



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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale
du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

ADMINISTRATION
ET SÉCRÉTARIAT

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

SÉCRÉTARIAT

128, rue Sainte-Anne
Québec

La recherche réduit le coût

La fabrication de produits pharmaceutiques de qualité à un prix moindre pour le patient est une responsabilité acceptée dans les Laboratoires de Recherches Lilly. Un meilleur rendement, obtenu grâce à des méthodes perfectionnées pour extraire les glandes pancréatiques, traiter le foie cru et produire de la pénicilline, se reflète dans la réduction des prix. C'est pourquoi on peut aujourd'hui se procurer plusieurs préparations Lilly à moins de 10 pour cent de leur coût primitif.

La recherche permet le développement de produits perfectionnés à un prix moins élevé.

QUALITÉ

RECHERCHE

ÉTHIQUE

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED



TORONTO, ONTARIO

Lilly

DOUBLE

Action du

STOVAGINAL

**ACTION ANTIPARASITAIRE ET ANTISEPTIQUE
ACTION MODIFICATRICE DU MILIEU BIOLOGIQUE**

comprimés à 0 g. 25 de STOVARSOL "Poulenc"

flacons de 20, 100, 500 et 1,000

poudre pour insufflation à 0 g. 25 de STOVARSOL "Poulenc" par gramme

flacons de 30 et 200 grammes

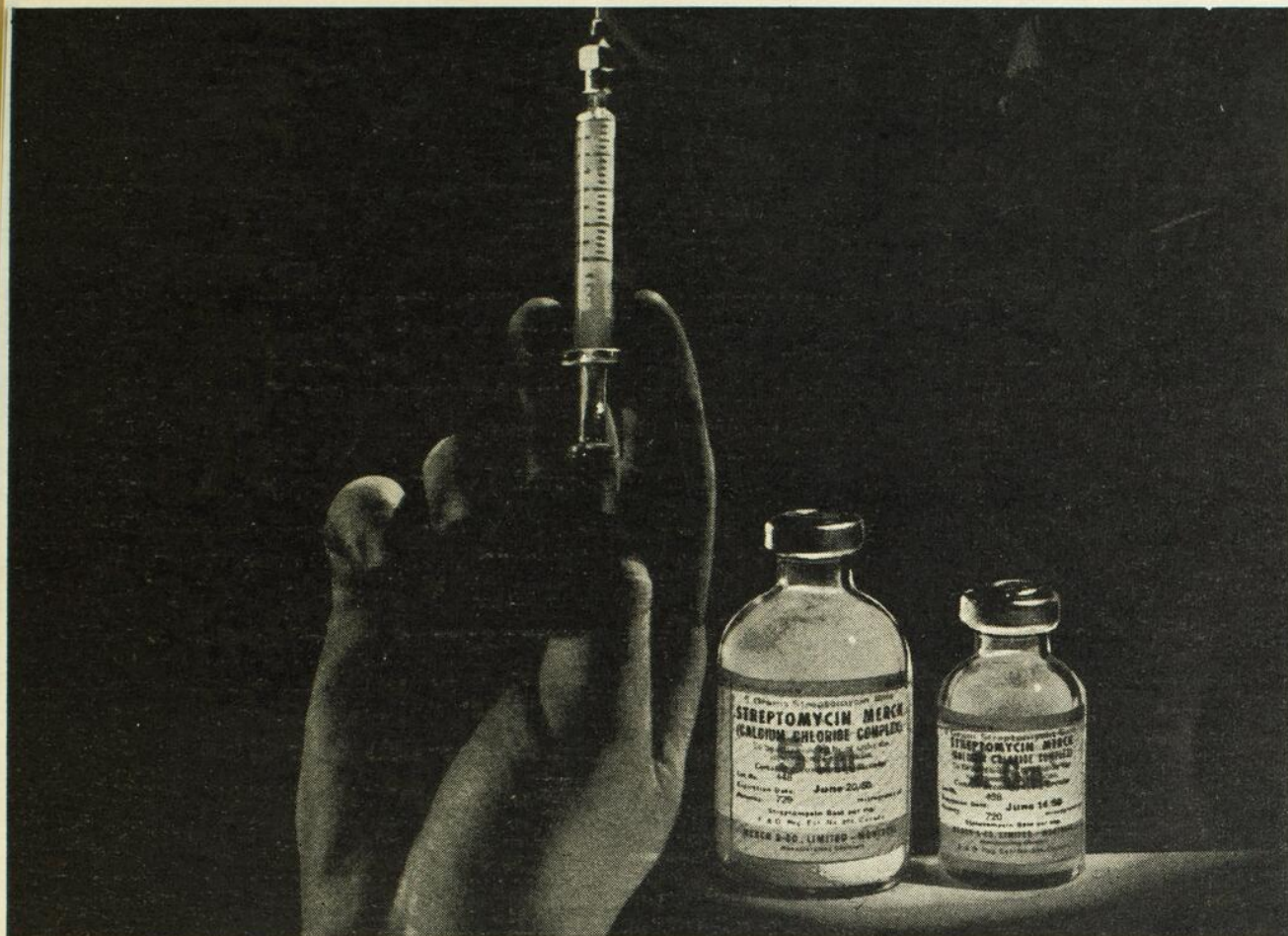
annoncé uniquement au Corps Médical



POULENC LIMITÉE

MONTREAL

DANS TOUTES LES LEUCORRHÉES



Afin de rendre plus facile la préparation des solutions...

Par raison d'économie et de plus grande commodité, la Streptomycine Merck Complexe Chlorure de Calcium est offerte dans un flacon multi-doses de 50 cm³ contenant 5 g. du produit.

TABLE DE DILUTIONS*

Flacons contenant l'équivalent de
1 g. ou 5 g. de Streptomycine base (voir l'étiquette)

Dissolvant ajouté au flacon de 1 g.	Streptomycine base par cm ³ de solution	Dissolvant ajouté au flacon de 5 g.	Streptomycine base par cm ³ de solution
19 cm ³	50 mg.	45.5 cm ³	100 mg.
15.5 cm ³	60 mg.	35.5 cm ³	125 mg.
9 cm ³	100 mg.	28.5 cm ³	150 mg.
7 cm ³	125 mg.	20.5 cm ³	200 mg.
5.5 cm ³	150 mg.	15.5 cm ³	250 mg.
4.5 cm ³	187 mg.	12 cm ³	300 mg.
4 cm ³	200 mg.	9.5 cm ³	350 mg.
3 cm ³	250 mg.	8 cm ³	400 mg.
		6.5 cm ³	450 mg.
		5.5 cm ³	500 mg.

STREPTOMYCINE MERCK
COMPLEXE CHLORURE de CALCIUM
& DIHYDROSTREPTOMYCINE MERCK

MERCK & CO. LIMITED, Chimistes Fabricants
MONTRÉAL • TORONTO • VALLEYFIELD

Vous recevrez sur de-
mande des copies de
cette table de dilutions.



SOMMAIRE

BULLETIN

Edouard DESJARDINS	
Variétés et variations	907
Hermile TRUDEL	
Le directeur général de l'A.M.L.F.C. en mission en Europe	910
• • •	
Lucien LÉGER et Philippe MASSÉ	
Diagnostic topographique de l'occlusion intestinale	912
Albéric MARIN	
Considérations sur le traitement actuel de la syphilis récente	918
Jean-Albert WEIL	
Traitement de la tuberculose pulmonaire par le thiosulfate de sodium, l'extrait aqueux de pancréas et l'extrait lipidique de rate	923
Valmore LATRAVERSE	
La dyspnée inspiratoire stridoreuse	934

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.



Digitaline Nativelle

telle qu'isolée par Nativelle en 1868

la MARQUE D'ORIGINE DE "DIGITOXINE"

Maintenant reconnue par le "U. S. Pharmacopoeia XIII."

En 1872, Claude Adolphe NATIVELLE soumettait à l'Académie de Médecine de Paris son mémoire sur la découverte de la DIGITALINE, dont le corps médical canadien a toujours apprécié la haute valeur. La supériorité de la DIGITALINE NATIVELLE est maintenant reconnue par tous les éminents cardiologues anglais et américains. (1)

(1) References

Sir James Mackenzie, *Disease of the Heart*, 1925. Sir Thomas Lewis, *Disease of the Heart*, 1933. *New and Non Official Remedies, 1942 to 1946 incl. Gold, Choice of a Digitalis Preparation, Connecticut State Med. Journal, Vol. IX, No. 3, March 1945. Levine, Clinical Heart Disease, 3rd Edition 1946. Gold, Cornell Conferences on Therapy, 1946, U.S.P. XIII (Official, April 1, 1947).*

Présentation:

COMPRIMÉS:—0.1 et 0.2 mg.

AMPOULES:—Intrav. 0.2 et 0.4 mg.

SOLUTION:—1-1000 (5 gouttes = 0.1 mg.)

Rougier Frères

SPÉCIALITÉS DE PRESCRIPTION MÉDICALE

30, RUE LE MOYNE

MONTRÉAL 1, QUÉBEC



SOMMAIRE

(Suite)

RECUEIL DE FAITS

Albert BERTRAND et Claude LÉONARD	
Deux cas de fièvre récurrente	940
Germain PINSONNEAULT	
De l'effet des rayons X sur la grossesse et de l'effet de la grossesse sur le cancer	945
J.-Louis PILON	
Caractère des dyspnées au cours de certaines scléroses pulmonaires ..	949
Maurice GERVAIS	
Traitement actuel des états causalgiques	952

Le COMPOSÉ
"QUESTRIN"
procure

1

2

DES HORMONES CONJUGUÉES

- soulagent promptement
- produisent une sensation de bien-être

DES VITAMINES DU GROUPE B

- améliorent le métabolisme des hormones

Le Composé "Questrin", un produit hautement efficace, bien toléré et actif "per os", soulage promptement tous les symptômes d'insuffisance œstrogénique. Les patientes éprouvent une sensation de bien-être physique et moral que ne procurent pas les préparations synthétiques.

Il est définitivement établi que les vitamines du groupe B jouent un rôle important dans le bon métabolisme des hormones par le foie. 1, 2, 3, 4 Certaines indications nous portent à croire qu'un grand nombre de femmes n'absorbent pas de vitamines du groupe B en quantités suffisantes, du moins à l'âge de la ménopause, et l'addition de facteurs du groupe B à "Questrin" nous semble judicieuse du point de vue thérapeutique.

Textes descriptifs adressés promptement sur demande.

Sources à consulter

1. "Effect of vitamin B complex deficiency on inactivation of ovarian estrogen in the liver."
Biskind and Shelesnyak, Endocrinology, 30, 819, 1942.
2. "Effect of vitamin B complex deficiency on inactivation of estrone in the liver."
Biskind and Biskind, Endocrinology, 31, 109, 1942.
3. "Thiamine deficiency and high estrogen findings in uterine cancer and in amenorrhagia."
Ayre and Bauld, Science, 103, 441, le 12 avril 1946.
4. "Selective cytology smear for diagnosis of cancer."
Ayre, Am. J. Obstet. and Gynecol., 53, 609, Avril 1947.

Voir aussi notre annonce à la page LVIII

NOTRE 50^{ÈME}
ANNIVERSAIRE

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

FACTEUR ANTIANÉMIQUE

... sous une forme pure, cristallisée

La vitamine B₁₂ isolée dans les laboratoires de recherche de la maison Merck s'obtient sous le nom de Cobione* (Vitamine B₁₂ cristallisée Merck). Des expériences cliniques ont démontré que le Cobione possède une activité hématopoïétique très élevée dans le traitement de

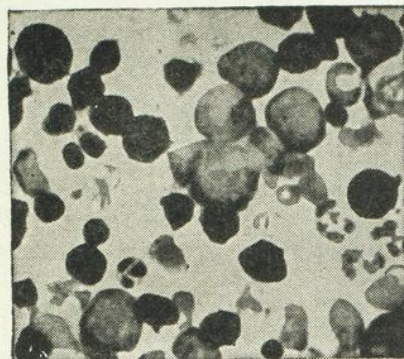
- ★ L'ANÉMIE PERNICIEUSE (non compliquée)
- ★ L'ANÉMIE PERNICIEUSE accompagnée de complications neurologiques
- ★ L'ANÉMIE PERNICIEUSE chez les patients sensibles aux préparations de foie
- ★ L'ANÉMIE MACROCYTAIRE PAR CARENCE ALIMENTAIRE causée par une carence de vitamine B₁₂
- ★ L'ANÉMIE MÉGALOBLASTIQUE INFANTILE (certains cas)
- ★ LA SPRUE (tropicale et non tropicale).

LE COBIONE

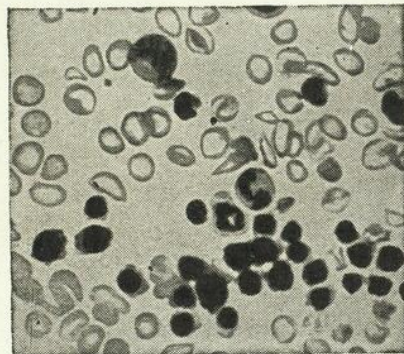
- est un composé pur, cristallisé, possédant une activité extrêmement élevée
- est efficace à des doses extrêmement faibles, vu son activité élevée
- peut être administré par voie sous-cutanée ou intramusculaire en doses précises parce qu'il est un composé pur et cristallisé
- n'a encore causé aucune réaction toxique lorsqu'on l'a administré aux doses recommandées
- s'obtient en ampoules de 1 cm³ de solution saline de Cobione, chaque cm³ contenant 15 microgrammes de Vitamine B₁₂ cristallisée.

Documentation sur demande.

*Cobione est le nom déposé par Merck & Co., Inc. pour leur marque de Vitamine B₁₂ cristallisée.



Frottis montrant la moelle osseuse mégalo-blastique d'un malade atteint d'anémie pernicieuse avant le traitement au Cobione.



Frottis de la moelle osseuse du même malade quatre-vingt-dix heures après une seule injection de 0.025 mg. de Cobione.

COBIONE

NOM DÉPOSÉ

(VITAMINE B₁₂ CRISTALLISÉE MERCK)



MERCK & CO. LIMITED *Chimistes fabricants* MONTREAL - TORONTO - VALLEYFIELD

SOMMAIRE

(Suite)

•

REVUE GÉNÉRALE

E.-P. GRENIER	
Le cancer de la langue	959
J. PANET-RAYMOND et Gaston LOIGNON	
Electroencéphalographie	966
O. BÉDARD	
Diagnostic clinique des arythmies	972
J.-C. ROSSIGNOL	
Arthrite chronique du genou	977
A.-R. CORRIVEAU	
Considérations sur la paralysie du droit supérieur	980
Daniel LONGPRÉ	
Les sédatifs dans la thérapeutique du nourrisson	982
Rouville LAMY	
Technique et avantages du stéthetron en anesthésie	986
J.-Ovila NOËL	
L'anesthésie dans l'obstruction intestinale	988

ÉDITORIAL

Paul POIRIER	
La dermite des plantes	990
Roma AMYOT	
Quelques propos sur le cancer	991

VARIÉTÉS

Roma AMYOT	
L'Association Américaine de Neurologie	994

• • •

« L'Union Médicale du Canada » en 1880	997
CONSULTATIONS AUX PRATICIENS	999
ANALYSES	1000

CARDIOLOGIE

La dérivation xyphoïdienne VE² normale et pathologique. Contribution au diagnostic topographique de l'infarctus du myocarde (1000).

NEURO-PSYCHIATRIE

Les acquisitions nouvelles de la neurologie (1000). Etude psychologique de l'hypertendu (1002).

SOCIÉTÉS	1003
-----------------------	------

Société de gastro-entérologie de Montréal: séance du 1er avril 1949 (1003). Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 24 février 1949 (1003).

NÉCROLOGIE

P.-M. RICARD	
Antonio Bellerose, chirurgien	1013
NOUVELLES	1017
REVUE DES LIVRES	1032
LIVRES REÇUS	1036

Un dosage de sulfamides diminuant le danger d'effets fâcheux

"TRULFA-ZINE"

Marque "Frosst" de trois sulfamides



Une combinaison de sulfaméthazine, sulfadiazine et sulfamérazine

L'emploi de sulfamides sous forme d'une combinaison de trois sulfamides résulte en une diminution marquée des réactions toxiques qui suivent l'administration de ces drogues.^{1, 2, 3} La substitution du sulfaméthazine au sulfathiazole, dans une telle combinaison, ajoute à ces avantages.

Le sulfaméthazine est un des nouveaux sulfamides qui se distinguent par la supériorité relative de leur taux de solubilité⁴, l'excellence de leur valeur thérapeutique et l'infériorité relative de leur taux de toxicité.⁵

SOURCES À CONSULTER

1. Frisk, Hagerman, Helander and Sjögren; Brit. Med. Jour., le 4 janvier, 1947, p. 7.
2. Lehr; Brit. Med. Jour., le 13 décembre 1947, p. 943.
3. Lehr; Brit. Med. Jour., le 18 septembre 1948, p. 543.
4. Rose, Martin and Bevan, Jour. Pharm. & Exp. Ther., 77, 2; 1943, p. 127.
5. MacCartney and others; Lancet, 1, 1942, p. 639.

Charles E. Frosst & Co.

MONTRÉAL

CANADA

NOTRE 50^{ÈME} ANNIVERSAIRE

SUSPENSION "TRULFA-ZINE"

Chaque once fluide contient:
Sulfaméthazine... 0.86 G. (13 1/3 gr.)
Sulfadiazine... 0.86 G. (13 1/3 gr.)
Sulfamérazine... 0.86 G. (13 1/3 gr.)
Chaque cuillerée à thé contient un total de 0.3 G (5 gr.) de sulfamides.

POSOLOGIE:

Bébés: de 1 à 2 ans;
de 1/2 à 1 cuillerée à thé;
Enfants: de 3 à 10 ans;
de 1 à 2 cuillerées à thé;
Adultes: de 2 à 4 cuillerées à thé;
toutes les quatre heures, dans de l'eau.

PRÉSENTATION:

Flacons de 16 onces liquides et de 1/2 gallon impérial.

COMPRIMÉS "TRULFA-ZINE"

(Marqués d'un trait pour en faciliter la division)

C.T. No 810 "Frosst"

Sulfaméthazine 0.166 G. (2 3/5 gr.)
Sulfadiazine 0.166 G. (2 3/5 gr.)
Sulfamérazine 0.166 G. (2 3/5 gr.)
Un total de 0.5 G. (7.7 gr.) de sulfamides.

POSOLOGIE:

De 1 à 2 comprimés avec de l'eau, toutes les quatre heures.

PRÉSENTATION:

Flacons de 100 et de 500 comprimés.

Les comprimés "Trulfa-Zine", de même que la suspension "Trulfa-Zine", sont colorés en jaune.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872



DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:

Maurice Roch (Genève),
Pasteur Vallery-Radot (Paris),
Edmond Dubé, 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, Albert Bertrand, Roméo Boucher, A. Comtois, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, Richard Gaudet, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Albert Jutras, Renaud Lemieux, Albert LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, L.-P. Petitclerc, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith, Hermile Trudel, R.-E. Valin, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef

Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction

Pierre Smith

Secrétaire adjoint à Montréal

Roger Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

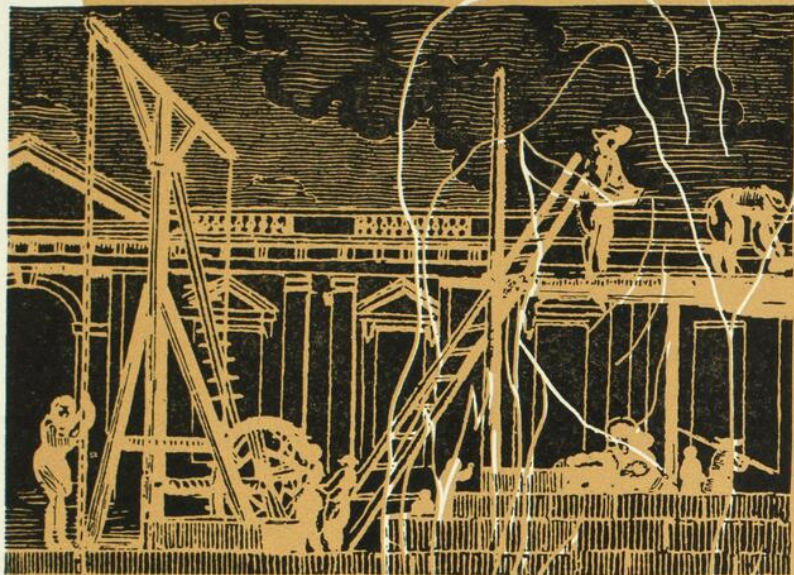
Secrétaire adjoint à Québec

Maurice Beaudry

128, rue Sainte-Anne.

BUREAU DE COLLABORATION

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



Matériaux de construction

La réparation des tissus est la clef qui mène à la guérison. Il importe relativement peu que l'infection soit enrayée, la fracture réduite ou l'altération du métabolisme corrigée, si les propres cellules du malade ne jouent pas leur rôle essentiel dans le processus final de la guérison.

S'il est vrai que l'hypo-protéïnémie est relativement rare, il n'en est pas moins démontré empiriquement que l'administration massive, pendant la convalescence, des acides aminés indispensables,

remet le malade « en selle » et accélère le retour à la santé. Une autre constatation est que de minimes quantités de vitamines doivent être associées dans les préparations à base d'acides aminés.

Les services de recherches de *Lederle* s'attachent depuis longtemps à l'étude des associations d'acides aminés et de vitamines et à leurs applications au domaine de la nutrition.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

North American Cyanamid Limited
7335, boulevard St-Laurent,
Montréal 14, Qué.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Jean Saucier

Vice-présidents: Gustave Lacasse et L. Gérin-Lajoie

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. Jean Saucier, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion, Gustave Lacasse.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

Publicité: Jacques D. Clerk, 326 est, boul. Saint-Joseph. L'Ancaster 9888.

DIGIBAÏNE

COMPLEXE TONICARDIAQUE



*Remplace
avec avantage*

DIGITALE ET DIGITALINE

Agents généraux au Canada

MILLET, ROUX
MONTRÉAL



& CIE, LTÉE
CANADA

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

R.-E. VALIN,

165 est, rue Laurier, Ottawa.

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Donatien MARION,

326 est, boul. Saint-Joseph,
Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,

1990 est, rue Rachel,
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Donatien MARION, Montréal.

Hermile TRUDEL, Montréal.

A.-L. RICHARD, Ottawa.

J.-A. VIDAL, Montréal.

J.-B. JOBIN, Québec.

Pierre SMITH, Montréal.

COMITÉ DU XX^e CONGRÈS

J.-A. VIDAL, président.

J.-B. JOBIN,	1 ^{er} vice-président.
J.-A. DENONCOURT,	2 ^e " "
Richard GAUDET,	3 ^e " "
Edmond POTVIN,	4 ^e " "
Gustave LACASSE,	5 ^e " "
J.-M. LAFRAMBOISE,	6 ^e " "
Auray FONTAINE,	7 ^e " "

Pierre SMITH, secrétaire,
300, carré Saint-Louis,
Montréal.

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

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,

J.-H. LAPOINTE,

Albert PAQUET,

Chs-N. DeBLOIS,

J.-A. JARRY.

Chs VÉZINA,

A.-L. RICHARD,

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal ..	1950	JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. ..	1952
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q.	1952	LECOURS, J.-A., 538, avenue King Edward, Ottawa ..	1952
BAILLY, Roland, St-Pie de Bagot, P. Q.	1952	LEMIEUX, J.-R., 17, rue Sainte-Ursule, Québec ..	1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta ..	1950	MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville Saint-	
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-E.	1952	Laurent, P. Q.	1952
BIBAUD, Barthélémi, Valleyfield, P. Q.	1952	MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-Etienne-Cartier, Montréal	1952
BLAIN, Emile, 444 est, rue Sherbrooke, Montréal ..	1952	MICHAUD, R., 170 est, rue Laurier, Ottawa ..	1950
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec ..	1952	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. ..	1952
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal ..	1950	MORRISSETTE, Pierre, Saint-Georges, Beauce, P. Q. ..	1952
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q.	1950	PELLETIER, A., Winchendon, Mass.	1950
CARON, Sylvio, Mastai, Québec ..	1952	PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q.	1952
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal	1950	PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q.	1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q.	1950	PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q.	1950
DANDURAND, René, 847, rue Cherrier, Montréal ..	1952	POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q.	1950
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q.	1950	RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q.	1950
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal	1952	ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté Nicolet, P. Q. ..	1952
DESMIEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec ..	1952	SORMANY, Albert, Edmunston, N.-B.	1950
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q.	1952	TANGUAY, Rodolphe, Sudbury, Ontario ..	1950
DUBE, Edmond, 6055, rue Saint-Denis, Montréal ..	1950	TETRAULT, Adélar, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. ..	1950
GAUTHIER, C.-A., 53 1/2, rue Saint-Louis, Québec ..	1950	THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. ..	1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I.	1950	VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont.	1950



La **M E I L L E U R E D E F E N S E**

contre la Fièvre des Foins et autres allergies saisonnières

Quand la Nature s'en prendra de nouveau cette saison au sujet atteint de la fièvre des foins, la meilleure défense, sur la foi des résultats cliniques actuels, est encore la PYRIBENZAMINE.* Au-delà de 350 rapports publiés attestent son indiscutable efficacité à soulager les symptômes de la fièvre des foins et autres allergies saisonnières rapidement, efficacement et sans effets secondaires sérieux. C'est l'antihistaminique de choix, jouissant d'une faveur sans cesse grandissante auprès des médecins Canadiens.

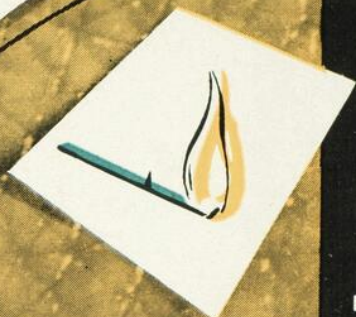
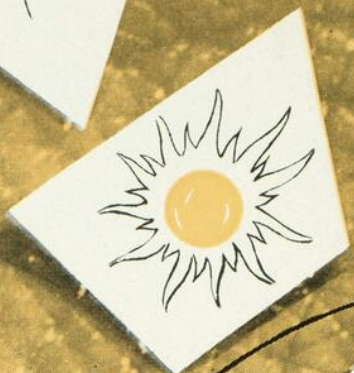
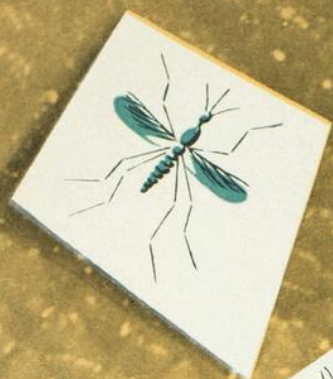
Pyribenzamine*

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE MONTRÉAL

*Chlorhydrate de tripefennamine Ciba

POUR
UNE ANESTHÉSIE
DE SURFACE

prolongée



Le don que possède le
Nupercainal à soulager
la douleur et le prurit dans
les affections de la peau et des
muqueuses, rapidement et pour
un temps prolongé, rend des
services tout particulièrement
précieux dans le traitement
des brûlures simples, coup
de soleil, piqûres d'insectes,
herbe à puce, prurit ani
et hémorroïdes.

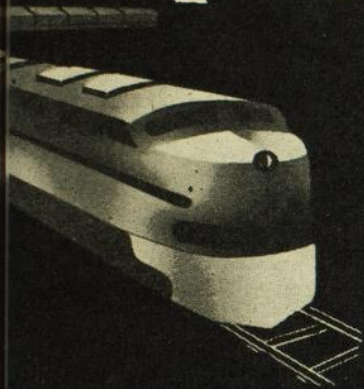
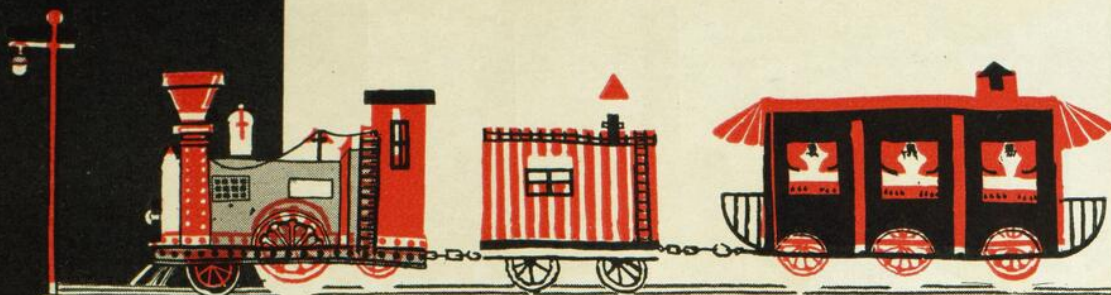
Nupercainal*

*Onguent de
dibucaïne Ciba

COMPAGNIE

Ciba

LIMITÉE, MONTRÉAL



*la différence
est notable*

Tripolon

(prophènépyridamine Schering)

Le TRIPOLON* diffère de la plupart des autres antihistaminiques en ce que ce n'est pas un dérivé de l'éthanolamine ou de l'éthylènediamine. C'est une différence notable, à laquelle doivent être attribués les bons résultats cliniques qui ont été obtenus. Dans une étude qui a porté sur 227 malades souffrant de divers troubles allergiques.

83% ont bénéficié du traitement par le Tripolon

Les effets secondaires communs à tous les antihistaminiques se rencontrent avec le TRIPOLON, mais les malades qui ne peuvent tolérer la drogue sont peu nombreux.¹

Les symptômes allergiques sont généralement soulagés par un comprimé de TRIPOLON de 25 mg. trois fois par jour; chez certains malades, la moitié de cette dose suffit. L'action du TRIPOLON dure de quatre à six heures.²

PRÉSENTATION: Le TRIPOLON (1-phényl-1-(2-pyridyl)-3-diméthylaminopropane) se vend sous forme de: Comprimés rainurés de 25 mg., en flacons de 50 et de 500; ELIXIR DE MALÉATE DE TRIPOLON contenant 7.5 mg. par cuillerée à thé (4 cc.), en flacons de 4 et 16 onces; MALÉATE DE TRIPOLON EXTERNE (33 mg. par gramme) en tubes de 20 grammes.

BIBLIOGRAPHIE: 1. Brown, E. A.: Ann. Allergy 6:393, 1948. 2. Wittich, F. W.: Ann. Allergy 6:497, 1948.

*TRIPOLON — Nom déposé par Schering Corporation Limited.

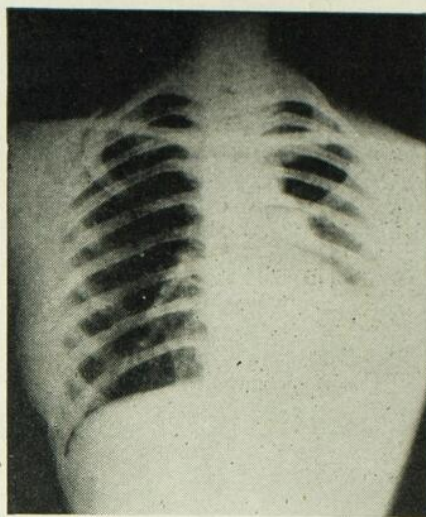
SCHERING CORPORATION LIMITED • • MONTRÉAL 1

Schering

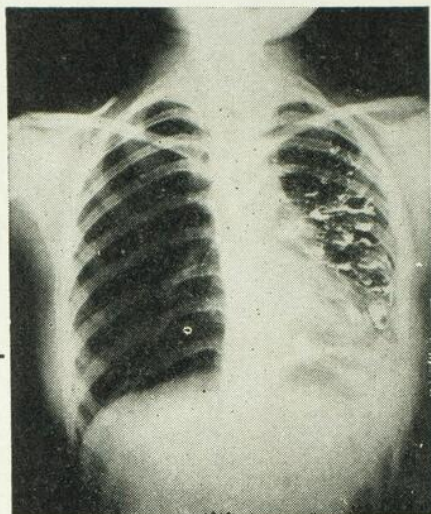
TRIPOLON



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 & C^{ie}

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

LIQUEUR LAVILLE

"L'ANTIGOUTTEUX"

Composition:

A base de quinium, colocynthis et des principes actifs de convalleria maialis, gentiana, scilla, hermodactylus et fraxinus excelsior: vin médicamenteux concentré.

Mode d'Action:

Facilite la dissolution et l'élimination des Tophi. Provoque une augmentation de l'excrétion urique. Elle est essentiellement sédative de la douleur.

Posologie:

Crise Violente, 1 cuil. à café 2 heures avant le repas ou 4 heures après.
Répéter toutes les 6 heures au besoin.
Crise Modérée, 1 cuil. à café le matin à jeun pendant 3 jours.
Dose Préventive, ½ cuil. à café le matin à jeun.

La LIQUEUR du Dr LAVILLE se présente en flacon de 60 cc.

LABORATOIRES CLIN. COMAR & CIE — PARIS

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

POUR LES
ENFANTS C'EST
LE GOÛT
QUI COMPTE

SACARETS
est un produit
agréable accepté
par les enfants.

Comprimés agréablement aromatisés pour faciliter
l'administration aux enfants de remèdes au
goût désagréable. Sous forme de brique, peut
facilement se diviser en deux. Pour être mastiqué
ou écrasé dans un peu de liquide.

Présentation: flacons de 100, 500 et 1000.

Echantillon de chacun de ces produits sera envoyé
dans un coffret, sur demande.



Parke, Davis & Compagnie

SONT HEUREUX DE PROCLAMER LE COURONNEMENT DES
TRAVAUX QUI ONT CONDUIT À LA MISE AU POINT DU

CHLOROMYCETIN

Nom déposé

(CHLORAMPHENICOL, PARKE, DAVIS)

CHLOROMYCETIN EST UNE SUBSTANCE PURE, CRISTALLISÉE,
DOUÉE DE PROPRIÉTÉS ANTIBIOTIQUES SPÉCIFIQUES, EFFI-
CACE DANS UNE GRANDE VARIÉTÉ DE MICRO-ORGANISMES.

Dans l'histoire du CHLOROMYCETIN, le hasard a joué un rôle peu important. En se basant sur les connaissances acquises des propriétés antibiotiques des micro-organismes du sol, des milliers d'échantillons de sol furent collectionnés dans le monde entier, cultivés et étudiés minutieusement pour découvrir leurs propriétés antibiotiques. Une activité bien marquée fut observée dans les cultures de streptomyces venezuelae, ainsi désigné d'après son lieu d'origine. La substance antibiotique fut alors isolée à l'état pur. Sa structure chimique fut déterminée et synthétisée. CHLOROMYCETIN est donc le premier antibiotique pour emploi thérapeutique qui peut être produit en quantité importante aussi bien par des méthodes naturelles que par des procédés chimiques.

*Les principales indications du CHLOROMYCETIN, connues
jusqu'à présent, comprennent:*

LA FIÈVRE ONDULANTE
LES INFECTIONS BACILLAIRES DES VOIES URINAIRES
LA PNEUMONIE PRIMAIRE ATYPIQUE (VIRUS)
LA FIÈVRE TYPHOÏDE
LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE
LA FIÈVRE FLUVIALE DU JAPON
MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE DES ROCHEUSES

Le CHLOROMYCETIN peut être administré efficacement par voie buccale, et atteindre des niveaux sanguins efficaces. Il est présenté en Kapseals de 0.25 g.

Documentation descriptive envoyée sur demande.

PARKE, DAVIS & Cie, Ltée



WALKERVILLE, ONT.

"... le sulfate d'oestrone *per os* possède une activité presque aussi grande que l'oestrone par voie injectable."
Freed, S. C., Eisin, W. M. et Greenhill, J. P.: J. Clin. Endocrinol. 2:89 (fév.) 1943.

Grande efficacité
Hydrosolubilité
Activité *per os*
Provenance naturelle
Innocuité
Bonne tolérance
Sensation d'euphorie

"Prémarine"

substances oestrogènes conjuguées (équines)

COMPRIMÉS— No 865—2.5 mg. par comprimé
No 866—1.25 mg. par comprimé
No 867—0.625 mg. par comprimé
Bouteilles de 20 et de 100

No 868—0.3 mg. par comprimé
Bouteilles de 100

LIQUIDE— No 869—0.625 mg. par cuillerée à thé
Bouteilles de 4 onces fluides

Si l'on désire aussi apaiser les troubles nerveux:

COMPRIMÉS— No 877—0.625 mg. par comprimé plus
 $\frac{1}{2}$ grain de phénobarbital.
Bouteilles de 100

Ayerst

Le traitement par la "Prémarine" se montre en outre efficace dans d'autres affections causées par la carence d'oestrogènes, telles que la vaginite, le prurit vulvaire, l'aménorrhée, l'hémorragie utérine fonctionnelle et l'engorgement laiteux *postpartum*.

Pénicilline buccale

utilisée en Pédiatrie

Prophylaxie—Diminution de 60% du taux de maladie

On a donné à 148 enfants, dont l'âge variait de 8 mois à 10 ans, 50,000 U.I. de pénicilline par voie buccale, tous les jours avant le déjeuner et le souper, pendant 12 mois. La moyenne des jours de fièvre baissa de 16.76 les années précédentes à 4.24. Chez un groupe témoin de 100 enfants on ne constata aucune diminution sur l'année précédente¹.

Traitement—Efficace dans 65% des cas

143 nourrissons et enfants atteints d'infections aiguës des voies respiratoires furent traités avec des comprimés de pénicilline G potassique cristallisée. Dans 65.7% des cas, la fièvre baissa en moins de 24 heures et une amélioration clinique s'ensuivit. D'assez bons résultats furent obtenus dans 18.2% des cas et dans 16.1% ils étaient médiocres².

La maison Ayerst prépare deux formes de comprimés de pénicilline utilisables en pédiatrie. Ils sont dosés à 50,000 U.I. de pénicilline G potassique (cristallisée).

COMPRIMÉS "CILENTA" (Enfants) (No 842)

Agréablement aromatisés à la menthe.

Se prennent seuls ou mélangés aux jus de fruits ou aux confitures. Tubes de 6 ou 12 comprimés.

TABLETTES SOLUBLES "CILENTA" (No 884)

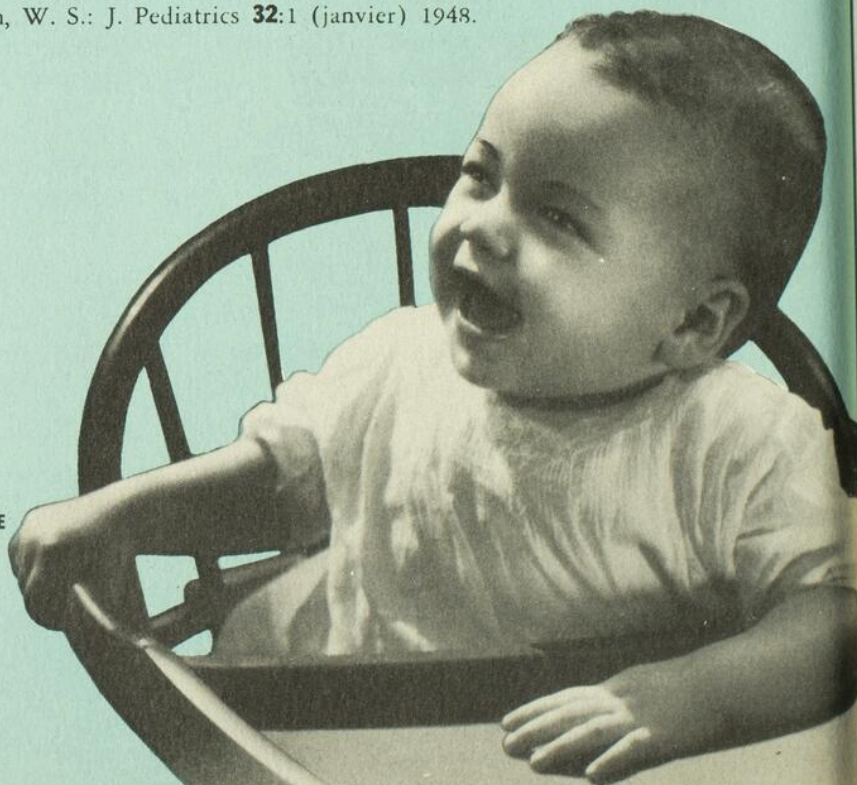
Préparées de manière à se désagréger rapidement dans le biberon du bébé ou les autres liquides. Tubes de 12 tablettes.

1. Lapin, J. H.: J. Pediatrics **32**:119 (février) 1948.

2. Hoffman, W. S.: J. Pediatrics **32**:1 (janvier) 1948.

Autres formes de produits "Cillenta":

COMPRIMÉS—TABLETTES SOLUBLES—POMMADE
POMMADE OCULAIRE—PASTILLES POUR LA GORGE





la nécessité du fer chez la femme est continue*

Quand la croissance, la menstruation, la grossesse, la convalescence ou les restrictions alimentaires augmentent les besoins en fer de la femme...

Fergon®

Marque du gluconate ferreux

Dans les anémies hypochromes

MIEUX TOLÉRÉ: Grâce à son faible degré d'ionisation, le Fergon est pour ainsi dire non astringent, non irritant et il est rarement cause de malaises gastriques.

MIEUX ABSORBÉ: Le Fergon — gluconate ferreux stabilisé — est soluble et facilement absorbable par voie digestive en milieu acide ou alcalin.

MIEUX UTILISÉ: Des études cliniques comparatives ont démontré que le gluconate ferreux est plus efficacement utilisé que toute autre forme de fer.†

Indications: Traitement et prophylaxie des anémies par carence de fer; particulièrement efficace chez les malades qui tolèrent difficilement les autres formes de fer.

Posologie: La dose moyenne pour adultes est de 3 à 6 comprimés (5 grains) ou 1 à 4 cuillerées à thé d'élixir par jour.

Présentation: Comprimés de 0.325 gm. (5 grains), flacons de 100 et 500; élixir à 5%, flacons de 6 et de 16 onces liquides.



*

"Jusqu'à l'âge de la ménopause, la femme a besoin de deux à quatre fois plus de fer que l'homme... La femme enceinte a aussi un plus grand besoin de fer... les besoins de fer sont accrus... au moment de la puberté... (surtout chez les filles)..."

Goodman, L. et Gilman, A.: The Pharmacological Basis of Therapeutics. New York, The Macmillan Company, 1941, p. 1110, 1115.

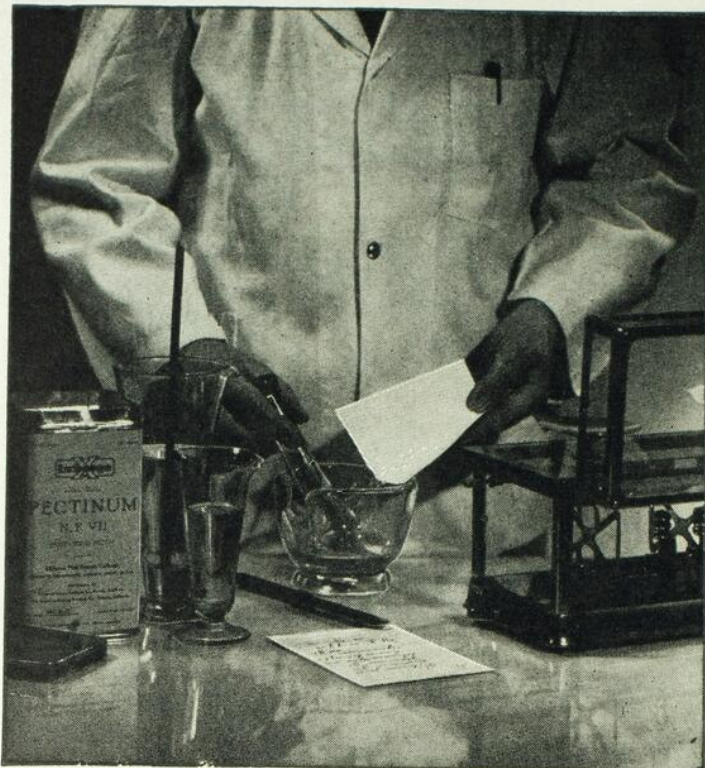
†Reznikoff, P. et Goebel, W. F.: J. Clin. Investigation, 16: 547, 1947.

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

FERGON marque de commerce enregistrée.

1019 ouest, rue Elliott, Windsor, Ontario.

423 est, rue Ontario, Montréal, P. Q.



ANTISEPTIQUE
 et
ASTRINGENT
 dans les
INFECTIONS
INTESTINALES

ÉMULSIONS

PECTASUL

(avec Sulfa)

CÔLITE ULCÉREUSE
 DYSENTERIE BACILLAIRE
 DIARRHÉE ESTIVALE
 ENTÉRITE

PECTACRINE

(sans Sulfa)

DIARRHÉE
 ENTÉRITE
 DYSENTERIE
 MAL D'ÉTÉ

DEUX SPÉCIALITÉS DES LABORATOIRES

ASGRAIN & HARBONNEAU
 Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL

OTTAWA

MONTRÉAL

QUÉBEC

LORSQU'UNE SALICYLOTHÉRAPIE INTENSIVE EST INDIQUÉE...

les effets toxiques, tels que la diminution de la prothrombine dans le sang et la prédisposition aux hémorragies, sont évités grâce à l'administration de

BEREX — *le produit NON TOXIQUE de choix*

parce qu'il procure, sous forme de comprimés, une combinaison d'administration facile et scientifiquement équilibrée de succinate de calcium et d'acide acétylsalicylique.

Tous les détails concernant l'emploi de BEREX dans le traitement du rhumatisme aigu et chronique, ainsi qu'une abondante bibliographie, peuvent être obtenus sur demande.

Bouteilles de 100 et de 500 comprimés.

BEREX est le nom déposé de ce produit. Breveté aux Etats-Unis. Demandes de brevets au Canada et pays étrangers.

BEREX Pharmacal Co., 36-48 Caledonia Road, Toronto, Canada

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
 - ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
 - ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
 - PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

LE VACCIN BCG**PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE**

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

- Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.
- Épreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.
- 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANSCUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).
- FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.
- Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.



ALBERT CALMETTE
1863 - 1933

*J. A. BAUDOIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.

R. 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)

Le traitement de l'Infection Para-nasale



...Decongestion Sans Contre-Coup

Il devient de plus en plus évident que la congestion compensatoire qui suit l'usage de nombreux vaso-constricteurs crée la nécessité d'un usage répété —amenant ainsi le cercle vicieux qui mène à la Rhinitis Medicamentosa.

Ce résultat peu désiré peut s'éviter en suivant la Technique ARGYROL, qui obtient la décongestion sans contre-coup, rétablissant ainsi plus facilement les fonctions normales.

La Technique Argyrol*

1. Le méat nasal . . . par l'instillation de 20 pour cent d'ARGYROL à travers le conduit nasal lacrymal.
2. Les passages nasals . . . avec une solution ARGYROL à 10%, en gouttes.
3. Les cavités nasales . . . avec ARGYROL à 10% par tamponnage nasal.

Son Triple Effet*

1. Décongestion sans irritation à la membrane et sans dommage ciliaire.
2. Définitivement bactério-statique, quoique non toxique pour le tissu.
3. Nettoie et stimule la sécrétion, rehaussant ainsi la première ligne de défense de la Nature.



ARGYROL le Médicament de Choix pour le traitement d'Infections Para-nasales

Fabriqué
seulement par A. C. BARNES COMPANY LIMITED, STE-THÉRESE, P.Q.

ARGYROL est une marque de commerce enregistrée, la propriété de A. C. Barnes Company Limited
Toute publicité concernant ce produit s'adresse exclusivement à la profession médicale

Nous présentons...



le Bromure de

Stigminene*

'Warner'

*Le Plus Nouveau des
Composés Cholinergiques*

Effets supérieurs

Action douce et équilibrée

Minimum d'effets secondaires

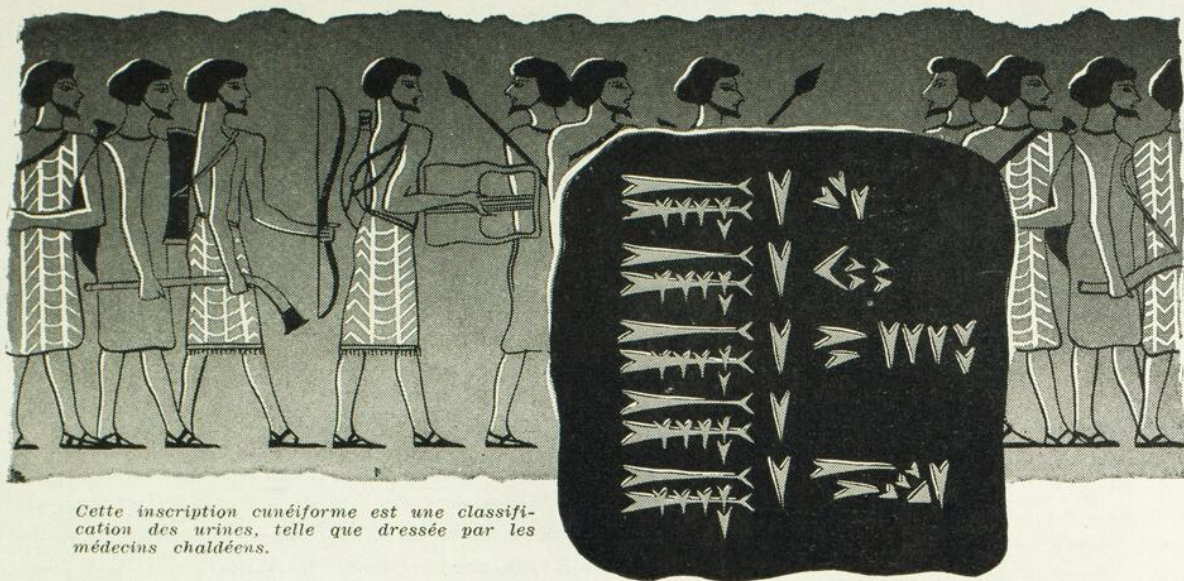
WILLIAM R. WARNER & CO., LTD. présentent avec fierté le Bromure de STIGMINÈNE* 'Warner', un composé cholinergique efficace de faible toxicité, possédant une grande marge de sécurité thérapeutique et une action prolongée.

Le BROMURE de STIGMINÈNE* 'Warner' est indiqué dans la prévention et le traitement des deux affections postopératoires, la distension abdominale et la rétention urinaire. On peut l'employer à tous les degrés d'atonie de l'intestin ou de la vessie — que ce soit l'atonie gastro-intestinale qui suit l'anesthésie ou celle que l'on contracte au cours de maladies chroniques, de certaines infections aiguës ou de toxémie; le météorisme accompagnant une pneumonie; ou une complication aussi grave que l'iléus paralytique.

Le BROMURE de STIGMINÈNE* 'Warner' est présenté en ampoules de 1 cm³ contenant, chacune, 0.5 mg. d'une solution de 1:2000; emballages de 12 et de 50 ampoules.

*Marque de commerce déposée

WILLIAM R. WARNER & CO., LTD.
727 ouest, rue King, Toronto, Ont.

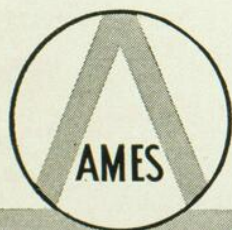


Cette inscription cunéiforme est une classification des urines, telle que dressée par les médecins chaldéens.

Des millénaires d'étude . . . résumés en quelques secondes!

Même 4,000 ans avant Jésus-Christ, les empiriques babyloniens et sumériens, qui notaient déjà la variation des caractères physiques de "la péniale liqueur", ne furent probablement pas les premiers uroscopistes. Mais ce n'est que cinquante siècles plus tard que fut découvert le réactif de Fehling.

Grâce à l'excellente méthode *Clinitest*^(R), qui indique avec précision la teneur en sucre des urines, les siècles consacrés au perfectionnement de la diagnose sont condensés dans quelques secondes. L'épreuve se fait en moins d'une minute. L'emploi de ces comprimés est la simplicité même — tout diabétique l'apprendra aisément. Unique en son genre, le procédé *Clinitest* supprime l'emploi extérieur de la chaleur. L'interprétation du "test de routine" est facilitée.



Clinitest

pour l'analyse glycosurique

AMES COMPANY OF CANADA, LTD. TORONTO 4, ONTARIO

Augmente de **100%** l'espace disponible
 ... contient deux tiroirs à instruments au lieu d'un
L'AUTOCLAVE JUNIOR à tous usages
L'"American" (MODELE 8816)

- Intégralement automatique et à compensation autonome pour tous genres d'objets.
- Nécessite très peu d'espace. Se pose sur toute surface unie et se branche sur une prise de courant ordinaire.
- Cet appareil "à tous usages" avec chambre de dimensions 8"x8"x16" permet de stériliser les instruments, pansements, gants, solutions, antibiotiques et autres genres d'objets.
- L'appareil possède un dispositif automatique éliminant le risque de brûlure, et un seul levier commande toute l'opération.

Partout où l'on désire un stérilisateur à vapeur sous pression de petite dimension, cet appareil représente un changement radical dans le domaine des autoclaves et répond à tous les besoins. A tous égards, il remplit les mêmes fonctions de précision et d'efficacité que les "American" Surgical Supply Sterilizers standard d'usage répandu dans les hôpitaux.



DOUBLE ARMOIRE SPACIEUSE
 MODELE DB-16, conçue pour recevoir facilement le MODELE 8816, combinant ainsi les avantages essentiels des deux et réalisant un ensemble pratique pour le bureau privé.

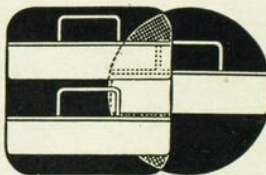


Diagramme de comparaison entre le modèle 8816 et le type cylindrique 8"x16". Remarquez l'espace pour deux tiroirs au lieu d'un seul.

Apporte au **CABINET DU MEDECIN**
 au **LABORATOIRE**, à la **CLINIQUE**
 les facilités de l'hôpital



RENSEIGNEMENTS envoyés sur demande

AMERICAN STERILIZER COMPANY
 Erie, Pennsylvanie

TUBEX
de
LENTOPEN
TOUS-USAGES

**Pénicilline-G procainique à 300,000 U.I. et
pénicilline-G cristallisée à 100,000 U.I. par
c.c. dans l'huile au monostéarate d'aluminium.**

On parvient, avec le Tubex de Lentopen tous-usages, à produire dans les trois premières heures qui suivent son administration, de hautes hémococoncentrations et, en outre, à maintenir pendant 96 heures chez la majorité des malades, des séroconcentrations efficaces.

PENICILLINE-G PROCAÏNIQUE—La pénicilline-G procainique est un composé chimique qui combine en un seul corps la procaine et la pénicilline-G cristallisée. Peu soluble, ce corps est lentement absorbé par le tissu musculaire, ce qui entraîne une prolongation des concentrations thérapeutiques de pénicilline dans le sang. Le monostéarate d'aluminium, agent de suspension exceptionnellement efficace, doit à sa propriété de repousser l'eau, de retarder encore davantage l'absorption de la pénicilline procainique par les fluides organiques. Il n'entrave en rien l'absorption rapide de la pénicilline-G potassique cristallisée soluble et n'exerce aucun effet nocif, ni local ni général.

PENICILLINE-G CRISTALLISÉE—Par suite de sa grande solubilité, la pénicilline-G potassique cristallisée, qui est en suspension dans la Lentopen tous-usages, est rapidement absorbée, et produit dans le délai moyen d'une heure, une hémococoncentration près de 60 fois supérieure au niveau d'efficacité minimum.

**HEMOCONCENTRATIONS INITIALES ELEVEES • NIVEAUX THERAPEUTIQUES
PROLONGES (96 HEURES) • PAR UNE SEULE INJECTION**

Existe Egalement

LENTOPEN

Produit spécial pour des hémococoncentrations de 96 heures.

Pénicilline-G procainique dans l'huile au monostéarate d'aluminium, à 300,000 U.I. par c.c.

Présenté en Tubex de 1 c.c. et fioles de 10 c.c.

*Tubex de 1 c.c. livré avec une aiguille stérile
adaptable à la seringue Tubex.*

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED
WALKERVILLE - ONTARIO

Wyeth

Marque déposée

WYCILLIN SURACTIVEE

- Pénicilline-G procaïnique dosée à 300,000 U.I. et pénicilline-G potassique cristallisée à 100,000 U.I. par c.c.

POUR INJECTION AQUEUSE

La Wycillin suractivée est présentée sous forme d'une poudre sèche. Par addition du solvant (eau à injection U.S.P. ou sérum physiologique normal stérile U.S.P.) on obtient une suspension stérile qui, gardée au réfrigérateur, conserve, pendant une semaine, une activité quasi inchangée.

L'administration de la Wycillin suractivée entraîne un double effet: un niveau élevé de pénicillinémie est atteint presque immédiatement grâce à la pénicilline potassique cristallisée, d'absorption rapide et cet effet est ensuite prolongé par la pénicilline procaïnique, d'absorption plus lente. Ainsi parvient-on, par une seule injection de Wycillin suractivée, à établir une hémococoncentration élevée dans le court délai d'une heure et à maintenir, pendant 24 heures, chez la majorité des malades, des concentrations qui, pour être moins élevées, restent encore à des niveaux thérapeutiques.

**HEMOCONCENTRATIONS INITIALES ELEVEES • NIVEAU
THERAPEUTIQUE PROLONGE • PAR UNE SEULE INJECTION**

Présenté en fioles à dose unique et en fioles de 5 et 10 doses.

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED
WALKERVILLE - ONTARIO



Marque déposée

Existent Egalement

WYCILLIN

Pénicilline-G procaïnique cristallisée à 300,000 U.I. par c.c. pour injection aqueuse. Concentration thérapeutique de 24 heures.

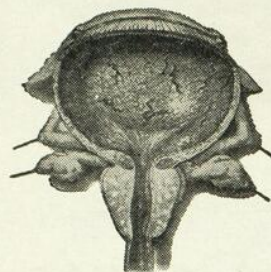
Présenté en fioles de 1 dose, 5 et 10 doses.

Le Malade

sous Traitement

dans les Infections des Voies Urinaires

ÉPROUVE EN MÊME TEMPS
un soulagement bienfaisant
à ses pénibles
 SYMPTÔMES URINAIRES



Les pénibles symptômes de l'infection des voies urinaires, tels les mictions fréquentes, douloureuses et cuisantes, peuvent être rapidement soulagés dans un pourcentage élevé de cas par la simple administration orale de Pyridium.

Grâce à cet analgésique urinaire sûr et facile à administrer, les médecins peuvent souvent procurer à leurs malades le soulagement presque immédiat des symptômes urinaires douloureux, cependant que

d'autres mesures thérapeutiques sont mises en œuvre pour corriger l'affection efficiente.

A doses thérapeutiques, le Pyridium est pour ainsi dire atoxique et peut être administré en même temps que la streptomycine, la pénicilline, les sulfamidés ou autres thérapies spécifiques.

L'historique complet du Pyridium et de son emploi clinique sera envoyé sur demande.

PYRIDIDIUM[®]

(Phenylazo-alpha-alpha-diamino-pyridine mono-hydrochloride)

MERCK & CO., LIMITED

Chimistes fabricants

MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD



Pyridium est le nom déposé au Canada du produit fabriqué par Pyridium Corporation.



RESMICON

émollient antiacide

ne cause pas d'effets secondaires.

PARCE QUE

le Resmicon associe à de la mucine gastrique naturelle une résine polyamine capable d'échanges d'anions. Une telle combinaison a pour double conséquence de procurer le soulagement de la douleur et de favoriser la cicatrisation de l'ulcère peptique.

PARCE QUE

la résine polyamine contenue dans le Resmicon rend inactif l'acide chlorhydrique, non par "neutralisation" chimique ou addition de substance "tampon", mais par adsorption physique. Cette action physique ne produit pas d'alcalose, pas d'acidité ultérieure, pas d'épuisement des électrolytes de l'organisme, pas de formation de calculs rénaux, pas d'effets toxiques, pas d'irritation, non plus que d'effets secondaires désagréables, tels que constipation, diarrhée, éructation ou flatulence.

2047

traiter efficacement l'ulcère peptique

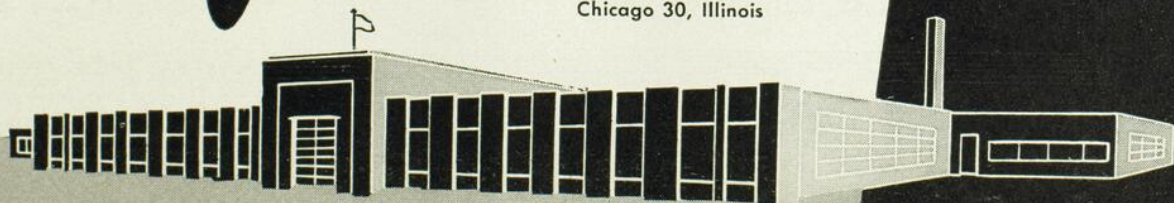


PARCE QUE

la mucine que renferme le Resmicon procure à la région affectée ainsi qu'à toute la muqueuse gastrique un revêtement dense et résistant. Cette couche de mucine, très réfractaire à la pénétration de la pepsine ou du ClH, protège le tissu ulcéré et stimule la cicatrisation.

Comprimés **RESMICON**: mucine gastrique, 170 mg.; résine polyanionique à anions échangeables, 500 mg.; présentés en flacons de 84 comprimés.

Whittier
LABORATORIES
Division Nutrition Research Laboratories
Chicago 30, Illinois



SANATORIUM PRÉVOST



Façade Sud du nouveau Sanatorium Prévost. Tous les pavillons sont maintenant ouverts aux malades à l'exception du "pavillon bleu", à l'extrême droite, que l'on aménage présentement pour abriter des laboratoires et quelques chambres.

L'établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

● Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

BUREAU MÉDICAL

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, Jean-Léon Desrochers, Paul Larivière, Emile Legrand, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

Consultants: Drs Fernand Charest, René Dandurand, Paul David, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J.-A. Vidal.

4455 OUEST, BOULEVARD GOUIN.

TÉLÉPHONE: BYwater 2405 ★

Toutes les Indications de
l'IODE et des IODURES



IODOGÉNOL
PÉPIN

Pas d'Iodisme

AGENT GÉNÉRAL: J. EDDÉ L^{re} - MONTRÉAL

ARTICHOBYL

Extrait de feuilles fraîches d'artichaut

Traitement des affections du foie

Aucune contre-indication

Pilules

PLURIGLANDINE

Extrait glandulaire total en proportions physiologiques

Traitement des déficiences glandulaires

Pilules

J. EDDÉ Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

TONIQUE NUCLÉO-MANGANIQUE VITAMINÉ

stimule la nutrition générale par l'arrhénal • contribue à la régénération des cellules nerveuses et des leucocytes par les nucléines • augmente les oxydations cellulaires par le manganèse • apporte les vitamines: B₁: 600 U.I. par jour, B₂: 2 mgm par jour, C: 70 mgm par jour.

BIODUC

2 cuillerées à soupe par jour

E L I X I R

Laboratoires JEAN OLIVE — 200, rue Vallée — Montréal

Syndromes douloureux

Pré-Anesthésie

SÉDONERVINE

Association Scopolamine-morphine

PRÉSENTE UN DOUBLE INTÉRÊT

-1-

La formule classique:

Chlorhydrate de Morphine 0.006 gm.
Bromhydrate de Scopolamine ¼ de mgm.
Sérum Physiologique spartéiné à 2% pour
une ampoule de 1 cc.

-2-

Un prix médical:

10 ampoules: \$0.90
100 ampoules: \$7.50

LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200 RUE VALLÉE, MONTRÉAL



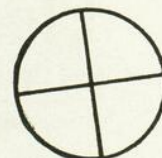
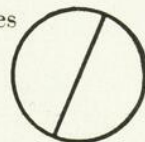
Le Sulfate de 'Benzédrine' chez les vieillards?

lire **2** plus bas

Un récent rapport¹ sur l'emploi du Sulfate de 'Benzédrine' chez les vieillards confirme à nouveau la sûreté de ce médicament fondamental. Un groupe de femmes dont l'âge variait de 71 à 91 ans, (moyenne de 78.4 ans), servirent de sujets à des observations s'étendant sur une période de 70 jours.

Les constatations des auteurs sont ainsi résumées:

- 1 Du Sulfate de 'Benzédrine' "... fut administré par voie orale à un groupe de femmes dans une retraite pour vieillards; on donnait des doses de 10 et de 20 mgs par jour pendant certaines périodes, en prenant comme critère d'autres périodes où l'on n'administrerait que du placebo."
- 2 "Les électrocardiogrammes, les numérations globulaires, les analyses d'urine, les déterminations de la pression sanguine et le nombre des pulsations n'ont pas réussi à déceler de changements importants . . ."
- 3 "Quelques femmes éprouvèrent un accroissement de vigueur au cours de la période où elles recevaient du sulfate d'amphétamine . . ."
- 4 "Aucun autre effet ne put être démontré, et on ne nota aucun résultat indésirable."



Sulfate de Benzédrine comprimés • élixir

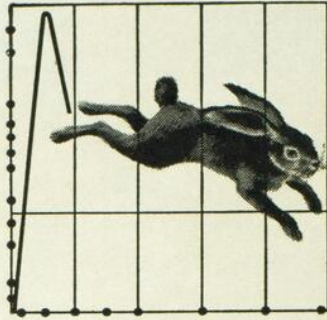
(sulfate d'amphétamine racémique S.K.F.)

l'un des produits fondamentaux en médecine

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 1

1. Arnett, J.H., and Harris, E.S.: The Effects of Small Doses of Amphetamine (Benzedrine) Sulfate on the Aged, *Geriatrics* 3:84 Mar.-Apr., 1948

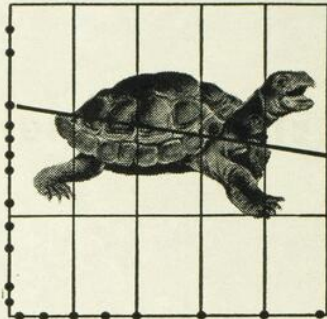
'Benzédrine' nom déposé au Canada



vous pouvez maintenant obtenir
du même coup

**un niveau RAPIDE et optimum
de pénicillinémie**

et



**une concentration
thérapeutique SOUTENUE**

au moyen d'une seule injection
provenant d'un seul contenant

FLO-CILLIN "96"—la pénicilline-retard "96 heures" *originale*—s'obtient maintenant sous une forme plus complète. On a ajouté à chaque cm³ de la préparation FLO-CILLIN "96", 100,000 unités de pénicilline G potassique. Vu sa solubilité, la pénicilline potassique s'absorbe rapidement, en provoquant un niveau de pénicillinémie initial assez élevé pour mettre un frein dès le début à l'envahissement des bactéries. Au cours d'une période qui se mesure en jours, il s'opère une absorption lente et régulière du complexe insoluble que forme la pénicilline G procainique dispersée dans de l'huile contenant du stéarate d'aluminium, un sel non miscible à l'eau. Ainsi, avec une seule injection provenant d'un seul contenant, il est maintenant possible d'obtenir un niveau *optimum* initial de pénicillinémie,

FLUIDITÉ PERMANENTE

NE NÉCESSITE AUCUNE

AGITATION PROLONGÉE

ainsi qu'une concentration sanguine thérapeutique qui se maintient pendant 96 heures chez environ 90 pour cent des malades.

Flo-Cillin "96" + (SURDOSÉE)

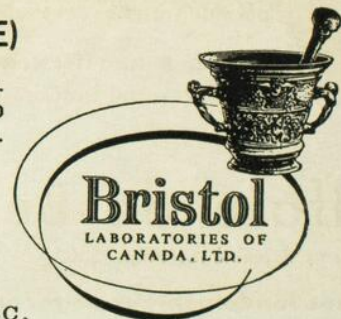
Nom déposé par Bristol Laboratories pour leur pénicilline G procainique (300,000 unités/cm³) et pénicilline G potassique (100,000 unités/cm³), dans l'huile avec monostéarate d'aluminium à 2%.

S'obtient en fioles de 10 cm³

Précisez bien dans vos commandes soit
Flo-Cillin "96" + (Surdosée), soit Flo-Cillin "96"

*Thomas, E.W., et al: J.A.M.A. 137: 1517, 1948

286 OUEST, RUE ST-PAUL, MONTRÉAL, QUÉBEC.





*L'homme à la diète se croit alors
justifiable de faiblir .*

... tant mieux si on a de la volonté

PRENEZ une diète, suivez-la pendant plusieurs semaines : soustrayez dix livres.

Ajoutez alors un écart de régime tentant comme récompense. Faites cet écart, et puis un autre . . . et encore un autre . . . et encore un autre . . .

A ce point le Chlorhydrate de DÉSOXYNE peut intervenir utilement pour raffermir la volonté du malade. La DÉSOXYNE exerce sur l'appétit une action nettement répressive.

En même temps, l'action stimulante de la DÉSOXYNE augmente

le bien-être du malade et son besoin d'activité. Pour réprimer l'appétit il suffit généralement d'un comprimé de DÉSOXYNE de 2.5 mg. une heure avant le déjeuner et le lunch, et parfois un troisième comprimé au milieu de l'après-midi s'il ne provoque pas d'insomnie.

Ceux qui ont largement fait usage de DÉSOXYNE lui reconnaissent les avantages suivants sur d'autres amines sympathicomimétiques : *doses plus faibles, action plus rapide, effet plus prolongé, relativement peu d'effets secondaires.*

En plus de son utilité dans l'obésité, la DÉSOXYNE peut servir à une grande variété d'autres usages—oralement comme stimulant mental passager, et parentéralement pour maintenir la tension artérielle

durant les opérations sous anesthésie spinale ou régionale.

Pour plus amples informations sur les avantages et les usages du Chlorhydrate de DÉSOXYNE, envoyez simplement une carte aux
LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE, Montréal 9.



C H L O R H Y D R A T E d e **Désoxyne**



(CHLORHYDRATE DE MÉTHAMPHÉTAMINE, ABBOTT)

COMPRIMÉS

2.5 mg. et 5 mg.

ELIXIR

20 mg. par once fluide
(2.5 mg. par drachme fluide)

AMPOULES

20 mg. par cc.

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 77:

MM. Amyot (Roma); Arcand (Arthur); Archambault (Jules); Archambault (Laurent); Archambault (P.-R.); Autotte (Esdras); Baissette (Gaston); Beauregard (J.-M.); Bélisle (Maurice); Bernier (Alphonse); Bertrand (A.); Boucher (Roméo); Boulais (F.-L.); Boulanger (J.-B.); Boulanger (Jacques); Bourbonnais (Earl); Bourgeois (Paul); Boutin (J.-R.); Brahy (J.); Brien (Jules-A.); Brosseau (Victor); Burckel (Jean); Cabana (J.-Ernest); Cabana (L.-P.); Cantero (Antonio); Caumartin (Paul); Cazal (Pierre); Champoux (G.-Roger); Charbonneau (René); Charest (G.); Charland (Richard-A.); Choquette (G.); Cloutier (G.-E.); Cousineau (A.); Dargis (Jean); David (Paul); Desranleau (Jean-Marc); Desjardins (Edouard); Desrochers (Jean-Louis); Dhotel (Yves); Dionne (Paul); Dorion (J.-Ed.); Duchesne (Laurent); Dufresne (Roger-R.); Dufresne (O.); Dussault (Fernand); Duvalier (François); Faure (Jacques); Foisy (J.-P.); Forté (Lionel); Fortier (Marcel); Frappier (Armand); Fugère (Paul); Gagnon (Jacques); Gariépy (J.-U.); Gariépy (L.-Henri); Gauthier (Bernard); Gauthier (C.-A.); Gauthier (Gérard); Gauthier (Jacques); Gélinas (Réal); Genest (Jacques); Gervais (Maurice); Gingras (Gustave); Grenier (E.-P.); Grignon (R.); Groulx (Ad.); Guilbeault (Albert); Heim de Balsac (R.); Hood (A. J. G.); Jarry (J.-A.); Joly (Pacifique); Joncas (Fernand); Jutras (Albert); Kozlowski (François Bratek); Labelle (Arcade); Lacerte (Jean); Ladouceur (L.); Lambert (A.); Lamoureux (Louis); Landreville (J.-A.); Laperrière (Vincent); Laplante (Aimé); Laporte (J.-N.); Latraverse (V.); Lauzé (Simon); Lauzer (Rosaire); Leblond (Wilfrid); Leclerc (Georges); Lecours (J.-A.); Legault (Jean-Paul); Legault (Léonard); Léger (Jacques); Léger (Jean-Louis); Léger (Lucien); Léonard (Gérard); Lépine (Edgar); LeSage (Albert); LeSage (Jean); Lessard (Jean-Marc); Letellier de Saint-Just (E.); Longtin (Léon); Lortie (Edouard); Lussier (Roger); Mantha (Léopold); Marchand (J.-C.-A.); Marin (Albéric); Martin (L'hon. Paul); Masson (Anne-Marie); McCormick (W. J.); Meloche (Lorenzo); Ménard (Raymond); Meunier (Robert); Monfette (Claude); Moreno (Manuel); Morissette (Léopold); Nadeau (Gabriel); Panisset (Maurice); Panneton (Philippe); Paquette (J.-P.); Parent (Honoré); Patel (Jean); Pelletier (Émile); Pemberton (Ralph); Perras (C.); Pesant (Julien); Pettigrew (Antoine); Piette (Jean); Plichet (André); Plouffe (Adrien); Poirier (Paul); Prévot (A.-R.); Ricard (Hector); Richard (A.-L.); Riopelle (J.-L.); Robert (Paul); Robillard (Rosario); Rolland (P.-E.); Rouquès (Lucien); Royer (Albert); Saint-Martin (Maurice); Samson (J.-Ed.); Saucier (Jean); Simard (L.-C.); Simard (Roland); Smith (Henri); Smith (Pierre); Thévenard (André); Torrè (Pierre); Tremblay (Jacques); Tremblay (Jean); Trudel (Hermile); Vaillancourt (De Guise); Vallée (A.-F.); Vallée (Ls-Yvan); Valois (A.-B.); Vézina (Norbert); Vidal (J.-A.).

