ni de le discréditer. Seulement nous nous permettrons de citer ce que Leaman dit des hormones cardiaques dans son traité *Management of the Cardiac Patient*:

« Je n'ai employé aucun des différents extraits tissulaires pour traiter l'angine de poitrine. La nature de ces substances, le fait que je n'aime pas ces traitements par injections qui amènent au bureau, chaque jour, le même groupe de patients, et le manque de contrôle évident dans la littérature, m'ont découragé dès le début. Il me semble que des traitements qui exigent moins de visites du malade au bureau sont plus rationnels. Ces séries d'injections peuvent assez stimuler le psychisme de certains malades pour rendre difficile, sinon impossible, leur compréhension; tandis que, pour d'autres, ce même traitement les dégoûtera de leur médecin et de son régime. Ces derniers abandonneront souvent leur traitement ou finiront chez quelque charlatan. Les patients qui continuent ce traitement finiront avec le temps par constituer un groupe plus ou moins important de « cures », mais en aucune institution ils ne peuvent être considérés sous l'étiquette de « coronarites » ou « d'angine de poitrine ». Et le médecin, par son application trop enthousiaste de cette méthode de traitement, perd l'opportunité de suivre bien d'autres cas intéressants. Les quelques patients qui, malheureusement, auront lu dans les journaux la valeur de ces hormones cardiaques seront généralement satisfaits lorsqu'on leur aura expliqué où en est rendue cette forme de traitement. »

A vous de juger si le docteur Leaman, de Philadelphie, a raison.

Une autre médication qui nous est arrivée il y a quelques années semble mériter une mention

particulière dans cet exposé. C'est le *prosympal* ou 883 F, un médicament du groupe des benzodioxans que Fourneau et Bovet ont placé au premier rang des sympatholytiques et qui agit comme un vaso-dilatateur, un analgésique et un hypnotique. Cette médication donne, sans qu'aucune autre lui soit associée, de très bons résultats chez certains angineux. Depuis quelques années, les médecins ont fait couler beaucoup d'encre pour vanter les bons résultats donnés par l'emploi des extraits orchitiques. De fait, nous avons vu de ces malades, petits angineux chroniques, si bien soulagés, en quelques semaines, par une série d'injections intramusculaires de Testostérone, vouloir prolonger leur traitement de crainte de voir réapparaître leurs malaises angoissants.

25 mgs deux fois par semaine, pour six ou sept semaines, ont, en effet, donné de bons résultats et leur répétition, quelques fois l'an, a maintenu sensiblement bien une importante amélioration chez les angineux chroniques.

Le traitement hygiénique de l'angineux correspond sensiblement, avec quelques variantes, à celui que l'on prescrit au cours de la vie de l'infarcté. Nous en parlerons au cours de ce travail. Lorsque les médicaments et l'hygiène générale n'amènent pas de résultats appréciables, la Faculté a préconisé tantôt la thérapie profonde, tantôt la chirurgie. Les travaux de notre concitoyen Fauteux sont déjà importants à ce sujet. Des améliorations indiscutables, voire même des guérisons, sont attribuables à ces deux méthodes, soit isolées, soit combinées; mais il faut admettre qu'elles n'ont pas encore rallié tous les suffrages. Dans un avenir assez rapproché, il est à présumer que nous serons fixés à ce sujet.

L'exposé du traitement de l'angine de poitrine que nous venons de faire est certes bien incomplet. Il nous a semblé oiseux et hors d'ordre de digresser sur les différentes sortes d'angines de poitrine, leur modalité clinique et les mille et un procédés thérapeutiques employés. Par contre, l'angine de poitrine classique est un syndrome dramatique dont on ne fait que traiter les symptômes primordiaux. Les opinions ne sont pas encore établies sur la pathogénie organique ou nerveuse du moins dans certains cas.

L'INFARCTUS DU MYOCARDE

L'efficacité d'une thérapeutique dépend de ses effets sur les bouleversements anatomiques et physiologiques occasionnés par la maladie que l'on veut vaincre. Et pour arriver à opposer une thérapeutique raisonnable à ce grave accident que nous appelons infarctus du myocarde, il faut très bien connaître, ainsi que ses conséquences cliniques, ce qu'il arrive de l'anatomie et de la physiologie du cœur infarcté.

Or, nous savons que l'infarctus du myocarde est la résultante de l'ischémie brusque, assez longue et étendue pour y causer une nécrose localisée, déterminée par l'occlusion d'une artère coronaire. Il a été prouvé expérimentalement que la région ischémisée, lors de l'occlusion d'un vaisseau, cesse de se contracter en une minute ou moins et qu'aucune drogue n'a pu empêcher ce défaut de contractilité ou le ramener lorsqu'il a duré plus de 20 minutes. Quand il y a infarctus du myocarde, à chaque systole, la région infarctée subit une compression par ce qui reste de tissu sain; ce qui pourra, dans les quelques jours qui suivent l'accident, amener la formation d'un anévrisme et peut-être plus tard la rupture de cette région affaiblie par la nécrose. De plus, une bonne partie de la force contractile du muscle cardiaque se perdra et la région ischémisée perd sa contractilité, son irritabilité augmente et c'est, avec le blocage produit au point de l'infarctus, la cause de l'apparition d'un rythme anormal. Comme effet de la diminution de la force expulsive du cœur, il y a chute de la tension artérielle et tachycardie pour compenser cette baisse de pression. Ces deux conséquences rendent plus mauvaise encore la circulation dans les coronaires et contribuent à une ischémie plus grande.

Si le patient survit à son infarctus, la cicatrisation arrive en un ou deux mois. Ceci nous donne une idée du temps pendant lequel l'infarcté devra rester au repos. En effet, parce qu'ils ont trouvé un taux de mortalité plus élevé chez des chiens conscients que chez des chiens anesthésiés, après occlusion expérimentale des coronaires, Manning et Hall ont cru que des réflexes venant de la région infarctée pouvaient causer une constriction des coronaires saines et diminuer encore l'apport

sanguin au muscle cardiaque. C'est ce qui les poussa à recommander le soulagement le plus rapide possible de la douleur pour éliminer tout stimulus nerveux capable d'amener une constriction des coronaires.

Si, par ailleurs, on envisage les conséquences cliniques de l'infarctus du myocarde, on voit que cet accident présente quelquefois le tableau clinique du « choc », d'autres fois celui de la défaillance cardiaque brutale, mais le plus souvent un mélange des deux syndromes en un seul fort dramatique.

Principes du traitement

Les conséquences anatomiques, physiologiques et cliniques de l'infarctus du myocarde étant connues, il est évident que, pour être efficace, la thérapeutique en présence d'un tel accident devra viser aux points suivants:

1. Soulager la douleur.
2. Vaincre le « choc ».
3. Améliorer la nutrition du cœur.
4. Diminuer les besoins métaboliques du patient.
5. Prévenir les complications immédiates et tardives.

Il n'y a pas de traitement curatif de l'infarctus, ni chirurgical, ni physio-chimio-médical; *in se*, l'oblitération d'une coronaire n'y est pas accessible. Restent les traitements palliatifs. Nous avons cru éviter les redites et rester dans l'atmosphère de la pratique courante en envisageant le traitement:

1. A la phase aiguë ou très récente.
2. Dans les mois qui suivent.
3. Dans les complications plus ou moins éloignées qui manquent rarement dans la vie de l'infarcté, notamment les arythmies, les insuffisances plus ou moins classiques et irréductibles.

1. **A la phase aiguë.**

Le repos absolu. L'expérience a prouvé ceci: lorsqu'un animal porteur d'un infarctus du myocarde est mis au repos prolongé, l'infarctus est moins disséquant. Les auteurs ont démontré

que la rupture d'une région infarctée survient souvent après la première semaine. Pour éviter cette complication, le repos absolu au lit doit être de un à deux mois. On doit installer le malade aussi bien que possible là où l'attaque l'a surpris. Eviter les examens inutiles et trop longs. Recommander le moins de mouvement possible et même au début faire manger le malade.

Les sédatifs.

Avec le repos absolu, la morphine ou l'héroïne est la médication de choix parce qu'elle soulage la douleur, contribue au sommeil du malade. L'expérimentation sur des animaux a démontré que la morphine favorisait la dilatation des coronaires et l'apport sanguin au muscle cardiaque. Elle a cependant, chez certains sujets, des inconvénients: elle ralentit la respiration, provoque des nausées et vomissements, de la constipation et une distension abdominale, de l'oligurie. La bradypnée peut causer l'anoxémie et favoriser l'apparition d'accidents broncho-pulmonaires. Ils sont à craindre chez les sujets âgés. Pour eux, il est préférable d'employer l'héroïne. On donnera celle-ci à la dose de 1/12 de grain de préférence à 1/6, afin de ne pas aggraver le choc. On répétera après une demi-heure si nécessaire. Donzelot avait l'habitude de dire à ses élèves: « Prescrivez la morphine ou l'héroïne sans parcimonie. » Mais il faut se rappeler que dans les cas graves les sédatifs doivent être donnés pendant plusieurs jours. C'est là que naît le danger de l'habitude.

La papavérine est encore un médicament précieux à ne pas oublier lorsqu'on est à la recherche du sédatif, si important pour le malade. Administrée par voie intraveineuse, à la dose de 1/4 grain à toutes les six heures, cette médication, non seulement procure au malade une sensation de bien-être en plus de lui fournir une sédation de sa douleur mais permet aussi au médecin de manier plus facilement un patient souvent indocile. En effet, la papavérine amène, chez le malade, une espèce d'indifférence, de quiétude, état psychique quasi indispensable dans cette lutte d'un cœur fort avarié contre le grand collapse. Ce dérivé de l'opium, en plus de fournir au malade

ce repos salubre, favorise la circulation dans les coronaires par son action vaso-dilatatrice et aide ainsi à la réparation de la zone infarctisée.

Contre le choc nous préférons la chaleur à la glace sur la région précordiale. Il nous a paru utile de mettre un sac d'eau chaude entre les deux omoplates et au plexus solaire. Les boissons chaudes sous forme de café au cognac, de grogs ou de tisanes agissent bien. Le sérum mixte isotonique chaud en veinoclyse, 40 gouttes à la minute, 200 c.c. à la dose, auquel on ajoute 100 milligrammes de thiamine, est recommandable.

L'oxygène en concentration de 50 à 70% est prescrit à raison de 7 à 8 litres à la minute pour quelques jours. La défaillance cardiaque expose à l'engorgement des bases dans les heures ou les jours qui suivent l'infarctus. L'emploi de l'oxygène ne doit pas être réservé exclusivement aux cyanotiques. La pâleur cendrée si spéciale à l'infarcté peut masquer la cyanose. Barach et Lévy ont fortement prêché l'emploi méthodique de l'oxygène et soutiennent avoir eu des résultats frappants en quelques heures: soulagement de la douleur, respiration plus facile, disparition du Cheyne-Stokes, meilleure répartition de la chaleur dans l'économie, tout en baissant la température et le pouls. Cette thérapeutique n'est pas toujours à la portée du médecin éloigné des centres, où la tente surtout ne peut être utilisée que lorsque les heures graves sont passées, mais l'inhalation à la sonde adaptée à un ballon portatif est facile à réaliser.

Les nitrites.

Ce sont des médicaments absolument prohibés dans l'infarctus. Ils n'amènent aucun apaisement des souffrances (ce qui peut constituer un moyen de diagnostic entre l'infarctus et l'angine de poitrine). Leur action fortement hypotensive aggrave la chute de tension qui est un des principaux symptômes de l'infarctus.

Les toni-cardiaques.

La digitale.

Il semble que toute la profession médicale craint l'emploi de la digitale dans l'infarctus pour les raisons suivantes:

Elle peut causer la rupture de l'anévrisme, prédisposer à la fibrillation et exposer aux embolies. Elle ne doit pas être utilisée au premier stade de l'infarctus à moins de menace d'insuffisance aiguë. Dans ce cas, l'ouabaïne agit mieux que la digitale. En toute autre circonstance il n'est pas sage d'employer cette même ouabaïne. Donzelot disait encore: « N'administrez les toni-cardiaques qu'avec de grands ménagements. » D'autre part, MM. Lian, Levine, White et Hamilton nous disaient que la crainte d'une rupture du cœur au niveau du foyer de nécrose myocardique était assez théorique. Pour nous, pas de digitale, ni ouabaïne à la période aiguë. Nous préférons la nicamide, la coramine aux 4 heures.

Le cortunon.

Quoi dire et quoi taire? Des médecins sérieux en vantent les bons effets. D'autres aussi sérieux n'ont pas eu la même veine avec la même technique.

Pour notre part, l'emploi de cette médication, dite « hormone cardiaque », a été assez restreint, dans les cas d'infarctus du myocarde. Et ne l'ayant jamais employée seule, il est difficile de conclure bien nettement de sa réelle efficacité. Seulement, donné comme complément à la thérapeutique ordinaire, le Cortunon, dans certains cas, a paru favoriser une convalescence plus facile. Les malades qui en ont reçu ont semblé plus rapidement débarrassés de ce malaise rétrosternal angoissant qui énerve si bien le patient, lui rend le sommeil difficile et l'inquiète fort quant à l'issue de sa maladie. En somme, il nous a semblé agir, sur l'appareil circulatoire, comme un bon eupeptique agit sur un estomac délicat. Et si nous ne pouvons vanter bien fort son action dilatatrice sur les coronaires, sa grande valeur comme tonicardiaque et son importante nécessité dans la thérapeutique de l'infarctus du myocarde, nous ne pouvons non plus dédaigner cette médication qui reste encore au tableau des produits à être soumis à l'épreuve du temps et de l'expérimentation.

Les xanthines.

Leurs effets ont été l'objet de plusieurs travaux cliniques et expérimentaux. Ces médicaments donneraient une dilatation des coronaires, augmenteraient le travail du cœur et provoqueraient une meilleure élimination urinaire. Personnellement, nous n'en savons rien. De toute façon, les effets vaso-dilatateurs sur les coronaires deviennent fort problématiques lorsque les xanthines ont à vaincre la rigidité de vaisseaux sclérosés. Ils ne semblent devoir se faire sentir que chez des sujets jeunes où le spasme vasculaire peut jouer un rôle primordial.

L'aminophylline.

Elle paraît donner les meilleurs résultats. Par voie intraveineuse, elle aurait amené une sédation de la douleur là où la morphine avait échoué.

L'héparine.

Il a été prouvé par les expériences de Soland et Best que l'héparine empêche les thromboses coronaires et intra-murales de se produire. Ces auteurs prétendent que 10% des morts après infarctus sont dues à des séquelles d'embolies. En se basant sur le fait que la thrombose intramyocardique ne se constitue que plusieurs jours après l'occlusion d'une coronaire, ils prétendent que l'héparine peut rendre de grands services et en recommandent l'emploi.

La quinidine.

La tachycardie ventriculaire étant de règle après une occlusion aiguë des coronaires, Levine et autres ont recommandé l'emploi prophylactique de la quinidine. On a prétendu que 20 centigrammes de sulfate de quinidine 3 fois par jour font baisser le taux des morts subites; Woods et Barnes, de la clinique Mayo, favoriseraient l'emploi de la quinidine dans l'infarctus.

Les barbituriques.

Ces médicaments sont souvent utiles aux malades. Ils diminuent l'anxiété, la nervosité, et

l'insomnie, mais on doit les employer avec circonspection et en petites doses répétées.

La diète.

Tous s'accordent à dire que la diète doit être pauvre en calories. Elle abaisse le métabolisme basal. Master, Jaffe et Dack ont démontré qu'une diète de 800 calories diminue les pulsations de 15% à la minute. D'autres recommandent une diète riche en hydrate de carbone. Les contradictions à cette mesure nous paraissent erronées. Durant les 2 premiers jours qui suivent l'apparition de l'infarctus, le malade ne sent guère le besoin de manger. Un peu d'eau, de jus de fruits, de tisanes lui suffiront. Graduellement on ajoutera des compotes, du lait caillé ou de beurre, de l'eau colorée au thé et au café, des soupes dégraissées et des légumes. 1,000 à 1,200 c.c. de liquide en 24 heures. Mais dans les 10 premiers jours, 100 grammes de glucides, 30 grammes de lipides, 50 grammes de protides avec polyvitamines, calcium et sodium nécessaire. **Cela est suffisant.**

Le tabac.

Même si des auteurs ont démontré par des statistiques que le tabac avait peu d'influence sur l'apparition de l'infarctus et de l'angine, il est prouvé qu'il est définitivement dommageable une fois l'infarctus constitué. Généralement, le tabac occasionne un peu de tachycardie, assez souvent quelque arythmie et possiblement un peu de constriction des coronaires. Meade et Schwartz ont prouvé que l'individu qui a fait un infarctus du myocarde est beaucoup plus sensible au tabac. Donc défendre au patient de fumer si possible et ne lui en permettre qu'un usage très modéré si son abstention complète contribue trop à l'énerver.

Avant de voir comment il faudra manipuler notre malade après que sera passée la période d'état, il vaut peut-être la peine de s'occuper un peu d'une complication fréquente chez l'infarctus du myocarde et qui, depuis longtemps, a fait dépenser beaucoup de salive: « La fibrillation auriculaire ».

Les mêmes questions se posent toujours. Doit-on s'en occuper? — Doit-on employer la digitale? — La quinidine? — Les deux combinées? John Martin Askey et Otto Neurath, de Los Angeles, pour tenter de résoudre ce problème, ont fait une magistrale étude sur 120 cas d'infarctus du myocarde. Ils ont donné de la digitale seule à un groupe de ces malades, de la quinidine seule à un autre groupe, de la digitale et de la quinidine à un autre et aucune médication spécifique à un dernier. Et ils ont conclu qu'il paraît préférable de traiter la fibrillation auriculaire qui apparaît au cours de l'infarctus du myocarde, comme suit: tentative immédiate de vaincre l'arythmie par une dose optima de quinidine à moins que a) l'électrocardiogramme montre un défaut de conduction; ou que b) l'arythmie survienne plusieurs jours après l'infarctus du myocarde et sans asystolie. Et, dans ce dernier cas, on attendra 24 heures pour voir s'il ne surviendra pas un retour spontané au rythme sinusal normal. S'il y a de l'asystolie, la digitale et la quinidine combinées seront données immédiatement. La quinidine sera donnée à la dose de 6 grains à toutes les deux heures, si la première dose, de 3 grains, n'a pas montré une sensibilité particulière.

Si la fibrillation auriculaire apparaît en même temps que l'infarctus, on pourra donner 1/150^e de grain de sulfate d'atropine par voie intraveineuses, puis 1/150^e de grain *per os* trois fois par jour.

2. Dans les semaines qui suivent.

Le repos mitigé au lit, la diète lacto-fruitorvégétarienne, la cessation de tous les médicaments sauf la gluco-phylline, la surveillance de l'intestin et des moindres foyers d'infection résument les soins à donner.

Si le patient franchit avec succès l'accès aigu et le choc qui l'accompagne, il n'est pas encore à l'abri d'accidents, comme la mort subite malheureusement trop fréquente dans les premiers dix jours. Les infections broncho-pulmonaires ne devront pas être confondues avec la fièvre due à l'infarctus et à la péricardite, car les sulfamidés

et la pénicilline sont souverains au début. Les tisanes chaudes diurétiques sucrées feront disparaître l'oligurie et la rétention azotée transitoires. Dans tous les cas, il sera bon de prévenir le ministre du culte. Les vitamines A et B seront largement utilisées.

3. Pour le reste de sa vie.

L'infarcté devra se soumettre à toutes les règles d'hygiène. Vie calme, sans ennui, si cela peut se faire! Consultations régulières chez son médecin, etc.

Malgré tout, il est exposé aux crises angineuses, à la petite insuffisance ventriculaire, et finalement à l'asystolie dont les formes varient presque jusqu'à l'infini. Cette partie de notre travail nous paraît la plus importante, car l'insuffisance ventriculaire de l'infarcté ne ressemble qu'en apparence à celle du cardio-rénal, du rhumatisme cardiaque, de la myocardite chronique, etc.

Vous avez tous remarqué comme il est facile, pour un temps du moins, de traiter ces syndromes par les méthodes classiques. Il n'en est plus de même pour les accidents éloignés de l'infarctus. Qui de vous n'a pas éprouvé en certains cas de grandes difficultés à digitaliser certains malades? C'est que, nous en sommes convaincus, un bon nombre d'asystoliques, sous une forme ou sous une autre, trouvent leur cause première dans un infarctus plus ou moins lointain et ignoré. N'êtes-vous pas d'avis que, si l'on pratiquait l'autopsie de tous les cœurs, on trouverait un bien plus grand nombre d'infarctus? C'est bien dommage qu'il n'en soit pas ainsi. La profession médicale et les patients futurs y trouveraient grand profit. Qu'il nous suffise d'en émettre le vœu. En effet, l'infarcté répond mal à la digitale ou à l'ouabaïne soit dans les arythmies totales, les rythmes de galop, la tendance naturelle à la dilatation et encore plus dans les dissociations ou blocs. N'avez-vous pas observé au cours de votre carrière qu'après deux ou trois jours de cure toni-cardiaque à doses convenables, votre patient se porte plus mal? Il vous dira: « Docteur, depuis que vous me

donnez ce médicament, je souffre davantage, le cœur me fait mal, je suis plus essoufflé, je dors moins bien, ma digestion ne va plus, etc. »... et, s'il est un peu « malcommode », il vous dira que vos remèdes l'ont empoisonné ou il vous fera la politesse de demander un autre médecin, à votre insu comme de raison! Or, il est vrai que certains malades sont aggravés par la digitale et l'ouabaïne. C'est que l'infarcté est un grand blessé. Rares sont ceux qui guérissent totalement et encore l'infarctus devait être petit et terminal: trouvaille d'autopsie. Notre conduite personnelle se résume à ceci: nous faisons de petites doses de digitale suivies d'ouabaïne pour 4 jours environ; 6 jours de médication avec nicamide ou coramine; puis repos de 10 jours pendant lesquels nous donnons de l'aminophylline. Bien entendu, le malade est au lit pendant tout ce temps, puis 10 jours aux polyvitamines A, B complexe et C. Il y a des variantes selon le cas.

Avons-nous toujours réussi à guérir? Non, mais nous avons soulagé assez souvent. Dans nombre de cas, malgré les avis précieux d'autres confrères, beaucoup de nos infarctés ont évolué irrésistiblement vers la mort. L'héroïne, les toni-cardiaques, le cortunon, l'aminophylline, les vitamines, tout y avait passé.

L'infarcté avait été blessé à mort plus ou moins prochaine. Peut-on prévenir l'infarctus? Oui, dans une certaine mesure si dès à bonne heure les patients consultaient régulièrement leur médecin, et si les populations se soumettaient aux grandes règles de l'hygiène. Nous dira-t-on qu'on ne peut pas éviter les excès et dérèglements qui conduisent à la rouille des artères et au surmenage cardio-hépatorenal.

Souhaitons que la campagne de médecine préventive touche tous les cœurs. En terminant cette causerie, nous déplorons que l'aide aux cardiaques n'existe pas au Canada au même titre qu'en d'autres pays. L'on a fondé l'aide aux tuberculeux, aux aveugles, pourquoi faut-il qu'un grand nombre de semi-invalides cardiaques soient abandonnés à leur sort? Si l'on vit cardiaque, l'on n'en meurt pas toujours. Nous formulons le

vœu que notre société s'organise en vue d'étudier l'importante mesure de l'aide aux cardiaques.

BIBLIOGRAPHIE

- J. E. F. RISEMAN et Morton J. BROWN: « Medical Treatment of Angina Pectoris. » *Arch. of Internal Medicine*, **60**: 100; 1937.
- Rodrigue LEFEBVRE: « Traitement médical de l'angine de poitrine. » *Bull. Assoc. M. L. F. A. N.*, août 1940. p. 822.
- P. D. WHITE et T. SHARBER: « Tobacco, Alcohol and Angina. » *J. A. M. A.*, **102**: 655, 1934.
- G. I. SWETLOW: « Paravertebral Alcohol Block in Cardiac Pain. » *Amer. Heart Journal*, **1**: 393, 1926.
- R. LEMIEUX et G. DROUIN: « Revue d'ensemble du traitement médical de l'angine de poitrine. » *Laval Médical*, **6**: (mai) 1941.
- W. J. LEAMAN: *Management of the Cardiac Patient*. 1941, p. 245.
- H. BECHMAN: *Treatment in General Practice*. 1943. p. 663.
- W. DRISSLER: « Myocardial Infarction Judicated by Angina Pectoris of Effort or by brief attacks of Angina of Rest, with remarks on premonitory pains. » *Amer. Heart Journal*, **8**: (juillet) 1944.
- Martin ASKEY and Otto NEURATH: « The Treatment of Auricular Fibrillation occurring with Myocardial Infarction. » *Amer. Heart Journal*, **30**: sept. 1945.
- LEVINE: « Clinical Heart Disease. » *Coronary Thrombosis*, pp. 105-125. 1945.
-

LES TRAUMATISMES DE LA MAIN ¹

Lionel GROLEAU
(Sherbrooke)

La main, organe de préhension grâce au jeu complexe des articulations et des tendons et munie d'une riche ramification nerveuse, est douée à la fois de force, de mobilité, de souplesse et de sensibilité. Kanavel disait: « La main du travailleur est son actif le plus précieux; sans elle la vie devient un fardeau. »

Comme les blessures de la main sont fréquentes dans l'industrie moderne, jusqu'à 50% de toutes les blessures industrielles, il importe donc que le médecin fasse un examen soigné de l'étendue des lésions, afin d'appliquer le traitement adéquat s'il veut éviter bien des suppurations, des raideurs ou ankyloses en mauvaise position, des troubles trophiques, douloureux et persistants, s'il veut enfin épargner des amputations inutiles primitives ou secondaires.

Pour mieux comprendre la pathologie, il serait peut-être utile de rappeler certaines notions anatomiques essentielles de la région.

L'irrigation de la main est assurée par l'arcade palmaire superficielle et l'arcade palmaire profonde. L'arcade palmaire superficielle, formée par l'artère cubitale et la radio-palmaire, est logée en-dessous de l'aponévrose palmaire superficielle et en avant des tendons fléchisseurs. Par sa convexité elle donne les artères digitales qui forment au-dessus des interdigitaux, les collatérales des doigts. Cette arcade correspond à la partie moyenne du pli palmaire supérieur.

L'arcade palmaire profonde, formée par l'artère cubito-palmaire et la radiale, est située en-dessous de l'aponévrose profonde. Sa convexité fournit les quatre interosseuses palmaires qui viennent s'anastomoser avec les artères digitales. Elle est située à un centimètre plus haut que l'arcade palmaire superficielle.

Les mouvements des doigts sont exécutés par de nombreux tendons qui pourvoient à la mobilité de chaque phalange. La flexion est commandée par le fléchisseur profond qui s'insère à la base de la troisième phalange, par le fléchisseur superficiel qui est fixé à la base de la deuxième phalange, par les lombricaux et les interosseux palmaires et dorsaux qui fléchissent seulement la première phalange.

Le fléchisseur profond fléchit seul la troisième phalange. Le fléchisseur superficiel et le profond agissant simultanément fléchiront la première jointure interphalangienne.

L'extension des doigts est assurée par l'extenseur commun des doigts et l'extenseur propre de l'index et l'extenseur propre du petit doigt; ces deux derniers se fusionnent avec l'extenseur commun au niveau des doigts. Le pouce, contrairement aux autres doigts, possède deux tendons extenseurs propres: le court et le long. Au niveau des quatre derniers doigts chaque tendon extenseur reçoit, sur ses bords, au niveau de la première phalange, les expansions des lombricaux et des interosseux pour venir se fixer à la face dorsale de la II^e et de la III^e phalange. L'extension des deux dernières phalanges est faite par ces trois groupes tandis que l'extension au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes est produite uniquement par les extenseurs. L'abduction est assurée par les interosseux dorsaux, l'adduction par les interosseux palmaires.

Les tendons des longs fléchisseurs glissent, à la région palmaire, dans deux grandes synoviales.

La gaine radicale entoure seulement le long fléchisseur du pouce. Elle commence à la base de la II^e phalange du pouce pour se terminer à deux travers de doigt environ au-dessus du ligament annulaire du carpe. La gaine cubitale commence à la base de la III^e phalange du petit doigt; elle engaine les deux tendons du

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

petit doigt pour gagner la paume de la main. A cette région elle s'élargit et englobe les tendons fléchisseurs de l'annulaire, du médus et de l'index. Elle pénètre dans le canal radio-carpien pour se terminer à 3 cm. au-dessus du pli inférieur du poignet. Les trois doigts du milieu ont aussi leur synoviale, mais moins étendue. Elle commence à l'extrémité supérieure de la phalangette pour se terminer au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

Dans ce travail, je vais traiter successivement des plaies simples et contuses des doigts et de la main, des lacérations importantes, des écrasements, des plaies avec fractures ouvertes, des amputations traumatiques, des sections tendineuses, des sections tendineuses avec fractures, des lésions du pouce, des entorses et fractures fermées, enfin des séquelles trophiques et douloureuses des doigts et de la main.

Les plaies simples par coupure et les plaies contuses tant soit peu importantes sont traitées de la façon suivante. Si les lésions sont limitées à un seul doigt l'anesthésie locale circulaire avec 5 à 10 c.c. de novocaïne à 1% et constriction à la racine du doigt est suffisante. Pour les lésions étendues à plusieurs doigts ou à la main, il est préférable de recourir à l'anesthésie générale. L'asepsie est aussi rigoureuse que s'il s'agissait d'une opération majeure.

La main est lavée à l'eau savonneuse, puis badigeonnée à la teinture d'iode ou de métaphène et déposée sur une table recouverte de serviettes stérilisées. L'opérateur, muni de gants stérilisés, procède ensuite à la désinfection de la plaie avec le savon vert et le sérum physiologique. L'exploration chirurgicale doit être minutieuse afin de connaître l'étendue et la profondeur de la plaie, l'état de la circulation, des tendons, des os et articulations, et de découvrir la présence des corps étrangers.

Il est souvent important de débrider la plaie et d'exciser les tissus contusionnés qui sont les seuls tissus contaminés dans les premières heures et voués par la suite à la gangrène et à la suppuration. Quand il y a lieu,

les bords de la plaie sont régularisés. La plaie est enfin saupoudrée de sulfathiazole, précieux agent préventif contre l'infection. La dose est de un à cinq grammes.

Faut-il ou non suturer les plaies de la main? La suture primitive complète des plaies de la main et des doigts doit être réservée en principe aux plaies idéales, c'est-à-dire celles qui sont traitées dans les six premières heures, dont les bords de la peau sont bien vascularisés et peuvent être suturés sans tension, excepté à la face palmaire des doigts où la suture n'est pas nécessaire à cause du rapprochement spontané des lèvres de la plaie, mais peut être dangereuse à cause de la région facilement infectable. Malheureusement ces plaies idéales sont moins nombreuses que les autres.

Quand les plaies datent de plus de six heures et renferment des tissus contusionnés et exigent l'hémostase, il faut toujours suturer incomplètement tout en ayant soin d'assurer un drainage adéquat. Toutes les fois que ces règles ne sont pas suivies, les résultats sont compromis par la suppuration qui laisse finalement un tissu épaissi, induré, adhérent qui cause de la raideur ou de l'ankylose.

Les pansements des plaies de la main et des doigts ont aussi leur importance. Ils agissent comme des agents protecteurs et non thérapeutiques et doivent être changés rarement: tous les trois jours quand il n'y a pas d'indice de suppuration. Le médicament à employer au début est l'onguent, par exemple le baume du Pérou qui favorise la granulation et empêche le pansement d'adhérer à la plaie. Après trois jours, afin d'éviter la macération des téguments, on aura recours aux pansements à l'alcool ou à la poudre légèrement antiseptique. Une plaie correctement traitée se cicatrise complètement en 15 jours tandis que la plaie compliquée peut guérir après deux ou trois mois.

Le sérum antitétanique sera administré dans tous les cas où la peau est sectionnée, à moins que le patient ait déjà été vacciné contre le té-

tanos. L'immunité active peut alors durer cinq ans environ.

Il reste encore à immobiliser la main et les doigts après le pansement, quand le traumatisme est important. Cette immobilisation se fera en position optima au cas qu'il y ait ankylose, au moyen d'attelle métallique grillagée, d'un rouleau de gaze dans le creux de la main, d'attelle de bois ou d'un plâtre. Si les doigts seuls sont lésés, on place un rouleau de gaze dans la main de façon que les doigts soient en légère flexion et le pouce en abduction. Kanavel décrit la position optima des doigts et de la main de la façon suivante: le poignet est en flexion dorsale à 60°, les jointures des doigts à 60° de flexion, le pouce en abduction et en opposition avec légère flexion de la seconde phalange.

Voilà, en résumé, la façon de procéder dans toutes les plaies de la région et qui pourra s'appliquer dans toutes les autres variétés de blessures.

* * *

Passons maintenant aux autres lésions plus compliquées. Dans les écorchures des doigts présentant des lacérations importantes avec lambeaux cutanés libres ou ayant une perte étendue des téguments avec dénudation du tendon de la jointure, on est justifiable de faire l'amputation d'emblée s'il s'agit d'un seul doigt. Il arrive parfois que la situation sociale du sujet nous oblige d'être très conservateur. Dans ce cas il faut, dans les conditions idéales, recourir immédiatement à la greffe cutanée de Thiersch. Iselin recommande de maintenir ces greffes en place durant 5 jours avec un moule de cire dentaire modelé à la région. Le moule sera remplacé le cinquième jour par du tulle gras.

L'écrasement d'un doigt avec lacération des téguments, fractures comminutives des phalanges, suppression de la circulation, dont le bout du doigt tient par des lambeaux ne peut être question que d'amputation d'emblée.

Dans les écrasements graves de plusieurs doigts avec fractures ouvertes et comminutives, si la circulation persiste, il faut être

plus conservateur. D'abord les doigts traumatisés sont désinfectés, les tissus contusionnés excisés, les bords de la peau rapprochés. Ensuite les doigts sont immobilisés durant 10 à 12 jours afin de laisser fermer les plaies. Après ce temps les fractures seront réduites et immobilisées jusqu'à la fin de la consolidation.

Les plaies des doigts avec fracture ouverte offrent certaines particularités. Au niveau de la phalange s'il y a fracture parcellaire, on doit enlever le fragment et laisser la plaie ouverte qui est pansée sans hémostase. Si la fracture est complète et qu'il y a fissure intra-articulaire, il est préférable de désarticuler la phalange. La plaie est ensuite suturée si elle est récente. Au delà de six heures il vaut mieux laisser la plaie ouverte.

Dans les fractures ouvertes des phalanges proximales, si la fracture est fragmentaire, le fragment libre sera enlevé et la plaie sera laissée ouverte mais protégée par un pansement gras. Dans la fracture complète la plaie sera d'abord traitée et la fracture sera ensuite immobilisée en flexion avec un rouleau de gaze dans la paume de la main, ou en extension, ou par traction selon le mode de déplacement.

Les amputations traumatiques des doigts, qu'elles soient circulaires ou obliques, doivent être réparées par une amputation chirurgicale atypique qui consiste à réséquer juste assez d'os pour que les téguments se rapprochent afin de conserver au doigt le maximum de longueur. Quand c'est possible il est préférable que la cicatrice soit dorsale mais il vaut mieux encore avoir une cicatrice palmaire ou latérale pourvu que nous puissions conserver un segment de phalange plus long.

L'amputation typique, à grand lambeau palmaire avec cicatrice dorsale, est rarement réalisable en chirurgie traumatique.

Il arrive parfois, lorsque le patient demande d'être conservateur, qu'on peut être obligé de recourir dans les plaies idéales à une greffe cutanée libre ou avec pédicule à la face pal-

maire de la main afin de recouvrir un segment de phalange au lieu de l'amputer. Si la plaie est potentiellement infectée il faudra attendre 5 à 10 jours avant d'appliquer la greffe cutanée.

La désarticulation du doigt doit-elle être préférée à l'amputation haute des doigts? En principe, un doigt qui conserve de la flexion à l'articulation métacarpo-phalangienne et à la première articulation interphalangienne est toujours utile. Aussi doit-on s'efforcer de conserver le plus possible au delà de la première jointure interphalangienne, même si la deuxième jointure est ankylosée.

Dans les cas où il n'est possible de conserver que la première phalange, bien que cette phalange ne fléchisse plus, doit-on l'amputer? Certains auteurs recommandent de le faire, d'autres conseillent d'être conservateur. Je crois qu'il faut tenir compte du genre de travail du patient plutôt que de l'esthétique. Les ouvriers de l'industrie et de l'agriculture ont avantage de conserver la phalange proximale, parce que ce moignon a de la force et conserve la surface de préhension de la main pour saisir les outils.

Une autre indication d'amputation de doigt peut être posée dans certaines ankyloses des doigts. L'ankylose en extension est la plus nuisible et est l'indication par excellence de l'amputation. L'ankylose en flexion plus ou moins prononcée donne, de la part des patients, des appréciations contradictoires. Certains conservent un bon usage d'un tel doigt et désirent le conserver. Par contre, d'autres en éprouvent de la nuisance et réclament l'amputation.

Quand il s'agit d'amputation du médius, on doit réséquer en plus la tête du métacarpien afin de diminuer cet espace interdigital qui est nuisible.

Dans la désarticulation de l'index et de l'auriculaire il ne faut pas oublier de tailler, quand c'est possible, un grand lambeau cutané de façon que la suture soit dorsale et le plus rapprochée de l'axe de la main.

Les sections tendineuses sont les traumatismes de la main les plus délicats à traiter. Il y a trois questions à se poser: quand faut-il suturer les tendons? quel est le matériel de suture à employer? quelle sera la durée d'immobilisation du tendon lésé?

Les tendons fléchisseurs sectionnés au niveau des doigts et de la région inférieure de la main ne doivent jamais être suturés primitivement. Il faut attendre au moins trois semaines pour permettre à la plaie de guérir. La réparation primitive est vouée à coup sûr à des échecs à cause des phénomènes réactionnels qui provoquent soit les adhérences, soit la suppuration.

A cette région il suffit de traiter la plaie sans rien suturer. Une attelle dorsale courbe immobilisera les doigts en hyperflexion durant trois semaines. D'ailleurs dans cette position les deux bouts du tendon sont en contact et peuvent se souder spontanément. Si l'union tendineuse ne s'est pas effectuée, la suture sera faite trois semaines après le traumatisme. Cette suture sera simple ou selon la technique de Sterling-Bunnell quand il y a perte d'une partie tendineuse.

Par contre, la région supérieure de la main et de l'avant-bras est favorable à la suture tendineuse primitive dans les plaies idéales; les échecs et les adhérences sont moins à craindre.

Quand il y a section simultanée du tendon fléchisseur superficiel et du tendon fléchisseur profond, le fléchisseur profond seul est suturé, car les adhérences contractées entre les deux tendons empêchent la phalange distale de fonctionner.

La section des extenseurs est d'un meilleur pronostic que celle des fléchisseurs. Les insuccès sont moins fréquents parce que le bout proximal du tendon extenseur est moins rétractile et que les adhérences sont rarement nuisibles. Principalement la région des métacarpiens, les expansions aponévrotiques adhérent au tendon extenseur et l'empêchant de se rétracter rendent la réparation plus facile et plus stable.

Le succès de la suture relève en grande partie du choix du matériel de suture. A peu près toutes les variétés de fil furent utilisées. Le fil de soie naturelle est actuellement beaucoup employé. J'emploie maintenant exclusivement le fil métallique « Stainless Steel Wire » No 35 mis à demeure ou retirable. Le fil de soie offre les qualités d'une suture solide mais présente l'inconvénient de produire des adhérences par réaction et assez souvent de n'être pas toléré. Le fil métallique, en plus d'être solide, est très bien toléré, ce qui le rend supérieur aux autres variétés de suture.

La durée d'immobilisation varie selon qu'il s'agit des tendons fléchisseurs ou extenseurs. Le tendon fléchisseur doit être immobilisé durant trois semaines à cause du danger de déunion du fait que le cal du tendon extenseur est constamment tendu par le fléchisseur correspondant. Tout en maintenant l'immobilisation il est sage de commencer une légère mobilisation active le cinquième jour si l'on veut prévenir les adhérences.

Dans les traumatismes où il y a la fois section tendineuse et fracture d'une phalange ou d'un métacarpien, la circulation du doigt est assez souvent compromise; s'il est froid et cyanosé, alors il vaut mieux faire l'amputation précoce. Quand le traumatisme s'étend à plusieurs doigts et qu'on juge qu'il y a chance d'employer le traitement conservateur, on doit d'abord traiter la fracture et remettre à la fin de la consolidation la suture tendineuse, car on ne peut vraiment à la fois immobiliser la fracture et mobiliser le tendon.

Il y a certaines particularités à ajouter pour les lésions à la face dorsale de la main. Il y a l'hématome sous-unguéal et la présence des lésions des tendons et des jointures du fait qu'ils sont superficiels. L'hématome sous-unguéal est une lésion assez fréquente qui survient à la suite d'écrasement ou de contusion. La partie proximale de l'ongle est soulevée par la collection sanguine. Lorsque le décollement est suffisamment étendu il est préférable d'enlever de suite l'ongle afin de

supprimer la douleur. On taille ensuite un lambeau cutané à la base proximale afin de laisser à nu la matrice et d'éviter la suppuration.

