Tome 80 — Numéro 9

MONTRÉAL, SEPTEMBRE 1951

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

•

XXIe Congrès de l'A.M.L.F.C., 4 - 6 octobre 1951, Trois-Rivières

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

le médicament le plus moderne contre l'HYPERTENSION...

Vegolysen

BROMURE D'HEXAMÉTHONIUM

..."une méthode utile pour diminuer la pression sanguine dans l'hypertension grave; l'administration est rapide et exempte d'effets toxiques."

CAMPBELL, A., et ROBERTSON, E.: Br. Med. Jour., 7 oct. 1950, p. 804.

..."une patiente qui avait subi une sympathectomie dorso-lombaire bilatérale pour hypertension maligne sans voir baisser sa pression, a manifesté une prompte amélioration après l'administration de ce médicament."
..."ce produit a donné de bons résultats chez deux patients souffrant d'hypertension marquée et ayant déjà subi des attaques mineures de thrombose cérébrale."

FRANKEL, E.: The Lancet, 17 fév. 1951, p. 408-409.

..."administré à doses convenables, l'hexaméthonium semble efficace pour combattre la plupart des cas d'hypertension, y compris l'hypertension maligne."

FREIS, E. D.: The Lancet, 21 avril 1951, p. 909.

..."une seule dose orale de méthonium peut produire un effet hypotenseur durant près de six heures . . . avec une administration à intervalles judicieusement déterminés, on peut arriver à obtenir une baisse continue de la pression."

MACKEY, W. A.: Br. Med. Jour., 28 avril 1951, p. 984.

renseignements sur demande.

le Vegolysen est une préparation assez délicate à administrer et nous suggérons qu'avant de l'employer vous communiquiez avec nous afin d'obtenir les plus récents rapports cliniques sur ce sujet.

comprimés à 250 mg. — ampoules à 25 et à 100 mg.

Monsieur le Docteur,
nous espérons vous voir au stand No 49
lors du Congrès de l'A. M. L. F. C.
aux Trois-Rivières, 4 - 6 octobre

POULENC

POULENC LIMITÉE
Montréal

Cortone*

Marque déposée





Suspension saline d'Acétate de CORTONE

(1 c.c. = 25 mg.) fioles de 20 c.c.

Comprimés — d'Acétate de CORTONE

(25 mg. chacun) bouteilles de 40 comprimés.

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

Bien que la fabrication de la Cortone — synthèse probablement la plus compliquée et la plus longue jamais entreprise — ait imposé des difficultés sans précédent, tous les efforts tendent à augmenter la production et, dans l'intervalle, à réaliser une distribution nationale équitable de cette drogue essentielle.

Documentation sur demande

La clef d'une ère nouvelle en science médicale

Cortone*

ACÉTATE

(Acétate de CORTISONE Merck)

(Acétate 21 de déhydro 11-hydroxy 17 corticostérone)

Parmi les affections où la Cortone a produit une amélioration clinique frappante on mentionne:

L'ARTHRITE RHUMATOÏDE et les affections rhumatismales connexes.

LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

LES TROUBLES ALLERGIQUES.

LES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DES YEUX.

AFFECTIONS CUTANÉES, notamment la **dermatite atopique, le psoriasis, la dermatite exfoliatrice, comprenant des cas secondaires à des réactions médicamenteuses, et le pemphigus.**

LE LUPUS ÉRYTHÉMATEUX (au début).

LA MALADIE D'ADDISON.

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

MERCK

MERCK & CO. LIMITED

Fabricants chimistes

Montréal - Toronto - Valleyfield

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Roma AMYOT

Le chemin retrouvé 1039

J.-A. DENONCOURT

Message du président du XXIe congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada 1042

PROGRAMME DU XXIe CONGRÈS

H. TRUDEL

XXIe congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada 1043

Jos. NORMAND

Programme général préliminaire 1043

Programme scientifique du XXIe congrès des Médecins de Langue Française du Canada, les 4, 5 et 6 octobre 1951 1044

Madame J-A. DENONCOURT

Invitation aux épouses des congressistes 1047

Programme des dames 1048

INDICATIONS :

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

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

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

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

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

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

Recommandée et prescrite par le Corps Médical dans le monde entier

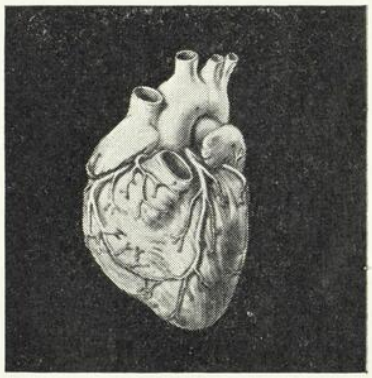
Représentants exclusifs au Canada: **HERDT & CHARTON, INC.**, Montréal

ESKEL

vaso-dilatateur des coronaires

Angine de poitrine
Asthme bronchique

Un à trois comprimés par jour selon les cas



Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 9

SOMMAIRE
(Suite)

• • •

N. BALESTRAZZI
La pathogénèse du choc traumatique. Revue synthétique à l'aide de recherches originales 1051

RECUEIL DE FAITS

Rosaire LAUZER et Robert FISET
A propos d'un cas d'iléite terminale 1060

MOUVEMENT MÉDICAL

Paul RIOPEL
Que penser des précalibrations en photocolorimétrie 1064

A.-R. FOLEY
La cyanose des nourrissons ou les bébés bleus. Maladie causée par ingestion de nitrates. 1069

REVUE GÉNÉRALE

Almanzor MARSOLAIS et René LEBEAU
L'anesthésie au pentothal. Ses effets sur le système nerveux central et ses signes cliniques 1071

Guy LAFOND
Rein et lésions osseuses 1080

ÉDITORIAL

Roma AMYOT
Prestige de l'exactitude en anesthésie 1086

Pour le traitement de L'ARTHRITE

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

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

"OSTOFORTE"
(S.E.C. No 651 "FROSST")

Chaque capsule contient 50,000 unités int. de vitamine D.

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

FORMULE

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

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

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

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

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

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

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

50 ANNÉES DE PROGRÈS 1901 Rougier FRÈRES MONTREAL 1951 50 YEARS OF ACHIEVEMENT

Digitaline nativelle

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

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

1951

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

rougier frères, 350, RUE LE MOYNE, MONTREAL 1

SOMMAIRE

(Suite)

•

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Hon. Paul MARTIN
Trois ans de progrès sanitaire 1088

Ad. GROULX
Les services de santé 1093

G. CHAREST
Une eau saine et son influence sur la baisse de la typhoïde 1096

Léo-Paul CABANA
La destruction de l'herbe à poux pour prévenir le rhume des foins 1098

VARIÉTÉS

Raoul KOURILSKY
Les conditions de travail des médecins canadiens à Paris et en France 1102

Gabriel NADEAU
Le dernier chirurgien du roi à Québec — Antoine Briault (1742-1760) (suite) 1106

En devoir — L'opinion des autres à notre sujet: les gardes-malades 1117

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Philippe LANDRY
Diagnostic de la tuberculose au bureau du médecin 1120

Les besoins fondamentaux de l'enfance 1123

Roma AMYOT
Extraits de journaux 1125

• • •

"L'Union Médicale du Canada", en 1882 1128

CONGRÈS

Réal DORÉ
L' "American Goiter Association" 1130

ANALYSES 1132

MÉDECINE

Etat actuel de la question sur l'étiologie de l'anémie pernicieuse (1132). **Observations sur la syphilis cardio-vasculaire traitée par la pénicilline** (1133). **La sciatique: diagnostic différentiel et traitement** (1134). **Les troubles mentaux survenant chez les malades anoxhémiques chroniques durant l'oxygénothérapie** (1134). **Dosage de l'auréomycine au cours de la pneumonie atypique primitive** (1135). **La paralysie périodique** (1135).

PHTISIOLOGIE

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'immobilisation plâtrée (1135).

NEURO-PSYCHIATRIE

Résultat de l'emploi de la pénicilline dans le traitement de la syphilis nerveuse au "Bellevue Hospital" (1135).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Le rôle des antibiotiques dans le traitement moderne de la syphilis (1136).

SOCIÉTÉS 1137

La Société Médicale de Montréal: séances du 3 avril 1951 (1137); du 17 avril 1951 (1138).

NOUVELLES 1140

NÉCROLOGIE 1148

REVUE DES LIVRES 1150

"NEO-CHEMICAL" FOOD

POUR ENFANTS

"NEO-CHEMICAL" FOOD Rx1

Principaux ingrédients	*dans chaque gramme*	*dans la dose quotidienne*
Phosphate ferreux	12.36 mg.	1¾ gr.
Citrate de cuivre	0.4 mg.	1/18 de gr.
Carbonate de manganèse	0.078 mg.	1/90 de gr.
Vitamine A	224 U.I.	2000 U.I.
Vitamine D	224 U.I.	2000 U.I.
Phosphate de calcium	18.25 mg.	2½ gr.
Thiamine, ClH. de	0.22 mg.	2 mg.
Riboflavine	0.22 mg.	2 mg.
Iodure de sodium	0.043 mg.	1/163 de gr.
Extrait de malt	q.s.	q.s.

POSOLOGIE: Deux petites cuillerées à thé par jour.

PRÉSENTATION: Formats de 24, 72 et 144 jours.

"NEO-CHEMICAL" FOOD Rx2

Principaux ingrédients	*dans chaque gramme*	*dans la dose quotidienne*
Phosphate ferreux soluble (N.F.)	25 mg.	200 mg.
Chlorure de cuivre	0.3 mg.	2.4 mg.
Citrate de manganèse soluble (N.F.)	0.25 mg.	2.0 mg.
Vitamine A	250 U.I.	2000 U.I.
Vitamine D	250 U.I.	2000 U.I.
Hypophosphite de calcium	18.75 mg.	150 mg.
Thiamine, ClH. de	0.25 mg.	2.0 mg.
Riboflavine	0.25 mg.	2.0 mg.
Niacinamide	1.25 mg.	10.0 mg.
Iodure de sodium	0.015 mg.	0.12 mg.
Extrait de malt	0.5 G.	4.0 G.

POSOLOGIE: Une cuillerée à thé (8 grammes) une fois par jour, après un repas. Aux enfants on peut commencer par ¼ de cuillerée à thé, et augmenter graduellement cette dose jusqu'à une cuillerée à thé.

PRÉSENTATION Formats de 36 et 96 jours.

DÉCHIREZ ICI

À TENIR SUR SOI

"NEO-CHEMICAL" FOOD

POUR ENFANTS

"NEO-CHEMICAL" FOOD Rx1

Principaux ingrédients	*dans chaque gramme*	*dans la dose quotidienne*
Phosphate ferreux	12.36 mg.	1¾ gr.
Citrate de cuivre	0.4 mg.	1/18 de gr.
Carbonate de manganèse	0.078 mg.	1/90 de gr.
Vitamine A	224 U.I.	2000 U.I.
Vitamine D	224 U.I.	2000 U.I.
Phosphate de calcium	18.25 mg.	2½ gr.
Thiamine, ClH. de	0.22 mg.	2 mg.
Riboflavine	0.22 mg.	2 mg.
Iodure de sodium	0.043 mg.	1/163 de gr.
Extrait de malt	q.s.	q.s.

POSOLOGIE: Deux petites cuillerées à thé par jour.

PRÉSENTATION: Formats de 24, 72 et 144 jours.

"NEO-CHEMICAL" FOOD Rx2

Principaux ingrédients	*dans chaque gramme*	*dans la dose quotidienne*
Phosphate ferreux soluble (N.F.)	25 mg.	200 mg.
Chlorure de cuivre	0.3 mg.	2.4 mg.
Citrate de manganèse soluble (N.F.)	0.25 mg.	2.0 mg.
Vitamine A	250 U.I.	2000 U.I.
Vitamine D	250 U.I.	2000 U.I.
Hypophosphite de calcium	18.75 mg.	150 mg.
Thiamine, ClH. de	0.25 mg.	2.0 mg.
Riboflavine	0.25 mg.	2.0 mg.
Niacinamide	1.25 mg.	10.0 mg.
Iodure de sodium	0.015 mg.	0.12 mg.
Extrait de malt	0.5 G.	4.0 G.

POSOLOGIE: Une cuillerée à thé (8 grammes) une fois par jour, après un repas. Aux enfants on peut commencer par ¼ de cuillerée à thé, et augmenter graduellement cette dose jusqu'à une cuillerée à thé.

PRÉSENTATION: Formats de 36 et 96 jours.

POUR ADULTES

"NEO-CHEMICAL" FOOD
SOUS FORME DE
Capsules

Principaux ingrédients	*dans chaque capsule*	*dans la dose quotidienne*
Sulfate ferreux (exsic.)	4/5 de gr.	1-3/5 gr.
Sulfate de cuivre	1/25 de gr.	1/13 de gr.
Carbonate de manganèse	1/180 de gr.	1/90 de gr.
Vitamine A	1000 U.I.	2000 U.I.
Vitamine D	1000 U.I.	2000 U.I.
Phosphate de calcium (bi-basique)	2-1/7 gr.	4-2/7 gr.
Thiamine, ClH. de	1 mg.	2 mg.
Riboflavine	1 mg.	2 mg.
Iodure de sodium	1/333 de gr.	1/163 de gr.

POSOLOGIE: 2 capsules par jour.
PRÉSENTATION: Boites de 50, 100 et 250.

"NEO-CHEMICAL" FOOD
Gériatrique

Principaux ingrédients	*dans chaque cc.*	*dans la dose quotidienne (48 cc.)*
Phosphate ferreux soluble (N.F.)	4.2 mg.	200 mg.
Citrate de manganèse soluble (N.F.)	0.04 mg.	2.0 mg.
Hypophosphite de calcium	3.1 mg.	150 mg.
Vitamine D	25 U.I.	1200 U.I.
Thiamine, ClH. de	0.06 mg.	3.0 mg.
Riboflavine	0.125 mg.	6.0 mg.
Niacinamide	0.625 mg.	30 mg.
Pyridoxine, ClH. de	0.06 mg.	3.0 mg.
Tricholine, citrate de	13.52 mg.	650 mg.
Iodure de sodium	0.002 mg.	0.12 mg.
Alcool, comme préservatif, 15 p.c.		

POSOLOGIE: De 1 à 3 cuillerées à table (16-48 cc.) par jour, avant les repas, en dose unique ou fractionnée.
PRÉSENTATION: Flacons de 16 onces liquides.

POUR ADULTES

"NEO-CHEMICAL" FOOD
SOUS FORME DE
Capsules

Principaux ingrédients	*dans chaque capsule*	*dans la dose quotidienne*
Sulfate ferreux (exsic.)	4/5 de gr.	1-3/5 gr.
Sulfate de cuivre	1/25 de gr.	1/13 de gr.
Carbonate de manganèse	1/180 de gr.	1/90 de gr.
Vitamine A	1000 U.I.	2000 U.I.
Vitamine D	1000 U.I.	2000 U.I.
Phosphate de calcium (bi-basique)	2-1/7 gr.	4-2/7 gr.
Thiamine, ClH. de	1 mg.	2 mg.
Riboflavine	1 mg.	2 mg.
Iodure de sodium	1/333 de gr.	1/163 de gr.

POSOLOGIE: 2 capsules par jour.
PRÉSENTATION: Boites de 50, 100 et 250.

"NEO-CHEMICAL" FOOD
Gériatrique

Principaux ingrédients	*dans chaque cc.*	*dans la dose quotidienne (48 cc.)*
Phosphate ferreux soluble (N.F.)	4.2 mg.	200 mg.
Citrate de manganèse soluble (N.F.)	0.04 mg.	2.0 mg.
Hypophosphite de calcium	3.1 mg.	150 mg.
Vitamine D	25 U.I.	1200 U.I.
Thiamine, ClH. de	0.06 mg.	3.0 mg.
Riboflavine	0.125 mg.	6.0 mg.
Niacinamide	0.625 mg.	30 mg.
Pyridoxine, ClH. de	0.06 mg.	3.0 mg.
Tricholine, citrate de	13.52 mg.	650 mg.
Iodure de sodium	0.002 mg.	0.12 mg.
Alcool, comme préservatif, 15 p.c.		

POSOLOGIE: De 1 à 3 cuillerées à table (16-48 cc.) par jour, avant les repas, en dose unique ou fractionnée.
PRÉSENTATION: Flacons de 16 onces liquides.

Deux Nouvelles Formules de

"NEO-CHEMICAL" FOOD

VIENNENT ACCROÎTRE L'UTILITÉ CLINIQUE DE CETTE PRÉPARATION

Le Neo-Chemical Food est déjà bien connu des médecins, qui le prescrivent depuis 1932 dans le but d'augmenter les facteurs nutritifs essentiels dont les régimes mal choisis ou mal préparés font souvent défaut.

De récentes recherches[1] font ressortir le fait que chez les personnes âgées, l'absorption des facteurs nutritifs accessoires est souvent considérablement inférieure aux besoins par suite d'une alimentation trop faible en calories, d'une mauvaise assimilation et utilisation, et pour d'autres raisons[2]; il serait donc désirable de combler les lacunes du régime alimentaire au moyen de vitamines et de sels minéraux additionnels. L'addition du facteur lipotrope et de la choline devrait aussi s'avérer avantageuse [3,4,5,6]. Neo-Chemical Food Geriatric est composé spécifiquement dans ce but.

Néo-Chemical Food ℞2, une nouvelle préparation d'une parfaite liquidité et d'un goût différent, représente une forme additionnelle de la préparation liquide originale et est destinée aux enfants à qui le goût du N.C.F. ℞1 ne plaît pas.

Voir bibliographie, formules et présentation au verso.

QUATRE FORMULES
VOUS PERMETTENT DE PRESCRIRE À TOUS - QUEL QUE SOIT L'ÂGE

"NEO-CHEMICAL" FOOD
R1

La forme liquide originale de la préparation, dans un savoureux véhicule malté; pour les enfants et les convalescents.

Principaux ingrédients	*dans chaque gramme*	*dans la dose quotidienne*
Phosphate ferreux	12.36 mg.	1¾ gr.
Citrate de cuivre	0.4 mg.	1/18 de gr.
Carbonate de manganèse	0.078 mg.	1/90 de gr.
Vitamine A	224 U.I.	2000 U.I.
Vitamine D	224 U.I.	2000 U.I.
Phosphate de calcium	18.25 mg.	2½ gr.
Thiamine, ClH. de	0.22 mg.	2 mg.
Riboflavine	0.22 mg.	2 mg.
Iodure de sodium	0.043 mg.	1/163 de gr.
Extrait de malt	q.s.	q.s.

POSOLOGIE: Deux petites cuillerées à thé par jour.

PRÉSENTATION: Formats de 24, 72 et 144 jours.

"NEO-CHEMICAL" FOOD
R2

Préparation d'un goût différent, pour les enfants à qui le goût du N.C.F. R1 ne plaît pas.

Principaux ingrédients	*dans chaque gramme*	*dans la dose quotidienne*
Phosphate ferreux soluble (N.F.)	25 mg.	200 mg.
Chlorure de cuivre	0.3 mg.	2.4 mg.
Citrate de manganèse soluble (N.F.)	0.25 mg.	2.0 mg.
Vitamine A	250 U.I.	2000 U.I.
Vitamine D	250 U.I.	2000 U.I.
Hypophosphite de calcium	18.75 mg.	150 mg.
Thiamine, ClH. de	0.25 mg.	2.0 mg.
Riboflavine	0.25 mg.	2.0 mg.
Niacinamide	1.25 mg.	10.0 mg.
Iodure de sodium	0.015 mg.	0.12 mg.
Extrait de malt	0.5 G.	4.0 G.

POSOLOGIE: Une cuillerée à thé (8 grammes) une fois par jour, après un repas. Aux enfants on peut commencer par ¼ de cuillerée à thé, et augmenter graduellement cette dose jusqu'à une cuillerée à thé.

PRÉSENTATION: Formats de 36 et 96 jours.

"NEO-CHEMICAL" FOOD
SOUS FORME DE
Capsules

représente une préparation pratique et d'administration facile; pour les adultes et les adolescents.

Principaux ingrédients	*dans chaque capsule*	*dans la dose quotidienne*
Sulfate ferreux (exsic.)	4/5 de gr.	1-3/5 gr.
Sulfate de cuivre	1/25 de gr.	1/13 de gr.
Carbonate de manganèse	1/180 de gr.	1/90 de gr.
Vitamine A	1000 U.I.	2000 U.I.
Vitamine D	1000 U.I.	2000 U.I.
Phosphate de calcium (bi-basique)	2-1/7 gr.	4-2/7 gr.
Thiamine, ClH. de	1 mg.	2 mg.
Riboflavine	1 mg.	2 mg.
Iodure de sodium	1/333 de gr.	1/163 de gr.

POSOLOGIE: 2 capsules par jour.

PRÉSENTATION: Boîtes de 50, 100 et 250.

"NEO-CHEMICAL" FOOD
Gériatrique

représente un supplément de l'alimentation qui répond aux besoins alimentaires spécifiques du groupe de "quarante-et-plus".

Principaux ingrédients	*dans chaque cc.*	*dans la dose quotidienne (48 cc.)*
Phosphate ferreux soluble (N.F.)	4.2 mg.	200 mg.
Citrate de manganèse soluble (N.F.)	0.04 mg.	2.0 mg.
Hypophosphite de calcium	3.1 mg.	150 mg.
Vitamine D	25 U.I.	1200 U.I.
Thiamine, ClH. de	0.06 mg.	3.0 mg.
Riboflavine	0.125 mg.	6.0 mg.
Niacinamide	0.625 mg.	30 mg.
Pyridoxine, ClH. de	0.06 mg.	3.0 mg.
Tricholine, citrate de	13.52 mg.	650 mg.
Iodure de sodium	0.002 mg.	0.12 mg.

Alcool, comme préservatif, 15 p.c.

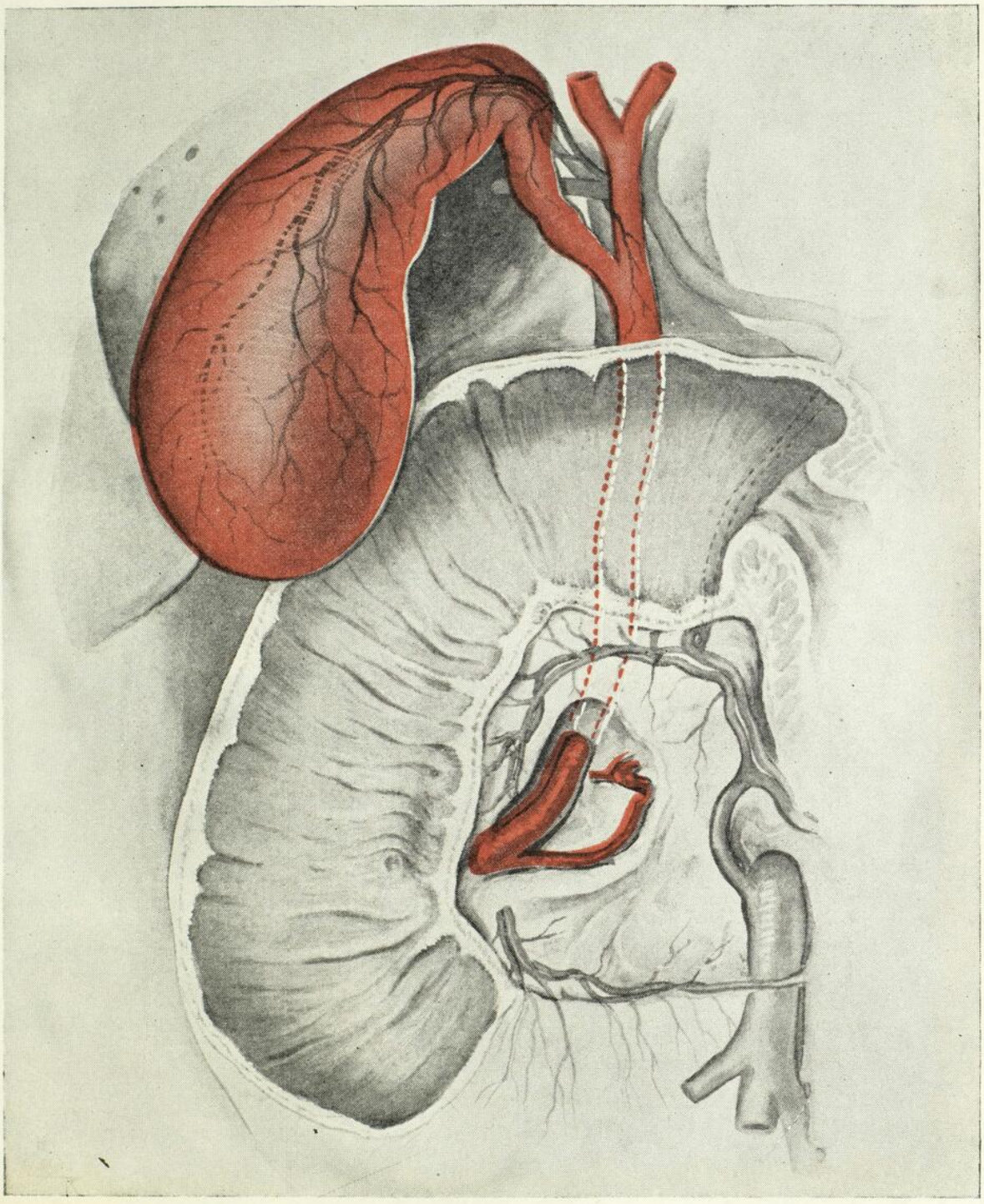
POSOLOGIE: De 1 à 3 cuillerées à table (16-48 cc.) par jour, avant les repas, en dose unique ou fractionnée.

PRÉSENTATION: Flacons de 16 onces liquides.

Références:

1. "Nutrition problems of geriatric medicine." Stieglitz, J.A.M.A., 142: 1070, 1950.
2. "Some obstacles in the path toward optimum diet. Carlson, Science, 97: 385, 1943.
3. "The prevention by choline of liver cirrhosis in rats on high fat, low protein diets." Blumberg and McCallum, Science, 93: 589, 1941.
4. "Production and apparent prevention of dietary liver cirrhosis in rats." Daft, Sebrell and Lillie, Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., 48: 228, 1941.
5. "Treatment of cirrhosis of the liver by a nutritious diet and supplements rich in vitamin B complex." Patek and Post, J. Clin. Invest., 20: 481, 1941.
6. "Relation of B vitamins and dietary fats to the lipotropic action of choline." Engel, J. Nutrition, 24: 175, 1942.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA



Ketochol, une diète molle, avec des graisses non cuites et des antispasmodiques, sont efficaces dans le traitement de la cholécystite non calculeuse et la dyskinésie biliaire. Ketochol, un mélange d'acides biliaires normaux sous la forme oxydée (keto) exerce un effet cholérétique (flushing) défini sur tout l'arbre biliaire. G. D. Searle & Co., Chicago 80, U.S.A.

La recherche au service de la médecine SEARLE

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

L'Union Médicale
du Canada

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Roger-R. Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

BUREAU DE COLLABORATION:

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

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

L'examen peut être passé en MÉDECINE, ou en médecine en accentuant sur l'une des spécialités suivantes:

Anesthésie
Dermatologie et syphiligraphie
Neurologie
Psychiatrie
Pédiatrie
Radiodiagnostic
Radiothérapie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE, ou en chirurgie en accentuant sur l'une des spécialités suivantes:

Neuro-chirurgie
Obstétrique et gynécologie
Ophtalmologie
Chirurgie orthopédique
Otolaryngologie
Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

L'examen peut être passé dans une des spécialités suivantes, approuvées pour le certificat:

SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Anesthésie
Dermatologie et syphiligraphie
Médecine interne
Neurologie
Psychiatrie
Pédiatrie
Pathologie
Bactériologie
Médecine physique
Santé publique
Radiodiagnostic
Radiothérapie

SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

Chirurgie générale
Neuro-chirurgie
Obstétrique et/ou gynécologie
Ophtalmologie
Chirurgie orthopédique
Otolaryngologie
Chirurgie plastique
Chirurgie thoracique
Urologie

Copies des Règlements et Normes de Formation post-universitaire Régissant les Examens du Collège à l'Egard du Diplôme d'Associé (Fellow) et du Certificat de Spécialiste, ainsi que des formules de demande et des listes des hôpitaux approuvés au Canada, peuvent être obtenues en s'adressant comme suit:

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

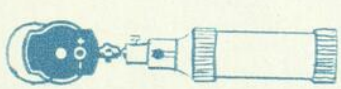
Médication efficace
contre de nombreuses infections à bactéries
et à rickettsies et certaines maladies
à protozoaires et à grands virus

Chlorhydrate Cristallisé d'

AUREOMYCINE

Lederle

L'Ophtalmologiste possède désormais, dans l'Auréomycine, une arme vraiment efficace contre de nombreuses infections de l'œil — indifféremment causées par des bactéries ou de grands virus. La solution à un-demi pour cent n'est pas irritante pour la conjonctive, de sorte que l'Auréomycine peut s'administrer en topique, être ingérée ou s'employer par les deux voies. C'est une médication intéressante dans la plupart des types de conjonctivite, aussi bien que contre la kératite dendritique et l'uvéite. Elle joue un rôle important dans le traitement du trachome, à sa phase aiguë. On peut dire que l'Auréomycine a une valeur incalculable en ophtalmologie, tant en chirurgie qu'en médecine de l'œil.



Conditionnement:
Capsules à 50 mg.: Flacons de 25 et de 100 capsules; à 250 mg.: Flacons de 16 et de 100 capsules.
Forme ophtalmique: Fiole de 25 mg. avec compte-gouttes; solution à préparer extemporanément par addition de 5 c.c. d'eau distillée.

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

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

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

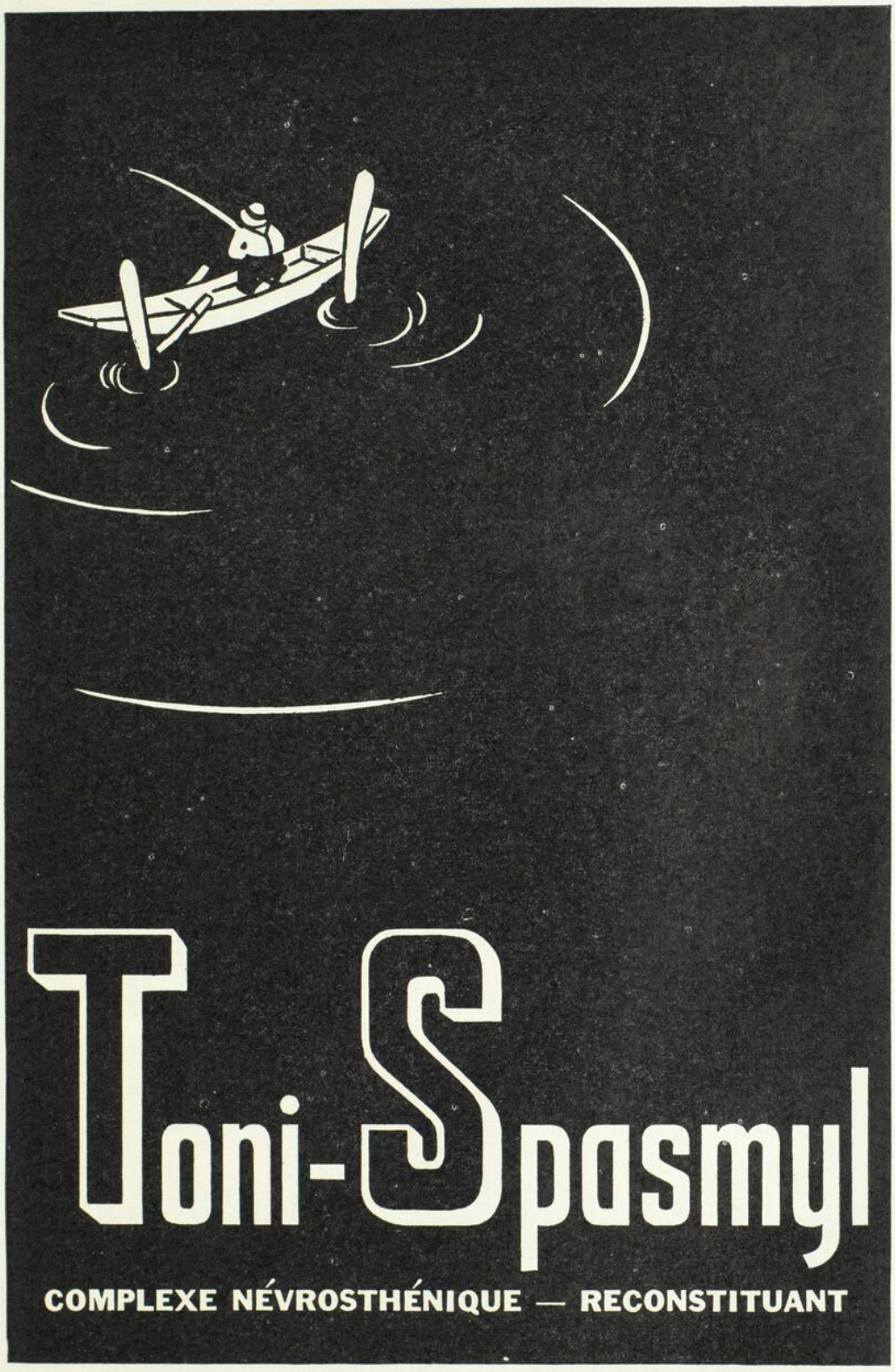
CORRESPONDANTS

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

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT } **326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal.**
PUBLICITÉ: Jacques D. Clerk } **Tél.: LAncaster 9888**

L'hôpital Royal Victoria donnera un cours de cinq jours pour les praticiens de médecine générale, du 8 au 12 octobre. Ce cours portera sur les conditions vues en médecine générale et l'on insistera sur les différentes techniques utilisables dans le cabinet de consultation et ce en médecine, chirurgie, obstétrique et gynécologie. Ce cours est limité à 50 candidats. Le coût est fixé à $50.00.

Pour autre information ou pour enregistrement, écrivez au "Post-Graduate Board", Royal Victoria Hospital, 687 ouest, avenue des Pins, Montréal, P. Q.



MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE
MONTRÉAL, 18 CANADA

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Emile BLAIN,
444 est, rue Sherbrooke,
Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel,
Montréal.

SECRÉTAIRE ADJOINT

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

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

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

COMITÉ DU XXIe CONGRÈS

J.-A. DENONCOURT, président.

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

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

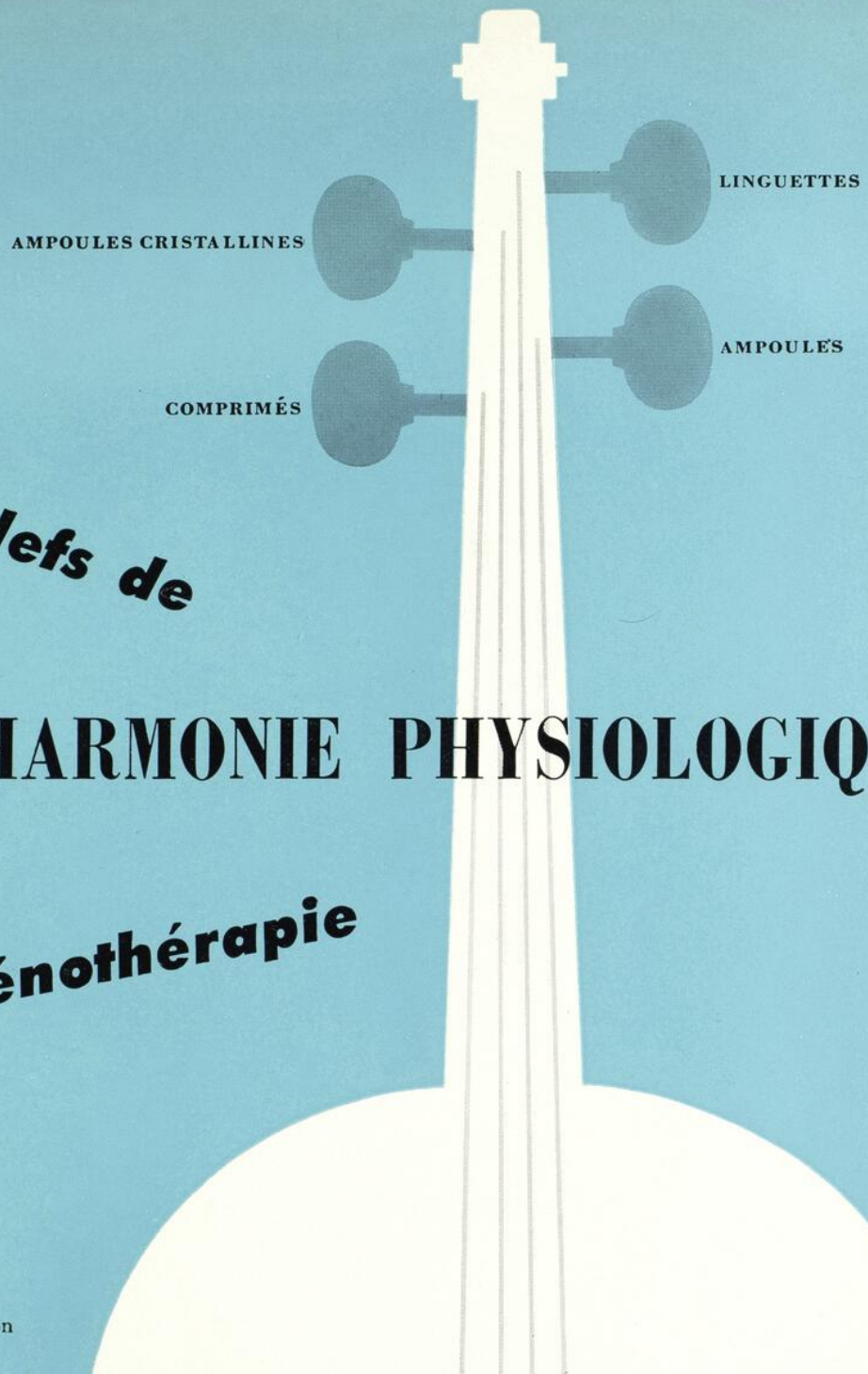
J.-L. ROCHEFORT, trésorier,
1005, rue Saint-Prosper,
Trois-Rivières.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,	**Chs. N. DeBLOIS,**	**A.-L. RICHARD,**
J.-H. LAPOINTE,	**J.-A. JARRY,**	**Edmond POTVIN,**
Albert PAQUET,	**Charles VEZINA,**	**J.-A. VIDAL.**
	Richard GAUDET,	

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal 1954
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean, P. Q. 1952
BAILLY, Roland, 4339 avenue de Lorimier, Montréal .. 1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta 1954
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-E. 1952
BIBAUD, Barthélémi, Valleyfield, P. Q. 1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec 1952
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont 1954
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. 1954
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec 1952
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1954
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1954
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1954
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal.. 1952
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec 1952
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. 1952
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1954
GAUTHIER, J.-D., Shippegan, N.-B. 1954
HURTUBISE, Raoul, Sénateur, 19, rue Durham,
Sudbury, Ont. 1954
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1952
JOBIN, Pierre, 91½, rue d'Auteuil, Québec 1954
LECOURS, J.-A., 538, av. King-Edward, Ottawa, Ont. 1952
LEMIEUX, J.-R., Hôpital Saint-Sacrement, Québec 1952
MANSEAU, Georges, 924, rue St-Aubin, Ville-St-Laurent 1952
MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-E.-Cartier, Montréal .. 1952
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass.. 1952
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P. Q. 1952
PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. .. 1952
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1954
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1954
PILON, J.-L., 389 est, boul. Saint-Joseph, Montréal .. 1954
POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. 1954
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. 1954
ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté de Nicolet, P. Q. 1952
SMITH, Pierre, 300, Carré Saint-Louis, Montréal 1954
TETRAULT, Adélard, 411, boul. Laviolette, T.-Rivières 1954
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1954
VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1954



quatre clefs de L'HARMONIE PHYSIOLOGIQUE par l'androgénothérapie

PERANDREN*

Propionate de testostérone en solution dans l'huile de sésame pour injection intramusculaire lorsqu'un effet androgénique initial intense est requis.

AMPOULES CRISTALLINES PERANDREN*

Suspension aqueuse de cristaux de propionate de testostérone spécialement choisis, pour un effet thérapeutique prolongé.

LINGUETTES MÉTANDRÈNE*

Comprimés de méthyltestostérone pour absorption sublinguale, offrant la méthode la plus économique pour l'administration des androgènes.

COMPRIMÉS MÉTANDRÈNE*

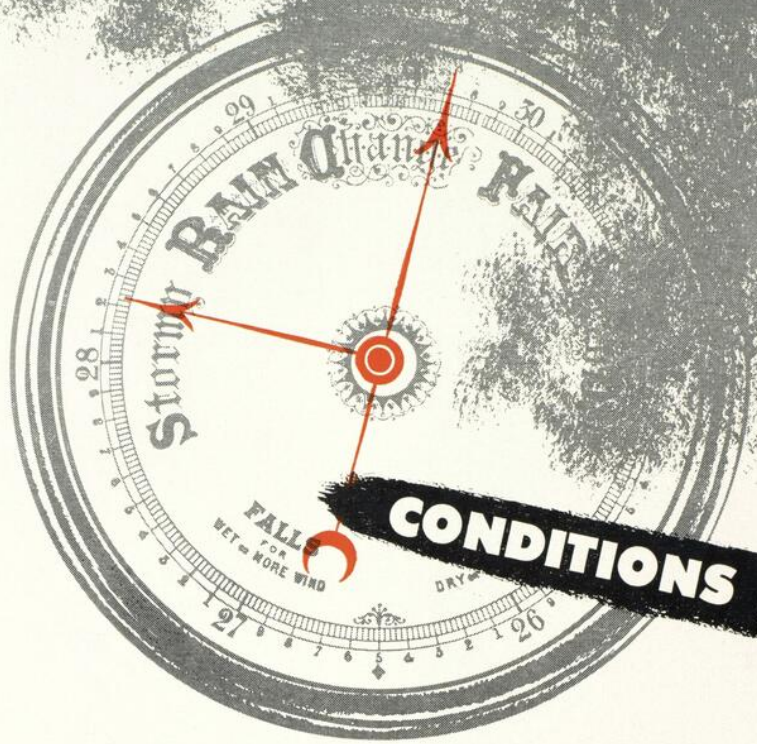
Comprimés de méthyltestostérone pour administration par voie orale, lorsque celle-ci est désirée.

*Marque déposée

Là où l'harmonie physiologique fait défaut à cause d'une carence hormonale, l'androgénothérapie peut être indiquée. Les androgènes Ciba offrent, au médecin, un choix de quatre méthodes efficaces de traitement.

Ciba

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE, MONTRÉAL



CONDITIONS LOCALES:

ÉCLAIRCIE

La CRÈME VIOFORME *et l'*ONGUENT VIOFORME

sont des agents dermatologiques efficaces, lénitifs et d'une innocuité absolue.

Ils soulagent les symptômes irritants des affections cutanées

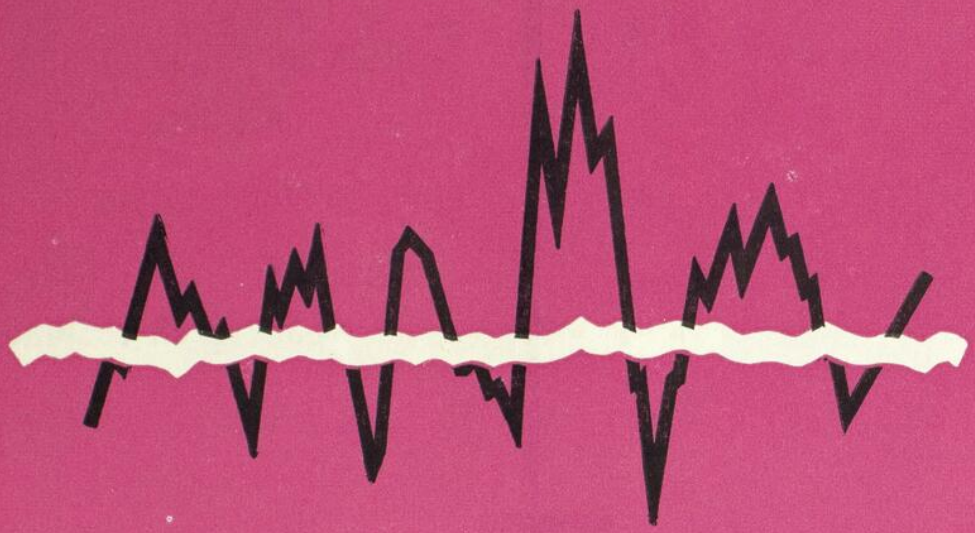
causées par les infections parasitaires et eczémateuses.

Vioforme*

CRÈME ET ONGUENT

IMPETIGO CONTAGIOSA
SYCOSIS BARBAE
FOLLICULITE
ECZÉMA IMPÉTIGINEUX
DERMATITE
STOMATITE COMMISSURALE

COMPAGNIE Ciba LIMITÉE, MONTRÉAL



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

Robins

Donnatal

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

RICHMOND 20, VA.

Produits pharmaceutiques de qualité depuis 1878

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

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

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

1 Notre Dame St. West, Montreal 1, Quebec



mucilose®

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION PAR UN HYDROGEL

Traitement par la masse de l'hydrogel . . .

dans la constipation due à une alimentation pauvre en résidus

Le vieillard, l'opéré, le convalescent, le malade au régime, sont souvent constipés à cause d'une diète pauvre en résidus.

Mucilose — (hémicelluse hydrophile) — augmente le volume du bol alimentaire, pauvre en résidus, remplit le côlon d'une masse émolliente et favorise le péristaltisme normal.

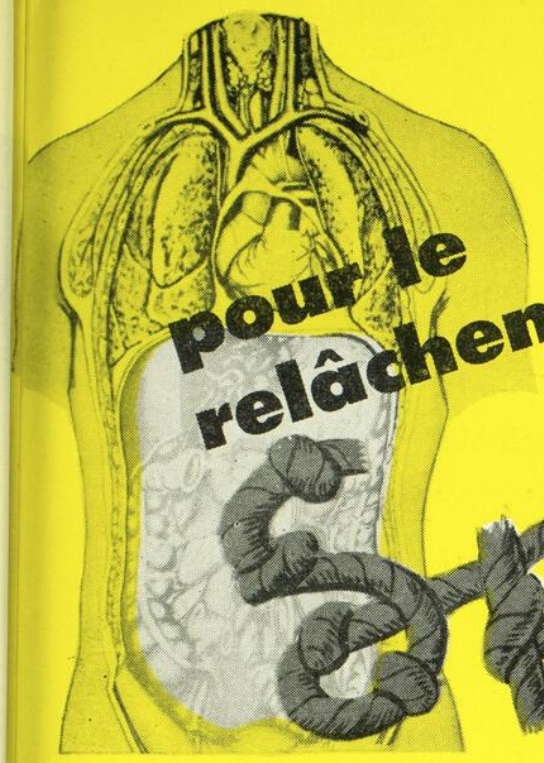
2 cuillerées à thé . . .
2 fois par jour . . .
avec 2 verres d'eau

Présenté en flocons (Formule concentrée avec dextrose)
4 et 16 onces.
Echantillons envoyés sur demande aux médecins.

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

443 Sandwich Street, West Windsor, Ontario

Mucilose, marque de commerce enregistrée, Etats-Unis et Canada.



pour le relâchement du Spasme

prescrivez **NEURO-SPASEX***

Mowatt & Moore Ltd
PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX
MONTREAL

Chaque comprimé Neuro-Spasex contient:
Bromure de Methyl-Homatropine.. 1/24 gr.
Phénobarbital ..... 1/4 gr.
Bromure de Methyl-Homatropine.. 1/24 gr.
jour avant les repas ou selon les indications du médecin.

A noter: Dans les cas de vomissements gravidiques de la grossesse le Neuro-Spasex est très efficace à un ou deux comprimés 3 fois par jour.

DANS LES CAS DE DYSMÉNORRHÉE, ULCÈRE GASTRIQUE ET DUODÉNAL, COLITE À MUCUS, SPASME DU PYLORE, CONSTIPATION SPASMODIQUE ET AUTRES ÉTATS SPASMODIQUES.

ET LE

NEURO-SPASEX *POUR BÉBÉS*

apporte un soulagement rapide dans les cas de colite spasmodique et des vomissements dus aux spasmes du Pylore.

Chaque comprimé Neuro-Spasex contient:
Bromure de Methyl-Homatropine..1/200 gr.
Phénobarbital ..... 1/6 gr.

Posologie: Une comprimé à chaque boire ou selon les indications du médecin.
Des rapports récents prouvent que l'Enurésie peut être controlée efficacement avec un comprimé de NEURO-SPASEX *POUR BÉBÉS au coucher.*

*SPASEX (Bromure de Methyl Homatropine) est un antispasmodique efficace, causant rarement de la sécheresse ou des troubles de la vision. Il est sans action cumulative et non toxique à la dose recommandée. Les comprimés SPASEX 1/24 gr. et 1/200 gr. peuvent s'obtenir quand le Phénobarbital n'est pas indiqué.
Prescrivez SPASEX à la dose désirée.

Pas de réaction due à la belladone...



quand vous soulagez l'indigestion nerveuse avec . . . . .

BENTYLOL

SPASMOLYSE DOUBLE ET SÛRE

Les résultats cliniques [1,2,3] et pharmacologiques indiquent que la double action du BENTYLOL (musculotropique et neurotropique) assure un soulagement complet et plus doux que celle de tous les autres antispasmodiques qui ont été essayés.

POSOLOGIE: Deux capsules trois fois par jour, avant ou après les repas. Si c'est nécessaire, répéter la dose au coucher.



Chlorhydrate de BENTYLOL.....10 mg.
pour soulagement doux de l'indigestion nerveuse



Chlorhydrate de BENTYLOL.....10 mg.
avec **PHÉNOBARBITAL**.....15 mg.
quand une sédation synergique est désirée

1. Hock, C. W.: J. Med. Assn. Ga. 40; 22, Jan., 1951
2. Hufford, A. R.: J. Mich. St. Med. Soc. 49; 1308, 1950
3. Chamberlin, D. T.: Gastroenterology 17; 224, Fév., 1951

Merrell
1828
New-York—CINCINNATI—Toronto

"Bentylol," Marque Déposée. Ce produit est distribué aux Etats-Unis sous la Marque "Bentyl."

traitement ***combiné***

oestrogènes-androgènes

PRÉMARINE" avec MÉTHYLTESTOSTÉRONE

permet l'action à la fois complémentaire et neutralisante de l'association oestrogènes-androgènes chez l'un et l'autre sexe, avec un minimum de réactions secondaires.

No 878 - chaque comprimé renferme:

"Prémarine".....0.625 mg.
substances oestrogènes conjuguées (équines)
Méthyltestostérone..... 5 mg.

No 879 - chaque comprimé renferme:

"Prémarine".....1.25 mg.
substances oestrogènes conjuguées (équines)
Méthyltestostérone..... 10 mg.

indications

fractures et ostéoporose des deux sexes

ménopause dans certains cas particuliers

dysménorrhée

troubles de la cinquantaine



Ayerst

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

traitement antianémique adéquat

Maturex

Renferme tous les spécifiques des anémies macrocytaires et ferriprives



Pour les adultes

"MATUREX"—No 340

Chaque capsule renferme:

Vitamine B_{12}	10 microg.
Estomac desséché	250 mg.
Acide folique	0 mg.67
Sulfate ferreux, P.B. (5 gr.)	320 mg.
Acide ascorbique	50 mg.
Extrait de foie, équivalent de	1 g. de foie frais

"MATUREX" Non ferreux—No 341

Formule du No 340 sans sulfate ferreux. D'après les comptes rendus de l'emploi du produit, rares sont les malades qui ne tolèrent pas le fer des capsules de "Maturex", mais la formule sans fer se prend dans les cas où la médication martiale est superflue.



Pour les enfants

"MATUREX" Enfants—No 338

Chaque capsule renferme:

Vitamine B_{12}	5 microg.
Estomac desséché	80 mg.
Acide folique	0 mg.67
Sulfate ferreux, P.B. ($1\frac{1}{2}$ gr.)	100 mg.
Acide ascorbique	25 mg.
Extrait de foie, équivalent de	0 g.5 de foie frais

"MATUREX" Non ferreux—Enfants—No 339

Formule du No 338 sans sulfate ferreux. Destiné aux enfants qui ne requièrent pas une médication martiale.

La posologie moyenne de chacun de ces produits est de trois capsules par jour.
Flacons de 24, 100 et 500.

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens
Montréal, Canada

Ayerst



Le

SOULAGEMENT

de l'asthme rebelle peut s'obtenir

L'action de blocage unique de l'ACTHAR sur les manifestations complexes de l'hypersensibilité est maintenant bien prouvée. L'ACTHAR produit des résultats particulièrement heureux pour la victime de l'asthme grave, rebelle: la menace des crises asthmatiques est réduite au minimum. Des doses relativement faibles d'ACTHAR peuvent avoir raison rapidement du status asthmaticus qui avait résisté à tous les autres traitements.

L'amélioration marquée, souvent remarquable, produite par l'ACTHAR, fait de celui-ci une thérapeutique vraiment économique dans le traitement difficile de l'asthme grave.

Posologie de l'ACTHAR. — *Dose d'attaque*: Dans les cas peu graves, 12.5 mg. toutes les 6 heures. Les cas chroniques sérieux, y compris le status asthmaticus, peuvent exiger jusqu'à 25 mg. toutes les 2 heures. La dose d'attaque sera continuée pendant 2 à 4 jours, et même plus, dans les cas sérieux. *Diminution de la dose*: Une fois les symptômes enrayés, diminuer la dose de 5 mg. par injection tous les deux jours, jusqu'à ce que le traitement ait duré 10 à 12 jours. *Traitement d'entretien*: Peut être nécessaire dans l'asthme chronique grave; 10 à 20 mg. une ou deux fois par jour. La littérature sur l'ACTHAR, comprenant entre autres le mode d'emploi et les contre-indications, sera envoyée sur demande.

L'ACTHAR se vend en fioles de 10, 15, 25 et 40 U.I. (mg.). L'étalon d'Armour pour l'ACTHAR est maintenant accepté comme Unité Internationale. L'Unité Internationale est égale à 1 milligramme d'ACTHAR.

ACTHAR

HORMONE ADRÉNOCORTICOTROPE (A.C.T.H.) DES LABORATOIRES ARMOUR

THE ARMOUR LABORATORIES

520 NORTH MICHIGAN AVENUE • CHICAGO 11, ILLINOIS

Distributeur canadien: **LAURENTIAN AGENCIES, LTD.**

429, RUE SAINT-JEAN-BAPTISTE, MONTRÉAL 1, QUÉBEC, CANADA

MIDY

Décontracturant NICOTATE DE MÉTHYLE

Antialgique SALICYLATE DE GLYCOL

Vasomoteur HISTAMINE

LE

BAUME MIDALGAN

D'EMPLOI PROPRE ET AGRÉABLE
est d'un effet
SÉDATIF PUISSANT

Dans les processus douloureux rhumatismaux ou congestifs



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

MAÎTRISE PROUVÉE
DE LA DOULEUR

avec sécurité

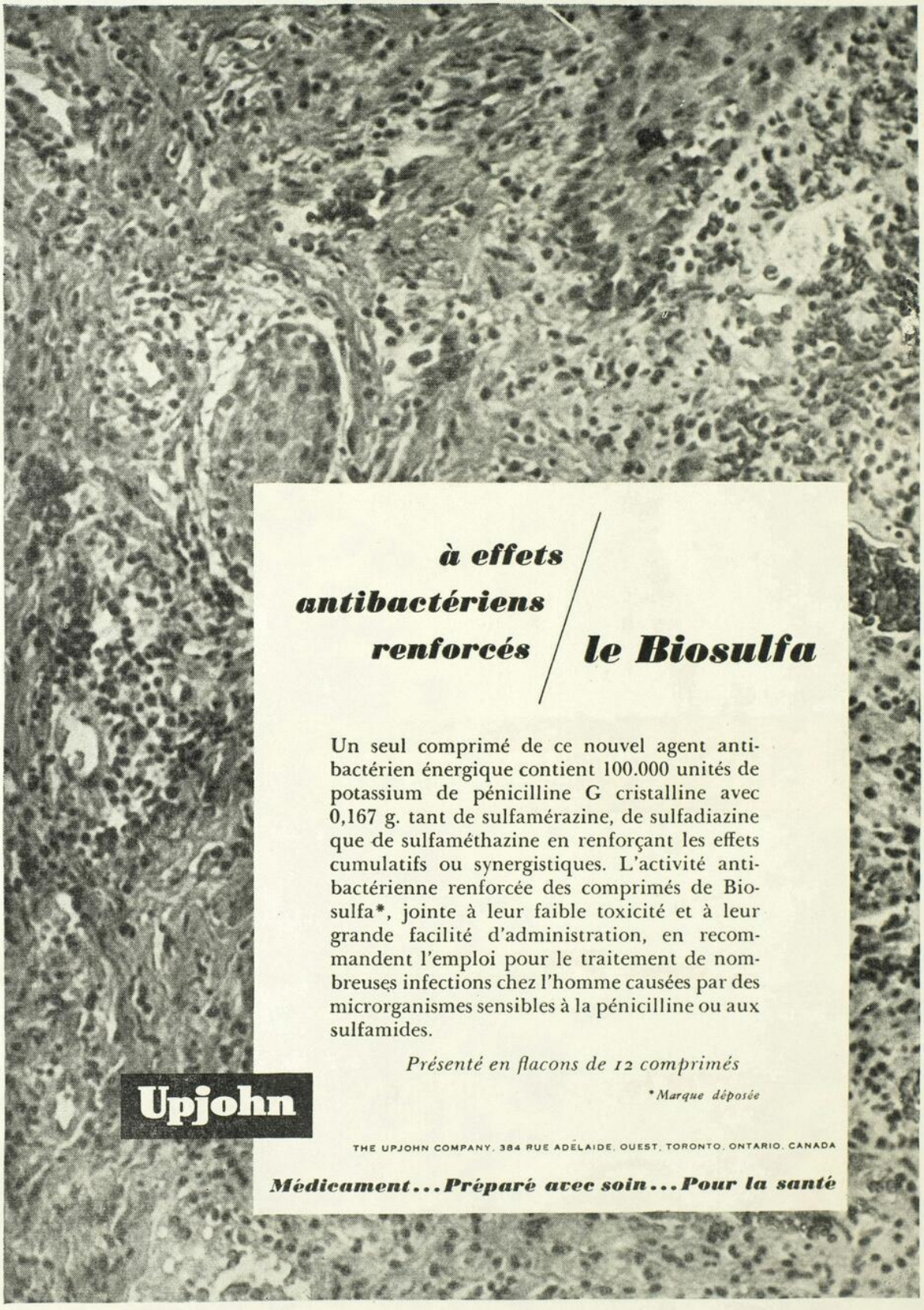
'Tabloid' brand
'EMPIRIN' COMPOUND

avec PHOSPHATE DE CODÉINE*
gr. ⅛-No. 1 gr. ¼-No. 2 gr. ½-No. 3

*12 fois plus soluble que le sulfate



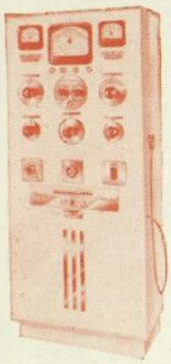
Burroughs Wellcome & Co., Montreal
(The Wellcome Foundation Ltd.)


à effets
antibactériens
renforcés
le Biosulfa
Un seul comprimé de ce nouvel agent antibactérien énergique contient 100.000 unités de potassium de pénicilline G cristalline avec 0,167 g. tant de sulfamérazine, de sulfadiazine que de sulfaméthazine en renforçant les effets cumulatifs ou synergistiques. L'activité antibactérienne renforcée des comprimés de Biosulfa*, jointe à leur faible toxicité et à leur grande facilité d'administration, en recommandent l'emploi pour le traitement de nombreuses infections chez l'homme causées par des microrganismes sensibles à la pénicilline ou aux sulfamides.
Présenté en flacons de 12 comprimés
*Marque déposée
Upjohn
THE UPJOHN COMPANY, 384 RUE ADELAIDE, OUEST, TORONTO, ONTARIO, CANADA
Médicament... Préparé avec soin... Pour la santé

Le service d'inspection de

X-ray AND Radium
INDUSTRIES LIMITED

plus important que jamais



Maintenant — plus que jamais — il est très important que vos appareils soient soumis à l'inspection, souvent et à intervalles réguliers, par des employés ayant les connaissances techniques voulues, afin de les conserver en bon état de fonctionnement.



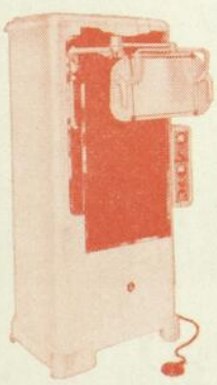
Les employés de X-Ray and Radium, assignés à ce Service d'Inspection, sont entraînés dans notre usine et connaissent parfaitement toutes les marques d'appareils. Leur travail consiste à voir à ce que votre appareil, et toutes les parties qui le composent, donnent le rendement le meilleur et le plus prolongé.

Comme distributeurs des appareils Keleket, Sanborn, Offner et Raytheon, nous savons que nos employés pour le Service d'Inspection peuvent vous donner le meilleur service au Canada.

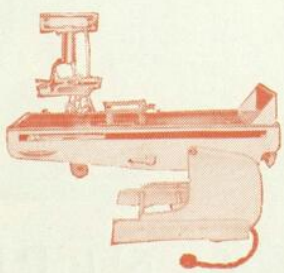
X-RAY AND RADIUM INDUSTRIES LIMITED

261 Davenport Road, Toronto 5

Moncton • Québec • Montréal • Winnipeg
Regina • Calgary • Edmonton • Vancouver









Elastoplast
TRADE MARK

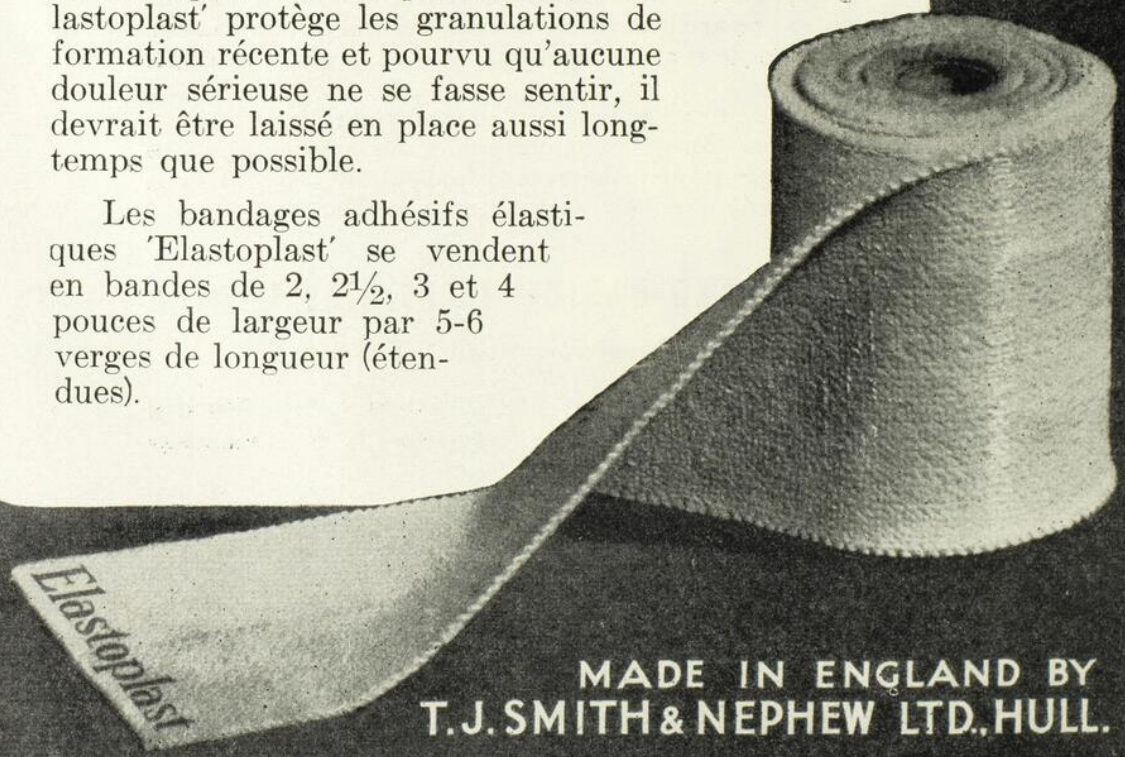
ELASTIC ADHESIVE

BANDAGES

Dans le monde entier, on a reconnu l''Elastoplast' comme le pansement chirurgical moderne et idéal. La masse adhésive particulière, employée dans la fabrication de l''Elastoplast', combinée aux propriétés d'élasticité remarquable, offre un degré précis de COMPRESSION et d'ADHÉSION, deux qualités essentielles pour le succès de la technique.

L''Elastoplast' est aussi d'emploi économique. Comme pansement, l''Elastoplast' protège les granulations de formation récente et pourvu qu'aucune douleur sérieuse ne se fasse sentir, il devrait être laissé en place aussi longtemps que possible.

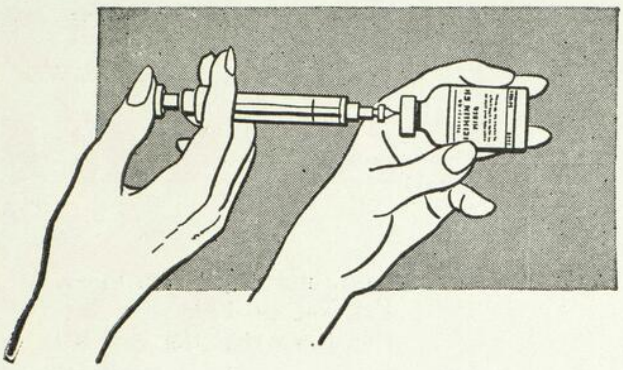
Les bandages adhésifs élastiques 'Elastoplast' se vendent en bandes de 2, 2½, 3 et 4 pouces de largeur par 5-6 verges de longueur (étendues).



MADE IN ENGLAND BY
T. J. SMITH & NEPHEW LTD., HULL.

SMITH & NEPHEW LIMITED

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



POUR OBTENIR

un effet thérapeutique rapide



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

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

Documentation sur demande

MERCK

MERCK & CO. LIMITED
Fabricants chimistes
Montréal, Toronto, Valleyfield

Pénicilline G Sodique Cristallisée Merck

Pour une action rapide contre les anémies pernicieuses ou secondaires

LES AMPOULES

HEPARUBRINE

INJECTABLES

Rendement:	Vitamine B_{12} Cristallisée	10 microgrammes
	Ext. Vit. de Foie ad	1 c c
	(Inj. B-Vit Hep. USP Add XII)	

Présentent: Une médication maintenant éprouvée dans les cas d'anémies pernicieuses ou d'anémies secondaires à déficiences macrocytaires chez les adultes et les enfants.

Mode d'emploi :

Une ampoule en injection intramusculaire une fois par semaine ou plus selon la gravité du cas d'après l'observation du médecin.

On suggère de compléter cette médication par un traitement intercalé approprié par voie buccale.

Echantillon sur demande.

LABORATOIRES DESAUTELS LIMITÉE

200 ouest, rue Craig **Montréal**

Comme adjuvant dans le traitement des anémies pernicieuses
Comme correctif et préventif dans les anémies secondaires

LES DRAGÉES

FERUBROL

COMPOSÉES

Renfermant:	Vitamine B_{12} Cristallisée	10 microgrammes
	Ext. Pylorique d'estomac	5 centigrammes
	Gluconate ferreux	5 centigrammes
	Acide folique	1 milligramme

Constituent un traitement efficace dans les cas d'anémie pernicieuse ou secondaire, de même que dans les cas de déficiences de la croissance, chez les enfants.

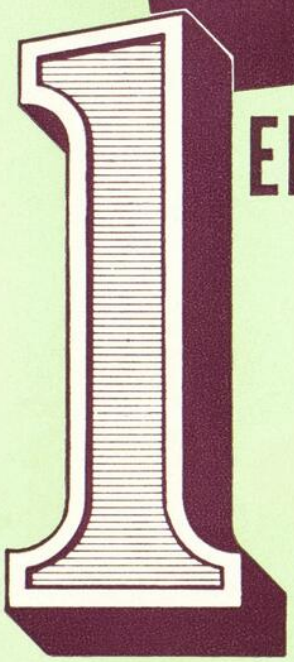
Posologie : Dose préventive : Une dragée le matin et une le soir.
Dose corrective : Deux dragées ou plus matin et soir.

Echantillon sur demande.

LABORATOIRES DESAUTELS LIMITÉE

200 ouest, rue Craig **Montréal**

COMME ANTIHISTAMINIQUE COMMENCEZ PAR PRESCRIRE LE MOINS TOXIQUE!



Soumise recémment à un essai clinique, par comparaison avec d'autres antihistaminiques à des posologies comparables, la Néohétramine s'est révélée extrêmement efficace du point de vue thérapeutique et exceptionnellement bien tolérée![1]

1. Schwartz, E.: Ann. Allergy 7:770 (nov.-dec. 1949)

CHLORHYDRATE DE

Néohétramine

EN COMPRIMES
Comprimés à 25 mg.—Flacons de 25, 100 et 1000 comprimés
Comprimés à 50 mg.—Flacons de 100, 500 et 1000 comprimés
Comprimés à 100 mg.—Flacons de 100 et 1000 comprimés

EN CREME
Tube de 1 once

EN SIROP
Flacons de 16 onces liq. et de ½ Gall. Imp.

Wyeth
Marque Déposée

NOUVEAUTE

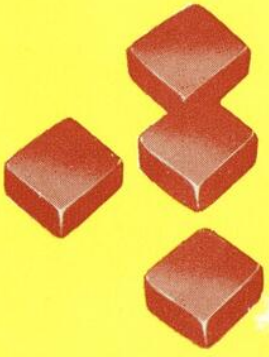
Les Pondets Forte renferment la pénicilline

ET la bacitracine



Flacon de 12 Pondets

En prescrivant
Pondets Forte
vous vous assurez...



- UNE BACTERIOSTASE DANS UN SPECTRE BACTERIEN NOTABLEMENT PLUS ETENDU
- UNE REACTION CLINIQUE RAPIDE, PAR SUITE DE LA SYNERGIE PRONONCEE QUI S'ETABLIT ENTRE LES ACTIONS DE LA PENICILLINE ET DE LA BACITRACINE

Les Pondets Forte renferment 20,000 unités
de pénicilline outre 50 unités de bacitracine

Egalement disponible PONDETS LOSANGES A LA PENICILLIN
3,000 Unites de Penicilline Potassique Cristallisee

LES PONDETS FORTE

RENFERMENT EN MEME TEMPS LA PENICILLINE ET LA BACITRACINE

Wyeth

Marque Déposée

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

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

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



Illustration — Nécessaire *Clinitest* pour analyse de glycosurie.

Modèle Universel No 2155.

CLINITEST

pour la recherche de la glycosurie

Pour obtenir un dépistage précoce et un contrôle rigoureux du diabète, des milliers de médecins et de patients préfèrent les comprimés-réactifs *Clinitest* (nom déposé), vu la simplicité, la vitesse, la sûreté et la commodité qui caractérisent leur emploi.
Grâce aux comprimés-réactifs *Clinitest,* on détermine quantitativement la glycosurie, et l'on obtient ainsi une épreuve cliniquement exacte en moins d'une minute.

Clinitest, nom déposé.

AMES COMPANY OF CANADA, LTD., TORONTO

DIURÉTIQUE
MERCURIEL
DE CHOIX

Mercuphyl ★

'Bio-Chimique'

SÛR
BIEN TOLÉRÉ
EFFICACE

★ Marque d'une solution injectable de Mersalyl et de Théophylline U.S.P. additionnée de ½% de Borate de Procaïne.

Mercuphyl est un diurétique mercuriel de qualité supérieure auquel on devrait songer chaque fois qu'il est nécessaire de recourir à ce type de médication. En effet, son caractère sûr, son efficacité, sa bonne tolérance et la **possibilité de l'administrer avec un minimum de malaise** pour le malade sont autant d'éléments d'importance primordiale lorsqu'il s'agit d'une médication continue durant un **long laps de temps.**

Mercuphyl a son champ d'indications dans tous les cas d'insuffisance cardiaque. Il est surtout efficace dans ces cas où l'œdème ne se manifeste pas extérieurement, mais qui se trouvent améliorés symptomatiquement par la diurèse. Dans la dyspnée d'origine cardiaque, l'emploi fréquent et régulier d'un diurétique mercuriel efficace atténue considérablement les malaises du patient. Le Mercuphyl a encore comme indication l'hypertension, la crise cardiaque accompagnée de congestion pulmonaire, l'œdème cardio-rénal, la décompensation cardiaque, la cirrhose du foie et la néphrose.

