



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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale  
du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

**ADMINISTRATION  
ET SECRÉTARIAT**

326 est, boul. Saint-Joseph  
Montréal

Tél.: LAncaster 9888

**SECRÉTARIAT**

128, rue Sainte-Anne  
Québec

## *Les ampoules Lilly*

Les ampoules Lilly sont préparées avec un verre spécial d'une qualité irréprochable. Avant d'être remplies, elle sont rincées individuellement avec de l'eau distillée et sont ensuite stérilisées. Les ingrédients actifs que renferment ces ampoules sont dissous dans de l'eau bi-distillée ne renfermant pas de substances pyrogéniques. Après avoir été remplies et scellées, les ampoules sont examinées avec soin, selon les méthodes les plus modernes, et chaque ampoule qui ne répond pas aux spécifications est immédiatement rejetée. On fait alors les épreuves finales afin de s'assurer de l'efficacité et de la stérilité du contenu. Rien n'est omis car chaque ampoule Lilly doit être digne du nom qu'elle porte.

*Lilly*

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





Une grande partie de toute la physiologie digestive repose sur le maintien d'un cycle biliaire normal. Le Dycholium exerce une action stimulante énergique sur la fonction biliaire; il en augmente considérablement la sécrétion, assurant ainsi un meilleur drainage vésiculaire et une amélioration des processus digestifs.

# DYCHOLIUM

Principales Indications  
ICTÈRE HÉPATIQUE, CHOLÉCYSTITE,  
ANGIOCHOLITE, INSUFFISANCE BILIAIRE,  
ENGORGEMENT DU FOIE, Etc.

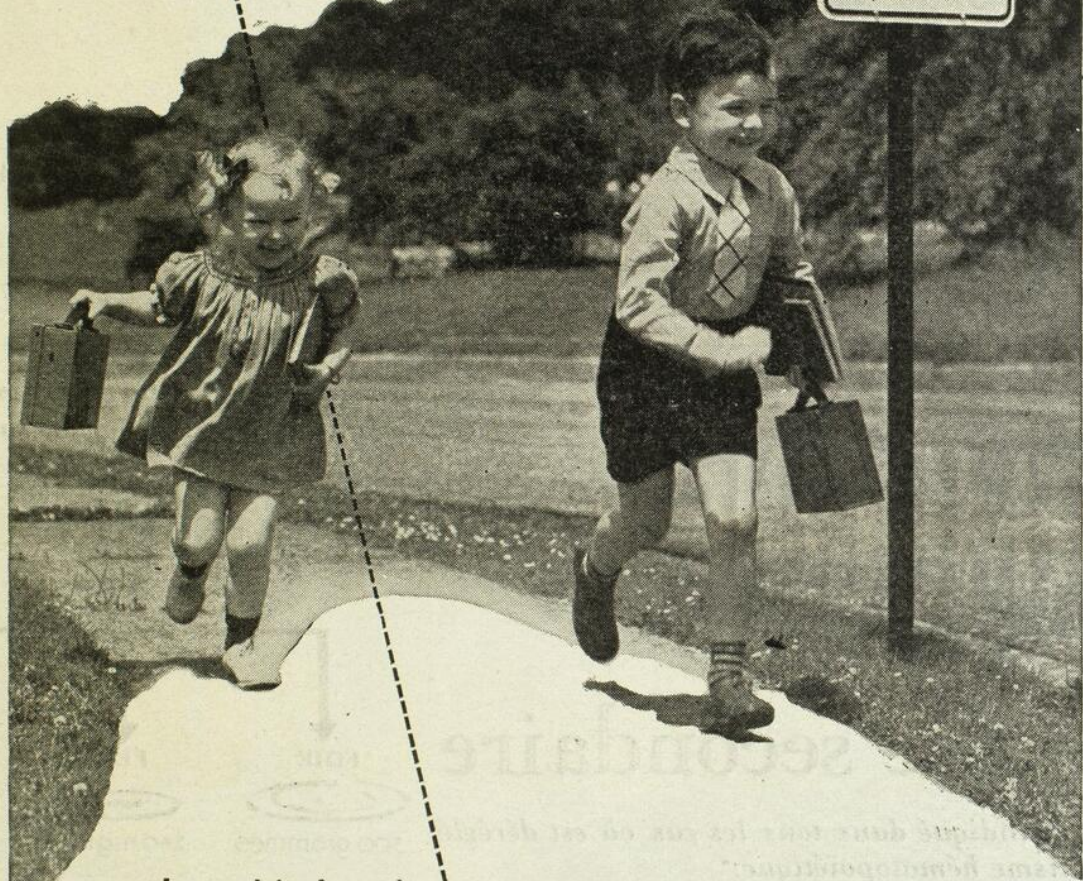
COMPRIMÉS dosés à 0 gr. 30 d'acide déhydrocholique—  
tubes de 20—flacons de 100, 500 et 1000 comprimés.  
AMPOULES dosées à 1 gramme de déhydrocholate de  
sodium—boîtes de 6 ampoules.