A la face dorsale des doigts et de la main la peau est mince et mobile; les plaies atteignent souvent le tendon extenseur et les jointures. Lorsque l'articulation est ouverte et que la plaie est récente il est nécessaire de faire l'exploration chirurgicale qui comprend le débridement, le nettoyage de la jointure à l'éther, l'excision des tissus contusionnés, la suture du tendon et de la peau. Si la plaie n'est pas récente et qu'il y a du pus, l'arthrotomie est de rigueur avec drainage et est suivie d'une immobilisation plâtrée durant 10 à 15 jours.

J'attire votre attention particulièrement sur les lésions du pouce. Ces lésions n'ont pas de différence anatomique avec celles des autres doigts, mais on doit être conservateur à outrance, car une main sans pouce perd 30% d'efficacité, c'est-à-dire presque la moitié. La seule indication d'amputation est la perte complète de l'apport sanguin. Il arrive assez souvent de conserver des pouces qui étaient sectionnés aux $\frac{3}{4}$ de leur circonférence. Pour augmenter les chances de succès il faut une immobilisation plâtrée précise de la main et du pouce afin de favoriser les phénomènes de cicatrisation.

C'est ici que se pose par excellence l'indication de greffe cutanée, quand la phalange est dénudée afin d'en conserver la plus grande longueur possible. Tout effort de chirurgie reconstructive est recommandable. Dans les cas où il y a amputation segmentaire il est souvent utile d'approfondir la commissure entre le pouce et l'index par une incision plastique utile du pouce. Même il est possible de refaire en Z dans le but d'augmenter la longueur un pouce par la méthode de Burnell au moyen de greffe cutanée et osseuse. En cas de suppuration il faut user de patience, ouvrir largement, curetter la plaie, laisser une mèche qui assure un bon drainage et l'immobiliser dans un plâtre. Ce n'est qu'après une longue tem-

porisation qu'il faut envisager la question d'amputation.

Dans les traumatismes fermés il arrive assez souvent de rencontrer des entorses des doigts et des fractures des phalanges et des métacarpiens. Lorsqu'il s'agit d'entorse de doigt, il est indiqué de faire une infiltration périarticulaire de 2 à 3 c.c. de novocaïne à 2% et d'immobiliser durant cinq jours afin de prévenir les troubles vaso-moteurs tels que la douleur, l'œdème, la rougeur.

S'il s'agit de fracture sans déplacement, la simple immobilisation avec attelle durant deux à quatre semaines suffira. En plus, l'infiltration à la novocaïne sera indiquée s'il y a des troubles vaso-moteurs afin de raccourcir la période de récupération fonctionnelle.

Pour les fractures avec déplacement il faut bien réduire et disposer d'un bon appareil de contention car les séquelles peuvent être importantes. La méthode de réduction et d'immobilisation variera selon le mécanisme de la fracture au niveau des phalanges et des métacarpiens.

La fracture de la phalangette présente habituellement un déplacement dorsal du fragment proximal. Il arrive assez souvent qu'il y a fracture parcellaire de la facette articulaire dorsale où s'insère le tendon extenseur: c'est le « baseball finger » qui présente une attitude en flexion de la phalangette.

La fracture de la phalange présente deux sortes de déplacement selon que le trait de fracture est proximal ou distal au point d'insertion du fléchisseur superficiel. Si le trait est distal au point d'insertion du tendon, le fragment proximal est déplacé en bas, vers la face palmaire et le fragment distal est déplacé vers la face dorsale. Si le trait est proximal au tendon, le fragment proximal se déplace vers la face dorsale et le fragment distal vers la face palmaire.

Au niveau de la phalange le déplacement du fragment proximal se fait vers la face palmaire et est dû à l'action des muscles interosseux tandis que le déplacement du fragment distal

se fait vers la face dorsale à cause de l'action des muscles lombricaux.

La fracture des métacarpiens donne habituellement une difformité à projection dorsale causée par l'action du muscle interosseux qui tend à raccourcir la longueur de l'os en faisant courber les fragments vers la face dorsale.

Il y a plusieurs méthodes de traitement pour ces variétés de fracture mais elles ne sont pas toutes efficaces.

La simple immobilisation avec attelle est habituellement insuffisante quand il y a chevauchement des fragments.

L'immobilisation plâtrée, en principe, n'est pas efficace pour la main car, si elle empêche le chevauchement, elle n'empêche pas l'angulation. L'immobilisation avec rouleau de gaze dans le creux de la main et diachylon à la face dorsale de la main assure une contention suffisante et une bonne position de fonction pour la durée de la consolidation seulement quand il y a peu de déplacement.

La meilleure méthode dans les fractures difficiles à maintenir est la traction continue avec gouttière plâtrée dorsale s'étendant du coude aux articulations métacarpo-phalangiennes et gouttière plâtrée palmaire courbe au niveau des doigts. La traction continue est faite par un fil passé dans la phalangette et attaché à la gouttière palmaire: cette méthode est celle de Böhler. Il y a aussi la méthode de Blake qui assure une traction des doigts en extension. La main est recouverte d'un gant de coton collé à la peau; au bout des doigts de gant des cordes fixées par du diachylon sont lacées du bout de chaque doigt à un cercle métallique qui entoure la main afin d'égaliser la traction sur chaque doigt.

Enfin il y a la réduction sanglante avec ostéosynthèse lorsque les autres méthodes se révèlent impuissantes.

En résumé, la fracture des phalanges présente deux sortes d'angulation. Quand l'angulation est postérieure et que la fracture n'est pas difficile à maintenir on peut l'immobiliser avec attelle en rectitude. Quand l'angulation est antérieure on doit l'immobiliser en flexion

avec attelle métallique courbe toutes les fois que la traction continue n'est pas indispensable pour faire disparaître le chevauchement.

Voici la méthode d'immobilisation recommandée pour les fractures de chaque phalange et des métacarpiens.

Phalange. Quand il y a arrachement de l'insertion du tendon extenseur à la facette articulaire dorsale, le « baseball finger », il faut immobiliser la phalange en hyperextension afin de rapprocher le fragment de la phalange. Cette immobilisation sera de 5 à 6 semaines. S'il y a insuccès le tendon sera fixé par la suite à la phalange.

Phalangine et phalange. Si la fracture présente une angulation postérieure mais facile à maintenir, l'immobilisation en rectitude avec attelle de bois est suffisante. Si l'angulation est antérieure il faut employer l'immobilisation du doigt en flexion avec gouttière métallique courbe à la face palmaire de la main. Quand la contention est difficile il faut recourir alors à la traction continue, méthode de Böhler ou à la méthode de Blake.

Métacarpiens. S'il y a peu de déplacement, l'immobilisation avec attelles dorsale et palmaire fixées par du diachylon et avec feutre de protection, ou encore l'immobilisation avec rouleau de bandage et diachylon enroulé autour de la main peuvent suffire. Si le déplacement est considérable ou que la fracture est difficile à maintenir, la traction continue appliquée au doigt correspondant est seule efficace.

Fracture du pouce. La fracture avec déplacement de la phalange ou du métacarpien doit être bien immobilisée afin d'éviter les difformités nuisibles. Une méthode recommandable est celle de Robinson qui consiste à appliquer un spica plâtré du pouce en abduction et une traction continue avec diachylons fixés sur les téguments du pouce et reliés ensuite à l'extérieur du plâtre. Il reste encore à traiter des complications éloignées des traumatismes qui sont les séquelles trophiques et douloureuses de la main et des doigts. Parfois le traumatisme initial est insi-

gnifiant. Ces complications sont les syndromes douloureux tels que la causalgie, la névralgie diffuse, les raideurs et contractures, l'œdème dorsal post-traumatique, les phénomènes trophiques et vaso-moteurs, l'ostéoporose douloureuse post-traumatique.

Comme ces syndromes sont des troubles vaso-moteurs, dans le but d'inhiber les réflexes vasculaires anormaux, deux méthodes peuvent être appliquées: celle qui coupe l'arc réflexe à son origine et celle qui provoque l'hyperhémie.

L'arc réflexe peut être interrompu soit par des infiltrations locales de novocaïne, soit par l'alcoolisation des terminaisons nerveuses, soit par section du nerf digital.

La vaso-dilatation peut être déclenchée par des substances chimiques comme l'acétyl-choline ou par des agents physiques tels que l'héliothérapie, la méthode de Bier, la chaleur humide, la radiothérapie, la chirurgie du sympathique. Cette chirurgie comprend la sympathectomie périartérielle, la sympathectomie ganglionnaire ou des rami-communicantes. Habituellement dans les cas graves ces complications relèvent de la spécialité, c'est pourquoi je n'insiste pas sur ce chapitre.

Résumé

Les plaies de la main des six premières heures peuvent être suturées si la nature est faite sans tension, excepté à la face palmaire des doigts.

Les amputations doivent être atypiques afin de conserver des segments de phalange plus longs.

Les sections traumatiques des fléchisseurs doivent être suturées secondairement, quelques semaines après l'accident, excepté à la région supérieure de la main où la suture peut être primitive.

Les sections des extenseurs sont suturées primitivement dans les plaies idéales.

Quand il y a fracture et section tendineuse, il faut immobiliser d'abord et faire la suture tendineuse secondairement.

Les fractures faciles à maintenir, Baseball finger, immobilisation en hyperextension durant 6 semaines.

Phalangine et phalange. Si l'angulation est dorsale l'immobilisation sera faite en rectitude; si l'angulation est palmaire l'immobilisation sera faite en flexion. Il en est de même des métacarpiens.

Si la fracture est difficile à maintenir il faut employer la traction continue avec gouttières dorsale et palmaire, méthode de Böhler ou encore la méthode de Blake.

Pour les fractures du pouce il faut recourir à la méthode de Robinson.

La main, organe de dextérité et de souplesse demande à être traitée avec beaucoup de soins puisqu'elle est l'instrument indispensable du travailleur.

BIBLIOGRAPHIE

- Marc ISELIN: « Plaies et section tendineuse. » *Traité de Chirurgie Orthopédique*: Ombrédanne et Mathieu. Tome I, p. 870.
- Marc ISELIN: « Surgery of the Hand. » (phie).
- Koch SUMMER: *J. Kansas Medical Soc.*, **40**: 89 (mars) 1939.
- Michael MASON: *Mississippi Valley Med. J.*, **61**: 136 (juillet) 1939.
- Samuel Ralph TERHUNE: *South. Surg.*, **11**: 646 (sept.) 1942
- BOVE: *Medical Record*, **153**: 94 (fév.) 1941.
- Sterling BUNNELL: *Am. J. Surg.*, **47**: 502 (fév.) 1940.
- Sterling BUNNELL: *Rocky Mt. Med.*, **35**: 194 (mars) 1938.
- A. K. FOSTER: *Arch. Surg.*, **39**: 214 (août) 1939.
- Robert JONES: *A. J. Surg.*, **55**: 326 (fév.) 1942.
- Hubley R. OWEN: *Surg. Gyn. and Obs.*, **66**: 500 (fév.) 1938.
- Donald B. SLOCUM et Donald PRATT: *J. of Bone and Joint Surg.*, **26**: 535 (juillet) 1944.

MALADIE DE CŒUR RHUMATISMALE¹

Adélarde TÉTREULT.

Chef du service de médecine, hôpital Saint-Joseph (Les Trois-Rivières).

Que la maladie de cœur rhumatismale constitue une partie considérable du sujet de cardiologie, c'est, en général, universellement accepté par les médecins; mais elle constitue aussi un problème important concernant la santé du public, qui n'est reconnu que graduellement.

Puisque la fièvre rhumatismale n'est pas une maladie sujette à être rapportée, nous ignorons le nombre de cas chaque année. Alexander T. Martin, de New-York, estime qu'il y a environ 200,000 enfants entre l'âge de 5 à 19 ans qui ont une maladie cardiaque rhumatismale et un grand total de 800,000 à un million d'individus atteints. Le total des mortalités chaque année aux Etats-Unis est estimé à environ 40,000 et l'âge moyen de mortalité est de 30 ans. A part le grand

nombre de morts, la fièvre rhumatismale et la maladie cardiaque rhumatismale causent des degrés variés d'incapacité physique dans environ 1% de la population de travailleurs. B. J. Clawson rapporte que de 1910 à 1932, à l'Université de Minnesota, 279,577 autopsies ont été faites; de ce nombre 4,254 furent pratiquées chez des patients ayant souffert de maladie de cœur congénitale; dans 1,598 de ces derniers cas, l'infection était à l'origine de la maladie et, dans 796 cas, c'était le rhumatisme qui était en cause, soit dans à peu près 50% des cas de maladie de cœur infectieuse.

L'examen médical pour l'armée m'a permis de révéler que l'affection cardiaque chez un grand nombre de jeunes gens avait comme cause le rhumatisme articulaire aigu ou une amygdalite à répétition ou une simple douleur articulaire.

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

Parce qu'une si grande partie des personnes atteintes ont leur première attaque de fièvre rhumatismale durant leur enfance, il est évident que la place la plus propice pour attaquer ce problème avec succès est dans le programme d'hygiène à l'école, par les efforts combinés du Ministère de la Santé, des médecins d'école, avec l'assistance des pédiatres et des cardiologues.

Le plus grand nombre d'infirmes de maladie de cœur rhumatismale se rencontrent dans la période d'âge la plus économiquement importante. Dans ces dernières années, en effet, la connaissance de la fièvre rhumatismale s'est assez développée pour permettre d'établir les cadres des mesures prophylactiques et, quoique la cause de cette maladie ne soit pas clairement établie, assez d'informations justes ont été compilées pour nous permettre de faire certains relevés sur ce sujet avec un bon degré d'assurance.

Les attaques aiguës de fièvre rhumatismale sont généralement précédées par des infections ordinairement de la voie respiratoire supérieure dues au streptocoque hémolytique. Ces streptocoques appartiennent au soi-disant immunologique « groupe A ». Les membres de ce groupe causent la plupart des infections de l'homme, même si les membres des autres groupes sont souvent portés par des êtres humains, dans lesquels ils occasionnent parfois des maladies. Il est évident que beaucoup de cas de scarlatine, amygdalite, pharyngite, otite et d'autres maladies streptococciques du « groupe A » ne sont pas suivis par la fièvre rhumatismale et la raison de l'induction occasionnelle de fièvre rhumatismale par ces streptocoques n'est pas entièrement claire. Néanmoins il a été démontré conclusivement, dans des situations épidémiques parmi les sujets rhumatismaux, que les patients qui sont empêchés de contracter des infections streptococciques « groupe A » ne développent pas de nouvelles attaques de fièvre rhumatismale, tandis que plusieurs de ceux qui vivent dans les mêmes conditions d'environnement contractent des infections streptococciques qui développent le rhumatisme. L'infection antécédente peut être si légère que des cultures soignées du nez et de

la gorge sont nécessaires pour déterminer sa présence.

Ceci indique qu'il y a un élément contagieux dans la fièvre rhumatismale: à savoir l'infection (streptocoque hémolytique). Au point de vue de la médecine préventive, alors, il semble que tout effort doit être dirigé contre la diffusion d'infections surtout parmi les sujets rhumatismaux. On doit réaliser qu'un patient atteint de fièvre scarlatine, amygdalite ou streptococcie nasopharyngée constitue un danger pour une personne qui a déjà souffert de fièvre rhumatismale.

Maintenant que la relation entre les infections streptococciques et la fièvre rhumatismale est connue, des efforts constants devront être faits pour appliquer cette connaissance effectivement car c'est une piètre économie de dépenser de l'argent continuellement pour le soin des infirmes de cardite rhumatismale, bien que ceci soit nécessaire, et ne pas faire tous les efforts possibles pour empêcher les infections (streptococciques) desquelles découlent de nombreuses attaques de fièvre rhumatismale qui conduisent éventuellement à la catastrophe cardiaque finale.

CONDUITE À TENIR DURANT LA MALADIE RHUMATISMALE.

Le docteur L. Russell (en 1940, *J.A.M.A.*) conseille le salicylate de soude, 1 gr. 50 toutes les 2 ou 3 heures avec égale quantité de bicarbonate de soude. Le malade ne doit se lever que lorsqu'il a un poids normal, pouls normal, leucocytose en bas de 10,000, une sédimentation sanguine normale. La dose ordinaire est 6 à 10 grammes chez l'homme; 4 à 8 grammes chez la femme; 2 à 4 grammes chez l'enfant (par 24 heures).

Quant au cœur:

L'électrocardiogramme fournit des renseignements très précieux. L'allongement de l'onde P. R. est très significatif et peut laisser soupçonner que le rhumatisme est encore en période active. Des modifications du complexe Q. R. S. ou l'inversion de l'onde T dénoteront une atteinte myocardique. Si nous observons des manifestations cardiaques, doit-on donner de la digitale? Ce médicament n'est d'aucune utilité lorsque le

myocarde résiste, il peut même aggraver un trouble de la conductibilité et, comme le ralentissement du pouls qui s'observe parfois dans la maladie de Bouillaud relève d'un trouble de cette conductibilité, il est préférable de s'en abstenir. C'est encore le salicylate de soude qui représente la médication indispensable; cependant il est bien certain qu'on n'obtient pas sur les lésions cardiaques l'action résolutive remarquable que le salicylate de soude exerce sur les manifestations articulaires; son rôle préventif est ici supérieur à son rôle curatif. Si le patient fait une endocardite rhumatismale maligne, les symptômes de défaillance cardiaque nécessiteront ici l'emploi de la digitale associée à la théobromine s'il y a œdème et oligurie.

La continuité des soins est appuyée sur l'observation constante de l'enfant durant les cinq premières années qui suivent la première infection. Chaque attaque de fièvre rhumatismale fait plus de tort au cœur déjà endommagé. Il est alors important qu'une attaque de front soit menée durant ces cinq années critiques. Cure rhumatismale mensuelle 10 jours par mois, combattre anémie (fer et arsenic). Un régime riche en vitamine B est aussi bien important surtout si le cœur a été affecté. Donner vitamine B par la bouche au besoin, si l'alimentation est insuffisante.

SOINS DES CONVALESCENTS DE FIÈVRE RHUMATISMALE.

Au début, on doit noter que le soin des convalescents de fièvre rhumatismale et de ses suites sérieuses, maladie de cœur rhumatismale, n'a rien de déterminé quant à la durée et à l'efficacité des soins donnés. Ceci est attribué au caractère chronique de la maladie et de sa tendance à revenir. Tout de même, beaucoup d'études ont été faites qui peuvent nous guider et suggérer des moyens qui peuvent être pris pour instituer les soins propres aux enfants et jeunes adultes atteints de cette maladie. On doit insister sur le soin précoce, immédiat et prolongé qui suit la première infection de l'individu.

On a dit, fort à propos, que la convalescence est « la besogne inachevée » de la médecine. Ceci

s'applique surtout à une maladie telle que la fièvre rhumatismale qui, à cause de son caractère polymorphe, est si indéterminée dans son cours. Il est souvent impossible de dire au juste où la phase active finit et où la convalescence commence, et les analyses de laboratoire, de clinique, à notre disposition peuvent nous être de peu de secours. Le plus sage des cliniciens peut prononcer qu'un patient de fièvre rhumatismale est dans la phase inactive de la maladie, tandis qu'un pathologiste dans son protocole affirme autrement, et rapporte la découverte des procédés pathologiques actifs, tels que la présence du corps Aschoff. Breed, de Boston, en parlant de fièvre rhumatismale l'expose bien quand il dit: « Nous ne savons pas quand la maladie commence, souvent nous ne la reconnaissons pas quand elle est ici, nous n'avons pas de cure pour elle, et nous ne savons pas quand elle est finie. » Telle est la nature capricieuse de cette maladie qui fait tant de ravages dans la suite et qui fournit des chiffres si élevés de morbidité et de mortalité, pour le pays en général.

La fièvre rhumatismale est essentiellement une maladie d'enfance qui a son commencement vers l'âge de 6 ou 7 ans, dans la plupart des cas. La mort n'est pas rare dans la première attaque, mais la caractéristique de la maladie est sa tendance à se produire de nouveau et que ses rechutes vont en diminuant à l'époque de puberté. Les types polycycliques sont plus communs que les monocycliques et avec chaque réactivité le cœur devient plus endommagé. Les cinq années qui suivent l'infection initiale sont les plus critiques; alors, il est important que des traitements sages soient commencés. Plusieurs recherches ont démontré que les deux tiers des cas de mortalité ont eu lieu durant les cinq années après la première infection rhumatismale.

Breed, de Boston, rapporte: « Après vingt et un ans d'étude des progrès de la maladie, des 1,438 enfants recevant les soins des convalescents, que j'ai eu le privilège de voir, 992 sont vivants, donnant une moyenne de mortalité de 31%. Des 446 morts, 42% ont eu lieu durant les cinq années de l'infection initiale. La plupart étaient des cas de type polycyclique de réinfection rhumatismale.

87% des morts ont eu lieu avant l'âge de 20 ans. » Ces chiffres indiqueraient que le diagnostic juste et le traitement précoce et prolongé sont nécessaires et importants si cette maladie si sérieuse doit être jamais contrôlée. Le diagnostic juste et de bonne heure repose sur l'habileté du médecin à reconnaître la fièvre rhumatismale à son début et à se rappeler son caractère polymorphe. Par exemple, c'est une croyance commune que rhumatisme et polyarthrite sont synonymes. Mais ceci n'est pas vrai, car il est bien connu que plus l'enfant est jeune, moins les jointures sont susceptibles d'être affectées. Les diagnostics différentiels des douleurs dites de « croissance » sont importants et il est aussi important de reconnaître si elles peuvent être rhumatismales ou non. Tout médecin a eu ce problème à résoudre qui n'en est pas un facile.

Quand le diagnostic est fait, ou du moins suspecté, un prompt traitement s'impose, repos absolu au lit avec salicylate de soude. Quand la phase aiguë est terminée, il faut une longue convalescence, souvent des mois si le cœur est touché. Il n'y a aucune raison pour qu'un patient atteint de lésion cardiaque rhumatismale n'ait pas un repos prolongé au lit, tel qu'un tuberculeux. Considérez, par exemple, ce que fait le repos au lit pour un enfant souffrant de maladie de cœur rhumatismale, qui a une tachycardie de 110 battements à la minute. Si le cœur peut se ralentir seulement de 10 battements par minute, par le repos au lit, ceci signifie qu'en 24 heures, il se contracte presque 15,000 fois de moins. Ceci, en soi, est un procédé de conservation d'un organe vital, qui est si gravement atteint par l'infection rhumatismale. Le soin d'un rhumatisant, doit donc, dans son sens strict, être regardé en termes de soins sanatoriaux, et doit se continuer, comme pour la tuberculose, jusqu'à ce que le processus rhumatismal actif soit en état de quiétude.

On est trop enclin à laisser lever le rhumatisant lorsque la fièvre est disparue depuis quelques jours même s'il éprouve des douleurs vagues aux articulations. C'est là le danger. Un autre item important chez l'enfant rhumatisant atteint d'une affection cardiaque, c'est le foyer familial. Il est

évident que le fait de retourner un enfant atteint d'une affection cardiaque des environs idéaux dans une maison surpeuplée, dans de mauvaises conditions d'hygiène, est une invitation à de nouveaux troubles et un risque de défaire tout le bien qu'a fait une longue convalescence. Comme la plupart des enfants viennent des familles où règnent la pauvreté et le besoin, ainsi que toutes les maladies qui forment son cortège, il est à souhaiter que l'amélioration des conditions de loyers dans nos grandes villes diminuera l'incidence de cette maladie.

Comme mesure préventive il faut porter une grande attention aux infections focales (amygdales, adénoïdes, infection dentaire).

A. C. Coburn rapporte que 186 jeunes sujets rhumatisants furent observés avant et après une amygdalite à streptocoque hémolytique.

Des 47 qui ont reçu une dose prophylactique de salicylate de soude, seulement un a développé le rhumatisme (90 grains par jour). Des 139 non traités, 57 ont développé le rhumatisme.

Ces observations suggèrent bien que le rhumatisme peut être prévenu par l'administration de salicylate de soude durant l'infection de la gorge et durant la phase silencieuse de l'infection rhumatismale pour une période de cinq années. Pour ma part, j'ai une série de dix rhumatisants que j'observe depuis 5 à 8 ans et qui, avec de petites cures de salicylate de soude 4 fois par année, n'ont jamais eu de récidives ni développé d'affection cardiaque. (Le mécanisme semble dû à la prévention de la précipitation de l'antigène-anticorps.)

La vaccination prophylactique anti-streptococcique s'est montrée utile chez les sujets ayant eu le rhumatisme. Cette vaccination doit être faite chaque année, de préférence les mois d'hiver et de printemps.

Thomas et ses associés à Baltimore ont traité un groupe d'enfants de novembre à juin avec une dose de 10 grains de sulfanilamide 2 fois par jour: aucun effet toxique et aucun des 55 patients soumis à ce traitement n'a eu une attaque de rhumatisme ni une infection aiguë d'origine streptococcique.

Coburn et Moore, de New-York, Stornell et Button, aussi de New-York, ont donné du sulfanilamide à un groupe de sujets ayant eu le rhumatisme. Après 2 mois de traitement, la médication fut discontinuée chez 9 des 32 patients à cause de la réaction toxique. Un cas de mortalité due à l'agranulocytose fut attribué au sulfanilamide. Ils concluent que le sulfanilamide ne devrait pas être un traitement prophylactique chez les enfants qui marchent.

Hansen, Plateau et Dwan, de la division de Pédiatrie de l'Université de Minnesota, ont fait des observations intéressantes concernant l'usage prophylactique du sulfanilamide chez les enfants rhumatisants. Leur étude a porté sur une période de 4 ans avec 85 patients âgés de 3 à 16 ans. 53 de ces sujets ont reçu 10 grains de sulfanilamide 2 fois par jour d'octobre à juin. Dans ce groupe deux ont eu une récurrence de rhumatisme et un, six jours après le début du traitement au sulfanilamide. 32 n'ont pas reçu de sulfanilamide et 21 ont eu une récurrence de rhumatisme. L'attaque fut assez sévère chez huit; légère chez sept; six ont eu la chorée. La différence de résultat dans les deux groupes est frappante. Il va

sans dire qu'il faut surveiller la formule sanguine (c'est ce qu'ils ont fait) et supprimer la médication quelque temps. C'est une méthode encore dangereuse pour le médecin loin des centres hospitaliers, mais il est bon de connaître ce mode de traitement prophylactique et de l'essayer dans un milieu à proximité d'un laboratoire.

En conclusion:

Il faut se rappeler que la fièvre rhumatismale est une maladie d'enfance, qui débute vers l'âge de 6 ou 7 ans, elle tend à se reproduire après l'infection initiale, elle est polymorphe dans ses manifestations, elle est souvent insidieuse au début et son cours imprévu. Le cœur, par son implication, affecte l'ultime pronostic. Le diagnostic précoce s'impose et surtout un *traitement prolongé* durant une période de 5 ans aux périodes d'hiver et de printemps et chaque fois que le patient est en contact avec un cas d'infection streptococcique. Le salicylate de soude ou l'acide salicylique sont encore les médications les plus certaines et les moins dangereuses pour le médecin praticien.

MOUVEMENT MÉDICAL

DIABÈTE ET CHIRURGIE ¹

Armand GRATTON,

Médecin à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Il y a 25 ans, avant l'insulinothérapie, les diabétiques étaient peu nombreux et la durée de leur vie, courte, parce qu'ils mouraient tôt et rapidement d'acidose et de coma. De nos jours, les diabétiques sont de plus en plus nombreux, ils vivent plus vieux et font, tôt ou tard une maladie chirurgicale. En fait un sur trois diabétiques aura dans sa vie à passer entre les mains du chirurgien. Autrefois, toujours avant l'insuline, le risque opératoire était très grand car le taux de mortalité était de 18 à 46% selon les auteurs et encore n'opérait-on qu'en stricte urgence. De nos jours, grâce à l'insuline et à une grande coopération médicale et chirurgicale, les résultats sont très heureux quoique le risque persiste encore, car, il ne faut pas l'oublier, le traumatisme, l'anesthésie et le choc chirurgical demeurent toujours un facteur important pouvant déclencher l'apparition de l'acidose.

Par conséquent, tout diabétique qui doit subir une intervention chirurgicale doit être considéré comme un cas de coma potentiel et traité comme tel, fût-il diabétique léger, moyen ou avancé. Il ne faut donc pas traiter à la légère, à la veille d'une intervention chirurgicale, un malade qui présente une légère glucosurie ou hyperglycémie.

La pratique courante d'ailleurs et les statistiques nous le prouvent abondamment puisque, depuis l'usage de l'insuline dans le traitement du diabète, le taux de mortalité opératoire chez les diabétiques est tombé à 6.2% chez les Mayo en 1938 et ce, en dépit de l'âge plus avancé des malades et d'un plus grand nombre d'opérations majeures pratiquées chez

eux telles qu'ablation de carcinomes, résection de l'estomac, etc., et encore on ne relève pas dans ces mortalités l'acidose comme on pourrait bien s'y attendre, mais bien des causes usuelles telles qu'embolies, broncho-pneumonie, etc.

* * *

Ceci dit, passons à la pratique. Lorsqu'un diabétique doit être opéré, il peut l'être d'urgence ou non. Dans l'un ou l'autre cas, quelle doit être la ligne de conduite du médecin?

S'il y a urgence (appendicite aiguë, anthrax, phlegmon) le médecin ne doit pas retarder l'acte opératoire inutilement, car l'infection peut emporter le malade rapidement. Au contraire il doit permettre l'opération, mais à condition de suivre son malade pas à pas et de *contrôler le diabète dans le minimum de temps* par un régime bien balancé, s'il en a temps, et surtout par *des doses appropriées et répétées d'insuline-cristalline zinc* (Toronto), par exemple 10 ou 20 unités en injection sous-cutanée toutes les deux heures, selon l'âge du malade et la sévérité de son diabète. Inutile de souligner que le médecin devra contrôler l'effet de l'insuline par des analyses d'urine et des glycémies répétées aussi souvent qu'il en sera nécessaire. Avant l'opération, il sera important d'administrer au malade en intraveineuse de 500 à 1000 c.c. de soluté salé physiologique selon l'état de déshydratation du malade.

Si, au contraire, il n'y a pas d'urgence et qu'il s'agisse, disons, d'un diabétique souffrant d'une plaie aux pieds, légèrement infectée, de cataracte, de prolapsus utérin ou encore d'un néoplasme, le médecin s'attachera tout d'abord et surtout à contrôler parfaitement le

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

diabète, puis demandera au chirurgien d'intervenir lorsque le malade sera aglucosurique et que la glycémie sera au voisinage de la normale. Lorsque la date et l'heure de l'opération seront connues, le rôle du médecin ne sera pas terminé, au contraire. Quelle conduite tenir? Dans notre service, nous procédons de la façon suivante:

La veille de l'opération, dans le cours de l'après-midi, nous donnons au malade en intraveineuse 1000 c.c. de soluté salé physiologique et au souper, un repas léger sans toutefois modifier la valeur alimentaire du régime. Le matin de l'opération, nous faisons rechercher le taux de la glycémie et nous donnons la même dose d'insuline que le malade a l'habitude de recevoir en ce qui concerne l'Insuline-Protamine-Zinc. Si toutefois le malade prend en plus de l'Insuline-Toronto, nous supprimons cette dernière à moins que le taux de la glycémie ne le nécessite. Wilder et d'autres auteurs préfèrent ne donner que la moitié ou les deux tiers de la dose coutumière d'insuline le matin de l'opération. Quant à nous, nous donnons la même dose d'insuline-protamine quitte à compenser plus tard par une injection intraveineuse de sérum glucosé à 5%, si le taux de la glycémie nous y oblige.

Quant à l'anesthésique utilisé, notre choix va, par ordre de préférence, à l'anesthésie locale, rachidienne, intraveineuse au Pentothal ou enfin au Cyclopropane, selon les indications générales et à condition que l'anesthésie dure le moins longtemps possible.

Au retour de la salle d'opération nous administrons au malade, en injection endo-veineuse, de 500 à 1000 c.c. de soluté salé physiologique, selon la durée et la gravité de l'opération et si la pleine dose d'insuline protamine a été donnée avant l'intervention ou si le taux de la glycémie était plutôt bas, nous ajoutons 5% de glucose à ce sérum.

Puis, s'il s'agit d'un diabète léger, nous contrôlons notre traitement comme d'habitude, par des analyses d'urine et des glycémies, une fois par jour ou par deux jours, en faisant varier les doses d'insuline selon le besoin. Quant au régime, tout en étant calculé quantitative-

ment, il sera léger, liquide puis solide selon l'état du patient.

Si, au contraire, le diabète est grave. le jour même de l'opération, nous répétons les glycémies, la recherche du sucre et de l'acétone dans les urines, puis nous donnons, en injection sous-cutanée, de l'insuline-Toronto toutes les quatre ou huit heures selon la gravité du cas, en ayant toujours pour but principal un contrôle rigoureux du diabète. Nous savons en effet par expérience qu'un diabète ignoré ou mal contrôlé retarde la guérison des plaies, et aggrave une maladie concomittante.

* * *

Bien que les diabétiques se comportent en chirurgie comme tous les autres malades, si on a la précaution de contrôler rigoureusement le diabète, il serait de mise ici de faire quelques précisions quant à la fréquence, au diagnostic et au traitement de certaines affections.

Dans le diabète, on rencontre très souvent l'anthrax. Actuellement, grâce à la pénicilline et aux sulfamidés, on peut non seulement retarder mais souvent se dispenser de l'intervention chirurgicale. En effet, il arrive quotidiennement de voir se résorber des anthrax qui autrefois, malgré un contrôle rigoureux par l'insuline, auraient pris des mois à guérir. La pénicilline et les sulfas ont totalement modifié le cours de cette maladie. Toutefois il arrive que nous recevions le malade trop tard et le chirurgien devra alors exciser les tissus sphacelés pour permettre une guérison, par bourgeonnement et greffe cutanée, si la plaie est de trop grande dimension.

Dans la pleurésie purulente, les abcès et les phlegmons, la conduite à tenir chez les diabétiques au point de vue chirurgical est la même que chez les autres malades, à condition de toujours avoir à l'esprit l'importance du contrôle constant et rapide du diabète.

Mais dans l'appendicite aiguë, le problème, au point de vue diagnostique et indication opératoire, se complique grandement surtout si le diabète est aggravé par l'acidose. En effet

les vomissements provoqués par l'appendicite vont déclencher rapidement chez le diabétique un état d'acidose et vice versa l'acidose peut facilement simuler l'appendicite aiguë. Pour faciliter le diagnostic différentiel il est bon de s'en rapporter au tableau suivant:

Appendicite aiguë

Nausées
 Vomissements
 Pouls rapide
 Température légère
 Leucocytose
 Douleur abdominale généralisée au début puis se localisant au point de McBurney et s'accompagnant de défense musculaire
 Acétone en légère quantité dans les urines
 Absence de sucre dans les urines
 Taux de la glycémie dans les limites de la normale

Acidose

idem
 idem
 idem
 idem
 idem si infection simultanée
 Forte douleur abdominale surtout à la région épigastrique, mais ne présentant jamais de défense musculaire
 Acétone en grande quantité
 Glycosurie marquée
 Hyperglycémie élevée

Si, malgré un examen sérieux, le doute persiste quant à la possibilité d'une appendicite aiguë, le chirurgien sera justifié d'intervenir quand même, plutôt que de s'abstenir et risquer que le malade meure d'une péritonite aiguë. Mais dans ce cas, le médecin devra instituer un traitement de l'acidose, très intense, afin d'éliminer cette complication au plus tôt.

Comme dernière maladie chirurgicale et la plus fréquente dans le diabète, nous avons la gangrène. Le traitement chirurgical de cette dernière affection a beaucoup évolué depuis quelques années et a tendance à être de plus en plus conservateur, ce qui ne manque pas d'intérêt tant social qu'économique. En effet, au lieu d'amputer d'emblée en haut du genou tous les cas de gangrène diabétique, le chirurgien se contente, chaque fois que les circonstances le permettent, d'une amputation locale et partielle, ce qui permet au patient de continuer ses activités et l'empêche d'être à charge à sa famille et à la société. Quelles sont donc les données qui permettent ce traitement conservateur? On peut diviser les gangrènes en deux grandes classes. La première est celle où la gangrène affecte le genre phlegmon avec

retentissement sur l'état général, température élevée, douleur insupportable, frisson, septicémie, etc. Dans ces cas, il serait urgent d'intervenir et la plupart du temps, l'état général est tellement mauvais et le diabète si sévère que le malade ne peut supporter une inter-

vention si petite soit-elle et si elle a lieu, il meurt rapidement du choc chirurgical et de défaillance cardiaque. Heureusement depuis quelques années, nous soumettons ces malades à un nouveau traitement qui nous a donné de magnifiques résultats, je veux parler de la réfrigération.

En effet dans la gangrène à forme septicémique et phlegmoneuse, d'emblée nous mettons le membre malade dans l'appareil à réfrigération tant et aussi longtemps que l'état général ne permet pas l'intervention chirurgicale, i. e. l'amputation haute. Cette méthode permet en effet d'isoler virtuellement de l'organisme le membre gangrené et pendant ce temps le médecin peut, par un traitement approprié, contrôler le diabète par l'insuline, l'infection par la pénicilline et les sulfamides et l'état général par la digitaline, etc. Puis lorsque le patient est revenu à la normale, le chirurgien pratique l'amputation à l'endroit voulu selon les méthodes habituelles. Cette méthode a donné des résultats merveilleux lorsqu'appliquée à bon escient.

Dans la deuxième catégorie de gangrène, nous avons affaire à une maladie plutôt localisée. Il s'agit en effet d'une infection gangre-

neuse ou d'une gangrène sèche d'un orteil ou d'une partie quelconque du pied, sans retentissement à proprement parler sur l'état général. C'est ici que nous avons eu les plus beaux résultats conservateurs. En effet, au lieu de faire amputer d'emblée au genou le membre malade, nous tâchons, par un examen soigné, d'évaluer le degré et l'étendue de la lésion grâce à la radiographie (recherche de l'ostéite et de la calcification des artères), à l'oscillométrie, à la recherche des battements artériels, etc. Si les dégâts sont trop avancés (ostéite ou absence de battements artériels) nous préparons le malade à la grande intervention. Si, au contraire, les dégâts sont plus apparents que réels (ostéite limitée ou absente, présence de bons battements artériels) nous instituons un traitement médico-chirurgical, i. e. contrôle rapide du diabète par l'insuline et de l'infection par des pansements humides au Dakin aidés de la pénicilline et des sulfas et le chirurgien procède au nettoyage fréquent

de la plaie par des incisions, des ouvertures et contre-ouvertures de drainage, des émondages et des amputations partielles d'un ou deux orteils. Dans ces cas, deux choses importantes: 1° le contrôle rapide et constant du diabète; 2° le nettoyage fréquent des lésions et des pansements lâches et souvent répétés.

Le résultat magnifique de cette ligne de conduite, tel que vous pourrez le voir par les quelques photographies en couleur que je vais vous présenter; nous récompense amplement pour les soins assidus que médecins et chirurgiens nous avons donnés à nos diabétiques et nous encourage à continuer ce traitement à l'avenir.

* * *

En résumé, d'après ces considérations, le diabétique, en face d'une maladie chirurgicale, n'est pas plus dépourvu qu'aucun autre malade à condition de maintenir un contrôle parfait de son diabète.

LE PROBLÈME DU TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE DEVANT LA PROFESSION MÉDICALE¹

(Suite et fin)

Jules THÉBAUD,

D.D.S., M.Sc., L.Sc.P., LL.L., F.I.C.D., F.A.P.H.A., LL.D. (h.c.).

Certains cliniciens ont observé que des diabétiques, des goutteux et des hépatiques sont parfois indemnes de lésions pyorrhéiques, tandis que d'autres croient que la pyorrhée, d'une façon générale, est l'apanage de ces maladies. Ceci indique jusqu'à quel point les données que nous possédons sur l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire ne sont pas encore admises dans le domaine des certitudes scientifiques, et que la manifestation buccale de certains troubles systémiques échappent jusqu'ici aux signalements classiques de la pathologie.

En plus des facteurs étiologiques que nous avons déjà cités, on peut encore mentionner tous les autres états débilitants susceptibles

d'entraîner un déséquilibre dans la teneur du plasma en phosphore et en calcium, ou une diminution de la résistance locale des tissus. Au nombre de ces états figurent l'anémie, la leucémie, la granulocytopenie et même la *sympathicotonie*.

Par son action sur la circulation, la sympathicotonie surtout a, paraît-il, un effet assez marqué sur les éléments du paradentium si sensibles à la désintégration. Et c'est la grande parenté neuro-endocrinienne qui permet d'expliquer le rôle prépondérant des troubles endocriniens dans l'affaiblissement des tissus de support de la dent.

Un bref regard sur les récents travaux qui font état de l'influence des endocrines sur les organes de la mastication nous permet d'ap-

1. Auteur d'une étude sur la pyorrhée primée au concours Casgrain & Charbonneau, 1946.

précier l'ampleur de l'effort que devra réaliser la profession médicale, afin de donner une base plus certaine à nos connaissances.

DÉSORDRES ENDOCRINIENS.