Mercuphyl doit son efficacité à l'association de théophylline et de Mersalyl. Le premier de ces composants augmente la pression de filtration glomérulaire et seconde l'action du Mersalyl par inhibition de la réabsorption tubulaire du liquide de l'anasarque. Le liquide et les sels sont éliminés des tissus œdématiés et la fonction rénale est stimulée.

Mercuphyl est digne de confiance. L'expérience clinique montre que l'usage fréquent et régulier de ce diurétique parvient à maintenir une chloruration normale. Cette méthode présente l'avantage de garder le malade dans un état d'euphorie permanent en éliminant les dangers et la tension inhérents à la réapparition sporadique de l'anasarque.

Mercuphyl est sans danger. Le composé organique Mersalyl voit sa toxicité propre réduite par l'addition de la théophylline qui augmente et la vitesse et la plénitude de l'absorption du mercuriel. Le résultat est une accélération de son action et, par le fait même, de son efficacité. L'adjonction de borate de procaïne, anesthésique local, minimise la douleur locale au point d'injection. On peut dire que l'administration de Mercuphyl par une des voies intra-musculaire ou intra-veineuse ne donne lieu à aucune réaction locale notable et, quand elle existe, elle est très légère. Cette absence de réaction locale représente un avantage précieux lorsqu'il s'agit de traiter des malades ambulatoires ou dont le traitement doit être longtemps prolongé.

Posologie et Mode d'administration. En vue de fixer la tolérance individuelle, on commence par donner une dose de 0.5 c.c. La dose moyenne habituelle de l'adulte est de 1 à 2 c.c., par voie intra-musculaire ou intra-veineuse. On préfère en général la voie intra-musculaire à la voie intra-veineuse, la première étant moins dangereuse et tout aussi efficace. Toutefois, si l'on doit recourir à la voie i. v., on injectera lentement, à raison d'un maximum de 1 c.c. en 60 secondes, et de préférence en diluant la dose susdite avec une égale quantité de sang du malade. La voie sous-cutanée est à prohiber résolument et il faut éviter avec soin de provoquer un épanchement de la solution dans les tissus superficiels. Il importe de régler la posologie de manière à éviter une diurèse trop abondante, celle-ci étant susceptible, à son tour, de donner lieu à des incidents désagréables et particulièrement à une sensation de faiblesse accompagnée d'une déshydratation excessive. Lorsqu'elle se produit malgré tout, on la corrige en augmentant l'apport de chlorure de sodium.

Précaution. On prendra soin d'examiner régulièrement l'urine, au cours de traitements prolongés.

Contre-indications. Une affection rénale aiguë accompagnée d'anurie constitue en fait la seule contre-indication réelle à l'emploi du Mercuphyl. Celui-ci peut être utilisé, avec les précautions d'usage, dans la néphrite chronique avancée avec insuffisance cardiaque simultanée.

Présentation. En ampoules de 2 c.c.

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

IN PRIMIS QUALITAS

BETAGEN

VITAMINE "B" COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

TONIQUE ET ALIMENT NERVIN

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie — Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux
Déséquilibre nerveux

PRINCIPAUX COMPOSANTS:
VITAMINE B_1 — RIBOFLAVINE — PYRIDOXINE — ACIDE NICOTINIQUE — ACIDE PANTOTHÉNIQUE
LÉCITHINE — AVÉNINE — GLYCÉROPHOSPHATES DE SODIUM, CALCIUM, POTASSIUM, STRYCHNINE

(1/60 gr. à l'once)

SAVEUR AGRÉABLE ● TOLÉRANCE PARFAITE

DOSE: UNE CUILLERÉE À DESSERT QUATRE FOIS PAR JOUR AVANT LES REPAS.

Comprimés Bicalgen-D

A base de Gluconate de Calcium

INOSITOPHOSPHATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM
CÉRIUM OXALATE ● VITAMINE D

Grossesse, Lactation, Vomissements gravidiques

LE BICALGEN-D, COMPRIMÉ NON AROMATISÉ, PRESQUE INSIPIDE, ENTIÈREMENT SOLUBLE, EST LE MÉDICAMENT DE CHOIX POUR LA FEMME GRAVIDE.

Dose — Trois à six comprimés par jour.

Comprimés TRI-SULFA* 0.50 gm.

Amélioré

ACTION RATIONNELLE DES SULFAS

CHAQUE COMPRIMÉ RENFERME:

● SULFAMÉTHAZINE 37% ● SULFADIAZINE 37%
SULFAMÉRAZINE 26%

NOUVELLE ASSOCIATION SULFAMIDÉE PERMETTANT DES DOSAGES ADÉQUATS TOUT EN DIMINUANT LE DANGER DE CRISTALLURIE

DOSE — UN COMPRIMÉ TOUTES LES 3 HEURES OU PLUS SELON L'AVIS DU MÉDECIN.

*Marque déposée.

Somenal

(COMPRIMÉ À 0.10 GRAMME)

NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

SOMENAL REPRÉSENTE L'EFFET RAPIDE DU BUTOBARBITAL ASSOCIÉ À L'EFFET PLUS PROLONGÉ DU PHÉNOBARBITAL.

ÉMOTIVITÉ • INSOMNIE • SPASMES • PHOBIE • ANXIÉTÉ

DOSE: Selon l'avis du médecin.

Butobarbital 0.05 gramme
Phénobarbital 0.05 gramme
} par comprimé.

La Cie **CANADA DRUG CO.** Montreal

LE SUCCINATE-SALICYLATE BEREX

RESTE LE PRODUIT PAR EXCELLENCE

dans l'Arthrite et le Rhumatisme

Le traitement buccal au succinate-salicylate (BEREX) atténue la douleur et les troubles du métabolisme cependant qu'il garantit contre les réactions secondaires. Ces faits ont été confirmés par la recherche clinique et l'expérience médicale.

Aucun autre traitement ANTI-ARTHRITIQUE ne peut encore se prévaloir de cette double sécurité

Le Dr Hench a dit que la découverte de l'ACTH et de la cortisone "marquait la fin des débuts" de notre lutte contre les affections arthritiques et rhumatismales. Mais le commencement de la fin des souffrances inutiles dues à l'arthrite et au rhumatisme remonte à plus de cinquante ans en carrière, lorsqu'on découvrit que les salicylates, administrés à doses massives, réussissaient à soulager les symptômes douloureux des affections arthritiques. Cependant, dans bien des cas, des doses massives de salicylates causèrent de graves effets secondaires, vu leur toxicité.

On a dû attendre jusqu'à ce que la recherche clinique ait prouvé le fait qu'une association rationnelle de succinate de calcium et d'acide acétylsalicylique annulait la toxicité pour que le traitement buccal au succinate-salicylate (BEREX) s'imposât comme agent de choix dans le soulagement symptomatique des affections arthritiques et rhumatismales.

Voilà les raisons prouvées par l'expérience qui expliquent pourquoi BEREX, le premier composé succinate-salicylate, reste toujours le produit que choisissent les hommes d'expérience pour le traitement de toutes les formes de troubles arthritiques et rhumatismaux.

1. **BEREX apporte un soulagement rapide et efficace des symptômes douloureux.**
2. **BEREX peut être administré en toute sécurité à dosage massif et prolongé sans danger de réactions toxiques.**
3. **BEREX s'administre facilement sous la forme commode de comprimés.**
4. **BEREX se vend bon marché . . . il coûte une fraction du prix de la cortisone ou de l'ACTH.**

Les comprimés BEREX s'obtiennent dans les pharmacies sur ordonnances médicales SEULEMENT, en flacons de 100 et 500 comprimés.

Documentation professionnelle sur demande.

Breveté en 1949. Fabriqué avec l'autorisation des détenteurs du brevet. BEREX est le nom déposé de ce produit.

BEREX Pharmacal Company, 36-48 Caledonia Rd., Toronto



un nouveau

vasodilatateur

périphérique

Le Roniacol 'Roche', un nouveau vasodilatateur périphérique pour administration orale, offre de nombreux avantages en clinique. Son action est plus soutenue que celle de l'acide nicotinique, sans toutefois provoquer de violentes rougeurs de la peau ou autres réactions secondaires, comme le fait cette dernière préparation. L'administration du Roniacol 'Roche' peut être poursuivie pendant longtemps, étant donné que ce composé ne cause pas de sensibilisation; ce qui est un avantage précieux dans le traitement des affections vasculaires périphériques.

Le Roniacol 'Roche' "s'est avéré un vasodilatateur efficace dans les cas où une dilatation vasculaire était possible".[1]

Le Roniacol 'Roche' est présenté en comprimés à 50 mg.

1) S. S. Samuels, Angiology, 1:*46, 1950.*

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

Roniacol 'Roche'

marque Roche du béta-pyridylcarbinol
(sous forme de tartrate)

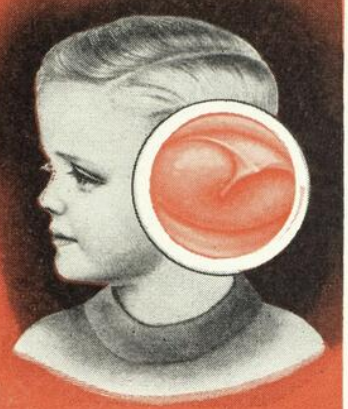
'Roche'

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

PRODUITS DE RECHERCHE DOHOW

PUBLICITÉ STRICTEMENT RÉSERVÉE AU CORPS MÉDICAL

Auralgan



contre **L'OTITE MOYENNE AIGUË**

pour **L'ENLÈVEMENT DES CONCRÉTIONS CÉRUMINEUSES**

comme **ADJUVANT D'UNE CHIMIOTHÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE**

contre **LES OTOPATHIES ASSOCIÉES AUX MALADIES CONTAGIEUSES**

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

O-TOS-MO-SAN



contre **L'OTITE MOYENNE SUPPURANTE CHRONIQUE**

LA FURONCULOSE ET LA DERMATOMYCOSE AURICULAIRE

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

RHINALGAN



Favorise la décongestion nasale *sans* affecter les appareils circulatoire ou respiratoire

contre **LE RHUME ORDINAIRE • LES INFECTIONS DU SINUS**

LA CONTRACTION NASALE PRÉ-ET POST-OPÉRATOIRE

LE RHUME DES FOINS • LES RHINITES ALLERGIQUE ET HYPERTROPHIQUE

FORMULE: Saccharinate de désoxyéphédrine 0.50% p/v dans une solution aqueuse contenant 0.02% de laurylammonium saccharine. Aromatisé. pH 6.4.

Présenté dans **le SPRAY-O-MIZER DOHONY***
(Combinaison vaporisateur-compte-gouttes)
*MARQUE DE COMMERCE — BREVET EN INSTANCE

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

AGRÉABLE — EFFICACE
NON-TOXIQUE — BACTÉRICIDE

Documentation scientifique et clinique envoyée sur demande

THE DOHOW CHEMICAL, LTD. et MALLON DIVISION — fabricants du RECTALGAN

Montréal **New York 13** **Londres**



11 Sels Minéraux et 9 Vitamines

EN UNE SEULE CAPSULE

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

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

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

Viterra

Chaque Capsule Contient:

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

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

J. B. ROERIG AND COMPANY (CANADA) LIMITED — 1255 Phillips Square, Montreal 2, Quebec



POUR LA CALMER

voici un *Nouveau Véhicule* pour la thérapeutique sédative



Sédation Rapide, Adéquate, Réglée

MAINTENANT, lorsqu'il s'agit d'une sédation légère ou de faire un changement dans la médication sédative, une grande amélioration dans un produit qui a fait ses preuves vous fournit un nouveau véhicule: l'Elixir de NEMBUTAL récemment amélioré et de meilleure saveur.

Cette médication limpide, de couleur orangée, est maintenant vraiment agréable au goût et facile à prendre, bien qu'elle ne soit pas délicieuse au point que les patients la recherchent. L'effet survient rapidement et peut être plus ou moins prolongé selon la dose. Il n'y a généralement pas de reliquat d'effet barbiturique et, en l'absence d'atteinte sérieuse du foie, peu de tendance à un effet cumulatif. Le NEMBUTAL est détruit rapidement et complètement dans l'organisme. Les doses sont environ *la moitié* de celles de beaucoup de barbituriques.

Le nouvel Elixir de NEMBUTAL a une bien meilleure miscibilité que l'ancien. Sa compatibilité est beaucoup plus étendue, ce qui en fait un excellent véhicule pour les médications combinées. Sa force est la même: 15 mg. (¼ de grain) de NEMBUTAL Sodique par cuillerée à thé (1 drachme fluide).

La prochaine fois qu'un sédatif *doux* est indiqué, choisissez le nouvel Elixir de NEMBUTAL, présenté en flacons de 4, 16 et 80 onces fluides. Et n'oubliez pas—quelle que soit la raison pour laquelle vous avez besoin d'un sédatif ou hypnotique d'action brève, il y a un produit de NEMBUTAL, sous une forme commode pour l'administration de petites doses, qui convient à vos besoins. Pour recevoir la littérature écrivez aux Laboratoires
Abbott Limitée, Montréal 9.

ESSAYEZ LE NOUVEL ET PLUS SAVOUREUX

ELIXIR DE *Nembutal*

NOM DÉPOSÉ

(PENTOBARBITAL ABBOTT)

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 79:

MM. Amyot (Roma) ; Archambault (Paul-René) ; Autotte (Esdras) ; Baril (Edmond) ; Bassi (Guido) ; Bégin (B.-G.) ; Bélisle (Maurice) ; Bernard (Louis) ; Bernard (René) ; Blanc (Georges) ; Bernier (Alphonse) ; Bertrand (A.) ; Bertrand (Claude) ; Bisson (Christophe) ; Blagdon (Jacques) ; Blais (Ant.) ; Bonnier (Maurice) ; Boucher (Roméo) ; Boulanger (J.-B.) ; Boulez (N.) ; Bourque (Jean-Paul) ; Bouveau (G.) ; Brady (Kay) ; Brault (J.-P.) ; Brissaud (H.-E.) ; Cabana (L.-P.) ; Cantero (A.) ; Cartier (G.-E.) ; Casgrain (Gérard) ; Champy (Christian) ; Charbonneau (Henri) ; Charbonneau (Jean) ; Charest (G.) ; Charland (Richard-A) ; Charpy (J.) ; Chevillotte (R.) ; Cloutier (François) ; Cloutier (Roland) ; Coignet (Jean) ; Collin (Pierre-Paul) ; Comeau (Maurice) ; Crevier (Paul-H.) ; Croisetière (Fernand) ; Dargis (Jean) ; David (Paul) ; Debray (Ch.) ; Debré (Robert) ; Desjardins (Edouard) ; Desmarais (Bernard) ; Desrosiers (Saint-Jean) ; Dion (Yvan) ; Dionne (Jean) ; Dionne (Paul) ; Doray (Maurice) ; Doré (Réal) ; Douville (J.) ; Dubé (Edmond) ; Dubé (L.-F.) ; Dufault (Paul) ; Dufresne (Origène) ; Dufresne (Roger-R.) ; Duhamel (Roger) ; Dumas (Paul) ; Duprat (Gérard) ; Durivage (Jacques) ; Fabre (René) ; Fisher (John) ; Foisy (J.-P.) ; Forget (Ulysse) ; Forté (Lionel) ; Fortier (De la Broquerie) ; Fortin (R.) ; Françon (François) ; Gagnon (E.-D.) ; Gagnon (Jacques-N.) ; Gareau (J.-Roger) ; Gareau (Roland) ; Gariépy (Urgel) ; Gaudry (Dominique) ; Gauthier (Jacques) ; Gérin-Lajoie (Léon) ; Gervais (Maurice) ; Gilbert (Ghislaine) ; Gingras (Gustave) ; Girard (Armand-E.) ; Giraud (Paul) ; Gratton (J.) ; Grignon (Jean) ; Grignon (René) ; Grobon (Pierre) ; Groulx (Ad.) ; Guénette (René) ; Guilbeault (Albert) ; Hamel (Pierre-Claude) ; Hood (A. J. G.) ; Hughes (H. G.) ; Jarry (Gaétan) ; Johnson (Réginald) ; Julien (Lucien) ; Jutras (Albert) ; Kaine (G.) ; Kaplan (S.) ; Kourilsky (Raoul) ; Labbé (Paul) ; Ladouceur (Paule) ; Lafleur (F.) ; Lafond (Guy) ; Lamarre (Léo) ; Lambert (Jacques) ; Landry (Philippe) ; Langevin (Raymond) ; Lapierre (Gaston) ; Lapointe (Donat) ; Lapointe (Jean) ; Laprade (Claude) ; Larivière (Paul) ; Larivière (Paul-M.) ; Latraverse (V.) ; Laurier (R.) ; Lauzé (Simon) ; Lauzer (Rosaire) ; Lavoie (Jules) ; Lebeau (René) ; Lebel (Léon) ; Leblanc (Loyola) ; Leblond (Wilfrid) ; Leclaire (Gérard) ; Leclerc (G.) ; Lecours (Antonio) ; Lefebvre (René) ; Léger (Jean-Louis) ; Léonard (Claude) ; Léonard (Gérard) ; Lépine (Charles) ; Lépine (Edgar) ; LeSage (Albert) ; LeSage (Jean) ; Letendre (Samuel) ; Letondal (Paul) ; Léveillé (Antonio) ; Longpré (Daniel) ; Marcil (Bernard) ; Marcotte (J.-E.-Alexandre) ; Marcoux (Guy) ; Marin (A.) ; Marion (Pierre) ; Martel (J.-Alcide) ; Martin (Hon. Paul) ; McCormick (W. J.) ; Meloche (Bernard-H.) ; Migneault (Gérard) ; Miller (J.-Chs) ; Milot (J.-P.) ; Miloutinowitch (Mme) ; Mondello (Roméo) ; Monfette (Claude) ; Mongeau (Maurice) ; Morin (Gaspard) ; Morissette (Léopold) ; Mouriquand (G.) ; Mozicconacci (P.) ; Nadeau (Gabriel) ; Odinet (Jacques) ; Panet-Raymond (J) ; Paquette (J.-P.) ; Parrot (Paul) ; Pépin (J.-Roméo) ; Pettigrew (Antoine) ; Piette (Jean) ; Pilon (Jean-Louis) ; Pinsonneault (Germain) ; Plichet (André) ; Potvin (Victor) ; Prévost (J.) ; Primeau (Bertrand) ; Poirier (René) ; Prud'homme (Jean) ; Reid (Léonide) ; Ricard (Paul-M.) ; Robillard (Gaston) ; Roch (M.) ; Roux (J.-René) ; Roux (M.) ; Royer (Albert) ; Saint-Martin (Maurice) ; Ségal (S.) ; Séguin (Fernand) ; Simard (Roland) ; Simonnet (H.) ; Smith (Henri) ; Smith (Pierre) ; Starkey (Hugh) ; Tétreault (Ernest) ; Therrien (Emile) ; Thibaudeau (Roland) ; Trudeau (Charles-H.) ; Vallée (Arthur-F.) ; Vasques (J.) ; Vézina (Norbert) ; Vidal (J.-A.) ; Vigneau (Paul) ; Voyer (Armand).

. . . This is well brought out in the qualifications laid down by Hippocrates for the study of medicine. "Whoever is to acquire a competent knowledge of medicine ought to be possessed of the following advantages: a natural disposition; instruction; a favourable position for the study; early tuition; love of labour; leisure. First of all, a natural talent is required, for when nature opposes, everything else is vain; but when nature leads the way to what is most excellent, instruction in the art takes place, which the student must try to appropriate to himself by reflection, becoming an early pupil in a place well adapted for instruction. He must also bring to the task a love of labour and perseverance, so that the instruction taking root may bring forth proper and abundant fruits." And the directions given for the conduct of life and for the relation which the physician should have with the public are those of our code of ethics today. Consultations in doubtful cases are advised, touting for fees is discouraged. "If two or more ways of medical treatment were possible, the physician was recommended to choose the least imposing or sensational; it was an act of 'deceit' to dazzle the patient's eye by brilliant exhibitions of skill which might very well be dispensed with. The practice of holding public lectures in order to increase his reputation was discouraged in the physician, and he was especially warned against lectures tricked out with quotations from the poets. Physicians who pretended to infaillibility in detecting even the minutest departure from their prescriptions were laughed at; and finally, there were precise by-laws to regulate the personal behaviour of the physician. He was enjoined to observe the most scrupulous cleanliness, and was advised to cultivate an elegance removed from all signs of luxury, even down to the detail that he might use perfumes, but not in an immoderate degree. But the high-water mark of professional morality is reached in the famous Hippocratic oath, which Gomperz calls "a monument of the highest rank in the history of civilization." It is of small matter whether this is of Hippocratic date or not, or whether it has in it Egyptian or Indian elements: its importance lies in the accuracy with which it represents the Greek spirit. For twenty-five centuries it has been the "credo" of the profession, and in many universities it is still the formula with which men are admitted to the doctorate . . .

(OSLER.)

BULLETIN

LE CHEMIN RETROUVÉ

Je m'en voudrais de ne pas souligner l'article du Professeur Kourilsky qui paraît dans ce numéro et de ne pas attirer l'attention de nos lecteurs sur les idées qu'il contient, sur le sens des initiatives et des activités qu'il expose. Les quelques remarques que je me permets de formuler en commentaire de cet article sont en quelque sorte le corollaire d'un bulletin que je faisais paraître en octobre 1946, au lendemain de la libération de la France, au terme d'une longue et lourde nuit de cinq années.

« Vers la France ou vers les Etats-Unis » intitulai-je ce Bulletin. Nos jeunes médecins iront-ils de plus en plus parfaire leurs études dans les prestigieux centres médicaux de nos voisins comme les circonstances de la guerre les ont forcés de faire depuis 5 ans, ou bien reprendront-ils le chemin de la France qu'avaient parcouru, depuis plusieurs décades, un grand nombre de leurs ainés.

Nous mentionnions les incontestables avantages scientifiques recueillis dans les hôpitaux et les laboratoires américains, dans les services abondamment pourvus de personnels et d'outillage, parfaitement organisés et dont l'œuvre clinique est solidement étayé par l'investigation et la recherche physiologiques, bio-physico-chimiques.

Ces caractères d'abondance, de discipline, d'organisation et de fonctionnement serrés, cette progression éminemment moderne et indubitablement efficace qui découvre l'homme malade par la formule chimique, la radioactivité, le milieu de culture et tout un arsenal d'expériences, possèdent l'attrait qui éblouit et l'efficience qui produit des résultats incontestables.

Sans doute, et qui oserait s'y opposer, on désire être de son temps, posséder une formation qui puisse suivre la marche et l'évolution de la discipline à laquelle on se destine.

Mais, voici qu'on a compris en France, comme nous l'espérions ici, que l'on devait opérer quelque chose de tangible, d'objectif pour rétablir le courant et pour procurer à nos jeunes collègues une instruction post-scolaire profitable.

Depuis ces deux dernières années, ces jeunes ont repris le chemin

délaissé. Depuis 1946, on a organisé à Paris un centre d'accueil et d'orientation qui évite à nos jeunes confrères de perdre un temps précieux dans des services où ils ne peuvent trouver ce qu'ils cherchent, qui leur offre l'opportunité de se diriger d'une façon appropriée dès leur arrivée. En plus, la plus grande attention accordée à nos jeunes médecins dans des services bien choisis ou dans les laboratoires, les travaux que certains y ont préparés et publiés, la sollicitude constamment offerte à eux par l'Association des médecins canadiens à Paris, enfin le projet d'établir un enseignement des sciences de base qui prépare à l'épreuve du « Fellowship » du Collège Royal sont, entre autres avantages, des facteurs qui concourent à rendre profitable et attrayant le séjour en France pour fin d'études post-scolaires.

Ceux qui ont conçu et surtout qui ont réalisé ce programme, qui le développeront et en rendront son application permanente, ont droit à nos félicitations.

Je ne puis m'abstenir de reconnaître ici l'enthousiasme, le dynamisme et la parfaite compréhension de la mission à remplir du Professeur Kourilsky.

Nous n'oublions pas qu'il fut l'élève et le collaborateur du Professeur Sergent. Son maître s'était fait un pieux devoir de rendre plus étroits les liens historiques, ethniques et de filiation qui nous unissent à la France. Il croyait, comme nous d'ailleurs, qu'en opérant un rapprochement réciproque et constamment renouvelé, nous servirions mieux la cause de la médecine d'expression française et en dernier ressort la cause de l'ethnie française. Le Professeur Kourilsky poursuit le même but, est animé du même désir. Nous en sommes très heureux.

Bien sûr, comme lui, nous croyons qu'en France nos jeunes perfectionneront leur formation médicale. Mais en même temps et au surplus, ils se fondront dans une vie, dans un mode d'existence différents et, sur le plan intellectuel, supérieur au climat moral de notre Amérique. Et cela, le Professeur Kourilsky l'exprime excellemment dans son article.

Nos jeunes, là-bas, connaîtront que la vie ne comporte pas forcément l'esclavage de l'homme à la machine, à la matière. Ils apprendront qu'il peut et doit s'en servir quand il le désire, quand il peut y trouver son avantage, mais qu'il peut aussi facilement s'en détacher, les oublier absolument, jouir intelligemment et humainement de la vie, libre de toute entrave inférieure à lui-même.

Ils apprécieront et pratiqueront le culte rendu aux valeurs de l'esprit, aux arts, à la littérature; le culte adressé aux valeurs humaines par des manifestations plus chaleureuses de solidarité sociale, de camaraderie, d'amitié et d'affection, par des échanges d'idées et de sentiments dans un langage plus châtié, plus précis, plus riche en vocabulaire et en images. Enfin, ils y découvriront la joie de vivre dans une atmosphère morale moins lourde, plus aérée et plus propice à l'affinement intellectuel et affectif.

Je termine ces remarques en transcrivant le dernier paragraphe de mon bulletin de 1946 qui avait confronté rapidement la médecine américaine et la médecine française de l'époque en regard des attraits de chacune d'elles auprès de nos boursiers, de nos jeunes médecins.

« . . . 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 les 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 18ème et 19ème 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. »

Ce vœu est en voie de se réaliser. Le programme exposé par le Professeur Kourilsky ne pourra que contribuer à son plein épanouissement.

Roma AMYOT.

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU XXIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

L'organisation du XXIe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada progresse activement.

Le programme scientifique est complété. Au delà de quarante conférenciers, venant des diverses régions de la province, du pays, et même de l'étranger, ont accepté de présenter des travaux. Parmi eux, figurent les noms de médecins praticiens, de professeurs d'université, et de chefs de clinique de nos grands hôpitaux.

Le professeur Selye, de réputation internationale, a bien accepté de s'inscrire pour une communication qui ne saurait manquer d'intérêt.

Un représentant de la France, le professeur Hillemand, gastro-entérologue, participera également aux activités du Congrès. Le dévoué professeur Kourilsky nous assure de leur présence.

Le Palais de l'Industrie, au Parc de l'Exposition, servira aux assises du Congrès. Situé à peu de distance du centre de la ville, cet édifice a l'avantage de fournir un vaste espace aux exhibits commerciaux et scientifiques, ainsi que des salles de conférences adéquatement aménagées. On y logera également le bureau d'inscription dans le grand hall d'entrée. Les activités sociales du Congrès et les réunions des différents comités se tiendront au même endroit.

Le comité du logement a déjà beaucoup de travail à son actif. Personne ne sera sans gîte si on a le soin de remplir la formule préparée à cette fin, et de l'adresser, sans tarder, à ce comité.

Inutile de mentionner que les organisateurs du Congrès n'ont rien négligé pour présenter un programme scientifique de la plus haute valeur, et un programme social de nature à fournir à tous un séjour des plus agréables, dans la cité des Trois-Rivières.

Vous y êtes cordialement invités.

J.-A. DENONCOURT, président.

XXIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

Trois-Rivières, 4, 5 et 6 octobre 1951,
au Palais de l'Industrie, Terrain de l'Exposition.

Chers confrères,

Nous avons l'honneur de vous présenter le programme général élaboré à date. Le souhait que nous formulons est que vous veniez nombreux aux Trois-Rivières vous rendre compte de l'effort déployé pour vous par le comité du XXIe Congrès, ayant à sa tête son dévoué président, le docteur J.-A. Denoncourt, et aussi de la valeur des communications qui vous seront données par des confrères éminents.

H. TRUDEL,
secrétaire-trésorier général.

PROGRAMME GÉNÉRAL PRÉLIMINAIRE

Jeudi, le 4 octobre — Palais de l'Industrie.

10 00 heures a.m.—Inscription.
2.30 heures p.m.—Première séance du Conseil de l'A. M. L. F. C., salle de Blois.
5.00 heures p.m.—Visite officielle des exhibits par les officiers de l'A.M.L.F.C.
5.30 heures p.m.—Réception-coquetèle du Directeur général et du président du congrès aux présidents de séances, aux rapporteurs, aux officiers et aux membres du Conseil et à leur épouse respective, salle Normand.
6.30 heures p.m.—Buffet offert par la Ville des Trois-Rivières (médecins et leur épouse), mezzanine.
8.30 heures p.m.—Séance solennelle d'ouverture (médecins et leur épouse), salle Brochu.
10.00 heures p.m.—Soirée facultative au Club Radisson, rue des Chenaux, sur les bords du Saint-Maurice.

Vendredi, le 5 octobre — Palais de l'Industrie.

9.00 heures a.m.—Inscription.
9.00 heures a.m.—Communications aux séances plénières, salle Brochu.
10.00 heures a.m.—Section: Société d'obstétrique de la province de Québec, salle Normand.
12.15 heures p.m.—Déjeuner et séance de l'exécutif de la Fédération des Sociétés Médicales de la prov. de Québec, Château de Blois.
2.00 heures p.m.—Communications aux séances plénières, salle Brochu.
2.00 heures p.m.—Section de cardiologie, salle Normand.
4.00 heures p.m.—Divers, salle Normand.
6.30 heures p.m.—Fête aux huîtres (médecins et leur épouse), mezzanine.

8.00 heures p.m.—**Séance générale du Comité d'économie médicale,** présidence du docteur Roma Amyot (*médecins* inscrits seulement), salle Brochu.
10.00 heures p.m.—Soirée facultative au Club Radisson, rue des Chenaux, sur les bords du Saint-Maurice.

Samedi, le 6 octobre — Palais de l'Industrie.

9.00 heures a.m.—Inscription.
9.00 heures a.m.—Communications aux séances plénières, salle Brochu.
10.00 heures a.m.—Société d'oto-rhino-laryngologie, salle Normand ou à l'hôpital.
10.00 heures a.m.—Radiologie, salle Normand.
10.00 heures a.m.—Deuxième séance du Conseil de l'A. M. L. F. C., salle de Blois.
12.30 heures p.m.—Déjeuner et séance de l'exécutif de l'Association des Bureaux Médicaux des Hôpitaux de la province de Québec, Château de Blois.
2.00 heures p.m.—Communications aux séances plénières, salle Brochu.
6.30 heures p.m.—Coquetèle offert par un groupe de représentants des exhibits commerciaux (médecins et leur épouse), mezzanine.
8.00 heures p.m.—Séance de clôture (médecins et leur épouse), salle Brochu.
9.00 heures p.m.—Grande soirée: buffet, amusements, danse (médecins et leur épouse), salle des exhibits commerciaux.

N. B.—Dans tous les événements sociaux, la tenue de ville sera de mise.
Vous êtes priés *de ne pas oublier* de porter votre insigne durant tout le Congrès.

Jos. NORMAND,
secrétaire du Congrès.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE DU XXIe CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA LES 4, 5 ET 6 OCTOBRE 1951.

Vendredi, le 5 octobre 1951

Avant-midi — salle Brochu.

« Lésion du fond de l'œil. »
Docteur André Panneton, Trois-Rivières.
« Procaïne intraveineuse. »
Docteur Lasalle Mondor, Grand'Mère.
« Anti-coagulants. »
Docteur Maurice Gervais, Montréal.
« L'avenir du médecin de famille. »
Docteur Eugène Thibault, Verdun.

« Anesthésie en pédiatrie. »
Docteur François Cliche, Saint-Georges-de-Beauce.
« Rupture utérine. »
Docteur Victor Potvin, La Tuque.
« Hypertension artérielle. »
Docteur Jean-Paul Dugal, Québec.
« Pneumopathies. »
Docteur Arthur Powers, Hull.
« Iléite terminale. »
Docteur Emile Simard, Chicoutimi.
« Tumeurs pulmonaires. »
Docteurs Jules Prévost et André Mackay, Montréal.

Après-midi — salle Brochu.

« Insuffisance coronarienne. »
Docteur Gérard-L. Larouche, Sherbrooke.
« Dysménorrhée. »
Docteur Gérald Brisson, Hull.
« Hormones en gynécologie. »
Docteurs Grégoire Saint-Arnaud et Maurice Cossette, Québec.
« Anomalies de l'ombilic. »
Docteur Dominique Gaudry, Chicoutimi.
« Ostéochondrite de la hanche. »
Docteur Lionel Groleau, Sherbrooke.
« Convulsions de l'enfance. »
Docteurs C.-A. Gauthier et Claude Bélanger, Québec.
« Ce que le praticien doit savoir en urologie. »
Docteur Paul Bourgeois et autres, Montréal.
Délégué de France: M. le professeur Hillemand.
Un film sur la rectoscopie.

Samedi, le 6 octobre 1951

Avant-midi — salle Brochu.

« Cardiopathie et grossesse. »
Docteur Rosaire Saint-Pierre, Trois-Rivières.
« Brucellose. »
Docteur Charles Crête, La Tuque.
« Obstruction intestinale. »
Docteur Louis Frenette, Grand'Mère.
« Salpingites tuberculeuses. »
Docteur Jacques Dubé, Notre-Dame-du-Lac.
« Fissure anale. »
Docteur Roland Décarie, Montréal.
« Hypertension artérielle. »
Docteur Adélard Tétrault, Trois-Rivières.
« Colonne vertébrale en rhumatologie. »
Docteur Joachim Jobin, Québec.

« Leiomyome. »
Docteur L.-Carlton Auger, Québec.
« La psychosomatique. »
Docteurs Jean Saucier, Fernand Côté et Yves Chaput, Montréal.

Après-midi — salle Brochu.

« Cancer du sein. »
Docteurs Jacques Olivier, Sherbrooke, et G. Pinsonneault, Montréal.
« Aérophagie. »
Docteur Saint-Jean Desrosiers, Montréal.
« Cancer de la vessie. »
Docteur Philippe Lagassé, Sherbrooke.
« Hématome intra et extra-dural. »
Docteur Jean Sirois, Québec.
« Maladie de l'adaptation. »
Professeur Hans Selye, Montréal.
« Spasmes étagés de l'œsophage. »
Délégué de France: M. le professeur Hillemand.

SECTION DES SPÉCIALITÉS

Vendredi, le 5 octobre 1951

Avant-midi — salle Normand.

Société d'obstétrique de la province de Québec

10.00 heures a.m.—« Inversion utérine: »
Docteur Léon Journet.
10.30 heures a.m.—« Anomalies de la contraction utérine durant le travail. »
Docteur Gérard Bélanger.
11.00 heures a.m.—« Toxémies de la grossesse. »
Docteur Alcidas Ricard.
11.30 heures a.m.—Discussion ouverte sur les sujets d'actualité.

Après-midi — salle Normand.

2.00 heures p.m.—« Thrombose coronarienne. »
Docteurs Pierre Rabil et Georges Garneau, Montréal.
3.00 heures p.m.—« Sténose mitrale. »
Docteurs Paul David et Edouard Gagnon, Montréal.
4.00 heures p.m.—« La néphropexie. » Film (12 minutes).
Docteur Jean-Paul Legault.
4.15 heures p.m.—« Cent cas de lobotomie. »
Docteur Paul Larivière.

Samedi, le 6 octobre 1951.

Avant-midi — salle Normand.

Société d'oto-rhino-laryngologie

Radiologie:
1.—« Calcinose sous-cutanée généralisée. »
2.—« Maladie d'Olier ou Dyschondrotrophie avec exostoses multiples. »
Docteur J.-Ephrem Perras, Hull.

INVITATION AUX ÉPOUSES DES CONGRESSISTES

Mesdames,

Vous êtes chaleureusement invitées au XXIe congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada avec votre époux, et c'est avec beaucoup de plaisir que nous vous y attendons, car un programme social vous est spécialement réservé.

Jeudi, le 4 octobre, à la fin de l'après-midi, vous assisterez à un buffet, générosité des Autorités de la ville des Trois-Rivières. Et dans la soirée, les messieurs aimeront à se faire accompagner de leur épouse à la séance solennelle d'ouverture. Vous pourrez ensuite vous rendre, en compagnie de votre époux, au Club Radisson, rue des Chenaux, sur les bords du Saint-Maurice (facultatif).

Le lendemain, 5 octobre, à la suite d'un déjeuner organisé pour vous, Mgr Albert Tessier a bien aimablement accepté de projeter un film sur son voyage à la Baie d'Hudson, l'accompagnant de quelques commentaires. A deux heures de l'après-midi, excursion en bateau au Cap-de-la-Madeleine, où un arrêt de quinze minutes est prévu au Sanctuaire national. Au retour, vous serez conviées à l'hôpital Saint-Joseph où un thé vous sera gracieusement offert par les Révérendes Sœurs de la Providence. A six heures et trente, une fête aux huîtres réunira de nouveau tous les congressistes et leur épouse au parc de l'exposition. Comme la veille, la soirée pourra se terminer au Club Radisson.

Samedi, le 6 octobre, à deux heures de l'après-midi, vous êtes priées de vous rendre à l'Ecole ménagère du Cap-de-la-Madeleine où un programme d'un intérêt inusité vous attend: visite rapide de l'institution, démonstration d'art culinaire, causerie par le professeur Bernard, objets d'artisanat distribués comme prix de présence, goûter. A six heures et trente, un groupe de représentants de maisons pharmaceutiques vous offriront, ainsi qu'aux médecins, un magnifique coquetèle.

Le soir, clôture officielle du congrès. Après les discours d'usage, une soirée amicale et sociale vous est réservée en même temps qu'aux congressistes. Un buffet entrecoupé de danse, d'audition musicale de choix et d'amusements couronnera les journées passées aux Trois-Rivières.

Madame J.-A. DENONCOURT,
présidente honoraire.

N. B. — Dans toutes les organisations sociales, la tenue de ville est de mise.

PROGRAMME DES DAMES

Palais de l'Industrie

Jeudi, le 4 octobre.

10.00 heures a.m.—Inscription.
5.30 heures p.m.—Réception-coquetèle du Directeur général et du Président du Congrès aux présidents de séances, aux rapporteurs, aux officiers et aux membres du Conseil et à leur épouse respective. Salle Normand.
6.30 heures p.m.—Buffet offert par la Ville des Trois-Rivières. Dames et Messieurs, mezzanine.
8.30 heures p.m.—Séance solennelle d'ouverture. Dames et Messieurs, salle Brochu.
10.00 heures p.m.—Soirée facultative au Club Radisson, rue des Chenaux, sur les bords du Saint-Maurice (avec les Messieurs).

Vendredi, le 5 octobre.

10.00 heures a.m.—Inscription.
12.00 heures p.m.—Déjeuner et film de Mgr Albert Tessier, sur son voyage à la Baie d'Hudson, avec commentaires, château de Blois.
2.00 heures p.m.—Excursion en bateau au Cap-de-la-Madeleine (arrêt de quinze minutes au Sanctuaire national).
4.30 heures p.m.—A l'hôpital Saint-Joseph, thé offert par les Religieuses de la Providence.
6.30 heures p.m.—Fête aux huîtres (Dames et Messieurs), mezzanine du Palais de l'Industrie.
10.00 heures p.m.—Soirée facultative au Club Radisson, rue des Chenaux, sur les bords du Saint-Maurice (avec les Messieurs).

Samedi, le 6 octobre.

10.00 heures a.m.—Inscription.
2.00 heures p.m.—Visite de l'Ecole ménagère du Cap-de-la-Madeleine, démonstration d'art culinaire, causerie par le professeur Bernard; goûter.
6.30 heures p.m.—Coquetèle offert par un groupe de représentants des exhibits commerciaux (Dames et Messieurs), mezzanine.
8.00 heures p.m.—Séance de clôture (Dames et Messieurs), salle Brochu.
9.00 heures p.m.—Grande soirée; buffet, amusements, danse (Dames et Messieurs), salle des exhibits commerciaux. (Tenue de ville.)

N. B.—Vous êtes priées *de ne pas oublier* de porter votre insigne durant tout le congrès.

Comité de réception

Docteurs C.-N. de Blois
W. Godin
Auguste Panneton

Docteurs J. Malone
R. Dugré
J.-R. Leblanc.

Chefs du protocole

Docteurs Hervé Beaudoin
Adélard Tétrault

Docteur Pierre Smith

Comité de l'inscription

Docteurs Jos. Normand
C. Boucher

Docteurs L. Bédard
J.-P. Beaudet

Comité du logement

Docteurs G.-N. Racicot
P. Bellefeuille

Docteurs J. Cayer
J.-L. Beaudry

Directeurs du programme scientifique

Docteurs J.-J. Garneau
J.-J. Paquin

Docteurs J. Veilleux
Origène Dufresne

Comité des activités sociales

Docteurs J. Normand
P. Veilleux
G. Mayrand

Docteurs L. Létienne
P. Hubert

Comité des exhibits

Docteurs Georges Manseau
B.-G. Bégin

Docteurs M. Allen
J. Gingras
M. Matteau

Association des Médecins de Langue Française du Canada

BULLETIN DE LOGEMENT

XXIème CONGRÈS AUX TROIS-RIVIÈRES

les 4, 5 et 6 octobre 1951

Comité du logement,
1027, boulevard Laviolette,
Trois-Rivières, P. Q.

Auriez-vous l'obligeance de me réserver une chambre pour le congrès de l'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA (4, 5 et 6 octobre 1951) durant..... jours.

HÔTEL		**CHALET (cabin)**	
Chambre simple	.....	Chambre simple	.....
Chambre avec lit double	.....	Chambre avec lit double	.....
Chambre avec lits jumeaux	.....	Chambre avec lits jumeaux	.....
		Chambre avec 3 places	.....

Je serai accompagné de.....

.....

Ou je partagerai ma chambre avec un autre congressiste,

Docteur .....

J'arriverai aux Trois-Rivières le .....oct., à .....heures a. m. ou p. m.

Je quitterai l'hôtel ou le chalet le .....oct., à .....heures a. m. ou p. m.

Veuillez donner confirmation à .....
(signature)

Docteur .....
(lettres majuscules)

Adresse .....

.....

Secrétariat du Congrès : 1027, boulevard Laviolette, Trois-Rivières, P. Q.

A découper ici

LA PATHOGÉNÈSE DU CHOC TRAUMATIQUE

Revue synthétique à l'aide de recherches originales.[1]

N. BALESTRAZZI.

Il rentre dans notre intention de relater en ces quelques pages les conclusions de certaines de nos recherches expérimentales sur la pathogénèse du choc traumatique et de les insérer dans le cadre global de la matière telle qu'elle résulte de la connaissance générale que l'on en a actuellement. Ceci dans le but de rendre plus facile la compréhension de faits aussi complexes vus à la lumière de nos plus récentes découvertes.

Pour ce faire, d'abord nous définirons du mieux possible ce que l'on entend aujourd'hui par choc traumatique, puis en second lieu nous examinerons les éléments nécessaires à sa détermination, et cela toujours sur la base de faits certains et définitivement démontrés; nous ne manquerons pas de signaler les points douteux et les problèmes non encore résolus; nous ferons part des faits expérimentaux que nous avons vérifiés et des convictions personnelles auxquelles nous sommes arrivés.

Les grands progrès réalisés dans la connaissance du mécanisme pathogénétique du choc, sous l'impulsion dramatique des deux grandes guerres qui ont attristé l'humanité dans la première moitié de ce siècle, et les précieux enseignements thérapeutiques qu'on en a tirés, peuvent peut-être faire apparaître ce présent travail comme superflu; et pourtant nous ne pouvons pas nous dissimuler que certains problèmes résistent depuis longtemps aux assauts des chercheurs et exigent encore une solution.

Nous commencerons, avant toute chose, par établir ce que nous entendons et ce que l'on entend dire aujourd'hui quand on parle de choc traumatique. Dans cette intention nous essaierons de tirer des innombrables définitions qui existent celle qui, sans avoir la prétention d'être parfaite, synthétisera en peu de mots l'idée actuelle de choc. Le choc est considéré comme un désordre circulatoire dépressif, caractérisé par un déséquilibre de la circulation périphérique auquel fait suite une altération de la perméabilité capillaire, une diminution de la masse de sang circulant, une augmentation de la concentration sanguine et une souffrance générale des tissus d'origine anoxhémique. D'après cette définition nous voyons que les éléments vraiment essentiels qui contribuent à la pathogénèse du choc sont: le trauma, le déséquilibre de la circulation périphérique, l'altération de la perméabilité capillaire. Ou, si l'on veut, en nous servant de l'heureux artifice descriptif de Moon [2] nous dirons que le choc traumatique est la résultante de la somme algébrique de trois indéterminées variables: X (le trauma) Y (le déséquilibre circulatoire) Z (l'altération de la perméabilité capillaire), d'où il résulte que le choc traumatique est égal à X + Y + Z.

Ces trois indéterminées peuvent se combiner en variant d'intensité et imprimer des caractères particuliers aux diverses formes cliniques du choc, mais sont toujours présentes et nécessaires.

Le premier élément, le trauma, ne nous intéresse que pour préciser que le terme peut évoquer l'idée d'hémorragie et que cela n'est pas exact car si le trauma est un élément indispensable, il n'en est pas ainsi de l'hémorragie même, si celle-ci peut représenter un élément collatéral aggravant d'une valeur non négligeable. Le trauma a donc une indubitable importance étiologique mais il ne doit pas être pris en considération pour lui-même, mais au contraire en rapport avec la constitution du

1. Communication faite à la Société italienne de Biologie expérimentale, Section de Bari, le 21 décembre 1950.

2. Moon, en parlant du choc en général, plaçait l'hémorragie à la place du trauma.

sujet sur lequel il agit, avec les conditions contingentes de celui-ci, éléments qui peuvent avoir la valeur de causes préexistantes ou occasionnelles capables d'en augmenter les effets; de même qu'il faut tenir compte, pour comprendre la disproportion que l'on remarque souvent entre l'intensité du trauma et la gravité du choc, du fait qu'il existe des zones particulièrement sensibles comme l'abdomen, les articulations, les troncs nerveux, surtout ceux du système autonome, et les faisceaux vasculaires.

Nous nous arrêterons plus longtemps, au contraire, pour considérer le second élément, le déséquilibre circulatoire, en tentant d'établir en quoi il consiste. Ce terme, bien que désignant un élément de première importance, cache encore sous une apparente clarté quelques sérieux motifs de doute et d'incertitude. Avec les termes de réaction neuro-vasculaire, de déséquilibre de la vaso-motilité, de déséquilibre circulatoire, on veut indiquer une série de faits observés tant cliniquement qu'expérimentalement mais dont la succession chronologique et l'exacte compréhension nous échappent. C'est pourtant autour du déséquilibre circulatoire que se meut le mécanisme compliqué du choc et c'est au déséquilibre circulatoire que font suite toutes les autres manifestations pathogénétiques, anatomo-pathologiques et cliniques du choc et il est par conséquent nécessaire de le définir clairement. On peut dire que Crile, qui anticipa de beaucoup sur les connaissances obtenues par la suite, dans une brillante intuition et alors que de nombreuses notions de physiologie n'étaient pas encore révélées, le conçut, en gros, tel qu'on le comprend aujourd'hui.

Il affirma, il y a environ trente ans, que le choc était dû à une vaso-constriction diffuse avec dilatation artériolaire et capillaire conséquente d'abord à une disparité entre la capacité du lit vasculaire et la masse de sang circulant; puis, postérieurement à la transsudation du plasma à travers les endothéliums altérés par la stase et par l'anoxhémie. Quelle est, selon Crile, l'origine de toute cette succession de faits? D'abord la dépression, puis l'épuisement des centres vaso-moteurs cérébraux. Cette explication se révèlera inexacte mais le mécanisme pathogénétique est déjà tracé dans ses grandes lignes. Pour être bref disons aussitôt qu'aujourd'hui la plupart des grands spécialistes du choc (Blalock, Leriche, Cannon, Moon, O'Shaughnessy et Slome) sont d'accord pour dire que dans le choc le système artériel se trouve dans un état de contraction prépondérant et diffus et que dans le vaste lit capillaire anormalement dilaté stagne une importante quantité de sang avec tendance à la transsudation et à l'œdème au point de conduire à une augmentation de la résistance vasculaire périphérique (Viggers, Richards) qui a été mesurée au moyen de méthodes indirectes. Ces éléments pathologiques: stase capillaire, diminution du volume sanguin, réduction du débit cardiaque, anoxhémie, augmentation de la perméabilité capillaire, se lieraient en un mécanisme fermé, avec tendance à l'aggravation de chacun d'eux, en concourant à la création d'un cercle vicieux qui conférerait au choc une fatale progression et conduirait à une souffrance générale des tissus (Moon).

Un grand nombre de ces faits sont incontestables, mais ce qui n'est pas clair c'est comment on arrive à travers eux à une rapide hypotension. La plupart des auteurs, en effet, sont d'accord pour admettre que la capacité de la fonction cardiaque demeure pendant longtemps inaltérée et l'on sait aussi que les centres vaso-moteurs restent également valides pendant longtemps; il est donc difficile de s'expliquer comment, en présence d'une notable augmentation des résistances périphériques due à une vasoconstriction intense et diffuse et à la stagnation dans le lit capillaire et en présence d'un cœur valide et de centres vaso-moteurs intacts, on puisse noter une chute de la tension. D'autre part, même si l'on interprète la vasoconstriction observée dans le choc comme un phénomène réactif à l'hypotension, il est permis de se demander comment on ait pu arriver à cette dernière. En outre s'il est vrai que l'hypotension progressive de la se-

conde phase du choc ou celle des chocs tardifs peut être expliquée de façon convaincante par la réduction toujours plus grande du volume sanguin circulant, fait dû à l'exhémie, il n'en est pas moins vrai que l'on peut se demander comment se produit la précoce chute de tension que l'on observe dans la phase dite primaire ou neurogène du choc? Comment nous expliquer les observations faites cliniquement, sur le vif, par Cournaud, Riley, Bradley, Bread, Noble, Lauson, Gregersen et Richards, lesquels ont remarqué que dans les chocs à trauma squelettique, on note de graves et précoces chutes de la pression avec une forte réduction du volume sanguin sans hémoconcentration, et par conséquent sans exhémie et avec augmentation de la tension veineuse périphérique? Questions qui ne peuvent être négligées et auxquelles, selon nous, il est un devoir de répondre.

Il nous semble donc qu'un certain élément ait échappé à l'observation des chercheurs et que son absence rende plus difficile la compréhension des faits. La connaissance de l'existence des anastomoses artério-veineuses et de leurs possibles troubles fonctionnels est selon nous l'élément en cause. Ces formations anatomiques particulières qui mettent en communication directe le lit des artères avec celui des veines, qui disposent de sphincters appelés aussi « dispositifs de blocage » (Bucciante en a relevé de trois types) et qui peuvent à loisir diriger le sang dans le lit des veines ou dans celui des capillaires, sont en effet à notre avis la clef de voûte du mécanisme par lequel est déterminée l'hypotension. Les anastomoses artério-veineuses sont connues depuis plus d'un siècle; dans de nombreux travaux d'anatomie et de physiologie on leur a attribué d'importantes fonctions, néanmoins, et sans raison apparente, elles sont demeurées à peu près ignorées. Pourtant il est probable qu'une étude attentive de tout ce qui a été fait jusqu'à présent à leur sujet et la mise en valeur de leur signification physiopathologique pourra conduire à une révision de nombreuses conceptions, solidement établies, en matière de physiologie surtout en ce qui concerne la vascularisation et par conséquent l'activité des organes et des tissus.

Mais, selon nous, quel est le rôle que jouent les anastomoses artério-veineuses dans la détermination de l'hypotension, dans la diminution rapide du volume de sang en circulation et dans toutes les autres manifestations observées dans le choc?

Conjointement à la vasoconstriction diffuse qui fait suite au trauma et qui est très précoce, se produit la fermeture des dispositifs de blocage des anastomoses artério-veineuses à des hauteurs différentes, de sorte que la circulation s'accomplit irrégulièrement à travers une communication directe entre le lit des artères et celui des veines. Cette conception nous permet de mieux éclairer le mécanisme du déséquilibre circulatoire et de comprendre comment, dans un système vasculaire fermé, alors que l'on constate une augmentation rapide des résistances périphériques, on puisse observer également une diminution de la tension due à la fuite du sang à travers les soupapes constituées par les anastomoses artério-veineuses.

Tout ce qui fait suite à la dérivation circulatoire anormalement diffuse est logique et conséquent: le sang stagne en de notables quantités dans le lit capillaire en grande partie exclu de la circulation, du même coup le volume de sang en mouvement est réduit, la tension veineuse dans les secteurs où les anastomoses artério-veineuses sont ouvertes augmente, la consommation d'oxygène diminue, d'où hypotension, stase capillaire, anoxhémie, altération de l'endothélium, exhémie, tout le cortège bien connu et symptomatologique du choc.

Mais y a-t-il des faits réels pour prouver ce que nous avons affirmé? En contrôlant et en développant les recherches expérimentales sur le « crush syndrome » exécutées par Trueta, qui le premier démontra que l'ouverture persistante des anastomoses artério-veineuses dans le rein peut mener non seulement à des déficits fonctionnels transitoires mais également à des lésions dégénératives graves et irréversibles, nous avons pu observer:

que le fait d'ôter un garrot laissé en place pendant quatre heures et demie sur une des pattes postérieures d'un chien ou d'un lapin, déchaîne un rapide déséquilibre circulatoire;

que celui-ci est caractérisé par une vasodilatation du côté soumis à la constriction et par une vasoconstriction diffuse et générale particulièrement évidente aux dépens du membre du côté opposé;

que ces phénomènes se maintiennent pendant quelques heures et finissent par s'équilibrer en un état presque normal des artères tandis que persiste une souffrance de la circulation périphérique qui paraît entièrement ou partiellement injectée;

qu'une chute rapide et constante de la tension sanguine, suivie chez les animaux qui survivent, par une lente reprise de la tension, va de pair et évolue parallèlement avec la souffrance de la circulation périphérique visualisée angiographiquement et qui apparaît ainsi liée à elle par d'incontestables rapports de cause à effet;

que cette souffrance circulatoire se propage en hauteur jusqu'aux reins ou nous pouvons observer, au moyen d'injections d'encre de Chine dans l'aorte, une distribution irrégulière du colorant, en général confiné dans la région médullaire et les couches juxta-médullaires du cortex;

qu'il existe donc dans le rein, comme Trueta l'avait démontré, non seulement des anastomoses artério-veineuses qui aboutissent à des glomérules juxta-médullaires, mais encore des voies anastomosiques plus larges, placées en amont de celles vues par Trueta, qui permettent une communication directe entre artères courbes et artères et veines droites et que leur trouble fonctionnel est responsable de l'altération de la circulation rénale existant dans le choc;

que l'encre de Chine injectée dans l'aorte colore irrégulièrement non seulement les reins et le foie, comme l'avait observé Trueta, mais dans une très petite mesure la peau et les muscles, dans une plus grande mesure les poumons où subsistent cependant des surfaces non colorées surtout vers la périphérie, et plus abondamment l'estomac et l'écheveau intestinal, ce qui donne l'impression que la circulation s'est réduite aux grands vaisseaux, qu'elle est bien ce que Sucquet appelait circulation mécanique ou superficielle par opposition à la circulation profonde et nutritive des capillaires.

Nous tenons d'autres confirmations de notre hypothèse des études histologiques comparées sur les différents organes prélevés aux animaux sacrifiés, et c'est grâce à ces études que nous avons cherché à établir un tableau chronologique des lésions rencontrées.

Ces études démontrèrent:

qu'il existe des lésions microscopiques diffuses consistant en stases capillaires et en faits dégénératifs;

que la stase capillaire est très précoce dans son apparition, qu'elle est plus grave vers la périphérie des organes et qu'elle est conditionnée par le choc car elle tend à s'atténuer et à disparaître au fur et à mesure que celui-ci se dissipe;

que les lésions dégénératives apparaissent précocement mais persistent plusieurs jours après le disparition du choc.

Ces lésions étaient en tous points semblables à celles rencontrées dans les reins, où l'injection d'encre de Chine avait prouvé la dérivation circulatoire, et Trueta a démontré qu'elles étaient une conséquence de l'anoxhémie dérivant du court-circuit vasculaire.

Les observations que nous avons faites nous ont convaincu de l'importance de la déficience fonctionnelle généralisée des anastomoses artério-veineuses et de l'action secondaire et passive du lit capillaire dans le mécanisme pathogénétique du choc et nous ont autorisé à affirmer qu'il existe dans le choc un trouble fonctionnel anormal diffus et persistant des anastomoses artério-veineuses qui conduit à l'exclusion de la circulation de plus ou moins vastes secteurs du lit capillaire, amenant la stase capillaire, la diminution du volume de

sang en circulation, l'hypotension, l'anoxhémie tissurale, l'altération des endothéliums, l'exhémie etc. Nous pouvons affirmer aussi que le trouble fonctionnel des anastomoses artério-veineuses, la stase capillaire et l'anoxhémie des tissus sont chronologiquement les premiers éléments à entrer dans le cadre du choc.

Aux faits que nous venons d'énoncer nous pouvons ajouter aujourd'hui une observation communiquée par Zweifag et Coll. en 1945 et que nous ignorions. Le dit auteur en étudiant au microscope, au cours d'une vaste série de recherches, la circulation sanguine dans le mésentère extériorisé de chiens en état de choc a remarqué, en ce qui concerne notamment certaines artères précapillaires, un profond état d'ischémie et que « pendant cette période d'ischémie une circulation continue se produisait au moyen seulement de communications directes entre artères et veines ».

Voilà donc que tout ce dont nous avions eu l'intuition et que par la suite nous avions indirectement démontré, est complété par une observation « de visu », directe et irréfutable, dont la signification a, de toute évidence, échappé au chercheur.

Mais comment arrive-t-on au déséquilibre de la circulation? Est-ce là un phénomène d'origine nerveuse ou un phénomène toxique? Cette question s'est posée dès les premières études sur le choc et elle n'a pas encore reçu une réponse acceptable.

En réalité, posée en ces termes la question peut paraître anachronique puisqu'il y a déjà plusieurs années que la physiologie nous a enseigné que l'impulsion nerveuse est un phénomène physico-chimique et non pas uniquement mécanique, de sorte qu'il n'est pas difficile de considérer le choc, au sens biologique, comme un phénomène neuro-humoral, lié à la production de substances qui se libèrent par excitation nerveuse et agissent comme intermédiaires pour provoquer le déséquilibre de la circulation, d'autant plus que certaines d'entre elles possèdent une action toxique protoplasmatique et peuvent également se libérer par les tissus meurtris ou de diverses autres manières. Cela mènerait par conséquent à l'unification des deux théories et faciliterait l'explication du fait que le choc puisse succéder directement à la stimulation nerveuse (choc immédiat, choc primaire d'Hermann) ou bien apparaître tardivement chez les animaux dont le foyer traumatique aurait été complètement isolé interrompant toutes les voies nerveuses afférentes par la destruction de la moelle (Hermann et Coll. 1944) ou par la destruction de la moelle accompagnée de la section des chaînes latérales du sympathique et de la sympathectomie périartérieuse (Balestrazzi, 1948). Mais à laquelle des substances conductrices de la transmission nerveuse doit-on attribuer le choc?

La question nous conduit en un domaine très complexe et obscur à cause du caractère fragmentaire de la matière, des contradictions qui existent souvent entre les données anatomiques et physiologiques et de la difficulté à en tirer des indications physiopathologiques sûres. Nous savons en effet qu'après la classification primitive des substances conductrices de la transmission nerveuse, classification qui s'est démontrée imparfaite, la division en systèmes de fibres cholinergiques, adrénergiques et histaminergiques s'est révélée peu convaincante car on s'est aperçu que la conduction chimique est extrêmement complexe et peut produire des effets différents selon la concentration du conducteur sur le moyen d'action, au point de justifier l'hypothèse qu'il y ait dans l'organe réacteur des substances réceptrices différentes et que la qualité de la réaction dépende de la prévalence du premier et de la seconde (Spadolini).

Ces motifs d'incertitude nous ont amené à entreprendre une étude systématique sur l'action de l'histamine et de l'acétylcholine, substances indiquées par de nombreux chercheurs comme les plus probables facteurs humoraux responsables du choc. (Dale et Laidlaw, Zunz, Ebwicki, Barsoum et Gaddum, Tinel et Hungar, Moon pour l'histamine, Frommel, Thelaimer, Herchrberg, Piquet, Stropeni et Bat-

tezzati, Laborit et Morand, Imperati et Coll. pour l'acétylcholine).

A titre préliminaire nous dirons qu'en ce qui concerne la théorie histaminique du choc on notait à côté de nombreux éléments favorables l'impossibilité de démontrer qu'il y avait dans le sang une réelle augmentation d'histamine. En ce qui concerne la théorie acétylcholinique, en l'absence de la possibilité de dosages exacts et directs de la substance, nous dirons que la constatation de la diminution de la cholinestérase n'avait aucune valeur réelle puisqu'il n'a pas été démontré que dans des conditions pathologiques une augmentation de l'acétylcholine corresponde à une diminution de la cholinestérase (il est même logique de supposer qu'il puisse exister une diminution de l'acétylcholine comme conséquence de l'état de choc).

Nous avons donc tenté d'étudier séparément le tableau clinique, l'état des anastomoses artério-veineuses et le tableau histopathologique du choc histaminique et du choc acétylcholinique, en espérant obtenir, en les comparant avec les éléments analogues du choc traumatique, des données utiles pour éclaircir le problème que nous nous sommes posé initialement.

Nos recherches nous ont amené à établir:

qu'à l'aide d'injections endo-veineuses de bichlorhydrate d'histamine, poursuivies pendant plusieurs heures, on réussit à provoquer un syndrome hypotensif qui est cliniquement très semblable à celui du choc traumatique;

que dans le choc histaminique ainsi obtenu il apparaît nettement que d'importantes régions vasculaires sont exclues, spécialement dans le rein, la peau, les muscles et les poumons, ce qui prouve l'existence d'un trouble fonctionnel des anastomoses artério-veineuses;

que la progression de l'hypotension dans le choc histaminique, malgré la présence de tous les éléments qui participent à la formation du cercle vicieux, ne prend jamais le caractère d'une évolution spontanée, mais reste toujours liée, même dans les toutes dernières phases, à l'introduction de l'histamine;

que le tableau histopathologique du choc histaminique est caractérisé par la stase capillaire, la transsudation plasmatique et l'exsudation granulocytique riche en eosinophiles et en faits dégénératifs, éléments histopathologiques semblables à ceux du choc traumatique mais que l'on rencontre également dans de nombreuses autres conditions pathologiques.

Les recherches effectuées d'une façon analogue avec l'acétylcholine nous ont montré au contraire:

que l'on réussit, avec l'injection lente et répétée d'acétylcholine, à produire un syndrome hypotensif prolongé mais factice et ressemblant seulement de très loin au choc traumatique;

que dans le syndrome en question il est impossible de prouver, avec des injections d'encre de Chine, l'existence de courts-circuits du type de ceux que nous avons observés dans le choc traumatique;

Que même dans le choc acétylcholinique on note des lésions histologiques ressemblant à celles des chocs traumatique et histaminique.

Ces dernières observations ont été confirmées par deux séries d'expériences de contrôle, les premières exécutées sur des chiens exérinisés au préalable chez lesquels l'acétylcholine a donné lieu à des tableaux encore plus dissemblables d'hypotension avec bradycardie et ample indice oscillométrique, les secondes exécutées sur des chiens au préalable atropinisés chez lesquels le choc provoqué soit par le garrot soit par écrasement s'est manifesté et a évolué de la même façon que sur des chiens non traités.

Sur la base des données obtenues par cette succession de recherches il semble qu'il nous soit permis d'affirmer que le choc débute par un trouble métabolique post-traumatique avec production d'histamine et que c'est précisément la libération de l'histamine qui mène à l'hypotension, qui la confirme et en prolonge la durée; et que l'irréversibilité du syndrome est provoquée par la souffrance des tissus due à l'anoxhémie.

Un élément indirect grâce auquel nous avons pu tenir pour certain que la fatale progression du choc est d'origine toxique plus que mécanique est constitué par l'impossibilité de conduire le syndrome hypotensif que nous avons artificiellement provoqué, vers une évolution autonome malgré la constatation de la présence de tous les éléments qui font partie de ce que l'on appelle le cercle vicieux du choc. La dite impossibilité nous a fait douter de la consistence réelle d'un tel mécanisme et nous a fait tenir pour plus probable que l'anneau le plus important dans la fermeture du cercle vicieux est représenté précisément par le trouble métabolique et par la libération continuelle de substances de type histaminique.

Quant à l'acétylcholine, bien que nos constatations expérimentales nous aient porté à être très sceptique sur sa responsabilité dans la détermination du choc, nous n'avons pu exclure sa participation même si elle n'a qu'une importance secondaire et cela, non pas parce que nous étions en possession d'éléments directs, mais à cause de l'impossibilité où l'on se trouve aujourd'hui de séparer nettement, chez l'homme, l'action biologique des deux substances. En effet nous ne pouvons négliger tout ce que l'on est en train d'éclaircir dans le domaine de l'allergie à savoir que l'histamine agit souvent en collaboration avec l'acétylcholine, que la stimulation antidromique des fibres sensitives peut porter à la libération d'acétylcholine également; et on ne doit pas perdre de vue la présence d'acétylcholine dans le pomphe dû à l'histamine (Wybaugh, Rothmann et Coon), les idées de Duke sur les maladies dues à une allergie physique et celle de Danielopolu sur le choc paraphylactique histaminique, et sur le choc paraphylactique acétylcholinique. De tels rapports entre acétylcholine et histamine paraissent encore plus complexes si on pense à ce que Tremonti a pu démontrer en étudiant l'œdème pulmonaire adrénalinique du lapin. Au cours d'une série d'expériences le dit auteur a observé qu'après l'ablation de la rate l'injection endo-veineuse d'adrénaline ne crée plus d'œdème pulmonaire et que l'œdème ne se produit chez l'animal dérate que si on injecte avec l'adrénaline une certaine quantité d'extrait splénique. Dans la rate, donc, selon Tremonti, est contenue une substance qui, en entrant en jeu, favorise l'apparition de l'œdème et qui aurait des propriétés semblables à celles de l'acétylcholine (Selon des recherches de Dale et de Duddley l'acétylcholine est présente dans la rate en quantité considérable). Cette substance, selon Tremonti, agirait en perméabilisant les cellules endothéliales du poumon et en rendant possible de cette manière la libération de l'histamine.

Il ressortirait, donc, de telles études, que les trois plus importantes substances conductrices de la transmission nerveuse peuvent être liées entre elles par d'étroits rapports physiopathologiques.

Les faits et les considérations cités et les conclusions que nous avons déduites, importants pour la démonstration de ce que l'on sait aujourd'hui sur les substances conductrices de la transmission nerveuse, nous enseignent que les opinions adoptées jusqu'ici dans la recherche de la substance toxique responsable du choc sont plutôt simplistes et exclusives et que, bien que l'on puisse considérer, selon les recherches accomplies jusqu'ici, l'histamine comme un important facteur humoral dans la pathogénèse du choc traumatique, on doit admettre en toute probabilité que sa libération est déterminée ou favorisée par d'autres facteurs et qu'elle représente l'expression d'un désordre plus complexe dont la connaissance nous échappe encore.

Venons-en maintenant au troisième élément que nous avions défini, avec le trauma et le déséquilibre de la circulation, comme étant d'une importance essentielle dans le mécanisme pathogénétique du choc, nous voulons parler de l'altération des endothéliums et de l'augmentation de la perméabilité capillaire qui y fait suite.

Cet élément, à travers l'exsudation du plasma, l'hémoconcentration, la réduction progressive du volume sanguin circulant, la réduction du débit cardiaque, provoque l'aggra-

vation progressive de la circulation périphérique, de la respiration des tissus, de l'équilibre des liquides, l'altération de la membrane cellulaire et le déséquilibre électrolytique qui s'ensuit avec un rapport altéré entre les ions K et Na, et les subséquentes et plus tardives manifestations caractéristiques du choc. Nous pourrions dire que l'altération des endothéliums et l'exhémie qui en résulte nous donnent la raison de la prolongation de l'hypotension et de la progression du choc comme en un premier temps le trouble fonctionnel des anastomoses artério-veineuses nous a donné l'explication de la rapide hypotension et de la soudaine diminution du volume sanguin circulant sans qu'il y ait hémoconcentration.

Mais de quelle nature est l'altération des endothéliums?

Il est logique après ce que nous avons dit que nous la considérions comme l'expression d'une lésion toxique, c'est-à-dire provoquée par la libération d'histamine, substance qui possède, au maximum, des propriétés perméabilisantes. La constatation dans de nombreux autres états morbides (ustions, étranglements intestinaux, anaphylaxies, réactions à des transfusions, intoxications métaboliques, occlusions coronaires ou des vaisseaux en général, infections d'une gravité foudroyante, membres gelés, coups de soleil), des mêmes lésions que celles des endothéliums et par conséquent d'altérations histopathologiques semblables, pourrait nous faire penser que comme il existe, en ces états, une insuffisance de la circulation périphérique, la lésion endothéliale pourrait être considérée comme d'origine mécanique, due à la stase (Landis), ou bien d'origine anoxhémique.

Mais est-il possible de se figurer qu'entre la perméabilité altérée des endothéliums et l'excitation physique il n'existe pas d'intermédiaire chimique?

La physiologie qui n'a établi aucun fait réel qui nous donne la certitude de l'existence d'une action physiologique directe du système nerveux, soit extrinsèque, soit sympathique et parasympathique, soit sensitif antidromique, sur les capillaires penche davantage à croire que les capillaires sont régis par les substances produites par l'activité des tissus eux-mêmes. Cela donne encore plus de valeur à notre hypothèse de l'intermédiaire histaminique dont l'importance semble accrue du fait que l'exclusion de la circulation de vastes districts capillaires qui se produit dans le choc, empêche l'afflux, en ces régions, de substances qui auraient une action protectrice sur les endothéliums (vitamines C,P; Cortisone).

D'après ce que l'on sait des plus récentes acquisitions concernant les fonctions des glandes surrénales et les liens hypophyso-corticaux et hypophyso-talamo-corticaux, les recherches de Bradley et Coll. et de Selye et Coll. tendent à démontrer que l'ACTH a une nette action de blocage sur les manifestations allergiques, par l'intermédiaire de l'excitation produite sur l'écorce surrénale, principalement sur la zone fasciculée réservée à la production des stéroïdes glyco-actifs.

Cela est une simple hypothèse, à notre avis digne de considération, logique, et renforcée par des corrélations avec de nombreuses données expérimentales mais il lui manque encore d'être démontrée. Et c'est précisément ce que nous nous proposons de faire au plus tôt.

BIBLIOGRAPHIE

1. N. BALESTRAZZI: « Ricerche sperimentali sulla conduzione nervosa nollo shock traumatico. » *La clin. Chir.*, fasc. IX-X, 1948.

2. N. BALESTRAZZI: « Azione dell'adrenalina nello shock traumatico sperimentale. » *La clin. Chir.*, fasc. III-IV, 1949.

3. N. BALESTRAZZI: « Importanza della disfunzione della anastomosi artero venose nel determinismo dello shock. » *Un. Tip. Noci*, 1950.

4. N. BALESTRAZZI, N. GALANTE et P. PELLEGRINO: « Shock istaminico e shock traumatico. » *Policl. Sez. Chir.*, 57, 1950.

5. N. BALESTRAZZI et V. VALZANO: « Shock acetilcolinico e shock traumatico. » *Boll. Soc. It. Biol. Sper.*, 26, 1950.

6. P. G. BIANCHI: » Interferenze neurovegetative, endocrine e vitaminiche nelle manifestazioni allergiche anafilattiche. » *Quad. Aller.*, 9: 1, 1950.