... Il n'est donc pas douteux, malgré les sentiments d'amertume qu'éveillèrent dans le cœur de Pasteur les notes posthumes de Claude Bernard, qu'il eût été sans doute préférable de laisser dormir à jamais, que Pasteur considérait Claude Bernard comme son maître et qu'il avait, en même temps qu'une réelle affection pour sa personne, la plus haute estime pour son talent.

Et puisque ces deux grands noms sont réunis dans un même sentiment de gratitude et d'admiration, il est bon de donner à chacun d'eux la juste place qui lui convient dans l'évolution médicale contemporaine. En réalité, les travaux de Cl. Bernard n'ont exercé sur la médecine qu'une action assez restreinte. Il a créé la physiologie scientifique, il en a fixé les lois et cet effort a ébranlé les fondements de la vieille philosophie, mais ses découvertes n'ont eu sur la médecine proprement dite, aussi bien sur la connaissance de la cause des maladies que sur leur thérapeutique, qu'une influence indirecte. L'introduction à l'étude de la médecine a précisé les lois de l'expérimentation biologique, mais l'application de ces lois à la médecine a été l'œuvre de Pasteur. L'élève a dépassé le maître. Certes, il ne l'a pas égalé dans le domaine des hautes spéculations philosophiques, car il est demeuré le croyant sincère de ses jeunes années, et, sans porter atteinte à la mémoire à jamais sacrée de celui qui, par l'incomparable splendeur et par les prodigieuses conséquences de ses découvertes, fut peut-être le plus grand des hommes, il est permis de dire que Pasteur recula devant l'effort que devaient faire les hommes de son temps pour s'élever au-dessus de la philosophie commune. Mais si Cl. Bernard a été le maître incontesté de la physiologie, Pasteur s'est promené en explorateur victorieux dans les champs illimités de la médecine. Celle-ci procède presque tout entière aujourd'hui de ses travaux immortels, au moins pour ce qui a trait à l'immense question des maladies infectieuses, à leur origine, à leur prophylaxie, à leur guérison. La médecine se fait aujourd'hui presque exclusivement dans les laboratoires de bactériologie, et la chimie biologique, la physique même, avec les applications merveilleuses de l'électricité, de la haute fréquence, de l'ionisation et des radiations de Röntgen ou de Curie, ont, en médecine, une portée plus grande que les découvertes de la physiologie pure.

Claude Bernard, Pasteur! ces deux hommes, ces deux Français, ont contribué plus que quiconque au monde à la grande œuvre de la révélation des lois qui régissent la vie et la mort de tout ce qui respire! L'Humanité doit à la Justice de conserver à jamais leur mémoire.

Le grand nom de Claude Bernard doit demeurer vivant dans nos esprits et dans nos cœurs. Mais le nom de Pasteur doit dominer le monde, car celui qui sut le conduire aux plus purs sommets de la gloire est le héros d'une œuvre immense! Il a changé les destinées humaines, et tout homme qui pense devrait venir d'un cœur fervent s'agenouiller sur son tombeau!

(Jean-Louis FAURE)

BULLETIN

VARIÉTÉS ET VARIATIONS

Quel sujet pourrait en ce moment trouver grâce aux yeux de nos lecteurs? L'heure est aux vacances, les uns reviennent de leur repos annuel, les autres s'y préparent. L'époque paraît bien mal choisie pour développer de longues thèses ou apporter des propos sujets à controverse; des commentaires courts et variés sur des faits récents semblent plus digestibles en cette saison. La rubrique *nouvelles* fournit l'objet de ces commentaires variés et variables.

* * *

L'octroi de bourses aux jeunes diplômés de nos Facultés a été continué comme par le passé et peut être même multiplié; de nombreux boursiers ont été choisis qui, dorénavant, orienteront en physiologie leurs études expérimentales et cliniques.

La preuve a été faite, fin juillet, de la valeur de ces dons aux fins de travaux scientifiques lorsqu'à McGill quatre bénéficiaires des Kinsmen's Clubs ont présenté pendant trois jours la somme de leurs recherches postscolaires.

L'exposé qu'ils ont offert de la thérapeutique anticancéreuse, entreprise au Canada et à l'étranger, et des succès obtenus, a vivement intéressé un auditoire composé de leurs anciens professeurs et de leurs collègues des hôpitaux de Montréal.

L'initiative d'inviter les boursiers dès la fin de leurs études à l'étranger devrait être poursuivie dans tous les centres universitaires. Voir et entendre les *retours d'Europe ou d'Amérique* confondraient les universels protestataires, feraient taire leurs critiques sur le choix des hommes et des spécialités. Bien plus, cette invitation à la tribune, offerte aux plus méritants, leur serait un stimulant additionnel et serait beaucoup plus conforme à l'étiquette professionnelle que les confidences faites à un journaliste et publiées dans les quotidiens.

Grâces soient rendues à la Société Médicale de Montréal pour les efforts qu'elle a déployés dans ce sens, car elle a très souvent mis à ses programmes les noms, non seulement des récipiendaires de ses propres prix, mais de jeunes qui avaient quelque chose à dire et à enseigner.

En va-t-il ainsi de toutes les Sociétés scientifiques? La tâche de la Faculté s'arrête-t-elle, sa responsabilité est-elle finie, lorsqu'elle approuve la demande des boursiers et quand elle a fait tous ses efforts pour leur faciliter l'entrée dans les laboratoires ou services étrangers? Ne pourrait-elle pas prolonger son action en les invitant à une audition publique, en leur offrant les facilités d'une maîtrise?

L'écart entre les générations tient autant du spirituel que de l'ordre chronologique; les uns semblent incompréhensibles aux autres, mais il s'agit d'un phénomène réversible, dont l'action amène des effets stériles, à moins qu'elle ne soit contrariée par une réaction conjuguée de condescendance et de bienveillance mutuelles.

* * *

Plus de cent cinquante médecins ont obtenu, cette année, leur doctorat tant à Laval qu'à Montréal; ce nombre est imposant et paraît répondre aux besoins de la Province. Mais il n'y a pas que Québec et de nombreux centres, où la population est en majorité de langue française, souhaitent la venue de médecins de leur langue.

Aussi la proportion pour 1949 semble-t-elle éloignée entre les diplômés de nos Facultés et ceux du Conseil Médical du Canada, soit moins du tiers. N'y aurait-il pas lieu de souligner aux finissants de chaque année l'importance de ce diplôme fédéral qui ouvre à ceux qui le possèdent les portes de nos provinces canadiennes et de certains pays du Commonwealth britannique!

Nul ne sait ce que cache l'avenir; une protection supplémentaire est une assurance bien consolidée. La publicité ne se fait pas suffisamment autour de ces examens, tout au moins dans le secteur montréalais.

* * *

Un examen de plus, dira-t-on; ce qui est vrai; mais ce qui est également vrai et le sera toujours, c'est que la vie du médecin est remplie de ces problèmes que posent les examens, puisque très souvent le malade apporte un élément chargé d'inconnues et dont l'enjeu est la vie humaine.

Le jeune médecin, qui veut arriver au sommet de sa profession, doit consacrer à l'étude le plus gros de ses loisirs. Le Collège des Médecins a pris l'initiative la plus heureuse lorsqu'il a codifié ses règlements de spécialisation. Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada exige un minimum de connaissances scien-

tifiques très élevé avant de décerner, après concours, ses diplômes de spécialiste. Ne devient membre du Collège que celui qui soutient avec succès une épreuve écrite et une leçon clinique, l'une et l'autre très sévères. Le jeune médecin doit donc s'attendre à de fréquents examens; d'ailleurs, il en est de même partout. En France, c'est l'externat, l'internat, l'adjuvat, le prosectorat, le clinicat, toujours après concours et cela avant l'agrégation et le professorat. Aux Etats-Unis, les concours ne sont pas les mêmes et ne portent pas sur les mêmes sujets, mais ils n'en existent pas moins.

D'aucuns croient stérilisantes ces nombreuses épreuves; ce reproche pourrait être justifié s'il s'agissait d'exercices où la mémoire jouerait le premier et principal rôle; ce qui n'est pas, heureusement, le fait habituel. Les concours répétés, au contraire, de même que les communications aux sociétés scientifiques, ainsi que les leçons aux étudiants, obligent ceux qui s'y astreignent à un labeur continu de préparation, de renouvellement, ou mieux, de mise à date qui s'obtient par la lecture, par l'étude et par la réflexion.

* * *

Un récent diplômé confiait dernièrement qu'il ne savait pas trop bien, une fois certificat en mains, où il orienterait sa carrière. Ce cas est loin d'être unique.

Il s'est créé à Montréal, en vue d'aider aux jeunes et de faciliter le travail des hôpitaux, un Centre d'Internat qui reçoit les demandes et voit au placement des internes seniors. Le travail a été efficace et le but désiré, obtenu dans une certaine proportion; le succès ne peut être complet dès la première tentative et l'organisme en rodage va s'améliorer avec l'emploi.

Il en serait de même d'un Centre d'orientation qui donnerait à ceux qui en auraient la charge l'occasion de faire une belle œuvre. Il en est trop qui choisissent mal leur voie et qui n'obtiennent pas le rendement désiré. Impossible de les blâmer, personne ne s'est offert à les diriger; les timides trouveraient à ce centre l'accueil sympathique dont ils ont besoin, les téméraires y seraient mis en garde contre leur fougue et les sages y trouveraient matière à discussion; de toutes manières et chez tous, la décision serait prise en juste connaissance de cause et, Dieu aidant, nulle garantie de succès ne saurait être meilleure.

Edouard DESJARDINS.

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'A.M.L.F.C. EN MISSION EN EUROPE

Le 14 septembre, le docteur Donatien Marion, directeur général de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, s'embarquera pour l'Europe où il assistera au Congrès français de médecine, qui aura lieu à Genève les 29 et 30 septembre et le 1er octobre.

C'est la XXVIIe session, qui sera sous la présidence du professeur M. Roch, assisté du professeur Eric Martin, de Genève, secrétaire général.

Le directeur général sera accompagné des docteurs Eugène Thibault, de Verdun, président de la Fédération des Sociétés Médicales de la province de Québec; Richard Gaudet, de Sherbrooke, gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec et vice-président de la Fédération des Sociétés médicales et directeur de l'Association des Bureaux médicaux des hôpitaux de la province; Armand Voyer, de Magog, et Jean Champeau, de Montréal, et de leurs épouses.

A Paris, ce groupe sera augmenté de plusieurs autres médecins canadiens qui iront aussi assister au Congrès de Genève. (Voir le programme dans le numéro de juillet de *L'Union Médicale du Canada*, page 883.)

Les trois questions à l'étude, « Les protides du plasma à l'état normal et pathologique », « Les hyperthyroïdies » et « Le traitement du cancer par les hormones », ne manqueront pas d'intérêt puisqu'elles sont d'une grande actualité et qu'elles seront exposées par des professeurs dont la maîtrise n'est plus à prouver.

La présence à Genève des médecins canadiens sera considérée comme une dette de reconnaissance envers les Médecins de langue française d'Europe qui, en 1934, lors de la célébration des fêtes du quatrième centenaire du Canada, nous faisaient l'honneur de tenir dans notre ville de Québec un congrès médical conjoint avec l'A. M. L. F. C. La dernière guerre nous avait empêchés de nous acquitter de cette visite.

Il nous fait plaisir de souligner que le docteur Marion sera l'invité d'honneur de l'Institut de Médecine de France. De plus, durant son séjour en France, le directeur général, qui conduira officiellement la délégation canadienne, en profitera pour mettre la dernière main au Comité des relations médicales franco-canadiennes. Par l'intermédiaire de ce dernier, l'A. M. L. F. C. a, depuis trois ans, facilité le séjour et l'itinéraire en territoire français à nos confrères qui désirent y parfaire ou continuer leurs études.

Le docteur Marion visitera les principales Facultés de médecine de France. Déjà, des pourparlers et des prises de contact ont été réalisés avec les professeurs Justin-Besançon, P. Vallery-Radot, Kourilsky, Milliez, Sourdilles (Nantes), Paufigue et Sohier (Lyon) et ces contacts fructueux ont aussi été établis en 1948 par le docteur J. Audet-Lapointe, à Lyon, à Nantes et à Paris même. Nous lui en sommes bien reconnaissants ainsi qu'au docteur Rosaire St-Pierre, de St-Fabien

de Rimouski, qui, depuis un an, n'a pas cessé d'être, à Paris, notre ambassadeur clairvoyant et qui a, par sa perspicacité, aidé grandement notre travail. Permettez-moi de citer ici un passage du témoignage qu'il vient de nous adresser :

« Après s'être vivement ressenties de l'inévitable et malheureuse rupture de la guerre, les relations franco-canadiennes retrouvent graduellement leur traditionnelle vitalité, surtout dans le domaine médical. L'essor est actuellement prodigieux grâce aux nombreux contacts et échanges de vues réciproques, grâce surtout aux efforts du Comité France-Canada et de son représentant prestigieux, le professeur L. Justin-Besançon, qui incarne réellement en France la cause franco-canadienne dans son sens le plus significatif et le plus efficace.

« Le professeur Justin-Besançon est secondé, dans cette si louable tâche, par une admirable équipe de médecins français éminents comme les professeurs Lian, Pasteur Valléry-Radot, Kourilsky et Lenègre, à Paris, Delore et Savy, à Lyon, Giraud et Lamarque, à Montpellier, et bien d'autres encore. Tous ces chefs de file qui soutiennent la renommée traditionnelle de la Médecine française, se penchent avec affection et compréhension sur les besoins des médecins canadiens en cours de séjour d'études à Paris. C'est une France compétente et souriante qui forme, accueille et oriente, et s'inquiète du succès et du bien-être de ses hôtes avec la même sollicitude, le même dévouement, la même affection que pour ses propres fils. Le médecin canadien qui vient travailler trouve ainsi, à Paris ou en France, des facilités exceptionnelles d'épanouissement: d'abord l'extraordinaire vitalité de la médecine française qui, malgré les privations matérielles et quoi qu'on dise, se maintient toujours à l'avant-garde tant dans les domaines de l'enseignement et de la clinique, que dans ceux des réalisations et des recherches; puis, la sympathie et le dévouement des maîtres les orientant dans l'étude, les stages hospitaliers ou les travaux de recherches; enfin la douce compensation de se sentir chez soi, dans un temple de culture, au milieu d'une civilisation millénaire inépuisable et parmi un peuple sympathique, soulignant chaque fois le prestige du Canada et la parenté franco-canadienne. C'est ainsi que le médecin canadien désireux de se spécialiser trouve en France les meilleures garanties de succès, de sécurité et d'hospitalité. Il vit dans un climat à la fois favorable à un perfectionnement culturel complet et aussi à une vie vraiment familiale, tant la sympathie et l'hospitalité française lui sont d'avance assurées.

« Sans doute, cette affection franco-canadienne a toujours existé, mais ce sera le grand mérite des associations franco-canadiennes de l'avoir canalisée et extériorisée de façon pratique et efficace et l'avenir dira toute la portée immense de cette œuvre tant pour la France que pour le Canada. »

Hermile TRUDEL,
Secrétaire-trésorier général.

Tous les médecins qui désirent assister au Congrès de Genève sont respectueusement priés de communiquer avec le secrétariat de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, qui leur donnera les renseignements nécessaires par le truchement de notre Comité des Relations médicales franco-canadiennes.

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE DE L'OCCLUSION INTESTINALE PAR LA RADIOGRAPHIE EN TRENDELENBURG

Lucien LÉGER et Philippe MASSÉ (Paris).

La radiologie d'urgence permet dans le diagnostic de l'occlusion intestinale des précisions si remarquables que la thérapeutique chirurgicale s'en trouve hâtée, facilitée, et par là même plus efficace. Le bilan de ces acquisitions a été dressé dans la monographie de MM. Mondor, Porcher et Olivier.

On doit reconnaître néanmoins que les clichés tirés sur le malade assis ou debout, de face ou de profil, renseignent surtout sur le retentissement à distance de l'arrêt du transit intestinal; niveaux liquides étagés, bulles gazeuses, opacités et hyperclartés témoignent — tout comme les constatations cliniques de distension abdominale, de météorisme, de péristaltisme — du retentissement pathologique en amont de l'obstacle.

A ce syndrome sus-lésionnel peut s'ajouter la notion radiologique de l'obstacle après administration de baryte, au cas de lésion colique en particulier.

Il est rare, au cas d'arrêt sur le grêle, que l'on obtienne une image directe de l'obstacle (iléus biliaire), et l'on n'a pas souvent recours à l'administration *per os* d'un index opaque, qui dessinerait mieux le point d'interruption du transit intestinal, car la manœuvre n'est pas toujours dépourvue de risques et entraînerait une perte de temps souvent préjudiciable.

C'est pour mieux apprécier radiologiquement, sans perte de temps ni ingestion intempestive, les lésions proches de l'obstacle intestinal, que nous avons proposé la radiographie de l'abdomen en position de Trendelenburg. En effet, sur les clichés de l'abdomen pris en position verticale, trop souvent l'hypogastre et les fosses iliaques apparaissent opaques, ou le siège de niveaux liquides superposés. En effet, les anses distendues, alourdies par leur

contenu liquide, tombent dans le fond du bassin, donnant à la radiographie une série de niveaux liquides dont la superposition rend l'interprétation difficile, sinon impossible. L'opacité peut encore être accrue du fait d'un épanchement intrapéritonéal surajouté, gênant, même s'il est peu abondant, du fait qu'il se collecte dans les zones déclives. C'est aussi le cas des occlusions avec syndrome radiologique de fausse ascite dont Moulonguet déclarait récemment que l'interprétation en était fort difficile, la radiographie ne montrant, en pareil cas, que quelques bulles gazeuses discrètes, de grandes opacités, et le refoulement du côlon transverse dans l'épigastre.

La solution dans ces cas difficiles nous paraît pouvoir être fournie par la radiographie en position de Trendelenburg qui vise à supprimer ces causes d'erreur, à obtenir un renversement des images, à dessiner en clair le segment intestinal situé immédiatement en amont de la strangulation.

Deux éventualités sont à envisager, au cas d'occlusion du grêle, celle dont le diagnostic doit tirer les plus grands avantages de cette nouvelle technique. L'anse occluse amarrée à la paroi ou aux organes pelviens par la bride responsable de l'iléus ne doit pas participer au glissement du grêle vers le diaphragme qu'entraîne la mise en Trendelenburg. Au cas d'iléus par obturation, la position déclive doit entraîner la chute vers la coupole diaphragmatique de l'intestin, sus-jacent à l'obstacle, alourdi par le liquide, cependant que l'intestin d'aval, aplati, doit surnager.

Dans les deux éventualités, l'anse occluse distendue par le gaz que sa force ascensionnelle a substitué au liquide de stase et d'hyper-sécrétion, doit apparaître comme particulièrement claire avec un arrêt net au niveau de l'obstacle.

Du point de vue technique, l'idéal serait de pratiquer la radiographie la tête en bas, ce qui permettrait l'obtention de clichés particulièrement évocateurs et sur lesquels on retrouverait les niveaux liquides horizontaux auxquels nous a habitués la lecture des radiographies prises en station verticale.

En fait, nous avons dû nous contenter, jusqu'ici, de la position de Trendelenburg, la bascule atteignant à peine 45° , en raison de la difficulté d'arrimage du patient sous des inclinaisons plus considérables. Les rayons frappent perpendiculairement le sujet basculé à 45° ; l'obliquité du rayon normal explique la disparition sur le cliché des niveaux liquides.

La lecture des clichés ainsi obtenus demande évidemment une certaine habitude, facile à acquérir, le chirurgien devant transposer les ombres et clartés sur le sujet tel qu'il se présente en position opératoire, en se rappelant que les anses alourdies par le liquide d'hyper-sécrétion ont tendance à filer vers le diaphragme, cependant que reste amarrée l'anse strangulée, ou flottante l'anse obturée.

La position de Trendelenburg — souvent adoptée au cours de l'intervention curative — ne présente, nous semble-t-il, qu'une seule contre-indication: c'est le cas d'une occlusion inflammatoire, fébrile, où l'on soupçonne cliniquement l'existence d'une collection purulente qu'il n'est peut-être pas sans danger de soumettre à un brassage intempestif. C'est la même restriction que l'on apporte à la bascule du malade dans les interventions pour péritonite.

De notre collection de clichés pris en Trendelenburg, nous extrayons quelques images reproduites comparativement avec les clichés classiques pris en orthostatisme.

Observation 1.

F. Marie, 34 ans, a présenté brusquement une douleur iliaque gauche. Cette douleur est intermittente, avec des paroxysmes: elle cède avec perception de bruits de glouglou. Vomissements, arrêt des matières et des gaz.

A l'examen (48ème heure), l'abdomen peu ballonné, à la paroi rendue flaccide par 4 grossesses, présente un péristaltisme évident.

Le toucher vaginal permet de sentir dans le cul-de-sac gauche, haut située par rapport à un utérus normal, une masse rénitente. Il existe une cicatrice d'appendicectomie à froid.

La radiographie de l'abdomen, en station verticale, montre une série de niveaux liquides étagés de l'hypocondre gauche à la fosse iliaque droite (fig. 1).

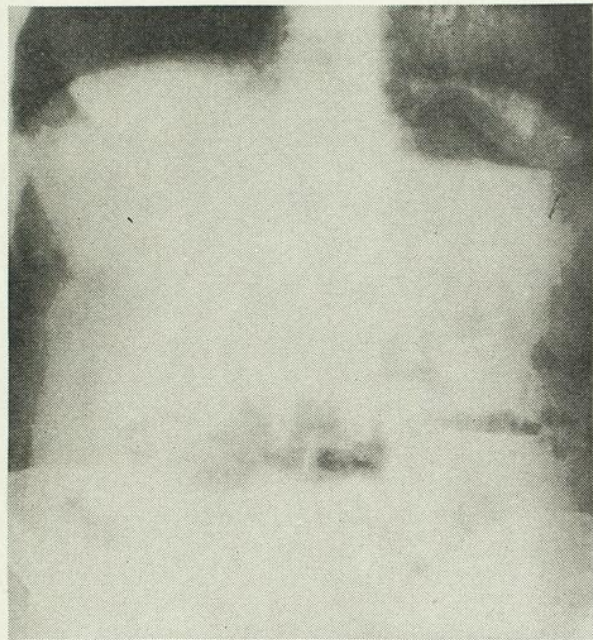


Fig. 1. — Observation 1 — Position verticale.

Sur le cliché pris en Trendelenburg, on voit une anse grêle suspendue et distendue, large de trois travers de doigt, s'arrêtant net au devant de l'articulation sacro-iliaque gauche (fig. 2).

Sur le vu de cette image, on porte le diagnostic d'occlusion par bride siégeant dans la moitié gauche du pelvis, et vraisemblablement d'origine génitale.

Intervention par cœliotomie médiane sous-ombilicale: les anses distendues apparaissent comme vernissées. De nombreux tractus, en cordelettes, partent de la vessie, du fond utérin et des annexes et convergent en une sorte

d'éventail, sur une anse grêle qu'ils étranglent. L'obstacle siège bien au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche. Libération; les deux trompes sont enflammées, l'aspect est celui d'une pelvi-péritonite d'origine annexielle.

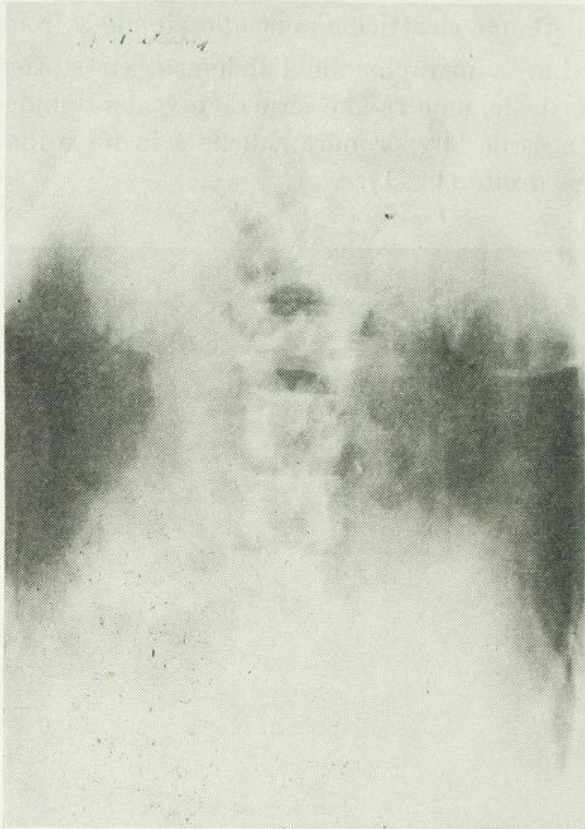


Fig. 2. — Observation 1 — Trendelenburg.

Observation 2.

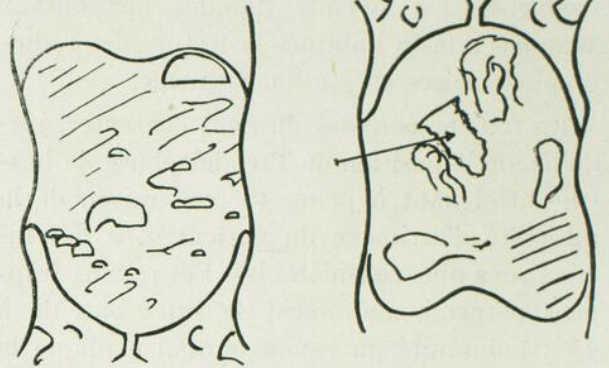
Bar... Charles, 75 ans, présente depuis 28 heures des coliques à répétition; il n'a émis ni matières ni gaz. Il a eu un vomissement. A l'examen, on note un ballonnement médian, tympanique, sans péristaltisme. Le toucher rectal est négatif.

Radiographie de l'abdomen *en position debout*: quelques niveaux liquides sur le grêle, surtout il existe une opacité de tout l'étage sous-ombilical; *en Trendelenburg*, l'estomac et le transverse semblent attirés vers le pubis, le côlon transverse dessinant une sorte de V ouvert en bas. Une anse grêle, claire, transversalement orientée et située sur la ligne mé-

diane, paraît suspendue au contact du pubis (fig. 3).

Position verticale

Position de Trendelenburg



E. Marie — Observation 1.

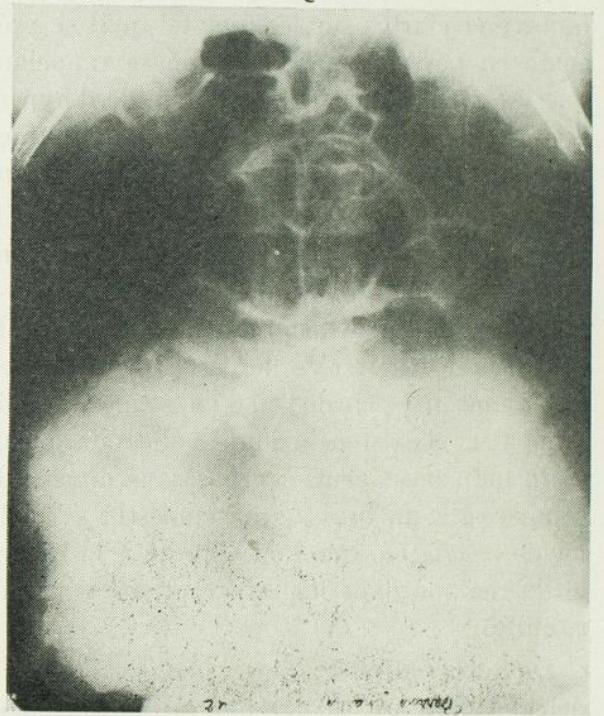


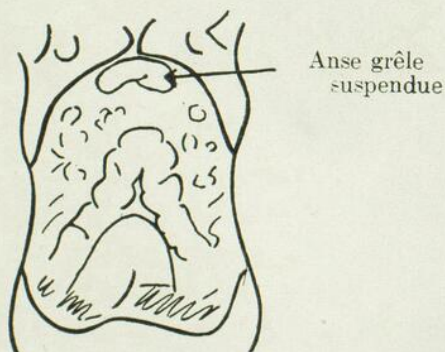
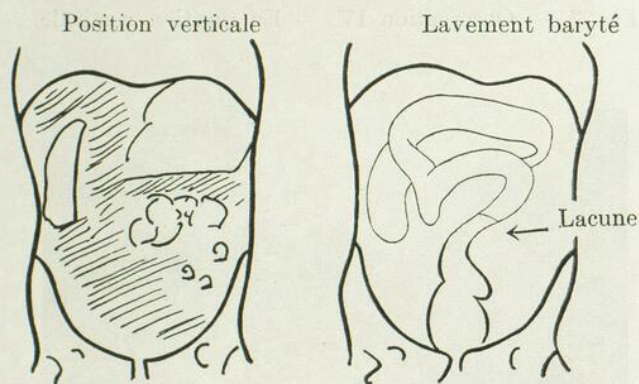
Fig. 3. — Observation II — Trendelenburg.

Le lavement baryté remplit tout le cadre colique, mais présente une lacune très suspecte au niveau du recto-sigmoïdien (fig. 4).

Sur l'aspect de la radiographie en Trendelenburg, nous affirmons, malgré l'image suspecte du côlon, une occlusion du grêle par bride.



Fig. 4. — Lavement baryté — Observation II.



Position de Trendelenburg.

Bar. Charles. — Observation 2.

L'intervention montre une distension limitée à la partie haute du grêle: à la jonction des segments dilatés et plats de l'intestin, on trouve une bride qui amarre l'anse à la partie gauche du détroit supérieur.

Dans cette observation, un défaut de remplissage de la jonction recto-sigmoïdienne aurait pu faire penser à un obstacle colique; la constatation, sur le cliché pris en Trendelenburg, d'une anse grêle claire suspendue dans le bassin permet de rectifier le diagnostic et d'orienter en conséquence la thérapeutique.

Observation 3.

Mme Lav..., 69 ans, consulte pour une crise douloureuse abdominale qui a débuté la nuit

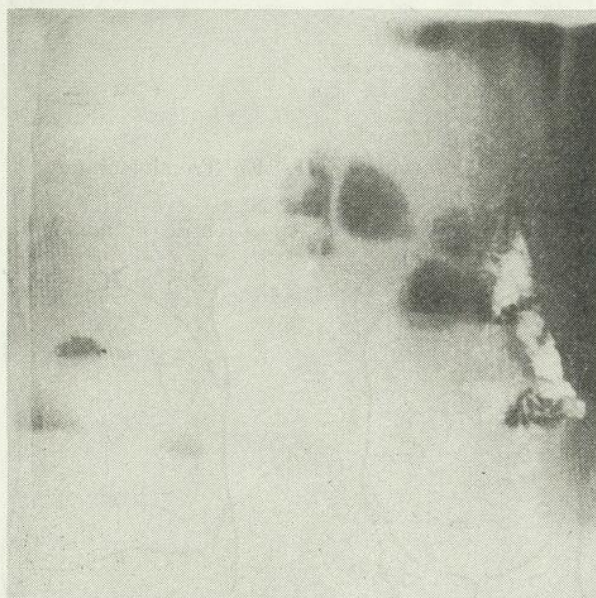


Fig. 5. — Observation III. En position verticale.

précédente et s'est accompagnée de vomissements. Plusieurs selles et des gaz dans la première journée, puis arrêt du transit intestinal.

A la 48ème heure, on constate un ballonnement abdominal avec reptation des anses visibles sous la peau.

Radiographie de l'abdomen *en position debout*: il existe de multiples niveaux liquides

sur le grêle (fig. 5); *en Trendelenburg*: une anse grêle claire suspendue dans la partie droite du pelvis localise l'occlusion vers l'angle iléo-cæcal (fig. 6).

gle colique gauche et niveau liquide siégeant à la partie haute du descendant (fig. 7); *en*

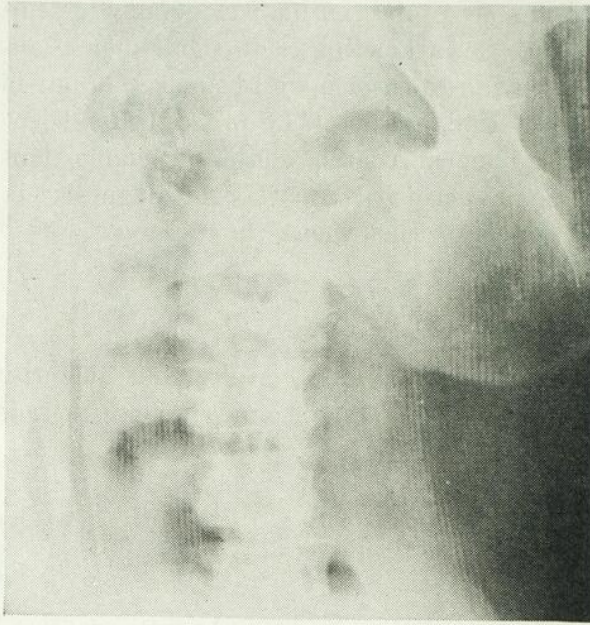


Fig. 6. — Observation III. En Trendelenburg.

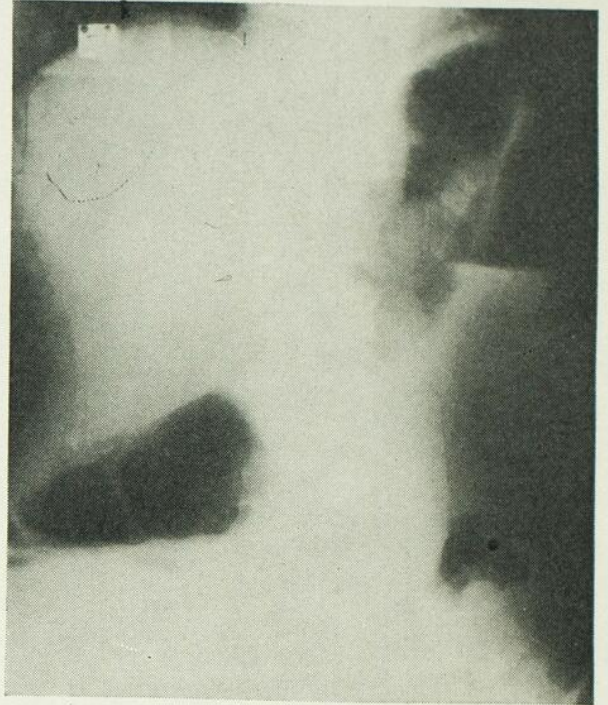
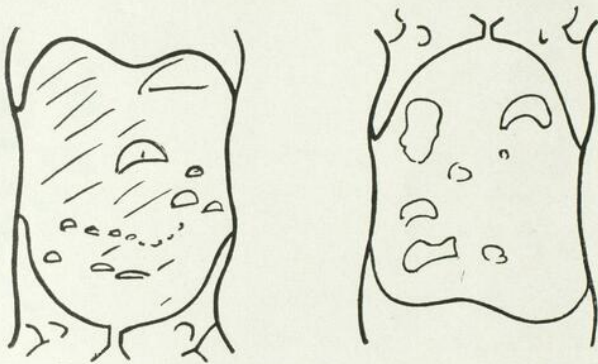


Fig. 7. — Observation IV. — En position verticale.

Position verticale

Position de Trendelenburg



Madame Lav... Charlotte — Observation 3

A l'intervention, on découvre une bride qui plicature la dernière anse iléale et l'amarre au cæcum.

Observation 4.

Mel. David, occlusion subaiguë du gros intestin.

Radiographie de l'abdomen *en position debout*: outre une image gazeuse du transverse, on note une clarté avec distension de l'an-

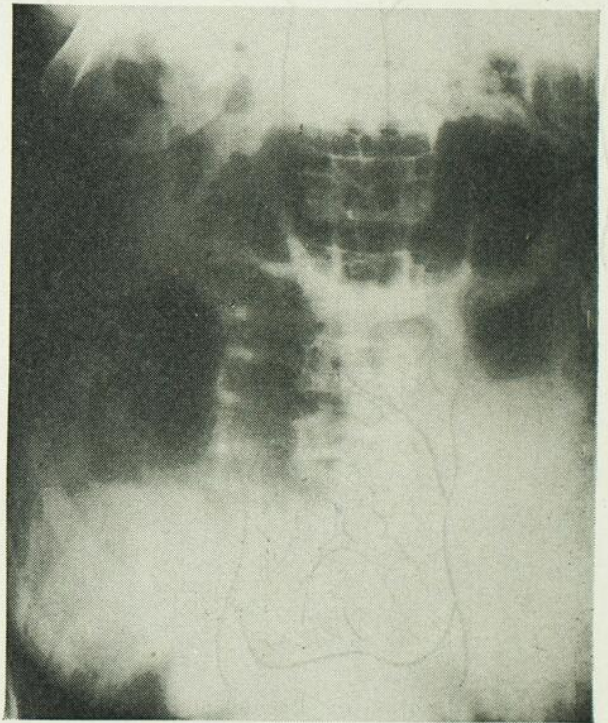


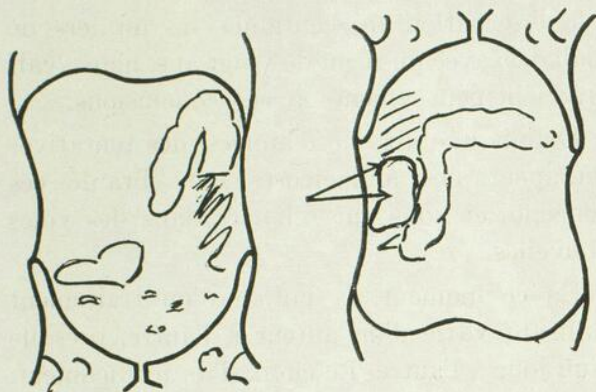
Fig. 8. — Observation IV. En Trendelenburg.

Trendelenburg: le descendant distendu par les gaz présente un obstacle à 3 travers de doigt de la crête iliaque (fig. 8).

Le lavement baryté et l'intervention confirment l'existence à ce niveau d'une sténose néoplasique.

Position verticale

Position de Trendelenburg



Mel... David. — Observation 4.

Ce cas d'occlusion du côlon montre que la méthode que nous proposons n'est pas ici en défaut. Mais elle ne présente pas dans cette éventualité l'intérêt qu'elle possède dans les iléus du grêle, car le lavement baryté permet de pousser plus au fond l'exploration des iléus du côlon.

La radiographie en Trendelenburg dans les occlusions du gros mérite cependant d'être essayée par ceux qui répugnent à pratiquer un lavement baryté, soit qu'ils craignent ce faisant de fatiguer le patient, soit qu'ils redoutent une perte de temps.

C'est dans un cas de dilatation gastrique que la radiographie en Trendelenburg nous a donné les résultats sinon les plus probants, du moins les plus frappants. L'interprétation est particulièrement difficile, déclare Moulonguet, des radiographies de l'extasie gastrique « avec le refoulement extraordinaire des côlons perméables au lavement opaque, dans les flancs et derrière le pubis, autour de l'énorme masse opaque de l'estomac ». Rien n'est plus facile, notre observation, reproduite dans le livre de M. Mondor, en fournit la preuve, que d'illuminer cette vaste opacité, et par cela même de l'identifier, en basculant le patient en Trendelenburg. Et même, dans ce cas heureux, nous avons pu ainsi obtenir une image de la partie droite du duodénum dilaté jusqu'à la pince mésentérique, sur un cliché qui révélait à l'évidence et le diagnostic clinique et le mécanisme des accidents.

Tels sont les quelques documents que nous voulons présenter avec les commentaires qu'ils nous ont suggérés.

Une utilisation sur une plus large échelle de la méthode permettra sans doute de mieux préciser ce que l'on peut raisonnablement en attendre.

D'ores et déjà, on peut affirmer que, sous les quelques réserves que nous avons faites, son innocuité paraît absolue et que dans certains cas bien précis (occlusion du grêle par bride, dilatation gastrique aiguë) les renseignements qu'elle fournit ne sont pas négligeables.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT ACTUEL DE LA SYPHILIS RÉCENTE

Albéric MARIN, F.R.C.P. (C).

Il est assez difficile, de nos jours, d'exposer les directives du traitement de la syphilis récente. Depuis quelques années un bouleversement profond s'est produit en syphiligraphie, comme ailleurs, et il semble bien que des acquisitions d'aujourd'hui soient en train de chasser des idées d'hier.

Vers 1935, ce problème semblait définitivement résolu. En Amérique du Nord on estimait que pour la syphilis primaire séro-négative une année de médication arséno-bismuthique était suffisante. Dans la syphilis primaire séro-positif et la syphilis secondaire récente, après avoir obtenu une séro-réaction négative, on continuait le traitement durant une année additionnelle. Dans tous les cas, celui-ci devait être continu, sans intervalles de repos. La période d'observation exigée était de 4-5 ans. Si, au bout de celle-ci, le sang et le liquide céphalo-rachidien étaient normaux, on osait alors prononcer le mot « guérison ».

En Europe, la cure était plus longue (2-4 ans). On y intercalait des périodes de repos. On hésitait à croire à la guérison vraie. Le système de séries annuelles de sécurité y était apprécié.

Il était toutefois généralement admis que ces différents modes thérapeutiques étaient trop prolongés pour nombre de malades. On reconnaissait que plusieurs étaient guéris en moins de temps. Mais, comme les statistiques montraient clairement que les échecs étaient élevés si l'on traitait moins d'une année, l'on jugeait raisonnable de donner ce minimum à tous les malades.

Il est un point important où tous, Européens et Américains, s'accordaient: dans tous les cas de syphilis récente, non seulement on visait à la disparition rapide des accidents cliniques et à l'obtention d'une séro-réaction né-

gative, mais de plus on exigeait de façon impérieuse la continuation du traitement.

L'observation de centaines de milliers de malades, avec un recul de vingt ans, nous avait graduellement amenés à ces conclusions.

Depuis une dizaine d'années, des tentatives thérapeutiques audacieuses ont ébranlé ces concepts et nous ont relancés dans des voies nouvelles.

En ce moment, la notion d'un traitement suffisant varie d'un auteur à l'autre, presque d'un jour à l'autre. Le choix d'un médicament, sa posologie, l'étalement de ses doses, son association avec d'autres agents sont le sujet de controverses multiples.

Non seulement, on élimine le traitement de consolidation, mais la médication est arrêtée avant même d'avoir atteint une séro-réaction négative. Bien plus, si après plusieurs mois d'observation celle-ci est encore faiblement positive, on considère les résultats satisfaisants, « évoluant favorablement » (« progressing favorably »).

Ces changements fondamentaux dans notre façon de voir sont le résultat de modalités thérapeutiques nouvelles inventées dans le but d'obtenir une cure rapide de la syphilis.

Vers 1938, sous l'impulsion de Chargin, de New-York, on tenta le traitement massif de la syphilis récente en cinq jours par des injections quotidiennes de 914. A cause d'une très haute mortalité, le 914 fut rapidement abandonné et remplacé par le mapharsen, dont la toxicité est moindre. Mais comme les hautes doses de ce médicament (1,200 milligrammes) réparties en 5 jours ont aussi donné lieu à de nombreux accidents et à une mortalité encore trop élevée (1 mort chez 150 malades), cette méthode ultra-rapide, mais aussi ultra-toxique, fit place à d'autres plus lentes mais moins

dangereuses. La même posologie (1,200 milligrammes de mapharsen) fut étalée en 10 jours, en 20 jours, en 30 jours. Dans le Service de Dermatologie et de Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame, nous avons traité un groupe de malades par des doses plus fortes: 1,800 milligrammes en 30 jours.

Mais ces différents schémas où l'on visait à la rapidité de la cure furent peu à peu délaissés à cause de la fréquence élevée des accidents graves et aussi parce que la proportion des guérisons obtenues était loin de justifier les dangers encourus. Ainsi la méthode des cinq jours n'a donné qu'environ 70% de guérison avec une mort chez 150 malades.

Donc des méthodes semi-rapides, moins intensives furent successivement imaginées. Durant la dernière guerre, les militaires canadiens et américains furent soumis à des injections de mapharsen (2 fois par semaine) et de bismuth durant des périodes variant de 4 à 6 mois.

A ce moment, on admettait généralement que les méthodes hyperintensives n'avaient pas réalisé les résultats espérés. En plusieurs milieux on était d'avis que même le traitement de six mois donné aux soldats était insuffisant au point de vue curatif. Mais, comme dans la vaste majorité des cas il supprimait les récives cliniques contagieuses, il était justifié par l'urgence des événements militaires.

Depuis 1943, on a fait toute une nouvelle série de recherches avec la pénicilline. Les premiers résultats publiés furent sensationnels et firent penser qu'un agent remarquable, dénué de toute toxicité, guérissant rapidement et à coup sûr la syphilis venait d'être découvert.

Ces espoirs étaient prématurés. L'expérience souvent répétée et bien observée, le nombre élevé des malades, le recul prolongé seuls permettent d'évaluer l'efficacité réelle d'une thérapeutique. Dans le cas d'une maladie à évolution chronique et sournoise comme la syphilis, les résultats éloignés sont plus importants que les résultats immédiats.

Il faut ramasser des observations, et durant longtemps, avant que de porter un jugement définitif.

Toutefois il est maintenant possible de préciser certaines acquisitions, après ce léger recul de 6 ans. Laissant de côté les autres aspects du problème, pour n'envisager que celui de la syphilis récente, il est dorénavant établi que la pénicilline possède une action tréponémicide marquée, qu'elle entraîne la disparition rapide des tréponèmes de la surface des lésions contagieuses, que sous son influence les accidents cutanéomuqueux de la syphilis récente (chancre, roséole, plaques muqueuses) se résorbent aussi rapidement qu'avec les arsenicaux, que son administration se fait en quelques jours seulement et qu'elle ne présente aucun danger d'accident grave.

Les résultats immédiats de la pénicillinothérapie sont donc excellents. En analysant les résultats tardifs l'on constate, après un recul de deux ans, que de 96 à 98% des séro-négatifs semblent guéris, mais que les séro-positifs se négativent lentement (6-12-15 mois) et qu'il y a de 15 à 20% d'échecs chez ceux-ci. Les échecs sont légèrement plus élevés chez les secondaires que chez les primaires séro-positifs.

Or, comme précisément le groupe des syphilitiques séro-positifs est le plus nombreux, ce point doit retenir particulièrement notre attention. Dans un rapport publié l'an dernier (pénicilline, mapharsen et bismuth dans le traitement de la syphilis récente), nous avons montré entre autres que, dans le Service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame, chez 201 cas de syphilis récente 36 seulement étaient des primaires séro-négatifs et 165 des séro-positifs (primaires ou secondaires), soit six fois plus. Et nous avons constaté, après un recul d'une année, que si les 36 séro-négatifs sont demeurés négatifs, 36 également sont demeurés positifs (à des degrés divers) chez les 165 séro-positifs. En somme, le nombre des non-guérés est égal à celui des cas évoluant favorablement. Signalons que de plus nos ma-

lades ont reçu un traitement additionnel arséno-bismuthique.

Il semble donc que la pénicilline donne des résultats remarquables dans la syphilis primaire séro-négative mais que dans la syphilis récente séro-positifve son action laisse à désirer.

Et jusqu'ici ceci est vrai de la pénicilline quels que soient la forme pharmaceutique du médicament et le mode de traitement, à condition qu'une posologie minima de 2.4 millions d'unités soit administrée.

Le médicament lui-même a subi plusieurs modifications. A la pénicilline amorphe totale en solution aqueuse ont succédé la pénicilline dans l'huile, la pénicilline dans l'huile et la cire d'abeille.

Cette dernière forme, à cause de son effet-retard (« delaying action »), a permis la méthode des injections quotidiennes pour remplacer les multiquotidiennes en solutions aqueuses.

A la pénicilline amorphe s'est substituée la pénicilline cristalline et à la pénicilline totale la seule fraction G. Enfin l'addition au véhicule huileux de procaïne et de monostéarate d'aluminium a inauguré le système des injections tri ou bi-hebdomadaires. Il n'est toutefois pas encore définitivement établi que les injections tous les 2-3-4 jours soient une méthode à conseiller.

La posologie a aussi varié considérablement. Après les tâtonnements du début où des doses notoirement insuffisantes ont été données (comme 600,000 unités), on s'est arrêté peu à peu à des schémas moyens qui vont de 2.4 millions à 4 millions d'unités, étalées en 7-9-10 jours.

De multiples essais ont été faits. Ainsi on a même administré par le goutte à goutte intra-veineux de 10 à 25 millions en 24 heures, avec des résultats peu satisfaisants.

Tout dernièrement (mars 1949), un groupe de syphiligraphes du « Chicago Intensive Treatment » a publié les résultats d'un schéma de traitement d'une durée de 30 heures où l'on

combine pénicilline (2.4 millions), mapharsen, bismuth et pyrétothérapie (6 hrs). Après 15 mois de recul ils n'auraient eu que 13% d'échecs.

Il n'est pas exagéré de dire qu'environ une centaine de formules diverses de traitement par la pénicilline ont été essayées, où l'on a fait varier la posologie totale, sa répartition en doses multiquotidiennes, quotidiennes, bi ou tri-hebdomadaires, la durée de la cure, sans compter les changements inhérents au médicament même dont il a été question plus haut. Seulement quelques-unes d'entre elles comportent l'association de la chimiothérapie (914, mapharsen, bismuth) mais habituellement à faibles doses.

Mais ce qui frappe, dans toutes ces différentes formules (y compris la nôtre) avec la pénicilline seule ou avec la pénicilline associée à la chimiothérapie, c'est qu'à tous, les syphilitiques il est administré les mêmes doses, quelle que soit la phase de la syphilis où ils en sont rendus. Parfois, en certains milieux on a donné un peu plus aux secondaires qu'aux primaires, mais même dans ces cas il a été donné à tous les primaires les mêmes doses, à tous les secondaires les mêmes doses. Il n'est pas tenu compte du fait que celui-ci souffre d'une infection très jeune, dont le début remonte à quelques semaines avec une sérologie encore négative, tandis que celui-là est infecté depuis 3 ou 4 mois avec une sérologie fortement positive dont le titrage est élevé. Et (deuxième point) au lieu d'essayer de sauvegarder les résultats acquis par un traitement de consolidation on arrête toute médication avant même d'avoir obtenu une séro-réaction négative.

Cependant les caractères d'une maladie infectieuse ne sont pas constitués seulement par l'agent pathogène dont la virulence n'est pas toujours la même, mais aussi par les réactions de l'organisme qui changent avec les individus, par la réponse de l'organisme aux agents thérapeutiques, par les incidents et accidents que ceux-ci suscitent, par la durée de l'infection.

Ces facteurs sont variables dans le cas de la syphilis comme dans les autres maladies.

Et toutefois chaque schéma thérapeutique nouveau semble jusqu'ici considérer tous les malades comme étant des individus identiques, souffrant tous de la même infection, se comportant tous également devant elle et donnant tous la même réponse au traitement.

Les réactions sérologiques, en l'absence de signes cliniques, peuvent cependant indiquer l'efficacité d'une thérapeutique. Elles sont d'un grand secours en dépit de leurs imperfections. Il est vrai qu'elles ne sont pas toujours spécifiques (il y a de fausses réponses positives), qu'elles ne sont pas l'indice certain de guérison si elles sont négatives, qu'elles ne donnent pas toujours une réponse immédiate, qu'elles ne montrent qu'indirectement et qu'imparfaitement le degré ou la virulence de l'infection, mais quoi qu'il en soit, elles ont été dans le passé, elles sont encore le meilleur guide que nous possédions pour étudier l'influence du traitement sur l'évolution de la syphilis.

L'attitude actuelle prépare des déboires nombreux en laissant des cas récents devenir des cas de syphilis ancienne avec tous les aléas que celle-ci comporte.

Cette conduite, très discutable, pouvait peut-être se défendre tout au début de la pénicillinothérapie alors qu'on cherchait à accumuler des observations et statistiques pour établir la valeur de cette médication nouvelle. Mais, de nos jours, depuis que des milliers de malades ont été traités et suivis, après un recul suffisant pour juger des résultats immédiats, nous croyons qu'une autre orientation doit guider nos recherches.

Nous savons dorénavant que la pénicilline est un médicament d'efficacité puissante et de toxicité nulle, qu'administrée en 7-10 jours elle obtient des résultats supérieurs à ceux que donnaient des mois de chimiothérapie. Mais nous savons aussi qu'il existe environ de 15 à 20% d'insuccès, ceux-ci étant particulièrement nombreux chez les séro-positifs.

A moins d'une découverte nouvelle qui augmenterait l'efficacité de la pénicilline, il semble qu'aujourd'hui, après avoir exploré toutes les avenues, on soit rendu au bout de ses possibilités, qu'il serait mauvais de persister dans cette voie.

Le but du traitement de la syphilis récente est de guérir le malade, non pas seulement de faire disparaître les accidents cliniques. C'est de le débarrasser complètement et définitivement de cette infection. Et jusqu'ici le meilleur guide que nous possédons c'est d'obtenir rapidement une séro-réaction totalement négative, permanemment négative.

Nous proposons donc de revenir, en les modifiant quelque peu, aux critères thérapeutiques qui nous guidaient autrefois.

Si l'on adopte cette façon de voir (continuation et consolidation de la cure), quelle conduite faudra-t-il tenir? Continuer avec la pénicilline ou avec la chimiothérapie? Quelle serait la durée du traitement de consolidation?

Il y a quelques objections à l'emploi de la pénicilline seule pour la continuation du traitement. Si celui-ci doit être poursuivi durant quelques mois avec l'antibiotique, il finirait par coûter fort cher et cette considération d'ordre pratique possède une certaine importance, qu'il s'agisse d'un malade de l'Assistance publique ou de clientèle privée.

Mais, même si cet inconvénient devient moins pénible par une baisse éventuelle dans le prix de la pénicilline, la réussite d'une telle méthode serait compromise parce qu'elle exigerait une assiduité quasi quotidienne qu'il serait impossible d'obtenir dans la vaste majorité des cas à cause des heures de travail, de l'éloignement, de voyages, de la garde d'enfants, d'insouciance, etc.

Que faire aussi de la catégorie de malades qui deviennent allergiques à la pénicilline et qui par une urticaire violente ne peuvent ou ne veulent plus recevoir ce médicament?

Il existe aussi le danger d'avoir affaire à ces cas de pénicillino-résistance.

Le moyen terme de traiter par des séries de pénicilline, séparées par des périodes de repos de quelques semaines, diminuerait quelque peu la valeur de quelques-unes de ces objections sans toutefois éliminer les inconvénients des réactions allergiques, ni de la pénicillino-résistance.

En outre le traitement ne serait plus alors un traitement continu, ce qui en diminuerait vraisemblablement l'efficacité.

Pour ces raisons et pour en plus utiliser la synergie médicamenteuse, nous pensons qu'il faudrait substituer à la pénicilline seule la formule conjuguée par la pénicilline, arsenic et bismuth. C'est du reste ce que nous avons pratiqué dans notre Service depuis bientôt quatre ans, chez 350 malades, mais nous avons donné à tous (quelle que soit leur catégorie) un traitement identique dont la durée est de 35 jours, donc interrompu chez les séro-positifs avant d'obtenir une séro-réaction négative, et sans consolidation ultérieure.

Nous nous proposons de changer de formule et d'adopter la suivante. Tous les malades (toutes catégories) recevront pénicilline, mapharsen et bismuth. Durant les premiers jours du traitement les trois médicaments seront administrés simultanément. Durant les semaines suivantes, le mapharsen et le bismuth seront conjugués.

La pénicilline sera donnée en injections quotidiennes de 300,000 unités durant dix jours, soit 3 millions d'unités. Il n'y a pas d'objections à ce que cette dose soit plus élevée (6 millions). Ceci ne présenterait peut-être pas non plus d'avantage appréciable.

Le mapharsen sera commencé en même temps, à raison de 2 injections par semaine de 60 milligrammes chacune, et continué au même rythme.

Le bismuth sera aussi administré dès le début en une injection par semaine, et continué au même rythme.

Nous projetons de traiter d'après ce schéma:

1° Les cas de *syphilis primaire séro-négative* durant deux mois et demi, soit 3 millions de pénicilline, 20 mapharsen, 10 bismuth.

2° Les cas de *syphilis primaire séro-positive* recevront au début la même médication. Celle-ci sera administrée jusqu'à ce que la séro-réaction devienne négative et continuée après coup durant encore deux mois. Comme la séro-réaction dans ces cas devient négative en environ deux mois et demi de traitement, celui-ci sera en moyenne de cinq mois.

3° Les cas de *syphilis secondaire récente* (de moins de 6 mois) recevront au début la même médication. Celle-ci sera administrée jusqu'à ce que la séro-réaction devienne négative et continuée après coup durant encore deux mois. Comme la séro-réaction dans ces cas devient négative en environ trois mois et demi de traitement, celui-ci sera en moyenne de six mois.

Nous présumons qu'une forte proportion guérirait à moins de frais, mais nous nous préoccupons surtout ici du sort des 15 à 20% qui ne guérissent pas avec la pénicilline seule.

Nous voilà déjà loin de la cure ultra-rapide de la syphilis entrevue récemment par l'avènement de cet antibiotique et autrefois par la découverte du 606.

Au début de l'arsénothérapie on avait aussi cru pour un moment qu'il était possible de guérir la syphilis en quelques jours par une ou deux injections de 606. (Therapia sterilis magna!) Avec un peu de recul on s'aperçut que cet espoir était mal fondé. Aussi des posologies différentes avec associations médicamenteuses diverses furent tentées.

Il est probablement temps de songer à en faire autant avec la pénicilline.

Ce sont là quelques considérations que nous livrons à vos réflexions.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LE THIOSULFATE DE SODIUM, L'EXTRAIT AQUEUX DE PANCRÉAS ET L'EXTRAIT LIPIDIQUE DE RATE*

Jean ALBERT-WEIL (Paris),

Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Tout en reconnaissant les immenses bienfaits de la collapsothérapie, lorsqu'elle est prudente et limitée à ses indications formelles, nous croyons opportun de justifier certaines des tentatives de traitement médical de la tuberculose pulmonaire qui ont été faites jusqu'ici. Les résultats satisfaisants obtenus il y a quelques années déjà par le traitement par la sanocrysine dans un nombre important de cas lorsqu'elle était employée pendant longtemps, et à faibles doses réfractées, à l'exclusion des fortes doses, qui sont toxiques et dangereuses, les résultats encourageants obtenus dans certains cas par la streptomycinothérapie montrent que la voie de la thérapeutique médicale de la tuberculose peut ne pas être sans issue.

Nous nous proposons d'exposer dans cet article la méthode de traitement médical de la tuberculose pulmonaire que nous avons mise au point et appliquée avec des résultats très encourageants à un certain nombre de nos malades.

Cette méthode, qui est surtout fondée sur les travaux de Xalabarder¹ (de Barcelone), de Capuani (de Novara) et de Leuret (de Bordeaux)², de Jules Auclair³, d'Arriagada

(de Santiago du Chili)⁴, de Bayle⁵, de Soula⁶ et d'autres auteurs et qui est appliquée selon une technique personnelle, est la suivante:

Injection intraveineuse (ou sous-cutanée) quotidienne d'une ampoule stérile de 2 cc. de solution de thiosulfate de sodium à 0 gr. 16 pour 2 cc. d'eau distillée stérilisée.

Première série: pendant 30 jours — arrêt 10 jours, puis nouvelle série. Traitement prolongé pendant des mois et repris s'il y a lieu les années suivantes. Dose totale limite: 25 à 30 cgr. par kg. de poids par an. Six ou sept séries ou davantage par an selon les cas. En même temps: injection intramusculaire, tous les deux jours, du mélange ampoule de 2 cc. d'extrait aqueux de pancréas de bovidés correspondants à 0. gr. 10 d'extrait sec et ampoule d'extrait lipidique de rate, préparé selon la technique de Soula. Par séries de 12 injections entrecoupées de repos de 10 à 15 jours.

Durant le traitement: surveillance hémato-logique, sédimentation hématies, urée sanguine, examen des crachats, examen des urines. En même temps, absorption per os: vitamine D, sels de calcium, etc... Par ailleurs: repos absolu, cure climatique quand elle est possible. Bonne alimentation en évitant graisses et sauces.

Collapsothérapie quand elle est nécessaire, dans la limite des indications et des possibilités.

Le traitement sera complété, dans certains cas, notamment chez la femme, quand il y aura lieu, par un traitement de régulation hormonale. (Méthode de Zondek et ingestion

*Ce travail est le résumé d'un important mémoire que nous n'avons pu publier actuellement, faute de place, mais qui paraîtra bientôt. Les lecteurs y trouveront de nombreux développements et précisions, et une bibliographie qui n'ont pu prendre place ici.

1. Xalabarder — *Le thiosulfate de sodium dans la tuberculose pulmonaire. Etudes expérimentales et cliniques.* Un volume de 76 pages. Publication de l'Institut antituberculeux de la Caisse des Pensions. Instituto antituberculoso Paseo de San Juan, 20 Barcelona 1933, et de nombreuses autres publications du même auteur.

2. Prof. G. F. Capuani — *Presse Médicale*, no 1. 2 janv. 1935; Prof. E. Leuret — *Journal de Méd. de Bordeaux*, 20 janv. 1936.

3. Jules Auclair — *Acad. des Sciences*, 7 juillet 1924. *Presse Médicale*, 19 mars 1927. *Vaccination curative et préventive du cobaye et du lapin contre la tuberculose humaine.* Un volume de 184 pages. Masson et Cie, édit., Paris, 1930.

4. Arriagada — « Aparato Respiratorio y tuberculosis. » Janvier et février 1937, Santiago du Chili.

5. Bayle — *Presse Médicale*, no 76, 29 sept. 1925; no 98, 8 décembre 1928.

6. Soula — *Acad. de Médecine*, 18 janvier 1927; 18 juillet 1928, et *Thèse de Fau*, Toulouse, 1928.

aux périodes convenables d'un œstrogène de synthèse.) Nous insistons en effet, dans un mémoire qui fait l'objet d'une publication séparée, sur l'importance des troubles du fonctionnement utéro-ovarien pour l'éclosion, le développement et l'évolution de la tuberculose pulmonaire de la femme et nous tirons de ces faits des déductions thérapeutiques.

* * *

Xalabarder a montré que le thiosulfate de sodium est aussi actif, sinon plus actif dans le traitement de certaines tuberculoses pulmonaires que le thiosulfate d'or et de sodium. L'action modificatrice de la sanocrysine sur les processus tuberculeux n'est pas due à la proportion déterminée d'or qu'elle contient, mais à l'autre fraction de molécule, c'est-à-dire au radical thiosulfurique.

Le thiosulfate de sodium est un facteur de soufre non oxydé et un facteur d'augmentation glutathionique. On sait que le taux de glutathion, de l'indice glutathio-cholestérolémique et de l'indice glutathionémique est en général abaissé dans les tuberculoses graves. Le glutathion, qui est un tripeptide composé de cystéine, d'acide glutamique et de glyco-colle, joue un grand rôle dans les processus d'oxydo-réduction tissulaire, en tant qu'« accepteur d'hydrogène »⁷. Le taux de glutathion sanguin est sous la dépendance de nombreuses glandes endocrines. Mais c'est surtout le foie qui est le foyer principal d'oxydation du soufre.

Le thiosulfate de sodium, agent régulateur du taux du glutathion tissulaire et sanguin, exerce donc une action régulatrice sur la physiologie hépatique si importante dans le cours des tuberculoses.

En dehors de son action sur le métabolisme soufré, et peut-être en corollaire de cette action, le thiosulfate de sodium a une action

désensibilisante, antifloculante, antianaphylactique et protectrice contre les accidents d'intolérance. Par ailleurs, le thiosulfate de sodium exerce une action particulière sur le B.K. lui-même: une solution de thiosulfate de sodium à 2 p. 1.000, ou même à 1 p. 1.000, mise au contact de diverses souches de B.K. pendant une heure à 40° leur fait perdre leur acido-résistance. Ajoutée à des cultures de B.K., elle entrave ou retarde leur développement. L'inoculation à des cobayes de 1 mmg. de B.K. humains suivie de l'injection immédiate, par la même aiguille ayant servi à faire l'inoculation, de 2 egr. de thiosulfate de sodium à 20% n'amène pas la mort des cobayes dans les délais habituels. La tuberculose qui se développe chez eux est plus localisée, et l'évolution très lente, tandis que les cobayes témoins meurent en 20 à 25 jours avec des lésions diffuses et caséifiées.

Le thiosulfate de sodium protège des lapins tuberculés contre l'action toxique de la tuberculine.

Il est d'effet nul sur la tuberculose expérimentale du cobaye et du lapin, comme l'était d'ailleurs la sanochrysin.

Chez l'homme, le thiosulfate de sodium agit d'autant mieux que les lésions sont plus récentes. Dans les cas favorables, on observe: augmentation de poids, chute de la température, amélioration des signes fonctionnels et locaux, amélioration, voire même disparition progressive des signes radiologiques, disparition des B.K. des crachats. Xalabarder emploie des doses assez fortes. Mais, conformément aux conceptions de Capuani (de Novara) et de Leuret, qui s'appliquaient au traitement par le thiosulfate d'or et de sodium, nous insistons sur l'importance du traitement par doses faibles et fractionnées, sur la nécessité de continuer longtemps le traitement et sur l'opportunité de la voie intraveineuse, quoique la voie sous-cutanée soit également active.

Les formes à évolution torpide et peu pyrétiqne, même avec des foyers très étendus, sont plus facilement influencées que les for-

7. Voir *Traité de physiologie*, notamment: Samson Wright: *Applied Physiology*, Oxford University Press, London, 8e édition, un vol. de 944 p., 1947, p. 628, et Best et Taylor: *Physiological Basis of Medical Practice*. Baillière, Tindall & Co. Ltd., 4e édit., 1947, un vol. de 1169 p., page 331.

mes évolutives très fébriles, chez lesquelles toutefois on a pu observer aussi de beaux succès.

Pratiquement, aucun accident d'intolérance n'est observé avec la technique que nous employons (petites doses fréquentes à l'exclusion des fortes doses. Traitement longtemps prolongé).

Des épreuves biologiques sont faites pendant la durée du traitement (sédimentation, examens hématologiques, urée sanguine, examen des urines).

Nous associons au traitement par le thiosulfate de sodium des injections d'extraits aqueux de pancréas et d'extrait lipidique de rate.

La tuberculose, « infection conditionnée » suivant la conception que nous avons exposée ailleurs⁸, nécessite aussi une organothérapie. Le pancréas joue un grand rôle dans les phénomènes de l'immunité. Nous en rappelons l'action physiologique exocrine et endocrine (insuline et action régulatrice du sympathique, vagotonine, etc). Nous rappelons aussi les recherches de Jules Auclair pour lequel le secret de la formation des anticorps vaccinaux serait dans le pancréas qui se trouverait régir aussi les phénomènes d'immunité naturelle. Pour Auclair, un vaccin anti-tuberculeux doit être nécessairement une substance mixte, formée d'une part d'éléments tirés du microbe, et pour l'autre d'éléments empruntés à l'organisme animal.

Pour la première fois, Jules Auclair, employant un vaccin composé d'extrait de pancréas de poule et d'une émulsion, soit de B.K. virulents, soit de B.K. tués par la chaleur, a réussi à vacciner des cobayes contre des B.K. humains virulents, à vacciner des lapins contre la tuberculose humaine. Il a guéri des cobayes rendus tuberculeux par inocula-

tion d'une émulsion diluée de B.K. humains; il a guéri des lapins tuberculeux. Il a obtenu chez l'homme des résultats très encourageants. Arriagada (de Santiago du Chili), qui a appliqué en les modifiant les conceptions d'Auclair, a obtenu aussi chez l'homme des résultats favorables.

L'utilisation des extraits de pancréas dans la thérapeutique antituberculeuse se justifie encore, selon nous, par la nécessité de créer, dans l'organisme malade, une action protectrice contre les enzymes protéolytiques sécrétées par les B.K. Nous nous proposons d'utiliser des extraits de pancréas de poule en association avec des antigènes bacillaires préparés selon une technique spéciale, et des préparations injectables de trypsine pancréatique, et d'entreprendre d'abord une série de recherches expérimentales.

Nous utilisons actuellement et provisoirement chez l'homme des extraits aqueux injectables de pancréas de bovidés, qui se trouvent dans le commerce.

Nous associons chez l'homme à l'opothérapie pancréatique une opothérapie splénique.

La rate, organe réticulo-endothélial par excellence, joue un grand rôle dans la défense de l'organisme, dans la fixation des matières minérales, dans la formation de la cholestérine, etc. L'opothérapie splénique, qui exerce une action activante sur le système réticulo-endothélial, constitue une thérapeutique adjuvante très importante dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, comme l'ont montré Bayle, Maestroni et Messina⁹ et d'autres auteurs. Nous employons actuellement un extrait lipidique de rate préparé selon la technique de Soula, mais nous nous réservons d'expérimenter aussi des extraits préparés selon des techniques différentes. Nous nous proposons de faire préparer aussi des extraits spléniques de gallinacés, en vue de recherches expérimentales.

La synergie thérapeutique: thiosulfate de

8. Jean Albert-Weil — 1. *Les phénomènes d'allergie non spécifique dans la tuberculose et les fièvres typhoïdes*. Préf. du Prof. Leriche, un vol. de 83 p. Maloine, édit., Paris, 1946, page 61; 2. « La vaccination intestinale et la substitution bactérienne intestinale, médications de base ou médications adjuvantes de la thérapeutique. » *L'Hôpital*, no de juin, juillet et août 1947.

9. Maestroni I Messina — « Gli estrati splenici nella tubercolosi pulmonare. » *Lotta Tbc.*, no 12, 1932, et *Riforma Medica*, p. 48, no 38, 1938.

sodium, extrait aqueux de pancréas de bovins, extrait lipidique de rate, nous a donné dès maintenant des résultats très favorables dans un nombre important de cas. Nous utilisons cette méthode depuis plusieurs années. Nous rendons compte, plus loin, de quelques-unes de nos observations.

Disons que le thiosulfate de sodium permet à l'organisme de supporter sans présenter de phénomènes d'intolérance l'administration parentérale des extraits d'organes. De plus, notre méthode a l'avantage d'être, quoique active, *toujours inoffensive pour les malades.*

Disons, pour terminer, qu'elle peut dans certains cas constituer aussi un adjuvant important au traitement par la streptomycine, traitement parfois mal supporté. Elle peut d'autre part consolider, développer et augmenter les résultats obtenus par la streptomycinothérapie, ou continuer à promouvoir une évolution favorable initialement déclenchée par un traitement par la streptomycine, mais bien souvent aussi la thérapeutique par le thiosulfate de sodium, l'extrait aqueux de pancréas et l'extrait lipidique de rate se suffit à elle-même et se montre très efficace.

Observation 1.

G. C... a actuellement 45 ans. Profession: vendeur. Pas d'antécédent héréditaire de tuberculose. A commencé à tousser et à se sentir fatigué en 1940. A ce moment ne crache pas. Pas de fièvre. A maigri.

Une radiographie pulmonaire montre (Lab. Radiologie Départemental, rue de la Jonquière): « Aspect fibreux diffus. Des bandes scléreuses s'étendent sur les marges paramédiastinales supérieures jusqu'aux apex qu'elles voilent. Taches calcaires sur le hile. »

Traitement.

Repos. Traitement reconstituant.

En 1941, état stationnaire. Le malade se sent mieux et a repris du poids. Il part quelques mois se reposer dans les Pyrénées.