L'hypothyroïdisme aurait tendance à favoriser la congestion et l'hypertrophie des gencives, tandis que l'hyperthyroïdisme déclencherait plutôt une dépense exagérée de calcium, ce qui, comme dans toutes les hypercalciuries, finit par soustraire à la longue l'élément calcium au niveau des maxillaires, et entraîne conséquemment une ostéolyse précoce.

Dans la maladie d'Addison, on semble relever, à coup sûr, en plus de la pigmentation bronzée de la muqueuse de la bouche, des petites hémorragies gingivales fréquentes, rappelant de très près la période évolutive du scorbut.

L'examen du sang dans l'hyperparathyroïdisme indique parfois une différence entre la teneur en calcium et celle en phosphore, ce qui affecte sensiblement les deux principaux éléments du périodentium, l'os alvéolaire qui se rarifie en substance et le ligament périodentaire qui subit une dégénérescence fibreuse; toutefois cette désintégration ne paraît pas influencer le moindrement la structure intime des dents.

Dans le diabète, les désordres peuvent être insignifiants, puisque certains diabétiques sont indemnes de pyorrhée, mais il s'agit là, paraît-il, du diabète insipide, car la forme mellitus a une influence plus certaine sur la fonte rapide des bords alvéolaires. Dans pareil cas c'est l'alvéoloclasie, devant laquelle nous nous trouvons si souvent déroutés...

Les recherches tout à fait récentes de Ziskin indiquent que l'hypertrophie des papilles interdentaires et même du bourrelet gingival serait susceptible d'être observée dans la majorité des cas de grossesse et dans les troubles marqués des gonades. Il se produit, paraît-il, dans ces deux états, la desquamation et même l'érosion de l'épithélium de la cavité buccale. Ces troubles, d'après Ziskin, seraient arrêtés à volonté par l'application locale, sous forme d'onguent, des substances estrogènes, mais ils

se trouveraient aggravés par l'ingestion de la substance femelle ou folutéine (?)

Aucune action, même à répercussion éloignée, du thymus sur le système dentaire n'a été relevée jusqu'ici, d'une façon objective.

En dernière analyse tous les troubles fonctionnels endocriniens semblent épargner les tissus dentaires proprement dits: l'émail, la dentine et le ciment; mais ils agissent, d'après ce que nous avons appris, presque tous, sur les tissus de support de la dent: os alvéolaire, gencive et ligament périodentaire. Sauf dans l'hyperpituitarisme ou dans l'acromégalie, les maxillaires démesurément développés laissent voir des dents en malposition et séparées par de grands espaces qui favorisent à la longue un traumatisme occlusal extrêmement désavantageux pour la membrane périodentaire.

Puisque aucune donnée contradictoire n'a apporté un démenti formel au sujet des répercussions observées jusqu'ici à l'occasion de ces troubles au niveau du système dentaire, il appartient à l'endocrinologie d'apporter maintenant plus de précision sur l'effet isolé ou combiné des désordres endocriniens sur l'os alvéolaire et les tissus conjonctifs mous qui entourent les dents. Ce sera un avancement non seulement au point de vue thérapeutique, mais aussi au point de vue prophylactique, rendant ainsi plus sensible le décellement de ces malfunctions dans la période prépyorrhéique.

VITAMINOTHÉRAPIE

Conjointement à ces trouvailles, que nous espérons obtenir de l'endocrinologie, nous pensons que la vitaminothérapie donnera une contribution importante, surtout, en ce qui a trait à la posologie.

Les derniers travaux relatifs à l'effet des avitaminoses A, B, C, D, et P sur l'appareil bucco-dentaire, présentent une certaine note d'harmonie en ce qui a trait à l'allure clinique que prennent les formes de déficience. Et d'une façon particulière, l'action bienfaisante de la niacine et de l'acide ascorbutique dans les cas des gingivites nécrotique et scorbutique est hautement appréciée; de même, la combinaison

A et D favorise la défense des éléments du paradentium. Mais nous le répétons, le dosage en vitaminothérapie apporte une note trop discordante dans la thérapeutique adjuvante que le dentiste voudrait adopter; il est souvent averti des aléas qu'il y aurait pour lui à prescrire des doses massives de vitamines A et D. D'autre part le dosage de la vitamine C fluctue encore d'une façon très considérable.

Certains recommandent des doses massives se totalisant jusqu'à 4,000 unités, d'autres conseillent la saturation par de petites doses, et d'autres enfin confondent cette saturation avec la guérison (?). Quant à l'emploi des vitamines P et K, il est basé sur un dosage si timide et si minime, qu'il est plus prudent de ne pas les administrer à ce compte. Le caractère des déficiences qui se produisent au niveau de l'appareil bucco-dentaire par carence de certaines vitamines se précise tous les jours davantage, mais avant de recourir à la vitaminothérapie dans tous les cas de pyorrhée alvéolaire, nous préférons attendre l'adoption d'une posologie mieux équilibrée.

POUR UNE MEILLEURE THÉRAPEUTIQUE

Les années à venir apporteront sans doute plus de lumière autour du problème de l'étiologie de la paradentose, mais nous restons quand même dominés par une grande obsession: *quand est-ce que les tests longs, coûteux et compliqués* seront simplifiés, au point d'indiquer rapidement et à coup sûr *l'ingérence positive des troubles systémiques dans les paradentopathies?*

En passant en revue les moyens que le laboratoire met à la disposition du clinicien, on conçoit que c'est avec foi qu'il recourt au métabolisme basal, à la chimie sanguine, au test de la digestion des matières protéiques, à l'analyse des urines, à la numération et au dénombrement globulaires, et à la recherche de l'avitaminose C par la réaction à l'acide trichloroacétique, mais on éprouve de grandes appréhensions sur la possibilité d'effectuer tous ces tests à la fois, sans faire état des moyens pécuniaires dont dispose la grande masse de tous ceux-là qui se trouvent sous

la « menace pyorrhéique ». Nous avons signalé la constatation journalière et évidente des tissus de la bouche guérissant avec une grande facilité, et nous avons mentionné qu'il est de pratique courante d'obtenir des *cures à longue échéance et même définitives* dans nombre de cas de paradentose à la phase du début, quand le dentiste périodontologue emploie tous les moyens techniques mis à sa disposition, mais l'appel pressant qui est fait ici vise surtout la récurrence éventuelle de l'affection dans une certaine proportion, malgré l'intervention méthodique du spécialiste.

La médecine de demain apportera certainement d'autres formules dans toutes les thérapeutiques, car la médecine d'aujourd'hui n'est pas celle d'il y a un siècle, puisque dans le domaine de la chirurgie dentaire, par exemple, elle a déjà sensiblement modifié la thérapeutique de la pyorrhée alvéolaire, qu'on disait *incurable*, et qu'on croyait pouvoir soigner au moyen d'attelles métalliques et de pointes de feu...

Aujourd'hui la médecine fait actionner la thérapeutique en rapport avec les données de l'histopathologie et de la clinique et elle permet de s'attaquer aux causes initiales plutôt qu'aux symptômes, contrairement à la routine qui a été suivie autrefois en face du processus de désintégration des éléments du paradentium.

La pyorrhée alvéolaire ou paradentose ne saurait être traitée au moyen de médicaments suivant une thérapeutique interne et générale. Mais demain, la médecine devra fournir des méthodes simples et précises pour déceler les relations *de cause à effet* entre les maladies constitutionnelles et leurs manifestations dans la bouche; maintenir, en second lieu, l'équilibre endocrinien et assurer la réhabilitation hâtive des tissus de support de la dent par la correction scientifique des écarts de régime et des déficiences vitaminiques.

Le dentiste, alors plus sûr de ses techniques, pourra avec l'aide de la thérapeutique générale guérir la pyorrhée alvéolaire et les gingivites d'une façon plus radicale, et sans crainte de la récurrence.

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 75 — No 10 — Octobre 1946

L'ADMINISTRATION DU TRIDIONE DOIT ÊTRE SURVEILLÉE

Le Tridione est un nouveau médicament mis sur le marché depuis peu. Selon l'opinion de Lennox¹, qui est aux Etats-Unis une autorité en épilepsie, cette substance constitue un complément important aux autres moyens médicamenteux employés couramment dans le mal comitial, comme le phényl-éthyl-malonyluré ou phénobarbital et le phényléthyl hydantoïate de sodium (Dilantin). Le grand avantage offert par le Tridione (3, 5, 5-triméthylloxazolidine-2, 4-dione) est qu'il agit dans le petit mal contre lequel les autres substances anticonvulsivantes ne possèdent à peu près aucune action. Lennox prétend même que le Tridione semblerait prolonger ses effets même après suspension de son administration. Il favoriserait aussi plus radicalement la disparition des accidents psychomoteurs et myocloniques d'origine comitiale que le phénobarbital et l'hydantoïne².

Ces opinions et les faits sur lesquels elles s'étaient appuyées ont permis de se réjouir de l'intégration du Tridione dans l'arsenal thérapeutique. Il complète bien l'ensemble des moyens dont

on disposerait contre l'épilepsie. Mais le Tridione, à l'instar de la majorité des substances chimiques actives, comporte un certain degré de toxicité. On savait bien que son absorption pouvait déclencher des ennuis: comme de la photophobie, de l'héméralopie, des éruptions tégumentaires. Ces phénomènes cependant s'étaient avérés sans gravité excessive. Mais il est plus impressionnant d'apprendre que le Tridione peut amener des complications sanguines qui se montrent irréductibles et mortelles en dépit des traitements les plus modernes et les plus intensément poursuivis. Il s'agit d'anémie aplastique et d'agranulocytose.

Nous avons résumé deux observations rapportant de tels faits et publiées tout récemment³. Ces deux analyses apparaissent dans la présente livraison⁴.

Nous n'ajoutons rien à ce qu'elles comportent comme matière d'enseignement et comme raison de prudence.

Elles invitent sûrement à la précaution dans l'emploi du Tridione. Les médecins doivent prendre connaissance de ces faits, afin qu'ils soient sur leur garde et ne prescrivent pas sans restriction ce médicament et surtout sans surveillance. Il ne faut pas conclure qu'on doive le rejeter. Mais l'enthousiasme qu'on avait pu éprouver à l'annonce des succès réels obtenus de son usage, doit être tempéré par la prise de connaissance des complications très graves qu'éventuellement il peut cau-

1. *J.A.M.A.*, 129: 1069 (15 décembre) 1945.

2. Lennox, loc. cit.

R. N. De Jong: *J.A.M.A.*, 130: 565 (2 mars) 1946.

3. F. F. Harrison, P. D. Johnson et D. Ayer: *J. A. M. A.*, 132: 11 (7 septembre) 1946.

R. R. Mackay et W. K. Gottstein: *J. A. M. A.*, 132: 13 (7 sept.) 1946.

4. Voir pages 1216 et 1217 de cette livraison.

ser. Le Tridione ne peut être employé que quand les autres médications anticomitiales ont échoué et que sous surveillance attentive. Ce sont les conclusions que logiquement on peut tirer des faits récents rapportés.

Roma AMYOT.

À PROPOS DE DÉMÉROL

Jusqu'ici tout le monde s'accorde à reconnaître que la morphine est un médicament unique, irremplaçable. Elle a subi victorieusement l'épreuve du temps. C'est à la fois un analgésique et un sédatif. Son efficacité et cette dualité d'action lui confèrent une supériorité reconnue sur tous les sédatifs, comme les barbituriques par exemple, qui ne sont pas analgésiques, et sur les analgésiques, comme l'acide acétylsalicylique et ses dérivés, qui ne sont pas sédatifs. Mais la morphine n'est pas inoffensive. Au fait, y a-t-il beaucoup de médicaments véritablement actifs qui le soient? Ce qu'il faut redouter surtout au sujet de la morphine, c'est l'accoutumance rapide qu'elle provoque. Toute médication dont l'efficacité comme analgésique et sédatif se rapprocherait de celle de la morphine et qui ne provoquerait pas d'accoutumance serait donc très bienvenue. A ce sujet, depuis 1940, le chlorhydrate de mépéridine, ou Démérol, a fait l'objet de recherches cliniques et de publications nombreuses. L'accord est unanime sur un point: le Démérol ne peut pas remplacer la morphine comme analgésique et surtout comme sédatif. C'est un antispasmodique et un bon

tain nombre de malades une euphorie de courte durée, mais ce n'est pas un sédatif bien efficace. Et si l'on songe aux circonstances cliniques qui commandent l'emploi de la morphine, on verra que le soulagement de l'anxiété qui étreint les malades est presque aussi important que la disparition de leur douleur. Et la morphine reste, à cause de cela, dans une classe à part.

Au sujet de l'accoutumance, on discute depuis trois mois autour d'un article sur le Démérol paru dans le *Reader's Digest*¹ sous la signature de Paul de Kruif, à qui l'on doit déjà un certain nombre de vulgarisations scientifiques.

De Kruif laisse croire à ses lecteurs que le pouvoir analgésique du Démérol ne le cède en rien à celui de la morphine. C'est une première erreur à notre avis. Mais ce qui a provoqué le débat, c'est la question de l'accoutumance. De Kruif a prétendu qu'elle est beaucoup moins marquée avec le Démérol qu'avec la morphine et qu'à date, on n'avait pas encore rapporté un seul cas d'accoutumance au Démérol chez des individus qui n'étaient pas d'avance des habitués des drogues. H. J. Anslinger, le contrôleur des narcotiques aux Etats-Unis, protesta immédiatement² contre ces affirmations qu'il trouvait erronées et dangereuses. La polémique continue dans le numéro du 7 septembre du *J.A.M.A.* A l'appui de ses avancés, de Kruif cite le témoignage de quelques médecins; Anslinger, lui, est appuyé par C. K. Himmelsbach, qui a fait au « Public Health Service Hospital » à Lexington, Ky, des recherches cliniques sur le Démérol.

1. Juin 1946, p. 15.

2. *J.A.M.A.*, 132: 43 (7 sept.) 1946.

Anslinger rapporte aussi une quinzaine de cas d'accoutumance au Démérol; six de ces habitués sont médecins, et quatre d'entre eux sont des exemples assez convaincants d'accoutumance primitive au Démérol.

Au cours de son article dans le *Reader's Digest*, de Kruif disait: « The possibility does exist that the relaxing action of the drug can result in a person's desire to continue its use. This does not mean addiction, for if the

demerol is withdrawn there are no bad results. Freed from this ancient threat, physicians are now beginning to use the chemical more freely and boldly. » Les faits plus haut cités s'accordent mal avec la subtilité de cette phraséologie! Le débat n'est peut-être pas près de finir. Il nous aura donné l'occasion d'apprendre que le Démérol est loin d'être toujours aussi inoffensif qu'on l'a dit.

Roger-R. DUFRESNE.

MÉDECINE SOCIALE ET INDUSTRIELLE

LA PROPAGANDE D'HYGIÈNE ET LA MÉDECINE CONTEMPORAINE¹

Adrien PLOUFFE,

Directeur adjoint du Service de santé de Montréal.

Si nous jetons un coup d'œil à vol d'oiseau sur la littérature médicale et paramédicale d'avant-guerre, nous nous rendons compte immédiatement que la médecine contemporaine est en pleine évolution.

Harvey Cushing, en 1933, écrivait que la médecine est à la croisée des chemins. Avant lui, il y avait eu P. Mauriac dans « Aux confins de la médecine » (1926), Allendy dans « Orientations des idées médicales » (1929) et Lucien Viborel dans « La technique moderne de la propagande d'hygiène sociale » (1930); plus tard, nous avons remarqué les travaux de Tzank, de Jacquelin, de Ch. Nicolle (Destin des maladies infectieuses), de Maranon, de Lumière, de Loebel; le grand livre de Carrel: « L'homme, cet inconnu »; enfin P. Delore (Tendances de la médecine contemporaine). Ajoutons les deux livres substantiels de MM. Daniel: « Arts et techniques de la santé ».

Ces quelques ouvrages étaient de nature, avec certains livres de l'École américaine, à ouvrir de nouveaux horizons à tous les esprits animés de progrès, à tous ceux qui, en restant attachés aux conceptions classiques des sciences médicales, pensent qu'on peut parfois sortir des sentiers battus et parvenir à des éclaircies lumineuses.

La médecine a évolué depuis Hippocrate, Esculape et Galien! Pendant des siècles, elle est restée dans une sorte d'empirisme. Il faut arriver à Louis Pasteur et à Claude Bernard pour assister au début d'une période féconde en recherches expérimentales et en décou-

vertes qui ont aiguillé la médecine vers des destinées nouvelles.

A l'heure actuelle, la médecine contemporaine prend une orientation qui donne à l'hygiène et à la médecine préventive une importance de premier plan.

Cette évolution vers la prévention des maladies est reconnue depuis quelques années et il devenait évident qu'il fallait intensifier l'enseignement de l'hygiène et de la médecine préventive aux futurs médecins; qu'il fallait aussi enseigner au grand public l'art de sauvegarder sa santé. C'est ainsi qu'est né un nouveau chapitre en médecine: la propagande d'hygiène.

Le professeur Léon Bernard avait dit: « Il faut enseigner au public qu'il est possible de conserver la santé. » Et il avait ajouté: « Le professeur d'hygiène, loin de rester enfermé dans une tour d'ivoire, doit descendre, si j'ose dire, dans la rue. »

Pour que nos futurs médecins deviennent des apôtres de l'hygiène et de la médecine préventive dans leur clientèle, demain, il faut attacher une importance de plus en plus grande à l'enseignement de ces matières dans nos universités. Ce n'est pas tout, il faut ensuite procéder à un choix judicieux de jeunes médecins triés sur le volet, et qui auront manifesté du talent pour la propagande d'hygiène. Ces candidats devront suivre un long entraînement pour devenir des enseignants en hygiène publique. Si nous pouvions en former deux ou trois par année, ce serait déjà magnifique.

Ces nouveaux croisés devront avoir une vaste culture littéraire et scientifique et être rompus à tous les secrets du journalisme, de

1. Communication présentée au XVIII^e Congrès de l'A.M.L.F.C., à Québec, le 13 juin 1946.

la T.S.F. et du cinéma, les trois plus puissants moyens de publicité au monde. Avec la presse, la radio et les « petites vues », pour employer l'expression populaire, on peut exercer une influence formidable sur les esprits, si l'on est vraiment préparé à jouer son rôle de propagandiste — à le jouer d'une façon parfaite, pratique.

Et, sans tomber dans un nationalisme exagéré, je considère que le jeune médecin canadien, après avoir étudié aux Etats-Unis et en France, devra ensuite établir son système de propagande d'une façon originale, attrayante et conforme à l'état d'esprit qui existe au Canada. Qu'on aille chercher des connaissances ailleurs, soit, mais, au retour, il ne faut pas oublier d'employer une langue qui sera comprise des nôtres, des méthodes qui seront adaptées aux nôtres, des systèmes qui pourront rendre service aux nôtres.

Quand on écrira des articles ou des livres contre la syphilis ou contre la tuberculose, par exemple, il faudra qu'ils soient rédigés conformément à notre mentalité.

Ce n'est pas une tâche facile, voilà pourquoi le futur enseignant en hygiène publique devra être bilingue d'abord, avoir une grande culture dans tous les domaines et savoir diffuser ensuite les notions acquises pour s'acquitter de ses obligations — et comme il faut.

Pour illustrer ma pensée au sujet de la puissance de la presse et de la publicité en général, je disais à feu le docteur Joseph Gauvreau, il y a quelque quinze ans: « Donnez-moi quatre types prêts, préparés, décidés, et donnez-moi un journal, et dans cinq ans, nos compatriotes n'iront plus à la messe! ». Et mon ami Gauvreau disait: « Avant cinq ans! »

Ce qui pourrait arriver, avec de la publicité, dans le terrain inexpugnable de la foi catholique chez nous, sera vrai demain dans le secteur de l'hygiène et de la médecine préventive. Mais, messieurs, il faut nous donner des hommes, des apôtres, des enseignants en hygiène sociale et en hygiène publique. Winston Churchill disait: « Donnez-moi des outils et je vous donnerai la victoire. » Eh bien, si nous avons de vrais propagandistes, demain,

nous réussirons à bouter hors de tous les esprits les préjugés nocifs qui s'y accrochent encore, nous saurons infuser à nos compatriotes l'intelligence de la santé, l'intelligence de la vie saine!

Cependant, ces véritables enseignants ne se formeront pas en un jour, ni en un an, ni en deux ans. Si nous voulons avoir des as, il ne faudra pas ménager l'argent si nous désirons qu'ils deviennent des maîtres; et les futurs maîtres ne devront pas ménager leur temps pour devenir des hommes vraiment compétents. Du talent d'abord, des aptitudes particulières pour ce genre d'apostolat et des années d'études, de recherches, d'observation et du travail. Autrement, nous n'arriverons jamais à former une équipe d'apôtres, de missionnaires qui serviront la cause de l'enseignement de l'hygiène au public.

Pour venir à bout de l'ignorance, de la négligence, de l'insouciance, de l'inconscience, de l'à peu près, de tous les préjugés de toutes les idées biscornues qui existent encore chez nous; pour que tous les nôtres possèdent enfin l'intelligence de la santé et de la vie, nous devons avoir recours à tous les modes de publicité, nous devons inonder les revues, les hebdomadaires et les quotidiens d'articles courts, bien rédigés, pratiques; nous devons lancer des nouvelles-éclair et de brèves émissions (cinq à dix minutes) à tous les postes de radio et nous devons avoir recours au cinéma, à des pellicules dont les images et le texte seront de chez nous, faits pour chez nous et par nous. La preuve est faite, ce ne sont pas les talents qui manquent, mais l'art de les trouver et de les encourager à travailler.

Et si vous alléguiez que ce plan formidable nécessitera des sommes fabuleuses, je vous rétorquerai qu'on ne doit pas lésiner quand il s'agit de servir la santé publique.

Autre point: le temps des longues et fastidieuses conférences d'hygiène est révolu. Une causerie familière d'un quart d'heure est plus que suffisante, et si elle est bien faite, elle portera des fruits, elle risquera d'être écoutée. Ensuite, il y a le théâtre: avec des saynètes, des sketches radiophoniques, des chansons,

des monologues, des dialogues animés, nous pouvons intéresser le public et lui donner avec le sourire des leçons de vie saine.

Je ne suis pas seulement un pêcheur de lune ou d'étoiles, un poète, un rêveur, je suis un homme pratique et je crois avoir assez travaillé dans ce secteur pour obtenir le droit d'exprimer mon opinion à ce sujet. Le peuple est un grand enfant et il aime qu'on aille vers lui avec des contes de fée, des images vivantes, des arguments scientifiques mais traduits dans une langue qui, sans être vulgaire, saura retenir son attention. Le peuple aime un enseignement qui n'a rien de doctoral, d'empesé; il n'aime pas le genre pontife. Autrefois, il demandait du pain et des jeux, il n'a pas changé, il a du pain mais nous lui devons la nourriture intellectuelle et scientifique préparée à son goût, mais suivant des méthodes modernes.

Puis-je me permettre de vous signaler qu'il y a quelques années un enseignant en hygiène publique a attiré 1,300 personnes dans la salle de l'Auditorium du Plateau, à Montréal, par un froid de quinze degrés sous zéro, avec un programme de saynètes éducatives consacrées à l'hygiène et à la médecine préventive. Si l'on avait annoncé une conférence d'hygiène donnée par un de nos maîtres les plus savants, nous n'aurions pas eu 300 personnes. L'expérience a été faite. Je n'aurai pas la cruauté ni la mauvaise grâce d'insister à ce sujet!

Tout comme la médecine, la propagande d'hygiène est un art, une science et un métier et ceux qui demain voudront se consacrer à l'éducation du public dans ce secteur spécial devront, je le répète, être préparés de longue main et l'Etat devra leur accorder tous les moyens pour se perfectionner. On ne doit pas économiser l'or quand il s'agit de créer un noyau d'hommes qui se dévoueront exclusivement à promouvoir l'intelligence de la santé chez les nôtres. L'Etat ne devrait pas hésiter à dépenser des milliers et des milliers de dollars, chaque année, pour que de jeunes médecins de talent puissent se préparer au rôle qu'ils auront à jouer. Or, jusqu'à présent,

l'Etat n'a guère favorisé les initiatives dans ce domaine!

Le maître en propagande d'hygiène devra être, demain, un homme de lettres, un homme de science et un homme d'œuvres, un esprit cultivé, un savant et un apôtre. Il aura appris l'art de vulgariser tous les principes de l'hygiène et de la médecine préventive. C'est une formation qui demande beaucoup de temps.

J'ai dit précédemment que ce serait déjà magnifique si nous pouvions former trois propagandistes par année, mais il nous en faudrait bien davantage, nous devrions avoir un médecin-journaliste attaché à chaque quotidien du pays et à chaque poste de radio afin que, tous les jours, une voix autorisée apporte au peuple un message de bonne santé.

Ce n'est pas tout de former ces spécialistes, il faut que tous les praticiens les secondent. Lors du 1er Congrès international de médecine néohippocratique, tenu à Paris en 1937, Winter disait: « Le monde a autant besoin aujourd'hui de médecins éducateurs que de médecins guérisseurs. »

Chaque médecin praticien doit donc devenir un apôtre et pousser le désintéressement jusqu'à enseigner aux autres l'art de se passer de ses services. Il devra donc s'occuper de plus en plus de l'hygiène et de la prévention de la maladie.

Et puis, ce sont les médecins, les chirurgiens, les spécialistes, les dentistes et les hygiénistes qui devront renseigner l'Etat sur toutes les mesures à prendre pour sauvegarder la santé de nos compatriotes. Voilà comment j'entends la médecine d'Etat!

Certes, ce sont les hommes d'Etat qui représentent l'autorité, qui prennent les décisions et font les lois, mais c'est à nous, médecins, qu'il incombe de les renseigner suivant les progrès des sciences médicales, suivant l'orientation de la médecine contemporaine. C'est ainsi que nous pourrions influencer, dans l'intérêt du public et dans notre intérêt, ceux qui sont à la tête de nos gouvernements. Ces remarques semblent étrangères à notre sujet, en réalité elles ne le sont pas. Les médecins et les hygiénistes ont un rôle à jouer et ils

doivent le jouer, et c'est dans la mesure où ils s'acquitteront de leur tâche consciencieusement, que l'Etat ne s'embarquera point dans des plans mirifiques, prometteurs, qui se termineraient par des aventures déplorables.

Quant à la propagande d'hygiène, elle devrait se lancer à l'offensive dans plusieurs directions. Voici, dans mon opinion, ce que nous devrions faire chez nous au cours des prochaines années: des campagnes contre la tubercu'ose, la diphtérie et la coqueluche; contre la mortalité maternelle et la mortalité infantile; des campagnes contre les maladies vénériennes en insistant sur le point de vue moral, sur le certificat prénuptial, sur l'épreuve de Bordet-Wassermann, sur la nécessité du traitement, sur la fermeture des maisons de prostitution, sur l'emprisonnement de tous ceux qui vivent aux dépens de la prostitution, sur la réhabilitation des prostituées en considérant ces filles non pas comme des criminelles, mais comme des victimes; des campagnes pour promouvoir l'examen médical périodique; des campagnes d'alimentation rationnelle; des campagnes contre l'abus de l'alcool qui, entre parenthèses, est responsable de plus de la moitié des cas de maladies vénériennes; des campagnes contre l'abus des liqueurs genre « toxiquikola ». Aucun homme d'Etat digne de ce nom et convenablement renseigné par la profession médicale et par les hygiénistes ne pourrait s'opposer à une campagne contre l'abus des liqueurs genre « toxiquikola » et contre l'abus des liqueurs alcooliques. J'ai dit contre l'abus! Nous devons enfin avoir recours à toutes les campagnes utiles pour mettre en lumière la valeur de la santé et les bienfaits de l'hygiène et de la médecine préventive.

C'est un programme d'envergure que nous avons devant nous.

Je vous le demande, messieurs, avons-nous préparé beaucoup d'hommes pour s'acquitter de cette tâche? Personnellement, je passe pour un phénomène parce que je tiens le coup depuis quelques années, parce que je tiens tête à tous les préjugés nocifs, parce que je me tiens debout, que je travaille à l'instauration du règne de l'intelligence de la santé chez les nôtres, mais je ne vous cacherais pas que je me sens un peu seul, alors que je voudrais me voir en compagnie de toute une équipe d'hommes convaincus, décidés, enthousiastes, qui auraient le cœur à l'ouvrage. Hélas, messieurs, vous le savez trop bien, il serait difficile pour nous de fonder une société d'enseignants en hygiène publique!

A ce sujet, je tiens à rendre hommage à mon directeur, le docteur Adélar Groulx, qui a eu le bon esprit de me laisser toute mon initiative et toute ma liberté dans l'accomplissement de mes fonctions d'éducateur, de semeur d'idées saines. Si j'ai par devers moi une œuvre de propagande d'hygiène, c'est à cause de mon travail sans doute, mais sans la confiance, sans l'attitude de mon chef qui m'a permis de me consacrer entièrement à cette œuvre, je n'aurais jamais pu arriver à servir comme je l'ai fait.

Le général de la santé publique à Montréal, en 1946, est un administrateur, un organisateur, un animateur, un travailleur qui donne l'exemple à tous. Aussi, à titre de directeur adjoint du Service de santé, j'aurais mauvaise grâce à ne pas le saluer comme tel.

Je suis fier de travailler sous ses ordres et, durant les quelques années qui me restent à vivre, je continuerai — et jusqu'au bout — de servir. Et j'espère bien qu'à la fin de ma vie, je verrai poindre, à l'horizon, le sourire rayonnant et magnifique de l'intelligence de la santé chez nous.

LE PROBLÈME DE LA PNEUMOCONIOSE SOUS SON ASPECT INDUSTRIEL ¹

F.-J. TOURANGEAU, B.A., M.D., D.P.H., C.P.H.,
Directeur de la Division de l'Hygiène Industrielle,
Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social, Québec.

Tel que nous le comprenons, le mot « pneumoconiose » signifie une condition pulmonaire caractérisée par une transformation fibreuse des tissus de cet organe, à la suite de l'aspiration de poussière, que celle-ci soit susceptible de provoquer une incapacité physique ou non. Le type le plus commun de la pneumoconiose est l'antracose. Mais il existe en particulier deux espèces de poussières susceptibles de produire une condition pathologique des poumons, suivie d'une incapacité physique. Ce sont: la silice et l'amiante.

Le seul et unique facteur étiologique de la silicose est la silice libre. La silice, à l'état composé (les silicates), ne semble pas pouvoir produire la silicose avec incapacité physique. La silice libre apparaît sous diverses formes, dont les plus communes dans l'industrie sont: la quartzite, le silex, le grès, le petro-silex, le tripoli et la terre à diatomées ou diatomite.

On trouve la silice libre dans certains genres de roc. Le granit, par exemple, en contient de 25% à 35%.

Certaines industries se servent d'une forme de silice libre pure comme matière première. De sorte que les ouvriers qui utilisent ce matériel dans leur travail peuvent fort bien être exposés à une poussière contenant 100% de silice libre.

Plus la proportion de silice libre dans un roc est considérable, plus la poussière provenant de ce roc est dangereuse au point de vue silicose. Il peut tout de même y avoir quelques exceptions. Il appert que certains rocs, contenant une forte proportion de silice libre, se brisent quand on les broie d'une façon telle, en raison de leur texture, que les particules les plus grosses qui tombent sur le sol sont celles qui contiennent la majeure partie de la silice libre, tandis que les particules légères qui

flottent dans l'air et qui sont sujettes à être aspirées ne contiennent qu'une petite proportion de silice libre. Evidemment le contraire peut se produire. Ce phénomène est connu sous le nom de désagrégation différentielle. Il résulte de ceci que, même si la composition du roc est suspecte, il ne s'ensuit pas nécessairement que l'ouvrier soit ou ait été exposé à une forte concentration de silice libre. C'est donc la composition de la poussière dispersée dans l'air, et non la composition du roc proprement dit, qui importe le plus en ce qui concerne la silicose. En plus de la silicose pure causée par la poussière de silice libre il existe des formes mixtes de silicose, telles que l'antraco-silicose ou de la sidero-silicose, causées par un mélange de poussière de silice libre et de poussière plus ou moins inerte.

La tuberculose est un facteur de grande importance dans les cas de silicose; elle en est une complication, et quand cette complication se déclare la pneumoconiose devient fatale.

On a dit, avec raison, que la variabilité de la fréquence de la tuberculose dans les différents groupes de silicosés « constitue un critère significatif de la prévalence de l'infection tuberculeuse dans la région où ils résident ». Parce que la silicose prédispose à la tuberculose et parce qu'elle peut réactiver des lésions tuberculeuses déjà guéries, il est raisonnable qu'un employé ayant déjà souffert de lésions tuberculeuses soit exclus de toute occupation qui l'exposerait à l'absorption de quantités excessives de poussière de silice libre et cela au moins jusqu'à ce que les mesures de protection nécessaires soient prises pour diminuer autant que possible les concentrations de poussière dans l'air de l'atelier.

Au cours d'une enquête faite dans cette province en 1938, on constata qu'environ 6,000 ouvriers étaient exposés à des concentrations

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

probablement trop élevées de poussière de silice dans l'air. Cette inspection s'étendit à presque tous les établissements miniers alors en opération, ainsi qu'à un certain nombre de fonderies et d'ateliers de tailleurs de granit. Il semble donc y avoir quelque 10,000 ouvriers dans notre province qui sont plus ou moins exposés aux dangers de la silicose.

Depuis l'année 1941, jusqu'au 1er octobre 1945, 209 réclamations pour des cas de silicose ont été reçues par la Commission des Accidents du Travail. De ce nombre, 79 furent acceptées et 36 étaient encore en suspens à la fin de 1945. De 1941 à 1943, les cas de silicose ou d'amiantose ne recevaient de compensation que si la maladie se compliquait de tuberculose et pourvu que l'incapacité physique qui en résultait était survenue alors que l'ouvrier travaillait dans un établissement minier.

Ces particularités de la loi contribuèrent de 1941 à 1943 à réduire au minimum le nombre des réclamations payées pour la silicose par la Commission des Accidents du Travail. C'est seulement depuis 1943 que, dans le Québec, tous les cas de silicose et d'amiantose, compliqués ou non de tuberculose, sont compensables, en tenant compte des prescriptions de la loi, quelle que soit l'industrie dans laquelle la maladie a été contractée et pourvu qu'il en ait résulté une incapacité physique partielle ou complète; aussi peut-on dire que le nombre de cas authentiques de silicose et d'amiantose, depuis 1941, est certainement supérieur au nombre de cas de ces maladies représentés par les réclamations payées depuis cette date.

Plusieurs enquêteurs ont cherché à savoir si le cancer du poumon est fréquent chez les ouvriers exposés à la poussière. D'après les données recueillies, il semble que la fréquence du cancer du poumon n'est pas plus prononcée chez ceux qui sont exposés à la poussière que chez ceux qui ne le sont pas. La même chose s'applique à ceux qui sont exposés à la poussière de silice. Les rapports de *The Miner's Phthisis Medical Bureau* de l'Afrique du Sud, 1932-1935, indiquent clairement que la silicose ne prédispose pas nécessairement au cancer du poumon. La proportion relative de cette

maladie dans les groupes de mineurs atteints de silicose était de 0.37 comparée à 0.54 dans les groupes de mineurs ne souffrant pas de silicose et 0.58 dans les groupes d'Européens qui travaillaient dans d'autres industries que celle des mines. Ces données sont basées sur 3,215 autopsies.

Les données concernant la fréquence de la pneumonie lobaire aiguë chez ceux qui souffrent de silicose sont contradictoires. D'après D. C. Pierpont, les silicosés qui font une pneumonie s'en tirent apparemment aussi bien que les non-silicosés du même âge.

Mais, d'après Lucy Schnurer « les taux de morbidité et de mortalité par pneumonie et la fréquence des cas de pneumonie semblent augmenter avec le degré de la pneumoconiose chez les silicosés. »

D'après Naeslund, il existe des poussières alcalines, telles que l'hydroxyde de soude et de calcium, et peut-être aussi la poussière de ciment mêlée à la poussière de silice, qui semblent prédisposer aux infections pulmonaires graves, dont l'issue peut être assez rapidement mortelle.

Dans la province de Québec, l'amiantose est le deuxième type de pneumoconiose ayant une certaine importance au point de vue santé publique. Depuis 1941 jusqu'au 1er octobre 1945, un total de 47 réclamations relatives à cette maladie fut reçu par la Commission des Accidents du Travail. De ce nombre, 9 cas furent compensés et 13 cas étaient encore en suspens à la fin de 1945. Ces cas ne comprennent pas ceux qui ont pu survenir de 1941 à 1943, dans des industries autres que l'industrie minière.

Au cours des enquêtes préliminaires faites en 1938 dans l'industrie des mines d'amiantose de Québec, il fut constaté que quelque 2,260 employés étaient exposés à des concentrations probablement trop élevées de poussière d'amiantose dans l'air. Apparemment, l'amiantose ne se complique pas souvent de tuberculose. Des expériences conduites par le Dr Gardner démontrent que la poussière d'amiantose ne semble pas réellement provoquer un réveil de la tuberculose. Mais lorsque l'amiantose et

la tuberculose existent ensemble chez le même individu le processus fibrosant s'intensifie plus rapidement que si le patient n'est atteint que de la seule amiantose.

Des auteurs ont rapporté récemment une fréquence plus élevée du cancer des poumons par les cas d'amiantose. Ceci porte à croire que la poussière d'amiante prédispose peut-être au cancer du poumon. Cependant leurs observations ne portent que sur un petit nombre d'autopsies. La variété d'amiante que l'on trouve dans les mines d'amiante du Québec provient du chrysotile. Il n'y a pratiquement pas de silice libre dans l'amiante, bien que le contenu total de silice dans le chrysotile pur s'élève environ à 44%. Il s'agit par conséquent surtout de silice combinée.

L'amiante est le seul silicate actuellement connu susceptible de causer une pneumoconiose avec incapacité physique. Certains auteurs considèrent comme suspects d'autres silicates comme la terre à foulon et le mica, parce qu'ils semblent produire une pneumoconiose dont les symptômes ressemblent à ceux de la silicose.

Dans bien des cas le diagnostic d'une pneumoconiose avec incapacité présente de sérieuses difficultés. Plusieurs maladies, comme par exemple la syphilis, le cancer, la tuberculose miliaire, la pleurésie avec calcifications, certains types de pneumonie, etc., donnent aux rayons X une image qui ressemble à celle de la silicose.

On rapporte de nombreux exemples de silicoses atypiques, probablement causées par la composition et l'action intermédiaire des poussières en présence. On note également que les rayons X peuvent démontrer chez un ouvrier une condition de pneumoconiose marquée, sans incapacité physique évidente, tandis que chez un autre, dont la radiographie montre peu de chose, l'incapacité physique est presque totale. Il en résulte que chaque cas constitue un problème qui doit être étudié à fond avant de prendre une décision. Le simple fait qu'une industrie utilise la silice ne veut pas nécessairement dire que ses employés sont exposés à la silicose. Il faut vérifier et étudier soigneusement les conditions exactes de leur travail

si l'on veut savoir à quel point l'employé a été dangereusement exposé à la poussière de silice ou d'amiante. Il est essentiel en outre de connaître la composition de la poussière, le degré de concentration de ces poussières dans l'air de l'atelier et la longueur du temps durant lequel l'ouvrier a été exposé à cette poussière.

Des études récentes ont de nouveau souligné l'importance de la grosseur des particules dans la production de la silicose pulmonaire. Les particules mesurant 1 micron ou moins seraient les plus dangereuses, non seulement parce qu'elles restent longtemps suspendues dans l'air mais aussi parce qu'elles produisent plus facilement la fibrose pulmonaire.

Malgré les grands progrès faits par la science pour arriver à résoudre le problème de la poussière dans l'industrie, il faut admettre que, même si le danger a été considérablement diminué, le problème, dans bien des cas, attend encore une solution. Comme résultat du contrôle des poussières dans l'industrie, les cas de silicose à évolution rapide deviennent de plus en plus rares. Mais un grand nombre d'ouvriers aspireront encore assez de poussière au cours de leurs longues années de travail pour voir se développer chez eux un certain degré de fibrose pulmonaire. On a constaté un phénomène analogue dans le cas du plomb dans l'industrie. Dans un grand nombre d'établissements industriels, certaines mesures hygiéniques ont, en vérité, supprimé les dangers les plus évidents d'empoisonnement par le plomb auxquels les ouvriers étaient exposés, mais on n'a pu réussir encore à donner une sécurité complète à tous les ouvriers qui viennent en contact avec cette substance toxique. Ceci fait ressortir la nécessité d'une surveillance médicale continue par l'examen physique à l'embauchage, par l'examen périodique, l'examen aux rayons X périodique. Cette situation indique aussi l'urgence qu'il y a pour le médecin de bien se mettre au courant des conditions et des méthodes de travail dans l'usine, et pour l'ingénieur de continuer ses recherches en vue de perfectionner les méthodes actuelles de protection.

Le traitement préventif de la silicose par

l'aspiration de la poudre d'aluminium métallique donne peut-être de bons résultats, mais il aurait plus de chances d'être efficace si on améliorait la ventilation générale et locale dans les salles de travail dont l'atmosphère est chargée de poussière de silice par suite de la nature des procédés utilisés. Il est logique de croire que le traitement préventif ou même curatif de la silicose par l'aluminium métallique donnerait de meilleurs résultats et pourrait être simplifié dans les cas modérément exposés à la poussière de silice. Autrement dit, les cas de silicose chronique devraient répondre plus facilement au traitement par l'aluminium métallique que les cas dont le développement est rapide; et les cas moins avancés, plus facilement que les autres.