7. L. BUCCIANTE: *Anastomosi artero-venose e dispositivi regolatori del flusso sanguigno.* Macri. Ed., Firenze, 1949.

8. CORELLI: *Lo shock.* Vallecchi, Ed., Firenze, 1949.

9. J. CREYSSEL et P. SUIRE: *Le choc traumatique.* Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

10. R. DANIELOPOLU: « Nature acétylcholinique du choc anaphylactique. Choc paraphylactique. » *Presse Méd.*, **51**: 433, 1943.

11. R. DANIELOPOLU: « Le choc paraphylactique acétylcholinique et le choc paraphylactique histaminique. » *Presse Méd.*, **57**: 555, 1949.

12. C. FRUGONI: *L'edema polmonare acuto.* 35° Congr. Soc. It. Med. Int. Pozzi Ed., Roma 1940.

13. L. IMPERATI: *Le insufficienze acute del circolo periferico. Lo shock.* Idelson, Ed., Napoli, 1950.

14. V. H. MOON: « The Dynamics of shock and its clinical implications. *Int. Abstr. Surg.* (*S.G.O.*), **79**: 1, 1944.

15. V. H. MOON: « Renal deficiency associated with shock. » *J. A. M. A.*, **134**: 425, 1947.

16. V. H. MOON et KENNEDY: « Pathology of shock. » *Arch. Path.*, **14**: 360, 1932.

17. A. NUZZI: « Le Anastomosi artero-venose. » *Riv. Morf.*, **18**: 521, 1940.

18. A. REALI: « La nor adrenalina. » *Rec. Progr. in Med.*, **18**: 521, 1950.

19. H. SELYE: « Stress and General Adaptation Syndrome. » *Brit. Med. Journ.*, 1383, 1950.

20. H. SELYE: *Textbook of Endocrinology, Act. End.* Univ. de Montréal, 1948.

21. H. SELYE, DOSNE, BASSETT et WHITTAKER: « On the Therapeutic value of adrenal cortical hormones in traumatic shock and allied conditions. » *Canad. Med. A. J.*, **43**: 1, 1940.

22. I. SPADOLINI: *Fisiologia umana.* U. T. E. T., Torino, 1946.

23. G. TARDIEU et C. TARDIEU: *Le système nerveux végétatif.* Masson édit., Paris, 1948.

24. TRUETA: *Studies of renal circulation.* London, 1947.

25. B. W. ZWEIFAG, R. G. ABELL, R. CHAMBERS et G. H. A. CLOWES: « Role of the decompensatory reactions of peripheral blood vessels in tourniquet shock. » *S. G. O.*, **80**: 594, 1945.

26. M. ZACCO: « Studi di alcuni aspetti biochimici e fisici della reazione mesenchimale di difesa. » *Rec. Progr. in Med.*, **9**: 186, 1950.

RECUEIL DE FAITS

À PROPOS D'UN CAS D'ILÉITE TERMINALE[1]

Rosaire LAUZER et **Robert FISET** (Montréal).

B. Crohn, Leon Ginsburg et Gordon D. Oppenheimer ont décrit, en 1932, une affection de l'intestin grêle, qui se manifeste par des lésions inflammatoires intenses, siègeant près de la valvule iléo-cœcale. L'anse intestinale, tuméfiée, s'accole rapidement à une autre anse grêle, au côlon droit, ou à tout autre organe voisin. Elle détermine généralement la formation d'un abcès, avec fistulisation, suppuration interminable, après migration parfois lointaine, en suivant des trajets compliqués.

Ces auteurs ont fait ressortir, avec observations détaillées à l'appui, les caractéristiques des lésions propres de cette maladie, qu'ils ont appelée à juste titre, iléite terminale. C'est une affection primitive, distincte de l'iléite segmentaire ou régionale qui est secondaire à une diverticulite par exemple, à l'ulcération par un corps étranger, à une agglomération de vers intestinaux, à une bride, à une tumeur, ou à un processus inflammatoire appendiculaire précis, salpingo-ovarien, soit l'iléite para-inflammatoire de contact.

L'iléite terminale est sans doute infectieuse, mais on ne trouve pas l'agent spécifique, si toutefois il existe. La présence de microbes banaux de l'intestin, colibacille, entérocoque, streptocoque, au niveau des lésions, ne permet pas de conclure à leur rôle étiologique. On découvre à l'examen histologique des éléments giganto-cellulaires. Mais nous n'avons pas de preuve pour rattacher l'iléite terminale à la tuberculose, à une maladie de Besnier-Boeck, de Nicolas-Favre, ou à une lymphogranulomatose maligne.

Aujourd'hui les chirurgiens ont appris à reconnaître les lésions de l'iléite terminale, aux différents stades de leur évolution, avant la fistulisation, et les observations publiées sont de plus en plus nombreuses. A la phase aiguë, l'anse intestinale est augmentée de volume, rouge sombre, sans contraction. Au palper, cette anse est de consistance ferme, mais on sent qu'elle est en même temps friable. La démarcation avec le segment voisin qui est sain, est franche. L'intestin est distendu en amont, mais souple. Le mésentère correspondant à l'anse enflammée est épaissi, œdématié. Il est parsemé de ganglions. On trouve parfois des amas ganglionnaires à distance; ils correspondent à des lésions intestinales encore impalpables, mais qui le deviendront sûrement à plus ou moins brève échéance.

A la phase chronique de l'affection, l'anse intestinale peut-être sclérosée, rétrécie, parsemée d'ulcérations. Ces ulcérations évoluent vers la perforation intestinale, l'abcès, la fistulisation dans un organe voisin, les adhérences multiples formant tumeur, et la suppuration à la peau.

Cliniquement on distingue l'iléite terminale aiguë, sub-aiguë à rechute et la forme chronique.

La crise aiguë ressemble à l'appendicite. Mais dans les antécédents plus ou moins lointains du malade, on note généralement des crises entéritiques douloureuses avec diarrhée. A l'opération, l'appendice apparaît indemne, et à l'exploration du dernier mètre du grêle, on découvre les lésions dont nous avons rappelé, plus haut, la description.

Souvent après une première alerte, la résolution spontanée s'accomplit, et le malade peut rester guéri de façon définitive, surtout avec l'emploi des antibiotiques.

1. Communication à la Société de Chirurgie de Montréal, le 2 mai 1951.

Parfois, les accidents aigus se répètent à intervalles variables, après une accalmie durant des mois, des années. La perforation en péritoine libre est heureusement rare. Habituellement, la lésion abandonnée à elle-même, de localisation sous-séreuse au début, évolue vers l'ulcération de la muqueuse, l'infiltration de la séreuse, l'adhérence avec une autre anse grêle, la formation d'abcès, la perforation avec plastron iliaque droit. C'est alors la succession inévitable des étapes de la fistulisation interne et externe, et la marche vers la chronicité de la lésion.

L'iléite terminale peut également être chronique d'emblée, revêtir un des trois modes suivants: entéritique, sténosant, pseudo-tumoral et fistuleux.

La forme entéritique ressemble à la tuberculose intestinale ou à la colite chronique. Elle se manifeste par une diarrhée tenace, parfois sanglante, une douleur iliaque droite, quatre à six heures après les repas, au moment ou le bol alimentaire arrive à la fin du grêle. Elle évolue par poussées successives, avec amaigrissement, clochers fébriles, anémie. Si le diagnostic de la maladie n'est pas fait, l'aggravation de l'état général peut devenir telle que le malade est emporté par une complication intercurrente ou peut succomber dans le marasme.

La forme sténosante donne d'abord lieu à des crises de sub-occlusion, réalisant le syndrome de Koenig. La palpation dans la fosse iliaque droite d'une tuméfaction profonde, plus ou moins allongée peut suggérer le diagnostic à ce moment. Mais généralement, c'est au cours d'une épisode d'occlusion franche, quand nous sommes obligés d'intervenir d'urgence, que nous confirmons le diagnostic.

La forme pseudo-tumorale, fistuleuse, est la plus significative. Au syndrome douloureux, diarrhéique ou sub-occlusif s'ajoute la formation d'un plastron iliaque droit ou sus-pubien, plus ou moins étalé, d'évolution torpide, rebelle à toute thérapeutique, et qui se fistulise à plus ou moins brève échéance.

Ces fistules peuvent être très variées: fistules entéro-cutanées spontanées ou après appendicectomie, fistules iléo-cœcales, iléo-sigmoïdiennes, fistules entéro-vésicales, donnant lieu à une cystite avec fécularie, fistules plus éloignées, para-rectale, péri-anale, recto-vaginale surtout quand l'anse frappée d'iléite reste fixée dans le bassin.

C'est Crohn qui a le premier attiré l'attention sur l'iléite terminale, dans certains cas exceptionnels d'abcès ischio-rectal d'étiologie inconnue.

Cette forme d'iléite est particulièrement grave. Elle évolue par poussées successives, durant des années. Si l'on n'intervient pas, la suppuration intarissable peut entraîner la dégénérescence amyloïde, la cachexie. Mais l'occlusion aiguë peut également survenir dans cette troisième forme d'iléite terminale.

Le diagnostic des iléites chroniques est difficile. Ce qui importe, c'est d'être pénétré de l'existence de cette affection, pour y penser à l'occasion et en rechercher les signes radiologiques. Ceux-ci sont parfois infidèles. Mais dans bien des circonstances ils aideront à résoudre les problèmes du plastron iliaque droit fistulisé ou non: appendicite pseudo-tumorale, tuberculose iléo-cœcale, actinomycose, cancer avec abcès, ou tumeur inflammatoire régionale.

Avant de terminer le résumé de la question et d'aborder le traitement, nous désirons rapporter l'observation par le Dr Robert Fiset de Sorel, d'une malade que nous avons opérée ensemble à l'Hôpital Richelieu. Il s'agit d'un cas d'iléite terminale chronique, à forme pseudo-tumorale, fistulisée.

Observation.

Mlle Fernande S. âgée de 30 ans, est admise à l'hôpital le 2 novembre, 1949, pour péritonite d'origine appendiculaire.

Dans les antécédents personnels, on note que les règles ont commencé à l'âge de 13 ans, sans douleur, qu'elles étaient peu abondantes et duraient trois jours. Cependant elles retardaient souvent de deux à trois semaines.

Au mois d'août 1945, la malade consulta le médecin pour la première fois; elle avait de légères douleurs abdominales, mais une diarrhée persistante, avec température de 99 à 101. Ces troubles durèrent environ trois mois, et le poids de la malade tomba de 115 à 90 livres. L'état général s'améliora dans la suite, mais bientôt, de nouvelles crises diarrhéiques, quoique de courte durée, trois à quatre jours, ne laissèrent que peu de répit à la malade. En septembre 1949, les crises devinrent plus douloureuses, avec température à 100-101, ballonnement de l'abdomen, nausées et vomissements. Finalement en octobre de la même année, la malade s'affaiblit considérablement, et, le 2 novembre, au cours d'une crise particulièrement aiguë, avec arrêt des gaz et des matières, elle est envoyée à l'hôpital Richelieu, pour péritonite d'origine appendiculaire probable.

A son arrivée, l'état général apparaît gravement atteint, la malade est déshydratée. L'abdomen est fortement ballonné et douloureux. La tension semble être plus intense au niveau de la fosse iliaque droite. On compte 19 700 globules blancs, avec polynucléaires neutrophiles à 88%. Le Dr Fiset décide alors d'intervenir immédiatement. Il pratique une laparotomie latérale droite. A l'ouverture du péritoine, un liquide purulent brunâtre, à odeur de colibacille, s'écoule à l'extérieur, et l'on perçoit une grosse masse remplissant la fosse iliaque. Cette masse apparaît formée par l'agglutination du cœcum, de la dernière anse iléale, de l'épiploon et de l'annexe droite. L'iléon, dilaté en amont, est étranglé en bas par une gangue adhérentielle. Il présente une petite perforation près de la valvule iléo-cœcale. Il est très friable et déchire lorsqu'on tente de le libérer. L'appendice est également adhérent, mais on réussit à l'enlever. L'opération se termine par l'iléostomie cutanée et le drainage de la cavité péritonéale.

Les suites opératoires immédiates furent assez simples, et la malade quitta l'hôpital le 30e jour. L'état général s'améliora de façon même notable, mais lorsque la fistule stercorale se retrécit, les douleurs reprirent.

La malade est réadmise à l'hôpital le 12 février suivant, et le 17 du même mois, nous avons dû pratiquer l'hémi-colectomie droite, avec résection d'environ soixante centimètres d'iléon, agglutiné et formant tumeur, adhérente au cœcum, à l'annexe droite et à la paroi antérieure de la fosse iliaque. Le mésentère correspondant à l'anse iléale réséquée, est également très épais, farci de ganglions.

Les suites opératoires ne furent aucunement compliquées, et la malade quitta l'hôpital le 12e jour.

Examen histologique, par feu le Dr Alphonse Bernier, de l'Hôpital St-Luc.

« Les fragments du petit intestin, examinés, montrent une infiltration diffuse de toutes les couches de leur paroi. En certains endroits, l'infiltration se ramasse en de véritables abcès au pourtour desquels on rencontre des cellules géantes, comme c'est l'habitude dans les cas d'iléite régionale. Ces cellules géantes ont plutôt l'aspect de véritables plasmodes. La muqueuse intestinale est ulcérée, remplacée par un tissu inflammatoire fortement vascularisé ».

*
* *

L'image est bien celle d'une iléite régionale ou « maladie de Crohn ».

Le traitement de l'iléite terminale n'est pas facile à résumer. En effet il pose des problèmes différents dans chaque cas particulier, ou à peu près.

Dans l'iléite aiguë, on opère rapidement puisqu'on fait toujours le diagnostic d'appendicite aiguë. L'intégrité de l'appendice nous pousse alors à chercher un diverticule de Meckel, une bride de Lane, et l'on découvre, en déroulant le grêle, les lésions très caractéristiques déjà décrites. C'est ici que la discussion commence. La thérapeutique opératoire doit tenir compte de l'intensité des manifestations cliniques, de l'aspect de l'anse enflammée

et de la localisation des lésions, qui peuvent être multiples. Il faut en effet examiner avec soin tout près d'un mètre de grêle, et rechercher dans le mésentère l'hypertrophie ganglionnaire isolée, qui est souvent la seule manifestation perceptible de l'iléite à plusieurs foyers.

Quand la lésion n'apparaît pas menaçante, c'est-à-dire n'ayant aucune tendance nécrosante, on peut refermer sans plus l'abdomen. On pratique la réhydratation du malade par les sérums en injection intra-veineuse. On établit l'aspiration duodénale par la méthode de Wagenstein, on donne de la pénicilline, de la streptomycine et des vitamines. On tente de refroidir les lésions à l'aide de la glace sur le ventre. L'alimentation est reprise après le retour de la température à la normale et l'évacuation intestinale.

Les guérisons dans ces cas ne sont pas rares, et certains malades revus après des mois ou des années, n'ont eu aucune récidive. Mais parfois aussi on a de cruelles déceptions; récidives, perforations de l'iléon, passage à la chronicité, fistulisation secondaire, le plus souvent dans la cicatrice de laparotomie iliaque.

Pour prévenir ces accidents, quand l'anse apparaît trop fragile, et que le syndrome clinique est alarmant, il faut faire davantage; soit l'anastomose iléo-transverse, ou bien la résection de l'anse si l'état général le permet. Cette résection doit être étendue, afin de prévenir les récidives, *in situ,* des lésions qui ne sont pas encore palpables.

Quand il y a perforation d'emblée en péritoine libre, ce qui est rare, on peut pratiquer l'iléostomie avec extériorisation ou résection de l'anse.

Dans les formes chroniques de l'iléite, la thérapeutique chirurgicale doit également tenir compte de l'état général du malade et de l'état local des lésions. Mais dans ces cas, il faudra choisir entre la résection immédiate et l'anastomose iléo-transversaire suivie de la résection ultérieure de l'anse. La résection, dans les cas favorables, peut se limiter à l'anse grêle, mais le plus souvent l'étendue des lésions et les adhérences, nécessitent même une hémicolectomie droite. Quand la résection intestinale apparaît impossible de prime abord, il faut savoir qu'elle deviendra presque toujours réalisable après déviation suffisamment prolongée des matières, par anastomose iléo-transversaire.

En somme l'état local des lésions et l'état général du malade, observés avec la plus grande attention, dictent la conduite à tenir dans le traitement des modalités diverses de cette étrange affection qu'est l'iléite de Crohn.

MOUVEMENT MÉDICAL

QUE PENSER DES PRÉCALIBRATIONS EN PHOTOCOLORIMÉTRIE

Paul RIOPEL, M.C.I.C.,
Chef du laboratoire de Chimie, hôpital Notre-Dame (Montréal).

A une époque aussi peu reculée que 1930, on pouvait facilement énumérer les analyses chimiques du sang. Depuis lors, la rapide évolution de la biochimie a produit des techniques de plus en plus variées et précises.

Ce fait est principalement dû aux développements modernes des méthodes analytiques. Ainsi, en colorimétrie, il n'y avait guère, il y a 20 ans, que les dosages du cholestérol, de la glycémie et de l'acide urique qui étaient utilisés en clinique.

Aujourd'hui, grâce à une instrumentation efficace, les méthodes colorimétriques sont fréquemment employées.

Il existe actuellement de nombreux photocolorimètres et spectrophotomètres de toutes marques. En général, ces instruments sont bien construits et peuvent rendre de précieux services, s'ils sont judicieusement utilisés.

Certains de ces photocolorimètres et spectrophotomètres sont vendus avec des gammes précalibrées. Des laboratoires mirent toute leur foi dans cette nouvelle présentation qui n'échappe cependant pas à toutes critiques.

Pour déterminer la concentration sanguine ou urinaire d'un composé quelconque, il suffit, avec un appareil précalibré, de reproduire la réaction colorimétrique suivant la technique fournie avec l'instrument; placer ensuite le liquide coloré obtenu dans une cellule qu'on introduit dans le photomètre et lire la transmission ou l'absorption, suivant le cas, et à l'aide d'une table nous obtenons directement la concentration, sans aucun calcul.

A première vue, cette technique est fort attrayante par sa rapidité et sa simplicité. Il convient cependant de se demander si cette méthode ne comporte pas certains risques.

En effet, pour élaborer de telles gammes, plusieurs facteurs interviennent. En tout premier lieu et d'une façon particulière, il faut mentionner le technicien; ensuite, les produits chimiques, plus ou moins purifiés; les réactifs, préparés différemment ou avec un matériel dont l'exactitude peut facilement varier. Signalons également les avaries auxquelles ces appareils délicats sont exposés au cours de longs voyages inévitables puisque de semblables instruments ne sont jamais, à notre connaissance, construits au pays.

Cette simple énumération laisse entrevoir la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de retrouver exactement les mêmes conditions de travail qui seules permettraient d'utiliser avec sécurité les précalibrations.

L'objet de cet article sera précisément d'exposer, en résumé, les principales observations qui se dégagent de certains contrôles réalisés au laboratoire de chimie de l'hôpital Notre-Dame.

En premier lieu, considérons les résultats fort différents obtenus avec deux appareils identiques, de même type et de même marque que nous désignerons: appareil A et appareil B, en ayant soin de consulter les courbes respectives de chacun pour les lectures.

La consultation du tableau I fait ressortir nettement que pour les quatre techniques étudiées, la précalibration de ces appareils n'est pas satisfaisante. De là à conclure qu'ils furent mal calibrés c'est une tout autre chose qui ne nous vient même pas à l'esprit. Si la répétition des tests mentionnés sur le tableau I, suivant des techniques identiques, avec des instruments de même marque portant des numéros de série rapprochés, ne donne pas

Tableau I

		Appareil "A"		Appareil "B"			
		Lectures	Résultats	Lectures	Résultats	Différence	%
Glycémies Mg %	C.L 574-3 12642	50	128	44.5	145	17	13.1
	BC 653-3 12436	47	138	41	160	22	15.9
	MP 107-4 12333	49	131	44	149	18	13.7
	S.D Ann 12632	47	138	42	156	18	13.0
	MB 510 12184	45	146	39	169	23	15.7
	MC 256-2 12657	52	120	47	137	17	14.1
	S D Ext	47	138	41	160	22	15.9
	SRG 573 12644	49	131	44	149	18	13.7
Protéines Gm %	MP 107-4 12333	30	6.0	21.5	7.32	1.32	22
	EP 309 12086	26.5	6.65	19.0	8.05	1.5	22.5
	R 313-1 12628	30	6.0	22.0	7.20	1.2	20
	RR 253-3 12560	29	6.20	20	7.80	1.6	25.8
	D 560-2 12332	31	5.80	22.5	7.10	1.3	22.4
Index Ictérique unités	YC Ext	49	20.2	44	22.3	1.1	5.4
	D 252-2 12641	72	9.8	67.5	10.4	0.6	4.7
	S 253-15 12324	75	8.4	72	8.8	0.4	4.7
	P 661 12588	68	11.1	64	11.8	0.7	6.3
Cholestérols Mg %	JG 604-3 12390	60.5	117	57	140	23	19.6
	MB 352-2 12648	49	168	44	205	37	22.0
	RR 253-3 12560	65	100	62	120	20	20.0
	ST 424 12650	48	174	43	213	39	22.4

de meilleurs résultats, c'est bien à cause de l'impossibilité de reproduire exactement tous les facteurs qui ont été mentionnés plus haut: rôle du technicien, qualité des produits chimiques et des réactifs, etc.

Le préparateur qui réalise lui-même les calibrations dont il a besoin se met à l'abri de tous ces risques et bénéficie du plein rendement des photocolorimètres et spectrophotomètres.

Nous louons et approuvons fortement la politique de certains industriels qui refusent de précalibrer les photocolorimètres et les spectrophotomètres qu'ils offrent en vente. En agissant de la sorte, ils se protègent de toutes critiques et, du même coup, empêchent l'acquéreur de succomber à la tentation du moindre effort.

Malgré les graves écarts signalés au tableau précédent, il arrive que certains résultats soient encore plus décevants. En effet, il nous a été donné de constater que certaines courbes précalibrées non seulement manquaient de précision mais qu'elles étaient nettement fausses.

Signalons comme exemple, le dosage des bromures sanguins obtenus avec un certain photocolorimètre précalibré. Notre attention fut vivement impressionnée par le fait qu'il nous était impossible de trouver des résultats

Tableau II

Bromures Sanguins Mg %

		Précalibration	Calibration Personnelle
15-11-49	MN 411 11107	21	3
16-"	M.C 553-3 11180	15	0
17-"	MN 411 11107	15	0
21-"	MH 353-3 11914	13	0
21-"	Mme S 210-7 11433	14.5	0
21-"	NB 102-6 11149	17	0
23-"	NMeG 409 11854	16	0
23-"	MP 416 12044	10	0
23-"	MP 568 11931	11	0
23-"	Mme D 262-4 12017	18	1
28-"	MN 411 11107	14	0

négatifs même avec le sang de personnes normales qui ne prenaient aucun bromure. Procédant de nouveau au dosage des bromures dans le sang de ces mêmes sujets en utilisant la même technique et le même appareil, mais en ayant soin de préparer une calibration personnelle, j'ai obtenu, cette fois, les réponses négatives qui sont réunies au tableau II.

Tableau III

Bromures sanguins Mg %

		Précalibration	Calibration Personnelle
15-11-49	MN 411 11109	29	10
17-" - "	MmeB ANCI 11492	100 (urine)	83
17-" - "	Mme B ANCI 11492	130	107
29-" - "	Mme B ANCI 11492	51 (urine)	31
29-" - "	Mme B ANCI 11492	48	30

Tableau IV

Calcium Mg %

		Nombre de Minutes	Précalibration	Méthode Volumétrique
27-10-49	M.V	10 min.	3.70	9.50
" " "	" "	20 "	6.80	
" " "	" "	30 "	7.20	
27-10-49	M P	10 min	4.50	10.20
" " "	" "	20 "	7.85	
" " "	" "	30 "	9.20	

Dans certains cas pathologiques où les dosages des bromures étaient élevés (tableau III), le lecteur observera entre les résultats obtenus avec la précalibration et ceux donnés par notre gamme personnelle un décalage qui ne fait que ressortir l'erreur de base que je viens de signaler.

Le précalibration des photocolorimètres et des spectrophotomètres entraîne d'autres conséquences tout aussi regrettables. Le propriétaire d'un tel instrument veut nécessairement en tirer tout le profit possible. Il arrivera alors que pour doser tel ou tel électrolyte, par exemple, il choisira la technique qui est décrite et précalibrée dans le livret qui accompagne son appareil. Malheureusement, cette technique n'est pas toujours la plus précise, loin de là.

Ainsi, comme l'illustre le tableau IV, pour le dosage du calcium sanguin, nous obtenons, avec un certain photocolorimètre précalibré, des concentrations très inférieures à celles données par le dosage volumétrique classique.

Si nous modifions cette méthode colorimétrique en prolongeant de plus en plus le temps de repos, au fur et à mesure, nous voyons les dosages calciques s'élever jusqu'à devenir très rapprochés des chiffres obtenus par la méthode volumétrique signalée.

Parfois, les techniques employées avec ces appareils sont devenues désuettes. Ainsi, par exemple, ne voyons-nous pas attachée à des instruments vendus en 1950 la méthode originale de Rosenthall (1925) pour l'épreuve au Bromesulphaléine malgré que plusieurs auteurs, dont Helm, Mateer, Majella (1, 2, 3), aient démontré la supériorité de leur nouvelle technique (4, 5).

Notre expérience nous a incité à écrire cet article non pas dans le but de discréditer tel ou tel appareil, mais bien plutôt avec l'intention de faire ressortir le maximum de rendement des photocolorimètres et des spectrophotomètres afin d'obtenir, à leur usage, la précision que les malades et les médecins attendent justement des laboratoires de chimie clinique.

BIBLIOGRAPHIE

(1) HELM et MACHELLA: *Am. J. Digest. Dis.*, **9**: 141, 1942.
(2) MATEER, BALTZ, MARION et HOLLANDS: *Am. J. Digest. Dis.*, **9**: 13, 1942.
(3) MATEER et al.: *J. A. M. A.*, **121**: 723, 1943.
(4) GAEBLER: *Am. J. Clin. Path.*, **15**: 452, 1945.
(5) ALLIOT, A. PARAF: *La Presse Méd.*, 501, 1951.

LA CYANOSE DES NOURRISSONS
ou
LES BÉBÉS BLEUS
MALADIE CAUSÉE PAR INGESTION DE NITRATES

A.-R. FOLEY, M.D., D.P.H.,
Epidémiologiste au Ministère de la Santé.

Depuis quelques années, on a rapporté dans les revues médicales plusieurs cas de cyanose, et même des décès, chez des nourrissons qui dans l'eau d'alimentation ou dans leur formule avaient consommé des nitrates.

Les nitrates de l'eau, une fois ingérés, se changent en nitrites dans le tractus gastro-intestinal et sous cette forme sont absorbés dans le sang pour oxyder l'hémoglobine et former la méthémoglobine. Or, cette dernière est incapable de s'oxyder davantage, de sorte que le pouvoir d'assimilation de l'oxygène dans le sang peut être tellement réduit que la cyanose et l'asphyxie apparaissent.

Cette anoxémie, appelée méthémoglobinémie, n'affecte que les enfants de moins de six mois d'âge et elle peut être bénigne, grave ou mortelle dans la proportion où l'hémoglobine totale est inactivée sous forme de méthémoglobine.

Il faut cependant l'inter-réaction de plusieurs facteurs indépendants pour que le nourrisson développe la méthémoglobinémie:

a — La présence de nitrates dans l'eau en concentration suffisante: les résultats d'études conduites en Saskatchewan et dans l'Etat d'Iowa établissent qu'une eau qui contient plus de 10,0 p.p.m. de nitrates ne devrait pas servir à l'alimentation d'un nourrisson et que celle qui contient plus de 20.0 p.p.m. est dangereuse;

b — La quantité de nitrates absorbée par l'enfant: cette quantité varie nécessairement avec la teneur en nitrates de l'eau et avec le volume d'eau qui est consommé, v.g. l'enfant qui, dans son lait, prend vingt-quatre onces d'une eau contenant 20,0 p.p.m. de nitrates, absorbe la même quantité de nitrates que celui qui boit douze onces d'une eau chargée à 40,0 p.p.m.;

c — La présence dans le tractus gastro-intestinal de bactéries capables de réduire les nitrates en nitrites. Le pH normal ou liquide gastrique peut varier entre 1,8 et 2,2; or, seuls les nourrissons dont l'acidité gastrique est à un pH plus élevé que 4,0 sont porteurs de telles bactéries et peuvent développer de la méthémoglobinémie.

Les nitrates sont le produit terminal de la décomposition bactérienne de la matière animale ou végétale. On peut donc déduire que le niveau des nitrates dans l'eau d'un puits est un indice de sa contamination. Ce sont les puits de surface, souillés par le drainage, mal protégés, les puits creusés dans les étables ou dans les caves de maison, qui sont les plus exposés à la contamination et qui ont habituellement la plus haute concentration en nitrates. Les puits tubés sont moins dangereux, mais ils peuvent également contenir des nitrates s'ils reçoivent les infiltrations d'égouts du sous-sol adjacent.

Dès le début des recherches, on a fait relation entre la présence de nitrates dans une eau et celle de bactéries coliformes. On a constaté qu'il peut y avoir présence ou absence de bactéries dans une eau à faible concentration de nitrates; mais, à mesure que la proportion des nitrates augmente, il y a accroissement dans le nombre des bactéries: soixante-dix pour cent de toutes les eaux contenant plus de 50,0 p.p.m. de nitrates sont contaminées de B. Coli.

En général, la cyanose apparaît chez le nourrisson dont dix pour cent de l'hémoglobine totale est changée en méthémoglobine; à une concentration de vingt pour cent l'anoxémie est grave et à cinquante pour cent elle peut être fatale.

Excepté dans les cas graves, il est suffisant pour amener la guérison d'employer dans l'alimentation une eau qui ne contient pas de nitrates. On ne doit pas se contenter de faire bouillir l'eau, car l'ébullition qui détruit les bactéries n'enlève pas à l'eau ses caractères chimiques. Il faut donc donner au petit malade une eau chimiquement pure ou du moins une eau qui ne contient pas de nitrates. Mais lorsque la cyanose est prononcée et que les troubles respiratoires commencent, l'administration intraveineuse de 2 cc. d'une solution à un pour cent de bleu de méthylène fait disparaître tout symptôme comme par miracle dans les trente minutes qui suivent. Il ne faut cependant pas oublier que la méthémoglobine étant un produit stable, son élimination totale de l'économie prendra cinq à six semaines. Une infection intéressant le tissu pulmonaire pourrait être fatale à ce stage.

Quelle est chez nous la fréquence de l'anoxémie infantile due à l'ingestion des nitrates? nous l'ignorons; mais, par contre nous savons que dans nos petites villes, nos villages et campagnes le nombre des puits mal protégés est très élevé.

Les Laboratoires du Ministère de la Santé font le titrage des nitrates dans les eaux d'alimentation, surtout celles qui proviennent des puits. Cette technique de laboratoire peut guider les recherches du médecin-traitant en présence de ces cas parfois inexplicables de cyanose infantile. Elle permettra au médecin-hygiéniste et à l'infirmière-visiteuse soit de déceler et corriger au tout début une cyanose légère, soit même de prévenir son apparition par des conseils de salubrité appropriés; et elle peut servir d'arme à l'ingénieur et à l'inspecteur sanitaire pour obtenir l'amélioration ou la réfection d'un puits et vaincre ainsi la résistance bien connue du propriétaire, résistance basée sur l'expérience d'une ou deux générations qui ont consommé cette eau, sans mauvais résultats apparents.

REVUE GÉNÉRALE

L'ANESTHÉSIE AU PENTOTHAL. SES EFFETS SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL ET SES SIGNES CLINIQUES.

Almanzor MARSOLAIS et **René LEBEAU**,
Anesthésistes de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

De découverte plutôt récente (1934), le Pentothal ou thiopentone s'est acquis une place de choix en anesthésiologie. Parce qu'il abrège et le plus souvent supprime l'angoissante période d'induction, il est l'agent préféré de l'anesthésiste et du patient. Aussi convient-il de bien connaître son mode d'action à l'égard du cerveau et les phénomènes que l'on observe au cours de la narcose.

Pour une meilleure compréhension de cette étude, nous croyons utile auparavant de rappeler la physiologie des régions cérébrales que le Pentothal semble toucher électivement. Chef-d'œuvre du monde biologique, le cerveau est un organe de primordiale importance que protège la boîte crânienne. « C'est une machine aux rouages multiples dont le jeu produit une part du travail de la vie végétative. » (C. Debierre). C'est un « sanctuaire » où s'élabore la vie spirituelle, celle de l'intelligence et de la volonté, les deux facultés supérieures de l'âme, « forme et moteur du corps, principe à la fois d'existence et d'action ». (M. Corvez, O. P.).

LE TÉLENCÉPHALE

Dès Alcméon de Crotone (VIe s. av. J.-C.), le cerveau était à juste titre regardé comme le siège de la pensée; celle-ci, précisent les auteurs modernes, a pour habitat le cortex ou manteau gris, possédant plus de neuf milliards de cellules dont les axones et les dendrites constituent la substance blanche des hémisphères cérébraux.

Est-ce qu'un être humain pourrait conserver sa personnalité si on le privait d'emblée de son cortex? Grave question à laquelle essaient de répondre les neurologues d'aujourd'hui! Aucun chirurgien n'a osé jusqu'à date extirper chez l'homme toute l'enveloppe de l'encéphale: le plus qu'on a pratiqué en ce sens, c'est la décortication d'un seul hémisphère.

Ainsi le chien, qui aura été victime d'une expérience aussi cruciale, ne pourra plus reconnaître son maître ou la nourriture mise à sa portée; il dort presque tout le temps et s'éveille seulement quand il a soif ou faim (P. Bailey). Que fera l'enfant né sans cortex? Sera-t-il jamais capable d'aucune activité mentale?

Il n'est pas sans intérêt de voir de quelle façon se comporte l'écorce cérébrale comme élément organique de la raison.

Son fonctionnement relève de ses connexions avec le monde extérieur et de l'association de ses diverses parties, non pas essentiellement de sa structure intrinsèque où se superposent en six couches des somas fusiformes, polygonaux, granulés, étoilés et pyramidaux.

Sa tâche fondamentale consiste en la formation constante de liaisons et d'échanges. C'était déjà en 1898 le concept de H. Jackson: « Si les centres vitaux du niveau inférieur du système nerveux, affirmait-il, n'ont pas une charpente stable à la naissance, la vie n'est pas possible; si les centres du niveau supérieur ou centres mentaux étaient solidement organisés et en conséquence peu modifiables, nous pourrions à peine acquérir de nouvelles idées et nous adapter à de nouvelles circonstances ». C'est pourquoi il existe dans le champ cortical

de vastes territoires d'une disposition pratiquement similaire; cet agencement garantit la ré-éducation intellectuelle des patients qui ont subi une résection large ou une injure massive du cerveau; celui-ci est en état continuel de réceptivité, fluctuant comme un appareil de télévision et répondant incessamment grâce à la souplesse de ses neurones aux sensations qui l'impressionnent et qui lui assurent son aptitude à la connaissance (P. Bailey).

Quelques spécialistes tels que S. E. Henschen, J. M. Nielsen et D. Schultz ont démontré récemment que les fonctions du pallium cérébral sont paires ou bilatérales; or advienne qu'un hémisphère soit totalement endommagé, l'autre tient en réserve de telles possibilités que le sujet reprendra progressivement, après douze à quinze mois de leçons quotidiennes, une vie psychique à peu près normale.

Le télencéphale est une fédération de lobes partagés en circonvolutions. A chacun d'eux sont dévolus des pouvoirs distincts, mais parfaitement unis entre eux.

Lobe frontal. Il comprend la moitié antérieure des hémisphères cérébraux et couvre les quarante centièmes de leur superficie (C. Debierre).

Les plus hautes spéculations de l'esprit seraient réservées au lobule préfrontal, l'avant-garde du système nerveux; c'est l'opinion de Von Economo.

La circonvolution frontale ascendante avec sa zone prémotrice, qui précède la scissure de Rolando, commande aux mouvements volontaires de notre corps (R. R. Grinker). Elle règle la tonicité des muscles striés: leur contraction et leur extension pour donner à nos gestes force, direction et habileté; elle exerce une sorte de freinage vis-à-vis les réflexes et les mouvements qui leur sont associés; elle détermine l'attitude physique de l'individu et l'informe que la situation de sa tête, de son tronc et de ses membres s'harmonise de la manière dont il est coutumier et cela sans effort ni fatigue.

Au pied de la circonvolution frontale, en avant des centres moteurs de la langue et des lèvres, siégerait l'expression de la parole tandis que celle de l'écriture serait localisée dans la deuxième frontale, au voisinage des centres moteurs de la main; c'est également dans ces mêmes circonvolutions qu'on situe l'expression du langage musical (F. J. Collet).

Lobe pariétal. Ses dimensions égalent approximativement les vingt centièmes de la surface du cerveau. C'est là que réside la source consciente par excellence de la sensibilité somatique. La circonvolution pariétale ascendante ou post-rolandique perçoit dans sa partie antérieure les sensations thermique et douloureuse; sa moitié postérieure contient le « sens musculaire qui rend compte de la contraction des muscles des membres à la station verticale et à la marche » et le « sens stéréognostique ou tact, qui reconnaît les objets par le toucher, où coopèrent la sensibilité tactile superficielle (poli et rugueux), la sensibilité à la pression (consistance et poids), la sensibilité thermique (marbre et métal), la cinesthésie ou sensation du mouvement ». (F. J. Collet).

Ce sens du tact et le schéma corporel, « cette représentation que chacun a de son propre corps », seraient aussi identifiés par le gyrus supramarginalis (portion antérieure de la pariétale inférieure).

Les centres sensitifs s'étendraient même à la région prémotrice, à la circonvolution frontale ascendante et aux première et deuxième pariétales, ces dernières étant destinées à la sensibilité des organes thoraciques et abdominaux (Penfield).

Selon les observations de Bornstein sur les blessés de guerre (1940) et celles de Palton et Ruch (1943), le centre du goût serait logé au bas de la pariétale post-rolandique, contigu au segment frontal qui est celui de mastication et de la déglutition.

Non loin du centre gustatif, apparaît au périmètre du hile et à la face interne des hémisphères cérébraux le lobe limbique dont la moitié supérieure est appelée la circonvolution

du corps calleux et la moitié inférieure le gyrus de l'hippocampe ou rhinencéphale; c'est dans cette circonvolution que les auteurs localisent la fonction analytique de l'odorat.

Lobe temporal. Correspondant aux cinq centièmes du contour cérébral, ce lobe participe à la faculté de l'audition.

Son aire sensorio-auditive est enfermée dans le gyrus transverse de Heschl, qui relie l'extrémité caudale de la première circonvolution temporale à la pariétale inférieure.

La région psycho-auditive qui l'environne (portion postérieure de la première temporale) est le lieu où l'être humain distingue les bruits et les sons. La compréhension du langage parlé se trouve dans la première temporale et celle de l'écriture dans le pli courbe réunissant la deuxième temporale au gyrus angulaire (partie postérieure de la pariétale inférieure).

C'est au tiers moyen de la première temporale (Klust: 1922-1934) qu'on attribue le pouvoir d'apprécier ou de comprendre la musique.

Lobe occipital. C'est le lobe de la vision (Panizza, 1895). Sa couche superficielle, équivalant aux dix-sept centièmes de toute l'étendue du cerveau, a un nombre incalculable de petites cellules, le dixième des neurones du manteau cérébral.

Le centre primaire, qui nous renseigne sur la lumière, son intensité et ses couleurs, longe à la face médiane du lobe la scissure calcarine au-dessus de laquelle est inséré le cunéus et sous laquelle s'étalent les lobules lingual et fusiforme; cette aire réceptrice, très mince en avant, s'élargit en arrière « comme une raquette de tennis » pour se terminer au pôle occipital (Krieg).

La zone psycho-visuelle, où se feraient la perception spatiale des images et la reconnaissance des choses et des êtres que nous voyons, entoure la première et déborde sur la convexité de l'hémisphère.

En résumé, l'éminence grise est comme une « immense plaque photographique », de trois à quatre millimètres d'épaisseur, où se fixent et se gravent les impressions du dehors passant par les sens externes; ces phantasmes ou schèmes créent par voie d'abstraction les idées qui ne peuvent comporter de localisation unique, car elles sont les résultantes de la mise en œuvre de centres différents: visuel, auditif, gustatif, olfactif et tactile.

Ainsi donc l'intelligence avec ses puissances internes: le sens commun, la cogitative, la mémoire et l'imagination de même que la volonté, sa sœur jumelle qui a pour mobile le bien, ne sont pas encloses dans tel ou tel compartiment spécifique de la mosaïque corticale.

Retenons aussi que la fonction mentale exige entre autres facteurs un métabolisme adéquat: le cerveau humain consomme quarante-cinq centimètres cubes d'oxygène à la minute (S. S. Kety); plus l'oxygénation cérébrale sera parfaite, plus le sujet sera conscient de ses pensées et de ses actions.

Pour clore ce chapitre, nous mentionnerons que le cortex est doué d'une représentation autonome, c'est-à-dire d'une représentation de cette partie du système nerveux qui régit les muscles lisses, le myocarde et les glandes (Fulton). Cette vérité, H. Jackson l'avait constatée en 1875; il y a des secteurs corticaux qui transmettent leur influx sympathique aux appareils cardio-vasculaire, gastro-intestinal, urinaire et au tissu tégumentaire (Fulton). Certes, les travaux futurs jetteront un peu plus de lumière sur ce domaine encore mystérieux.

LE THALAMUS COUCHE OPTIQUE

C'est un corpuscule de substance grise, gros comme un œuf de pigeon, irrigué par les collatérales de l'artère cérébrale postérieure, situé symétriquement de chaque côté du troisième ventricule et au-dessous du ventricule latéral dont il forme une portion du plancher.

Il est le carrefour initial de la sensibilité superficielle et profonde et des excitations sensorielles; il est un creuset où s'ébauche une espèce de conscience sans participation du jugement critique.

Les perceptions les plus simples ou protopathiques, telles les extrêmes du froid et de la chaleur, les agressions mécaniques: piqûre, coupure, contusion, la douleur viscérale aboutissent et s'arrêtent au « centre médian » de Luys (1865) — l'organe essentiel du thalamus (Head et Holmes, 1920) —; les stimulations plus fines ou discriminatives, comme les écarts minimes de la température, la touche d'un endroit glabre du corps, la localisation d'un contact, le relief des objets, la position de nos membres, l'orientation dans l'espace se rassemblent au noyau latéral pour atteindre en dernier lieu l'aire somaesthésique du pallium cérébral.

C'est à partir du thalamus que les sensations de nature visuelle, auditive, gustative, olfactive ou tactile revêtent le caractère d'états affectifs soit plaisants ou désagréables; il aura donc un rôle précurseur en regard des sentiments comme la joie ou la tristesse dont la corticalité est l'interprète authentique.

La fonction thalamique verrait en plus à l'exécution de mouvements complexes à type automatique ou réflexe en raison de ses efférences avec le striatum (noyau caudé et putamen) et le subthalamus (noyau rouge, substantia nigra, corps de Luys).

L'HYPOTHALAMUS

Surmontant la selle turcique et le chiasma optique, à proximité du troisième ventricule, il représente l'étage inférieur du diencéphale ou cerveau intermédiaire.

C'est une « constellation de noyaux » émergeant du milieu d'une multitude de très petites cellules presque entièrement dépourvues de cytoplasme (Fulton).

Le groupe antérieur avec ses noyaux paraventriculaire et supraoptique ainsi que le groupe médian avec ses noyaux ventral, dorsal et tubérien dirigeraient le parasympathique crânien et pelvien; au groupe latéral, qui borde le tuber cinéreum et au groupe postérieur, qui comprend les corps mamillaires (corpora caudicantia) et la zone hypothalamique rostrale dont la voie efférente s'étend jusqu'aux cornes latérales de la moelle épinière, obéirait l'orthosympathique ou grand sympathique.

C'est à cause des afférences hypothalamiques avec l'écorce cérébrale et le thalamus que la douleur a des répercussions sur tout le système végétatif.

L'hypothalamus est un lieu d'origine de réactions somatiques et viscérales ayant trait chez l'animal à l'instinct de défense ou d'attaque et chez l'homme aux émotions comme la peur ou la colère, dont l'expression porte notamment sur les téguments de la face, les muscles du larynx, le diaphragme, les mouvements respiratoires et le rythme cardiaque (mimique, pâleur, rougeur, cris, sanglots, respiration haletante, palpitations).

Aujourd'hui, il est établi que l'hypothalamus pourvoit à plusieurs grands processus de l'économie: le métabolisme de l'eau, des électrolytes, des hydrates de carbone et des lipides, la régulation thermique, la faim, la soif, le sommeil, la constance de la tension artérielle et le mécanisme des fonctions génitales.

La région hypothalamique est une des plus richement vascularisées de l'encéphale; son apport sanguin lui vient des artérioles irradiant de l'hexagone de Willis et de ses tributaires. Les noyaux antérieurs sont dotés d'une circulation beaucoup plus intense qu'aucune autre partie du système nerveux central: leur lit capillaire serait six fois plus étendu par millimètre carré que celui même du manteau cérébral. Cette morphologie explique que les neurones ici sont admirablement adaptés pour répondre aux modifications chimiques et thermiques du sang (Wislocki, Fulton).

LES GANGLIONS BASAUX

C'est la région sous-thalamique, laquelle figure le système extra-pyramidal.

A part la voie pyramidale ou cortico-spinale, il y en a deux autres qui conduisent l'influence de l'écorce cérébrale sur la musculature squelettique: a) la voie cortico-ponto-cérébelleuse, formée des pédoncules et du cer-

velet; b) la voie cortico-nigro-striée, groupant quatre masses cellulaires: le corps strié, le noyau rouge, la substance noire et le corps de Luys. Ce sont les segments moteurs les plus anciens du prosencéphale ou cerveau antérieur (Best et Taylor).

Corps strié. Le striatum englobe une triade de formations: le noyau caudé que l'on aperçoit sur le plancher du ventricule latéral et qui ressemble à une noix d'acajou dont la concavité contourne le thalamus; plus extérieurement le noyau lenticulaire avec le putamen de couleur foncée, le globus pallidus et le globus médialis; enfin l'avant-mur ou claustrum, étroite lamelle de matière grise regardant la face externe du noyau lenticulaire (P. Gilis).

De même que le noyau caudé, le putamen et le pallidum seraient en rapport avec les zones motrice et prémotrice de l'écorce frontale (Dusser de Barenne, Fulton).

Noyau rouge. Cet amas ovale se trouve placé sous le thalamus. On est peu renseigné sur sa valeur physiologique, sauf qu'il capte les courants nerveux de diverses sources (cortex, striatum, cervelet...) pour les déverser ensuite aux centres moteurs des nerfs crâniens et spinaux (Best et Taylor); il sert à « maintenir le muscle squelettique dans un état de tension et de longueur appropriées à son rôle fonctionnel, en agissant sur le sarcoplasme de la fibre musculaire ». (F.-J. Collet).

Substance noire. Plus bas, on voit le locus niger de Soemmering (1800), qui est une bande grise, très sombre à cause de sa teneur en fer, coupant transversalement les pédoncules cérébraux. Ses neurones, dont la longueur est de 42 microns et la largeur de 24 microns, ont en général les mêmes dimensions que ceux de la corne antérieure de la moelle épinière (Matzke et Baker).

Le locus niger est en communication avec le noyau rouge, le corps de Luys, le colliculus supérieur, les corps mamillaires, le globus pallidus, la substance réticulée de la protubérance et aussi avec la région frontale du cortex cérébral.

C'est une station réceptrice d'impulsi qui proviennent de la surface corporelle, des organes de la vue, de l'ouie et de l'odorat — ceux-là étant essentiels à l'agilité de nos mouvements ordinaires — (Best et Taylor).

Corps de Luys. Ce noyau discoïdal, gris jaunâtre, plus large dans l'espèce humaine que chez l'animal, un peu en dehors du noyau rouge, est fonctionnellement rattaché à celui-ci, à la substance noire et au pallidum.

Au système extra-pyramidal ressortissent, d'après Kappers, les actes habituels de la vie quotidienne ou devenus automatiques chez l'adulte: l'équilibre postural, l'articulation des mots, le balancement des bras à la marche, le clignement des yeux sous l'effet d'une clarté trop vive, la contracture du muscle frontal dans l'attention, le rapprochement des sourcils dans la souffrance.

Quant au nourrisson ou au jeune enfant, la plupart de ses gestes: la succion, la préhension et les pleurs sembleraient encore sous la dépendance du système extra-pyramidal, la voie cortico-spinale n'étant pas parvenue à son plein développement (Best et Taylor).

LE MÉSENCÉPHALE

C'est le cerveau moyen, intercalé entre le thalamencéphale en avant et la protubérance en arrière. Il inclut plusieurs sections importantes: les pédoncules cérébraux, les tubercules quadrijumeaux, l'aqueduc de Sylvius.

Pédoncules cérébraux. Ce sont deux gros cordons blancs, de 1,5 à 1,8 centimètre de longueur, qui divergent de la face supérieure de l'anneau protubérantiel et vont s'aboucher aux couches optiques; ils contiennent les fibres des noyaux gris du bulbe, du pont de Varole, du cervelet, des tubercules quadrijumeaux, du locus niger, des amas gris disséminés le long de l'aqueduc sylvien et quelques connexions cérébrales motrices (pyramidales). Ils sont les conducteurs de la sensibilité et de la motricité volontaire.

Tubercules quadrijumeaux. Ces éminences ou corpora bijeminia de Soemmering, dont la

couche périphérique de substance blanche (stratum zonale) enveloppe un noyau de matière grise, reposent sur le toit des pédoncules cérébraux et cérébelleux supérieurs; elles présentent de minuscules neurones aux dendrites peu ramifiés.

Les tubercules antérieurs (colliculus superior) sont reliés aux noyaux d'origine des nerfs moteurs de l'œil par la bandelette longitudinale postérieure; ils sont « un appareil de coordination des mouvements oculaires en vue du regard » (F.-J. Collet). C'est là que traverse le faisceau lumineux; c'est donc un réceptacle réflexe des impressions optiques (W. J. S. Krieg).

Les tubercules postérieurs (colliculus inferior) sont considérés comme le centre réflexe auditif le plus important du cerveau (W. J. S. Krieg); une lésion profonde intéressant les voies acoustiques de cet endroit peut amener de la surdité (F.-J. Collet).

Aqueduc de Sylvius (de Galien et d'Arantius). C'est un canal long de un centimètre et demi, creusé du troisième au quatrième ventricule, sous les tubercules quadrijumeaux, au-dessus de la calotte des pédoncules cérébraux.

Dans ses parois antéro-latérales, on distingue le noyau d'Edinger-Westphal dérivant de l'agglomération nucléaire du nerf oculaire commun; il émet les fibres du court ciliaire qui conditionne le tonus du sphincter irien et partant la contraction des pupilles.

La troisième paire crânienne, présidant aussi à la motilité extrinsèque de l'œil, innerve le releveur de la paupière supérieure, le droit interne, le petit oblique, les droits supérieur et inférieur; elle est aidée du pathétique ou quatrième paire, qui origine de la substance grise périsylvienne et qui actionne le grand oblique, rotateur du globe oculaire, et pareillement du moteur oculaire externe ou sixième paire — nerf de l'abducteur — qui naît plus loin de l'eminentia teres, à la partie inférieure de la protubérance, sous le plancher du quatrième ventricule (F.-J. Collet).

LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE

Appartenant au métencéphale ou cerveau postérieur, le pont de Varole apparaît comme un bourrelet, dont le poids varie de seize à dix-sept grammes; il est borné en haut par les pédoncules cérébraux, en bas par le bulbe et sur les côtés par les hémisphères cérébelleux; sa face antérieure, qui est convexe, recouvre la gouttière basilaire de l'occipital (C. Debierre).

Dans la substance grise de la protubérance, dont les cellules offrent un aspect et une distribution remarquablement uniformes, (Krieg), on perçoit le noyau de la sixième paire (oculo-moteur externe), le noyau sensitif et moteur de la cinquième paire (trijumeau), le noyau du facial et celui de l'acoustique.

On n'ignore pas que la voie afférente du réflexe cornéen est le nerf trijumeau et que sa voie efférente ou motrice est le facial, dont un filament innerve l'orbiculaire des paupières.

LE BULBE

Semblable à un chapiteau couronnant la moelle épinière, l'épencéphale ou arrière-cerveau est entouré du cervelet postérieurement; long de trois centimètres, il pèse de six à sept grammes, soit le deux-cent vingtième de la masse des hémisphères cérébraux.

Dans ses deux tiers supérieurs, les corps rectiformes laissent voir, en s'écartant, un espace désigné sous le nom de calamus scriptorius d'Hérophile.

Le principal centre respiratoire (Legallois en 1812 et Flourens en 1842) — les investigations de Teregulow, d'Henderson et de Sweet ont confirmé le fait en 1929 — occupe la pointe ou bec du calamus, à l'angle inférieur du quatrième ventricule, de chaque côté de la ligne médiane tout contre le noyau du faisceau solitaire où finissent les fibres pulmonaires sensitives et organiques du pneumogastrique, un peu au-dessous du noyau dorsal et du noyau de Staderini où prennent naissance les fibres motrices et organiques de la dixième paire; chaque moitié se rejoint par des filaments com-

missuraux (Schiff et Porter). Ce foyer vital est générateur et régulateur de stimuli qu'il envoie aux neurones moteurs médullaires du vague et du grand sympathique, qui contrôlent les muscles de la respiration.

En dehors de l'hypoglosse ou aile blanche interne, on aperçoit le noyau ambigu ou ventral de la dixième paire, innervant le larynx, le pharynx et le voile du palais, et le noyau dorsal ou aile grise du vague, nerf cardio-modérateur; on sait que ce dernier, par une synergie harmonieuse, concourt avec l'orthosympathique au bon fonctionnement de cette pompe sanguine, chargée de distribuer sans cesse à tout l'organisme son oxygène et ses éléments nutritifs.

Sur le plancher du quatrième ventricule, Banson et Billingsley indiquent la présence de centres vaso-moteurs dont les plus éloignés remonteraient à l'hypothalamus et au cortex. Le centre constricteur des vaisseaux se trouverait probablement à l'apex de l'aile grise; le vaso-dilatateur serait adjacent latéralement à l'obex ou verrou, qui est un tractus réunissant aux alentours du sommet du calamus les pyramides postérieures du bulbe.

*

* *

Considérons maintenant ce qui se passe chez un sujet soumis à l'influence du Pentothal intra-veineux. Les grandes lignes du présent chapitre sont inspirées des recherches de B. Etsten et de H. E. Himwich.

PREMIÈRE PHASE

Dès les premiers instants, au plus en une dizaine de secondes, le Thiopentone, qui est un déprimant des catalyseurs oxydants et des déshydrogénases de la cellule nerveuse (J. C. Krantz), va affecter l'activité de l'écorce cérébrale. On observe alors de l'euphorie, se traduisant souvent par un sourire; c'est une sorte d'ivresse, « une hypertrophie du moi », selon Charles Richet. La discrimination est troublée: le patient ne raisonne déjà plus avec suite. Et à mesure que s'accentue l'atteinte corticale, la notion du monde extérieur s'estompe en même temps que s'affaiblit la motricité volontaire.

On peut ici se demander pourquoi les régions les plus hautement différenciées du cerveau sont-elles les premières à subir l'action anesthésique. C'est là que le taux de consommation en oxygène serait le plus intense pour graduellement s'abaisser vers les segments inférieurs jusqu'à la moelle allongée (H. E. Himwich).

DEUXIÈME PHASE

Quand l'ensemble du cortex est inhibé, c'est l'abolition complète de la conscience; c'est momentanément l'obscurité pour l'intelligence; tous les sens, dont le dernier à s'éteindre est celui de l'audition, ont suspendu leur état de veille.

Bientôt sont émoussés les centres sous-corticaux: le thalamus, l'hypothalamus et les ganglions de la base. Le Pentothal agit plutôt sur les noyaux extrapyramidaux; d'où ce calme et cette immobilité qu'on n'obtient pas toujours avec l'éther qui par contre a beaucoup d'affinité pour le thalamus — ceci expliquerait bien son remarquable pouvoir analgésiant. Ce barbiturate aurait en outre une très grande susceptibilité envers l'hypothalamus dont il dilate les nombreux capillaires (Laidlaw et Kennard, 1940): ce qui lui confère pour une large part ses excellentes qualités somnifères.

Il est à noter qu'à cette période l'oxygénation du tissu nerveux est réduite de 18 à 27% (W. A. Himwich, E. Homburger, R. Maresca et H. E. Himwich).

TROISIÈME PHASE (Chirurgicale).

Plan I. — La dépression est plus prononcée; toute réponse aux stimuli douloureux est nettement diminuée: l'application d'une pince sur les téguments n'éveille qu'un faible mouvement des membres. A ce stage, les autres modalités du thalamencéphale ont disparu.

Plan II. — Ici la sensibilité à la douleur est abolie: il n'y a plus de réaction musculaire ou somatique; le seuil du métabolisme cérébral est descendu de 36%. A ce moment, le

cerveau moyen est le plus haut niveau de l'encéphale à demeurer actif. Mais il y a persistance du réflexe pupillaire à la stimulation périphérique, tel le pincement de la peau par un instrument à griffes, qui provoque en parésiant le noyau d'Edinger-Westphal la dilatation du sphincter de l'iris. Autrement, les pupilles restent petites et ne sont pas influencées par le faisceau lumineux.

Plan III. — A ce point de la narcose, la concentration cérébrale en oxygène décroît peut-être de 44% (S. S. Kety). Ce qui distingue ce plan des précédents, c'est l'absence de réaction pupillaire chez l'opéré, quel que soit le stimulus par lequel on l'éprouve.

Plan IV. — En l'occurrence, il est plausible de supposer que le mésencéphale souffre d'hypoxie, car la pupille est franchement en mydriase; cet épiphénomène témoigne d'une inhibition marquée du noyau principal de l'oculaire commun. La protubérance et le bulbe sont partiellement paralysés: le système cardio-vasculaire et la respiration subissent une chute considérable.

A la lumière des considérations qui précèdent, nous tâcherons d'esquisser un tableau aussi précis que possible des signes qui apparaissent durant la narcose au Pentothal; cette description est en majeure partie empruntée à celle de Tucci, Brazier, Miles et Finesinger.

PREMIÈRE PÉRIODE

Le premier changement que l'on constate au début de l'injection peut être celui-ci: un léger empâtement de la parole et de l'hésitation dans les réponses. Tantôt le sujet est somnolent; d'autres fois il est loquace et se sent heureux; occasionnellement il sera inquiet (8% des cas). La moitié de ceux qui ne reçoivent pas de prémédication montrent cependant une certaine anxiété.

Les mouvements du globe oculaire sont uniformément sous l'emprise de la volonté, tout comme la musculature des membres, du tronc et de la tête; le tonus de la paupière supérieure et le réflexe cornéen sont normaux; les pupilles, gardant leur diamètre habituel, réagissent très promptement à la lumière et à la douleur.

Les rythmes cardiaque et respiratoire ne sont pas altérés. Les stimuli périphériques déterminent des effets de sursaut; il n'y a point d'analgésie.

Puis au fur et à mesure que l'injection progresse (0,10 à 0,20 g.), le parler devient confus comme dans l'intoxication éthylique. L'attention s'égare facilement et, si le malade est en train de compter, il peut répéter indéfiniment le même chiffre ou arrêter tout à fait à moins qu'on ne lui ordonne de recommencer.

Soudain il perdra contact avec les choses et les personnes qui l'entourent; un bâillement (caractérisé par une inspiration profonde suivie d'une longue expiration) annonce cette étape dans 60% des cas.

DEUXIÈME PÉRIODE

Le patient a franchi la barrière de l'inconscience: il dort paisiblement; cela fait contraste avec l'agitation dont on est souvent témoin dans l'anesthésie à l'éther. Le réflexe de la cornée est effacé (75% des cas). La tonicité palpébrale est intacte ou à peine amoindrie. Les pupilles, plus larges qu'à l'ordinaire (70% des cas), se contractent sous l'action de la lumière ou de la douleur. Les globes oculaires se déplacent lentement à droite ou à gauche, et ils ont tendance à diverger vers le haut tandis que la narcose gagne en profondeur. La respiration devenue tout à coup plus ample augmente de fréquence, mais les battements du cœur ne sont pas modifiés.

TROISIÈME PÉRIODE

Plan I. — L'anesthésié n'est plus capable d'accomplir aucun mouvement spontané; il réagira encore, quoiqu'avec lenteur aux stimuli de surface — le temps réactionnel prolongeant de deux à quatre fois sa durée coutumière. En certaines régions sensibles ou dans l'axe des muscles, on aura des réponses nettes et coordonnées lors même que le patient

ronfle tranquillement (10% des cas). Le réflexe cornéen est toujours absent; le tonus de la paupière persiste à un faible degré dans un tiers des cas; généralement les yeux sont déjà immobiles. La respiration est légèrement plus rapide.

Plan II. — Les pupilles sont en myosis, la tonicité palpébrale n'existe plus et une ébauche de relâchement apparaît dans les muscles des extrémités de la paroi abdominale chez les malades âgés et obèses. Cinquante pour cent des sujets peuvent tolérer un tube Guedel, et chez presque tous la mâchoire doit être soutenue.

Plan III. — Le globe oculaire est fixé au centre. Le pouls commence à s'accélérer, et pour la première fois la pression sanguine tend à s'abaisser. Du côté respiratoire, on remarque une diminution qui peut aller jusqu'à l'apnée.

QUATRIÈME PÉRIODE (phase dangereuse).

Il y a dilatation pupillaire, point de repère critique, et un affaissement notable des pulsations; la tension artérielle tombe brusquement et l'apnée s'installe. La situation menace alors d'être irréversible et il importe d'y remédier avec promptitude en assurant la ventilation pulmonaire.

*
* *

En termes de conclusion, l'on peut dire que le Pentothal est un anesthésique de haute valeur, mais il faut en user à bon escient et avec modération si on veut respecter en toute circonstance ce noble et merveilleux organe qu'est le cerveau.

Avec le thiopental sodique, l'utilisation de l'oxygène cérébral est de toute façon diminuée; là-dessus les récents calculs de R. L. Wechsler, R. D. Dripps et S. S. Kety s'avèrent fort significatifs; nous résumons dans le sommaire suivant leurs résultats concernant des interventions mineures pratiquées chez des patients dont l'âge variait entre 17 et 41 ans.

Quantité de pentothal I.-V.	*Réduction du taux métabolique* (O^2)
1er cas: 1,60 gramme	9, %
2e cas: 0,80 "	40,9 %
3e cas: 1,10 "	43,9 %
4e cas: 0,70 "	33,⅓%
5e cas: 0,60 "	51,5 %
6e cas: 1,10 "	25,75%
7e cas: 1,20 "	36,4 %
8e cas: 0,50 "	33,⅓%
9e cas: 0,60 "	48,48%
10e cas: 1,10 "	48,48%
11e cas: 0,70 "	42,4 %
12e cas: 0,70 "	27,2 %

REIN ET LÉSIONS OSSEUSES

Guy LAFOND (Montréal).

En 1883, Lucas parle déjà d'albuminurie rachitique. Fletcher et Parsons, en 1911, en notent la trop grande constance, chez ces patients, pour qu'elle soit accidentelle et distinguent alors le rachitisme avec lésion rénale du rachitisme vitaminoprive. Celui-là apparaît à la fin de l'enfance et résulte d'une maladie rénale congénitale ou de la prime enfance.

En effet, certaines lésions rénales, en diminuant la fonction de l'organe, en modifient aussi l'élimination du phosphore et du calcium. L'équilibre entre ces deux substances est rompu qui conduit définitivement à un hyperparathyroïdisme compensateur secondaire.

Chez l'adulte, les lésions sont comparables à celles de l'hyperparathyroïdisme primitif ou ostéite fibreuse kystique ou maladie de Von Recklinghausen. Chez l'enfant, en croissance, elles apparaissent dans la zone osseuse active et sont du type rachitique.

Mécanisme.

La compréhension de la formation de ces lésions demande un rappel rapide des métabolismes du calcium et du phosphore et de l'action des parathyroïdes.

Le *calcium* plasmatique existe sous trois formes:

Ca non diffusible 45 à 55% du Ca total. Il est inclus dans les architectures protéiniques du plasma.

Ca diffusible 45% du Ca total. Sous forme de sels minéraux et en partie combiné à des substances organiques.

Ca ionisé; 50% du Ca diffusible est ionisé d'après Cantarow.

La calcémie normale totale est de 7 à 11 mgm. pour cent. Le calcium alimentaire est absorbé dans le petit intestin dont le chyme de Ph acide en facilite la solubilité avec le phosphore.

La vitamine D favorise cette absorption de même que les sels biliaires.

L'alcalinité du gros intestin le fait passer à l'état de savons de chaux rejetés dans les fèces.

Son absorption paraît donc liée à celle des graisses.

Le pH du plasma le maintient dans l'état de solubilité mentionné plus haut, car l'alcalose diminue son ionisation alors que l'acidose l'augmente.

Sa mise en dépôt dans le tissu osseux est commandée par la vitamine D, la parathyroïde, la richesse du plasma en protides, la proportion relative du Ca au P, la phosphatase et les hormones.

Son élimination habituelle s'effectue en grande partie par le rein et en plus petite partie par l'intestin comme l'ont montré Bircher et Hothlin à l'aide du Ca radioactif.

La calciurie normale est de 0,1 à 0,4 gm. par 24 heures.

Le cycle du *phosphore* est étroitement lié à celui du Ca. Il existe comme phosphore inorganique et sous forme d'esters phosphoriques, de phosphore nucléinique et de phosphore lipidique.

Les taux normaux sont:

Phospholipides totaux: 180 à 200 mg. %.
Phosphore inorganique: 3 à 4 mg. %.

Son absorption se fait à l'état de P minéral et est, comme celle du Ca facilitée par la vitamine D et favorisée par un rapport Ca/P autour de 1,93. Cette absorption est entravée par les acides gras qui fixent le Ca empêchant son absorption car l'acide phosphorique qui passe dans le sang, dans ces conditions, n'étant pas retenu par une quantité suffisante de Ca absorbé simultanément est immédiatement éliminé par les urines.

Quant à son excrétion, elle est assurée par le rein qui élimine le P à l'état de phosphate dans le sang. Certains auteurs croient que le rein élimine aussi de l'acide phosphorique qu'il forme aux dépens des combinaisons organiques du P.

La phosphaturie normale est de 2,0 à 2,5 gm. par 24 heures.

La *phosphatase* est une enzyme contenue dans la substance osseuse, dans le cartilage de conjugaison, les ostéoblastes, l'épithélium intestinal, l'épithélium des tubules rénaux, dans les cellules endothéliales du foie, de la rate, de la vessie et à la périphérie des granulations T. B. Cette phosphomonestérase hydrolyse les mono-esters de l'acide orthophosphorique en une molécule d'acide orthophosphorique et en un corps à fonction alcoolique ou phénolique. Ou plus simplement elle libère l'acide phosphorique des hexophosphates du sang. Elle enrichit ainsi localement les humeurs voisines directement en ions PO4 et indirectement en ions Ca, car le rapport Ca/P = 1,93 tend à être constant dans l'organisme.

Elle sert aussi à les fixer à l'état de phosphates bicalciques sur le tissu ostéique saturé.

Elle favorise ainsi l'ossification, mais elle n'est pas indispensable, car la seule sursaturation sanguine de ces deux éléments peut en entraîner la précipitation.

Dans l'os, elle serait vraisemblablement produite par les ostéoblastes. Elle est active en milieu alcalin, en présence d'ions Mg et de glycogène.

Les *parathyroïdes* sécrètent la parathormone dont l'action serait de maintenir un niveau optimum du Ca sanguin en l'extrayant de l'os lorsque l'apport extérieur est insuffisant. Cette extraction est cependant impossible, chez le vivant, à moins qu'il n'y ait lyse osseuse. L'hormone favoriserait donc la différenciation des ostéoclastes qui détruisent l'os.

La libération de Ca s'accompagne de celle de P. Cette surabondance de P plasmatique serait à son tour équilibrée par une action de la parathormone sur le rein; limitant la résorption normale du P excrété qui se fait dans les tubules, elle en augmente ainsi l'excrétion totale. La suractivité des parathyroïdes entraîne une mobilisation excessive du Ca osseux et une augmentation de l'excrétion phosphorée. Ainsi dans l'hyperparathyroïdisme primitif, la calcémie devient élevée par destruction osseuse. Le P sanguin augmente aussi, mais il est excrété en abondance et la phosphatémie finit par baisser. De ce fait, la phosphaturie et la calciurie s'élèvent. Si bien qu'on peut parler d'un diabète calcique.

Les lésions rénales qui diminuent les fonctions excrétoires de cet organe diminuent aussi l'excrétion phosphorée et retiennent ainsi cet élément dans l'organisme. A cette phosphatémie augmentée correspond une chute de la calcémie qui peut être compensée par un apport alimentaire adéquat. Mais, si on en croit Mitchell, cette compensation serait impossible car l'insuffisance rénale induirait la muqueuse intestinale à excréter l'excès des phosphates endogènes à la place des reins. Ce P formerait, avec le Ca ingéré, un phosphate insoluble inabsorbable.

Ce stade de basse calcémie et de haute phosphorémie serait de courte durée. Les lésions osseuses apparaîtraient assez rapidement par excitation des parathyroïdes travaillant à restaurer la calcémie normale et à abaisser la phosphorémie.

L'insuffisance de l'apport calcique alimentaire par lésion du tractus digestif amène aussi une chute de la calcémie et une hyperplasie parathyroïdienne compensatrice.

Connaissant la mobilisation du Ca de l'os vers le plasma dans cette condition, il est facile de comprendre que, chez l'enfant en croissance, il ne se mobilise pas de la circulation vers l'os et que des lésions de croissance apparaissent. D'autres auteurs disent que les lésions seraient dues à l'influence inhibitrice des parathyroïdes sur l'action calcifiante de la vitamine D, car, pour eux, parathormone et vitamine D sont antagonistes.

La libération consécutive de Ca et de P tend à aggraver la condition. Les valeurs absolues du Ca et du P qui sont normalement de 7 à 11 mg. et de 3 à 4 mg. % sont modifiées. La constante Ca/P = 1,93 est fortement débalancée.

La formation de calcifications hétérotopiques dans ces maladies dues à l'hypertrophie parathyroïdienne est d'interprétation facile. La

forte libération de Ca et P amène une sursaturation circulante de ces éléments qui précipitent aux endroits où la phosphatase est abondante.

Si les lésions rénales entraînent une hyperplasie parathyroïdienne, l'hyperparathyroïdisme peut aussi causer les lésions rénales en permettant la déposition de sels de Ca autour des tubules rénaux et même à leur intérieur. Cependant, d'après Anderson, l'hyperparathyroïdisme ne serait la cause que d'une petite proportion des calculs rénaux.

Etiologie.

Nous venons de constater que toute modification du métabolisme calcique entraîne une variation de la fonction rénale qui, elle, peut effectivement conduire à la constitution de lésions anatomiques de cet organe. Mais notre but est d'indiquer que les lésions rénales peuvent modifier le métabolisme du Ca et entraîner des lésions osseuses.

Dans cette étiologie, à la diminution de la fonction rénale, il est convenu d'ajouter la déficience calcique alimentaire.

Diminution de la fonction rénale: (rénal ricket).

Anomalies congénitales: hypoplasies rénales, reins polykystiques.

Pyélonéphrite chronique.

Néphrite chronique.

Infection rénale, etc.

Cette diminution de la fonction rénale peut être plus ou moins étendue. Lorsque les glomérules et les tubules sont lésés, l'incapacité tubulaire à la résorption calcique amène une excrétion exagérée du calcium et une baisse de la calcémie qui provoque à son tour une hyperplasie parathyroïdienne et des lésions ostéolytiques. La rétention du P par les lésions glomérulaires permet un certain degré de calcification du nouveau tissu ostéoïde par les phosphates de Ca.

Lorsque les seuls tubules sont touchés, ils ne réussissent pas à sécréter une urine acide ou à former de l'ammoniaque. Le calcium doit être utilisé comme base. L'abaissement de la calcémie provoque aussi une hyperplasie parathyroïdienne mais comme les glomérules sont intacts, l'excrétion phosphorée est exagérée. Dans ces cas, on ne trouve aucune calcification du tissu ostéoïde nouvellement formé. La même chose se produit ou à peu près dans le syndrome de Toni-Debre-Franconi (maladie de la cystine) ou le rein surchargé par l'excès de métabolites acides à excréter doit utiliser le Ca organique pour les neutraliser. La glycosurie et les lésions osseuses seraient probablement dues à une anomalie de la résorption du glucose et des phosphates par le mécanisme des tubules rénaux qui seraient insuffisants à réformer des hexophosphates qui sont synthétisés par la fermentation des phospho-lactates.