Radiographie le 11 décembre 1941 (Lab. Radiol. Dép., rue Jonquière): « *Poumon droit*: opacités diffuses du sommet. Nombreux éléments fibreux. Gros hile. Adhérence de la partie interne de l'hémidiaphragme (ou bien lobe cardiaque). *Poumon gauche*: opacités diffuses du sommet. Nombreux éléments fibreux. Emphysème de la base. »

Le 23 janvier 1942, il est pratiqué un examen de crachats (Lab. d'Hygiène de la Ville de Paris): « Cellules pharyngées et bronchiques. Flore presque nulle. Pas de B. K. à l'examen direct et à l'homogénéisation. »

Le malade est mis au traitement par le thiosulfate de sodium. Il reçoit en 1942 4 séries de 30 injections intraveineuses d'ampoules de thiosulfate de sodium à 0 gr. 16. L'état général est bon. Le malade a repris du poids.

Le 15 décembre 1942, la radiographie montre un certain degré de nettoyage radiologique.

L'état se maintient satisfaisant en 1943. Une radiographie pratiquée le 27 janvier 1943 (Dr Rigaud — Dispensaire du Secours National) montre: opacités fibreuses diffuses des deux poumons. Hiles élargis et chargés.

Le malade travaille jusque vers avril-mai 1944. A ce moment: amaigrissement notable, toux, asthénie, expectoration, quelques crépitations fins au sommet droit après la toux. Température 37° à 37°8 le soir.

Examen bactériologique des crachats le 3 juillet 1944 (Lab. d'Hygiène de la Ville de Paris): *présence de nombreux B. K.* (15 à 18 par champ en moyenne).

Vitesse de sédimentation des hématies (app. de Westergreen) 3 juillet 1944: 25 après une heure.

Le 26 avril 1944, radiographie (Lab. Dép. de Radiologie, rue de la Jonquière): « Altérations d'aspect fibro-cavitaire du tiers supérieur des deux champs pulmonaires. Présence d'une spéléonque des dimensions d'une pièce de 5 francs, entourée d'une coque de condensation au niveau du 1/3 moyen du poumon droit dans la région péri-hilaire. »

On assiste donc à une poussée évolutive récente avec processus excavatif, expectoration bacillifère, survenant chez un ancien tuberculeux fibreux.

En présence de ces manifestations, le malade est mis au repos absolu. On recommence le traitement par le thiosulfate de sodium. Le malade reçoit une première série de 60 injections intraveineuses, à raison d'une par jour, de thiosulfate de sodium à 0 gr. 16. Repos 15 jours, puis nouvelle série de 30 injections. En même temps, séries répétées à raison d'une tous les 2 jours de 12 injections intramusculaires du mélange extrait aqueux de pancréas — extrait lipidique de rate. Repos de 10 à 15 jours entre les séries.

Par ailleurs, absorption de vitamine D, de sels de calcium.

Sur les lésions récentes que présente G. C..., le traitement va faire merveille.

Dès le mois d'octobre 1944, l'état général du malade s'était considérablement amélioré: apyrexie absolue, diminution considérable de l'asthénie, cessation de la toux, diminution de l'expectoration.

La spélonque était moins visible à la radioscopie.

Un examen des crachats pratiqué le 30 octobre 1944 (Lab. d'Hygiène de la Ville de Paris) donne le résultat suivant: *pas de B. K., homogénéisation négative.*

Le malade part à la campagne tout en continuant le traitement prescrit. Toutefois, étant donné l'éloignement, les injections de thiosulfate de sodium seront faites par voie sous-cutanée et non plus intraveineuse.

Radiographie pratiquée le 21 mars 1945 (Lab. Dép. de Radiologie, rue Vercingétorix) — par rapport à l'examen du 26 avril 1944: *Poumon droit: amélioration certaine. L'on devine à peine l'excavation dans la région péri-hilaire; poumon gauche: même aspect qu'auparavant.*

Examen des crachats pratiqué le 24 mars 1945 (M. Bolore): «Crachats blanchâtres, visqueux, inodores, non homogènes. Nombreux polynucléaires en voie de cytolyse, cellules bronchiques, mucus hyalin. Flore banale négligeable. Très rares B. K. après homogénéisation.»

Le 24 mars 1945, vitesse de sédimentation (app. de Westergreen) = 8 après une heure.

Durant toute l'année 1945, l'amélioration s'est poursuivie. G. C... a reçu dans le cours de 1945 six séries de 30 injections de thiosulfate de sodium à 0 gr. 16 sous-cutanées ou intraveineuses, et 5 séries de 12 injections de pancréas, extrait lipidique de rate. Durant tout l'été 1945, il séjourna dans les Pyrénées.

Le 13 septembre 1945: bacilloscopie des crachats négative à l'examen direct et après l'homogénéisation.

La spélonque du poumon droit s'est progressivement comblée, laissant à sa place une zone de calcification.

En 1946 et 1947, G. C... est dans un état général excellent. Il se fait de temps en temps des séries de 30 injections de thiosulfate de sodium à 0 gr. 16.

Revu le 7 juillet 1948: état général excellent. Ne tousse pas. Ne crache pas. N'est pas asthénisé. Température normale. Auscultation négative.

A la radiographie: aspect général de sclérose pulmonaire diffuse. Hiles chargés. Calcifications hilaires. Trainées fibreuses partant des hiles. Les sommets sont gris et s'éclaircissent incomplètement à la toux. On distingue, à l'endroit de l'ancienne spélonque, une zone limitée d'opacification à contours nets, calcifiée, et d'aspect stabilisé et non évolutif.

Vitesse de sédimentation, le 8 juillet 1948 (app. de Westergreen) = 2 après une heure.

Observation 2.

Mme L. M..., âgée actuellement de 48 ans. Boulangère.

Pas d'antécédents héréditaires de tuberculose.

A fait une pleurite gauche à 34 ans.

Vue pour la première fois le 28 novembre 1942. Se sent très fatiguée depuis quelques mois. **Élévation thermique vespérale à 38° - 38°3.** Amaigrissement, sueurs nocturnes. Tousse un peu. Crache un peu le matin. T. A. 105 Mx., 70 Mn. au Vaquez-Laubry. Troubles digestifs: lenteur et pesanteur des digestions. Etat saburral des voies digestives. Ballonnement postprandial.

Percussion, auscultation négatives. Légère douleur au point vésiculaire.

Radiographie, décembre 1942 (Dr Le Canuet): «Infiltration micro-excavative des 2/3 supérieurs du poumon gauche. Nombreuses zones de raréfaction éparses dans toute l'étendue du poumon gauche.» (Fig. 1.)

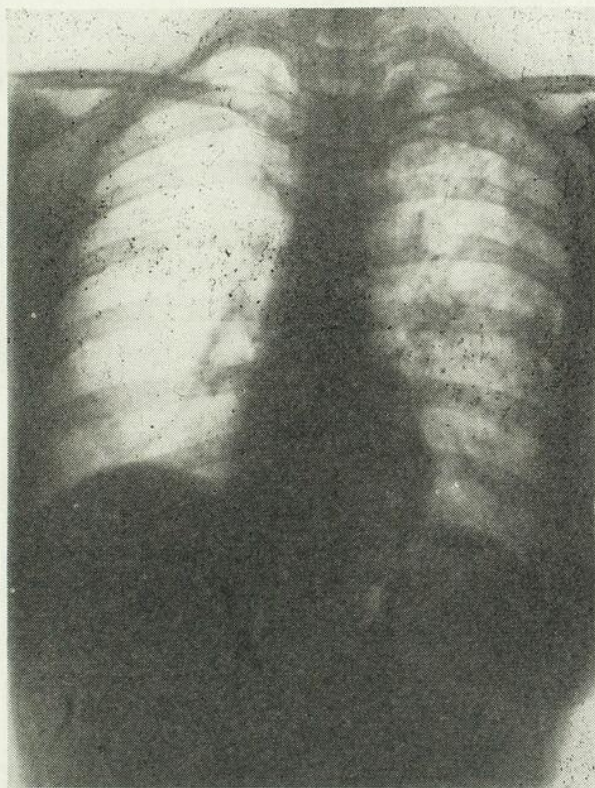


Fig. 1. — Obs. 2, Mme L. M. — décembre 1942. (Dr Le Canuet)

A droite: champ pulmonaire sensiblement normal. Hile chargé.

Crachats (Lab. Letulle): présence de B. K.: 11 B. K. par champ.

En présence de telles manifestations, on tente un pneumothorax thérapeutique gauche, mais le décollement s'avère impossible (pleurite ancienne).

On met alors la malade au traitement par le thio

sulfate de sodium; séries répétées d'injections intraveineuses de sulfate de sodium 0 gr. 16, séries de 30 injections séparées par des repos de 10 à 15 jours. Le traitement est poursuivi sans interruption durant toute l'année 1943. En même temps, au début, médication antithermique par le sulfate de quinine à doses réfractées. Absorbants et désinfectants intestinaux. Régime.

En mars 1943, la malade part dans sa propriété de Joigny et est confiée au Dr Lefebvre (de Joigny), qui continue les injections de thiosulfate de sodium selon la même technique.

Le 21 avril 1943, le Dr Lefebvre écrit: « Votre thérapeutique me paraît donner un très bon résultat. »

Fin 1943, la malade a repris du poids. Elle est totalement apyrétique. Elle ne tousse pas. Ne crache pas.

A la radiographie (Dr Le Canuet): nettoyage radiologique presque total.

La malade reçut en 1944 plusieurs séries de thiosulfate de sodium à 0 gr. 16.

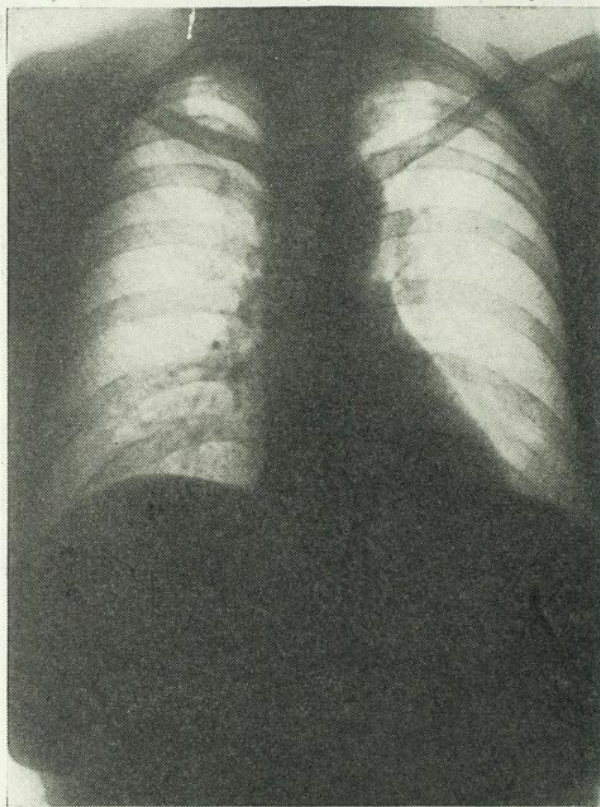


Fig. 2. — Obs. 2, Mme L. M. — 25 novembre 1944. (Dr Le Canuet)

Le 23 mai 1944, vitesse de sédimentation des hématies (Westergreen) = 3 après une heure.

Le 25 novembre 1944, radiographie (Dr Le Canuet): « Persistance de quelques discrètes condensations du

territoire apical gauche et de la région sous-claviculaire paraissant très faiblement évolutives. » (Fig. 2.)

Les poumons sont, par ailleurs, normaux.

Depuis 1945, Mme L. M... mène une vie sensiblement normale. Des radiographies pratiquées en 1945 montrent un aspect pulmonaire sensiblement normal.

Actuellement: bon état général. Aucun signe de lésions pulmonaires en activité. Aspect radiologique inchangé.

Observation 3.

Mlle S. F..., couturière, âgée actuellement de 40 ans.

Vue pour la première fois le 19 août 1943.

En février 1943, infiltration du sommet gauche. Présence de B. K. dans les crachats. On fait un pneumothorax à l'Hôpital Cochin, Service du Dr Ameuille.

En avril 1943, section de brides qui est suivie d'un épanchement pleural gauche. Par la suite, cet épanchement devient purulent et donne lieu ultérieurement à un processus de pachypleurite et fibro-thorax à gauche, qui doit faire rapidement cesser les insufflations. Par ailleurs, petit épanchement contro-latéral à droite en avril-mai 1943.

On fait, en avril 1943, à Cochin, une exploration lipiodolée.

En août 1943, amaigrissement notable, élévation thermique vespérale à 38-38°5. Toux. Présence de B. K. dans les crachats. Matité hémithorax gauche. Silence respiratoire à gauche.

A la radiographie: taches de condensation peu étendues sous-claviculaires à droite.

A droite: présence de taches de lipiodol dans le champ pulmonaire droit.

Le cul-de-sac costo-diaphragmatique droit s'ouvre incomplètement.

A gauche: pachypleurite marquée du sommet, de la région axillaire et la base.

Présence de liquide remontant jusqu'au tiers moyen du champ pulmonaire gauche.

Vitesse de sédimentation des hématies (Westergreen) = 78 après une heure.

Poids: 51 kg. 500.

Est mise au traitement par le thiosulfate de sodium à 0 gr. 16 intraveineux quotidien. Séries de 40 injections avec repos de 10 jours intercalaire.

Le 27 septembre 1943: se sent beaucoup mieux. N'a plus de fièvre. L'expectoration a presque entièrement disparu. N'est plus fatiguée.

Poids: 57 kg. 400. Vitesse de sédimentation des hématies = 27 après une heure.

A la radioscopie: les condensations sous-claviculaires droites semblent avoir régressé. A gauche: aucun changement.

Le 25 octobre 1943, ponction pleurale. On retire 300 cc, d'un liquide purulent.

Examen cyto-bactériologique (Lab. Letulle), 25 octobre 1943: liquide d'aspect purulent, grisâtre. Très nombreux leucocytes presque tous polynucléaires neutrophiles très altérés pour la plupart.

Pas d'autres éléments cellulaires reconnaissables.

Ex. bactérioscopique:

a) La coloration par la méthode de Ziehl-Neelsen a montré la présence d'un certain nombre de bacilles acido-alcoolo-résistants presque tous granuleux.

b) La double coloration par la méthode de Gram et la fuchsine diluée n'a pas montré de micro-organismes.

Durant toute l'année 1944, reçoit des séries successives de thiosulfate de sodium à 0 gr. 16 intraveineux, associées à des séries d'injections intramusculaires d'extrait lipidique de rate.

Disparition progressive du liquide pleural.

Le 15 novembre 1944, radiographie (Lab. Dép. de la Jonquière): « *Poumon droit*: régression importante des images de condensation légère. Lipiodol résiduel, mais moindre que sur le cliché précédent. *Poumon gauche*: champ rétracté, avec attraction à gauche des vaisseaux. Pachypleurite marquée du sommet, de la région axillaire et de la base. »

Etat général bon. A grossi. Pas de fièvre. Ni toux, ni expectoration.

La malade est demeurée stabilisée jusqu'en août 1947. De 1944 à 1947, a reçu à plusieurs reprises des séries de thiosulfate de sodium et d'extrait lipidique de rate. *Per os*, vitamine D, calcium.

En août 1947, a assisté comme vendeur dans un stand au Jamboree des Scouts. S'est fatiguée. Est demeurée exposée au soleil. A la suite de ces imprudences, s'est remise à tousser. Amaigrissement. Elevation thermique vespérale à 38-38°5.

Fin septembre 1947: râles sous-crépitanants au sommet droit. Présence de B. K. dans les crachats.

La radiographie révèle la présence d'une image cerclée sous-claviculaire droite.

Repos au lit. Abstention thérapeutique pendant plusieurs mois. Etat stationnaire. La malade demeure subfébrile: 37°8 - 38° le soir.

En mai 1948: amaigrissement notable. Présence de B. K. dans les crachats.

Radiographie (Dr Stoïanoff), 21 mai 1948: « *Poumon droit*: infiltration de la moitié supérieure du champ avec grosse image cerclée sous-claviculaire. Extension importante par rapport au cliché de sep-

tembre 1947. *Poumon gauche*: champ rétracté. Obscurcissement avec pleurite de la base et infiltration du parenchyme sous-jacent. »

La malade est remise au traitement par le thiosulfate de sodium à 0 gr. 16. Séries de 30 intraveineuses, entrecoupées de repos de 10 jours. Séries extrait aqueux de pancréas et extrait lipidique de rate.

Revue le 30 juin, puis le 24 juillet 1948: état général bien meilleur. Tousse beaucoup moins. L'expectoration a considérablement diminué. N'a plus de fièvre. A augmenté de 3 kilogs. Se sent beaucoup moins fatiguée. L'auscultation est négative. Une vérification radiographique sera faite en septembre 1948. *Traitement en cours.*

Observation 4.

M. P..., âgé actuellement de 21 ans.

Vu pour la première fois le 4 septembre 1943. Infiltration discrète du sommet droit. Quelques condensations sous-claviculaires à gauche.

Amaigrissement, asthénie, pas d'expectoration.

Vitesse de sédimentation (Westergreen) le 9 sept. 1943 = 14 après une heure.

Traitement par thiosulfate de soude intraveineux à 0 gr. 16. Séries de 30 injections. Intervalle de repos de 10 à 15 jours.

Le malade n'interrompt pas ses occupations.

Durant l'année 1944, reprend du poids. L'asthénie disparaît. Sédimentation = 6 après 1 heure, le 4 mars 1944. Les zones de condensation des sommets se calcifient.

Revient le 25 juin 1945. Excellent état général. Veut s'engager dans la marine.

Radiographie des poumons (Dr Le Camus, d'Aulnay-sous-Bois): « Les deux sommets et les régions rétro-claviculaires sont le siège d'un semis de taches micro-nodulaires qui paraissent correspondre à une infiltration calcaire bien plus qu'à des foyers congestifs du parenchyme. Les régions sous-claviculaires et les bases sont de transparence normale. »

Depuis 1945, M. P... a mené une vie normale et n'a présenté aucune manifestation pulmonaire nouvelle.

Observation 5.

G. B..., âgé actuellement de 23 ans.

Une tante maternelle morte de tuberculose pulmonaire.

Pleurite droite en novembre 1944 avec petit épanchement pleural à la base.

Radiographie: voile pleural remontant jusqu'au tiers moyen de l'hémithorax droit.

Part à Hauteville, en Sanatorium, fin décembre 1944. Y séjourne 4 mois. Au retour, disparition du voile pleural. Le sinus costo-diaphragmatique droit s'ouvre incomplètement. Pas de lésions parenchymateuses visibles.

De 1945 à octobre 1946, bon état de santé apparent. En novembre 1946, commence à maigrir, à se sentir fatigué. Sueurs nocturnes. Élévation thermique vespérale à 38 - 38°5, parfois 39°.

A l'auscultation, quelques râles crépitants fins au tiers moyen du poumon droit.

Expectoration: présence de B. K.

Radiographie le 4 janvier 1947 (Dr Stoïanoff): «A droite: présence de calcifications nombreuses dans la région sous-claviculaire. Hile gros, très étalé avec de nombreuses opacifications polymorphes dans la région péri-hilaire. Hémidiaphragme normal. Le sinus costo-diaphragmatique droit s'ouvre incomplètement. A gauche: région péri-hilaire un peu chargée (tractus et micronodules calcifiés). Hémidiaphragme et sinus normaux.»

En présence d'une telle symptomatologie, on tente un pneumothorax droit, mais le décollement s'avère impossible. Le malade est mis alors au traitement: thiosulfate de sodium 0 gr. 16 par séries de 30 injections intraveineuses. Série d'injections intramusculaires d'extrait lipidique de rate.

Mais G. B... n'a pas quitté Paris, il a continué à travailler un certain temps et il n'observe pas un repos suffisant. On note une aggravation des symptômes. Poussées fébriles à 38 - 38°5, parfois 39° le soir, durant un ou deux jours, suivies d'une phase subfébrile à 37°6 - 37°7 le soir.

Le 2 mai 1947, radiographie (Dr Stoïanoff): «A droite: infiltration étendue avec géode sous-claviculaire. Trachée attirée à droite. Diaphragme et sinus normaux. A gauche: hile un peu gros avec tractus péri-hilaires assez nombreux.»

G. B... est remis au traitement par injections intraveineuses quotidiennes de thiosulfate de sodium à 0 gr. 16 associées à des injections intramusculaires du mélange extrait aqueux de pancréas et extrait lipidique de rate. Il part au début d'août 1947 au Sanatorium de «L'Orsac», à Hauteville (Ain), où le traitement est poursuivi pendant plusieurs mois.

Sous l'effet conjugué du traitement et de la cure sanatoriale très régulièrement observée, on assiste à une amélioration clinique rapide, et à un nettoyage radiologique progressif des lésions pulmonaires.

Le 20 décembre 1947, le Dr Morvan, médecin chef du Sanatorium «L'Orsac», pouvait écrire: «Nous assistons depuis l'arrivée de votre malade, G. B..., à un nettoyage radiologique progressif des lésions très importantes qu'ils présentait sur les deux tiers du

poumon droit. Il se produit en même temps une notable réduction des deux images cavitaires sous-claviculaire et para-hilaire.»

En février 1948, les spélonques sous-claviculaire et juxta-hilaire avaient disparu et ne laissent plus qu'une image cicatricielle. De février à avril 1948, l'état demeure ensuite stationnaire; l'image d'infiltration du sommet droit persiste. L'état général est bon. En avril 1948, on reprend le traitement par injections intraveineuses de thiosulfate de sodium, 0 gr. 16, extrait aqueux de pancréas, extrait lipidique de rate, traitement qui est poursuivi sans interruption selon la technique habituelle jusqu'en juillet 1948. Je revois le malade à cette époque: la condensation du sommet droit a entièrement disparu, laissant place à quelques nodules calcifiés. Hiles chargés. Calcifications juxta-hilaires. Traînées fibreuses partant des hiles.

La bacilloscopie des crachats est négative, tant à l'examen direct qu'après homogénéisation. Le malade ne crache d'ailleurs pour ainsi dire pas.

G. B... a un très bon état général. Il ne tousse pas et n'est pas asthénisé. Son poids demeure stationnaire. Il repart au Sanatorium «L'Orsac» fin juillet 1948.

Observation 6.

Mlle J. B..., 20 ans. (Résumé)

En traitement depuis avril 1944.

Infiltration juxta-hilaire à droite. Présence de B. K. dans les crachats.

Pneumothorax droit, juillet 1944.

Poussées fébriles. Hémoptysies supplémentaires des règles; le 7 janvier 1946, section de brides.

En janvier 1947, bilatéralisation. Infiltration sommet gauche avec zones de raréfaction.

Mai 1947: on établit un deuxième pneumothorax à gauche.

En février 1948: symphyse pleurale progressive à gauche. Suspension du pneumothorax gauche.

En juin 1948: suspension du pneumothorax droit. Présence d'un semis de granulations nodulaires plus ou moins calcifiées juxta-hilaires au niveau du tiers moyen du poumon gauche.

Etat général relativement bon.

Traitement par la méthode de Zondek aux périodes convenables, associé à l'ingestion d'un œstrogène de synthèse¹⁰. En même temps, injections sous-cutanées de thiosulfate de sodium 0 gr. 16, extrait aqueux de pancréas, extrait lipidique de rate.

10. Voir Jean Albert-Weil — Mémoire actuellement sous presse: *Importance des troubles du fonctionnement utéro-ovarien pour l'éclosion, le développement et l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez la femme et déductions thérapeutiques.*

Est partie en août 1948 dans le Puy-de-Dôme où le traitement est continué. En septembre 1948, état général excellent. Apyrexie complète. A grossi de plusieurs kilogs. Ne crache pas. Résorption de la presque totalité des nodules du poumon gauche. Il ne demeure que quelques nodules calcifiés au niveau du tiers moyen du poumon gauche.

Observation 7.

Mlle G. L..., âgée actuellement de 19 ans. (Résumé)

En juin 1944, hémoptysie. Infiltration du sommet gauche. Bacilloscopie positive.

Pneumothorax gauche créé à l'Hôpital Bichat en juillet 1944.

En janvier-février 1945, poussée évolutive avec température à 39° - $39^{\circ}5$. Hémoptysie abondante. A la radiographie: pneumothorax gauche incomplet. Le poumon droit est parsemé d'un semis de granulations à contours flous (fig. 3).

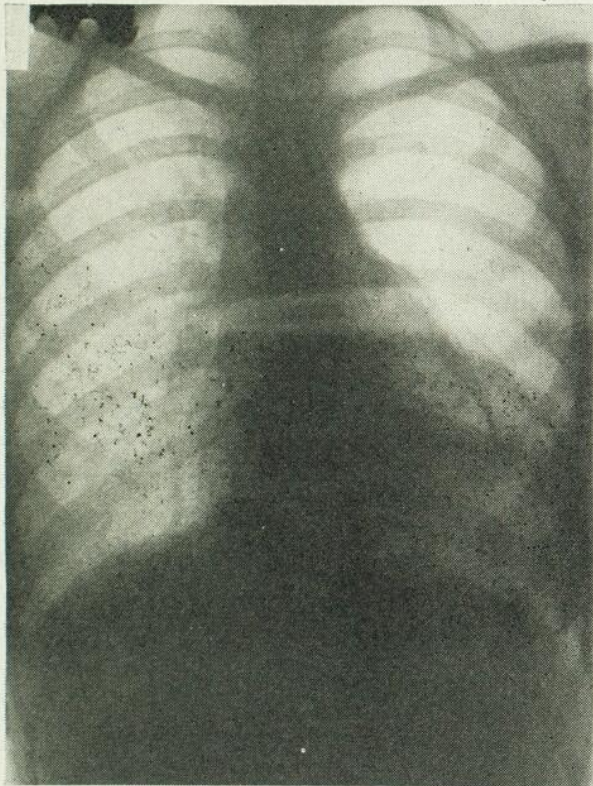


Fig. 3. — Obs. 7, Mlle G. L. — février 1945.

Vitesse de sédimentation le 27 mars 1945 = 47 après une heure.

Traitement par injections intraveineuses de thio-sulfate de sodium à 0 gr. 16 par série de 30 injections. Extrait lipidique de rate. Le traitement est poursuivi selon la technique habituelle durant toute l'année 1945.

Chute progressive de la température. Amélioration de l'état général. Disparition de la toux.

En octobre 1945, le pneumothorax gauche est interrompu (symphyse pleurale). Une radiographie pratiquée le 8 novembre 1945 (Lab. Dép. de Radiol., rue de la Jonquière) montre: la transparence générale des deux champs pulmonaires est sensiblement normale. (Fig. 4)

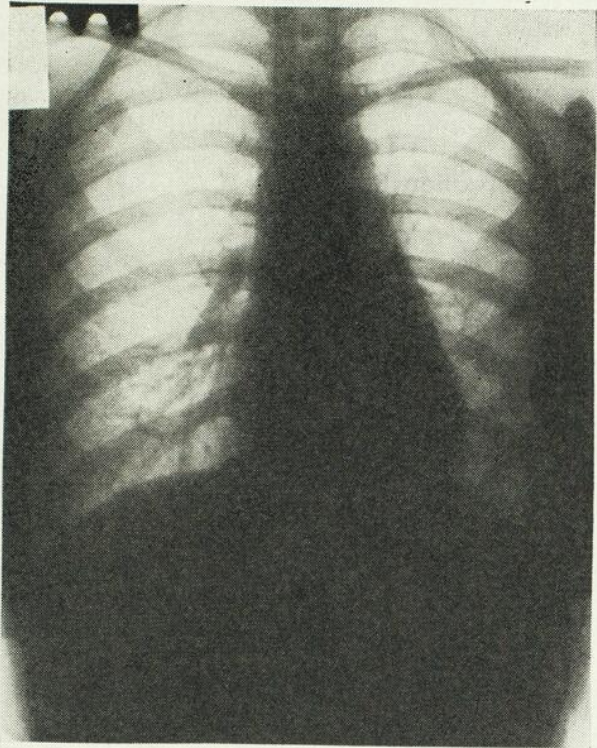


Fig. 4. — Observ. 7, Mlle G. L. — octobre 1945.

Depuis 1946, G. L... se maintient en état de santé excellent. Aucun signe clinique ou radiologique n'est réapparu.

Une radiographie pratiquée le 16 février 1948 (Lab. Dép. de la rue de la Jonquière) a montré: légère asymétrie thoracique par rétraction de l'hémithorax gauche. Diaphragme irrégulier. Sinus bridé.

Observation 8.

Mlle M. M..., âgée actuellement de 20 ans. (Résumé)

Vue le 28 novembre 1945.

Radiographie: lobite supérieure droite. Infiltration assez importante du sommet droit. Base droite normale respirant bien. Champ pulmonaire gauche normal. (Dr . . ., Hôpital du Perpétuel Secours)

Présence de 2 B. K. par champ dans les crachats.

Traitement par séries de thiosulfate de sodium à 0 gr. 16 par séries de 30 injections. Traitement pour-

suyvi durant l'année 1946. Fait un séjour de 2 mois à la campagne.

Le 31 août 1946: état général excellent. Ne crache pour ainsi dire plus. Bacilloscopie négative à l'examen direct et après homogénéisation (crachats retirés par tubage gastrique).

A la radiographie, il ne reste plus que quelques petites traînées fibreuses sous-claviculaires à droite.

Revue le 15 juillet 1948. S'est mariée.

Excellent état général.

Radiographie: sommet droit un peu gris, légère diminution de transparence à la toux. Quelques nodules calcifiés sous-claviculaires à droite. Hiles chargés.

Observation 9. (Résumé)

Mme J. F., 24 ans.

Vue en octobre 1946; épisode fébrile suivi de toux. Expectoration bacillifère.

A la radiographie: infiltration étendue du sommet droit. En novembre 1946: pneumothorax thérapeutique. Décollement total. Le pneumothorax est régulièrement entretenu depuis 1946.

Bilatéralisation au début de 1947: condensation floue juxta-hilaire au niveau du tiers moyen du poumon gauche. Etat général relativement bon. Pas de fièvre.

Traitement: séries d'injections intraveineuses de thiosulfate de sodium à 0 gr. 16, associées à extrait aqueux de pancréas et extrait lipidique de rate.

La malade part faire un séjour de trois mois à Montana où le traitement est continué.

Au retour, la zone de condensation juxta-hilaire gauche a considérablement diminué.

La malade devient enceinte et mène à terme une grossesse qui se termine sans incident. Durant sa grossesse, J. F. reçoit plusieurs séries de thiosulfate de sodium à 0 gr 16 par voie intraveineuse. Les insufflations sont continuées.

Actuellement, état général excellent. La condensation juxta-hilaire gauche a pratiquement disparu et a laissé à sa place quelques nodules de calcification. Le pneumothorax droit est entretenu. La malade vit normalement. Pas de toux. Pas d'expectoration. Température normale.

* * *

Nous pourrions citer encore un grand nombre d'observations, notamment celle d'un jeune homme de 24 ans, porteur d'un pneumothorax bilatéral, qui faisait un processus évolutif au niveau du moignon pulmonaire droit et qui, sans quitter Paris, a vu en quelques mois ces manifestations disparaître à la suite du traitement (thiosulfate de sodium à 0 gr. 16 intraveineux, extrait aqueux de pancréas, extrait lipidique

de rate). Une femme de 40 ans, atteinte de péritonite tuberculeuse avec ascite libre, a guéri en quelques mois à la suite du traitement.

Nous avons actuellement en traitement depuis 3 mois une femme de 40 ans, porteuse de lésions bilatérales étendues avec spéléonque bilatérale. Bacilloscopie positive, température 38° le soir. Cette malade qui, du fait de conditions économiques, ne peut quitter Paris et doit continuer à travailler en qualité de secrétaire dans un bureau. Quoiqu'il soit trop tôt pour tirer de ce cas des conclusions fermes, il faut noter depuis 3 mois une reprise du poids (la malade a gagné 3 kgs), une diminution de l'asthénie, diminution considérable de la toux et de l'expectoration. La température est revenue progressivement à la normale. Enfin, on assiste à l'examen radiologique à un début de nettoyage radiologique. Cette malade a reçu sans discontinuer, depuis 3 mois, des séries de 30 injections sous-cutanées de thiosulfate de soude à 0 gr. 16, séparées par des périodes de repos de 10 jours et des séries répétées de 12 injections intramusculaires à raison d'une tous les deux jours du mélange extrait lipidique de rate - extrait aqueux de pancréas. Par ailleurs, thérapeutique hormonale par un œstrogène de synthèse *per os* pour assurer une menstruation régulière (voir note 10).

Résumé

L'auteur rend compte d'un traitement médical de la tuberculose pulmonaire qu'il a appliqué avec des résultats satisfaisants depuis plusieurs années, et il expose les données physiologiques et pharmacodynamiques, bactériologiques et immunologiques sur lesquelles il est fondé. Ce traitement est le suivant.

Injection intraveineuse (ou sous-cutanée) quotidienne d'une ampoule stérile de 2 cc. de solution de thiosulfate de sodium à 0 gr. 16 pour 2 cc. d'eau distillée stérilisée.

Première série: pendant 30 jours. Arrêt 10 jours. Puis nouvelle série. Traitement prolongé pendant des mois et repris, s'il y a lieu, les années suivantes. Dose totale limite: 25 à 30 cgr. par kg. de poids par an. Six ou sept séries ou davantage par an selon les cas. En même temps: injection intramusculaire tous les deux jours du mélange ampoule de 2 cc. d'extrait aqueux de pancréas de bovidés correspondant à 0 gr. 10 d'extrait sec et ampoule d'extrait lipidique de rate, préparé se-

lon la technique de Soula par séries de douze injections entrecoupées de repos de 10 à 15 jours.

Durant ce traitement: surveillance hématologique, sédimentation hématies, urée sanguine, examen des crachats, examen des urines. En même temps, absorption per os: vitamine D, sels de calcium, etc... Par ailleurs repos, cure climatique quand elle est possible. Collapsothérapie dans la limite des indications et des possibilités. Le traitement de régulation sera complété dans certains cas, notamment chez la femme, par un traitement de régulation hormonale (méthode de Zondek et ingestion aux périodes convenables d'un œstrogène de

synthèse). L'auteur rend compte de quelques-unes des observations des malades traités.

La méthode, quoique active et souvent très efficace, particulièrement dans les formes torpides, a l'avantage d'être inoffensive pour les patients et est toujours parfaitement supportée, sans qu'il se produise, aux doses employées, d'accidents d'intolérance. Elle peut constituer aussi un adjuvant important au traitement par la streptomycine. L'auteur se propose d'expérimenter ultérieurement des extraits injectables de pancréas de gallinacés, conformément aux anciennes conceptions de Jules Auclair, au lieu et place d'extrait aqueux de pancréas de bovidés.

LA DYSPNÉE INSPIRATOIRE STRIDOREUSE¹

V. LATRAVERSE,

Broncho-œsophagologue de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

On voit fréquemment la scène suivante. Une famille affolée demande d'urgence le médecin: on lui présente un malade assis dans son lit, raidi sur ses mains, ayant peine à parler, à la recherche d'air, dans une attitude d'angoisse profonde. Un obstacle semble s'opposer à la rentrée de l'air dans l'arbre trachéo-bronchique, ce qui donne à la respiration un type particulier.

Désignons immédiatement par le terme générique de « respiration stridoreuse » ce syndrome, communément appelé « dyspnée laryngo-trachéale », dû à une lésion affectant la lumière des voies respiratoires supérieures ou inférieures.

Il s'agit d'un véritable bruit vibratoire plus ou moins continu accentué à l'inspiration, qui se manifeste par une sorte de ronronnement, augmentant au cours d'un effort, accompagné de tirage ou de cornage, mais diminuant pendant le sommeil. Le plus souvent continue et paroxystique, la dyspnée peut avoir quelques rémissions.

À voir respirer le malade découvert, le médecin peut déjà prédire le siège de l'obstacle et déterminer si la lésion est au-dessus ou au-dessous de la fourchette sternale. Le tableau suivant lui permettra d'en faire la distinction:

DYSPNÉE INSPIRATOIRE PAR OBSTRUCTION

<i>Signes physiques</i>	<i>Siège</i>	<i>Lésion causale</i>
Rétraction des espaces sus-sternal, sus et sous-claviculaires (intercostaux et épigastrique). Mouvements de tête en arrière.	au-dessus de la	pharyngée ou laryngée
Relief en cordon des muscles st.-cl.-mastoldiens.	fourchette sternale	
idem, mais absence des signes du cou.	au-dessous	trachéo-bronchique

De plus, le patient tente vainement de demander secours. Sa voix plutôt explosive est entrecoupée par les efforts inspiratoires. Les lèvres et les extrémités présentent des alternatives de cyanose et de pâleur ou sont franchement cyanosées tranchant sur la couleur cendrée et cireuse de la face.

Si les phénomènes d'obstruction persistent menaçants pendant plusieurs heures, le malade montrera de l'agitation, de la cyanose progressive et des signes d'auto-submersion dans ses sécrétions bronchiques. Aussi, constatera-t-on des râles crépitants et humides, des phénomènes d'atélectasie ou d'œdème aigu.

Quand c'est possible, l'examen radiologique ajoute au diagnostic; mais il n'est pas toujours indispensable, le traitement, en l'occurrence la trachéotomie, devra avoir la préférence.

MÉCANISME

Au début, nous avons dit qu'il s'agissait d'un bruit vibratoire à l'inspiration. Comme pouvant engendrer ces vibrations, résumons-en les modes de production de la façon suivante:

1. — Une lésion obstructive du pharynx.
2. — Un rétrécissement de la lumière laryngo-trachéale, d'origine intrinsèque ou extrinsèque.
3. — Les mouvements du rebord de la glotte ou du vestibule du larynx infantile incomplètement développé.
4. — Les mouvements du rebord de la sous-glottite œdématiée.
5. — Une lésion ou corps étranger ballottant dans la lumière laryngo-trachéale.

L'obstruction maintenue plus ou moins longtemps provoque une pression négative pro-

1. Travail exécuté dans la clinique de broncho-œsophagologie et de chirurgie du larynx et le service de pédiatrie de l'hôpital Notre-Dame de Montréal.

gressive et ainsi une hypersécrétion broncho-pulmonaire par transsudation vasculo-muqueuse.

LÉSIONS CAUSALES

Selon leur localisation, située à l'étage sus ou sous-sternal, les lésions seront pharyngolaryngées et trachéo-bronchiques ou bien occuperont le voisinage immédiat de ces régions.

1) *Lésions bucco-pharyngées*

Plusieurs affections buccales produisent une gêne respiratoire par le rétrécissement de la lumière pharyngée: tels sont: l'abcès rétro-pharyngien, la chute de la langue en arrière par atrésie ou fracture du maxillaire inférieur ou encore par inconscience anesthésique ou alcoolique; l'hypertrophie des amygdales et des adénoïdes; l'angine de Ludwig, l'abcès du plancher de la bouche, une tumeur bénigne ou kystique du plancher de la bouche, même une thyroïde aberrante; les diverses tumeurs du rhino-pharynx; enfin la présence de caillots sanguins, de mucosités ou de corps étrangers.

2) *Lésions laryngées*

Rappelons les anomalies, les tumeurs et les corps étrangers; l'œdème par traumatisme et par phénomènes inflammatoires aigus toxiques, médicamenteux ou microbiens. Notons les accidents spasmodiques qui accompagnent certaines dysphagies et quelques neuropathies; parfois, ils sont associés à une compression récente du nerf récurrent par une tumeur du médiastin ou un anévrisme de l'aorte.

Mentionnons de façon particulière les spasmes laryngés à la fois répétés et progressifs vers la menace d'asphyxie, lesquels s'installent précocement chez certains thyroïdectomisés et résultent de la paralysie de la dilatation de la glotte.

3) *Lésions trachéo-bronchiques*

Le rétrécissement ou l'obstruction de la lumière trachéo-bronchique peuvent se produire tantôt par une lésion endo-bronchique (corps

étranger, tumeur, caillots ou sécrétions, œdème ou sténose cicatricielle), tantôt par compression exo-bronchique due à un goitre plongeant, à une tumeur du médiastin ou de l'œsophage, même à un anévrisme de l'aorte.

Chez le bébé, on invoque parfois trop facilement l'hypertrophie du thymus, au point de faire ignorer le diagnostic réel et précis. Le plus souvent, cette hypertrophie est bien tolérée, sans signe de dyspnée inspiratoire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

L'asthme donne naissance à une dyspnée expiratoire. Dans les pneumopathies (telle la broncho-pneumonie), la dyspnée se manifeste plutôt aux deux temps respiratoires.

Les intoxications du centre respiratoire (hypnotiques et barbituriques), son inhibition par une hémorragie cérébrale ou par un œdème aigu du cerveau donnent lieu à une respiration stertoreuse sans signe d'obstruction. La cyanose du syndrome de la respiration stridoreuse est d'abord subtile, progressive et limitée tant aux lèvres qu'aux extrémités digitales, tandis qu'une lésion centrale s'accompagne d'une cyanose plus diffuse sans les signes résumés au tableau précédent.

TRAITEMENT

La trachéotomie précoce.

Si la lésion est située au-dessus de la fourchette sternale et que la dyspnée soit le moins marquée, la trachéotomie basse devient la méthode de choix et de salut.

Très souvent, chez le bébé et chez les enfants, la trachéotomie ne sera facilitée et réalisable que grâce à l'introduction préalable d'un bronchoscope maintenu en place pendant toute la durée de l'opération. La manœuvre offre simultanément les avantages suivants: la broncho-aspiration des sécrétions, l'insufflation directe d'oxygène, le maintien de la ventilation broncho-pulmonaire.

Chez le malade à la phase terminale ou même pré-terminale du syndrome d'obstruction sus-

sternale, plus d'une fois, sans ce dérivatif bronchoscopique, la mort viendra avant que l'opération ne soit terminée. Et, si l'on a pu exécuter heureusement la trachéotomie, le patient, inondé dans ses sécrétions, succombera sous l'envahissement broncho-pneumonique faute de broncho-aspiration postopératoire fréquente soit à travers la canule, soit à l'aide d'une sonde de Nélaton après instillation de solution de sulfa ou de pénicilline.

pré-terminale de la laryngo-trachéo-bronchite aiguë typique. Même après 72 heures de la maladie, la trachéotomie d'urgence s'impose. A minuit, à la salle d'opération, introduction immédiate d'un bronchoscope dans la lumière laryngo-trachéale, avant même de prendre le temps de préparer la table d'instruments en vue de la trachéotomie que l'on exécute 1/2 heure après la trachéoscopie; ce qui permet à la fois la broncho-aspiration, l'insufflation

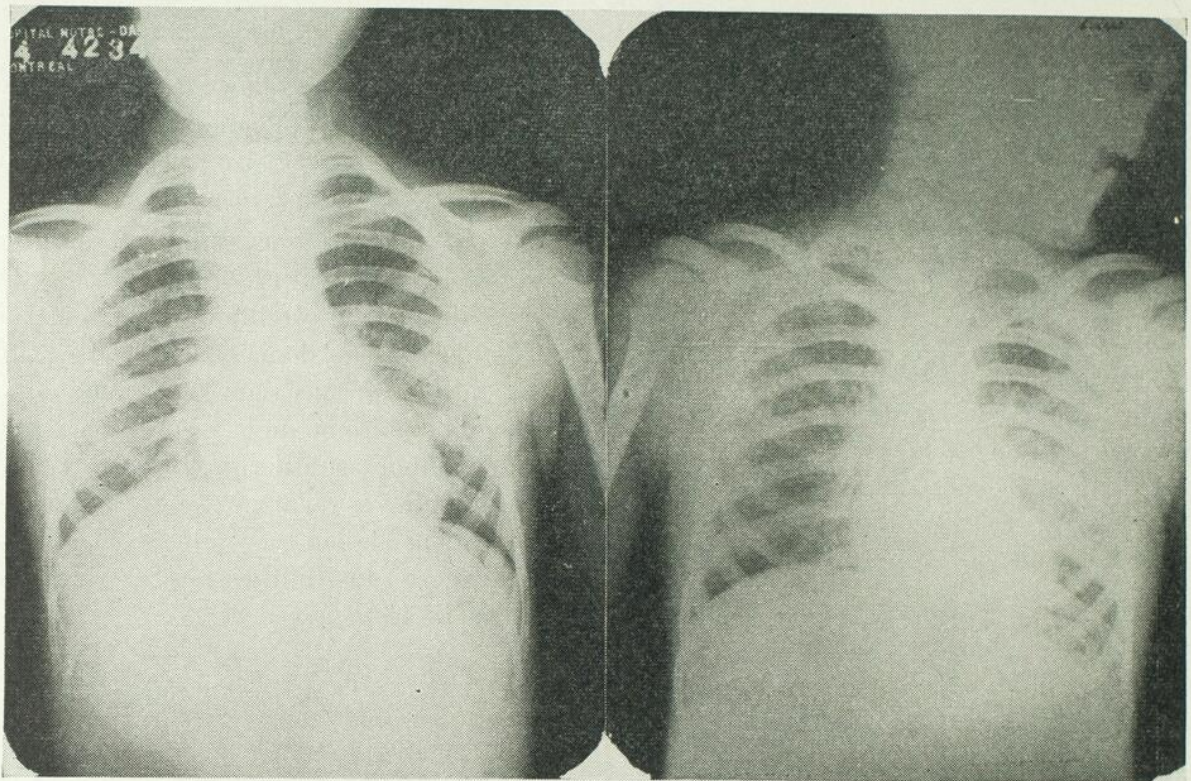


Fig. 1. — (Cas 1), R. C., 7 ans — Laryngite striduleuse ou laryngo-trachéo-bronchite aiguë.

A date, à notre clinique, grâce à cette méthode appliquée au besoin, nous n'avons enregistré aucun décès postopératoire, particulièrement dans les cas de laryngo-trachéo-bronchite grippale aiguë.

En un mot, seule, cette façon de procéder donnera à la trachéotomie le bénéfice de son exécution.

Observation 1.

R. C..., garçon de 7½ ans. Le 20 décembre 1944, appelé en consultation, le Dr A. Guilbeault le trouve à l'état moribond, à la phase

d'oxygène, et maintient la ventilation pulmonaire jusqu'à la mise en place de la canule trachéale.

Soins postopératoires incessants. Guérison après 15 jours de traitements.

Observation 2.

A. T..., 57 ans, nous est adressé le 13 avril 1948, pour lésion bourgeonnante laryngée suspecte de néoplasie, l'histoire antérieure n'ayant pas révélé de T.B. La ventilation laryngée encore suffisante nous pousse à prati-

quer une prise biopsique sous laryngoscopie directe, immédiatement. Une heure plus tard, dyspnée intense et tirage, avec menace d'asphyxie. Introduction d'urgence d'un petit bronchoscope 5 mms x 30 cms que l'on maintient en place pendant la durée de la trachéotomie. Malgré que la biopsie et la RXgraphie pulmonaire aient révélé la nature T.B., l'intervention s'imposait.



Fig. 2. — (Cas 2), A. T., 57 ans — Bronchoscopie prétrachéotomique. Le bronchoscope, maintenu en place, ne dépasse pas l'éperon trachéal. L'ouverture proximale (a) entretient la ventilation pulmonaire, favorise la broncho-aspiration. La tubulure (b) communiquant avec une bombe d'oxygène et se terminant à l'extrémité distale du bronchoscope permet l'insufflation directe d'oxygène. Contre la sténose laryngée, les menaces d'asphyxie étant levées, on peut maintenant pratiquer la trachéotomie en toute sécurité.

Observation 3.

Bébé C. L..., 11 mois, présente de la dyspnée progressive. On l'hospitalise le 11 février 1942. Diagnostic provisoire: abcès rétropharyngien. Le 20 février, tentative d'ouverture par l'interne senior du service d'oto-rhino-laryngologie. Drainage insuffisant. Le 23, la numération globulaire se lit: G. R.: 4,300,000, G.B.: 41,000, et cela malgré le traitement antiinfectieux.

Le 27, à minuit, on nous requiert d'urgence; nous constatons: facies cendré, inconscience, cyanose des extrémités, tirage, dyspnée inspiratoire avec menace d'asphyxie complète, nombreux râles pulmonaires. Transport immédiat à la salle de bronchoscopie: trachéotomie sans

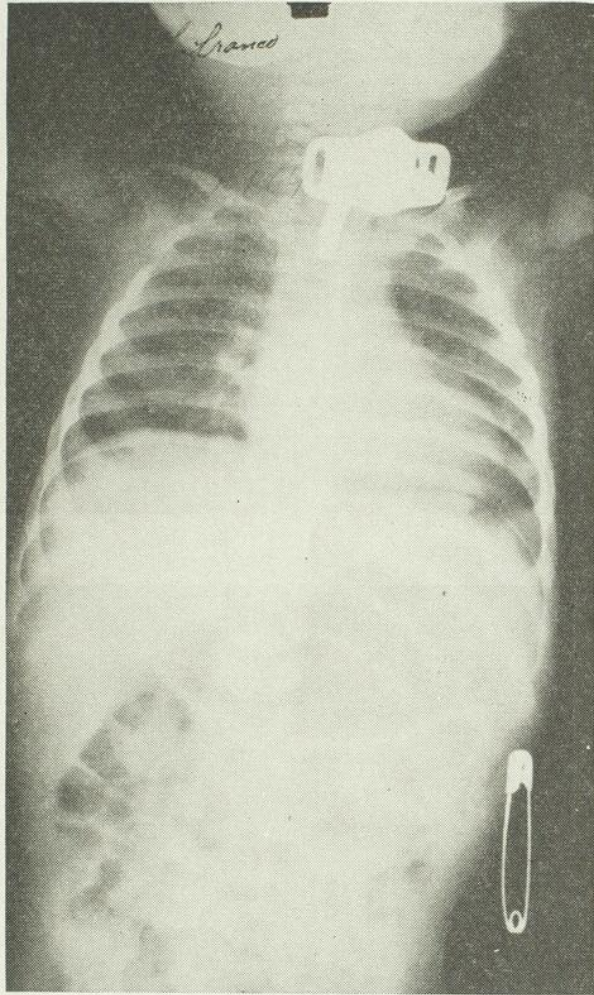


Fig. 3. — (Cas 3), C. L., 11 mois. — Abscess rétropharyngien — trachéotomie d'urgence suivie de l'ouverture de l'abcès sous laryngoscopie directe.

anesthésie, broncho-aspiration. Ouverture de l'abcès sous laryngoscopie directe dont on retire $\frac{1}{2}$ tasse de pus fétide.

Soins postopératoires habituels. Le 6 mars, fermeture de la stomie trachéale sous anesthésie locale. Congé le 17 avril 1942. Guérison.

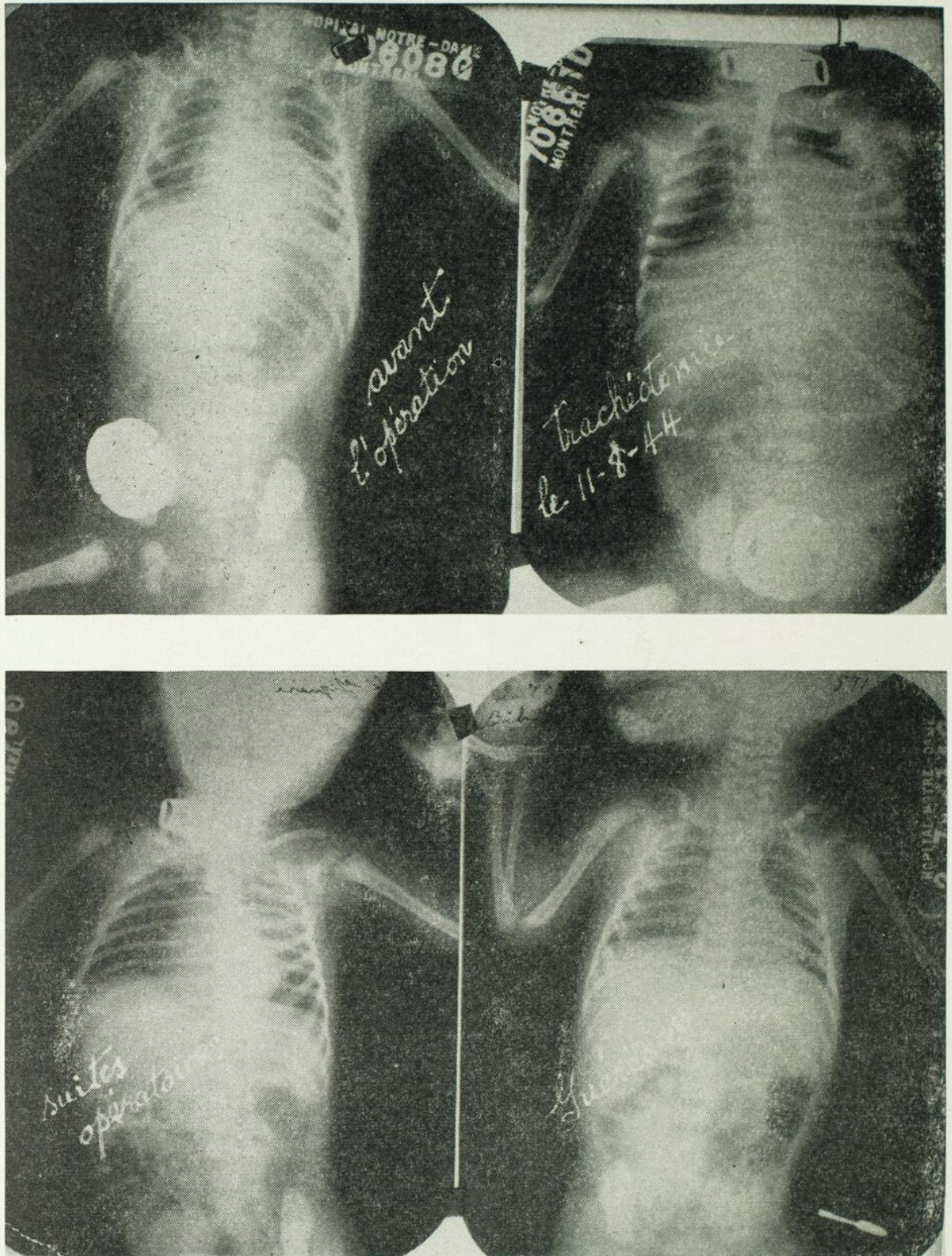


Fig. 4. — (Cas 4), L. G., 5 jours. — Laryngo-malacie et dysphagie. Bronchoscopie suivie de trachéotomie d'urgence. Une sonde naso-œsophagienne permet l'alimentation.

Observation 4.

Bébé L. G..., née le 6 août 1944; les 5 jours suivants, elle offre de la dyspnée stridoreuse avec cyanose par intervalles, se manifestant surtout aux boires et à la déglutition. Laryngo-trachéoscopie d'urgence suivie de trachéotomie. Diagnostic: respiration stridoreuse par

laryngo-malac'ie et bloc pneumonique gauche. Deux semaines plus tard, extraction de la canule; fermeture spontanée de la stomie trachéale, par bourgeonnement. L'enfant s'est développé normalement par la suite (malade du Dr A. Guilbeault).

AVANT ET APRÈS LE TRAITEMENT**TRÈS MALADE**

Ah! docteur, sans retard, filez-moi votre compte!
Le prix n'est rien pour moi; j'ai de quoi tout couvrir.
N'épargnez pas vos soins!... C'est sur vous que je
[compte.
Sauvez-moi, mon ami, car je me sens mourir!
Arrachez-moi, de grâce,
De ce lit de douleur!
Et rien que je ne fasse
Pour vous, ô cher docteur!

CONVALESCENT

Ah! docteur, il est haut, c'est affreux! votre compte;
Mais, quoi! me prenez-vous pour le fils de Crésus?
Un tel prix, pour si peu, n'est rien moins qu'une honte.
Je veux bien vous payer, mais, diable! rien de plus.
Accordez-moi, de grâce,
Le temps de respirer!
Je suis dans une impasse,
Laissez-moi m'en tirer!

GUÉRI

Quoi! le docteur! qu'il aille au diable, avec son
[compte!
Pour plaire à ces messieurs, faudrait tous les nourrir!

Ce sont de vrais grigous; les payer?... ça surmonte!
Il vaudrait beaucoup mieux ne jamais les quérir:

Car ce sont des despotes,
Qui ne semblent contents
Que lorsqu'ils ont en hottes
Six mois de votre temps.
Mais avant vous, messires,
Faut payer le cocher,
Et puis les deux vampires,
Boulangier et boucher.
Mais si la blanchisseuse,
Le groom et le barbier,
La fille et la coiffeuse,
Ainsi que le bottier
Peuvent m'attendre encore...
Alors, je vous paierai.
Mais chose que j'ignore,
C'est quand je le ferai!

MORALE

Quand le navire menace
De sombrer à tout instant,
Alors, tout le monde embrasse
Le pilote en tremblotant.
Mais quand est passé l'orage,
Et qu'on a touché le port,
Plus d'un se rit du naufrage,
Du pilote et de la mort.

Alfred MORISSET

RECUEIL DE FAITS

DEUX CAS DE FIÈVRE RÉCURRENTÉ

Albert BERTRAND,

Chef du laboratoire de bactériologie,
Hôpital Notre-Dame (Montréal),
Professeur agrégé, Université de Montréal.

et

Claude LÉONARD,

Service de Pédiatrie, Hôpital Notre-Dame
(Montréal).

Observation 1.

Jean C..., né le 8 août 1948, est admis à la crèche d'Youville le 19 du même mois. A ce moment il est traité pour pyodermite.

Le 26 août, il fait une poussée de température à 103° F. et reçoit de la pénicilline jusqu'au premier septembre.

Entre temps il se développe normalement.

Le 28 septembre, nouvelle poussée de température à 104° F. Il reçoit de la pénicilline jusqu'au 4 octobre.

Du 5 au 8 octobre, la température n'a pas été enregistrée.

Du 8 au 17 octobre, température variant entre 100 et 103° F.

L'enfant est ballonné et passe des selles grumeleuses. Il reçoit de la pénicilline et des sulfamidés.

Le 17 octobre, la température tombe subitement à la normale après 6 jours de traitement.

Le 20 octobre, légère hypertrophie du foie et de la rate. A ce moment l'enfant, qui pèse 8 livres, est admis à l'hôpital Notre-Dame.

Le 21 octobre, température à 103° F.

Hémogramme: globules rouges, 1,450,000; globules blancs, 5,500; hémoglobine, 38%; valeur globulaire, 1.3; poly. neutro., 63%; monocytes, 1%; lymphocytes, 35%; poly. éosinophiles, 1%. Hématies granuleuses, myéloblastes, anisocytose, poikilocytose, polychromatophilie.

Le 22 octobre, température à 97° F. Hémoculture sur milieu « Brain Heart Infusion » avec PAB et gélose de Difco.

Hématocrite, 12 vol. %; index ictérique, 23.6 unités; protéines totales, 4.5 gr. %; sérine, 2.7%; globuline 1.8 gr. %; rapport S/G 1.5.

Le 24 octobre, soit 4 jours après son admission, l'enfant succombe à la suite de bronchopneumonie.

Le 6 novembre, l'hémoculture est positive. On note un spirochète type récurrent.

L'autopsie ayant été faite, l'anatomo-pathologiste, mis au courant de la découverte de spirochètes dans l'hémoculture, fait des imprégnations à l'argent de coupes du foie et constate la présence de spirochètes dans cet organe. Ce fait élimine d'emblée la possibilité d'une contamination de l'hémoculture.

Observation 2.

Murielle C..., née le 6 août 1948, est admise à la crèche d'Youville le 9 du même mois. Elle pèse 3½ livres et se développe normalement jusqu'au 25 août.

Le 25 août, poussée de température à 103° F.

Le 27, elle reçoit de la pénicilline et des sulfamidés.

Le 29 août, la température est normale. On cesse la médication le premier septembre.

Du 20 septembre au 26 octobre, l'enfant se développe normalement et pèse, à cette dernière date, 8 livres.

Du 13 au 26 octobre, la courbe de la température n'a pas été enregistrée.

Du 26 octobre au 1er novembre, température oscillant entre 100 et 103° F. L'enfant a un teint cireux, présente une légère hypertrophie du foie et de la rate. Elle est admise à l'hôpital Notre-Dame le 1er novembre.

Le 1er novembre, hémoculture sur milieu « Brain Heart Infusion » avec PAB et gélose de Difco.

Le 10 novembre, hémoculture positive: spirochète type récurrent.

Depuis son admission à l'hôpital, la patiente présente une courbe de température qui oscille matin et soir entre 98 et 100° F.

REMARQUES SUR L'ÉVOLUTION DES SPIROCHÈTES DANS LES DEUX HÉMOCULTURES.

Très nombreux et souvent agglutinés au moment de leur découverte, les spirochètes qui présentent la morphologie du *Borrelia recurrentis* perdent graduellement leurs mouvements, s'allongent, diminuent en nombre et finissent par disparaître complètement après 5 à 6 jours. Des examens sur fond noir faits tous les jours pendant un mois sont demeurés constamment négatifs. Il en est de même de toutes les tentatives d'inoculation au cobaye, au hamster, au rat et à la souris, et des essais de culture pratiqués tant à l'hôpital Notre-Dame qu'à l'Université McGill dans le service du professeur Murray.

La possibilité de contamination accidentelle des hémocultures étant éliminée, 1° par la constatation de *Borrelia recurrentis* dans le foie du premier patient; 2° par la présence d'un organisme identique dans le sang d'un autre patient venant de la même crèche, un certain nombre de questions se posent à notre esprit: 1° de quelle nature est cette maladie? S'agit-il d'abord de fièvre récurrente? 2° Si oui, de quel type s'agit-il, du type européen ou du type africain? 3° Quel a été son mode de transmission? 4° D'où vient-elle?

Avant de répondre à ces questions, il est bon de rappeler ce qu'est la fièvre récurrente.

Le terme « fièvre récurrente » s'applique à tout un groupe de fièvres spécifiques qui se ressemblent, qui sont dues à un spirochète du sang et qui se caractérisent cliniquement par une ou plusieurs poussées de température, chacune durant de 4 à 6 jours, et séparées par des intervalles apyrétiques d'environ 6 jours.

La maladie est très répandue dans le monde sauf en Australie (Gay). L'Europe orientale, l'Asie, l'Égypte, l'Afrique, l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud sont autant de régions où la maladie sévit soit à l'état épidémique, soit à l'état endémique, soit à l'état sporadique.

L'éclosion de la maladie semble bénéficier de certaines conditions prédisposantes telles que la famine, la mauvaise nutrition, le surpeuplement des habitations, les saisons froides, toutes causes qui favorisent la promiscuité et l'échange de parasites.

Si la maladie diffère par quelques détails d'un pays ou d'un continent à un autre, on peut cependant, selon Gay et ses collaborateurs, en distinguer deux types principaux: 1° le type bénin qui correspond à la maladie qu'on rencontre surtout en Europe; 2° le type grave qui se retrouve particulièrement en Afrique.

Le type européen se caractérise cliniquement par les faits suivants: après une période d'incubation variant de 2 à 12 jours, de 5 à 8 jours en moyenne, au cours de laquelle la symptomatologie peut se résumer à de la lassitude et à des maux de tête, la maladie débute brusquement par des frissons, une céphalée intense, des douleurs articulaires et épigastriques, avec ou sans vomissement, un pouls à 110-120 et une température pouvant dépasser 104° F. La température persiste pendant 4 à 6 jours et peut présenter des variations de plusieurs degrés. Au moment de la crise, on note quelquefois des épistaxis, des hémorragies gastro-intestinales ou conjonctivales, du délire et une légère hypertrophie du foie et de la rate.

A ce stade les examens de laboratoire peuvent mettre en évidence une légère anémie, une leucocytose moyenne et la présence de spirochètes dans le sang. Puis survient une transpiration profuse avec chute brusque de la température à la normale. Le patient se porte bien. Après 5 à 6 jours de calme, la maladie reprend, une nouvelle crise s'installe, quelquefois plus grave que la première, mais habituellement

moins prononcée et moins longue, de trois à 4 jours. Dans les 2/3 des cas, selon Whitmore, la maladie ne va pas plus loin. Quelquefois, cependant, les crises se multiplient mais ne dépassent pas 3 à 4 en nombre et sont de plus en plus faibles.

Comme complication de la maladie, Whitmore signale particulièrement les troubles pulmonaires: pneumonie, broncho-pneumonie. Il peut exister également de l'ictère et de la dysenterie.

ÉTILOGIE

L'agent causal de la fièvre récurrente, type européen, est un spirochète, *Borrelia recurrentis*. Ce spirochète a d'abord été observé par Obermeier dans le sang d'un patient au cours d'une épidémie survenue à Berlin en 1868, puis étudié par de nombreux auteurs depuis.

Le *Borrelia recurrentis* mesure de 8 à 40 u de long, de 17 à 30 en moyenne, par 0.3 à 0.5 u de large. Les tours de spire sont assez réguliers, lâches et variables en nombre, 3-6-10, selon l'organisme; les bouts sont effilés. On note habituellement trois sortes de mouvements: 1° mouvement de tire-bouchon; 2° mouvement d'avant en arrière et vice versa; 3° mouvements de flexion latérale.

Obermeier a noté des formes granuleuses dans le sang des patients à la fin des crises et Leishman a trouvé des granulations identiques dans le corps des tiques. Ces granulations laissent certains auteurs croire à la présence d'un cycle évolutif chez ces spirochètes.

Noguchi, de son côté, a réussi à cultiver le *Borrelia recurrentis* sur un milieu contenant du liquide d'ascite ou d'hydrocèle additionné d'un fragment frais de rein de lapin et recouvert d'une couche d'huile de paraffine.

Le *Borrelia recurrentis* est pathogène pour le singe, le rat et la souris, mais, chez ces deux dernières variétés d'animaux, il semble que l'infection ne puisse se faire en partant du sang de l'homme sans un passage préalable par le singe.

La transmission de la maladie à l'homme se fait par le pou: non par la piqûre de celui-ci

toutefois mais par contamination des lésions de grattage avec des débris de pou infecté.

Le type africain de la fièvre récurrente est également dû à un spirochète, *Borrelia duttoni*, et présente une symptomatologie à peu près semblable à celle de la forme européenne. Les crises sont plus graves cependant, peuvent être plus nombreuses, et la mortalité surtout est plus élevée puisqu'elle peut atteindre 30% et davantage.

Cette variété de spirochète a surtout été bien étudiée par Dutton et Todd, qui ont pu transmettre expérimentalement la maladie au singe.

Morphologiquement, le *Borrelia duttoni* est semblable au *Borrelia recurrentis*. Il s'en distingue toutefois par ses caractères immunologiques et surtout par sa pathogénicité plus grande pour l'homme et les animaux. En effet, *Borrelia duttoni* est pathogène non seulement pour l'homme mais encore pour le singe, le cheval, la chèvre, le mouton, le chien, le lapin, le cobaye, l'écureuil, la chauve-souris, le hamster, le rat, la souris.

Le *Borrelia duttoni* est transmis aux hommes et aux animaux directement par la piqûre de tiques, genre *Ornithodoros*, dont il existe plusieurs variétés.

A côté de ces deux variétés de spirochètes déjà mentionnées, de nombreuses autres espèces ont été décrites un peu partout: par Carter aux Indes, par Novy et Knapp à New-York, par Sergent et Foley en Afrique du Nord, par Nicolle et Conseil en Algérie, etc.

Bergey, dans *Manual of Determinative Bacteriology*, signale 17 variétés de *Borrelia* assez bien identifiées et mentionne pas moins de 100 autres espèces décrites d'une manière plus ou moins précise par de nombreux auteurs, espèces qu'on peut rencontrer chez la plupart des animaux de la création. S'agit-il en réalité d'espèces différentes ou plutôt d'espèces semblables mais portant des noms différents parce que signalées par des auteurs différents ou rencontrées chez des animaux différents? La question est loin d'être élucidée, d'autant

moins que les caractères antigéniques de ces organismes sont très variables non seulement d'une espèce de spirochète à une autre mais encore chez le même spirochète au cours de l'évolution de la maladie.

Selon Gay et ses collaborateurs, on doit inclure dans l'espèce *Borrelia recurrentis*, qui cause la fièvre type européen, *Borrelia cartieri* (Indes), *Borrelia berbera* (Algérie), *Borrelia novyi* (New-York).

Toujours d'après ces auteurs, on doit comprendre dans le groupe *Borrelia duttoni*, cause de la fièvre type africain, *Borrelia hispanicum* (Espagne), *Borrelia hispanicum*, variété *maroccanus* (Maroc), *Borrelia kochi* (Afrique orientale), *Borrelia neotropicalis* (Panama), *Borrelia venezuelensis* (Amérique du Sud).

Nicole, Blaizot, Conseil, Blanc, en étudiant le *Borrelia recurrentis*, variété *berbera*, ont pu démontrer le rôle du pou dans la transmission de la maladie. Le spirochète disparaît rapidement du corps du pou après le repas infectant. Cependant, le pou devient infectant 5 à 6 jours après ce repas alors qu'il n'y a pas de spirochète visible dans son organisme. Du 7ème au 10ème jour, on retrouve dans le corps du pou de petits spirochètes qui sont infectants. Après 10 jours, on ne retrouve que des spirochètes adultes et cependant le pou n'est pas infectant. Après 19 jours, on ne retrouve plus de spirochètes dans l'organisme du pou.

Expérimentalement, ces auteurs ont démontré qu'un homme a pu être piqué 15,500 fois par des poux infectés sans contracter la maladie. Il a suffi toutefois de broyer un pou infecté et d'appliquer le broyat sur la conjonctive de ce volontaire pour qu'il contracte la maladie.

Chez la tique qui transmet la maladie type africain, Leishman a démontré de son côté la transmission héréditaire du spirochète et l'apparition de granulations dans le corps de ce moustique. Lorsque les spirochètes disparaissent, les granulations restent infectantes pour la souris.

Contrairement au pou, la tique peut transmettre la maladie directement par les sécrétions de ses tubes malphigiens.

L'homme et les animaux inférieurs sont les réservoirs de spirochètes. La maladie semble suivre l'homme dans ses déplacements comme on a pu le constater en observant la marche des caravanes. Les maisons d'habitation ou de repos restent des foyers d'infection après le passage de ces nomades. On admet que les tiques infectées piquent les rats et que ces derniers demeurent des porteurs de spirochètes jusqu'au passage d'une autre caravane. Les tiques ou les poux vont alors s'infecter sur ces rongeurs et peuvent ensuite transmettre de nouveau la maladie à l'homme.

Dans les deux cas qui nous intéressent, s'agit-il de fièvre récurrente? Il faut bien admettre que les signes cliniques seuls n'imposent pas d'emblée le diagnostic. La courbe de température dans l'un et l'autre cas n'est pas ce qu'on pourrait appeler caractéristique, mais il faut signaler aussi que dans les deux cas les patients ont reçu de la pénicilline et des sulfamidés et que le *Borrelia recurrentis* est légèrement sensible à l'action de la pénicilline. La présence toutefois de spirochètes dans le sang des deux patients et dans le foie de l'un d'eux lève les doutes et permet de dire: fièvre récurrente, mais de quel type?

Il est vraisemblable de supposer qu'il s'agit d'une fièvre récurrente soit type européen, soit type voisin, mais d'une maladie restant dans le cadre des fièvres récurrentes bénignes. L'évolution de la maladie de même que les tentatives d'inoculation laissent croire en fait qu'il s'agit d'une forme bénigne.

L'un des enfants ayant succombé à la suite de broncho-pneumonie, il convient de rappeler les complications pulmonaires particulièrement graves signalées par Whitmore et qui surviennent fréquemment en pareil cas.

La transmission de la maladie aux deux enfants s'est faite vraisemblablement par les

poux ou les punaises, les tiques étant plutôt rares dans cette partie du pays. Toutefois, pour démontrer ce fait d'une manière irréfutable, il nous aurait fallu examiner un très grand nombre de ces arthropodes et trouver chez quelques-uns d'entre eux le *Borrelia recurrentis*. Malheureusement, il nous a été impossible de nous procurer ce matériel.

Quant à l'origine de l'infection, nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses. La maladie étant à peu près inconnue au Canada, nous avons pensé d'abord à une contamination possible par l'intermédiaire de domestiques étrangers venant de régions où la maladie sévit à l'état endémique. Une enquête a démontré que l'institution qui a recueilli ces enfants n'a jamais eu recours aux services de telles personnes.

On peut se demander si le transport rapide, par avion, de produits les plus variés, venant souvent de régions très lointaines, ne pourrait pas être un mode d'importation de parasites infectés. Ce problème a été étudié au cours de la dernière guerre, et la possibilité d'un tel

transport a été établie pour d'autres maladies, telle la maladie du sommeil.

Existe-t-il au Canada un type particulier de fièvre récurrente jusqu'ici non identifié faute de recherches appropriées? Ceci est peu probable. Cependant, il faut retenir que ces deux enfants n'ont eu apparemment aucun contact avec des personnes étrangères au pays entre le moment de leur admission à la crèche, soit les 6 et 8 août respectivement, et l'écllosion de la maladie, vers la fin du mois d'octobre dans les deux cas, soit plus de deux mois, et que la période d'incubation de la fièvre récurrente, type européen, est d'environ 8 jours.