*Laboratoires Poulenc Frères*

DU CANADA LIMITÉE - MONTRÉAL



# PROTÉGEZ LEUR SANTÉ



Les produits Ayerst à base de vitamines A et D, titrés biologiquement, renferment les vitamines essentielles à une croissance normale.

“ALPHAMETTES”

“ALPHAMETTE” LIQUIDE

HUILES DE FOIE DE MORUE AYERST



## SOMMAIRE

### BULLETIN

Edouard DESJARDINS Les leçons d'un centenaire .....	1033
. . . . .	
Mercier FAUTEUX Chirurgie intracardiaque .....	1036
Pierre LÉPINE Expérimentation et recherches pratiques sur l'immunisation contre le virus grippal .....	1049

### SYMPOSIUM SUR LES HÉMORRAGIES UTÉRINES

Raymond SIMARD Physio-pathogénie des hémorragies fonctionnelles .....	1054
Hector SANCHE Les hémorragies de la grossesse qui ne sont pas des menaces d'avortement .....	1057

# HEMOGENE

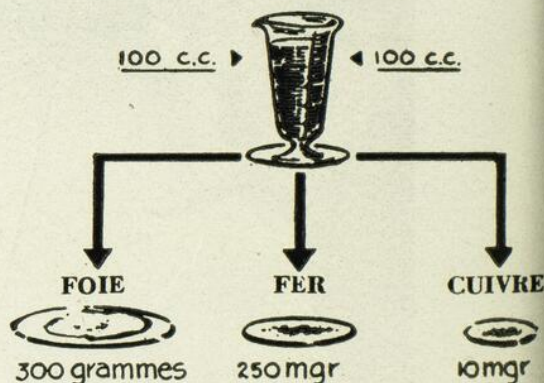
## Anémie secondaire

... Il est indiqué dans tous les cas où est dérégulé le mécanisme hématopoïétique:

**Grossesse, Lactation, Etats Hémorragiques, Convalescence, Régimes Restrictifs et Dons de Sang.**

... Seul le foie, pris régulièrement, en association avec le fer- et le cuivre comme catalyseur - prévient la naissance et entravera le développement de l'anémie secondaire.

... contient tous les facteurs importants concourant à la formation du sang:



LABORATOIRES  
**Lafayette** LTÉE

1410, rue Wolfe, Montréal

Antidyspnéique  
Stimulant du centre respiratoire

## EUPNOGÈNE

**ASTHME  
DYSPNÉES  
BRONCHITES**

L'EUPNOGÈNE est une solution titrée et stable renfermant 0 gr. 50 d'iodure de caféine et 0 gr. 08 de benzoate de soude par cuillerée à thé. La teinture de café jointe à un véhicule spécial favorise l'absorption et la tolérance de ses composants.

### Indications

L'EUPNOGÈNE est indiqué en principe dans tous les cas où il y a lieu de tonifier le cœur, de relever la pression intravasculaire, de combattre la dyspnée et de stimuler la diurèse, partout, en un mot, où est indiqué l'usage de l'iode et de la caféine.