Déficience calcique alimentaire : elle est due au défaut d'absorption du Ca plutôt qu'à une déficience d'apport alimentaire. L'absorption du Ca est liée à celle des graisses.

Cette dernière est diminuée par un manque de bile (habituellement fistule du cholédoque) ou par une déficience de sels pancréatiques (fibrose kystique du pancréas).

La maladie cœliaque (Gee-Thaysen disease) et la stéatorrhée infantile présentent une insuffisance d'absorption lipido-calcique. Par ailleurs, la sprue semble sans influence sur la croissance osseuse.

Aspect clinique.

Chez le jeune:

Il est à la fin de l'enfance. Il est de courte stature et de poids léger. Sa peau est sèche et souvent pigmentée. Sa démarche peut être affectée par des déformations des membres inférieurs. Chez quelques patients, le développement sexuel peut être retardé. On retrouve, chez lui, de la polyurie, de la polydypsie et de la nycturie. L'anorexie, la céphalée, les nausées et les vomissements et les autres symptômes de l'insuffisance rénale sont patents.

Les changements osseux sont ceux du rachitisme vitaminoprive: déformations frontales et pariétales du crâne, chapelet thoracique, genu valgum, glissement fréquent de l'épiphyse fémorale supérieure, gonflements métaphysaires (souvent plus marqués ici que dans l'autre). Les diaphyses, cependant, demeurent droites.

Au laboratoire, on trouve que l'urine de basse densité contient de l'albumine, du pus, du sang et des cylindres dont le type varie avec la lésion rénale. Le P. S. P. est bas. La calciurie et la phosphaturie sont élevées.

Les examens du sang montrent de l'anémie, une calcémie basse, une phosphatémie élevée, une phosphatase élevée mais moins que dans le rachitisme ordinaire, une azotémie élevée, un cholestérol élevé et un certain degré d'acidose.

Chez l'adulte:

Si la maladie rénale n'est pas très grave et permet une survie au patient, l'adulte jeune sera de courte taille et habituellement confiné au lit. Il accusera une forte lassitude, de l'hypotonie et de la constipation. Il présentera des douleurs osseuses et des fractures spontanées.

L'urine présentera à peu près les mêmes variations que chez le jeune.

Mais à cause d'une compensation par hyperfonctionnement parathyroïdien, l'image sanguine sera un peu modifiée. La phosphatase et l'azotémie demeurent hautes. La calcémie et la phosphatémie baissent. Dans les cas très graves, si la phosphatémie tend à se maintenir haute, la calcémie aussi augmente.

L'aspect clinique de la fibrose kystique du pancréas et de la maladie cœliaque est connu. Dans la première, il faut noter en particulier en plus de l'arrêt de croissance, l'anomalie des selles et l'infection pulmonaire chronique. La seconde se différencie surtout de la première par la présence de trypsine dans les selles.

L'excrétion fécale exagérée du Ca amène une baisse de la calcémie et de la phosphatémie et une calciurie presque nulle lors des crises.

Le syndrome de Toni-Debre-Fanconi est un rachitisme du type ostéomalacique. La glycosurie est sans hyperglycémie. Dans certains cas s'ajoutent de l'albuminurie, une température inconstante, une hypophosphorémie, des désordres des métabolismes, des amino-acides et des lipides qui demeurent d'interprétation difficile. Dans d'autres cas, à une hépatomégalie s'associe une accumulation de cystine dans les viscères. C'est une maladie à pronostic très grave.

Image radiologique.

Les lésions osseuses ressemblent un peu à celles du rachitisme infantile parce qu'elles traduisent un défaut de croissance et d'ossification du cartilage de conjugaison. Dans un but descriptif, Brailsford a classé ces lésions en deux types qui ne sont, en somme, qu'une évolution plus ou moins avancée de la maladie.

Type A.

Les diaphyses ont la rectitude et la forme de l'os normal. Elles ne montrent aucune ostéoporose ni évidence de ramollissement. Par ailleurs, souvent on ne peut distinguer le contraste entre l'os compact et l'os spongieux.

Les métaphyses sont larges à cause de l'abondance de tissu ostéoïde non calcifié. L'extrémité disphysaire de la métaphyse est irrégulière et floconneuse. A cette phase, les glissements épiphysaires peuvent être fréquents, dus à de légers traumatismes. Les images métaphysaires sont instables et changent fréquemment de cet aspect à celui de guérison pour revenir au premier. Toutes les métaphyses sont touchées y compris celles des corps vertébraux qui peuvent présenter des nodules de Schmorl. On ne trouve aucune lésion au crâne dans ce type.

Type B.

Ici, les lésions sont plus prononcées car les troubles métaboliques sont plus importants ou de plus longue durée. L'ostéoporose est généralisée. Le tissu diaphysaire compact est souvent remplacé par du tissu spongieux grossier maintes fois traversé de multiples pseudo-fractures.

L'image métaphysaire est la même que dans le Type A. La fusion épiphysaire est retardée; mais si le patient vit assez longtemps pour qu'elle se produise, des lésions de polyarthrite se joignent aux lésions d'ostéoporose.

Les diaphyses de membres inférieurs présentent des pseudo-fractures et des déformations par pression semblables à celles de l'ostéomalacie.

Les lésions osseuses du crâne s'apparentent à celles de la xanthomatose ou de l'ostéomalacie, i. e. des zones opaques dans des régions plus translucides.

A l'exception de l'absence de kystes, les radiographies ressemblent beaucoup à celles de l'hyperparathyroïdisme.

Si le patient réussit à atteindre l'âge adulte, les lésions radiologiques se superposent à celles de l'ostéite fibro-kystique. L'ostéoporose est généralisée. L'absorption de l'os compact et la formation d'images kystiques permettent des déformations par pression.

Au crâne, on note des alternances de zones opaques dans une matrice plus translucide.

Les vertèbres sont bi-concaves, vidées avec une périphérie relativement dense.

Le bassin est difforme. La trabéculation osseuse y est grossière et perforée de larges kystes.

Le fémur présente habituellement un coxa-vara et une angulation des diaphyses. La disparition du tissu spongieux médullaire peut donner une image fusiforme. Le cortex est aminci, lamelleux et irrégulier à sa face externe.

Aux extrémités des os longs, on note la présence de longues bandes parallèles à l'axe entre lesquelles l'os paraît disparu.

Des calcifications hétérotypiques sont visibles dans les bourses séreuses, les reins, les artères, même celles des doigts et cela chez des personnes relativement jeunes.

Dans le syndrome de T.-D.-F. se retrouvent l'arrêt de croissance, les lésions rachitiques épiphyso-métaphysaires avec gonflement et vallonnement de la métaphyse et l'ostéoporose avec pseudo-fractures du type Looser-Milkman.

Histo-pathologie.

Chez le jeune enfant en croissance, en plus d'ostéoporose généralisée plus ou moins intense, les lésions sont aux métaphyses et sont du type rachitique.

Cette métaphyse est très large et irrégulière due à la non calcification du tissu ostéoïde qui se fait de façon irrégulière et au retard de résorption du cartilage. Les vaisseaux sanguins pénètrent les structures cartilagineuses dans toutes les directions. En plus, ces structures ont perdu leur arrangement en colonnades et forment des groupes irréguliers.

Si la maladie évolue depuis longtemps, ayant permis au patient de vieillir, et que la compensation par hyperfonctionnement parathyroïdien est établie, les lésions seront celles de l'ostéite fibro-kystique.

La moelle rouge est remplacée par de la graisse. L'ossification est minimale. Bien plus, les ostéoblastes sont très actifs et résorbent l'os. Cet os résorbé est remplacé par du tissu fibreux. L'os néo-formé d'aspect spongieux à trabéculations grossières demeure jeune incomplètement calciné et parsemé d'îlots de tissu ostéoïde. L'os cortical est disparu, mais remplacé par d'épaisses couches d'os spongieux lamellaire.

A cette image, s'ajoutent les tumeurs brunes. Leur stroma de fines fibres collagènes contient des fibroblastes et des cellules géantes. Les premières, de jeunes cellules, sont rondes ou fusiformes et sont très nombreuses. Les deuxièmes, de diamètre et de forme variables, sont plus ou moins également distribuées dans la tumeur; ordinairement, elles sont à la périphérie là où a lieu la lyse osseuse. La vascularisation y est riche. Les hémorragies fréquentes, récentes ou anciennes, par leur dépôt d'hémosidérine sont responsables du nom donné à la tumeur. A la face externe de la tumeur, le périoste s'ossifie tant bien que mal de sorte que résorption et apposition osseuse semblent presque balancées. Cette apposition d'os périosté ne serait qu'une réponse à un stimulus mécanique.

Ces tumeurs évoluent spontanément vers la guérison ou la dégénérescence.

Dès la phase de début, il arrive parfois que la tumeur se fibrose. Eventuellement, ce tissu fibreux pourra être transformé en os ou en cartilage.

Mais la dégénérescence est son avenir le plus fréquent due aux fréquentes hémorragies qui y naissent.

La dégénérescence y est graisseuse, mucoïde ou kystique.

Le kyste, dans la tumeur, n'a pas de parois propres à moins qu'il l'ait remplacé complètement. Des fibroblastes aplatis au pourtour imitent des cellules endothéliales.

Traitement.

Il est de peu de valeur.

Comment traiter la fibrose pancréatique et les malformations rénales? L'obstruction du cholédoque et des voies urinaires, si elle est présente, relève de la chirurgie. Le meilleur traitement de la maladie cœliaque est celui préconisé par Hass.

Autrement, on peut tenter une cure alcaline qui devrait augmenter l'excrétion azotée et aussi celle du phosphore, car il semble que les deux soient parallèles.

BIBLIOGRAPHIE

F. ALBRIGHT et E. C. REIFENSTEIN: *The parathyroid glands and metabolic bone disease. Selected studies.* Williams and Wilkins Co., 1948.

A. B. ANDERSON et E. G. OASTLER: *Am. J. Physiol.*, **92**: 124, 1938.

W. A. D. ANDERSON: *Arch. Path.*, **27**: 753, 1939.

Leon BABAIANTZ: *Jour. Radio. Electral*, **29**: 333-362, 1948.

C. A. BEST et N. B. TAYLOR: *The physiological basis of medical practice.* 4e édition. Williams and Wilkins Co., 1945.

R. BIRCHER et E. ROTHLIN: *Cahiers mensuels de médecine*, 1947.

J. F. BRAILSFORD: *The radiology of bones and joints.* J. A. Churchill Ltd., 1948.

E. P. BROCKMAN: *Brit. Jour. Surg.*, **14**: 634-645, 1926-27.

A. CANTAROW et M. TRUMPER: *Clinical Biochemistry.* 3e édition. W. B. Saunders, Philadelphie, 1947.

D. A. CHARNOCK: *Journ. Urol.*, **44**: 850-859, 1940.

P. G. DANIS et J. A. ROSSEN: *Journ. Ped.*, **18**: 103-116, 1941.

G. DeMORSIER: *Rev. Méd. Suisse Rom.*, **60**: 1195, 1940.

A. FABRE: *Presse Médicale*, **58**: 743 (20 juin) 1950.

C. F. GESCHICKTER et M. M. COPELAND: *Tumors of Bone.* 3e édition. J. B. Lippincott, 1949.

K. O. HALDERMAN: *Journ. Bone and Joint Surg.*, **32-A**: 596, 1950.

A. W. HAM et coll.: *Am. Journ. Path.*, **16**: 277, 1940.

S. V. HASS et M. P. HASS: *Postgraduate Medicine*, **7**: (avril) 1950.

F. K. HERBERT, H. G. MILLER et G. O. RICHARDSON: *Journ. Path. and Bact.*, **53**: 161, 1941.

R. LERICHE et A. POLICART: *Les problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os.* Masson et Cie, édit., 1926.

J. A. LIEVRE: *Journ. Urol. Med.*, **55**: 8.

C. A. PFEIFFER et W. V. GARDNER: *Endocrinology*, **23**: 485, 1938.

J. ROCHE et G. A. DELTOUR: *Rôle de la phosphatase dans la calcification des os in vitro et théorie des fixateurs du calcium.* Recherches médicales en France pendant la guerre 1939-1945. Flammarion, 1947.

L. C. SOULA: *Précis de Physiologie.* Masson et Cie, édit., 1947.

J. P. WEINMAN et H. SICHER: *Bone and Bones.* Mosby Co., 1947.

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

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

Tome 80, No 9 — Montréal, septembre 1951

PRESTIGE DE L'EXACTITUDE EN ANESTHÉSIE

Les progrès réalisés en anesthésie nous étonnent. Ils permettent toutes les audaces des chirurgiens et une virtuosité réelle des anesthésistes dans le maniement d'un outillage mécanique perfectionné et surtout dans l'application successive ou simultanée de nombreux agents sédatifs, hypnotiques, hypotonisants et anesthésiques. Les malades sont anesthésiés de longues heures durant, sans appréhension préalable, offrant si nécessaire une décontraction complète de leurs parois; ils s'éveillent sans nausées, sans vomissements et ne sont plus en butte à ces complications pulmonaires ou gastro-intestinales que nous connaissions si bien il y a une quinzaine d'années.

Toutes les voies sont maintenant utilisées: aérienne, sous-cutanée, intraveineuse, buccale, rectale, intra-rachidienne, extra-durale, péri-neurale, dans le but d'obtenir l'analgésie avec ou sans inconscience. De la sorte, avec une marge de sécurité qui s'approche de l'absolu, le chirurgien peut sans inquiétude et sans précipitation accomplir son œuvre de réparation, de section ou d'exérèse.

Bien sûr, la préparation plus méthodique et méticuleuse des malades contribue à ce résultat; ou encore la surveillance attentive post-opératoire des malades rend possible ces réalisations. Mais c'est surtout la longue préparation des anesthésistes à l'accomplissement de leur spécialité et l'acquisition par eux de notions fondamentales en physiologie, plus particulièrement en physiologie nerveuse, et en pharmacodynamie des substances qu'ils emploient, qui ont perfectionné leurs moyens d'action. L'exactitude de leurs connaissances sur l'action, le métabolisme et l'élimination des produits qu'ils introduisent dans l'organisme, sur le jeu physiologique des organes qui seront touchés par ces derniers, sur leurs dosages précis en regard de l'effet anesthésique désiré, sont les facteurs de la précision avec laquelle les anesthésistes utilisent leurs moyens d'action.

On se rendra compte de la base scientifique sur laquelle doit reposer la formation des anesthésistes et sur la somme ou l'étendue des connaissances qu'ils doivent posséder, en lisant l'article des docteurs Marsolais et Lebeau publié dans ce numéro. Pour bien circonvenir l'action du Penthotal, se rendre familier avec les différents effets obtenus selon la profondeur de l'anesthésie, on doit, comme l'exposent les auteurs, avoir la connaissance de l'anatomie et de la physiologie de l'axe cérébro-spinal avec ce qu'il comporte de détails précis sur les formations anatomiques distinctes et sur les étages superposés à fonctions physiologiques subordonnées les unes aux autres. Tel dosage, tel somme d'anesthésique abolit la fonction de tel étage et les effets produits s'identifient par des

signes extérieurs: réflexes, respiratoires, circulatoires.

La médecine devient l'application, en diagnostic et en thérapeutique, de diverses disciplines scientifiques de plus en plus exactes. L'anesthésie pour sa part progresse surtout depuis 15 ans, grâce à l'exactitude rigoureuse de ses connaissances et de ses applications.

Depuis le chloroforme et l'éther versés goutte à goutte sur le petit masque de tissu qui brûlait le menton et qui suffoquait le malade, que de progrès!

Roma AMYOT.

AVIS DE L'ASSOCIATION

Nous désirons attirer l'attention de nos confrères sur le fait que leur contribution est payable à l'Association et que, pour ceux qui ont acquitté cette cotisation, le Congrès annuel ne comporte aucun frais supplémentaire d'inscription.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

TROIS ANS DE PROGRÈS SANITAIRE[1]

L'hon. Paul MARTIN,
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social,

1. Extension des subventions fédérales à l'hygiène.

Ce mois de mai marque le troisième anniversaire de l'inauguration du Programme national d'hygiène, programme qui a déjà contribué d'une manière si importante au progrès de la santé au Canada. Le moment est propice pour annoncer cinq changements importants qui ont été apportés à ce programme et qui en accroîtront beaucoup l'utilité. Les voici:

1. *A l'avenir et dans certaines circonstances, une province pourra sans excéder le total de sa quote-part, employer les deniers non dépensés d'une de ses subventions fédérales a l'hygiène, afin de compléter une autre subvention entièrement dépensée.*
2. *Les fonds fédéraux provenant de la subvention à l'hygiène publique générale permettront d'améliorer et d'étendre une plus grande diversité de services de santé.*
3. *On accordera des subventions pour la construction de maisons d'infirmières, à raison de $500 par lit.*
4. *Des subventions fédérales, à raison de $1 000 par 300 pieds carrés permettront d'établir dans les hôpitaux des laboratoires combinés qui auront la double tâche de fournir des services de diagnostic aux malades et des services pour fins d'hygiène publique. Le maximum de cette subvention sera de $50 000.*
5. *On a élargi la définition de l'expression « centre de santé local » afin de comprendre les cliniques de malades externes des hôpitaux, de sorte que des subventions fédérales, à raison de $1,000 par 300 pieds carrés, pourront aider à payer une partie du coût de construction.*

Les changements que je viens d'exposer permettront aux provinces de faire un plus grand usage des deniers fédéraux mis à leur disposition en vertu du Programme national d'hygiène, dans les limites des engagements globaux pris en 1948.

On a pris les mesures voulues pour inclure ces modifications dans le Programme national d'hygiène, en modifiant les règlements qui régissent les subventions et le budget des dépenses du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, modifications qui ont été soumises au Parlement et qui permettront aux hôpitaux canadiens de remplir encore mieux leur rôle indispensable. Il sera peut-être intéressant d'en donner brièvement les grandes lignes.

a) *Utilisation plus intégrale des subventions*: tout membre du Conseil des hôpitaux canadiens peut juger comment la plus grande latitude accordée pour dépenser les subventions permettra d'étendre la portée du Programme national d'hygiène. Grâce aux changements que j'ai annoncés, chaque province pourra utiliser plus complètement les subventions fédérales en donnant une nouvelle affectation à une subvention particulière, dans le but de suppléer à une subvention dont les fonds auront été épuisés.

b) *Assistance plus grande pour les services d'hygiène publique*: ces dernières années, le concept d'hygiène publique s'est considérablement élargi, et nous nous sommes aperçus depuis quelque temps que la subvention aux fins générales d'hygiène publique était définie trop étroitement. Les nouveaux règlements permettront donc à cette subvention de pourvoir à l'amélioration et à l'extension d'un plus grand nombre de services d'hygiène générale, par exemple à des services de diagnostic plus étendus.

Les trois autres modifications intéressent spécialement le groupe ici présent, puisqu'ils touchent à l'administration de la subvention à la construction d'hôpitaux.

c) *Aide fédérale pour les maisons d'infirmières*: les subventions fédérales destinées à aider à la construction de maisons d'infirmières s'appliqueront aux résidences dont les travaux ont été mis en marche *après le 31 mars 1951*. Je suis certain que cette nouvelle disposition, qui cadre avec une initiative prise déjà dans une des provinces, aidera d'une manière importante à augmenter le nombre des infirmières diplômées au Canada, en permettant aux hôpitaux d'accepter un plus grand nombre d'étudiantes-infirmières et de les loger plus facilement.

d) *Extension des services de laboratoire des hôpitaux*: la nouvelle subvention fédérale destinée à aider aux frais de construction de laboratoires d'hôpitaux a pour but de concentrer en un seul endroit les facilités de laboratoire d'une localité et, ainsi,

1. Traduction d'une causerie prononcée à l'assemblée bisannuelle (1951) du Conseil des Hôpitaux canadiens, au Château Laurier, Ottawa, le lundi 28 mai 1951.

éviter le double emploi coûteux de matériel et de personnel.

e) *Aide fédérale aux cliniques de malades externes des hôpitaux*: en vertu des nouveaux règlements, des subventions fédérales seront disponibles à raison de $1 000 par 300 pieds carrés, à condition que les travaux de construction aient commencé *après le 31 mars 1951*. Si la construction a commencé avant cette date, la subvention sera versée proportionnellement, à raison de $1 000 pour chaque aire de 500 pieds carrés. Pour les cliniques de malades externes, rattachées à des hôpitaux, il n'y a aucune limite à l'espace total pouvant bénéficier de l'aide fédérale; mais les centres de santé qui ne sont pas rattachés à des hôpitaux seront limités à 4 500 pieds carrés.

Depuis l'inauguration du Programme national d'hygiène, nous avons comme ligne de conduite, examiné périodiquement les règlements qui ont trait aux subventions fédérales et effectué toutes revisions qui étaient jugées nécessaires pour l'application la plus efficace. Je suis sûr que le plus grand usage des deniers accordés par les subventions, rendu possible par ces modifications récentes, recevra l'approbation enthousiaste du Conseil des hôpitaux canadiens et de tous ceux qui s'intéressent à l'établissement de meilleurs services de santé pour la population du Canada.

2. Récents accomplissements attribuables au Programme national d'hygiène.

Ces changements ne sont qu'une autre indication du caractère progressif du Programme national d'hygiène. Dans chaque sphère des soins de santé, de grands progrès ont été rendus possibles par ces subventions fédérales. Permettez-moi de résumer quelques-uns des principaux accomplissements réalisés au cours des trois premières années de son fonctionnement:

(1) *Dans chaque province, on a effectué des relevés minutieux sur les services et aménagements existants de santé. Ces relevés se compléteront des renseignements sur la maladie et les incapacités, que l'on recueille au cours de l'enquête nationale sur la maladie, enquête qui se terminera cette année.*

(2) *On a constaté une augmentation très marquée de la recherche hospitalière au Canada.*

(3) *Les subventions fédérales à la construction d'hôpitaux ont matériellement aidé à encourager la construction de 367 hôpitaux et agrandissements d'hôpitaux, ce qui a donné un supplément de 29 412 nouveaux lits. La construction hospitalière du Canada, aidée par l'Etat fédéral, est beaucoup plus forte par tête qu'aux Etats-Unis.*

(4) *Des deniers fédéraux ont rendu possible la formation de plus de 3 700 préposés aux soins de santé.*

(5) *Grâce à ce programme fédéral, il a été possible d'ajouter matériellement au nombre d'hygiénistes dans les provinces.*

(6) *Les services et aménagements sanitaires des provinces et des municipalités ont été renforcés par l'achat de matériel technique supplémentaire et par l'extension des services de prophylaxie et de traitement.*

(7) *Des subventions fédérales ont permis aux provinces d'intensifier leurs campagnes contre les principaux risques pour la santé, tels que le cancer, la tuberculose, les maladies mentales, les maladies vénériennes et les affections déformantes chez les enfants.*

3. Nouvelles sphères d'activité.

L'accroissement des facilités hospitalières du Canada, l'amélioration du niveau de formation du personnel hospitalier, les mesures visant à employer un grand nombre d'hygiénistes supplémentaires et l'achat d'équipement dont on avait un grand besoin, voilà des progrès qui découlent du Programme national d'hygiène. Ils constituent de précieuses extensions des services existants. Toutefois, cette aide fédérale a eu pour conséquence directe nombre d'autres développements tout à fait nouveaux.

Je puis dire que dès l'inauguration du Programme national d'hygiène, l'une de ses caractéristiques les plus remarquables était que, tout en procurant aux provinces une assistance financière importante, ce programme a, de cette façon, stimulé les provinces à établir de leur propre chef nombre d'autres services à leur propre compte. La raison en est, pour une bonne part, que deux des subventions fédérales sont des subventions bilatérales en vertu desquelles le gouvernement provincial doit fournir une part égale à celle du gouvernement fédéral. Mais le Programme a aussi contribué à développer des services entièrement nouveaux à l'aide de deniers fédéraux qui ont fourni aux provinces des ressources supplémentaires pour étendre les programmes existants et explorer de nouvelles sphères d'activité.

a) *Formation d'hygiénistes.* Avant l'inauguration du programme fédéral, plusieurs des provinces voulaient aller de l'avant en établissant de nouveaux services, mais il leur était impossible de trouver le personnel requis. La subvention à la formation professionnelle, ainsi que d'autres subventions qui ont servi à des fins de formation, ont aidé à procurer à ces nouveaux services le personnel d'hygiénistes dont ils avaient besoin.

b) *Expansion des programmes d'hygiène mentale.* Les progrès réalisés dans le domaine de l'hygiène mentale constituent un bon exemple de la façon

dont les deniers fédéraux ont permis aux provinces de prendre de nouvelles initiatives. Durant nombre d'années, toutes les provinces ont été dans l'obligation légale de pourvoir au soin des malades mentaux. Elles se sont acquittées de cette tâche au prix de frais considérables et constants. D'autre part, aucune loi ne les obligeait à fournir des services de réadaptation ou de thérapeutique par la récréation; elles n'étaient pas tenues, non plus, d'entreprendre du travail dans le domaine préventif. Ces programmes sont coûteux et si ce n'avait été des subventions fédérales, les provinces auraient trouvé bien difficile d'élargir leurs programmes d'hygiène mentale.

Grâce aux subventions fédérales, le travail des hôpitaux pour affections mentales est maintenant complété par les nouvelles salles de psychiatrie des hôpitaux généraux et par un réseau de nouvelles cliniques d'hygiène mentale situées à des points stratégiques par tout le pays. En outre, les hôpitaux pour affections mentales ont pu étendre de beaucoup leurs propres installations. De plus en plus ont-ils remplacé la simple garde de leurs malades par des efforts actifs en vue de les traiter.

c) *Nouvelles victoires sur la tuberculose.* Dans l'effort en vue de remporter la victoire sur la tuberculose, on a dernièrement constaté un important changement de la manière de s'y prendre. On reconnaît maintenant qu'un programme complet doit comprendre non seulement la prophylaxie, le diagnostic précoce et le traitement efficace, mais aussi une bonne réadaptation du malade. On s'occupe de plus en plus de restaurer le malade le plus possible à une activité normale, comme partie intégrante du processus du traitement. Les subventions fédérales fournissent aux hôpitaux et sanatoriums du meilleur matériel et un plus grand nombre de travailleurs formés pour les aider à réaliser leur part du programme de réadaptation.

d) *Meilleurs soins de santé pour les enfants.* Il est un autre domaine dans lequel les subventions fédérales ont rendu possible l'inauguration de services entièrement nouveaux et c'est en ce qui a trait aux programmes pour les enfants. Ainsi, avant le Programme national d'hygiène, une province seulement possédait un programme assez restreint, pour s'occuper de la paralysie cérébrale. Chaque province a maintenant des aménagements pour traiter et éduquer les enfants atteints de cette affection. C'est un programme coûteux à cause des longues périodes de formation requises et l'on doute que les installations nécessaires eussent pu être établies aussi rapidement sans l'aide supplémentaire fournie par les subventions fédérales.

e) *Meilleurs programmes à l'intention des bébés.* Le Programme national d'hygiène a fait réaliser en outre un progrès important aux services destinés aux nouveau-nés. Avant son inauguration, très peu d'hôpitaux possédaient les aménagements voulus pour le soin des prématurés. Les deniers fédéraux ont aidé des hôpitaux par tout le Canada à se procurer des incubateurs, des pouponnières spéciales, des infirmières et autres préposés aux soins de santé particulièrement qualifiés pour le soin des prématurés. Avant 1948, une seule province exigeait que les hôpitaux fournissent des *boxes* pour les nouveau-nés. Des subventions fédérales pour la construction de *boxes* dans les hôpitaux ont encouragé cette disposition spéciale.

f) *Nouvel accent sur la prophylaxie.* En perfectionnant les services collectifs de santé publique, le Programme national d'hygiène a insisté sur la prophylaxie, dont un bon exemple est l'attention qu'on accorde maintenant aux soins de santé pour les enfants. L'aide fédérale a rendu possible une expansion considérable des programmes d'immunisation, de dentisterie préventive, d'hygiène mentale préventive et de services de santé pour les enfants d'âge préscolaire ou scolaire. Par suite, on peut prévenir ou guérir rapidement plusieurs maladies de l'enfance, et découvrir plusieurs infirmités chez l'enfant en croissance, à temps pour les corriger.

4. AVANTAGES SPÉCIAUX POUR LES HÔPITAUX.

Dans le domaine de l'hospitalisation, en plus de fournir plus de lits, un meilleur matériel et un personnel mieux formé, les subventions fédérales ont permis deux importants perfectionnements:

1. *On s'est davantage efforcé de situer les hôpitaux en des points stratégiques afin qu'ils servent le plus efficacement les intérêts des citoyens dans leur rayon d'action.*
2. *Les règlements qui ont trait aux subventions fédérales ont matériellement aidé à relever le niveau des normes de construction hospitalière au Canada.*

Chaque projet de construction hospitalière pour lequel l'aide fédérale est approuvée doit faire partie d'un plan provincial en vue de fournir des installations hospitalières suffisantes pour toute la province.

Avant qu'un hôpital soit jugé admissible aux subventions fédérales, il doit se conformer à certaines exigences minima quant à la prévention des incendies, à l'aération, à l'espace et ainsi de suite. Ces normes n'ont pas pour but de créer de l'uniformité pour l'amour de l'uniformité, mais afin que les hôpitaux soient mieux en mesure de servir leurs malades. Bien qu'il importe de se conformer à ces exigences uniformes, on s'efforce de maintenir le caractère particulier de chaque hôpital. De cette manière, la subvention à la construction d'hôpitaux a effectué des perfectionnements dans les normes de construction hospitalière dans tout le pays, en encourageant la construction d'hôpitaux tout à fait modernes et pourtant non luxueux.

En aidant à fournir des cliniques pour la découverte et le traitement du cancer, de l'arthrite, de la tuberculose et des maladies mentales, et grâce à des projets tels que le programme universel d'examen radiographique de la poitrine lors de l'admission à l'hôpital, les subventions fédérales aident à faire de l'hôpital un centre de santé complet et le point vers lequel convergent tous les services de santé de la localité. A ce propos, les nouvelles subventions pour les cliniques de malades externes permettront aux hôpitaux d'assumer des responsabilités croissantes en matière d'hygiène publique.

5. RÔLE DE L'HÔPITAL EN HYGIÈNE PUBLIQUE.

Aujourd'hui plus que jamais, l'hôpital a une importante contribution à faire dans le domaine de l'hygiène publique et de la médecine prophylactique. Il a réalisé un immense progrès depuis le temps qu'il constituait une simple institution où allaient mourir les indigents. Avec son équipement spécialisé et son personnel bien exercé, l'hôpital moderne est devenu le centre vital de tous les soins de santé.

Il fut un temps où le malade gagnait l'hôpital dans la répugnance, l'appréhension et la crainte de la mort. Maintenant on y entre confiant dans l'espoir de revenir à la santé et à l'activité normale. L'hôpital moderne tient une place honorée dans la vie quotidienne de notre peuple. Avec l'école, l'église et le foyer, c'est une institution essentielle à notre société.

Autrefois, on croyait l'hôpital destiné au seul soin des malades et des blessés. Peu à peu il a cependant pris sur lui au moins trois autres fonctions importantes: enseignement des médecins, des infirmières et de tout autre personnel sanitaire; avancement des recherches et, enfin, hygiène publique et prévention de la maladie et de l'invalidité.

Depuis le début du siècle, on reconnaît toujours davantage l'importance de la *prophylaxie*. Nous demandons de plus en plus à l'hôpital de diriger l'immense domaine de la médecine préventive. L'hôpital moderne, avec ses médecins, son personnel expérimenté et son outillage spécialisé, peut assurer un appui inappréciable aux efforts des services sanitaires et des autres organismes voués à la prophylaxie.

Il y a beaucoup de moyens d'y arriver: enrayer les maladies contagieuses, apprendre au public à reconnaître les maladies évitables et à utiliser les moyens connus de prévention, faire l'examen médical du personnel de l'hôpital lui-même, et enseigner l'hygiène par l'intermédiaire des dispensaires.

J'ai l'espoir que les nouvelles subventions fédérales aideront à faire des cliniques de malades externes des hôpitaux, un lien vital entre l'hôpital et la localité. En dernière analyse, un bon programme prophylactique local profitera à l'hôpital, car il diminuera la pression exercée sur le service des traitements de maladies aiguës.

Grâce à toutes ses spécialités: cliniques de diagnostic, services consultatifs, dispensaires prénatals, l'hôpital a plus d'occasions que jamais dans le domaine de l'enseignement, des recherches, du soin des malades et des l'hygiène publique. Mais ces occasions grandissantes entraînent une plus grande demande de service. J'en ai la conviction, fidèles à leur longue tradition de bons offices, les hôpitaux canadiens continueront à se tenir prêts à répondre à toutes les demandes des soins de santé modernes. Il n'est que logique de le supposer, dans un nombre de plus en plus grand de localités, l'hôpital va devenir un centre de santé.

J'aimerais, à l'intention des membres de langue française du Conseil des hôpitaux canadiens, insister de nouveau sur les grands progrès accomplis depuis trois ans, grâce au Programme national d'hygiène. Dans chaque secteur de l'action sanitaire, surgissent un grand nombre de nouvelles et intéressantes possibilités. L'assistance fédérale a aidé à la construction d'urgentes facilités hospitalières, à la formation et à l'embauchage de nouveaux préposés aux soins de santé, à la consolidation de services d'hygiène provinciaux et municipaux, à l'expansion des travaux de recherche. Les fonds fédéraux ont aussi encouragé les provinces à établir, de leur propre initiative, beaucoup de nouveaux services de santé.

Vous serez heureux d'apprendre, j'en suis sûr, que les subventions fédérales à l'hygiène seront plus flexibles et plus utiles à la suite de la modification des règlements qui les régissent. Le transfert des fonds d'une subvention à une autre et l'interprétation plus large donnée à la subvention générale d'hygiène publique permettront aux provinces d'utiliser davantage les fonds fédéraux disponibles.

Les subventions à la construction de maisons d'infirmières, de dispensaires et de laboratoires mixtes permettront aux hôpitaux canadiens de s'acquitter, avec plus d'efficacité qu'auparavant, de leurs obligations élémentaires.

Les soins hospitaliers au Canada constituent une vaste entreprise coopérative où les rapports entre hôpitaux publics et privés ainsi qu'entre ceux qui représentent diverses croyances et communautés religieuses sont étroits et harmonieux. Par leur ténacité et leur esprit de dévouement, et en marchant de pair avec les progrès modernes des soins hospitaliers, nos hôpitaux laïques et religieux ont implanté des traditions qui remontent aux débuts mêmes de l'histoire du Canada.

Dans le rapport qu'il faisait à l'Institut neurologique, il y a quelque temps, le docteur Wilder Penfield a posé la question suivante:

« *En ces jours de paix chancelante, alors que les échos de la guerre de Corée font retentir leur aver-*

tissement dans le monde entier, pourquoi un hôpital après l'autre distrait-il le public en organisant de nouvelles campagnes de souscription? »

A sa propre question le docteur Penfield a donné une réponse impressionnante, dans laquelle il souligne le rôle vital de l'hôpital dans l'organisation de notre société:

« *Le Canada et les autres pays libres ont un double problème à résoudre, celui d'édifier leurs défenses en cas de guerre et le problème simultané d'édifier une structure de justice sociale et de sécurité sociale au pays. A la longue, c'est la nature de notre structure sociale qui pourra nous faire gagner ou perdre dans notre lutte contre les pays communistes. En fin de compte, c'est la comparaison des structures sociales (communistes et démocratiques) qui devrait décider du vainqueur dans ce concours mondial.*

« *Quel meilleur droit à la survivance pouvons-nous trouver que l'appui que nous accordons aux grands projets altruistes de nos campagnes et quel contraste avec ce qui se passe en Russie soviétique!*

« Ici, *les grandes œuvres de bienfaisance, les projets de bien-être social, la libre recherche de la vérité dans les salles de conférences et les laboratoires. Tout cela est entretenu ici par le travail librement consenti, ou par les dons généreux de nos meilleurs citoyens en collaboration étroite avec nos gouvernements.* Là-bas — *la crainte paralysante de la police, l'étouffement de la libre entreprise. Là-bas, le public n'a pas de projets bénévoles de bien-être social à appuyer. L'expression de la pensée politique et celle du raisonnement scientifique y sont étranglées par une rigoureuse censure des idées.* »

J'ajoute une réserve qui m'est suggérée par les paroles du docteur Penfield. Tous les magnifiques progrès des techniques de traitement, du matériel, de la conception hospitalière, ne doivent jamais nous faire perdre de vue que chaque malade est un individu, une personnalité distincte qui a ses propres caractéristiques et habitudes spéciales.

Nous pouvons standardiser les hôpitaux, mais jamais nous ne standardiserons les gens.

A mesure que nous perfectionnerons nos connaissances techniques de la maladie, nous devrons aussi mieux comprendre l'être humain. Nous devons rechercher toutes ces forces émotives, mentales physiques et spirituelles qui se combinent pour créer un bon état de santé ou conspirer pour détruire la santé, car tout ce qui atteint l'individu de quelque manière que ce soit, peut aussi porter atteinte à sa santé. Nous avons fini par comprendre nous aussi que le bien-être social est l'une des voies d'accès à une vie saine.

L'hôpital canadien a si bien fait son travail que cela a été un grand privilège pour moi et pour mes hauts fonctionnaires de prendre une certaine part à l'administration du Programme national d'hygiène, et l'aidant à perfectionner et à étendre ses services. Je sais que dans les nouvelles mesures d'aide fédérale aux hôpitaux, que j'ai annoncées aujourd'hui, la population du Canada, par son Gouvernement, est heureuse de donner une nouvelle preuve de son appui à ces institutions qui la servent si fidèlement.

J'ai confiance qu'en encourageant des programmes dynamiques de bonne santé positive, en renforçant nos premières défenses contre la maladie, en recherchant les secrets de la santé et de la personnalité humaine, et en donnant aux Canadiens les meilleurs services que la médecine moderne puisse leur donner, les hôpitaux canadiens continueront à ajouter magnifiquement à leurs grands accomplissements.

LES SERVICES DE SANTÉ [1]

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

Les services de santé sont des groupements sociaux dont le but est la sauvegarde de la santé publique. En vertu de ce principe, la Société s'organise et prend les mesures sanitaires qui s'imposent pour prévenir la maladie et lutter contre la mortalité en s'efforçant de prolonger la durée de la vie.

Il serait opportun de répéter ici *deux préceptes fondamentaux* que l'on trouve dans le préambule de la constitution de l'organisation mondiale de la Santé (O.M.S.). Le premier définit le mot « Santé »: « Etat de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Plus loin, on y lit un autre précepte relatif à la responsabilité des gouvernements; je cite: « Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures nécessaires et sociales appropriées. »

Au Canada, ces responsabilités sont réparties entre les trois formes de gouvernements qui nous régissent, fédéral, provincial et municipal. Ils ont chacun leur rôle à jouer; dans chacun, nous retrouvons les divisions fondamentales qui composent un Service de santé: administration et direction, enseignement de l'hygiène, salubrité et hygiène des milieux, inspection des aliments, contrôle des maladies contagieuses et épidémiologie, hygiène de l'enfance, démographie et laboratoires; peuvent s'ajouter d'autres divisions qui se détachent des précédentes, telles la tuberculose, les maladies vénériennes, l'hygiène dentaire, l'hygiène mentale, l'hygiène industrielle, les unités ou les districts sanitaires, le nursing, etc.

La répartition de ces responsabilités dépend des pouvoirs accordés au pouvoir central ou aux provinces par l'Acte de l'Amérique britannique du Nord.

Au temps de la Confédération en 1867, les mots « hygiène publique » n'étaient pas connus. En effet, la première loi d'hygiène publique a été votée en Angleterre en 1875 et au Canada, la première loi fut adoptée en Ontario en 1882. C'est pourquoi l'Acte de l'Amérique britannique du Nord ne définit pas exactement les responsabilités des différents gouvernements en matière de santé publique; d'ailleurs, on n'y trouve pas l'expression « santé publique ». Cette responsabilité cependant a toujours été laissée surtout aux municipalités et aux provinces. La constitution fait cependant allusion à certaines activités médicales et sanitaires dans ses sections 91 et 92.

La section 91, sous-sections 6 et 11, place sous l'autorité du Parlement fédéral le recensement, les statistiques, réglementation du commerce, la quarantaine et les hôpitaux maritimes, ainsi que tout ce qui a trait à la population indienne et esquimaude.

La section 92, sous-section 7, définit les pouvoirs exclusifs des provinces concernant les hôpitaux, les asiles autres que les hôpitaux maritimes.

D'où il découle que, au gouvernement fédéral sont assignées les questions d'hygiène d'intérêt international ou interprovincial.

Elles sont de deux catégories:

1° — Une catégorie *essentielle*, comprenant les initiatives fédérales attribuées par la constitution que j'ai citées tantôt;

2° — Une catégorie *secondaire* qui comprend les *initiatives d'appui* du fédéral aux travaux des provinces et des municipalités, soit en encourageant les relations interprovinciales en matière de santé au moyen du Conseil canadien d'hygiène publique, soit en fournissant des services consultatifs et une assistance pécuniaire aux provinces dans divers domaines.

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des confé enciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », lundi, le 19 février 1951.

Le premier ministère fédéral de la santé fut fondé en 1919 et réorganisé en 1928. Aux termes de la loi adoptée en 1944 créant le Ministère actuel de la Santé nationale et du Bien-Etre Social, les fonctions et pouvoirs du fédéral s'étendent à toutes les questions ayant trait à l'amélioration et à la conservation de la santé des canadiens, mais il est expressément dit que le Ministère fédéral n'exercera aucune juridiction ou aucun contrôle sur tout service de santé, provincial ou municipal, ou autre autorité fonctionnant en vertu des lois de quelque province que ce soit.

Devenu, depuis 1944, ce qu'il est aujourd'hui, il est formé d'un certain nombre de divisions et a comme principales responsabilités: la prévention de l'entrée au pays de certaines maladies contagieuses par la quarantaine maritime, de la désinfection et de la dératisation des navires, par la fumigation; le maintien de lazarets; la prévention de l'entrée au pays des sujets indésirables, par le service médical de l'immigration et de la déportation; la protection du public contre la fraude et la falsification des drogues et des aliments et le contrôle des commerces des médecines brevetées et des produits biologiques par l'adoption et l'observance de lois spéciales; l'aide aux provinces par des octrois et des services d'échange de renseignements; service de génie sanitaire, d'épidémiologie, de laboratoire, etc. et la contribution à l'enseignement national de l'hygiène par les divisions de l'information, de l'hygiène maternelle et infantile, de l'hygiène industrielle, des maladies vénériennes, de la tuberculose, etc. Du Ministère de la santé relèvent aussi les services de la santé des Esquimaux et des Indiens. Le recensement et les statistiques dépendent du Ministère du commerce et l'inspection des viandes et la tuberculination des troupeaux, du Ministère de l'agriculture.

Les responsabilités des provinces consistent d'abord à adopter la législation et la réglementation concernant la santé publique, voir à l'organisation de services locaux dans les municipalités et comtés et réglementer leur action. Dans notre province, le service provincial d'hygiène fut crée en 1887 et le ministère actuel de la santé, en 1936. Il se compose d'un certain nombre de divisions dont les principales sont: les statistiques, l'épidémiologie, la nutrition, le génie sanitaire, l'hygiène industrielle, la tuberculose, les maladies vénériennes, les laboratoires, l'enseignement de l'hygiène et celle des unités sanitaires.

Ce ministère exerce des fonctions assez variées: législation et réglementation en hygiène publique; éducation; collecte, compilation et interprétation des statistiques démographiques, prévention des maladies contagieuses, dont la tuberculose et les maladies vénériennes, poursuite d'enquêtes épidémiologiques, surveillance des municipalités au point de vue sanitaire, par le moyen d'enquêtes sanitaires; la loi prévoit que le gouvernement provincial doit voir à l'organisation des bureaux municipaux d'hygiène et des unités sanitaires dans les petites municipalités et les comtés ruraux.

A ce sujet, je dois signaler que de toutes les provinces du Canada, Québec est la première qui organisa des unités sanitaires de comtés. Tous les comtés, moins un, sont organisés ainsi en unités sanitaires.

Les municipalités ont pour attributions les questions d'hygiène qui sont d'intérêt local. D'ailleurs, la municipalité a toujours constitué l'*unité administrative* en matière de santé publique.

Les fonctions et responsabilités d'un Service de santé local, unité sanitaire de comté ou service municipal de santé, sont déterminées par les lois provinciales relatives à la santé publique ou les lois spéciales, comme celles qui concernent les unités sanitaires. Dans le cas des villes, la Loi d'hygiène publique de Québec, par exemple, les oblige à organiser elles-mêmes un service de santé et nommer un médecin hygiéniste avec personnel adéquat.

Le rôle d'un tel service consiste à éliminer les nuisances, contrôler les maladies contagieuses, mettre en application les lois et règlements d'hygiène et mettre tout en action

pour sauvegarder la santé publique. Les fonctions non spécifiées par la loi accompagnent le développement normal de l'hygiène publique.

L'organisation et le développement d'un service de santé dépendent de divers facteurs, dont l'étendue du territoire à desservir et le caractère de la population. Ils sont aussi basés sur l'importance et le nombre des problèmes de santé à étudier et à contrôler qui peuvent être l'objet, dans un grand service, d'autant de divisions administratives et techniques nécessaires.

Les *problèmes de santé* sont de deux catégories:

1° — Les problèmes proprement *sanitaires,* relativement au génie sanitaire, tels le logement salubre, l'eau, la salubrité du lait et des aliments, l'hygiène des milieux, la disposition des eaux usées et des déchets domestiques, etc., ou

2° — Les problèmes proprement *médicaux,* la prévention des épidémies et le contrôle des maladies contagieuses, la tuberculose, la typhoïde, les maladies entériques, les maladies vénériennes, la lutte à la mortalité maternelle et la mortalité infantile, au cancer (deuxième cause de décès), l'attention à donner à la santé de l'enfant d'âge préscolaire et de l'écolier, aux maladies de l'adulte, dont les affections du cœur et des vaisseaux (première cause de décès), etc.

Cependant, la solution des problèmes de l'une ou l'autre catégorie peuvent nécessiter des mesures relevant du génie sanitaire et des services médicaux.

Selon l'importance de ces problèmes de santé publique, ils nécessitent la création, dans un Service de santé, d'un certain nombre de divisions. Tel est le cas pour l'organisation du Service de santé de Montréal, où l'on retrouve la plupart des divisions signalées plus haut et dont, au cours d'émissions antérieures à ce poste, je vous ai présenté l'organisation générale. Le fonctionnement et le maintien d'un tel service nécessitent un budget approprié et un personnel adéquat.

Les *résultats* du travail accompli par les Services de santé sont illustrés par les statistiques favorables de ces dernières années et l'augmentation de la durée moyenne de la vie.

Dans leur fonctionnement, ces services organisés ont besoin, dans l'exécution de leurs activités, de la collaboration entière de la population, la première intéressée à sa santé et celle des individus qui la composent.

AVIS DE L'ASSOCIATION

Le Congrès des Trois-Rivières, qui aura lieu les 4, 5 et 6 octobre prochain, est votre Congrès. Les événements se précipitent: il vaut mieux les diriger que d'en subir passivement les inconvénients.

UNE EAU SAINE ET SON INFLUENCE SUR LA BAISSE DE LA TYPHOÏDE [1]

G. CHAREST,
Epidémiologiste au Service de Santé de la Cité de Montréal.

Le taux de mortalité par la fièvre typhoïde a toujours été considéré comme l'indice de la protection sanitaire dont jouit la population d'une ville, d'une province ou d'un pays.

Parmi les besoins essentiels d'une population, il faut placer au premier rang l'approvisionnement d'une eau potable.

Dans ce domaine, les progrès réalisés sont encore assez récents, puisqu'il y a 45 ans, la purification et la désinfection de l'eau n'étaient pas encore employées à Montréal.

A cette époque, nous pouvons constater par les rapports annuels du Service de Santé que les taux de mortalité par la fièvre typhoïde étaient très élevés.

Le taux moyen pour les années 1906-1910 fut de 40 décès par 100 000 de population, ce qui représentait environ 156 décès par année durant cette période.

En effet une épidémie de typhoïde, due à l'eau, causa durant cinq mois et demi à partir de la dernière semaine de septembre 1909 jusqu'à la semaine se terminant le 5 mars 1910, 1 884 cas et 203 décès.

L'aqueduc municipal desservait environ 65% de la population et la Montreal Water & Power Co. 35% de même que certaines municipalités avoisinantes.

Le 2 juillet 1910, un rapport concernant un meilleur approvisionnement d'eau pour la Cité de Montréal par les ingénieurs consultants, Hering et Fuller, indique ce qui suit: « Nous souscrivons, disent ces ingénieurs, aux conclusions auxquelles en sont arrivées les autorités médicales de Montréal, savoir que l'eau du St-Laurent, si on continue de s'en servir pour l'alimentation du public, devrait être filtrée dans l'intérêt de la santé publique. »

La preuve directe de la contamination par l'eau est difficile à faire parce qu'il est exceptionnel de pouvoir isoler le bacille typhique dans l'eau et ce n'est que par la présence du colibacille qui indique la pollution humaine ou animale que nous sommes renseignés sur le danger d'infection par les microbes pathogènes comme la typhoïde et les paratyphoïdes.

D'ailleurs, 24 ans avant la découverte du bacille d'Eberth· un médecin anglais William Budd, en 1856 établit que la transmission de la typhoïde avait son origine dans les excreta humains.

Le véhicule qui transporte le plus rapidement l'infection, c'est l'eau de surface des rivières, qui est polluée par les eaux d'égouts et de ruissellement.

L'ère bactériologique avec Louis Pasteur ouvrait la voie à la prévention de la maladie. Mais il s'écoula encore 25 ans avant que le chlore fut employé pour la première fois en 1905 à Lincoln, Angleterre, pour désinfecter l'eau.

La chloration de l'eau fut employée à Montréal vers la fin de l'épidémie, le 18 janvier 1910 à l'usine de pompage de la Montreal Water & Power Co. et le 8 février 1910 à l'aqueduc municipal.

Le taux moyen de mortalité pour les cinq années suivantes de 1911-1915 fut de 25 par 100 000 de population, ce qui représentait une réduction favorable dans le taux des décès de 37% par rapport aux cinq années antérieures à l'installation de cette pratique.

Nous lisons à la page 29 du rapport annuel du Service de santé de 1911 ce qui suit: « Cette mesure de précaution (le traitement de l'eau par les hypochlorites de chaux) est prise en attendant que les filtres qui sont en construction et pour l'installation desquels la ville a

1. Communication à la Société Médicale de Montréal, 15 mars 1951.

voté $1 500 000. soient terminés. Il faut attribuer, pour une grande part, à cette méthode le décroissement du nombre de décès de fièvre typhoïde signalés cette année, soit 68 de moins que l'an dernier.

Quant au procédé de la filtration, c'est en 1829 à Londres, Angleterre que les filtres lents sur sable furent mis en usage, puis en 1885 les filtres mécaniques ou rapides étaient mis à l'essai à Sommerville, N.-J., E.-U.

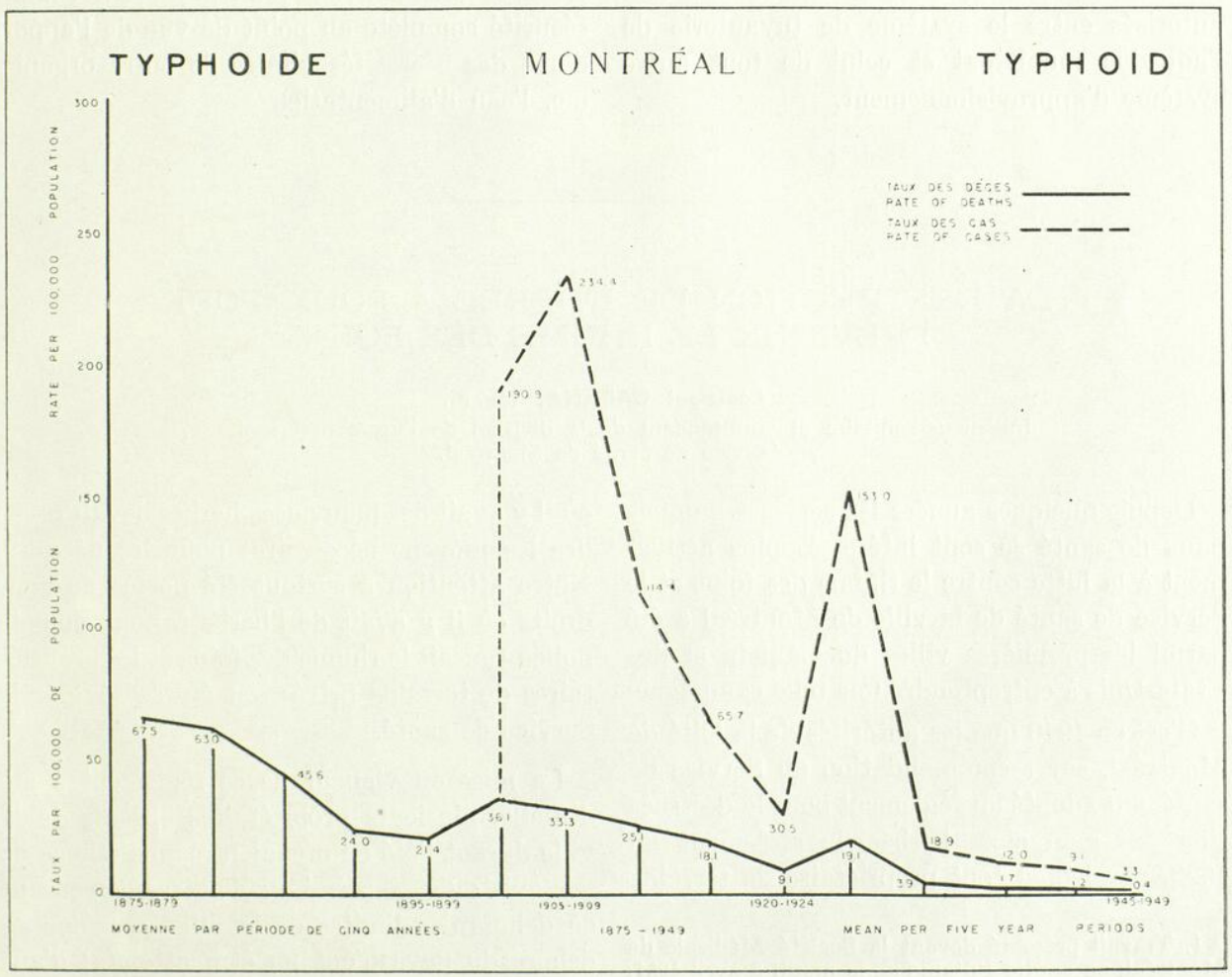
Ici à Montréal, une eau filtrée fut fournie en juin 1912 à la municipalité de Westmount par la Montreal Water & Power Co. Ce ne fut qu'en 1918 que les filtres lents furents complétés à l'aqueduc municipal et que le chlore gazeux fut employé à la place de l'hypochlorite.

Enfin en 1926, les filtres mécaniques commencèrent à fonctionner à l'aqueduc municipal pour remplacer subséquemment les filtres lents.

Ce bref historique nous fait voir les stades d'évolution technique et la transformation qu'a subi l'aqueduc municipal pour en arriver à fournir quotidiennement 175 000 000 gallons d'eau pure à Montréal et la région métropolitaine.

Comme l'indique le graphique ci-joint, la mortalité est consignée à partir de 1875 et la morbidité depuis 1900 et les taux donnent la moyenne par période de cinq années. Les taux de morbidité de 1900 à 1910 laissent voir qu'une personne sur 500 contractait la typhoïde et qu'une sur 3 000 mourait de cette maladie.

Connaissant le taux de fatalité de la maladie, qui est de 10% on peut malgré les statistiques incomplètes de la morbidité, présumer



qu'il y eut un minimum de 1 200 cas de typhoïde par année durant les années 1906-1910. De fait il y eut 5 204 cas rapportés durant les cinq années.

A partir de 1911· comme je l'ai indiqué précédemment, la chloration seule, puis la filtration dans les années suivantes amenèrent la baisse de la typhoïde.

La morbidité entre 1910 et 1925 déclina rapidement puisque de 234 par 100 000 de population, elle était passée à 30 par 100 000 c'est-à-dire presque huit fois moins élevée en l'espace de 15 ans.

Malheureusement en 1927 survint l'épidémie transmise par le lait qui vint interrompre les progrès réalisés.

En 1932, était édicté le règlement municipal no 1203, concernant l'approvisionnement d'eau des établissements situés dans la cité de Montréal, lequel défendait les raccordements non autorisés entre le système de tuyauterie de l'aqueduc municipal et celui de tout autre système d'approvisionnement.

Il n'y a plus maintenant à Montréal depuis 1946 qu'une moyenne de 25 cas de typhoïde et de 2 décès par année, ce qui donne un taux de mortalité de 0,2 par 100 000 de population. Un certain nombre de ces personnes contractent la maladie à l'extérieur de Montréal, surtout durant les mois d'été.

D'autres sont contaminées par des porteurs chroniques de germe, qui constituent éventuellement le réservoir de l'infection, et ces cas forment ce que l'on est convenu d'appeler la typhoïde résiduelle.

Plus les cas de typhoïde se feront rares, moins il y aura de porteurs chroniques et la maladie s'étendra d'elle-même puisque les humains seuls sont susceptibles de la contracter.

C'est donc grâce au travail de recherche et à la réalisation pratique des ingénieurs sanitaires si nous pouvons jouir aujourd'hui d'une sécurité complète au point de vue de l'apport d'une des nécessités vitales de notre organisme, l'eau d'alimentation.

LA DESTRUCTION DE L'HERBE À POUX POUR PRÉVENIR LE RHUME DES FOINS[1]

Léo-Paul CABANA, ing. p.,
Ingénieur sanitaire et surintendant de la division de l'inspection sanitaire,
Service de Santé de Montréal.

Depuis quelques années les services municipaux de santé se sont intéressés plus activement à la lutte contre le rhume des foins et le Service de santé de la ville de Montréal a été parmi les premières villes du Canada et des Etats-Unis à entreprendre une telle campagne.

C'est en 1940 que les autorités de la Cité de Montréal, sur recommandation du Service de santé, ont adopté un règlement pour la destruction des mauvaises herbes, le règlement no 1622, par lequel tout propriétaire de terrains où il y avait des mauvaises herbes devait prendre les moyens nécessaires pour les détruire. Notre attention a surtout été portée aux endroits où il y avait de l'herbe à poux dont le pollen causait le rhume des foins et les propriétaires de terrains privés ont été avisés par le Service de santé.

La mise en vigueur de ce règlement a été difficile, plusieurs propriétaires absents de la ville durant l'été ne prenaient connaissance de nos avis qu'en septembre; d'autres demeurant en dehors des limites de la ville et même en dehors du pays n'ont pu être atteints; d'au-

1. Travail présenté devant la Société Médicale de Montréal, au Jardin Botanique, le mardi 3 avril 1951.

tres avaient beaucoup de difficulté à obtenir la main-d'œuvre et le matériel nécessaire pour se conformer à nos avis. Quelques propriétaires se plaignaient qu'il leur était impossible d'identifier l'herbe à poux ou faisaient un travail que nous avons constaté inefficace; ceux qui arrachaient les plants avec leurs mains amenaient de nouvelles graines à la surface. De plus, à ce moment un grand nombre de lots vacants étaient la propriété de la Cité et le travail d'éradication devait être fait à ces derniers endroits par les employés municipaux.

Pour coopérer avec les propriétaires, la Cité de Montréal par son Service des travaux publics offrit de faucher l'herbe à poux sur terrain privé, pourvu qu'un dépôt de $0.02 la verge carrée fut fait pour couvrir le coût du travail.

Tous ces efforts furent insuffisants et le Service de santé par sa Division de l'inspection sanitaire crut alors qu'il n'y avait pas de meilleur moyen pour détruire l'herbe à poux que de confier le travail d'éradication aux employés de la Cité, que ce soit sur terrain privé ou public.

Le 31 juillet 1946, une démonstration de destruction des mauvaises herbes fut donnée par le Service de santé à son Honneur le Maire de Montréal, aux membres du Comité exécutif et du Conseil Municipal en coopération avec le Ministère provincial de l'agriculture qui avait mis à nos disposition un vaporisateur mécanique.

Nous avions aussi invité à cette démonstration des représentants des municipalités voisines pour les inviter à mener la même campagne dans leur propre ville. Car pour un tel travail, nous ne pouvons isoler une ville d'une autre, le pollen dans l'air étant transporté par le vent.

A la suite de cette démonstration, nous avons obtenu l'autorisation de faire construire par le Service municipal des Travaux publics trois vaporisateurs mécaniques.

Le premier été, plusieurs herbicides furent mis à l'essai; le chlorate de sodium, l'atlacide, le 2, 4-D, etc. Le chlorate de sodium a été trouvé efficace mais étant inflammable, il fut responsable de deux accidents, deux employés manuels furent légèrement brûlés. Le sulfate d'ammonium mélangé au chlorate de sodium faisait disparaître ce danger d'incendie, mais causait l'obstruction des jets. Finalement, nous avons adopté le 2, 4-D, comme étant l'herbicide le plus pratique que nous pouvions utiliser et nous l'employons depuis ce temps.

Durant l'été 1947, nous avons reçu du Service municipal des Travaux publics, les trois vaporisateurs mécaniques autorisés par les autorités de la Cité, et nous n'avons fait aucune distinction entre les terrains privés ou publics. Nous avons vaporisé les terrains vagues, les terrains de golf, les terrains de jeux, la montagne, etc. et avons adopté une solution de deux pintes et demie de 2, 4-D pour cent gallons d'eau.

En 1948, 49 et 50, nous avons utilisé la même technique que l'année 1947, sauf pour un léger changement dans les jets utilisés. Sur recommandation, nous avions adopté les jets « Atomizer » mais comme nous endommagions plusieurs jardins potagers, les vapeurs de 2, 4-D étant trop légères, nous l'avons mis de côté.

Au début de l'été, le sel amine de 2, 4-D est utilisé puisqu'il ne produit pas les vapeurs du butyl ester susceptible de causer des dommages et dans le courant de l'été, nous utilisons avec précautions le 2, 4-D butyl ester, vu qu'il est plus efficace.

Afin de suivre les résultats obtenus d'année en année dans notre campagne d'éradication d'herbe à poux et pour apprécier l'efficacité de notre travail, nous avons installé dans les limites de la ville des postes de collecte de pollen. En juillet 1947, pour la première fois, le Service de santé avait 18 postes de collecte de pollen. Ils furent placés à différents endroits de manière à obtenir une distribution adéquate de la présence des grains de pollen dans l'air.

Il est à noter qu'au nord et au sud de la ville, existe une bande aquifère qui protège dans une certaine mesure les postes placés dans le voisinage. Par contre, à l'est et a l'ouest de

la ville, il y a d'autres municipalités qui peuvent contribuer à un comptage de pollen élevé si elles ne font pas de travail de destruction de l'herbe à poux dans leurs limites respectives.

Des 18 postes, 16 ont été placés dans les casernes du Service des Incendies, une ici au jardin botanique et une à l'annexe de l'Hôtel de Ville. Nous avons placé le plus grand nombre de nos postes dans les casernes des incendies, parce que ces bâtisses sont ouvertes 24 heures par jour, 7 jours par semaine, rendant ainsi possible pour nous la collecte journalière des lamelles.

En 1947 et 1948, nous avons conservé le même nombre de postes, mais en 1949 et 1950, nous avons réduit ce nombre à 9, ayant trouvé qu'il n'y avait pas beaucoup de différence dans le comptage de certains postes.

Avec 9 postes, nous obtenons approximativement une superficie de 5,5 milles carrés par poste; 10 milles carrés par poste de collecte est la superficie généralement recommandée, mais à cause du Mont-Royal qui influence la direction des vents, nous préférons utiliser 9 postes.

En 1947 et 1948, nous avons utilisé l'appareil Thomen pour le prélèvement des grains de pollen. En 1949 et 1950, nous avons utilisé le même appareil, mais de manière à pouvoir comparer nos résultats avec ceux obtenus en plusieurs villes américaines par l'Association américaine d'allergie, nous avons aussi installé aux mêmes postes des appareils Durham.

L'appareil Thomen est placé sur le cadre des fenêtres des bâtisses, tandis que l'appareil Durham est placé sur le toit, là où il n'y a aucune obstruction. Ces deux appareils, cependant, utilisent la même sorte de lamelles couvertes de même matériel.

Les lamelles de verre utilisées sont faites de verre ordinaire tel que nous en trouvons dans tous les laboratoires, mesurant 75 mm par 25 mm (approximativement 3″ par 1″.) Ces lamelles sont couvertes d'une substance gélatineuse faite de gelée de glycérine selon la méthode de Brandt.

Avant que la lamelle soit enduite de cette substance, un carré de 1 centimètre est marqué sur la lamelle de verre pour simplifier le comptage des pollens.

Au microscope, les grains de pollen apparaissent comme des balles de golf complètement entourées d'épines, lesquelles peuvent sensibiliser les membranes des voies respiratoires.

* * *

A la suite du comptage des pollens, plusieurs graphiques ont été préparés, nous permettant de faire la comparaison des résultats obtenus d'année en année. Les graphiques comparatifs entre les comptages journaliers moyen et maximum ont été préparés.

En 1947, c'est le 5 août que les premiers grains de pollen sont apparus sur plusieurs de nos lamelles de verre; jusqu'au 16 août l'augmentation s'est faite graduellement, mais à partir de cette date, il y a eu une augmentation brusque d'intensité qui a continué avec des hausses et des baisses jusqu'au 16 septembre. Du 16 au 24 septembre, le nombre de pollens a diminué constamment; après cette date, l'on trouve un grain de pollen à quelques postes.

Le maximum de l'intensité moyenne a atteint 90 grains par centimètre carré, le 24 août et le comptage journalier maximum a été de 350 grains par centimètre carré, survenu le 28 août.

* * *

En 1948, c'est le 3 août que les premiers grains de pollen sont apparus sur les lamelles de verre des appareils Thomen, si l'on exclut un a pas eu d'augmentation appréciable, mais à partir de cette date, l'intensité du pollen dans l'air a augmenté rapidement et a diminué aussi rapidement le 30 août. A partir de cette date l'intensité a diminué graduellement jusqu'au 18 septembre; après cette date, on trouve quelques grains à quelques postes seulement. Le maximum de l'intensité moyenne a atteint 100 grains par centimètre carré le 26 août et le comptage journalier maximum a été de 260 grains par centimètre carré survenu le 26 août.

* * *

En 1949, c'est le 7 août que les premiers grains de pollen sont apparus sur les lamelles de verre des appareils Thomen, si l'on exclut un comptage élevé à un poste seulement le 2 août. A l'appareil Durham, c'est le 8 août que les pollens sont apparus pour la première fois. Jusqu'au 24 août, il n'y a pas eu d'augmentation sensible; à partir de cette date, jusqu'au 6 septembre, il y a eu des baisses et des hausses dans la courbe. Après le 6 septembre, l'intensité diminue graduellement, jusqu'à la fin du mois, sauf pour une période d'une semaine du 10 au 18 où il y a une légère augmentation.

Le maximum de l'intensité moyenne a atteint 45 grains par centimètre carré, le 27 août et le comptage journalier maximum a été de 258 grains par centimètre carré survenu le 26 août.

* * *

En 1950, les premiers grains de pollen sont apparus à plusieurs postes dès le 1er août, les deux appareils Thomen et Durham indiquent la présence de pollen dans l'air. L'on a constaté que durant l'été 1950, la température a été idéale pour la croissance de l'herbe à poux. A partir du 17 août, l'intensité de pollen a augmenté pour atteindre le maximum le 28 août. Du 7 septembre, il y a eu décroissance jusqu'au 23 septembre. Après cette date, la quantité de pollen dans l'air est négligeable.

Le maximum de l'intensité moyenne a atteint 100 grains de pollen par centimètre carré le 28 août et le comptage journalier maximum a été de 297 grains par centimètre carré survenu le 24 août.

* * *

Le graphique comparatif des 9 postes de collecte pour les quatre dernières années démontre que malgré une hausse en 1950, le comptage des pollens est inférieur au comptage de 1947 à 7 postes de collecte et 5 postes indiquent une diminution constante.

Le graphique comparatif des moyennes journalières obtenues avec les appareils Durham et Thomen indique que l'appareil Thomen installé sur les cadres de fenêtres donne un comptage plus élevé que l'appareil Durham installé sur les toits. L'appareil Durham est plus précis que l'appareil Thomen parce qu'il n'a aucune obstruction pour nuire à la collecte des grains de pollen.

Tous ces graphiques ont été préparés en se servant du comptage de pollen par centimètre carré. Il existe apparemment différentes écoles pour le facteur de conversion à utiliser dans la détermination du comptage de pollen par verge cube d'air en fonction du comptage par centimètre carré. Plusieurs facteurs sont recommandés 25, 196 et 72, mais jusqu'à ce qu'un facteur uniforme soit accepté, nous continuerons à donner nos résultats par centimètre carré. Les mêmes difficultés se rencontrent pour déterminer le minimum nécessaire pour affecter les personnes allergiques au pollen de l'herbe à poux. Malgré que 20 grains de pollen par centimètre semblent être généralement acceptés, nous préférons attendre le résultat d'autres recherches dans la matière.

* * *

En conclusion, l'on voit que le travail fait par la Cité de Montréal dans sa campagne contre le rhume des foins a donné de bons résultats; nous avons réussi à diminuer la densité de pollen dans l'air. Notre travail est seulement à ses débuts et sera complété sur une longue période d'années. Notre but n'est pas d'éliminer entièrement l'herbe à poux à Montréal, mais de diminuer sa densité dans l'air à un niveau assez bas pour que les personnes qui y sont allergiques ne soient plus ennuyées. Pour atteindre ce but, il nous faut la complète et entière collaboration de toutes les villes et municipalités de l'Ile de Montréal.

Si nous réussissons, nous aurons fait notre part dans l'intérêt de la santé publique à l'avantage de nos concitoyens qui souffrent du rhume des foins et pour le bien-être de la population entière.

VARIÉTÉS

LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES MÉDECINS CANADIENS À PARIS ET EN FRANCE

Raoul KOURILSKY (de Paris),
Président du Comité Franco-Canadien de l'A. D. R. M.

Beaucoup de médecins canadiens désirent aller étudier en France et ils ne savent pas exactement dans quelles conditions ils peuvent le faire. Il est utile qu'ils soient informés de l'organisation qui s'est progressivement édifiée depuis ces deux dernières années et qu'ils se rendent exactement compte des conditions de la vie médicale française.

Un certain nombre de médecins décident de se rendre en France et, sans avoir pris des contacts préalables, cherchent à trouver leur voie tout seuls dans le système hospitalier parisien ou dans celui des autres villes de faculté. Il n'est pas étonnant dans ces conditions que, si les uns réussissent, d'autres éprouvent un certain nombre de difficultés et portent, de ce fait, un jugement hâtif et défavorable sur l'hospitalité médicale française. Les uns, surtout les chirurgiens, se sont trouvés dans des services surchargés et n'ont pas réussi à opérer comme ils le voulaient: insuffisamment introduits auprès des professeurs, ils ont perdu du temps et se sont découragés; d'autres se sont heurtés à la mauvaise volonté des collaborateurs du chef de service; d'autres encore pensent trouver tout naturellement en France un système de cours de perfectionnement qui serait la réplique exacte de ceux qui sont donnés en Amérique et ils sont déçus de ne pas être embrigadés du matin au soir et endoctrinés d'heure en heure. Ceux qui se destinent au diplôme de spécialité ou au Fellowship cherchent un enseignement qui leur fasse refaire l'anatomie, la physiologie et les sciences de base. Comme ils ne trouvent pas cet enseignement tout fait, ils en concluent qu'en France la clinique seule est étudiée au détriment de tout le reste. Les uns et les autres se demandent dans ces conditions si leur séjour sera profitable.