Ce sont là autant de questions auxquelles il nous est impossible de répondre à l'heure actuelle mais qui devront, si de nouveaux cas se présentent, retenir l'attention des hygiénistes et des épidémiologistes. Il appartiendra à ceux-ci en définitive d'établir le lien entre la maladie constatée et son origine. (1)

1. Depuis la présentation de ces deux cas à l'assemblée scientifique du bureau médical de l'Hôpital Notre-Dame, nous avons relevé un troisième cas de spirochétose superposable aux deux premiers. Ce dernier cas n'a eu aucun contact avec les deux premiers: c'est un cas privé.

DE L'EFFET DES RAYONS X SUR LA GROSSESSE ET DE L'EFFET DE LA GROSSESSE SUR LE CANCER

(A propos d'une observation personnelle)

Germain PINSONNEAULT,

Chef du service de Roëntgentherapie à l'Institut du Radium (Montréal).

Observation.

Mme E. M. (dossier: 31-036), 35 ans, nullipare, de Détroit, Michigan, vient nous consulter le 29 mai 1947, pour une tumeur du sein droit apparue il y a un an et demi, et enlevée, pour biopsie, dans un hôpital de sa localité, il y a 3 semaines.

Le protocole de l'examen biopsique se lit comme suit:

"Gross description. The specimen is a skin-covered piece of neoplastic tissue measuring 3.5 cms in maximum dimension. This mass is roughly spherical and not encapsulated. The overlying skin is ulcerated. On section, the tissue is found to be friable, and the cut surface is creamy-yellow. This tissue has the gross appearance of a malignant neoplasm.

"Frozen section diagnosis. Adenocarcinoma grade 3 (metastatic) involving skin and subcutaneous tissues.

"Microscopic examination. Sections reveal a poorly differentiated, highly anaplastic, rapidly growing, adenomatous new growth, apparently derived from the ducts of the breast. The new growth has typical morphology, and the dilated ducts contain necrotic material.

"Micro diagnosis. Adenoma (ductal origin) involving skin of right breast. Patient should have a radical mastectomy since that is undoubtedly primary in the right breast."

L'examen physique, pratiqué le 29 mai, fournit les données suivantes. Le sein droit est légèrement augmenté de volume. Dans le quadrant supéro-externe, on aperçoit une zone d'érythème des dimensions d'une pièce de 50 sous avec, au centre, une plaie opératoire, incomplètement cicatrisée, d'où s'échappe un liquide séro-sanguinolent. Tout le sein, qui est du volume d'une grosse orange, présente la même consistance particulière. On n'y perçoit

pas de noyau individualisé. Il n'y a pas non plus, à proprement parler, de peau d'orange, mais il existe un certain degré d'infiltration cutanée et sous-cutanée. L'organe dans son ensemble a perdu sa souplesse normale. Il est aussi légèrement douloureux au palper. Dans l'aisselle, accolé à la paroi interne et partiellement fixé, on trouve un ganglion dur, du volume d'une noix. Le crux sus-claviculaire paraît indemne. L'autre sein, ainsi que le territoire lymphatique qui y correspond, ne présente rien d'anormal.

Il n'y a pas de métastase pulmonaire, ni de raison clinique de penser à une métastase squelettique. Nous décidons d'irradier cette tumeur avant de la confier à la chirurgie.

La roëntgentherapie commence le jour même, 29 mai, dans les conditions suivantes. Tension constante: 210 Kv. Intensité: 10 mA. Distance A.P.: 50 cm. Filtre: 2 mm. Cu. 1 mm. Al. Un champ mammaire qui couvre toute la glande, un champ axillaire antérieur, un champ axillaire postérieur et un champ sus-claviculaire. Une séance de 200 r tous les jours, en changeant de champ.

Nous faisons part à la malade de notre avis que la castration ovarienne contribuerait chez elle à augmenter les chances de guérison. Mais nous ajoutons que cette opinion n'est pas partagée par tout le monde, qu'elle peut consulter ailleurs, et que c'est à elle en somme qu'il appartient de décider. Deux jours plus tard, la malade nous déclare qu'elle consent à la stérilisation. Mais elle nous apprend en même temps qu'elle présente un retard de règles de plusieurs semaines. Un tel retard chez une femme de 35 ans, dont les menstruations ont toujours été parfaitement régulières, est, jusqu'à preuve du contraire, la marque d'une grossesse. Nous demandons un Zondek, sur

les urines du matin, dans le laboratoire d'un de nos grands hôpitaux. Le 4 juin, le Zondek revient *néгатif*.

Nous prescrivons 5000 r sur les ovaires, par les 4 portes d'entrée habituelles, avec des champs circulaires de 5 pouces de diamètre, à raison de 300 r par jour, en alternant les champs. Et, comme la malade est d'assez forte corpulence, nous demandons que ces traitements soient donnés à 350 KV., 2 mm. Cu. 3 mm. d'Al. et 90 cm. de distance. Pour éviter des phénomènes d'intolérance dus à l'absorption de doses trop massives de rayons X, nous demandons en outre que l'irradiation des ovaires ne soit pratiquée que quand l'irradiation de la lésion mammaire sera terminée.

Le 19 juin, nous jugeons à propos d'interrompre les irradiations relatives à l'épithélioma du sein. *Un érythème était apparu sur le champ mammaire dans des conditions que nous ne sommes jamais parvenus à expliquer.* La technique suivie ne justifiait pas en effet la présence d'un érythème avec des doses aussi faibles que les suivantes:

Champ mammaire,	1624 r. i.
Champ axillaire antérieur,	1424 r. i.
Champ axillaire postérieur,	1426 r. i.
Champ sus-claviculaire,	2383 r. i.

Pour ce qui est des ovaires, la quantité de rayons X administrée, mesurée dans l'air, au moyen d'un ionomètre Victoreen, régulièrement calibré et vérifié, fut

pour la fosse iliaque droite,	de 1560 r. i.
pour la fosse iliaque gauche,	de 1300 r. i.
pour la région sacro-iliaque droite,	de 1080 r. i.
et pour la région sacro-iliaque, gauche,	de 850 r. i.

soit au total 4790 r. i., du 18 juillet au 7 août.

La malade regagna les Etats-Unis le 7 août. Le ganglion axillaire était difficilement palpable, la plaie opératoire cicatrisée, la fistule tarie, et le sein s'était passablement assoupli. Les traitements devaient reprendre au bout de deux mois.

La patiente revint le 21 octobre suivant. L'abdomen était augmenté de volume, et il fut facile, à l'aide d'un cliché radiographique, de voir qu'il s'agissait d'une grossesse. Du côté de la lésion mammaire, on notait des signes

manifestes d'activité, caractérisés par un empatement et une infiltration persistante dans la zone de la cicatrice opératoire. Nous insistâmes sur la nécessité de reprendre immédiatement une nouvelle série de rayons X, l'irradiation pratiquée au printemps étant évidemment insuffisante. Mais la malade se trouvait, paraît-il, dans l'impossibilité de séjourner à Montréal: elle promit de voir à se faire traiter en arrivant chez elle.

Deux problèmes inquiétants se posaient dans son cas: que deviendrait la grossesse du fait des rayons X et que deviendrait le cancer du fait de la grossesse?

Que serait cet enfant qui, au début du quatrième mois de sa vie utérine, avait absorbé, à travers les tissus de sa mère, une dose généralisée de rayons X de l'ordre de 1500 r.? (Le taux de pénétration, dans 10 cm. d'eau, pour l'appareillage utilisé, étant d'environ 40%.) Deux hypothèses étaient à envisager.

Mort de l'œuf. Si l'interruption de la grossesse avait eu à se produire, il semble qu'elle se serait produite plus tôt. Le volume régulièrement croissant de l'utérus et l'aspect du squelette sur le cliché radiographique étaient là pour prouver qu'il s'agissait d'un fœtus vivant. Et cependant l'expérience de la télérœnthérapie montre qu'un organisme humain qui recevrait, par la totalité de sa surface, une dose de 1500 r en 3 semaines (durée de la stérilisation) serait voué à une anémie fatale, à moins de transfusions qui soient répétées jusqu'à la réfection problématique des organes hémopoïétiques. On paraît donc en droit de se demander si le système hémopoïétique du fœtus possède une radiorésistance particulière, ou si ses moyens accrus de défense lui viennent de la mère. Mais par quel mécanisme la mère serait-elle en mesure de suppléer à une déficience de l'hémopoïèse du fœtus? Si ce n'est pas par un transport de cellules, qui paraît évidemment impossible, il faut bien que ce soit par des substances chimiques de défense qui auraient pour propriété, ou d'augmenter la résistance des globules, ou de neutraliser les leucotoxines (?) produites par l'absorption

des radiations, ou d'activer la réfection des centres hémopoïétiques. Le sérum de femme enceinte jouirait-il en soi de propriétés anti-anémiques extraordinaires? Ou ces propriétés pourraient-elles lui être conférées du fait de l'irradiation que la mère subit conjointement avec son fœtus? La fragilité des capillaires et les phénomènes de purpura observés sur des animaux irradiés, à certaines époques de la vie intra-utérine, viendraient-ils du fait que la barrière de protection opposée par l'organisme de la mère est outrepassée ou prise en défaut?

Monstruosités et malformations. A trois mois révolus, l'embryon devient un fœtus. Il semble à priori que la période embryonnaire soit la seule où les radiations puissent donner naissance à des monstruosités. L'action perturbatrice des rayons X, ou gamma, sur les gonades, les gamètes, la segmentation de l'œuf, la gastrulation, l'élaboration de l'axe embryonnaire, a été notée par les premiers expérimentateurs. On est logiquement porté à penser que l'effet nocif des radiations sur l'embryon comme sur la cellule est d'autant plus marqué que leur administration est plus précoce. Il est certain cependant que les choses ne sont pas tout à fait aussi simples. On a appris par exemple que les œufs fécondés par des spermatozoïdes irradiés directement donnent une proportion de mutations beaucoup plus importante que ceux qui le sont par des spermatozoïdes irradiés à l'état de spermatocytes, ou de spermatogonies. De même, on aurait acquis de bonne heure la preuve que l'embryon passe par des stades de radiosensibilité qui ne sont pas directement fonction de son âge. L'étude de ces périodes critiques chez les mammifères, et particulièrement chez les rats, a fait l'objet de nombreux travaux. On a constaté que des doses relativement minimes, administrées au 9^{ième}, 10^{ième} et 11^{ième} jour de la gestation, engendraient des troubles du développement, particulièrement apparents à l'endroit des yeux, des mâchoires et de l'extrémité céphalique. L'irradiation pratiquée les 13^{ième} et 14^{ième} jours donnerait lieu à des anomalies du

squelette qui rappelleraient un peu celles qu'on obtient par une déficience du régime de la mère en riboflavine. Il paraît même qu'on peut atténuer ces anomalies par l'administration de foie et de riboflavine.

Il ne faudrait pas cependant conclure de là que l'action des radiations sur l'embryon s'exerce exclusivement par la production de substances chimiques au sein de l'organisme. On sait au contraire que les quanta d'énergie, ou photons, ont une action directe sur certains "points vitaux" des chromosomes. Le problème de l'action des radiations sur la grossesse se complique ainsi, non seulement du degré de fertilité et de la puissance histogénétique des cellules lésées, mais encore, et surtout, du degré de précision et de l'énergie des photons-projectiles à l'endroit de cibles infiniment ténues, constituées par des macromolécules mystérieuses, dispersées dans le noyau. En effet, les régions de l'embryon mises à l'abri des rayons nocifs par des caches protectrices se développeraient normalement.

Les observations de malformations attribuables à des irradiations administrées durant la vie intra-utérine ne manquent pas dans la littérature médicale. Ce qui manque, ce sont les données quantitatives et les détails de technique qui permettraient de les interpréter avec profit pour la clinique. En 1943, Lamy rapportait, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le cas d'un monstre microcéphale dont la mère avait été irradiée au troisième mois de la grossesse. L'irradiation avait été pratiquée sur le col utérin au moyen de radium. La dose était de 30 m.c.d. ou de 4000 milligrammes heures. Si la filtration utilisée était de l'ordre d'un millimètre de platine, comme nous sommes enclins à le penser, cette dose pourrait correspondre grossièrement à la quantité de radiations en cause dans notre observation.

La deuxième question qu'on était naturellement porté à se poser dans le cas de notre malade avait trait à l'influence de la grossesse sur le développement du cancer. Pendant longtemps, l'opinion a prévalu que la grossesse

se accélérât la marche du cancer. Plusieurs raisons théoriques, sur lesquelles il serait superflu d'insister, semblaient en effet plaider dans ce sens. Puis, peu à peu, des faits de plus en plus nombreux sont venus mettre cette croyance en doute. Certains auteurs estiment aujourd'hui que le développement du cancer du sein ou du col utérin est nettement retardé du fait de la grossesse. Ils expliquent la chose en alléguant que la progestérone contre-balancerait, ou enrayerait, en quelque sorte, l'action cancérogène de l'oestrine.

L'enfant vint au monde le 13 janvier 1948. C'était une fille de 7 livres, qui présentait tous les caractères d'un bébé à terme et parfaitement constitué.

La montée laiteuse se fit normalement aux deux seins et les suites de couche évoluèrent sans particularité.

La malade revint nous voir à l'automne 1948. Elle nous apprit que depuis son passage à Montréal, en octobre 1947, elle avait subi une première opération avant son accouchement et une deuxième après, cette dernière, suivie de 10 séances de rayons X. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir de détails précis sur ces traitements. L'examen physique pratiqué à cette époque (septembre 1948) montrait cependant que les interventions avaient consisté seulement en résections partielles. La glande mammaire n'avait pas été enlevée. On trouvait deux cicatrices opératoires, une première se superposant sur celle de l'ancienne biopsie, et une deuxième sur la paroi antérieure du creux axillaire. Dans les tissus sous-jacents aux deux cicatrices, on percevait des signes indiscutables de récurrence locale. Nous avons fait part à la patiente de l'urgence qu'il y avait pour elle de se soumettre à un nouveau traitement intensif et prolongé de rayons X. Elle nous apporta, pour différer ce traitement, les mêmes éternelles raisons qu'on trouve dans la bouche de la plupart des cancéreux: des occupations actuellement pressantes, de lourdes obligations financières récemment contractées, l'impossibilité d'abandonner le foyer à des étrangers, l'absen-

ce de ce stimulant salubre qu'est la douleur, et les déboursés qui n'en finissent plus. Il semble en effet, soit dit en passant, que le traitement du cancer pour le salarié moyen soit aussi ruineux dans la république voisine que chez nous.

Nous avons eu récemment (début de février 49) des nouvelles de la mère et de son enfant. Celle-ci, actuellement âgée de 13 mois, est parfaitement normale à tout point de vue. L'état de la mère par contre s'est fortement aggravé. Des masses sont apparues dans l'aisselle. Le bras et l'avant-bras sont le siège d'un gonflement énorme et douloureux. La malade est sous les soins d'un spécialiste qui lui fait subir un traitement de piqûres (?) sur lesquelles nous manquons de précisions. Elle n'a encore jamais été menstruée depuis sa grossesse.

Résumé

Une femme de 35 ans, atteinte d'un cancer du sein, devient enceinte, sa grossesse évolue normalement en dépit d'une dose de rayons X de 4790 r, administrée sur les ovaires, en 3 semaines. Le traitement fut donné entre le 90^{ième} et le 112^{ième} jour de la grossesse. La qualité du rayonnement utilisé était telle qu'on peut estimer à plus de 30% la fraction de la dose incidente qui a atteint le fœtus. Sur l'enfant âgée de 13 mois, on n'a encore observé aucune anomalie du développement. La mère, menstruée régulièrement avant sa grossesse, n'a pas eu de règles depuis.

La castration ovarienne pratiquée au début du quatrième mois de la grossesse et une dose de 1624 r administrée sur la mamelle durant le deuxième mois, ont paru sans effet sur la montée laiteuse.

L'évolution du cancer du sein n'a pas paru accélérée du fait de la grossesse.

La radiosensibilité de la glande mammaire a paru accrue du fait de la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

- E. BUCKYS: « Roentgen Castration in Metastazing Carcinoma of Breast. » *Strahlentherapie*, 76: 159-163, 1947.

- Howard W. JONES Jr et William NEILL Jr: « Treatment of carcinoma of cervix during pregnancy. » *Am. J. Obst. and Gynec.*, **48**: 447-463, 1944.
- William LEVINE et Samuel WEINER: « Carcinoma following pregnancy with spontaneous cure. » *Am. J. Obst. and Gynec.*, **49**: 778-782 (juin) 1945.
- Josef WARKANY et Elisabeth SCHRAFFENBERGER: « Congenital malformation induced in rats by Roentgen rays. » *The Am. Jour. of Roentgen. and Rad. Therapy*, **57**: 455-463 (avril) 1947.
- E. G. BUTLER: « Effects of radium and X rays on embryonic development. » In Duggar B. M. Editor. *Biological Effects of Radiation*. McGraw Hill Book Co., N.-Y., 1936, page 1939.
- De NOBELE et LAMS: « Action des rayons Röntgen sur l'évolution de la grossesse et le développement du fœtus. » *Bull. Acad. roy. de méd. de Belgique, Brux.*, **5**: 66, 1925.
- T. T. JOB, G. J. LEIBOLD et H. A. FITZMAURICE: « Biological effects of Roentgen rays: determination of critical periods in mammalian development with X-rays. » *Am. J. Anat.*, **56**: 97-117, 1945.
- A. LACASSAGNE et G. GRICOUROFF: *Action des radiations sur les tissus*. Masson et Cie, édit., Paris, 1941.
- Maurice LAMY, Mlle L. JUMMET, Mme C. POGNAN et Mlle O. SCHWEISGUTH: « Nanisme microcéphalique chez un enfant exposé à l'action du radium au troisième mois de la vie intra-utérine. » *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, **59**: 35-36 (janvier) 1943.

CARACTÈRE DES DYSPNÉES AU COURS DE CERTAINES SCLÉROSES PULMONAIRES¹

J.-Louis PILON,

Médecin de l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

On est souvent porté à croire que les dyspnées surtout dites permanentes, au moindre effort, relèveraient d'un trouble pulmonaire organique (en particulier la sclérose pulmonaire) alors que les dyspnées dites paroxystiques — transitoires — seraient plutôt attribuées à un trouble fonctionnel, le bronchospasme.

Cette conception pathogénique correspond-elle rigoureusement aux faits cliniques et se justifie-t-elle dans tous les cas? Les observations cliniques que j'ai l'honneur de vous présenter sont loin de le prouver. Et cependant l'expression de sclérose pulmonaire est couramment employée dans la littérature médicale pour désigner des affections respiratoires chroniques dont la dyspnée permanente constitue un des symptômes prédominants. On peut sans doute justifier cette appellation par certains signes physiques d'emprunt: la submatité, l'augmentation des vibrations, respi-

ration trouble ou soufflante avec retentissement de la voix traduisant naturellement un état de densification de la sclérose pulmonaire; ou encore par des signes radiologiques indiscutables: nodules denses, opacités des hiles d'où émanent des arborescences en éventail que sont les ombres broncho-vasculaires épaissies, culs-de-sac obscurs, diaphragme festonné, à mobilité plus ou moins réduite, rétraction du thorax avec embrication des côtes, déplacement médiastinal, déviation cardiaque et que sais-je? Bien souvent nous n'avons pas de signes aussi manifestes, mais on est frappé par le caractère de la dyspnée continue chez nos patients et l'on est porté alors à diagnostiquer une lésion organique pulmonaire à cause de la permanence d'un symptôme fonctionnel.

Nous pouvons sans doute établir le diagnostic de sclérose pulmonaire, mais nous ne pouvons conclure à l'origine organique d'une dyspnée permanente à cause des facteurs multiples qui sont à l'origine de la dyspnée: principal

1. Communication au XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

symptôme clinique et strictement subjectif de l'insuffisance ventilatoire. Des techniques d'investigation plus parfaite telles que la broncho-spirométrie et l'apport d'une thérapeutique adjuvante nouvelle par l'augmentation de la capacité vitale pourraient fixer la part réversible et la part irréversible d'une insuffisance respiratoire et nous donner des précisions nouvelles tant au point de vue diagnostique que pronostique. C'est ainsi que l'emploi de médicaments broncho-dilatateurs et surtout leur administration directe par la voie respiratoire sous forme d'aérosols, réalisant une concentration médicamenteuse broncho-alvéolaire beaucoup plus grande que par les autres voies d'administration, donne, quand il n'y a pas d'obstacle alvéolaire à son absorption, des résultats rapides et intéressants.

Samuel S. Prigal, dans une étude sur les aérosols thérapeutiques (*Annals of Int. Medicine*, avril 1948), envisagerait le traitement des maladies autres que pulmonaires en se servant du poumon comme porte d'entrée d'aérosol.

Nous avons connu quelques cas où l'attribution d'un état dyspnéique apparemment définitif à une sclérose pulmonaire n'a pu être confirmé en raison de la disparition au moins temporaire de ce symptôme fonctionnel respiratoire soit après avoir calmé le facteur nerveux ou après traitement aux aérosols broncho-dilatateurs.

Je veux simplement vous rapporter quelques observations et vous exposer quelques déductions que comporte la connaissance de ces cas.

Observation 1.

M. W. W., malade âgé de 58 ans. Depuis 5 ans, à la suite de pneumonies, apparition d'essoufflement d'abord discontinu puis plus fréquent et plus intense ces 2 dernières années. (Il faut noter que le malade reprenait son travail un mois après ses pneumonies.)

Cette insuffisance respiratoire se traduit par les symptômes suivants: gêne respiratoire après les repas, au réveil, aux changements brusques de température et surtout aux efforts, au point qu'il ne peut travailler que pénible-

ment. Au poumon gauche, en arrière, on entend quelques râles ronflants, surtout à l'expiration, qui est particulièrement prolongée. *Radiographie*: fine densification péribronchique surtout à la plage droite. Diaphragme déformé, les sinus externes sont abolis. Après la cure de repos et quelques traitements broncho-dilatateurs la dyspnée a été moins intense, la ventilation est améliorée et le patient a pu reprendre son travail au ralenti.

Observation 2.

Mlle Lucienne G., 38 ans — Pneumonie à l'âge de 12 ans, autre pneumonie à 13 ans. Depuis cette époque, bronchites fréquentes tous les hivers avec toux et expectoration; à 30 ans apparition d'une dyspnée d'effort d'abord transitoire ne survenant qu'à certaines périodes.

Depuis l'âge de 35 ans, cette dyspnée d'effort augmente d'intensité au point que la malade ne peut mener une vie active: le seul fait de monter un étage, la moindre inquiétude provoque une réaction polypnéique. L'auscultation dénote une respiration presque abolie aux bases et la toux n'extériorise que quelques râles secs.

La patiente dyspnéique, malgré le repos, est soumise à un traitement d'aérosol à base d'éphédrine et d'atropine et les troubles respiratoires sont améliorés au point que la patiente peut vaquer aux soins du ménage. Cependant la patiente note une légère oppression au cours des menstruations, grandement soulagée par les œstrogènes. (Il existerait en plus ici le facteur endocrinien.) *Radio*: fine condensation péribronchique; à la scopie: cœur diminué.

Observation 3.

M. Gérard B., 28 ans — Ce malade, depuis 3 ans surtout, accuse des douleurs thoraciques diffuses accentuées en inspiration profonde avec gêne respiratoire continuelle.

Depuis cette époque, toux fréquente sans expectoration et la dyspnée d'effort ayant acquis peu après un caractère important au moindre effort qui provoque parfois des crises de suffocation. Le patient est tenu strictement au

lit, le facteur nerveux est calmé par les barbituriques à hautes doses et réagit mal au traitement broncho-dilatateur en aérosol; puis la dyspnée disparaît durant six mois pour réapparaître, à la suite d'un surmenage physique depuis un mois.

Ce malade est suivi à l'hôpital des Vétérans depuis 5 ans pour une forme pulmonaire de la maladie de Besnier Beck Schauman. Le diagnostic fut confirmé par la biopsie d'un ganglion dont voici le rapport histologique: lésions consistant en tubercules d'aspect miliare rond séparés par du tissu fibreux. Les tubercules sont en partie composés de cellules épithélioïdes et dans quelques-uns on trouve de larges cellules géantes, mais pas de couronnes de lymphocyte, la fibrose est très marquée et il n'y a aucune caséification des tubercules.

Diagnostic: sarcoïde de Boeck. La radiothérapie fut donnée mais sans grand résultat. La radiographie pulmonaire nous montre des placards hilaires d'où émergent, en éventail, au sein du parenchyme pulmonaire, des traînées fibreuses denses, deux images de pneumos spontanés aux 2 sommets qui expliqueraient la réduction momentanée de la capacité vitale et la dyspnée consécutive.

Il s'agit sans doute des bulles d'emphysème géant qui ont éclaté pour donner des pneumos spontanés.

De même que certaines formes torpides altèrent la trophicité du parenchyme pulmonaire et entraînent la lente formation d'une sclérose systématisée entourée de plages d'emphysème atrophique, le lent processus de la maladie du sarcoïde de Boeck, générateur de la sclérose pulmonaire, comme l'ont démontré plusieurs contrôles nécropsiques, peut donc, dans certains cas, être la cause d'importantes lésions d'emphysème atrophique au même titre que toute inflammation ou cicatrice chronique.

Cet état ne constitue pas, à proprement parler, une forme spéciale de la sarcoïdose. Il s'agit là plutôt d'un incident susceptible d'être rencontré au milieu de lésions scléreuses de types assez divers.

Vous voyez dès lors la complexité des facteurs qui entrent en jeu dans toute dyspnée; ainsi, sous l'influence soit mécanique ou de certaines réactions nerveuses qui conditionnent la sensibilité du réflexe pulmonaire et les effets adjuvants thérapeutiques des aérosols broncho-dilatateurs, nous avons vu des dyspnées rebelles régresser de façon appréciable et même disparaître pour de longues périodes de temps. Par conséquent, ces états dyspnéiques ne seraient pas liés exclusivement à la condition lésionnelle organique qui est la sclérose pulmonaire. Il faut en outre tenir compte de la réserve respiratoire, cet excès de capacité respiratoire qui n'est pas utilisé. C'est ainsi qu'on envisage, chez le sujet normal, la mise en jeu en quelque sorte compensatrice d'un territoire respiratoire qui normalement ne participe pas à la respiration et que l'on pourrait hypothétiquement considérer comme indemne. Nous savons que l'armature conjonctive élastique des canaux broncho-alvéolaires conserve une certaine rigidité jusqu'aux bronchioles respiratoires et alors des modifications du calibre bronchique engendrées soit par des affections broncho-pulmonaires banales ou des réflexes broncho-spasmodiques répétés peuvent à la longue entraîner une *réduction durable* du calibre des bronchioles respiratoires et d'un autre côté la musculature bronchiolaire, sous l'effet des fibres *inhibitrices broncho-dilatatrices* venant du sympathique, peut agir dans le *sens du relâchement* et ramener les bronchioles à leur calibre normal.

Il n'est donc pas indispensable d'être en présence d'une sclérose pulmonaire pour expliquer une dyspnée rebelle à évolution prolongée pas plus que la régression de celle-ci n'implique la rupture de la sclérose.

Par conséquent, au simple point de vue clinique, les observations ci-dessus et en particulier la dernière nous montrent qu'une dyspnée à caractère chronique ne peut être rapportée exclusivement à une lésion organique du seul fait d'une dyspnée permanente. Il va de soi que la sclérose pulmonaire, en plus des symptômes fonctionnels et surtout des images

radiologiques de fibrose, constitue une entité anatomique indiscutable et un terrain favorable à l'insuffisance respiratoire.

Cependant, ni l'existence de lésions anatomiques scléreuses ni la constatation d'images radiologiques de fibrose ne doivent permettre d'attribuer exclusivement à tels processus lésionnels une insuffisance ventilatoire puisque des études broncho-spérométriques ont démontré que fréquemment l'insuffisance pulmonaire ne peut être prévue par de simples observations cliniques et radiologiques. D'une façon générale, les lésions parenchymateuses localisées, même assez étendues parfois, ne troublent la fonction qu'à un faible degré alors que les causes qui gênent la mobilité thoracique, comme les réactions pleurales qui arrivent à la suite des épanchements séro-fibrineux — au cours de certains pneumothorax le fibro-thorax — immobilité ou paralysie diaphragmatique — les pleurodynies, jouent un rôle beaucoup plus important.

Le traitement par les aérosols broncho-dilatateurs donne des régressions intéressantes et

de durée assez prolongée des signes fonctionnels et vous prouvent la réversibilité de l'insuffisance ventilatoire et que celle-ci peut être en grande partie indépendante d'une lésion organique pulmonaire. Et, pour terminer, je crois utile d'insister sur cette conception classique. Les pneumonies, les broncho-pneumonies traînantes, les bronchites persistantes ou récidivantes peuvent laisser, surtout chez des sujets prédisposés, certaines cicatrices scléreuses dont la multiplication et l'extension aboutissent à la formation de tissu fibreux plus ou moins dense, et favoriser l'écllosion de troubles pulmonaires fonctionnels sérieux au point de compromettre l'avenir social. Il faut donc tendre à traiter le plus rapidement et le plus longtemps possible les affections broncho-pulmonaires banales avec surveillance plus étroite de 3-6 mois de convalescence quand il s'agit particulièrement de pneumonie, pleuro-pneumonie, et surtout à prévenir cette sclérose et ses conséquences par des règles d'hygiène appropriées, ce qui est mieux que la médecine curative.

TRAITEMENT ACTUEL DES ÉTATS CAUSALGIQUES¹

Maurice GERVAIS,

Chirurgien à l'Hôpital Général de Verdun (Montréal).

Avant de vous parler de traitement, disons quelques mots de l'étiologie et des principaux signes cliniques de la causalgie et des états causalgiques.

La causalgie est un syndrome qui se manifeste par une sensation de brûlure intense accompagnée d'hyperesthésie et de troubles vaso-moteurs et trophiques et qui s'installe à une extrémité après un accident ou une blessure même minime. Une blessure nerveuse associée ou non à une blessure d'un vaisseau sanguin est toujours à l'origine des troubles. Les malaises apparaissent parfois dès les premières

heures et parfois après plusieurs jours, ce qui est un phénomène totalement inexplicable. Les malaises sont d'intensité variable, mais sont constants.

La causalgie accompagne avec prédilection les blessures des nerfs médian, cubital et sciatique. La douleur est aggravée par le mouvement du membre malade, par le moindre atouchement, par le contact des couvertures du lit, par l'effleurement de la peau et même par les courants d'air. Localement, la peau est cyanosée, très chaude ou très froide, toujours reluisante et transpire beaucoup. L'extrémité est en général œdématisée.

La causalgie est assez bien connue et se re-

1. Communication au XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

connaît facilement depuis la description classique qu'en a donnée Mitchell.

La pathologie et la pathogénie de cette affection sont très peu connues et nous ne parlerons pas des diverses théories. Ajoutons que la causalgie est, par chance, assez rare dans la pratique civile et la majorité des auteurs croient qu'il existe un cas de causalgie sur 150 cas environ de blessures nerveuses, mais on ne sait pas pourquoi la causalgie apparaît chez l'un et n'apparaît pas chez l'autre.

Par contre, il existe un groupe important de troubles survenant après des traumatismes variables des membres comme des fractures, des entorses, des luxations. Quelques auteurs croient même que ces troubles peuvent apparaître, sans l'influence d'un traumatisme. On a désigné ce syndrome de diverses façons: les troubles réflexes post-traumatiques, l'atrophie de Sudeck, la dystrophie réflexe, la causalgie mineure ou atypique, l'ostéoporose algique, l'œdème traumatique chronique, l'œdème trophique, la sympathalgie et ainsi de suite. Aujourd'hui, plusieurs emploient le terme "état causalgique" et c'est celui que nous préférons pour l'instant.

L'examen de ces extrémités ne décèle aucun trouble sensitif. Il y a hypotonie ou hypertonie musculaire et l'atrophie n'apparaît que tardivement. Les réactions vaso-motrices de l'extrémité sont très importantes. Les oscillations sont diminuées ou augmentées. A la radiographie, l'ostéoporose n'apparaît que chez les cas avancés.

Au membre supérieur, ce qui semble fréquent, c'est la présence d'une contracture qui peut exister à la main, au coude, à l'épaule. Les doigts sont raides et rétractés et les mouvements du coude et de l'épaule sont limités. Ici, l'œdème et la sudation ne sont pas très intenses. La douleur est variable et peut n'apparaître qu'au mouvement. Parfois, le patient se présente avec une main tombante et se plaignant qu'il ne peut plus travailler, qu'il n'a plus de force au bras et que sa main est enflée, douloureuse, et qu'il sent des picotements au bout des doigts. D'autres fois, le patient se

présente avec uniquement des troubles vaso-moteurs, froideur, œdème, sudation marquée et douleur.

Au membre inférieur, nous sommes en présence d'un œdème important le plus souvent. La douleur est plus marquée à la marche et les patients nous disent que leur pied est sensible au froid.

Comme vous voyez, ces signes peuvent être présents à des degrés très variables. Quelques-uns ont de l'œdème, d'autres n'en ont pas. Quelques-uns souffrent, d'autres ne souffrent pas. Le tableau clinique est très vague et variable; néanmoins l'état causalgique se reconnaît facilement et, si le traitement n'est pas commencé tout de suite, les résultats fonctionnels peuvent être très graves. La fibrose péri-articulaire se forme, les mouvements deviennent de plus en plus limités, l'atrophie s'installe et le membre devient inutile.

En présence d'un cas de causalgie, nous devons penser, en premier lieu, à une irritation nerveuse locale toujours possible. Il y a parfois guérison à la suite de l'exérèse d'un corps étranger ou d'une neurolyse. Si l'examen découvre un point très douloureux et localisé, "un trigger point", il faut l'infiltrer d'une solution de novocaïne. Mais, dans la majorité des cas, l'action sur le système nerveux sympathique est nécessaire. Nous commençons par un blocage paravertébral. Si le blocage est suivi de soulagement, il faut répéter le procédé. Si la durée du soulagement après chacun des blocages devient de plus en plus prolongée, la guérison sera assurée au moyen de cette méthode. Si, au contraire, la durée du soulagement ne dépasse pas la durée de l'anesthésie sympathique, ce qui arrive le plus souvent, la sympathectomie est indiquée.

Avant de procéder à l'intervention, deux autres méthodes peuvent être tentées: les injections du nouveau médicament étamon et les infusions de procaïne par voie endoveineuse. Nous n'avons pas assez l'expérience de ces médicaments chez les cas de causalgie pour pouvoir en parler, mais nous avons l'impression que, si les blocages sont insuffisants, l'é-

tamon et les infusions de procaine seront également insuffisants et l'intervention sera nécessaire.

D'après les auteurs qui ont eu l'avantage d'étudier plusieurs cas de causalgie, il faut avoir recours à la sympathectomie dans 90 à 95% des cas.

En présence d'un état causalgique, nous procédons sensiblement de la même façon. Contrairement à la causalgie, les états causalgiques répondent aux blocages d'une manière très encourageante et la sympathectomie n'est nécessaire que peu souvent.

Nous faisons des blocages tous les deux ou trois jours pour la première semaine. A mesure que l'amélioration devient plus durable, nous espaçons les blocages. Chaque patient réagit différemment et il est difficile de donner des règles, mais, habituellement, de huit à dix blocages suffisent.

Depuis quelques mois, nous avons commencé d'utiliser les infusions de procaine par voie endoveineuse selon la méthode de Graubard (1) (2) et nous avons eu de bons résultats. Nous alternons les infusions avec les blocages. La méthode de Graubard consiste à administrer, par voie endoveineuse, en 20 minutes, une quantité de procaine basée sur le poids du patient (4 milligrammes par kilogramme) dans une solution saline isotonique à 1/1000 avec de la vitamine C. Ainsi un patient de 70 kilos reçoit 280 milligrammes de procaine dans 280 cc. de solution saline isotonique dans vingt minutes. Personnellement, nous avons toujours donné 300 millig. dans 300 cc. avec 500 milligrammes de redoxon.

Nous avons aussi utilisé les injections intra-veineuses d'étamon, mais il semble que l'action est moins prolongée et présente plus d'inconvénients. Parfois les traitements physiothérapeutiques par massages et diathermie sont suffisants pour enrayer ces troubles réflexes surtout si la méthode est employée précocement. Malheureusement, ces cas sont rares et nous avons vu plusieurs malades traités régulièrement de cette façon et sans bénéfice.

Dès que le résultat apparaît, nous conseillons les mouvements d'extension et de flexion de toutes les articulations. Le patient ne doit pas demeurer passif. Si l'œdème est considérable, surtout au membre inférieur, un support élastique adéquat et l'élévation du membre quelques heures par jour sont à conseiller.

Nous n'avons recours à la sympathectomie que si toutes ces méthodes se montrent insuffisantes.

Le facteur le plus important de réussite est la précocité du traitement. Traités au début, les états causalgiques répondent aux blocages et aux infusions de procaine merveilleusement parce que ces modifications sont uniquement fonctionnelles.

Sanssoins, ces modifications fonctionnelles peuvent par leur durée entraîner des lésions anatomiques comme l'ostéoporose, la fibrose péri-articulaire et l'atrophie musculaire et alors les résultats sont plus lents à apparaître et plus incertains.

Les états causalgiques anciens sont incurables à cause de la sclérose qui fixe les lésions et nous sommes en présence d'un infirme. Chez ces patients, si le blocage ne donne aucun résultat, la sympathectomie est contre-indiquée et nous ne voyons aucune thérapeutique qui pourrait agir sur eux.

Voici, maintenant, quelques observations très résumées où nous avons obtenu des résultats particulièrement intéressants. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, mais on peut espérer de bons résultats dans au moins 80% des cas.

Observation 1.

Causalgie de la main et de l'avant-bras droits. E. D., une jeune religieuse de 32 ans qui se blesse à la paume de la main droite, le 12 novembre 1947, en brisant une éprouvette. Neuf jours plus tard, le chirurgien explore la plaie et enlève un morceau de varre et des débris de caoutchouc provenant du gant qu'elle avait au moment de l'accident. L'incision guérit par première intention, mais immédiate-

ment elle commence de souffrir d'une sensation de brûlure à la main.

Nous la voyons le 8 janvier et elle nous affirme qu'elle a une sensation de brûlure quasi continue à la main droite, qu'elle sent sa main froide et engourdie et ses doigts tordus. Elle dort peu et prend des calmants. A l'examen, la main droite est aussi chaude que la main gauche, la peau est violacée, lisse, très reluisante et transpire beaucoup. Nous notons un léger œdème à la face dorsale de la main, les doigts sont en flexion et les mouvements limités. La cicatrice est bien guérie. L'hyperesthésie est généralisée à toute la main mais moins marquée à la face dorsale. Nous sommes en présence d'une causalgie de la main avec blessure probable d'une branche du médian.

Un blocage de l'étoilé et du 2e thoracique droits est suivie d'un soulagement immédiat d'une durée de 15 heures avec disparition de l'œdème et avec flexion facile des doigts. Les 13 et 20 janvier, nouveaux blocages mais qui soulagent pour peu de temps. Nous lui conseillons l'opération, mais elle ne veut pas entendre parler de chirurgie pour l'instant et nous demande de tenter tous les moyens conservateurs. Nous lui avons fait des injections du médian au poignet et au coude, elle a reçu de 7 à 8,000 milligrammes d'étamon dans les veines et nous lui avons injecté aussi de la novocaïne par voie intraveineuse. Ces traitements ne la soulagent que pour une ou deux heures et finalement elle décide de se faire opérer.

Le deux mai, sous anesthésie intratrachéale, nous faisons une sympathectomie dorsale pré-ganglionnaire droite (opération de Smithwick). Le résultat fut immédiat. Elle n'a plus de douleur à la main, l'œdème a disparu et, quelques jours plus tard, elle écrivait de sa main.

Le 16 août, la patiente est très bien et ne se plaint que d'un peu de tremblement à sa main et d'une douleur au dos qui disparaît graduellement.

Observation 2.

G. F., un électricien de 40 ans qui, au cours de son travail, le 22 avril 1948, subit l'action d'un courant électrique puissant à la main. Sous l'effet du choc, il perd l'équilibre et fait une chute d'une hauteur de 22 pieds, se relève, fait quelques pas puis s'affaisse. Il est transporté à l'hôpital où il est inconscient pour quatre jours. Il est sous observation pour traumatisme crânien. Au bout de dix jours, mécontent des soins et parce qu'on néglige ses douleurs à l'épaule droite et au thorax, il se fait admettre à un autre hôpital et les radiographies prises le 3 mai dénotent une fracture du $\frac{1}{3}$ moyen de la clavicule droite avec déplacement en haut et en avant de l'extrémité distale du fragment proximal. Il y a aussi fracture de la 4e et de la 5e côte un peu en arrière de la ligne axillaire droite. Les fractures sont réduites et on applique un corset plâtré qui est enlevé le 31 mai.

Quelques jours plus tard, le patient commence à se plaindre d'œdème à l'avant-bras droit et à la main, d'engourdissements parfois intenses et de froideur accompagnée de sudation profuse à la main droite. Ces troubles s'aggravent graduellement, la force musculaire diminue et nous voyons le patient pour la première fois le 26 juillet.

Il nous dit qu'il a la main droite engourdie, froide et enflée, qu'il tremble et qu'il ne peut plus plier le coude comme avant l'accident. Il a de la douleur allant du coude jusqu'à l'épaule et une faiblesse musculaire. Il devient nerveux et irritable et ne peut pas travailler. A l'examen, nous notons un œdème de la main et de l'avant-bras. La main droite transpire plus que la main gauche, est un peu plus froide et devient violacée si le membre est abaissé. Nous notons des tremblements permanents de la main et de l'avant-bras. L'extension du coude est normale, mais la flexion de l'avant-bras sur le bras est à 100 degrés. Il n'y a pas d'atrophie musculaire et les réflexes sont normaux.

Le 27 juillet, nous lui faisons un blocage de l'étoilé et du 2e thoracique droits qui est

suivi d'un soulagement immédiat. Les 29 et 31 juillet, nouveaux blocages avec résultat identique. Nous conseillons au patient de faire tous les mouvements possibles de ses articulations. Les troubles disparaissent graduellement. Nous avons fait sept blocages et une infusion de procaine intraveineuse et le patient quitte l'hôpital le 14 août très satisfait et nous affirme qu'il est amélioré de 95%. Il n'a plus ni œdème, ni engourdissement, ni sudation à sa main droite qu'il sent chaude. Il ne tremble plus. La force musculaire est quasi normale. La flexion de l'avant-bras sur le bras est à 70 degrés et il existe encore un peu de raideur de l'épaule.

Observation 3.

P.-E. C., un adulte de 34 ans, se fait une fracture ouverte de l'avant-bras droit le 8 avril 1947 en tombant d'une échelle. Un plâtre est appliqué qu'on enlève au bout de 45 jours. Le patient souffre de son bras et décide de venir consulter un orthopédiste à Montréal. A la fin de juin 1947, ostéosynthèse suivie de guérison osseuse parfaite avec fragments en bonne position.

Toutefois, le patient se plaint de douleurs au coude, au poignet et à la main avec sudation de la main droite et perte de force dans son bras. Par la suite, on employa la physiothérapie sous forme de massages, bains chauds pendant trois mois. On lui donna un repos de trois mois et on recommença la physiothérapie pour une autre période de trois mois. Ces traitements n'eurent aucun effet et le patient nous est référé le 22 juillet 1948.

Il nous dit qu'il n'a presque plus de force dans son bras droit, qu'il ne peut plus étendre le coude et que la main droite est tombante. Il se plaint d'une douleur vague dans tout le bras, d'une sensation de picotement au bout des doigts et aussi d'une sensation de brûlure à la face palmaire de la main mais pas très marquée. A l'examen, nous notons une contracture du coude avec une extension à 120 degrés. La main droite est tombante comme dans une paralysie du radial, elle transpire

plus que la gauche, la température est égale et il n'y a pas d'œdème. Pas d'atrophie musculaire. Pas de paralysie du radial. Les réflexes sont égaux. Le patient est devenu très nerveux, il dort mal et est impatient de recommencer son travail.

Le 24 juillet, nous lui faisons un blocage de l'étoilé et du 2^e thoracique droits et aussitôt le patient se dit mieux et nous décidons de faire des blocages tous les deux jours et nous recommandons au patient de faire mobiliser son bras le plus possible et de profiter de la période de vaso-dilatation provoquée par l'anesthésie sympathique.

Tous les troubles cédèrent au traitement peu à peu et, après 10 blocages, la main n'était plus tombante, il se servait de son poignet. La flexion du coude était de 170 degrés. La force était passablement revenue. La main était sèche et il ne ressentait aucune douleur, aucun picotement. Le patient quitta l'hôpital très enchanté du résultat.

Observation 4.

J. M., une femme de 39 ans, que nous voyons la première fois le 20 décembre 1947. Ses troubles datent de mai 1941 alors qu'elle fit une chute dans un escalier et se blessa la cheville droite. Elle était déjà infirme de cette extrémité car elle avait un pied partiellement balant, une séquelle de poliomyélite à l'âge de 3 ans. A la suite de cette chute, son pied enfla considérablement, elle se fit des pansements humides, mais, pour des raisons incompréhensibles, n'alla à l'hôpital que six mois plus tard. Elle fut hospitalisée et on lui fit une arthrodèse sous-astragaliennne en novembre 1941. Elle continue d'avoir des troubles et ne marche qu'avec des béquilles.

En mars 1944, on lui fit une arthrodèse tibio-tarsienne, les troubles continuent au point qu'au mois de novembre 1946 elle est référée à un autre orthopédiste pour *amputation*. Elle est hospitalisée du 27 novembre 1946 au 18 janvier 1947 pour divers traitements et reçoit six séances de radiothérapie avec peu de succès. Le chirurgien orthopédiste conseille à la

malade d'attendre pour l'amputation. Elle reçoit quatre blocages paravertébraux lombaires droits suivis d'une grande amélioration. On cesse les blocages parce que la patiente fait des réactions à la procaine chaque fois avec perte de connaissance. Le 23 mai 1947, nouvelle admission à l'hôpital et, le 27 mai, on lui fait une sympathectomie péri-fémorale droite. Elle est améliorée pour un mois.

Elle nous est référée le 20 décembre 1947.

A l'examen, le pied droit est très œdématié et très douloureux au moindre mouvement. Au palper le pied est plus froid que le pied gauche. La coloration est bonne. La patiente nous dit que son pied est sensible au froid, qu'elle a des fourmillements au pied. Nous lui faisons un blocage lombaire suivi d'une très grave réaction à la procaine et perte de connaissance. Le 18 janvier 1948, elle est hospitalisée. Une radiographie montre une augmentation de l'ostéoporose si l'on compare le cliché actuel avec ceux du 28 novembre 1946. Le 22 janvier 1948, nous lui faisons une sympathectomie lombaire droite et le 3 février elle quittait l'hôpital sans douleur et sans béquilles.

Nous l'avons vue régulièrement depuis et elle n'a plus de douleur. Elle présente encore de l'œdème, mais beaucoup moins marqué, son pied est chaud et sec et elle peut faire son travail de ménagère. Elle boîte, mais marche sans béquilles.

Observation 5.

P. C., un homme de 39 ans. Fracture de Colles au poignet gauche le 6 janvier 1948 en glissant sur la rue. La fracture est réduite et un plâtre est appliqué en laissant les doigts dégagés afin de permettre les exercices. L'appareil plâtré est enlevé le 10 février.

Il nous est référé le 27 mars et nous raconte qu'il a reçu des massages depuis que le plâtre est enlevé mais que depuis trois semaines les troubles ont tendance à augmenter. A l'examen, la main est enflée, les doigts sont légèrement fléchis, œdématiés et les mouvements sont difficiles et provoquent de la douleur. Même au repos, les doigts sont douloureux.

Il nous dit que ses doigts sont engourdis et plus sensibles au froid. Au dermalor, la température des doigts de la main droite est de 33°C. et de 30.5°C. à gauche. Les mouvements du coude sont normaux et légèrement diminués au poignet. Par ailleurs, le patient est timide et pessimiste et ne veut faire aucun mouvement. Nous faisons un blocage le 27 mars et lui recommandons de revenir dans deux jours. Il ne revient que le 3 avril. Nous notons une amélioration nette d'environ 75% et nous faisons un autre blocage. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles par la suite.

Nous l'avons rencontré à l'hôpital le 7 août; il venait visiter un ami. Sa main était parfaite et il travaillait.

Observation 6.

J. P., une femme de 49 ans. Le 4 mars 1948, elle fait une chute dans sa cuisine. Elle est transportée à l'hôpital et la radiographie montre une fracture de l'extrémité inférieure du radius et de l'apophyse styloïde du cubitus droits, avec déplacement latéral externe du poignet en avant. La fracture est réduite et un appareil plâtré est appliqué. Le 8 avril, le plâtre est enlevé.

La patiente nous est référée le 8 mai. Nous constatons de l'œdème aux doigts et à la main. Les mouvements sont difficiles et occasionnent de la douleur. Les doigts sont en légère flexion. La coloration est normale et la température égale aux deux mains. Elle n'a pas la sensation de froideur, mais a des fourmillements aux doigts. La sudation est plus marquée qu'à la main gauche. Les mouvements du coude et du poignet sont normaux; toutefois elle nous dit qu'elle ne peut pratiquement pas se servir de sa main, qu'elle n'a pas de force et qu'aussitôt qu'elle tente de travailler, la main lui fait très mal. Nous faisons un blocage le 8 mai et trois jours plus tard elle nous téléphone qu'elle va beaucoup mieux et qu'elle veut attendre quelques jours avant de recevoir une autre injection.

Le 22 mai, elle revient. Les troubles sont franchement diminués et nous lui faisons un

autre blocage. Elle revient le 4 juin, nous notons très peu de signes, les doigts fonctionnent bien, il n'y a plus de sudation, elle n'a plus de douleur et peut travailler de cette main. L'œdème persiste encore un peu. Elle exige une autre injection, ce que nous faisons. Nous l'avons revue le 24 juillet, elle était très satisfaite, n'avait plus de malaise et pouvait faire son travail comme avant la fracture.

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

1. D. J. GRAUBARD, R. W. ROBERTAZZI et M. C. PETERSON: «Intravenous procaine.» *New York State J. of Med.*, **47**: 2187, 1947.
 2. D. J. GRAUBARD, M. H. WALDMAN et M. C. PETERSON: «Intravenous procaine in management of injured hand.» *New York State J. of Med.*, **48**: 1693, 1949.
-

REVUE GÉNÉRALE

LE CANCER DE LA LANGUE¹

E.-P. GRENIER,

Chef du service de radiumthérapie de l'Institut du Radium (Montréal).

Cet été, nous avons eu à Montréal, venant d'Angleterre, la visite de grands médecins spécialistes en cancérologie, entre autres M. le Dr Lord Horder, médecin et vice-président de la Campagne de l'Empire contre le cancer, et le Dr Sir Sanford Cade, chirurgien de l'Hôpital Westminster.

Ils nous ont conseillé de ne pas recourir à la peur dans la lutte contre le cancer mais de mener plutôt une campagne d'éducation, d'instruction, de confiance... Je dirais campagne d'instruction, d'éducation et de confiance pour le public, d'instruction et de confiance pour les médecins et tout le personnel de la classe médicale, gardes-malades, techniciens, infirmiers, etc., une campagne d'études, de recherches, de perfectionnement pour la classe spécialisée qui s'occupe tout particulièrement du cancer; une campagne de conviction et d'action chez les autorités municipales, provinciales et fédérales, dont le premier devoir est de voir à la santé du peuple.

C'est dans cet esprit de collaboration que je présente cet humble travail en voulant apporter ma faible contribution à l'amélioration de l'état des cancéreux, jusqu'à leur guérison, et, dans cet ordre d'idée, on me permettra de m'adresser d'abord et surtout aux médecins praticiens qui jouent un rôle de première importance dans la lutte que nous livrons contre une de nos plus terribles maladies, le cancer. Le médecin praticien, c'est lui qui est à l'avant-garde, puisque chaque jour en contact avec le public; il l'instruira donc sur les symptômes de la maladie, sur ce qu'il ne doit pas faire: essai de médicaments de toutes sortes inutiles ou contraires à la maladie, traitements de charlatans, etc., mais lui conseillera ce qu'il doit faire, c'est-

à-dire, au moindre bobo, à la moindre lésion qui ne guérit pas, se rapporter à son médecin de famille qui le soignera et, le cas échéant, le dirigera aussitôt vers la clinique, l'hôpital, où il sera en droit d'espérer un traitement qui lui donnera des chances de guérison, surtout s'il a consulté assez tôt.

Nous repasserons donc ensemble:

1. — Qu'est-ce que le cancer de la langue?
2. — Quelles sont les causes du cancer de la langue?
3. — Diagnostic différentiel et évolution.
4. — Traitement prophylactique, préventif, palliatif, curatif.

Dans les maladies de la cavité buccale, le cancer de la langue figure pour 60%; 95% apparaissent chez l'homme; 95% se développent après 40 ans et surtout vers les 60 ans; 75% des cancers de la langue sont fatals.

Qu'est-ce que le cancer de la langue?

Le cancer de la langue, comme les autres d'ailleurs, d'après la définition des professeurs Gustave Roussi et Maurice Wolfe, c'est une néoformation qui n'a pas la structure des processus inflammatoires ou parasitaires connus, qui a tendance à persister et à s'accroître, qui est douée de propriétés envahissantes et destructives, qui fait des métastases, qui récidive après ablation, qui tue par cachexie et qui peut être inoculée en série dans une même espèce animale.

Il faut surtout retenir que le cancer de la langue, au début, est une maladie locale, donc accessible et curable. Mais, si le cancer de la langue n'est pas traité dès que possible, c'est-à-dire dès les premiers temps de son apparition, il évoluera fatalement vers la mort, dans quelques mois à un an.

Le cancer de la langue doit donc être traité

1. Communication au XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

énergiquement dès le début. Encore ne faudrait-il pas le confondre avec d'autres maladies qui devront être traitées pour la plupart du temps d'une manière toute différente. Nous y reviendrons.

Les causes du cancer de la langue, comme pour tous les autres cancers, sont multiples; les causes irritantes sont les plus nombreuses et sont souvent imputées aux dents naturelles ou artificielles, mal développées, mal situées, brisées ou cariées qui, par leurs bords aigus, pointus, coupants, causeront une irritation locale sur le côté de la langue où il y aura une inflammation, ulcération qui persistera même après l'extraction de la dent défectueuse ou la réparation des dentiers et deviendra un cancer, d'autant plus que cette irritation sera provoquée sur un terrain déficient ou déjà miné par une diathèse quelconque, telle que la syphilis, par une intoxication, telle que l'alcool, le tabac fumé ou mastiqué (chiqué) en excès, la pipe toujours au même endroit, etc., la dévitalisation des tissus qui aboutira à la leucoplasie qui sera souvent une phase transitoire entre les irritations et la cancérisation; la plupart des auteurs s'accordent à appeler la leucoplasie une affection précancéreuse qui survient très souvent chez les gros fumeurs.

L'hygiène de la bouche n'est nullement opposée à l'usage inoffensif en lui-même du tabac ou de l'alcool, mais elle est contre l'abus qui pourra devenir nocif d'une manière locale ou générale. C'est là que l'hygiène de la bouche sera mauvaise et que, avec le manque d'entretien elle pourra favoriser le développement du cancer. A ce propos de mauvaise hygiène, nous avons cru remarquer sur ce fait (mauvaise hygiène) que les cancers de la langue sont plus fréquents dans la classe pauvre. De fait, dans la classe aisée, on n'endurerait pas une dent cariée ou un dentier qui pourrait blesser, faire souffrir et devenir la cause du cancer, tandis que des gens pauvres, souvent par raison pécuniaire ou autres, tolèrent pendant longtemps plein la bouche de dents bri-

sées ou cariées, gencives infiltrées, malades, la pyorrhée, etc. Ils endureront même leur mal sous prétexte « qu'il guérira bien seul, comme il est venu »: erreur, erreur fatale, le cancer ne guérit jamais seul.

Le cancer de la langue, très rare chez les femmes, est tout de même plus fréquent dans la classe moins aisée, chez des personnes plus âgées, peut-être parce qu'elles fumaient la pipe et depuis longtemps, comme nous en avons rencontré trois cas dernièrement, entre autres une vieille Indienne qui fumait la pipe depuis de nombreuses années et une autre qui nous confiait bien secrètement qu'elle fumait la pipe aussi depuis très longtemps.

Il est à remarquer que le cancer de la langue, chez les femmes, est plus lent à se développer et paraît plus résistant au traitement.

On dit le mythe du tabac. Cependant, je connais une communauté de religieux cloîtrés, végétariens (à partir de 21 ans), et qui ne fument pas, établie ici depuis 1881: aucun cancer de la bouche; seulement deux religieux (admis âgés) morts du cancer de l'estomac.

On dit encore le mythe du tabac et on donne, comme preuve, que beaucoup de femmes fument et le nombre des cancers de la bouche n'a pas augmenté chez elles. D'accord, mais, lorsque les hommes (gros fumeurs) ont un cancer à la bouche, depuis combien de temps fument-ils? Quarante ans au moins? Et les femmes, depuis combien de temps fument-elles? Depuis vingt-cinq ans au plus. Dans quinze ans et plus qu'elles fumeront en excès, elles seront peut-être plus exposées à faire du cancer!

Il ne faut pas oublier que toutes les lésions de la langue peuvent se cancériser.

Diagnostic différentiel et évolution du cancer de la langue.

Histologiquement, le cancer de la langue sera un épithélioma spino-cellulaire, un baso-cellulaire, beaucoup plus rare, ou un sarcome, très très rare. Nous nous occuperons donc ici du plus fréquent: le spino-cellulaire.

Au point de vue clinique:

A la pointe, comme à la base, en avant du V lingual ou en arrière, sur la face dorsale, comme sur ses bords latéraux, en dessous, sur la paroi pelvi-linguale, au frein, vu *tout à fait au début*, le cancer de la langue sera d'après son apparence: superficiel ou interstitiel.

(a) *Superficiel*: une rougeur quelque part à la langue, qui agace et persiste, puis la muqueuse se dépolit, devient une petite plaie.

(b) Ou bien le patient consultera pour certains malaises à la langue, tels qu'une certaine gêne à la parole, à la mastication, à la déglutition, malaise occasionné par une petite bosse qu'il ressent quelque part dans l'épaisseur de la langue. De fait, nous constaterons, à l'examen de la langue, une voussure plus ou moins apparente; la muqueuse est normale, mais au toucher et à la pression, nous constaterons qu'il y a une induration; il y aura sensibilité. C'est la forme du cancer *interstitiel*.

Dans l'un ou l'autre cas, c'est le premier degré, que nous voyons rarement, les ganglions sont rares à ce moment-là.

Au deuxième degré, la lésion superficielle s'est ulcérée, elle va s'infiltrer, s'indurer, formant tumeur, tandis que la lésion interstitielle formant tumeur va s'ouvrir et s'ulcérer; de sorte que toutes deux vont s'identifier: il y aura une ulcération sur une tumeur ou une tumeur ulcérée, puis les ganglions apparaîtront; la maladie progressera, évoluera vers le troisième degré, c'est à ce degré-là que nous arrivent le plus souvent les cancers de la langue.

La lésion apparaîtra alors irrégulièrement ulcéro-végétante, à bords indurés, épais ou anfractueux, bourgeonnants et saignants; quelquefois elle sera creusée par le centre, en cratère ou en crevasse, et laissant suinter une salive fétide; des fois, la crevasse encerclera une bonne partie de la langue, gênant la circulation dans la moitié ou le tiers antérieur, lui donnant l'aspect de la langue grosse, épaisse, lisse, dure, qu'on appelle la langue en glaçon. Dans les deux cas, les moindres mouvements

de la langue deviendront douloureux, la parole, la mastication, la déglutition, seront bientôt intolérables, ces douleurs s'irradieront dans la mâchoire et vers l'oreille du même côté, le trismus viendra s'ajouter au martyre, l'alimentation deviendra impossible, les ganglions s'infecteront et feront de gros abcès, horribles d'aspect, d'odeur et de douleurs, c'est le quatrième degré, le patient s'en ira lentement, graduellement, par auto-intoxication, cachexie cancéreuse, ou promptement par broncho-pneumonie de déglutition, ou subitement dans quelques minutes, par hémorragie foudroyante.

La maladie de la langue la plus fréquente après le cancer, seule ou associée au cancer, c'est la *syphilis*. La syphilis se présentera à l'état de *chancre*, en avant du V lingual. Il y a quelques années, un patient avait été recommandé par son médecin pour un cancer de la langue. Ce cancer était situé juste à la pointe de la langue, rond, dur, un peu ulcéré par le centre, *non douloureux*. Il y avait déjà des *ganglions* sous-maxillaires quand, trois ou quatre semaines avant, il n'avait rien de tout cela. Mais, il nous déclara que, trois ou quatre semaines avant, en état d'ébriété, il s'était rendu dans une maison malfamée et avait fait une chose qui ne s'écrit pas. Alors, nous lui avons fait faire un B.W. qui est revenu fortement positif. Nous avons retourné ce patient à son médecin qui l'a parfaitement et promptement guéri avec le Novar seul.

Plus souvent, c'est sous forme de *gomme* que la syphilis apparaît, elle siège à la face dorsale de la langue ou margino-dorsale sur les deux tiers postérieurs. Cette lésion apparaîtra sous une forme lisse plus ou moins ronde, dure comme un petit marbre, *non sensible*, ou bien, comme une plaque soulevée, en voussure, dure, épaisse de deux à trois millimètres par le centre et s'étalant à sa périphérie au niveau de la muqueuse saine, et encore une fois *n'est pas sensible, ne saigne pas*. Il y a presque toujours des petites adénopathies sous-maxillaires.

Voici le cas d'un autre patient qui vint se faire traiter pour un néo de la langue. Son histoire était que son dentier s'était brisé, formant par le centre un trou assez rond, de deux centimètres de diamètre, qui correspondait exactement aux proportions de la tumeur qui apparaissait sur le dos de la langue: en voussure, dure, pas de sang, *aucune sensibilité*; la biopsie étant assez difficile à faire, nous avons préféré commencer par un B.W. qui est revenu franchement positif. Nous l'avons soumis au traitement par Novar et, dès la 3ème ou 4ème injection, la lésion diminuait pour disparaître entièrement après la 2ème série, sans autre traitement. Ce patient avait développé, entre les deux séries, une belle rétinite spécifique de l'œil droit qui a également guéri.

Dans ces deux cas, il n'y avait pas de cancer.

S'il y a association syphilis et cancer, ce qui arrive assez souvent, ordinairement on doit traiter d'abord le cancer.

Je crois qu'il y aurait avantage à y adjoindre les pastilles antibiotiques pénicilline-streptomycine-sulfas, qui auraient un très heureux effet contre la terrible association microbienne qui se rencontre dans ces cas-là.

La seconde maladie de la langue, par ordre de fréquence, c'est la *tuberculose*. Elle se développe plutôt sur les bords de la langue, elle affecte un aspect ulcéro-végétant peu prononcé, assez étendu, à fond blanchâtre, à foyers quelquefois multiples. Elle n'est pas indurée mais *très sensible*; elle ne saigne pas ou très peu, et le plus souvent elle apparaîtra chez un tuberculeux du larynx ou des poumons. Elle se rencontre plutôt avant 40 ans.

La langue à gros ventre, dont l'épithélium n'est pas changé, qui ne sera pas dure, ni sensible, qui n'occasionnera que de la gêne à la déglutition ou à la parole. Elle nous fera penser à l'angiome tubéreux.

Il y a aussi le papillome de la langue, d'aspect verruqueux, rare; et le sarcome de la langue, encore plus rare.

Mentionnons aussi le kyste du dos de la

langue, près de la ligne médiane, qui est excessivement douloureux. Une biopsie faite dernièrement a donné: kyste glandulaire.

Une lésion de la langue qui devient un véritable « puzzle » est celle qui ressemble sous certains aspects au cancer, à la syphilis, à la tuberculose, et qui n'est rien de ces trois maladies.

Voici l'histoire d'un cas particulier. Mlle E.-J. est venue à la consultation en août 1942, elle avait fait la veille une chute dans la rue en descendant d'un tramway, justement en un endroit où la chaussée, brisée quelque temps auparavant par la rupture d'une conduite d'eau, était restée défectueuse. Dans sa chute, le visage par terre, dans la poussière et la boue, elle en avait jusque dans la bouche, elle s'était mordu la langue qui avait saigné, elle avait craché du sang et de la terre; elle s'était fait mal en plus à la colonne vertébrale, régions cervicales et lombaires, s'était éraflé les genoux. J'avais fait mettre de la teinture de Métaphen sur la plaie de la langue pendant quelque temps; mais, comme elle ne guérissait pas, j'ai fait venir la patiente à l'Institut du Radium pour examens de laboratoire, etc. Il y avait alors, sur la région médiane dorso-marginale gauche, une petite plaie à fond grisâtre, peu profonde, et à bords arrondis, rouges, peu soulevés, à peu près lisses, légèrement indurés, sensibles. Un traitement de rayons X contact est fait le 8 septembre 1943: 2,564 r. en 90 secondes. Il y eut une légère réaction puis amélioration; la patiente se présenta de nouveau le 13 décembre 1943. Le gain des premières semaines est perdu; 1,995 r. sont ajoutés en 70 secondes. A la consultation du 15 janvier 1944, il semble y avoir un commencement d'infiltration et nous croyons la radium-puncture indiquée, en même temps qu'une biopsie devra être faite immédiatement avant irradiation. Cependant, il nous en coûte. Cette lésion n'a pas l'allure d'une néoplasie ordinaire. De plus, elle est peu sensible, presque pas ulcérée, non végétante, ne saignant pas. Son histoire d'hérédité et le bon état général de la

patiente nous empêchent de penser à la tuberculose. Le B.W. est négatif. Nous la remettons à quinze jours.

Le 26 janvier 1944, il y a encore moins de sensibilité, moins d'induration, et la petite plaie est diminuée de presque les $\frac{3}{4}$. Pas d'adénopathie perceptible. A revoir dans trois semaines.

Le 3 mars 1944, la petite plaie de la langue était toujours là, ne guérissait pas. La patiente nous déclara que depuis dernièrement ça goûtait mauvais dans sa bouche. C'est alors que nous avons pensé à faire l'ensemencement sur gélose glucosée peptonée de Sabouraud qui donne, trois semaines plus tard, de beaux grains brun café. Le diagnostic était fait: sporotrichose.

Alors, le 10 mai 1944, nous avons institué le traitement à l'iode avec la préparation Iodaseptine intraveineuse, en commençant par 5 cc. pendant 2 ou 3 jours et continué à 10 cc. par jour jusqu'à presque *sursaturation*... Nous avons cessé lorsque sont apparus et le goût métallique et les vomissements. Quelque temps après, nous remarquions que le fond blanchâtre était disparu.

Elle n'a plus de mauvais goût dans la bouche, ni de goût métallique. Il y a amélioration très appréciable. A revoir dans 2 ou 3 semaines.

Le 19 juin 1944, il n'y a plus d'induration, une légère sensibilité et une petite dépression lisse sur le côté de la langue. Tout de même, il y a grande amélioration.

Il faut remarquer que, s'il s'était agi d'un néoplasme, dans ce long espace de temps il aurait plutôt progressé et l'iode à haute dose aurait certainement donné un coup de fouet à la lésion. Mais, au contraire, il y a eu amélioration, guérison.

Aujourd'hui, à part une légère cicatrice, tous les autres symptômes sont disparus et la patiente se porte très bien.

C'était une mycose et, plus précisément, une sporotrichose, à laquelle il faudrait penser

dans le diagnostic différentiel du cancer de la langue.

LES TRAITEMENTS DE LA LANGUE

Traitements prophylactiques

Il est bien connu qu'autrefois la prophylaxie n'existait pas ou pratiquement pas, tant on était occupé d'essayer de guérir. Mais, depuis les découvertes de la microbiologie, des bactéries, des parasites, des virus, de l'antisepsie et de l'asepsie, *l'hygiène* n'est plus un vain mot et la prophylaxie du cancer de la langue paraîtra peut-être chimérique puisque cette terrible et insidieuse maladie aura un début quelquefois très éloigné, et qu'il n'y a encore aucun vaccin, ni sérum efficaces reconnus; mais il faudra faire tout en notre possible pour en éviter les causes.

On ne devra jamais endurer des jours et des mois la moindre irritation dans la bouche sans consulter aussitôt.

Traitement préventif

Examens périodiques, dépistage, biopsie, traitement des lésions précancéreuses.

Ne pas endurer un appareil de prothèse qui blesse, faire traiter ou extraire les dents cariées, faire enlever les tumeurs bénignes.

Quant au traitement *palliatif*, il s'imposera aux malades qui viennent consulter à la dernière heure, lorsqu'aucun espoir n'est possible. Alors, les calmants, les stimulants, les antiseptiques de la bouche connus et, dernièrement, les pastilles de pénicilline et la solution « Eskadiazine »: dragées pénicilline streptomycine et sulfas, pastilles antibiotiques qui désinfectent et déodorisent.

Traitement curatif

Une des parties les plus intéressantes en cancérologie est certainement le traitement curatif du cancer de la langue. Comme pour tous les autres cancers, il est bien reconnu qu'il n'y avait, avant la fin du siècle dernier,

comme traitement du cancer de la langue que la chirurgie, chirurgie sanglante et mutilante qui demandait autant d'audace et d'intrépidité de la part du chirurgien que de courage et de docilité de la part de l'opéré, et avec des succès qui étaient loin d'être proportionnels! Telle cette hernie-glossectomie que j'ai vu faire à froid, il y a près de cinquante ans, avec décès dans les 24 heures.

Puis, il y a 25 ans, vinrent les irradiations qui, se faisant valoir dans d'autres formes de cancer, s'affirmèrent petit à petit dans la thérapeutique du cancer de la langue jusqu'à ce qu'une mise au point fût faite par le professeur Regaud, de l'Institut Pasteur de Paris, et ses assistants.

La radiumthérapie et surtout la radium-puncture devinrent le traitement de choix, reléguant la chirurgie plutôt pour le traitement des métastases régionales, c'est-à-dire sous-mento-maxillaires cervicales.

Dans d'autres pays, notamment aux États-Unis, la méthode de Janeway, par l'enfouissement de petits tubes d'émanation, a été souvent mise en pratique, méthode plus facile mais moins contrôlable quant à la dose et à l'homogénéité de l'irradiation et que je réserverais plutôt aux cas incurables pour traitement palliatif: détruire les grosses masses et retarder les progrès de la maladie. Mais, depuis deux ou trois ans, il y a eu reprise de ce traitement, surtout dans les métastases inopérables.

Il y a la radiothérapie au contact, méthode de Chaoul, qui donne quelquefois de bons résultats dans les tout petits cancers superficiels du début et choisis.

Il y a eu aussi les traitements par rayons X, par plusieurs champs externes et un direct sur la lésion à l'intérieur de la bouche. Les résultats ne paraissent pas trop favorables.

A l'Institut du Radium, pour le cancer de la langue, nous employons ordinairement la radiumpuncture avec préparation au préalable du patient: B.W., azotémie, glycémie, bi-

opsie, nettoyage de la bouche, extraction des mauvaises dents, etc.

Comme vous le savez, en radiumthérapie, on compte plusieurs facteurs qui sont les suivants: 1° la nature de la lésion à traiter; 2° son étendue; 3° son site; 4° la charge, c'est-à-dire la quantité en mgrs rae ou m.c. radon, pour chaque aiguille, et leur total; 5° le nombre de foyers; 6° leur disposition; 7° la filtration; 8° l'intensité du rayonnement; 9° le temps; 10° la dose reçue.

S'il s'agit de radiumpuncture, il faudra tenir compte de tous ces facteurs et, en plus, *comment faire l'implantation des aiguilles, comment les faire tenir en place* après qu'elles sont implantées et *comment les enlever* quand le temps en sera venu.

1. — *L'implantation* sera faite sous anesthésie générale, régionale ou locale. Dans l'une ou l'autre façon, le patient sera tenu à jeun. En plus, si on doit employer une solution de cocaïne, scurrocaïne ou autre, une heure avant l'intervention, le patient recevra une injection hypodermique de morphine $\frac{1}{4}$, atropine $\frac{1}{150}$.

2. — Le radium doit être appliqué là où est le mal; autant que possible les aiguilles doivent être placées parallèlement aux fibres de la langue, à un centimètre de distance les unes des autres, dans toute l'étendue de la lésion. Si, par exemple, la lésion est à la base de la langue, en arrière du V lingual, la langue étant bien anesthésiée sera tirée en avant, les aiguilles seront insérées d'arrière en avant, droites au centre et d'avant en arrière à la partie antérieure.

Comment les faire tenir en place?