Au point de vue technique, quels sont les moyens que nous avons à notre disposition pour protéger l'ouvrier contre la silicose et l'amiantose dans l'industrie? Quand on veut construire une nouvelle usine ou que l'on désire remettre une vieille usine en meilleur état, les autorités de l'établissement devraient voir à ce que les plans de la construction de l'usine et de la disposition des salles de travail soient préparés de telle façon qu'ils permettent à leurs ouvriers d'y travailler dans des conditions aussi hygiéniques que possible; elles devraient en outre s'assurer que l'équipement mécanique soit disposé de façon à pouvoir isoler et ventiler efficacement tout appareil ou machine qui engendre des poussières.

Incidemment, en choisissant le site d'une nouvelle usine, on doit tenir compte de l'effet que les opérations de cette usine peuvent avoir sur le voisinage, afin d'éviter qu'elles deviennent une nuisance publique. Les mesures suivantes doivent aussi être utilisées: le mouillage des planchers, une bonne ventilation générale et locale avec un système de recueillement des poussières; tenir en bon ordre et aussi propres que possible les salles de travail; mettre des appareils respiratoires de protection à la disposition des ouvriers (ceci est un moyen de protection désespéré); la détermination régule-

lière des concentrations des poussières dans l'air ainsi que de leur composition; recueillir les matières poussiéreuses dans des chambres qui ferment hermétiquement; isoler les procédés qui engendrent des poussières et faire le nettoyage des planchers par le vide.

Evidemment le moyen de protection le plus efficace consiste dans la substitution d'une substance non toxique à la substance toxique utilisée dans le procédé de fabrication. Cette mesure dépend essentiellement de certaines exigences du procédé et du produit fabriqué. Il y a des substituts qui ont remplacé la silice libre dans certaines opérations industrielles; il y a le saupoudrage des moules par des produits non siliceux dans les fonderies, la limaille d'acier dans le nettoyage par des appareils à jet, et les substances synthétiques réfractaires employées pour l'emballage dans l'industrie de la céramique.

Les patrons disposent donc de moyens précieux qui leur permettent de réduire grandement, sinon d'éliminer complètement dans leurs usines, le danger des pneumoconioses qui provoquent l'incapacité physique. On peut sûrement prévenir la silicose et l'amiantose; et les mesures de protection et de prévention employées à cette fin coûteront à la longue beaucoup moins cher que la réparation de ces maladies.

BIBLIOGRAPHIE :

- W. I. CLARK et P. DRINKER: *Industrial Medicine*.
 P. DRINKER et T. HATCH: *Industrial Dust*.
 L. U. GARDNER: «Silicosis and Related Conditions.» *Journal of Industrial Hygiene and Tox.*, mars 1937.
Reports of the Miner's Phthisis Medical Bureau of South Africa, 1932-35.
 D. C. PIERPONT: «Is acute lobar pneumonia a complication of silicosis?» *Journ. of Ind. Hyg. and Tox.*, 24: (oct.) 1942.
 Lucy Schnurer: «Further studies on the Relation of Pneumoconiosis to Respiratory Diseases in the Pittsburgh district.» *Journ. of Ind. Hyg. and Tox.*, 20: (janv.) 1938.
 Carl NAESLUND: «Experimental Investigations concerning the liability to silicosis amongst workmen in iron mines.» *Journ. of Ind. Hyg. and Tox.*, 20: (juin) 1938.

“ L'Union Médicale du Canada ” en 1877

Société Médicale de Montréal

Octobre 1877.

Le Dr A.-T. Brosseau, président au fauteuil.

Le Dr L.-J.-P. Desrosiers donne des observations qui font suite à son travail intitulé: « La viande n'est pas nécessaire à l'alimentation de l'homme ».

Dr Desrosiers.— En choisissant le sujet qui nous occupe, j'ai compris la difficulté de ma tâche car je m'adresse à des mangeurs de viande. En parlement, quand la question de tempérance vient sur le tapis, tous sont unanimes à approuver les suggestions de réforme sur ce sujet, mais chacun se dit: « Ça ne m'empêchera pas de prendre mon verre. »

Si tout l'Occident fait usage de viande je suis heureux de rappeler que la Chine, le Japon et les Indes font exception, c'est-à-dire que là on ne mange pas de viande, cependant on n'entend pas dire qu'ils se plaignent de leur sort.

Abernethy, médecin de haute renommée et qui vécut 104 ans, se nourrissait d'alimentation végétale depuis le bas âge, et il recommandait ce genre de nourriture d'une manière générale. Ce même médecin reconnaissait pour cause des maladies l'alimentation animale.

L'alimentation végétale, non seulement rend la vie plus douce, mais prolonge l'existence humaine. J'ai rarement vu des hommes replets arriver à un âge avancé. J'ai été moi-même un fort mangeur de viande et j'ai eu à souffrir de la dyspepsie, mais depuis que j'ai eu recours à une alimentation opposée, je jouis d'une santé parfaite. Je citerai le fait de deux autres personnes dont l'une est une proche parente. Celle-ci souffrait également de troubles digestifs depuis plusieurs années, mais il y a deux ans, grâce à mes avis, elle mit la viande de côté et elle se portait bien. Cependant cette personne, qui est ma propre mère, voulut recommencer l'usage de la viande le printemps dernier, et dans le même temps elle eut une attaque de paralysie; elle s'est remise de cette attaque mais elle a repris le régime antérieur. Aujourd'hui, elle jouit d'une bonne santé. Je citerai de plus un autre cas, c'est celui d'un de nos confrères qui, depuis une couple d'années, faisait usage d'une alimentation légère, et s'en trouvait bien; tout récemment, à la suite d'un repas de viande, il eut une attaque d'épilepsie.

L'homme étant donc à la fois carnivore et frugivore, peut trouver dans le régime végétal toute l'alimentation nécessaire à son entretien.

La viande donne-t-elle de la force? Si elle en donne, c'est aux dépens de la constitution; c'est-à-dire que comme chez les alcooliques elle entraîne à sa suite d'abord la surexcitation, puis l'épuisement. Les Monténégrins qui font la guerre avec les Turcs sont forts et robustes, cependant, pour toute nourriture, ils se contentent de pain et de quelques autres aliments du règne végétal.

Quel contraste entre le Français et l'Anglais! Ce dernier, replet et bouffi par la bonne chair, fort au travail, il est vrai, est bourru et porté au *spleen*. Au contraire, le Français est gai, spirituel, éveillé, aussi ne se nourrit-il guère que de végétaux et surtout de pain fait de farine grossière.

La décadence Romaine origina du moment que le peuple Romain commença à se gorger de viande, et puis vous connaissez ce que l'on rapporte de ces festins fabuleux qui seraient incroyables s'ils n'étaient pas confirmés par l'histoire. On peut en dire autant de la Grèce. Les Béotiens, pour la même raison, étaient moins intelligents, plus alourdis et moins vifs, et par conséquent moins guerriers que les Athéniens.

Serait-il dit que le Canadien manquerait d'intelligence? Assurément non. Cependant, il arriverait sûrement à son idéal s'il faisait usage d'une alimentation purement végétale.

La viande est non seulement une erreur véritable quoique universellement répandue, mais encore elle entre pour une large part dans l'étiologie des maladies qui affligent l'espèce humaine.

Ajoutons que l'excès d'alimentation, le défaut de respiration et d'oxygénation sont encore d'autres causes très fréquentes de maladies.

Ce qui constitue l'homme c'est l'intelligence et l'adresse, et non la force, mais d'un autre côté pour maintenir l'équilibre entre les fonctions organiques, particulièrement entre celle du poumon et l'estomac, il faut la nourriture d'un air pur, et d'une alimentation raisonnable tirée du règne végétal.

« *Mens sana in corpore sano* ».

Le Dr Elzéar Berthelot. — La question débattue ce soir est brûlante. Il est impossible de soutenir les opinions du Dr Desrosiers du moins pour nos climats,

excepté dans le cas de maladie. A Londres, quoique la ville ne soit pas très salubre, la mortalité est moins grande là qu'à Paris et on remarque que les opérations en France, quoique faites avec habileté ont moins de chance de succès qu'à Londres et il ne serait pas déraisonnable d'expliquer cette différence par le genre de nourriture de ces deux peuples. En Canada, à cause de la rigueur de nos saisons, ce système exclusif d'alimentation serait chose difficile. En général pour plusieurs constitutions trois repas de viande par jour c'est trop, mais n'en pas manger du tout c'est fort!

Le Dr S. Lachapelle. — Les aliments sont azotés et non azotés, le règne animal fournit plus d'aliments azotés que le règne végétal et pour vivre l'homme a besoin de puiser sa nourriture dans les deux règnes. Sa conformation anatomique semble plus faite pour une nourriture animale. Je ne crois pas que l'usage de la viande ait la propriété de changer la nature de l'homme, de la rendre *féroce*. Le tigre ou le lion n'est pas devenu plus féroce après son premier repas de viande. Les peuples du Nord et du Midi ont besoin d'une nourriture appropriée au climat sous lequel ils vivent. S'il fallait exclure l'usage de la viande on serait bien embarrassé des animaux si on ne les détruisait pas. En résumé, je ne suis pas en faveur des opinions du Dr Desrosiers mais je crois que les faits rapportés par le discoureur ne sont pas concluants.

Le Dr F.-X. Perreault. — Je crois que l'usage de la viande peut bien développer les passions brutales si j'en juge par ce qui se passe chez les aliénés. La nourriture animale chez eux les porte à la destruction et à la brutalité tandis que, chose remarquable, la suppression du régime en question les rend calmes, doux et pacifiques. Dans les maisons d'éducation on est souvent obligé de supprimer complètement la viande chez plusieurs élèves pour éteindre chez eux les passions rebelles au traitement médical. Je ne dis pas que l'alimentation animale devrait être proscrite, mais en général, on devrait en user avec modération. Moi-même j'ai été longtemps un fort mangeur de viande, mais depuis quelques années j'en use sobrement et je m'en trouve bien mieux.

Le Dr A. Laramée. — Je ne puis partager les opinions du Dr Desrosiers. Une des lois fondamentales à une bonne digestion c'est de puiser dans la nourriture ce qu'il faut pour l'entretien de la vie et n'en pas prendre plus qu'il en faut. Le règne animal et règne végétal sont les deux sources nécessaires à l'alimentation de l'homme. Il se rencontre des constitutions auxquelles le régime végétal peut, à la rigueur, suffire, mais il faut bien avouer que ce régime exclusif n'accommoder qu'un bien petit nombre d'organisations. Je suis convaincu que la source de la plus grande

partie des maladies qui assaillent l'humanité trouve sa cause dans l'intempérance. Parmi ceux qui arrivent à une vieillesse avancée, je crois que le plus grand nombre en sont redevables à la tempérance et à la sobriété. Autrement dit «qui mange beaucoup vit peu». Sous notre climat, la classe laborieuse ne pourrait résister avec une alimentation purement végétale. Je me demande comment nos *tailleurs* de pierre, par exemple, surtout dans la saison rigoureuse, pourraient résister au métier si on leur supprimait la nourriture animale. Je suis bien d'avis, qu'en général, les personnes d'occupation peu active, ou sédentaire, doivent user avec sobriété d'une alimentation animale parce qu'ils en ont moins besoin que les autres classes. Les exemples cités par le Dr Desrosiers ne sont pas concluants. J'aime mieux croire que les accidents arrivés dans ces cas en question après la reprise de la viande n'étaient que de pures coïncidences. On peut dire avec raison qu'une moitié du genre humain mange trop et qu'une autre moitié ne mange pas assez.

Le Dr Desrosiers. — Je suis convaincu que la viande n'est pas nécessaire. Une autre objection à son usage est que, comme les alcooliques, elle développe les passions brutales, elle étouffe l'intelligence. En nourrissant le lion avec les grains on finit par le rendre plus doux. Pour faire disparaître les animaux il faudrait cesser l'élevage. Les aliments végétaux: les œufs, le pain, les noix, etc., etc., fournissent une proportion suffisante d'aliments plastiques pour permettre de vivre sous n'importe quel climat. L'homme bourre trop son estomac et néglige ce qui convient à ses poumons. La passion de l'activité est noyée par la passion de la paresse et de la gourmandise.

La vie est une lutte entre l'estomac et les poumons. Où trouve-t-on les causes des maladies? Dans l'alimentation. L'homme est fait pour la santé et le bonheur. S'il savait respirer et se nourrir il ne serait jamais malade. Sydenham et Abernethy disaient que la masse des mortalités trouvait sa cause dans l'alimentation.

Dr A.-T. Brosseau. — M. le docteur Desrosiers mérite nos félicitations pour le courage qu'il déploie dans la défense de sa cause, ayant à lutter contre toute l'assemblée. L'homme est un animal omnivore, sa conformation, ses goûts, sa position sociale tout contribue à démontrer qu'il doit prendre ce qui lui convient dans le règne animal et le règne végétal. A Paris et à Londres où il se fait tous les jours une infinité d'opérations chirurgicales, l'on constate des différences notables dans les résultats. En France on voit rarement des réunions par première intention. A Londres, on voit le contraire. Le personnel des hôpitaux d'Angleterre est mangeur de viande.

Le roast-beef, le pain, la bière constituent la nourriture principale. tandis que le vin bleu, le fromage et le pain composent la nourriture des hôpitaux français. Je dois dire aussi que les Français en général dorment très peu. J'ai ouï dire que les Carmélites établies parmi nous depuis quelques années, continuent, suivant leur ordre, leur régime exclusivement végétal et sont bien portantes. J'ai connu une femme qui, pendant sept ans, s'est nourrie exclusivement de lait, et qui se trouvait très bien de ce régime. Cependant, elle a repris la viande et s'en trouve également bien. Moi-même je mange peu de viande et m'en trouve très bien. Trois repas de viande par jour me vont mal et me donnent la migraine. J'ai souvent entendu dire par notre ancien professeur

le Dr Munro, qu'il préférerait pratiquer les opérations chirurgicales sur le Canadien qui est grand mangeur de viande plutôt que sur l'Irlandais, pour la raison que l'opération sur le Canadien fournissait en général des résultats plus satisfaisants.

Puis il est proposé par le Dr F.-X. Perreault, secondé par le Dr A. Lamarche, que l'assemblée, tout en n'acceptant pas les conclusions du Dr Desrosiers, à savoir: « que la viande n'est pas nécessaire à la nourriture de l'homme » concourt cependant dans son opinion que la viande occupe une place beaucoup trop considérable dans l'alimentation en Canada, surtout dans les villes et chez les personnes d'habitude sédentaire. — Adopté.

Dr A. LARAMEE, sec.-trés. S. M.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd. psychol. », 94: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

C. H. BEST. — **Un quart de siècle de recherche en médecine.** (*A Quarter of a Century in Medical Research.*) "American Journal of Digestive Diseases", 13: 148 (mai) 1946.

Il y a près de vingt-cinq ans que, pour la première fois, l'insuline fut donnée à la science, et plus de vingt-quatre ans qu'elle fut injectée, à Toronto, au premier patient.

Au cours de sa cinquième année d'études à l'Université de Toronto (1920), en collaboration avec E. C. Noble, Best reprit les fameuses expériences de Claude Bernard et produisit le diabète par piqûres, tout en se familiarisant avec la chimie en rapport avec cette maladie. Ces premiers essais ne furent pas publiés, mais cependant recueillis soigneusement dans un cahier de notes, le même qui devait plus tard être employé par Banting et Best.

A l'automne de 1920, après avoir consulté plusieurs professeurs de l'Université, en particulier R. B. Thompson, il décida de faire de la recherche pendant une seconde année, dans le département du professeur Macleod.

Quand Macleod, en avril 1921, découvrit à Noble et à l'auteur l'idée de Banting et les invita à travailler ensemble, Best en fut très réjoui, bien qu'aucune rémunération ne leur pût être assurée. Lors de son licenciement en 1919, l'auteur avait reçu assez d'argent pour subvenir à ses besoins jusqu'à l'été 1921, alors qu'il dut emprunter de Banting. Noble était intéressé à l'idée de ce nouveau travail, mais fatigué, désirait prendre un repos de six

semaines, pendant que Best s'occuperait seul du travail chimique jusqu'à son retour. Cependant, comme un seul homme était requis à la partie chimique de ce travail de recherche, il fut décidé, au retour de Noble, que Best étant déjà sur les lieux, continuerait à s'en occuper.

Sa collaboration avec Banting débuta le 16 mai 1921. L'auteur eut donc la chance unique de travailler avec le plus grand savant canadien, et cela, avant que ce dernier ne devint universellement reconnu.

Banting possédait bien sa chirurgie, mais ne connaissait pas les méthodes chimiques concernant l'étude des problèmes métaboliques. Quant à Best, il ignorait tout des techniques chirurgicales.

Dû aux mauvaises conditions de travail, une asepsie non rigoureuse rendait difficile la pancréatectomie en deux temps, et malgré cela, Best eut de la difficulté à persuader Banting à procéder en un seul temps. Le problème de la ligature des canaux pancréatiques surmonté, Banting et Best développèrent ensemble un procédé de l'extraction de l'insuline contenue dans les pancréas dégénérés. Ce fut l'auteur, cependant, qui eut l'idée d'ajouter une petite quantité d'acide afin d'assurer à l'hormone antidiabétique le même pH que celui des tissus dans lesquels elle se trouvait. Après de nombreuses soirées passées à discuter avec l'auteur, Banting décida d'employer le pancréas de fœtus.

Arriva le point décisif des expériences: l'emploi de l'alcool, dont Best eut l'idée. Son ami et confrère, Henry Borsook, l'aida à déterminer la concentration d'alcool nécessaire afin de précipiter les enzymes protéolytiques du pancréas. Les résultats répondirent à l'attente, et Banting de dire après coup: « Tu sais, Charley, je crois que le professeur Macleod avait déjà mentionné l'emploi de l'alcool

comme précipitant des enzymes protéolytiques. »

Lorsque Banting et Best décidèrent de préparer un extrait injectable à l'homme, l'auteur alla à l'abattoir, prit un pancréas de bœuf aussi aseptiquement que possible et en fit un extrait qui, donné à un chien diabétique, causa une chute du sucre sanguin. Banting s'injecta cet extrait sous la peau, puis l'injecta à Best. Vingt-quatre heures plus tard, ne remarquant qu'une légère réaction locale, ils apportèrent des échantillons au General Hospital de Toronto. La première injection d'insuline fut donnée par le docteur Ed. Jeffery à un diabétique, Leonard Thompson, patient du docteur Walter Campbell.

En 1925, l'auteur alla en Angleterre, résolu à poursuivre toute recherche scientifique, sauf sur l'insuline. Il travailla avec Sir Henry Dale sur les facteurs de la vaso-dilatation; avec l'aide de feu Harold Ward Dudley, l'histamine fut, pour la première fois, isolée à l'état cristallisé. On procéda également à l'isolation à l'état pur de la choline et l'auteur signala alors les relations synergiques vaso-dilatatrices de l'histamine et de la choline.

Avec la découverte de l'histaminase, Best remarque que ce système enzymal peut devenir d'un intérêt clinique considérable, mais qu'il n'a pas et n'aura probablement pas un emploi thérapeutique.

En travaillant sur l'histamine et l'histaminase, l'auteur utilisa beaucoup l'héparine, mais à l'état non purifié. Il résolut alors d'organiser un groupe qui aurait pour but de purifier cette substance. Les docteurs A. F. Charles et Scott, quelques années plus tard, isolèrent l'héparine sous forme cristallisée. Le docteur Gordon Murray, du Département de la Chirurgie à l'Université de Toronto, fut le premier à étudier de façon intense son emploi en clinique dans la prévention de la thrombose.

Le docteur Schofield, du Collège d'Agriculture d'Ontario, Université de Toronto, démontra qu'il existait dans le trèfle d'odeur fauché ayant fermenté, certains facteurs produisant

chez les bestiaux des dyscrasies hémorragiques. Plus tard, le docteur Link et ses collaborateurs devaient isoler et synthétiser le dicoumarol.

Les études se poursuivent toujours sur l'héparine. Le docteur Jaques a découvert une enzyme, l'héparinase, qui neutralise l'héparine.

Puis, en 1928, l'intérêt de l'auteur se porta sur les foies gras d'animaux diabétiques. Allan et d'autres collaborateurs, sous la direction du professeur Macleod, découvrirent que certaines infiltrations graisseuses du foie n'étaient pas dues au manque d'insuline et pouvaient être prévenues par des substances du pancréas de bœuf. Le docteur J. M. Hershey découvrit que la lécithine crue pouvait remplacer le pancréas de bœuf à cet effet.

Puis, sous la direction de Best, au départ de Macleod, un nouveau champ d'action fut ouvert à la science, lorsque dans son laboratoire, on identifia les facteurs lipotropiques comme étant la choline, la bétaine et un composant de la caséine (que Tucker et Eckstein reconnurent plus tard comme étant la méthionine).

Entre les années 1930-39, Best et ses collaborateurs étudièrent les points suivants: effets des diètes sur le contenu de l'insuline du pancréas (le docteur Haist et Best); effets des diètes et de l'insuline dans la prévention du diabète sur les chiens; l'héparine et les facteurs lipotropiques.

En 1939, le début des hostilités ayant mis fin à leurs recherches, Best et ses collègues, avec l'aide du docteur William Thalhimer, de New-York, organisèrent le Canadian Dried Serum Project.

Au cours de l'hiver 1940-41, plusieurs collaborateurs de Best se joignirent à lui pour former la division de recherche médicale de la Marine Royale du Canada.

Avec la fin de la guerre, les recherches doivent reprendre leur cours sur le métabolisme des glucides, les facteurs lipotropiques, la coagulation du sang et la thrombose, ainsi que sur plusieurs autres sujets.

Maurice BELISLE.

J. R. TWISS et A. H. R. DOUGLASS. — **La maladie de Reiter: deux cas.** (*Reiter's diseases: a report of two cases.*) "Annals of Int. Med.", **24**: 1043 (juin) 1946.

Syndrome d'étiologie inconnue, caractérisé par de l'urérite, de la conjonctivite et de l'arthrite avec tendance à la récurrence. Cette entité est souvent prise pour de la gonorrhée, de la fièvre rhumatismale, de l'arthrite infectieuse et diverses maladies du tractus génito-urinaire, des yeux et de la peau. L'image clinique seule permet de poser le diagnostic. Jusqu'ici la maladie n'a été reconnue que chez des mâles adultes. Rarement le début de la maladie est associé à une relation sexuelle. Le premier symptôme à apparaître est un écoulement urétral purulent accompagné de polyurie et de brûlement à la miction. Plusieurs jours après surviennent la conjonctivite purulente et diffuse. L'arthrite est de beaucoup le symptôme le plus ennuyeux. N'importe quelle articulation peut être prise. La douleur est intense, associée à une sensibilité marquée de l'articulation et des os adjacents, à de l'œdème, à une limitation des mouvements et à état musculaire spasmodique. Après plusieurs mois, les R. X. montrent dans les os des changements dégénératifs. Toutes les tentatives pour déterminer la cause de cette maladie décrite par Reiter ont été infructueuses. Le traitement est symptomatique. La sulfadiazine est inefficace. Dans l'un des deux cas typiques décrits par les auteurs, la pénicilline n'a donné qu'un soulagement temporaire. La maladie enfin s'accompagne souvent de lésions de la peau et des muqueuses.

Paul DAVID.

B. P. STIVELMAN et J. KAVEE. — **La pénicilline dans le traitement de l'abcès putride du poumon.** (*Penicillin in the treatment of putrid lung abscess.*) "Annals of Int. Med.", **25**: 66 (juillet) 1946.

Certains croient que tout abcès aigu et putride du poumon doit être traité chirurgicalement. D'autres sont beaucoup moins enthousiastes. Les résultats opératoires varient

suyant l'une ou l'autre école. Lorsque la pénicilline devint disponible les auteurs l'employèrent chez 12 malades, à la dose de 25,000 unités toutes les 3 heures. Simultanément ils administrèrent de la sulfadiazine à la dose habituelle.

Abcès putride aigu du poumon: Les auteurs décrivent les 6 cas traités. Chez 5 ils obtinrent une guérison complète. La pénicilline et la sulfadiazine doivent être continuées jusqu'à la disparition complète des signes radiologiques.

Abcès putride chronique du poumon: 7 cas. Chez 5 le traitement provoqua une amélioration remarquable des symptômes toxiques sans conduire à une guérison complète. Les A. concluent que cette méthode n'en demeure pas moins une méthode idéale pour préparer ces malades à une opération chirurgicale éeue.

Paul DAVID.

PHTISIOLOGIE

David REISNER et Jean DOWNES. — **Les lésions tuberculeuses minimes des poumons. Leur signification clinique.** (*Minimal tuberculous lesions of the lung: their clinical significance.*) "American Review of Tuberculosis", **51**: 393 (mai) 1945.

Les cas de tuberculose pulmonaire découverts au tout début sont au stage minime, dans 70% environ. Les auteurs ont fait des recherches en série. Or, 469 cas de T. B. pulmonaire minime ont été observés durant 5 ans et plus. Bien entendu, chez ces malades, il a été impossible d'obtenir des signes cliniques. Au tout début, il a été même impossible de trouver des B. K., excepté chez quelques rares sujets. On les a donc observés radiologiquement et selon les images radiologiques obtenues, on les a classifiés en 4 types: a) exsudatif, b) productif et fibreux, c) exsudatif et productif combiné, d) fibro-calcaire.

L'évolution subséquente des lésions initiales a prouvé le bien fondé de cette classification. Par exemple, les lésions exsudatives et les lésions exsudatives-productives ont donné des

images instables avec tendance très nette vers la progression, tandis que les lésions fibro-calcaires ont donné des images plus stables. Si maintenant on observe ces malades dans l'ensemble, à la fin de la période d'observation, soit 5 ans ou mieux après, la moitié approximativement put présenter des signes de T. B. active.

Les auteurs, pour conclure, insistent sur l'importance qu'il y a de nous faire une classification radiologique de ces lésions de T. B. minime au moment où l'on découvre ces lésions initiales. Si l'on parvient à découvrir ces lésions et à en distinguer le type, il sera alors plus facile de discuter de la nécessité d'un traitement et d'en instituer le mode.

Paul-René ARCHAMBAULT.

CARDIOLOGIE

Louis W. GRANIRER. — **L'épanchement péricardique dans l'arthrite rhumatoïde.** (*Pericardial effusion in rheumatoid arthritis.*) "Medical Clinics of North America", page 562 (mai) 1946.

L'atteinte du cœur dans l'arthrite rhumatoïde se voit plus fréquemment qu'on ne le croit si l'on procède à un examen minutieux et attentif du cœur. Baggenstoss et Rosenberg en revoyant 30 dossiers cliniques et autopsies, trouvent que 53% avaient une atteinte rhumatismale du cœur et 33% une glomérulonéphrite non spécifique. Boas et Rifkin, en 1942, revoient 80 cas d'arthrite rhumatoïde et trouvent une lésion valvulaire dans 17% de ces cas.

L'auteur rapporte un cas d'arthrite rhumatoïde ne présentant aucune histoire antérieure de fièvre rhumatismale, lequel développa une péricardite avec épanchement massif.

Aucune réponse à la sulfadiazine et à la pénicilline. Une ponction du péricarde suivie d'un traitement au salicylate améliorent grandement le malade. L'épanchement régresse rapidement.

Il est à remarquer que dans la phase exsudative de la fièvre rhumatismale, les salicylates agissent bien.

Pierre MARION.

A. E. PARSONNET, A. B. BERNSTEIN et E. KLOSSE. — **Fibrillation ventriculaire et syndrome de Morgagni-Adams-Stokes.** (*Ventricular fibrillation with special reference to the Morgagni-Adams-Stokes syndrome.*) "Amer. Heart Jr.", 31: 769 (juin) 1946.

En 1769 Morgagni, en 1827 Adams et en 1846 Stokes apportent chacun leur contribution au syndrome portant aujourd'hui leurs noms. Pendant longtemps, seul le bloc auriculo-ventriculaire fut considéré dans l'étiologie de ce syndrome. Or, Parkinson, en 1941, démontra que sur 64 cas sur lesquels on avait enregistré un tracé électrocardiographique durant la période syncopale, presque la moitié de ces attaques avait pour cause de la fibrillation ou de la tachycardie ventriculaire et non un arrêt des ventricules. Il propose cette nouvelle définition du syndrome: « condition que l'on voit chez des patients à conduction intracardiaque pathologique et qui souffrent d'attaques syncopales répétées dues soit à un arrêt ventriculaire, soit à de la tachycardie ventriculaire, soit à de la fibrillation ventriculaire, soit à une combinaison de ces 3 facteurs. » Les cas rapportés de survie à de la fibrillation ventriculaire sont très rares.

Schwartz décrit 4 phases au paroxysme de la fibrillation ventriculaire:

1. Phase préfibrillatoire: accélération du rythme ventriculaire avec extrasystoles d'origine variée.

2. Phase fibrillatoire: complexes ventriculaires bizarres, irréguliers.

3. Phase postfibrillatoire: degré variable d'arrêt ventriculaire suivi de tachycardie ventriculaire.

Ces trois étapes n'ont rien d'absolu.

Tous les patients atteints de bloc auriculo-ventriculaire complet ne feront pas forcément des attaques syncopales (33 à 61% suivant les auteurs). Il n'existe pas encore de traite-

ment adéquat pour combattre ce syndrome. La papavérine à fortes doses et peut-être la quinidine semblent être les remèdes de choix.

Les auteurs présentent un cas où toute l'attaque est enregistrée sur un long tracé électrocardiographique. Le pronostic d'un tel cas est en général très sombre puisque la moyenne de survie des patients n'ayant pas succombé à l'attaque n'est que de quelques mois. Dans le cas présenté, la durée d'arrêt ventriculaire fut de 60 secondes, l'arrêt le plus long décrit dans la littérature étant de 79 secondes.

Paul DAVID.

CHIRURGIE

BERGERET et CHAMPEAU. — **L'anus temporaire angulo-colique droit dans la chirurgie colo-rectale.** "Presse Méd.", 54: 335, 1946.

L'anus angulo-colique droit n'est indiqué que comme premier temps de la chirurgie d'exérèse du côlon gauche, du rectum, de l'angle colique gauche ou même de la partie gauche du transverse. Conservé jusqu'à la cicatrisation complète de l'anastomose, il sera ensuite fermé.

L'intervention en elle-même est très simple et comporte moins de difficultés d'extériorisation et de nettoyage du côlon qu'on ne le croit communément.

Par contre, les avantages en sont considérables, dont le principal est la liberté de manœuvre qu'il permet, facilitant particulièrement le décollement colo-pariétal du côlon gauche et de l'angle colique gauche, lorsque le côlon sigmoïde est court.

Les A. donnent quelques précisions sur la fixation de l'anus angulo-colique droit et la manière de nettoyer le segment provisoirement exclu.

Lorsque le cancer se révèle à l'exploration inextirpable, il est toujours facile, dans la même séance opératoire, de fermer l'anus droit et d'établir un anus gauche définitif.

Pierre SMITH.

M. LEVY et J. BREHANT. — **Tumeur masculine de l'ovaire.** "Presse Méd.", 54: 413 (22 juin), 1946.

La connaissance des tumeurs masculinisantes de l'ovaire remonte à 1905. Mais le cas rapporté par les A. n'est que la deuxième observation de la littérature médicale française.

Le cas présenté est celui d'une jeune fille de 14 ans offrant des signes cliniques caractéristiques de déféminisation (aménorrhée, régression des seins) et des signes de masculinisation (habitus masculin, pilosité excessive à prédominance faciale et à topographie périnéale). Aucune modification apparente des organes génitaux externes n'est décelée lors de deux examens successifs. Les symptômes sont liés à l'existence d'une tumeur ovarienne gauche d'un volume notable dans le cas présenté.

L'ablation de la tumeur est suivie rapidement du retour des règles, plus lentement de la régression des signes de masculinisation.

Au cours d'une étude histo-pathologique détaillée, le professeur Montpellier définit la polymorphie bisexuée de cette tumeur.

Les conditions dans lesquelles un arrhéno-blastome se révèle une tumeur masculinisante sont précisées et discutées.

Etude minutieuse et prudente d'un cas rare.

Pierre SMITH.

W. C. MACKENZIE et J. SMALL. — **Infarctus du grand épiploon.** (*Infarction of the greater omentum.*) "Canad. Med. Ass. Journ.", 55: 144, 1946.

Un cas d'infarctus primaire segmentaire du grand épiploon est présenté. Cas assez rare dont les facteurs étiologiques sont inconnus et n'offrant aucune torsion préalable de l'épiploon.

Le diagnostic préopératoire est extrêmement difficile, se confondant le plus souvent avec celui de l'appendicite aiguë ou de l'ulcère peptique perforé.

Après une laparotomie exploratrice, la masse infarctée de l'épiploon est enlevée. Les résultats postopératoires sont satisfaisants quand l'opération est faite au début.

Pierre SMITH.

B. Marden BLACK et John A. EVERT. — **Nomenclature de certaines opérations gastriques.** (*Nomenclature of certain gastric operations.*) "Proc. Staff Meet. Mayo Clin.", 21: 229, 1946.

L'usage a prévalu de désigner par des noms propres les différents procédés de résection gastrique. Les A. qui discutent cette question de terminologie tout au long de leur article, la valeur et la limite de son appropriation, reconnaissent d'ailleurs que toutes les tentatives d'imposer un autre système de dénomination se sont révélées jusqu'ici inadéquates ou trop compliquées. Force est donc de s'en tenir à la terminologie actuelle en s'efforçant toutefois de lui donner son sens le plus exact possible et d'en bannir les approximations.

C'est ainsi que l'opération de Polya désignait à l'origine un procédé très précis d'anastomose. Depuis, le procédé de Polya a subi de telles modifications qu'il ne correspond presque plus à l'opération originale. C'est ainsi que frappés de ses avantages techniques, Moynihan, W. J. Mayo, Sherren, Finsterer, Balfour, Lake et Pauchet la modifièrent selon leur conception propre de la résection gastrique. Aujourd'hui il est plus juste de parler d'opération de Reichel-Polya, de Balfour-Polya, d'Hofmeister-Polya et de Moynihan-Polya que de Polya simple.

Les A. passent en revue dans une étude critique accompagnée de schémas les procédés de Billroth, Kocher, Schoemaker, Von Haberer, Horsley, Von Eiselsberg, Hofmeister, Finsterer, Balfour, Moynihan et autres en précisant leurs limites, leurs modifications successives et leurs associations.

Ce travail qui révèle un souci d'exactitude et de méthode particulièrement instructif dans

l'enseignement clinique mérite certainement plus d'intérêt qu'une simple discussion byzantine.

Pierre SMITH.

CHIRURGIE INFANTILE et ORTHOPÉDIE

W. J. STARK. — **L'emploi de lambeaux musculaires pédiculisés dans le traitement chirurgical de l'ostéomyélite chronique consécutive aux fractures ouvertes.** (*The use of pedicled muscle flaps in the surgical treatment of chronic osteomyelitis resulting from compound fractures.*) "The Journal of Bone and Joint Surgery", 28: 343 (avril) 1946.

Les plaies pénétrantes compliquées de fractures sont presque toujours le siège d'une infection qui diffère d'une infection septicémique en ce qu'elle est localisée à une lésion ouverte qui draine facilement.

Cette ostéomyélite exogène disparaîtra rapidement devant un traitement d'attaque ou encore passera à la chronicité avec séquestre et suppuration interminable.

L'auteur s'est intéressé à ce dernier problème et rapporte un certain nombre de cas où il a employé des lambeaux musculaires pédiculisés pour obturer la cavité osseuse laissée après la séquestrectomie et le curettage.

En parallèle, il a traité par méthode chirurgicale mais sans lambeaux musculaires un nombre égal de cas. Dans les deux séries les plaies opératoires furent fermées par première intention.

Le docteur Stark rappelle brièvement les diverses méthodes de combler les foyers curettés.

1. Dunn, Forrester et Leoute: obturation par lambeaux graisseux libres.
2. Lord: greffe de peau et de tissus mous en général pour tapisser la cavité osseuse.
3. Heuschen: poudre d'os stérilisée.
4. Ambrio, Gutierrez, Marques, Statz: lambeaux musculaires.

Traitement chirurgical

Première série: Lambeaux musculaires pédiculisés. 32 patients.

Ostéomyélite chronique consécutive à une plaie pénétrante et à une fracture ouverte avec

fistule à la peau. Le temps écoulé entre la blessure et l'intervention varie de quatre à dix mois.

Soins préopératoires. Transfusion de sang total dans plusieurs cas où l'infection prolongée avait causé une baisse d'hémoglobine et de protéines plasmatiques. Pénicilline sodique 1. M. à la dose de 15 à 25,000 unités aux trois heures commencée deux jours avant l'opération et continuée pendant les cinq à quatorze jours subséquents.

Injection de bleu de méthylène dans les fistules ou de lipiodol, suivie d'une radiographie pour guider l'opérateur.

Technique opératoire: 1. Excision soigneuse du trajet fistuleux et des tissus mous infectés.

2. Curettage généreux du foyer d'ostéomyélite jusqu'en milieu osseux sain dans le but de prévenir toute récurrence.

3. Grand lavage au sérum ou à la pénicilline diluée à 1:250, puis tout le champ est enduit d'onguent à la pénicilline et d'un mélange de sulfanilamide et de sulfathiazole à parties égales.

4. Un lambeau est détaché d'un groupe musculaire voisin, en tenant compte de l'irrigation et de l'innervation du muscle donneur, et enfoui dans la cavité osseuse préparée à cet effet. On doit éviter la torsion ou l'angulation du lambeau; il n'est pas nécessaire de le fixer par des joints de suture au fond de la cavité.

5. Les tissus mous sont rapprochés au maximum et la peau est suturée à la soie.

6. Le membre est immobilisé dans un plâtre.

Soins postopératoires: La pénicilline est continuée pour cinq à quinze jours, le plâtre est levé après deux semaines et la plaie contrôlée.

Résultats: 27 plaies sur 32 (soit 84%) restèrent fermées.

<i>Os touchés</i>	<i>Nombre</i>	<i>Guéris</i>
Fémur	10	9
Tibia	12	9
Humérus	8	7
Ilium	2	2
Totaux	32	27

Bactériologie. Dans plusieurs cas on a retrouvé des organismes pénicillino-résistants (Proteus, Pyocyaniques, Coli B et certaines souches de strepto hémolytiques) en plus des microbes sensibles à la pénicilline. Des 27 patients opérés et guéris, 23 (soit 85%) donnaient asile à une flore microbienne P. résistante avant l'opération. Trois patients sur les cinq dont les plaies continuèrent à suppurer (soit 60%) portaient des P. résistants.

Deuxième série: Curettage simple. 40 patients. Même type de malades traités chirurgicalement de la même façon sauf qu'il n'y eut pas de lambeau musculaire mis en place. Huit eurent des tubes de caoutchouc pour irrigation à la pénicilline mais sans succès notable.

Résultats: 17 plaies sur 40 (soit 43%) restèrent fermées.

<i>Os touchés</i>	<i>Nombre</i>	<i>Guéris</i>
Fémur	16	6
Tibia	14	6
Humérus	6	4
Radius	2	1
Bassin	2	0
Totaux	40	17

Bactériologie. 5 des 18 patients (soit 28%) dont les plaies restèrent fermées montrèrent des microbes P. résistants.

15 des 22 qui ont suppuré après l'opération portaient ces mêmes microbes (soit 68%).

Transplantation des muscles.

Fémur. Le fémur est presque entièrement recouvert de muscles. Pour un foyer d'infection du tiers moyen ou du tiers inférieur on peut se servir des vastes interne et externe ou du crural. Au tiers supérieur l'auteur emploie le vaste externe, le grand fessier, ou encore le tenseur du fascia lata suivant la localisation du foyer.

Tibia. La conformation anatomique de la région fait ici surgir une difficulté opératoire; en effet, la voie d'accès la plus facile du tibia est par sa face antéro-interne qui ne porte pas de muscle. Cependant on peut obturer convenablement un foyer en l'agrandissant au delà de la

crête tibiale antérieure jusqu'à sa face externe où l'on trouve le tibial antérieur.

Sur la face postéro-interne on emploie le faisceau interne du soléaire.

Au tiers inférieur on ne trouve que des tendons.

Humérus. Dans sa moitié supérieure on se sert du deltoïde; le triceps peut fournir aussi des lambeaux pour l'os presque entier.

Considérations générales. L'auteur insiste sur une connaissance approfondie de l'irrigation et de l'innervation d'un muscle avant de le tailler, cela va de soi, et sur l'importance d'un bon pédicule reliant le lambeau au corps du muscle. La transplantation d'un lambeau libre n'est pas à conseiller. Il n'a relevé aucune perturbation de la fonction après cette intervention.

1. Cette technique a donné 84% de guérison alors que la même intervention sans obturation musculaire n'a donné que 43% de guérison.

2. L'intervention s'étend non seulement aux infections chroniques post-traumatiques (fractures ouvertes, plaies de guerre) mais encore aux foyers d'ostéomyélite chronique de toute nature.