C'est après avoir pris connaissance de ces difficultés que l'organisation actuelle a été imaginée. La première chose qu'un médecin doit savoir en arrivant en France c'est que le système d'enseignement est différent et qu'il ne faut pas le juger en fonction de celui d'autres pays sans avoir d'abord cherché à comprendre comment il est fait. Les Facultés de Médecine dans les grandes villes de Faculté, et notamment à Paris, ne fonctionnent pas seulement par elles-mêmes, mais elles sont soutenues par une très forte organisation hospitalière. C'est parmi les chefs de service des hôpitaux que sont choisis les professeurs de clinique et de spécialités. Pour un service de clinique de la faculté de médecine existent un minimum de cinq ou six services hospitaliers n'appartenant pas à la faculté de médecine, mais dans lesquels un enseignement très approfondi est donné. Si la France était dotée d'un système analogue au système anglo-saxon, le plus grand nombre des médecins des hôpitaux de Paris ou des villes de faculté feraient partie de l'Université comme « Associated Professors » ou Professeurs. D'autre part, en ce qui concerne les sciences de base, il existe en dehors des facultés de médecine des instituts spéciaux puissamment outillés, qui donnent une instruction de laboratoire approfondie et qui fonctionnent en dehors des laboratoires des chaires de Facultés. C'est donc à travers un véritable dédale que le médecin canadien non guidé est obligé de trouver sa voie.

Enfin ce même médecin est souvent déçu par l'apparence extérieure, souvent vétuste, des bâtiments, et tend à juger l'intérieur sur l'extérieur. Il faut bien comprendre cependant qu'après chaque guerre — et elles furent malheureusement nombreuses et répétées —, la France a dû faire face à la reconstruction d'énormes dévastations avant de penser à améliorer ce qui subsistait. Encore à l'heure actuelle la contrainte internationale va imposer d'énormes dépenses pour tout autre chose que les réparations hospitalières. Toutes ces circonstances ont leur importance: aucune ne doit rebuter le médecin canadien car, compte tenu des imperfections, nombreux sont ceux qui ont été guidé correctement et qui s'accordent à reconnaître qu'ils ont tiré de leur séjour en France un profit considérable.

*

* *

Lorsqu'un médecin canadien voudra se rendre en France, la première chose à faire sera de chercher préalablement un hébergement. C'est actuellement chose encore difficile, mais simplifiée par la valeur relative élevée du dollar canadien par rapport au franc. Ceux qui partent à Paris seuls devront se mettre en rapport avec la Maison Canadienne dirigée avec un si grand dévouement par M. Riou. Celle-ci est située 31, Boulevard Jourdan (Paris-14e), à la Cité Universitaire. Ils sauront ainsi s'il existe des places libres et à quelle époque. Ceux qui désirent se rendre en France accompagnés de leur épouse, voire même d'un ou de deux enfants, peuvent trouver des appartements à louer. Ils peuvent — au Canada même — se mettre en rapport avec ceux de leurs collègues qui ont été en France et qui leur donneront des adresses. Ils peuvent également écrire à M. Melanson, Président de l'Association des Médecins Canadiens en France, qui habite à la Maison Canadienne, dans la Cité Universitaire, et qui les mettra en rapport avec des médecins canadiens possédant des appartements en ville et qui les cèdent à leur départ. Beaucoup de médecins canadiens ont, en effet, trouvé des chambres dans un certain nombre d'hôtels ou de pensions qui ont établi une tradition de recevoir à peu près uniquement des Canadiens. L'Association des Médecins de Langue Française du Canada a été saisie de ce problème et s'efforcera en outre de se procurer tous les renseignements que pourront leur donner les médecins canadiens revenus de France et de les faire connaître en temps utile. Mais, d'ici là, les initiatives personnelles peuvent se donner libre cours, et les médecins canadiens sont invités à communiquer avec la Maison Canadienne et l'Association des Médecins Canadiens en France.

Cette Association a été fondée, on le sait, en 1948 à la faveur de la visite à Paris du Dr. Donatien Marion, accompagné des Drs. Thibaut et Gaudet. Le premier président a été le Dr Vigneau, actuellement à l'hôpital de Verdun. Le président actuel est le Dr Melanson et le Professeur Raoul Kourilsky en est le président d'honneur.

C'est avec cette Association que, dès son arrivée à Paris, le médecin canadien doit prendre contact pour y recevoir l'orientation médicale appropriée à son cas particulier. Beaucoup de médecins canadiens négligent encore de le faire et perdent de ce fait un temps précieux. Ils trouveront, à l'ambassade du Canada, dans le service de l'Attaché Culturel, M. F. Charpentier, la note suivante qui leur rappellera cette nécessité:

« Les médecins canadiens venant à Paris à « un titre quelconque, sont priés de vouloir « bien se mettre en rapport le plus tôt possible, « dès leur arrivée, avec le Dr. Melanson, Mé- « decin président de l'Association des Méde- « cins Canadiens en France, à la Maison Cana- « dienne, 21, Boulevard Jourdan, Cité Univer- « sitaire, Paris XIVe, Téléphone Gobelins 88- « 92.

« Il est indispensable, pour les études qu'ils « ont à faire à Paris, que les médecins cana- « diens prennent contact avec la Commission « d'Orientation de la Faculté de Médecine, qui « fonctionne mensuellement à la Maison Ca- « nadienne le 1er Jeudi soir de chaque mois, à « 21 heures. Cette commission médico-chirur-

« gicale a pour but de diriger et d'orienter les « médecins durant leur séjour en France, de les « placer dans les services hospitaliers et d'apla- « nir pour eux toutes les difficultés. Même si « les médecins ont déjà des lettres d'introduc- « tion, il est indispensable qu'ils se rendent, dès « leur arrivée, à la prochaine séance de la Com- « mission.

« Cette Commission prépare toute la docu- « mentation nécessaire et, à l'issue de leur sé- « jour, délivre aux médecins les attestations « indispensables pour qu'il soit tenu compte « des études faites en France. »

Elle a été déléguée à la Maison Canadienne par le Comité Médical Franco-Canadien de l'A.D.R.M. à la Faculté de Paris. Ce comité comprend non seulement toutes les personnalités parisiennes médicales hospitalières et universitaires qui s'intéressent au Canada, mais également les représentants analogues des différentes facultés médicales de province en France. Au professeur Justin-Besançon vient de succéder le professeur Raoul Kourilsky, qui en assume actuellement la présidence. C'est-à-dire qu'étant donné la composition du comité d'orientation il fonctionne non seulement pour Paris mais pour toute la France. Il est des cas, en effet, où les médecins canadiens ont un avantage certain à étudier en province, pourvu qu'on leur indique les services où ils travailleront. La vie y est moins difficile qu'à Paris, les Universités moins encombrées, l'hébergement plus facile. Il est des cas également, surtout pour les chirurgiens, où ils ont le plus grand avantage à ne pas suivre les grands services de clinique pourvus d'assistants qui tous désirent opérer. Ils feront leur instruction chirurgicale dans des services hospitaliers ou dans des agglomérations proches de Paris, mais rattachés à la Faculté de Paris. Tous les hôpitaux dans lesquels ils sont adressés dépendent de l'Université, de telle sorte que leur stage ne peut être contesté.

Chaque médecin doit comparaître individuellement devant le petit comité d'orientation. L'orientation médicale est faite par le professeur Raoul Kourilsky lui-même et l'orientation chirurgicale par le Dr. Chigot, Secrétaire général du Comité Médical Franco-Canadien. Tous deux assurent en même temps une orientation vers les spécialités. Le médecin canadien remplit tout d'abord des formulaires, destinés à savoir ce qu'il veut faire exactement. Il est bien évident que l'orientation doit varier selon qu'il désire aboutir au Canada dans un hôpital de province, dans un sanatorium ou dans une chaire de faculté. Aussi son curriculum à Paris, ou en France, est organisé en fonction de ce qu'il doit faire plus tard.

S'il a déjà des lettres pour un service déterminé, où ses maîtres ou ses amis l'ont spontanément dirigé, la Commission en prend connaissance, de façon à éviter — surtout en chirurgie — d'envoyer dans le même service d'autres médecins qui pourraient se gêner mutuellement dans leur désir d'apprendre à opérer.

L'orientation est faite non seulement vers les services hospitaliers, mais aussi vers les laboratoires. Par exemple l'ophtalmologiste sera dirigé dans un service des yeux, mais également l'après-midi dans le service de dissection de Clamart où il fera l'anatomie des yeux conformément à ce qu'exige l'examen pour le diplôme de spécialités. L'orientation est, en effet, faite sans perdre de vue le diplôme de spécialités que le médecin veut éventuellement acquérir ou le *Fellowship*. Toutes les formules nécessaires ont été transmises à la Maison Canadienne: tous peuvent à chaque instant s'y référer. Au fur et à mesure que l'orientation se décide, une secrétaire dactylographie les lettres d'introduction pour les chefs de services ou de laboratoires. Le médecin n'a plus ensuite qu'à prendre contact avec le maître sous la direction duquel il est destiné à travailler.

L'expérience a montré que, neuf fois sur dix, l'orientation ainsi faite a été bonne et que le médecin a trouvé immédiatement l'ambiance et le climat qui lui convenaient. Nous lui demandons toujours de faire savoir ultérieurement s'il est satisfait et il peut le faire facilement en revenant la fois suivante à la séan-

ce d'orientation. Il prévient, sans perdre de temps, l'orienteur, qui rectifie son indication première et le met dans la bonne voie. Il est bien entendu que pendant le temps de ses études, le médecin peut acquérir le titre d'assistant étranger s'il le désire; l'orienteur lui-même lui indiquera s'il s'agit d'une nécessité ou s'il peut s'en dispenser.

Ainsi l'orientation se fait en fonction de la carrière future du médecin, de ses études pour le diplôme de spécialités ou du Fellowship qu'il doit acquérir au Canada. Les Facultés de Médecine françaises ont voulu marquer par cette organisation le souci qu'elles ont de répandre parmi les médecins canadiens, qui leur font l'honneur de venir s'instruire en France, une instruction telle qu'elle puisse leur servir immédiatement dans leur pays d'origine. Des démarches sont actuellement en cours pour faire reconnaître cet effort auprès des organisations médicales de la Province de Québec. Nul doute, après l'effort particulier fait par la France, que les médecins canadiens ainsi instruits ne soient habilités dans leur propre pays à faire valoir l'instruction qu'ils ont reçue.

En dehors de ce but professionnel, la réunion périodique des médecins canadiens leur permet de se rencontrer, de parler entre eux de leur pays et d'échanger leurs vues. M. Riou, Directeur de la Maison Canadienne, a organisé très aimablement ces Colloques mensuels.

Lorsque le médecin a terminé sa scolarité, il demande à chacun des professeurs sous la direction desquels il a travaillé de lui donner une attestation de ce qu'il a fait exactement et, avant de regagner le Canada, il reprend contact avec la direction de l'orientation qui fera la synthèse de l'instruction reçue et lui délivrera une attestation définitive. Le dossier ainsi complété reste en double à la Maison Canadienne.

A la fin de chaque semestre, et plus particulièrement au mois de Juin, l'Association des Médecins Canadiens en France tient une réunion générale où tous les membres sont invités ainsi que d'autres étudiants canadiens en lettres, en arts ou en sciences. C'est ainsi qu'en Juin dernier une charmante soirée a été tenue sous la présidence de l'Attaché Culturel, M. Charpentier.

*
* *

Rien n'empêche ultérieurement les médecins canadiens-français venant en France de chercher ensuite le contact avec les organisations médicales américaines ou anglaises. L'instruction médicale tend à devenir à l'heure actuelle de plus en plus internationale. Nous savons que ceux qui ont pu être orientés avec succès et qui se sont fiés à nous n'ont pas eu à rougir, bien au contraire, lorsqu'ils ont transporté ailleurs l'éducation qu'ils avaient reçue.

Mais, en dehors de cette éducation médicale, ils ont trouvé en France la possibilité de participer, sans compromettre en rien leurs études, à toutes les formes de la culture française, aux lettres, aux arts, aux sciences, au théâtre, à la littérature. Malgré une vie bien remplie, ils s'initieront insensiblement à une forme de pensée et à un mode de réflexion qui sont l'apanage essentiel de la France. Ils verront ses paysages, ils découvriront ses provinces, ils élargiront ainsi le champ de leurs connaissances. Ils se rendront dans les pays limitrophes, en Belgique, en Suisse, en Italie, en Espagne. Ils y découvriront le berceau méditerranéen de la grande culture européenne. Même au point de vue médical, ils recevront les introductions nécessaires pour aller dans ces différents pays.

Sans doute en France leur présence ne sera point contrôlée tous les jours, car le système universitaire français de l'enseignement supérieur repose sur le postulat que celui qui le reçoit a le désir de s'instruire et consent librement sa discipline. Sans doute les connaissances qu'ils y auront acquises seront distribuées sur un plus grand espace de temps, mais le temps de la réflexion est aussi nécessaire.

Il faut un certain délai pour que le jugement mûrisse, pour que les connaissances soient assimilées, transformées, épurées, de telle sorte qu'elles fassent partie intégrante de celui qui

les a reçues, qu'elles dirigent inconsciemment ses décisions et ses actes. Il faut du temps pour que l'éducation générale forme la personnalité en même temps que la technique forme les réflexes.

Telles sont les leçons que les médecins canadiens apprendront de la France. Ils ne s'en rendront pas compte immédiatement, car c'est insensiblement qu'ils formeront leur personnalité ainsi qu'il advient aux médecins français eux-mêmes. Lorsqu'ils auront mûri, ils auront acquis un mode de jugement, une façon d'appréhender les problèmes qui leur permettront de développer rapidement leurs connaissances dans le sens qu'ils choisiront. La culture générale ne nuit jamais à qui l'a acquise, même s'il veut restreindre son activité à une stricte spécialisation.

Tout cela, notre pays le donne généreusement et avec joie aux Canadiens Français. Ceux-ci savent que, grâce à la communauté d'origine, de sentiments et de langue, ils sont toujours près du cœur et de l'estime de la France.

LE DERNIER CHIRURGIEN DU ROI À QUÉBEC ANTOINE BRIAULT

1742-1760

Gabriel NADEAU (Rutland, Mass.).

Chapitre II (suite)

IV — Les Mesures sanitaires émanant de l'autorité royale du Conseil supérieur et des intendants.

Ruette d'Auteuil, qui avait été procureur général du Conseil souverain, écrivait en 1715 dans un mémoire à la Cour: « Une autre cause qui a fait que le Canada n'est pas si peuplé qu'il serait est le peu de précaution que Mrs les gouverneurs et intendants ont eu à prévenir la communication et l'accroissement des maladies contagieuses, soit qu'elles fussent apportées par les navires de France, qui apportaient des soldats, soit que ce fût par ceux qui faisaient les commerces défendus à la Nouvelle-Angleterre. Le sr d'Auteuil, procureur général, informa Mr de Pontchartrain de ce fait important et lui proposa des expédients pour prévenir ce mal, mais comme il se rapportait de tout à Mrs les intendants, plusieurs de ces messieurs successivement ont été peu attentifs au mal qui arrivait par l'indifférence qu'ils avaient pour ce pays, qu'ils n'envisageaient que comme un moyen pour acquérir des richesses ou pour parvenir à ces emplois importants en France, et parce qu'il n'y avait que les François Canadiens qui fussent susceptibles de ce mauvais air, qui dans plusieurs années a fait périr un très grand nombre ».[22]

Ces imputations d'un esprit aigri et querelleur vont à l'encontre de la vérité. Les mesures sanitaires que prirent les intendants à diverses époques, et c'est surtout à eux qu'il incombait de les prendre, dénotent un souci louable du bien-être des populations confiées à leurs soins. Si elles nous paraissent gravement insuffisantes, c'est que la science médicale a fait des progrès. Et puis l'hygiène publique chez un peuple est fonction d'un autre facteur aussi essentiel que les découvertes de la médecine; ce facteur est l'avancement économique des différentes classes sociales qui constituent ce peuple.

On peut partager en deux catégories les mesures relatives à la santé sous le régime fran-

çais. Les unes se rapportent aux maladies épidémiques. Emanant en général du pouvoir central sous forme d'ordonnances, d'édits, d'instructions ministérielles, elles servaient à guider les intendants dans les règlements particuliers qu'ils devaient faire pour répondre aux besoins de la colonie. Les autres ont pour objet la police sanitaire des villes en tant que cette police intéresse la propreté des rues, celle des habitations, et l'exercice de certains métiers, comme celui de boucher. Celles-là, elles provenaient de la colonie et le Conseil supérieur aussi bien que les intendants et les lieutenants généraux des trois gouvernements avaient le pouvoir de les ordonner.

A — *Les épidémies.*

Nous nous bornerons à faire l'historique de deux épidémies qui prirent naissance au dehors: le mal de Siam et la peste de Marseille. La première pénétra dans la colonie; l'autre, on réussit par un blocus sévère à la contenir en France.

1 — *Le mal de Siam.*

La première ordonnance royale relative au mal de Siam est du 29 décembre 1706. Deux ans plus tard, le 25 juillet, le roi en rendait une autre dont voici les articles principaux.

> *Article I* — Il ne sera expédié aucun navire ou bâtiment des ports du royaume pour les Iles Françaises de l'Amérique qu'après que les capitaines les auront fait nettoyer et parfumer entre les ponts, et que les vivres embarqués pour le voyage auront été reconnus de bonne qualité, et dans la quantité suffisante, par les officiers de l'Amirauté qui seront tenus de faire la visite des bâtiments et vivres, et de donner leur certificat du bon état d'iceux en même temps que leurs autres expéditions; lequel les capitaines seront tenus de représenter à l'Intendant ou autres officiers établis pour la police dans les quartiers où ils aborderont, pour y mettre leur vu, et être ensuite rapporté, à peine contre les contrevenants de 1000 livres d'amende, applicable aux hôpitaux des Iles où leurs bâtiments arriveront.
>
> *Article II* — Fait Sa Majesté défenses aux capitaines, tant de ses vaisseaux que ceux de ses sujets, de mettre aucun de leur équipage ou passager à terre qu'ils n'aient auparavant fait avertir l'Intendant de l'état où ils se trouvent, par rapport à la santé, à peine contre les premiers d'interdiction pour six mois et de 1000 livres d'amende contre les autres, applicable comme dessus; et en cas qu'il y ait quelque mal contagieux dans les équipages ou passagers, veut Sa Majesté que les dits capitaines établissent incessamment des tentes dans les lieux qui leur seront indiqués aux environs de la rade sous le vent des quartiers pour y mettre les malades auxquels ils feront donner les secours convenables, obligeant à cet effet le chirurgien du bord de les voir continuellement, et avertissant le médecin du lieu, s'il y en a, de les visiter une fois le jour, pour ordonner les remèdes qui leur seront nécessaires.
>
> *Article III* — Ceux des matelots et autres qui mourront de la maladie dont il s'agit, seront enterrés dans des cimetières éloignés et dans des fosses profondes, et les hardes qui leur auront servi étant malades, brûlées, à moins qu'elles ne fussent de valeur, auquel cas elles seront parfumées et mises à l'air pendant quinze ou vingt jours; faisant défenses d'en vendre aucunes que de ces dernières, à peine contre les matelots et soldats de privation de leur solde pendant un mois, et d'être mis sur le cheval de bois pendant trois jours consécutifs, et contre les autres de 150 livres d'amende, applicable comme dessus.

On se rappelle que la *Belle Brune* avait apporté le mal de Siam à Québec en 1710. Après avoir désolé la ville, cette maladie se répandit dans la colonie. « Elle devint populaire dès l'automne, écrit la Mère Juchereau de Saint-Ignace, et fit mourir quasi tous ceux qui en furent attaqués les premiers; notre hôpital en fût bientôt rempli, et malgré nos soins et nos remèdes, on y mourait tout comme ailleurs. Nos fatigues furent excessives, et outre les travaux du jour il fallut que chaque religieuse veillât deux fois la semaine pendant tout l'hiver, parce que la quantité de malades que nous avions dans nos salles et dans nos infirmeries demandait plus de deux filles pour les soigner, et que nos Sœurs tombant malades tous les jours, les saines pouvaient à peine y suffire. Il sera facile de juger de l'état où nous étions, quand on saura qu'en treize mois, vingt-quatre religieuses furent à l'extrémité et reçurent le saint Viatique et l'extrême-onction: six de ce nombre moururent ».

L'ordonnance de 1708 enjoignait de brûler

les hardes des matelots qui avaient succombé à une maladie contagieuse. A moins qu'elles ne fussent de valeur et dans ce cas elles devaient être parfumées, c'est-à-dire fumigées, désinfectées, et exposées à l'air pendant quinze ou vingt jours. Le 20 mai 1715, à l'arrivée d'un brigantin des Antilles, qui s'appelait le *Saint-Antoine*, l'intendant Bégon ordonne que les hardes des officiers mariniers et celles des matelots « seront lavées et lessivées à la côte de Lauzon et que les marchandises du dit brigantin seront parfumées, le tout à la diligence du sieur Coustard, chirurgien ». Quant aux officiers et aux matelots, Bégon leur fait défendre de descendre à terre sous peine de punition corporelle.[23]

La fièvre jaune ne reparut pas chez nous pendant le régime français, ce qui a lieu d'étonner car elle semble être restée à l'état endémique aux Antilles. Le 4 décembre 1734, un vaisseau de la Martinique arrivé à Louisbourg annonçait qu'un bâtiment négrier avait apporté la fièvre dans cette île.

2 — *La peste de Marseille.*

C'est en 1720 qu'éclata la peste bubonique de Marseille, qui dévasta le Midi de la France et dont le souvenir s'est perpétué jusqu'à nos jours. Depuis la *Black Death* de Londres, aucune catastrophe n'avait été si horrible dans l'étendue de ses ravages.

Un cordon sanitaire établi dès l'apparition de l'épidémie, isola la Provence, les villes de Marseille et de Toulon particulièrement, du reste de la France. Du reste du monde civilisé, faudrait-il dire plutôt. Par terre le marquis de Brancas commandait les postes de surveillance que des soldats du Royal-Roussillon et des paysans occupaient. Sur mer Vaucresson et le chevalier de Rancé, commandants des galères, gardaient la ligne de blocus.[24]

Les mesures les plus sévères furent prises pour régler le mouvement des populations, mesures qui s'étendirent même pendant un temps à tout le royaume. Ainsi, le 29 octobre 1720, une ordonnance royale faisait « défenses sous peine de la vie à tous sujets de sortir du royaume jusqu'au premier de janvier prochain, sans passeport ou permission ».

Le 8 juin 1721, un mémoire adressé à Vaudreuil et à Bégon conjointement, au nom du roi, « les précautions à prendre pour empêcher que la terrible maladie qui sévit à Marseille et à Toulon ne s'introduise au Canada », et par une lettre du 6 juillet suivant le Conseil de Marine expliquait le détail de ces précautions au gouverneur et à l'intendant.

Mais déjà, avant les instructions de la Cour, les autorités de la colonie avaient appris que la peste régnait en France. On se tenait donc sur ses gardes, d'autant plus que l'ordonnance de 1708 sur les dispositions à prendre dans les maladies contagieuses restait en vigueur. Pendant qu'on attendait les instructions du ministre, arrive une goélette, la *Princesse de Miscou*, qui portait des malades sur ses cadres. A cette nouvelle, Michel Bégon fait défense au capitaine d'Argenteuil « de laisser débarquer aucun homme de son équipage que préalablement visite n'ait été faite à son bord par le sieur Sarrazin, médecin du roi en ce pays, ou par le sieur Coffigny, chirurgien entretenu par Sa Majesté à l'Hôtel-Dieu de Québec ». Le lendemain 30 juillet, après la visite du chirurgien, l'intendant décide que l'équipage « ne descendra point à terre que la maladie ne soit cessée à bord et que préalablement le navire et les matelots n'aient été parfumés par la fumée du goudron et du vinaigre et que les hardes du dit équipage n'aient été blanchies à bord ». Ce n'était pas la peste de Marseille cependant ni le mal de Siam que portait la *Princesse de Miscou*, mais la rougeole. Le 6 août, Bégon émet une troisième ordonnance qui, « sur le rapport du sieur Coffigny attestant que les deux matelots qui étaient atteints de rougeole sont guéris, permet au sieur d'Argenteuil de faire débarquer son équipage pour vaquer comme bon lui semblera ».

Le mémoire du roi et la lettre du Conseil de Marine, partis de France en juin et juillet, n'atteignirent Québec qu'à l'automne. Au reçu de ces pièces, Vaudreuil et Bégon, le 20 octobre, rédigent une ordonnance commune « qui

réglemente la rentrée des vaisseaux venant d'Europe dans le port de Québec à cause de la maladie contagieuse qui sévit dans la ville de Marseille ».

La quarantaine qu'imposait cette ordonnance était des plus rigoureuses. « Les capitaines des navires partis des ports de la Méditerranée ou qui y avaient touché, devaient mouiller à la rade de la prairie de l'île aux Coudres. Là, ceux qui avaient du canon ou des pierriers devaient tirer trois coups à un quart d'heure de distance les uns des autres. Ceux qui n'avaient pas de canon ni pierrier devaient tirer trois coups de fusil dans les mêmes conditions. On devait en même temps mettre le pavillon en berne. Le même signal devait être répété de deux heures en deux heures, jusqu'à ce que ceux qui étaient chargés d'aller à bord des navires eussent connaissance de leur arrivée. Défense était faite d'envoyer des chaloupes à terre, de laisser débarquer personne et de communiquer avec les habitants de la côte, à peine de punition corporelle contre les contrevenants. Stricte défense était faite de débarquer des marchandises. Les habitants préposés à la première reconnaissance des bâtiments devaient s'en approcher à portée de la voix et poser les questions suivantes:

a — D'où vient le navire?

b — En quels port a-t-il touché en venant à cette colonie?

c — La maladie contagieuse était-elle dans aucun de ces ports?

d — S'ils ont eu à bord des maladies pendant la traversée?

e — Y a-t-il eu des morts?

f — Combien?

g — De quelle maladie?

h — Y a-t-il actuellement des malades à bord?

i — Combien?

j — Quelle est leur maladie?

« Ces mêmes habitants devaient ensuite demander si on avait besoin de vivres ou de rafraîchissements. Si on en réclamait, ces provisions devaient être déposées à un endroit isolé de la côte, marqué par un poteau. Le capitaine devait envoyer chercher vivres et rafraîchissements par une chaloupe, mais il devait attendre que ceux qui avaient porté ces effets à l'endroit marqué se fussent retirés. Les bâtiments ne pouvaient continuer leur route vers Québec avant d'avoir reçu la permission par écrit de l'intendant. Et ce dernier ne donnait le permis pour entrer dans le port de Québec qu'après rapport du chirurgien chargé de la visite du vaisseau. Enfin, défense était faite aux habitants de la colonie de communiquer avec les équipages et les passagers des vaisseaux ancrés à l'île aux Coudres, sous peine de punitions corporelles ».[25]

Ces instructions de la Cour, telles que suivies chez nous par Vaudreuil et Bégon, n'étaient pas particulières à la colonie; elles s'appliquaient à tout le royaume. Nous allons mettre en regard du texte que nous venons de citer un passage détaillant les mesures prises à la même date pour la protection de Bordeaux et des autres ports de Guyenne.

« Pierre Armaillac dit Pitre, officier marinier du port de Pauillac, enjoint aux pilotes du bas de la rivière [Gironde] de faire mouiller tous les navires à l'île de Patiras. Les vaisseaux étant mouillés, Pitre s'en approche à porté de voix avec un porte-voix, et s'informe d'où ils viennent, s'ils ont des malades à bord, s'ils ont relâché en quelque endroit. Des officiers de santé sont envoyés pour faire la visite. Si les vaisseaux ont besoin de vivres, ils auront à mettre leur pavillon en berne et à laisser filer un canot avec un grelin de 100 brasses au moins. On leur met dans le canot ce qu'ils désirent. Il est défendu aux équipages de descendre à terre où que ce soit et de communiquer d'un bord à l'autre. Les capitaines doivent remettre aux seuls médecins et chirurgiens préposés à la visite leurs lettres de santé, lettres de mer, connaissements, et autres papiers ou lettres, pour être parfumés. Le dit Pitre commande aux maîtres des bâtiments, pendant qu'ils font quarantaine, de faire ouvrir tous les panneaux et écoutilles, et de mettre sur le pont, à l'air, autant que faire se pourra, toutes les marchandises suspectes de conta-

gion: lits, linges et hardes, tant des officiers que des matelots et passagers. Le bâtiment est parfumé si cela est jugé nécessaire. Des postes de six hommes empêchent les débarquements clandestins ».[26]

Ces mesures de police sanitaire ne sont-elles pas la réplique exacte de celles qui furent imposées au Canada?

Un seul navire de Marseille vint à Québec durant l'épidémie. Ce fut en 1723. Le 22 juin de cette année, Bégon commet « les officiers de l'amirauté de Québec pour se transporter avec le sieur Berthier, chirurgien, à bord d'un bâtiment venant de Marseille, dès son arrivée en la rade de Québec, se faire représenter les certificats de santé, faire visiter les malades par le sieur Berthier, obtenir tous les éclaircissements possibles du capitaine..., [et il fait] défense à l'équipage du dit bâtiment de descendre à terre, à l'exception du capitaine qui pourra y descendre avec les dits officiers de l'amirauté dans leur chaloupe ou canot ».

Les certificats ou *patentes de santé* dont parle l'ordonnance de Bégon, provenaient des officiers de santé, médecins ou chirurgiens du roi, qui avaient visité l'équipage dans les ports où le navire s'était arrêté.[27] En repartant de Québec le capitaine dut se munir d'une nouvelle *patente de santé,* délivrée celle-ci par Michel Berthier.

Le blocus de la Provence s'étendait au commerce des marchandises. Le 11 octobre 1720, un arrêt du Conseil d'Etat portait « défenses », sous peine de la vie, d'introduire dans le royaume aucunes étoffes ou toiles des Indes, de la Chine et du Levant, et des étoffes fabriquées dans la ville de Marseille » Or ces toiles et étoffes comprenaient les *écarlatines* qui servaient au commerce des sauvages. Les meilleures se confectionnaient justement dans le Midi; il fallut donc les importer provisoirement d'Angleterre. Le 4 janvier 1722, le Conseil de Marine mandait à Le Pelletier de la Houssaie, contrôleur général, que « les écarlatines étant absolument nécessaires pour la traite avec les sauvages, et les Anglais de Boston ayant établi des corps de garde à Orange [c'est-à-dire à Albany, Etat de New-York] pour retenir ce commerce et empêcher que cette marchandise ne passe au Canada, il convient de se la procurer en Angleterre en attendant qu'elle soit fabriquée régulièrement en France. Celle qui est faite par les sieurs de Gilly, à Montpellier, poursuit la lettre en résumé, est une imitation à peu près parfaite, mais la contagion qui sévit en ces lieux en paralyse la manufacture. Il faut donner des passeports à la veuve Pascaud qui fait presque exclusivement ce commerce avec l'Angleterre ».

Deux Français du Canada, Médard Chouart des Groseilliers et son beau-frère Pierre Radisson, s'étaient trouvés à Londres pendant la peste de 1665. Pendant celle de Marseille six personnes, venant du Canada et de l'île Royale, furent à notre connaissance emprisonnées dans cette ville: Mme de Courtemanche et sa famille, et La Garande de Pastour, habitant de Niganiche.

La veuve d'Augustin le Gardeur de Courtemanche s'était embarquée en 1720 avec ses trois filles et une sauvagesse, sa domestique. Le vaisseau, parti en destination du Havre, avait dû par suite de circonstances que nous ignorons se rendre à Marseille. Comme l'épidémie faisait rage, la veuve fut forcée de rester à bord; mais impatientée bientôt du blocus qui immobilisait tout le trafic maritime, elle s'adressa au Conseil de Marine pour obtenir l'autorisation de passer en province. Le 19 mars 1721, le président du Conseil écrivait à Vaucresson: « La dame Coutemanche, veuve d'un Capitaine des troupes du Canada, a passé en France avec ses 3 filles et une sauvagesse, et est arrivée à Marseille le 20 octobre de l'année dernière dans le vaisseau l'*Aventurier,* du Havre, commandé par le sieur Bernard Cazus. Elle écrit au Conseil qu'elle a depuis ce temps resté à bord du vaisseau et demande la permission de passer en Languedoc avec ses enfants et son domestique à condition de faire la quarantaine. Vous aurez agréable de lui faire savoir que cette permission ne peut lui être accordée et qu'elle ne doit point sortir de Marseille que la communication ne soit ré-

tablie parce qu'en quelque province qu'elle allât on ne lui permettrait point entrée et qu'elle serait obligée de s'en retourner ». Ce ne fut que le 7 janvier de l'année suivante que le président du Conseil autorisa le marquis de Brancas à laisser sortir la veuve Courtemanche de Marseille.

Parmi les médecins qui se dévouèrent au service des pestiférés, il convient de mentionner Jean-André de Peyssonnel, savant qui avait fait un séjour en Louisiane. Pendant l'épidémie, en 1722, il adressait à l'Académie des Sciences un mémoire sur la *Contagion de la peste expliquée et les moyens de s'en préserver.*

Le fléau finit par disparaître tout à fait, après avoir dévasté la Provence, puis le Languedoc et le Comtat. Au Canada la quarantaine des navires se termina le 19 juin 1724. Ce jour-là l'intendant rend une ordonnance qui, « en conséquence des ordres de Sa Majesté, révoque l'ordonnance du 20 octobre 1721 pour l'établissement des quarantaines et décide que les navires de Marseille qui viendront en cette colonie y seront reçus de la même manière qu'ils l'étaient avant la contagion et ainsi que le sont tous les autres navires qui y viennent des ports de France ».

B — *L'assainissement des villes.*

Il est difficile de nous représenter les conditions de malpropreté dans lesquelles vivaient nos aïeux. A Paris, capitale d'un grand royaume, les rues, remplies de trous, servaient de réceptacles aux ordures et aux débris. Le *tout à la rue* était la règle commode que suivaient le peuple et la bourgeoisie. Eaux de vaisselle, contenu des vases de nuit, balayures se déversaient dans la rue pour y croupir. Pas d'égouts, les latrines manquaient aussi et les fosses d'aisance. En 1608, une ordonnance de police défend « de jeter ou faire vider par les fenêtres des maisons, tant de jour que de nuit, urines, excréments, ni autres eaux quelconques ». Des ordonnances de même nature doivent être promulguées continuellement.

Dans les rues s'ébattaient les animaux domestiques, porcs et volailles surtout, qu'on ne se souciait pas de renfermer dans les cours. Ajoutons à cela certains métiers, comme la boucherie, qui contribuaient à l'infection générale de la rue et du trottoir. Tripailles, matières fécales, têtes et queues de poissons, plumes, tout était balayé au ruisseau.

Les Canadiens ne se préoccupaient pas plus de la propreté de leurs villes que leurs cousins de France. Du moins avaient-ils l'excuse de vivre dans un pays neuf, à peine ouvert à la civilisation. Essayons d'imaginer l'aspect des rues à Montréal et à Québec. Un sol inégal, détrempé et boueux, le printemps défoncé par des *ventres de bœuf* peut-être, toujours couvert de débris et d'ordures, sans pente régulière ni aucun moyen d'écoulement pour les eaux de pluie et du ménage, qui croupissent par flaques et dans lesquelles se vautrent les cochons. Quant aux trottoirs, à Montréal ils sont si étroits et pourris que les femmes enceintes n'y peuvent marcher en sûreté!

On peut répartir sous trois chefs les mesures d'hygiène publique prises par les autorités civiles sous le régime français.

1 — *Les mesures relatives à la voirie.*

Le règlement le plus ancien sur la propreté des rues date de 1676. C'est le Conseil supérieur qui l'établit.

> Tous propriétaires ou locataires qui occupent des maisons en cette ville [de Québec] nettoyeront à l'avenir les rues de devant leur logis pour en faire transporter les immondices en lieu qui n'incommode pas, n'en souffrant aucunes dans les dites rues, sous peine d'amende arbitraire.

Autre règlement du Conseil, le 27 janvier 1687, pourvoyant cette fois à l'égoutement des rues vers le milieu de leur tracé. L'abord des maisons se trouva dégagé, mais quel aspect devait présenter la chaussée!

> Tous propriétaires de maisons et emplacements à la Basse-Ville seront tenus, dans deux ans, d'avoir pavé les rues, chacun en droit soit, en égout vers le milieu de la largeur d'icelles. Autrement il y sera pourvu ainsi qu'il sera trouvé

être à propos, étant de l'utilité publique qu'elles le soient.

A Montréal, le 17 juin 1692, Fleury Deschambault lieutenant général prescrit que « chaque propriétaire devra, dans huit jours, aplanir les buttes dans les rues, vis-à-vis ses emplacements et faire enlever les vidanges qui peuvent s'y trouver ».

Le maître des basses œuvres ou boueur, préposé à l'enlèvement des ordures, s'appelait en France *maître fifi*. Un règlement du Conseil supérieur, en date du 2 avril 1694, prévoit à Québec l'emploi d'un *maître fifi*.

> Qu'il y aura un tombereau pour enlever les immondices des rues de la Basse-Ville, chacune semaine pendant le printemps, l'été et l'automne, à prendre depuis l'évêché en descendant, de quoi [il] sera parlé aux charretiers par le lieutenant général afin d'en trouver un qui l'entreprenne.

Le 22 février 1698, nouveaux règlements du Conseil, plus étendus et regardant encore par une de leurs dispositions le pavage des rues. Celui de 1687 était resté lettre morte.

> a — Tous propriétaires de maisons et emplacements à la Basse-Ville seront tenus dans l'été prochain de paver les rues, chacun en droit soi, en égout, vers le milieu de la largeur d'icelles conformément au niveau qui en sera tiré par Bailly et Laroue, architectes, en présence du lieutenant général et du grand voyer, en sorte qu'il soit achevé au premier septembre.
>
> b — Défenses de jeter par les fenêtres ou autrement aucunes eaux, saletés et ordures dans les rues, sous les peines qu'il appartiendra, afin d'éviter les maladies et accidents qui en pourraient provenir, soit en été ou hiver.
>
> c — Qu'il soit tenu à la main à ce que les cochons ne vaquent point dans la ville et que les règlements faits à cet égard soient exécutés.

A Montréal Fleury Deschambault emboîte le pas et, le 14 avril de la même année, il rend une ordonnance.

> Enjoignant aux propriétaires et locataires qui occupent des maisons en cette ville de nettoyer le devant de leurs emplacements, et d'ôter tous les bois, fumiers, vidanges des caves et autres embarras et immondices pour les transporter en des lieux où ils ne puissent incommoder le public, à peine de dix livres d'amende.

Quatre ans plus tard Juchereau, son remplaçant, par une ordonnance du 28 avril défend de « laisser à l'avenir vaquer dans les rues les porcs et les cochons ».

Le Conseil supérieur promulgue encore des règlements le 1er février 1706, dont un article concerne les porcs. On s'était contenté de les bannir de la rue en 1698; cette fois l'élevage en est interdit dans les limites de la Basse-Ville.

> a — Ordonne que les règlements faits le 11e jour de mai 1676 au sujet des fourrages seront gardés et observés, et en ce faisant fait défenses à toutes personnes de nourrir aucuns bestiaux en la Basse-Ville, et de garder à cet effet des fourrages dans leurs maisons, sous peine d'amende arbitraire et de confiscation des dits bestiaux. Permet seulement à ceux qui ont des chevaux d'avoir quelque peu de fourrage pour les nourrir, sauf à eux à en avoir de réserve hors la dite Basse-Ville.
>
> b — Fait défenses de nourrir des cochons dans la Basse-Ville, à commencer au mois de mai prochain, depuis la maison de [François] Sauvin, qui est au Sault-au-Matelot, jusqu'à celle de Jean Demers, qui est au Cul-de-Sac de cette ville. Enjoint à ceux qui en nourriront au delà des dites maisons de les tenir enfermés et permet à ceux qui les trouveront dehors de les tuer.

De les tuer et d'en garder la viande sans doute. A Montréal une ordonnance de Fleury Deschambault, en date du 22 mars 1715, obligeait d'envoyer à l'Hôtel-Dieu, pour les malades, la viande de ces animaux errants qu'on avait l'autorisation d'abattre.

Malgré ces défenses répétées la gent porcine continua à vagabonder par les rues, à Québec et à Montréal. Ce laisser-aller des habitants, ces habitudes de malpropreté ne choquaient pas. En France, même dans les grandes villes et jusqu'à la fin de l'Ancien Régime, on disputait le trottoir et la rue aux cochons. En 1775, dans un rapport sur l'épidémie qui venait de dévaster Brantôme, le sieur Ranouil écrit: « Si la ville avait été tenue plus proprement, ce qui sera toujours impraticable tout autant qu'on y souffrira autant de cochons, voilà, je pense, la vraie cause pourquoi les maladies ont été aussi funestes; on sait que les miasmes

putrides qui émanent de ces animaux et même des végétaux corrompus, que l'on emploie pour leur nourriture, peuvent occasionner les maladies les plus graves; l'on joint encore à cette nourriture les sangs des bœufs, moutons, que les bouchers vendent à ceux qui élèvent des cochons; pour peu que le mélange s'y trouve ensemble, il n'est pas impossible que la fermentation n'élève des miasmes putrides qui corrompent l'air de l'atmosphère, qui acquiert une qualité d'autant plus pernicieuse et délétère qu'il se trouve déjà corrompu par les vapeurs qui s'élèvent du fumier de ces animaux, que l'on met en tas dans les rues et dans les maisons. »

Citons pour finir trois ordonnances de Guiton de Monrepos, se rapportant à la propreté des rues de Montréal. Le 24 avril 1745, il oblige « tous les habitants, propriétaires ou locataires, à ramasser au-devant de leurs terrains les fumiers, immondices et ordures qui y seront, chaque jour, de les mettre en tas, à côté de la voie publique, pour ne pas nuire aux voitures, et de les transporter sur le bord de l'eau ». Quatre ans plus tard, le 15 février, il se préoccupe des trottoirs ou *banquettes*, « pourries et trop étroites pour que les femmes enceintes et les gens âgés puissent y marcher en sûreté ». Enfin, par un règlement du 9 août 1754 il fait défense aux particuliers de la ville « et des trois faubourgs » de jeter des animaux morts dans la *Petite Rivière* ou de les laisser exposés sur les champs et dans les chemins. La rue Craig recouvre aujourd'hui le lit de ce ruisseau qu'on appelait sous le régime français la *Petite Rivière*.

2 — *Les latrines et fosses d'aisance.*

Parmi les règlements de police que promulguait le Conseil supérieur le 11 mai 1676 on relève le suivant:

> Il est enjoint à toutes personnes qui feront bâtir à l'avenir des maisons en cette ville [de Québec], d'y faire des latrines et privés, afin d'éviter l'infection et la puanteur que ces ordures apportent lorsqu'elles se font dans les rues, et qu'il en sera fait aux maisons qui sont de présent bâties, si le lieu de leur situation le permet, et en cas qu'il ne fût pas possible d'en faire, les propriétaires et locataires demeurant dans les dites maisons, seront tenus de nettoyer tous les matins le devant d'icelles, sous peine d'amende arbitraire.

Lorsque ces ordures se font dans les rues! Mais alors, on *juivait* dans la ville! En pleine rue! On poussait même le sans-gêne plus loin et si Cambronne a dit le mot, les Québécois, eux, faisaient la chose.

Ceux qui ont lu le roman de Gabriel Chevallier se rappellent qu'à Clochemerle-en-Beaujolais les habitants, qui s'étaient passé d'urinoir pendant mille ans et plus, n'éprouvaient pas le besoin d'en avoir du jour au lendemain. « D'autant plus que l'usage de l'urinoir demanderait une éducation préalable des Clochemerlins... Des hommes qui avaient uriné de père en fils contre les bas des murs et les renforcements, au hasard du besoin, ne seraient pas très disposés à s'épancher en lieu fixe ».

Les habitants de Québec, insouciants comme ceux de Clochemerle, ne goûtèrent pas les recommandations du Conseil et refusèrent de s'épancher en lieu fixe. Le Conseil dut revenir à la tâche et tenter encore une fois de corriger leurs habitudes fantaisistes. Le 1er février 1706, un règlement plus sévère était édicté.

> Toutes personnes qui feront bâtir à l'avenir des maisons en cette ville seront tenues d'y faire des latrines et privés afin d'éviter l'infection et la puanteur que ces ordures apportent lorsqu'elles se font dans les rues. Ordonne qu'il en sera fait aux maisons qui sont de présent bâties dans le printemps prochain, sans aucune remise, à peine de vingt livres d'amende contre les propriétaires ou principaux locataires, lesquelles latrines ou privés seront faits sur les loyers des dits logis. Faits défenses aux entrepreneurs ou maçons de [ne] plus bâtir de logis à l'avenir qu'ils ne fassent des latrines, à peine de pareille amende de vingt livres. Et enjoint aux officiers de la prévôté de faire leur visite dans tous les logis et d'en faire faire où il n'y en a pas aux dépens du propriétaire, à l'effet de quoi les locataires fourniront à la dépense, laquelle leur sera déduite sur les loyers.

Ce règlement mit quelques propriétaires en émoi. Par suite de la construction particulière

de leurs maisons ils se trouvaient empêchés absolument d'y « faire des lieux communs ou latrines », même « d'en faire faire de communs entre deux voisins ». Le 28 juin, une délégation parmi laquelle on remarquait le chirurgien Jourdain Lajus se présentait devant le Conseil pour faire constater officiellement, par des personnes commises à cet effet, le bien-fondé de ces prétentions. Le Conseil se rendit à leur demande; mais l'inspection rencontra des difficultés. « Les officiers de la prévôté ont eu de la peine à exécuter l'arrêt », constate le compte-rendu de la séance du 19 juillet. La visite fut donc reprise et cette fois on y procéda à la satisfaction du Conseil. Le 2 août, le Conseil statuait définitivement. Deux propriétaires étaient condamnés à se construire des latrines chez eux. La plupart des autres avaient la faculté de rebâtir leurs maisons ou d'attendre un nouveau règlement que le Conseil promettait. Il en restait deux: la veuve Roger et la veuve Leduc. Ursule Levasseur, veuve de Guillaume Roger, était la belle-mère de Jourdain Lajus, qui la représentait devant le Conseil. A ces deux veuves donc on permettait de faire « dans la rue devant leurs maisons une voûte pour faire les fosses et privés en faisant les murs nécessaires et suffisants et en plaçant les sièges dans leurs maisons ». Solution élégante d'un problème épineux et il nous plaît de croire que c'est Lajus qui l'avait trouvée. Le confort d'une invention aussi pratique, surtout en hiver, pendant une tempête de *norouêt*, peut à peine s'imaginer!

3 — *Le métier de boucher.*

Les règlements généraux du 11 mai 1676, par l'article XV, intéressaient les bouchers.

> Il est enjoint à tous bouchers que, lorsqu'ils tueront des bêtes en cette ville [de Québec], d'en porter à l'instant à la rivière tout le sang et immondices, pour empêcher l'infection que cela pourrait causer, sous peine de dix livres d'amende.

Le 27 janvier 1687, autre règlement du Conseil supérieur, qui défend de tuer les animaux dans les limites de la ville. L'abattage devra se faire en dehors.

> Pour éviter l'infection que peuvent causer dans la ville les immondices et le sang des boucheries, il est enjoint aux bouchers de tuer leur viande aux extrémités d'icelle, et leur sera indiqué un lieu propre à faire des étaux pour détailler.

Le règlement suivant du Conseil, en date du 24 mars 1692, diffère considérablement des deux précédents. Il ne se préoccupe plus tant de la propreté de la boutique du boucher que de la qualité de la viande, de l'état de santé des animaux qu'on tue.

> Les personnes qui voudront tenir boucherie seront obligées d'en faire leur déclaration au juge de police dans la huitaine du jour de la publication du présent règlement... Défenses de tuer des veaux qu'ils n'aient au moins un mois, et à toutes autres personnes, tant de la ville que de la campagne, d'apporter de la viande pour vendre qu'après l'avoir offerte aux bouchers de la ville, à un sol moins que ce qu'ils la vendront en détail..., en faisant toutefois par les habitants apparoir des certificats de leurs voisins que leur bétail n'aura pas été tué pour cause de maladie.

Le 22 février 1698, le Conseil rappelle aux bouchers que les règlements relatifs à leur métier doivent être ponctuellement exécutés.

Il en promulgue de nouveaux, le 1er février 1706, qui renouvellent les défenses anciennes, mais d'une manière plus explicite. Ces règlements font honneur à ceux qui les ont édictés. Ils prévoient l'inspection des bêtes à l'abattoir, ensuite de la viande qui, dans l'étal, devra être suspendue à des crochets. Les veaux âgés de moins d'un mois ne peuvent être vendus, leur chair étant impropre à la consommation. Tous animaux destinés à la boucherie seront certifiés sains, et les certificats de santé qui jusque-là s'obtenaient des voisins, gens souvent intéressés, désormais ne seront délivrés que par un personnage officiel de la paroisse. Enfin les règlements répètent les instructions qui regardent la propreté des lieux servant d'abattoirs.

> a — Que les bouchers seront tenus, avant de tuer les bêtes qu'ils voudront vendre, d'avertir le procureur du roi, de la prévôté de cette ville, ou celui que sera par lui commis, du temps qu'ils les voudront tuer, afin qu'ils s'y transportent pour connaître si les bêtes sont en assez bon état pour être distribuées au public, avec défenses à eux

d'exposer en vente aucune viande qu'elle n'ait été vue par le dit procureur du roi ou [la] personne par lui préposée, à peine de confiscation d'icelle, de trente livres d'amende pour la première fois, de soixante livres pour la seconde et de cent livres pour la troisième, et interdiction pour toujours de commerce de boucherie, les dites amendes applicables moitié au dénonciateur et l'autre aux pauvres de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

b — Fait défenses aux habitants de la campagne d'apporter en cette ville aucuns veaux à vendre qu'ils n'aient au moins un mois, et aux bouchers d'y en faire tenir pour les nourrir, tuer et vendre, qu'ils n'aient plus d'un mois, à peine contre les uns et les autres de confiscation des dits veaux.

c — Fait en outre défenses le dit Conseil à tous habitants d'apporter en cette ville aucune viande qui ne soit de bonne qualité et sans être morte par accident ou avoir été tuée à cause de maladie, à peine de confiscation de la dite viande, et de trente livres d'amende applicable comme ci-dessus. A eux enjoint d'apporter certificat du juge dans les lieux où il y en a, et dans ceux où il n'y en a point encore d'établis, des seigneurs, curés, capitaines ou autres officiers de milice, comme [quoi] les bestiaux par eux apportés n'étaient attaqués d'aucunes maladies avant d'avoir été tués, et qu'ils ne sont pas morts d'accident, comme noyés ou empoisonnés, lequel certificat les dits habitants seront tenus de représenter au procureur du roi, de la prévôté de cette ville, pour avoir permission de lui de mettre la dite viande en vente. Lequel certificat et permission leur sera délivré sans frais.

b — Qu'il sera fait quatre étaux de boucherie en cette ville... auxquels étaux [les bouchers] auront des crochets pour y pendre leur viande.

e — Fait défenses aux dits bouchers de vendre à l'avenir aucunes volailles, œufs, beurre ou autres denrées, à peine de confiscation et d'amende arbitraire.

f — Et pour empêcher l'infection que causent leurs tueries, les dits bouchers seront tenus de faire enlever et porter à basse marrée les fumiers et vidanges des bestiaux qu'ils tueront, et de laver et nettoyer tellement le sang et immondices des dits bestiaux qu'ils ne causent dans les lieux de leurs tueries ni aux environ d'icelles aucune puanteur, à peine de dix livres d'amende.

Une maladie du porc, assez commune à cette époque et qui se communique à l'homme, était la ladrerie ou cysticercose, causée par le ténia armé, appelé vulgairement ver solitaire. Les bouchers savaient reconnaître cette affection. Une vente de porc atteint de ladrerie, vente faite entre David Corbin et Pierre-François Giroux, de Beauport, le 30 novembre 1726, donna lieu à une ordonnance de police.

(à suivre)

BIBLIOGRAPHIE

1. Pierre-Georges ROY, *Rapport de l'Archiviste... 1920-1921*. Québec, 1921, 40-41.
2. Joseph-Noël FAUTEUX, *Essai sur l'industrie au Canada sous le régime français*. Québec, 1927, II, 344.
3. *Bull. rech. hist.*, 1908, 97.
4. Mgr Amédée GOSSELIN, *L'Instruction au Canada sous le régime français*. Québec, 1911, 433.
5. Eugène REVEILLAUD, *Histoire chronologique de la Nouvelle-France... par le Père Sixte Le Tac*. Paris, 1888, 202.
6. Abbé Auguste GOSSELIN, « Québec en 1730 », *in Mémoires de la Société royale du Canada*, 1899, pp. 16-17 du tiré à part.
7. *Bull. rech. hist.*, 1938, 19.
8. Troisième édition, Tours et Montréal, 1930, II, 201.
9. Abbé Auguste GOSSELIN, *L'Eglise du Canada... Mgr de Pontbriand*. Québec, 1914, 545.
10. Dr E.-L. BOUDET, « Le Corps de santé de la marine et le service médical aux colonies au XVII^e^ et au XVIII^e^ siècle (1625-1815) », *in La Géographie*, 1934, vol. 61, 214.
11. Marc GAUCHER, « Carnet d'un Albertain », *in Revue d'histoire de l'Amérique française*, IV, 90-114. M. DELAFOSSE, « La Rochelle et le Canada au XVII^e^ siècle ». *Ibid.*, IV, 469-511.
12. René-Josué VALIN, *Nouveau commentaire sur l'ordonnance de la marine du mois d'août 1681*. La Rochelle, 1776, I, 502-503.
13. Edouard RICHARD, *Supplément du Rapport du Dr Brymner sur les Archives canadiennes*. Ottawa, 1901, 110.
14. Amédée LEFEVRE, *Histoire du service de santé de la marine militaire et des écoles*

de médecine navale en France, depuis le règne de Louis XIV jusqu'à nos jours, 1666-1867. Paris, 1867, 60.
15. Dr Paul BRAU, *Trois siècles de médecine coloniale française*. Paris, 1931, 68, 82.
16. Joseph-Edmond ROY, *Histoire du notariat au Canada*. Lévis, 1899, I, 18-19.
17. Renseignement obligeamment fourni par M. Antoine Roy, archiviste de la province de Québec.
18. Le Blond D'OLBLEN, *Statuts et règlements généraux pour les maîtres en chirurgie des provinces du royaume*. Paris, 1772, 84-86.
19. JOURDAN, DECRUSY, ISAMBERT, *Recueil général des anciennes lois françaises depuis l'an 420 jusqu'à la révolution de 1789*. Paris, 1822-1833, vol. XVIII, 381.
20. Fernand GILLET, *L'Hôpital de la Charité*. Montévrain, 1900, 36-37.
21. *Recueil des bulles et des brefs qui concernent l'Ordre de la Charité en France, avec un abrégé chronologique de l'établissement des hôpitaux d'icelui*. Paris, Delatour, 1723.
22. Pierre-Georges ROY, *Rapport de l'Archiviste... 1922-1923*. Québec, 1923, 64.
23. Pierre-Georges ROY, *Inventaire des ordonnances des intendants*. Beauceville, 1919, I, 150.
24. Paul GAFFAREL et marquis de DURANTY, *La Peste de 1720 à Marseille et en France*. Paris, 1911, 189-190-191 et *passim*.
25. Pierre-Georges ROY, *La Ville de Québec sous le régime français*. Québec, 1930, II, 95-96.
26. Victor-Jacques-André DUCHESNE, *La lutte contre les épidémies dans les campagnes de Guyenne au XVIII^e siècle, sous l'ancien régime*. Bordeaux, 1936, 31-32.
27. *La Chronique médicale* de Paris, en 1913 (pp. 326-337), a reproduit deux certificats ou patentes de santé.

AVIS DE L'ASSOCIATION

Le Comité d'économie médicale de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada prépare un sujet qui vous sera présenté à la soirée du 5 octobre, durant le Congrès des Trois-Rivières. Nous lançons une invitation à tous nos confrères. Cette séance ne manquera pas d'intérêt pour vous.

EN DEVOIR

L'OPINION DES AUTRES À NOTRE SUJET

Voici la première d'une série d'articles qui seront publiés de temps à autre dans les colonnes de L'Union Médicale. *Des représentants de divers groupes en relation étroite avec la profession médicale, ont été invités à exprimer leur opinion franche et même de critiquer s'il est nécessaire, et de suggérer comment ces relations peuvent être améliorées.*

LES GARDES-MALADES

par Gertrude M. HALL, G.M.G.,
Secrétaire-trésorière générale de l'Association Canadienne des Gardes-Malades.

L'association des gardes-malades a reçu l'invitation d'analyser la profession médicale et de la critiquer. Cette invitation évidemment s'oppose directement à l'attitude traditionnelle de désintéressement et de loyauté que les gardes-malades dévouent aux médecins, et une telle demande est accueillie non sans une certaine angoisse.

Au cours des années, la profession des gardes-malades a disséqué, analysé, examiné, et résolu beaucoup de ses propres problèmes complexes et épineux. Ainsi, en poursuivant une solution pour ses difficultés, elle a eu très peu de temps, d'énergie ou d'inclination pour se lancer dans l'évaluation des autres professions alliées. Il nous semble que les médecins démontrent beaucoup de courage, d'objectivité scientifique, et un vrai sens professionnel en invitant les autres groupes à soumettre des suggestions à leur sujet, ou même des critiques qui pourront améliorer les relations entre les divers groupes et, conséquemment, le service qu'ils rendent à la société.

Les professions groupant les médecins et les gardes-malades sont peut-être plus étroitement unies par le but qu'elles poursuivent que toutes les autres associations professionnelles. Feu le Professeur Ira Mackay de l'Université McGill, au cours d'une causerie prononcée il y a quelques années devant l'Association Canadienne des Gardes-Malades réunies à Toronto, énonça des faits significatifs et très avancés concernant nos professions, nos besoins et notre caractère. Il décrivit cette liaison en ces termes: « Deux aspects sont nécessaires dans le traitement, les soins et la guérison des patients. La guérison des patients est le devoir des médecins et leurs soins sont celui des gardes-malades. La profession médicale est surtout intéressée au traitement du corps, tandis que l'union de l'esprit et du corps doit être l'axiome principal de la profession des gardes-malades ».

Existe-t-il une relation suffisante?

Nous pourrions nous demander à ce point si, en pratique, il existe une collaboration et entente professionnelle étroite entre les médecins et les gardes-malades concernant la responsabilité conjointe au sujet des exigences de la guérison et des soins pour les patients. La majorité des médecins et des gardes-malades, à qui cette question serait posée, répondrait probablement d'une façon négative. Les salles de nos hôpitaux modernes et la routine élaborée et poussée d'une journée médicale, comprenant les soins des malades avec, en plus, le développement scientifique et technique et la spécialisation avancée, semblent laisser très peu de temps aux médecins et gardes-malades pour délibérer au sujet de la guérison et des soins de leurs patients.

Dans cette activité fébrile, nous constatons que le patient est souvent confus et étonné par cette routine complète à laquelle il est soumis dans une journée régulière d'un grand hôpital moderne. Il est soigné ou visité non seulement par plusieurs gardes-malades, mais

aussi par son médecin, un groupe d'internes, parfois par divers conseillers médicaux, des spécialistes en diététique ou en physiothérapie, des techniciens préposés au laboratoire ou aux rayons X, des membres du clergé, des représentants des services sociaux, des auxiliaires de toute sorte, et souvent aussi par des associés en affaires.

Il est difficile en quelque sorte de réaliser la métamorphose complète qui a eu lieu depuis quelques dizaines d'années concernant la guérison et les soins des patients. Avec tous les développements avancés de la science médicale moderne, il est à se demander parfois en regardant les patients si ceux-ci ne regrettent pas le médecin général d'autrefois qui soignait sans apporter d'autres instruments que son stéthoscope, son thermomètre et son livret de prescriptions, et l'ancienne garde-malade qui veillait près du lit en prodiguant des soins dévoués et désintéressés sans être encombrée par tous les accessoires scientifiques qui forment maintenant comme un écran de tubes qui vont et viennent ou par des dispositifs de toute sorte qui entourent le lit des malades.

Le Bon Vieux Temps

Anciennement, avant même que l'on parlât de déambulation ou d'antibiotiques, les patients étaient exemptés de faire le moindre effort physique ou mental. Ils ne se levaient jamais sans recevoir de l'aide et semblaient apprécier la sensation de confort et de protection qu'ils recevaient. Cependant en y pensant bien, les médecins, les gardes-malades et tous ceux et celles qui ont une fonction dans l'administration moderne des soins aux malades, possèdent un problème commun si l'on considère la coordination concernant les soins à donner aux patients. De nos jours, l'on parle beaucoup de travail d'équipe dans ce domaine, mais il semble que le seul effort accompli n'est venu que des lèvres seulement. Les gardes-malades peut-être plus que les autres membres de l'équipe sont dans une position pour mieux observer le trouble et la confusion des patients lorsque peu ou aucune coordination n'existe entre les divers soins qui leur sont prodigués.

Il semble qu'il serait nécessaire que tous les membres de l'équipe s'entendent sur le programme et la façon de procéder pour les soins d'un patient, et ce dernier devrait lui-même contribuer à ce plan. Trop souvent parfois, les personnes désignées aux soins des malades semblent oublier que la majorité des patients sont capables de coopérer d'une façon intelligente dans un programme destiné à leur apporter la guérison et la réhabilitation, à la condition évidemment qu'il leur soit donné une certaine orientation et des renseignements appropriés. Les médecins ont le plus grand rôle à jouer dans cette orientation du patient, et celle-ci ne devrait être accomplie que par eux ou par des gardes-malades sous leurs ordres. C'est donc le temps de tenir des conférences et des cercles d'études pour tous ceux et celles qui partagent les soins et la guérison d'un patient, et ces études devraient s'organiser et se maintenir systématiquement. Ce principe s'applique non seulement dans les hôpitaux mais aussi dans le champ étendu de la santé publique et du soin des patients à la maison.

Institut conjoint

Un autre moyen d'assurer une coordination plus étroite dans le soin total du patient est de tenir des assemblées conjointes ou symposiums où les participants représenteraient chaque domaine de la médecine y compris les gardes-malades, ceux et celles qui s'occupent de santé publique, de diététique et de physiothérapie.

Une convention de trois jours a eu lieu récemment dans une ville importante du Canada sous les auspices d'une Association Provinciale de Gardes-malades, et le sujet principal comportait une étude intitulée « Les soins complets envers le patient atteint d'une maladie cardiaque ». L'intérêt manifesté par toutes les personnes présentes à ces études fut marqué par une meilleure compréhension du cas étudié. Lors de réunions de l'un ou l'autre des groupes professionnels mentionnés ci-dessus pour des cercles d'étude ou des symposiums, il serait

désirable que d'autres membres de l'équipe médicale soient invités à participer à ces conférences. Les avantages mutuels qui en résulteraient alors serviraient certainement à contribuer en vue de donner de meilleurs soins qui seraient en même temps mieux coordonnés.

Un autre problème médical qui s'apparente à ceux qui sont déjà mentionnés, est l'orientation inadéquate qui est donnée aux internes concernant la routine et la manière de procéder dans les hôpitaux. Trop souvent la plus grande part de cette responsabilité retombe sur les épaules déjà surchargées de la garde-malade en chef.

Etudiants en médecine

Un cours complet pour les étudiants en médecine devrait comprendre la routine médicale dans les hôpitaux et les soins aux patients. Ces renseignements devraient être très bien compris par les étudiants avant leur admission pour un stage d'internat. De plus, l'interne avant de commencer ses visites dans les salles, doit connaître les règlements de l'institution où il exerce sa profession. S'il s'agit d'un hôpital où se donne un cours de garde-malade, il serait recommandable que les internes reçoivent une causerie ou deux par l'une des directrices afin qu'ils connaissent le but de l'école, le programme d'études des gardes-malades et le programme à suivre en clinique.

Des personnes qui s'occupent de problèmes concernant la santé publique ont déjà exprimé l'opinion qu'il serait avantageux si tous les étudiants en médecine recevaient quelques notions à ce sujet, et qu'ils pourraient même passer une journée pour accompagner et observer une garde-malade d'expérience dans ce domaine. Ainsi l'étudiant en médecine aurait l'occasion d'apprendre les principes de la santé publique, les devoirs, les responsabilités et les problèmes qui sont inhérents à cette branche de la médecine. Cette étude servirait aussi à aider le futur médecin à mieux comprendre les difficultés qui existent dans certains foyers et dans certains milieux en regard de la santé, de la prévention et de la guérison des maladies. Comme il existe aussi une tendance moderne à passer le temps de la convalescence et des maladies chroniques à la maison par l'établissement de plans spéciaux, il est de plus en plus essentiel que les internes et les étudiants connaissent les soins exigés par ces programmes.

La profession des gardes-malades est prête à coopérer par tous les moyens à sa disposition avec ses collègues de la profession médicale. Nous espérons donc sincèrement que les suggestions que nous avons émises s'avéreront mutuellement utiles en vue de mieux atteindre le but que nous poursuivons.

AVIS DE L'ASSOCIATION

La ponctualité à toutes les séances du Congrès accommode grandement les conférenciers et contribue à augmenter l'intérêt des auditeurs.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE AU BUREAU DU MÉDECIN[1]

Philippe LANDRY,
Directeur médical de la Ligue Antituberculeuse de Montréal.

Le titre de cette présentation a pu vous faire penser qu'il s'agirait d'une étude sur les méfaits de la tuberculose chez les médecins eux-mêmes. Cette histoire mériterait d'être racontée et vous seriez surpris du nombre de médecins qui ont été en proie à cette maladie avant et après leurs études médicales. En réalité, il s'agit plutôt de discuter entre nous de la nécessité d'établir un diagnostic de tuberculose en clientèle et de la facilité plutôt relative d'arriver à ce résultat en profitant au maximum des examens aux rayons X et de laboratoire. Le médecin privé peut faire alors une transposition ou une adaptation des résultats obtenus en relation avec son patient considéré comme individu et non plus comme un numéro, car les victimes de la tuberculose sont des individus qui ont des réactions, des amis, une famille.

Chaque effort doit être orienté pour traiter ces patients comme des individus et c'est le praticien général qui est le mieux placé pour ce travail. Il existe un réel danger que les droits et les privilèges des individus soient ignorés surtout depuis l'inauguration des examens en série qui ont pour but de faire le dépistage des lésions de début.

Pour trop de médecins, la tuberculose est une maladie dont le diagnostic et le traitement sont relégués à d'autres; satisfaits sont-ils lorsqu'ils ont demandé une radiographie et dirigé leurs patients à un dispensaire.

C'est pourquoi il ne doit pas vous surprendre qu'un médecin qui s'occupe du dépistage de la tuberculose insiste sur la nécessité de la collaboration des médecins à tel point que si le dépistage n'est pas complété par un diagnostic précis avec les explications personnelles à chaque individu intéressé, il se pourrait que dans les années futures le public développe une phobie du rayon X.

En 1948, une enquête radiologique avait lieu à Washington, et sur 4 665 cas de tuberculose découverts, 4 090 étaient ignorés du Service de Santé. Cette proportion est probablement vraie à Montréal et l'on peut dire qu'en 1951, il y a au moins autant de tuberculose inconnue que connue. C'est donc dire qu'il faut multiplier les moyens d'investigation tout en faisant travailler au maximum ceux que nous possédons.

Si nous considérons le rapport que nous faisait le docteur P. Brodeur, radiologiste; « sur près de 10 000 patients radiographiés à leur admission dans les différents services de son hôpital, près de 35% montraient des images pulmonaires anormales. De ce nombre, 9,11% donnaient des images ressemblant à une étiologie pathologique tuberculeuse, » il est normal de s'attendre à une proportion presque aussi forte en clientèle privée et le médecin en pratique générale, à cause de ses relations étroites avec le grand public et la confiance dont il jouit dans le milieu familial, peut être un puissant agent de contrôle dans la lutte en tuberculose. Comme le disait le Dr Christie, dans le Public Health Report de juin 1950, le médecin de famille a la clef du problème de la lutte antituberculeuse.

Cependant, il faut prendre garde à deux écueils: poser un diagnostic de tuberculose quand il n'existe pas ou passer outre un cas de tuberculose en activité quand il existe. La presque totalité des erreurs de diagnostic est due au fait que l'on veuille aller trop vite ou

1. Communication à la Société Médicale de Montréal, le 20 février 1951.

que l'on se base sur une impression en oubliant de suivre chaque phase de l'examen complet.

Avec votre permission, nous repasserons les bases nécessaires à établir un diagnostic de tuberculose pulmonaire dont le trépied est comme vous vous en rappelez: 1 — l'histoire clinique; 2 — la radiographie pulmonaire; 3 — le laboratoire.

Pour suivre le système actuellement établi, j'imagine que vous faites radiographier systématiquement tous vos patients de 15 à 45 ans une fois l'an, de 45 à 60 ans à tous les deux ou trois ans et ceux de 60 ans et plus à tous les cinq ans.

Il est admis universellement aujourd'hui que la radiographie est le meilleur moyen, supérieur à tous les autres, pour faire le dépistage de la tuberculose, c'est-à-dire pour trouver des lésions pulmonaires. Mais que signifie le rapport d'une radiographie pulmonaire que vous recevrez? Un rapport négatif ou apparemment normal peut être admis comme tel. Il faut cependant garder en mémoire que des lésions microscopiques de début ne sont pas humainement visibles aux rayons X. De plus, 25% de la surface pulmonaire n'est pas visible sur un film *en antero postérieur,* d'après le Dr Myers.

D'autre part, le docteur Miller a noté qu'à l'autopsie 75% des calcifications pulmonaires n'étaient pas visibles sur une radiographie *ante mortem.* Un autre fait à souligner est qu'un film pulmonaire normal peut dans les trois ou six mois subséquents, montrer chez les mêmes individus des lésions assez avancées. C'est donc dire que si l'examen clinique ne corrobore pas la radiographie il faut répéter celle-ci dans les six ou huit semaines ultérieures.

Si le rapport de la radiographie montre des images anormales, la cause de cette image anormale ne peut être donnée par l'examen d'une seule radiographie. Aucun radiologiste ou phtisiologue ne peut faire un diagnostic d'activité sur une seule radiographie pulmonaire; une impression peut être donnée. Je signale ici que les termes employés de tuberculose minime, modérément avancée et très avancée ne correspondent pas à l'activité de la lésion mais bien à l'étendue des ravages passés ou actuels. En tuberculose, cette activité est très variable et nous faisons remarquer que des ombres anormales peuvent rester stationnaires pendant deux ou trois ans avant que les symptômes apparaissent. Ce n'est pas la présence de l'ombre anormale qui est importante, mais sa relation avec le passé et surtout avec l'avenir. Les fibroses apicales, les nodules calcifiés, les séquelles pleurales vous sont signalés, mais ils doivent toujours être mis en regard de l'âge de l'individu et de ses antécédents.

En dépit de ces faiblesses, aucun examen pulmonaire ne peut être complet sans une radiographie pulmonaire et toute ombre anormale est justifiable d'examens complémentaires pour établir un diagnostic étiologique.

Le deuxième point à discuter est l'examen clinique. Qui peut mieux que le praticien général ou le médecin de famille, remonter plus facilement dans les antécédents familiaux ou personnels de son patient? Il est prouvé que la tuberculose n'est pas héréditaire mais le terrain est soumis aux influences des lois de Mendell, et c'est ainsi que vous avez tous noté que la tuberculose se développait plus facilement dans certaines familles que dans d'autres.

D'autre part, un contact direct dans des conditions idéales amène le transport de grandes quantités de microbes tuberculeux. La présence d'un cas de tuberculose dans une famille doit être la cloche d'alarme pour mettre les autres membres de cette famille en garde contre ce fléau. Une radiographie pulmonaire en sera la meilleure garantie.

Les symptômes subjectifs peuvent ou ne peuvent pas exister; il est frappant de voir combien de tuberculeux ont vu leur maladie évoluer sans donner aucun symptôme pour les obliger à consulter un médecin. D'autre part, cette évolution insidieuse ne peut être mise toujours du côté de la maladie et il n'est pas rare que le patient ait consulté plusieurs médecins pour des symptômes qui ne sont pas jugés importants au début et que 4 à 5 mois plus tard, une tuberculose pulmonaire en activité soit malheureusement constatée. Malgré qu'au-

cun symptôme ne soit spécifique certains signes peuvent nous faire penser à une infection tuberculeuse cachée.

D'après Pottenger ces symptômes, basés sur la physiologie, peuvent se classer en trois groupes. 1 — Ceux dus à la toxémie tuberculeuse, 2 — ceux d'ordre réflexe, 3 — ceux dûs à la lésion tuberculeuse elle-même. La toxémie produira un malaise général. Ceci est l'explication du fameux « Break Down » qui ne cause pas la tuberculose mais qui, bien plutôt, est dû à une tuberculose inconnue et non dépistée. L'asthénie marquée surtout le matin, la diminution de la force physique; des troubles digestifs comme la perte d'appétit et la constipation; un métabolisme élevé avec un pouls rapide peuvent être attribuables à une irritation du sympathique par la toxine du microbe de la tuberculose.