3. — Autrefois, on employait les aiguilles à deux chas: un pour soie blanche avec laquelle on faisait un point dans la langue pour y fixer l'aiguille; l'autre chas était pour une soie noire qui servait pour retirer l'aiguille. Aujourd'hui, nous n'employons qu'une soie noire à chaque aiguille et, lorsque les aiguilles sont toutes en place, nous roulons toutes les soies en une ficelle que nous fixons sur le bord de la langue au

moyen d'une seule ligature, avec une soie blanche; ainsi toutes les aiguilles deviennent solidaires les unes des autres. La soie blanche et les noires sont roulées ensemble et fixées à la joue au moyen d'un diachylon.

Comment les enlever?

4. — Le temps d'enlever les aiguilles étant arrivé, nous vaporisons l'intérieur de la bouche avec une solution de 2% de Pontocaïne. Les soies sont alors décollées de la joue, elles sont déroulées, la ligature avec la soie blanche est coupée avec beaucoup de précaution, puis nous enlevons les aiguilles facilement, les unes après les autres, en commençant par les dernières implantées, c'est-à-dire les plus près.

Deux complications peuvent survenir:

1. — Une aiguille peut être disparue, soit que la soie ait manqué et qu'elle soit restée enfouie dans les tissus; alors, la radiographie nous renseignera si elle est encore là, et où exactement, et nous irons la chercher; ou bien, elle aura été avalée ou perdue, elle pourra alors être repérée par les rayons X, ou par électroscope.

2. — Une hémorragie peut se produire en retirant l'aiguille. Alors, compression seule ou avec de la poudre Coaguline, ou encore faire un point de ligature en passant, au moyen d'une aiguille courbe, en dessous du vaisseau qui donne.

Cette partie du traitement terminée, il faudra aussitôt s'occuper des adénopathies.

ADÉNOPATHIES

Pas d'adénopathies perceptibles — expectation attentive.

Adénopathies perceptibles — irradiation ou chirurgie.

Irradiations intensives par radiumthérapie à distance et haute dose.

Irradiations par radiothérapie profonde, intensive également, par trois ou quatre portes d'entrée au 250 KV ou mieux au 400 KV; 3,000 r. sur chaque champ, en terminant par un champ restreint à l'adénopathie seule et par trois ou quatre doses de 3 à 400 r.

Les adénopathies grosses fixées en plan profond, mêmes traitements ou l'insertion de seeds.

Les adénopathies fixées au maxillaire — résection élargie de la tumeur avec la partie du maxillaire infiltrée.

Chirurgie bien élaborée, dans les adénopathies petites, mobiles et suspectes, qui fera en même temps biopsie et donnera la nature exacte de cette adénopathie, et sera suivie d'irradiation, surtout si ces adénopathies sont néoplasiques.

J'aurais voulu donner un travail mieux préparé, plus complet, avec statistique, etc. Je n'en ai pas eu le temps. Je vous prie donc d'en excuser les manques et les imperfections. Pour faire mieux, il nous faudrait plus de temps, dans un meilleur local et avec plus de facilité de recherches, de service social, etc. Aussi, s'il m'était permis de faire un vœu, ce serait que les médecins demandent à nos gouvernants, qui ont tant fait et si bien réussi dans les autres domaines de la santé nationale, de bien vouloir penser encore un peu plus au cancéreux.

ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

Historique.

Notions préliminaires.

J. PANET-RAYMOND,
Neurologue.

et

Gaston LOIGNON,
Psychiatre.

Hôpital Saint-Luc (Montréal).

En 1875, Caton, un Anglais, découvrit qu'il existait une activité électrique dans le cerveau des animaux. Beck, en 1890, note une augmentation marquée du potentiel électrique, provenant du cortex visuel d'un chien soumis à une illumination de l'œil; cette amplitude exagérée n'était nullement due à la respiration ou au pouls, et diminuait du moment où on cessait cette illumination. Sept ans auparavant, néanmoins, Fleischl von Marxow avait maintenu dans le secret une communication sur l'activité électrique du cerveau. En 1892, Beck et Cybulski démontrèrent qu'un traumatisme local du cortex cérébral modifiait l'activité électrique. D'autres auteurs, tels que Danilewsky, Larionow et Trivas, étudièrent les répercussions corticales électriques après stimulation variée de la périphérie.

C'est avec le galvanomètre d'Einthoven que Neminski fit ses premières recherches sur l'activité électrique du cortex en 1906. Il donna le nom d'*électro-cérébrogramme* à l'enregistrement de ces ondes.

Après plusieurs essais infructueux, et en dépit du peu d'intérêt qu'y consacrèrent les neurologistes et les neurophysiologistes du temps, Hans Berger réussit enfin, en 1924, à enregistrer les ondes cérébrales humaines. Les résultats furent interprétés avec scepticisme par les neurologistes, et ce n'est qu'en 1934 qu'on commença à réaliser l'importance clinique de cet examen. Berger remarqua que ces ondes variaient en voltage et en fréquence. Cette fréquence s'échelonne de un à 60 par seconde. Les plus connaissables de ces ondes oscillent à une fréquence moyenne de 10/sec. et furent appelées "*Alpha*". Elles disparaissent lorsque le sujet fixe son attention visuelle ou même au-

ditive. Les ondes oscillant à une fréquence supérieure à 15/sec., et allant jusqu'à 60/sec., furent nommées "*Bêta*".

Comme Berger était un psychiatre, il fit toutes ses observations en regard des réactions mentales des patients, et put déterminer ainsi certaines relations entre les ondes électriques corticales et le comportement des individus. Ce fut vraiment à Hans Berger que l'on dut l'application clinique de l'électrobiologie chez l'humain, et il porte à juste titre le nom de père de l'électroencéphalographie. Grâce aussi aux travaux du grand physiologiste Adrian, la méthode de Berger s'accrédita en Europe et traversa en Amérique, et des noms comme Gibbs, Lennox, Jasper, Kershman font aujourd'hui autorité dans l'univers entier.

PRINCIPE.

L'enregistrement des ondes cérébrales est basé sur ce principe que toute cellule nerveuse possède un potentiel électrique. Dans le cerveau, les cellules de l'écorce et de la substance grise engendrent donc ce potentiel. Ce potentiel ou voltage est de l'ordre de 100 à 1000 microvolts (μv), i.e. d'un millionième de volt. Si on enregistre à travers la peau et le crâne, ou n'aura que 1/10 à 1/20 de ce voltage, i.e. de 5 à 100 microvolts. Il y a environ une résistance de 10,000 ohms entre chaque électrode sur le cuir chevelu.

Il faut bien se rappeler qu'il n'existe aucun courant électrique passant dans les fils vers la tête du patient. Tout comme l'enregistrement de l'électrocardiogramme, ce sont des courants infinitésimaux qui sont amplifiés par les lampes semblables à celles de la radio, et qui sont

transformés en mouvement, faisant osciller de part et d'autre un système d'aiguilles qui écrivent à l'encre, sur une bande de papier, les diverses oscillations captées aux régions déterminées du cerveau. Cette bande de papier se déroule de droite à gauche à un rythme constant de 2, 5, à 3 cm./sec.

L'appareil qui permet tout cet enregistrement des potentiels de l'écorce cérébrale est l'amplificateur à tubes électroniques à vide.

ELECTRODES.

Les électrodes sont des fils de cuivre recouverts d'un type isolant de caoutchouc, et dont l'extrémité est soudée à une petite rondelle d'argent chloruré qu'on fixe au cuir chevelu au moyen du collodion liquide, après avoir coupé un petit espace de cheveux d'environ 1 cm.²

L'endroit où on doit coller ces électrodes n'est pas encore déterminé de façon définitive dans tous les laboratoires du monde, mais récemment, à une réunion de l'Association des Electroencéphalographes, on a suggéré des repères constants que tous les laboratoires devraient adopter, en vue de simplifier la lecture et la compréhension de ces enregistrements.

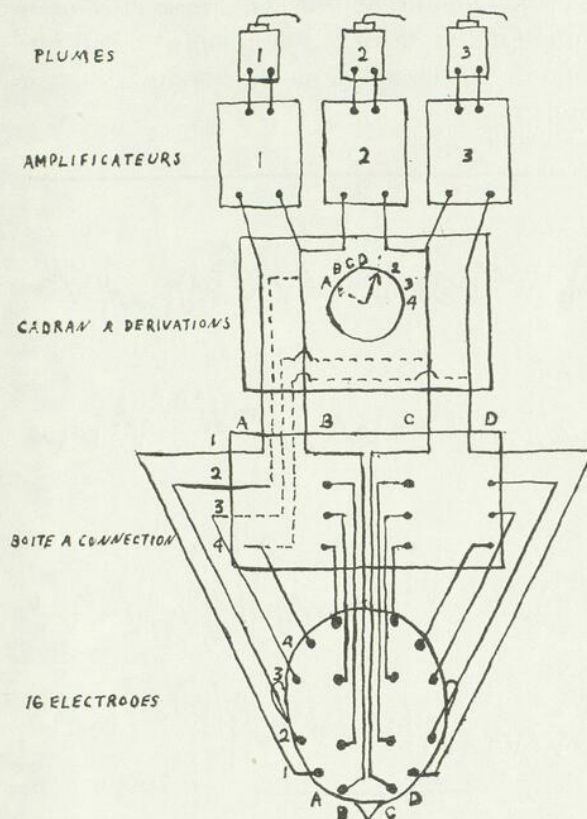
Il est d'importance primordiale de bien fixer ces électrodes au cuir chevelu, afin d'éviter toute mauvaise conduction du potentiel cérébral. Afin de faciliter cette conduction, on insère dans l'extrémité d'argent, creusée à cette fin, une gelée électrolytique qui rend plus intime le contact entre le cuir chevelu et la plaque d'argent. Il faut, après quoi, vérifier la résistance de chaque électrode au moyen d'un ohmmètre. Si la résistance est supérieure à 10,000 ohms, il faut ajouter de la gelée, vérifier l'électrode, ou même la changer.

On couche, de préférence, le patient sur un lit confortable, dans une chambre demi-obscur, où on insère chaque électrode au point de contact correspondant d'une boîte à connexions.

Cette boîte est en relation avec les cadrans à dérivations multiples qui permettent d'interroger tous les endroits du cerveau à tour de

rôle, en tournant des cadrans, évitant ainsi l'obligation de changer les électrodes de place pour chaque examen de telle partie du cerveau.

Ces cadrans à dérivations sont eux-mêmes reliés aux amplificateurs contenant les tubes à vide par une paire d'électrode, dont l'une est + et l'autre -. Ces deux électrodes de charge différente viennent activer le mouvement d'une plume.



D'après EA. et E.L. Gibbs

APPLICATIONS CLINIQUES.

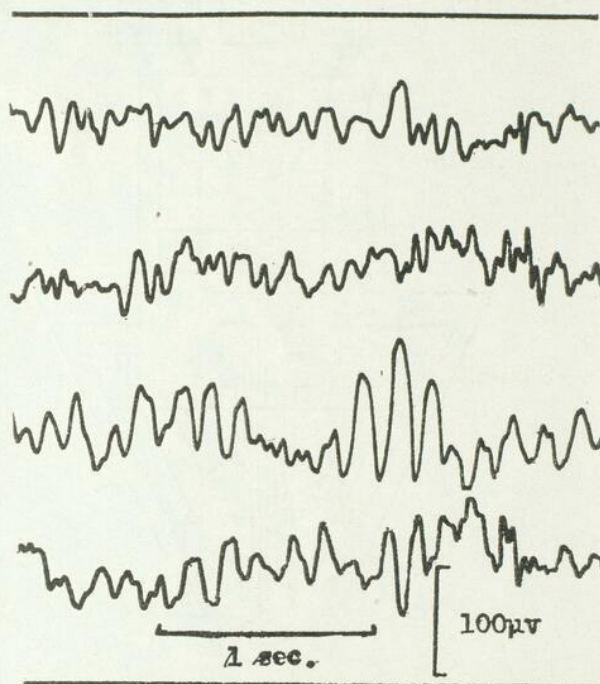
Et j'en arrive immédiatement aux nombreuses applications cliniques où l'E.E.G. peut orienter un diagnostic, soit en révélant certaines anomalies de l'activité cérébrale, ou même en localisant de façon exacte certaines formations anormales de la substance cérébrale.

Ces anomalies de l'activité cérébrale sont de deux ordres principaux:

- 1° Les troubles fonctionnels ou psychiques.
- 2° Les troubles organiques.

1. TROUBLES FONCTIONNELS.

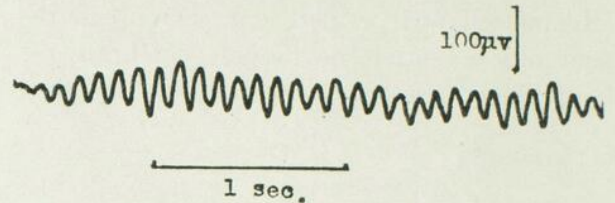
L'enregistrement des ondes électriques peut déterminer de façon précise certains états psychiques de l'individu; son état de conscience ou de sommeil donne des ondes caractéristiques. Ce sont d'abord des ondes lentes, à grande amplitude, qui viennent par bouffées (bursts), indiquant un état de somnolence, mais les ondes deviennent de plus en plus lentes et de moindre amplitude, au fur et à mesure que l'individu plonge dans un sommeil plus profond, le coma donne une ondulation très lente.



Il est très facile d'observer la différence de rythme et de forme de ces ondes lentes, au moyen d'un signal quelconque qui tient le patient éveillé. Instantanément, les ondes redeviennent normales et ces anomalies disparaissent.

Une des caractéristiques les plus évidentes de ce fonctionnement cérébral est l'enregistrement du rythme appelé "Alpha", qui provient de la sphère visuelle du cerveau, plus spécialement de la région pariéto-occipitale, soit l'endroit où cheminent les radiations optiques.

Ce rythme "Alpha" a une importance capitale dans l'enregistrement de tout encéphalogramme, et est si caractéristique qu'il est très facile à reconnaître. C'est une série d'oscillations régulières, et d'amplitude croissante, dont la fréquence se maintient entre 8 et 12/sec., et l'amplitude entre 20 et 200 μ v.



Le seul fait d'ouvrir les yeux fait disparaître immédiatement ce rythme "Alpha". Il en est de même, d'ailleurs, de tout stimulus autre que le visuel, tel que l'audition de la voix, d'un bruit ou un effort de concentration. Toutefois, ces stimuli autres que les visuels provoquent un blocage moins prolongé que celui de la vision.

Il est un autre phénomène d'ordre fonctionnel qui donne un enregistrement caractéristique. C'est l'état de névrose anxieuse ou de tension. Tout individu qui est sous l'influence d'une tension ou dans un état d'hyperémotivité donnera à l'E.E.G. un enregistrement d'ondes très rapides et à petite amplitude. Il suffira, parfois, de bien convaincre le patient de l'innocuité de l'examen, ou de lui enseigner simplement le principe de l'examen et des différents préparatifs, pour voir cesser cet état anxieux, et constater aussitôt un changement notable dans le caractère des ondes.

Les troubles du comportement chez l'adulte ou l'enfant peuvent aussi donner des anomalies de l'enregistrement. Jasper, Solomon et Bradley ont publié des faits très intéressants sur ce sujet. Ils en sont venus à la conclusion que, sur un total de 71 cas d'enfants-problèmes, 73% donnaient un enregistrement anormal, et 59% révélaient de graves anomalies. Lindsley et Cutts comparèrent les enregistrements de 50 enfants-problèmes à ceux de 22 débiles constitutionnels, de 36 enfants normaux et de 30 adultes normaux. L'échelle des âges des enfants était semblable. Ils constatèrent

rent que le pourcentage des anomalies d'enregistrement chez l'enfant-problème était de beaucoup supérieur à celui des autres catégories.

Secunda et Finley comparèrent 145 enfants-problèmes à 76 enfants normaux. Ils constatèrent un pourcentage de 26% de cas normaux, 23% de cas-frontière, et 51% de courbes anormales chez ces enfants-problèmes, tandis que, chez les enfants normaux, les taux respectifs furent de 68, 17 et 15%. Cette différence entre les deux groupes dans le pourcentage des courbes anormales allait néanmoins en décroissant, selon l'augmentation de l'âge.

Gallagher, Gibbs et Gibbs examinèrent 200 garçons de 14 et 15 ans respectivement, fréquentant une école supérieure privée; leur personnalité se partageait entre mauvaise, moyenne et bonne. Ils ne remarquèrent aucun lien étroit entre la personnalité et l'E.E.G. Cependant, ils notèrent que ceux dont l'enregistrement se maintenait dans les limites de la normale étaient plus enclins à être classés parmi les personnalités normales. Ceux, par contre, qui avaient des enregistrements s'écartant de beaucoup de la normale étaient plus sujets à acquérir une personnalité ou bonne ou mauvaise.

Dans les psychoses, au contraire, on voit des changements remarquables dans l'enregistrement de l'E.E.G.

Greenblatt aurait constaté 31% de courbes anormales chez 145 cas de psychose maniaque dépressive, à forme dépressive, et 42% chez 82 cas à forme maniaque. Il observa aussi 51% d'enregistrements anormaux chez 70 cas de psychose d'involution, et 54% chez 37 cas de psychose sénile ou artériosclérotique.

C'est évidemment dans la schizophrénie que l'on rencontre le plus de divergences d'opinions.

On enregistre de multiples anomalies. Ainsi Lemere décrivit une forme "poor "Alpha", mais tout à fait normale par ailleurs. Hoagland, Cameron et Rubin trouvèrent une beaucoup plus grande quantité d'ondes lentes chez ces schizophréniques avant le traitement par

l'insuline. Walter, de son côté, rencontre des anomalies uniquement chez les catatoniques. Gibbs, Gibbs et Lennox découvrirent de nombreuses ondes épileptiques de type paroxystique chez les schizophrènes, tandis que Jasper, Fitzpatrick et Solomon relevèrent de nombreuses anomalies diverses, ainsi qu'un complexe épileptique. Davis reconnut deux types d'anomalies, les courbes dysrythmiques comme celles de l'épilepsie et les "Choppy Curves", probablement identiques aux *Courbes "Alpha" Déformées* de Lemere.

L'alcoolisme aigu ou chronique peut aussi modifier l'enregistrement de l'E.E.G., mais, en général, l'alcoolisme aigu avec détérioration cérébrale, comme le syndrome de Korsakoff, donne plus d'anomalies, dans le genre des ondes lentes (de 4 à 8/sec.).

2. TROUBLES ORGANIQUES.

S'il existe des divergences d'opinions quant aux anomalies rencontrées dans les cas de troubles fonctionnels, il n'en est plus de même quand il s'agit de lésions organiques.

Ici, en effet, les ondes sont plus caractéristiques et surtout la localisation est plus précise. C'est une méthode précieuse qui doit compléter l'examen et s'ajouter aux autres, tels que rayons X, pneumoencéphalogramme, examen clinique, etc.

L'épilepsie est, de tous ces syndromes, celui où l'E.E.G. peut rendre les plus grands services, en localisant exactement le foyer épileptique, ou en déterminant de façon indiscutable la bilatéralité du foyer, indiquant un trouble généralisé de l'activité électrique cérébrale.

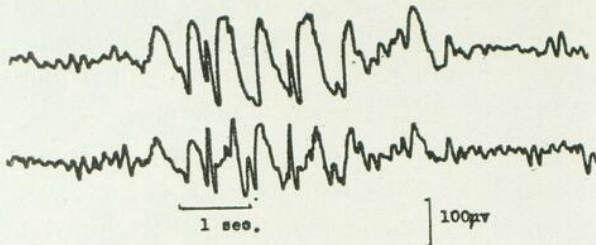
Ainsi en est-on arrivé à donner une classification précise de l'épilepsie.

L'école de Boston, avec les Gibbs, divise les épilepsies d'après la forme clinique de la crise: 1°) grand mal; 2°) petit mal et ses variantes; 3°) psychomotrice.

Au contraire, l'école de Montréal, avec Penfield et Jasper, préfère se placer sur un plan purement objectif et définir les différentes for-

mes d'épilepsie selon la thérapeutique qu'on emploiera et selon la forme des ondes.

Ils divisent les épilepsies en deux grandes classes: 1°) idiopathiques (ondes lentes à 3/sec. bilatéral, synchron.) ou wave and spike à 3/sec. bilatéral et synchron (fig. 4); 2°) localisatrices (ondes aiguës localisées, ondes lentes localisées).



Les premières relèvent donc du traitement médical, tandis que les autres seraient considérées comme relevant de la thérapeutique chirurgicale.

Le milieu où l'on opère peut évidemment faire adopter l'une ou l'autre de ces classifications, selon qu'il existe ou non un service de neuro-chirurgie, car à quoi servirait de localiser les foyers épileptiques si l'on ne peut les enlever chirurgicalement?

Certaines épilepsies avec manifestations psychiques, aphasiques, automatiques, ne donnent pas toujours des ondes caractéristiques sur l'enregistrement. Alors il faut employer certains procédés physiques, chimiques ou stimulateurs, afin de déclencher une crise électrographique. Il n'est pas nécessaire, pourtant, sauf dans certains cas, de pousser ces stimulants épileptogènes jusqu'à la grande crise clinique. Il suffit que l'E.E.G. soit amplifié dans ses ondes jusqu'au point où on peut constater de façon évidente une forme typique d'une catégorie d'épilepsie, soit généralisée, soit localisée.

Ces stimuli variés qui provoquent cette augmentation de l'enregistrement sont: l'injection intraveineuse de petites doses de métrazol à intervalles réguliers, l'injection intraveineuse de petites doses d'insuline (environ 2 unités), afin de déclencher une hypoglycémie qui souvent est cause de ces crises épileptiques.

Une autre méthode, qui s'emploie systématiquement dans tout examen, est l'hyperventilation. Cette méthode simple consiste à faire respirer le patient de façon exagérée durant trois minutes. Dans les cas d'épilepsie idiopathique ou localisée, où le seuil des crises est très bas, cette hyperventilation de trois minutes suffit souvent à déclencher une anomalie typique de l'enregistrement, ou même parfois à provoquer une véritable crise clinique. Cette méthode agirait probablement par trouble de l'équilibre O_2 et CO_2 et ses répercussions sur la circulation cérébrale.

Un moyen physique employé dans certains cas, et qui suffit à déclencher les anomalies graphiques, consiste à faire osciller devant les yeux du malade une source lumineuse dont on peut varier à volonté la fréquence, allant de 2 à 60 oscillations /sec.

Les autres lésions cérébrales qui peuvent être localisées de façon précise sont: les tumeurs cérébrales, les hématomes sous-duraux ou épi-duraux, les cicatrices cérébrales, les hémorragies intracérébrales ou corticales, les troubles vasculaires comme les anévrismes de la base ou de la surface cérébrale, les atrophies circonscrites de l'écorce cérébrale.

On peut aussi déceler certains cas de lésion des ganglions centraux comme la chorée, l'athétose, l'hémiballisme, le syndrome parkinsonien, et tout autre syndrome post-encéphalitique.

D'autres lésions plus diffuses de l'écorce cérébrale peuvent aussi donner des formes typiques d'enregistrement. Celle-ci ne sont pas toujours localisées, mais plutôt diffuses et synchrones bilatérales. Les traumatismes crâniens, les intoxications alcooliques ou autres, les états comateux et les troubles des centres végétatifs sont les plus caractéristiques.

ARTEFACTS.

Il faut, de toute nécessité, que le technicien en E.E.G. puisse différencier des phénomènes d'enregistrement d'ordre accidentel; ces accidents, communément appelés *artefacts*, peu-

vent provenir de différentes causes: mauvais contacts, circuit ouvert, mouvement des électrodes, mouvements du patient, contractions musculaires, déglutition, enregistrement des pulsations cardiaques quand une électrode est sur un vaisseau ou tout près d'une artère importante. Ces courbes anormales doivent être parfaitement identiques, afin d'éviter toute erreur d'interprétation.

Il ne faut jamais perdre de vue qu'une erreur d'interprétation peut conduire à des conséquences regrettables.

BIBLIOGRAPHIE

- A. BECK: «Die Bestimmung der Localisation der Gehir — und Rückenmarks functionen vermittelt der elektrischen Erscheinungen.» *Centralbl. f. Physiol.*, 4: 473-476, 1890 a.
- A. BECK: «Die Strome der Nervencentren.» *Centralbl. f. Physiol.*, 4: 572, 1890 b.
- A. BECK et N. CYBULSKY: «Weitere Untersuchungen über die elektrischen in der Hirnrinde der Affen und Hunde.» *Centralbl. f. Physiol.*, 6: 1-6, 1892.
- H. BERGER: «Ueber das Elektrenkephalogramm des Menschen.» 1-IX, *Arch. f. Psychiat.*, 1929-1938.
- R. CATON: «The electric currents of the brain.» *Brit. Med. J.*, 2: 278, 1875; *Zentralbl. f. Physiol.*, 4: 785, 1890.
- B. DANILEWSKY: «Zur Frage über die elektromotorischen Vorgänge im Gehirn als Ausdruck seines Thatigkeitszustandes.» *Zentralbl. f. Physiol.*, 5: 1-4, 1891.
- P. A. DAVIS: «Evaluation of the electroencephalograms of schizophrenic patients.» *Am. J. Psychiat.*, 96: 851-860, 1940.
- E. FLEISCHL VON MARXOW: «Mittheilung betreffend die Physiologie der Hirnrinde.» *Zentralbl. f. Physiol.*, 4: 537-540, 1890; *Id.* «Mittheilung betreffend die Physiologie der Hirnrinde.» *Gesammelte Abhandlungen*, pp. 409-411, Leipzig. J. A. Barth, 1893.
- J. R. GALLAGHER, E. L. GIBBS et F. A. GIBBS: «Relation between the electrical activity of the cortex and the personality in adolescent boys.» *Psychomat. Med.*, 4: 134-139, 1942.
- F. A. GIBBS et E. L. GIBBS: *Atlas of Electroencephalography*. Cambridge, Mass. Lew A. Cummings Co., 1941.
- M. GREENBLATT: «Age and electroencephalographic abnormality in neuropsychiatric patients. A study of 1593 cases.»
- H. HOAGLAND, D. E. CAMERON et M. A. RUBIN: «Electroencephalogram of schizophrenics during insulin treatments: «Delta index» as clinical measure.» *Am. J. Psychiat.*, 94: 183-208, 1937.
- H. H. JASPER in W. PENFIELD et T. C. ERICKSON. Thomas, édit., Baltimore, 1941.
- H. H. JASPER, P. SOLOMON et C. BRADLEY: «Electroencephalographic analyses of Behavior Problem Children.» *Am. J. Psychiat.*, 95: 641-658, 1938.
- H. H. JASPER, C. P. FITZPATRICK et P. SOLOMON: «Analogies and opposites in schizophrenia and epilepsy: electroencephalographic and clinical studies.» *Am. J. Psychiat.*, 95: 835-851, 1939.
- F. LEMERE: «Berger's rhythm in organic lesions of the brain.» *Brain*, 60: 118-125, 1937.
- D. B. LINDSLEY et K. K. CUTTS: «Electroencephalograms of «Constitutionally Inferior» and Behavior Problem Children; comparison with those of normal children and adults.» *Arch. of Neurol. and Psychiat.*, 44: 156-161, 1941.
- W. W. NEMINSKI «Ein Versuch der Registrierung der elektrischen Gehirnerscheinungen.» *Zentralbl. f. Physiol.*, 27: 951-960, 1913. *Id.* «Zur Kenntnis der elektrischen und der Innervationsvorgänge in den funktionellen Elementen und Geweben des tierischen Organismus. Elektrocerebrogramm der Sangetiere.» *Arch. f. d. ges. Physiol.*, 209: 362-382, 1925.
- L. SECUNDA et K. H. FINLEY: «Electroencephalographic studies in children presenting behavior disorders.» *Arch. Neurol. & Psychiat.*, 47: 1077, 1942.

DIAGNOSTIC CLINIQUE DES ARYTHMIES¹

O. BÉDARD (Ottawa).

Le diagnostic clinique des irrégularités du rythme cardiaque tient son importance de plusieurs facteurs: 1° c'est un syndrome très fréquent que l'on rencontre dans la clientèle de tous les jours, causant beaucoup d'anxiété à la fois chez le patient conscient des battements irréguliers de son cœur et chez le médecin soucieux de faire un diagnostic aussi précis que possible et de lui appliquer un traitement; 2° c'est un syndrome secondaire à des causes multiples, les unes fonctionnelles et physiologiques sans importance, les autres pathologiques, indiquant une lésion cardiaque sous-jacente; 3° toute perturbation du rythme cardiaque diminue la valeur efficiente d'un cœur déjà malade et en précipite la défaillance; et 4° dans 90% des cas tout praticien avec ses connaissances générales peut faire un diagnostic probable au lit du malade, mais il ne faudrait pas oublier que, même quand le diagnostic semble le plus évident, il y a place à des erreurs que seul l'électrocardiogramme peut éviter.

Dès le début disons que dans la discussion du diagnostic clinique des arythmies nous laissons de côté toutes les théories qui peuvent porter à confusion par leur terminologie et que nous garderons la définition généralement admise des arythmies, soit les irrégularités du rythme cardiaque perçues cliniquement et prouvées graphiquement.

La régularité du rythme cardiaque est basée sur l'automatisme de la conduction intracardiaque d'une impulsion qui a son point de départ dans le noyau sinusal. De son point de départ la stimulation diffuse, sans système nerveux défini, dans la paroi des oreillettes, pour atteindre la région auriculo-ventriculaire, seul point de transmission possible d'une impulsion auriculaire vers le ventricule, excep-

tion faite des rares cas où il existe un faisceau de Keith. En suivant le système nerveux intracardiaque ventriculaire, formé par le faisceau de His, des branches et des arborisations de Purkinje, l'impulsion auriculaire contrôlera la contraction des ventricules. Une perturbation dans le noyau sinusal et parfois un trouble dans le système de conduction peuvent être une cause d'arythmie.

Extrinsèquement, l'automatisme cardiaque est influencé par l'action frénatrice du vague, agissant sur le noyau sinusal, les oreillettes et le noyau nodal, et par l'action stimulante du sympathique qui agit sur tout le cœur.

La physiologie nous apprend que la révolution cardiaque se fait en trois phases: 1° — une première phase où le cœur est irritable et susceptible de répondre par une contraction à toute stimulation; 2° — une deuxième phase qui suit la première et où le cœur est absolument réfractaire à toute stimulation: c'est la phase du repos du cœur; 3° — une troisième phase où le muscle cardiaque est partiellement réfractaire à une stimulation, c'est-à-dire que normalement, à ce stage, le cœur ne subit aucune stimulation, mais si au cours d'un trouble quelconque une stimulation survient, le cœur se contractera, mais cette contraction n'aura pas les caractères de la contraction normale. L'impulsion sera conduite plus difficilement et l'examen physique percevra une irrégularité. Il faut ajouter ici que toutes les parties du cœur ne sont pas toutes, en même temps, au même stage du cycle.

Enfin, il est essentiel que le cœur se contracte et, si la stimulation normale sinusale ne se fait pas, le cœur se contractera, tout de même, grâce à un moyen d'ajustement qu'il possède dans son tissu propre. Si le sinus ne fait pas son travail, un autre centre prendra le contrôle de la contraction cardiaque. Plus ce centre ectopique sera éloigné du noyau sinu-

1. Communication au XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

sal, plus la décharge des impulsions stimulante sera lente et ainsi, par exemple, quand le foyer de stimulation sera localisé dans le ventricule, on aura une contraction ventriculaire aussi lente que 30 à la minute.

Le diagnostic clinique des arythmies ne doit pas être basé sur un seul signe, comme, par exemple, la perception d'une irrégularité des battements cardiaques à l'auscultation. Mais plutôt, comme pour tout autre diagnostic, il sera basé sur un ensemble de faits recueillis par l'histoire clinique, l'examen physique complet, plusieurs autres données fournies par le laboratoire, les statistiques, l'âge du malade et l'électrocardiogramme.

L'histoire clinique du patient nous renseignera sur les symptômes, leur durée, l'état antérieur du cœur, les antécédents personnels et familiaux, etc.

A l'examen physique du cœur, on découvrira les contours et la forme du cœur, son état de compensation ou de décompensation, les lésions associées, et le rythme, son temps, son intensité. On connaîtra également le pouls radial, le pouls jugulaire, la pression artérielle, l'effet de la compression des sinus carotidiens ou des globes oculaires, de l'exercice, etc.

Les statistiques médicales nous enseignent que 90% des arythmies sont dues à trois causes précises, soit, par ordre de fréquence, l'arythmie sinusale, les systoles prématurées et la fibrillation auriculaire. Ainsi, avant de penser aux causes rares, qui existent toutefois, il faudra éliminer les causes les plus fréquentes.

L'âge du patient est aussi un facteur important. L'arythmie est rare avant l'âge de 10 ans; de 10 à 20 ans nous rencontrons surtout l'arythmie sinusale phasique secondaire à l'influence du centre respiratoire sur le centre du vague; à cet âge on peut trouver également les extrasystoles, la fibrillation auriculaire et le blocage partiel auriculo-ventriculaire. De 20 à 30 ans apparaissent les séquelles du rhumatisme articulaire aigu; le blocage auriculo-

ventriculaire, la fibrillation et les extrasystoles; de 30 à 45 ans les cardiopathies syphilitiques sont les plus fréquentes causes d'arythmie; après 45 ans, les lésions dégénératives du myocarde dominant l'arythmie.

La vitesse normale des battements cardiaques a été fixée empiriquement entre 60 et 100 pulsations à la minute. Le rythme normal du cœur est régulier, ralenti par la compression des globes oculaires ou la compression des sinus carotidiens, accéléré par l'exercice musculaire et une injection d'adrénaline, et chez l'adulte le rythme n'est pas influencé par la respiration. Il y a concordance entre les battements cardiaques comptés à la pointe du cœur et au pouls radial, les contractions sont égales au point de vue temps et intensité.

Si, à l'examen physique, le rythme cardiaque est irrégulier, quelles en sont les causes et comment peut-on faire le diagnostic différentiel? Les battements cardiaques sont irréguliers dans:

1° — L'ARYTHMIE SINUSALE.

La plupart des arythmies sinusales sont d'origine réflexe dont les voies afférentes ont leur point de départ dans les gros vaisseaux et le poumon. Elles atteignent les centres nerveux au niveau du bulbe et de l'hypothalamus d'où partent les voies efférentes centrifuges. Cependant, il ne faudrait pas oublier qu'un trouble de la nutrition du sinus peut aussi causer l'arythmie.

C'est la forme la plus fréquente de toutes les arythmies. L'arythmie sinusale est normale chez l'enfant et l'adolescent, disparaît chez l'adulte pour réapparaître chez les vieillards, chez qui elle peut être la signature d'une lésion du myocarde.

On en trouve deux formes: une forme dite phasique en rapport avec la respiration, le rythme cardiaque s'accélère durant l'inspiration et se ralentit durant l'expiration, et une forme dite non phasique évoluant pour son propre compte; même dans cette forme le cœur sera plus lent au moment de l'hyperpnée de la respiration de Cheyne-Stokes.

Quand la vitesse cardiaque augmente, l'arythmie sinusale tend à diminuer, tandis qu'elle augmente quand le cœur est plus lent. En conséquence, l'effort ou le travail tendent à l'abolir. La forme phasique disparaît quand on retient la respiration tandis que l'augmentation de profondeur de la respiration augmente toutes les formes. Le diagnostic clinique présente peu de difficulté en se basant sur l'influence de la respiration, sur l'influence de la fréquence de la respiration et sur l'influence de l'exercice, le nitrite d'amyle et l'atropine qui la font disparaître.

2° — LA SYSTOLE PRÉMATURÉE OU EXTRASYSTOLE.

Les extrasystoles sont des contractions cardiaques prématurées dans le temps et ectopiques comme origine.

Elles sont aussi fréquentes chez les sujets normaux que chez les sujets atteints de cardiopathie. Dans la moitié des cas elles sont sans importance, étant d'origine réflexe ou même psychogénique; au contraire, dans l'autre moitié des cas, elles sont secondaires à une lésion cardiaque sous-jacente. Rares chez l'enfant, elles augmentent de fréquence avec l'âge.

L'extrasystole survient à un moment où normalement le cœur est au repos relatif; le cœur répondra à cette stimulation mais d'une façon anormale. Cette contraction sera suivie d'une pause plus longue que la diastole normale. Durant cette diastole prolongée, le remplissage du cœur se fera plus complètement, et comme conséquence, la valeur effective de la contraction qui suivra l'extrasystole sera plus grande, et cliniquement le premier bruit du cœur après la pause prolongée sera plus fort.

Il existe plusieurs formes d'extrasystoles selon le point de départ de la stimulation, selon la localisation du foyer de stimulation, selon que les extrasystoles seront isolées ou groupées, uniques ou multiples, et le diagnostic se fera suivant leurs caractères graphiques. Le foyer ectopique responsable de la stimu-

lation cardiaque peut être localisé dans l'oreillette, le ventricule ou le noyau nodal. Le foyer ectopique peut être unique ou multiple. Les extrasystoles peuvent survenir après chaque contraction cardiaque normale par groupe de un, deux ou trois contractions donnant les allorythmes bigémisés, trigémisés, ou quadrigémisés, ou bien les extrasystoles se produisent irrégulièrement. Il existe une variété dite "interpolaire": quand le rythme cardiaque est lent, une extrasystole peut venir s'interposer entre deux contractions sans que sa présence n'influence le temps qui sépare les deux contractions normales. Enfin plusieurs foyers ectopiques peuvent entrer en jeu isolément ou simultanément, produisant un rythme complètement irrégulier déformé par toutes les interférences qui résultent de contractions qui peuvent venir de tous les côtés. Cliniquement, ce rythme sera confondu avec la fibrillation auriculaire et seul l'électrocardiogramme pourra élucider le diagnostic.

3° FIBRILLATION AURICULAIRE.

La fibrillation auriculaire est la troisième en fréquence et la plus importante de toutes les irrégularités du rythme cardiaque. Dans la fibrillation les oreillettes sont toujours en activité, mais aucune des contractions auriculaires n'a un caractère normal et l'oreillette a perdu presque complètement sa valeur effective dans le remplissage ventriculaire. Dans la fibrillation, l'oreillette se contracte de 400 à 600 fois à la minute, la plupart de ces contractions auriculaires ne sont pas conduites aux ventricules, mais certaines le seront, d'où une contraction irrégulière du ventricule. Certaines contractions auriculaires arriveront au ventricule durant la période réfractaire absolue et seront sans réponse. D'autres arriveront durant la période réfractaire relative et déclencheront une contraction ventriculaire anormale. D'autres enfin atteindront le ventricule durant la période de réceptivité et recevront une réponse à peu près normale.

La fibrillation auriculaire est le plus fréquemment secondaire à des troubles cardia-

ques. Dans 60% des cas elle est un symptôme de la défaillance cardiaque et 90% des cas de fibrillation sont associés à une lésion cardiaque.

Comme étiologie on lui reconnaît l'hypertension artérielle, la maladie des artères coronaires, la sténose mitrale rhumatismale, la thyrotoxicose, l'abus d'alcool et l'abus du tabac. Dans ces trois dernières conditions elle peut prendre une forme paroxystique.

Au lit du malade le diagnostic sera basé sur le rythme complètement irrégulier où on ne peut reconnaître aucun rythme dominant chez un malade de plus de 40 ans. Très souvent le cœur est en état de défaillance aiguë et parmi les symptômes on peut retrouver l'hypertension, les troubles coronaires, la sténose mitrale ou la thyrotoxicose. Les battements cardiaques comptés à la pointe du cœur sont plus rapides que le pouls radial, plusieurs contractions ventriculaires sont trop faibles pour atteindre l'artère radiale, mais peuvent être entendues à l'auscultation au niveau de la pointe du cœur. Quand on peut voir les battements des veines jugulaires à cause de la défaillance cardiaque, on constate que les battements sont remplacés par des ondulations très rapides.

4° — FLUTTER AURICULAIRE IRRÉGULIER

Le flutter auriculaire est un trouble du rythme cardiaque où l'oreillette est toujours en activité, sans prendre de repos, et où il existe ordinairement une relation constante entre les contractions auriculaires et ventriculaires. Certains auteurs, dont Katz, établissent une gradation entre la tachycardie paroxystique, le flutter et la fibrillation. Le flutter serait le rythme intermédiaire et présenterait des ressemblances à la fois avec la tachycardie paroxystique et avec la fibrillation.

Il existe deux formes de flutter: une forme dite pure et une forme impure ou fibrillo-flutter. Dans la forme pure le rythme cardiaque est régulier et il existe un rapport constant entre les contractions auriculaires et ventriculaires, ce rapport étant en relation avec l'état réfractaire de la jonction auriculo-ventricu-

laire. La forme impure ou fibrillo-flutter n'a pas la même régularité que la précédente. L'espace qui sépare les contractions auriculaires change, les contours et l'amplitude des contractions auriculaires varient. Si, sur cette déformation de la contraction auriculaire, vient se greffer un trouble de la conduction par blocage auriculo-ventriculaire partiel ou complet, le flutter sera encore plus modifié.

S'il se produit une variation dans la durée de la période réfractaire à la jonction auriculo-ventriculaire, le rapport de la contraction auriculaire par rapport à la contraction ventriculaire variera; ainsi on voit des flutters varier de 2/1 à 4/1 et même d'une contraction à l'autre le rapport peut passer de 2/1 à 7/1. Le rythme 5/1 ou 6/1 correspondrait à un blocage partiel tandis que dans le blocage complet le rythme ventriculaire est indépendant et sans rapport. Parfois, quand la contraction auriculaire est trop rapide, le bombardement du tissu auriculo-ventriculaire arrive au moment réfractaire et alors on observe un effondrement de la contraction ventriculaire.

Une autre cause pouvant faire varier le rythme du flutter auriculaire est la présence d'une extrasystole ventriculaire; cette éventualité est rare, mais il y en a des exemples.

5° — TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE IRRÉGULIÈRE

La tachycardie paroxystique du type ordinaire est une augmentation de la vitesse de la contraction cardiaque atteignant 150 à 180 pulsations à la minute et même parfois plus, à début brusque et à terminaison brusque, laissant le cœur indemne entre les crises. Elle est le plus souvent en rapport avec un désordre vago-tonique ou sympathicogénique. Dans sa forme ordinaire le rythme cardiaque est rapide mais régulier. Cependant, la contraction ventriculaire peut être irrégulière dans trois circonstances particulières: soit que le foyer ectopique responsable de la contraction cardiaque décharge des impulsions à un rythme irrégulier; soit que l'impulsion auriculaire arrive à un moment où la jonction auriculo-

ventriculaire est à une période réfractaire absolue et alors cette impulsion auriculaire sera sans réponse, par effondrement de la contraction ventriculaire; soit enfin par un trouble de la conduction par augmentation de la période réfractaire. La transmission sera plus lente et l'impulsion auriculaire arrivera durant la période réfractaire relative et la contraction ventriculaire qui suivra sera retardée et déformée.

Parfois, une extrasystole ventriculaire peut venir compliquer le tableau. Il est impossible au lit du malade et même très difficile avec l'électrocardiogramme de distinguer une tachycardie paroxystique ventriculaire avec ou sans fibrillation d'une fibrillation auriculaire associée à un blocage ventriculaire.

6° — EFFONDREMENT D'UNE CONTRACTION CARDIAQUE.

L'effondrement d'une contraction cardiaque peut être due à un blocage sino-auriculaire où l'impulsion sinusale normale est empêchée de laisser le sinus. Dans le blocage sinusal il se produit un effondrement d'une contraction par défaut d'impulsion sinusale. Cet effondrement peut se produire avec une certaine régularité et survenir régulièrement à toutes les 2, 3 ou 4 contractions ou bien il se produit irrégulièrement. Cliniquement, cette dernière forme ressemble au deuxième degré de blocage auriculo-ventriculaire. Parfois plusieurs contractions peuvent s'effondrer en succession et produire l'arrêt de l'oreillette. La plupart du temps le blocage sinusal est transitoire et relève d'une augmentation du tonus du vague; cependant il peut être dû à un trouble toxique ou organique de la région avoisinant le sinus. Le rythme sinusal s'effondre brusquement sans ralentissement au préalable et se retrouve tout aussi soudainement comme s'il s'agissait d'un trouble local intéressant directement et primitivement le nœud sinusal et son mode de transmission à l'oreillette: c'est une arythmie à l'emporte-pièce.

Le blocage auriculo-ventriculaire peut aussi être responsable de l'effondrement d'une con-

traction, il est plus fréquent que le premier. Il peut être permanent, temporaire ou intermittent. La forme intermittente et la forme temporaire sont dues à l'intoxication par la digitale ou la quinidine, une infection aiguë, plus particulièrement le rhumatisme articulaire, à l'urémie, mais la cause la plus fréquente est l'influence du myocarde dans sa phase aiguë. La forme chronique est due à la maladie des coronaires, au rhumatisme articulaire au stage chronique et à la syphilis cardiaque. Comme pour la forme auriculaire, le blocage ventriculaire partiel apparaîtra sous forme d'effondrement d'une contraction d'une façon transitoire ou temporaire tandis que dans la forme ventriculaire complète un rythme ventriculaire régulier ou irrégulier prendra le contrôle de la contraction cardiaque. Il faut suspecter un blocage quand le rythme est de 50 ou moins à la minute spécialement avec un syndrome d'Adams-Stokes.

L'irrégularité peut être due à un effondrement d'une contraction ou encore à l'allongement progressif du temps de conduction à la jonction auriculo-ventriculaire produisant le phénomène de Wenckenbach. Une autre cause d'irrégularité au cours de l'effondrement est l'échappement nodal qui ajuste momentanément la contraction.

S'il est possible de faire l'examen du pouls jugulaire, on verra que dans le blocage auriculaire le pouls jugulaire est absent, tandis que dans le blocage auriculo-ventriculaire il est normal.

(a) *Dans le blocage incomplet* la compression des globes oculaires ou la compression du sinus carotidien augmente le blocage et peut provoquer un effondrement: ce signe est caractéristique, mais n'est pas sans danger.

(b) *Dans le blocage partiel* l'exercice, l'atropine, les nitrites et l'augmentation de la respiration peuvent rendre les contractions cardiaques irrégulières.

(c) *Dans le blocage complet* un signe clinique important est la variation de l'intensité et des caractères des bruits du cœur d'une con-

traction à l'autre au cours de l'arrêt de la respiration.

7° — ECHAPPEMENT D'UNE CONTRACTION.

Nous avons vu qu'au cours d'un blocage sino-auriculaire ou ventriculaire il peut se produire un effondrement d'une contraction et, si cet effondrement dure quelque temps, il y a danger. Le cœur peut réagir d'une autre manière en produisant un échappement. Quand le foyer de stimulation normale ne fait pas son travail, est empêché de le faire ou prend trop de temps à le faire, le cœur possède un moyen d'ajustement protecteur qui est l'échappement, la plupart du temps nodal, qui protège l'orga-

nisme contre l'arrêt trop prolongé du ventricule. Ce foyer ectopique prend contrôle de la contraction.

On le rencontre au cours du retardement sinusal, dans un cycle trop lent de l'arythmie sinusale, à la suite de l'arrêt auriculaire, durant la pause qui suit l'extrasystole, dans la fibrillation auriculaire associée à un blocage auriculo-ventriculaire incomplet, dans le blocage sinusal intermittent et dans le blocage auriculo-ventriculaire partiel.

C'est un moyen de protection de l'organisme, c'est une propriété physiologique du cœur contre les dangers d'une circulation trop lente.

ARTHRITE CHRONIQUE DU GENOU¹

J.-C. ROSSIGNOL (Ottawa).

Pour celui qui s'occupe de chirurgie orthopédique, le problème de l'arthrite chronique du genou en est un qui se répète souvent. Ce problème a de multiples aspects, ce qui le rend encore plus compliqué. Il y a toutefois des symptômes, des états dont la présence est constante à la lésion, indépendamment de l'étiologie et de la période de la lésion articulaire. Aussi trouvons-nous toujours une atrophie du quadriceps et, dans une grande proportion, une limitation de l'extension du genou.

C'est de ces deux symptômes dont nous nous occuperons en particulier pour le moment, laissant de côté le traitement médical discuté ailleurs. La chirurgie y a sa place propre, mais ne sera pas discutée ici.

A la suite de l'atrophie quadricipitale, le genou perd de sa solidité et l'articulation privée de son meilleur moyen de soutien est soumise à des tensions et tiraillements ligamentaires répétés; la capsule et la synoviale en particulier sont très influencées par cette

instabilité articulaire et le prouvent en développant une effusion articulaire de cause irritative. Au cours du traitement de l'arthrite chronique, si l'on est en présence d'une effusion articulaire, il est de pratique courante de mettre le membre au repos.

Quand le liquide s'est absorbé, la marche est reprise et l'effusion recommence, c'est un cercle vicieux qui s'installe. C'est que l'atrophie musculaire donne des troubles qui lui sont propres, et forme un syndrome qui lui est bien caractéristique, « l'insuffisance quadricipitale ». C'est en corrigeant la faiblesse du quadriceps que le genou sera plus solide et la synoviale non traumatisée. Pour résoudre ce problème, il s'agit d'empêcher l'atrophie du quadriceps dès le début de la maladie en prescrivant des exercices appropriés. Ce qui compte ici, c'est l'effort personnel du malade. Il faut qu'il coopère, qu'il donne du sien. Autrement, pas de salut. Vous n'ignorez pas que le massage quotidien fait par une personne qui ne déplaît pas du tout au malade est aussi inefficace qu'il est vite accepté. La ser-

1. Communication au XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

viette chaude, accompagnée d'un brin de caouette, est un passe-temps agréable. Les liniments ont fait la fortune des manufacturiers, c'est le temps pour eux de prendre leur retraite. Tout cela est passif et ne vaut pas ce qu'il en coûte.

La gymnastique du quadriceps est soumise à certaines règles: 1) elle doit accompagner le début de la maladie et se poursuivre jusqu'à la disparition des symptômes; 2) elle doit être progressive; si on demande trop au début, le patient se décourage et devient rebelle à cette thérapeutique. Une fois acceptée, il sera plus facile d'exiger plus; 3) un changement vaut un repos, dit-on; certains malades préfèrent un exercice à un autre et, si l'on peut les varier, ils seront plus volontiers acceptés intégralement.

Comment se fera-t-elle?

Dans le cas où le malade est impotent, on doit exiger la contracture musculaire simple du quadriceps en montrant comment le faire et on doit encourager le malade et le convaincre que ce n'est qu'à ce prix et grâce à cet effort personnel seulement que l'articulation aura des chances d'être utile. Il faut répartir les exercices toutes les demi-heures et les faire progressives. Le début est difficile, et si on réussit à ce stage, il y a des chances de succès.

Plus tard, on demandera au malade de lever le pied en contractant le quadriceps autant que possible: c'est un exercice facile et à la portée de tout le monde. Durant cette période on doit tendre à obtenir une extension complète par le seul effort musculaire. Le vaste interne lui-même n'aura des chances de se développer qu'à la fin de l'extension, quand il ne reste qu'une vingtaine de degrés. Quand il devient facile de lever le pied, on peut ajouter un poids à la jambe pour augmenter la force musculaire.

Quand le malade peut marcher, il est préférable de faire ces exercices assis dans une chaise, avec un système de poulies et de poids gradués. C'est le même exercice que le précédent, mais adaptable aux malades qui ont une meilleure musculature.

Après bien des semaines de patience, on aura un quadriceps plus vigoureux et travaillant activement; mais, tout de même, une limitation de l'extension peut persister, ce qui est un facteur important pour la bonne fonction du genou. C'est le deuxième point de cette communication.

En présence d'une limitation de l'extension du genou, il est difficile de résister à l'habitude de prescrire magistralement, et avec la haute autorité d'un connaisseur, « massage et mobilisation passive ». Un membre de la famille ou une masseuse de profession sont demandés et l'on force sur le genou pour l'étendre et le plier, parfois jusqu'à faire pleurer le malade, en certains cas: c'est une prescription malheureuse. Les adhérences étirées ou rompues vont reproduire des exsudations répétées qui favoriseront une raideur articulaire de plus en plus prononcée, et au bout de quelques semaines le patient sera pire qu'auparavant; cette raideur peut devenir parfois irréparable. La manipulation passive ainsi comprise devrait être bannie de la thérapeutique. A mon avis, elle fait plus de mal que de bien; en tout cas elle est presque dangereuse. D'autre part, on accepte trop facilement l'idée qu'une manipulation sous anesthésie va guérir la raideur due aux adhérences. Cela va rompre les adhérences presque à coup sûr, c'est vrai. Mais l'épanchement articulaire qui va succéder pourra jouer un vilain tour, car il pourra favoriser d'autres adhérences et une raideur plus accentuée qu'auparavant s'ensuivra. C'est un sabre à deux tranchants qu'il n'est pas prudent de manipuler à la légère. Mais en présence d'une limitation irréductible, on peut tenter une mobilisation sous anesthésie générale, car, nous le savons, l'épanchement articulaire qu'on provoque ainsi est un épanchement séro-fibrineux et la fibrine en se concentrant colle les replis synoviaux et forme de fortes adhérences.

Avant de s'y décider, il faut se rendre compte que la rotule n'est pas adhérente, que les surfaces articulaires sont susceptibles de permettre un glissement des surfaces. S'il y a

rotation externe de la jambe et subluxation articulaire, la manipulation sous anesthésie ne réussit guère qu'à accentuer l'état pré-existant. Ces contre-indications jouant à la bascule deviennent des indications du traitement chirurgical.

Quand il y a indication de manipuler ainsi, on ne devrait pas le faire en période d'épanchement articulaire, si possible; de plus, on devra attendre, patienter, jusqu'au jour où le malade ne peut plus: c'est signe que l'obstacle à surmonter est supérieur à l'effort musculaire. Il faut lever l'obstacle si possible. Alors, le malade étant sous anesthésie générale avec relâchement musculaire complet, on force doucement, mais fermement; il faut y aller comme si on avait peur de faire souffrir le malade.

Deux alternatives peuvent se présenter. Subitement, l'on a l'impression qu'une adhérence vient de lâcher, et bien c'est le temps de lâcher aussi. Laissez-le ensuite développer activement, par sa propre musculature, ce que vous venez de lui donner par force. Plus tard, si l'extension n'est pas complète, il faut reprendre le même procédé toujours avec la même douceur.

Il peut arriver aussi que rien ne veut lâcher, que la correction se fait lentement et avec une forte tension, on a l'impression que la force élastique est supérieure à l'effort appliqué.

En même temps, il peut y avoir augmentation de la subluxation et rotation externe. Sans hésiter, il faut laisser faire, car on n'obtiendra rien de bon; on sera chanceux si la raideur articulaire n'est pas pire qu'avant. Dans ce cas il faut avoir recours à la chirurgie.

Voilà deux aspects très importants du problème thérapeutique le plus souvent négligés ou mal appliqués. Bien dirigée, la drille du quadriceps vous donnera des services insoupçonnés; faite dans le cadre de ces indications, la manipulation sous anesthésie donne un sursaut d'encouragement.

A ce moment, je serais tenté de vous dire quelques mots de chirurgie articulaire, et je vous assure que la tentation est grande. Car, la chirurgie y trouve sa place aussi, elle est féconde de possibilités et souvent on doit y recourir de bonne heure.

Ne l'oublions pas, le médecin, le physiothérapeute et le chirurgien orthopédiste doivent travailler en coopération; l'un ne doit pas empiéter sur le terrain de l'autre, n'y voyant que son point de vue à faire triompher. Une connaissance plus vaste de ce problème par chacun en particulier rendrait plus de services et les résultats seraient meilleurs.

Le problème arthritique du genou n'est pas unique, mais multiple. Il en est ainsi de sa thérapeutique. A chacun de faire sa part en temps voulu.

CONSIDÉRATIONS SUR LA PARALYSIE DU DROIT SUPÉRIEUR¹

A.-R. CORRIVEAU (Ottawa).

L'un de mes amis, médecin d'Ottawa, se plaint souvent à moi d'entendre l'un de ses confrères seniors dire que les progrès de l'ophtalmologie s'arrêtent à l'année 1914, qui incidemment correspond à sa première année en clientèle. L'on voit que, même en ophtalmologie, chacun prêche pour son clocher.

Il est vrai que les progrès plutôt récents de la chirurgie ophtalmique se résument à peu de choses, sauf peut-être la haute chirurgie plastique et l'amélioration sensible dans le procédé de la transplantation de la cornée, opération dont le majeur problème, suivant moi, reste celui de trouver le donneur. Du moins, les revues populaires telles que *Life*, où plusieurs médecins étudient leur médecine, n'ont pas présenté de sensationnelles découvertes récentes en ophtalmologie.

En m'adressant à vous, j'ai conscience que c'est à tout autre que gros Jean du public, lequel s'émerveille devant une opération réussie de strabisme, ne cesse de nous parler de petits nerfs ou même du procédé opératoire qu'il connaît à cette fin, telle la sortie de l'œil hors de l'orbite.

Depuis quelques mois j'ai remarqué que les *Archives américaines d'ophtalmologie* ont publié des articles concernant la discussion déjà plutôt vieille, laquelle est de savoir si les paralysies du supérieur droit sont plus fréquentes que celles du supérieur oblique.

Loin de moi l'intention de discuter longuement du problème, encore moins de convaincre qui que ce soit. Permettez-moi d'en dire quelques mots dans un exposé qui, je l'espère, sera fidèle à mes anciens professeurs. En tous les cas, ne leur attribuez pas mes erreurs.

Chacun peut avoir ses propres idées sur les statistiques, même en médecine. Les otologistes savent à quelles différentes interprétations

se livrent nos experts en "fenestration". Une amélioration postopératoire, même de trente decibels par exemple, peut ne signifier que bien peu au patient s'il n'entend pas la conversation courante alors que le chirurgien otologiste peut classer comme bon le même résultat.

Il en va de même de l'appréciation des résultats d'opération pour strabisme. Le patient peut être heureux du résultat alors que l'oculiste sait bien que le succès aurait pu être plus grand. Œil sursumvergent (hypertropia) changé en déorsumvergent (hypotropia); strabisme convergent changé en modéré strabisme divergent. Ajoutons enfin que si un strabisme postopératoire plus marqué pouvait amener à son auteur plusieurs nuits d'insomnie pour ne pas dire la recherche d'un poste nouveau dans une autre ville, il ne faudrait pas compter que sur les quelques cas heureux où il y a fusion pour qu'un chirurgien puisse se déclarer satisfait.

Je ne puis cependant résister au plaisir de vous rappeler les statistiques données en 1938 par les docteurs White et Brown.

Sur un total de 661 cas d'anomalie musculaire verticale ils ont attribué le pourcentage suivant: 76% au droit supérieur; 18% au droit inférieur; 3% à l'inférieur oblique et 2% au supérieur oblique. De 1062 cas ils ont trouvé ceci:

Déviations latérale non compliquée:	347
Déviations verticale non compliquée:	358
Déviations verticale et latérale combinées:	357

Leur étude concluait que 2 sur 5 personnes de leur groupe total de 1955 étaient atteintes de déviation verticale; que le chirurgien doit savoir que les règles diffèrent si à la déviation latérale s'ajoute un facteur vertical; que les pauvres résultats postopératoires seraient moins fréquents si la déviation verticale était corrigée avant la déviation latérale. Quand la

1. Communication au XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

déviations verticales était marquée et que son étude était trop difficile, on pouvait alors corriger en premier lieu le plan latéral.

Duke-Elder, en décrivant la tardive différenciation embryonique des muscles extra-oculaires, mentionne qu'il y a lieu de voir là la raison des fréquents défauts du droit supérieur trouvés dès l'état congénital. "L'origine, dit-il, du muscle palpébral supérieur explique ses fréquentes affections congénitales, et il y a la même analogie de cause pour le droit supérieur."

Chacun de nous connaît l'action principale d'un individuel muscle extra-oculaire. Il y a importance à ne pas l'oublier; mais il y a surtout intérêt à nous rappeler l'action maxima des mêmes muscles dans leur champ visuel, action qui est très différente de la première.

Considérons maintenant les trois types suivants.

Le premier exemple est celui d'une simple *déviations primaire*, soit un patient qui mesure dans le champ supérieur visuel gauche des six points cardinaux une sursumvergence droite (right hypertropia) de 6 prismes-dioptries. En regardant en haut, l'œil gauche est sur un niveau plus bas que l'œil droit.

Le traitement serait le suivant: l'essai de prismes ou la chirurgie. L'usage de prismes serait insuffisant quand il n'y aurait pas de déviation, comme il arrive parfois, dans le champ visuel inférieur.

Le point de vue chirurgical. Faire soit un "tucking", soit un "O'Connor cinch", soit une résection du supérieur droit de l'œil gauche. Pour 6 prismes-dioptries il est conseillé de faire une résection de quatre millimètres au moins. Le docteur Brown recommande, s'il y a lieu, d'avancer le muscle jusqu'au limbe cornéo-scléral, disant que c'est mieux que d'opérer sur l'inférieur oblique opposé, même si l'on sait produire une ptose de la paupière. Pas d'opération s'il n'y a point de plaintes. L'intervention s'impose s'il y a augmentation constante du strabisme, si la difformité l'exige pour des raisons esthétiques, enfin s'il y a diplopie. Ajoutons qu'il semble avoir lieu d'es-

pérer amélioration dans l'apparence du strabisme avec la croissance de l'individu.

Deuxième cas: la seule différence est que l'individu du premier exemple fixerait avec l'œil gauche, œil parétique. Nous obtenons une *déviations secondaire*. Le droit inférieur oblique montre une suraction (overshoots). Le problème consiste à abaisser l'œil droit. L'on fait un reculement du droit supérieur 4 ou 5 millimètres et une ténotomie de l'inférieur oblique, œil droit. Après avoir atteint l'espace vital en sectionnant le droit externe, l'on recule l'insertion du droit inférieur oblique. Je suis habitué à entrer deux fois mon aiguille dans la sclérotique, mais, paraît-il, une seule fois suffit.

Troisième cas. Il y a *contraction secondaire*. Voici comment le tout arrive. Le droit inférieur gauche tire contre le droit supérieur, qui dans le cas est très faible, et si le patient fixe maintenant avec l'œil droit, nous obtenons suraction du droit inférieur gauche. L'analogie est évidente quand il s'agit d'une paralysie du supérieur oblique gauche, laquelle paralysie peut amener une contraction secondaire de l'inférieur oblique gauche au lieu d'une déviation secondaire du droit inférieur droit parce que le patient fixe avec le bon œil droit.

TRAITEMENT.

Le docteur Brown conseille de faire la ténotomie de l'inférieur oblique droit, puis d'attendre six mois. Il suppose que ceci amènera la $\frac{1}{2}$ correction. S'il restait 15 à 20 prismes-dioptries de suraction attachées au droit inférieur gauche, penser à faire récession ou reculement du même muscle. Il conseille l'extrême prudence parce que le patient emploie le champ visuel inférieur et une récession trop prononcée peut amener une déviation secondaire du grand oblique, œil droit. La règle habituelle plutôt approximative de 1 millimètre pour 3 prismes-dioptries ne doit pas s'appliquer dans tel cas: ici récession maxima de 3 ou 4 millimètres. Si nécessité, faire plus tard une résection du droit supérieur, œil gauche.

Si la contraction secondaire était très marquée, ténotomie complète de l'inférieur obli-

que, œil droit. Si le chirurgien est certain de son travail, il peut faire la même chose au droit inférieur, œil gauche. "Humanum est errare", et il vaut mieux de ne pas prendre de chances. Il s'agit plutôt d'attendre, de reculer l'inférieur droit et de faire une résection du droit supérieur, le tout à l'œil gauche.

Je vous fais grâce des cas mixtes où il y a à la fois très grande déviation et très grande contraction secondaires.

J'ai mentionné antérieurement la diplopie. Au lieu de couvrir tout l'œil en cause, l'on peut ne couvrir, et c'est ce qui se fait d'habitude, que la partie supérieure externe du verre afin de soulager le patient. Quand il y a affection comme paralysie des deux droits supérieurs, l'on couvre ainsi avec "ground glass" les deux verres.

L'hyperphorie double est un grand problème. Il faut d'abord apprendre à la mesurer avec des prismes. Elle révèle une lésion supra-

nucléaire, et s'il y avait égalité surtout dans la faiblesse des deux inférieurs droits, par exemple dans un même cas une hypertrophie de 14 ou 15 prismes-dioptries trouvées respectivement dans le champ inférieur gauche et le champ inférieur droit, alors pas d'opération. Pour une grande inégalité, suggérons quelque chose comme la proportion de 6 à 9 millimètres par exemple pour récession bilatérale des deux inférieurs obliques. Pas de surenthousiasme. Faire récession, jamais de ténotomie totale.

Tel est, dans le présent état de mon ignorance, un simple exposé sur le supérieur droit. Il reste à ajouter que si une hypertropie de l'œil droit peut être attribuée aux nombreux muscles suivants: inférieur droit, supérieur oblique, œil droit; supérieur droit, supérieur oblique, œil gauche; aux éleveurs de l'œil gauche ou aux deux dépresseurs, œil droit, il reste que dans un tel exemple le droit supérieur gauche l'emporte dans 75% des cas.

LES SÉDATIFS DANS LA THÉRAPEUTIQUE DU NOURRISSON¹

Daniel LONGPRÉ (Montréal).

Les sédatifs, de tous temps, ont occupé une place extrêmement importante dans le traitement des maladies humaines, dans le traitement des maladies du nourrisson en particulier. « L'opium, disait Martinet (1), est incontestablement la drogue la plus importante de la matière médicale... celle dont nous pourrions le plus difficilement nous passer; elle doit cette importance à l'action calmante qu'elle exerce sur la douleur. »

La thérapeutique étiologique, avec les sérums, l'insuline, les sulfamidés, la pénicilline, la streptomycine et le reste, la chirurgie, la médecine préventive et la psychothérapie ont

fait, certes, des progrès formidables. Mais la médication calmante joue, encore aujourd'hui, un rôle considérable dans la thérapeutique de l'enfance. A cause des dangers que présentent l'opium ou ses dérivés, on lui a substitué d'autres analgésiques, d'autres calmants, tels les dérivés sulfonés ou certains dérivés uréiques. « Phenobarbital is the most useful drug in pediatrics », lit-on dans *The Diseases of Children*, par Pflaunder et Schlossman (2).

La médication sédatrice a même dépassé, du moins dans une certaine mesure, le stage de l'empirisme. On ne donne plus de calmants à n'importe quel enfant, dès qu'il crie, ni pour n'importe quoi. Jadis, dès que le bébé pleurait,

1. Travail présenté à la Société de Pédiatrie de Montréal, à sa séance du 7 avril 1949.

sans se demander pourquoi il pleurait, on lui administrait vite un sirop calmant, tels certains sirops d'anis dans lesquels il entraît plus de morphine que d'anis. La médication sédative a été en grande partie, sinon totalement rationalisée. En tout cas, on ne calme plus avec un calmant l'enfant qui pleure de faim. On donne les vitamines appropriées.

A) Les sédatifs, chez le nourrisson, trouvent leur principale indication dans le soulagement de la douleur.

Le tout jeune enfant est incontestablement plus sensible à la douleur que l'adulte. Et cette douleur devient vite tellement exaspérante qu'il faut souvent, coûte que coûte, la calmer avant même d'en rechercher la cause.

Il est assez difficile de découvrir à quoi est due la douleur chez le nourrisson. Mais, schématiquement, on peut dire que dans l'immense majorité des cas, quand il ne pleure pas de faim, l'enfant pleure parce qu'il souffre de coliques, dans l'entérite ou la dyspepsie, ou parce qu'il a « mal à l'oreille ». Un questionnaire et l'examen permettront de faire le diagnostic:

a) Contre les coliques, l'opium, l'élixir parégorique, a gardé sa popularité historique.

b) Pour calmer les douleurs de l'otite, l'aspirine apporte quelque soulagement. Dans les cas plus aigus et plus tenaces, il ne faut pas craindre de donner de la codéine. « Codein, disent Pflaunder et Schlossman (3), may be given without hesitation. »

La formule suivante m'a donné d'excellents résultats depuis tant d'années que je m'en sers:

Sulf. de codéine..... 0.15 cent.
Hyd. de chloral..... 0.20 cent.
Sir. d'orange..... q. s. 30 cc.

De 10 à 13 gouttes selon l'âge, 2 ou 3 fois par jour au besoin.

B) Les sédatifs sont également indispensables dans le traitement des troubles spasmodiques et fréquents du nourrisson. Je ne parle pas des grands syndromes spasmodiques de la maladie de Little, de la paralysie centrale ou de l'épilepsie. Les malades qui en souffrent

sont soignés par les neurologues dans les grands centres hospitaliers.

Je veux parler de ces petits spasmes d'évolution aiguë plus ou moins angoissants que le praticien ou le pédiatre des quartiers populaires est appelé si fréquemment à soulager.

Par exemple:

a) Dans la laryngite striduleuse, le spasme laryngé du faux croup, je crois que la codéine est le sédatif de choix. Elle opère un soulagement presque immédiat.

b) Dans la toux de la trachéite ou de la bronchite, les sédatifs n'apportent pas un soulagement aussi subit que celui que l'on en obtient dans la laryngite striduleuse, mais il paraît incontestable que la codéine, ici aussi, aide considérablement à diminuer l'intensité, la fréquence et la durée de la toux.

c) A défaut d'un spécifique, les sédatifs constituent peut-être les seuls médicaments auxquels l'on se voit forcé de revenir dans le traitement de la coqueluche. Certes, ils ne guérissent pas la coqueluche, mais ils soulagent, ici aussi, en diminuant le nombre des quintes, leur intensité et leur durée.

d) Dans le spasme simple du pylore ou dans le spasme surajouté du rétrécissement congénital pylorique, comme adjuvant du traitement diététique ou chirurgical, un sédatif s'impose:

Tr. de belladone: une goutte (ou deux) dans une demi-cuillerée à thé d'eau sucrée quelques minutes avant repas.

e) Dans les convulsions de la tétanie, convulsions généralisées, laryngospasme ou pylorospasme, la médication bromo-calcique est maintenant classique (en plus, bien entendu, d'un régime équilibré, complet, avec vitamines et le reste).

Je me sers depuis nombre d'années de la formule suivante:

Br. de calcium..... 2 grammes
Chlorure de calcium..... 5 grammes
Sir. d'orange..... q. s. 120 cc.

Une cuillerée à thé 3 fois par jour entre repas.

C) Les sédatifs sont indispensables dans le

traitement de l'instabilité neurologique ou psychique et dans les états anxieux du jeune enfant. Il y a des instabilités congénitales, dit le Dr André P. L. Beley (4), des sujets dont l'hérédité est chargée, dont « la conception et la naissance ont été entourées de très lourdes circonstances »; il y a également des instabilités acquises.

Dans l'anxiété, dans l'instabilité neurologique de l'enfance, non seulement il se crée un cercle vicieux, mais, comme le fait remarquer Abraham Myerson, de Boston, dans une étude sur les dépressions nerveuses de l'adulte (5), on voit se former une *spirale vicieuse*.

Par un mécanisme que les psychologues pourront essayer d'expliquer, l'enfant passe vite à un état de véritable panique qui va, de jour en jour, en s'exaspérant.

Il est inutile, et il serait irrationnel, de donner un calmant dès qu'un enfant se met à pleurer et à crier. Une atmosphère paisible, une mère rassurante et calme suffisent pour le faire taire. Mais, de nos jours, l'atmosphère du « home » est loin d'être toujours calme. Les mères sont loin d'être toujours rassurantes. Les mères sont elles-mêmes énerchées, dans les milieux bourgeois par la vie surexcitante de cocktails, dans les milieux populaires par une vie, tassée, dans des maisons trop petites qu'elles sont obligées, si souvent, de partager avec les grands-parents ou d'autres jeunes ménages. Les mères sont également énerchées par la crainte du chômage de leur mari, ou par l'insécurité du lendemain, due au prix exorbitant des loyers et au coût élevé de la vie, quand elles ne souffrent pas déjà de la psychose des masses provoquée par nos journaux et la radio en vue d'une préparation à une troisième guerre universelle.

Pour calmer l'irritabilité et l'anxiété de l'enfant, bien souvent, il suffit de rassurer la mère et de calmer l'entourage. Mais, bien souvent aussi, si l'on veut briser le cercle vicieux, la spirale vicieuse, il faut d'abord calmer l'enfant. Et ici les bons conseils et les sermons ne suffisent pas. Il faut donner un sédatif.

La formule suivante m'a donné depuis longtemps d'excellents résultats:

Phénobarbital 0.15 cent.
Spasmoline q. s. 30 cc.

De dix à quinze gouttes dans une cuillerée à thé d'eau sucrée, à être données matin et soir au besoin.

Depuis quelque temps, je me sers de la formule suggérée par Myerson:

Br. de calcium..... 2 grammes
Sod. barbital 0.50 cent
Sir. d'orange q. s. 180 cc.