3. Ce lambeau musculaire semble gêner l'action pathogène des microbes pénicillino-résistants (85% de guérison).

4. La fonction du muscle n'est pas troublée par cette intervention et l'on n'a relevé aucun ennui postopératoire après fermeture primitive de ces plaies.

Vincent LAPERRIERE.

GYNECOLOGIE et OBSTETRIQUE

Harold M. WILEY. — **Etiologie et traitement du pyrosis durant la grossesse.** (*Etiology and treatment of heartburn of pregnancy.*) "A. J. O. G.", 51: 221 (février) 1946.

D'après l'opinion de Wiley, le pyrosis s'expliquerait par la théorie neuro-musculaire: il est le résultat de la régurgitation du contenu gastrique dans la partie distale de l'œsophage, accompagnée de spasmes du sphincter pylorique.

En effet durant la grossesse et surtout près du terme, il se produit des déformations et des troubles physiologiques qui touchent particulièrement l'estomac.

Celui-ci occupe normalement une position verticale dans la cavité abdominale. Rythmées, les contractions dirigent les aliments vers le pylore. Durant la grossesse et au fur et à mesure que l'utérus se développe et s'élève, l'estomac se déforme et l'axe peut dévier jusqu'à 45 degrés vers la droite, entraînant ipso facto la grande courbure plus près du cardia.

De tels changements retardent l'évacuation stomacale, accentuent l'atonie de la musculature et tendent à créer un péristaltisme renversé.

Le cardia est lui-même influencé, il réagit, laissant libre accès au contenu stomacal qui pénètre alors dans la partie distale de l'œsophage.

Alvarez était arrivé au même résultat, provoquant un pyrosis artificiel sous le fluoroscope par la simple introduction d'un petit ballon de caoutchouc dans la partie distale de l'œsophage.

Barsony et Szenzo condamnent la théorie de l'acidité gastrique depuis que Stauss et Castle ont prouvé que cette acidité diminuait avec l'évolution progressive de la grossesse, pour être à la fin à un taux inférieur surtout durant le dernier trimestre.

Les phénomènes de pyrosis sont d'ailleurs plus accentués durant le sommeil, dans la position déclive. Ajoutez à cela la diminution de la motilité physiologique de l'estomac durant la grossesse: l'évacuation stomacale n'est-elle pas de durée double de la normale durant cette période.

Partant de ces données, et afin de combattre ces phénomènes d'atonie et redonner à l'estomac des contractions stimulées permettant l'évacuation rapide du contenu gastrique, Wiley suggère l'usage de la prostigmine méthylsulfate 0.5 mg. s. c. 1 fois par jour ou les comprimés de bromure de prostigmine *per os*, dès que les douleurs s'installent. Ce médicament a un effet constricteur sur les fibres

lisses, son action ayant été maintes fois prouvée sur la vessie et l'intestin après les interventions chirurgicales et obstétricales.

L'effet se fait sentir dans les 15 minutes qui suivent. Les résultats furent radicaux dans 80% des cas, satisfaisants dans 10% des autres. L'effet dure quelques heures, les comprimés peuvent être répétés au besoin.

Jacques GAGNON.

NEURO-PSYCHIATRIE

Roland R. MACKAY et Werner K. GOLDSTEIN. — **Anémie aplastique et agranulocytose après emploi du Tridione.** (*Aplastic Anemia and Agranulocytosis following Tridione.*) "J. A. M. A.", 132: 13 (7 sept.) 1946.

Le Tridione est employé depuis tout récemment dans l'épilepsie pour combattre surtout le petit mal et les crises psycho-motrices. Spielman en fit la synthèse en 1944. Jusqu'ici on n'avait observé comme prédominances toxiques dues à ce produit que de la photophobie, de l'héméralopie et des éruptions cutanées. Ces accidents s'étaient montrés anodins et passagers ou facilement contrôlables par la diminution de la dose administrée.

Les auteurs ont traité 30 cas par le Tridione. Ils obtinrent des résultats très heureux dans le petit mal, moins favorables contre les accès psychomoteurs. Ils n'observèrent aucune toxicité importante du produit, sauf dans le cas qui fait le sujet de leur article.

Il s'agissait d'une célibataire de 23 ans qui souffrait d'absences et de crises psycho-motrices depuis l'âge de 5 ans, soit 2 ans après un traumatisme crânien sérieux.

Elle fut traitée au phénobarbital, au bromure, au dyphényl hydantoïate de sodium, au régime cétogène, sans succès très appréciable.

Plus récemment on ajouta au phénobarbital (25 centigrammes par jour) du Tridione à la dose de 30 centigrammes 3 fois par jour à 5 fois par jour, ce qui eut pour conséquence de causer de l'héméralopie et de réduire ses crises à presque néant.

Cette médication fut poursuivie avec quel-

ques variantes passagères dans les doses d'août 1945 à juin 1946. A cette dernière date, des signes cliniques se montrèrent et la formule sanguine révéla 1,500,000 hématies, 4,250 leucocytes dont 79% de lymphocytes et 15% de poly. neutrophiles.

On cessa le Tridione et on prescrivit contre les crises du phénobarbital et du bromure. La malade fut traitée au foie de veau, au fer, à l'acide folique, à l'acide ascorbique, par des transfusions sanguines (500 cc. tous les deux jours), par la pénicilline. Elle mourut le 2 juillet, soit 12 jours après son admission à l'hôpital, avec 1,130,000 globules rouges, 1,100 leucocytes dont 3% de poly. et 0.1% de réticulocytes.

Pour les auteurs, le rôle étiologique du Tridione ne fait pas de doute dans le déclenchement du syndrome hématologique de leur malade.

Comme mesure de prudence, ils conseillent de ne pas prescrire de Tridione à tout malade qui a présenté ou présente une dyscrasie sanguine, d'en éviter l'administration aux sujets qui ont une anémie importante de tout type, qui offrent une propension aux hémorragies et toute déficience du genre granulogénique ou qui en ont présenté dans le passé. On devrait essayer d'abord les autres médications et s'en tenir à elles, si on obtient des résultats favorables. On devrait aussi commencer l'administration par des doses légères et rechercher périodiquement la formule sanguine, y inclus les plaquettes sanguines. Enfin, il est souhaitable que l'on ne puisse obtenir cette substance médicamenteuse que grâce à l'ordonnance d'un médecin.

Roma AMYOT.

Francis F. HARRISON, R. D. JOHNSON et Darrell AYER. — **Anémie aplastique mortelle par usage du Tridione et d'un hydantoin.** (*Fatal Aplastic Anemia following use of Tridione and a Hydantoin.*) "J. A. M. A.", 132: 11 (7 sept.) 1946.

Le Tridione est actuellement sur le marché et l'hydantoin utilisé par les auteurs est un méthyl-phényl-éthyl hydantoin dont les essais

sont encore au stade expérimental et dont le nom breveté serait « Mesantoin » (Sandoz).

Voici en résumé l'observation que les auteurs rapportent.

Il s'agit d'une fille de 16 ans souffrant d'épilepsie dite essentielle depuis l'âge de 13 ans. Successivement, on lui administra du phénobarbital, du Dilantin, du Tridione auquel on associa du Mesantoin. Elle prenait depuis octobre 1945 dix centigrammes de chacun de ces deux derniers composés 3 fois par jour. Les attaques furent contrôlées par cette médication combinée, mais au milieu de l'hiver qui suivit elle nota de la dyspnée et des palpitations à l'exercice, de la lassitude et de la céphalée lancinante, en plus de la pâleur. A l'examen, on décela des pétéchies et des zones ecchymotiques sur les téguments. A l'admission son sang contenait 3,100,000 hématies et 1,000 leucocytes avec 5% de polynucléaires neutrophiles. Il va sans dire que toute thérapeutique anticonvulsivante fut discontinuée sauf celle par le phénobarbital. En dépit des transfusions sanguines (12,850 cc.), de l'acide folique, du pentnucléotide, du foie de veau, de la pénicilline, de la streptomycine, la malade mourut avec 2,900,000 hématies, 450 leucocytes et sans avoir manifesté aucune réaction réticulocytaire durant les 38 jours de son hospitalisation et de son traitement.

L'examen histologique de la moelle osseuse de certains os (sternum, fémur, vertèbres) montra qu'elle ne contenait qu'environ 25% de tissu hématopoïétique.

Cette observation doit rendre prudente l'administration de certains composés anticonvulsivants nouveaux, comme le Tridione et éventuellement, si on le livre au marché, le Mesantoin.

Roma AMYOT.

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

J. K. LEASURE. — **Bourdonnement d'oreille, surdité et vertiges.** (*Tinnitus, Deafness and Dizziness.*) "The Laryngoscope", 56: 556 (février) 1946.

Les bourdonnements d'oreille (acouphènes), la surdité et le vertige sont la manifestation

de lésions tantôt centrales, tantôt périphériques.

L'origine périphérique de ce syndrome otologique peut résider dans l'oreille externe, moyenne ou interne; l'origine centrale s'explique soit par une lésion cérébrale, soit par l'action d'un produit toxique sur la substance nerveuse centrale noble.

L'A. rappelle les lésions obstructives du conduit auditif externe, l'otite moyenne aiguë ou chronique avec de l'otorrhée ou des adhérences cicatricielles. Comme facteur étiologique, il ne faut pas oublier l'obstruction de la trompe d'Eustache soit par catarrhe tubaire, soit par une hypertrophie de son orifice nasopharyngien ou une lésion de la fossette de Rosenmüller. Voilà pourquoi il faut rechercher le degré de perméabilité de la trompe d'Eustache.

En plus du Politzer et du cathétérisme de la trompe, l'A. insiste sur l'épreuve dite de la conduction tubaire qui s'exécute de la façon suivante: au niveau de la narine du patient, on place un diapason en vibration et on lui demande d'avaler; à ce moment, si la lumière tubaire s'ouvre, le patient entend le diapason aussi bien que lorsqu'on porte l'instrument près du pavillon de l'oreille.

Il faut compléter l'examen par l'audiométrie aérienne et osseuse (diapasons 256-512 et audiomètre électrique).

L'oreille interne se laisse facilement influencer par les facteurs suivants: les variations de pression atmosphérique (alpinisme, aviation, caisson), les traumatismes (fracture du crâne, blessure de guerre, myringotomie), les intoxications chimiques (tabac, alcool, quinine, salicylates), les dyscrasies sanguines, les manifestations endocriniennes.

Ici, l'A. appuie fortement sur les renseignements fournis par les épreuves vestibulaires, c'est-à-dire caloriques, rotatoires et galvaniques: le nystagmus otitique et l'indication (déviations de l'index) aident à reconnaître une lésion de la portion vestibulaire du nerf auditif.

Si au nystagmus et à l'indication s'ajoutent les troubles de l'équilibre et l'œdème papillaire observé par l'examen du fond d'œil, l'otologiste et le médecin seront en mesure de soupçonner soit une tumeur (cérébelleuse ou bulbo-pro-tubérantielle), soit une lésion vasculaire ou inflammatoire encéphalique.

L'A. met le lecteur en garde contre la tentation de délaissier les épreuves audiométriques et vestibulaires malgré les déficiences de ces méthodes qui fournissent des renseignements à la fois indéniables et indispensables au diagnostic étiologique.

V. LATRAVERSE.

ELECTRO-RADIOLOGIE

B. COPLEMAN. — **L'évacuation de la vésicule biliaire normale après coloration par le Priodax.** (*Emptying of the normal gall-bladder with Priodax.*) "Radiology", 47: 30 (juillet) 1946.

Après avoir vu le premier film d'opacification, l'auteur étudie systématiquement la vésicule 15 et 30 minutes après l'ingestion du repas gras, dans le but d'étudier la phase de contraction et si possible, démontrer le cystique et le cholédoque.

Sussman considère cette méthode plus importante que la simple détermination du temps d'évacuation, car la démonstration d'un cystique et d'un cholédoque normaux fournit une confirmation valable d'un fonctionnement normal de la vésicule et du sphincter d'Oddi.

On a obtenu une visualisation des canaux hépatiques par cette méthode, et cette image

est considérée comme une indication de dyskinésie biliaire.

Le petit volume de la vésicule, après évacuation, permet souvent de mettre en évidence de petits calculs.

L'auteur compare ensuite l'évacuation obtenue sur des vésicules colorées successivement avec du Priodax et la tétraiodophénolphtaléine, et, vice versa.

Avec la tétraiodophénolphtaléine, la contraction vésiculaire, après repas gras, se produit rapidement et vigoureusement, de telle sorte que, dans plus de 50% des cas normaux, le cystique et le cholédoque peuvent être mis en évidence.

Avec l'introduction du Priodax au Lovell General Hospital, Fort Devens, Mass., on s'aperçut presque aussitôt que la visualisation des canaux biliaires était devenue rare, et que l'évacuation de la vésicule semblait retardée ou prolongée.

Avec des taux comparables de substance opaque, le volume de la vésicule est plus grand avec le Priodax qu'avec la tétraiodophénolphtaléine, l'évacuation est considérablement retardée et souvent elle est très incomplète.

En conclusion le Priodax produit une image vésiculaire plus dense, semble retarder l'évacuation vésiculaire, et diminue l'incidence de la visualisation des canaux biliaires.

En comparaison avec la tétraiodophénolphtaléine, le Priodax agit comme un médicament sympathicomimétique.

Jean-Louis LEGER.

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.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

Séance du 15 mars 1946.

tenue à la Crèche St-Vincent-de-Paul

Hémorragie tardive du post-partum

Yvon PARADIS

L'hémorragie du post-partum, primitive ou secondaire, constitue toujours pour l'obstétricien une grave difficulté.

S'il est vrai que l'hémorragie tardive est la plupart du temps la conséquence d'une rétention placentaire, il ne faut pas généraliser au point d'en faire — comme certains l'ont prétendu — l'unique cause de tels accidents.

Il y a quelques années, Couvelaire a, le premier, fait mention d'une affection que nous connaissons bien aujourd'hui: la métrite hémorragique. Plutôt rare (0.7%), elle n'est pas d'un diagnostic facile. Seuls le toucher intra-utérin, encore que souvent trompeur, et le curetage, dont on ne saurait abuser, peuvent nous permettre de conclure parfois. Une fois fixé, le traitement tout indiqué semble être chaque fois l'hystérectomie.

Dans le Service d'Obstétrique de l'hôpital de la Miséricorde, nous avons pu observer un cas typique de métrite hémorragique. En raison de sa rareté et du démenti qu'elle apporte aux tenants de la rétention à tout prix, nous avons cru intéressant de le rapporter.

La perfusion intraveineuse continue dans la déshydratation aiguë chez le jeune enfant

Euclide DECHENE

L'eau est d'une importance primordiale dans l'organisation de tout régime alimentaire. Elle est le dissolvant universel des substances ali-

mentaires, y compris les gaz. Plusieurs facteurs, entre autres la diarrhée, exigent un apport aqueux plus considérable. Les voies habituelles d'hydratation, d'accès facile, sont insuffisantes à fournir rapidement les quantités voulues de soluté. Seule la voie intraveineuse continue (phléboclyse) est apte à remplir plus ou moins efficacement ce besoin de l'enfant en état de déshydratation aiguë si nous avons soin d'intervenir assez rapidement.

Traitement d'otite moyenne aiguë (Première enfance)

François LETARTE

Depuis l'ère des sulfamidés et de la pénicilline, depuis la vulgarisation de la myringotomie, non seulement les enfants guérissent de l'otite, mais leurs mastoïdes sont de moins en moins exposées à la chirurgie.

Considérations basées sur sept cents enfants de la Crèche. Dispositions anatomiques des voies respiratoires supérieures.

Les symptômes subjectifs et objectifs sont rappelés. La révulsion chaude joue un rôle néfaste. Indications des sulfamidés et de la pénicilline. Thérapeutique locale. Pourquoi il faut éviter les solutions nasales irritantes. Discussion de la paracentèse et de la ponction du tympan avec injection de pénicilline.

Séance du 5 avril 1946.

tenue à l'hôpital Laval

Gangrène des extrémités chez un tuberculeux pulmonaire

R. DESMEULES, P. RICHARD et T. LARGE

Les auteurs racontent l'observation d'un soudeur au plomb, tuberculeux pulmonaire

actif et évolutif, qui présente brusquement des manifestations gangréneuses des extrémités évoluant rapidement vers la carbonisation.

Ils font le diagnostic différentiel de cette affection avec les artérites aiguës, avec les artérites chroniques diabétiques et syphilitiques, avec la thrombo-angéite oblitérante de Buerger, avec l'endartérite juvénile et l'artérite sénile.

Ils concluent à une forme assez grave, atypique, de la maladie de Raynaud. Ils trouvent incertains le rôle des vapeurs de plomb et celui de la maladie tuberculeuse dans l'apparition des phénomènes morbides.

Observations radiologiques d'affections gastriques et duodénales

Jules GOSSELIN

1. Ulcères gastriques ayant répondu au traitement médical.
2. Ulcères gastriques n'ayant pas répondu au traitement médical.
3. Association d'ulcère gastrique et d'ulcère duodénal.
4. Ulcère gastrique visible à l'examen radiologique qu'après un traitement antispasmodique.
5. Ulcère du pylore visible que par compression.
6. Ulcère du bulbe duodénal.
7. Ulcères duodénaux en feuille de trèfle.
8. Ulcères de la face postérieure du bulbe duodénal.
9. Ulcères du duodénum visibles que par compression.
10. Diverticules du duodénum.
11. Ulcère gastrique simulant une polypose gastrique.
12. Cancer du pylore.
13. Observation radiologique d'un accident opératoire gastroscopique.

Evolution favorable d'abcès pulmonaires multiples consécutifs à une péritonite appendiculaire

R. DESMEULES, P. RICHARD
et J.-M. LEMIEUX

Les A. présentent et discutent l'observation d'un bûcheron de 24 ans qui, consécutivement à une péritonite appendiculaire, a fait des abcès multiples et bilatéraux aux poumons par voie sanguine.

L'abcès pulmonaire droit s'est compliqué d'un pyopneumothorax de la base qui a été momentanément confondu avec une collection pyogazeuse sous-phrénique. Il a ensuite donné naissance à des bronchectasies résiduelles pour lesquelles une résection lobaire est conseillée.

Les abcès pulmonaires gauches ont évolué spontanément vers la guérison.

Ils envisagent la pathogénie des abcès pulmonaires postappendiculaires, tentent d'expliquer l'évolution favorable des localisations suppuratives multiples de leur maladie et motivent leur diagnostic hypothétique d'abcès sus-hépatique.

Ils concluent à une thérapeutique chirurgicale radicale en présence de bronchectasies irréversibles du lobe inférieur droit.

Synoviosarcome du bras droit: métastases pulmonaires étendues

L. ROUSSEAU et M. GIROUX

Sujet âgé de 24 ans, bûcheron qui, au cours de son travail, subit un léger traumatisme au bras droit. Deux mois plus tard, apparition d'une petite tumeur du $\frac{1}{3}$ inférieur du bras droit. Ablation de cette tumeur après quatre ans et demi. Récidive après quelques mois.

Six ans après l'apparition de la tumeur initiale, le malade présente des symptômes indiquant des métastases pulmonaires qui entraînent la mort après dix mois.

L'autopsie montre une destruction complète du poumon gauche, des métastases au poumon droit, au foie et au pancréas.

Observation illustrant la tolérance prolongée de la tumeur initiale et l'importance des métastases pulmonaires.

REVUE DES LIVRES

Ce que la France a apporté à la médecine depuis le XXe siècle. — I vol. in 8° illustré de 280 pages. Ernest Flammarion, édit. Paris, 1946.

Le livre dont nous annonçons la publication est un des plus intéressants que nous ayons reçus depuis la libération de la France. Ce sont des conférences faites en 1943, durant l'occupation, par dix médecins de l'Hôpital Bichat. Il s'agit de savoir quelle a été la contribution de la France au XXe siècle en médecine.

Ces conférences ont été faites par des maîtres incontestés de la médecine en France, sur les sujets les plus variés.

Voici la table des matières:

Avant-propos, par le Professeur Pasteur Vallery-Radot.

Préface, par Georges Duhamel.

L'apport de la France dans l'étude des maladies infectieuses, par le prof. A. Lemierre.

L'apport de la France dans le domaine de la vaccination et de la sérothérapie, par André Boivin.

L'apport de la France en chimiothérapie, par J. Tréfouel.

L'apport de la France dans l'étude de la tuberculose, par le professeur F. Bezançon.

L'apport de la France en syphiligraphie, par le professeur A. Sézary.

L'apport de la France dans l'étude du cancer, par le professeur agrégé René Huguenin.

L'apport de la France en cardiologie, par le professeur Ch. Laubry.

L'apport de la France dans les maladies des reins, par le professeur Pasteur Vallery-Radot.

L'apport de la France en pathologie hépatique, par le professeur M. Chiray.

L'apport de la France en pathologie nerveuse, par le professeur Th. Alajouanine.

Il suffit de parcourir la liste de ces conférences, que je viens de publier, pour se rendre compte de l'intérêt qu'il y a pour tous les médecins, canadiens-français surtout, de lire ce livre où chacune de ces cliniques a été rédigée par un spécialiste avec un soin tout particulier. Je n'ose en citer une plus que l'autre, car ce serait injuste et maladroit.

Pendant l'occupation, nous avons été privés de journaux et de livres français. On nous a tenus dans l'ignorance complète du travail accompli durant la guerre, et plusieurs, parmi nous, ont cru que les Français avaient cessé de travailler à cause de la contrainte ennemie.

Nos rapports plus fréquents avec les Etats-Unis nous ont détournés, momentanément, de l'œuvre accomplie par nos collègues français. Nous avons la preuve aujourd'hui que, malgré l'occupation, les médecins français travaillaient en silence et accumulaient des travaux de recherches dont nous commençons de prendre connaissance.

Nous conseillons à tous les médecins de se procurer le livre que nous annonçons aujourd'hui et qu'il est inutile d'analyser, en détail, après la publication de la table des matières.

Nous félicitons nos collègues français de leur courage et de leur énergie. Nous constatons, avec plaisir, que leur avenir repose sur un passé plein de gloire, auquel ils restent fidèles; et ils n'ont pas manqué de nous le rappeler en publiant un livre substantiel dont la préface a été écrite par notre éminent collègue de l'Académie de Médecine de Paris, le docteur Geo. Duhamel.

Albert LESAGE.

Georges HEBERT. — **Initiation à la médecine.** 1 volume. Editions de l'Arbre Inc., Montréal, 1946.

Le docteur Georges Hébert vient de faire paraître un deuxième livre intitulé: *Initiation la médecine.* Je n'ai nullement l'inten-

tion de critiquer la valeur intrinsèque de ce volume que j'ai parcouru à la volée et d'ailleurs je n'en ai aucunement l'autorité; je m'acquitte plutôt agréablement d'une reconnaissance. Camarade de collègue, collègue d'université et d'internat, formant trio avec un autre intime qui est le docteur Boileau, il me semble pouvoir dire davantage sur les qualités personnelles de l'auteur. Car ce sont elles qui ont permis, je crois, en grande partie, la réalisation de son œuvre et qui peuvent aussi en témoigner de sa valeur. Le docteur Hébert aime son « boulot », la médecine est une forme de l'Art et comme tous les autres arts, il l'aime éperdument. Il a en plus l'amour du travail.

A l'hôpital, à l'université, dans les associations médicales auxquelles il appartient, tous ont pu remarquer son implacable tenacité qui a fait le désespoir des uns et le bien-être des autres. Le docteur Hébert est en plus un puriste en médecine, c'est-à-dire que dans tous ses actes et surtout dans ses actes professionnels, il apporte une minutie scrupuleuse où l'on reconnaît bien sa formation classique et française. D'aucuns ne douteront de sa probité scientifique qui se rend témoignage par elle-même, tant dans ses publications écrites que dans ses communications aux sociétés ou bureaux médicaux. Je m'arrête ici, parce que je crois qu'avec l'amour du travail, la probité scientifique et le souci du vrai, on peut être assuré de la valeur du livre qu'il vient de publier.

Me serait-il permis de faire quelques réflexions sur la contribution qu'il apporte aussi à la nation. En popularisant ainsi les notions médicales, notre peuple deviendra plus averti. Il se débarrassera du charlatanisme sous toutes ses formes et aussi des fausses conceptions de la médecine, comme on en rencontre, hélas! dans toutes les classes de la société; la qualité et le nombre de clients des charlatans, de même que leurs défenseurs en haut lieu en sont la preuve. Tout cela aidera aussi à conserver nos forces vives dont il est inutile de montrer l'importance actuellement. Nous savons cependant combien elles nous ont manqué et en quel nombre effarant elles sont disparues.

Mon collègue et très grand ami appartient déjà à ces valeureux canadiens-français qui méritent de la patrie et dont l'histoire et la nation devront se souvenir. Je sais d'emblée que ces éloges ne nuiront, ni n'affecteront le docteur Hébert, car telle une belle femme qui se fait dire qu'elle est jolie, cela l'influence peu; mais par ailleurs celle qui ne l'est pas et dont on loue la beauté s'enorgueillit, « se pique, monte et se cambre ». Comme il se connaît bien, je suis donc rassuré.

Et pour terminer, le livre du docteur Georges Hébert est une contribution à la nation canadienne comme l'ont été déjà ceux des docteurs Gaston Lapierre et Jacques Fortier qui eux aussi ont été offerts au grand public.

Raymond LARICHELLIERE.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR EUGÈNE SAINT-JACQUES

Nous avons appris, au moment où cette livraison est sous presse, la mort du docteur Eugène Saint-Jacques, chirurgien réputé de Montréal, attaché successivement à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc, ex-titulaire de la chaire de l'histoire de la Médecine à l'Université de Montréal et directeur honoraire de *L'Union Médicale du Canada*.

Nous ferons paraître dans un prochain numéro une notice nécrologique sur le docteur Saint-Jacques.

Dès maintenant *L'Union Médicale du Canada* offre ses plus sincères condoléances aux membres de sa famille.

LE DOCTEUR HILAIRE GAUDREAU

Le docteur Hilaire Gaudreau vient de mourir à l'âge de 87 ans. Le défunt avait reçu son doctorat en 1885 de l'Ecole Victoria. Après avoir été médecin examinateur de l'Ordre des Forestiers Catholiques et officier médical au Canadien Pacifique, il s'établit définitivement à Lacolle, où il exerça durant 35 ans. Le docteur Gaudreau, pour se distraire des ennuis et inquiétudes de sa profession, se livrait au plaisir de la composition littéraire. Sa grande activité dans plusieurs domaines, s'étant prolongée jusqu'à sa mort, démontra une vitalité assez exceptionnelle.

LE DOCTEUR A. HERMÉNÉGILDE DENIS

Le docteur A. H. Denis est mort tout récemment à l'âge de 80 ans. Il avait fait ses études médicales à l'Ecole de Médecine Victoria et à l'Université Laval de Montréal. Il s'installa en 1892 dans le quartier Sainte-Marie de Montréal.

Echevin de 1914 à 1932, marguillier de sa paroisse, il était à sa mort président du bureau des syndics de Saint-Vincent de Paul.

Nos sympathies à ses gendres, les docteurs Donat Champagne et E. Balthazar.

LE DOCTEUR WILLIAM MORIN

Le docteur William Morin, qui obtint son doctorat de l'Ecole de Médecine Victoria en 1892, est mort il y a quelques semaines. Le défunt exerçait la médecine à Saint-Hyacinthe où, en collaboration avec ses fils, il étendait ses activités médicales à tout le district aussi bien urbain que rural. Cette longue vie de médecin, soit 54 ans de pratique, qui vient de se terminer n'est pas sans causer de nombreux regrets à la population de la région et nous offrons à ses deux fils médecins, Jules et Paul, nos sincères condoléances.

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Faculté de Médecine

ÉPREUVE D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE GÉNÉRALE,
SECTION DE CHIRURGIE THORACIQUE,
LEÇON THÉORIQUE.

Le 16 octobre 1946, à 5 heures p.m., à l'amphithéâtre G-604 de l'Université de Montréal, le docteur Georges Deshaies fera une leçon théorique devant un jury, pour subir une partie des épreuves d'agrégation en chirurgie générale, section de chirurgie thoracique.

Les professeurs, les médecins et les élèves de la Faculté de Médecine sont instamment priés d'assister à l'exposé de cette leçon théorique.

AVIS CONCERNANT LA DISTRIBUTION DE LA STREPTOMYCINE

Le Canada fabrique actuellement très peu de streptomycine. Afin de l'utiliser avec le plus de profit, les maisons qui en font l'extraction au Canada: Ayerst, McKenna & Harrison et Merck, ont placé leur production entière à la disposition du Conseil National de Recherches. Jusqu'à ce que la production soit suffisante pour permettre une distribution aux hôpitaux, ces maisons ont demandé au Conseil National de Recherches d'établir un plan de distribution qui a été accepté de part et d'autre et qui est le suivant:

A.—Utilisation dans certaines affections aiguës.

La streptomycine sera fournie gratuitement aux cliniciens des hôpitaux qui ont un laboratoire de bactériologie bien organisé, à la condition que ces médecins fournissent un rapport clinique et bactériologique complet, pour le traitement des maladies suivantes:

- 1) Méningites par
 - a) les bacilles Gram-négatifs;
 - b) le bacille de l'influenza.
- 2) Tularémie.
- 3) Infections respiratoires graves causées par les microorganismes sensibles à la streptomycine, tels que le bacille de Friedlander et le bacille de l'influenza.

La liste précédente sera modifiée de temps à autre selon l'augmentation de la production.

Les demandes pour traiter les maladies ci-dessus mentionnées doivent être adressées à:

pour le Manitoba et l'Ouest du Canada:

Dr Lennox Bell,

Deer Lodge Hospital, Winnipeg, Manitoba;

pour la Province d'Ontario:

Dr P. H. Greey,

Department of Bacteriology,

University of Toronto, Banting Institute,

100 College Street, Toronto, Ont.;

pour la Province de Québec et l'Est du Canada:

Dr Fred Smith,

Department of Bacteriology,

McGill University, Montréal, P. Q.;

Dr Armand Frappier,

Institut de Microbiologie et d'Hygiène,

Université de Montréal,

2900, boul. du Mont-Royal, Montréal 26, P. Q.

B.—Quand la production sera suffisante, une certaine quantité de streptomycine pourra être distribuée pour les recherches cliniques dans les centres universitaires.

C.—Une partie de la production mensuelle sera accordée au Département des Vétérans pour le traitement des infections urinaires chez les paraplégiques.

D.—Afin de mieux utiliser la petite quantité actuelle de streptomycine, *celle-ci ne sera pas distribuée* dans le cas des affections suivantes qui ont peu ou mal répondu à la streptomycine, jusqu'à ce que la quantité de streptomycine soit plus considérable.

- 1) Tuberculose — toutes les formes.
- 2) Fièvre typhoïde et paratyphoïde.
- 3) Fièvre ondulante (Brucellose).
- 4) Côlite ulcéreuse.
- 5) Dysenterie bacillaire.
- 6) Infections dont les microorganismes sont sensibles à la pénicilline.
- 7) Fièvre d'origine inconnue.

LE DOCTEUR MARC TRUDEL, PRÉSIDENT DU COLLÈGE DES MÉDECINS

Les dix-huit nouveaux gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, nommés il y a quelque temps, ont élu, le 25 septembre, leur nouveau président pour remplacer le docteur J.-E. Desrochers, démissionnaire, après avoir occupé ce poste pendant huit années.

Le nouveau président est le docteur Marc Trudel, de Shawinigan, ministre sans portefeuille dans le

NEURÉOL

HYPNOTIQUE
SÉDATIF
ANALGÉSIQUE

Le NEURÉOL est un somnifère qui trouve ses indications dans les cas de surmenage intellectuel, affections spasmodiques, états de nervosité, d'émotivité, d'anxiété et les déséquilibres vaso-moteurs. Il procure un sommeil réparateur et une sensation de bien-être au réveil sans aucun malaise. NEURÉOL est la médication par excellence des divers états de surexcitabilité.

*Totalement
dépourvu
d'effets
secondaires*

NEURÉOL possède des avantages bien définis sur les autres hypnotiques. Il est bien toléré par l'estomac, ne crée pas d'accoutumance et s'élimine facilement par l'organisme. Il n'exerce aucun effet nuisible sur le cœur, les reins ou la mémoire. Présenté en solution non alcoolique, le NEURÉOL conserve intégralement l'action synergique de ses composants.

FORMULE

par cuillerée à thé

Diéthylbarbiturate de soude	0 gr. 20
Diméthyl-amino-antipyrine	0 gr. 06
Ext. de Valériane stabilisée	0 gr. 20
Teinture de Crataegus	0 gr. 20

Neuréol

*Procure un sommeil calme
sans malaise au réveil*

ROUGIER FRÈRES

350 rue Le Moyne
MONTRÉAL

cabinet provincial. Les autres membres de l'exécutif sont les docteurs Fred J. Tees, de Montréal; Armand Beauchesne, de Beauceville Est, et B. Bibaud, de Valleyfield, respectivement 1er, 2e et 3e vice-présidents, et le docteur Jean Paquin, de Montréal, qui continuera à occuper le poste de registraire.

Félicitations aux nouveaux élus.

LISTE DES GOUVERNEURS DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC NOUVELLEMENT ÉLUS

District no 1: M. le docteur Geo.-A. Joubert (Priceville, co. Matane); district no 2: M. le docteur Armand Paradis (St-Gervais, co. Bellechasse); district no 3: M. le docteur Armand Beauchesne (Beauceville Est, co. Beauce); district no 4: M. le docteur Lucien Hélie (Drummondville); district no 5: M. le docteur Geo.-E. Roy (Nicolet); district no 6: M. le docteur Richard Gaudet (Sherbrooke); district no 7: M. le docteur Barthélémi Bibaud (Valleyfield); district no 8: M. le docteur J.-F. Albert Gatién (Montréal); district no 9: M. le docteur Emile Blain (Montréal); district no 10: M. le docteur F.-J. Tees (Montréal); district no 11: M. le docteur L.-P. Laporte (Montréal); district no 12: M. le docteur Jean Mercille (Montréal); district no 13: M. le docteur J.-E. Perras (Hull); district no 14: M. le docteur Edmond Piette (Joliette); district no 15: M. le docteur Marc Trudel (Shawinigan); district no 16: M. le docteur C.-A. Gauthier (Québec); district no 17: M. le docteur J. Eug. Bissonnette (Québec); district no 18: M. le docteur Gérard Tremblay (Chicoutimi).

Représentants des universités: MM. les docteurs A.-R. Potvin (Laval, Québec); John F. McIntosh (McGill, Montréal); Gaston Lapierre (Montréal).

LE DOCTEUR J.-A. VIDAL CHOISI COMME DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAMPAGNE ANTITUBERCULEUSE

Il nous fait grand plaisir d'annoncer la nomination du secrétaire-trésorier de *L'Union Médicale du Canada*, le docteur J.-A. Vidal, comme directeur général de la campagne antituberculeuse dans la Province de Québec. Nous lui offrons nos sincères félicitations.

L'INSTITUT DU RHUMATISME

La Gazette Officielle de Québec publie, dans son numéro du 10 août 1946, l'avis suivant: « Avis est

donné qu'en vertu des dispositions de la troisième partie de la Loi des Compagnies de Québec, il a été accordé, par le Lieutenant-Gouverneur de la Province de Québec, des lettres patentes en date du vingt et unième jour de juin 1946, constituant en corporation sans capital-actions: René Dandurand, Eugène Robillard et Albert Jutras, médecins-chirurgiens, tous des cité et district de Montréal, province de Québec, dans les buts suivants:

« Entreprendre et poursuivre des recherches scientifiques, médicales et générales, et, en particulier, des recherches sur le rhumatisme et son traitement, et sur tous les états qui s'y rattachent sans restrictions ni limitations d'aucune sorte;

« Dans la poursuite de ses fins, la corporation pourra avoir et exercer tous les droits et pouvoirs reconnus par la loi, sous le nom de « L'Institut du Rhumatisme » (Institute of Rheumatism).

« La corporation n'a pas l'intention de posséder des biens immobiliers.

« Le siège social de la corporation sera à Montréal.

« Daté du bureau du Procureur Général, le vingt et unième jour de juin 1946.

« L'Assistant procureur-général:

L. Désilets ».

NOUVELLES DE QUÉBEC

Société de Biologie de Québec

Une nouvelle société scientifique vient d'être fondée à Québec sous le titre de *Société de Biologie de Québec* et qui groupe des chercheurs tant universitaires que extra-universitaires. Répondant à des aspirations déjà anciennes, elle intéresse les hommes de sciences qui s'adonnent à la biologie expérimentale et aux disciplines connexes: physiologie, histophysiologie, pharmacologie, biochimie, biologie appliquée, pathologie expérimentale, anatomo-pathologie, bactériologie, etc.

Après une réunion préliminaire en décembre dernier, le comité temporaire, composé de Messieurs Lionel Daviault, Roméo Blanchet, Jean-Louis Tremblay et Louis-Paul Dugal, a vu à l'organisation et aux statuts de la société et la première assemblée générale eut lieu le 26 mars à la Faculté de médecine. Ses quelque cinquante membres lui assurent une vie même intense car les communications scientifiques y seront nombreuses et fréquentes.

Le but de la société est de permettre aux chercheurs de prendre date en présentant quelques notes préliminaires et d'établir avec les collègues un contact précieux qui, par l'échange des idées, pourra susciter de nouvelles hypothèses de travail. Les comptes-rendus de la *Société de Biologie de Québec* seront publiés



Traitement efficace des
SALPINGITES OVARITES CHRONIQUES
(Sclérokystiques)

SOLUTION JACOBSON

(ÉTHÉR BENZYL-CINNAMIQUE)

ACTION. — *Sur l'élément douleur:* Celle-ci cède en général vers la 4^{ième} ou 5^{ième} injection (4 à 5 jours). Cette action se manifeste surtout dans les cas où la douleur est continue.

Sur la lésion elle-même: Celle-ci subit une régression par étapes. On voit d'abord la masse se limiter, puis se transformer en un empâtement plus ou moins diffus, et finalement il n'y a plus qu'un épaissement de consistance fibreuse.

Boîte 12 amps 1 c.c.

ANGLO-FRENCH DRUG CIE, LTÉE.

- **MONTREAL**

in extenso dans la *Revue canadienne de Biologie*.

Les élections ont porté à la présidence M. le docteur A.-R. Potvin; à la première vice-présidence, M. le docteur Jean-Louis Tremblay; à la seconde vice-présidence, M. Lionel Daviault; au poste de secrétaire-trésorier, le docteur Louis-Paul Dugal et à celui d'adjoint, M. A. Desmarais.

Le docteur Louis Berger à la Société Royale du Canada

L'Académie Royale du Canada vient de couronner une carrière de vingt-cinq années d'enseignement et de recherches scientifiques en élisant parmi ses membres M. le docteur Louis Berger, F.R.C.P.(C), professeur titulaire de pathologie générale et d'anatomie pathologique, à la Faculté.

Strasbourgeois de naissance et fils de médecin, il était à l'Institut Pasteur de Paris lorsque l'hôpital Saint-Michel-Archange le fit venir, en 1924, pour prendre charge de son laboratoire. L'année suivante, il fut chargé du cours de pathologie générale et, rapidement, il devint le collaborateur du regretté professeur Arthur Vallée, au département d'anatomie pathologique. Conjointement avec les professeurs Vézina et Vallée, il fonda le centre anticancéreux de l'Université Laval, qui était à ce moment là l'un des premiers du genre au Canada et qui est encore un des plus actifs au point de vue dépistage précoce du cancer.

Ses travaux de recherches, qui, depuis sa thèse, portent principalement sur l'histo-biologie des cellules sympathicotropes, lui valurent, en 1931, le prix Godard et le titre de Lauréat de l'Académie des Sciences.

Son enseignement dynamique, sa puissance de travail et sa conception toute scientifique de la médecine lui méritent bien cet honneur.

Prix Casgrain et Charbonneau

La Maison Casgrain et Charbonneau offre à la Faculté de Médecine de Laval un montant annuel de \$500.00 pour un travail original se rapportant à la médecine expérimentale. Le jury, composé de MM. les professeurs Charles Vézina, Rosaire Potvin, Rosaire Gingras, Roméo Blanchet, Edouard Morin et Henri Marcoux, a fixé son choix sur M. Edouard Pagé, D. Sc., assistant en biochimie à Laval et docteur en nutrition de l'Université Cornell. Les études expérimentales qu'il a présentées au concours comprennent deux séries: l'une traitant des effets antitoxiques de la vitamine B₆ et l'autre de la valeur biologique de certains facteurs alimentaires (gélatine, caséine, vitamines et sucrose) au cours de l'inanition partielle.

Le docteur Charles-Auguste Gauthier

Cours de déontologie et d'économie médicale

En avril dernier, Monseigneur le Recteur chargeait le docteur Charles-Auguste Gauthier des cours de déontologie et d'économie médicale à la Faculté de Médecine. Cette dernière matière est une création et le docteur Gauthier, par ses nombreuses participations aux sociétés médicales de la ville, de la province et du Canada, y a acquis une expérience précieuse.