Comme symptôme d'ordre réflexe, le plus important est une laryngite subite sans lésion anatomique ou une toux non productive pouvant être attribuables à un réflexe d'origine thoracique qui retourne au larynx par les nerfs laryngés supérieurs.

Quant aux symptômes dus à la lésion elle-même, les hémorragies se rencontreront dans une proportion de 25%. Ces hémorragies ont pu se produire deux ou trois mois avant la consultation et le patient est resté dans une fausse confiance pendant cette période parce que ce symptôme ne se sera pas répété. D'autres symptômes de début dus à la lésion elle-même sont la grippe à répétition ou la pleurésie; la fistule anale est très importante à souligner puisque d'après Jaben, sur 600 cas de fistules qu'il a étudiés, 11,5% avait des lésions tuberculeuses pulmonaires.

L'examen physique objectif est rarement positif chez les cas au début. Cependant, à mesure que la maladie progresse on pourra noter à la palpation quelque rigidité musculaire thoracique; la percussion trouvera de la submatité alternant avec des zones de tympanisme suivant les lésions sous-existantes; enfin à l'auscultation on notera l'apparition des râles surtout après la toux.

Il faut noter toutefois qu'aucun signe physique n'est spécifique. Un diagnostic positif ne devant être posé qu'avec certitude, il est préférable de garder les individus sous observation et de répéter les examens avant de les mettre sur la liste noire.

La preuve scientifique et indiscutable d'une lésion tuberculeuse doit être basée sur la réaction positive à la tuberculine et sur la présence du bacille de Koch.

Une réaction à la tuberculine positive est la signature d'un foyer tuberculeux ancien ou actuel. Généralement on débute par le patch test (Vollmer). Si aucune réaction ne se produit et qu'il persiste des doutes sérieux, le Mantoux est fait. En employant la préparation en tablettes, ces tests peuvent être facilement réalisés à vos bureaux. Si ces réactions sont négatives les lésions anormales radiologiques ou les symptômes reconnus doivent faire diriger vos efforts de diagnostic vers une autre cause que la tuberculose. Je me permets de souligner ici le test au BCG actuellement à l'étude à l'Institut Bruchési et qui semble donner des résultats aussi sensibles que le Mantoux au centième.

La présence du bacille de Koch vous donnera la signature de votre diagnostic, et cette recherche peut être faite dans les expectorations ou par un tubage gastrique. Ces tubages sont faits sur demande et gratuitement à la clinique municipale ou aux dispensaires antituberculeux. En présence d'une image radiologique anormale, il est toujours prudent de demander au laboratoire de compléter ces recherches par une culture. Si la présence du microbe alcoolo-acido-résistant ne s'accorde pase avec la radiographie ou avec votre examen clinique, l'inoculation au cobaye est finale et définitive.

D'autre part, le fait de ne pouvoir trouver de BK dans les expectorations ou le lavage gastrique après des examens répétés, exclut dans la presque totalité des cas, l'activité des lésions tuberculeuses.

Cependant, il est bien important que votre diagnostic soit précis car après enquête aux

Etats-Unis en 1943 et 1944, on notait que 15 à 20% des patients étaient renvoyés des sanatoriums parce que non tuberculeux et que le diagnostic avait été fait sur une seule radiographie pulmonaire. Les porteurs d'anciennes lésions même découvertes après plusieurs années ne doivent pas être envoyés au sanatorium parce que non seulement ils prennent la place de ceux qui en bénéficieraient mais de plus nous leur causons une injustice morale et matérielle. Ces personnes doivent être plutôt revues périodiquement et rester sous surveillance dans leur famille. D'autre part, comme nous l'avons dit, tous ceux qui sont en activité, ceux dont les lésions progressent, ceux qui sont bacillaires régulièrement, doivent être isolés et traités le plus tôt possible autant pour eux que pour leur entourage.

En conclusion, nous croyons que 1° la radiographie pulmonaire devrait être facilitée à tous vos patients et la périodicité de cet examen devrait être en rapport avec l'âge et les contacts connus. En autant que je suis considéré, La Ligue Antituberculeuse de Montréal se fera un plaisir de faire la radiographie gratuite de tous vos patients et de vous envoyer le rapport et même le film si vous le désirez, pour que vous puissiez plus facilement discuter de ce problème avec votre patient. De plus, nous avons organisé un plan de dépistage qui nous permet, chaque année, de faire fonctionner un appareil à rayons X dans chaque paroisse de l'Ile de Montréal et cela pendant une semaine. 2° La réaction à la tuberculine et la recherche du bacille de Koch devraient être faites en présence de toutes images pulmonaires anormales et le diagnostic de tuberculose, surtout celui de la tuberculose en activité, ne doit être posé qu'après l'obtention de ces tests. 3° Tous ces résultats doivent être interprétés en fonction de l'individu et non pas essayer de systématiser votre patient pour que celui-ci justifie les symptômes ou les résultats des autres examens.

LES BESOINS FONDAMENTAUX DE L'ENFANCE[1]

La pédiatrie, ou médecine infantile, est devenue vers la fin du XIXe siècle une discipline spéciale qui s'est attachée à résoudre les problèmes que posait alors la haute mortalité parmi l'enfance, en élucidant la nature des maladies dont les enfants étaient victimes. A cette époque, même dans les pays où la médecine avait connu des progrès considérables, la mortalité infantile enregistrait encore un taux de 100 décès par 1 000 enfants, autrement dit, un enfant sur dix mourait avant d'avoir atteint l'âge d'un an.

Les causes principales de la mortalité infantile dans ces pays étaient, à cette époque, les affections respiratoires, les maladies contagieuses et les infections gastro-intestinales La fréquence de la diarrhée infantile, alors très élevée, était l'objet d'une légitime inquiétude à une époque où les femmes renonçaient à nourrir leurs enfants au sein, mais où l'hygiène du milieu et les méthodes de préparation et de conservation du lait étaient encore fort sommaires. Avec la révolution industrielle, le nombre des ouvrières s'est considérablement accru et celles-ci durent évidemment recourir à des moyens artificiels pour nourrir leurs bébés. Il en résulta que les autres femmes, elles aussi, renoncèrent à allaiter leurs enfants. Inconscientes du danger que représentait pour eux le lait de vache douteux ou adultéré qui était de règle à l'époque, elles suivirent l'exemple des mères qui, pour des raisons sociales et économiques majeures, étaient dans l'impossibilité de nourrir leur propre enfant. La pé-

1. Journée Mondiale de la Santé, 7 avril 1951.

diatrie, qui en était encore à ses débuts, s'attacha d'abord à résoudre le problème en développant diverses mesures diététiques qui visaient à assurer au nouveau-né une meilleure alimentation artificielle, lorsque le lait maternel ne pouvait lui être donné — bien que le lait maternel fût et demeure encore, à l'heure actuelle, la meilleure alimentation.

En dépit du succès de ces diverses méthodes, il apparut bientôt qu'à moins d'orienter toutes les mères dans le choix d'un régime et de soins appropriés, on ne pouvait pas faire grand-chose en recourant au traitement individuel pour combattre les causes principales de la mortalité infantile. Ce fut le début de la prévention dans le domaine de la pédiatrie. Les mesures visant à protéger la santé de l'enfant ont abouti, avec l'aide des organisations bénévoles et grâce à l'action des gouvernements, à la création de toute une série de services sanitaires, dispensaires, consultations de nourrissons, etc., qui ont permis l'application de mesures préventives et le dépistage des premiers signes annonciateurs de déficiences physiques. Ces services prodiguent leurs soins aux femmes enceintes et à l'enfant dès sa naissance et jusqu'à l'adolescence.

Cette évolution a accompagné le développement social et économique qu'ont connu plusieurs pays. Les infections gastro-intestinales ont été combattues avec succès, grâce aux mesures qui ont permis d'assurer la production et la distribution de lait sain et à l'amélioration générale des conditions d'assainissement. L'amélioration des conditions de logement, la vaccination contre les maladies contagieuses, le standard de vie plus élevé et la nouvelle législation sociale, tels sont les facteurs qui ont contribué à réduire la mortalité de l'enfance, de telle sorte que dans de nombreux pays les principales causes de décès ne sont plus aujourd'hui les maladies qu'il est possible de prévenir, mais des accidents qu'il est difficile d'éviter, tels que la prématurité, les anomalies congénitales et les accidents survenus au cours de la naissance — pour ne rien dire de ceux qui menacent l'enfant tant à la maison que dans la rue dès qu'il apprend à marcher.

Bien que les réalisations de la science médicale en faveur du bien-être physique de l'enfant aient été considérables, elles ne sont pas la seule préoccupation du pédiatre et du personnel sanitaire compétent, qui s'intéressent également au bien-être mental et affectif de l'enfant. Son développement psychologique harmonieux doit être assuré par des rapports et une ambiance favorables au sein de la famille et de la communauté, qui lui permettent d'atteindre sa condition d'adulte avec un haut degré de maturité. Le médecin ne saurait se désintéresser de ce problème, d'autant moins que dans la société moderne, la vie de famille est menacée et qu'un grand nombre de problèmes d'adaptation interviennent inévitablement avec de rapides transformations sociales.

Au cours des récentes années, la science a accumulé de nouvelles connaissances sur le développement et les besoins psychologiques de l'enfant. Ces nouvelles connaissances montrent l'influence considérable de la première enfance sur le développement mental et affectif, et ses effets sur l'intégrité de la santé mentale de l'adulte. Au cours de ses premiers mois, l'expérience la plus importante de l'enfant est celle de ses rapports avec sa mère et, plus tard, ses rapports au sein de la famille et de la communauté. Ce concept met en cause, dans une grande mesure, la vie de famille. Il met également en cause les diverses institutions d'enseignement et d'hospitalisation.

On s'entend à reconnaître que plus tôt intervient une anomalie dans l'attitude de l'enfant, plus néfastes sont ses effets sur la personnalité. Les six premières années de la vie sont déterminantes de la personnalité de l'adulte. Les pédiatres s'attachaient surtout, jadis, à orienter les mères en matière d'alimentation et d'hygiène générale. Aujourd'hui, avec les nouvelles connaissances dont ils disposent, ceux-ci peuvent également leur donner des conseils judicieux pour assurer à l'enfant un sain développement psychologique. Ils peuvent s'en acquitter en leur déconseillant des

méthodes dont on sait qu'elles nuisent au libre développement de la personnalité et en leur préconisant celles qui répondent aux réels besoins de l'enfant. On réalise aujourd'hui que certaines techniques exclusivement axées sur la protection de l'enfant contre les maladies et la malnutrition, peuvent avoir de graves conséquences du point de vue psychologique, engendrant chez l'enfant une contrainte et une angoisse dont les effets néfastes peuvent être durables.

La pédiatrie moderne s'attache donc à introduire et à encourager des soins maternels qui font une part égale aux besoins physiques et mentaux de l'enfant. Dans les pays qui en sont encore à mettre sur pied leurs services d'hygiène de l'enfance, le problème est évidemment différent puisque d'emblée, il sera possible de tenir compte de ces deux aspects. Ces pays peuvent, bien entendu, profiter des expériences et des erreurs psychologiques qui marquèrent les débuts de la pédiatrie. Les gouvernements réalisent aujourd'hui que la santé, le bien-être et l'éducation des enfants sont trois aspects d'un seul et même problème; les institutions internationales, telles que l'Organisation Mondiale de la Santé, sont prêtes à leur prêter main-forte dans l'édification d'un monde meilleur pour leurs enfants.

L'HÉRÉDITÉ DANS L'ÉPILEPSIE

Une hérédité de prédisposition paraît ressortir d'une étude faite sur les 20 000 proches parents de 4 321 épileptiques. La proportion d'épilepsie chez ces 20 000 individus fut de 3,6% quand il s'agit d'épilepsie dite idiopathique et de 1,8% chez les parents d'épileptiques avec lésions cérébrales; ce qui constitue un pourcentage de 7 et de 3,5 fois plus grand que celui de fréquence de l'épilepsie dans la population en général (soit 0,5%). En plus, la concordance d'épilepsie idiopathique chez des jumeaux univitellins est de 84% et chez un groupe de jumeaux bivitellins de 10%. Pour ce qui est de l'épilepsie avec lésion cérébrale, ou d'épilepsie symptomatique, la proportion est respectivement pour les deux modes d'épilepsie de 17 et de 8%. Le même aspect de concordance apparaît sur le plan des caractères des crises et sur celui des trois électro-encéphalographes.

Cette étude offre un intérêt de première grandeur et une valeur conclusive de grande importance. (W. G. Lennox. *J.A.M.A.*, **146**: 529, 9 juin 1951)

UNE TECHNIQUE FACILE DE LOBOTOMIE FRONTALE

C'est celle de Fiamberti qui consiste à perforer la lame sus-orbitaire avec un instrument pointu qui a la morphologie d'un pic à glace.

Le malade reçoit un électro-choc, pendant la phase d'inconscience post-critique on lui enfonce le leucotome dans le lobe frontal en passant sur la paupière supérieure par la lame sus-orbitaire. L'instrument pénètre de 4 à 10 centimètres de profondeur dans le lobe frontal en suivant l'incidence du nez, puis par des mouvements de latéralité imprimés au leucotome, on sectionne à différents niveaux des faisceaux de fibres nerveuses qui relient le cortex pré-frontal au thalamus et à l'hypothalamus. Cette section a pour effet de provoquer une transformation dans l'affectivité du sujet, de tempérer son anxiété; d'amoindrir son appréhension, ses inquiétudes, et de minimiser ses regrets. D'anxieux, d'agité, de violent même qu'il était auparavant, il tend à devenir indifférent, indolent même, ne se souciant plus du passé et n'ayant aucune inquiétude pour l'avenir. Il se laisse vivre au jour le jour, étant délivré par-dessus tout de l'anxiété de quelque origine qu'elle fut. Du moins, c'est ce que procure la lobotomie chez un certain nombre de malades.

La méthode de Fiamberti de lobotomie préfrontale présente les avantages d'être facile et

rapide d'exécution, d'être sans danger (1,96% de mortalité), d'être peu coûteuse et de nécessiter peu de soins post-opératoires. Elle paraît être la méthode de choix en lobotomie applicable dans les grandes institutions de psychiatrie où les neuro-chirurgiens ne pourraient suffire à répondre aux besoins et aux exigences des malades dirigés par les psychiatres vers cette thérapeutique.

On aurait sur 97 schizophrénies ainsi traitées obtenu 88,2% d'amélioration et 29,4% de guérison chez des catatoniques; une amélioration de 84,6% et une guérison de 7,7 chez des paranoïdes; enfin chez les hébéphréniques et des sujets à formes mixtes avec alternation de 72.6 et 61,5% et aucune guérison.

A remarquer que ce mode de traitement peut être réalisé par les psychiatres eux-mêmes sans qu'il soit nécessaire de recourir à tous les soins qui requièrent une intervention chirurgicale effectuée dans une salle appropriée (M. T. Moore. *J.A.M.A.* **146**: 324, 26 mai, 1951).

HÉMORRAGIE SOUS-ARACHNOÏDIENNE

Elle peut être grave, mortelle même à la première apparition. Elle est due dans la très grande majorité des cas à une rupture d'un anévrysme intracrânien développé sur les vaisseaux artériels de la base du cerveau, plus particulièrement à la moitié antérieure de l'hexagone de Willis. Cet anévrysme peut être le résultat de l'artério-sclérose, d'une embolie septique, mais surtout d'une aphasie ou hypoplasie des parois artérielles. La rupture de cet anévrysme donne habituellement naissance à l'irruption du sang dans l'espace sous arachnoïdien et cela de préférence durant les 3e, 4e, 5e et 6e décades de la vie.

Un syndrome méningé sévère s'installe, de la confusion, du coma et même assez rapidement la mort du malade. Sur 752 cas, la mortalité fut de 48% si le traitement se limitait à des soins médicaux; de 14%, si les soins furent chirurgicaux. De préférence et, si possible, l'acte opératoire devrait atteindre l'anévrysme par voie intracrânienne, l'exclure par ligature de son pédicule, et l'enlever, ou pour le moins le doubler d'un lambeau musculaire. Par une autre alternative, on pourra ligaturer la carotide primitive au cou, si l'approche intracrânienne s'avère impossible ou trop risquée. L'artériographie endocrânienne par le diodrast ou le thorotrast pourra aider très avantageusement à connaître la localisation exacte de l'anévrysme et se rendre compte de sa configuration, et à découvrir éventuellement la co-existence de deux ou plusieurs anévrysmes. (L. A. Mount, *J.A.M.A.* **146**: 693, 23 juin, 1951).

ARTÉRIOGRAPHIE TRANS-LOMBAIRE

Il s'agit d'injecter dans l'aorte, par voie trans-lombaire du côté gauche et immédiatement au-dessous de la 12e vertèbre dorsale, une substance de contraste, visible aux rayons.

Ce procédé s'exécute sous anesthésie générale au pentothal. Il peut renseigner sur l'état de perméabilité de l'aorte abdominale et de ses branches, des iliaques et de leurs branches les plus immédiates; sur la circulation rénale, sur la condition de reins dystrophiques, anormalement situés, porteurs de tumeurs et de kystes ou troubles dans leurs fonctions; sur la situation anormale ou normale d'implantation, instruisant ainsi sur la présence d'un placenta prævia.

D'autres informations utiles purent être fournies par cette nouvelle méthode d'investigation. Elle n'est pas et ne sera pas d'un usage courant; elle s'ajoute à l'ensemble des explorations complémentaires nombreuses déjà employées en médecine. (A. T. Evans. *Cincinnati Journ. Med.* **32**: 18 février, 1951).

FAIRE DORMIR LES PORTEURS D'ULCÈRES DUODÉNAUX

Pendant le sommeil, l'activité gastrique serait réduite considérablement. En réduisant l'activité psychique, en supprimant l'effet excitant des pensées, des soucis, des inquiétudes, des appréhensions courants, ne pourrait-on pas accélérer la guérison d'un ulcère duodénal? L'essai fut tenté sur deux malades à ulcère

duodénal. On les fit dormir 20 heures sur 24 par l'administration de comprimés de Sonéryl. On les nourrit par un régime alimentaire normal. Un premier malade fut soumis à cette cure pendant 15 jours; un second pendant 3 semaines. Les deux malades, rapporte-t-on, furent considérablement améliorés cliniquement et radiologiquement après cette cure. Ce traitement par le sommeil provoqué porte-t-il un potentiel de curabilité digne d'intérêt? On ne peut actuellement formuler aucune opinion. (M. Dillon. *The Irish Journ. Med. Science.* **6**: 27 janvier 1591).

L'ÉPILEPSIE. SON TRAITEMENT

La médication anticonvulsivante bien appliquée devrait éliminer les attaques chez 50% des malades et les diminuer appréciablement dans 25% des cas. Les 25% restant pourront être soumis au neuro-chirurgien. C'est l'opinion d'Earl Walker. Chez ces 25% d'épileptiques, la neuro-chirurgie qui comportera l'excision corticale, dépassant les limites de la lésion et conduite par la corticographie comprenant une zone de tissu sain qui entoure l'aire lésionnelle, pourra amener la guérison dans 25 à 30 pour cent de ces cas et une amélioration de degré variable chez 50 pour cent de ces opérés. (*J.A.M.A.* **146**: 820, 30 juin 1951).

TRAITEMENT DE L'ACNÉ VULGAIRE

Le traitement ne comporte pas qu'une seule mesure ou qu'un seul agent. Il comprend, avec efficacité, des sulfamidés (sulfadiazine), des antibiotiques comme de l'auréomycine et de la terramycine, surtout si l'acné porte des pustules. Des œstrogènes et de la thyroïde pourront et devront être employés à l'occasion. Les foyers d'infection dentaires et amygdaliens sont éliminés. A l'occasion, de l'arsenic, du fer, de l'extrait de foie de veau ou de la vitamine B_{12} serviront. Le régime alimentaire éliminera les aliments gras et les sucreries. On devra également recourir à un traitement local qui comprendra des topiques surtout l'application d'alcool et des lotions soufrées afin de détruire les comédons et diminuer la séborrhée. Enfin, les rayons X ne devront pas être négligés et employés dans de nombreux cas avantageusement.
(G. C. Andrews et coll. *J.A.M.A.* **146**: 1107, 20 juillet 1951).

L'ALCOOL EN INTRAVEINEUSE COMME ANALGÉSIQUE DURANT L'ACCOUCHEMENT

Une solution à 7½% d'alcool dans un soluté glucosé à 5%, associée à du demerol, introduite en injection intraveineuse, constitue un analgésique efficace contre les douleurs de l'accouchement et ne paraît pas comporter des risques ou des désagréments sérieux à craindre.
(E. R. Chapman et P. T. Williams, *Am. J. Obst. and Gyn.* **61**: 447, mars 1951).

LE PRONOSTIC DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Les meilleurs critères de mauvais pronostic seraient des signes d'atteinte vasculaire comme l'hypertrophie du cœur, des anomalies électro-cardiographiques, de l'albuminurie et des manifestations de l'encéphalopathie hypertensive. Puis, d'autres facteurs de pronostic réservé sont le niveau élevé de la pression diastolique, le sexe du malade (chez l'homme le pronostic est plus sombre, la mortalité montrant un rapport de 3 à 2 chez ce dernier comparativement à la femme), le degré des altérations des artères rétiniennes. (A. H. Grup et coll., *Am. Journ. Med. Sc.*, **221**: 239, mars 1951).

L'ALGIE AU MEMBRE SUPÉRIEUR DANS L'INFARCTUS DU MYOCARDE

Cette algie affectant l'épaule et la main et même tout le membre supérieur gauche à un degré tel qu'elle empêche son utilisation, est présente dans 10 à 20 pour cent des cas.

L'infiltration du ganglion étoilé par de la procaïne serait un traitement simple et efficient. (D. M. Swan et J. M. McGowan., *J.A.M.A.* **146**: 774, 30 juin 1951).

Roma AMYOT.

Tumeur cérébrale d'origine syphilitique; convulsion; mort. Anesthésie chloroformique.

Septembre 1882.

Tumeur cérébrale d'origine syphilitique; convulsions; mort.

Dame M. A..., 39 ans, est admise à l'hôpital le 10 août, salle Sainte-Marie, No 34, service du docteur Desrosiers. Depuis la veille, elle souffre de convulsions épileptiformes, les mouvements convulsifs se répétant à de très courts intervalles, à peu près toutes les demi-heures et souvent tous les quarts d'heure. Dans les intervalles des accès, la malade reste plongée dans le coma. Les convulsions ont tout le caractère de celles que l'on rencontre dans l'épilepsie et l'éclampsie. La patiente cependant ne mord pas sa langue et ne jette pas le cri initial. Elle entre tout d'abord en convulsions toniques qui ne durent que quelques secondes et font place à des mouvements cloniques peu étendus et de courte durée; puis la respiration devient *soufflante*, accélérée. Les convulsions se succédant à de courts intervalles, la malade n'a pas le temps de reprendre connaissance suffisamment pour pouvoir donner les renseignements voulus. On parvient cependant, quelques heures après son entrée, et dans un intervalle plus long que les autres, à savoir qu'il y a quelques années elle a souffert de syphilis et a suivi pendant un certain temps un traitement mercuriel. Une parente de la malade dit que celle-ci se plaignait de violents maux de tête depuis quelques semaines.

L'examen de l'urine indique l'absence de l'albumine. Il n'y a d'œdème ni à la face ni aux extrémités. De même on ne constate aucun symptôme de paralysie soit à la face soit aux membres. Les pupilles sont d'égales dimensions et se contractent assez facilement à la lumière.

Le fait que cette personne a souffert de syphilis il y a quelques années, joint à la céphalalgie dont elle se plaignait depuis un certain temps et à cet autre fait qu'elle n'a jamais, avant aujourd'hui, souffert de convulsions, excluent l'épilepsie et rendent assez probable dans ce cas l'existence d'une tumeur cérébrale de nature spécifique (gomme). L'absence d'albumine dans l'urine et d'œdème aide encore à exclure les convulsions urémiques telles qu'on les rencontre dans le cours de la maladie de Bright, bien que dans certains cas de cette dernière affection, on puisse dans les périodes ultimes constater l'absence d'albumine dans l'urine.

On prescrit le chloroforme en inhalations continues, la malade devant être tenue sous l'influence de l'agent anesthésique tant que les convulsions auront tendance à se montrer. A l'intérieur, on donne l'iodure de potassium à haute dose, combiné au bromure, et administré par le rectum tant que la patiente sera dans le coma.

Samedi, 12. — En dépit de l'administration constante du chloroforme, les convulsions se sont succédées toute la nuit, quoique à de plus longs intervalles, c'est-à-dire toutes les heures, ou même toutes les heures et demie. Elles continuent dans le cours de la journée. Vers 11 heures a.m. la malade a repris quelque peu sa connaissance et se dit mieux. Elle accuse encore beaucoup de céphalalgie. Il n'y a pas de vomissements.

La respiration et le pouls sont accélérés; la température normale. On continue le même traitement que ci-haut.

Vers quatre heures p.m., les convulsions semblent plus intenses et les accès plus rapprochés, et la malade meurt à 5 heures.

Autopsie, dix-huit heures après la mort. La rigidité cadavérique n'est pas prononcée. En enlevant le cuir chevelu on constate une perforation du frontal siégeant au niveau de la bosse frontale droite. En y introduisant un stylet on voit que cette perforation n'intéresse que la table externe de l'os.

Le cerveau est ensuite mis à découvert. La dure-mère adhère à la face interne du crâne dans une bonne partie de son étendue, surtout au niveau de la commissure hémisphérique. Elle est épaissie mais non ramollie.

Au niveau de la bosse frontale droite, et de la perforation dont on vient de parler, la table interne du frontal est cariée sur une étendue d'à peu près un pouce carré. A cet endroit la dure-mère présente une gomme demi-molle, du volume d'une grosse noisette. Cette gomme a envahi l'arachnoïde et la pie-mère. Outre cette gomme méningée, une autre gomme siège dans la partie antérieure du lobe frontal, au niveau de la précédente. Elle est considérablement ramollie et aussi grosse qu'un œuf de poule.

Les autres parties du cerveau sont intactes. Il n'y a pas d'effusion dans les méninges ni dans les ventricules. Les vaisseaux méningés et cérébraux sont gorgés de sang veineux, fait qui s'explique par le genre de mort de la malade (apnée).

Anesthésie chloroformique.

Dans le cours des deux dernières années, aucun accident n'est survenu à l'hôpital durant l'anesthésie

chirurgicale. Une seule fois il y a eu *alerte,* dans le cas d'un individu sourd-muet, auquel on amputa sept doigts dans une seule séance; le malade ayant fait des efforts de vomissements, on a lieu de croire que quelques parcelles de matières alimentaires se seront introduites à l'entrée des voies respiratoires et auront produit un commencement d'asphyxie par spasme de la glotte. Cette fois on eut recours à la respiration artificielle, flagellation de la face, et à l'emploi de l'électricité (courant faradique).

Jamais le chloroforme n'est confié à un élève. Un médecin responsable, généralement l'interne, en est exclusivement chargé et a ordre de ne s'occuper que de son rôle.

Le système des intermittences, tel que mis en honneur par M. Gosselin, à Paris, est celui qui semble mieux convenir à la plupart des cas. La respiration du patient est toujours surveillée avec grand soin pendant le sommeil chloroformique, et c'est d'elle, et non pas du pouls, que l'on attend les premiers signes du danger.

L'administration d'un stimulant est regardée, ici, comme étant un adjuvant puissant de l'anesthésie, surtout chez les sujets affaiblis ou dont le système nerveux a subi un choc considérable, comme dans les grands traumatismes, etc. On a remarqué qu'avec l'aide d'un stimulant alcoolique administré quelques minutes avant l'anesthésie, le sommeil vient plus rapidement, la période d'excitation étant presque nulle: le malade, en outre, ne vomit pas la plupart du temps; enfin la quantité de chloroforme employé est réduite de moitié. Il va sans dire que par là même on remédie à la syncope et à l'anémie cérébrale dont cette syncope n'est souvent qu'un symptôme.

On se sert rarement d'éther à l'hôpital Notre-Dame. Quelquefois dans des opérations de longue durée (ovariotomie), on commence l'anesthésie avec le chloroforme, et une fois que la malade est anesthésiée on continue avec l'éther.

AVIS DE L'ASSOCIATION

Les chalets qui vous logeront aux Trois-Rivières sont pourvus de tout le confort moderne. On va même jusqu'à dire que vous y serez plus à l'aise qu'ailleurs.

CONGRÈS

L'"AMERICAN GOITER ASSOCIATION"

Réal DORÉ,

Chirurgien à l'Hôpital Général de Verdun (Montréal).

Le congrès annuel de l'American Goiter Association a eu lieu, cette année, à Columbus, Ohio, les 24, 25 et 26 mai, sous la présidence du docteur T. C. Davison, de Atlanta, Georgia.

260 médecins s'y sont inscrits.

Le docteur Davison est d'une activité débordante. Sa compétence en la matière, le dynamisme qu'il met à présider les séances, le tout accompagné, ce qui est très agréable, d'une jovialité plutôt française qu'américaine, nous ont rendu vivantes les séances scientifiques. Coïncidence probable, le docteur M. N. Fott, vice-président, de Brooklyn, N.Y., s'il enjolive ses remarques de quelques historiettes très à propos, sait manier le marteau traditionnel quand le temps est venu d'attirer l'attention d'un rapporteur qui semble vouloir empiéter sur le temps alloué au suivant.

J'apprécie cette manière de présider les séances scientifiques. L'intérêt fait toujours place à la monotonie qui parfois oserait s'y glisser.

Vu la multiplicité des travaux de ce congrès je crois devoir me limiter à mettre en évidence quelques faits saillants et surtout d'ordre pratique.

Le premier avant-midi fut consacré aux travaux scientifiques de laboratoire. Je crois que les confrères très versés dans ces recherches étaient seuls aptes à emmagasiner tout ce qui s'y est dit. Ces travaux étaient pour la plupart schématisés et reproduits sur l'écran, ce qui rendait les annotations très difficiles.

Une des nombreuses conclusions de ces travaux est la suivante: la thyroxine combinée à l'hormone thyreotrope en excès, en présence d'une déficience iodée, serait la cause primaire du goitre exophtalmique.

J'ai noté que l'iodure de potassium en solution, à raison de 3 à 12 mg. semble être plus en faveur que l'était naguère la solution de lugol. Le KI serait-il plus apte à se combiner avec une protéine pour donner naissance à l'hormone thyroïdienne? C'est à y croire.

Je vais vérifier ce fait, j'en publierai le résultat obtenu.

Comme par le passé l'iode radioactif fut le sujet de nombreux travaux. Ce test permet de constater que non seulement l'iode est capté par la vésicule thyroïdienne, mais aussi que les muscles et les reins, entre autres, absorbent cet élément. Dans les cas limites (border line case) il peut permettre de poser un diagnostic d'hypo ou d'hyperthyroïdie, mais à condition d'être répété quelques fois.

Dans l'euthyroïdie, 29% d'iode est absorbé et dans le goitre exophtalmique, 75%. L'iode radioactif est contre-indiqué au cours de la grossesse, cet élément étant susceptible de scléroser la glande thyroïde du fœtus. Les anti-thyroïdiens luttent avantageusement chez les femmes enceintes sans nuire à la thyroïde du fœtus. Le tapazole (méthyl-mercaptoimidazol) présente un avantage précieux sur les autres anti-thyroïdiens, son degré de toxicité étant faible et ses réactions rares et bénignes. L'iode radio-actif a des indications précieuses spécialement chez les personnes souffrant de cardiopathie grave, que ce soient des goitreux ou non, inopérables, chez les goitreux âgés, dans la cancer thyroïdien même avec métastase pulmonaire. Un cas de cette dernière catégorie nous fut présenté avec guérison clinique et radiologique.

L'expérience a montré, qu'à date, certains goitres sont radio-résistants. D'autres goitreux, soumis à l'action de l'iode radio-actif, font

des crises d'hyperthyroïdie. La solution de lugol intra-veineuse fait disparaître celles-ci.

Un rapporteur a attribué un cas de mort à l'intoxication aiguë causée par l'iode radio-actif.

L'iode radio-actif est un élément très prometteur. Mais, comme l'ont fait remarquer quelques confrères, actuellement, il faut l'employer avec prudence et ne pas le considérer comme une panacée.

Quant à la pratique du métabolisme basal sous anesthésie générale au pentothal, préconisée par les docteurs E. C. Bartels de Boston et R. L. Rapport de Columbus, je ne puis accepter ce moyen de diagnostic pour évaluer le degré de la fonction thyroïdienne. Je trouve qu'il est imprudent de faire courir le risque d'une anesthésie générale pour pratiquer un test qui présente au moins 25% d'erreur, même sous anesthésie.

L'observation clinique doit primer avant tout. C'est d'ailleurs l'opinion générale partagée par nos confrères américains.

La thyroïdite aiguë est d'un diagnostic facile. L'arsenal thérapeutique est riche de produits efficaces contre l'infection thyroïdienne. Il n'en est pas de même de la thyroïdite chronique qui peut être confondue avec le cancer. Une biopsie avec l'aiguille de Silverman (docteur Crile) n'est pas sans risque de métastase.

Le docteur T. C. Davison a attiré l'attention sur un fait très important. Il a intitulé sa conférence: « Chronic Hyperthyroidism ». Il s'agit du goitre toxique sans modification du métabolisme ou de tous autres tests, cholestérol, PBI, etc. Seule l'observation clinique permet de poser un diagnostic d'hyperthyroïdie. L'interrogatoire joue ici un rôle primordial.

Le docteur F. Lahey, avec son honnêteté scientifique coutumière, il faut l'en admirer, a énuméré et commenté les complications post-opératoires des thyroïdectomisés. A la clinique Lahey, sur une série de 2 000 thyroïdectomies, il avoue 1% de tétanie, complication disparue dans quelques cas 18 mois après l'opération, le métabolisme calcique redevenant normal. Rares sont les cas de récurrent traumatisé. Mais il y en a, là aussi...

Le docteur T. Winship, de Washington, D.C., a soumis une statistique de 59% de cancérisation des adénomes chez des enfants de 8 et 9 ans. Chez les enfants adénomateux il y voit une indication opératoire.

Les centres scientifiques américains ont des travailleurs acharnés. La valeur scientifique de leurs travaux le prouve. Les uns, dans le laboratoire, les autres par l'observation clinique ouvrent annuellement des horizons nouveaux très appréciés dans la clinique courante.

Ceux qui parmi nous assistent assez régulièrement aux différents congrès annuels de nos confrères américains ne peuvent qu'admirer la teneur scientifique des travaux présentés. Ils nous dispensent à profusion leur savoir, quand nous allons les visiter.[1]

1. On peut se procurer le rapport du congrès chez Charles C. Thomas, Publisher, 301-327 E. Lawrence Avenue, Springfield, Ill., U.S.A.

AVIS DE L'ASSOCIATION

A la séance du Comité d'économie médicale du 5 octobre dans la soirée, au cours du Congrès des Trois-Rivières, ne seront admis que des médecins membres de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. Les questions qui y seront présentées doivent ne l'être d'abord qu'en leur présence.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus » : nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple : J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Med. Psychol. », **94** : 1 (juin) 1938.

MEDECINE

W. B. CASTLE. — **Etat actuel de la question sur l'étiologie de l'anémie pernicieuse.** (*Present status of the Etiology of Pernicious Anemia.*) "Annals of Internal Medicine", **34:** 1093 (mai) 1951.

Dans cet article, on étudie les différentes étapes qui nous conduisent à l'état actuel de nos connaissances sur l'anémie pernicieuse. Dès 1926, on classe l'anémie pernicieuse comme une maladie due à une déficience nutritionnelle à cause de la régression des symptômes à la suite d'administration de foie. Avec le foie comme médication, on s'est aperçu que seule la dysfonction gastrique persistait alors que les autres symptômes étaient sensiblement améliorés. On a alors pensé que l'absence de suc gastrique conditionnait une déficience nutritionnelle; ceci est prouvé par le fait que la viande de boeuf ne joue un rôle hématopoiétique qu'en autant qu'elle est administrée à un Ph compris entre 3,5 et 7; c'est ici qu'on commence à parler de facteur intrinsèque contenu dans le suc gastrique et de facteur extrinsèque venant des aliments, la combinaison des deux constituant ce principe anti-pernicieux. Les expériences ont laissé entendre que le facteur extrinsèque était une substance s'apparentant aux protéines, puis on a cru que cette substance faisait partie du complexe B, et on en est arrivé ainsi à la vitamine B_{12}. L'effet hématopoiétique de la vitamine B_{12} et de l'extrait de viande de bœuf administrés par voie parentérale sans suc gastrique est invariablement plus grand que par voie orale avec du suc gastrique, les quantités étant égales; le suc gastrique ne servirait donc qu'à faciliter l'absorption de la vitamine B_{12}.

Nos connaissances du facteur intrinsèque ne sont malheureusement pas aussi poussées. On a toutefois noté une incidence importante d'anémie macrocytaire chez les gastrectomisés survivant 3 ans et plus. La suggestion la plus récente sur la nature du facteur intrinsèque est basée sur des expériences démontrant que le suc gastrique rend la vitamine B_{12} inapte à la croissance microbienne; la B_{12} serait donc protégée par son contact avec le suc gastrique de la destruction par la flore intestinale qui l'utiliserait pour sa multiplication.

Des expériences faites sur des microbes et des animaux ont démontré que l'anémie pernicieuse et certaines autres anémies macrocytaires sont la manifestation d'une perturbation fondamentale de la biologie des cellules. Wells, en 1935, a produit par une méthode diététique une anémie macrocytaire qui résistait à l'extrait de foie purifié ou vitamine B_{12}. Cette anémie est guérie par le facteur L. Casei, extrait du foie. Ce facteur a été synthétisé et on lui a donné le nom d'acide ptéroylgentamique ou acide folique.

La substitution de l'acide folique à la B_{12} amène une réponse hématopoiétique complète et une rémission clinique qui se maintiennent tant que la thérapeutique se continue. Pour une hématopoièse normale et un fonctionnement intègre de l'appareil digestif et du système nerveux, il faut l'action combinée de la B_{12} et de l'acide folique.

On a récemment trouvé un composé dont la formule chimique se rapproche beaucoup de celle de l'acide folique. En fait, il s'agit peut-être de la forme biologique active de l'acide folique; on lui a donné le nom de facteur citrovarum. Ce facteur a une puissance hématopoiétique aussi active que l'acide folique qui

n'est pas neutralisée par les antagonistes de l'acide folique (aminoptérine).

La destruction exagérée des globules rouges dans l'anémie pernicieuse est encore mal expliquée. Des expériences faites avec des isotopes révèlent que la survie des globules rouges dans l'anémie pernicieuse serait de 72 jours au lieu de 120, et tout ce qu'on peut conclure c'est que dans cette maladie, l'érythropoièse est accélérée non seulement en quantité mais aussi en qualité.

Blandine-Yvette GOSSELIN.

J. EDEIKEN, W. T. FORD et J. H. STOKES. — **Observations sur la syphilis cardio-vasculaire traitée par la pénicilline.** *(Observations in penicillin-treated cardiovascular syphilis.)* "Pennsylv. Medical Journal", **54:** 229 (mars) 1951.

Au cours d'une période de six années, ces auteurs ont étudié chez 111 malades atteints de syphilis cardiovasculaire les effets de la pénicillinothérapie. Il en sont venus à la conclusion suivante: « La pénicilline constitue l'agent thérapeutique le plus sûr qui ait été employé jusqu'à nos jours et ni l'angine de poitrine ni l'état de décompensation cardiaque ne présentent des contre-indications à son emploi ».

Par crainte d'un choc thérapeutique, les premiers cas ne reçurent que de faibles doses initiales de pénicilline aqueuse, lesquelles furent graduellement augmentées de 40 000 à 80 000 unités par dose. Cependant, plusieurs patients souffrant d'aortite et à qui l'ont avait donné des doses massives de pénicilline avant d'avoir soupçonné le diagnostic d'aortite n'ont présenté aucune réaction pathologique.

Dernièrement, on a donné à des patients ambulants de la pénicilline-procaïne (600 000 unités par jour durant 10 jours) sans observer de réactions ultérieures. Chez ce groupe de patients il ne fut pas donné d'observer de réactions sérieuses immédiates ou éloignées ni aucun cas certain de résultats thérapeutiques paradoxaux.

Grâce aux observations faites sur ces 111 cas, les auteurs se croient en mesure de donner des réponses aux questions suivantes:

1° Est-il prudent de traiter par la pénicilline les malades atteints de syphilis cardio-vasculaire?

R. — Dans cette série, il ne fut nécessaire dans aucun cas de discontinuer le traitement.

2° Quelle est la fréquence du choc thérapeutique ou des résultats paradoxaux dans les cas de syphilis cardio-vasculaire traités à la pénicilline?

R. — Un patient qui souffrait de dyspnée nocturne fit une crise paroxystique peu après avoir reçu une dose massive de pénicilline. Quelques patients firent de la fièvre et présentèrent une sensation de gêne précordiale.

3° Existe-t-il des contre-indications à l'emploi de la pénicilline dans les cas de syphilis cardio-vasculaire?

R. — Des patients qui présentaient des signes de décompensation cardiaque et ou de dyspnée nocturne et d'occlusion coronaire guérie furent traités sans manifester de réactions ultérieures.

4° La pénicilline arrête-t-elle les progrès de la syphilis cardio-vasculaire?

R. — La disparition du murmure diastolique chez 8 malades, l'amélioration clinique observée chez 12 malades qui présentaient des signes de décompensation cardiaque avec crises de dyspnée paroxysmale, la disparition de cette dyspnée paroxysmale par la pénicilline seule chez 3 malades, la diminution du nombre et de l'intensité des crises d'angine de poitrine chez 6 malades sur 8, et l'amélioration subjective ressentie par le plus grand nombre des malades, tous ces faits suggèrent très fortement que l'évolution de la maladie est favorablement influencée par la pénicillinothérapie.

5° Quel est l'effet de ce traitement sur les tests sérologiques concernant la syphilis?

R. — La pénicilline n'a pas semblé influencer ces tests de façon appréciable.

6° Devrait-on traiter par la pénicilline les malades qui sont suspects d'aortite sans toutefois présenter des signes positifs certains?

R. — Oui, car ce traitement est peu coûteux, pas prolongé, peut faire beaucoup de bien et bien peu de tort.

Ernest-R. TÉTREAULT.

C. H. MILLIKAN. — **La sciatique: diagnostic différentiel et traitement.** *(Sciatica: differential diagnosis and treatment.)* "J. A. M. A.", **145:** (6 janvier) 1951.

La dénomination de sciatique est donnée à la douleur qui origine de la région sacro-iliaque, qui descend dans la partie postérieure ou postéro-latérale de la cuisse et du mollet. La douleur peut atteindre le talon et le côté du pied. Toute douleur, par ailleurs, qui origine dans la région lombo-sacrée et qui ne descend qu'au pli poplité ne doit pas être considérée comme une sciatique.

Les lésions causant la sciatique siègent: 1° dans le nerf sciatique même; 2° dans le plexus lombo-sacré; 3° au niveau des 4e et 5e vertèbres lombaires ou de la racine sacrée.

Les symptômes de la 1ère localisation sont une faiblesse ou une paralysie des fléchisseurs du genou, des fléchisseurs et extenseurs du pied, la disparition du réflexe achilléen et une diminution ou une perte des sensibilités de la partie postérieure de la cuisse, de la partie postérieure et latérale du mollet et de la partie latérale du pied. Pour la 2e localisation les signes physiques sont une faiblesse ou une paralysie des extenseurs du genou et une perte des sensibilités des parties antérieure et antéro-médiane de la cuisse, de la jambe et du pied, en plus des autres symptômes mentionnés plus haut. Les lésions des racines nerveuses causent 95% des sciatiques et 90% de ces dernières sont causées par une hernie d'un disque intervertébral. Les autres lésions atteignant une racine nerveuse peuvent être un néoplasme, un spondylolisthésis, une fracture vertébrale, un abcès épidural, l'ostéomyélite, la syphilis et l'arthrite. La douleur origine à la région sacro-iliaque, descend dans la partie postérieure ou postéro-latérale de la cuisse et du mollet, et peut se continuer dans le talon, la cheville et la partie latérale du pied, elle est lancinante et voyage comme un courant électrique. La toux, l'éternuement, la défécation l'augmentent, de même que l'activité de la journée.

Le traitement peut être ou conservateur et consiste en repos, coucher sur un lit dur, des analgésiques, de la chaleur, des massages durant 2 à 3 semaines, ou être chirurgical, ce qui doit être l'exception, si le malade est atteint d'une crise très aiguë, comme lorsqu'il se produit une hernie massive d'un disque amenant une paralysie et une paresthésie progressive, des attaques répétées, ou encore après avoir épuisé les ressources du traitement conservateur.

Maurice COMEAU.

J. H. COMROE, E. R. BAHNSON et E. O. COATES. — **Les troubles mentaux survenant chez les malades anoxhémiques chroniques durant l'oxygénothérapie.** *(Mental changes occuring in chronically anoxemic patients during oxygen therapy.)* "J. A. M. A.", **143:** 1044 (22 juillet) 1950.

C'est un homme de 60 ans qui souffre d'emphysème avec de la défaillance du cœur droit. On le traite avec de la digitaline, des diurétiques mercuriels. Même si l'oxygène est employé, le malade devient comateux. On cesse alors l'oxygène et le patient redevient conscient. Trois jours plus tard, le malade meurt. On fait l'autopsie qui confirme les diagnostics cliniques.

A partir de ce moment, on observe 65 autres souffrant d'anoxhémie chronique. Chez 8 de ces malades, on voit apparaître ces troubles mentaux. Les auteurs concluent que l'oxygénothérapie à cent pour cent peut occasionner de la somnolence et même du coma.

Pour expliquer ces réactions fâcheuses, les auteurs croient à la narcose par l'oxyde de carbone, au vasospasme cérébral, à la dépression réflexe du cortex cérébral par l'oxygène sous haute pression, à l'hypertension du liqui-

de cérébro-spinal, à la compression du cortex cérébral par la tension trop forte par l'oxygène. Autant d'hypothèses à contrôler.

Paul-René ARCHAMBAULT.

W. A. BLODGETT, J. H. KEATING et G. J. COFFIN. — **Dosage de l'auréomycine au cours de la pneumonie atypique primitive.** *(Dosage of aureomycin in primary atypical pneumonia.)* "J. A. M. A.", **143:** 878 (8 juillet) 1950.

Les auteurs ont traité 14 malades gravement atteints de pneumonie atypique primitive. Ils ont donné de l'auréomycine. Douze malades l'ont eu aux six heures à la dose de 250 millig. alors que 2 autres ont reçu le même dosage, mais aux quatres heures. Chez tous, le traitement s'est montré également efficace, sans récidive et avec très peu de troubles gastro-intestinaux.

Paul-René ARCHAMBAULT.

E. M. HAMMES. — **La paralysie périodique.** *(Periodic paralysis.)* "J. A. M. A.", **146:** 1401 (11 août) 1951.

Cette affection, habituellement familiale, mais éventuellement sporadique, atteignant surtout les adolescents de sexe masculin, s'atténuant avec l'âge et au cours de la grossesse, se manifeste par des accès de paralysie flasque. Ces accès débutent assez brusquement, le plus souvent le matin au réveil, durent de 1 à 4 jours, s'accompagnent de paralysie, avec aréflexes tendineux, localisée aux membres, pouvant prendre une forme extensive le plus souvent ascendante et affecter les muscles respiratoires au point de mettre la vie en danger par asphyxie.

Ces épisodes de paralysie sont liés à une chute du taux du potassium sanguin. Normalement le sérum contient de 18 à 22 mg. pour cent de potassium. Il apparaît comme si un abaissement de ce taux au-dessous de 12 mg. pour cent était suffisant dans la plupart des cas pour causer le syndrome paralytique. A retenir que l'insuline, l'adrénaline et les hydrates de carbone alimentaires en excès sont des facteurs qui abaissent le potassium sanguin. Le traitement consiste par dessus tout à administrer du potassium au cours des accès, si nécessaire par tubage gastrique ou mieux par voie parentérale. On emploie une solution à 25 pour cent et on pourra en faire prendre de 4 à 6 grammes à répéter une demi-heure plus tard si nécessaire. Le dosage du potassium du sérum avant l'administration de cette substance devra être recherché pour appuyer le diagnostic. Dans les cas où les accès sont fréquents, les sujets pourront être soumis à une cure de potassium variant de 4 à 8 grammes par jour et pouvant également être réduite ultérieurement selon l'évolution de l'affection.

Roma AMYOT.

PHTISIOLOGIE

R. COHEN. — **Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'immobilisation plâtrée.** "Revue de la Tuberculose", **14:** 508 (décembre) 1950.

On étudie présentement au Sanatorium des Etudiants Français, un traitement qui a donné de bons résultats à l'auteur de ce travail et cela par pur hasard.

L'auteur a dû traiter des malades souffrant de T.B. osseuse du thorax. Quarante de ces cas souffraient en plus de T.B. pulmonaire. Tout en immobilisant complètement et d'une façon prolongée ces thorax avec des corsets plâtrés, un nettoyage très notable des lésions pulmonaires a été remarqué. C'est pourquoi l'auteur est d'avis que certaines formes de T.B. pulmonaire pourraient bénéficier du port d'un corset plâtré qui, partant des épaules, descendrait aux hanches.

Paul-René ARCHAMBAULT.

NEURO-PSYCHIATRIE

B. DALTNER, E. W. THOMAS et L. de MILLS. — **Résultat de l'emploi de la pénicilline dans le traitement de la syphilis nerveuse au "Bellevue Hospital".** *(Results of penicillin therapy for neurosyphilis at Bellevue Hospital.)* "Journ. Ven. Dis. Information", **32:** 33 (février) 1951.

Les auteurs présentent une analyse des résultats obtenus, au cours d'une période de six

années par l'emploi exclusif de la pénicilline chez 555 patients souffrant de syphilis nerveuse active. Le diagnostic de neurosyphilis active s'appuyait sur les résultats de l'analyse du liquide céphalo-rachidien: pléocytose et autres résultats de laboratoire généralement acceptés comme témoignant d'une syphilis nerveuse.

117 patients n'ont pas subi d'examen de contrôle de leur liquide céphalo-rachidien six mois après le début du traitement.

Des 438 autres cas, 400 présentèrent un liquide céphalo-rachidien négatif lequel demeura négatif aux examens de contrôle faits de 6 à 75 mois après le début du traitement.

Des 38 cas qui n'avaient pas répondu au traitement, 31 furent traités de nouveau. De ce nombre 27 présentèrent un liquide céphalo-rachidien négatif au dernier examen de contrôle.

Les auteurs affirment que l'amélioration clinique obtenue par la pénicilline employée seule supporte favorablement la comparaison avec l'amélioration obtenue par la malariathérapie au cours des années précédentes.

Le résultat le plus impressionnant de la pénicillinothérapie fut obtenu dans les cas d'atrophie optique où l'on observa chez 38 patients sur 40 l'arrêt définitif au progrès de l'amblyopie.

Au cours de cette étude la pénicilline fut employée sous des formes et à des doses variées. A des doses totales d'au moins 6 000 000 d'unités pour une période allant de 15 à 19 jours, on obtint de bons résultats quelle qu'ait été la forme de pénicilline employée.

Les auteurs soulignent, cependant, leur préférence pour la pénicilline huileuse procaïnée et avec le monostéarate d'aluminium. Le traitement de routine avec ce produit consiste en 15 injections quotidienne de 600 000 unités chacune.

Ernest-R. TÉTREAULT.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

H. R. VOGEL. — **Le rôle des antibiotiques dans le traitement moderne de la syphilis.** *(The Role of Antibiotics in the Modern Treatment of Syphilis.)* "Pennsylvania Medical Journal", **54:** 234 (mars) 1951.

Cet auteur, à la suite d'une étude sur la valeur de la pénicilline en syphilithérapie, apporte les conclusions suivantes:

Selon lui, la pénicilline est efficace incontestablement dans les cas de syphilis récente.

Il croit plus difficile d'en apprécier la valeur dans les cas de syphilis latente. Toutefois, il affirme qu'il faut considérer comme guéri tout patient qui, après avoir reçu un traitement adéquat, a un liquide céphalo-rachidien normal deux années après la fin de ce traitement en ne présente aucune manifestation clinique de la maladie.

Il considère comme adéquat l'emploi exclusif de la pénicilline dans la syphilis cardiovasculaire et la syphilis nerveuse.

Selon ce même auteur, les résultats obtenus avec la pénicilline dans les cas de kératite intestitielle sont d'emblée supérieurs à ceux obtenus par les méthodes antérieures de traitement.

Les questions relatives à la durée du traitement et au dosage de la pénicilline sont encore à l'étude. Cependant, pour obtenir les meilleurs résultats et éliminer le plus possible le moindre risque d'échec, l'auteur recommande l'emploi de la pénicilline G procaïnée et avec le monostéarate d'aluminium à 2%, à une dose initiale de 1 000 000 d'unités, suivie d'une dose quotidienne de 600 000 unités durant 10 jours.

Ernest-R. TÉTREAULT.

SOCIÉTÉS

« L'Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 3 avril 1951.

Tenue au Jardin Botanique de Montréal

Présidence du Dr P.-René Archambault.

La destruction de l'herbe à poux pour prévenir le rhume des foins.

M. Léo-Paul CABANA, ing. s.

M. Cabana mentionne l'existence d'un règlement municipal, no 1622, par lequel tout propriétaire de terrains où il y a des mauvaises herbes, doit prendre les moyens de les détruire. L'application de ce règlement est quasi impossible. Afin de rendre plus facile l'application de ce règlement, la Cité de Montréal a décidé de procéder au travail d'éradication sur tous les terrains privés ou publics pour diminuer la densité des pollens dans l'air.

Il existe 18 postes de collecte de pollen et trois appareils de vaporisation.

La fièvre des foins.

M. Gérard CASGRAIN

Le rapporteur présente une étude comparative portant sur 703 cas de rhume des foins. Après des considérations d'ordre statistique sur le sexe, l'âge, par divers groupements, l'importance relative des classes de pollens, etc., le rapporteur insiste sur la complication la plus redoutée et la plus fréquente des rhumes des foins, qui est l'asthme survenant tôt ou tard dans 45 pour cent des cas. Faisant la somme de tous les cas d'asthme chez lesquels les pollens jouent un rôle clinique, le rapporteur compare ce nombre au total de tous ses cas d'asthme et souligne que 40 pour cent des cas d'asthme ont une étiologie allergique certaine et souvent intriquée avec divers autres facteurs. Le docteur Casgrain termine par des considérations portant sur les résultats du traitement spécifique du rhume des foins, s'exprimant ainsi : résultats très bons ou bons, 79%; mauvais, 11%; douteux, 10%.

Les plantes nuisibles à l'homme.

M. Jacques ROUSSEAU

Si la flore a fourni à la médecine un grand nombre de plantes utiles, elle lui a légué par contre un cortège imposant de plantes nuisibles: les champignons causant des dartres, les bactéries (qui sont toutes des algues), les plantes vénéneuses de toutes sortes. Parmi celles-ci se placent les plantes allergiques. Dans sa communication, l'auteur s'en tient uniquement aux plantes jouant un rôle dans le rhume des foins.

L'agent de l'affection est le pollen produit dans la fleur. Au point de vue de la pollinisation, les plantes phanérogames se divisent sommairement en deux groupes: celles dont le pollen est véhiculé par le vent, et celles dont le pollen, visqueux ou trop lourd, ne voyage pas avec le vent, mais est transporté par les insectes. Même si certaines de ces dernières plantes sont susceptibles, par leurs propriétés, de provoquer le rhume des foins, elles ne sont pas à considérer ordinairement puisque leur pollen ne voyage pas dans l'atmosphère. C'est ainsi que des espèces comme la verge d'or doivent être hors de cause pour toutes fins pratiques. Le clinicien, toutefois, ne doit pas

perdre de vue les deux points suivants: 1. des personnes travaillant parmi les fleurs, comme les jardiniers et les fleuristes, pourraient théoriquement souffrir de rhumes des foins causés par des pollens qui ne sont pas véhiculés par le vent; 2. le miel, renfermant beaucoup de pollen, ne pourrait-il pas dans certains cas être un agent du rhume des foins? Jusqu'ici toutefois, le miel n'a jamais été incriminé.

Les plantes causant le rhume des foins peuvent se classer sommairement en trois groupes. 1. Les rhumes des foins du printemps (avril-mai) sont causés dans le Québec par les plantes suivantes: le liard du Canada, le peuplier à grandes dents, le bouleau à papier, le chêne blanc dans la région de Montréal et, comme agents secondaires semble-t-il, le noyer cendré, le bouleau à feuilles de peuplier (parfois aussi important que le bouleau à papier), l'aulne, l'orme d'Amérique, l'érable à Giguère, le frêne d'Amérique. 2. Les rhumes des foins du début de l'été (mai-juin-juillet) sont causés dans le Québec par des graminées surtout, notamment les espèces fréquentes dans les gazons (ainsi le pâturin annuel et la pâturin comprimé). Toutefois, comme le gazon est habituellement tondu sur les propriétés, ce n'est guère un facteur important. L'une des graminées importantes également est la phléole des prés, en anglais *Timothy grass,* populairement le mil dans le Québec, l'espèce la plus cultivée dans la Province, puisque c'est elle qui fournit le foin dans nos campagnes. Les autres graminées à envisager ici sont surtout l'agrostide stolonifère, l'ivraie vivace, des bromes et le dactyle peletonné. A part les graminées, le plantain lancéolé (mais plus rarement le grand plantain qui pourtant est de beaucoup le plus fréquent) est une cause de rhumes des foins à cette période de l'année. 3. Les rhumes des foins du mois d'août et de l'automne sont causés surtout par la petite herbe à poux, l'*Ambrosia artemisiifolia* des botanistes. Elle provoque en Amérique environ 80 à 85 pour cent de tous les rhumes des foins, de l'avis de tous les cliniciens. C'est l'une des mauvaises herbes les plus fréquentes dans la province de Québec, non seulement dans les lots vacants, mais aussi le long des routes de campagne. A par cette espèce, il y a lieu également de nommer la grande herbe à poux *(Ambrosia trifida),* l'herbe Saint-Jean, le chou gras, l'amarante réfléchie, les lampourdes *(Xanthium,* le *cocklebur* des Anglais), l'iva, rare dans la Province, mais extrêmement abondant dans l'est de la ville de Montréal.

ACTH et Cortisone dans le traitement de l'allergie.

M. Bram ROSE

L'ACTH et la Cortisone donnent quelques bons résultats dans les états allergiques. L'effet de ces médications n'est que de courte durée, variant de quelques jours à quelques semaines. Ces médications stimuleraient la production d'hormones stéroïdes au niveau de la surrénale. Les résultats immédiats sont bons avec des doses de 40 à 60 mg. d'ACTH par jour, en trois ou quatre injections. Ces médicaments sont encore en expérimentation et mériteront d'autres considérations dans un avenir prochain.

Discussion.

Le docteur JACQUES LÉGER.

* * *

Séance du 17 avril 1951.

Tenue à l'hôpital Notre-Dame de l'Espérance.

Présidence du Dr P.-R. Archambault

Pourquoi porter des verres?

M. J.-R. POIRIER

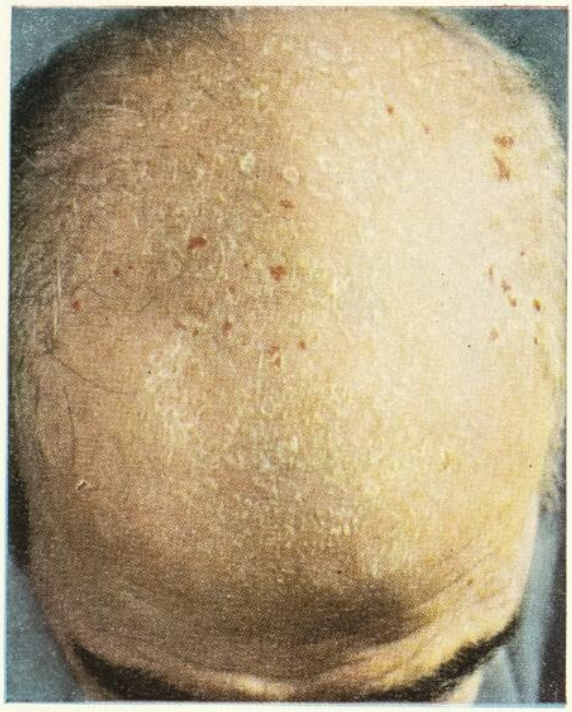
Monsieur Poirier explique ce qu'est un œil normal et passe en revue les différentes méthodes d'examen de l'œil ainsi que les unités de mesure capables d'apprécier la normalité des yeux. La dioptrie est l'unité permettant de mesurer la grandeur de l'œil et sa force de contraction. M. Poirier explique l'emmétropie, l'hypermétropie, la myopie et la presbytie.

En résumé, l'on porte des verres pour éclaircir les images et les places sur la rétine, pour

PRAGMATAR

Traitement des séborrhées du cuir chevelu

Effets d'un traitement quotidien au PRAGMATAR

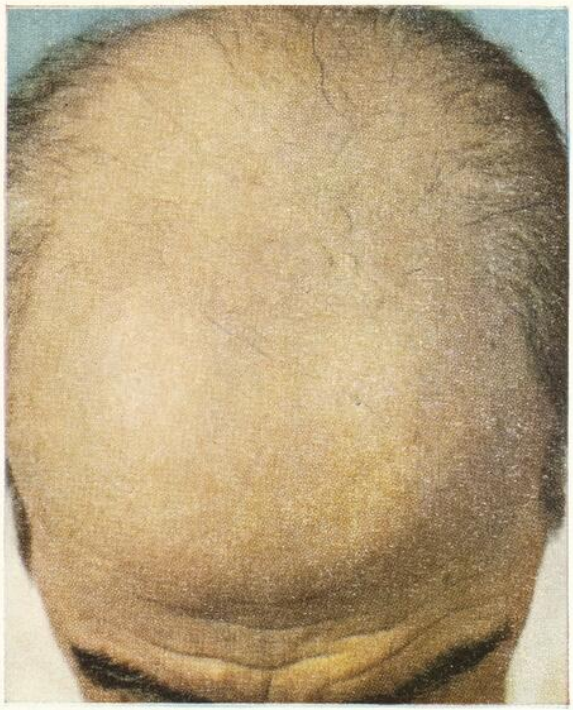


9 mars

Patient W. F. Agé de 62 ans.

Diagnostic: Eczéma séborrhéique du visage et du cuir chevelu.

Traitement: Application quotidienne de 'Pragmatar'.



26 avril

Les lésions séborrhéiques et les excoriations ont à peu près disparu.

Il est généralement admis aujourd'hui que le PRAGMATAR est la préparation la plus effective pour traiter les séborrhées du cuir chevelu. Ce produit est également très efficace pour beaucoup d'autres affections du cuir chevelu, y compris le pityriasis.

le PRAGMATAR — pommade onctueuse et parfaitement homogène, est indispensable dans les séborrhées sèches, les épidermomycoses, les eczématides légères.

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 9

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

l'ACNOMEL dans le traitement de l'ACNÉ


1


2


3

1. *Avant application d'ACNOMEL.* Mlle. E., 16 ans, atteinte d'acné depuis six mois. Tous les traitements antérieurs sont demeurés sans résultats.

2. *L'ACNOMEL cache les lésions acnéiques.* De couleur chair, cette pommade est presqu'invisible. Son utilisation dès le début de l'affection réduit le nombre de cicatrices.

3. *L'ACNOMEL agit rapidement.* 14e jour—Mlle. E. n'a pas mis d'ACNOMEL. Les lésions ne sont pas masquées. Ces changements considérables sont le résultat de deux semaines de traitement à l'ACNOMEL. (L'ACNOMEL contient: résorcinol, 2%, et soufre, 8%, dans un véhicule de couleur chair qui ne tache ni ne graisse.)

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montreal 9

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

augmenter l'acuité visuelle et diminuer la fatigue musculaire des yeux et, enfin, permettre au plus grand nombre possible d'individus l'accès à toutes les sphères du génie humain.

Quatre années de cure radicale de hernie selon la technique Shouldice.

M. Gérard ROLLAND

Monsieur Rolland rapporte son expérience dans 166 cas de hernie opérés selon la technique de Shouldice. Elle consiste dans le lever précoce, l'anesthésie locale. Parmi les opérés, il y avait 154 hommes et 12 femmes. Sur 10 cas de hernie étranglée, 7 furent réduites avant opération. Les seules complications survenues furent des hématomes superficiels.

Présentation d'un cas de maladie bleue.

M. Reg. JOHNSON

Monsieur Johnson présente deux cas de cyanose dont l'un peut être une tétralogie de Fallot et l'autre un Eisenmenger. Dans la tétrade de Fallot, il y a effacement de l'arc moyen et présence de la fenêtre claire aortico-pulmonaire en oblique antérieur gauche, tandis que dans la trilogie, il existe de grosses pulmonaires de la cyanose tardive.

Dans le cas de la tétralogie, il y a indication opératoire, i. e. anastomose sousclavière, pulmonaire ou aorte pulmonaire, tandis que dans le cas d'Eisenmenger, il y a peu de choses à faire.

Deux cas de neurologie.

M. A. PARENTEAU

Monsieur Parenteau présente le cas d'une jeune fille prise subitement d'hémiplégie. Il s'agissait après angiographie d'un anévrysme artério-veineux rupturé. M. Parenteau attend pour intervenir à l'endroit même de l'anévrysme. Seule une ligature de la carotide fut faite.

Le deuxième cas, celui d'une malade présentant de la température, méningisme aigu et agitation subite très marquée, fut suivi d'exitus rapidement. A l'autopsie, Monsieur Parenteau a trouvé un abcès tuberculeux.

Le secrétaire des séances,
Pierre MARION.

NOUVELLES

CLINIQUE INFANTILE DE L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE DE LA PÉDIATRIE

Cours de perfectionnement pour le praticien sur les maladies des enfants.

du 24 au 28 septembre 1951.

Ouverture du cours, lundi le 24, à 9 heures a.m., sous la présidence d'honneur de l'honorable Marc Trudel, ministre d'Etat, président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Un enseignement post-universitaire de la pédiatrie pour le médecin praticien sera donné à l'hôpital Sainte-Justine, du 24 au 28 septembre prochain. Cet enseignement, d'une durée d'une semaine, aura lieu le matin, de 9 heures à midi, à l'amphithéâtre des Cliniques. Il est spécialement destiné aux médecins de pratique générale, désireux d'être mis au courant des derniers procédés de diagnostic et de traitement applicables, en clientèle, chez les enfants.

Chaque conférence, d'environ 45 minutes, sera suivie de présentation de malades ou de démonstrations pratiques, d'une égale durée, soit au dispensaire, soit dans les salles ou au laboratoire. Afin de permettre aux médecins d'examiner individuellement les malades et de s'entraîner aux examens complémentaires (otoscopie, ophtalmoscopie, interprétations de radiographies, analyses de laboratoire), ainsi qu'aux techniques thérapeutiques (lavage d'estomac, gavage, goutte à goutte intraveineux, oxygénothérapie, transfusion), *le nombre des inscriptions est limité.*

Ceux qui désirent suivre cet enseignement sont priés d'en informer, dès maintenant, le docteur Paul Letondal, secrétaire du comité des cours de perfectionnement à l'hôpital Sainte-Justine. Droit à verser: cinq dollars.

Les auditeurs recevront avant chaque leçon un plan détaillé de la conférence et un certificat sera décerné aux médecins régulièrement inscrits.

HORAIRE DES COURS

Lundi 24 septembre

Présidence de M. Gaston Lapierre.

9 h. — Ouverture du cours. — M. Gaston Lapierre.

9 h. 15. — L'infection chez l'enfant du premier âge. Formes cliniques. Etiologie et prophylaxie. — M. Paul Letondal.

10 h. 30. — La mortalité néo-natale. Pathologie du nouveau-né. Les prématurés. — M. J.-A. Léveillé.

Mardi 25 septembre.

Présidence de M. A.-Z. Crépault.

9 h. — Etat actuel de la chimiothérapie et des antibiotiques en pédiatrie. — M. Willie Major.

10 h. 30. — Les infections des voies respiratoires. Les broncho-pneumonies. — M. Raymond Labrecque.

Mercredi 26 septembre.

Présidence de M. Henri Baril.

9 h. — Les troubles digestifs du nourrisson. — M. Paul-M. Larivière.

10 h. 30. — Les affections abdominales aiguës. Indications du traitement chirurgical. — M. Edmond Dubé.

Jeudi 27 septembre.

Présidence de M. Lucien Coutu.

9 h. — Les troubles de la croissance et les maladies des glandes endocrines. — M. J.-Alcide Martel.

10 h. 30. — Diagnostic et traitement des méningites aiguës. — M. J.-L. Desrochers.

Vendredi 28 septembre

Présidence de M. J.-A. Léveillé.

9 h. — Syndromes hémorragiques. Anémies et leucémies. — M. Albert Royer.

10 h. 30. — Le strabisme chez l'enfant. Etude clinique et thérapeutique. — M. J.-A. Lapointe.

HORAIRE DES CLINIQUES ET DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

Lundi 24 septembre

9 h. 45. — Dispensaire de médecine. L'examen clinique de l'enfant (avec présentation de malades). — MM. Hermile Trudel, Georges-A. Blanchard et Paul Letondal.

11 h. 15. — Service des nouveau-nés et des prématurés. Fonctionnement des couveuses ou incubateurs. Mode d'alimentation. Gavage. Présentation de malades. — MM. Edouard Laberge, Léopold Pagé et J.-A. Léveillé.

Mardi 25 septembre

9 h. 45. — Laboratoire. Analyses et épreuves biologiques d'usage courant en clinique infantile. — M. N.-R. Bouziane.

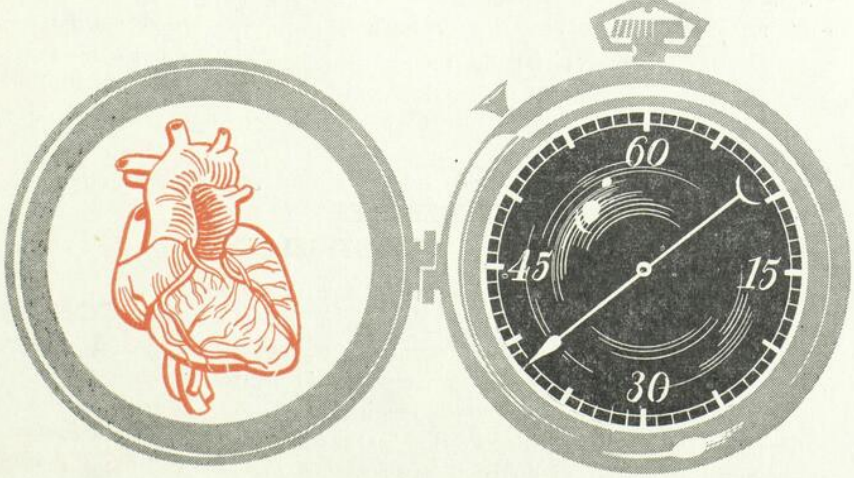
11 h. 15. — Service de médecine. Présentation de malades. Technique de l'oxygénothérapie. Interprétations de radiographies. — MM. Willie Major, Marc Del Vecchio et Raymond Labrecque.

angosédal

Chaque dragée à noyau mou contient:

Trinitrine	1/100 grain
Phénobarbital .	1/6 grain
Théophylline . .	3 grains
Aussi, **angosédal** avec Papavérine . .	1/4 grain

quand les secondes mêmes comptent...



angine de poitrine
asthme cardiaque
oedème pulmonaire

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE, MONTRÉAL

Mercredi 26 septembre

9 h. 45. — Service de médecine. Présentation de malades. Technique du lavage d'estomac. Installation d'un goutte à goutte intraveineux. — MM. Gaspard Morin, Robert Saint-Martin et Paul-M. Larivière.

11 h. 15. — Service de chirurgie. Présentation de malades. Soins pré et post-opératoires. Mode d'emploi des anesthésiques. — MM. Christophe Bisson, Loyola Perras et Edmond Dubé.

Jeudi 27 septembre.

9 h. 45. — Service d'endocrinologie. Présentation de malades. Opothérapie clinique. — M. J.-Alcide Martel.

11 h. 15. — Service de neuro-psychiatrie. Présentation de malades. Examen ophtalmoscopique. Pneumo-encéphalographie. Nouveaux médicaments sédatifs et toniques du système nerveux chez l'enfant. — MM. Roland Des Trois Maisons, Marc Del Vecchio et J.-L. Desrochers.

Vendredi 28 septembre

9 h. 45. — Service de médecine. Présentation de malades. Technique de la ponction sternale. Transfusion et exsanguino-transfusion. — M. Albert Royer.