Une demi-cuillerée à thé 2 ou 3 fois par jour entre repas.

D) Dans la diarrhée infantile l'opium et ses dérivés, l'élixir parégorique surtout, ont rendu et rendent encore des services inappréciables.

Une anse isolée de l'intestin d'un chien contient, au bout de 18 heures, 500 cc. de liquide exsudé; si l'animal est morphinisé, la même expérience ne fournit que quelques cc. de liquide. Martinet conclut (6) que l'opium et ses dérivés constipent en arrêtant la sécrétion intestinale et en ralentissant les mouvements péristaltiques, c'est-à-dire à cause de leur action sur les nerfs moteurs. Mais il n'y a aucun doute que leur action sur les nerfs sensitifs, en calmant la douleur, joue ici un rôle prépondérant.

Beaucoup s'opposent à la médication calmante. On la considère comme une preuve de faiblesse de caractère et même d'ignorance. Jadis, l'on disait: « Il y a des diarrhées qu'il faut respecter. » Aujourd'hui, l'on dit: « Il faut respecter la douleur morale. » Ce sont là sans doute des arguments péremptoirs. Mais, quant à moi, j'estime qu'il est inutile de souffrir inutilement et de laisser souffrir les enfants inutilement.

Les sédatifs ne sont peut-être pas seulement des calmants.

Dès le XVII^e siècle, Sydenham prétendait « que ce serait être peu instruit de la vertu de l'opium (ou de tout autre sédatif) que de l'employer seulement pour procurer le som-

meil, calmer la douleur et arrêter la diarrhée. L'opium est encore un excellent cordial. » (7)

Notre confrère, le docteur J.-P. Bombardier, de Montréal, a rapporté (8) l'histoire de cas de deux jeunes malades souffrant de néphrite hypertensive, qu'il a traités et guéris avec des injections intraveineuses d'une solution isotonique de cocaïne.

Comment les sédatifs agissent-ils et comment seraient-ils calmants et toniques en même temps? Les élèves de Pavlov, le professeur A. D. Speransky (9), chef du laboratoire de physiologie pathologique, et le professeur P. Anohkin (10) et leurs assistants de l'Institut de Médecine expérimentale de l'U.R.S.S., ont fait des observations qui sont, ici, d'un intérêt primordial.

Ils ont, entre autres, badigeonné la muqueuse de l'estomac de chiens avec une solution de cocaïne. Ils ont fait ingérer des doses mortelles de poison à ces chiens. Et les chiens ont survécu.

Je crois que l'on peut conclure avec Paul Savy (11) que « la douleur pour le médecin n'est qu'un mal qu'il faut combattre. A vrai dire, la lutte ne s'engagera qu'après avoir tiré du symptôme, de son siège, de ses modalités, toutes les indications diagnostiques nécessaires, et c'est d'ailleurs à sa cause autant et plus qu'à lui-même (le symptôme douleur), que la thérapeutique s'adressera. Mais que cette cause demeure inconnue, qu'elle soit incurable ou lente à disparaître, la douleur, pour elle-même, exige d'être traitée: phénomènes secondaires, réactions multiples, physiques et morales, cercle vicieux de la souffrance pro-

longeant la souffrance (spirale vicieuse), doivent et peuvent s'effacer devant les éléments d'action analgésique que représentent, avec la psychothérapie, la médication sédatrice, la physiothérapie, la chirurgie et le reste ».

Les sédatifs ont droit à la place importante qu'ils occupent dans la thérapeutique du nourrisson.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Alfred MARTINET: *Les médicaments usuels*. Masson et Cie, édit., Paris, 1929 (pp. 920-924)
- (2) PFLAUNDER et SCHLOSSMAN: *The diseases of children*. Lippincott, 1935. Vol. 1, p. 189.
- (3) — *Op. cit.*, p. 190.
- (4) André P. L. BELEY: « Médication bromo-calci- que dans l'instabilité neurologique de l'enfant. » *Sciences Médicales*, Paris, p. 149 (1938).
- (5) Abraham MYERSON: « The Sleeping and Waking Mechanism. » *The Journ. of Nervous and Mental Dis.*, **105**: 598-606 (juin) 1947.
- (6) Alfred MARTINET: *Op. cit.*, p. 429.
- (7) — *Op. cit.*, p. 424.
- (8) J.-P. BOMBARDIER: Travail présenté à la Société de Pédiatrie de Montréal, séance du 3 mars 1949.
- (9) A. D. SPERANSKY: *Basis for the Theory of Medicine*. Inra Co-operative Publishing Society, Moscou, 1935.
- (10) P. ANOHKIN: *Reports on the Problem of Centre and Periphery in the Physiology of Nervous activity*. Gorky State Publishing House, 1935.
- (11) Paul SAVY: *Traité de thérapeutique clinique*. 2e édit., Tome 1, p. 15. Masson et Cie, édit., Paris.

TECHNIQUE ET AVANTAGES DE L'EMPLOI DU STÉTHETRON EN ANESTHÉSIE¹

Rouville LAMY (Sherbrooke):

Lors du Congrès de l'«International Anesthesia Research Society», tenu à New-York l'an passé, je fus abordé par un jeune anesthésiste qui, à la vue de mon appareil auditif, me questionna longuement sur ma méthode de travail en anesthésie et me suggéra de présenter un travail sur le stéthetron, travail qui, je crois, peut rendre service à ceux qui ont les mêmes problèmes à résoudre.

DÉFINITION ET DESCRIPTION DE L'APPAREIL.

Le stéthetron est un stéthoscope construit d'après des principes électroniques par les ingénieurs de la Compagnie Maico.

Son rôle est l'amplification des sons perçus par les stéthoscopes ordinaires; l'on peut amplifier ces sons jusqu'à 150 fois leur volume. Le stéthetron est une boîte rectangulaire de 9 pouces par 4, ayant dans l'angle droit de sa surface supérieure un bouton interrupteur lié à un contrôle de volume tel que l'on voit sur les radios; un peu plus au centre se trouve un filtre du son ayant l'apparence d'un rhéostat qui nous permet de choisir dans la gamme des fréquences celles qui correspondent le plus au son qu'on veut écouter; vis-à-vis du filtre, on voit une prise de courant servant à relier par un fil l'appareil au microphone que l'on place sur le thorax pour l'ausculter; près de cette prise de courant, se trouve le trou d'échappement permettant d'insérer la partie inférieure d'un tube de stéthoscope ordinaire; on peut aussi se servir d'un stéthoscope jumeau ou d'un haut-parleur, ce qui est très pratique pour l'enseignement, les recherches ou les consultations. Le stéthetron est léger, fragile, peu encombrant, très sensible et à l'épreuve des chocs.

De ces qualités naît la technique à employer pour l'obtention de meilleurs résultats.

D'abord, il est léger et fragile, par conséquent, on doit lui éviter les chutes et les chocs; pour ce faire, on place l'appareil dans le premier tiroir ouvert de la machine Heidbrink ou encore on le place à plat sur la table d'opération, dans l'espace compris entre la tête du patient et son épaule gauche; on ramène le drap de la table par-dessus l'appareil que l'on fixe avec une pince à champs sur la courroie, soutien-masque.

De l'appareil, partent deux fils qui relient les deux microphones dont l'un est placé sur la région précordiale et l'autre au pli du coude gauche du patient pour le contrôle de la pression artérielle; ces fils passant sous le champ opératoire ne nuisent aucunement et ne peuvent contaminer.

Comme le stéthetron est très sensible, il importe d'éviter tout bruit parasite, tel que celui produit par le déplacement du microphone sur la peau ou le frottement du linge. Pour éviter ces ennuis, on n'a qu'à maintenir le microphone avec une bande d'élastoplast d'un pouce de largeur, laquelle permet l'expansion normale du thorax et une pression constante et uniforme requise pour le bon fonctionnement. Cet appareil est aussi à l'épreuve des chocs car il est alimenté par des piles sèches de faible voltage, on peut s'en servir sans crainte dans l'anesthésie au cyclopropane ou à l'éthylène.

VOYONS MAINTENANT LES AVANTAGES QUE NOUS OFFRE SON USAGE.

Chez les obèses, l'avantage est trop apparent pour entrer dans les détails.

Il y a plusieurs vétérans anesthésistes qui, lors de leur séjour au front, ont perdu l'acuité

1. Communication au XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

auditive qu'ils avaient au début de leur carrière ou bien des anesthésistes âgés qui, après de longues années d'expérience, s'aperçoivent des modifications auditives qu'apporte l'âge; à ceux-là, le stéthetron peut rendre de très grands services en leur permettant de continuer la pratique de leur spécialité et de pouvoir en porter encore toute la responsabilité.

Lors des opérations sur le crâne ou la face, où il y a plusieurs assistants et peu d'espace, l'anesthésiste a souvent l'impression d'être le spectateur d'un conciliabule de joueurs de "rugby"; le stéthetron lui permet de faire son travail à distance avec la même efficacité que s'il était à sa place habituelle; ces cas sont en majorité des mauvais risques et demandent une surveillance constante. La position de l'opéré empêche souvent l'auscultation du cœur lorsque le patient est à plat ventre ou couché sur le côté gauche; dans ce cas, le stéthetron, ayant été fixé d'avance, permet une auscultation facile.

Dans les cas de très mauvais risques, où l'anesthésiste doit combiner son anesthésie, le stéthetron permet une auscultation permanente, lui permettant de déceler la moindre modification cardiaque au moment précis où elle apparaît et ceci sans nuire à ses mouvements et sans danger de contamination.

L'usage du stéthetron a rendu possible l'auscultation d'un patient enfermé dans un pou-

mon d'acier; on n'a qu'à fixer un microphone sur la région précordiale avant de mettre la cuirasse, l'on fait passer le fil du microphone en dessous de la bande de caoutchouc qui ferme le haut de la cuirasse, on se rend compte alors des différentes phases de la ressuscitation.

Voici ce que m'a enseigné l'usage du stéthetron; il ne faudra pas vous attendre à obtenir une perception parfaite dès le premier jour où vous vous servirez de cet appareil. Ce sera par tâtonnement au début et par l'habitude ensuite que vous recevrez le maximum de service que pourra vous donner cet appareil.

Comme le bon emploi de tout appareil ou instrument demande une certaine période d'entraînement ou d'adaptation, il en est de même du stéthetron: c'est par la comparaison des bruits perçus par le stéthoscope ordinaire et ceux perçus par le stéthetron que se fait cette adaptation. Cette période dure environ deux semaines.

Le réglage du filtre du son est aussi essentiel pour l'obtention d'une bonne perception que l'est la mise au foyer dans les instruments d'optique. Ce réglage permet une amplification considérable sans dénaturer les caractères des sons perçus. C'est ce jeu du filtre qui fait la valeur de l'appareil et qui demande l'adaptation déjà mentionnée.

L'ANESTHÉSIE DANS L'OBSTRUCTION INTESTINALE ¹

J.-Ovila NOËL (Sherbrooke).

Au sujet de cette maladie, les statistiques sont plutôt sombres, mais je crois que les progrès scientifiques vont bientôt les améliorer. En face de ces patients dont l'état est très précaire, le chirurgien a besoin du concours non seulement de l'anesthésiste et des gardes-malades, mais aussi du laboratoire et des rayons X.

Rien ne doit être négligé car, comme le dit le docteur Wangenstein: "Il n'y a qu'un cheveu entre le succès et l'insuccès, mais il y a tout un monde entre un cadavre et un homme vivant."

Le rôle de l'anesthésiste dans le cas présent ne se borne pas à l'anesthésie durant l'opération; il doit aider le chirurgien dans les soins préopératoires et mettre en œuvre certaines pratiques essentielles pendant l'opération. Il doit aussi surveiller le patient jusqu'à son réveil.

Je parlerai donc des soins préopératoires et des techniques spéciales à la salle d'opération.

SOINS PRÉOPÉRATOIRES.

Pour administrer adéquatement les soins préopératoires, il est essentiel de bien connaître l'état de notre patient et de bien comprendre ce qui se passe chez lui.

Le grand fait important dans l'obstruction intestinale est la distension du tube digestif par une accumulation de gaz et de fluides produisant des vomissements abondants, cause de perturbations physiologiques. Rappelons à notre mémoire quelques notions de physiologie pour élucider les perturbations produites dans un cas d'obstruction intestinale.

Il se fait de l'endosmose et de l'exosmose entre le tube digestif et le plasma sanguin comme il s'en fait entre celui-ci et le fluide interstitiel, qui à son tour fait des échanges avec le liquide intracellulaire.

Dans le cas qui nous intéresse, rappelons-nous que le sodium est le cation principal du plasma sanguin et du fluide interstitiel tandis que le chlore en est le principal anion. Nous comprenons que les vomissements vont amener une perte considérable de l'électrolyte chlore et d'eau, causant ainsi une centration du plasma sanguin et une tendance à l'alcalose.

Dans les vomissements du suc gastrique, comme dans l'obstruction pylorique, on aura une plus grande perte de l'anion chlore que du cation soude. Comme conséquence, il se développe de l'alcalose avec une augmentation du bicarbonate dans le plasma, plus rapidement que dans l'obstruction d'un segment inférieur de l'intestin.

Accompagnant cette perte de soude et de chlore, il se fait dans le plasma une baisse des chlorures et incidemment une déshydratation produisant à son tour de l'oligurie.

L'administration de sérum physiologique comble le manque de soude plus vite que le déficit en chlore, et l'excès de soude accompagnant le balancement du chlore est équilibré par la sécrétion rénale.

S'il faut combattre la déshydratation et la baisse des chlorures par le sérum physiologique intraveineux, il ne faut cependant pas dépasser la dose exigée parce que, pour 9 grammes de chlorure en excès, l'organisme retiendrait un litre d'eau, ce qui exposerait le patient à faire de l'œdème.

Si la strangulation est cause de l'obstruction, le patient aura un pouls rapide et une baisse de pression artérielle à 100 millimètres de mercure ou plus bas. Il faut alors administrer du sang ou du plasma avant l'opération. L'administration de sang total compense non seulement l'anémie mais aussi le manque de protéine.

Si on administre de la parénamine intraveineuse pour suppléer au déficit de protéine, on

1. Communication au XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

donne une à trois ampoules par jour dans du sérum physiologique pur ou dans une solution glucosée pure mais non pas dans un mélange de sérum physiologique glucosé, ce qui exposerait à des réactions. Personnellement, je n'ai pas encore osé faire usage de la parénamine; jusqu'à date, j'ai préféré le sang total ou le plasma.

Un autre point capital que doit vérifier l'anesthésiste avant l'opération, c'est de s'assurer que l'estomac est vide. L'évacuation du contenu de l'estomac et de l'intestin se fait par l'intermédiaire du tube duodéal Miller-Abbott. L'expérience a démontré cependant que le siphonage est insuffisant. Il faut faire la succion. En effet, il y a dans l'intestin et l'estomac des gaz et des liquides. Or, la physique nous enseigne que l'entrée d'une colonne gazeuse dans le siphon va interrompre son action jusqu'à ce qu'une nouvelle pression pousse le liquide de nouveau dans le tube pour remettre le siphonage en marche. Il est donc préférable d'établir une succion continue sur le bout du tube duodéal. On doit continuer la succion pendant l'opération pour éviter tout danger de régurgitation.

TECHNIQUES SPÉCIALES À LA SALLE D'OPÉRATION.

L'extrême grand danger pendant l'opération est l'anoxémie par le passage de liquides dans les voies respiratoires.

Moyens de prévenir le grand danger de la régurgitation.

- a — Garder le tube Miller-Abbott en fonction pendant l'opération.
- b — Ne pas placer le patient en Trendelenburg pendant l'opération, mais au contraire lui laisser la tête plutôt soulevée.
- c — Intubation si on se sert de la méthode par inhalation.

Choix de l'anesthésique.

A mon avis, l'important ne réside pas dans le choix de l'anesthésique, mais dans l'habileté à se servir de l'anesthésique choisi.

Le docteur Wangenstein est d'avis que la

combinaison des anesthésiques par inhalation donne la plus grande sécurité.

Le docteur Ralf Knight fait l'induction au pentothal et maintient au cyclo par intubation.

Le docteur Graham considère comme très répréhensible ("is guilty of malpractice") celui qui donne l'anesthésie par inhalation dans un cas d'obstruction intestinale lorsqu'il a à sa disposition ce qu'il faut pour faire une anesthésie rachidienne.

Le docteur Badcock, en 1942, disait (traduction littérale): "Lorsque dans l'obstruction intestinale on a un fonctionnement organique diminué et une compression du diaphragme, on doit abandonner la rachidienne."

Le docteur Maxson, après avoir dit que la rachidienne semble la méthode de choix pour faciliter le travail du chirurgien et prévenir la régurgitation, ajoute: "Le degré de distension intestinale est la mesure du danger de la spinale."

Ma méthode personnelle actuelle.

a — A la chambre du patient:

1 — En plus de l'examen ordinaire du patient, m'assurer que le contrôle des chlorures dans le sang a été fait, et que le groupe sanguin est déterminé.

2 — Administrer du sang ou du plasma s'il y a indication.

3 — Tube Miller-Abbott en permanence.

4 — Atropine 1/150 et pantopon une ampoule, environ 45 minutes avant l'opération.

b — A la salle d'opération:

5 — Pentothal 2.5% et tubocurarine pour l'induction.

6 — Sérum glucosé 5% remplace la seringue à l'aiguille du pentothal.

7 — Intubation.

8 — Protoxyde d'azote et cyclopropane pour maintenir l'anesthésie.

9 — Curare au besoin.

Je vous ai exposé brièvement, chers confrères, ma méthode actuelle, espérant l'améliorer de beaucoup en recueillant les fruits de votre expérience dans la discussion qui va suivre.

**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 78, No 8 — Montréal, août 1949

LA DERMITE DES PLANTES

La dermite des plantes revient chaque année, toujours avec son même nombre de victimes ou à peu près, son même tableau clinique et ses mêmes petits secrets.

La maladie est assez simple en soi; mais elle cause assez d'émoi chez la population, pour éveiller chez nos législateurs l'idée prurigène de mobiliser aviateurs, botanistes, chimistes, médecins, etc.

Tout en est encore là!

Le patient, celui de la campagne comme celui de la ville, est impressionné, nerveux, il a hâte de consulter, il veut savoir s'il est atteint ou du « panais » ou de l'herbe à la puce (*Rhus toxicodendrum*) ou de quelle autre plante. Il discute, s'obstine avec lui-même et maintient: « C'est du panais! Je suis pris pour 7 ans. »

Il demande avec insistance des injections curatrices, prophylactiques.

Il attend de son médecin une réponse à tout.

Le diagnostic, dans la plupart des cas du moins, est d'une grande facilité: il est fait à l'avance par le malade, il

saute aux yeux: la saison, l'histoire de la maladie, la localisation aux endroits découverts ou aux parties exposées, le caractère des lésions qui peut être érythémateux, papuleux, vésiculeux, bulleux ou urticarien. Si l'on aperçoit des stries linéaires, c'est un signe de certitude.

Quelle est la plante en cause?

Personne ne le sait.

Il y en a plus de 200 genres ou espèces (Darier), et ce n'est pas le lieu de les énumérer. A l'examen de la peau, il n'est pas facile de pouvoir distinguer la plante en cause, à moins d'assister au contact et d'être botaniste à la fois.

Que faire?

La maladie guérissant spontanément, on peut commencer par ne rien faire et rien de plus: « *Primum non nocere.* »

S'abstenir d'application irritante et de l'abus des savons.

Il n'existe pas de traitement spécifique, d'injections spécifiques, désensibilisantes; les meilleures n'ont guère de valeur quand elles ne causent pas une poussée. Telle est l'opinion de la plupart des auteurs; quelques-uns ont réussi quelquefois à désensibiliser spécifiquement. (Sulzberger.)

Mieux vaut traiter les symptômes.

Il y a toujours intérêt à crever les bulles.

Les grands bains sont nettoyants et calmants.

Les pansements humides sont utiles, même nécessaires s'il y a infection secondaire; si celle-ci s'avère, la pénicilline en pansements ou en injections trouve son indication.

Les applications suivantes sont de quelque profit:

1. Huile douce.
2. Liniment oléo-calcaire.
3. Lotion à la calamine:

Calamine	
Oxyde de zinc	aa 12 grms.
Glycérine	
Eau	300 cc.
4. Pâte à l'eau (à appliquer avec un pinceau à pâte):

Talc	20 grms.
Oxyde de zinc	20 grms.
Glycérine	15 grms.
Eau	120 grms.
5. Pâte de Lassar:

Talc	
Oxyde de zinc	aa 10 grms.
Vaseline	
Lanoline.	

Le malade a le droit d'être bien renseigné.

Il ne peut transmettre à autrui son affection; et il n'est pas nécessairement condamné à avoir une récurrence pendant 7 ans. Il n'est pas, d'autre part, immunisé.

Il doit être rassuré, encouragé, pour que sa vie ne soit pas trop désorganisée; il peut continuer son voyage... ici-bas...

Paul POIRIER.

QUELQUES PROPOS SUR LE CANCER

On parle beaucoup de cancer. On doit en parler; non pour apeurer et jeter l'effroi dans les esprits ignorants, mais pour alerter sans cesse le médecin que l'on consulte pour une infinité de

malaises et de troubles parmi lesquels il lui sera possible de découvrir éventuellement la cause exacte: un cancer. A condition qu'il soit constamment à l'affût, qu'il connaisse les signes précoces d'une tumeur maligne des différents organes et tous les procédés d'investigation appropriés et efficaces, afin de formuler un diagnostic précoce. Car, jusqu'à nouvel ordre, la guérison du cancer réside dans sa découverte au début de son évolution.

Voici quelques notions qui aideront à cela¹.

Plus d'enfants meurent de cancer que de rougeole, de coqueluche, de scarlatine ou de poliomyélite.

Les retards au diagnostic dépendent du malade dans 50% et du médecin dans 25% des cas.

L'examen microscopique des sécrétions et mucosités des régions cancéreuses, mis au point d'abord par Papanicolaou pour le cancer utérin, est la méthode, de date récente, la plus appropriée en vue d'un diagnostic précoce du cancer.

La dysphagie pour les solides est le premier symptôme d'un cancer de l'œsophage. L'œsophagoscopie et la radiographie peuvent apporter le diagnostic.

Le cancer gastrique se manifeste par des troubles gastriques, de l'anorexie, de la perte du poids. L'examen cytologique des sécrétions gastriques aspirées par le tube de Levine peut le déceler dans 75% des cas. La radio-

1. « The Cancer Problem. » *General Practice Clinics*, 6: 249 (juin) 1949.

graphie et la gastroscopie le repèrent dans 95% et 85% des cas respectivement.

Le cancer pancréatique se révèle par une douleur précoce épigastrique profonde, sévère, irradiant vers le dos, dans un tiers des cas; par des perturbations digestives et dans 70% des cas par de la jaunisse avec distension vésiculaire. Une hyperglycémie provoquée anormale serait un signe d'une importance réelle.

Le cancer du côlon et du rectum est pauvre de symptômes avant l'apparition de l'ulcération et du melæna. L'obstruction est rare au cæcum et au côlon ascendant de par leur grande dimension. Le cancer anal est d'une malignité sévère. Le toucher rectal découvrira la lésion dans 50% et l'endoscopie dans 75% des cas de cancer du rectum. L'examen cytologique des débris et mucosités recueillis au moyen d'une pipette aidera également au diagnostic.

Le cancer de la prostate se développerait chez un homme sur 7 après 50 ans, et le toucher rectal révélerait la lésion dans 81% des cas et l'examen microscopique des sécrétions dans 95% des cas de cancer de l'appareil génito-urinaire.

Le cancer de la vessie, du rein, de l'uretère manifeste sa présence au tout début par de l'hématurie. La cystoscopie, la radiographie, l'examen cytologique des sécrétions concourent à la découverte de la lésion tumorale.

Il est facile de trouver un cancer du col utérin au tout début de sa croissance. Tout écoulement sanguinolent,

leucorrhéique ou purulent inusité, surtout entre 35 et 55 ans, doit inciter à l'examen clinique, cytologique et, au besoin, biopsique. 85 à 91% des cas de cancer utérin opérés précocement peuvent être guéris. L'envahissement tumoral des ovaires constitue un grave danger, parce que plus difficilement décelable, du moins au début, et par l'envahissement péritonéal et viscéral ultérieur.

La mortalité par cancer cutané est de 3%. Cette fréquence trop élevée dépend d'un mauvais diagnostic, de négligence ou de mauvais jugement. Le cancer de la lèvre pourrait être guéri dans 90% des cas, à condition qu'on l'identifie rapidement et l'examen cytologique pour le cancer de la langue, de la bouche et des lèvres devra aider grandement à son identification précoce.

C'est bien dans le cancer pulmonaire que l'examen cytologique des crachats ou des sécrétions bronchiques portera vers le diagnostic précoce, soit dans 84 et 89.8% des cas. La bronchoscopie et la radiologie pourront apporter leur aide mais plus tardivement. La lobectomie et la pneumonectomie effectuées à la période de début pourront amener la guérison (disons dans 25% des cas qui ont vécu 5 ans et plus, après l'opération dans un groupe comportant des malades traités et observés par certains chirurgiens).

Le sein est le siège fréquent du cancer. L'intérêt de son diagnostic précoce est démontré par les rapports suivants: les chances de guérison sont de 4 à 1 si le sein est enlevé avant l'envahissement de l'aisselle et de 1 à 4 s'il est

opéré après cet envahissement. La radiothérapie pré et postopératoire favoriserait la guérison. Les oestrogènes pourront exercer une action favorable, surtout chez les femmes ayant passé la ménopause. Les androgènes seraient également profitables, mais toute cette thérapeutique hormonale du cancer du sein est encore au stage expérimental et on ne peut rien établir de stable actuellement à ce sujet.

Voilà quelques éléments de connaissance sur le cancer. Ces critères d'investigation scientifique valent infiniment plus que tous les cris d'alarme lancés par une réclame inintelligente vers le profane qui s'apeure et qui ainsi trouve une occasion de plus à entretenir son anxiété et à verser dans une psycho-névrose d'angoisse. Et malheureusement cette psycho-névrose ne prévient pas un cancer éventuel.

Roma AMYOT.

VARIÉTÉS

L'ASSOCIATION AMÉRICAINE DE NEUROLOGIE

Session de 1949

La soixante-quatorzième réunion annuelle de l'« American Neurological Association » eut lieu à Atlantic City les 13, 14 et 15 juin.

Cette ville américaine offre certains avantages à la tenue de congrès, surtout de congrès de sociétés ou associations américaines dont certaines réunissent plusieurs milliers de membres, par la grande facilité d'accommodations de logement et par l'attrait de la mer. L'animation de sa promenade qui longe l'océan, et est bordée d'hôtels fastueux, de magasins les plus hétéroclites, fascine et fatigue à la fois. D'un côté la nature vaste, indéfinie, sans cesse mouvante et bruyante comme si elle portait la vie, de l'autre, l'artifice et le clinquant que les hommes offrent aux hommes par le trafic des objets inanimés.

Mais tout cela n'est, pour les neurologistes et neuro-chirurgiens assemblés pour cette réunion, que choses contingentes.

Ils se réunissent dans une salle climatisée d'un grand hôtel et cherchent à s'instruire, parfois peut-être, comme dans tous les congrès, à étonner, à créer une impression dont l'effet se reflétera sur la personnalité du rapporteur. A tout prendre le bon et l'utile l'emportent d'emblée sur l'inutile ou le boursoufflé.

Chose remarquable, les rapporteurs sont en général jeunes; ils ont de trente à quarante ans et la grande partie des communications sont marquées d'expérimentations de neuro-physiologie ou de biologie. Les travaux de clinique pure sont l'exception. L'expérimentation a porté sur l'animal par des neuro-physiologistes, sur l'homme par des neuro-chirurgiens. Les Américains poussent l'investigation dans ces deux domaines avec une ardeur qui se maintient.

Quelques communications qui nous ont intéressés:

Une thrombose spontanée des carotides peut se produire, amenant un syndrome hémiplé-

gique, très souvent une cécité homolatérale. Pensons à rechercher, par la palpation, les pulsations carotidiennes et même temporales dans toute hémiplégie. Si elles ne sont pas trouvées, on devra impliquer la thrombose carotidienne. (E. E. Gurdjian et J. E. Webster)

D'ailleurs l'angiographie cérébrale pourra montrer encore plus objectivement les occlusions carotidiennes et des artères cérébrales, mais se méfier de certaines images déficitaires qui ne sont pas le reflet d'une obstruction réelle et qui trompent; ces images anormales seraient la conséquence d'une viciation dans la dynamique circulatoire. En plus, certains neurologistes conseillent d'être prudent dans l'usage immodéré de l'artériographie au diodrast, qui n'est pas exempt de complications possibles surtout chez les sujets déjà avariés dans leurs vaisseaux. (W. B. Seaman, W. R. Page, W. J. German)

Les douleurs lancinantes du tabes, selon les constatations histologiques montrant des modifications cellulaires importantes surtout au niveau des cellules capsulaires, viendraient de perturbations paroxystiques au sein des ganglions spinaux. Une stimulation artificielle effectuée durant une intervention chirurgicale sur un ganglion malade détermine une douleur similaire aux algies lancinantes éprouvées habituellement par le malade, alors qu'une même stimulation portée sur un ganglion sain a déclenché une douleur tout à fait différente de qualité.

Le malade subit une cordotomie, mais il aurait été intéressant (Penfield) de ne réséquer que les ganglions spinaux présumés malades et correspondant aux dermatomes qui étaient habituellement le siège des décharges douloureuses. (W. Caveness, R. D. Adams, A. Pope, W. R. Wegner)

On reparla de la chirurgie des syndromes parkinsoniens. Une opération consiste à sec-

tionner le bras antérieur de la capsule interne. Elle procurerait certain apaisement dans le tremblement et la rigidité sans trop diminuer la fonction motrice volitionnelle. Méthode encore en expérimentation. (J. Browder et A. M. Rabiner)

Beaucoup plus impressionnante fut la communication suivante illustrée par un film. Un héli-syndrome choréo-athétosique ou d'hémi-tallisme? On discuta sur sa dénomination ou son classement sémiologique; il fut observé chez deux sujets. Chez les deux on effectua une incision de 2½ centimètres de profondeur dans le cortex contralatéral entre la zone 4 et 4-S dans le but de sectionner les fibres d'association en U intercirconvolutionnelles et sur une étendue verticale correspondant à peu près à la moitié supérieure des circonvolutions ascendantes.

Disparition complète des mouvements involontaires incessants et épuisants de la malade filmée avant et après l'opération. L'autre malade mourut d'une affection intercurrente après avoir offert le même résultat; elle était en voie de récupération motrice et volitionnelle. Le corps de de Luys était intact, le noyau lenticulaire était le siège de la lésion. On profita de cette présentation, encore une fois spectaculaire, pour énoncer et illustrer une hypothèse pathogénique des hyperkinésies, qui admettrait un rôle d'inhibition des corps striés sur le cortex préfrontal. (R. Meyers, D. B. Sweeney, Jess T. Schwidde)

L'injection intraveineuse d'une solution hypertonique de glucose (50 cc. à 50%) n'aurait aucun effet sur une tension liquidienne normale alors qu'elle abaisserait une tension pathologiquement élevée; la tension est estimée 15 minutes avant l'injection et pendant une heure après l'injection. Méthode facilitant le partage entre des tensions normales à la limite maximum et celles qui sont légèrement augmentées par une lésion intracrânienne. (Winkelman)

Des travaux se poursuivent sur l'action de certains phosphates organiques, plus particulièrement le tétraéthylpyrophosphate, sur la

myasthénie. Ils inhibent, comme la néostigmine, l'activité de la cholinestérase, mais leur influence est moins fugace. (R. W. De Joug, M. R. Wasterberg, J. T. Luros)

D'autre part, la thymectomie ne semble pas améliorer par elle-même le sort des myasthéniques, avant ou sans thymome. Un groupe important de myasthéniques (73) avec ou sans tumeur furent opérés, un groupe contrôle (186) fut traité médicalement. Les résultats furent trouvés à peu près identiques par un médecin de la Clinique Mayo ayant l'opportunité de rassembler un matériel humain d'observation exceptionnellement considérable. (L. R. Eaton)

L'hormone adrénocorticotrope de l'hypophyse pourrait être impliquée dans le mécanisme de la myasthénie. C'est ce qui a paru ressortir de l'effet favorable de l'injection de 500 milligrammes de cette substance à des myasthéniques (25 mg. toutes les 6 heures) accompagnés de modifications biochimiques de sang et des potentiels électriques musculaires. (C. Torda, H. G. Wolf)

La myasthénie congénitale pourrait se trouver, d'après l'étude d'un frère et d'une sœur chez lesquels dès la naissance on constata de la faiblesse musculaire aux nerfs crâniens (surtout aux muscles oculaires) comme chez la sœur, ou plus généralisée comme chez le frère. Cette notion de myasthénie congénitale sera utile à se rappeler à l'occasion. (P. M. Levin)

L'hyperparathyroïdie peut amener la calciose rénale, la formation de lacunes osseuses, cela est connu. La maladie de Milkman comporte des images de pseudo-fractures osseuses. Mais des accidents neurologiques en seraient aussi éventuellement la conséquence: faiblesse et atrophie musculaire aux membres sans RD ni fibrillations; surréflexivité tendineuse, sans clonus; hypercréatinurie; douleur à la compression des os. (C. T. Vicale)

Un territoire du cortex antérieur au centre moteur du membre inférieur posséderait une certaine action motrice complémentaire. La stimulation sur cette zone provoque l'émission

de sons, de l'inhibition sur l'activité volitionnelle et certaines synergies motrices parfois bilatérales. L'aura épileptique partant de cette région offre des particularités cliniques plus complexes que la simple déviation de la tête.

Un centre secondaire des sensibilités semble aussi exister sur le versant supérieur de la scissure de Sylvius. L'excitation expérimentale de cette zone provoque une sensation de mouvement dans les membres contralatéraux, de fourmillement ou d'engourdissement avec parfois propension au mouvement, ressentie. Un aura épileptique partant de cette région peut se présenter avec ces caractères et son excision n'entraîne aucun déficit sensitif. Très intéressants travaux d'expérimentation humaine au cours d'observations chirurgicales. (Penfield et K. Welch; Penfield)

Des expériences conduites chez le singe ont démontré que la partie antérieure du cingulum et la partie postérieure de l'uncus possédaient certaines influences sur le système autonome (neuro-végétatif), sur le tonus émotionnel et le comportement. (W. R. Smith)

Ces constatations expérimentales sur l'animal purent être contrôlées chez l'homme au cours d'interventions chirurgicales sur le cerveau pour topéctomie (ou gyrectomie). Effectivement, des stimulations dirigées bilatéralement sur les mêmes régions du cerveau déterminèrent des modifications évidentes de la pression artérielle, du pouls et de la respiration. (J. L. Pool, J. R. Ransohoff)

D'autre part, il semble bien à certains neuro-physiologistes qu'il existe des rapports étroits de physiologie entre les parties antérieures du cingulum et de l'insula, la partie postérieure du lobe orbitaire et l'uncus, et que ce complexe possède des rapports étroits avec certaines parties des noyaux gris centraux et l'hypothalamus. Il posséderait un rôle dans le fonctionnement vago-sympathique, sur l'affectivité et sur le comportement. L'ablation sur le singe de la région temporo-orbitaire incluant l'uncus, l'amygdale temporale et la partie antérieure de l'insula détermine une

propension impulsive de l'animal à s'introduire dans la bouche tout objet qu'on lui présente: aliments, instruments piquants ou coupants, allumettes enflammées sans discrimination, ni crainte, ni geste de répulsion. (J. F. Fulton et collaborateurs)

En résumé, voilà donc une région du cerveau explorée sous un nouvel angle et qui paraît être le siège de projection corticale de certaines fonctions importantes neuro-végétatives avec composantes affectives, dont les altérations anatomiques ou les stimulations déterminent des dérèglements autonomiques, émotionnels et caractériels assez constants. Le sujet est à l'étude et peut-être en subira-t-il des conclusions anatomo-physiologiques plus définies.

D'autres communications aussi intéressantes et aussi sérieuses furent étayées par des travaux de recherche et d'expérimentations.

* * *

Il ressort d'une telle réunion que la neurologie est en mouvement comme toutes les branches de la médecine et que dans ce domaine comme dans les autres l'Ecole américaine se montre dynamique, allant droit au fait objectif, ne se laissant pas ralentir par des considérations hypothétiques, recherchant sans cesse la preuve matérielle, concrète, d'un fait ou d'un phénomène dont l'explication ne s'offre pas « à priori ».

L'anatomie pathologique ne capte plus autant l'attention, la clinique pure préoccupe beaucoup moins les chercheurs. On s'aventure vers des disciplines moins exploitées: soit la neuro-physiologie, la bio-chimie et la bio-physique dans leurs applications sur le système nerveux.

En terminant, ajoutons qu'un congrès américain fonctionne bien et que les discussions habituellement préparées sont bien au point et ne traînent pas en longueurs inopportunes. Elles sont parfois aussi instructives que la présentation principale et ajoutent ainsi à la somme de notions sur le sujet traité.

Roma AMYOT

L'hôpital Notre-Dame

Personne n'ignore plus l'existence du nouvel Hôpital Notre-Dame à Montréal, les journaux des deux langues et de toutes couleurs politiques en ont fait connaître la fondation dans toutes les parties du pays. L'unanimité de la presse à approuver son existence et à en reconnaître la nécessité, n'est pas la moindre récompense de ceux qui y ont consacré leur argent et leurs peines. Toutes les générations de médecins qui ont successivement passé par nos deux hôpitaux ne sauraient différer d'opinion avec la presse sur ce point. Presque à toutes les époques de l'année, mais surtout durant la saison d'hiver, l'Hôtel-Dieu regorge de malades et la charité qu'elle prodigue à pleines mains ne saurait satisfaire à toutes les demandes tant en est grand le nombre. Le « Montreal General Hospital » épuise tous les jours ses revenus et les fruits de la charité publique sans pouvoir y trouver une part à toutes les infortunes. Et on se voit forcé de refuser asile à des centaines de malheureux. C'est pour eux qu'est fondé l'hôpital Notre-Dame, qui arrive comme un renfort de troupes fraîches au secours de l'héroïque armée de la science et de la charité, pour continuer avec elle une lutte jusqu'ici disproportionnée contre la maladie et la pauvreté. La presse a compris ces faits et a accordé au nouvel hôpital son approbation unanime et sans réserve, ses encouragements les plus flatteurs.

Montréal tend à se placer de l'avant comme centre d'enseignement médical en Canada, un homme haut placé en dehors des rangs de la profession médicale constatait ce fait, ce n'est donc pas se brûler de l'encens que de le répéter, espérons que ce troisième monument élevé à la science, à la charité, viendra le corroborer. Ses quatre facultés, ses trois hôpitaux, ses deux maternités, son hôpital des femmes, ses nombreux dispensaires et ses asiles si fructueusement fréquentés par des centaines d'étudiants, venus de toutes les parties de la Puissance et des Etats-Unis, prouvent assez que notre prétention n'est pas exagérée et que nous ne sommes pas les seuls à la partager. Ceux qui ont présidé à l'installation de l'hôpital Notre-Dame n'ont pas oublié que noblesse oblige, et n'ont rien négligé pour mettre la nouvelle institution à la hauteur d'utilité scientifique de ses aînées, et pour confirmer les prétentions de notre métropole.

L'hôtel Danogana, après avoir été longtemps l'établissement public le plus somptueux et le plus fashionable de Montréal, était devenu, suivant l'expression d'un de nos journalistes, une véritable *cour des miracles*, entre les mains d'industriels de petit calibre; aussi a-t-il fallu refaire jusqu'à neuf la maison pour effacer les délabrements du temps et

de la malpropreté et lui donner un aspect en rapport avec les infortunes qu'elle est destinée à abriter et à consoler. Plus de 4,000 piastres de réparations en ont fait non pas peut-être un petit bijou, comme le disaient plusieurs visiteurs, mais assurément un établissement des plus convenables, en rapport avec les exigences de son but, les progrès du jour et les besoins de la science.

Quelques correspondants anonymes ont prétendu que le site du nouvel hôpital et son système de ventilation était défectueux, mais leurs communications sont restées sans réponse jusqu'à ce que la presse entière, après inspection de la bâtisse ornée de sa nouvelle parure, eut donné son appréciation sur ce sujet, et certes elle n'est pas défavorable. L'ignorance des faits qu'on veut apprécier ou des vues étroites et intéressées, caractérisent trop souvent les avancés des correspondants anonymes. Quoi qu'il en soit, l'hôpital est maintenant ouvert au public et sans prétendre être parfait est prêt à subir la critique des gens désintéressés.

La facade de l'édifice est à trois étages, plus un rez-de-chaussée, deux portes latérales donnent accès à ce dernier qui est destiné à un dispensaire pour les malades du dehors, une salle d'attente, une de consultation privée et une troisième pour le dispensaire proprement dit, sont consacrés à ce but. En arrière sont la fournaise Froidevaux, la dépense, la buanderie, le réfectoire des religieuses et les chambres des domestiques.

L'entrée principale donne accès dans un vestibule spacieux où se trouve le grand escalier qui communique avec les trois étages de l'édifice, à droite du vestibule est le parloir, et en arrière de celui-ci la chapelle; ces deux appartements sont séparés par une porte d'arche qu'on peut ouvrir au besoin pour admettre un plus grand nombre de personnes aux cérémonies religieuses.

À gauche du vestibule s'ouvre la salle d'attente des étudiants en médecine et la pharmacie; et sur l'arrière-plan le laboratoire et une petite salle destinée aux recherches chimiques et microscopiques appliquées au diagnostic. À l'extrémité du vestibule, c'est-à-dire dans la bâtisse centrale, est la salle St-Joseph pour les hommes. Cette salle, haute et spacieuse, contient vingt lits. Ces lits se composent d'une couchette en fer, d'un sommier à ressorts, d'un matelas en varech ou *crin marin*, avec couvertures et oreillers; ils n'ont pas de rideaux; à chaque lit est annexée une table de nuit, fabriquée de façon à servir au besoin de table à manger. En arrière de la salle des hommes est la tabagie et quelques appartements pour les malades bruyants ou dangereux. En montant au deuxième par le grand escalier du vestibule, on rencontre sur la facade les appartements privés pour les femmes, puis

le dortoir et la communauté religieuse et en arrière une salle spacieuse, la salle Ste-Marie, contenant vingt lits pour femmes, le tout sur le même plan que la salle St-Joseph. A l'extrémité de cette salle est la salle d'opération, comprenant deux étages sur la hauteur et dans laquelle quatre fenêtres superposées deux à deux versent des flots de lumières; des gradins sont disposés autour de la salle pour les étudiants. Deux autres appartements lui sont annexés, l'un servant de salle de consultation pour les chirurgiens, et contenant les appareils chirurgicaux d'urgence, l'autre destiné à la chloroformisation des malades avant leur installation sur la table d'opération. Au troisième sont, en avant, les appartements privés pour les hommes et les salles du médecin interne, M. le Dr H. Desrosiers, professeur de toxicologie à la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal; en arrière, les chambres pour les malades (femmes) qui ont besoin d'être isolées. Aux deux grandes salles publiques et appartements privés sont annexées des chambres de bain. Le système de chauffage a dû subir une amélioration très dispendieuse mais très avantageuse. L'hôtel Donegana était chauffé à la vapeur, et l'on sait que le bruit fatigant que produit ce système est peu en rapport avec l'idée qu'on se fait d'un hôpital bien tenu; il a donc fallu remplacer les deux engins par deux splendides machines neuves, et doubler dans toute la bâtisse le nombre des tuyaux calorifères pour remplacer la vapeur par l'eau, afin d'assurer le repos et le confort des malades. La distribution des aliments et des médicaments, etc., se fait par un élévateur qui communique avec tous les étages, ce qui simplifie et facilite énormément le service.

L'hôpital Notre-Dame est desservi par les Révdes Dames Grises, qui sont actuellement au nombre de six, dont voici les noms: les Révdes sœurs Perrin, supérieure; sœur Aickey, sœur Duhaut, sœur Hénauld, sœur Panet et sœur Ste-Angèle, leur nombre devant être augmenté si les besoins du service l'exigent; deux infirmiers et quatre infirmières sont en outre à la disposition des médecins de service. Nos bonnes religieuses ont dû faire des prodiges de travail et d'activité pour donner au pandemonium d'hier le parfum de propreté qu'on respire dans l'hôpital d'aujourd'hui. Elles tenaient à honneur de ne pas déroger à une de leurs qualités verbales.

L'hôpital Notre-Dame n'occupe pas tout l'hôtel Donegana, il reste encore un étage dans la bâtisse centrale et une partie de la bâtisse qui fait face sur la rue du Champ-de-Mars, qui compte sept étages, et dont quelques appartements à peine sont occupés. C'est assez dire que si l'assistance publique et les revenus de l'établissement permettaient d'agrandir l'hôpital, ce ne serait pas le local

qui ferait défaut; ce qui existe est déjà un pas énorme, et ce n'est peut-être pas sans raison qu'on s'étonne que des particuliers aient pu mener à bonne fin une entreprise aussi considérable. M. le curé de Notre-Dame a fait preuve d'une générosité philanthropique qu'on ne saurait trop admirer en se chargeant de défrayer de ses propres deniers le prix de la nourriture des malades, du chauffage et de l'éclairage de l'établissement. Les professeurs de la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal se sont chargés pour leur part des réparations et de l'ameublement de l'institution, du paiement du loyer, des médicaments et des instruments et appareils de chirurgie. M. le curé Rousselet, malgré qu'il se rendit compte des frais énormes dont il se chargeait, n'a pas hésité un instant à en accepter la responsabilité; mais il est permis d'espérer que la charité publique, qui s'est manifestée si spontanément en faveur des professeurs de la faculté, saura partager avec lui le mérite d'une fondation qui est toute à l'avantage du public.

Voici la liste des messieurs qui ont bien voulu s'inscrire comme fondateurs de l'hôpital:

R. Devins	\$125.00
Abbé A. L. Valois	100.00
Alf. LaRocque, sr	100.00
W. J. Whitehead	60.00
C. S. Cherrier	50.00
A. Hamelin	50.00
Hon. J. R. Thibodeau, souscription annuelle	25.00
M. le maire Rivard	25.00
Abbé H. A. Verreau	25.00
F. Benoit	25.00
Thos. Mussen	25.00
S. Pagnuelo	25.00
Dr J. A. G. Jacques	25.00
Z. Lapierre	25.00
Laviolette & Nelson	25.00
Henry Morgan	25.00
Jos. Hudon	25.00
C. P. Hébert	25.00
O. Dupuis	25.00
A. Racine & Cie	25.00
Révd N. Desmazures	25.00
G. Boivin	25.00
P. P. Lachapelle	25.00
H. Lamontagne	25.00
S. Lachance	25.00
Joseph Barsalou	25.00
John Lee	25.00
Jacques Brosseau	25.00
Succession A. Prévost	25.00
C. Beausoleil	25.00
H. R. Gray	25.00

J. H. Leblanc	25.00
Cyriac Filiatrault	25.00
E. A. Généraux	25.00
Jacques Grenier	25.00
B. E. McGale	25.00
J. B. Vinet	25.00
F. Drapeau	25.00
Cadieux & Derome	25.00
E. Mathieu & Frère	25.00
Joseph Comte	25.00
A. J. Gingras	25.00
G. Peltier	25.00
F. Filiatrault	25.00
Pepin & Lepage	25.00
P. M. Galarneau	25.00
Sicard & Limoges	25.00
Lacoste & Globensky	25.00

L'hôpital est en outre redevable à M. J. Leduc d'une boîte de produits chimiques et d'appareils de petite chirurgie; à M. le Dr F. Casgrain, d'une boîte de réactifs; et à plusieurs bienfaiteurs anonymes, de produits pharmaceutiques, d'appareils et instruments chirurgicaux.

L'hôpital Notre-Dame est sous le contrôle médical des professeurs de la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, mais ces messieurs, ne voulant pas imposer leurs services aux malades qu'ils admettront, ont résolu que tout malade occupant un appartement privé, aura le droit de requérir les ser-

vices du médecin de son choix en dehors de la faculté et de régler avec lui la question des honoraires, ou bien d'accepter les soins d'un des médecins de l'établissement; tout membre de la profession sera bienvenu à profiter de cet avantage. Tous les malades seront admis sans distinction de religion ou de nationalité.

Comme nous l'avons déjà dit, M. le Dr H. E. Desrosiers est attaché à l'hôpital comme médecin interne, en sorte que les malades seront toujours sûrs de recevoir des secours immédiats, jour et nuit dans les cas d'urgence, c'est là une garantie importante qu'on saura apprécier.

L'hôpital contient 50 lits pour les malades pauvres et 15 à 20 pour les malades payants.

Vingt-six lits sont déjà occupés, et il est facile de prévoir que les autres ne seront pas longtemps vacants.

Le 25 juillet dernier, Mgr Fabre fit la bénédiction du nouvel hôpital en présence de nombreux représentants de toutes les sociétés et communautés religieuses, de la profession médicale, du barreau, des principaux citoyens de Montréal, et de MM. le comte de Fouceult et Claudio Janet, de Paris. Le lendemain, M. le curé Rousselot disait la première messe dans la chapelle de l'établissement pour les religieuses et les médecins de la faculté.

L'hôpital Notre-Dame est donc un fait accompli, et nous lui souhaitons de tout cœur le succès que méritent les bonnes œuvres.

CONSULTATIONS AUX PRATICIENS

PRATIQUE ILLÉGALE DE LA MÉDECINE

Question.

POURQUOI LE COLLÈGE DES MÉDECINS TOLLÈRE-T-IL, À ST-LÉONARD D'ASTON ET À ST-JUDE DE ST-HYACINTHE, DEUX VÉNÉRABLES DAMES QUI « OPÈRENT LES CANCERS DE TOUTES SORTES PAR DES EMBLÂTRES APPLIQUÉS SUR L'ABDOMEN ». ET CELA AU PRIX DE \$500.00. ELLES GARDENT LES MALADES À LEUR DOMICILE, QU'ELLES APPELLENT « CLINIQUE », DURANT UN MOIS ENVIRON, PUIS LES RENVOIENT AVEC QUELQUES MÉDICAMENTS. CET ÉTAT DE CHOSE EST-IL NORMAL? CROYEZ-VOUS QU'UN MÉDECIN DIPLÔMÉ POURRAIT SE COMPORTE DE LA MÊME FAÇON SANS SE FAIRE ARRÊTER PAR NOTRE COLLÈGE?

Réponse.

Nous aimerions répondre pertinemment à notre confrère, mais sa question dépasse nos prérogatives et notre entendement. Sa question se pose uniquement sur le plan médico-légal et devrait s'adresser d'emblée au Collège des Médecins, qu'il implique d'ailleurs au tout début de son texte. Nous l'avisons donc d'exposer cette situation, pour le moins troublante, à l'exécutif de notre Collège qui ne manquera pas, de la sorte alerté, de voir à ce que cet abus de confiance et cette exploitation cessent au plus tôt.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le «Quarterly Cumulative Index Medicus»: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. «Ann. Méd. psychol.», 94: 1 (juin) 1938.

CARDIOLOGIE

P. SOULIE et J. LAHAM. — **La dérivation xyphoïdienne VE² normale et pathologique. Contribution au diagnostic topographique de l'infarctus du myocarde.** "Arch. des Maladies du Cœur et des Vaisseaux", 41: 602 (novembre) 1948.

Dans ce premier article les auteurs étudient la dérivation VE² chez 30 sujets normaux âgés de 20 à 40 ans. L'électrode unipolaire précordiale est placée dans le 6e espace intercostal gauche à côté de l'apophyse xyphoïde.

Les auteurs ont de plus enregistré les dérivations standard D1, D2 et D3, les dérivations unipolaires des membres AVR, AVL et AVF et les dérivations précordiales directes V1 à V6.

Ils ont trouvé chez ces sujets normaux une onde P en général positive, un complexe QRS qui revêt trois types principaux rS, RS et Rs, une onde T positive et une déflexion intrinsèque dont le temps d'apparition est en général inférieur à 0.03 sec. Le complexe QRS présente dans tous les cas une onde initiale positive. Une onde T négative est pathologique. La dérivation V2 explore la partie haute et antérieure du septum, V3 la partie antérieure et VE² la face antéro-droite du septum dans sa partie basse. — VE², V2 et V3 sont donc par excellence les dérivations du septum.

Paul DAVID.

NEURO-PSYCHIATRIE

W. K. JORDAN et H. H. MERRITT. — **Les acquisitions nouvelles de la neurologie.** (*Medical Progress: Neurology.*) "New England J. Med.", 240: 217 (10 fév.) 1949.

Les auteurs de cet article passent en revue les principales acquisitions de la neurologie au cours de l'année dernière; nous nous limiterons ici aux questions d'intérêt clinique et thérapeutique.

Pharmacologie. Un nouveau médicament est recommandé dans les états spasmodiques, les tremblements parkinsoniens, les algies de type thalamique: la «myanésine», qui, en outre, s'avère capable d'arrêter les crises bravais-jacksoniennes et d'amener dans les anesthésies légères le relâchement musculaire désiré; elle n'affecte pas la tension artérielle et n'abolit pas la conscience; son action respecte le diaphragme et les muscles intercostaux. Le «BAL» est toujours indiqué dans le traitement du saturnisme, et on commence à l'employer dans les intoxications par l'arsenic.

Appareil cardio-vasculaire. Chez un sujet plutôt jeune et apparemment sain, l'hémorragie cérébrale se traduit moins souvent que chez le vieil artério-scléreux par un énorme épanchement dans la capsule interne; il faut penser aux anévrysmes intracérébraux, aux angiomes et à d'autres malformations congénitales de l'appareil vasculaire; on ne saurait négliger les traumatismes crâniens même légers, dont l'importance étiologique est considérable; l'éclampsie, l'artérite noueuse, les anévrysmes miliaires et les tumeurs cérébrales peuvent également être à la source de l'hémorragie. Dans la plupart de ces cas, le tableau clinique n'est pas celui de l'ictus, mais d'une lésion intracrânienne progressive, en l'espèce un hématomé sous-cortical, avec tendance à l'enkystement et à l'envahissement; l'évidement

chirurgical est alors une intervention à envisager. L'artériographie cérébrale offre une aide précieuse pour le diagnostic et le traitement des hémorragies. Dans l'ictus apoplectique, le blocage procainique de la chaîne sympathique cervicale, du côté de la lésion, combattra l'œdème et la stase sanguine. On s'est servi avec succès, dans des comas hypoglycémiques qui semblaient irréversibles, de vaso-dilatateurs tels que le nitrite d'amyle et l'acide nicotinique. La théorie du vaso-spasme ne suffirait plus à expliquer les phénomènes cérébraux de l'hypertension artérielle.

Myasthénie. Le « TEPP » ou tétra-éthylpyrophosphate serait aussi efficace, à doses inférieures, que la néostigmine dans le traitement de la myasthénie. Le dosage d'entretien varie entre 8 et 12 mg. par jour, que l'on donne par la bouche en deux ou trois prises. L'atropine contrôle les réactions toxiques de type viscéral, comme la diarrhée, mais n'empêche pas l'apparition de vertiges, de nystagmus, de nausées, de vomissements et de diaphorèse, d'origine centrale. L'ablation du thymus donne de meilleurs résultats si elle est précoce; et on ne devrait administrer que de petites quantités de prostigmine avant l'intervention.

Sclérose en plaques. Un épisode pithiatique est souvent lié aux premiers signes de sclérose en plaques, les précédant ou les suivant de près; on a de plus noté chez ces malades une grande labilité de la circulation périphérique. Une nouvelle hypothèse pathogénique s'est constituée: des modifications de la circulation cérébrale, amenées par des conflits névrotiques, finiraient par déterminer des lésions organiques. La psychothérapie ne serait pas plus décevante que les formes actuelles de traitement dans la sclérose en plaques. Par ailleurs, un vaso-spasme selon certains, une allergie selon d'autres, serait responsable de la maladie.

Epilepsie. Parmi les anti-convulsivants, le « dilantin » garde son rang privilégié. L'« épidon » serait toutefois moins toxique, et agirait sur le grand mal et les manifestations psycho-

motrices, à doses quotidiennes de deux ou trois grammes. Il faut surveiller l'urine et l'héogramme des malades qui reçoivent du « tridione », afin de prévenir un syndrome néphrotique ou une pancytopenie aiguë. On n'a pu reproduire chez les humains ni chez les singes les accès épileptoïdes décrits chez des chiens après ingestion de farine blanchie au moyen du trichlorure d'azote.

Infections. La pénicilline continue à donner d'excellents résultats dans le traitement de la syphilis nerveuse symptomatique et latente, avec 40,000 unités aux trois heures pour arriver à un total de 6,000,000 unités. Les prudents conseillent d'associer la pyrétothérapie à la pénicilline quand il s'agit de syphilis symptomatique tardive. On rapporte ici et là des cas de méningite tuberculeuse apparemment guérie par la streptomycine. Depuis la découverte de cet antibiotique, un diagnostic précoce dans la méningite tuberculeuse s'impose: la maladie se manifeste surtout dans les dix premières années de la vie; son début est généralement insidieux, simulant une affection bénigne; la raideur de la nuque, la fièvre et la céphalée sont fréquentes; une glycorachie basse et à la baisse est typique. Les infections dues à des bacilles ne prenant pas le Gram (*Pseudomonas aeruginosa*, *Hemophilus influenzae*, *Proteus vulgaris*) répondent bien à la streptomycine.

Divers. Le syndrome neuro-anémique résiste à l'acide folique et pourrait même se déclarer à la suite de son emploi. Le nicotinate de sodium n'améliore pas les migraineux. Le thiocyanate de potassium soulage les céphalées d'origine hypertensive; il n'a pas d'effet dans l'hypertension maligne avec une urémie élevée. En pratiquant de routine une myélographie chez les malades qui se plaignaient de sciatique ou d'intenses douleurs dorso-lombaires, on trouva, dans une très forte proportion, une hernie du disque intervertébral; quelques sujets présentèrent des rémissions spontanées, alors que persistait la hernie, avec confirmation radiologique.

J.-B. BOULANGER

G. C. GRESSEL, F. O. SHOBE, G. SASLOW, P. H. DuBOIS et H. A. SCHROEDER. — **Etude psychologique de l'hypertendu.** (*Personality Factors in Arterial Hypertension.*) Discussion par F. Alexander. "J. A. M. A.", 140: 265 (21 mai) 1949.

Les auteurs de cette communication, présentée l'an dernier au congrès de l'A.M.A., ont voulu apporter, dans le domaine encore mal précisé de la médecine dite psycho-somatique, une étude des plus objectives tant par la méthode rigoureusement scientifique que par l'absence de tout postulat étiologique ou pathogénique.

Cinquante hypertendus constituèrent un premier groupe pour les fins de cette enquête; un deuxième groupe comprenait 49 malades avec une étiquette psychiatrique, mais sans hypertension; un dernier groupe était composé de 44 malades atteints de maladies chroniques, mais non hypertendus. Pour le choix du deuxième groupe, on élimina les gens que l'on croit relever de la médecine psycho-somatique, tels les ulcéreux ou les asthmatiques; on donne comme exemples de diagnostics, dans le troisième groupe, les maladies de Hodgkin, d'Addison, la bronchectasie, l'anémie pernicieuse. Aucun de ces quelque 150 individus n'avait jamais présenté de signes de psychose. On établit entre les divers groupes une corrélation par rapport à l'âge, au sexe, au milieu rural ou urbain, à l'origine raciale et géographique, de même qu'à l'égard de l'occupation et de l'éducation.

Certains traits psychologiques servirent à classer les sujets en six catégories: le caractère impulsif (*impulsiveness*), le caractère soumis (*subnormal assertiveness*), le caractère psychasthénique (*obsessive-compulsive behavior*), le caractère mélancolique (*depressive behavior*), le caractère anxieux (*anxiety*), et le caractère hystérique (*hysteria*) — ce dernier terme pris dans un sens large. Une échelle de cinq degrés, variant de 0 (aucune manifestation morbide) à 4 (état chronique), fournit des critères pour une mesure uniforme des différences observées au sein d'une même catégorie. Les auteurs utilisèrent pour leurs calculs statistiques une variante algébrique du coefficient de corrélation de Pearson, appelé « point biserial. »

Les hypertendus du type neurogène ne se distinguent guère par leur comportement de ceux du type endocrinien (au cours de la grossesse), rénal ou mixte. On pourra donc les comparer en bloc aux fonctionnels et aux organiques.

Il ressort d'une analyse mathématique des résultats de cette recherche qu'on ne peut expliquer par une simple coïncidence le comportement obsessionnel et compulsif de l'hypertendu de même que son manque d'assurance, son esprit de soumission.

Le Dr Alexander examine ces résultats à la lumière de la psychanalyse. Il souligne la rareté des hypertendus qui souffrent d'une véritable névrose obsessionnelle: dans cette série, il n'y a que deux psychasthéniques pour trois hystériques et six anxieux; par contre treize se situent au troisième degré de l'échelle de la psychasthénie, et 24 au quatrième degré. Il cite en outre des observations de malades dont l'hypertension fut guérie par la psychasthénie. Les traits compulsifs des hypertendus témoignent de leurs efforts constants pour apaiser l'angoisse entretenue par une agressivité qu'ils ne peuvent exprimer à cause de leur extrême dépendance émotive. Toute l'hostilité latente des psychasthéniques se manifesterait dans leurs symptômes, alors que les hypertendus vivraient dans un état chronique d'inhibition. Ceux-ci le dénotent d'ailleurs par leur excès de délicatesse, par leur souci du détail, caractéristiques des gens inhibés.

Dans sa réponse, le Dr Saslow rapporte certains travaux expérimentaux pratiqués sur des rats. En même temps qu'on lui offre de la nourriture, on arrête par un jet d'air l'animal, qui se trouve ainsi incapable d'agir, et qui deviendra, s'il est fréquemment soumis à ce petit jeu, un hypertendu. L'on suppose que, chez certains individus, le blocage des impulsions s'accompagnerait d'une élévation passagère de la tension artérielle; des inhibitions répétées rendraient chronique l'hypertension. Chez d'autres, le même mécanisme provoquerait un spasme du côlon, ou un spasme bronchique. Aux facteurs psychologiques s'ajouteraient des facteurs génétiques, somatiques et sociaux.

J.-B. BOULANGER

SOCIÉTÉS

« L'Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

Séance du 1er avril 1949.

Présidence de M. René Rolland.

M. PIERRE SMITH présente le cas d'une malade qui souffre à la fois de diverticulose colique, avec poussées de diverticulite, et de cholécystite calculeuse (ou sable biliaire). Cette malade qui vit dans de très mauvaises conditions sociales pose un problème thérapeutique et c'est en vue de le solutionner que le docteur Smith en présente l'histoire. Il pose la question de l'opportunité de l'intervention chirurgicale.

M. Yvan Vallée présente les films du côlon et de la vésicule biliaire.

Discussion.

M. ROLAND GAREAU demande si on a fait un examen endoscopique du recto-sigmoïde.

M. CHAPUT connaît très bien la malade pour l'avoir traitée à maintes reprises. Il ne trouve pas justifiée la colectomie et recommande de surveiller la malade pour prévenir la périsigmoïdite. Il déconseille également la cholécystectomie à cause de l'état psychique de la malade, qui ne s'en trouvera vraisemblablement pas amélioré.

M. RENÉ ROLLAND rappelle qu'il existe un traitement médical efficace de la diverticulite.

M. SAINT-ONGE ne recommande pas la colectomie, mais il suggère de surveiller la vésicule biliaire et de pratiquer une cholécystectomie si la malade en souffre trop.

* * *

Comme deuxième travail au programme, le docteur GÉRARD SAINT-ONGE présente 6 cas de cancer primitif de la vésicule biliaire et profite de l'occasion pour faire la revue de la question.

La fréquence de l'affection varie considérablement selon les auteurs. 5 des 6 malades opérés par le docteur Saint-Onge étaient porteurs de calculs. Cliniquement, ces malades sont des ictériques qui ont maigri considérablement. Radiologiquement, les vésicules cancéreuses sont des vésicules exclues.

Le traitement chirurgical est inefficace. Le traitement palliatif serait la cholécotomie et le traitement prophylactique consisterait à faire des cholécystectomies à tous les malades porteurs de calculs biliaires.

En discussion.

MM. R. Gareau, Y. Vallée, Y. Chaput, R. Rolland, P. Letondal et J. Laberge.

Le secrétaire,

Jean-Louis LEGER.

* * *

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 24 février 1949.

Présidence de M. P.-M. Ricard.

Diverticule de Meckel de la région ombilicale.

MM. Alb. MARIN et A. GUILBEAULT

Histoire.

Lisette R., fille âgée de 5 ans, est examinée le 25 janvier 1949, pour suintement sanguinolent de la région ombilicale, survenant de temps à autre, depuis l'âge d'un mois.

Examen.

A l'ombilic, on note une petite tumeur sessile ayant une dimension de 3 mm. x 1 mm. La surface est rouge et suintante. Elle a l'apparence d'une muqueuse.

Traitement.

Excision de la tumeur et électrodessiccation de la base.

Histopathologie.

« Le prélèvement est constitué par une muqueuse digestive duodénale ou pylorique en réaction inflammatoire aiguë. Dans un point de la préparation existe un fragment de peau qui est interrompu pour laisser passage à cette petite tumeur. Il s'agit apparemment d'un vestige de diverticule de Meckel extériorisé. » (Dr Claire Gélinas-Mackay)

Diagnostic différentiel.

- a) Endométriose.
- b) Granulome pyogénique.

Discussion.

M. ALBERT GUILBEAULT explique brièvement la pathogénie du diverticule de Meckel de la région ombilicale. Cliniquement, il s'agissait ici d'un petit polype qui suintait et saignait facilement. L'excision a été faite avec succès. L'examen histo-pathologique a révélé la présence de cellules de muqueuse digestive ou pylorique.

Cette malformation est en somme une persistance du canal omphalo-mésentérique, qui relie l'intestin grêle au sac vitellin.

M. SIMON LAUZÉ dit que la métaplasie en muqueuse gastrique se rencontre dans les vrais diverticules de Meckel.

M. PAUL BOURGEOIS attire l'attention sur la nécessité d'exclure le diagnostic d'endocytome embryonnaire en présence de lésions semblables.

* * *

Actinomycose du menton.

MM. Geo. LECLERC et René MARCOUX

Histoire.

Pierrette M., fille âgée de 17 ans, s'est présentée à la clinique de dermatologie le 7 janv.

1949 avec une petite corne cutanée au milieu du menton.

Au printemps de 1947, elle avait eu un gonflement léger du menton. Au bout d'une semaine, il s'était formé une petite fistule qui avait guéri en quelques jours. De temps à autre, durant plusieurs mois, s'écoulaient quelques gouttes de sérosité par la cicatrice de la fistule. En mai 1948, il s'est formé sur cette cicatrice une petite corne qui s'enlevait facilement et laissait voir une goutte de pus. En novembre, destruction de la corne par électrodessiccation. En peu de temps la corne s'est reformée.

Examen.

Au bord inférieur du menton, sur la ligne médiane, on note une élevation kératosique conique très dure, ayant un diamètre d'environ 5 mm. et une épaisseur de 1 cm. La base est enchassée dans une dépression de la peau.

Histo-pathologie.

« La pièce opératoire est constituée par une petite lésion polypoïde recouverte d'un épiderme dont le centre est constitué par un abcès actinomycotique caractéristique. » (Dr Claire Gélinas-Mackay)

Radiographie.

Région mentonnière et maxillaire inférieur: « Les clichés sont tout à fait négatifs quant à l'état pathologique des os du mandibule. Sur les films intrabucaux centrés sur la symphyse, nous voyons bien des lésions de tissus mous, mais il n'y a pas d'ostéite. L'actinomycose n'intéresse pas les os du maxillaire inférieur. » (Dr Paul Brodeur)

Traitement.

Pénicilline G procaïne huileuse avec monostéarate d'aluminium, 300,000 unités tous les 2 jours. Ce traitement a été commencé le 15 février.

Discussion.

M. J.-URGEL GARIÉPY demande si on a l'intention de faire l'excision complète de la lésion.

M. CLAUDE LÉONARD suggère l'emploi de la pénicilline localement par infiltration des tissus du menton.

M. SIMON LAUZÉ demande si l'histoire révèle la possibilité d'exposition aux poussières, aux animaux et aux plantes.

M. GEO. LECLERC répond au docteur J.-U. Gariépy qu'une excision partielle a déjà été pratiquée, mais qu'il y a eu récurrence.

Il répond au docteur S. Lauzé que l'histoire était essentiellement négative au point de vue du mode de contamination.

* * *

Présentation d'un cas de clapet de l'urètre membraneux.

MM. N. VÉZINA, Paul BOURGEOIS et Simon LAUZÉ

J. D., 2½ mois, est amené à l'hôpital parce que depuis sa naissance il ne va pas bien. Il est sujet à de fréquentes régurgitations durant son boire. Après cet acte, il présente souvent des vomissements en jet. Sa mère remarque que son ventre est contracté depuis longtemps. Il dort mal et s'éveille en criant.

A l'examen, on remarque que l'enfant est bien nourri. Il présente un plastron douloureux au niveau de l'hémi-abdomen gauche. Le globe vésical est de la grosseur d'un œuf.

On cathétérise l'enfant à son arrivée et on retire 135 cc. d'urine. On arrête pour éviter une hématurie *a vacuo*. Le cathétérisme fut laborieux à la hauteur de l'urètre membraneux. A l'examen de l'urine, on a trouvé du sang et du pus.

Une radiographie (après lipiodol rétrograde) a mis en évidence une dilatation marquée de l'urètre membraneux et des deux uretères.

L'enfant est mort 2 jours après son arrivée à l'hôpital.

A l'autopsie, nous avons trouvé un clapet formé d'une membrane prenant naissance à la partie inférieure du *verumontanum* et allant s'insérer plus bas sur le côté droit de l'urètre. En amont de ce clapet, l'urètre est dilaté. Les deux uretères ont un diamètre général de 1 à 1.5 centimètre.

Discussion.

M. SIMON LAUZÉ démontre la pièce anatomo-pathologique et explique le mécanisme du clapet de l'urètre membraneux, au moyen d'un dessin au tableau noir.

M. PAUL BOURGEOIS montre les clichés radiologiques. Si le malade avait été vu plus tôt, il y aurait probablement eu moyen de faire une cystostomie d'abord puis, dans un 2ème temps, de sectionner la valve par urétrotomie externe. Ici, le malade ayant été vu trop tard, la destruction des deux cavités était avancée et l'intervention aurait été probablement un échec.

M. NORBERT VÉZINA: l'enfant était en hypotrophie. Il pesait 8½ livres au lieu d'environ 11 livres, ce qui aurait été le poids normal pour son âge. Si la mère n'a pas remarqué que le malade avait de la difficulté à uriner, c'est qu'elle n'avait pas beaucoup d'esprit d'observation. Autrement, il y aurait eu possibilité de faire un diagnostic plus précocement. L'enfant est mort de broncho-pneumonie.

M. CLAUDE LÉONARD a déjà vu un cas semblable où les premiers symptômes de troubles de la miction ont été observés à l'âge de 6 heures.

* * *

Greffes tendineuses.

(Fléchisseurs des doigts)

M. Georges CLOUTIER

La suture des tendons fléchisseurs, sectionnés au niveau de la ½ inférieure de la paume de la main et des doigts, donne des résultats peu encourageants. La structure anatomique et la superposition des plaies cutanées et tendineuses en sont la cause.

Bien souvent il sera préférable de retarder la réparation tendineuse. Deux mois après l'accident, il est pratiquement impossible de placer bout à bout les extrémités à cause de la rétraction musculaire. On aura alors recours à la greffe tendineuse.

La principale source de greffes est le tendon fléchisseur superficiel, le grand palmaire et, en dernier lieu, les extenseurs des orteils. La

greffe s'étendra de l'insertion distale du fléchisseur profond à son extrémité proximale, à la partie supérieure de la paume de la main; pour le pouce elle devra remonter jusqu'au poignet. Pour obtenir un résultat satisfaisant, le doigt lésé devra avoir des articulations ayant une amplitude passive normale, une circulation adéquate, une innervation satisfaisante et du tissu cicatriciel réduit au minimum.

La flexion du poignet et des articulations métacarpo-phalangiennes donnera un relâchement musculaire suffisant pour éviter une trop grande traction au niveau des lignes de suture.

L'immobilisation absolue durera un mois.

* * *

Médication antihistaminique par aérosols dans la rhinite allergique saisonnière.

M. Jacques LÉGER

Note préliminaire.