Après ses études au Séminaire de Québec et l'Université Laval où il obtint son diplôme de docteur en médecine en 1926, il se spécialisa en neurologie et psychiatrie à Montréal, puis à New-York où il occupa le poste d'assistant clinicien à l'Université Columbia, 1930-1931. De retour au pays, l'hôpital de l'Enfant-Jésus se l'attacha et lui confia la direction du service de neurologie médicale. En plus d'être spécialiste agréé au Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, il fait partie de l'Exécutif National de l'Association Médicale du Canada, à titre de président élu de la division de Québec. Ancien président de la Société Médicale de Québec, il est aussi membre de Conseil de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada et président de l'Exécutif de l'hôpital de l'Enfant-Jésus.

Institut d'Hygiène

L'Institut d'Hygiène, dont nous annonçons récemment la création à la Faculté de Médecine, s'est donné un Bureau de direction dont le président est le docteur Charles Vézina, doyen de la Faculté. MM. les docteurs A.-R. Potvin, Lucien Brouha et Louis-Paul Dugal, M. André Gasgnier et M. le Secrétaire général de l'Université constituent les membres de ce Bureau de direction.

L'on sait, par ailleurs, que les trois départements de l'Institut d'Hygiène, l'acclimatation, le travail et la nutrition, fonctionnent habituellement sous la gouverne du directeur, M. le docteur Lucien Brouha et de son adjoint, M. le docteur Louis-Paul Dugal.

Nominations

M. le docteur J.-Emile Pelletier, professeur agrégé en ophtalmologie et assistant dans le Service de l'Hôtel-Dieu, vient d'être nommé directeur du Service d'ophtalmologie à l'Hôpital Civique des maladies contagieuses.

M. le docteur François Letarte, assistant dans le Service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôtel-Dieu de Québec, a été chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Médecine.

Ces deux nominations sont faites en remplacement de M. le docteur G.-Léo Côté, décédé.

Le Codophen E.B.S.

Agit Triplement...

ANALGÉSIQUE:

L'action combinée de trois analgésiques: acide acétylsalicylique, phénacétine et phosphate de codéine, assure le soulagement rapide de presque tous les genres de douleurs.

FÉBRIFUGE:

L'acide acétylsalicylique et la phénacétine sont deux agents très employés pour faire baisser la fièvre.

SÉDATIF:

Le phosphate de codéine permet le relâchement des nerfs tendus.

**DEUX
FORCES**

C.T. No 260 Codophen E.B.S.

Ebsal E.B.S. 3 grs.
(Acide Acétylsalicylique)
Phénacétine 2 grs.
Citrate de caféine . . 1/4 gr.
Phosphate de codéine 1/4 gr.

Ces comprimés ont une teinte orange pâle.

C.T. No 260A Codophen Stronger, E.B.S. (plus fort)

Ebsal E.B.S. 3 grs.
(Acide Acétylsalicylique)
Phénacétine 2 grs.
Citrate de caféine . . 1/4 gr.
Phosphate de codéine 1/2 gr.

Ces comprimés ont une teinte orange foncé.

Sur vos ordonnances, spécifiez "E.B.S." AINSI: C.T. No 260 Codophen E.B.S.—ou—C.T. No 260A Codophen Stronger E.B.S.

**The E. B. Shuttleworth Chemical
Co. Ltd.**

525 Logan Avenue - Toronto 6, Ont.

UNE COMPAGNIE ENTIÈREMENT CANADIENNE
ÉTABLIE EN 1879

ANALGESIC
ANTIPYRETIC
SEDATIVE



**THE QUALITY SYMBOL
OF PHARMACEUTICAL PRODUCTS**

NOUVELLES DE FRANCE

Election d'un nouveau doyen à la Faculté de Paris

Le Conseil a élu M. le professeur Léon Binet doyen de la Faculté, à compter du 1er octobre 1946, date de la retraite de M. le doyen Baudouin. M. le professeur Verne a été élu assesseur.

Mises à la retraite

MM. les professeurs Baudouin, Rouvière et Lemierre, atteints par la limite d'âge, sont admis, par un arrêté du 18 juillet 1946, à faire valoir leurs droits à la retraite à dater du 1er octobre 1946.

XIIe Congrès de

l'Association Française d'Urologie

Le Congrès aura lieu à Paris, à la Faculté de Médecine, du 7 au 11 octobre 1946. A la séance d'ouverture sera présenté un rapport sur « Les résultats de la néphrostomie » par le professeur Auvigne (de Nantes) et le docteur Viollet (de Limoges).

Le secrétaire général est le docteur Louis Michon, de Paris.

XIIIe Congrès de

l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française

Ce congrès se tiendra à Paris les 3, 4 et 5 octobre 1946, sous la présidence du professeur V. LeLorier.

Le secrétaire général du congrès est le docteur Lacomme, de Paris.

La Société des Amis des Hôpitaux libres de France

Cette société a tenu, le 24 juin 1946, à l'Institut Prophylactique de Paris, sa séance de fondation, sous la présidence du docteur Arthur Vernès.

On compte parmi les membres du Comité d'Honneur: S. E. le Cardinal Liénard (de Lille), Paul Claudel, Daniel-Rops et René Leriche.

Le Conseil d'Administration est ainsi constitué: président: M. Brandenberger; vice-président: Dr Marc Iselin; secrétaires généraux: Maurice Delort, J. A. Huet, Frank Viala.

L'Anniversaire de la Victoire

Sur l'initiative du corps médical des hôpitaux de Paris, les médecins se sont réunis le 12 mai 1946, à la Faculté de Médecine de Paris, pour rendre un pieux et solennel hommage à la mémoire des confrères morts en déportation en Allemagne ou par le fait des brutalités allemandes.

M. le professeur agrégé Desoille a parlé au nom de tous les médecins déportés. MM. Justin Besançon, Huber, Leveuf et Desvignes ont rappelé le souvenir des plus célèbres d'entre les morts. Le doyen de Paris a remercié les orateurs et demandé qu'on n'oublie jamais les atrocités allemandes.

Nomination de professeurs à Paris

La Faculté de Médecine de Paris a nommé comme professeurs à la classe exceptionnelle, MM. C'ovis Vincent et Mocquot.

Nécrologie

On annonce les décès à Paris de Pierre Fredet, chirurgien des hôpitaux, du docteur Louis Martin, directeur honoraire de l'Institut Pasteur et ancien président de l'Académie de Médecine, et de Pierre Wiart, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

MEMORIAL BELGE

Destiné à perpétuer le souvenir des Soldats Alliés tombés sur le Sol Belge pour sa libération.

De Belgique, nous parvient le communiqué suivant:

« Pour rendre la liberté au monde et à notre Patrie, des milliers de jeunes hommes ont quitté leur pays et sont venus en Belgique combattre les Nazis. Certains payèrent de leur vie, en défendant sur notre sol leur pays et le nôtre, le rétablissement de notre indépendance.

Il appartient aux Belges de prouver qu'ils conservent précieusement le souvenir de ces Héros. Afin que les générations à venir n'oublient pas le sacrifice de ces soldats, nous devons ériger à leur mémoire un monument qui ne soit pas indigne de ceux qui sont morts pour nous.

Ce mémorial, symbole de notre reconnaissance, doit être édifié au moyen d'une souscription nationale à laquelle tous les Belges participeront. Riches et pauvres, grands et petits, chacun suivant ses possibilités doit participer à cette manifestation de reconnaissance.

Plutôt que de construire un monument d'un effet exclusivement décoratif, nous nous sommes ralliés à la suggestion d'élever une œuvre vivante consacrée à soulager les souffrances de l'enfance malheureuse.

Nous avons acquis la certitude qu'une fondation de ce genre rencontrera auprès de nos Alliés un assentiment unanime.

Aucune institution dans notre pays n'est aménagée pour recevoir les enfants atteints d'une affection chronique, ou convalescents d'une maladie aiguë. Il a été décidé de consacrer les sommes qui seront recueillies par la souscription nationale, à paier cette lacune.

La station projetée sera construite, face à la Mer, sur un terrain magnifique et dès à présent acquis. Elle commémorera les glorieuses armées libératrices et leurs soldats tombés au Champ d'Honneur. Dans chacune des pierres de l'édifice sera gravé le nom d'un soldat mort en Belgique. Les différents pavillons porteront

VERATRITE



DANS
L'HYPERTENSION



1,000 PREUVES

IRWIN NEISLER & CO., DECATUR, ILLINOIS.

REPRÉSENTANT AU CANADA

HERDT & CHARTON, INC.
MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

— — —
MONTRÉAL

les noms de corps d'armées qui se sont illustrés par des faits d'armes glorieux dans notre pays.

La souscription nationale est, dès à présent, ouverte.

Le siège du *War Memorial Foundation* est établi: 4, rue Montagne du Parc, Bruxelles; compte ch. post. 645.00.»

LE DOCTEUR ALBERT BERTRAND CONFÉRENCIER À VALLEYFIELD

Lors de l'assemblée de la Société Médicale de Beauharnois-Valleyfield, tenue le 25 septembre 1946 à l'Hôtel-Dieu de Valleyfield, le docteur Albert Bertrand, de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, a donné une conférence sur « Le facteur RH en clinique ».

LE DOCTEUR ALBERT JUTRAS EN FRANCE

Le docteur Albert Jutras a été choisi pour renouer les relations avec la France. Sous les auspices du Comité Français des relations culturelles, il fera un court séjour en France. Il prononcera quelques conférences, notamment à Montpellier et à Bordeaux, sur l'évolution de la médecine au Canada et présentera une communication au Congrès de Paris des Electro-radiologistes. Il quittera l'aéroport La Guardia le 4 octobre.

LE DOCTEUR V. BROUSSEAU, BOURSIER TRUDEAU

Le docteur Victor Brosseau, médecin attaché au Sanatorium St-François de Sherbrooke, suivra, pendant un certain temps, les cours donnés au Sanatorium Trudeau, de Saranac Lake, à certains boursiers invités. C'est l'Association Canadienne Antituberculeuse qui a désigné le docteur Brosseau comme boursier.

AGRANDISSEMENT D'UN HÔPITAL

L'hôpital Notre-Dame de l'Espérance, de Ville St-Laurent, a décidé de s'agrandir. Les travaux viennent de commencer pour la construction d'une première aile qui s'ajoutera au corps principal. Les projets prévoient une augmentation des lits allant jusqu'à 110.

UN NOUVEL HÔPITAL À DRUMMONDVILLE

La construction d'un nouvel hôpital à Drummondville doit commencer incessamment.

L'hôpital aura une capacité immédiate de 160 lits et l'édifice sera érigé de façon à être agrandi au besoin jusqu'à un total de 300 lits. On estime le coût de l'entreprise à plus d'un million de dollars.

25^e ANNIVERSAIRE DE LA DÉCOUVERTE DE L'INSULINE PAR SIR F. BANTING

Le 25^e anniversaire de la découverte de l'insuline a été fêté à Toronto lors du Congrès de l'Association Américaine des Spécialistes du Diabète qui s'est ouvert à Toronto, le 16 septembre. A la séance d'ouverture s'est déroulé un programme de commémoration spéciale dédié à la mémoire de sir Frédéric Banting.

CONFÉRENCE À L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Le mercredi, 18 septembre 1946, le docteur Jacques Faure, neuro-psychiatre de Bordeaux (France), a fait, à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, une conférence intitulée: « De quelques nouveautés sur les médications de choc en neuro-psychiatrie ». Cette causerie a été donnée sous les auspices de l'A. C. F. A. S. et du *Journal de l'Hôtel-Dieu*. Présidence du docteur Albert Jutras. Allocutions des professeurs Antonio Barbeau et Emile Legrand.

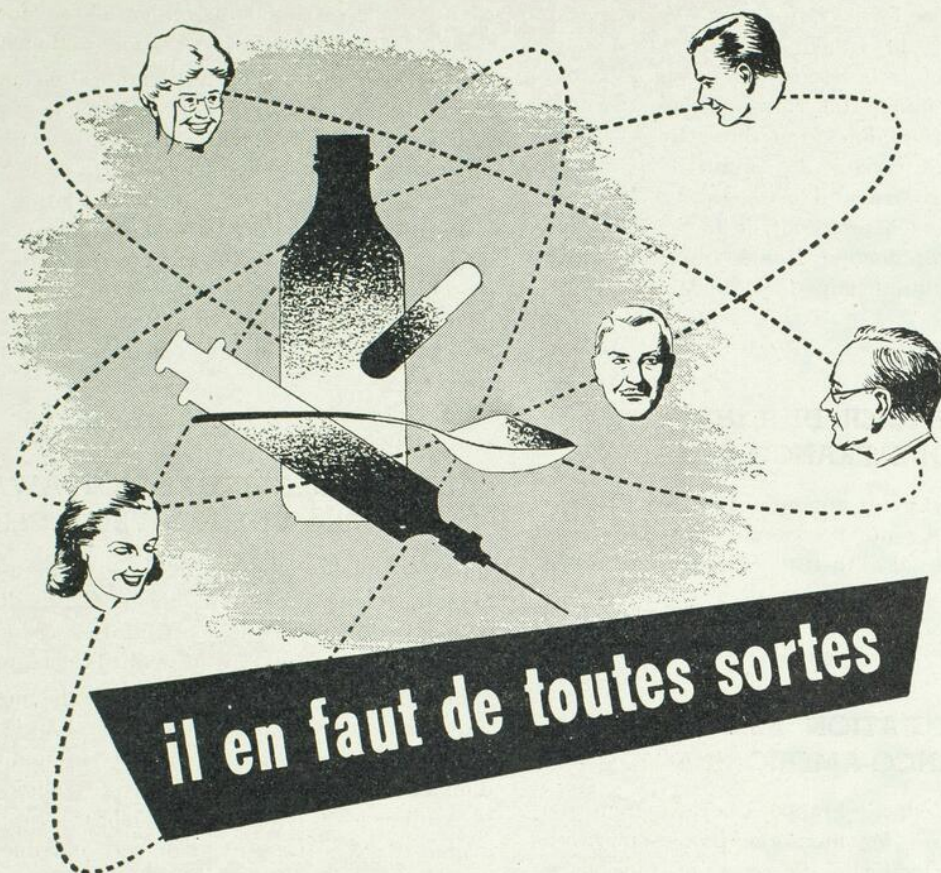
VIENT DE PARAÎTRE

Le docteur Georges Hébert, de l'hôpital Notre-Dame, vient de faire paraître un beau volume intitulé: « Initiation à la médecine », dont la lecture peut être très précieuse aux médecins, aux étudiants en médecine et aux gardes-malades.

INVITÉS D'HONNEUR AU CONGRÈS DE BOSTON

Au nombre des conférenciers invités spécialement au Congrès de Boston de l'Association Médicale Franco-Américaine, on remarque les noms des médecins suivants de Montréal:

Docteur Donatien Marion, membre de la Société d'administration de l'Université de Montréal et di-



il en faut de toutes sortes

L'anémie pernicieuse n'est pas toujours grave au même degré, et le traitement s'en trouve simplifié lorsqu'il existe une variété de produits. Les quatre préparations titrées d'Extrait de Foie Ayerst permettent au médecin de choisir la forme pharmaceutique la mieux appropriée aux besoins de son patient.

EXTRAITS DE FOIE AYERST

POUDRE (No 915)—forme particulièrement économique.

LIQUIDE (No 936)—extrait agréable au goût.

CAPSULES (No 350)—pratiques et économiques.

INJECTABLE (No 499)—traitement intensif.



AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE • *Biologistes et Pharmaciens* • MONTRÉAL, CANADA

377F

recteur général de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada; docteur Armand Frappier, président de la Société Médicale de Montréal et délégué officiel de cette société, directeur de l'Institut de Microbiologie et directeur de l'École d'Hygiène de l'Université de Montréal; docteur Wilbrod Bonin, professeur d'histologie à l'Université de Montréal et ancien président de la Société Canadienne de Biologie; docteur Roméo Boucher, médecin en chef de l'hôpital Saint-Luc, de Montréal.

CONFÉRENCIER DE L'INSTITUT SCIENTIFIQUE FRANCO-CANADIEN

M. Louis Bourgouin annonce l'arrivée fin septembre au Canada du professeur Justin-Besançon comme conférencier de l'Institut Scientifique Franco-Canadien.

L'ASSOCIATION MÉDICALE FRANCO-AMÉRICAINNE

L'Association Médicale Franco-Américaine, qui réunit dans ses cadres les membres franco-américains de la profession médicale du pays, et plus particulièrement dans six États de la Nouvelle-Angleterre, a tenu son huitième congrès dans la ville de Boston, à l'hôpital Copley-Plaza, le 25 septembre 1946.

Cette année, l'Association Médicale Franco-Américaine, présidée depuis 1942 par M. le docteur Omer E. Boivin, de Fall River, reprend la série de ses congrès biennaux après un laps (de 1942 à 1946), commandé par les exigences de la guerre, notamment par les décrets fédéraux sur les transports, qui interdirent pour la durée du conflit mondial la tenue de telles réunions.

Les dames étaient invitées au congrès et leur présence fut considérée comme un honneur et une faveur.

Habilement secondé par MM. les docteurs Frédéric E. Dupré, de Worcester, secrétaire, et Albert C. Poirier, trésorier, et les autres officiers de l'Association, le président, M. le Dr Boivin, avait promis aux congressistes une journée idéale sous tous les rapports.

Suivant la tradition établie par les congrès antérieurs, il y eut, à 2 h. de l'après-midi, un programme médical; les causeries scientifiques et expérimentales furent données par des sommités de la profession, tant du Canada que des États-Unis.

Un soin tout particulier a été apporté à l'organisation de la partie mondaine du congrès. Après le dîner, qui fut servi à 7 heures, dans la grande salle des banquettes, il y eut, à titre de divertissements, du

chant, de la musique instrumentale et une causerie humoristique par le docteur Roméo Boucher.

Dans le texte de l'invitation adressée par le président aux membres franco-américains de la profession médicale, on relève cette phrase, qui ne manqua sûrement pas de retenir leur attention: « Nous voulons voir dans les cadres de l'Association Médicale Franco-Américaine le plus grand nombre possible de médecins de la Nouvelle-Angleterre. Nous comptons sur l'intérêt que vous ne pouvez manquer d'éprouver pour ce groupement fraternel, sur votre coopération, et surtout, sur votre présence à nos prochaines asises. »

L'HÔPITAL GÉNÉRAL D'OTTAWA VA INAUGURER UNE NOUVELLE CLINIQUE

Une nouvelle clinique externe pour indigents à l'Hôpital Général des RR. Soeurs Grises de la Croix sera ouverte à la fin de septembre ou au début d'octobre. Elle sera ouverte le jeudi de chaque semaine.

Le but de cette clinique est le diagnostic et le traitement des rhumatismes en général et de l'arthrite, maladies chroniques qui causent de nombreux cas d'invalidité. Une autre fin de cette clinique est de poursuivre les travaux de recherches se rapportant au diagnostic et au traitement de cette terrible affection.

Le travail dans cette clinique est fait par équipe, c'est-à-dire par un groupe de médecins de la clinique externe de l'Hôpital Général, sous la direction du Dr Léopold Mantha, avec l'assistance du Dr J.-R. Titley. Les médecins consultants seront le Dr J.-C. Rossignol, orthopédiste, le Dr Paul de Varennes, radiologiste, et le Dr Horace Viau, pédiatre.

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La séance de septembre de la Société de Chirurgie de Montréal a eu lieu au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur J.-H. Rivard, le 4 septembre 1946.

Travaux scientifiques au programme:

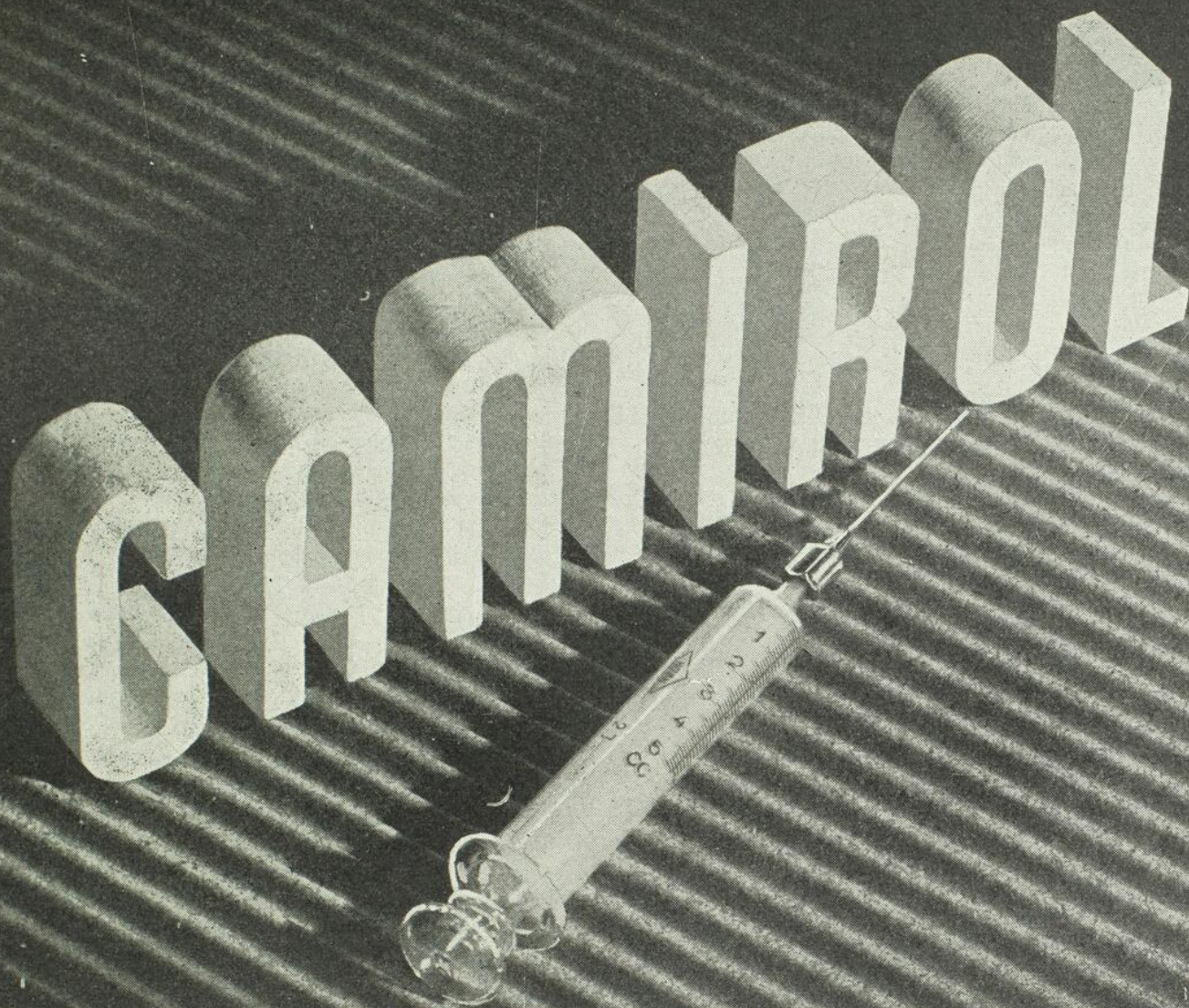
Docteur J.-C. Favreau: Ostéomyélite vs sulfamidés et pénicilline;

Docteur L. Julien: Rupture spontanée de l'utérus — présentation d'un cas;

Docteur A. Samson: Traitement du coxa vara.

* * *

La réunion d'octobre de la Société de Chirurgie de Montréal a eu lieu au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur J.-H. Rivard, le mercredi 2 octobre 1946, à 4.30 h. p.m.



Nouvelle Médication

*pour la sinusite et les infections
des voies respiratoires*

Injection Intramusculaire

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLEGE MCGILL, MONTRÉAL

FORMULE

Iodoforme Menthol
Iodures Camphre

Ampoule de 1 cc.

(En solution huileuse de
faible acidité)

- Communications scientifiques au programme:
- a) Pneumonectomie pour tumeur du poumon:
docteur P.-M. Ricard.
 - b) Considération sur l'hystérectomie totale:
docteur Pierre Meunier.
 - c) Etude ostéologique du pied:
docteur R. Larichellière.

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU BAS-SAINT-LAURENT

Récemment eut lieu à la Rivière-du-Loup une réunion très importante et très bien suivie des médecins des comtés du Bas-St-Laurent. Cette réunion se tint sous la forme d'une journée médicale. Le président était le docteur L.-F. Dubé, de Notre-Dame-du-Lac, comté de Témiscouata. Le secrétaire de la Société Médicale du Bas-Saint-Laurent est le docteur Joubert, de Priceville.

À LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL À QUÉBEC

M. le docteur Jos. LeBlond vient d'être nommé « Officier Médical » à la Commission des accidents du travail à Québec.

Le Dr Jos. LeBlond est un de nos médecins des mieux connus et des plus accrédités de Québec et de ses environs. Il a pratiqué pendant près de vingt-cinq ans dans la ville de Lévis comme un des premiers chirurgiens de l'hôpital de cette ville. Maire et président de la commission scolaire de cette même ville pendant plusieurs années, et commissaire du Hâvre de Québec.

Diplômé en hygiène publique D.P.H., la ville de Lévis lui doit, lors de son administration comme maire, des mesures sanitaires de la plus haute importance, entre autres: une usine de filtration des eaux de boissons, usine des plus modernes. La fièvre typhoïde qui régnait à l'état endémique dans cette ville a disparu complètement après l'épuration de ces eaux.

Félicitations au docteur LeBlond pour sa nomination.

RÈGLEMENTS DES STUPÉFIANTS

Dès le 1er septembre prochain, les pharmaciens détaillants ne seront plus requis de garder sous clé les préparations codéinées mentionnées spécifiquement

à l'article huit de la Loi de l'opium et des drogues narcotiques. C'est ce que l'hon. Dr J. J. McCann, ministre suppléant de la Santé nationale et du Bien-Etre social a fait observer dernièrement.

D'autres changements dans la Loi comportent la codification, en une seule liste, des stupéfiants énumérés dans l'Annexe de la Loi et une disposition prévoyant que certaines préparations codéinées, lorsqu'elles sont combinées avec d'autres ingrédients médicinaux convenables, peuvent être vendues sans ordonnance par les pharmaciens détaillants, pourvu que ces préparations portent l'étiquette voulue. Cela comprend tous les produits contenant un huitième de grain de codéine, lorsque sous forme solide, ou un tiers de grain à l'once liquide, lorsque sous forme liquide, pourvu que cette drogue soit combinée avec d'autres ingrédients médicinaux convenables.

Il n'est pas nécessaire d'inscrire dans le registre des stupéfiants les ventes de préparations codéinées tombant sous le coup de la Loi, à moins que le pharmacien ne le désire ainsi, mais les ordonnances doivent être gardées dans les archives et être disponibles pour inspection en tout temps.

On a aboli les règlements du temps de guerre qui permettraient aux pharmaciens d'accepter des ordonnances au téléphone et de remplir des prescriptions d'urgence pour de la codéine mais M. K. C. Hossick, chef du Bureau des Stupéfiants a fait observer que l'abolition de ce privilège est compensée par le fait que point n'est plus besoin d'ordonnance pour les préparations codéinées mentionnées à l'article huit de la Loi.

RETRAITE DE M. J.-G.-A. VALIN

Ottawa. — L'hon. Brooke Claxton, ministre de la Santé nationale et du Bien-Etre social, annonce la retraite de M. J.-G.-A. Valin, analyste fédéral en chef, après 45 ans de services dans l'administration.

Le Dr C.-A. Morrell, d'Ottawa, chef adjoint, a été nommé analyste fédéral en chef suppléant.

M. Valin a fait ses études à l'Université d'Ottawa et à l'Université McGill de Montréal. Entré au ministère du Revenu de l'Intérieur en 1901, il fut nommé analyste en 1903. Il devint chef d'un service de laboratoire nouvellement organisé à Montréal en 1921, puis adjoint à l'analyste fédéral en chef en 1938. Il succéda à M. H. M. Lancaster comme analyste en chef en août 1945.

M. Valin faisait partie du comité des examinateurs institué sous le régime de la Loi sur les falsifications qui précéda la Loi des aliments et des drogues. Il remplit des fonctions analogues pour l'Institut canadien de chimie. Il a présidé la section québécoise de

Meilleure protection contre les infections respiratoires par le



Préparé d'après la *Nouvelle* Formule d'une *haute* Activité

Les Comprimés de Vaccin Oral 'Vacagen' contre le rhume constituent un produit biologique unique en son genre pour l'immunisation prophylactique contre le rhume banal, et pour diminuer la gravité, la durée et les complications qui se rencontrent dans la phase bactérienne des infections aiguës des voies respiratoires.

La formule des Comprimés 'Vacagen' a été modifiée dans le but de leur conférer un pouvoir immunisant plus étendu et plus élevé contre les organismes pathogènes virulents qui se rencontrent dans les infections aiguës des voies respiratoires supérieures.

L'extrait bactérien total contenu dans chaque comprimé a été porté de 60,000 millions à 100,000 millions d'organismes — ce qui donne une augmentation d'activité de 66% pour cent! En outre, le nombre de types de chacune des espèces a été augmenté d'après les découvertes cliniques récentes en vue d'inclure les types les plus virulents et les plus répandus.

Chaque comprimé 'Vacagen' contient maintenant les fractions antigènes solubles provenant d'environ 100,000 millions d'organismes:

Pneumocoques (Diplococcus pneumonia)	50,000 millions
(Types 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 14)	
Streptocoques hémolytiques bêta (groupe A)	20,000 millions
(Types 1, 3, 5, 6, 12, 17, 18, 19)	
Bacille de l'influenza (Hemophilus influenzae)	10,000 millions
(Type B)	
M. catarrhalis (Neisseria catarrhalis)	5,000 millions
Bacille de Friedlander (Klebsiella pneumoniae)	5,000 millions
(Type A)	
Staphylocoque doré (hémolytique)	10,000 millions

La dose suggérée—pour les adultes et les enfants—est d'un comprimé par jour, pris à jeun sept jours de suite; puis, d'un comprimé une ou deux fois par semaine durant les époques où les infections respiratoires sont plus fréquentes.

Les Comprimés de Vaccin Oral 'Vacagen' contre le rhume sont présentés en flacons de 20, de 100 et de 1000.

Sharp & Dohme (Canada), Ltd.,
Toronto 5, Ontario.



cet Institut, ainsi que le groupement régional québécois du « Professional Institute of the Civil Service of Canada » dont il est membre à vie.

NOMINATION DE M. K. C. HOSSICK

Ottawa. — L'hon. Dr J. J. McCann, ministre suppléant de la Santé nationale et du Bien-Etre social, a annoncé récemment la nomination de M. K. C. Hossick, d'Ottawa, au poste de directeur du Bureau des Stupéfiants. Cette division du Ministère est chargée de l'application de la Loi de l'opium et des drogues narcotiques et d'exécuter les engagements du Canada, dans la réglementation internationale du commerce des drogues.

M. Hossick, directeur adjoint du Bureau depuis 1928, succède au colonel C. H. L. Sharman, qui a pris sa retraite au début de l'année.

Avant d'entrer au service du ministère de la Santé, M. Hossick a été pendant neuf ans dans la Gendarmerie Royale en qualité d'officier préposé à la division médicale des quartiers généraux à Ottawa.

NOMINATION DE M. C. W. GILCHRIST

Ottawa. — Le lieutenant-colonel C. W. Gilchrist, O.E.B., D.E., ancien chef des Relations avec la presse de l'Armée canadienne sur le théâtre de la Méditerranée et dans le nord-ouest de l'Europe, vient d'être nommé directeur des Services d'information du ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social, par la Commission du service civil fédéral.

C'est le ministre suppléant de la Santé nationale et du Bien-Etre social, l'hon. Dr J. J. McCann, qui a annoncé cette nomination. Le Dr McCann a expliqué que la Division était chargée de publier une grande variété de documentation instructive sur l'hygiène, préparée par le Gouvernement fédéral.

Avant la guerre, le nouveau directeur a occupé pendant sept ans le poste d'administrateur du *Telegraph-Journal* et de *L'Evening Times-Globe*, de Saint-Jean, N.-B.

CONCOURS POUR UNE ŒUVRE D'ART

Un concours ouvert aux médecins pour une œuvre d'art ayant pour titre « Courage et dévouement à l'appel du devoir » et comportant un prix de \$34.000 sera jugé au cours de la réunion annuelle de l'« American Medical Association » à Atlantic City, 9-13 juin 1947.

On pourra aussi soumettre des œuvres artistiques sur d'autres sujets pouvant être primées et récompensées par des coupes et médailles.

La date de clôture des envois sera le 15 mai 1947. Pour renseignements, écrire à: Dr F. A. Redewill, secrétaire de l'« American Physicians Art Association », Ford Building, San Francisco, Californie, ou au commanditaire, Mead Johnson & Company, Evansville 21, Ind., U.S.A.

CONTREPOISONS ET ANTIDOTES

Il ne se passe guère de semaines sans que les journaux ne nous apportent la nouvelle de quelque empoisonnement. Voici ce que conseille en pareil cas un hygiéniste du ministère provincial de la Santé et du Bien-Etre social:

Trois principes dominant le traitement domestique des empoisonnements, affirme-t-il; toujours faire appel au médecin et en l'attendant se servir des antidotes domestiques comme suit: les alcalins pour les empoisonnements par acides; les acides contre les empoisonnements par alcalins. Faire vite, garder son sang-froid, rassurer le malade.

Les poisons se rangent dans quatre classes, quelle que soit leur origine, minérale, végétale ou animale: irritants quand ils produisent une inflammation dans les parties du corps avec lesquelles ils viennent en contact; stupéfiants quand ils affectent les fonctions du système nerveux; infectieux quand ils causent une infection de l'organisme par des bactéries pathogènes ou leurs produits toxiques; venimeux comme les morsures ou les piqûres.

Si le poison a été pris par la bouche, il y a trois choses indispensables à faire: faire rejeter le poison par un émétique amenant le vomissement; neutraliser les effets du poison par son contrepoison ou un antidote approprié. Si est trop tard, essayer de réparer les dommages causés à l'organisme.

Emétiques: Les trois émétiques domestiques sont la moutarde, le sel de table, le lait ou l'eau chaude (pas bouillante); l'eau chaude se donne dans tous les cas, la moutarde quand le poison amène un état de sédation, le sel de table dans le cas d'un effet irritant.

Les antidotes alcalins sont l'eau de chaux, l'eau de savonnage, l'ammoniaque diluée. Les antidotes acides sont le vinaigre, le jus de citron et d'autres fruits pareils. Si l'acide est concentré, ne pas se servir de craie ou d'autres carbonates; pas d'émétiques.

Dans tous les cas où les organes respiratoires sont affectés, la respiration artificielle (méthode Schafer) est indiquée sans retard. Ne manquez jamais d'appeler un médecin dans les cas d'empoisonnement.

AGRIPPOL



ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE

INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.



COMPOSITION

Acétophénétidine Acide acétylsalicylique
Chlorhydrate d'aminoxide-atropine

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

— MONTREAL

35.000 PERSONNES AUX CLINIQUES ANTITUBERCULEUSES

Plus de trente-cinq mille personnes se sont présentées au cours des premiers six mois de 1946 aux quelque onze cents cliniques antituberculeuses tenues pendant cette période dans les territoires munis d'Unités sanitaires. C'est dire que le milieu dans lequel évoluent ces gens a bénéficié d'une protection avantageuse tant pour les individus que pour leur famille. Médecins cliniciens et infirmières assurent le dépistage des cas, répandent les notions indispensables à la prévention de la maladie et mettent en garde contre les dangers de la contagion par contacts. L'expérience acquise depuis de nombreuses années, les milliers de guérisons connues établissent définitivement la preuve que la tuberculose est curable. Plus le traitement est institué de bonne heure, plus la guérison est facile. Il faut donc consulter le médecin dès le début de la maladie, suivre ses conseils et continuer le traitement aussi longtemps qu'il le juge nécessaire. Ce travail accompli sous l'impulsion du ministère provincial de la Santé et du Bien-Etre social, que dirige l'hon. Dr J.-H.-A. Paquette, donne d'excellents résultats puisqu'en ces dernières années le taux de la mortalité par tuberculose a diminué de 34.7. Voilà ce qu'on apprend à la lecture d'un relevé préliminaire des travaux accomplis par les Unités sanitaires de la province au cours du premier semestre de 1946.

Examen de 250,000 enfants de moins de six ans

L'importance accordée à la famille québécoise par le ministère que dirige l'hon. Dr J.-H.-A. Paquette s'est traduite au cours du premier semestre de 1946 par une propagande intensive dans maints autres domaines et spécialement en puériculture. Dans le but de renseigner les parents sur la santé de leurs enfants, médecins et infirmières hygiénistes des Unités sanitaires ont fait subir plus de 250,000 examens physiques ou médicaux aux nombreux nourrissons et enfants d'âge préscolaire (moins de six ans) que leurs parents ont conduits aux cliniques de puériculture. L'examen médical périodique est indispensable à qui veut vivre longtemps. Mères de famille, vous n'avez rien à perdre et tout à gagner en sachant exactement quel est l'état de santé de votre enfant. S'il est bien portant, vous en aurez la certitude. S'il souffre de quelque déficience, vous ne perdrez pas votre temps à rechercher les moyens de le remettre en bonne voie, peut-être préviendrez-vous l'éclosion de quelque maladie et lui épargnerez-vous malaises et douleurs qui se préparent. Soyez prudentes et vous éviterez bien des ennuis.

GARE AUX ÉCHARDES ET AUX AMPOULES

Les moindres plaies peuvent ouvrir la porte à des infections graves. Il est donc important de surveiller mêmes les contusions secondaires et les ecchymoses. On peut les traiter à l'eau froide. On devrait même porter une plus grande attention aux échardes comme aux ampoules.

Les échardes

L'enlèvement des échardes est une chose souvent nécessaire. Cette simple opération exige plus d'adresse qu'on ne l'imagine. Voici ce que conseille à cet égard un hygiéniste du ministère de la Santé et du Bien-Etre social:

« Si l'écharde n'a pas pénétré profondément, on peut l'enlever aisément en prenant la précaution de stériliser l'aiguille ou le couteau dont on se sert. Ceci peut se faire en les passant dans la flamme ou en les faisant bouillir pendant cinq minutes. Après avoir enlevé l'écharde, on presse sur la plaie pour la faire saigner un peu, puis on applique la teinture d'iode (ou mercure au chrome) et un pansement.

« Si l'écharde est entrée profondément, c'est affaire à un médecin et non à un novice en pansements à l'enlever. En essayant de la retirer, on risque de l'enfoncer plus profondément, ce qui peut amener des conséquences graves. Appliquez de la teinture d'iode (mercure), puis un pansement, et allez chercher le médecin au plus tôt pour ne pas donner aux humeurs des tissus la chance d'amollir le bois. »

Ampoules

« Pour ouvrir les ampoules, dit le même hygiéniste, servez-vous d'une aiguille stérilisée et touchez légèrement à l'iode l'endroit où vous ponctionnerez. Après avoir exprimé l'eau ou le sang, couvrez d'un peu de vaseline puis d'un léger pansement protecteur. S'il se produit de la rougeur autour d'une ampoule, adressez-vous au médecin. »

UN ENVOI POUR PARERAGON?

L'édition nouvelle de Parergon est en préparation. Si vous désirez que l'on juge l'opportunité de faire paraître toute œuvre artistique de vous dans l'édition en préparation (au delà de 750 reproductions), on vous prie d'envoyer immédiatement par avion des photos à surface glacée de ces œuvres (8 x 10 pouces de préférence) à l'éditeur de Parergon: Mead Johnson & Company, Evansville 21, Indiana, U.S.A.

La catégorie d'œuvres d'art acceptables comprend: peinture à l'huile, peinture à l'eau, sculpture, dessins, pastels, eaux fortes, estampes, gravures, lithographies, gravures sur bois et linoléum, photographies simples et en couleur, céramique, travaux sur bois ou métal, joaillerie, travaux à l'aiguille, maquettes de vaisseaux.

AMINO-VITOL contient les ingrédients indispensables à être administrés dans les déficiences protéiniques, les anémies symptomatiques, l'amaigrissement, et la perte d'appétit ainsi que durant les diètes sévères.

AMINO-VITOL, contenant 10% d'acides aminés, pourra être prescrit dans l'hypoprotéinémie. L'extrait de foie et le fer combattront la déglobulisation et les vitamines B stimuleront l'appétit et arrêteront l'amaigrissement.

AMINO-VITOL

CONTIENT PAR 100 C.C.:

Acides Aminés avec Tryptophane	10 grms
Extrait de foie	5.417 grms
Hémoglobine	1.296 grms
Glycérophosphate de soude	0.864 grms
Peptone	0.434 grms
Sérum frais de cheval	134 gouttes
Chlorure de thiamine "B ₁ " par c.c.	0.158 mgms
Riboflavine "B ₂ " par c.c.	0.062 mgms

POSOLOGIE

Deux cuillerées à thé, trois ou quatre fois par jour.

MONODIUM

VOMICIDE

TONISEDINE

VEINASE

HEMO-VITOL

LACTO-BIOS

FERMENTS LACTIQUES VIVANTS
CONCENTRÉS ET SÉLECTIONNÉS

Rend le milieu intestinal contraire aux microbes pathogènes.

INDICATION: affections des voies digestives en particulier, dyspepsies gastro-intestinales, fermentations et putréfactions intestinales, auto-intoxication, diarrhées des enfants et adultes, *eczéma* et *urticaire*.