Son action est tout particulièrement efficace dans l'asthme vrai, l'asthme cardiaque, l'emphysème, la bronchite asthmatique, la bronchite chronique, les oppressions, l'artériosclérose, les hydropisies, les suites de la grippe et certaines maladies du cœur et des reins.

### Avantages

L'EUPNOGÈNE est une préparation inaltérable qui, sous une seule forme, permet de réaliser le traitement des iodures alcalins et de la caféine à hautes doses, sans effets secondaires, et généralement dépourvus de contre-indications.

## DYSPNÉ-INHAL

prévient et soulage  
**RAPIDEMENT**

**Les crises d'asthme,  
de rhume des foins,  
d'emphysème.**

Solution à 3.5% d'épinéphrine stabilisée par un procédé spécial.

Un pulvérisateur de poche spécial et peu encombrant en rend l'utilisation facile à tout moment.

Le **Dyspné-Inhal** s'emploie en pulvérisations et uniquement dans l'appareil spécial qui non seulement pulvérise comme beaucoup d'autres, mais atomise le liquide.

On peut répéter l'opération sans aucun inconvénient, jour ou nuit, à chaque crise.

**POUR INHALATIONS  
BUCCALES SEULEMENT**

# Rougier Frères

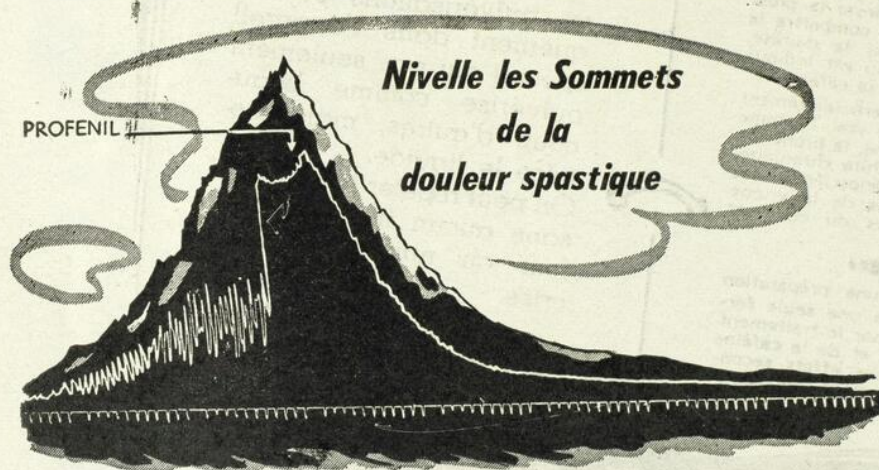
INCORPORÉE

SIÈGE SOCIAL: 350, RUE LEMOYNE, MONTRÉAL  
LABORATOIRES: 507, RUE FORTUNE, PTE ST-CHARLES

## SOMMAIRE

(Suite)

Gérard GAUTHIER	
Les hémorragies utérines par infection et tumeurs bénignes d'ordre gynécologique .....	1062
Jean GRIGNON	
Traitement des hémorragies utérines fonctionnelles .....	1067
Léon LONGTIN	
La climatisation de l'air inspiré au cours des anesthésies générales prolongées, avec circuit fermé et absorption de CO <sub>2</sub> .....	1074
RECUEIL DE FAITS	
Charles BOHÉMIER	
Réssection en plusieurs temps du ventre en tablier. Résection losangique .....	1076
Roland TURCOT	
Néphrites aiguës chez les nourrissons et l'enfant .....	1078
Raymond LECOURS	
La mesure des pressions abdominales humaines .....	1082



**LA CLINIQUE\***  
**CONFIRME PLEINEMENT**  
**LES OBSERVATIONS**  
**EXPÉRIMENTALES**

Comprimés dosés à 60 mgr. du citrate  
Ampoules dosées à 45 mgr. du chlorhydrate

Suppositoires { Adultes à 48 mgr. }  
                  { Enfants à 24 mgr. } de la base

# profenil

Bis-gamma-phénylpropyléthylamine

**ANTISPASMODIQUE**  
**SYNTHÉTIQUE NOUVEAU**  
**NON NARCOTIQUE**

Quelle que soit la thérapeutique employée dans les affections gastro-intestinales ou des voies biliaires, il est toujours avantageux d'utiliser le Profénil, pour relâcher le spasme de la musculature lisse.