11 h. 15. — Service de médecine et d'O.-R.-L. Présentation de malades. Pratique de l'otoscopie. Paracentèse du tympan. Technique de la mastoïdectomie. — MM. Fernand Croisetière, Roland Voizard et J.-A. Lapointe.

ON S'INSCRIT AUX CONFÉRENCES DU PROFESSEUR HENRI EY, PSYCHIATRE

Les personnes qui désirent s'inscrire pour les cours de psychiatrie du docteur Henri Ey sont priées de le faire le plus tôt possible. Les frais d'inscription pour ces quatorze conférences sont de $5.00. Les places sont surtout réservées pour les médecins.

Secrétariat du Sanatorium Prévost
4455 ouest, Boulevard Gouin
Cartierville.

SUBVENTIONS FÉDÉRALES ÉTUDE SUR L'HYGIÈNE INDUSTRIELLE

Les effets d'une exposition prolongée aux vapeurs d'alumine sont actuellement à l'étude à l'Ecole d'hygiène de l'Université de Toronto, en vue de déterminer l'influence de ces vapeurs sur la santé et, en particulier, sur l'appareil respiratoire.

C'est ce que l'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a révélé en annonçant une subvention au profit de ce projet de recherche.

De nouveaux procédés de synthèse ont permis à l'industrie chimique de produire sur une base commerciale nombre de nouveaux produits dont les répercussions sanitaires sont encore indéterminées. Afin de pouvoir utiliser ces produits en toute sécurité, l'industrie doit savoir si, oui ou non, ces produits peuvent nuire à la santé des ouvriers. L'étude que poursuit l'Ecole d'hygiène vise à trouver une réponse à cette question, en ce qui a trait aux vapeurs d'alumine et de silice.

La direction de ces recherches est confiée au docteur D. Y. Solandt, professeur de physiologie chargé des cours de biophysique, qui est aidé du docteur Katharine Baldwin et de deux adjoints de laboratoire. Les études histologiques sont confiées au docteur Stanley Hartcroft, du *Banting and Best Department of Medical Research,* et au docteur C. C. Macklin, de l'Université de Western Ontario, à London.

Le coût de cette étude est estimé à $7 000.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE FRANCO-AMÉRICAINE 24 octobre 1951.

L'Association des Médecins Franco-Américains de la Nouvelle-Angleterre tiendra sa prochaine réunion, mercredi le 24 octobre 1951, à l'hôtel Statler, Boston, Mass. Il y aura une session scientifique dans l'après-midi et le grand banquet le soir. Les conférenciers de l'après-midi seront: le docteur Donat Cyr, médecin de la Lahey Clinic de Boston. Sa conférence est intitulée: « Les mécanismes à la base du traitement des anémies. »; le docteur Henri Charbonneau, directeur de l'hôpital Pasteur, de Montréal. Il parlera du traitement de la paralysie infantile. Le dernier conférencier sera un médecin français éminent.

Au cours de l'après-midi, il y aura aussi un dîner pour les dames et la conférencière sera une experte sur les modes. Au banquet du soir, le conférencier sera M. Philippe Lajoie, rédacteur-en-chef de *L'Indépendant,* de Fall River, Mass.

Confrères du Québec, profitez de cette convention pour nous visiter.

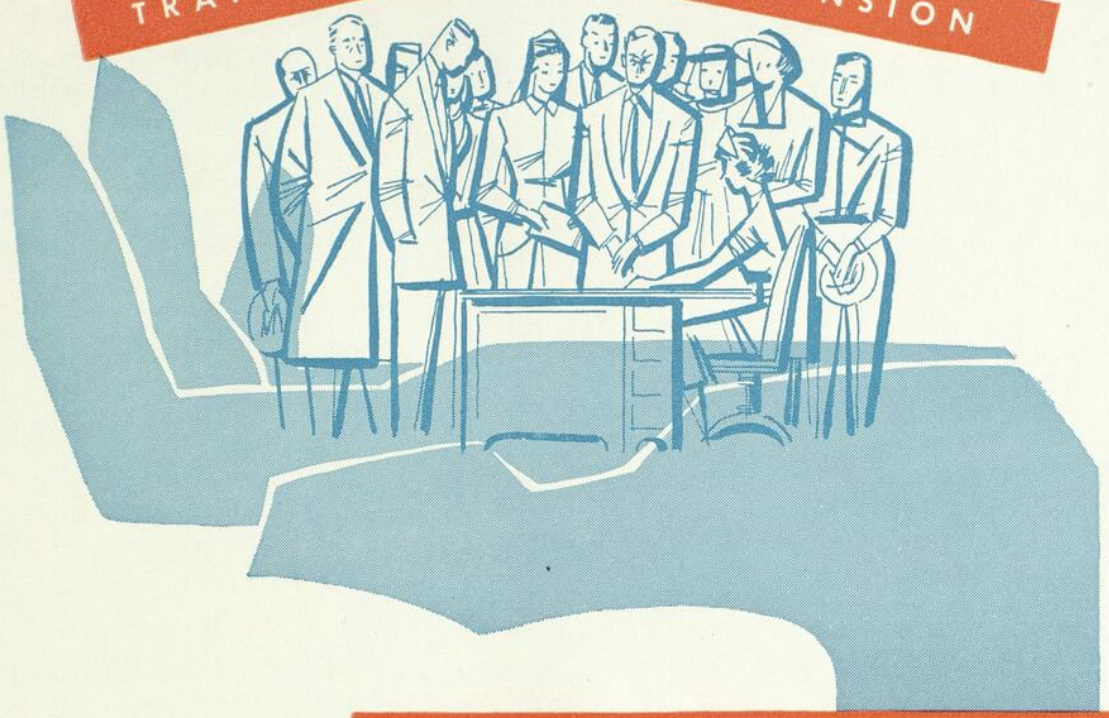
Docteur Ulysse FORGET, prés.

CONSTRUCTION HOSPITALIÈRE À MONTRÉAL ET À LACHINE

L'aide fédérale à la construction hospitalière dans l'île de Montréal a dépassé le montant de $4 700 000 par l'approbation de subventions à l'hôpital de Maisonneuve, Montréal, et à l'Hôpital Général de Lachine.

L'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a précisé que les

TRAITEMENT de L'HYPERTENSION



SOULAGEMENT ASSURÉ

Pour l'usage quotidien, le Veratrite est un agent hypotenseur recommandable et dépourvu de réactions secondaires fâcheuses. Il peut procurer une amélioration de la circulation, un abaissement progressif de la tension artérielle et une sensation de bien-être accru sans exiger un horaire compliqué ou un ajustement quotidien de sa posologie. Son prix économique, facteur important dans un traitement de longue haleine, milite en faveur du Veratrite comme médicament d'entretien de la plupart des malades hypertendus.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS ENVOYÉS AUX MÉDECINS SUR DEMANDE.

Chaque tabule de VERATRITE contient:

Veratrum viride 3 UNITÉS CRAW*
Nitrite de sodium ..... 1 grain
Phénobarbital ..... ¼ grain
Dose initiale : 2 tabules 3 f. p. j. après les repas.

*Standardisé biologiquement du point de vue toxicité par l'épreuve Craw sur la daphnia magna.

Veratrite®

Manufacturé par IRWIN, NEISLER & COMPANY, DECATUR, ILLINOIS, U. S. A.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC. - - 2027, Avenue du Collège McGill, Montréal

subventions approuvées depuis l'inauguration du programme fédéral, il y a trois ans, avaient aidé 17 hôpitaux à aménager 4 100 nouveaux lits. La plupart de ces lits sont dans des hôpitaux généraux, mais il y en a tout de même un bon nombre dans les hôpitaux de convalescence, les sanatoriums antituberculeux et les hôpitaux pour maladies mentales.

Le nouvel hôpital de Maisonneuve, dont la construction doit se terminer à l'automne de 1952, comptera 478 lits, une pouponnière de 89 moïses, des services modernes de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, une clinique des malades externes, un laboratoire et un centre de recherche. Il sera dirigé par les Sœurs Grises. La subvention fédérale dépassera $527 900.

L'Hôpital Général de Lachine doit avoir une capacité de 200 lits. L'immeuble en voie de construction est la première unité de ce projet et aura de l'espace pour 48 lits ainsi qu'une clinique des malades externes. La construction doit se terminer en décembre prochain et la subvention fédérale dépassera $50 100.

NOUVELLE AILE À L'HÔPITAL GÉNÉRAL À QUÉBEC

M. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a annoncé que le Gouvernement fédéral vient d'accorder une somme de $313 500, à même ses subventions à l'hygiène, en vue de contribuer à défrayer la construction d'une nouvelle aile à l'Hôpital Général de Québec.

Cette aile de six étages aura une capacité de 209 lits et ne recevra que des personnes atteintes de maladies chroniques. On prévoit que la construction se terminera vers la fin de 1952 et doublera presque la capacité actuelle de cet hôpital qui est dirigé par les Sœurs Hospitalières de Saint-Augustin.

L'approbation de ce projet porte à 3 424 le nombre de lits qui ont été mis à la disposition des malades chroniques ou convalescents dans diverses parties du Canada depuis trois ans, grâce à l'assistance financiaire du gouvernement fédéral. Pour encourager la construction de ce genre d'hôpitaux, la subvention fédérale est de $1 500 par lit, soit $500 de plus par lit que lorsqu'il s'agit d'hôpitaux où l'on ne traite que les maladies aiguës.

SUBVENTION FÉDÉRALE À LA VILLE DE QUÉBEC

L'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que le gouvernement fédéral accorde un montant de plus de $33 000 à la Ville de Québec pour l'expansion de son service d'hygiène maternelle et infantile.

Ce service, organisé l'an dernier par la faculté de médecine de l'Université Laval pour lutter contre la mortalité maternelle et infantile, fonctionne de la même manière que les services semblables des unités sanitaires de la province. Quand il sera à point, il comprendra un spécialiste en pédiatrie, un directeur adjoint, quatre infirmières d'hygiène publique (toutes à temps continu), et deux médecins à temps partiel.

Ce service se propose d'ouvrir, à l'intention des mères, des cliniques prénatales et postnatales et, à l'intention des bébés et des petits enfants, des consultations de nourrissons.

Le taux de la mortalité infantile dans la ville de Québec, dit M. Martin, est sensiblement plus élevé que la moyenne du reste du Canada. Quant à celui de la mortalité maternelle, il est légèrement supérieur au taux national. Les autorités d'hygiène publique espèrent que le nombre des décès diminuera et que la santé des mères et des enfants ira s'améliorant, à mesure que ce nouveau service prendra de l'ampleur.

SILICOSE

Son diagnostic — son traitement.
(suite)

Classification de Sampson.

N. — Poumons normaux.

P-1 — Légère fibrose péribronchique et périvasculaire.

P-2 — Fibrose plus marquée (Présilicose).

S-1 — 1er degré de nodulation — nodules 2 mm. et moins.

S-2 — 2ème degré de nodulation — nodules de 2 à 4 mm.

S-3 — 3ème degré de nodulation — nodules de 4 mm. et plus.

Silicose infectieuse:

1. avec tuberculose (ancienne, récente),
2. avec infection indéterminée.

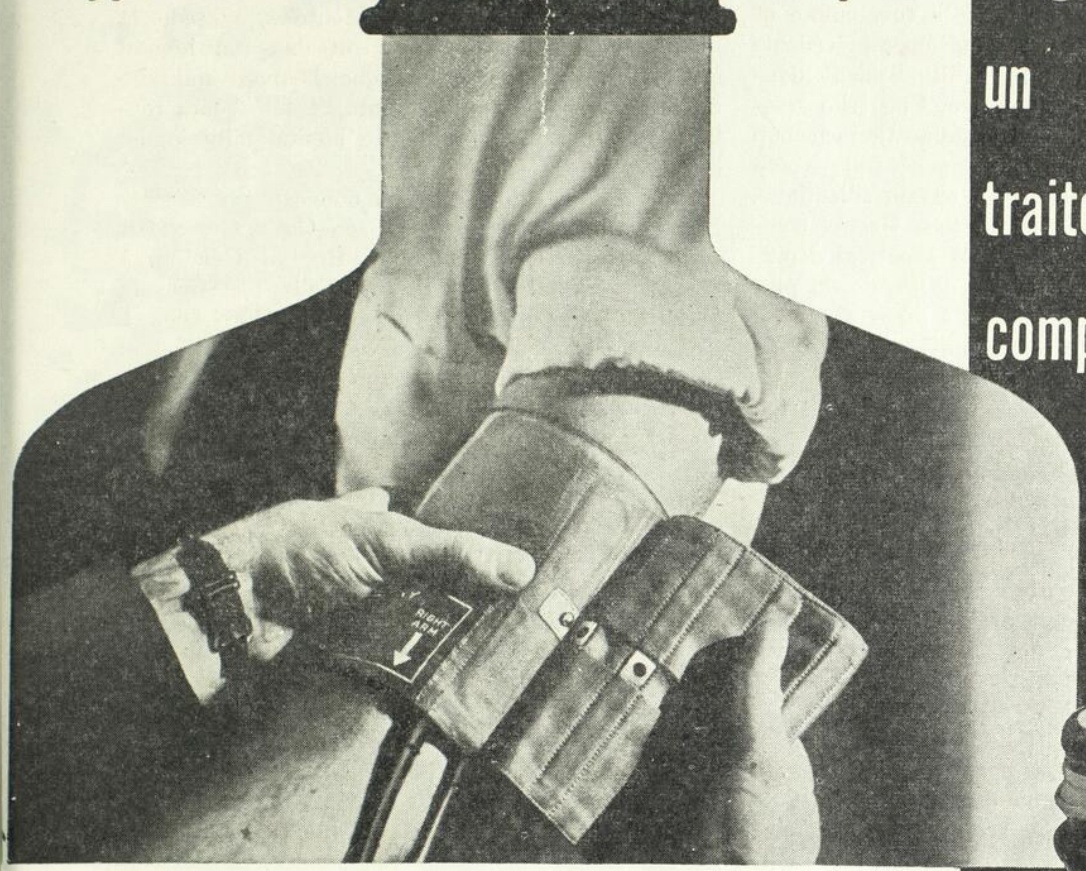
Symptômes.

Quant aux symptômes cliniques, ils varieront suivant que l'on a affaire à une silicose simple ou à une silicose associée.

Silicose simple. Apparaît en premier lieu une dyspnée insidieuse qui progressera avec l'intensité et le degré de la maladie. Puis s'associent des douleurs thoraciques vagues, une toux habituellement sèche, de l'inappétence et perte de poids. Dans les derniers stages, myocardite et enfin le cœur pulmonaire avec ses symptômes habituels.

Silicose et tuberculose. Quant à la silicose associée, les symptômes varieront selon l'association.

L'hypertension est une affection complexe exigeant un traitement complet





LE TENSOL E.B.S.

Fournit:

Des nitrites pour dilatation vasculaire;
Des "adjuvants" pour régulation cardiaque;
Du "Neurobarb" pour détente nerveuse.

Cette association fait que le TENSOL E.B.S. est un agent sûr pour le traitement de l'hypertension.

Continuellement employé par le corps médical depuis des années, le TENSOL E.B.S. a prouvé à maintes reprises ses avantages pour le traitement efficace de l'hypertension artérielle.

Pour vos patients hypertendus, employez le TENSOL E.B.S.—C.C.T. No 371.

Lorsque la fragilité des capillaires présente une complication, ordonnez le TENSOL avec RUTINE E.B.S. — S.C.T. No 371C.

THE E.B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

UNE COMPAGNIE ENTIÈREMENT CANADIENNE . . . DEPUIS 1879

Représentants:

M. Gaudias Lamontagne, 2317 Regent Ave., N.D.G., Montréal, P. Q. M. Maurire Phaneuf, 1510, rue Chambly, Montréal, P. Q.
M. J. L. Vallerand, 23, rue de l'Eglise, Québec, P. Q.

La plus commune est assurément la tuberculose et nous aurons alors en plus des symptômes précédents tous ceux que l'on rencontre habituellement dans une tuberculose active et évolutive. Une telle association, cela va sans dire, rend le pronostic beaucoup plus sévère car la tuberculose en général évolue beaucoup plus rapidement sur un terrain silicotique.

En revisant les statistiques de tous les cas compensés par le Comité de Silicose de Montréal depuis sa fondation, il n'y a pas de cas de survie de plus de 7 ans. La moyenne de décès est à 5 ans. Quand il y a association tuberculeuse, la moyenne de survie est encore abrégée.

Silicose et hypertension. Voilà une association fréquente et qui donne lieu souvent à des problèmes excessivement épineux. L'hypertension essentielle est déjà un problème en soi, chez le manœuvre ou l'ouvrier. Elle peut donner lieu à tous les symptômes que l'on rencontre en silicose, même si le réclamant ne présente aucune nodulation radiologique. La fibrose pulmonaire est presque toujours présente, mais l'absence de nodulation permet d'éliminer la présence de silicose.

Si toutefois la nodulation existe, permettant d'affirmer la présence de silicose, il reste à déterminer quelle incapacité il y a, à laquelle des deux entités pathologiques elle est due ou quelle est la part de chacune. Dans de tels cas, les examens cliniques radiologiques et les examens de laboratoire usuels ne suffisent pas. Il faut avoir recours aux tests physiologiques, respiratoires, cardiaques, et nous avons la bonne fortune pour cela d'avoir à notre disposition, à Montréal, l'Institut Lavoisier sous l'habile direction du docteur Fernand Grégoire. Nous aurons là une réponse catégorique qui sera de nature à donner satisfaction à toutes les parties intéressées.

Dr Gaétan JARRY.

TÉLÉPHONES ROULANTS DANS LES HÔPITAUX

Afin de rehausser le moral de leurs patients, en plus de leur offrir un service important, vingt-trois hôpitaux dans le Québec et l'Ontario ont adopté le téléphone roulant — un téléphone monté sur une wagonnette.

Les téléphones roulants ont été conçus par la Compagnie de Téléphone Bell pour le confort et la commodité des vétérans de guerre retenus au lit dans les hôpitaux militaires. Cependant, les autorités médicales qui en ont tenté l'expérience se sont montrées tellement satisfaites des résultats que l'on a décidé d'introduire ces téléphones mobiles dans les salles publiques des hôpitaux civils.

A date, 13 hôpitaux civils et 10 institutions militaires ont adopté le service de téléphones roulants. L'hôpital Royal Victoria, à Montréal, possède la plus grande installation qui soit dans un hôpital civil, 16 téléphones, tandis que l'hôpital militaire Sunnybrook, à Toronto, compte 24 téléphones roulants, soit plus que tout autre hôpital militaire au pays.

Les hôpitaux civils qui ont le nouveau service sont: Royal Victoria, Notre-Dame, Sacré-Cœur, Grace Dart et St. Mary's, à Montréal; l'Hôpital Général, à Ottawa; l'hôpital public, à Smith Falls; St. Michaels, à Buckingham; l'Hôpital Général et l'Hôtel-Dieu, à Cornwall; le sanatorium Ongwanda, à Kingston, et l'Hôpital Général, à Belleville, Ont.

Des téléphones roulants ont été installés dans les hôpitaux militaires suivants: Queen Mary Veterans' Hospital, à Montréal; l'hôpital militaire, à Sainte-Anne-de-Bellevue; les hôpitaux Saint-Charles et Immigration, à Québec; l'hôpital civique (pavillon des vétérans), l'hôpital du C.A.R.C., à Rockcliffe, et le Rideau Health and Occupational Centre, tous à Ottawa; le Sunnybrook et l'hôpital militaire, à Toronto, et enfin l'hôpital Westminster, à London, Ont.

On rapporte que les téléphones roulants aident considérablement à soulager l'ennui et la solitude dont souffrent si souvent les patients retenus à l'hôpital. Le patient, qui désire loger un appel et qui ne peut pas quitter son lit, n'a qu'à avertir la garde-malade, et dans quelques instants, la wagonnette sur laquelle est monté un téléphone est à son chevet. Quelques moments plus tard il est en communication avec ses parents et amis, réconforté par le son de voix familières.

De plus, on vient de découvrir un nouvel usage pour le téléphone roulant. Deux compagnies maritimes sont en train d'installer des téléphones roulants à bord de leurs vaisseaux qui accostent aux ports de Québec et de Montréal. Un câble téléphonique sera lancé par-dessus bord et raccordé au système téléphonique régulier. Les passagers qui ne peuvent descendre avant la visite des préposés de la douane et de l'immigration, ou pour toutes autres raisons sont retenus à bord, pourront profiter de l'attente pour téléphoner à leurs parents ou amis.

COÛT DE LA VIE EN REGARD DES SOINS MÉDICAUX AUX ÉTATS-UNIS

Par les compilations du Bureau de la statistique du Département du Travail, il appert qu'aux Etats-Unis, durant les 6 mois qui se sont écoulés de juin à décembre 1950, l'augmentation du coût de la vie a été de 5,1 pour cent. D'autre part, durant la même période la hausse des soins médicaux fut de 2,3 pour cent, celle des honoraires du médecin praticien fut de 1,1 pour cent, des chirurgiens et spécialistes de 1,2 pour cent, le taux d'hospitalisation de 4,9 pour cent, des prescriptions et médicaments de 2,5 pour cent.

Nouveau Traitement Scientifique

pour les

ULCÈRES GASTRIQUES

et DUODÉNAUX

ROBUDEN

VOIE BUCCALE et INJECTABLE

Dragées à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE, préparés de diverses méthodes

Ampoules injectables à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE, préparés de diverses méthodes

Société suisse de gastro-entérologie

Genève 22-23 juin 1946

(Voir Médecine et Hygiène, no 78)

Suite des résumés des communications

II

P.-d. Dr H. Kapp (Bâle)

1. Le traitement de l'ulcère gastrique et duodénal par le Robuden.

L'accroissement, ces dernières années, des ulcères gastriques et duodénaux a contribué au fait que de nombreux cas ont dû être traités ambulatoirement. L'étude de nombreux médicaments dans des conditions graves a été ainsi rendue possible.

Rapport sur le traitement avec le Robuden.

Sur 30 cas d'ulcères gastriques, la niche, après le traitement, avait disparu dans 21 cas, persisté dans 9 cas et récidivé dans 5 cas. On constate donc un succès temporaire dans les deux tiers des cas et un succès durable dans environ la moitié des cas traités.

Sur 34 cas d'ulcères duodénaux, la niche, après le traitement, avait disparu dans 29 cas, persisté dans 5 cas et récidivé dans 5 cas. Succès temporaire, cinq sixièmes des cas et succès durable, deux tiers des cas.

On peut conclure sur la base de ces recherches que le traitement ambulatoire avec le Robuden fournit des résultats comparables à ceux du traitement par le repos et la diététique.

Documentation et échantillon médical envoyés sur demande.

Préparé par
LES LABORATOIRES ROBAPHARM SOC.
BÂLE, SUISSE

Représentants exclusifs au Canada
HERDT & CHARTON, INC.
2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL - MONTRÉAL

LA REVUE DU PRATICIEN [1]

Journal d'enseignement post-universitaire.

Directeur: *A. Baudowin*
Secrétaires généraux: *P. Harvier* et *J. Laurence.*

La création d'un journal essentiellement consacré à *l'enseignement post-universitaire,* envisagée et réclamée depuis longtemps, n'avait pas encore été réalisée.

Elle vient d'être mise au point, par la fusion et la transformation de deux journaux médicaux, également réputés, le *Paris Médical* et le *Journal des Praticiens,* de la façon suivante:

Les numéros ne seront pas composés d'articles fragmentaires, dispersés, se rapportant à des matières diverses, mais traiteront d'un sujet de *pathologie médicale, chirurgicale* ou *obstétricale;* c'est ainsi que les premiers numéros seront consacrés aux « données récentes concernant l'épilepsie et son traitement », au « traitement médico-chirurgical des *ulcères gastro-intestinaux* «, à la « conception et au traitement actuel *du rhumatisme articulaire aigu* », etc... Les articles seront rédigés de façon didactique, sans pédantisme scolaire, avec clarté et simplicité, *pour le praticien,* dans le but de faire, à son intention, le point et la synthèse des connaissances médicales nouvelles sur un sujet donné. Les numéros comporteront en outre un ou plusieurs articles originaux sur le sujet du numéro et présenteront ainsi un caractère homogène et cohérent. Il va sans dire que les explications pratiques de toute notion nouvelle seront toujours mises en lumière au premier plan, afin que leur lecture suffise à tenir le médecin au courant de tout ce qu'il doit savoir.

Il a été décidé que ce journal paraîtrait tous les mois (sauf au mois d'août), les 1er, 11 et 21 de chaque mois, soit 33 numéros par an.

Les deux premiers numéros de chaque mois traiteront d'un sujet *d'enseignement,* le troisième comportera une « revue annuelle » des diverses spécialités (Pédiatrie, Hématologie, Neurologie, etc...).

Les numéros comprendront en outre: des *Actualités professionnelles* (auxquelles il sera réservé la place qu'elles méritent), *des Informations professionnelles; des Nouvelles* et une *Revue de la Presse et des Livres.* Dans une rubrique: *Courrier du praticien,* il sera répondu aux renseignements de tous ordres, qui seront demandés par les lecteurs.

Il a paru indispensable que chaque Faculté de Médecine soit représentée au sein du Comité et il a été décidé de faire appel, dans une large mesure, à la province pour la rédaction des articles.

Cette formule de présentation nouvelle apportera, croyons-nous, un enseignement et une information utiles aux médecins praticiens. Le premier numéro paraîtra le 1er octobre.

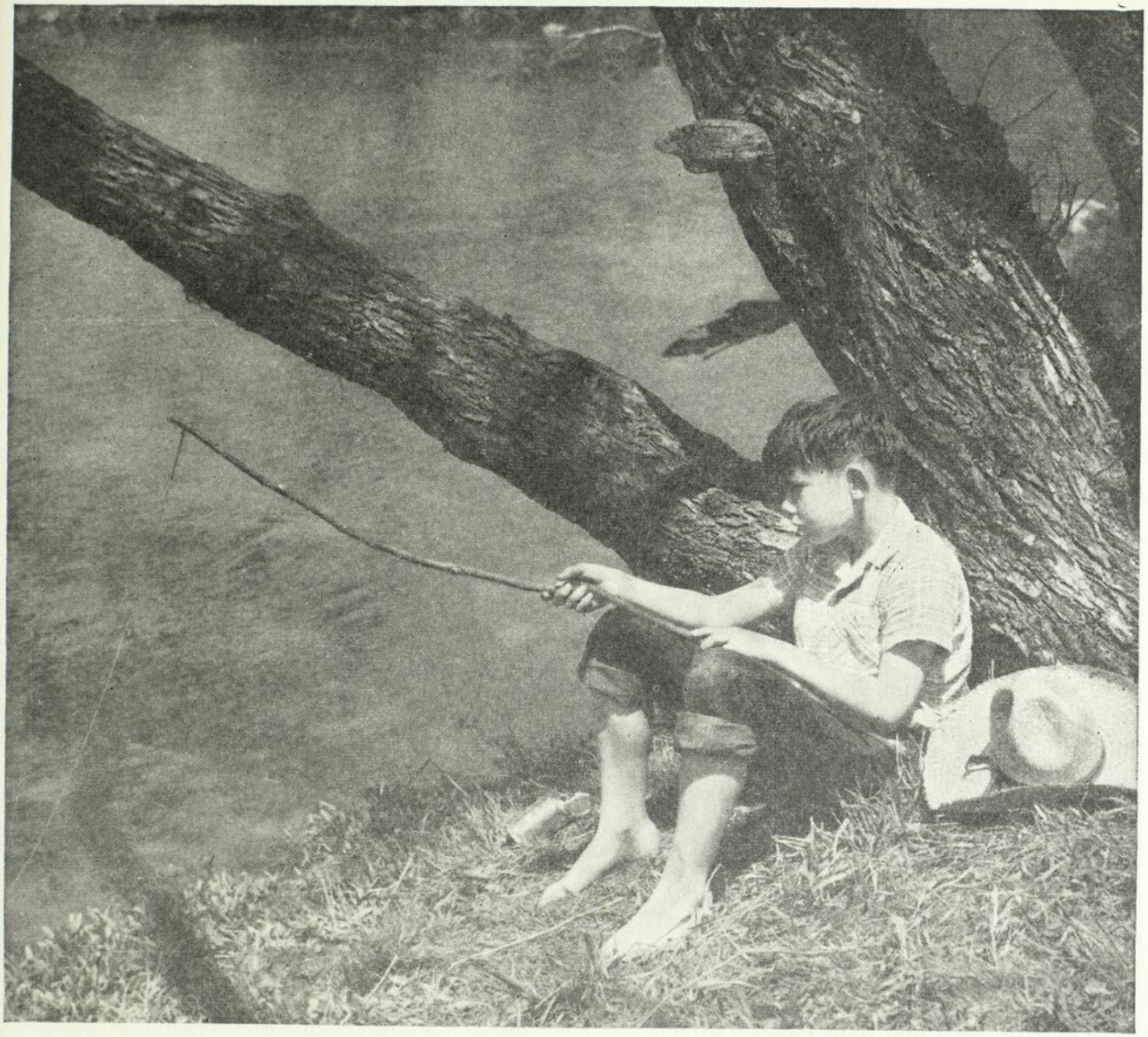
(Extrait de la Revue « Le Nourrisson », mai-juin 1951.)

1. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris 6e.

NÉCROLOGIE

SIR EUGÈNE FISET

Sir Eugène Fiset était médecin, ayant obtenu son diplôme de l'Université Laval de Québec. Il exerça quelque temps à Rimouski, son lieu de naissance, au début de sa carrière, mais bientôt il entra dans l'armée où il servit d'abord lors de la guerre de l'Afrique du Sud au début du siècle, puis ultérieurement comme haut-fonctionnaire dans l'administration des services médicaux de la milice. Pendant onze années, à partir de 1940, il fut lieutenant-gouverneur de la province de Québec. Il mourut le 8 juin 1951, à l'âge de 77 ans.



LA NATURE À SON MIEUX...

Vibelan

Le COMPLEXE VITAMINIQUE B

d'origine entièrement naturelle

Provenant de foie frais, de son de riz et de levure de bière

THE BRITISH DRUG HOUSES
(CANADA) LIMITED
TORONTO - CANADA

REVUE DES LIVRES

Michel DEMOLE, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Genève. — **Diététique clinique de l'adulte.** Préface de R. A. Gutmann. Un volume de 372 pages, avec 8 fig. — Masson et Cie, édit., Paris, 1950.

La thérapeutique a fait au cours de ces trente dernières années des progrès sensationnels. Mais, en même temps qu'ils analysent l'effet des produits nouveaux mis à leur disposition par la science pharmacologique et qu'ils se réjouissent des succès obtenus, les médecins se convainquent de l'importance du terrain — physique et moral — sur lequel se développe la maladie. Et force leur est de constater que, à côté de troubles à étiologie bien définie, traitables pour eux-mêmes — non sans tenir compte des réactions individuelles — un grand nombre de syndromes morbides échappent à leur effort thérapeutique, parce qu'ils ne peuvent en atteindre la cause première. Et la fréquence de ce genre de maladie augmente dans une proportion considérable.

C'est ici que la diététique trouve sa place; une place dont l'importance ne fait que croître, elle aussi.

Les grands principes de la science de l'alimentation ne se sont guère modifiés. Pourtant, des nouveautés importantes ont paru: le régime hyperprotéiné, dont les indications s'étendent sans cesse, est un bouleversement sensationnel, en face des régimes à tendance jusque-là restrictive (surtout en substances azotées). La ration hypercalorique prescrite aux anuriques, la liberté de boire à leur soif accordée aux cardiopathes, l'autorisation de manger à sa faim le lendemain d'une hématémèse sont aussi des transformations profondes, mettant de nouvelles armes aux mains des thérapeutes, et contribuant à soulager et à guérir plus vite malades et opérés. Avec l'administration parentérale enfin, on a ouvert à l'alimentation une voie nouvelle, aux possibilités innombrables, puisqu'on « saute » l'étape digestive, et introduit le nutriment directement dans la circulation.

L'expérience quotidienne apprend aux praticiens deux faits essentiels: l'importance des fautes répétées d'hygiène alimentaire comme facteur pathogénique de nombreuses maladies; le trouble profond engendré par un changement de la nourriture habituelle. De ces deux faits d'observations découlent deux corollaires thérapeutiques: le premier consisterait à ne jamais s'écarter des règles prudentes d'une alimentation judicieuse; mais on sait du reste les difficultés d'imposer une nourriture contraire au goût de chacun pour de simples motifs d'hygiène. Le second affirme que le changement d'habitudes bromatologiques est susceptible de redresser la santé défaillante, aussi bien qu'il crée la maladie. Et cela suffit à justifier la « diétothérapie ».

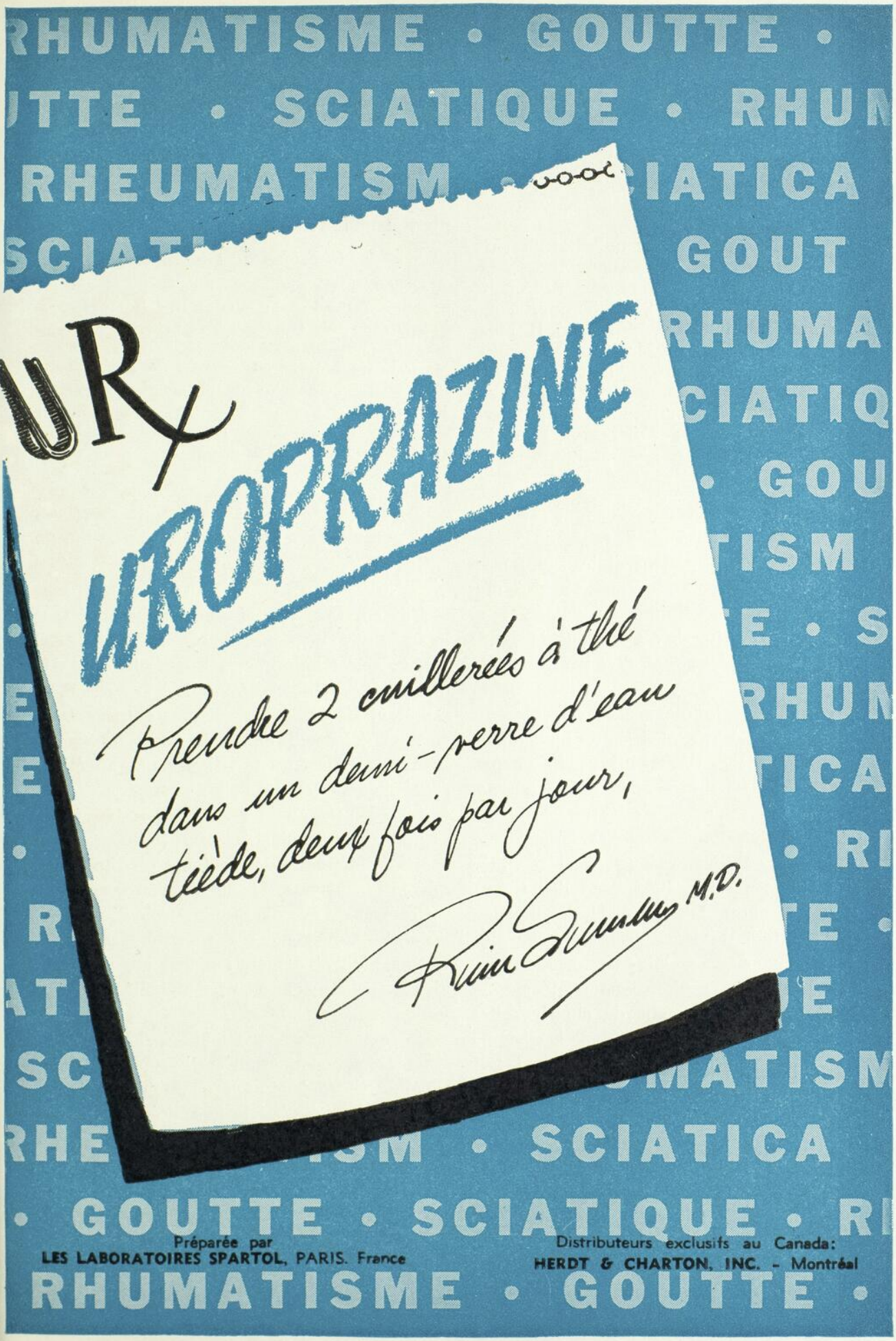
« Dans beaucoup de cas, dit le docteur Gutmann dans sa préface, le régime, presque seul, peut guérir; dans beaucoup d'autres, sans lui, la thérapeutique est insuffisante. »

Le docteur Demole traite de cette science en clinicien, en physiologiste et en chimiste. Avec une compétence égale, il étudie aussi bien les régimes des maladies du tube digestif et de la nutrition que ceux des maladies des reins, du cœur, du sang...

La documentation sait rester claire, et les tableaux ne constituent que le complément indispensable et modeste de l'exposé, qui ne perd jamais de vue l'observation clinique du malade.

Divisions de l'ouvrage

I. Alimentation normale: Historique. Besoins énergétiques. Substances protectrices. Etats physiologiques particuliers. — II. Diététique générale: introduction. Régime déchloruré. Déshydratation. Réhydratation. Régime acidosant ou alcalosant. Végétarisme. Régimes riches et pauvres en azote. — III. Diététique appliquée: Maladies de la nutrition: Dia-



Préparée par
LES LABORATOIRES SPARTOL, PARIS. France

Distributeurs exclusifs au Canada:
HERDT & CHARTON, INC. - Montréal

bète; Obésité et maigreur; Rhumatismes; Goutte. Maladies digestives: Introduction; Maladies de l'estomac; Maladies de l'intestin; Affections hépato-biliaires. Affections diverses: Affections cardio-vasculaires; Maladies des reins. Anémies. — Table analytique.

Noël FIESSINGER, avec la collaboration de M. Albeaux-Fernet, M. Aussannaire, M. Bariéty, G. Boudin, R. Bourgeois, R. Dupuy, J. Fauvet, M. Gaultier, L. Gougerot, G. Laurence, J. Lenègre, J. Mallarmé, R. Messimy, L. Michaux, R. Moricard, P. Oury, R. Palmer, R. Tiffeneau, J. Tremollières. — **Diagnostics pratiques.** Préface du Professeur A. Lemaire. 2ème édition entièrement revue. Un volume de 726 pages, avec 23 figures. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1951.

On connaît la manière moderne et pratique qui a assuré aux exposés de l'Auteur une large audience chez les praticiens et les étudiants: on y retrouve les grandes qualités qui ont fait le renom de la Clinique française.

La première édition de cet ouvrage, en 1948, a connu un grand succès et s'est trouvée rapidement épuisée.

La clinique et le diagnostic, sensibles au développement des explorations biologiques et au progrès de la thérapeutique, ne va pas sans subir le renouveau de l'ère moderne. L'évolution des maladies, c'est-à-dire les différentes conditions dans lesquelles un médecin est appelé à les diagnostiquer, s'est modifiée considérablement sous l'influence des thérapeutiques récentes. D'autre part, le clinicien a pris l'habitude de demander de plus en plus de renseignements au laboratoire.

Mais toutes les explorations n'ont pas la même valeur. Il convenait de choisir celles qui méritaient d'être intégrées dans le système d'examen des praticiens. C'est ce qu'ont fait le Professeur Fiessinger et ses élèves dans cet ensemble de mises au point.

Rien n'a été changé dans cette deuxième édition au plan initial. Le schéma caractéristique qui se résume dans les trois termes: « reconnaître, distinguer, expliquer », se retrouve à chaque chapitre. Le chapitre initial, intitulé « les Etapes du diagnostic », « qui pourrait s'appeler, affirme le Professeur Lemaire dans sa préface, le Raisonnement en Médecine », n'a pas été retouché. Partout ailleurs, les notions nouvelles, qui s'avèrent utiles au diagnostic, ont été insérées en bonne place dans la rédaction primitive.

Divisions de l'ouvrage.

Généralités (13 pages). — Processus généraux (77 pages). — Maladies du tube digestif (131 pages). — Maladies du foie (69 pages). — Maladies des reins (42 pages). — Maladies du cœur (64 pages). — Maladies du sang et des organes hématopoïétiques (55 pages). — Maladies du poumon (85 pages). — Maladies endocriniennes (22 pages). — Maladies de la peau et des muqueuses (25 pages). — Maladies du système nerveux (129 pages).

Lucien BRULL, professeur de Clinique Médicale à l'Université de Liége. — **Goitre et pathologie thyroïdienne.** Un volume de 108 pages, avec diagrammes et tableaux. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.

L'auteur s'est livré à une longue étude sur les dysthyroïdiens qu'il a pu étudier de 1929 à 1948 à la Clinique et à la Policlinique Médicales de l'Université de Liége, l'ensemble représentant 4 134 cas. S'appuyant sur cette riche expérience, il donne dans cet ouvrage les traits les plus caractéristiques des affections thyroïdiennes telles qu'elles se sont présentées à lui dans ces cliniques.

Sont analysés l'âge et les conditions d'apparition, l'hérédité, les facteurs prédisposants, l'évolution spontanée ou influencée par les médications, la symptomatologie locale et générale, l'incidence de toxicité, ses modes d'apparition et d'évolution, l'action des principaux traitements utilisés par l'Auteur ces vingt dernières années.

Certains aspects particuliers du problème ont été également étudiés: thyroïde et hématopoïèse, thyroïde et appareil circulatoire, etc... Il s'agit d'une étude à la fois clinique et statistique: de nombreux tableaux et des diagrammes soutiennent l'exposé.

Divisions de l'ouvrage.

Introduction. — L'incidence du goitre en Belgique. Le goitre de la puberté. — Les goitres toxiques. — Quelques aspects de la symptomatologie de la thy-

enraye l'atroce tourment

de la démangeaison

dans



la dermatose prurigineuse, l'eczéma,

l'urticaire et l'oedème angioneurotique,

la dermatite atopique, l'herbe à la puce,

le prurit ano-vulvaire et scrotal, l'irritation

cutanée, l'éruption causée par les couches,

les piqûres d'insectes, le prurigo estival.

TOPAMINIC arrête rapidement le tourment de la démangeaison qui complique plusieurs affections cutanées—cette préparation apporte un confort immédiat au malade et lui enlève le désir intense de gratter ses lésions, ce qui évite le traumatisme et diminue le danger d'une infection secondaire.

TOPAMINIC est une nouvelle amélioration dans le domaine des agents antipruritiques; c'est une crême adoucissante, protectrice, soluble dans l'eau, qui possède des propriétés analgésiques-antihistaminiques. En raison de cette activité puissante, TOPAMINIC est efficace pour enrayer certains types de prurit—on peut l'employer avantageusement dans plusieurs affections communes de la peau d'origines diverses. TOPAMINIC est présentée en tubes de 1 once par Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 13, Ontario.

Remarquez la formule:
100 grammes contiennent:

Chlorhydrate de méthapyrilène (antihistaminique)	2.0 gm.
Calamine préparée (protectrice, astringente)	8.0 gm.
Benzocaine, (analgésique, anesthésique)	3.0 gm.
Métacrésol hexylé (antiseptique)	0.05 gm.
dans un excipient crémeux, adoucissant, soluble dans l'eau.	

TOPAMINIC

SHARP & DOHME

Crême analgésique-antihistaminique

réo-toxicose: Nutrition, hyperthyroïde et coma basedowien. L'exophtalmie. Goitre soit-disant non toxique et état du cœur. Thyroïde et tension. Thyroïde et psychisme. Métabolisme de base et hémoglobine. — Troubles mécaniques spontanés ou provoqués occasionnés par les goitres. — Myxœdèmes. — Infections, goitres simples et toxiques. — Thyroïde et autres glandes endocrines. — Thérapeutique des thyréotoxicoses: Traitement du goitre toxique par les rayons X. Les antithyroïdiens de synthèse dans la maladie de Basedow. 9 cas de maladie de Basedow traités par l'iode radio-actif. Les indications opératoires dans le traitement des goitres. — Les actions thérapeutiques de la thyroïdine. — Conclusions générales. — Résumé anglais.

M. BARIETY, J. PAILLAS et Mlle M. LEVY. — **La trachée et les bronches cartilagineuses. Structure et fonctionnement des dispositifs musculaires et élastiques.** Un volume de 238 pages, avec 57 figures. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1951.

Etudiant la pathologie des bronches et des poumons, les Auteurs ont éprouvé la nécessité d'en mieux connaître la texture normale afin de mieux comprendre leurs lésions ou de mieux apprécier leur viciation fonctionnelle.

C'est par la conjonction des diverses techniques — anatomie pathologique, bronchoscopie, etc... — qu'ils ont poussé leurs investigations et cherché à fournir une réponse à certaines questions controversées. C'est ainsi qu'ils ont pu apporter des faits nouveaux concernant, entre autres, la face postérieure des bronches, la surface interne de leur muqueuse, les muscles bronchiques, les faisceaux élastiques internes, les fibres élastiques du cartilage, la motricité des bronches et la physiologie de la toux.

Ils exposent dans ces pages, qu'un souci clinique ultérieur n'a jamais cessé d'inspirer, le résultat de leurs recherches et l'analyse de leurs constatations.

Divisions de l'ouvrage

1ère Partie: *Anatomie.* 1. Anatomie générale de la trachée et des bronches. Disposition générale de l'arbre trachéo-bronchique. Les limites de la paroi membraneuse. La surface interne des bronches. Les divers éléments de la paroi bronchique. — 2. Anatomie des muscles. Structure des muscles trachéo-bronchiques. Les dispositifs musculaires de la trachée. Les dispositifs musculaires des bronches. Anatomie comparée des muscles trachéo-bronchiques. L'innervation des muscles trachéo-bronchiques. — 3. Anatomie des fibres élastiques. Structure générale des éléments élastiques. Les dispositifs élastiques de la trachée et des bronches. Les variations des dispositifs élastiques de la trachée et des bronches.

2ème Partie: *Physiologie.* 1. Etude des mouvements bronchiques. Les mouvements bronchiques provoqués par les organes intrathoraciques. Les mouvements de torsion. Les variations des angles interbronchiques. Les déplacements des diverses régions de l'arbre bronchique au cours de la respiration. L'allongement inspiratoire de la trachée et des bronches. Les variations de calibre de la trachée et des bronches. Etude endoscopique de la toux. — 2. Physiologie des muscles trachéo-bronchiques. Aperçus physiologiques sur le muscle lisse. Le rôle des muscles dans les variations de calibre et de longueur des bronches au cours de la respiration. Le tonus permanent des muscles bronchiques. Le problème des contractions actives des muscles bronchiques. — 3. Le fonctionnement des dispositifs élastiques de la trachée et des bronches cartilagineuses. Le fonctionnement des faisceaux élastiques internes. Le fonctionnement des dispositifs élastiques de coaptation.

Documents. Documents anatomiques. — Documents physiologiques.

Bibliographie (441 références). — Index alphabétique des auteurs. — Index alphabétique des matières.

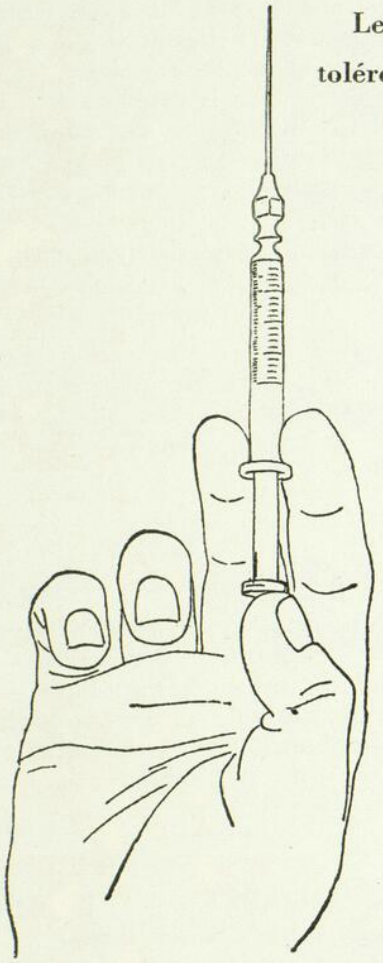
M. ALBEAUX-FERNET, L. BELLOT, P. BREANT, J. DERIBREUX, M. GELINET, Ch. ZERAH. — **L'année endocrinologique.** 3ème année. Un volume de 168 pages. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1950.

Il s'agit, non pas du résumé sec et strict des observations et des travaux endocrinologiques parus dans l'année, mais d'exposés complets de sujets à l'ordre du jour, appuyés sur une bibliographie française et étrangère. Les Auteurs cherchent la clarté et la précision en même temps que la solidité des faits rapportés. Ils s'adressent à la fois aux spécialistes soucieux d'être « à la page », aux étudiants voulant moderniser leurs dossiers et aux praticiens désireux de maintenir leurs moyens de diagnostic et de thérapeutique à la hauteur des récentes découvertes.

Divisions de l'ouvrage

Surrénales: Action physiologique de l'ACTH et de la cortisone. — Intérêt pratique du test de Thorn

Sulfate de Dihydrostreptomycine premier choix du médecin ET du malade



Le Sulfate de Dihydrostreptomycine est parfaitement bien toléré, et il est rarement cause d'irritation au point d'injection. Il est maintenant le plus largement employé de toutes les préparations à la streptomycine.

Des études comparatives effectuées par des cliniciens de renom confirment que

LE SULFATE DE DIHYDROSTREPTOMYCINE —

est aussi efficace que la streptomycine [2, 9, 13-15]

est moins toxique pour l'appareil vestibulaire [1-15]

diminue au minimum la douleur et l'enflure au point d'injection [6, 10]

permet un schème de dosage plus élevé et un traitement prolongé [3, 11]

... même chez des patients manifestant une réponse allergique à la streptomycine [2, 9, 10, 11]

Des études expérimentales très poussées [16, 17] **ont démontré que le**

SULFATE DE DIHYDROSTREPTOMYCINE MERCK —

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

SULFATE DE DIHYDROSTREPTOMYCINE MERCK

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

MERCK & CO. LIMITED
Fabricants chimistes
MONTRÉAL • TORONTO • VALLEYFIELD

BIBLIOGRAPHIE
(1) Tompsett, R., et McDermott, W., Am. J. Méd. 7: 371-381, sept. 1949. (2) Tompsett, R., Ann. Otol., Rhin. & Laryng. *57*: 181, mars 1948. (3) Sweany, H. C., Dis. Chest *15*: 631-656, juin 1949. (4) Lincoln, S., Science News Letter *55*: 307, 14 mai 1949. (5) Semans, J. H., J. M. A. Georgia *38*: 477-480, nov. 1949. (6) Domon, C. M., Kilbourne, P. C., et King, E. Q. Amer. Rev. Tuberc. *60*: 564, 575, nov. 1949. (7) Nagley, M. M., Brit. M. J. *1*: 248, 28 janv. 1950 (correspondance). (8) Committee on Medical Research and Therapy, American Trudeau Society, Am. Rev. Tuberc. *61*: 436-440, mars 1950. (9) Carr, D. T., Hinshaw, H. C., Pfuetze, K. H., et Brown, H. A., Dis. Chest *16*: 801-815, déc. 1949. (10) Odell, J. M., Dis. Chest *16*: 818, déc. 1949. (11) (Editorial) New England J. Med. *240*: 736, 5 mai 1949. (12) Keefer, C. S., Ann. Int. Med. *33*: 582-589, sept. 1950. (13) Marsh, D. F., W. Va. Med. J. *45*: 280-284, oct. 1949. (14) Johnson, H. M., J. Invest. Dermat. *15*: 61-66, juillet 1950. (15) Hinshaw, H. C., Communication personnelle. (16) Hawkins, J. E., Transactions 9th Streptomycin Conference, Veterans Administration, Washington, D. C., *1950*: 109. (17) Hawkins, J. E., J. Pharmacol. *100*: 38, sept. 1950.

à l'ACTH. — Emploi thérapeutique de l'ACTH et de la cortisone. — L'hypoglycémie spontanée, manifestation d'insuffisance surrénale fruste.

Thyroïde: Dysharmonie hypophyso-ovarienne et affections thyroïdiennes. — Œstrogènes de synthèse et hyperthyréose. — L'iode radioactif (I 131) dans les affections thyroïdiennes.

Hypophyse: Hyperthyréose hypophysaire. — Hypothyréose hypophysaire.

Gynécomastie: Gynécomasties unilatérales. — Gynécomasties bilatérales. — Gynécomasties constitutionnelles.

Glandes génitales: Aménorrhées fonctionnelles. — Traitement hormonal des métrorragies fonctionnelles. — La $\triangle^5$ pregnénolone et la testostérone dans le traitement du rhumatisme.

Explorations fonctionnelles: Etude comparée des récepteurs utérin et vaginal par les biopsies cytohormonales de l'endomètre et les frottis vaginaux. — Dosage des stéroïdes urinaires. — L'effondrement des 17 cétostéroïdes urinaires et l'intérêt de l'implantation de testostérone dans la cirrhose bronzée. — Chromatographie des 17 cétostéroïdes urinaires. — Anthropométrie dans l'examen endocrinien.

Table alphabétique des matières des années 1949 et 1950.

Sujets traités dans la première année (1949)

Surrénales: Diagnostic de la maladie d'Addison. Hypertension sèche d'origine surrénale et syndrome d'adaptation de Selye. Traitements actuels de la maladie d'Addison. Arthrites au cours de traitements par la désoxycorticostérone. — *Corps thyroïde*: Antithyroïdiens de synthèse dans le traitement des hyperthyréoses. Indications actuelles de la chirurgie dans le traitement des hyperthyréoses. Iode radioactif. — *Hypophyse*: Le test de l'intolérance à l'insuline. Les nanismes d'origine cérébrale. — *Ovaires*: Frottis vaginaux. Œstrogènes de synthèse. Troubles de la ménopause et leur traitement. Traitement des rhumatismes de la ménopause par les œstrogènes de synthèse. Obésités spongieuses féminines. — *Testicules*: Hormonothérapie masculine dans la gynécomastie. Arthroses au cours de traitements par la testostérone. — *Seins*: Hormonothérapie du cancer du sein par la testostérone. Hormonothérapie du cancer du sein par les œstrogènes de synthèse. — *Parathyroïdes*: L'hormone parathyroïdienne. Tests d'insuffisance parathyroïdienne.

Sujets traités dans la seconde année (1950)

Surrénales: Conception physio-pathologique et thérapeutique actuelle de la maladie d'Addison. — Le test de Thorn: exploration fonctionnelle de la cortico-surrénale par le compte direct des éosinophiles. — Syndrome de Cushing. — Emploi thérapeutique d'une hormone surrénale: la cortisone et d'une hormone hypophysaire: la corticotrophine.

Corps thyroïde: Données nouvelles sur la thyréotrophine. — Les protéines iodées.

Neuro-hypophyse: Maigreurs hypophysaires. — Les séquelles endocriniennes des méningo-encéphalites de la base. — Les gonadotrophines en thérapeutique génitale masculine.

Ovaires: Les facteurs de la menstruation. — Frottis vaginaux. — Le diagnostic étiologique des aménorrhées. — Le diagnostic biologique et chimique de la grossesse. — Le traitement de la dysménorrhée par les antihistaminiques de synthèse. — Les œstrogènes de synthèse en thérapeutique générale. — Le traitement de certains accidents gravidiques par les œstrogènes de synthèse.

Testicules: Les 17 cétostéroïdes. — Individualisation physio-pathologique de certains cas de stérilité masculine.

Affections pluri-endocriniennes et para-endocriniennes: Investigations étiologiques et traitement de l'hydrolipopexie. — Conception actuelle des infantilismes. — Maladie de Paget. Conceptions nouvelles et thérapeutique hormonale.

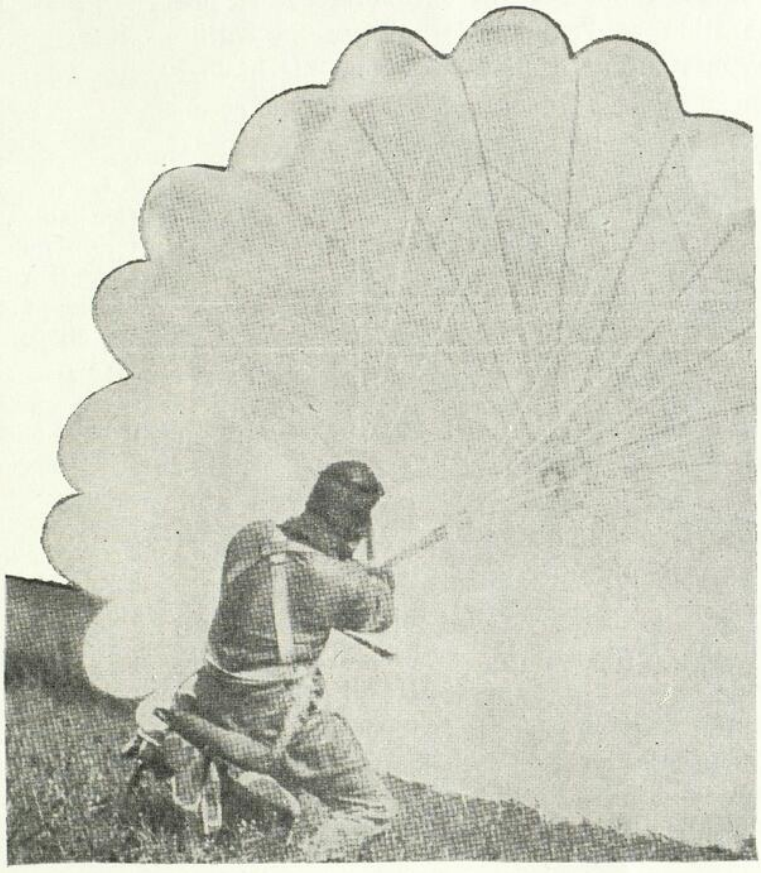
Commission de rédaction: Ch. JAULMES, A. JUDE, J. QUERANGAL DES ESSARTS (des Services de Santé des Armées). — **Pratique du laboratoire: techniques générales — diagnostics biologiques — hématologie — sérologie — parasitologie et entomologie médicales — technique anatomo-pathologique.** Un volume de 700 pages, avec 42 figures et 4 planches, dont une en couleurs. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.

L'évolution constante des données biologiques demande des méthodes nouvelles et une technique sûre, que le spécialiste du laboratoire doit perfectionner et adapter sans cesse aux demandes du clinicien.

Œuvre d'un groupe de chefs de laboratoire et de spécialistes des services de santé des armées particulièrement qualifiés, la *Pratique du laboratoire* a pour objet précisément de rassembler les principales techniques se rapportant aux branches que le sous-titre énumère, et qui constituent le domaine du laboratoire médical. Cette présentation est restée essentiellement pratique, l'ouvrage devant être un « manuel » de technicien. La forme en est donc condensée; tableaux, schémas et clefs ont été multipliés pour aider à la recherche. Mais la richesse de la documentation rassemblée,

HYPERTENSION

DESCENTE



PARFAITE

grâce à *Hypotensyl*

l'Hypotensyl détermine une réduction soutenue de la tension artérielle en contraste avec l'effet éphémère du groupe des nitrites.

formule:

Extrait de gui	0.075	Gm.
Extrait de foie	0.10	"
Extrait pancréatique	0.05	"

Dose: 3 à 6 dragées
par jour, de préférence
une demi-heure avant les repas.

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LIMITÉE, Montréal 18

qui groupe des connaissances habituellement dispersées dans de nombreux ouvrages, fait de ce manuel un travail original.

Dans chaque partie des questions nouvelles ont été étudiées: ainsi un chapitre est consacré aux dosages des antibiotiques; la préparation et l'emploi de milieux de culture récents y sont décrits. Le diagnostic biologique des rickettsioses, des leptospiroses et des maladies à virus est exposé sur un plan pratique.

Au chapitre d'hématologie ont été ajoutées les techniques se rapportant à la détermination des groupes sanguins, du facteur rhésus et à la transfusion sanguine.

Les diagnostics hormonaux sont exposés dans un chapitre spécial.

Les analyses d'eau et les expertises alimentaires sont aussi du ressort des laboratoires d'analyses; les principales techniques qui s'y rapportent sont données en détails.

Un chapitre d'entomologie médicale complète la parasitologie, en raison du rôle important joué par les arthropodes dans la transmission des grandes endémies tropicales: paludisme, fièvre jaune, typhus, peste, trypanosomoses, filarioses, etc... Un médecin éloigné d'un institut spécialisé doit être à même de déterminer avec une précision suffisante les insectes, agents de maladies ou porteurs d'infections.

Les techniques anatomo-pathologiques ont été choisies parmi celles qui permettent d'obtenir les meilleurs résultats.

Les techniques présentées ont fait l'objet d'une sélection rigoureuse, basée sur la facilité d'exécution et la constance des résultats.

Divisions de l'ouvrage

I. *Techniques générales de laboratoire* (110 pages): Généralités. — Biologie microbienne. Milieux de culture. — Bactériostatiques, antibiotiques. — Expérimentation sur les animaux. — Tables de constantes physiques et chimiques, techniques diverses et recettes utiles.

II. *Diagnostics biologiques* (202 pages): Généralités sur les prélèvements bactériologiques. — Expédition de produits pathologiques. — Diagnostics cytobactériologiques. — Les bactériophages. — Les tests cutanés. — Diagnostic bactériologique des rickettsioses (typhus) et des leptospiroses. — Diagnostic des maladies à virus. — Eléments de diagnostic hormonal. — Expertises alimentaires. — Examens biochimiques.

III. *Hématologie. Sérologie* (179 pages): Hématologie. — Groupes sanguins. Transfusion. — Sérologie.

IV. *Parasitologie. Entomologie* (179 pages): Parasitologie. — Entomologie médicale. — Malacologie médicale.

V. *Technique anatomo-pathologique* (169 pages). Index alphabétique (30 pages).

Si vous avez diagnostiqué la PYÉLITE

Prescrivez D'ABORD



ACCEPTED
COUNCIL ON PHARMACY AND CHEMISTRY
AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

pour enrayer l'infection et maintenir l'antiseptie urinaire...

Quand il s'agit d'enrayer l'inflammation pyélitique et de restaurer de façon permanente l'antiseptie urinaire, la MANDELAMINE* s'impose par son action efficace et rapide contre les micro-organismes présents dans la majorité des infections des voies urinaires. L'ampleur du spectre antibactérien et l'absence à peu près totale de réactions fâcheuses en font l'agent thérapeutique par excellence à prescrire aussitôt qu'un diagnostic de pyélite a été formulé.

Dans certains cas de pyélite simple, l'antiseptie urinaire est souvent rétablie en moins de trois jours, permettant une guérison rapide sans avoir recours à des traitements plus coûteux.

La MANDELAMINE n'est positivement contre-indiquée que dans les cas d'insuffisance rénale.

Vous trouverez la MANDELAMINE dans toutes les pharmacies d'ordonnances, en flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés drageifiés à dissolution entérique. Sur demande, nous ferons parvenir aux médecins une abondante documentation ainsi que des échantillons pour essais cliniques.

NEPERA

NEPERA CHEMICAL CO., INC.

MERCK & CO. LIMITED

Distributeurs exclusifs, MONTRÉAL

*MANDELAMINE est la marque de commerce déposée par Nepera Chemical Co., Inc., pour sa marque de Hexydaline (mandélate de méthénamine) :

MAINTENANT!



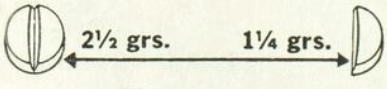
FORMAT POUR ENFANTS

ASPIRIN

MARQUE DÉPOSÉE AU CANADA

BAYER *Véritable*

Ces comprimés d'Aspirin Format Spécial pour Enfants permettent aux mamans de donner les doses que vous prescrivez. Le format pour enfants est présenté en comprimés bisséqués de 2½ grains que l'on casse facilement pour donner des doses de 1¼ grain. Le comprimé se désagrège rapidement pour se mélanger avec le véhicule que le médecin recommande pour l'administrer.





THE BAYER COMPANY LIMITED, 1019 ELLIOTT STREET W., WINDSOR, ONTARIO

Dans tous les cas de constipation fonctionnelle, l'AGAROL* "WARNER", un agent dont l'action est douce, est en mesure de procurer un péristaltisme prompt et suffisant, suivi d'une reprise d'activité intestinale physiologique normale.

Agarol* 'WARNER'

pour la constipation

L'AGAROL* fournit trois facteurs essentiels pour la constipation aiguë ou chronique — une lubrification, une légère stimulation péristaltique et une masse non absorbable.

Avec AGAROL*, il n'y a ni effort, ni colique, ni suintement anal.

Efficace, de goût agréable, se mélangeant bien aux aliments solides ou liquides, l'AGAROL* constitue un laxatif idéal pour jeunes et vieux.

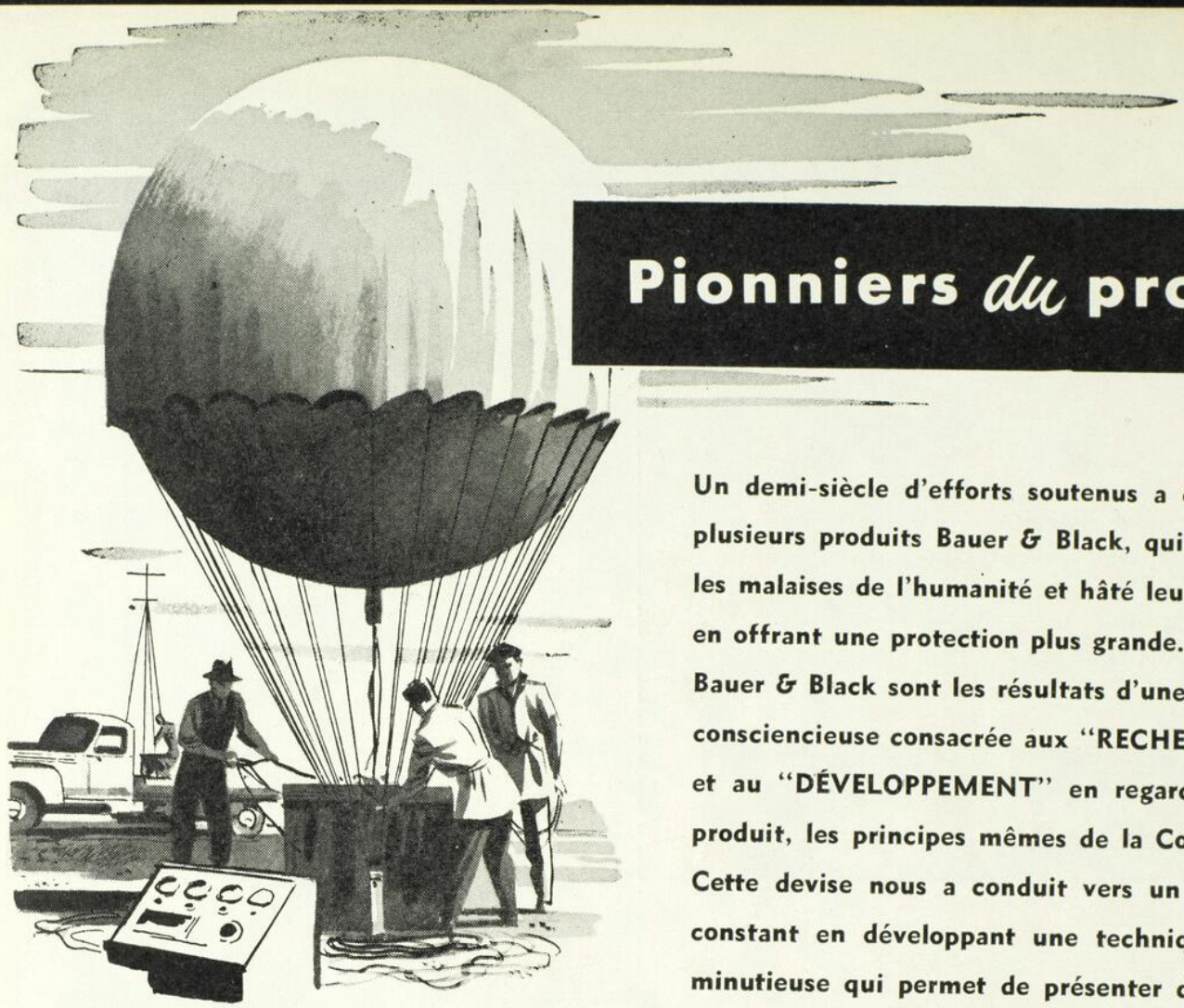
L'AGAROL* "WARNER" s'obtient en bouteilles de 6, 10 et 16 onces liquides.

William R. WARNER & Co., Ltd.
Toronto, Ontario



efficace
doux
correctif

*Nom déposé.



Pionniers *du* progrès

Un demi-siècle d'efforts soutenus a donné plusieurs produits Bauer & Black, qui ont diminué les malaises de l'humanité et hâté leur guérison, en offrant une protection plus grande. Ces produits Bauer & Black sont les résultats d'une attention consciencieuse consacrée aux "RECHERCHES" et au "DÉVELOPPEMENT" en regard du produit, les principes mêmes de la Compagnie. Cette devise nous a conduit vers un progrès constant en développant une technique minutieuse qui permet de présenter des produits spécialisés destinés à des besoins spéciaux de l'humanité.



QUAND VOUS AVEZ BESOIN DE DIACHYLON, EMPLOYEZ LE DIACHYLON CURITY

UN EFFORT POUR ATTEINDRE UN NOUVEAU DEGRÉ D'EXCELLENCE

LE DIACHYLON CURITY possède à la fois la souplesse et une force de tension considérable. Il est fabriqué de façon à réduire l'irritation cutanée, au point minimum irréductible, des substances hypersensibles connues. 15,000 essais faits sur 2,500 personnes, et des recherches continues établissent ce fait. Un contrôle minutieux de tous ces éléments assure un degré d'excellence sans cesse maintenu. Etalage à l'épreuve de la poussière maintenant disponible.

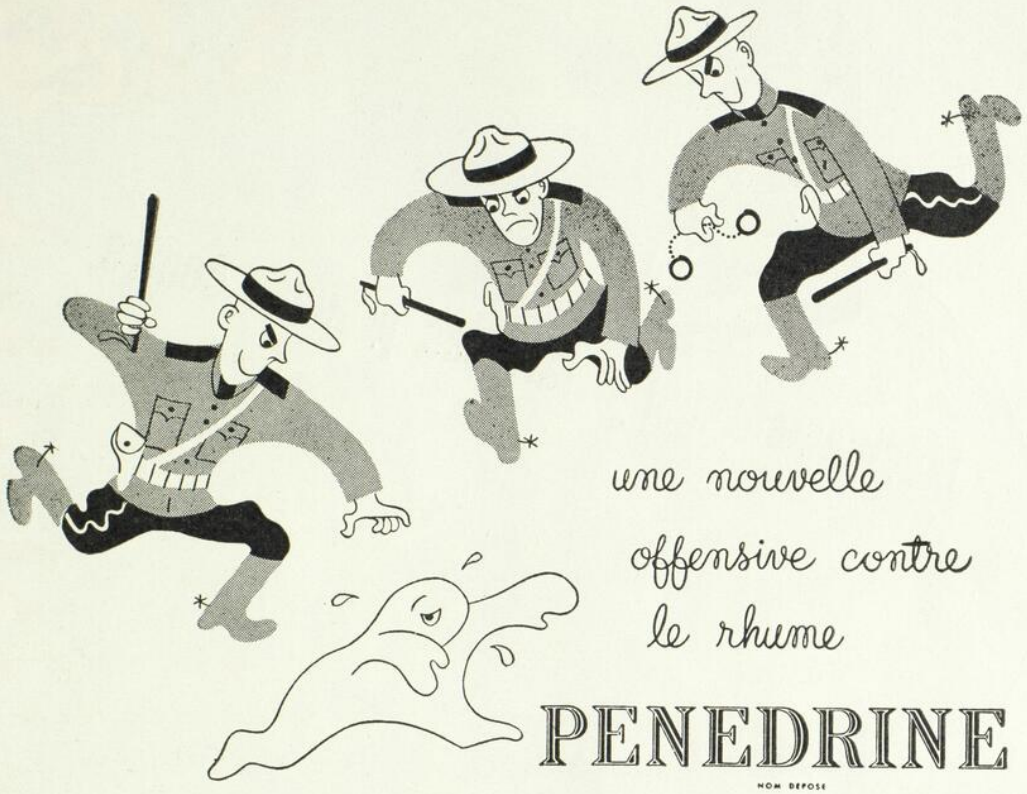
LE DIACHYLON CURITY est facile à appliquer, ne rétrécit pas et donne un soutien durable. Il garantit une adhésion rapide et continue à tenir tout en étant convenable pour la peau.