CONTIENT EN PLUS DES FERMENTS LACTIQUES:

Phosphore	2.60%	Sodium	0.60%
Calcium	1.75%	Potassium	2.50%
Magnésium	0.25%	Protéines	17.68%
Chlore	1.26%	Lactose	61.17%
Fer	0.036%	Acide lactique	0.50%

POSOLOGIE:

DOSES thérapeutiques: 2 ou 3 cuillerées à thé, deux fois par jour.

DOSES prophylactiques: 1 cuil. à thé deux fois par jour.
Prendre LACTO-BIOS dans un peu de lait ou d'eau sucrée avant les repas.

Laboratoire

MAROIS

Montréal

J. EDDÉ LIMITÉE

Édifice New Birks, MONTRÉAL

PRODUITS
récemment arrivés de France

TRÉPHONYL du Dr Roussel

Ampoules buvables.

Extrait de Foie frais embryonnaire. Sérum hémopoïétique.

Régénérateur de la cellule.

SALICYLNA

Comprimés dosés à 0 Gr. 50 de Salicylate de Soude chimiquement pur,

Toutes les indications du Salicylate.

EUTENSYL

Régulateur de l'hypertension.

BALSAMORHINOL

*Huile balsamique, antiseptique et décongestionnante.
(Flacon avec bouchon instillateur)*

GOUTTES I.A.M.

Iode, Arsenic et Manganèse.




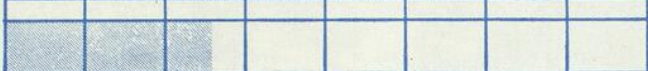
Tonique puissant et d'effet rapide.

VULCASE

Comprimés.

Dépuratif soufré.

Dans
L'AMYGDALITE
 Comparez la valeur du...

Pénicilline		— 7.78 jours ¹
Traitement symptomatique		— 6.30 jours ²
Sulfanilamide		— 5.30 jours ²
LARYNGOBIS..		— 2.68 jours ²

1. Journées d'hospitalisation. J.A.M.A. 131:1050, 1946.
 2. Durée de la maladie, Silber J. Pediat., 25:3, 1944.

Ce sont les remarquables résultats cliniques obtenus avec les suppositoires LARYNGOBIS qui ont incité des milliers de médecins à adopter cet agent chimiothérapique moderne. Ses avantages comprennent une grande facilité d'administration, la suppression rapide de la douleur et de la fièvre et l'absence complète de toxicité aux doses thérapeutiques.

SUPPOSITOIRES

LARYNGOBIS

(Sel bismuthique de l'acide heptadienecarboxylique)



Boîte de 2 et 12 suppositoires.

Deux dosages différents suivant l'âge: Adultes et Enfants.

Prière de bien vouloir spécifier le dosage dans la prescription.



LABORATOIRES
Lafayette LTÉE

Agents exclusifs: CRAVET Ltée, 1410, rue Wolfe, MONTRÉAL.

m a î t r i s e . . .

La maîtrise des hémorragies capillaires et veineuses réduit les pertes de sang qui accompagnent ou suivent les opérations chirurgicales. Employé thérapeutiquement pour enrayer et maîtriser les hémorragies en hémoptysie, épistaxis, ulcères sanguinolents, hématurie, purpuras et hémophilie, KOAGAMIN* réduit les pertes de sang des malades. Il économise du temps aux médecins.

Notre contrôle de laboratoire de KOAGAMIN vous garantit un produit non-toxique et exempt de pyrogène. KOAGAMIN peut s'administrer soit par injections intraveineuses, soit par injections intramusculaires. Livré en ampoules de 10 cm. KOAGAMIN se maintient stable indéfiniment.

Documentation s'enverra à la demande



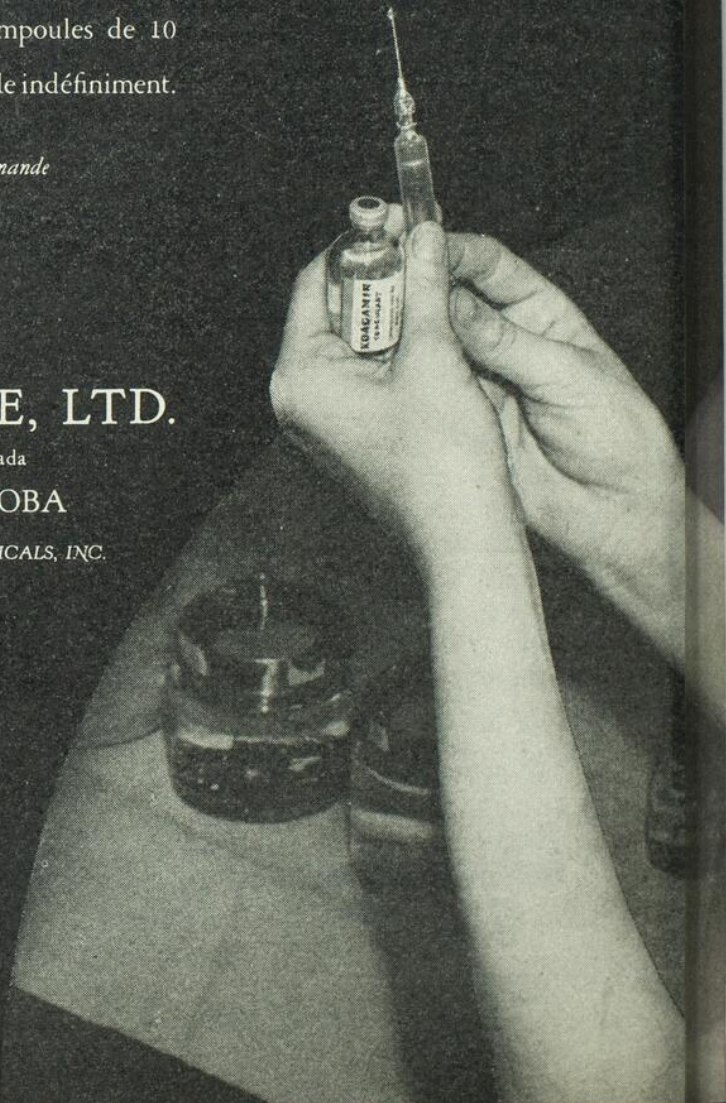
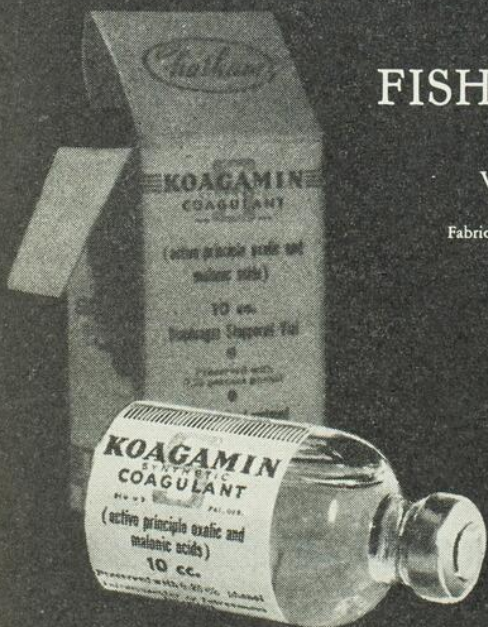
FISHER & BURPE, LTD.

Distributeurs exclusifs au Canada

WINNIPEG, MANITOBA

Fabriqué par CHATHAM PHARMACEUTICALS, INC.

Newark 2, N. J., U. S. A.



* KOAGAMIN est la marque enregistrée de Chatham Pharmaceuticals, Inc.

TRAITEMENT DES TROUBLES DU FOIE PAR LES DRAGÉES ENTÉRIQUES

ENTERYDINE

(Autrefois Entero-Boldine)

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

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

CHAQUE DRAGÉE CONTIENT:

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

MODE D'EMPLOI:

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

DRAGÉES GLUTINISÉES

PYÉLOSE

DIURÉTIQUE ACIDIFIANT MICROBICIDE

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

Réalise la désinfection des voies biliaires et urinaires.

CHAQUE DRAGÉE CONTIENT:

Mandelate de Calcium	.06 gm.	Phosphate d'Ammonium	.06 gm.
Hydrate de Terpène	.03 gm.	Acide Nicotinique	.03 gm.
	Benzométhoxyquinoléine	.04 gm.	

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

CIRCULAIRES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE.

LABORATOIRES DESAUTELS LABORATORIES
LIMITÉE MONTREAL CANADA LIMITED



AL - U - LAC

pour Troubles d'Estomac



Traitement effectif dans tous les cas d'ulcères gastriques et duodénaux, hyperacidité gastrique et acidité qui accompagne la gastrite chronique.

AL-U-LAC agit comme agent physique aussi bien que chimique: son action étant adsorbante et neutralisante, la neutralisation graduelle ne produit pas d'alcalose du système.

Flacons de 50 et 100 comprimés.

Littérature et échantillons sur demande

SMALLWOOD PHARMACEUTICALS LIMITED

Biologistes — Pharmaciens — Chimistes

TORONTO

CANADA

ORANGEVILLE

Parce qu'il y a des preuves frappantes d'anomalies dans la nutrition...*

*Margolis, H. M.: *Diagnosis and Treatment of Arthritis and Allied Disorders*, New York, N. Y., Paul B. Hoeber, Inc., 1941, p. 59.

Presque tous les rapports publiés récemment sur le traitement de l'arthrite soulignent la valeur thérapeutique de toutes les vitamines essentielles dans le traitement de l'arthritique.

Vitamine D Plusieurs investigateurs ont rapporté des résultats bienfaisants obtenus par l'administration de doses massives de vitamine D dans les affections rhumatismales. Dans la plupart de ces comptes rendus, l'on insiste sur la nécessité de quantités suffisantes de *toutes* les vitamines essentielles.

Vitamine A Le besoin de fortes quantités de vitamine A chez l'arthritique est basé sur le fait que ce malade a besoin de 4 à 10 fois plus de vitamine A que la quantité ordinairement absorbée dans le régime habituel; ce qui explique l'apparition fréquente de symptômes de carence de vitamine A chez l'arthritique.

Vitamine B *Thiamine, riboflavine, pyridoxine, pantothénate de calcium.* Plusieurs spécialistes des affections rhumatismales ont souligné l'importance d'un apport considérable du complexe vitaminique B dans le traitement de l'arthrite chronique. Les symptômes caractéristiques d'une déficience de ce complexe, fréquemment rencontrée chez l'arthritique, non seulement influencent défavorablement le processus arthritique, mais accentuent le malaise du syndrome typique.

Vitamine C L'arthritique a un besoin considérablement accru de vitamine C.

Vitamine E Des résultats bienfaisants ont été obtenus par l'administration de la vitamine E lorsque l'arthrite se complique de fibrosite. La vitamine E trouve sa place véritable dans le traitement de l'arthrite, puisque les tissus mous sont habituellement en cause dans cette affection.

DARTHRONOL offre — en une seule capsule et en teneurs équilibrées — les neuf vitamines qui jouent un rôle important dans le traitement de l'arthrite, comme l'affirment un grand nombre de chercheurs.

Bibliographie complète envoyée sur demande.



J. B. Roerig & Company (Canada) Limited
256 Chilver Road, Windsor, Ontario

DARTHRONOL pour l'arthritique
une préparation de **ROERIG**

REDUCTION DU NOMBRE D'INJECTIONS DE PENICILLINE A UNE OU DEUX PAR VINGT-QUATRE HEURES

Depuis la première communication de Romansky sur les teneurs sanguines satisfaisantes en pénicilline obtenues et maintenues durant dix-huit heures à la suite d'une injection de 300,000 unités internationales de pénicilline calcique en solution dans la cire d'abeilles et l'huile d'arachide, les Connaught Medical Research Laboratories ont poursuivi des recherches expérimentales et des études cliniques sur le traitement de la gonorrhée et de la pneumonie. Il a été amplement confirmé que l'administration de pénicilline préparée selon la formule de Romansky maintient dans le sang le niveau de pénicilline requis pour le traitement de la gonorrhée et de certaines autres affections, et permet de ne donner qu'une injection par douze ou vingt-quatre heures.

Les Connaught Medical Research Laboratories ont préparé un produit convenable qui s'administre facilement grâce à une seringue en plastique fournie avec chaque dose et qui ne sert qu'une fois. Cette seringue, munie d'une aiguille stérile, est prête à servir immédiatement avec une cartouche spéciale contenant 300,000 unités de pénicilline calcique en solution dans 1 cc. de cire d'abeilles et d'huile d'arachide.

Autres Préparations de Pénicilline fabriquées par ces Laboratoires

Injectable

PÉNICILLINE SODIQUE en fioles
scellées contenant:

100,000	Unités Internationales
200,000	“ “
300,000	“ “
500,000	“ “

Orale

PÉNICILLINE CALCIQUE sous forme
de comprimés, en tubes de:

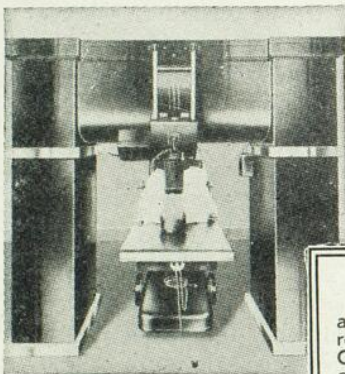
12 comprimés de 25,000
Unités Internationales
12 comprimés de 50,000
Unités Internationales

CONNAUGHT MEDICAL RESEARCH LABORATORIES
University of Toronto
Toronto 4, Canada

KELEKET

ÉQUIPEMENT de RAYONS X

Les appareils Keleket illustrés ci-dessous comptent parmi ceux que peuvent maintenant se procurer les institutions et les médecins canadiens.



KELEKET SUPERAY 400

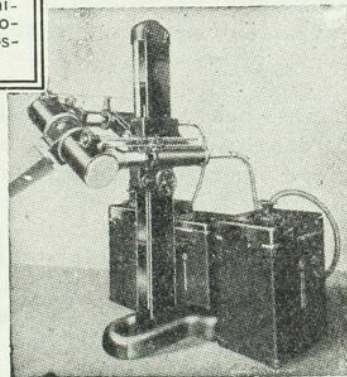
Cet appareil indépendant de 400 KV, mis au point par Keleket, réunit une compacité et une flexibilité insurpassées. L'équipement est solidement supporté de façon à protéger le patient et l'opérateur. Le tambour doublé de plomb est fixé en position. Le faisceau de rayons X est contrôlé par un porte-cône facilement ajustable. La distance de traitement se règle en élevant le patient sur la table de traitement Keleket. L'angulation et la distance de traitement se contrôlent avec une facilité inégalée par aucun autre appareil du même genre.

L'Ontario Cancer Treatment and Research Foundation a choisi ces deux appareils pour sa nouvelle Clinique pour Cancéreux qui doit servir de clinique modèle à cette société au General Hospital de Kingston.

APPAREIL KELEKET DE 220 KV POUR THÉRAPIE PROFONDE

Commodité, flexibilité et robustesse, voilà les avantages distinctifs de l'Appareil de 220 KV à Immersion dans l'Huile pour Thérapie Profonde. L'angulation s'ajuste du bout des doigts; tous les mouvements s'ajustent au micromètre. Le tube est compact et reste froid; on peut l'employer en contact direct avec le corps du patient. Les transformateurs immergés dans l'huile permettent une installation compacte.

X-36AF



Notices descriptives illustrées envoyées sur demande s'adresser à
X-RAY and RADIUM INDUSTRIES LTD.
 261 DAVENPORT RD. TORONTO 5

313 DOMINION SQUARE BLDG.
MONTREAL, QUE.

705 LINDSAY BLDG.
WINNIPEG, MAN.

11 MERRICK BLDG.
EDMONTON, ALTA.

Messieurs les Medecins!

Ce service GRATUIT de bulletins sur l'ASSURANCE-SANTÉ est de première importance pour VOUS.

L'assurance-santé, tant sur le plan national que provincial, est d'importance capitale pour les médecins et les spécialistes canadiens. Leur carrière, leurs émoluments, l'avenir même de la médecine et des recherches de laboratoire sont en cause.

Le docteur T. C. Routley, secrétaire général de la Canadian Medical Association disait récemment que "la profession médicale devrait poursuivre l'étude de cette question". Beaucoup d'autres médecins éminents ont aussi conseillé à leurs confrères de se tenir constamment au courant des plus récents développements à ce sujet.

L'assurance-santé étant aussi de premier intérêt pour les fabricants de produits pharmaceutiques, notre association publie périodiquement, depuis déjà quelque temps, un bulletin d'assurance-santé, un abrégé objectif et désintéressé des plus récents développements à ce sujet. Soigneusement rédigé, il fournit à nos membres l'information que leurs multiples occupations ne leur laissent pas le temps de rechercher dans les journaux et les revues.

Comme beaucoup de médecins aimeraient sans doute recevoir régulièrement un exemplaire de ce bulletin, nous sommes heureux d'offrir gratuitement un abonnement à tout médecin qui en fera la demande.

Pour recevoir un exemplaire de l'abrégé No 19 ainsi qu'une chemise pour classer chaque bulletin sur réception, il vous suffit de remplir ce coupon ou envoyer votre adresse professionnelle à



**CANADIAN PHARMACEUTICAL
MANUFACTURERS' ASSOCIATION**
SUITE 924, DOMINION SQUARE BUILDING, MONTREAL



Canadian Pharmaceutical Manufacturers' Association, Suite 924 Dominion Square Building, Montreal,
Veuillez ajouter mon nom à votre liste d'abonnés à: L'assurance-santé en abrégé.

Nom.....

Adresse.....

Ville..... Prov.....

DELBIASE

METHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR P. DELBET

STIMULANT
BIOLOGIQUE GÉNÉRAL

PAR
MINÉRALISATION
MAGNÉSIIENNE
DE L'ORGANISME



LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-1er
PARIS 8e

SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE
INCORPORÉE

680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTRÉAL

AU POINT DE VUE CLINIQUE



Le Lait de Magnésie Phillips'

peut être prescrit dans les cas où une douce action laxative et antiacide gastrique est indiquée telle que:

CONSTIPATION

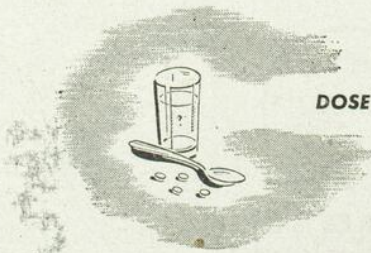
RHUMES

ULCÈRES

HYPERACIDITÉ

Comme laxatif: agit doucement sans occasionner de besoins pressants et embarrassants.

Comme antiacide: Ne contient aucun carbonate, donc aucun gonflement incommode. Assure un soulagement efficace.



DOSE: Laxatif: 2 à 4 cuillerées à soupe

Antiacide: 1 à 4 cuillerées à thé,
ou 1 à 4 comprimés

Avis: Employez-le tel que prescrit seulement.

EMPAQUETAGES

Liquide

Bouteilles de 4 onces
Bouteilles de 12 onces
Bouteilles de 26 onces

Comprimés

Boîte de 30
Flacons de 75
Flacons de 100

Le Lait de Magnésie Phillips'
est préparé exclusivement par

THE CHAS. H. PHILLIPS CO. DIVISION
of Sterling Drug Inc. • 1012 ELLIOTT STREET, WEST • WINDSOR, ONTARIO

ANTISEPSIE

Dans les cas rares et dans la pratique quotidienne

L'administration heureuse du lavage intrapleurale dans un cas de pyothorax et de fistule bronchique a été décrit par Gilmour en 1937. On choisit comme antiseptique le Dettol que l'on utilisa d'abord à une concentration de 1 dans 20 et plus tard à pleine concentration. A la fin de chaque lavage, 20 cc de Dettol pur furent laissés dans la cavité pleurale. Une partie en fut expectorée par la fistule, tandis que l'autre fut avalée sans inconvénient. On poursuivit le traitement pendant 7 semaines, au bout de quoi l'espace pleural allait en s'oblitérant, le liquide devenait séreux et l'état général du patient se présentait comme très satisfaisant. La guérison se poursuivit sans incident.*

*Santon Gilmour. (1937) *Tubercle*, vol. 19, p. 105.

Un cas rare, sans aucun doute: cependant il n'est pas sans présenter quelque relation avec les problèmes de la pratique quotidienne.

Car que peut-on raisonnablement conclure au sujet des propriétés d'un anti-

septique que l'on peut utiliser ainsi, pendant si longtemps et avec un tel résultat? Evidemment, il doit posséder un haut pouvoir bactéricide; il doit être non toxique, même à pleine concentration et même en contact prolongé avec la membrane muqueuse gastro-intestinale et la plèvre. Il doit aussi être non irritant et non corrosif, car autrement il aurait accru la susceptibilité des tissus pour l'infection et entravé le processus naturel de cicatrisation.

Et, en fait, la pratique médicale depuis plus de 12 ans, a démontré que pour tous les cas qui demandent une antiseptie rapide, efficace et sûre, Dettol réunit à un haut degré ces propriétés fondamentales d'un antiseptique destiné à l'usage général en médecine, en chirurgie et en obstétrique.

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
 - ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
 - ŒUVRES SOCIALES DE MÉDECINE PRÉVENTIVE
 - VACCINATION **GRATUITE** CONTRE LA TUBERCULOSE PAR LE BCG
 - PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

PURETÉ — SÉCURITÉ — EFFICACITÉ

Excipient huileux

“ARACOL”

pour l'injection intramusculaire de la PÉNICILLINE

Prolonge l'action de la Pénicilline d'au moins 12 hrs

■

Economique: une ou deux injections par jour de Pénicilline dans l'Aracol suffisent

le médecin y gagne en prenant quelques secondes pour préparer lui-même son émulsion

Pratique: Indolore

fond et se liquéfie rapidement — s'émulsionne instantanément — s'injecte aisément — se résorbe rapidement

N. B. — Bien mesurer à la seringue:

1.4 cc d'eau pour dissoudre la Pénicilline

3.4 cc d'Aracol liquéfié à douce chaleur.

■

FORMULE SUPÉRIEURE ET ÉPROUVÉE

■

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal,

Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

MAINTENANT



ORÉTON

PROPIONATE DE TESTOSTERONE

EN EMBALLAGE

VRAC

Le nouveau format de l'ORÉTON — flacon de 10 cc., chaque cc. contenant 25 mg. de propionate de testostérone, Schering, dans l'huile — permet maintenant de bénéficier, pour la première fois, de la commodité et de l'économie des emballages vrac.

Les médecins qui préfèrent la forme ampoule peuvent se procurer cet ester, d'une action androgène efficace et prolongée, en ampoules de 5 mg. en boîtes de 6 et de 50; et aussi en ampoules de 10 mg. et de 25 mg. en boîtes de 3, de 6 et de 50.

Schering

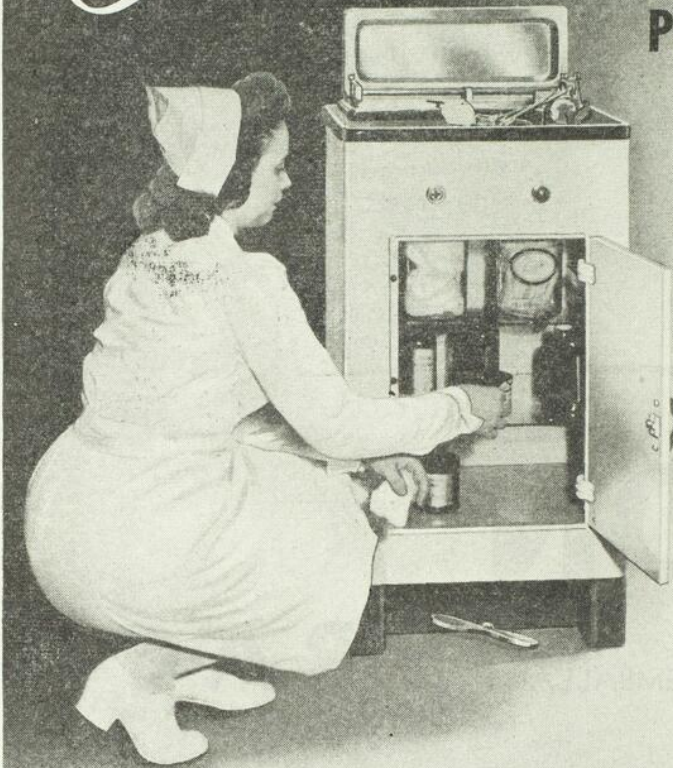


CORPORATION LIMITED, 137, RUE SAINT-PIERRE, MONTRÉAL 1, P.Q.

Comparez

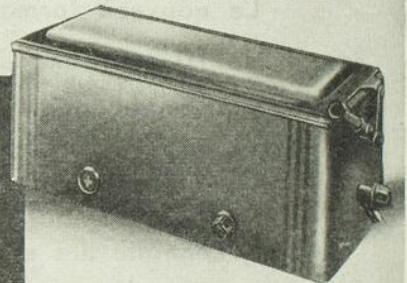
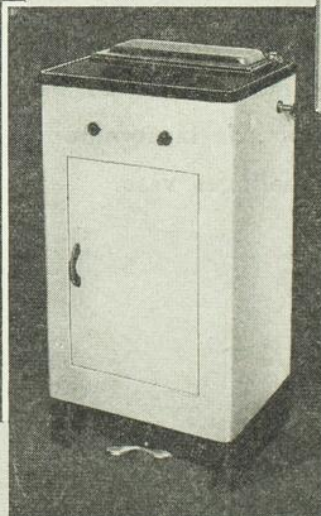
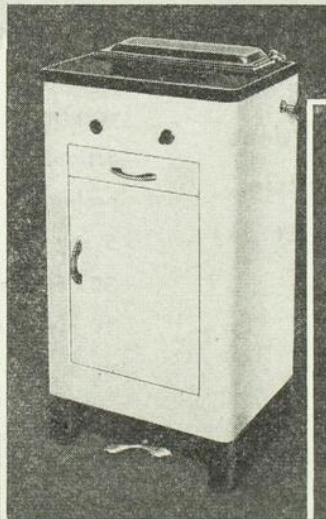
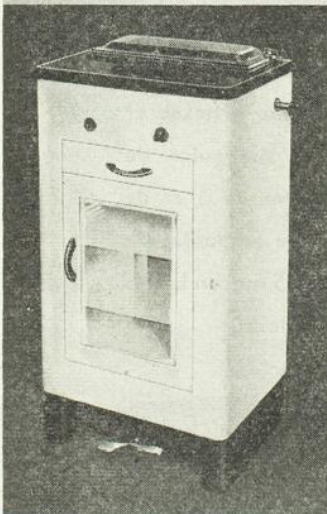
l'état avancé du fonctionnement automatique des

STERILISATEURS "AMERICAN" POUR LES PETITS INSTRUMENTS



Appliqué à ces stérilisateur supérieurs pour le cabinet privé du médecin, le terme "automatique" comprend tout. Il signifie non seulement contrôle automatique de température pendant le fonctionnement intermittent; il inclut la sûreté PERMANENTE au moyen de l'interruption due au bas niveau d'eau . . . sûreté automatique qui garantie contre les risques de "brulûre" et qui protège en même temps les instruments et le stérilisateur.

Si on le laisse fonctionner seul, sans que personne le surveille, comme par exemple, pendant une visite urgente ou en un jour férié ou fin de semaine, il n'en résulte aucun dommage pour les instruments ni le stérilisateur. Quand l'interruption est due au bas niveau d'eau, le fonctionnement peut être renouvelé en remplissant le dépôt d'eau et en établissant le courant électrique manuellement. Parmi les milliers d'appareils en usage on n'a pas rapporté un seul cas de "brulûre".



NOUS OFFRONS MAINTENANT

Des modèles portatifs et de cabinet, de 35 cm. et 40 cm. Il y a une sélection de modèles de cabinet, bellement achevés, sujets à leur disponibilité.

COMMANDEZ AUJOUR-
D'HUI ou demandez-nous
les brochures descriptives.



AMERICAN STERILIZER COMPANY

Erie, Pennsylvania

DESIGNERS AND MANUFACTURERS OF SURGICAL STERILIZERS, TABLES AND LIGHTS



Est-ce seulement une livre de chair?

Shakespeare illustre d'une manière dramatique tout ce que peut représenter une livre de chair. Pratiquement, en médecine, la cure d'amaigrissement peut représenter plus qu'une simple réduction de calories. Le faible apport en vitamines des régimes amaigrissants peut causer la perte de l'énergie, de la vigueur, et probablement de la santé elle-même. Lorsque l'exercice physique fait partie intégrante de la cure d'amaigrissement, la nécessité d'un supplément de vitamines est impérieuse.

Avec une Unicap* par jour, le patient est protégé contre une absorption inadéquate de vitamines. Les Vitamines Unicap offrent le moyen économique et facile de prévenir le risque d'un déséquilibre vitamine lorsque prédomine la préoccupation de mesurer les calories.

UNE UNICAP PAR JOUR PROCURE:

Vitamine A	5,000 unités int.
Vitamine D	500 unités int.
Vitamine C (37.5 mg. Acide Ascorbique)	750 unités int.
Vitamine B ₁	500 unités int.
Riboflavine (B ₂)	2.0 mg.
Vitamine B ₆	0.2 mg.
Pantothénate de Calcium	1.0 mg.
Amide d'Acide Nicotinique	20.0 mg.

En vente en bouteilles de 50 et de 100

*Nom déposé

UNICAP VITAMINS

384, Rue Adélaïde, Ouest

Upjohn
TORONTO, ONTARIO

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ DEPUIS 1886



Les tâches remplies en arrière de cette porte nécessitent une rare combinaison de diligence, de persévérance et d'inspiration. Ici sont développées des méthodes qui assurent des standards des plus élevés en médicaments. Ici sont à l'œuvre des cerveaux et des mains à la recherche constante de meilleures drogues pour le lendemain.

Dévoués à ce labeur sans fin, les chercheurs de Parke-Davis ont fait plus que de créer des agents remédiables. Ils ont fait le sceau "MEDICAMENTA VERA" une marque du trust professionnel.

PARKE-DAVIS & COMPAGNIE
Limitée
Walkerville, Ontario.



PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD. • WALKERVILLE, ONTARIO

Tenir les médecins et les hôpitaux au courant des tout derniers développements techniques se rapportant aux appareils électro-médicaux et radiologiques, et fournir un service expert d'inspection et de réglage de ces appareils, voilà deux fonctions très importantes de notre maison établie depuis de nombreuses années.

Un ingénieur de service Victor est presque aussi facile à atteindre que votre appareil téléphonique, car ses quartiers généraux sont à une distance commode de chez-vous. Vous trouverez en lui une source sûre de suggestions utiles au sujet de vos besoins et problèmes individuels, et vous verrez qu'il appréciera toute occasion que vous lui fournirez de démontrer la valeur tangible du service individualisé Victor.

Des stocks très complets, entreposés en divers points stratégiques de la Province, nous permettent de vous assurer la prompte livraison de vos besoins journaliers en films et réactifs radiographiques, milieux diagnostiques opacifiants, fournitures de chambre noire, etc.

Nous serons heureux de répondre à toute demande de renseignements.

POUR VOUS SERVIR



VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.

DISTRIBUTORS FOR GENERAL  ELECTRIC X-RAY CORPORATION

TORONTO: 30 Bloor St., W.
MONTREAL: 600 Medical Arts Bldg.
OTTAWA: 41 Inglewood Place
HALIFAX: 37 Deacon St.

Tout en un . . .

- • ANALGÉSIQUE
- • DÉCONGESTIF
- • ANTIFÉBRILE

. . . par une application locale

NUMOTIZINE

L'EMPLÂTRE DE KAOLIN MÉDICINAL

Dans le traitement d'affections inflammatoires, les avantages d'une application de ce cataplasme amélioré sont multiples.

L'effet local est d'adoucir la région enflammée et, en accroissant la circulation sanguine, d'évacuer les déchets de l'inflammation.

Systématiquement, Numotizine exerce l'action antifebrile, très connue, du gaiacol et du créosote. Ces effets sont produits sans l'irritation gastrique qui

accompagne, si souvent, l'administration de médicaments par voie digestive.

Indications:

Citons, parmi les principaux cas pour lesquels Numotizine est recommandée:

AFFECTIONS DE LA POITRINE

GONFLEMENTS DE GLANDES

FURONCLES

FOULURES

CONTUSIONS

MORSURES D'INSECTES

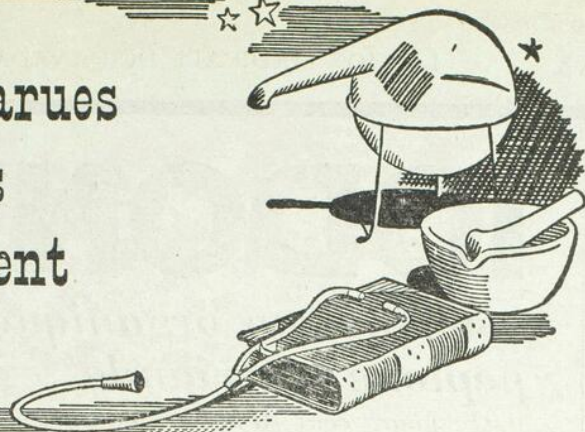
FORMULE

Gaiacol U.S.P. 2.6	Salicylate de Méthyle U.S.P. 2.6
Créosote de Hêtre U.S.P. 13.02	Formaline 2.6
C. P. Glycérine et Silicate d'Aluminium 1000 parts	

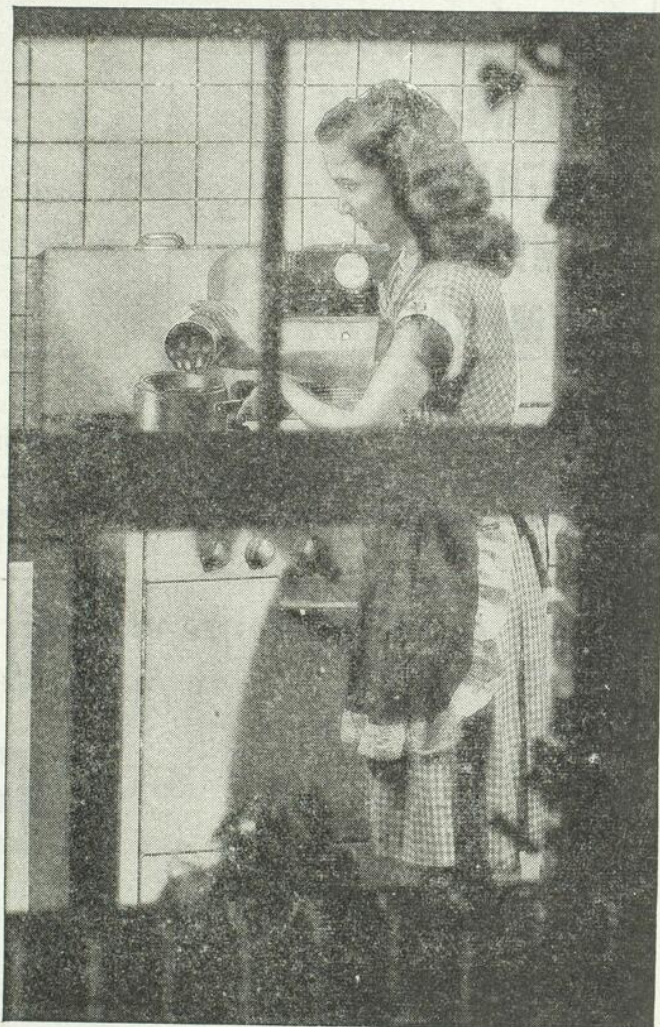
NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN STREET, CHICAGO, U. S. A.



Erreurs disparues et autres qui survivent



Un orgelet, suivant une croyance ancienne, devait être traité en le faisant lécher par un chien. Quand ce traitement était inefficace, le patient devait essayer de le frapper neuf fois avec la queue d'un matou, ou le frotter avec une alliance.



Encore très répandue parmi les gens de cette génération est la croyance qu'on devrait faire cuire les aliments en boîtes. Ceci, naturellement, est faux — car, au cours du procédé de mise en boîtes, les aliments sont bien cuits. Pour les servir, il suffit de les faire chauffer et de les assaisonner au goût.

CANCO

AMERICAN CAN COMPANY

MONTRÉAL • HAMILTON • TORONTO • VANCOUVER

AUCUN AUTRE RÉCIPIENT NE PROTÈGE COMME LA BOÎTE MÉTALLIQUE

IODONE ROBIN

combinaison organique et assimilable d'iode et de peptone de viande — (cinq gouttes de solution contiennent 0.01 pour cent d'iode combinée avec la peptone trypsique procédé Robin)

ARTÉRIO-SCLÉROSE
ARTHRITISME
ASTHME
EMPHYSÈME
LYMPHATISME

Iode 4 gms - peptone Robin 15 gms - pour 100 gms — 20 gouttes correspondent comme effet thérapeutique à 1 gramme d'iode de potassium — Dose: en général 20 à 30 gouttes par jour - flacon de 45 cc.

C'EST en 1881 que Robin découvre les combinaisons méta-peptoniques et en étudie médicalement les résultats sur l'organisme. En 1885, Berthelot communique les résultats de cette découverte à l'Académie des Sciences. Le 26 mars 1907 l'Iodone Robin fait l'objet d'une communication spéciale à l'Académie de Médecine. Depuis cette époque les Laboratoires Maurice Robin ont été les seuls à connaître et constamment perfectionner la méthode et la fabrication des composés peptones et iode. Les peptonates Robin ont pour base la peptone trypsique provenant de viande de bœuf; ils constituent de véritables combinaisons organiques, forme éminemment propice à l'assimilation du corps actif fixé sur ce support, comme se rapprochant le mieux de celle sous laquelle il se rencontre dans les humeurs et les tissus de l'organisme.

Laboratoires Maurice Robin, 13/15, rue de Poissy — Paris

Agents au Canada:

LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, rue Vallée — Montréal

NEUROSOLÈNE — ÉTATS NERVEUX — INSOMNIES — NEUROSOLÈNE — ÉTATS NERVEUX

*La forme moderne et suractivée
de l'ancienne pilule de Méglin*

NEUROSOLÈNE

Ancienne pilule de Méglin { ext. de jusquiame 0.017 }
 { ext. de valériane . 0.017 } + phényl-éthyl
 { oxyde de zinc . 0.017 } malonylurée 0.017

Posologie: 2 à 4 comprimés par jour.

Insomnie: 4 le soir au coucher.

PUISSANT SÉDATIF DU VAGUE...

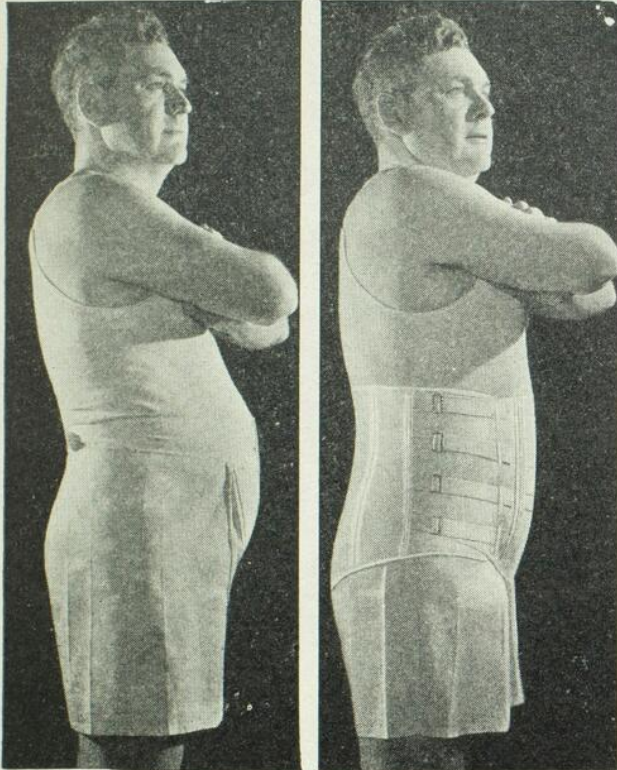
PRÉSENTATION: pour la clientèle — flacons de 60's.
 Pour MM. les médecins et hôpitaux — flacons de 500 et 1000.

LABORATOIRES D'ANALYSES PAUL BRÉANT
 11, rue de Clichy — Paris (IXe)

INSOMNIES — NEUROSOLÈNE — ÉTATS NERVEUX — INSOMNIES — NEUROSOLÈNE

Agents pour le Canada: LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, rue Vallée, MONTRÉAL

Voyez comment un support Spencer rectifie une mauvaise inclinaison du bassin



Homme photographié sans — et avec — le support Spencer dessiné spécialement pour lui.



Femme photographiée sans — et avec — le support Spencer dessiné spécialement pour elle.

C'est par le dessin individuel que s'effectue la meilleure coordination entre le support de l'abdomen et celui du dos

Comme il n'y a pas deux corps humains identiques, nous créons un support spécial pour chaque personne. Cela assure au médecin qu'entre le support de l'abdomen et celui du dos il y a la coordination nécessaire pour améliorer le fonctionnement des organes. Le médecin est également certain que le support de l'abdomen s'effectue par en dessous, vers le haut et vers le dos, correspondant ainsi à la tension naturelle des muscles abdominaux; que dans les cas de troubles de la colonne vertébrale, le support du dos est équilibré par celui de l'abdomen.