\* The Review of Gastroenterology, vol. 12, number 6, pages 436-439, Nov.-Dec. 1945.  
Medical Times, vol. 74, No 11, pp. 305. Nov. 1946.



LABORATOIRES  
**Lafayette** LTÉE

1410, rue Wolfe, Montréal



# Merck VOUS ANNONCE

SOUS UNE FORME **NOUVELLE** ET FORT AMELIOREE

DE LA

# STREPTOMYCINE

La Streptomycine Chlorure de Calcium Complexe Merck est maintenant à la disposition de la profession médicale. Sa production, à laquelle la maison Merck a voué exclusivement toute son organisation de Streptomycine, représente un progrès important dans la thérapie de la Streptomycine, notamment:

- PURETE ACCRUE
- INJECTABLE AVEC MINIMUM DE DOULEUR
- ACTIVITE UNIFORME
- TOXICITE REDUITE

En plus, remarquez les côtés pratiques suivants:

Les patients déjà sous traitement avec d'autres formes de Streptomycine peuvent passer sans interruption à la thérapie de la Streptomycine Chlorure de Calcium sans même qu'il soit nécessaire de changer les calculs du dosage.

Cette nouvelle forme de Streptomycine améliorée vous est offerte sans augmentation de prix.

**STREPTOMYCINE** CHLORURE DE CALCIUM COMPLEXE MERCK.

Pour plus amples informations,  
écrivez à notre bureau médi-  
cal, 560 rue De Courcelles,  
Montréal, P. Q.

## Merck & co.

Limited

MANUFACTURIERS CHIMISTES  
MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD



# SOMMAIRE

(Suite)

## ÉDITORIAL

Roger-R. DUFRESNE

- A propos du traitement de l'ulcère gastrique et duodénal ..... 1087

## MÉDECINE SOCIALE

D. V. HUTTON

- Sauvons les jeunes enfants ..... 1092

## CHRONIQUE SÉMÉIOLOGIQUE

Roméo BOUCHER

- La verge douloureuse ..... 1098

## VARIÉTÉS

Adélarde GROULX

- III<sup>e</sup> Congrès international des médecins catholiques, tenu à Lisbonne, Portugal ..... 1102

## CORRESPONDANCE

- Lettre de Paris ..... 1104

• • •

- "L'Union Médicale du Canada" en 1878 ..... 1107

- ANALYSES ..... 1109

## MÉDECINE

Divers traitements de la ménopause (1109). Cancer, traumatismes et responsabilité civile (1109). La fièvre typhoïde aux Etats-Unis et dans l'Armée américaine (1110).

## CARDIOLOGIE

Le traitement par l'éphédrine des accidents nerveux du syndrome d'Adams-Stokes (1110). Bradycardie régulière avec dissociation auriculo-ventriculaire complète par éclat d'obus intracardiaque (1111). Etude clinique, électrique et anatomique d'un cas de bloc de branche (1111). Un médicament de l'angor pectoris et des états préfibrillatoires: le 1262 F. Six ans d'expérience clinique. Mécanisme d'action (1111).

## CHIRURGIE

Pneumonectomie comme traitement de la tuberculose: technique et résultats actuels (1112).

## ANESTHÉSIE

Les effets physiologiques du curare comme accessoire en anesthésie (1112). Pathologie cardiaque en relation avec l'anesthésie (1114).

## PÉDIATRIE

L'eczéma et les acides gras essentiels (1115).