Ce travail a été effectué pour les raisons suivantes:

a) L'aérosolothérapie s'est révélée particulièrement efficace dans l'administration de pénicilline, d'adrénaline ou de théophylline.

b) Les antihistaminiques de synthèse sont d'un emploi relativement restreint parce qu'ils produisent chez un nombre assez considérable d'individus des signes de toxicité.

c) Ne serait-il pas possible d'appliquer cette thérapeutique localement et à doses tellement faibles qu'il n'y ait plus lieu d'en redouter la nocivité?

Sans vouloir attribuer à ces substances plus de vertus curatives qu'elles n'en possèdent, il nous faut admettre néanmoins que le Bénadryl, la Pyribenzamine, le Néo-Antergan, le Phénergan et leurs analogues ont partiellement résolu le problème du coryza spasmodique saisonnier communément connu sous l'étiquette de rhume des foins.

Il arrive cependant qu'un pourcentage important de patients préfèrent leur rhinite aux effets nocifs des antihistaminiques: somnolence, lassitude intellectuelle, vertiges, diarrhée,

etc... Tout irait bien si nous avions un agent suffisamment actif chez l'homme pour que la dose efficace soit en deçà de la dose toxique; à défaut de quoi il reste l'éventualité d'un mode d'administration idéal.

L'application locale, par compte-gouttes, de Pyribenzamine, de Néo-Antergan, de Néohétrammine, de Pyrrolazote, de Phénergan, etc., même à des dilutions très poussées, est susceptible de causer un malaise, tel brûlement. La nébulisation vraie, par contre, met les muqueuses en contact avec des particules dont le diamètre est de l'ordre du micron.

Au cours des mois d'août et de septembre 1948, vingt-huit patients des deux sexes, dont les âges variaient de 13 à 54 ans, souffrant, depuis plusieurs années, de rhinite allergique saisonnière (au ragweed) typique et non soumis, au cours de cette année, à une désensibilisation préalable furent traités avec des anti-histaminiques en aérosols.

En l'occurrence il s'agissait de chlorhydrate de Néo-Antergan et de chlorhydrate de Phénergan en solution dans de l'eau distillée à des concentrations de 0.125% et de 0.5%. Ces solutions étaient administrées par les malades eux-mêmes au moyen d'un nébulisateur de poche. Dans tous les cas, le traitement ne fut commencé qu'à la date d'apparition des symptômes. La technique consistait à pratiquer 4 ou 5 coups de pompe durant quelques périodes d'inspiration prolongée, ceci plusieurs fois par jour, en fait, aussi souvent que l'exigeait l'état des patients.

Les résultats obtenus furent variés. Des 28 cas mis en expérience, 12 affichèrent des résultats remarquables, c'est-à-dire un soulagement quasi total d'éternuement, de rhinorrhée, de prurit des yeux, etc., 6 n'obtinrent qu'un répit relatif; il faut cependant tenir compte du fait que tous n'acceptent pas facilement de répéter la vaporisation aussi souvent que la chose peut être nécessaire. Il convient de noter que la durée d'action du médicament varie: si, chez les uns, le mieux dure 4, 6 et même 8 heures, chez les autres, il ne se prolonge pas plus d'une heure. Les conditions

expérimentales n'ont pas été suffisamment rigides pour établir de façon certaine que dans ce second groupe il n'eût pas été possible d'obtenir au moins 80% d'amélioration. Enfin, un troisième groupe de 10 a présenté des résultats négatifs. Dans l'ensemble, ces résultats sont au moins superposables à ceux obtenus par certaines autres méthodes. Il est vrai cependant qu'à Montréal la pollinisation de l'herbe à poux a été légère en 1948.

L'intérêt des faits observés réside en ce qu'ils permettent d'envisager la possibilité de l'emploi d'antihistaminiques même chez les sujets qui les tolèrent mal, et que cette méthode pourrait servir de traitement complémentaire à une désensibilisation spécifique inadéquate ou à une thérapeutique antihistaminique orale peu intensive.

Il ressort surtout de ces faits une suggestion d'administrer aux asthmatiques allergiques, par voie d'aérosols, des médicaments qui, à date, se sont montrés, à toute fin pratique, inefficaces.

Discussion.

M. JACQUES LÉGER: au moyen d'expérimentations semblables, on finira peut-être par comprendre le mécanisme de l'asthme.

Les observations représentent un argument en faveur de ceux qui prétendent que l'histamine joue un rôle dans l'asthme.

M. JEAN GRIGNON demande si les malades qui ont la fièvre des foins s'améliorent par les antihistaminiques.

M. JACQUES LÉGER répond qu'il n'y a aucun doute que les antihistaminiques agissent dans la fièvre des foins. Mais il ajoute qu'il s'agissait ici de rhinite allergique saisonnière.

M. PAUL BRODEUR recommande l'iontophorèse, qui aurait donné de bons résultats dans le traitement de l'asthme.

* * *

Rétrécissement de l'isthme artériel.

(Coarctation de l'aorte)

M. Paul DAVID

Histoire du cas.

Monsieur R... L..., âgé de 22 ans, s'est présenté au dispensaire de médecine le 29 juillet 1948. Il se plaint de troubles intéressant le système gastro-intestinal. Il est fait mention de céphalées, d'épistaxis fréquentes et de scatomies.

A l'examen, les faits saillants suivants ont été notés: P.A. 174/120. Souffle systolique s'irradiant vers le cou et clangor du 2^e bruit au foyer aortique. Même souffle sans clangor au foyer pulmonaire. Très léger souffle systolique de pointe. Les diagnostics provisoires: hypertension, sténose aortique, troubles digestifs fonctionnels.

Le patient est dirigé vers les dispensaires de gastro-entérologie et de cardiologie.

Sept mois plus tard, il décida de nous consulter..., inquiet probablement par de nouveaux symptômes. Il fut examiné au dispensaire de cardiologie le 16 février et le diagnostic de coarctation de l'aorte fut posé. La rareté d'un tel cas justifiait une investigation plus complète et il fut hospitalisé jeudi dernier. Le dossier n'est pas complet, faute de temps, mais nous avons toutes les preuves justifiant le diagnostic. Nous présentons ce matin ce patient dans le but d'instruire les médecins présents sur cette rare malformation congénitale opérable. Sa rareté n'est peut-être pas réelle car pour poser le diagnostic il faut d'abord la connaître, puis y penser.

Symptômes.

a) Jambes: depuis toujours R. L., se plaint d'une fatigue, d'une lourdeur de ses pieds et jambes. Il a une impression de "jambes mortes" que le décubitus exagère. A 10 ans, une fracture de la jambe droite nécessita six interventions sanglantes car "les os ne reprenaient pas". A 19 ans, il cesse les sports: boxe,

culture physique, course..., car ses jambes le supportent mal.

b) Épistaxis: elles ont débuté à l'âge de deux ou trois ans. Elles proviennent surtout de la narine droite, durent une demi-heure et se répètent une ou deux fois par semaine. Elles ont lieu surtout la nuit.

c) Céphalée: elle est, depuis deux ans, un prodrome de l'épistaxis. Elle est habituellement nocturne, bitemporale ou en casque.

d) Dyspnée: depuis deux ans, l'effort le rend de plus en plus dyspnéique. Elle cesse au repos sauf en une occasion où elle survint la nuit accompagnée d'une céphalée violente. Légère orthopnée qui l'oblige à lever la tête de son lit.

e) Troubles digestifs sur lesquels nous n'insistons pas car ils n'apportent rien au sujet qui nous intéresse.

Signes.

Jeune homme bien développé et musclé.

Pointe du cœur dans le 5e espace I. C. G. à 10 cm. de la ligne médio-sternale. Ligne médio-claviculaire 18 cm.

Thrill systolique de faible intensité dans le 2e espace intercostal droit près du sternum.

Le 2e bruit au foyer aortique est de très forte intensité.

Souffle systolique intense gr. IV, de timbre élevé, maximum dans le 2e espace I.C.G., s'irradiant vers l'épaule gauche.

Dans le dos, souffle systolique très net, d'intensité moyenne gr. III qui est maximum près de la colonne vertébrale et au niveau du bord supérieur de la clavicule gauche.

Plusieurs artères intercostales sont palpables, particulièrement à trois travers de doigt en dessous de l'omoplate droite.

Pression artérielle dans le bras droit + 170
—
— 120

Les artères fémorales ne transmettent aucun battement.

Je ne perçois pas les artères tibiales et pédieuses.

Examen fluoroscopique.

Cœur augmenté de volume. Hypertrophie ventriculaire gauche. Impression nette d'érosions costales.

Diagnostic.

Maladie cardiaque congénitale: coarctation de l'aorte. Insuffisance ventriculaire gauche.

* * *

Commentaires.

1) Nature de la malformation: rétrécissement localisé de l'aorte situé en général près de l'endroit où s'abouche, pendant la vie fœtale, le canal artériel, donc en dessous de l'artère sous-clavière gauche.

2) Circulation: pendant la vie fœtale, le canal artériel compense en grande partie l'obstruction. A la naissance, le canal artériel s'oblitére normalement et la survie n'est possible que par le développement d'une circulation collatérale importante entre l'aorte thoracique et l'aorte abdominale. Celle-ci se développe grâce aux:

a) Artères du sommet de la cage thoracique (artère intercostale supérieure, artère thyroïdienne inférieure).

b) Artères de la ceinture scapulaire (artères intercostales).

c) Artères mammaires internes.

L'intensité de cette circulation collatérale augmente avec la croissance. Elle atteint son plein développement chez le jeune adulte.

3) Symptômes et signes: notre patient les présente à peu près tous.

4) Fluoroscopie, R.X. thoracique, E.C.G.: présentation des R.X. et de l'électrocardiogramme. Présentation de notre tracé.

5) Complications: accidents cérébraux, rupture de l'aorte, insuffisance cardiaque, endocardite maligne.

6) Traitement: Crafoord et Nylin d'une part, Gross et Hufnagel d'autre part, ont pratiqué en 1945 la résection du segment sténosé avec succès chez l'homme. Seul le traitement

chirurgical peut corriger la situation puisqu'il supprime la lésion. Evaluation, pour chaque cas, du risque opératoire versus la tolérance du patient à sa lésion.

Discussion.

M. PAUL DAVID explique la nature de la malformation, au moyen d'un petit schéma au tableau noir. Dans le type infantile, il y a coarctation sur une bonne longueur de l'aorte et la malformation est incompatible avec la vie. Dans le type adulte, le canal artériel s'oblitére. Pour que le sujet survive, il faut que le sang passe par une circulation collatérale. Dans ce cas, la pression artérielle est presque nulle aux membres inférieurs.

Le malade a développé une circulation collatérale importante. A la palpation, on sent battre les artères intercostales.

Les symptômes sont ceux de tous les individus qui font de l'hypertension. Il y a des troubles aux membres inférieurs tels que sensation de jambes mortes. On entend un souffle systolique près de la colonne vertébrale en arrière. L'électrocardiogramme est normal. C'est un diagnostic facile à faire: il s'agit tout simplement d'y penser.

Chez cet individu, il est survenu dernièrement une dyspnée inquiétante. C'est une indication formelle pour l'intervention chirurgicale. Le traitement consiste à sectionner la partie de l'aorte qui est rétrécie.

M. PAUL BRODEUR explique les clichés radiographiques, il démontre particulièrement des rugosités et des érosions sur la corticale inférieure de l'arc postérieur des côtes.

M. J.-URGEL GARIÉPY demande quel va être le traitement.

M. ALBERT GUILBEAULT mentionne qu'à la réunion de l'"American Academy of Pediatrics" en 1947, à Détroit, on a présenté un enfant de 8 ans qui avait été opéré avec succès, pour cette malformation.

M. JEAN GRIGNON: y a-t-il chez cet enfant d'autres malformations congénitales?

M. ROMA AMYOT: y a-t-il claudication intermittente aux membres inférieurs? Quelle est la température des membres inférieurs?

M. PAUL DONTIGNY: quel est le pronostic de la pression artérielle?

M. ROGER DUFRESNE: y avait-il dysphagie?

M. JEAN-LOUIS LÉGER: l'hypertrophie du cœur est parfois plus visible en oblique qu'en antéro-postérieur en radioscopie. Il y avait en plus absence de l'empreinte aortique sur l'œsophage, ce qui permettait de situer le niveau de la coarctation.

M. GEORGES HÉBERT demande si la lésion est connue depuis longtemps.

M. PAUL DAVID remarque qu'il avait prévu la plupart de ces questions, mais qu'il n'avait pas pu couvrir le sujet en entier dans ses remarques préliminaires.

Il répond au docteur *J.-U. Gariépy* que, lorsque le malade accuse des signes de dyspnée, il faut absolument intervenir. S'il n'est pas possible de pratiquer l'opération dans notre milieu, il faut songer à envoyer le malade ailleurs.

Au docteur Jean Grignon: il est évident que dans ces cas il y a des troubles endocriniens.

Au docteur Roma Amyot: le malade ne présente pas de claudication intermittente.

Au docteur Paul Dontigny: chez certains sujets, la pression artérielle diminue de façon très importante dans les quelques mois qui suivent l'intervention. Chez d'autres, elle diminue graduellement avec le temps. Si des lésions rénales sont établies, il est possible que l'hypertension demeure.

Au docteur Roger Dufresne: le malade ne présentait pas de dysphagie.

Au docteur Georges Hébert: d'après les recherches de Mlle Abbott, du McGill, la fréquence de cette malformation n'a pas augmenté. La fréquence semble avoir augmenté tout simplement parce qu'il existe un traitement chirurgical et que les cas opérés sont rapportés. Il semble y avoir une prépondérance des malades de sexe masculin. Sans l'intervention

chirurgicale, la moyenne de la vie ne dépasse pas 30 ans.

* * *

Anévrisme rupturé de l'aorte abdominale.

M. J.-Albert ROULEAU

Monsieur O. F..., âgé de 65 ans (dossier 1482), conduisant son auto, quinze minutes après un repas copieux, se sent subitement étourdi, dyspnéique et faible — légère douleur à l'aine droite; il sort de son auto et perd connaissance; le tout en quelques minutes. Il reprend connaissance, vingt minutes plus tard, dans l'ambulance, où il vomit abondamment des matières alimentaires, sans se plaindre de douleurs.

Examen subjectif.

Antécédents négatifs, n'a jamais consulté de médecins. Depuis un an, le malade avait l'impression d'une masse ombilicale, pulsatile, qui ne l'ennuyait aucunement. Depuis trois mois, douleur constrictive rétro-sternale et aux deux bras, à l'effort après les repas, disparaissant au repos. Douleur exquise à l'aine droite depuis l'état actuel.

Examen objectif.

Malade pâle, anxieux, conjonctives et lèvres pâles. *Cœur*: T.A. 104/70, pouls filant: 96, bruits faibles, rythme régulier.

Abdomen: masse pulsatile, ferme, de la grosseur d'un pamplemousse, localisée à la région ombilicale gauche, débordant d'un pouce à droite, non douloureuse. Pas de souffle à l'auscultation. Douleur exquise à l'aine droite par la flexion de la cuisse droite.

Vaisseaux scléreux; pulsations des artères du membre inférieur droit ont moins d'ampleur qu'à gauche, pédieuses très faibles.

Diagnostics provisoires.

Anévrisme rupturé de l'aorte abdominal.
Thrombose coronarienne.

Le docteur E. Gagnon voit le malade, chez lequel il confirme les diagnostics posés et dis-

cute de l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans l'anévrisme aortique.

Examens.

Electrocardiogramme d'urgence: négatif (Dr P. David).

Van Slyke: Hb 9.5; hématoците: 28; protéine: 6.8.

B.W.: floculation: négatif.

Urines: albumine: xx — cylindres granuleux, hyalins: x.

Abdomen: cliché simple: pas de signe radiologique de pathologie abdominale — ombre du psoas droit invisible. Calcification pariétale au niveau de l'aorte abdominale (Dr J.-L. Léger).

Patient décédé 40 heures après son hospitalisation.

Discussion.

M. SIMON LAUZÉ démontre la pièce anatomo-pathologique. Il y avait un immense caillot de sang de 1,500 grammes. L'aorte descendante était complètement ulcérée avec plaques d'athérome. On note un anévrisme du volume d'un citron avec rupture complète.

* * *

Considérations sur deux cas d'épithélioma du sein.

M. Léon GÉRIN-LAJOIE

Lors de la dernière réunion scientifique de l'hôpital Notre-Dame, la présentation du travail du docteur Laurent Bergeron me remit en mémoire deux cas d'épithélioma du sein, dont les métastases osseuses présentaient radiologiquement une similitude avec les clichés qu'il nous présentait alors.

En mai 1945, Madame H. B., 44 ans, se présente à mon bureau pour une masse dans le sein gauche, du volume d'un petit citron, non adhérente aux muscles sous-jacents, très douloureuse à la palpation, qui s'est développée insidieusement depuis trois mois seulement.

Il n'y a pas de ganglions axillaires apparents. L'état général est bon et la malade n'a pas maigri. L'hospitalisation est décidée et l'opération pratiquée: le pathologiste est appelé en consultation après l'ablation de la tumeur qui paraît encapsulée; il est décidé de limiter l'intervention à cette procédure. La plaie est refermée. Quelques jours plus tard, la malade retourne chez elle. Toutefois, le rapport histopathologique nous revient:

"Fragment volumineux de glande mammaire envahie diffusément par un *épithélioma* atypique, squirrheux." (Dr L.-C. Simard)

Nous ne pouvons décider la malade à revenir à l'hôpital qu'en juillet alors que nous pratiquons l'exérèse large du sein, des muscles grands et petits pectoraux et l'évidement minutieux de l'aisselle.

"Rapport: amputation du sein gauche. Evidement de l'aisselle. L'un des ganglions est diffusément envahi et dépassé par des cellules *néoplasiques*, un autre ne présente que des lésions d'irritations." (Dr C. Gélinas-Mackay)

Selon la technique que nous avons adoptée depuis plusieurs années, nous nous abstenons de conseiller de la radiothérapie. Toutefois, le 19 novembre 1945, nous constatons la présence d'un petit ganglion axillaire et nous conseillons des rayons X. Nous revoyons la malade en février 1946, alors que nous devons l'hospitaliser de nouveau pour des douleurs dorso-lombaires qui arrachent des cris à la malade, des nausées et des vomissements à peu près continus, de l'oligurie et de la rétention urinaire depuis six jours (le cathétérisme seul pouvant vider sa vessie) et une déshydratation considérable. Nous avons pratiqué des radiographies en série et nous avons constaté une métastase généralisée à tout le système osseux ou quasi. Le rapport du docteur Jean-Louis Léger se lit:

"*Multiple zones de destruction à l'emportepièce ("punched out areas") généralisées à tout le squelette du tronc: omoplates, côtes, vertèbres (dorsales et lombaires), os iliaques, sacrum. Il y a eu fracture pathologique de la 6ième côte droite et de la 5ième côte gauche.*

Il ne semble pas y avoir d'affaissement des corps vertébraux. Conclusion: métastases de type ostéolytique généralisées à tout le squelette."

Selon la suggestion du docteur Paul Brodeur, nous avons institué des traitements de télérœngentherapie et nous avons eu la satisfaction de voir disparaître graduellement et rapidement les douleurs dorso-lombo-sacrées, thoraciques et autres. Bref, du 8 au 15 février, trois séances sont données, qui bouleversent considérablement les fonctions métaboliques et particulièrement la formule sanguine, qui passe de 3,500,000 à 2,300,000. Cependant que l'urée, de 4 gr. 44 à l'arrivée, est de 0 gr. 46 à la fin du traitement. Les injections de foie de veau, de réticulogène, l'ingestion de fer, les sérums, etc., complètent le traitement radiothérapique. La malade retourne chez elle en bonne voie de rétablissement quant à la disparition presque complète de ses douleurs et à la reprise de ses mouvements des membres. Nous revoyons la malade quelquefois jusqu'en fin 1947. Il n'y a pas de changements dans l'état de son système osseux. Puis nous apprenons qu'elle a enterré son mari qui a succombé à une crise cardiaque. A l'automne de 1948, je suis appelé pour voir ma malade, qui est à la dernière phase de la cachexie et qui meurt quinze jours plus tard. Depuis la fin d'août 1948, elle est suivie par un médecin qui lui donne des produits glandulaires œstrogéniques et du propionate de testostérone en plus d'une médication symptomatique contre ses douleurs et pour remonter son état général. On possède toutefois des clichés qui montrent que l'état ne s'est pas amélioré du côté de son squelette.

La deuxième malade a présenté une évolution beaucoup plus rapide quant à sa phase terminale.

Madame D. R., 41 ans, a subi l'ablation du sein droit avec évidement de l'aisselle et l'ablation des deux pectoraux, à l'hôpital Victoria, il y a six ans. Elle vient me consulter pour douleurs très vives au niveau de la face interne de la cuisse gauche et s'étendant jus-

que sur le pubis et aux grandes et petites lèvres. L'examen est difficile à cause de la douleur provoquée par la palpation. Une radiographie est conseillée. Le rapport du docteur Vallée se lit:

"Bassin: destruction complète de l'ischion droit à partir de sa jonction avec le pubis jusqu'au delà de la tubérosité ischiatique. Présence d'une large zone de destruction osseuse à contours assez nets et située immédiatement au-dessus de l'acétabulum gauche et occupe presque toute la largeur de l'os iliaque à ce niveau. Large zone de destruction intéressant les deux tiers supéro-externes de la tête et du col fémoral gauche; en un certain point, il ne persiste qu'une mince zone de corticale intacte sur le col fémoral du côté interne.

"Impression: ces lésions présentent toutes les apparences de métastases ostéolytiques. Une fracture pathologique du col fémoral gauche est à craindre.

"Colonne dorso-lombaire: écrasement partiel du 12ième corps vertébral dorsal à gauche et en avant par suite d'une destruction osseuse d'origine vraisemblablement néoplasique.

"Cage thoracique: aucune évidence radiologique de fracture ou de luxation." (Dr A. Vallée)

Nous souvenant des succès remportés par la téléroentgentherapie chez notre autre malade, nous conseillons la même thérapeutique, mais sans beaucoup de résultats. Une fracture spontanée du col du fémur se produit. La malade doit être hospitalisée et, à peu de temps de là, l'autre col se fracture. La thérapeutique de-

vient symptomatique. La malade décède moins de trois mois après son entrée à l'hôpital.

Considérations.

Ces deux cas, radiologiquement superposables quant à leur aspect squelettique (métastases d'épithélioma du sein), ont réagi de façon toute différente à la téléroentgentherapie. Cinq mois avant son décès, la seconde malade vaquait à ses occupations et se croyait guérie. Nous ne l'avions jamais vue avant sa première visite au bureau et nous ne saurions dire si elle souffrait. Ses parents nous ont laissé entendre que, depuis Pâques 1948, elle avait moins d'entrain qu'auparavant. C'est d'ailleurs à ce moment qu'elle a commencé à maigrir. Evolution excessivement rapide. Quant à la première, elle a traversé une période difficile quelques mois seulement après son intervention, mais la thérapie réussit à juguler l'évolution des métastases pour au moins deux ans.

Pour reprendre ce texte à son point de départ, pourrait-on savoir quel effet la téléroentgentherapie peut apporter aux myéloplasmes dont souffraient les malades du docteur Bergeron?

Discussion.

M. LÉON GÉRIN-LAJOIE démontre les clichés radiologiques.

M. PAUL BRODEUR remarque que la téléroentgentherapie totale est la grande indication dans les cas de métastases semblables.

Le secrétaire adjoint,
Georges LECLERC

NÉCROLOGIE

ANTONIO BELLEROSE, CHIRURGIEN ¹ (1892-1948)

« Il a passé en faisant le bien. »
(Saint Pierre, Actes, X, 36.)

Notre maître et ami personnel Antonio Bellerose n'est plus: quel vide!...

Le 27 octobre 1948, à l'âge de 56 ans, il était fauché avec une soudaineté foudroyante, par cette mort implacable qui vint le ravir à sa famille et à ses collègues, alors qu'il venait d'atteindre aux sommets de ses ambitions bien légitimes et très méritées de chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame.

Antonio Bellerose est né à St-Félix de Valois, le 11 avril 1892, du mariage de Zénon Bellerose et de Poméla Amyot.

Après quelques années à l'école du village, il est inscrit au séminaire de Joliette, où il obtient son B.A. « cum laude » en 1912.

En 1917, il décroche son doctorat en Médecine « summa cum laude » de l'Université Laval de Montréal. Au cours de ses études il bénéficiera d'un séjour comme interne à l'hôpital Notre-Dame en 1916 et 1917.

Après sa graduation il s'installe en clientèle générale, à Joliette, jusqu'en 1919. Il convole en justes noces avec Mlle Yvonne Dufresne.

Il part pour la France parfaire ses études chirurgicales à Paris où il séjourne en 1919 et 1920. Il étudie, à Laënnec, la chirurgie générale, sous la direction des professeurs Auvray et Lardonnois; à Necker, l'urologie avec le prof. Legueu, qui le nomme moniteur; à Broca, la gynécologie sous Jean-Louis Faure. Ces études cliniques étaient complémentées par toute la série de cours de techniques opératoires, à la Faculté de Paris.

A son retour, il s'installe à Montréal. Il est nommé démonstrateur d'anatomie pathologique durant 6 ans, à l'Université de Montréal, puis il est admis comme assistant bénévole à l'hôpital Notre-Dame, en 1921, dans le service de chirurgie du Dr Parizeau et y est malheureusement trop longtemps confiné au dispensaire de chirurgie; les avenues du grand service sont alors trop bien gardées. En 1923, il est élu assistant régulier en chirurgie.

En avril 1930, après une brillante soutenance publique de Thèse sur « Le traitement de l'appendicite aiguë », il est nommé professeur agrégé de chirurgie à l'Université de Montréal et à la clinique chirurgicale de l'hôpital Notre-Dame.

En mai 1943 il est promu chef adjoint senior du service de chirurgie de l'hôpital Notre-Dame; en juin 1948, il est nommé chef intérimaire du service de chirurgie.

Le 27 octobre 1948, il était promu et nommé chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame.

Il était gouverneur à vie de l'hôpital Notre-Dame depuis 1940.

Membre de la Société de Chirurgie de Montréal, il en fut le président en 1944.

Membre de la Société de Gastro-entérologie de Montréal.

Fellow-chirurgien du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Il fut marguillier de la paroisse St-Jacques, de 1943 à 1946.

Le docteur Bellerose était un homme dans la force de l'âge, à l'allure encore jeune, à l'œil vif, à la démarche déterminée, mais quelquefois nonchalante. Il était d'un physique vigoureux, fervent des sports en plein air: surtout la pêche et la chasse. Tous ceux qui l'ont connu dans son royaume du « Sawin » savent quel gentil copain et quel charmant boute-en-train notre hôte savait se révéler. Il était

1. Eloge nécrologique lu au dîner mensuel de la Société de Chirurgie de Montréal, 20 janv. 1949.

d'un commerce agréable et facile, il était tour à tour: cuisinier, menuisier, architecte, mécanicien, navigateur et coureur des bois; « il n'arrêtait pas », si ce n'est la nuit venue, alors qu'au coin du foyer pétillant, il pouvait laisser libre cours à sa rêverie, à ses impressions, à ses confidences, à ses projets d'avenir, et philosopher sur les dessus et dessous de la vie.

Il retrepait là-bas ses forces dans l'air vivifiant des montagnes, pour de nouveaux travaux, de nouvelles luttes; car il a dû en surmonter de bien dures. Il était bon chrétien, bon époux, et bon père de famille et il passait les plus belles heures de sa vie auprès des siens. Il pouvait envisager la vie avec sérénité, ayant atteint une certaine aisance.

Le professeur Bellerose laisse une longue liste de travaux sous forme de publications ou de communications aux sociétés savantes. Je tiens à les énumérer ci-dessous:

1. — 1921 — Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique. Comm. à la Soc. Méd. de Joliette.
2. — 1922 — Succédanés de la cocaïne en chirurgie. *Union Méd.*, p. 107, 1924. Comm. Congrès de l'A. M. de L. F. A. M.
3. — 1924 — Un cas de prostatectomie. *Union Méd.*, p. 279.
4. — 1927 — Lithiase vésicale. *Union Médicale*, p. 295.
5. — 1927 — Maladie de Buerger. *Gaz. Hôp. de Paris*, 28 mars, et *Union Méd.*, août 1927.
6. — 1927 — A case of thrombo-angeitis obliterans. *Can. Med. J. Ass.*
7. — 1928 — Diagnostic étiologique des fistules de la région sous-mentonnaire. *Union Méd.*, p. 11.
8. — 1928 — Chirurgie conservatrice dans les grands traumatismes des membres. *Union Médicale*.
9. — 1929 — Traitements des fractures des métacarpiens. *Union Méd. et Can. Med. J. Ass.*
10. — 1930 — Traitements des fractures du coude. *Union Médicale*, février.
11. — 1930 — Des avantages de l'opération précoce dans l'appendicite aiguë. *Union Médicale*, mars.
12. — 1930 — Vaccinothérapie et sérothérapie dans l'appendicite aiguë gangreneuse avec péritonite. *Union Médicale*, avril.
13. — 1930 — Traitement de l'appendicite aiguë. *Thèse d'agrégation*, avril.
14. — 1930 — Conduite à suivre dans les cas d'appendicite aiguë qui remontent à plus de 2 jours. *Union Médicale*, mai.
15. — 1930 — Cholécyctite calculeuse. *Union Médicale*, juin.
16. — 1930 — Maladie osseuse de Paget. *Union Médicale*, décembre.
17. — 1930 — Diagnostic et traitement des cholécystites. Congrès Ass. Méd. L. F. A. N.
18. — 1930 — Traitement des fractures du membre supérieur. Comm. à la Soc. Méd. de Drummondville.
19. — 1931 — Appendicite aiguë. Comment faut-il opérer? *Union Médicale*, janvier.
20. — 1931 — Ulcère perforé d'estomac. *Union Médicale*.
21. — 1931 — Principes généraux du traitement moderne des fractures des membres. *Union Médicale*, novembre.
22. — 1931 — Traitement des fractures du bras. Comm. Soc. Médicale de Valleyfield.
23. — 1932 — Appareil Thomas modifié pour fracture de l'humérus. *Union Médicale*, février.
24. — 1932 — Fracture de Monteggia. Comm. à la Soc. Méd. de Montréal, février.
25. — 1932 — Abscess métastatique pleural de la moelle épinière. *L'Union Méd.*, juin.
26. — 1936 — Ulcère perforé de l'estomac. *Union Médicale*, avril.
27. — 1936 — Le tintement métallique, signe acoustique de l'ulcus perforé. *Union Méd.*, juin.
28. — 1936 — Un cas de perforation de l'estomac. *Union Médicale*, octobre.
29. — 1936 — Ulcus gastrique — gastro-entérostomie. *Union Médicale*, décembre.
30. — 1937 — Perforation de l'estomac et rayons X. *Union Médicale*, janvier.
31. — 1937 — Efficacité du bactériophage dans la colite ulcéreuse. *L'Hôpital*, juillet.
32. — 1938 — Tuberculose et épithélioma du sein. Ass. scient., hôp. N.-Dame et *Union Méd.*, p. 253.
33. — 1938 — Le problème du traumatisme formé de l'abdomen — 2 cas de ruptures intestinales. *in Union Méd.*, 67: 940.
34. — 1938 — Précautions à prendre dans l'examen radiologique des perforations du tube digestif. Ass. scient., hôp. N.-Dame, 17 novembre.
35. — 1939 — Importance de l'exploration dentaire en pathologie digestive. Comm. Soc. Gastro-enter., et Soc. Dentaire, nov. et déc.
36. — 1939 — Volvulus du côlon ascendant. Soc. Médicale de Montréal, nov., et Ass. Sc., hôp. N.-D.
37. — 1939 — Un cas d'œsophagotomie extra-muqueuse par voie abdominale. Ass. Sc., hôp. N.-D., mars.
38. — 1940 — Importance de l'exploration dentaire en pathologie digestive. *Union Méd.*, 70: p. 161.

39. — 1940 — Diagnostic précoce du cancer de l'intestin — Mémoire sur 260 cas. Comm. Congrès des Méd. de L. F. A. N., octobre, à Trois-Rivières.

40. — 1941 — Un cas d'œsophagotomie extra-muqueuse par voie abdominale. *in U. M.*, 70: p. 821.

41. — 1941 — Conférence et film sur appareil Thomas modifié pour fracture de l'humérus. Comm. Ass. Médicale du Nord, novembre.

42. — 1941 — Fracture vertébrale — Compression médullaire — Laminectomie décompressive. En collaboration avec R. Amyot. Ass. Sc., hôp. N.-D., mai; *Union Médicale*, 70: p. 972.

43. — 1941 — Appareil pour fracture de l'humérus. Film personnel. Ass. H. N.-D., 17 avril.

44. — 1941 — Diverticulose du gros intestin. Ass. Scient., H. N.-D., 13 mars.

45. — 1941 — Diagnostic précoce du cancer d'intestin. Soc. gastr., février.

46. — 1942 — Gastrectomie — Film personnel. Congrès des Méd. L. F. A. N., octobre.

47. — 1943 — Traitement des brûlures. Soc. Méd. de Trois-Rivières, mars.

48. — 1943 — Traitement de l'ulcus gastrique. Soc. Médicale de Berthier, août.

49. — 1943 — Présentation d'une technique personnelle de gastrectomie — Film. Comm. Société de Chirurgie de Montréal, avril.

50. — 1943 — Traitement des brûlures. Comm. Soc. Médicale, Lachute, novembre.

51. — 1945 — Round Table Conference on Gastro-duodenal ulcer. Can. Med. Ass. Meeting, juin.

52. — 1946 — Ostéosynthèse métallique intramédullaire temporaire. Société de Chirurgie.

53. — 1946 — Résection colique et anastomose immédiate — 3 cas.

54. — 1946 — Gastrectomie versus gastro-entérostomie. Société Médicale.

à l'appui d'un flair clinique d'une rare précision, secondée par une vaste expérience des malades.

A la tribune professorale de l'Université de Montréal, et en clinique à l'hôpital, le professeur agrégé Bellerose savait captiver son auditoire par la facilité de son verbe, la force de son élocution, la clarté de son exposé, servi par une mémoire d'une belle fidélité. Le souci de la précision scientifique dans ses cours le contraignait à écrire ses leçons magistrales. Il aura laissé le souvenir d'avoir débité de brillante façon sa thèse d'agrégation en 1930.

Ses conseils cliniques étaient recherchés parce qu'avisés et élaborés par un jugement sain, une conscience professionnelle probe. Ils étaient soumis sans pompe ni ostentation, n'avaient rien « d'ex cathedra » et demeuraient tous objectifs. L'étudiant, l'interne ou le collègue se sentaient libres d'agir à leur guise, mais avec sûreté.

Comme chef adjoint, il nourrissait des ambitions nobles, proposait des réalisations à faire, et il sentait l'énormité de son programme qu'il préparait minutieusement, malgré bien des embûches qu'il trouvait sur sa route. Il voyait la lourde succession qui allait lui échoir et, par moments, il lui semblait qu'il devait se défilier — qu'il devait éloigner ce jour si proche où il serait chef; cependant il se resaisissait, se disait « noblesse oblige » et continuait à espérer.

Le 27 octobre 1948, à 11 heures du matin, il arrivait enfin au sommet de la hiérarchie chirurgicale de l'hôpital Notre-Dame, et il était confirmé au poste de chirurgien en chef.

Imaginons un instant sa joie profonde — sa vive émotion — il allait réaliser tout un programme — tout en rendant justice. Il communiquait à tous son entrain, parcourait son hôpital — comme chef — une première et dernière fois — recevait les félicitations sur tout son parcours, revoyait sa famille au complet pour faire partager sa joie et allait, en bon grand-père, admirer une dernière fois ses enfants et petits enfants qu'il aimait beaucoup et

Cette longue énumération de travaux le plus souvent différents montre, cependant, une tendance à se spécialiser en chirurgie traumatique et dernièrement en chirurgie gastro-intestinale.

Le professeur Bellerose possédait une grande habileté manuelle, une compréhension rapide des problèmes proprement mécaniques de la chirurgie; il aurait certainement excellé dans la profession d'ingénieur, l'eût-il choisie.

Malgré une timidité à peine visible au début de l'acte opératoire, il se raffermissait au premier coup de bistouri et alors il montrait un courage plein de certitude et sa maîtrise de la situation n'avait d'égale que la sagesse de son jugement, une intelligence de belle clarté,

revenait chez lui en hâte pour mourir brutalement après son souper à 7 heures du soir.

On ne peut se rappeler mort plus tragique par un jour qui devait être le plus beau de sa vie chirurgicale.

Sa disparition est une perte irréparable pour l'Université, pour l'hôpital Notre-Dame, pour la profession médicale tout entière, ainsi que pour sa famille. Il ne laisse que des regrets émus.

En terminant, j'aurais voulu lui appliquer cette vieille citation: « O mort, si vous avez pu donner sa place, je sais, mieux que personne, que vous ne l'avez pas remplacé. » *Uno avulso non defecit alter.*

Je prie donc Madame Bellerose, son fils Pierre, sa fille Françoise et M. Piché, ses frères Paul-Emile et le Père Marie-Justin, missionnaire franciscain en Corée, son père M. Zénon Bellerose et toute sa famille d'accepter le témoignage de ma vive sympathie personnelle et les condoléances des membres de la Société de Chirurgie de Montréal, pour le deuil profond qui les frappe, et je les invite immédiatement à se tenir debout à l'attention pour observer une minute de silence et prier pour le repos de l'âme de notre regretté collègue.

NOUVELLES

LE DOCTEUR J.-A. LANDREVILLE, À L'UNIVERSITÉ

Le docteur J.-A. Landreville, officier spécial et chef adjoint des districts sanitaires au Service de Santé de la Ville de Montréal, a été nommé « assistant régulier à titre enseignement » à la chaire d'hygiène, par le Conseil de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, au cours de l'une de ses dernières séances.

En outre, le docteur Landreville est chargé de cours à la Faculté de chirurgie dentaire et à l'École d'hygiène de l'Université de Montréal.

LE DOCTEUR POIRIER

Le docteur Paul Poirier, de l'Hôtel-Dieu, a été invité par le Bureau médical de « Brome Missisquoi Perkins Hospital » à donner une conférence sur les maladies courantes de la peau.

COMMUNIQUÉ EN MARGE D'UNE RÉCENTE CONFÉRENCE DU DOCTEUR A. PLOUFFE

Le directeur du Service de Santé croit devoir déclarer que le docteur Adrien Plouffe, dans sa récente causerie devant le Congrès du Comité des Hôpitaux Catholiques de la Province de Québec, exprimait des opinions purement personnelles, émises sous sa propre responsabilité et n'entraînant en aucune façon celle du Service de Santé.

Le docteur Plouffe n'était pas autorisé à parler au nom du Service de Santé et n'était pas son délégué.

Le Service de Santé n'a qu'à se louer de la collaboration qu'il reçoit des médecins de Montréal. Les marques tangibles de cette collaboration continue sont trop nombreuses pour que les médecins prennent occasion de la causerie en question pour douter des sentiments du Service de Santé à leur égard. Cette aide s'est manifestée particulièrement pendant la crise du chômage, il y a quelques années, avec la formation d'un Comité médical et le concours des médecins pour venir en aide aux nécessiteux. Le Service de Santé de Montréal a besoin de la coopération des médecins pour le maintien de la santé

publique et cette collaboration ne lui a jamais été refusée.

Je désire signaler que *tout article, communiqué ou texte qui n'a pas reçu l'approbation du directeur et sa signature n'est nullement autorisé et ne peut être considéré comme un communiqué officiel du Service de Santé. Dans ces conditions, tout article est émis sous la seule responsabilité du signataire.*

Le directeur du Service de Santé,
Ad. GROULX.

NOMINATION DU DOCTEUR JEAN LeSAGE À LA "NATIONAL GASTRO-ENTEROL- OGICAL ASSOCIATION", SECTION AMÉRICAINNE

Nous apprenons l'élection à l'unanimité du Dr Jean LeSage, aux titre et fonctions de « Fellow » de la « National gastro-enterological Association », section américaine, à la séance de mai 1949. Ce certificat doit lui être conféré lors du 14e Congrès annuel de cette Association, qui tiendra ses assises les 24 et 29 octobre 1949 à l'Hôtel Somerset, de Boston.

Cette Société, la plus ancienne du genre aux Etats-Unis, fut fondée en 1932. Elle publie une revue mensuelle depuis 1934: *The Review of gastro-enterology* (comprenant aussi *the American journal of gastro-enterology*).

Voici son programme:

1 — Réunir en une Association tous ceux qui sont sérieusement engagés dans l'étude de la gastro-entérologie et des sciences connexes.

2 — Contribuer à l'avancement des maladies du tube digestif, des glandes annexes et de la nutrition.

3 — Stimuler les recherches en gastro-entérologie.

4 — Rendre pratiques les progrès récents de la gastro-entérologie; exposer les relations entre les travaux cliniques et expérimentaux.

5 — Prendre rang comme corps enseignant: ainsi, conserver en filière la liste de toutes les institutions médicales où la gastro-entérologie et les questions connexes sont enseignées avec leurs programmes à date; répandre l'étude de la gastro-entérologie comme spécialité; établir des chapitres ou succursales de cette Association dans les deux Amériques; prendre part à des séances cliniques en gastro-entérologie, isolément ou avec le concours de Sociétés autonomes locales.

6 — Soutenir des principes et des standards élevés dans la pratique de la gastro-entérologie.

7— Contribuer à toute législation et campagne publique en faveur de la gastro-entérologie.

8— Publier les rapports de l'Association et des écrits sur toutes les questions et articles de différentes sources approuvés par l'Association.

Celle-ci distribue chaque année plusieurs dons pour des recherches.

A la suite du Congrès d'octobre où Lord Alfred Webb Johnson, président du Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre, et son équipe présenteront plusieurs travaux, l'Association a organisé, sous la direction du Dr Owen H. Wangensteen, une série de Cours de 3 jours à laquelle prendront part toutes les cliniques universitaires de Boston. L'enrôlement des médecins est limité à 250.

BOURSIER DU CONSEIL NATIONAL DES RECHERCHES

Le docteur Jean-Jacques Lussier, attaché à titre d'assistant au laboratoire de physiologie de l'Université de Montréal, vient d'obtenir une bourse d'études en physiologie octroyée par le Conseil National des Recherches.

ÉLECTIONS CHEZ LES OTO-RHINO- LARYNGOLOGISTES

Lors de l'assemblée annuelle de la Canadian Oto-rhino-laryngological Society tenue au Jasper Park Lodge, il y eut élection du bureau pour l'année 1949-50. Le docteur Hugh W. Schwartz, de Halifax, a été élu président, les docteurs McNally et Jules Brahy, de Montréal, ont été choisis comme vice-président et secrétaire.

ÉLECTIONS CHEZ LES OPHTALMO- LOGISTES

Les élections du nouveau bureau de la « Canadian Ophthalmological Society » se tinrent à l'issue de l'assemblée annuelle tenue fin juin au Jasper Park Lodge. Le docteur R. F. Nicholls, d'Edmonton, a été élu président. Son prédécesseur à la présidence était le docteur Jules Brault, de Montréal.

Les autres officiers élus sont les suivants: vice-président: docteur G. Stuart Ramsay, de Montréal; secrétaire: docteur J. F. A. Johnston, de Toronto; et trésorier: docteur A. E. MacDonald, de Toronto. Le Conseil comprendra également comme directeurs les

docteurs Henri Pichette, de Québec, M. R. Levey, d'Edmonton, Norman L. Elvin, de Winnipeg, R. I. Hayes, de St-Jean, N.B., et J. McLean, de Vancouver.

ASSOCIATION MÉDICALE DU BAS- SAINT-LAURENT

L'association médicale du Bas-Saint-Laurent s'est donné un nouveau conseil d'administration lors de son assemblée annuelle tenue à Price le 14 juillet 1949.

Le docteur Herman Gauthier, du Sanatorium St-Georges de Mont-Joli, a été élu président pour succéder au docteur J. O. Drapeau, de Rimouski. Le docteur Donald MacDonald, de Baie des Sables, a été élu vice-président en remplacement du docteur René Lepage, de Mont-Joli, et le docteur G. A. Joubert, de Price, a été réélu secrétaire-trésorier.

MÉDECINS AGRÉÉS PAR LE CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

Le Conseil Médical du Canada vient de faire connaître les noms des 42 candidats qui ont passé avec succès en français ses examens tenus à Québec du 22 au 28 juin pour les candidats de langue française. La plupart des candidats heureux sont du Québec, mais il en est qui viennent des autres provinces du Canada et des Etats-Unis; un autre était de Hong-Kong. Tous auront dorénavant le droit de pratiquer la médecine n'importe où au Canada.

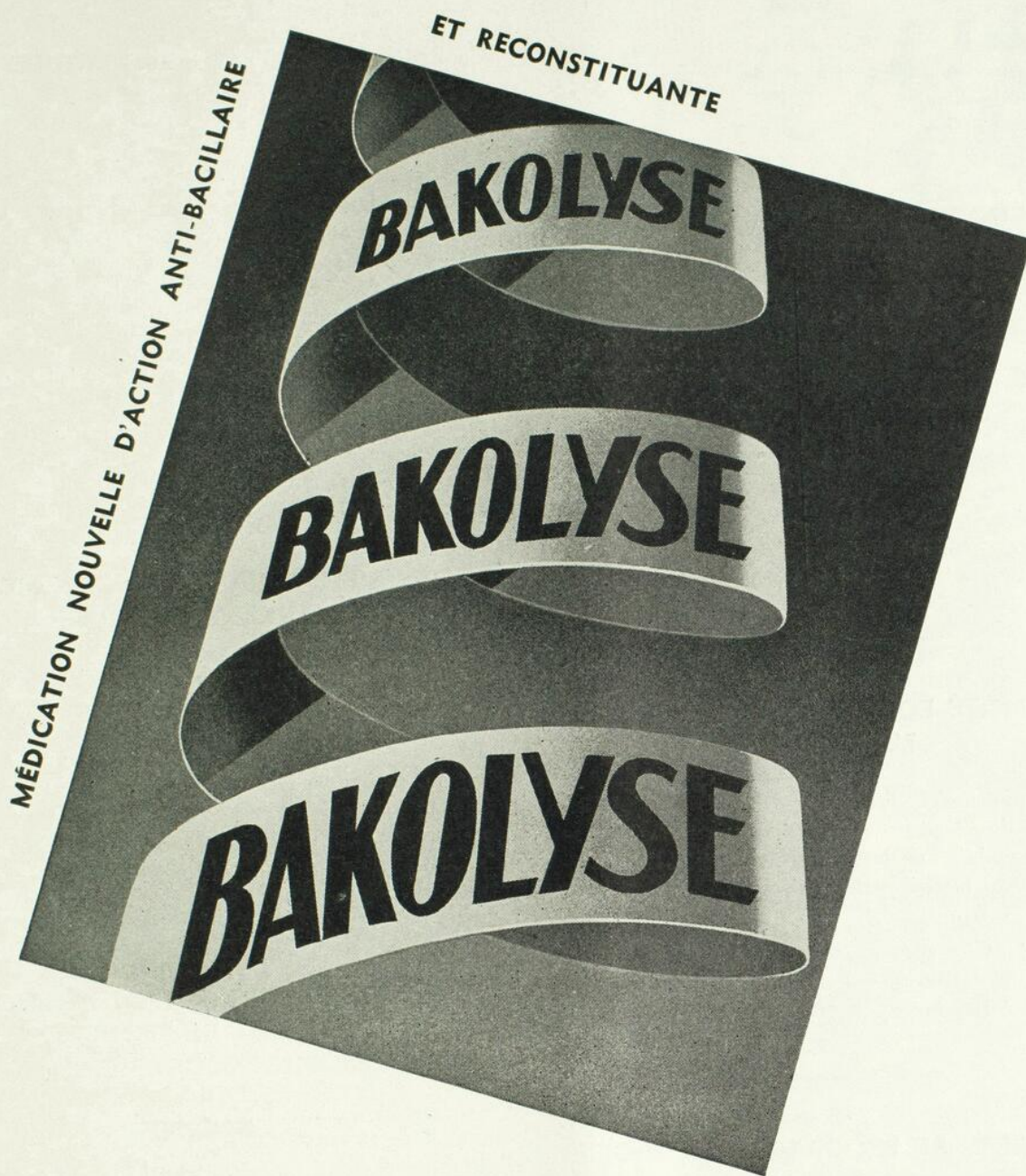
ÉLECTIONS CHEZ LES ACCOUCHEURS ET GYNÉCOLOGUES

La cinquième réunion annuelle de la Société des accoucheurs et gynécologues du Canada a eu lieu au Jasper Park Lodge fin juin. A cette occasion se tinrent les élections qui donnèrent les résultats suivants:

Président: docteur H. B. Atlee, de Halifax; vice-président: docteur Fabien Gagnon, de Québec; secrétaire: docteur K. Grant, de Halifax; et trésorier: docteur F. Johnson, de Hamilton.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR ANTONIO CANTERO

A son retour d'une mission scientifique au Brésil le docteur Antonio Cantero a appris qu'une décora-



Acides Aminés et Créatinine

● **présentation**

Ampoules de 2 cc.
Boîtes de 10 ampoules.

● **formule**

Histidine chl.	0.0075
Créatinine	0.005
Glycocolle	0.05
Méthyl Glycocolle	0.05
Méthyl N. Leucine L.	0.0075
Solution saccha Q. S. pour 1 cc.	

Préparée uniquement par les
LABORATOIRES A. SAUVIN - PARIS - FRANCE

Agents exclusifs pour le Canada:

ANGLO-FRENCH DRUG CIE, LTÉE

MONTREAL 18.

tion venait de lui être décernée à l'occasion de ses recherches scientifiques. Il s'agit de l'Ordre Royal de la Concorde d'Italie.

LE NOUVEL HÔPITAL DE DRUMMONDVILLE

Dimanche le 17 juillet 1949, a été béni et inauguré officiellement le nouvel hôpital de Drummondville. La réunion était présidée par le docteur Lucien Hélie, président du bureau médical de l'hôpital. Le docteur J. Albini Paquette, ministre de la Santé, a rehaussé de sa présence la cérémonie.

Le nouvel hôpital pourra loger 228 lits; son coût a dépassé deux millions de dollars. Outre les docteurs Albini Paquette et Lucien Hélie, le docteur Guy d'Argencourt adressa aussi la parole.

UN COMITÉ FORMÉ POUR COMBATTRE L'ARTHRITE

Un comité intérimaire provincial de la Société Canadienne de l'Arthrite et du Rhumatisme a été formé pour établir une lutte organisée contre l'arthrite et les autres maladies rhumatismales.

M. Paul Vaillancourt a été nommé président du comité, dont les autres membres sont MM. Armand Voizard, Paul Dufresne, Francis Hankin et les docteurs René Dandurand et Henry P. Wright.

BOURSIERS AU PROGRAMME, À MCGILL

Les 27, 28 et 29 juillet 1949, le Comité spécial de la Société Canadienne du Cancer a organisé une série de cours donnés par quatre boursiers en oncologie des Kinsmen's Clubs. Ces séances ont été tenues sous la présidence du docteur Carleton B. Peirce, chef du service de radiologie du Royal Victoria Hospital de Montréal.

Les conférenciers étaient les docteurs Lloyd N. Stewart, Ronald D. Nash, Lloyd S. Green et Paul Simard.

Des discussions suivirent chaque communication; on note les noms des docteurs Léo Payeur, de Québec, et Jean Bouchard, de Montréal, parmi ceux des médecins qui ouvrirent la discussion.

BOURSES OCTROYÉES POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

Le Comité spécial constitué pour entreprendre la lutte anti-tuberculeuse vient de faire connaître qu'un nombre important de bourses ont été octroyées à des jeunes médecins qui veulent se consacrer à la phtisiologie. Ces bourses permettent un séjour prolongé à l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville et dans les principaux centres de phtiothérapie. Onze diplômés de l'Université de Montréal sont parmi les heureux récipiendaires: ce sont les docteurs Julien Lambert, Maurice Comeau, René Poirier, Jean Hamel, Charles Lépine, Guy Cardinal, Bernard Martineau, Maurice Doray, Marcel Labossière, P.-E. Gauthier et Maurice Verner.

MÉDECINS AU PROGRAMME DU CONGRÈS DES HÔPITAUX CATHOLIQUES

Le Congrès de l'Association des Hôpitaux Catholiques du Québec s'est tenu les 27, 28 et 29 juin à l'Auditorium du Collège de Saint-Laurent. Le thème général des communications portait le titre: «Au service du patient». Parmi les médecins au programme, on relève les noms des docteurs Pierre Jobin, de Québec, Raymond Lecours, de Ville St-Laurent, Adrien Plouffe, de Montréal, et Eugène Thibault, de Verdun.

CONGRÈS PAN-AMÉRICAIN D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET DE BRONCHESOPHAGOLOGIE

Ce Congrès aura lieu à Montevideo et à Buenos-Aires du 9 au 15 janvier 1950. Les communications scientifiques devront se rapporter aux thèmes suivants:

- Sinus frontal.
- Tumeurs du larynx.
- Lésions bucco-pharyngo-laryngées par champignons et parasites.
- Traitement du cancer du larynx, respectant la fonction de cet organe.
- Obstructions bronchiques chez l'enfant.
- Lésions non cancéreuses de l'œsophage.
- L'acousie du mot.
- Acouphènes et leur évaluation.
- Oto-scléroses.

Pour tout renseignement, s'adresser au Dr Pedro Regules, calle San José 1092 Montevideo, Uruguay, ou aux délégués du Comité exécutif de chaque pays.

VERATRITE

Dans l'hypertension

FORMULE:

Chaque tablette contient: Veratrum Viride (**titré biologiquement**) 3 Unités Craw, Nitrite de Soude, 1 gr., Phénobarbital, ¼ gr.

ACTION:

Il est aujourd'hui prouvé que le Veratrum Viride administré oralement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. Le Veratrum Viride produit un effet plus constant et de plus longue durée. (Dr. Edouard D. Freis, Medical Clinic of North America, Boston, numéro septembre 1948).

La vaso-dilatation neurogénique, observée en premier lieu par Wilson & Smith, relativement à l'action du Veratrum Viride, est d'un avantage considérable dans le traitement de l'hypertension.

POSOLOGIE:

Administrer une tablette 2 heures après chaque repas durant la première semaine. Augmenter ou diminuer la dose selon la réaction du patient.

Documentation et échantillon envoyés aux médecins sur demande.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,
2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

CHOBILE

Acide cholique

+ Acide

Acide déhydrocholique

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DES TABLETTES CHOBILE

- 1 L'acide déhydrocholique augmente la fraction aqueuse de la bile et nettoie les canaux biliaires.
- 2 Les sels biliaires naturels contenus dans les tablettes CHOBILE augmentent la concentration de sels biliaires.
- 3 Du petit intestin 90% des sels biliaires purifiés et de 15% à 50% de l'acide déhydrocholique sont récupérés et retournent ensuite au foie par la veine porte.
- 4 Les sels biliaires naturels émulsionnent les graisses, facilitent la digestion et maintiennent l'équilibre aqueux du côlon par osmose.
- 5 Les tablettes CHOBILE augmentent la sécrétion biliaire, empêchent le dépôt de cholestérol, combattent la stase biliaire et préviennent l'infection.

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLON ENVOYÉS SUR DEMANDE

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,
2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Chaire de clinique rhumatologique

Professeur: M. F. Coste.

COURS DE PERFECTIONNEMENT DE RHUMATOLOGIE

3 octobre au 12 novembre 1949

Le Professeur F. Coste, en collaboration avec le Professeur R. Merle d'Aubigné, professeur de clinique chirurgicale orthopédique, organise, dans son service de l'hôpital Cochin, un cours de perfectionnement sur les:

Maladies rhumatismales et osseuses.

Le cours sera divisé en deux cycles:

1. Affections rhumatismales (mois d'octobre).
2. Maladies des os (2 au 12 novembre).

Les leçons théoriques auront lieu l'après-midi à l'hôpital Cochin (amphithéâtre Widal). L'enseignement clinique et pratique se fera le matin dans les services des Professeurs Coste et Merle d'Aubigné (hôpital Cochin), du Professeur Agrégé S. de Seze (hôpital Lariboisière) et des Docteurs Layani (Hôtel-Dieu) et Lievre (hôpital Tenon).

Les droits d'inscription seront reçus au Secrétariat de la Faculté de Médecine (Guichet 4) du 1er au 30 septembre 1949. Ils seront de:

3,000 frs pour le cycle sur les maladies rhumatismales et 1,200 frs pour le cycle sur les maladies des os.

A la fin du cours, il sera délivré aux auditeurs un *Certificat d'assiduité*.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire au Dr P. Galmiche, hôpital Cochin (Pavillon Hardy), 27, rue du faubourg St-Jacques, Paris (XIVème).

Inscription pour les médecins étrangers: Salle Béclard, de 9 heures 30 à 11 heures et de 14 à 16 heures.

CONSTRUCTION D'HÔPITAUX DANS QUÉBEC

M. Paul Martin, ministre de la Santé nationale, annonce que des hôpitaux de Lévis, de Charny et de Shawville, dans la province de Québec, recevront plus de \$126,000 des subventions du Gouvernement fédéral destinées à encourager la construction d'hôpitaux. On augmentera de 156 le nombre des lits de ces trois hôpitaux.

Le « Pontiac Community Hospital », de Shawville, nouvelle institution de 57 lits, recevra une aide fédérale de plus de \$27,000. Cet hôpital est achevé et fonctionne. Il assure à plus de 19,000 personnes du

comté de Pontiac des services modernes de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

L'hôpital Notre-Dame de Charny recevra une subvention de \$70,000. C'était anciennement un hôpital privé. Cette institution fut fermée pendant quelque temps. Elle a été achetée et rouverte comme hôpital public, sous la direction des Sœurs de St-Paul de Chartres. C'est un hôpital de 70 lits qui dessert une région située sur la rive sud du fleuve Saint-Laurent et dont la population est de 28,000 âmes environ.

L'Hôtel-Dieu de Lévis reçoit une subvention de \$29,000, ce qui l'aide à ajouter un étage à l'édifice actuel. Cet hôpital aura 29 lits de plus et d'autres services hospitaliers.

M. Martin fait remarquer que le ministère de la Santé de la province de Québec a recommandé ces trois projets. Conformément aux dispositions du plan fédéral d'aide à la construction d'hôpitaux, la province a accepté de verser une contribution égale à la quote-part fédérale.

PROGRÈS DE LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE

La lutte antivénérienne a connu de grands progrès au Canada et la perspective justifie un optimisme prudent. Voilà ce que déclare le Dr B. D. B. Layton, directeur du Service de la lutte antivénérienne au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Les chiffres comparatifs du nombre de cas pour tous les genres de maladies vénériennes, tels qu'ils ont été signalés par les médecins aux ministères provinciaux de la Santé, montrent le succès remporté grâce à la collaboration des organismes fédéraux et provinciaux en vue de réduire la fréquence de ces maladies.

En 1946, il a été déclaré un total de 41,556 cas. En 1947, ce total avait baissé à 33,476 et, en 1948, on a enregistré une nouvelle baisse, soit 27,491 cas. Le premier trimestre de 1949 montre 6,307 cas, à comparer avec 7,303 pour la même période l'an dernier.

Toutefois, le Dr Layton a donné l'avertissement que nous ne devons pas le moins du monde ralentir nos efforts en vue d'extirper les maladies vénériennes. Nous accélérons notre campagne et avons l'intention de soutenir une lutte continue et croissante contre ces maladies.

Pour illustrer ce point, il a rappelé que la tendance continuellement à la baisse de la fréquence signalée des infections vénériennes a rebroussé chemin dans les trois derniers mois de 1948 alors qu'elle a manifesté une hausse, légère il est vrai, mais bien nette.

Heureusement, le premier trimestre de 1949 a montré un retour à la tendance antérieure. Néanmoins, ce changement nous prouve que nous ne devons jamais contempler avec sérénité la menace constante des

CETTE
PEUT MAINTENANT

ORDONNANCE
ÊTRE REMPLIE!

Theobarb

E.B.S.

*Indiqué dans les cas
suivants:*

Ischémie, maladie de cœur
causée par l'hypertension,
angine de poitrine, douleurs
cardiaques et la thrombose
coronaire qui s'ensuit.

**LE THEOBARB C.T. No 691
CONTIENT:**

Theobromine . . . 5 gr.
Neurobarb ½ gr.
Bicarb. de Soude . 5 gr.

*Présenté en flacons de 100, 500
et 1000 comprimés.*

**AVIS: Pour le moment, le Theobarb
doux n'est pas disponible.**



COMPAGNIE ESSENTIELLEMENT CANADIENNE . . . DEPUIS 1879

THE E.B.S. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

Représentants:

M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q. — M. A. A. Summers, Morrisburg, Ont.
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont St-Denis, Wolfesfield Park, P. Q.
M. Léon Viens, 1875, boul. Pie IX, Montréal, P. Q. — M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.

maladies vénériennes. Nous devons également garder à l'esprit qu'il existe un nombre inconnu de victimes des maladies vénériennes parmi nous. Nous ne pouvons déterminer ce nombre, mais nous pouvons avoir l'assurance raisonnable que même alors il y a diminution progressive.

Le ministère fédéral pousse vigoureusement chaque effort tenté pour réduire la menace des maladies vénériennes qui pèse sur les foyers canadiens. En vertu du programme national d'hygiène, les subventions fédérales de la lutte antivénérienne accordées aux provinces ont plus que doublé. Avant la mise en vigueur de ce plan, Ottawa déboursait \$225,000 par année. Une somme de \$500,000 a maintenant été mise à la disposition de la lutte antivénérienne pour aider les provinces à compléter leurs programmes.

On fait grand état de l'emploi de la pénicilline pour le traitement de la syphilis et de la gonorrhée. D'autres mesures comprennent l'expansion des facilités de traitement gratuit, telles que le paiement des honoraires de médecin pour le diagnostic et le traitement, l'appui donné aux dispensaires gratuits, la fourniture gratuite de la pénicilline, ainsi qu'un personnel complémentaire et du matériel spécial pour les dispensaires.

On donne encore plus d'importance, en vertu du nouveau programme, aux diverses mesures de dépistage des cas, à l'expansion et à l'amélioration des services de laboratoire, au développement et à la distribution de la propagande éducative en matière de lutte antivénérienne.

La campagne qui a pour objet de réduire au minimum l'incidence des maladies vénériennes est très complexe, a fait observer le Dr Layton. Elle comporte des aspects moraux et sociaux en plus des aspects médicaux les plus évidents.

Il a appuyé particulièrement sur les facteurs éducatifs requis pour réussir dans la lutte antivénérienne. La profession médicale et le public ont tous deux réagi d'une façon des plus encourageantes à nos efforts dans le domaine éducatif bien qu'il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine.

Au point de vue purement médical, il a déclaré que la pénicilline avait fait l'objet d'une étude poussée depuis cinq ans. Bien que de nouvelles recherches approfondies soient essentielles, on accepte maintenant cette substance comme la drogue de choix pour le traitement de la syphilis comme de la gonorrhée. Cela n'est pas attribuable simplement au pourcentage élevé de bons résultats obtenus par son emploi mais aussi au fait que cet emploi a diminué d'une semaine à dix jours le temps du traitement de la syphilis, lequel prenait autrefois des mois, et que la gonorrhée cède à une injection dans la plupart des cas.

Le service fédéral de lutte antivénérienne entretient des relations étroites avec le service d'hygiène publique des États-Unis au sujet de problèmes com-

muns à nos deux pays. Les progrès réalisés dans les techniques de traitement sont librement échangés et immédiatement transmis aux autorités provinciales de la santé.

RECHERCHES EN HYGIÈNE PUBLIQUE DANS QUÉBEC

Les pommes de terre cultivées dans divers types de sol contiennent-elles des qualités différentes de thiamine? Quel est l'effet du régime alimentaire sur la rétention et l'absorption de silicium et de zinc dans l'organisme? Quelles quantités d'énergie utilisable peuvent être obtenues des divers aliments ingérés seuls ou combinés à d'autres aliments?

Voilà trois des questions fondamentales qu'étudient actuellement des hommes de science à l'Université de Montréal, au département de biochimie de l'Université McGill et au collège Macdonald dans trois projets de recherches financés à même les subventions d'hygiène fédérales. L'annonce de l'aide fédérale a été faite par M. Paul Martin, ministre de la Santé nationale.

Au cours des deux dernières années, a dit M. Martin, il s'est poursuivi des études à l'Université de Montréal en vue de comparer la teneur en thiamine des pommes de terre Irish Cobbler, Montagnes vertes et Katahdin obtenues de stations expérimentales dans trois régions différentes de Québec. Les résultats actuels indiquent un écart dans la teneur en thiamine des pommes de terre cultivées aux diverses stations.

Cette étude se poursuit sur des pommes de terre cultivées dans divers types de sol et dans diverses régions en vue de déterminer si le type de sol influe sur la teneur en thiamine. Les pommes de terre subiront cette épreuve au moment de la récolte et aussi après l'entreposage. Les recherches sont dirigées par Mlle Mabel Sanderson, directrice des études spécialisées à l'Institut de diététique et d'hygiène alimentaire.

Au département de biochimie de l'Université McGill, le docteur Orville F. Denstedt dirige une étude de la répartition du zinc et du silicium dans les organismes animaux en accordant une attention spéciale à l'absorption, à l'accumulation et à l'excrétion de ces aliments, à l'influence du régime alimentaire sur la rétention de ces substances et aux mauvais effets de cette rétention.

L'enquête qui se poursuit au Collège Macdonald comporte une étude du rendement de l'énergie digestible et métabolisable obtenue des aliments et des mélanges d'aliments, tels que le détermineront des épreuves faites chez l'homme, le rat, le cobaye, le mouton et le porc, dont le régime est identique. Cette recherche qui fait suite aux travaux déjà

Nouveau Traitement Scientifique
pour les
ULCÈRES GASTRIQUES
et DUODÉNAUX

ROBUDEN

VOIE BUCCALE et INJECTABLE

Société suisse de gastro-entérologie

Dragées à base d'EXTRAITS
d'ESTOMAC et d'INTESTIN

Genève 22-23 juin 1946
(Voir Médecine et Hygiène, no 78)

Ampoules injectables à base
d'EXTRAITS d'ESTOMAC
et d'INTESTIN GRÊLE,

GRÊLE, préparés de diverses Suite des résumés des communications
méthodes

préparés de diverses
méthodes

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.
207, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL - MONTRÉAL

entrepris au Collège devrait fournir des données sur l'énergie utilisable obtenue des aliments, des renseignements sur les sources d'énergie contenue dans les aliments, l'effet de l'espèce animale sur les propriétés énergétiques des aliments et sur la question de la valeur calorique des aliments ingérés seuls ou avec d'autres aliments. Cette étude est dirigée par le docteur E. W. Crampton, président du département de l'hygiène alimentaire, avec l'aide de deux diplômés.

M. Martin a dit que le coût de ces projets de recherches sera soldé à même la somme de plus de \$200,000 affectée cette année à la recherche en hygiène publique au Canada. Chaque projet de recherche est jugé au mérite par le Conseil canadien d'hygiène publique qui recommande ensuite les mesures voulues.

MALADES OU CRIMINELS?

Le « Federal Bureau of Investigation » des États-Unis et la Gendarmerie Royale du Canada en sont venus à une prise de bec récemment au sujet du documentaire *Illusions à vendre*, une réalisation de l'Office national du film. Ce métrage tourné pour le compte du ministère de la Santé, division des narcotiques, fait voir le point de vue canadien sur la question des stupéfiants. On commence d'abord par montrer qu'il existe au pays un trafic des drogues qui rapporte à ses participants plusieurs millions de dollars. On dévoile comment s'opère cette contrebande, quels en sont les responsables, ainsi que la façon dont on s'y prend pour falsifier la marchandise, tromper le consommateur et lui offrir un produit adultéré, etc. La caméra se fixe ensuite sur les narcomanes et par son truchement il nous est permis de voir comment ils se procurent les drogues, comment ils se les administrent et quels sont les effets de celles-ci. Le film se termine sur une note d'exhortation, prônant l'idée que les narcomanes sont des malades bien plus que des criminels, et qu'il serait futile de croire qu'on pourrait les guérir rien qu'en les expédiant au cachot. Le commentaire explique qu'ils sont victimes d'une habitude qu'ils ne savent plus combattre, et que les délits criminels dont ils se rendent souvent coupables ont pour origine l'usage immodéré des stupéfiants. « Supprimez l'un et vous enrayez l'autre; guérissez-les de leur habitude néfaste et vous en ferez d'honnêtes citoyens. » Or, c'est précisément sur cette façon de voir le problème que les autorités policières se sont disputées. La police américaine refuse d'admettre que les narcomanes ne sont pas des criminels, et bien que le gouvernement consente à leur accorder des soins médicaux, il insiste cependant sur le fait que le coupable ne peut être soustrait à la sentence pénale qu'il a encourue. Parce que cette opinion diffère catégoriquement de celle

qui prévaut chez nous, le commissaire au bureau américain des Narcotiques a demandé l'interdiction du documentaire *Illusions à vendre*, version anglaise: *Pay off in Pain*, aux États-Unis. Les autorités canadiennes, pour leur part, ont refusé de changer le commentaire, et il semble bien que cette récente réalisation de l'Office du film ne connaîtra pas, du moins pour le moment, de distribution par delà le 49ième.

FAITES VACCINER VOS ENFANTS AVANT L'OUVERTURE DES CLASSES

Les autorités du ministère provincial de la Santé rappellent aux parents que, dès avant l'ouverture des classes, ils doivent faire vacciner leurs enfants contre la variole. En effet, tous les enfants qui feront leur entrée à l'école ou dans les autres institutions d'enseignement en septembre prochain doivent être vaccinés contre cette maladie. La loi l'exige. Des cliniques auront lieu durant juillet et août, dans toutes les régions desservies par les Unités sanitaires de la province de Québec. Profitez-en pour y conduire vos enfants ou conduisez-les chez votre médecin de famille. Si vous voulez qu'ils soient admis à l'école en septembre, obtenez dès à présent un certificat de vaccination.

Les règlements provinciaux d'hygiène décrètent en effet que « toute corporation scolaire ou autre, ou toute personne ayant le contrôle d'une école, d'un collège, d'un couvent, d'une université ou d'une autre maison d'éducation, devra refuser d'admettre dans l'institution tout élève qui ne fournit pas de certificat, d'un médecin pratiquant dans la province, de vaccination antivariolique réussie depuis moins de sept ans. L'admission de chaque élève non vacciné constituera une offense distincte. »

C'est en préparant la jeune génération à se protéger contre la variole qu'on lui enseigne en même temps le respect de l'hygiène et de ses prescriptions. La population tout entière doit avoir à cœur de conserver à notre province l'excellente réputation que, dans le domaine de la médecine préventive, elle s'est acquise depuis quelques années.

LA DISTRIBUTION EST RÉGIE PAR L'HYGIÈNE

Le pain doit être distribué dans des paniers.

La distribution du pain « doit se faire à l'aide de paniers ou d'autres réceptacles, à moins que chaque pain ne soit enveloppé, à la boulangerie, préalablement au transport ». Telle est la teneur de l'article 16 du chapitre V des Règlements provinciaux d'hy-

CALIGESIC

onguent analgésique à la calamine

SHARP
& DOHME

Le soulagement symptomatique doit être à la base du traitement des dermatites provoquées par le sumac vénéneux. Le traitement local par l'Onguent CALIGESIC rafraichissant et adoucissant se montre des plus efficaces pour enrayer rapidement la démangeaison quasi intolérable, et il contribue à empêcher la vésiculation et la desquamation.

L'Onguent CALIGESIC est astringent; il est doué de propriétés analgésiques et anesthésiques, protectrices, rafraichissantes et adoucissantes. Il n'est pas huileux. Il

élimine le besoin irrésistible de gratter les lésions et éloigne ainsi le danger d'infection secondaire.

Principales indications: dermatites par herbe à la puce, arbre à la gale, coup de soleil, prurit; de même que le prurigo estival, éruption, morsures d'insectes et autres irritations cutanées mineures.

100 grammes d'Onguent CALIGESIC contiennent: calamine, 8 gm.; benzocaïne, 3.00 gm.; hexyl-m-crésol, 0.05 gm. Offert en tubes de 1½ onces. Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 5, Ontario.

traitement
topique

des dermatites

Caligesic

onguent analgésique à la calamine

(non huileux)

giène, chapitre qui contient les dispositions requises par la loi touchant l'entretien et l'opération des boulangeries et établissements similaires. Le même article spécifie que « le transport du pain doit se faire dans des voitures de livraison fermées et ne servant qu'à cet usage. Ces véhicules doivent être tenus dans un grand état de propreté. »

D'ailleurs, les Règlements prescrivent également une propreté impeccable dans le cas des boulangeries qui se définissent, aux termes de la loi, « tout local dans lequel on fabrique, pour des fins commerciales, du pain, des biscuits, des brioches, des « pretzels », des pâtés, des pâtisseries, des gâteaux, des pâtes alimentaires et autres produits alimentaires faits à la farine ou aux farineux ».