Les médecins prescrivent le support Spencer, comme auxiliaire à leur traitement, dans des cas tels que: viscéroptose ou néphroptose avec malaises, hernie du disque intervertébral, troubles sacro-iliaques ou lombo-sacrés, arthrite vertébrale, fracture des vertèbres, spondylolisthésis, suites de poliomyélite, déviation de l'épine dorsale, attitude de maintien vicieuse, ostéoporose, hernie (inopérable ou s'il y a lieu de différer l'opération), troubles cardiaques où un support abdominal est indiqué, grossesse, à la suite de couches et pour affections du sein.

Nos dessinateurs créent des supports variant de flexibles à rigides, de n'importe quelle longueur ou hauteur, suivant VOTRE ordonnance.

Pour atteindre une marchande de supports Spencer, consultez le bottin du téléphone, sous la rubrique « Corsetière Spencer » ou écrivez-nous directement.

SUPPORTS DE DESSIN INDIVIDUEL SPENCER

pour l'abdomen, le dos et les seins

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED
Rock Island, Québec.

Aux Etats-Unis: Spencer, Incorporated, New Haven, Conn.
En Grande-Bretagne: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

Veillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

Nom M.D.

Adresse 151-10-46



Essai...
Vérification
et
nouvel Essai...



Il faut plus de temps et d'effort pour faire quelque chose de *mieux*. Les comprimés de véritable "Aspirin" sont soumis à soixante-dix vérifications et essais différents pour en garantir la qualité, la pureté, l'uniformité et la désagréation rapide.

"ASPIRIN"

EDITIONS BEAUCHEMIN

(Extrait du catalogue)

ROMANS

Angus Graham NAPOLÉON TREMBLAY	\$1.50	Léon Bloy LE DÉSESPÉRÉ	\$1.25
Germaine Guèvremont LE SURVENANT	\$1.25	Z.-B. Markevitch STEPPE D'UKRAINE	\$1.00
Geneviève de la Tour Fondue RETOUR À LA VIGIE	\$1.00	Oscar Masse LA CONSCIENCE DE PIERRE LAUBIER	\$0.75
Geneviève de la Tour Fondue MONSIEUR BIGRAS	\$1.25	Paule Régnier L'ABBAYE D'ÉVOLAYNE	\$1.25
Louis Fréchette ORIGINAUX ET DÉTRAQUÉS	\$1.25	Raymonde Vincent CAMPAGNE	\$1.25
Edmond Grignon EN GUETTANT LES OURS	\$1.25	Raymonde Vincent BLANCHE	\$1.25
Alain-Fournier LE GRAND MEAULNES	\$1.25	René Bazin MAGNIFICAT	\$1.25
Léon Bloy LA FEMME PAUVRE	\$1.25		

LITTÉRATURE

H. de Balzac TRAITÉ DE LA VIE ÉLÉGANTE	\$1.25	Léo-Pol Morin MUSIQUE	\$2.00
Marie de Villers RÉPONSE À DÉSESPOIR DE VIEILLE FILLE	\$0.75	Guy Sylvestre SONDAGES	\$1.00
Leon Chancerel LES JEUX DRAMATIQUES	\$0.75	Marius Barbeau L'HOMME AUX TROIS FEMMES	\$1.25
Rina Lasnier MADONES CANADIENNES	\$3.50	Marcel Dugas UN ROMANTIQUE CANADIEN: LOUIS FRÉCHETTE	\$1.25

HISTOIRE

René Grousset HISTOIRE DE LA CHINE	\$1.50	Louis Rougier LES ACCORDS PÉTAINE-CHURCHILL	\$2.00
Jean Bruchesi HISTOIRE DU CANADA POUR TOUS, 2 vol.	\$2.50	Henri de Kerillis DE GAULLE DICTATEUR	\$2.00
Léon Marchal VILLE-MARIE. Les origines de Montréal	\$1.25	Léon Marchal DE PÉTAINE À LAVAL	\$1.50
Abbé Charles Journet VUES CHRÉTIENNES sur la POLITIQUE	\$1.00	Ernest Gagnon LOUIS JOLLIET	\$2.00
		Major Sévigny FACE À L'ENNEMI	\$1.25

EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

SEULS les Aliments Libby's pour Bébés sont HOMOGENEISES



L'Homogénéisation aide à prévenir l'anémie infantile due à une carence nutritive

Des études cliniques et des épreuves de laboratoire ont prouvé, d'une façon concluante, que, dans les Aliments Libby's pour Bébés, passés au tamis puis Homogénéisés, le fer est bien plus facilement utilisable et mieux assimilé que celui qui se trouve contenu dans les autres aliments pour bébés, simplement passés au tamis. Le double procédé Libby's — le passage au tamis d'abord, l'homogénéisation ensuite — libère le fer qui se trouve contenu dans les cellules et le répartit d'une façon homogène dans ces aliments, ce qui assure une disponibilité plus grande de cet élément nutritif essentiel. La masse lisse qui résulte de l'Homogénéisation d'après le procédé Libby's fait que ces aliments présentent une plus grande surface à l'action des sucs digestifs. Ces avantages sont tout particulièrement précieux quand on cherche à prévenir l'anémie infantile due à une carence nutritive. Grâce à leur digestibilité, il est possible de les ajouter au régime lacté du bébé dès la sixième

semaine — avant que les réserves de substances nutritives prénatales ne soient épuisées. Ceci n'est possible qu'avec les Aliments Libby's pour Bébés parce que, seuls, les Aliments Libby's pour Bébés sont Homogénéisés.

DES RAPPORTS PROVENANT DE CLINIQUES ET DE LABORATOIRES SERONT ENVOYÉS SUR DEMANDE

Légumes Potagers

Carottes

Pois

Epinards

Soupe au Foie

Soupe au Bœuf et Légumes

Soupe aux Légumes

Pruneaux

Pommes et Abricots

Pouding à la Cossetarde

Lait Evaporé et Homogénéisé Libby's

LE PROCÉDÉ D'HOMOGENÉISATION DE LIBBY'S

1. Ouvre les parois cellulaires, libère la nourriture et la disperse d'une façon homogène.
2. Pulvérise les cellules indigestes et les fibres coriaces.
3. Expose la nourriture à l'action des sucs digestifs sur une surface considérablement accrue, facilitant ainsi la digestion.
4. Augmente la disponibilité de la nourriture, facilitant ainsi son utilisation.
5. Rend la cellulose mécaniquement douce, sans nuire à l'effet physiologique de la masse sur la motilité intestinale.

Libby's
HOMOGENIZED
 (EXTRACELLULAR)
BABY FOODS

BFM1-46



En disponibilité
chez tous les
fournisseurs

ACIDAMINE

Une importante réalisation dans le domaine
de la thérapeutique des acides aminés

Tonique efficace, poudre soluble de
saveur agréable et d'assimilation facile

ACIDAMINE—"paronyme de goût fin et de tolérance
parfaite" des acides aminés, associés aux vitamines, hydrates
de carbone et sels minéraux. Cette préparation nutritive est
indiquée dans tous les états d'hypoprotéinémie.

UN PRODUIT DES
LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL
Pionniers dans la fabrication des acides
aminés au Canada

388 ouest, rue St-Paul

MENOPAUSE



OESTRILIN en COMPRIMÉS

(ESTROGENES DESBERGERS)

Substances Estrogéniques Conjuguées
PAR VOIE BUCCALE

Simple ou avec Phénobarbital $\frac{1}{2}$ grain

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL
388 ouest, rue St-Paul

Montréal, Canada

ACTION GRADUÉE

conforme aux besoins de vos patients



LÉNITIF

LAXATIF

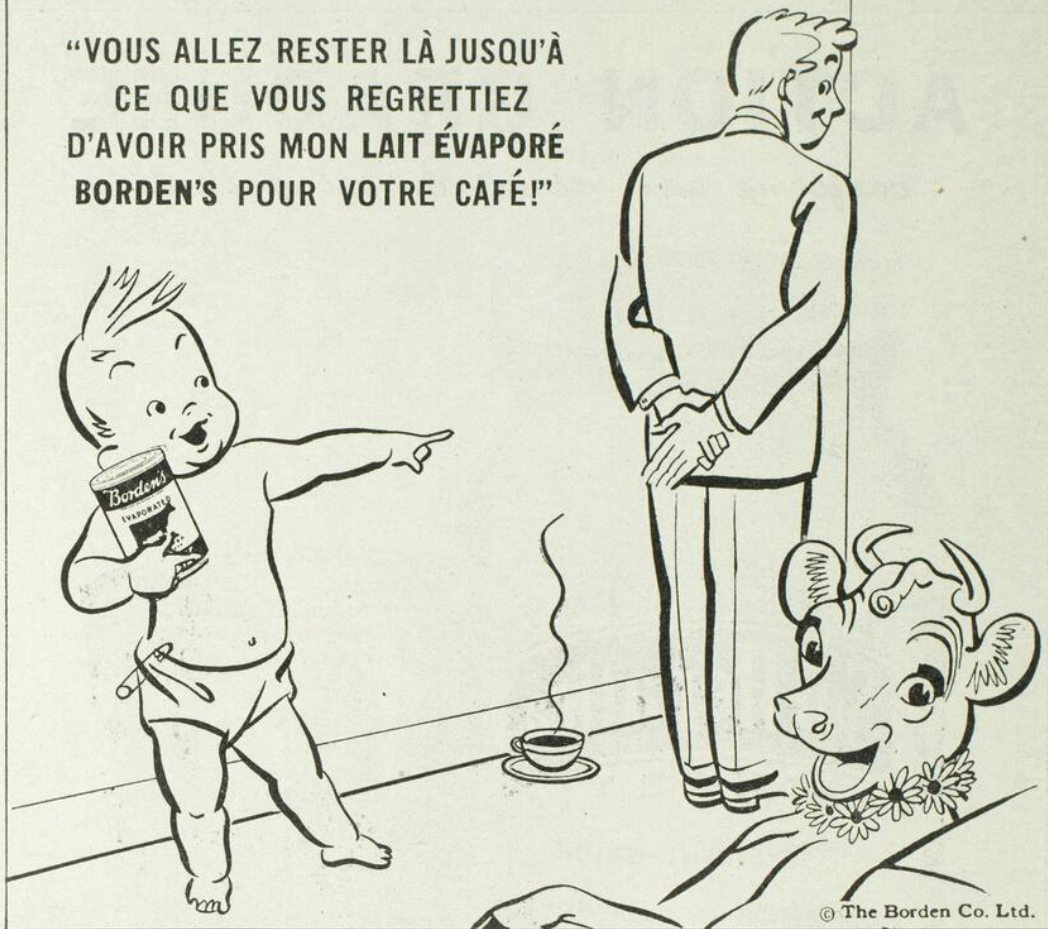
PURGATIF

Un produit de

BRISTOL-MYERS Company of Canada, Ltd., 3035 F, rue Saint-Antoine,
Montréal, Canada.

LA VIE AVEC "FISTON" par *Elsie*, la Vache Borden

"VOUS ALLEZ RESTER LÀ JUSQU'À
CE QUE VOUS REGRETTIEZ
D'AVOIR PRIS MON LAIT ÉVAPORÉ
BORDEN'S POUR VOTRE CAFÉ!"



Il n'est pas surprenant que tant de médecins prescrivent le Lait Evaporé Borden's pour les formules de bébés.

Le Lait Evaporé Borden's fait les essais les plus rigoureux pour assurer la qualité, la pureté et l'uniformité de ce produit. Les plus hauts prototypes sont maintenus grâce à des vérifications à chaque phase de la

fabrication.

Le Lait Evaporé Borden's est du lait concentré provenant du meilleur lait complet qui soit et il est stérilisé et homogénéisé.

Les médecins s'accordent à dire, selon le dicton populaire, que "Si c'est du Borden's, il *Faut* que ce soit Bon!"



Contenu naturel en vitamine D
accru par irradiation.

Nous nous ferons un plaisir de vous envoyer, sur demande, des suggestions pour formules, sous forme de cartes, ainsi que des blocs-notes pour ordonnances.

THE BORDEN COMPANY LIMITED

Spadina Crescent, Toronto 4

ANAHÆMIN B.D.H.



EXTRAIT HÉPATIQUE INJECTABLE 15 UNITES PAR C.C.

La remarquable efficacité anti-anémique de l'Anahæmin B.D.H. n'est pas toujours bien connue de certains médecins qui, par conséquent, sont portés à l'administrer à doses élevées ou à intervalles trop rapprochés sans nécessité. C'est ainsi qu'une partie de la substance est gaspillée et le coût du traitement en devient excessif. En outre, le malade est soumis à l'administration d'injections plus fréquentes ou à des doses plus fortes que ne le demande un traitement efficace. Il est donc important de savoir que même des cas moyens d'anémie pernicieuse nécessitant ordinairement une dose initiale de pas plus de 2 c.c., suivie d'une dose de 1 c.c. tous les sept à dix jours jusqu'à ce que la numération globulaire devienne normale. Des doses de 1 c.c. à 2 c.c. par mois assurent un apport suffisant dans la plupart des cas.

Présentation:

Ampoules de 1 c.c. — Fioles de 15 c.c. — Ampoules de 2 c.c.

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD.
Toronto Canada



MAINTENANT...

**VOTRE HÔPITAL PEUT COMMANDER DE LA
SOIE AVEC LES AUTRES SUTURES ETHICON**

COMMODITÉ — Votre hôpital peut, par une seule et même commande, obtenir de la soie en même temps que des Sutures Ethicon.

SPÉCIAL — des rouleaux supplémentaires sont fournis avec chaque bobine de Soie Ethicon afin de faciliter la stérilisation. Enroulée lâche sur la bobine, la soie est prête à servir. Elle épargne du temps dans la salle d'opération.

QUALITÉ — La soie Ethicon (soie noire tressée) est solide — elle est plus forte que ne le requiert la pharmacopée américaine. Elle n'est pas capillaire, elle est à l'épreuve du sérum, elle n'est pas toxique et n'irrite pas. Elle n'adhère pas non plus aux tissus.

Onze grosseurs régulières, 6-0 à 5 en bobines de 25 verges.

SOIE
ETHICON
Sutures

DIVISION DE SUTURES

Johnson & Johnson
 LIMITED MONTREAL

PARCE QUE

Les instruments délicats et de remplacement difficile le méritent et parce que la technique aseptique le demande

Le GERMICIDE AU FORMALDEHYDE

BARD-PARKER

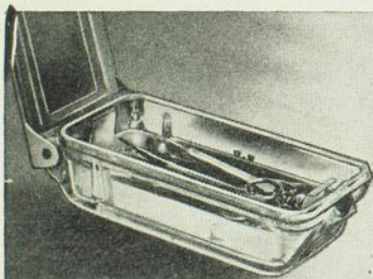
combine les deux propriétés demandées.

Primo...

et un point tout à fait essentiel, ce moyen largement employé combine les deux facultés germicide et sporicide. Employé sur les instruments de précision faits d'acier, ou sur les fils tranchants bien aiguisés, il n'est surpassé d'aucun autre produit. Les lames de bistouris couvertes de sang desséché et contaminées de *Staph aureus*, sont désinfectées constamment dans 2 minutes. Les spores du *B. anthracis* sont détruits dans 1 heure et ceux du *Cl. welchii* sont tués dans l'espace de 18 heures. Pour assurer la destruction de toutes les formes de germes pathogènes, les instruments devront être plongés dans la solution, au moins pour un espace de 18 heures.

Secondo...

et d'importance capitale pour le maintien du budget, la solution a pour but de sauvegarder les qualités d'instruments de métal comme celles de ceux qui viennent de sortir de la fabrique, ainsi que celles du verre et du caoutchouc traité à la chaleur. Elle ne nuit pas aux lames d'instruments de chirurgie de fin tranchant ni aux fils des ciseaux. Une immersion prolongée ne produit pas de la rouille ni cause de dommage come résultat de la corrosion. . . . Tout cela constitue une aide précieuse qui réduit au strict minimum les frais de remplacement.



RECIPIENTS POUR LES INSTRUMENTS, BARD-PARKER

projetés spécialement pour les petits instruments, la conservation des sutures chirurgicales, l'immersion suspendue des lames chirurgicales, ces récipients sont recommandés dans l'emploi pratique de la solution.

Demandez-en à votre fournisseur

PARKER, WHITE & HEYL, INC.

218 Front Street, East, Toronto 2, Ontario, Canada

Danbury, Connecticut, U.S.A.

A B A R D - P A R K E R P R O D U C T

SANATORIUM PRÉVOST



Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Grand parc boisé de 600,000 pieds carrés. Tennis et jeux. Chambres confortables. — Cuisine soignée.

ÉTABLISSEMENT CONSACRÉ
AU **TRAITEMENT INDIVIDUEL**
DES AFFECTIONS DU SYSTÈME
NERVEUX

par deux médecins spécialistes et un personnel hospitalier de grande expérience. - Cures de repos. - Régimes. - Physiothérapie. - Traitements spéciaux des toxicomanies. - Pyrétothérapie. - Electro-chocs.

Direction médicale confiée aux docteurs Jean Saucier et Roma Amyot, professeurs agrégés de neurologie à l'Université de Montréal et spécialistes agréés par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

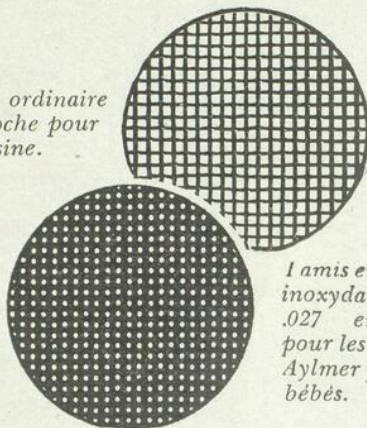
4455 ouest, Boulevard Gouin

Téléphone: BYwater 2405

A QUEL POINT DOIT-ON TAMISER LES ALIMENTS pour convenir au tube digestif délicat du nourrisson?

QUESTION importante ... parce que la santé du bébé, sa croissance et son développement dépendent tellement de la bonne assimilation des aliments essentiels. Aylmer a répondu à cette question en tamisant les aliments pour bébés au moyen d'un tamis d'acier inoxydable de .027 ... 27/1000 d'un pouce. Pour mieux constater sa finesse, comparez les deux tamis reproduits dans la gravure à droite.

Tamis ordinaire en broche pour la cuisine.



Tamis en acier inoxydable de .027 employé pour les Aliments Aylmer pour bébés.

21 VARIÉTÉS D'ALIMENTS TAMISÉS POUR BÉBÉS

Soupe aux légumes	Pois et carottes	Pêches
Soupe aux légumes, foie et bœuf	Courges et carottes	Poires
Asperges	Epinards	Pruneaux
Betteraves	Haricots jaunes	Dessert à la cossetarde de pruneaux
Carottes	Jus de tomate	Dessert à la cossetarde d'abricots
Haricots verts	Jus de légumes	Dessert à la cossetarde à l'ananas
Pois	Compote de pomme	
	Abricots	



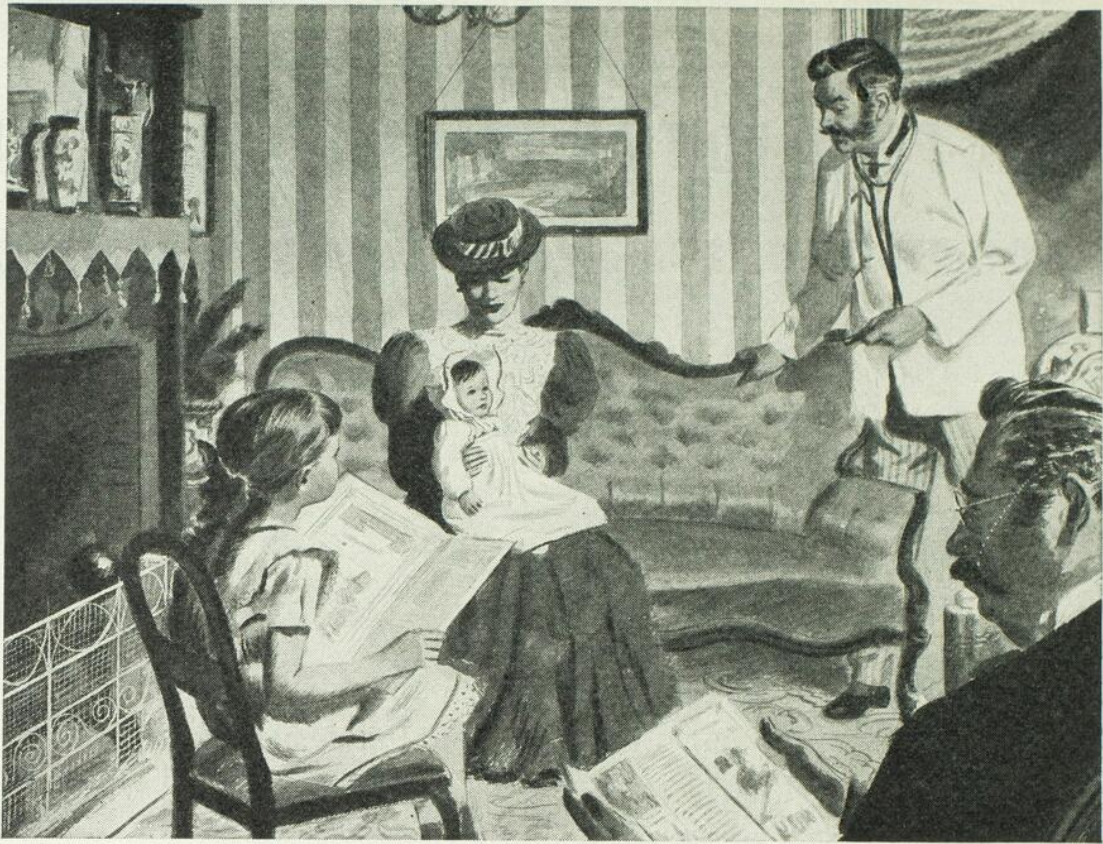
LES CONVALESCENTS EN BÉNÉFICIENT, AUSSI ...

Les fruits et les légumes Aylmer sont si finement tamisés qu'ils sont mieux tolérés, moins susceptibles de causer des troubles digestifs. Leur haute teneur en sels minéraux et en vitamines fournissent les déchets sans trop de volume. On peut les servir sous forme de gelée, de soufflés en moule et autres manières attrayantes pour aiguiser l'appétit.

ALIMENTS TAMISÉS POUR BÉBÉS

AYLMER

Les futurs citoyens du Canada méritent la qualité Aylmer



Une salle d'attente en 1880

A l'époque où les salles d'attente étaient semblables à celle-ci, la fabrication du savon prit un nouvel essor. La résultante en fut le Savon Ivory, et la qualité de ce savon fut si élevée que le nom Ivory devint le type de pureté et de douceur pour les savons recommandés par beaucoup de médecins.

Aujourd'hui le Savon Ivory est naturellement supérieur à ce qu'il était il y a 60 ans. 216 épreuves pratiquées au cours de sa fabrication assurent le contrôle de la qualité; et les expériences se poursuivent dans les Laboratoires de

Recherches de Procter & Gamble comme double garantie de l'usage du Savon Ivory pour les soins de la peau.

C'est pourquoi, bien que ce ne soit pas la coutume habituelle chez le médecin d'indiquer une marque particulière, on fait souvent exception à la règle pour le Savon Ivory lorsqu'il s'agit d'un savon pour le bain du bébé. — « Employez un savon pur et doux, tel que le Savon Ivory », est la recommandation faite à des générations de mères par leurs médecins.

FABRIQUÉ AU CANADA



99⁴⁴/₁₀₀% Pur... Il flotte

Bébé, d'abord!



La rareté temporaire de certaines matières premières nécessaires à la haute qualité du savon Baby's Own nous incite à demander instamment à tous ceux qui emploient ou recommandent Baby's Own de le conserver pour les bébés.

Quelle que soit la durée de cette rareté, la compagnie J. B. Williams vous assure que la qualité du savon Baby's Own ne se démentira jamais. Et vous pouvez aussi continuer à avoir la plus grande confiance dans l'huile et la poudre Baby's Own.



Baby's Own

SAVON • HUILE • POUDRE

POUR LA TOILETTE DE BÉBÉ

1896



1946

SANATORIUM de BLOIS

50e 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-violet, 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:

•
**PROSPECTUS ILLUSTRÉ
SUR DEMANDE**

**Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.
SANATORIUM de BLOIS**

•
Téléphone 3420

225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.

Des Études Cliniques Démontrent Pourquoi All-Bran Facilite l'Exonération Normale

• De récentes études cliniques de divers aliments ayant pour but de comparer leurs teneurs en cellulose et leurs effets sur l'exonération alvine, ont indiqué que les anciennes théories, basées sur des considérations analytiques, ne sont plus tenables.

L'analyse n'a pu fournir l'explication des effets laxatifs produits par All-Bran Kellogg. On a maintenant démontré que la cellulose du son favorise l'action symbiotique d'une flore bienfaisante qui aide à produire des matières fécales molles et spongieuses, faciles à éliminer. All Bran n'agit donc pas par stimulation du côlon lui-même, mais par activation de son contenu.

En outre, All-Bran n'agit pas par absorption d'eau, et il ne provoque pas une dilatation exagérée du côlon. Il ne balaie pas le contenu de l'intestin et ne gêne pas la digestion normale. Des tirés à part* d'études cliniques récentes, dont les conclusions sont résumées ci-dessus, seront envoyés sur demande. S'adresser à la Kellogg Company of Canada, Ltd., London, Ontario.

* En anglais seulement.

Un
Aliment
Laxatif



VERACOLATE CHOLAGOGUE-EVACUANT

Le traitement des affections biliaires exige généralement un régime alimentaire spécial et, tout au moins pendant un certain temps, le changement du mode de vie. Les Comprimés Veracolate fournissent un traitement médical suffisant.



Dans la prévention et le traitement des troubles fonctionnels du foie et de la vésicule biliaire, le Veracolate fournit la médication essentielle: Des sels biliaires, glycocholate et taurocholate de soude, très purifiés; un laxatif pour le soulagement de la constipation, et une petite dose de piment pour son action carminative et son effet tonique sur les intestins.

OMNIS ORBIS



WARNER
ESTABLISHED 1856

Le Cachet d'Excellence

**WILLIAM R. WARNER
& CO. LTD.**
727 KING ST. W., TORONTO

La teneur en vitamine D
dans le Lait Evaporé Carnation
a été augmentée à

400 *Unités*
Internationales
PAR PINTÉ RECONSTITUÉE

CETTE teneur accrue (en lieu des 162 unités internationales jusqu'ici fournies) assure maintenant une marge de sécurité dans la prévention du rachitisme chez les nourrissons et les enfants normaux, et offre de même la possibilité d'une bonne ossification, d'une dentition saine et d'une croissance normale.

Cette irradiation plus élevée signifie que le Lait Carnation fournit maintenant 20 unités internationales

de vitamine D par once impériale liquide — ou 400 unités par pinte de lait reconstitué (moitié Carnation, moitié eau).

L'annonce de cette importante modification est fixée pour coïncider avec la réalisation des préparations qui rendront disponible le Lait Carnation à 400 unités maintenant, ou très prochainement, dans toutes les parties du Canada. Carnation Company Limited, Toronto 1, Ontario.

Lait

Produit
dans le Québec



Carnation

"provenant de vaches bien nourries"





Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.



UN MÉLANGE LACTÉ de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de Maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de Maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

The CANADA STARCH CO., Ltd.,
Montréal

Veillez m'envoyer

- CALCULATEUR
- Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- TABLETTES DE FORMULES
- La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- La brochure: "DEXTROSOL"

Nom

Adresse

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de Maïs... un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

WYANOÏDS

pour

HÉMORROÏDES

J.-O. GIROUX

Optométriste-Opticien

Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris

LUNETTES, LORGNONS
VERRES OPHTALMIQUES

Assisté d'optométristes
et opticiens diplômés

Pour rendez-vous

Plateau 5151, Local 29

BUREAUX CHEZ

Dupuis Frères

LIMITÉE

MONTREAL

AVEC NESTLÉ'S


LES GRANDES CHALEURS
NE CAUSENT

AUCUN PROBLÈME



**Nestlé's Milk Products
(Canada) Limited**

METROPOLITAN BUILDING, TORONTO



POUR LES FEMMES QUI PRATIQUENT LES SPORTS
Amélioration dans l'hygiène menstruelle

Les raisons qui obligeaient autrefois les femmes à se priver de la pratique des sports au moment de la période menstruelle n'existent plus depuis l'apparition du tampon TAMPAX (mis au point par un médecin). TAMPAX élimine les principales causes qui empêchent celles qui emploient des moyens de protection externe de s'adonner aux sports et certaines activités sociales. Car TAMPAX offre une protection interne sûre et efficace; il n'engendre aucune odeur désagréable; empêche l'irritation et le prurit; en outre, il favorise une propreté externe normale. Pour répondre aux besoins particuliers de chacune, TAMPAX est offert sous trois degrés d'absorption: "Super", "Régulier" et "Junior". Le coupon ci-dessous est à votre disposition pour la demande d'échantillons.

PUBLICITÉ ACCEPTÉE PAR "THE
 JOURNAL OF THE AMERICAN
 MEDICAL ASSOCIATION".

TAMPAX
 PROTECTION MENSTRUELLE
 PLUS EFFICACE

CANADIAN TAMPAX CORPORATION
 BRAMPTON, ONT.

Auriez-vous l'obligeance de m'envoyer des échantillons de Tampax sous les trois degrés d'absorption — ainsi que de la documentation médicale, y compris le résumé de 6,500 cas.

Nom
 (lettres moulées)

Adresse

Ville..... Province.....

P8-28

A messieurs les médecins:

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

ARTHUR HIRBOUR

*est tout indiquée
pour la préparation
de vos ordonnances*

NOUS N'EM-
PLOYONS QUE
LES PRODUITS
CHIMIQUES
SUPÉRIEURS.

40 ANNÉES
D'EXPÉRIENCE
COMME PHAR-
MACIE PRO-
FESSIONNELLE

R_v

Angle ST-DENIS et DE MONTIGNY — Téléphone: LANcaster 7356 — MONTREAL

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

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

LES MÉDECINS RECOMMANDENT



DANS certains cas, les médecins recommandent aux mères de faire bouillir l'eau à boire du bébé en tout temps, jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de dix-huit mois. De plus en plus de médecins recommandent les Aliments Heinz pour Bébés parce qu'ils ont confiance en leur qualité. Les Purées Heinz sont appuyées par une réputation d'excellence et de qualité uniforme qui est de tradition depuis 77 ans. Il y en a maintenant 22 variétés.



Aliments HEINZ pour Bébés

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE
Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Par la Qualité de nos Produits

J. Joubert
LIMITÉE

WYANOÏDS

pour

HÉMORROÏDES

CUPREX

Offre la solution facile et
rapide à un problème délicat

Lorsque les poux de tête, les poux du corps ou du pubis vous causent des ennuis, employez toujours CUPREX, le traitement non collant et inodore pour la PEDICULOSE. CUPREX détruit presque instantanément les lentes aussi bien que les poux.

*Chez tous les
pharmaciens*



CUPREX UN PRODUIT DE MERCK
MERCK & CO., LIMITED, FABRICANTS CHIMISTES,
MONTRÉAL - TORONTO - VALLEYFIELD

TABLE DES ANNONCEURS

Pages	Pages
American Can Co. (Erreurs disparues et autres qui survivent)	LXIX
American Sterilizer Company (Stérilisateurs "American")	LXIV
Anglo-Canadian Drug Co. (Ulcaps)	XXXV
Anglo-French Drug Cie (Solution Jacobson)	XLII
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Béminal")	II
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Extraits de foie)	XLV
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Cillenta")	I
Aylmer Co. Ltd. (Aliments pour bébés)	LXXXIII
Bard-Parker Company, Inc. (Germicide au formaldéhyde)	LXXXI
Bayer Company Ltd. (Aspirin)	LXXII
Borden Company Ltd., The (Lait évaporé Borden's)	LXXXVIII
Bristol-Myers Co. of Canada Ltd. (Action graduée)	LXXXVII
British Drug Houses (Canada) Ltd. (Anachæmin)	LXXIX
Burroughs Wellcome & Co. ("Dexin")	XXI
Canada Drug Co., Ltd. (Pavéral)	XCII
Canada Starch Co., Ltd., The (Sirop de Maïs)	LXXXIX
Canadian Pharmaceutical Manufacturers' Association (Pulv. letins sur l'assurance-santé)	LVIII
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax)	XCI
Canarian Co. Ltd. (Lait Carnation)	LXXXVIII
Casgrain & Charbonneau Ltée (Discamin)	XXVI
Casgrain & Charbonneau, Ltée (B-B-Crine)	XVI
Denver Chemical Manufacturing Company, The (Anti-phlogistine)	XIII
Dohow Chemical Co., Ltd. The (Otosmosan) — (Auralgan)	XXV
Eddé, J., Limitée (Trepfonyl) — (Salicylna) — (Eutensyl) — (Balsamorhinol) — (Gouttes I.A.M.) — (Vulcase)	L
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd.	1ère page de la couverture
Fisher & Burpe, Ltd. (Koagamin)	LII
Frosst, Charles E. & Co.	XIII
Giroux, J.-O. (Opticien)	LXXXIX
Heinz Co. of Canada Ltd. (Aliments Heinz pour bébés)	XCIII
Herd & Charton, Inc. (Camirol)	XLVI
Herd & Charton, Inc. (Veratrite)	XLIV
Herd & Charton, Inc. (Agrippol)	XLVIII
Horner, Frank W. Ltd. (Urasal)	XXXIII
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal ("Aracol")	LXII
Johnson & Johnson Ltd. (Ethicon)	LXXX
Joubert, J. J., Limitée	XCIV
Kellogg Co. of Canada, Ltd. (All-Bran)	LXXXVII
Laboratoires Abbott Limitée	XXXIX-XL
Laboratoires de recherches médicales Connaught (Réduction du nombre d'injections de pénicilline)	LVI
Laboratoires Desbergers-Bismol (Acidamine)	4e page de la couverture
Laboratoires Desbergers-Bismol (Acidamine)	LXXV
Laboratoires Desautels (Entérydine) — (Pyélose)	LIII
Laboratoires Jean Olive (Iodone Robin) — (Neurosolène)	LXX
Laboratoires Lafayette (Laryngobis)	LI
Laboratoires Poulenc Frères	2e page de la couverture
Laboratoires Marois	XLIX
Laurentian Agencies, Reg'd. (Ertron)	XIV-XV
Lederle Laboratories Inc. (Vi-Magna)	XI
Libby, McNeill & Libby of Canada Ltd. (Les Aliments Homogénéisés Libby pour bébés)	LXXIV
Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Oleum Percomorphum)	3e page de la couverture
Merck & Co. Ltd. (Pyridium)	V
Merck & Co. Ltd. (Cuprex)	XCIV
Monty, Gagnon et Monty	XCII
Mowatt & Moore Ltd. (Livifer)	XXVII
Murine Co. (Un collyre isotonique moderne)	IV
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd. (Lactogen)	XC
Numotizine, Inc. (Numotizine)	LXVIII
Parke, Davis & Company (Les tâches remplies)	LXVI
Pharmacie d'ordonnances Arthur Hirbour, La	XCII
Phillips Co. Division, The Chas. H. (Lait de magnésie)	LX
Procter & Gamble (Ivory)	LXXXIV
Reed & Carnrick (Canada) Ltd. (Hormones œstrogènes)	XXXVIII
Reckitt & Coleman (Canada) Ltd. ("Dettol")	LXI
Roeig & Co. (Canada) Ltd. (Darthronol)	LV
Rougier Frères (Pes-Min)	III
Rougier Frères (Neuréal)	XLI
Sanatorium de Blois (50e année d'existence)	LXXXVI
Sanatorium Prévost	LXXXII
Schering Corporation Ltd. (Oreton)	LXIII
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. ("Vacagen")	XLVII
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Codophen)	XLIII
Singer Sewing Machine Co. (Sutureur chirurgical)	XXX
Smallwood Pharmaceuticals Ltd. (Al-U-Lac)	LIV
Smith & Nephew Ltd. (Cellona)	XXXVII
Société d'expansion pharmaceutique (Delbiase)	LIX
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer)	LXXI
Squibb, E. R. & Sons of Canada Ltd. (Tocopherex)	VII
Stearns & Company of Canada, Ltd., Frederick (Fergon)	XXIII
Upjohn (Unicap)	LXV
Usines chimiques du Canada (Ampoules Valor)	XCVI
Victor X-Ray Corp. of Canada, Ltd. (Pour vous servir)	LXVII
Vinant Limitée (Lipiodol Lafay) — (Valérianate Pierlot)	XXXIV
Vinant Limitée (Pipérazine Midy) — (Splénarmonie)	XXXVI
Warner, William R. & Co. Ltd. (Veracolate)	LXXXVII
White Laboratories of Canada, Ltd. (Mol-Iron)	XXVIII-XXIX
Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B. (Baby's Own)	LXXXV
Wingate Chemical Co. Ltd., The (Sandoz)	XXII
Winthrop Chemical Company, Inc. (Devegan)	XXIV
X-Ray and Radium Industries Ltd.	LVII
Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (Hématine Plastules)	XXXI
Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (Vitules)	XXXII
Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (Wyanoïds pour hémorroïdes)	LXXXIX-XCIV

KAOMAGMA

POUR LA

DIARRHÉE

AMPOULES VALOR

CACODYLATE de
SOUDE

CACODYLATE de FER

ERGOTINE

ATROPINE

EPHEDRINE

HUILE CAMPHREE

EPINEPHRINE

CAMPHOVAL

(Solution aqueuse de Camphre)

SALICYLATE de SOUDE

CAMPHOVAL SPARTEINE

SULFATE de MAGNESIE

PITUIT

HYPOSULFITE de SOUDE

CYANURE de MERCURE

EAU DISTILLEE

BUTYRATE
de MANGANESE

SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTREAL



Ancienne Méthode . . .

de guérir le rachitisme au-dessus
du tronc fendu d'un frêne

DENDANT plusieurs siècles — et apparemment jusqu'à maintenant, même en ce pays, les enfants rachitiques ont été passés au-dessus du tronc fendu d'un frêne pour les guérir de leur rachitisme et, désormais, on supposait l'existence d'une certaine affinité entre l'enfant et l'arbre.

Frazer * déclare que le mode ordinaire d'effectuer le traitement consiste à ouvrir le tronc d'un jeune frêne sur une longueur de quelques pieds et de passer l'enfant nu au-dessus de cette ouverture, soit trois fois de suite, soit trois fois ce nombre de fois successivement. Dans l'ouest de l'Angleterre, on dit que l'expérience doit être tentée au lever du soleil. Aussitôt la cérémonie terminée, l'arbre est solidement ligoté et la fissure recouverte de boue ou d'argile. La croyance veut que la guérison de l'enfant s'effectue en même temps que la cicatrisation de la fissure de l'arbre. D'autre part, si la fissure ne se referme pas, l'enfant restera difforme aussi, et si l'arbre vient à mourir, l'enfant ne survivra pas.



Il est intéressant de noter que ce traitement du rachitisme sur le tronc ouvert d'un frêne doit coïncider avec le lever du soleil, puisque sa lumière, nous le savons, est en elle-même un traitement spécifique naturel.

Nouvelle Méthode . . .

Prophylaxie et traitement du rachitisme avec L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD

AUJOURD'HUI, le médecin possède l'Oleum Percomorphum de Mead, préparation de vitamine D naturelle, acceptée par le Conseil sur la Pharmacie et la Chimie, réellement efficace dans la prophylaxie et le traitement du rachitisme lorsqu'on l'administre à doses exactes.

Comme tout autre médicament dans le traitement d'autres affections, de plus fortes doses peuvent être nécessaires dans les cas très graves. On peut affirmer que lorsque l'Oleum Percomorphum est administré à la dose indiquée, des résultats manifestes en résultent dans la plupart des cas de rachitisme, quelle que soit la gravité ou la durée de la maladie.

En raison de sa forte teneur en vitamines A et D, l'Oleum Percomorphum de Mead s'avère également avantageux dans les cas de carence tels que: tétanie, ostéomalacie et xérophtalmie.

ACCEPTÉ PAR LE CONSEIL SUR LA PHARMACIE ET LA CHIMIE: l'Oleum Percomorphum, associé à d'autres huiles de poissons et Viostérol, contient 60,000 unités de vitamine A et 8,500 unités de vitamine D par gramme. Présenté en flacons de 10 c.c. et 50 c.c.; et en flacons de 50 et 250 capsules.

MEAD JOHNSON & COMPANY OF CANADA, LIMITED, BELLEVILLE, ONTARIO



En disponibilité chez
votre fournisseur

ACIDAMINE

Importante réalisation dans le domaine de la thérapeutique en
acides aminés

Tonique efficace, poudre soluble de saveur agréable
et d'assimilation facile

ACIDAMINE — "paronyme de goût fin et de tolérance parfaite" des acides
aminés, associés aux vitamines A, B-complexe, C et D, hydrates de carbone
et sels minéraux. Cette préparation nutritive est indiquée dans tous les
états d'hypoprotéinémie.

Un produit des
LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL
pionniers dans la fabrication des Acides
Aminés au Canada

388 ouest, rue St-Paul

Montreal