## DERMATOLOGIE

Traitement des condylomes vénériens par la podophylène (1116).

- SOCIÉTÉS ..... 1117

Société Médicale de Montréal: séance du 18 mars 1947 (1117); séance du 8 avril 1947 (1118).

Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec: séance du 11 avril 1947 (1120); séance du 25 avril 1947 (1120).

Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 27 février 1947 (1122).

- REVUE DES LIVRES ..... 1129

- NÉCROLOGIE ..... 1137

- NOUVELLES ..... 1140



### Les lacunes des régimes actuellement établis dans les hôpitaux . . .

Le médecin et le personnel de l'hôpital constatent tous les jours davantage que ces régimes n'offrent pas une alimentation adéquate —

**parce que . . .** « les infections et les blessures (et ces dernières comprennent les interventions chirurgicales majeures) provoquent une déperdition rapide des tissus protéiniques et de la réserve de vitamines et de sels minéraux. »<sup>1</sup>

**parce que . . .** les régimes établis des hôpitaux ne fournissent pas une alimentation adéquate, surtout durant les premières phases du rétablissement d'une maladie ou d'une blessure.

**parce que . . .** même une alimentation complète, répondant à tous les standards nutritifs, ne peut pas toujours être absorbée.

« Récemment . . . on a constaté que l'alimentation constituait un facteur si important dans le rétablissement des malades atteints de diverses affections « chirurgicales » que le chirurgien lui-même fut dans l'obligation de s'occuper davantage des régimes et des suppléments nutritifs, les vitamines par exemple que l'on donne à ses patients. »<sup>1</sup>

1. Editorial: J.A.M.A.  
134:292 (17 mai) 1947.

Comprimés de vitamines selon

## La Formule Basique Squibb

Pour favoriser la restauration des tissus et compenser la déperdition rapide des vitamines chez le malade, les Comprimés de Vitamine de la FORMULE BASIQUE SQUIBB fournissent des doses thérapeutiques parfaites des quatre vitamines hydrosolubles.

Chaque comprimé contient:

Chlorhydrate de thiamine . . . . .	10 mg.
Riboflavine . . . . .	5 mg.
Niacinamide . . . . .	150 mg.
Acide ascorbique . . . . .	150 mg.
Flacons de 30, 100 et 250.	

# SQUIBB

SQUIBB — fabricants de produits chimiques pour le corps médical depuis 1858.

Documentation sur demande à:

**E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA LIMITED**  
36-48 CALEDONIA ROAD • TORONTO

---



---

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

Fondée à Québec en 1902

**L'Union Médicale**  
du Canada

Fondée en 1872

●  
**DIRECTION SCIENTIFIQUE**

**MEMBRES D'HONNEUR**

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson

Professeurs J.-A. Leduc, T. Parizeau, J.-N. Roy  
(Montréal).

**Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE.**

**BUREAU DE DIRECTION**

MM. R. Amyot, Antonio Barbeau, Albert Bertrand, R. Boucher, A. Comtois,  
J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, 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, René Dandurand, Paul David,  
F.-X. Demers, R. Doré, Guy Drouin, Paul Dumas, Origène Dufresne,  
Roger Dufresne, Roland Dussault, H. Gélinas, A. Gratton, 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 Têtu,  
Malcolm Vachon, Norbert Vézina.

---



---



## Réouverture des Classes

La fin des vacances modifie radicalement le programme quotidien des enfants. Les voici en quatre murs, presque sans exercices du corps, soustraits à l'effet bienfaisant du soleil et du grand air, et sans doute plus exposés qu'en été à la contagion et aux agents infectieux. Il est donc essentiel de maintenir par tous les moyens possibles cette résistance que l'organisme édifie pendant deux mois de repos.

L'expérience démontre la grande utilité, à cet égard, de l'administration régulière d'une préparation riche en vitamines et en sels minéraux. Les médicaments vitaminés "Trossi", énumérés aux pages qui suivent, méritent toute votre attention.