Tout établissement de ce genre « doit avoir un plancher imperméable, construit en béton, ciment, ou bien un plancher en bois, dont tous les interstices sont remplis de mastic et toute la surface recouverte de peinture ou de vernis à l'huile.

« L'intérieur de la boulangerie doit présenter un aspect propre: les murs et le plafond doivent avoir une surface lisse, sans interstices ni reliefs, recouverts de peinture ou de vernis à l'huile. Les murs doivent être repeints au moins une fois tous les cinq ans et lavés à l'eau chaude et au savon, au moins tous les six mois ».

LA CUISSON DES ALIMENTS

La cuisson est la préparation des aliments par le moyen de la chaleur.

La cuisson modifie l'état physique et chimique des substances alimentaires et les assainit. L'aspect, le goût et l'odeur agréable qu'elle donne aux aliments excitent l'appétit, provoquent la sécrétion des sucs digestifs et rendent l'assimilation plus parfaite. La cuisson assure encore momentanément la conservation des aliments, elle détruit les ferments, microbes, parasites dangereux qui rendent la viande et les légumes malsains.

Le succès de la cuisson est subordonné à la qualité des matériaux employés, à la précision des mesures, au soin et à la dextérité des manipulations. Toutefois, le mode de cuisson et le temps exigé pour chaque catégorie d'aliments y contribuent largement. Il faut en conclure qu'un savoir-faire intelligent, à base de connaissances relatives à la composition des aliments, donnera toujours plus de chances de succès. La chaleur provoque une réaction différente sur les aliments.

Selon la manière dont on mène la cuisson, il y aura diffusion des sucs et des particules nutritives si la cuisson se fait à l'eau; il y aura concentration au maximum des principes nutritifs si la préparation est rôtie.

Les pratiques culinaires sont innombrables. Elles varient avec le degré de civilisation et de richesse des peuples, avec leur mentalité, les productions des divers pays et les aliments. Elles sont d'autant plus nombreuses que les sens des individus sont plus affinés, que leurs caractères sont plus nuancés. Les plus simples sont celles qui n'utilisent pas la chaleur: confection de sauce, de salades de divers mélanges à froid, puis viennent celles qui nécessitent la chaleur directe d'un foyer: grillades de viandes ou de poissons.

Il y a ensuite la cuisson au four ou sur le feu dans un récipient, la cuisson à l'étuvée, c'est-à-dire dans la vapeur d'eau; la cuisson dans la graisse bouillante et c'est la friture. Il y a également la cuisson à l'eau.

Donc, la cuisson est subordonnée à l'emploi de l'eau ou d'un autre liquide combiné avec la chaleur, ou encore à l'action directe de l'air et du feu. Il s'ensuit que l'air chaud, les liquides chauds, en contact avec les aliments concourent à leur cuisson.

A tous ces procédés et ces principes, il faut allier le savoir-faire: il est en quelque sorte le complément obligé de la science, sa mise au point. Les manipulations trop longues nuisent à la fraîcheur des aliments. Ce qui revient à dire qu'il faut un tour de main en cuisine pour la plus simple des exécutions. Comme cette adresse est le résultat de la formation reçue et d'un long entraînement, à moins d'aptitudes innées, il est très important que la jeune fille y soit initiée de bonne heure.

SUBVENTIONS À L'HYGIÈNE MENTALE POUR LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que le Gouvernement fédéral, en vertu du Programme national d'hygiène, vient d'approuver le versement, à la province de Québec, de subventions à l'hygiène mentale, d'un montant de plus de \$864,000.

« Ces subventions, déclare M. Martin, donnent un magnifique élan au programme d'hygiène mentale de la province de Québec, et l'on peut s'attendre avec confiance à de grands avantages dans cet important domaine de l'hygiène publique. L'encombrement des maisons de santé, non seulement dans Québec, mais dans toutes les provinces, pose un problème que la profession médicale regarde comme l'un des plus urgents de l'heure actuelle. »

Une grande variété de projets sera inaugurée dans Québec. Ces projets répondront à tous les aspects du problème de l'hygiène mentale et comprennent entre autres:

1. Expansion, dans les diverses maisons de santé ainsi que dans quelques hôpitaux généraux, des services de psychiatrie pour les malades hospitalisés et pour les clients des dispensaires;

**MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE, POLYVALENTE ET
CHOLAGOGUE**

PEPTALMINE

(dragées et granulé)

FORMULE: Peptone de Viande et de Poisson
Extrait de lait et Extraits d'œufs.
Magnésie et Excipients.

INDICATIONS: Fortement recommandée dans le traitement des Mi-
graines, Urticaire, Strophylus, Eczémas, Prurits, Troubles
digestifs par assimilation défectueuse, somnolence après
les repas.

POSOLOGIE: Prendre, une heure environ avant chacun des trois re-
pas, 4 à 6 dragées, soit à sec, soit de préférence avec un
peu d'eau tiède. Enfants: demi-dose.

PRÉSENTATION: Flacons de 50, 500 et 1,000 dragées. Granulé: boîte de 130 grammes.

Documentation et échantillon sur demande.

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

• MONTRÉAL, P. Q.

SULPHO-LAC

(pommade ne contenant aucun corps gras)

FORMULE: Soufre Colloïdal — Sulfure de Calcium
Sulfate de Zinc — Glycérine.

INDICATIONS: Acné, Séborrhée huileuse, couperose, Lupus érythéma-
teux, Dermites de cause vénéfrique.

MODE D'EMPLOI: En application locale le soir au coucher.

PRÉSENTATION: Pots de 1 oz. — 2 ozs — 4 ozs et 16 ozs.

Documentation et échantillon sur demande.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

• MONTRÉAL, P. Q.

2. Progrès du travail préventif en matière d'hygiène mentale par l'établissement de dispensaires d'hygiène mentale et d'orientation juvénile;

3. Elargissement des programmes universitaires de formation en hygiène mentale au moyen d'un personnel plus important et de facilités nouvelles;

4. Attribution de bourses d'étude afin de permettre aux personnes compétentes de se spécialiser en hygiène mentale;

5. Addition de matériel et de services de spécialisation dans les universités, les maisons de santé et les salles de psychiatrie des hôpitaux généraux.

Un montant de \$315,000 permettra d'étendre les facilités d'hygiène mentale à la population de langue française de la région desservie par l'université de Montréal; \$242,000 seront versés à l'université McGill, au bénéfice de la population de langue anglaise, et \$306,000 à l'Université Laval.

Les institutions qui, dans ces régions, bénéficieront des subventions, sont les suivantes:

Université de Montréal: l'hôpital de Bordeaux; l'hôpital St-Jean-de-Dieu; l'hôpital Ste-Justine; l'hôpital du Sacré-Cœur; l'hôpital Notre-Dame; l'Hôtel-Dieu; l'hôpital St-Luc et l'hôpital de la Miséricorde.

Université Laval: l'hôpital St-Michel-Archange; la clinique Roy-Rousseau; l'hôpital Ste-Anne, Baie St-Paul; l'Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur; le Centre psycho-social de Québec; l'hôpital du Saint-Sacrement; l'Hôtel-Dieu de Québec; l'hôpital des anciens combattants; l'hôpital St-François-d'Assise; Jeffrey Hale Hospital; et l'hôpital de l'Enfant-Jésus.

Université McGill: l'hôpital Royal Victoria; l'hôpital Général; l'hôpital de Verdun; l'Institut d'hygiène mentale; la faculté de Sciences sociales et l'école des Infirmières.

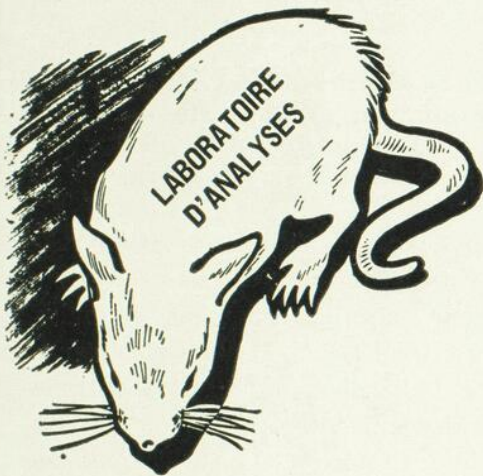
M. Martin ajoute que les fonds destinés à ces projets seront imputés à la quote-part de \$1,138,212 qui est attribuée à Québec, pendant l'année financière courante, en vertu de la subvention à l'hygiène mentale.

Avis spécial à MM. les Médecins

Diagnostic de la grossesse

MAINTENANT \$ **4.⁰⁰**

**Aussi analyses complètes du *sang* - de *l'urine*
sels - *crachats* - *facteur R. H.***



Prises de sang faites à la pharmacie sans charge additionnelle.

Prises directes de l'urine par un médecin ou une garde-malade diplômée.

Nous envoyons chercher les échantillons à domicile (ville). Rapports le jour même.

Pour les clients de la campagne, nous expédions des bouteilles spécialement emballées, sur demande. (Rapports dans les 48 heures)

DIRECTION : ARTHUR SARRAZIN et LUC CHOQUETTE,

Pharmaciens, chimistes analystes, bacheliers de l'Université de Montréal,
Docteur de l'Université de Paris.

ANALYSES : MÉDECIN, GARDE-MALADE, TECHNICIENNE MÉDICALE,
diplômées des Hôpitaux.



Sarrazin & Choquette

PHARMACIENS — CHIMISTES — ANALYSTES

921 EST, RUE SAINTE-CATHERINE, MONTRÉAL — PLateau 9622

REVUE DES LIVRES

Docteur C. A. APFFEL, ancien chef de Clinique à la Faculté de Strasbourg. — **Diagnostic et traitement des maladies de l'enfance.** Un volume de 687 pages. 1,200 fr. Collection "Précis pratique". — Librairie Maloine, édit., Paris.

Ce livre a été conçu pour être un auxiliaire dans la pratique quotidienne du médecin dont la clientèle — il faut bien le rappeler — comprend, en moyenne, un tiers d'enfants. La *première partie* commence par un chapitre consacré à certaines données physiologiques; un second donnant les indications indispensables pour l'alimentation. Dans les chapitres suivants, les principaux éléments du *diagnostic* sont succinctement rappelés pour chaque affection. Sous « diagnostic différentiel », une simple énumération indique les possibilités d'erreur les plus fréquentes. Les *mesures thérapeutiques* les plus accessibles au praticien sont ensuite exposées et plus particulièrement détaillées. L'étiologie et la pathogénie ne sont rapidement évoquées que dans la mesure où la ligne de conduite à prendre s'en déduit. Pour ajouter à la concision du livre, les noms d'auteurs n'y ont été mentionnés que lorsqu'ils étaient indispensables à la désignation de certaines préparations pharmaceutiques ou alimentaires.

Dans la *deuxième partie*, le lecteur trouvera les détails concernant les principales *techniques* sémiologiques et thérapeutiques classées par ordre alphabétique (par exemple: ponction pleurale, réactions à la tuberculine, sudation provoquée, héliothérapie). Un *tableau* orientera sur la valeur calorique des principaux aliments ainsi que sur leur teneur en protéides, graisses, hydrates de carbone et vitamines. Il sera utile pour l'établissement des régimes, notamment chez les diabétiques. Enfin, le *glossaire thérapeutique* indique les caractéristiques, la posologie aux différents âges,

le mode de prescription et, s'il y a lieu, le mode de préparation des médicaments et des aliments thérapeutiques les plus utiles pour la médecine des enfants.

L'idée et la forme de ce précis remontent à l'excellent manuel de F. Lust, qui fut longtemps, hors de France, un des meilleurs guides pratiques du pédiatre. L'enseignement reçu à Strasbourg auprès du professeur Rohmer et l'expérience clinique acquise sous son égide se sont concrétisés dans ces pages et donnent à ce livre sa marque particulière dans le cadre de la pédiatrie française.

A. WARTER. — **Varices et syndromes veineux des jambes. Prophylaxie — traitement.** Un volume de 82 pages, 36 figures. 250 francs. — Librairie Maloine, édit., Paris.

L'enseignement de la phlébologie étant suffisant, le praticien se trouve souvent dans l'embarras pour conseiller utilement ses malades. Tirailé entre l'ancienne conception abstentionniste et la hardiesse de la thérapeutique moderne, le médecin entreprend, sans grande conviction, le traitement des varices, ou se retranche derrière un veto néfaste.

L'auteur de cet ouvrage s'est proposé de combler cette lacune. Il a fait abstraction de toutes les théories et de toute controverse, pour ne développer que des questions pratiques que le médecin est appelé tous les jours à résoudre.

La technique des injections sclérosantes y figure dans tous ses détails.

S'il néglige la chirurgie phlébologique qui n'en est qu'à ses premiers pas, l'auteur insiste, par contre, longuement sur le traitement médical des jambes variqueuses et de leurs complications (ulcères, etc.).

Enfin, un chapitre est consacré à la physiothérapie phlébologique moderne par les courants de basse fréquence.

Seul...

CHOLIBILE

JOUIT DES PROPRIÉTÉS SUIVANTES:

- hydrocholérétique puissant
- diurétique léger
- laxatif doux
- désensibilisant
- tonifiant du tractus intestinal.

Principales indications:

Affections du foie et des voies biliaires.

FORMULE :

CHOLIBILE

Acide Déhydrocholique .. 0.25 gm.

Cascara Sagrada 0.05 gm.

Chlorhydrate de thiamine
(Vit. B₁) 5 mgms.

par dragée

2 à 4 dragées par jour.

CHOLIBILE (Faible)

Acide Déhydrocholique .. 0.10 gm.

Cascara Sagrada 0.02 gm.

Chlorhydrate de thiamine
(Vit. B₁) 2 mgms.

par dragée

2 à 6 dragées par jour.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

L. LANGERON, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de Médecine de Lille. — **Précis d'endocrinologie clinique.** 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Un volume de 636 pages, avec 54 figures dans le texte. 1,950 fr. — G. Doin & Cie, édit., Paris.

Tout médecin est appelé, peu ou prou, à faire de l'endocrinologie. Celle-ci ne consiste pas, en effet, à cataloguer quelques cas rares ou curieux: bien au contraire, le trouble endocrinien est la pathologie de chaque jour. Tout médecin doit donc disposer d'un ouvrage dans lequel sont exposés, clairement et de façon pratique, les différents problèmes, d'ordre diagnostique et thérapeutique, qu'il lui faut retrouver pour sa pratique courante.

C'est à ce but que répond cet ouvrage, dont la première édition, rapidement épuisée, a eu un succès montrant qu'il répondait à un réel besoin.

Cette deuxième édition est conçue suivant le même plan d'ensemble: notions générales, concernant les hormones et le fonctionnement du système endocrinien, étude méthodique des glandes endocrines pour lesquelles, après un rappel anatomique et physiologique sommaire, sont exposés les diverses affections et les procédés thérapeutiques les concernant, et enfin un exposé d'ensemble des rôles des glandes endocrines dans les grandes fonctions et les grands métabolismes.

Se hissant aux notions expérimentales indispensables, cet ouvrage est avant tout clinique: cette deuxième édition mentionne les acquisitions nouvelles postérieures à la première édition. Exposant l'endocrinologie clinique telle qu'elle nous apparaît aujourd'hui, cet ouvrage est destiné surtout aux étudiants et aux praticiens auxquels il est appelé à rendre les plus grands services.

F. M. CADENAT, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. — **Les voies de pénétration des membres.** 2e édition revue et corrigée. Un vol. de 392 pages, avec 278 figures dessinées par A. Moreaux. 1,450 fr. — G. Doin & Cie, édit., Paris.

Conçu entre les deux guerres, ce livre s'adresse aux étudiants et aux chirurgiens. Aux premiers, il précise l'anatomie des formes et des repères qui leur faciliteront leurs examens cliniques et leurs discussions. Aux seconds, il expose, avec la même rigueur que nous a enseignée Farabeuf pour les artères, les voies de pénétration qui permettent de découvrir les nerfs, le squelette, les articulations et en général tous les organes profonds. La chirurgie moderne oblige à de longues incisions et à des voies larges et non mutilantes qu'illustrent de façon lumineuse les dessins de Moreaux.

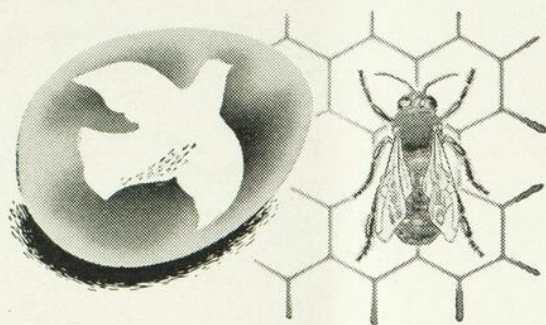
Pendant la dernière guerre, cet ouvrage a rendu de grands services aux équipes qui s'en sont inspirées. Souhaitons qu'il ne connaisse plus que des applications de chirurgie civile.

P. RIMBAUD, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, avec la collaboration de L. Gondard. — **Précis de séméiologie médicale élémentaire.** 2e édition revue et corrigée. Un volume de 300 pages, avec 154 figures en noir dans le texte et 9 en couleurs hors-texte. 800 fr. — G. Doin & Cie, édit., Paris.

Voici la 2e édition revue et corrigée de ce Précis, concis et schématique, qui s'adresse surtout aux jeunes étudiants et aux candidats aux concours d'externat des hôpitaux. Simple mais complet, il doit leur permettre de combler les inévitables lacunes de l'enseignement oral, et de suivre avec plus de facilité et de profit les divers stages de clinique médicale.

Bien que l'auteur se soit particulièrement attaché à l'étude de la séméiologie objective, il a fait une large place aux explorations radiologiques et biologiques, complément indispensable d'un examen clinique approfondi.

Hormones sexuelles



B. D. H.

ANDROGÈNES, PROGESTÉRONES & ŒSTROGÈNES

pour administration orale et parentérale

L'assortiment des spécialités à base d'hormones sexuelles B.D.H. comprend la gamme complète des produits essentiels à ce genre de thérapeutique.

ANDROGENS

Propionate de testostérone B.P.

Méthyle testostérone B.D.H.

PROGESTOGENS

Progestin B.D.H. (injection de progestérone B. P.).

Ethistérone B.D.H.
(Progestin oral)

ŒSTROGENS

Dienœstrol B.D.H.
Comprimés d'Œstroforme
(Comprimés d'Œstrone B.P.).
Ampoule d'Œstroforme
(Injection d'Œstradiol
monobenzoate B. P.).
Stilbœstrol B.D.H.

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED

TORONTO, CANADA

Le chapitre consacré à l'étude difficile de l'appareil digestif a été rédigé par le Dr L. Gondard.

De nombreux schémas, des photographies inédites, des planches en couleurs rendent attrayante la lecture de cet ouvrage essentiellement didactique.

LIVRES REÇUS

- Traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux (Les problèmes du).** — J. Mialaret et G. Edelmann. Masson et Cie, édit., Paris, 1949.
- Maladies du squelette.** — Lucien Léger, R. Ducroquet et Henry Léger. Masson et Cie, édit., Paris, 1949.
- Anévrysmes artériels et fistules artério-veineuses.** — R. Leriche. Masson et Cie, édit., Paris, 1949.
- L'hématologie, clinique et laboratoire.** — P. Emile Weil. Masson et Cie, édit., Paris, 1949.
- Exploration radiologique de l'appareil urinaire inférieur.** — B. Fey, F. Stobraerts, P. Truchot et G. Wolfrohm. Masson et Cie, édit., Paris, 1949.
- Traité d'anatomie humaine.** — Tome quatrième. — L. Testut et A. Latarget. G. Doin et Cie, Paris, 1949.
- Anatomie descriptive.** — Pierre Cahen. G. Doin et Cie, Paris, 1949.
- Aperçus roentgénétherapiques relatifs à divers modes d'involution cancéreuse et méthode de protection.** — Henri Coutard. G. Doin et Cie, Paris, 1949.
- Précis de technique radiologique.** — A. Nègre et F. Rouquet. G. Doin et Cie, Paris, 1949.
- Précis d'anatomo-physiologie normale et pathologique du système nerveux central.** — Pierre Masquin et J.-O. Trelles. G. Doin et Cie, Paris, 1949.
- L'hyperazotémie dans les malformations des voies urinaires chez les enfants.** — G. Lauret et H. Boissière. G. Doin et Cie, Paris, 1949.
- Mémento de pharmacologie.** — François Leuret. G. Doin et Cie, Paris, 1949.
- Formulaire gastro-entérologique du praticien. Tube digestif et glandes annexes.** — J. Jacques Dubarry. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1949.
- Manuel de médecine du travail et d'hygiène industrielle.** — Maurice Gautrelet. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1949.
- Traité de médecine** — Tome XII. — Publié sous la direction de MM. A. Lemierre, C. Lenorman, P. Pagniez, P. Savy, N. Fiesinger, L. de Gennes, A. Ravina. Masson et Cie, édit., Paris, 1949.
- Gynécologie.** — Albert Netter. Editions Médicales Flammarion, Paris, 1949.
- Initiation à la médecine.** — Dr Georges Hébert. 24 figures — Dessins schématiques par le Dr G. Manseau. Wilson et Lafleur Limitée, 10, rue Saint-Jacques, Montréal.
-

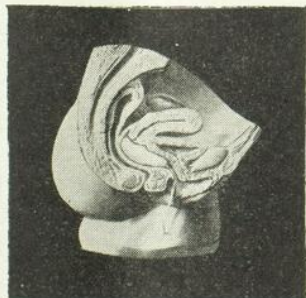
*Sécurité
Absolue...*



Plus de deux milliards — tel est le nombre de tampons TAMPAX achetés au cours des douze dernières années. Ces achats renouvelés, ajoutés à des essais cliniques intensifs*, confirment pleinement la sécurité inhérente à ces tampons de ouate à usage intravaginal. TAMPAX ne cause ni érosion, ni vaginite et n'enraye pas le flux menstruel. Offert en trois degrés d'absorption (Régulier, Super, Junior), TAMPAX répond facilement à tous les besoins particuliers. Il est merveilleusement confortable, commode et efficace.

*West. J. Surg, Obstet. & Gynec., 51: 150, 1943; J.A.M.A., 128: 490, 1945; Am. J. Obst. & Gynec., 48: 510, 1944, etc.

**CANADIAN TAMPAX
CORPORATION LTD.,
BRAMPTON, ONTARIO**



La protection menstruelle interne de choix **TAMPAX**

*Echantillons et
notices
descriptives sur
demande.*

PUBLICITÉ ACCEPTÉE PAR
THE JOURNAL OF THE AMERICAN
MEDICAL ASSOCIATION

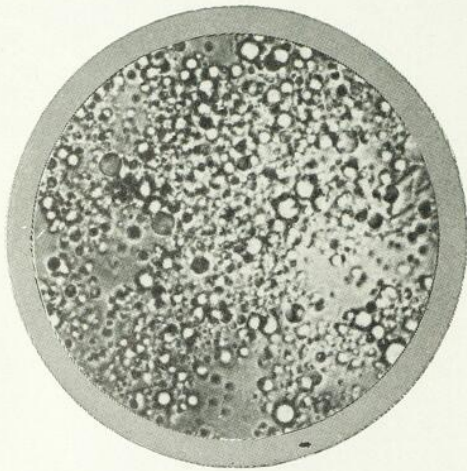
NOUVELLE LOTION JOHNSON POUR BÉBÉ

pour le soin de la peau des nourrissons!

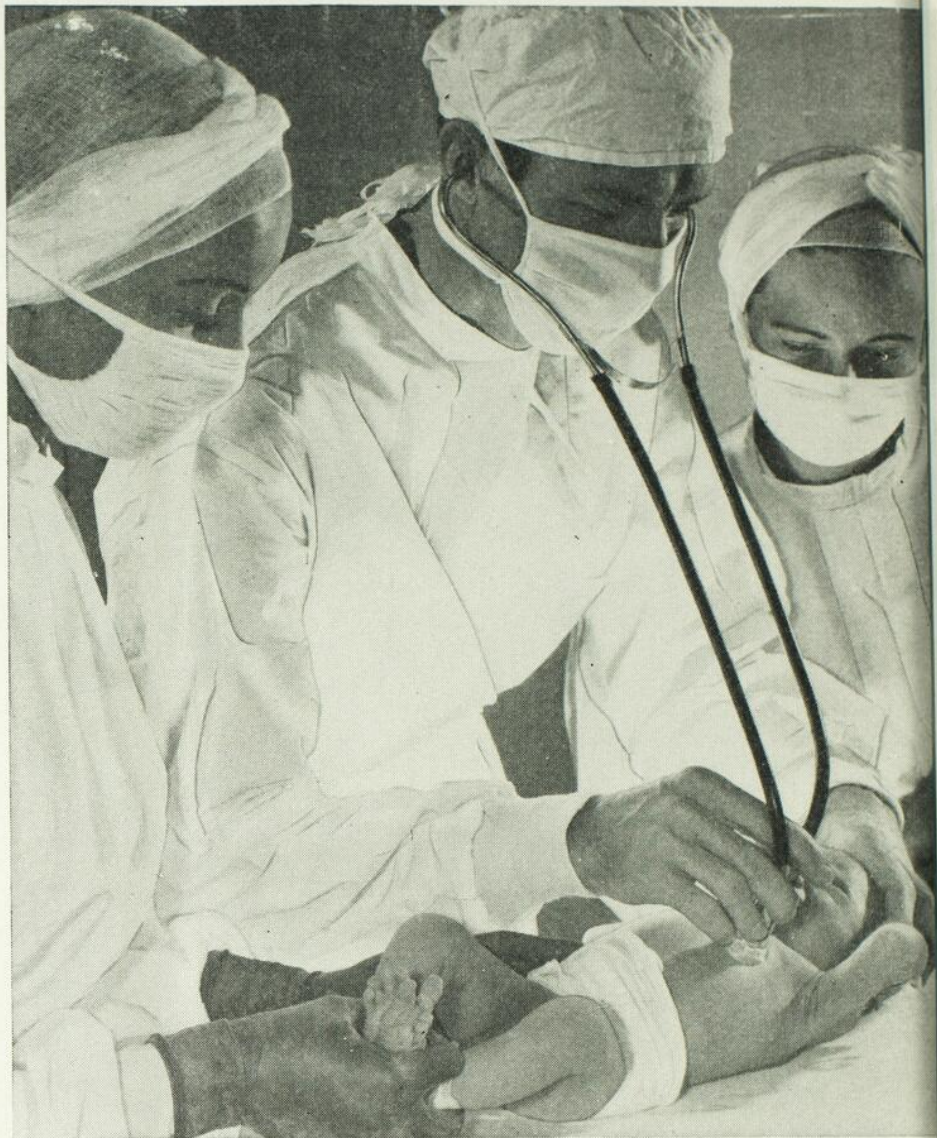
VOICI un grand progrès dans le soin de la peau des bébés!

Au cours d'une période de deux années, la Lotion Johnson pour Bébé — une préparation nouvelle pour le soin de l'épiderme des nourrissons — a été mise à l'essai sur plusieurs centaines de jeunes bébés dans la pouponnière d'un hôpital bien connu.

L'emploi de cette lotion blanche et douce a donné entière satisfaction . . . et a révélé certaines propriétés spéciales qui font que cette Lotion Johnson convient parfaitement pour la solution des problèmes que pose le soin de l'épiderme des tout petits.



Pellicule extrêmement divisée de la Lotion Johnson pour Bébé, montrant des globules d'huile microscopiques. (1000x.)



1. La Lotion permet l'échange respiratoire normal de l'épiderme.

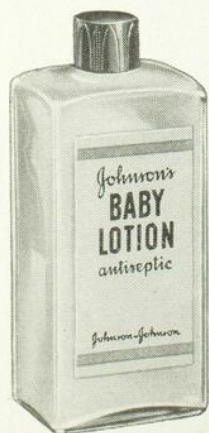
La Lotion Johnson pour Bébé est une émulsion homogénéisée d'huile minérale pure et d'eau, avec addition de lanoline et d'un antiseptique.

Quand la Lotion est appliquée sur la peau d'un bébé, la partie aqueuse s'évapore, laissant une pellicule extrêmement divisée de globules d'huile de l'ordre du micron. (Voir la photomicrographie.) Ceci favorise la radiation normale de la

chaleur et la sudation naturelle, ce qui réduit au minimum le danger d'irritation.

2. La Lotion diminue l'incidence de la fièvre miliaire.

Des observations faites au cours d'une période de deux années ont révélé une diminution remarquable dans l'incidence de la fièvre miliaire (qui peut souvent conduire à des infections secondaires beaucoup plus graves) lorsque la Lotion Johnson pour Bébé est utilisée pour le soin de l'épiderme



LOTION JOHNSON POUR BÉBÉS

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

GRATIS! Postez ce coupon pour un flacon d'essai

Johnson & Johnson Limited, Division des Produits pour Bébé, 2155, Boulevard Pie IX, Montréal

Veillez me faire parvenir, gratuitement, un flacon d'essai de Lotion Johnson pour Bébé.

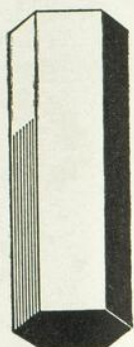
Nom.....

Rue.....

Ville..... Prov.....

LABORATOIRES JEAN OLIVE — 200, rue Vallée — MONTRÉAL, P. Q.

Le calcium Jol réalise une combinaison de trois chlorures souvent prescrits séparément : chlorure de calcium, de magnésium, de manganèse. Ils se complètent et se renforcent mutuellement. Le véhicule employé permet une absorption facile — ses indications générales sont: récalcifiant, hémostatique, anti-anaphylactique, neuro-sédatif — une à quatre cuillerées à soupe par jour.



**CALCIUM
JOL**

DIURÉSE
RECALCIFICATION
NERVOUSME

3 chlorures: de calcium (cinq pour cent), de magnésium, de manganèse, présentés sous forme de sirop. Le goût désagréable du chlorure de calcium est complètement masqué, ce qui en permet la prescription, surtout chez les enfants où le calcium Jol agit comme un neuro-sédatif remarquable.

LABORATOIRES DÉPRUNEAUX — 23, Rue du Parc, Fontenay-sous-Bois

solution de Goulie

PHOSPHONEUROL

polyphosphates phosphoriques

44 GOUTTES (dose moyenne pour adultes)

CORRESPONDENT À

1.10 gm. Phosphate disodique
0.55 gm. Phosphate monocalcique
0.25 gm. Glycérophosphate de Magnésie
5 gouttes Acide Phosphorique

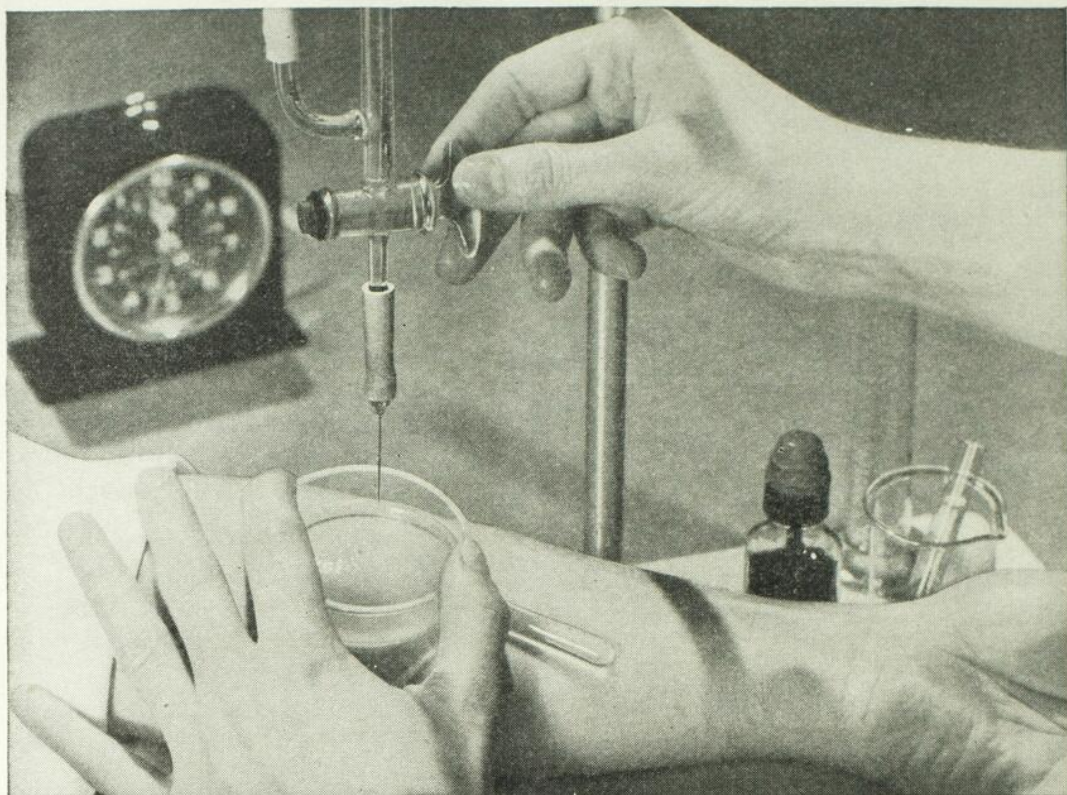
**Stimulant du Système
Nerveux**

Reminéralisant

Anti-alcalosique

Au Canada: LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, Rue Vallée, Montréal

Au Laboratoire de Recherches sur la Peau de Procter et Gamble: Titration du Savon Résiduel sur la Peau pour déterminer l'efficacité du rinçage d'une solution de savon.



LA SCIENCE . . . INGREDIENT DE BASE de chaque pain de Savon Ivory pour Bébés

UN SAVON qui s'emploie sur la peau sensible des bébés (des millions de fois par jour comme c'est le cas pour l'Ivory) mérite une attention et un contrôle scientifiques considérables.

C'est pourquoi Procter & Gamble fait de la science l'ingrédient de base de chaque pain d'Ivory. Ainsi, la recherche de l'action du savon sur la peau n'est qu'un de plusieurs problèmes constamment à l'étude dans les Laboratoires de Recherches de Procter & Gamble. Mais ce n'est pas tout. Pour assurer une surveillance parfaite, les laboratoires de contrôle P & G soumettent l'Ivory à 216 épreuves différentes au cours de sa fabrication... pour vérifier scientifiquement que *chaque* pain rencontre les normes rigoureuses établies d'après les résultats des recherches.

Oui, des savants et des techniciens experts maintiennent un contrôle constant de la pureté et de la douceur renommées de l'Ivory. Mais toute leur attention ne vise qu'un seul but... le soin de la peau délicate des Bébés.

Le soin à l'Ivory est le soin de la peau le plus célèbre au monde.



Le savon recommandé par des milliers de médecins pour le soin de la peau.



99 ⁴⁴/₁₀₀ % pur

Il flotte

Fabriqué au Canada

ÉVACUATION des BOUES BILIAIRES

BILI-SOL

A base d'un **charbon animal suractivé** et d'**oléate de soude**, le **BILI-SOL** est la réalisation scientifique d'une méthode empiriquement employée depuis des siècles, en Europe et dans le Moyen Orient.

EN BOÎTES DE 128 COMPRIMÉS DE 1 GRAMME

Pour la conduite du traitement, il est important de s'en tenir aux indications suivantes qui sont basées sur l'expérience.

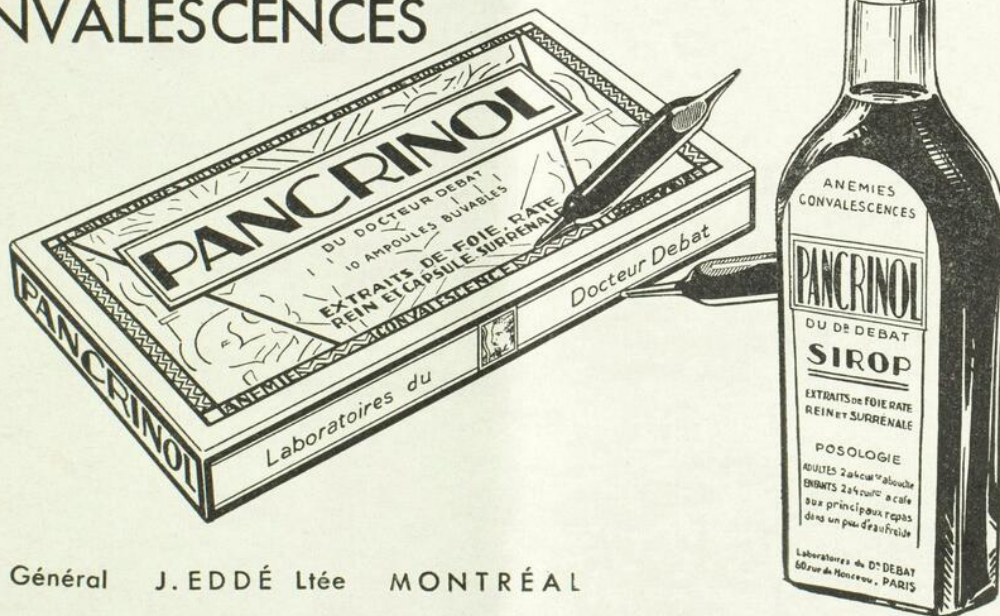
Pendant les périodes aiguës: 16 comprimés par jour en 2 fois, 1 à 2 heures avant les deux principaux repas.

Durée du traitement: 30 à 40 jours.

Dans les états frustes: 6 à 8 comprimés par jour en 2 fois, avant les deux principaux repas, pendant 15 jours, tous les 3 mois.

J. EDDÉ Ltée, Édifice New Birks, Montréal.

ANÉMIES CONVALESCENCES



Agent Général J. EDDÉ Ltée MONTRÉAL

PANCRINOL Ampoules buvables 5 cc.

TONI-PANCRINOL (Elixir, flacon 240 cc.)

Hydroxyl

Régulateur de la digestion. De grande valeur et de saveur agréable

IL agit contre les fermentations et l'acidité. Il ne produit pas de gaz douloureux et, à ce point de vue, son action est plus efficace que celle des carbonates et des bicarbonates.



Renferme par once fluide:

Papaïne	1 grain	Magnésie hydratée
Pancréatine	1 grain	(fraîchement précipitée) représentant en magnésium
Diastase	1 grain	l'équivalent de Carbonate de magnésium
Oxyde de bismuth hydraté (fraîchement précipité) représentant en bismuth l'équivalent de Salicylate de bismuth	4 grains	100 grains
		Sulphocarbolate de Soude
		5 grains

DOSE: Une à deux drachmes.

La Compagnie J. F. HARTZ Limitée

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

Toronto

Montréal

Demandez les Produits pharmaceutiques HARTZ

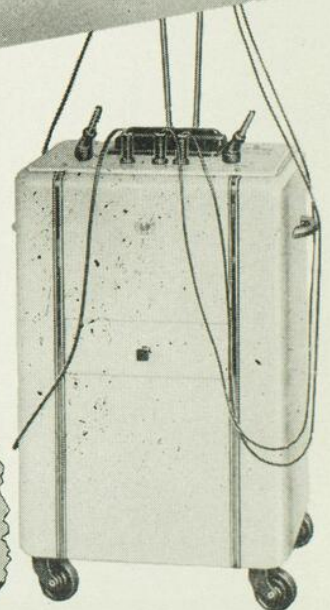


POURQUOI DÉDAIGNEZ-VOUS de faire de la chirurgie dans votre bureau?

CET APPAREIL VOUS EST UNE NECESSITÉ DOCTEUR!

NOUVEAU MODÈLE de Bureau de l'appareil Electro-Chirurgical *Bovie*

Maintenant . . . un petit appareil electro-chirurgical compact qui vous permet de pratiquer de nombreuses techniques chirurgicales utiles dans votre propre bureau.



Ecrivez Aujourd'hui pour notre Pamphlet Gratuit!

MALLEZ AUJOURD'HUI À FERRANTI ELECTRIC LTD.,

615 MONTREAL TRAMWAYS BUILDING, MONTREAL, QUEBEC.

Messieurs: Sans obligation de ma part, envoyez-moi votre pamphlet de quatre pages, démontrant les nombreux usages pratiques du nouveau modèle de bureau Bovie.

ADRESSE _____

NOM _____

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 l'une des spécialités suivantes:

Dermatologie et syphiligraphie	Pédiatrie
Neurologie et/ou psychiatrie	Radiologie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

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

Neuro-chirurgie	Chirurgie orthopédique
Obstétrique et gynécologie	Otolaryngologie
Ophthalmologie	Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

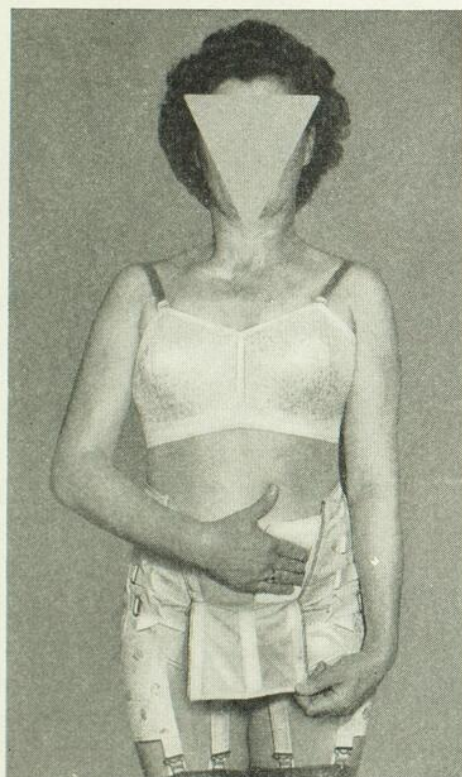
Les Spécialités approuvées pour le certificat sont les suivantes:

Anesthésie	Obstétrique et/ou gynécologie	Médecine physique
Dermatologie et syphiligraphie	Ophthalmologie	Chirurgie plastique
Chirurgie générale	Chirurgie orthopédique	Santé publique
Médecine interne	Otolaryngologie	Radiologie: Diagnostique et/ou thérapeutique
Neurologie et/ou psychiatrie	Pédiatrie	Chirurgie thoracique
Neuro-chirurgie	Pathologie	Urologie
	Bactériologie	

Copies des règlements concernant les examens pour le titre d'Associé et pour le certificat de spécialiste, de même que des bulletins de demande, peuvent être obtenus en s'adressant au:

Secrétaire honoraire,

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



Rééducation consécutive à la colostomie rendue plus facile

La rééducation est la cheville d'une vie normale pour les personnes ayant subi une colostomie¹. Le nouveau support Spencer pour colostomie — **dessiné, taillé et fait individuellement** pour chaque patient — rend cette rééducation plus facile, parce que:

La partie abdominale s'ouvre instantanément au moyen de fermoirs-éclair, facilitant le changement des tampons. La partie abdominale est doublée d'un tissu à l'épreuve de l'humidité, qui se lave facilement et protège les vêtements extérieurs. En coordonnant le support de l'abdomen et celui du dos, le Spencer améliore le maintien, le mécanisme du corps. Patients et patientes apprécient les résultats cosmétiques.

Pour atteindre une marchande de Supports Spencer, consultez le bottin du téléphone, sous "Corsetière Spencer" ou écrivez-nous directement.

1. Bowman, R.-B., *The Care of the Permanent Colostomy*. Can. Med. Assoc. Jr., 60: 71-72 (Janvier) 1949.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED
Rock Island, Québec.

Aux Etats-Unis: Spencer, Incorporated, New Haven, Conn. En Grande-Bretagne: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

Veillez me faire parvenir la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

Nom M.D.
Adresse
..... 151-8-49

SUPPORTS DE DESSIN INDIVIDUEL SPENCER

pour l'abdomen, le dos et les seins



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

MONTREAL

Tél.: LANCASTER 4236

Pour réaliser
une douce sensation
subjective
de confort oculaire

L'EFFET des Solutions de drogues introduites dans le cul-de-sac conjonctival est modifié par plusieurs facteurs, parmi lesquels les trois suivants doivent être pris en considération:

1. La dilution immédiate de la solution par les larmes qui se trouvent dans le cul-de-sac.

2. La précipitation de la drogue par les substances présentes dans les larmes qui se trouvent dans le cul-de-sac — ou sa combinaison chimique avec ces substances. Ce facteur est particulièrement important en présence d'une sécrétion riche en albumine, ainsi qu'en témoigne le précipité blanc d'albuminate d'argent qui se forme lors de l'application de nitrate d'argent sur des paupières recouvertes d'une sécrétion purulente. Cette combinaison rend naturellement inactive la majeure partie de la drogue.

3. Le facteur le plus important de tous est la réaction du tissu et des larmes avec les solutions employées. Il a été démontré que la réaction des collyres d'usage courant est le principal facteur de l'irritation ressentie lorsqu'ils sont introduits dans le cul-de-sac. La réaction des solutions est beaucoup plus importante que leur pression osmotique. La réaction de la sécrétion conjonctivale normale correspond à un pH de 7.2 à 7.4. Dans certaines formes d'irritation chronique ou de conjonctivite, le pH varie de 6.8 à 6.9. La simple instillation d'un collyre à réaction alcaline suffit pour calmer les symptômes d'irritation.

Une forme simple de solution tampon est un véhicule idéal pour les gouttes dans les yeux. Une solution alcaline est moins irritante et constitue un milieu convenable pour certaines drogues. Une simple solution tampon alcaline est un collyre non irritant qui convient bien pour nettoyer l'œil. A cause de son pH favorable, elle diminue le choc et augmente l'efficacité.

La Murine, collyre isotonique moderne, rencontre tous les desiderata précités. En outre, la Murine est isotonique avec les larmes, et c'est vraiment une solution tamponnée. La formule de la Murine comprend les ingrédients suivants: Bicarbonate de Potassium, Borate de Potassium, Acide Borique, Chlorhydrate de Berbérine, Glycérine, Chlorhydrate d'Hydrastine, « Merthiolate » (Ethyl Mercurisalicylate de Sodium, Lilly) 0.001 pour cent, en solution dans de l'eau stérilisée. Tout cela contribue à faire de la Murine un produit doux et d'une efficacité thérapeutique unique comme nettoyeur dans les irritations légères de l'œil.

THE MURINE COMPANY
TORONTO, Ontario

MÉDICATION
par les
OESTROGÈNES

additionnés de
**VITAMINES du
GROUPE B**
... pour améliorer le
métabolisme des hormones

COMPOSÉ "QUESTRIN"

"QUESTRIN" — marque "Frosst" de substances oestrogènes naturelles, conjuguées (équines), hydro-solubles et actives "per os", standardisées colorimétriquement et biologiquement.

L'administration d'oestrogènes naturels produit une sensation de bien-être physique et moral que ne produisent pas les préparations synthétiques. Avec l'administration du Composé "Questrin", cet heureux effet est encore plus marqué par suite de l'action des vitamines du groupe B, soit de favoriser le maintien intégral de l'habileté du foi à opérer le métabolisme des hormones stéroïdes.

Le Composé "Questrin", un produit hautement efficace, bien toléré et actif "per os", soulage promptement toutes les manifestations d'insuffisance oestrogénique telles que syndrome de la ménopause, aménorrhée, hémorragie utérine fonctionnelle, vaginite, kraurosis de la vulve, engorgement des seins faisant suite à l'accouchement.

COMPOSÉ "QUESTRIN" 10 M

S.C.T. No 430 "Frosst"

Chaque tablette contient:

une quantité de "Questrin" équivalente, en activité biologique, à 1.25 mg. de sulfate d'oestrone sodique;
levure de bière concentrée 100 mg.
chlorhydrate de thiamine 3 mg.
riboflavine 2 mg.
niacinamide 10 mg.
*chlorhydrate de pyridoxine 1 mg.
*d-pantothénate de calcium 5 mg.
acide ascorbique 25 mg.
vitamine D 500 un. int.

* Le rôle joué par ces deux vitamines dans l'alimentation humaine n'est pas encore déterminé.

COMPOSÉ "QUESTRIN" 5 M

S.C.T. No 429 "Frosst"

Chaque tablette contient:

Formule identique à celle du produit S.C.T. No 430, sauf que la quantité de "Questrin" équivalent, en activité biologique, à 0.625 mg. de sulfate d'oestrone sodique.

POSOLOGIE:
une tablette, d'une à trois fois
par jour, après les repas.

PRÉSENTATION:
flacons de 20 et de 100 tablettes.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

NOTRE 50^{ÈME}
ANNIVERSAIRE



Voir aussi notre annonce à la page IV

BETAGEN

VITAMINE B COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B₁
(chlorure de Thiamine)
Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B complexe
B₂, B₄, B₅, B₆
Lécithine d'œufs
Avénine

Glycérophosphates
de Sodium
de Calcium
de Potassium
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

Saveur agréable — Tolérance parfaite.

La Cie **CANADA DRUG CO.**, Montréal



ARTHRITE — BURSITES
ENTORSES — FOULURES

Dans les douleurs musculo-articulaires et tendineuses, la chaleur prolongée d'un cataplasme se montre d'une valeur réelle.

Le CATAPLASME D'ANTIPHLOGISTINE est un produit éprouvé par le temps; son application sur la région affectée apporte un soulagement rapide de la douleur et des courbatures. Il contribue à diminuer la tuméfaction et favorise le rétablissement fonctionnel normal.

Le CATAPLASME D'ANTIPHLOGISTINE peut être employé associé à la physiothérapie.

Antiphlogistine



Le cataplasme au kaolin et glycérine le plus largement employé au monde.

The Denver Chemical Mfg. Co., Montréal, P. Q.



Pendant les chaleurs, chaque boire du bébé peut être préparé séparément, quand on ne peut bénéficier de la réfrigération. Le médecin peut toujours conseiller à la mère de préparer des boires individuels LACTOGEN chaque fois que le bébé réclame son biberon.

LACTOGEN	+	EAU	=	FORMULE
1 c. à soupe rase		2 onces		2 onces liquides
40 calories				20 calories
(environ)				par once (env.)

Publicité et mode d'emploi à la profession médicale exclusivement. Si vous désirez des renseignements sur le mode d'emploi et des blocs-ordonnances, envoyez votre carte professionnelle à:



**Nestlé's Milk Products
(Canada) Limited**

METROPOLITAN BUILDING, TORONTO

**TRAITEMENT LOCAL
EFFICACE ET
NON TOXIQUE DE LA**

Fièvre

des Foins

En exerçant une action anti-congestive et adoucissante sur les membranes irritées..

Estivin

enraye rapidement la démangeaison et la sensation de brûlure des yeux, le larmolement excessif et l'éternuement spasmodique. Estivin peut être employé associé à un autre médicament pour soulager la fièvre des foins.

Une goutte dans chaque œil, 2 ou 3 fois par jour, suffit ordinairement pour que le malade ne soit pas incommodé durant la saison entière de la fièvre des foins. Dans les cas plus graves, lorsque les symptômes réapparaissent, des applications supplémentaires assureront un soulagement pendant toute la journée.

*Échantillons et documentation
sur demande.*

Concessionnaires pour le Canada:

LAURENTIAN AGENCIES

429, rue St-Jean-Baptiste
Montréal



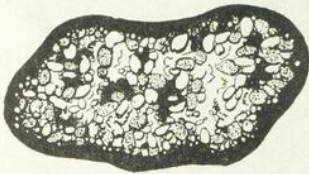
Schieffelin & Co.

Pharmaceutical and Research Laboratories
20, Cooper Square New York 3, N.Y.



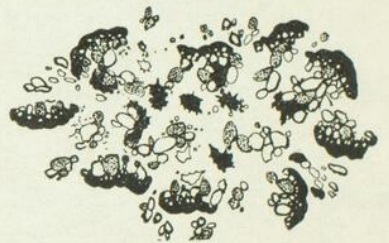
LES DANGERS DE TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX SONT ÉVITÉS EN DONNANT DES ALIMENTS HOMOGENÉISÉS POUR BÉBÉS

CELLULE NUTRITIVE AVANT L'HOMOGENÉISATION



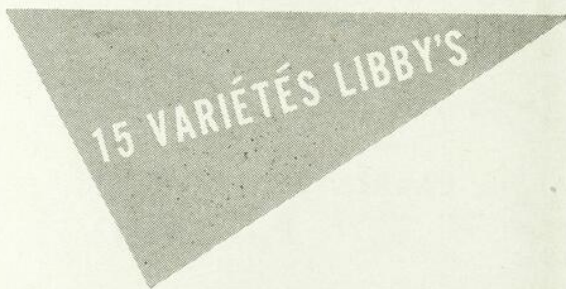
Remarquez que les éléments nutritifs sont entourés d'une enveloppe coriace de cellulose que le tamisage ne brise pas. Les sucs digestifs insuffisants que contient l'estomac de bébé ne peuvent pas imprégner cette enveloppe de cellulose et les éléments nutritifs dont bébé a besoin sont perdus. Les aliments non digérés passent dans le gros intestin où ils peuvent fermenter et causer des dérangements sérieux.

CELLULE NUTRITIVE APRÈS L'HOMOGENÉISATION



Remarquez que l'enveloppe coriace de cellulose a été complètement brisée. Les éléments nutritifs ont été libérés pour que la digestion se fasse rapidement. Le danger des désordres intestinaux causés par la fermentation d'aliments partiellement digérés est éliminé, et le bébé obtient plus de nourriture de la même quantité d'aliments.

Les Aliments tamisés et homogénéisés Libby's pour Bébés offrent une valeur nutritive importante. Un tableau montrant une analyse de ces aliments est à votre disposition. Pour en obtenir un exemplaire, les pédiatres et les médecins sont priés d'écrire à Libby's, Chatham, Ontario.



- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| Epinards | Légumes avec Bacon et Orge |
| Carottes | Soupe aux Légumes |
| Pois | Soupe au Foie |
| Pois, Carottes, Epinards | Compote de Pommes |
| Betteraves | Pommes et Pruneaux |
| Courges | Pommes et Abricots |
| Légumes avec Boeuf et Orge | Pêches |
| | Pouding à la Cossetarde |

LIBBY, McNEILL & LIBBY OF CANADA, LIMITED
Chatham Ontario

**SEULS LES ALIMENTS LIBBY'S POUR
BÉBÉS SONT HOMOGENÉISÉS**

PRÊTS AUX PARTICULIERS

Banque d'escompte, la Banque Canadienne Nationale fait surtout des avances au commerce. Mais elle accueille avec la même cordialité les non-commerçants, quelque profession ou métier qu'ils exercent.

Le gérant de succursale étudie toujours avec sympathie les demandes d'emprunt qui lui sont faites par des particuliers honorables et solvables. Adressez-vous à lui avec confiance, même si votre proposition n'a pas un caractère commercial.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Actif, plus de \$400,000,000

540 bureaux au Canada

*Lunettes
verres ophtalmiques*

Examen de la vue

ALBANY PHILIE. O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

Dupuis Frères

MONTREAL

* LÉNITIF

* LAXATIF

* PURGATIF

**Dose moyenne*

Sal Hepatica

Un mélange d'éléments salins, soigneusement dosé, agissant par simple pression osmotique pour ramollir les matières fécales et produire une légère masse liquide. Stimule le péristaltisme et l'évacuation intestinale selon les règles de la nature.



Le degré d'activité de ce mélange de salins, bien dosé, est facilement réglé selon la dose.

POUR DES ÉCHANTILLONS GRATUITS DE SAL HEPATICA, VEUILLEZ ADRESSER CE COUPON À:
Bristol-Myers Company of Canada Ltd.,
3035 rue St-Antoine, Montréal 30, P.Q.

Nom _____
D-6

Adresse _____

Ville _____

Province _____



Grâce aux

**INSTRUCTIONS
DU MÉDECIN**



on nourrit



plus de bébés au



Carnation qu'à tout autre



lait évaporé



OUI — et la plupart des mamans qui nourrissent leurs bébés au Carnation disent que la formule qu'elles emploient a été prescrite par le médecin ou l'hôpital.

Avec une telle approbation médicale il n'est pas étonnant que plus de bébés soient nourris au Carnation qu'à toute autre marque de lait évaporé — *ou même qu'à toute autre formule pour bébé, quelle qu'elle soit!*

Afin de gagner et de conserver votre recommandation professionnelle, la fabrication du Lait Carnation est contrôlée avec la même précision qu'une ordonnance. L'évaporation,

l'homogénéisation, l'augmentation de la teneur en vitamine D et la stérilisation sont constamment soumises à un contrôle sévère. Des tests répétés et une surveillance étroite demeurent votre garantie que chaque boîte est conforme aux normes de qualité et d'uniformité insurpassées établies par Carnation.

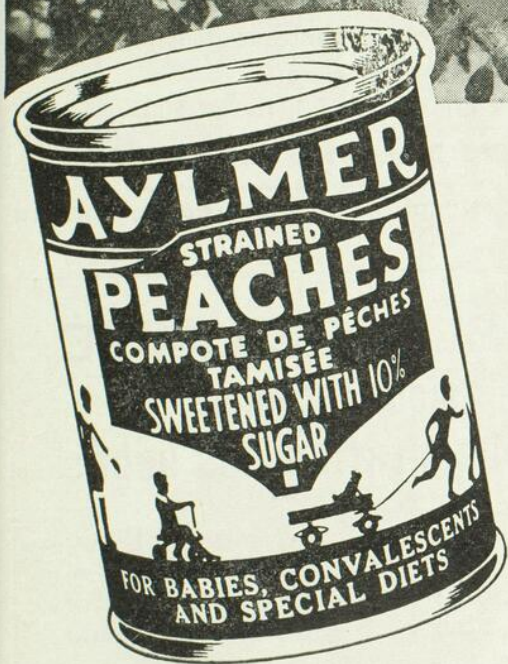
"Le lait que tout médecin connaît" est celui que vous pouvez en toute confiance prescrire par son nom — tous les jours d'un bout de l'année à l'autre!

**Des relevés portant sur toute la population indiquent qu'il y a plus de Lait Carnation employé dans l'alimentation des bébés que toute autre marque de lait évaporé.*



Le Lait Que Tout Médecin Connaît

"Provenant de vaches bien nourries"



Fraîchement Cueillis!

**Pour une meilleure alimentation
et plus de saveur!**

Vous voyez ici l'un des avantages que donne aux nombreuses conserveries Aylmer la proximité immédiate des vergers où l'on cultive les fruits et les légumes préférés du Canada!

Cela permet aux opérations que doivent subir les fruits ou les légumes de débiter quelques heures à peine après la cueillette... évitant ainsi toute déperdition de vitamines, de sels minéraux ou de saveur, causée par des retards d'expédition ou de la manipulation supplémentaire.

LES PÊCHES TAMISÉES de AYLMEER sont préparées scientifiquement pour l'alimentation du bébé... elles sont doublement tamisées jusqu'à un 27/1,000ièmes de pouces afin d'en rendre l'assimilation plus facile.

Pour échantillons
gratuits, écrire à...
Canadian Cannery
Ltd.,
Hamilton, Canada.

ALIMENTS TAMISÉS
AYLMER
POUR BÉBÉS

Les futurs citoyens du Canada méritent la qualité Aylmer.

COMPRIMÉS

TRI-SULFA

SODIUM BICARBONATE

ASSOCIATION RATIONNELLE DES SULFAS.

CRISTALLISATION ET CALCUL RÉNAL ÉVITÉS PAR L'ALCALINISATION DE LA FORMULE:

Aussi TRI-SULFA
en suspension
contient
0.30 gram.
par cuillerée à thé.

SULFATHIAZOLE
SULFAMÉRAZINE
SULFADIAZINE

0.50 gram. du mélange par comprimé.

Aussi TRI-SULFA
sans bicarbonate, à 0.50 gram.
par comprimé et
0.30 gram. par comprimé
pour enfant.

La Cie CANADA DRUG CO., Montréal



Sédation et
euphorie pour
les patients
nerveux et
irritables

VALERIANETS-DISPERT®

Chaque comprimé contient 0.05 Gm. d'extrait de valériane
finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité.
Sans odeur et sans goût. N'est pas sujet à accoutumance.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Un léger calmant du système nerveux central. Indiqué
dans les cas de troubles émotifs, états d'anxiété, insomnie nerveuse, ainsi que dans le
syndrome nerveux de la ménopause et dans certains cas d'artériosclérose.

1 ou 2 comprimés au besoin ou 3 comprimés au coucher. En flacons de 50, 100 et 500.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC. 1123 Broadway, New York

Distributeur au Canada: LYSTER CHEMICALS, Ltd. 222 Hospital St., Montreal 1, Canada



Fabriqués par THE
CANADA STARCH
COMPANY Limited,
Montréal et Toronto.



UN MÉLANGE LACTÉ de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de maïs Crown Brand et Lily
White sont reconnus par la profession mé-
dicale comme l'hydrate de carbone sûr et
fiable pour ajouter au lait que l'on donne
aux bébés.

Ces purs sirops de maïs se digèrent facile-
ment et n'irritent pas l'intestin délicat des
bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe
quelle formule lactée.

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche
contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve
ces deux célèbres sirops de maïs... un traité scientifique, sous forme
de livret, sur l'alimentation des enfants... des tablettes de formules
et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous
adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces
choses utiles pour vous.

The CANADA STARCH CO., Ltd.
Montréal

- Veillez m'envoyer
- CALCULATEUR
 - Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
 - TABLETTES DE FORMULES
 - La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
 - La brochure: "DEXTROSOL"

Nom

Adresse



Les Mamans en profitent aussi, quand vous recommandez les aliments en boîtes pour bébés. Les aliments qui sont hermétiquement scellés dans des boîtes sont absolument sûrs . . . faciles à préparer . . . riches en éléments nutritifs.
American Can Company, Kentville, Montréal, Hamilton, Toronto, Winnipeg, Vancouver.

CANCO



Deux nouveaux arrivés dans la famille des *Aliments Heinz pour Bébé*

La fameuse famille des Aliments Heinz pour Bébé a maintenant deux nouveaux membres—la Céréale Heinz Préalablement Cuite et le Mélange de Farine d'Avoine Préalablement Cuit. Les médecins peuvent recommander ces deux nouvelles Céréales Heinz en toute sécurité parce qu'elles sont préparées avec la même attention et selon les mêmes prototypes de qualité rigide que tous les Aliments Heinz pour Bébé.

La Céréale Heinz Préalablement Cuite peut être introduite dans l'alimentation des bébés dont vous avez la charge dès qu'ils sont d'âge à prendre des aliments solides. Légère et duveteuse, elle est faite avec trois sortes de céréales de choix qui lui donnent une saveur délicieuse. Un procédé de préparation exclusif lui assure

une texture lisse—et l'addition de fer, de calcium et d'autres sels minéraux rend la Céréale Heinz Préalablement Cuite extra-nourrissante.

Le Mélange de Farine d'Avoine Heinz Préalablement Cuit est fait avec de l'avoine qui a été bien cuite et mélangée expertement avec du sucre, du calcium et d'autres sels minéraux pour fournir au jeune bébé les éléments nutritifs dont il a besoin.

Les médecins, infirmières et diététistes peuvent obtenir des échantillons gratuits et des renseignements complets. Ecrivez à H. J. Heinz Company of Canada Limited, Dept. SP. 6465, rue Durocher, Montréal.

Aliments Heinz pour Bébé

57

40
ANNÉES DE
QUALITÉ
UNIFORME
HEINZ

TABLE DES ANNONCEURS

Pages	Pages
Abboit Laboratories XXXIX-XL	Johnson & Johnson Ltd. (Lotion pour bébés) LI
American Can Co. (Aliments pour bébés) LXVI	Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Cholibile) XLVIII
American Sterilizer Co. (Autoclave junior) XXVIII	Laboratoires Desbergers Ltée (Bismol)
Ames Company of Canada Ltd. (Clinitest) XXVII	Quatrième page de la couverture
Anglo-French Drug Co. (Bakolyse) XLI	Laboratoires Jean Olive (Calcium Jol) - (Phosphoneurol) .. LII
Ayerts, McKenna & Harrison Ltée XIX-XX	Laboratoires Jean Olive (Bioduc) - (Sédonervine) XXXVI
Banque Canadienne Nationale LXII	Laboratoires Poulenc (Stovaginal)
Barnes Company Ltd., A. C. (Argyrol) XXV	Deuxième page de la couverture
Berex Pharmacal Co. (Berex) XXIII	Lederle Laboratories (Matériaux de construction) IX
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Flo-Cillin « 96 ») .. XXXVIII	Libby, McNeill & Libby of Canada Ltd. (Aliments homo- généisés)
Bristol-Myers Company of Canada Ltd. (Sal Hepatica) .. LXII	LXI
British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Hormones sexuelles) XLIX	Librairie Beauchemin Ltée LVII
Canada Drug Co. (Betagen) LIX	Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Rétrospective) ... Troisième page de la couverture
Canada Drug Co. (Pavéral) LXVIII	Merck & Co. Ltd. (Streptomycine et Dihydrostreptomycine) .. I
Canada Drug Co. (Tri-Sulfa) LXV	Merck & Co. Ltd. (Cobione) V
Canada Starch Co., The (Un mélange lacté) LXV	Merck & Co. Ltd. (Pyridium) XXXI
Canadian Cannery Ltd. (Aliments Aylmer pour bébés) .. LXIV	Millet, Roux & Cie (Digibaïne) XI
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax) L	Mowatt & Moore Ltd. (Sacarets) XVII
Carnation Co. Ltd. (Lait Carnation) LXIII	Murine Company, The (Murine) LVIII
Casgrain & Charbonneau Ltée (Pectasul) - (Pectacrine) .. XXII	Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd. (Lactogen) LX
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) LVI	Parke, Davis & Co. Ltd. (Chloromycetin) XVIII
Compagnie Ciba Ltée XIII-XIV	Procter & Gamble (Ivory) LIII
Denver Chemical Manufacturing Co., The (Antiphlogistine) LIX	Rougier Frères (Digitaline Nativelle) III
Dupuis Frères (Examen de la vue) LXII	Sanatorium Prévost XXXIV
Eddé, J., Ltée (Bili-Sol) — (Pancrinol) LIV	Sarrazin & Choquette (Analyses complètes) XLVII
Eddé, J., Ltée (Iodogénol) - (Artichobyl) - (Pluriglandine) XXXV	Schering Corporation Ltd. (Tripolon) XV
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. (La recherche réduit le coût) Première page de la couverture	Schieffelin & Co. (Estivin) LX
Ferranti Electric Ltd. (Appareil élect. chirurgical Bowle) .. LV	Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Caligesic) XLV
Frosst, Charles E. & Co. VII	Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Theobarb) .. XLIII
Frosst, Charles E. & Co. (Composé « Questrin ») IV	Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Sulfate de Benzédrine) XXXVII
Frosst, Charles & Co. (Composé « Questrin ») LVIII	Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) LVI
Hartz Ltée, La Compagnie J. F. (Hydroxyl) LV	Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Valerianets- Disperit)
Heinz Company of Canada Ltd. H. J. (Aliments pour bébés) LXVII	LXV
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II	Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor) .. LXIX
Herdt & Charton, Inc. (Chobile) - (Veratrite) XLII	Vinart Ltée (Opobyl) - (Lipiodol) - (Liqueur Laville) XVI
Herdt & Charton, Inc. (Robuden) XLIV	Warner & Co. Ltd. William R. (Bromure de Stigminène) .. XXVI
Herdt & Charton, Inc. (Peptamine) - (Sulpho-Lac) XLVI	Whittier Laboratories (Resmicon) XXXII - XXXIII
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) XXIV	Winthrop-Stearns Inc. (Fergon) XXI
	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John XXIX - XXX

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

est journallement 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

SAL-IODUM VALOR

UN

SPECIFIQUE

DU

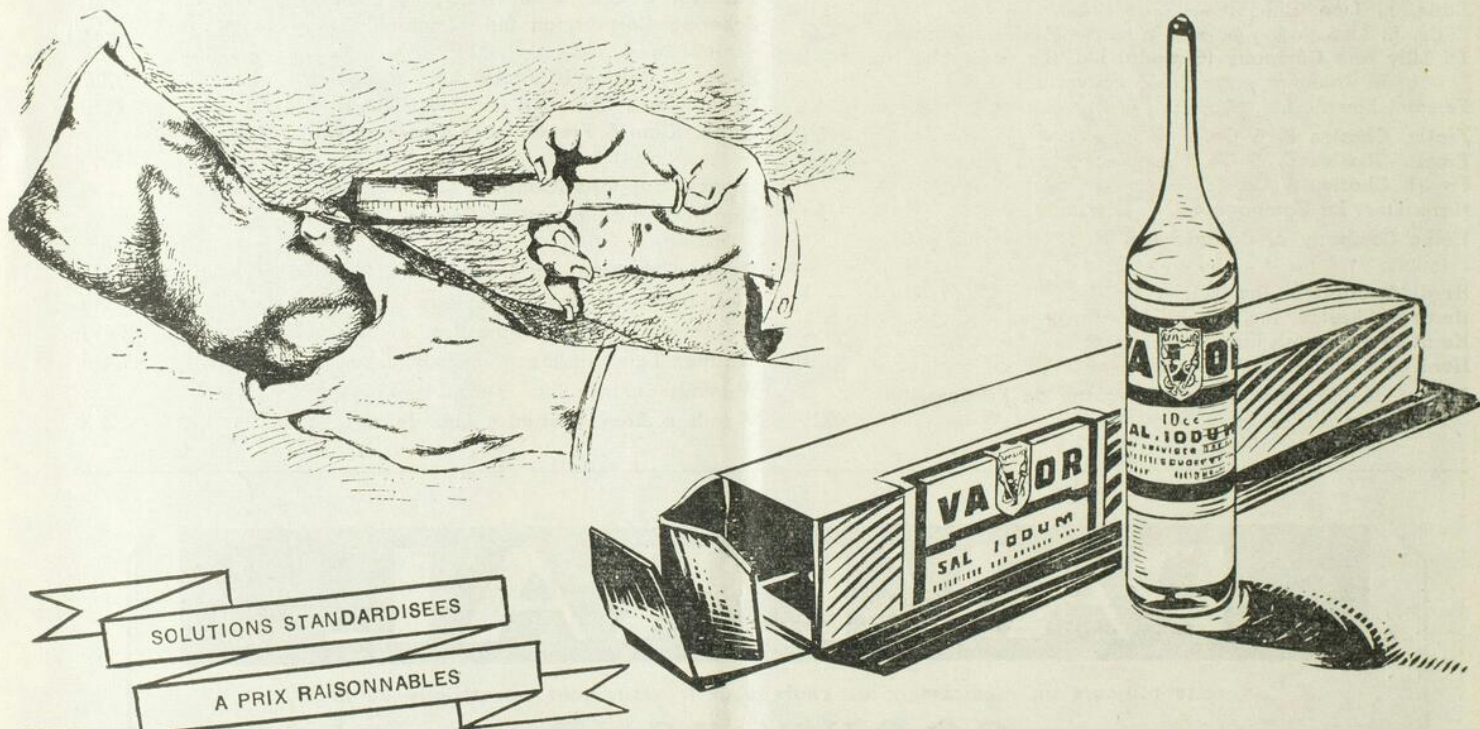
RHUMATISME

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.

Posologie: Une injection (20 cc.) peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.



USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTREAL



RÉTROSPECTIVE

1 LB. NET

MEAD'S DEXTRI-MALTOSE

A product consisting of maltose and dextrans, resulting from the enzymic action of barley malt on cereal starch

WITH SODIUM CHLORIDE 2%

D. NO. 1 M.

SPECIALY PREPARED FOR USE IN INFANT DIETS

MEAD JOHNSON & CO. OF CANADA, LTD. BELLEVILLE, ONT.

DO NOT REMOVE CONTENTS WITH A WET SPOON—KEEP DRY

KEEP THIS PACKAGE TIGHTLY SEALED AS A PROTECTION AGAINST MOISTURE

L'EMPLOI du lait de vache, de l'eau et des hydrates de carbone mélangés représente la méthode unique d'alimentation infantile qui, sans interruption, depuis plus de trois décades, a été favorablement accueillie par les pédiatres. Aucun hydrate de carbone employé dans cette méthode d'alimentation infantile ne jouit d'un passé aussi riche et fécond, en expérience clinique renommée, que le Dextri-Maltose de Mead.

BISMOL



forme un pansement
protecteur idéal
de l'estomac et
de l'intestin.

L'EFFICACITÉ DU BISMOL EN FAIT UNE MÉDICAMENT DE TOUT PREMIER RECOURS DANS LES CAS... D'ACIDITÉ STOMACALE

accompagnée de nausées, gaz, brûlement d'estomac,
ulcères.

DOSE: Une cuillerée à dessert dans un demi-verre d'eau
avant chaque repas, selon l'avis du médecin.

DIARRHÉE

fermentation, entérocolite, etc...

DOSE: Une ou deux cuillerées à table toutes les deux ou trois heures,
selon l'avis du médecin.

DIARRHÉE DES BÉBÉS

DOSE: Une demie à une cuillerée à thé avec un peu d'eau, autant de
fois par jour qu'il y a de selles.



Conditionnement:
Flacons de
8 et 16 onces.