UN PRODUIT EXCLUSIF DE BAUER & BLACK

Division de The Kendall Company (Canada) Limited

Curity
ENRG. AU CANADA
DIACHYLON

RECHERCHE EN VUE D'AMÉLIORER LA TECHNIQUE . . . ET DE RÉDUIRE LE COÛT



une nouvelle offensive contre le rhume

PENEDRINE

NOM DEPOSÉ

protection à triple effet

composition

La ***PÉNÉDRINE*** est présentée sous forme d'un comprimé stable, enrobé de sucre.

Contenant:

Pénicilline G procaïnée 100,000 unités Int.
Phénoxadrine* (Marque de Commerce) 25.0 mg.
Acide acétylsalicylique 160.0 mg. (2½ gr.)
Phénacétine 128.0 mg. (2 gr.)
Caféine 32.0 mg. (½ gr.)

LA *PÉNÉDRINE* NE SERA DISPENSÉE QUE SUR VOTRE ORDONNANCE

**citrate dihydrogène de N, N-Diméthyl-2-(α-phényl-o-toloxy) -éthylamine.*

1 PÉNICILLINE—pour la prévention des complications secondaires débilitantes.

2 ACIDE ACETYLSALICYLIQUE — PHENACETINE — CAFEINE — pour le soulagement des malaises symptomatiques.

3 ANTIHISTAMINIQUE—pour le soulagement de plusieurs symptômes de l'infection primaire et le soulagement spécifique de la rhinite allergique.

Une nouvelle formule pour soulager les symptômes du rhume ordinaire et prévenir ses complications.

Les *Laboratoires Bristol* offrent à la profession médicale, pour la première fois, un produit unique réunissant dans une seule dose un antihistaminique, une préparation acide acétylsalicylique-phénacétine-caféine et de la pénicilline.

BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LIMITED

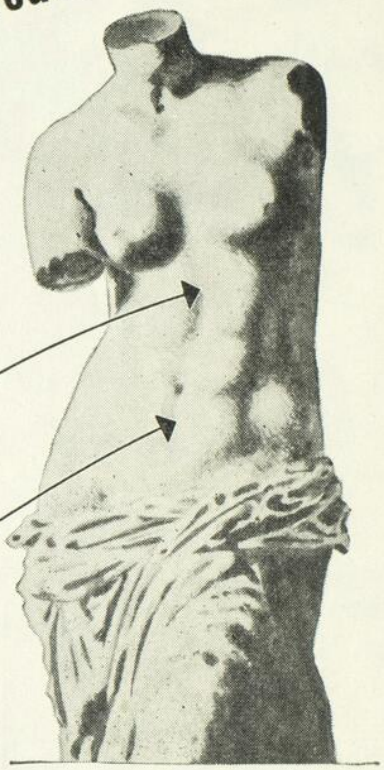
286 OUEST, RUE ST-PAUL, MONTRÉAL, CANADA



Médicament qui a fait ses preuves contre

HYPERACIDITÉ

CONSTIPATION



Depuis plus de 75 ans, le Lait de Magnésie Phillips' est accepté d'une façon générale par le corps médical comme agent thérapeutique standard pour soulager la constipation et l'hyperacidité de l'estomac.

Comme laxatif—Le Lait de Magnésie Phillips', quoique très efficace, est doux et sans danger pour les adultes et les enfants.

Comme antiacide—Le Lait de Magnésie Phillips' soulage rapidement et efficacement. Ne contient pas de carbonates; pour cette raison, il n'occasionne pas de malaises dus à la flatulence.

DOSE: { Laxatif: 2 à 4 cuillerées à soupe
Antiacide: 1 à 4 cuillerées à thé, ou
1 à 4 tablettes

LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS'

Préparé exclusivement par **THE CHAS. H. PHILLIPS CO. DIVISION,** 1019 Elliott Street, West, Windsor, Ont.
of Sterling Drug Inc.

Ethers éthylique et butylique de l'acide paraaminobenzoïque — résorcine — oxyquinoléine — oxyde de zinc.

ANESTHÉSIE SUPERFICIELLE

par simple contact

POMMADE NESTOSYL

Laboratoire P. Baude
72, rue Saint-Dominique, Paris

•

Agents au Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
200, rue Vallée, — **Montréal**

PRURITS, engelures, gerçures, crevasses, brûlures, ECZÉMAS, hémorroïdes, ulcères variqueux, escarres, crevasses du sein, dermites infantiles

Anesthésiques insolubles et non toxiques - cessation immédiate de la douleur sur les tissus lésés et toutes muqueuses

Autres formes: SOLUTION HUILEUSE 5%—OVULES—SUPPOSITOIRES

3 nécessités de la lutte contre l'agent infectieux:

1) Entraver son développement.
2) Réaliser l'antisepsie intestinale, hépatique, rénale.
3) Provoquer une diurèse, une chasse expulsive.

LABORATOIRES R. SAVOIRE
Vendôme (France).

ANTISEPSIE INTESTINALE, HÉPATIQUE, URINAIRE.

PYOCOLINE

6 à 10 COMPRIMÉS GLUTINISÉS PAR JOUR.

3 composants de PYOCOLINE, correspondant point par point:

1) Chlorure d'ammonium c.p. 0.25 gm.
2) Chlorhydrate d'orthoxyquinoléine 0.05 gm.
3) Hydrate de Terpine . . . . 0.03 gm.

Pour 1 comprimé

Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE,
200, rue Vallée, Montréal.

le problème consistait...

À OBTENIR UN ANALGÉSIQUE NEUTRE ET SOLUBLE SOUS FORME DE COMPRIMÉ

**L'acétylsalicylate de calcium offre,
en thérapeutique, des avantages
que la littérature médicale a maintes fois soulignés.**

Substance acide et peu soluble, l'acide acétylsalicylique est susceptible d'irriter la muqueuse gastrique. L'acétylsalicylate de calcium pur, au contraire, est très soluble et classé comme sel neutre, mais c'est un composé instable, et la science pharmacologique a longtemps recherché le moyen de le présenter sous la forme d'une préparation pure, stable et agréable au goût.

Le DISPRIN a enfin résolu le problème qui consistait à donner à l'acétylsalicylate de calcium la forme d'un composé stable et d'une saveur agréable.

Le DISPRIN possède toutes les précieuses qualités de l'acide acétylsalicylique: propriétés analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismales. De plus, comme il est soluble, il s'absorbe plus vite et son action thérapeutique est par conséquent plus rapide. Le DISPRIN offre donc à la fois les avantages de l'acide acétylsalicylique et de l'acétylsalicylate de calcium, sans présenter les inconvénients qui limitaient auparavant l'utilité de ces deux préparations. En mettant du DISPRIN dans l'eau on obtient aussitôt une solution remarquablement neutre, stable et agréable au goût.

TAB RCL 3

Pour fins de prescription Disprin s'obtient en comprimés sans identification auxquels on a donné le nom de TAB RCL 3. Il s'obtient en format spécial contenant 100 comprimés, en conditionnement hermétique afin de leur garder toutes leurs propriétés thérapeutiques.— Il est en vente dans toutes les pharmacies.

soluble, agréable au goût,



franchement neutre

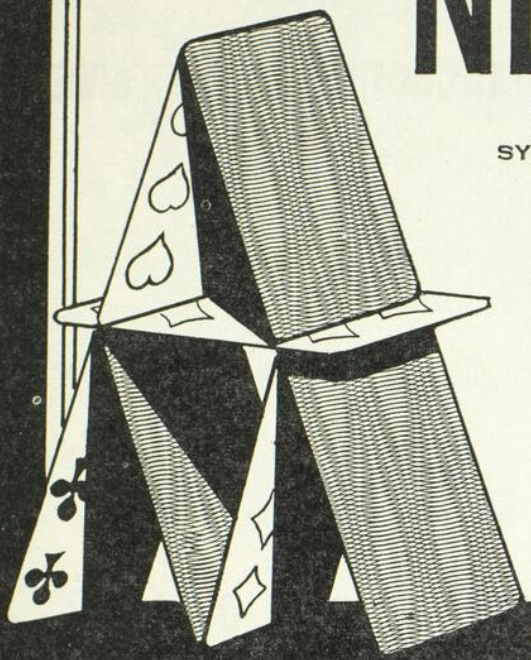
acétylsalicylate de calcium

Reckitt & Colman (Canada) Limited, Division des produits pharmaceutiques, Montréal

NEURO SOLÈNE

SÉDATIF DU VAGUE

SYNERGIE DES DOSES THÉRAPEUTIQUES FAIBLES



EXTRAIT JUSQUIAME
EXTRAIT VALÉRIANE
OXYDE DE ZINC
BARBITAL
O. GR. 017

Petits nerveux, pseudo-cardioques
1 comprimé, matin, midi et soir
Troubles du sommeil
1, à 2, en plus, au coucher

LABORATOIRES BRÉANT, PARIS - LABORATOIRES J. OLIVE 200 RUE VALLÉE - MONTRÉAL

SANS TOXICITÉ
SANS ACCOUTUMANCE - SANS INTOLÉRANCE

ÉQUILIBRE LE SYMPATHIQUE

UN COMPRIMÉ DANS UN 1/2 VERRE D'EAU



Vos aérophages,
Vos dyspeptiques,
Les petits hépatiques
Seront heureux .... si vous leur prescrivez

NORMOGASTRYL

Médication alcalino-sédative des gastro-hépatiques fonctionnels

Littérature et échantillons sur demande

•

Agents pour le Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
200, rue Vallée :-: **Montréal**

NORMOGASTRYL

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
- ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
- ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
- PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

LE VACCIN B C G

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

— **Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.**

— **Epreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.**

— **3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANS-CUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).**

— **FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.**

Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.



ALBERT CALMETTE
1863-1933

*J. A. BAUDOUIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.
A. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal, Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

UNION DE PHARMACOLOGIE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE, 1 Bis, rue LAULANIÉ - AGEN - (Lot-et-Garonne) FRANCE.

Artichaut.
Boldo.
Combretum.
Polypode.
Orthosiphon.
Adonis.
Peptone.
Chlorure de Magnésium.

Les gouttes

Ictère.
Atonie vésiculaire.
Colites.
Insuffisance hépatique.
Insuffisance rénale.
Urée sanguine (excès).
Albuminurie digestive.
Anorexie.

HÉPAX

stimulent les fonctions Hépatiques et Rénales

AGENT DE DÉSENSIBILISATION D'ACTION DOUCE ET PROGRESSIVE

30 à 50 gouttes, 2 ou 3 fois par jour, au début des repas.
ADULTES

2 à 5 gouttes par année d'âge, 2 ou 3 fois par jour.
ENFANTS

AGENTS AU CANADA : LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, RUE VALLÉE, MONTRÉAL.

AMPOULES BUVABLES

K·HÉMO

ANTIHÉMORRAGIQUE

HÉMORRAGIES INTERNES, EXTERNES et POST-OPÉRATOIRES



• PECTINE • GÉLATINE •
• CALCIUM • VITAMINE "K" •

APPLICATION ORALE ou LOCALE

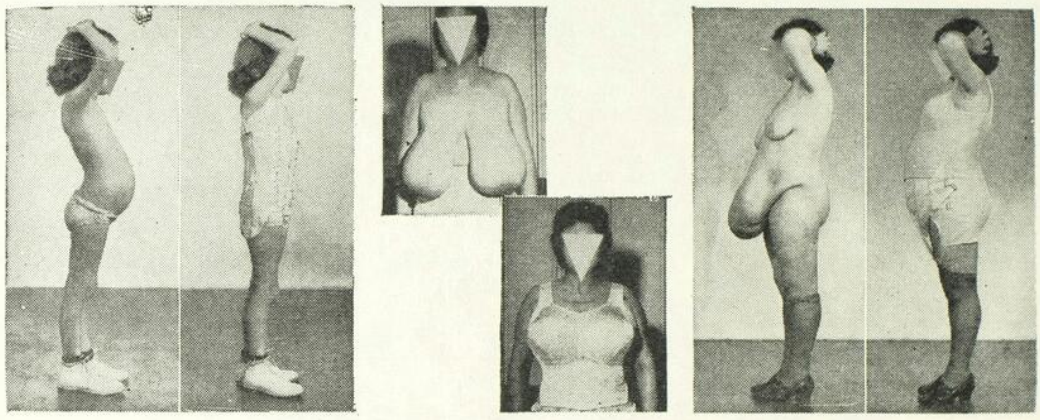
LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200 RUE VALLÉE, MONTRÉAL

en étalage au congrès de l'A.M.L.F.C.

Kiosque 12

Supports Spencer

individuellement dessinés, taillés et faits pour chaque malade



Vous êtes cordialement invité au *Kiosque 12* pour voir l'étalage des Supports Spencer — dessinés individuellement pour hommes, femmes et enfants pour tous les troubles de l'abdomen, du dos et des seins où un support est indiqué. L'étalage comprendra les modèles et caractéristiques suivants: *support dorsal* avec baleines rigides amovibles et bretelles à pivot; *supports abdominaux* avec le Coussin Abdominal à Ressort Spencer (en instance de brevet) — *un releveur viscéral à ressort* dont la valeur clinique est prouvée; modèles de soutien-gorge très employés dans le traitement préventif et le traitement curatif — ainsi qu'à la suite de mastectomie, thoracoplastie et autres interventions chirurgicales dans le sein et le thorax; et des modèles de supports pour *enfants.* La démonstration de l'efficacité du Spencer sera présentée dans une série d'illustrations photographiques des malades "avant" et "après" l'application des Supports Spencer.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LTD.,
Rock Island, P. Q.
Angleterre: Spencer Ltd., Banbury, Oxon.
Etats-Unis: Spencer, Inc., New-Haven, Conn.
Veuillez m'adresser la brochure "Les Supports Spencer dans la Pratique Médicale Moderne".

Nom .....
..... M.D.
Adresse .....
..... 9-51

Adressez le coupon à gauche — ou *téléphonez* à une marchande de Supports Spencer (voir les pages jaunes sous "Corsets-Brassières-Retail") pour renseignements.

SUPPORTS SPENCER **dessinés individuellement**

Pour le traitement des affections gastro-intestinales :
Hyperchlorhydries, colites, diarrhées, dyspepsies,
Ulcères gastro-duodénaux,

STOMALUMINE

Comprimés d'hydroxyde d'alumine vraiment colloïdal, formant un gel à réaction neutre qu'on retrouve à toutes les phases de la digestion.

Laboratoire de la Stomalumine
PARIS

•

Fabricants et concessionnaires au Canada :

MEDICOLAB INC.

Echantillon sur demande.

200 OUEST, RUE CRAIG — MONTRÉAL

Pour le traitement prolongé des affections rhumatismales et des manifestations arthritiques,

ASPRALUMINE

réalise l'association d'un analgésique efficace et d'un antacide éprouvé (Stomalumine).

Laboratoires de la Stomalumine
PARIS

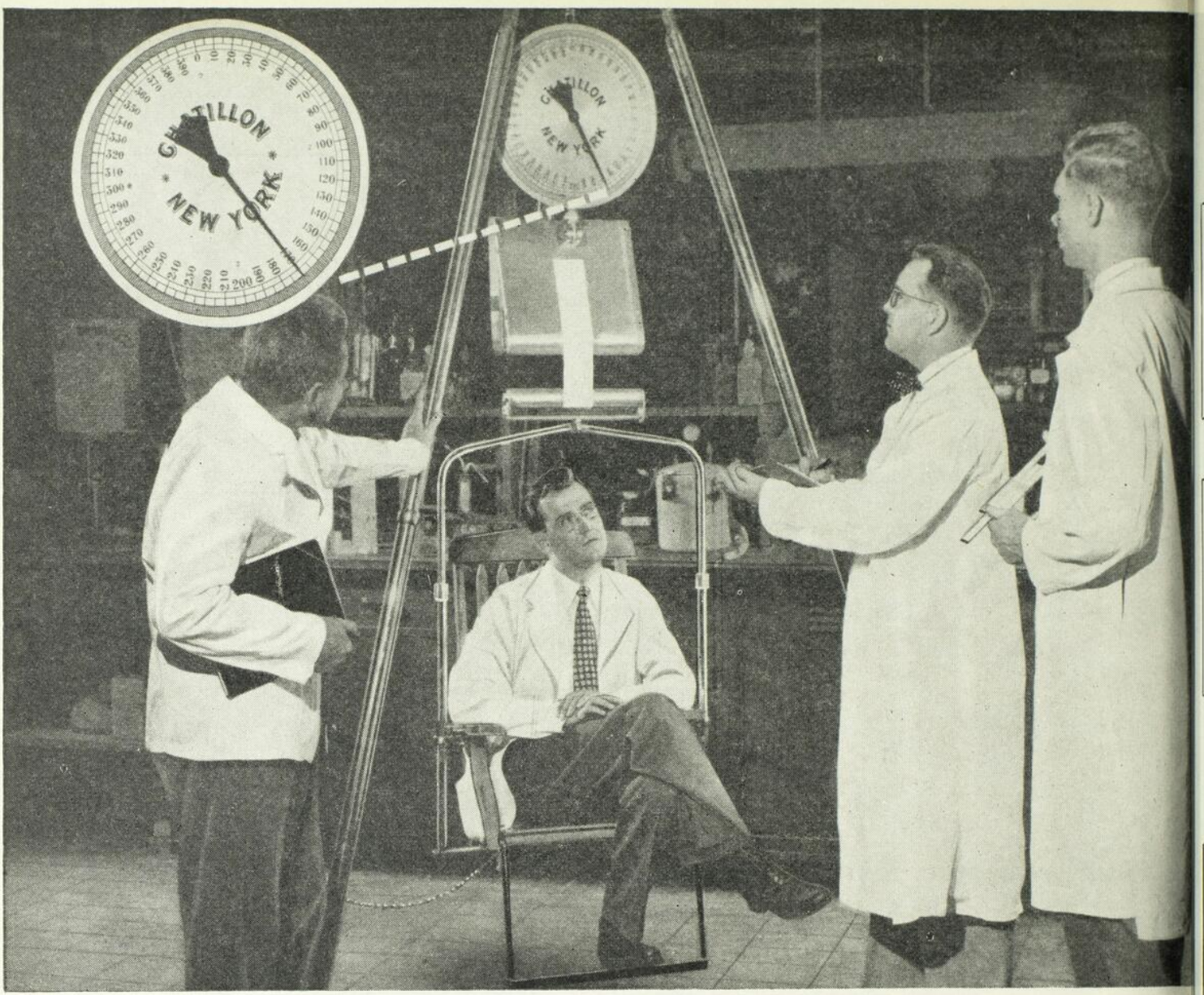
•

Fabricants et concessionnaires au Canada :

MEDICOLAB INC.

Echantillon sur demande.

200 OUEST, RUE CRAIG — MONTRÉAL



pour donner plus de poids à notre argument...
170 LIVRES À LA FOIS!

Il ne vous viendrait pas à l'idée de vous servir d'une bande de 3 pouces de ruban adhésif "ZO", pour suspendre en l'air un homme de 170 lbs.

Nous l'avons fait cependant — et nous en avons pris une photo — pour étayer nos dires. C'est là la preuve flagrante de l'énorme pouvoir adhésif et de la solidité du ruban adhésif "ZO" de Johnson & Johnson.

L'histoire ne s'arrête pas là. En fait, nous avons amélioré le ruban adhésif "ZO" dans quatre domaines importants:

1. Pouvoir adhésif renforcé
2. Risque moindre d'irritation cutanée
3. Blancheur plus marquée
4. Fraîcheur prolongée

L'actuel ruban adhésif "ZO" est le fruit des recherches approfondies de Johnson & Johnson. Il a été soumis à des épreuves rigoureuses dans les laboratoires de Johnson & Johnson. Dans 38 universités et hôpitaux u versitaires du pays, d'éminents all gistes et orthopédistes l'ont passé crible de la clinique.

Le ruban adhésif "ZO" démont comment Johnson & Johnson, u fois de plus à la poursuite perpétuelle du "mieux", a trouvé le moyen d'améliorer encore un produit déjà reconnu comme excellent.



La maison de confiance en pansements chirurgicaux

PASSEZ COMMANDE
À VOTRE DISTRIBUTEUR

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

FABRIQUÉ AU CANAD

L'AMINOPHYLLINE FRANÇAISE

CARÉNA

SÉDO-CARÉNA

COMPRIMÉS

Caréna — Phénobarbital — Papavérine

Neurodystonies cardiaques
Spasmes vasculaires, Algies des cardiaques.

CARÉNA

INTRAMUSCULAIRE
Théophylline-éthylène-diamine
Syndromes cardiaques
Syndromes Cardio-rénaux
Œdèmes cardiaques, rénaux et hépatiques.
Dyspnées

CARÉNA-OUABAÏNE

AMPOULES I. V. — COMPRIMÉS

VASO-DILATATEUR — CORONARIEN

Défaillance cardiaque, cœur sénile

TRINITRINE-CARÉNA

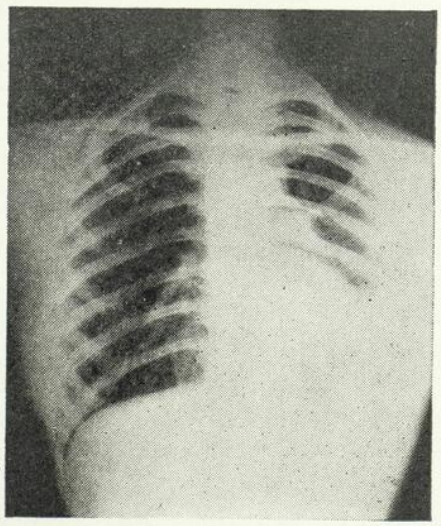
COMPRIMÉS

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

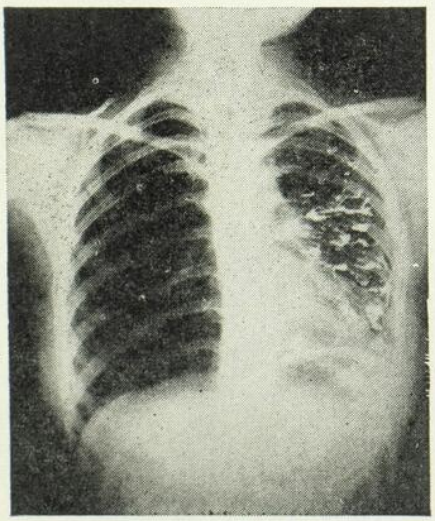
Laboratoires DELAGRANGE — Paris

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

Lipiodol*



Roentgenogramme sans Lipiodol



Roentgenogramme avec Lipiodol

complète — **l'image du diagnostic!**

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

LABORATOIRES A. GUERBET & Cie — 22, Rue du Landy, 22 PARIS - SAINT-OUEN



Sutures non-resorbables de choix

NYLON — Le fil tressé, de nylon noir, ETHICON est très fort. Il se noue facilement et est calibré selon les standards donnés par la U.S.P. pour chaque grosseur.

Le nylon tressé, portant la marque ETHICON est spécialement préparé pour satisfaire aux exigences du chirurgien qui désire une suture non-résorbable, à l'épreuve de l'humidité et du sérum.

En bobines de 100 et de 25 verges dans les calibres 5-0 à 5 U.S.P.

SOIE — L'emploi de la soie noire, tressée, de marque ETHICON "Truformed", vous assure un fil intrinsèquement fort et qui cause très peu de réaction dans les tissus. Il est non-capillaire, à l'épreuve du sérum, non-toxique et strictement calibré d'après les données de la U.S.P.

Demandez la soie ETHICON dans la salle d'opérations.

En bobines de 100 et de 25 verges dans les calibres 6-0 à 5 U.S.P.

COTON — De 10% à 30% plus fort que le coton ordinaire, le coton ETHICON est préparé spécialement pour la chirurgie. Seul le coton égyptien à longues fibres entre dans sa fabrication.

Le coton chirurgical ETHICON est dépourvu de filaments et d'irrégularités. Il ne renferme aucune substance rugueuse ni aucun colorant nocif.

Si vous préférez les sutures de coton, essayez le coton chirurgical ETHICON.

En bobines de 100 verges seulement dans les calibres 5-0 à 3 U.S.P.

ETHICON SUTURE DIVISION

Johnson & Johnson

LIMITED MONTREAL



J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal, Agent général pour le Canada.

RECTO-STYPTINE

Pommade et Suppositoires
Vitaminés
Calmants-Décongestifs

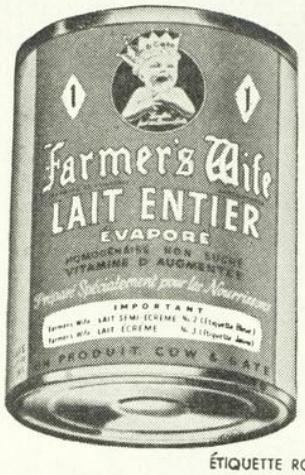
Nouveau traitement
des hémorroïdes
internes et externes

Echantillons et littérature sur demande

à

J. EDDÉ Ltée, 1154 Beaver Hall Square, Montréal.

Ils ont tous couru après le "Farmer's Wife"



ÉTIQUETTE ROUGE

La nouvelle série de trois sortes de lait "Farmer's Wife" en fait un lait dont la formule est la plus flexible et la plus simple que vous pouvez employer. "Farmer's Wife" No 1 *(étiquette rouge)* — Lait entier incorpore toutes les qualités intrinsèques qui ont rendu le nom "Farmer's Wife" synonyme de tout ce qu'il y a de mieux pour l'alimentation du nourrisson.

Matières grasses 8% Solides 26%
Calories 45 à l'once

VOTRE PRÉFÉRÉ POUR TOUTE FORMULE DE LAIT ENTIER



ÉTIQUETTE BLEUE

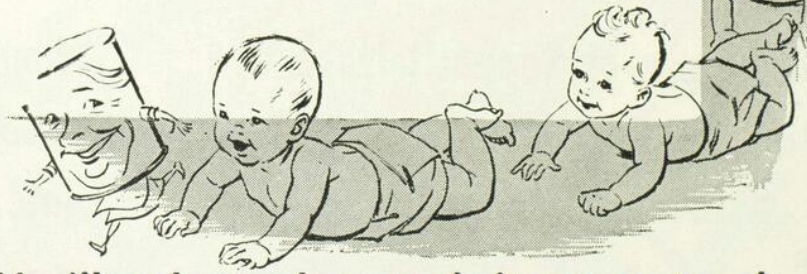
"Farmer's Wife" No 2 (*Étiquette bleue*) — Lait semi-écrémé
Matières grasses 4% Solides 22% Calories 32 à l'once
"Farmer's Wife" No 3 (*Étiquette jaune*) — Lait écrémé
Matières grasses 2% Solides 22% Calories 29 à l'once



ÉTIQUETTE JAUNE

Nous avons augmenté la teneur en Vitamines D à 480 Unités internationales par chopine de toutes les sortes de "Farmer's Wife", en y ajoutant des cristaux purs de Vitamine D_3.







Veuillez demander par écrit nos cartes de formule (modèle de poche) et nos imprimés.

COW & GATE (CANADA) LIMITED
GANANOQUE, ONTARIO

Nouvelle formule

SULFORAZINE

granulé effervescent

Analgésique
Urolytique et Antiseptique urinaire

La présence d'une quantité efficace d'analgésine dans la formule de la SULFORAZINE assure la sédation des douleurs rhumatismales, tandis que les autres composants exercent leur action éliminatrice, antitoxique et antiseptique.

3 à 6 cuillerées à thé par jour aux repas.

J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., MONTRÉAL.

DESANXYL

dragées

MÉDICATION RÉGULATRICE DU TONUS VAGO-SYMPATHIQUE
d'une efficacité remarquable dans le traitement des
ÉTATS SPASMODIQUES ET ANXIEUX

2 à 6 dragées par jour avant les repas.

ARTICHOBYL

pilules

EXTRAIT ALCOOLIQUE DE FEUILLES D'ARTICHAUT

L'Artichobyl se caractérise par l'extrême douceur de son action. Il n'a pas de contre-indication, et les hépatiques, pourtant si sensibles aux médicaments, peuvent en ingérer des doses élevées sans inconvénient.

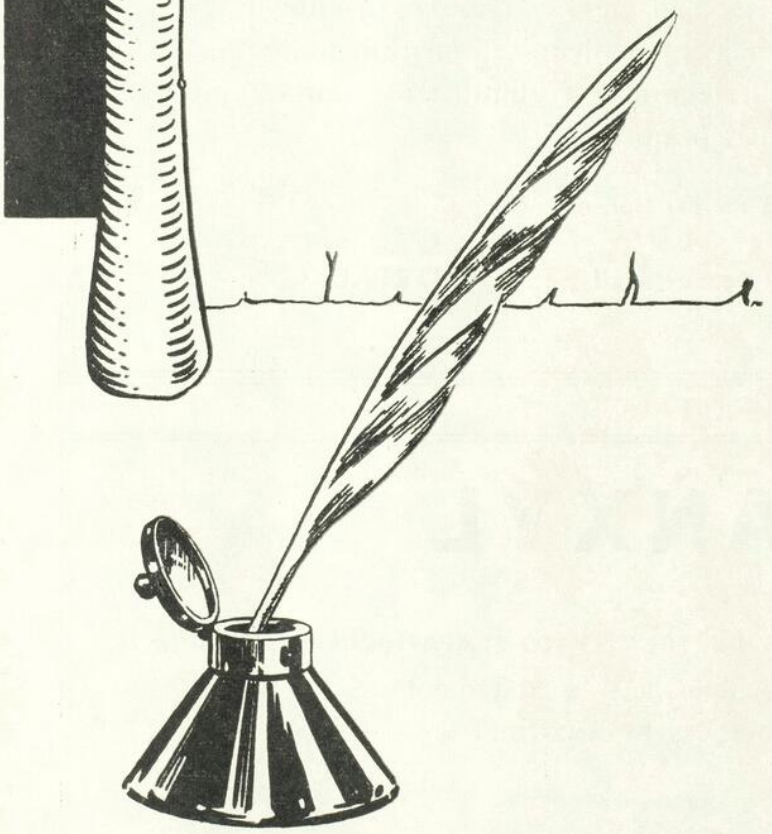
4 à 12 par jour, réparties sur la journée.

J. EDDÉ Limitée — MONTRÉAL — Agent général.

La Librairie Beauchemin Limitée

imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,

offre



ses services à tous les

MÉDECINS,
ANNONCEURS
et
LECTEURS

de cette revue pour tous travaux d'impression et de reliure.

- **Son outillage le plus perfectionné,**
- **Son personnel des plus avisés,**
- **Sont garantie de qualité,**
- **A des prix modérés.**

CONFIEZ-NOUS VOS TRAVAUX ET NOUS FERONS EN SORTE DE VOUS DONNER ENTIÈRE SATISFACTION.

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE

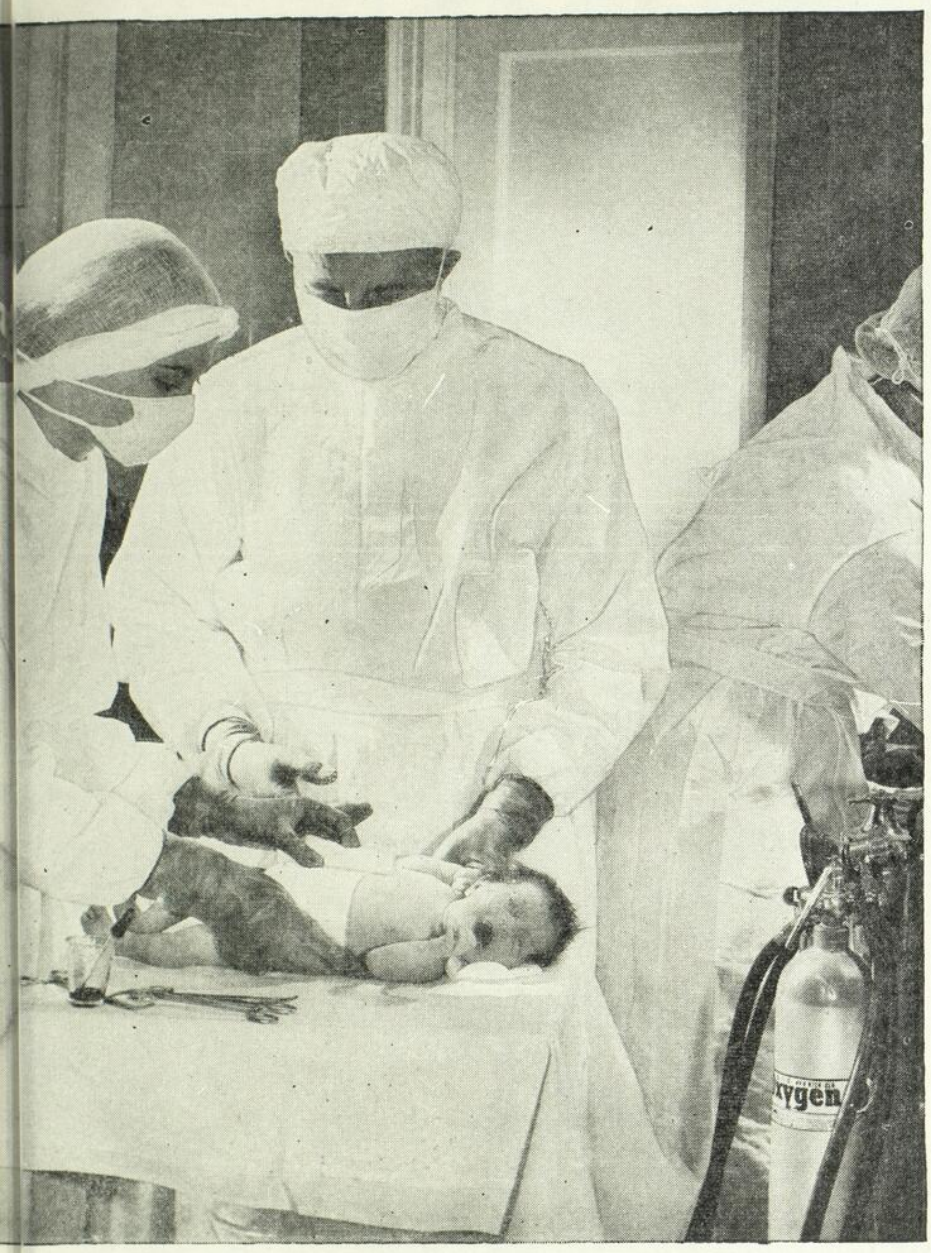
LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

426-430, rue ST-GABRIEL, MONTRÉAL Tél.: LAncaster 4236

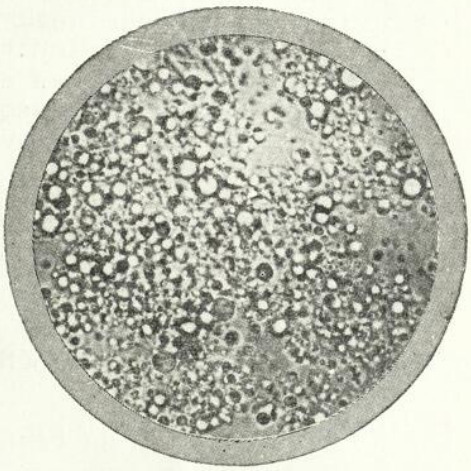
Supérieure pour le soin de la peau des bébés...

LOTION JOHNSON POUR BÉBÉS



Ce produit a été soigneusement mis à l'épreuve pendant deux ans dans un hôpital connu, sur des centaines de nourrissons. Cette Lotion Johnson offre une méthode supérieure et plus sûre pour enrayer ou empêcher l'irritation de l'épiderme chez les bébés.

Les résultats de ce traitement si simple, avec cette lotion onctueuse, blanche et antiseptique, indiquent que celle-ci est très efficace pour aider à éviter la fièvre miliaire ou en diminuer le nombre de cas.



Des globules d'huile de l'ordre du micron (1000x) apparaissent dans une pellicule discontinue de Lotion Johnson pour Bébés.

La Lotion Johnson pour Bébés est une émulsion homogène d'huile minérale pure et d'eau, avec addition d'un antiseptique bénin (hydroxy quinoline). Après l'évaporation de l'eau, une pellicule discontinue (voir la photomicrographie) est laissée sur l'épiderme de l'enfant.

Ceci permet à la sueur de se dégager et à la chaleur de s'échapper normalement par rayonnement, donc danger moindre d'irritation cutanée.



LOTION JOHNSON POUR BÉBÉS

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

GRATIS! Postez ce coupon pour un flacon d'essai!

U.M.-119

Johnson & Johnson Limited,
Division des Produits pour Bébés,
2155, boulevard Pie IX, Montréal.

Veuillez m'envoyer, gratuitement, une bouteille d'essai de la Lotion Johnson pour Bébés.

Nom .....

Rue .....

Localité ..... **Prov.** .....

LA MISE EN CONSERVES DES ALIMENTS AYLMER POUR BÉBÉS *se fait à la période idéale de leur maturation*



Les cuisines Aylmer où se préparent les aliments pour bébés, sont situées au centre des plus belles régions de culture du Canada. Comme résultat, les plus beaux fruits et légumes sont cueillis dans des champs avoisinants lorsqu'ils sont mûris à point et pleins de saveur... puis rapidement préparés et cuits sous pression.

SI FRAIS —
pour conserver les vitamines et les minéraux.

SI SAVOUREUX —
pour aiguiser l'appétit du bébé.

SI NUTRITIF —
pour garder le bébé joyeux et en santé.

FORMULES D'ALIMENTATION ET ÉCHANTILLONS GRATIS.

Le comité médical consultatif de Aylmer a préparé trois régimes standards pour l'alimentation des bébés. Si vous désirez ces formules de régime, sous forme de bloc-notes, imprimées à votre nom, adresse et numéro de téléphone, faites parvenir le coupon ci-dessous.

ENVOYEZ CE COUPON DÈS MAINTENANT

Nutrition Service Bureau,
Canadian Canners Limited,
Hamilton, Canada.

☐ Veuillez m'envoyer des formules de régime portant mon nom, mon adresse et mon numéro de téléphone, tel qu'indiqué ci-dessous.

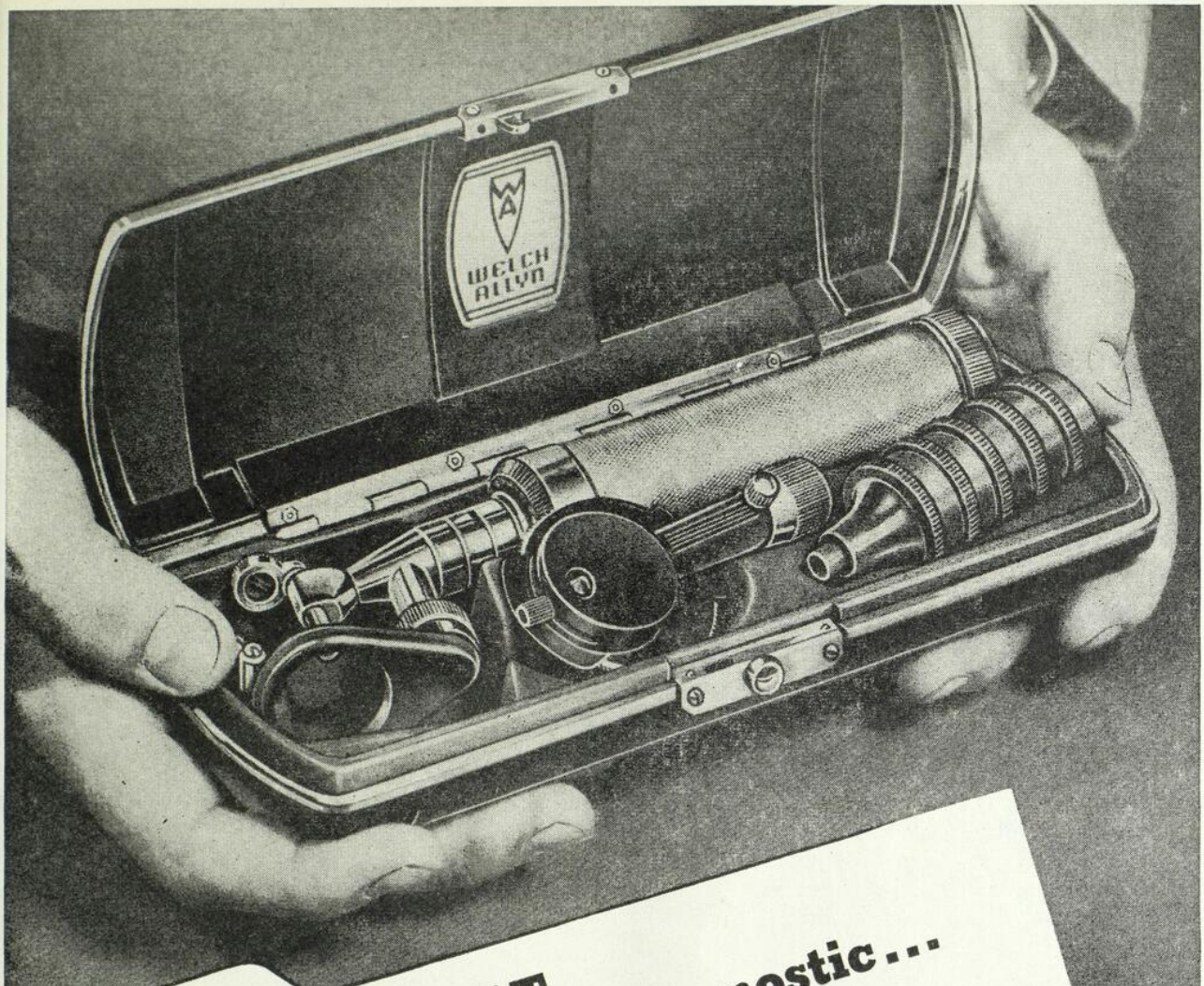
☐ Veuillez m'envoyer des échantillons d'aliments Aylmer.

Dr .....

Adresse ..... Tél.: .....



Les futurs citoyens du Canada méritent la qualité Aylmer.



UN COFFRET qui facilitera le diagnostic...

Les médecins ont depuis longtemps reconnu l'efficacité et la facilité d'emploi des otoscopes et ophtalmoscopes de Welch Allyn, en achetant ces derniers de préférence à tout autre instrument de ce genre.

Maintenant, la qualité des instruments de Welch Allyn va de pair avec celle des coffrets Sandura qui renferment ces instruments. Ils sont infiniment plus durables, hygiéniques, compacts et attrayants que les anciens coffrets. Les coffrets Sandura sont offerts en **deux** formats, soit pour les **grands** ou **moyens** manches à piles sèches et pour toutes les combinaisons d'otoscopes modernes et de têtes d'ophtalmoscopes de Welch Allyn.

Demandez à votre fournisseur d'instruments chirurgicaux de vous faire voir l'ensemble No 983, ci-dessus illustré, ou tout autre ensemble pour diagnostic de Welch Allyn. On peut aussi obtenir les coffrets Sandura séparément.

WELCH ALLYN, Inc.

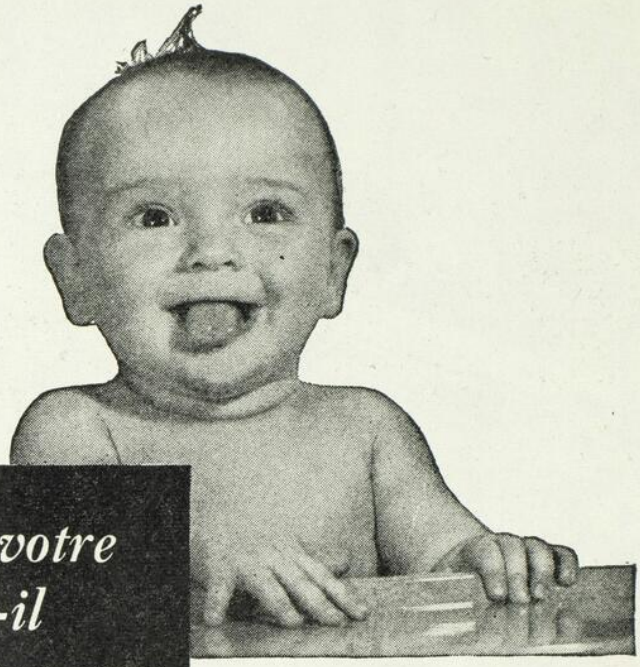
Electrically Illuminated Diagnostic Instruments • Auburn, N. Y.

J. F. Hartz Co., Limited
Toronto • Montréal • Halifax

Casgrain & Charbonneau, Limitée
Montréal • Ottawa • Québec

Fisher and Burpe, Limited
Winnipeg • Vancouver • Edmonton

Cloutier & Cloutier Co.
Montréal



A quel âge votre bébé a-t-il commencé à manger de la viande, Docteur ?

Pensez-y—était-ce à sept mois, à neuf mois? Peut-être était-ce même plus tard, si votre enfant est né avant que l'on puisse se procurer des viandes spécialement préparées pour bébés.

Comparez-le avec l'âge auquel vous commencez à donner de la viande aux bébés que vous soignez. Il est très probable que c'est à *trois ou quatre mois**. (Ou peut-être êtes-vous l'un des médecins qui recommandez la viande à deux semaines.)

Ce changement s'est effectué en moins de cinq ans. Cela a commencé quand Swift a préparé pour la première fois des viandes aussi faciles à préparer et économiques à servir que n'importe quels aliments spécialement préparés pour bébés. Aucun autre genre d'aliments pour bébés ne fournit plus de protéines complètes, de vitamines B et de fer dont bébé a besoin tous les jours.

Et quand vous recommandez les Viandes Swift's pour Bébés, vous recommandez un produit de qualité protégé, soutenu par la marque la plus connue en fait de viandes.

**Au cours d'une enquête faite récemment parmi les mamans qui donnent de la viande à leurs bébés, 47.4% dirent que leurs médecins l'avaient recommandée à quatre mois ou plus tôt.*

Toutes les déclarations concernant l'alimentation qui sont contenues dans cette annonce ont l'approbation du Comité des Aliments et de la Nutrition de l'Association Médicale Américaine.

• • • • • • •

Des études cliniques indiquent les avantages de l'alimentation carnée précoce

ENFANTS PRÉMATURÉS: Dans certains cas, des Viandes Swift's pour Bébés furent données une semaine après la naissance. Les éléments nutritifs de la viande étaient bien tolérés, bien utilisés. On remarqua également une rétention significative de fer: *Université de Rochester.*

À SIX SEMAINES: Une augmentation de 25% des protéines absorbées due à l'addition de Viandes Swift's pour Bébés à la formule, augmenta la teneur en hémoglobine du sang et la formation de globules rouges: *Leverton et Clark, "Meat in the Diet of Young Infants" J.A.M.A. 134 (Août) 1947.*

DANS LE CAS D'ALLERGIE: Une formule de Viandes Swift's pour Bébés enrichie de calcium et de phosphore offre un succédané efficace du lait pour les bébés qui sont allergiques aux protéines du lait: *"Nutritive Value of Mineral-Enriched Meat and Milk," McQuarrie et Ziegler, Pediatrics, Vol. 5, No 2 (Février) 1950.*





SWIFT ... *la première marque en fait de viandes*

...prépare, au Canada, les seules viandes 100% pour Bébés

Utilisez au maximum

l'ESPACE DISPONIBLE

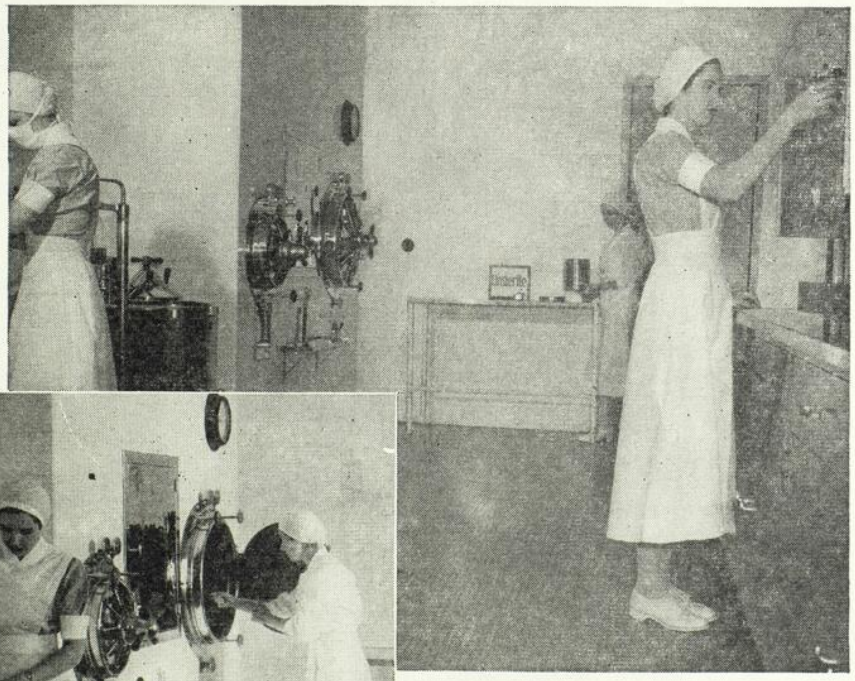


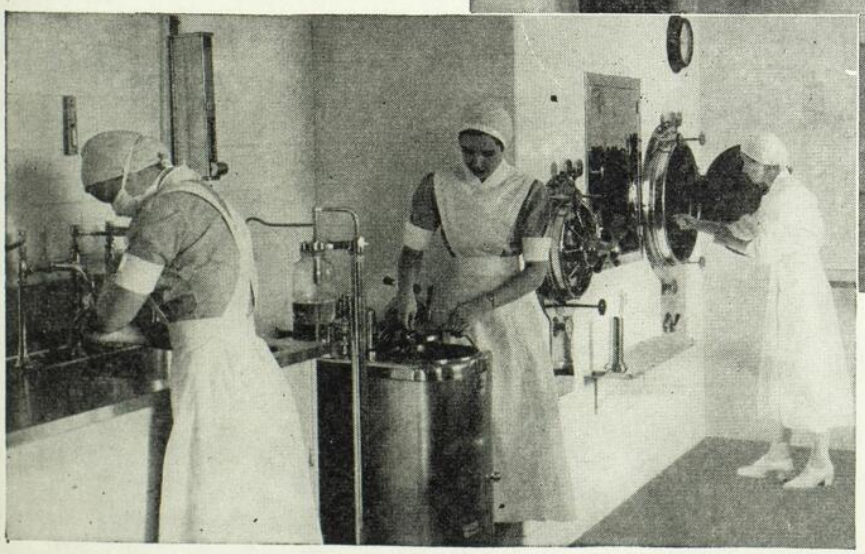
Depuis des années, nos dessinateurs experts ont eu souvent le privilège de collaborer avec les hôpitaux dans le but d'utiliser à son maximum l'espace disponible, à mesure qu'augmentait le besoin d'appareils plus nombreux et plus élaborés.

Quel que fût le besoin de l'hôpital : chambre de stérilisation, chambre de stérilisation du lait, laboratoire scientifique, service central de stérilisation, etc., le savoir-faire de Castle a souvent contribué à trouver une solution pratique et économique.

IMPORTANT

Les services de nos dessinateurs vous sont offerts gratuitement. Chez Castle, ce département a été conçu pour aider le personnel hospitalier, le consultant et l'architecte dans tout projet concernant la stérilisation ou l'éclairage en chirurgie.





Nous sommes à votre disposition pour tout renseignement supplémentaire.

WILMOT CASTLE COMPANY
1199 University Avenue
Rochester 7, N. Y.

THE STEVENS COMPANIES
TORONTO CALGARY
WINNIPEG VANCOUVER

Castle

CASGRAIN & CHARBONNEAU, LTD.,
MONTREAL

Quels que soient vos besoins de réfrigération

Vous pouvez vous fier à

FRIGIDAIRE

pour vous donner

Le produit qui convient

Parfaitement agencé

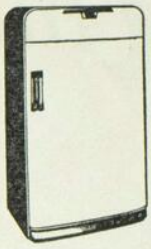
Bien construit

Habilement installé

Appuye par General Motors

Consultez votre marchand local Frigidaire ou écrivez à Frigidaire Products of Canada, Limited, Montréal, P.Q., Dépt **UM**

QUELQUES EXEMPLES DES 400 (ET PLUS) PRODUITS COMMERCIAUX DE RÉFRIGÉRATION ET DE CLIMATISATION FRIGIDAIRE



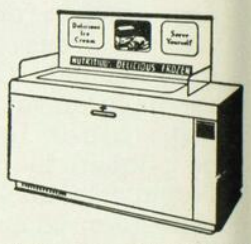
Réfrigérateurs pour produits biologiques, ou cuisines de cités des hôpitaux



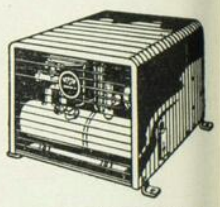
Refroidisseurs pour breuvages

Refroidisseurs pour eau

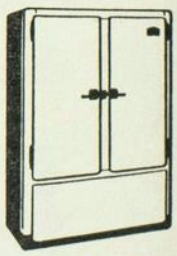




Cabinets pour crème glacée et aliments congelés



Compresseurs et serpentins pour tous les usages



Chambres frigorifiques et réfrigérateurs accessibles des deux côtés



Appareils de climatisation

Docteur— *avez-vous ces données sur la valeur nutritive des carottes en boîtes?*



Carottes

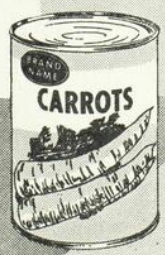
Valeur nutritive d'une portion moyenne* de carottes en boîtes

Elément Nutritif		Quantité †	Pourcentage de la Ration Quotidienne Recommandée ‡ (a)	(b)
Energie Alimentaire	29	calories	1	1
Protéines	0.8	gm.	2	1
Calcium	23.0	mg.	4	3
Phosphore	20.0	mg.	4	3
Fer	0.42	mg.	4	7
Vitamine A	13,041	U.I.	300	261
Thiamine	0.014	mg.	2	2
Riboflavine	0.014	mg.	1	1
Niacine	0.28	mg.	4	3
Vitamine C	1.4	mg.	5	5

*½ tasse (70 grammes)

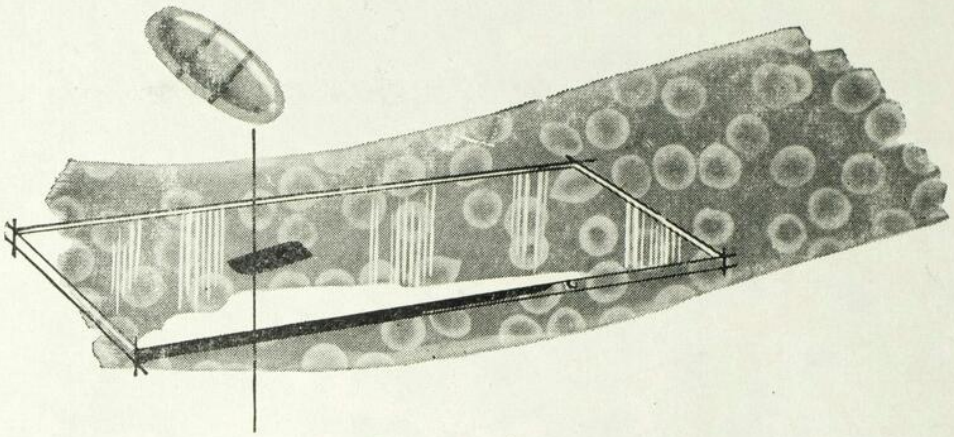
†Tableau des Valeurs Nutritives Recommandées peur emploi au Canada. Division de la Nutrition, Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre Social.

‡Pourcentage basé sur la ration nécessaire pour le maintien de la santé, Prototype Diététique Canadien (a) d'une femme de 120 livres modérément active, (b) d'un homme de 160 livres modérément actif.



AMERICAN CAN COMPANY

KENTVILLE • MONTRÉAL • TORONTO • HAMILTON • WINNIPEG • VANCOUVER



pour toutes les anémies communes...

B_{12}, Acide Folique, Fer et Vitamine C—dans une seule capsule

Rubraférate fournit dans une seule capsule quatre facteurs très importants pour la reconstitution du sang. Il constitue donc une thérapie spécifique pour toutes les anémies communes.

La Vitamine B_{12} et l'acide folique sont nécessaires pour la maturation du mégaloblaste normal . . . le fer et la vitamine C le sont au stage du normoblaste. En Rubraférate, vous trouvez un agent qui fournit les éléments nutritifs et les stimulants correspondant à toute l'échelle de la production des globules rouges du sang.

"Rubraférate" est une marque déposée de E. R. Squibb & Sons

Chaque capsule de Rubraférate contient:

Vitamine B_{12}	4.17 microgrammes
Acide folique	0.28 milligramme
Sulfate ferreux déshydraté	130 milligrammes
Acide ascorbique	50 milligrammes

Flacons de 25, 100 et 1000

Rubraférate

Squibb B_{12}, Acide Folique, Fer et C

E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA, LIMITED
2245 RUE VIAU, MONTRÉAL

SQUIBB FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES POUR LA PROFESSION MÉDICALE DEPUIS 1858



L'Optalidon est un antinévralgique de jour. Son efficacité résulte d'une sédation appropriée du système nerveux. Il ramène le calme et apaise la douleur, sans diminuer les facultés intellectuelles.

Dose moyenne 2 dragées. Maximum par jour 6 dragées.

En stock chez votre pharmacien ou demandez chez:

SANDOZ

Sandoz Pharmaceuticals Ltd.

391 OUEST, RUE ST-JACQUES, MONTRÉAL, P.Q.

Le dernier perfectionnement de la formule Méglin, réalisé par sa combinaison avec l'inositohexaphosphate de Calcium et Magnésium

Hypnotique, Sédatif et, en plus, Tonique de la cellule nerveuse, grâce à l'addition de l'inositohexaphosphate de Calcium et Magnésium.

Sédation et sommeil réparateur procurés par la formule suivante:

Oxyde de Zinc — Extraits de Belladone, de Crataegus, de Gelsémium, de Lobélie, de Valériane, d'Hyoscyamus, du méthylphénobarbital: 16 mg. par comprimé; et de l'**inositohexaphosphate** de **Calcium** et **Magnésium:** (32 mg.).

Telle est la formule du **NEUREX,** Création des Laboratoires

Casgrain & Charbonneau Ltée

OTTAWA **MONTRÉAL** **QUÉBEC**

Echantillons à Messieurs les Médecins, sur demande.

Les médecins sont cordialement invités à venir consulter et feuilleter les nombreux nouveaux ouvrages de médecine, qui sont envoyés chaque mois au secrétariat du Journal. On pourra prendre connaissance de ces volumes à: 326 est, boul. Saint-Joseph — 9 heures a.m. à 5 heures p.m.

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

CHANGEMENT D'ADRESSE

•

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph — LAncaster 9888, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

Les médecins sont cordialement invités à venir consulter et feuilleter les nombreux nouveaux ouvrages de médecine, qui sont envoyés chaque mois au secrétariat du Journal. On pourra prendre connaissance de ces volumes à: 326 est, boul. Saint-Joseph — 9 heures a.m. à 5 heures p.m.

SÉDATION ET EUPHORIE
POUR LES PATIENTS
NERVEUX ET IRRITABLES

par l'usage de
VALERIANETS-DISPERT

Chaque comprimé, enrobé de chocolat, contient: extrait de valériane (de concentration élevée), 0.05 gm., finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité.

SÉDATIF SANS GOÛT, SANS ODEUR, NON-DÉPRIMANT et CALMANT.

VALERIANETS-DISPERT est indiqué dans les cas de troubles émotifs et d'épuisement, l'anxiété, état de dépression, névrose cardiaque et gastro-intestinale, molimen ménopausique et menstruel, insomnie.

Posologie: 1 à 2 comprimés t. i. d. — Flacons de 50 et 100 comprimés.
Dans toutes les pharmacies d'ordonnance.

Canadian Distributor: LYSTER CHEMICALS, LTD., 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC., • 1123 Broadway, New York

Dans les troubles intestinaux
NUCARPON®
Chaque comprimé contient: Extrait de rhubarbe, séné, soufre précipité, huile de menthe poivrée, huile de fenouil, dans un excipient de charbon de saule suractivé.

Pour préparer la Solution de Burow U.S.P. XIV
PANSEMENT HUMIDE, employez
PRESTO-BORO®
(Sulfate d'aluminium et acétate de calcium)
POUDRE EN ENVELOPPES
— COMPRIMÉS —
Pour le traitement de tuméfactions, inflammations, entorses.

Dans les affections pulmonaires
QUINOPULMIN®
Solution de quinine à 3% avec camphre à 2½%, pour injection intramusculaire.

Lunettes
verres ophtalmiques

—o—

Examen de la vue

—o—

ALBANY PHILIE. O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS
BUREAU CHEZ
Dupuis Frères
LIMITÉE
MONTREAL

La
BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est la banque du public aussi bien que la banque des hommes d'affaires.

Le gérant de succursale se tient à votre entière disposition, qu'il s'agisse de dépôts, d'emprunts personnels, de remises, de recouvrements ou de toute question d'ordre financier au sujet de laquelle vous désireriez le consulter.

Actif, plus de $400,000,000

552 bureaux au Canada

PAUL B. ELDER CO. BRYAN, OHIO.

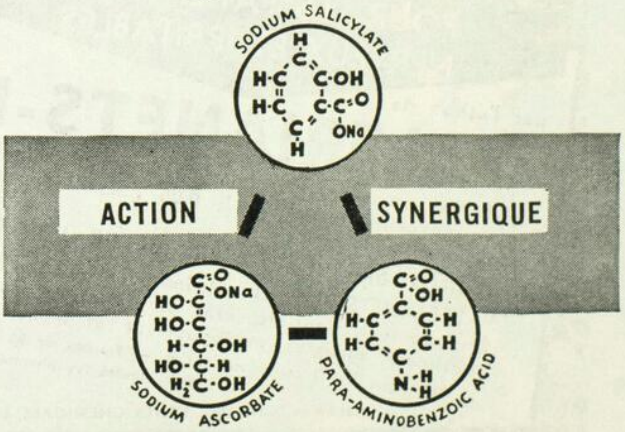
Parbocyl

Soulagement prolongé
avec une
dose minimum

La présence de l'acide para-aminobenzoïque dans les comprimés PARBOCYL, à enrobage entérique, favorise l'efficacité du salicylate de soude. Avec un dosage minime, leurs actions réciproques augmentent l'efficacité et prolongent le soulagement. L'ascorbate de soude agit comme médication de remplacement.

PARBOCYL, couvre toutes les indications des salicylates comme analgésiques. Informations complètes et références thérapeutiques sur demande.

Chaque comprimé contient:
Salicylate de soude 0.25 gm. (4 gr.)
Acide para-aminobenzoïque 0.25 gm. (4 gr.) (sel sodique)
Ascorbate de soude 20 mg.



PAUL B. ELDER COMPANY
BRYAN, OHIO, U. S. A.

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories (Elixir Nembutal) ..... XLIII - XLIV
American Can Company (Carottes) LXXXII
Ames Company of Canada Limited (Clinitest) XXXV
Anglo-French Drug, Co. (Angosédal) XLVII
Anglo-French Drug, Co. (Hypotensyl) LV
Armour Laboratories, The (ACTHAR) XXV
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Maturex) — (Prémarine) ..... XXIII - XXIV
Banque Canadienne Nationale LXXXVII
Bauer & Black (Diachylon Curity) LIX
Bayer Company Limited, The (Aspirine) LVII
Berex Pharmacal Company (Berex) XXXIX
Bristol Laboratories of Canada Limited (Penedrine) LX
British Drug Houses (Canada) Limited, The (Vibelan) LI
Burroughs Wellcome & Company (Empirin) XXVII
Canada Drug Co. (Betagen) — (Bicalgen D) — (Tri-Sulfa) — (Somenal) XXXVIII
Canada Drug Company (Paveral) LXXXV
Canadian Canners Limited (Aliments pour bébés) LXXVII
Casgrain et Charbonneau Limitée (Neurex) LXXXV
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) XII
Compagnie Ciba Limitée (Perandren) — (Métandrène) — (Vioforme) ..... XVII - XVIII
Cow & Gate (Canada) Limited (Lait entier, semi-écrémé, écrémé) LXXIII
Dohow Chemical Company, The (Auralgan) — (O-Tos-Mo-San) — (Rhinalgan) XLI
Dupuis Frères (Examen de la vue) LXXXVII
Eddé, J., Limitée (Neurinase) — (Alepsal) — (Recto-Styptine) LXXII
Eddé, J., Limitée (Sulforazine) — (Desanxyl) — (Artichobyl) LXXIV
Elder Company, Paul B. (Parbocyl) LXXXVII
Frigidaire Products of Canada Limited LXXXI
Frosst, Charles E. & Company (Neo-Chemical Food) ..... VII - VIII - IX - X
Frosst, Charles E. & Company ..... Bande
Frosst, Charles E. & Company (Composé Ostoforte) IV
Herdt & Charton, Inc. (Veratrite) XLVIII
Herdt & Charton, Inc. (Robuden) L
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) LII
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II
Hoffman - La Roche Limitée (Roniacol Roche) XL
Hôpital Royal Victoria (Cours de perfectionnement) XIV
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) LXV
Johnson & Johnson Limited (Zo) LXIX
Johnson & Johnson Limited (Ethicon) LXXI
Johnson & Johnson Limited (Lotion pour bébés) LXXVI
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Mercuphyl) .. XXXVI - XXXVII
Laboratoires Desautels Limitée (Heparubrine) — (Ferubrol) XXXII

Pages

Laboratoires Desbergers Limitée (Nevro-Denal) ..... Quatrième page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Neuro Solène) — (Normogastryl) LXIV
Laboratoires Jean Olive (Gouttes Hépax) — (K-Hémo).. LXVI
Laboratoires Jean Olive (Pommade Nestosyl) — (Pyocoline) LXII
Lederle Laboratories (Auréomycine) XIII
Librairie Beauchemin Limitée LXXV
Mead Johnson & Company of Canada Limited (Mulcin) .. .. Troisième page de la couverture
Medicolab Inc. (Stomalumine) — (Aspralumine) LXVIII
Merck & Company Limited (Pénicilline G Sodique cristallisée) XXXI
Merck & Company Limited (Sulfate de dihydro-streptomycine) LIV
Merck & Company Limited (Mandelamine) LVI
Merck & Company Limited (Cortone) I
Merrell (Bentylol) XXII
Millet, Roux & Compagnie (Neo-Spasmyl) XV
Mowatt & Moore Limited (Neuro-Spasex) XXI
Phillips Company Division, The Chas. H. (Lait de magnésie) LXI
Poulenc Limitée (Vegolysen) Deuxième page de la couverture
Reckitt & Colman (Canada) Limited (Disprin) LXIII
Robins Company, Inc. (A. H.) (Donnatal) XIX
Roerig & Company (Canada) Limited, J. B. (Viterra) XLII
Rougier Frères (Digitaline Nativelle) V
Sandoz Pharmaceuticals Limited (Optalidon) LXXXIV
Searle & Company, G. D. (Ketochol) XI
Sharp & Dohme (Canada) Limited (Topaminic) LIII
Shuttleworth Chemical Company Limited, The E. B. (Tensol E.B.S.) XLIX
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskel) III
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Acnomel) — (Pragmatar) ..... XLV - XLVI
Smith & Nephew Limited (Elastoplast) XXX
Spencer Supports (Canada) Limited LXVII
Squibb & Sons (Canada) Limited, E. R. (Rubraférate) LXXXIII
Standard Pharmaceutical Company, Inc. (Valerianets-Dispert) LXXXVI
Swift Canadian Company Limited (Viande pour bébés) LXXIX
Upjohn Company, The (Biosulfa) XXVIII
Usines Chimiques du Canada Inc. (Ampoules Valor) .. LXXXIX
Vinant Limitée (Baume Midalgan Midy) XXVI
Vinant Limitée (Caréna) — (Lipiodol) LXX
Warner & Company Limited, William R. (Agarol) LVIII
Welch Allyn, Inc. (Instruments de diagnostic) LXXVIII
Wilmot Castle Co. (Installations hospitalières) LXXX
Winthrop-Stearns Inc. (Mucilose) XX
Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Néohétramine) — (Pondets forte) ..... XXXIII - XXXIV
X-ray and Radium Industries Limited (Service d'inspection) XXIX

AMPOULES

VALOR

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

IMPRIMÉ AU CANADA

PRINTED IN CANADA

Mead Johnson & Compagnie présente

Une belle réalisation en élégance pharmaceutique

MULCIN

6 vitamines essentielles dans une émulsion de goût et de qualités physiques insurpassées



Une saveur rafraîchissante à l'orange, ni trop sucrée ni trop sure, et une consistance de douceur remarquable font de Mulcin un supplément de vitamines *agréable aux patients.*

Mulcin est léger et non-collant. Il coule facilement de la bouteille à la cuillère.

Enfants, adolescents et adultes aiment à prendre Mulcin directement de la cuillère. Pour les bébés, la dose peut être mélangée à la formule, à du jus de fruit ou de l'eau.

Ingrédients de qualité, formulation habile et de contrôles méticuleux de fabrication sont combinés pour faire de Mulcin un produit d'élégance pharmaceutique et un nouveau membre distingué de la famille de vitamines Mead.

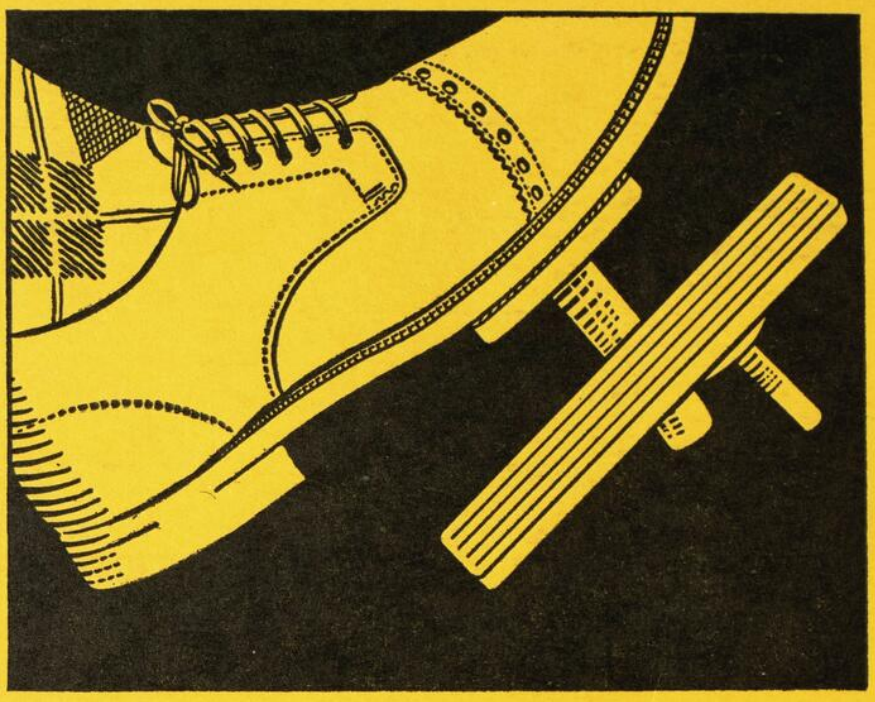
CHAQUE CUILLEREE A THE DE MULCIN FOURNIT:

Vitamine A	3000 unités
Vitamine D	1000 unités
Thiamine	1 mg.
Riboflavine	1.2 mg.
Niacinamide	8 mg.
Acide ascorbique	50 mg.

Disponible en flacons de 4 onces

MEAD'S

MEAD JOHNSON & CO.
OF CANADA, LIMITED
BELLEVILLE, ONTARIO



NEVRO-DENAL

Freine le système nerveux

FORMULE POUR UN COMPRIMÉ

Sulfate de spartéine	10 mgm.
Extrait de passiflore	60 mgm.
Extrait de crataegus	30 mgm.
Tr. de belladone	50 mgm.
Phenyl-Ethyl-Barbital	20 mgm.

INDICATIONS

Tous les éréthismes nerveux et spasmes organiques tels que: nervosité, anxiété, neurasthénie et émotivité. NEVRO-DENAL est aussi indiqué comme médication symptomatique de certains troubles digestifs, troubles respiratoires, palpitations, nausées fréquentes d'origine nerveuse ainsi que dans les cas d'insomnie nerveuse.

POSOLOGIE

COMME SÉDATIF: Un ou deux comprimés après chaque repas.

COMME HYPNO-SÉDATIF: dans l'insomnie nerveuse, 2 à 4 comprimés le soir au coucher.

CONDITIONNEMENT

Tubes de 30 et flacons de 100 comprimés dragéifiés (gris-bleu).

DESBERGERS LIMITÉE

BIOLOGISTES CHIMISTES PHARMACIENS

Montréal - - - Canada