*Il faut aux* **BEBES ET AUX ENFANTS**

**UN COMPLÉMENT  
VITAMINÉ**  
du régime alimentaire

**IODE et VITAMINES D, A, B<sub>1</sub>, e**

**VITAMINES D et**

**VITAMINE D**



## GOUTTES d' "OSTOCO"

MARQUE "Frosst" DE SUPPLÉMENT VITAMINÉ POUR BÉBÉS

### FORMULE

Chaque cc. contient:

Vitamine A.....	8000 unités int.
Vitamine D.....	4000 unités int.
Vitamine B (chlorhydrate de thiamine)...	4 mg
Vitamine C (acide ascorbique).....	120 mg
Niacinamide.....	10 mg
Chlorure de sodium.....	0.02 mg

\* Ne figure pas sur l'étiquette.

### MODE D'EMPLOI

**BÉBÉS:** de 5 à 10 gouttes (de 0.25 à 0.5 c.c.) par jour, bien mélangées avec le contenu d'un biberon, après qu'il aura refroidi. L'agiter légèrement avant la tétée.

**ENFANTS:** de 5 à 10 gouttes (de 0.25 à 0.5 c.c.) par jour, mêlées à un verre de lait ou quelque autre breuvage.

Certains préfèrent l'instillation buccale des gouttes d' "Ostoco".

### PRÉSENTATION

Flacons de 8 et 30 c.c., munis d'un compte-gouttes de précision.



## "OSTOGEN-A"

MARQUE DE LA SOLUTION "Frosst" DES VITAMINES D et A

Procure intégralement les effets de l'huile de foie de morue.

### FORMULE

Par gramme d' "Ostogen-A"  
28,000 unités int. de vitamine A  
14,000 unités int. de vitamine D

### DOSE

De 1 à 3 gouttes par jour. Se servir du compte-gouttes de précision.

### PRÉSENTATION

Par goutte d' "Ostogen-A"  
1,000 unités int. de vitamine A  
500 unités int. de vitamine D

Flacons de 6 c.c. (format de 78 jours)  
Flacons de 15 c.c. (format de 195 jours)



## "OSTOGEN"

MARQUE DE LA SOLUTION "Frosst" DE VITAMINE D

Contient 1000 unités internationales de vitamine D par goutte. Titrage biologique.  
(28000 unités int. par gramme.)

### DOSE

De 1 à 6 gouttes par jour. Se servir du compte-gouttes de précision.

### PRÉSENTATION

Flacons de 6 et 15 c.c.



Charles E. Frosst & Co  
MONTREAL CANADA

# LE RÉGIME ALIMENTAIRE DES ENFANTS ET DES ADULTES exige un

## COMPLÉMENT

riche en vitamines  
et sels minéraux



5 VITAMINES ET  
SELS MINÉRAUX  
ESSENTIELS

## TONIQUE "NEO-CHEMICAL" FOOD

### PRINCIPAUX INGRÉDIENTS DE CHAQUE DOSE QUOTIDIENNE

Fer (sous forme de sel).....	1/2 grain	} Prophylaxie de l'anémie de la nutrition.
Cuivre (sous forme de sel).....	1/50 grain	
Vitamine A.....	2000 unités int.	} Aide à maintenir l'intégrité du tissu épithélial. Spécifique de la prophylaxie et du traitement de la cécité nocturne d'origine diététique.
Vitamine D.....	2000 unités int.	
Calcium (sous forme de sel).....	1 grain	} Favorisent le développement normal de l'ossature et de la denture. Essentiels aux adultes et aux enfants. Préviennent le rachitisme.
Phosphore (sous forme de sel).....	3/4 grain	
Vitamine B <sub>1</sub> .....	2 mg	} Protection utile contre les symptômes et adjuvants du traitement des avitaminoses B <sub>1</sub> et B <sub>2</sub> , y compris la névrite causée par la carence de v. B <sub>1</sub> .
Riboflavine (vitamine B <sub>2</sub> ).....	2 mg	
Iode (sous forme de sel).....	1/192 grain	} Aide à la prophylaxie de l'hypoiodémie.
Extrait de malt.....	q.s.	} Tonique nutritif.

Protides: 3.5 p. 100; lipides: 0.6 p. 100; glucides: 54 p. 100 (au poids); calories: 85.4 par once (liq.). La formule des capsules de tonique "N.C.F." est celle du tonique "N.C.F." liquide, sauf la teneur en malt.

### DOSAGE ET PRÉSENTATION

Le LIQUIDE: Recommandé pour les enfants, flacons de 7<sup>3</sup>/<sub>4</sub> onces (format de 24 jours); bouteilles de 23<sup>1</sup>/<sub>4</sub> onces (format de 72 jours) et de 46<sup>1</sup>/<sub>2</sub> onces (format économique—144 jours).

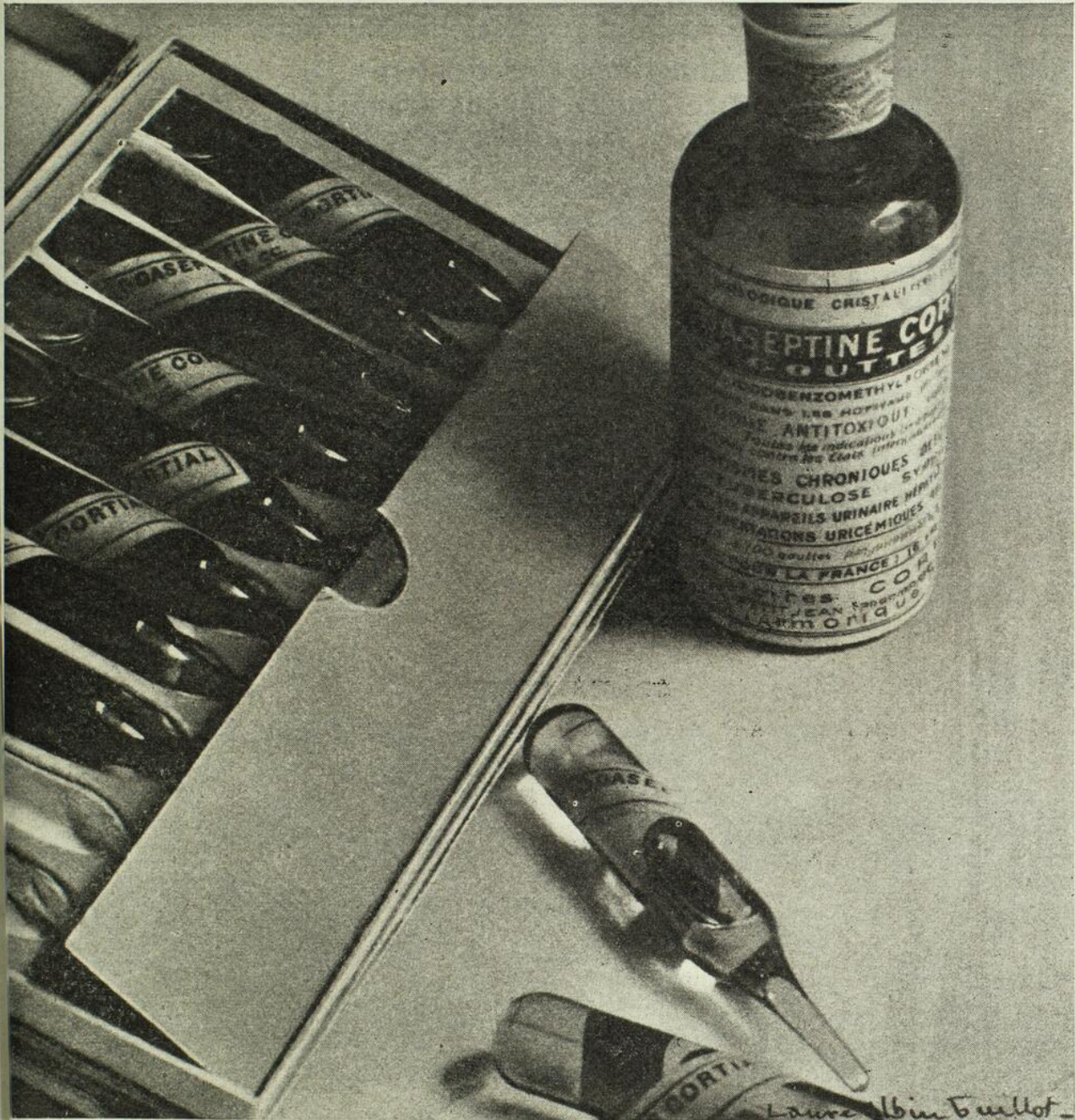
DOSE: une cuillerée à thé, comble, 2 fois par jour, après les repas.

Les CAPSULES: Recommandé pour les jeunes gens et adultes, boîtes de 50 (format de 25 jours), de 100 (50 jours) et de 250 (125 jours).

DOSE: 2 capsules par jour.



Charles E. Frosst & Co  
MONTREAL CAN



# IODASEPTINE SALICYLÉE

RHUMATISMES AIGUS & SUBAIGUS

UNIT À L'ACTION DE L'IODASEPTINE  
CELLE DU SALICYLATE DE SOUDE

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE  
MONTRÉAL CANADA

---

---

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale

du Canada

## ADMINISTRATION

### OFFICIERS

Président: A. Bertrand  
Vice-présidents: Richard Gaudet et Jean Saucier  
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

### COMITÉ EXÉCUTIF

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

### COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

### CORRESPONDANTS

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

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

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

---

---

**LA PLUS GRANDE  
DÉCOUVERTE . . .  
JAMAIS FAITE  
DANS LE  
TRAITEMENT  
DES ANÉMIES**

**FOLVITE<sup>\*</sup>  
ACIDE FOLIQUE  
LEDERLE**

La découverte faite par le département des recherches du groupe Lederle-Cyanamid démontrant que l'acide folique est un facteur thérapeutique puissant dont l'action favorise la maturation des hématies, et sa synthèse subséquente, constituent l'une des plus grandes contributions dans l'histoire de la médecine.

Les produits de l'acide folique que l'on peut se procurer grâce à cette organisation, comprennent — FOLVITE, marque de l'Acide Folique Lederle — pour le traitement des anémies macrocytaires.

FOLVRON \*\* marque de l'Acide Folique et du Fer Ferreux FOLVITE Lederle — pour le traitement des déficiences de fer et des anémies macrocytaires.

FOLVITE, marque de l'Acide Folique Lederle — en comprimés. Tubes de 25, et flacons de 100 et de 1,000, 5 mg. par comprimé. En solution: ampoules de 1 cc., 15 mg. par cc. Elixir: flacons de 4 onces liquides.

FOLVRON, marque de l'Acide Folique et du Fer Ferreux FOLVITE Lederle — Capsules: flacons de 100. Comprimés: flacons de 100 et 1,000.

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION  
NORTH AMERICAN CYANAMID LIMITED  
1396 ouest, rue Sainte-Catherine, Montréal 25, P. Q.**

\* Nom déposé

\*\* Marque de commerce

# 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. St-Joseph  
Montréal.

### SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

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

### EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

**Donatien MARION,** Montréal.**Hermile TRUDEL,** Montréal.**Chs VÉZINA,** Québec.**A.-L. RICHARD,** Ottawa**J.-A. VIDAL,** Montréal.**J.-A. LECOURE,** Ottawa**J.-E. PERRAS,** Hull

### COMITÉ DU XIX<sup>e</sup> CONGRÈS

**A.-L. RICHARD,** président.

**J.-A. VIDAL,** 1er Vice-président.  
**Richard GAUDET,** 2e " "  
**J.-A. DENONCOURT,** 3e " "  
**J.-B. JOBIN,** 4e " "

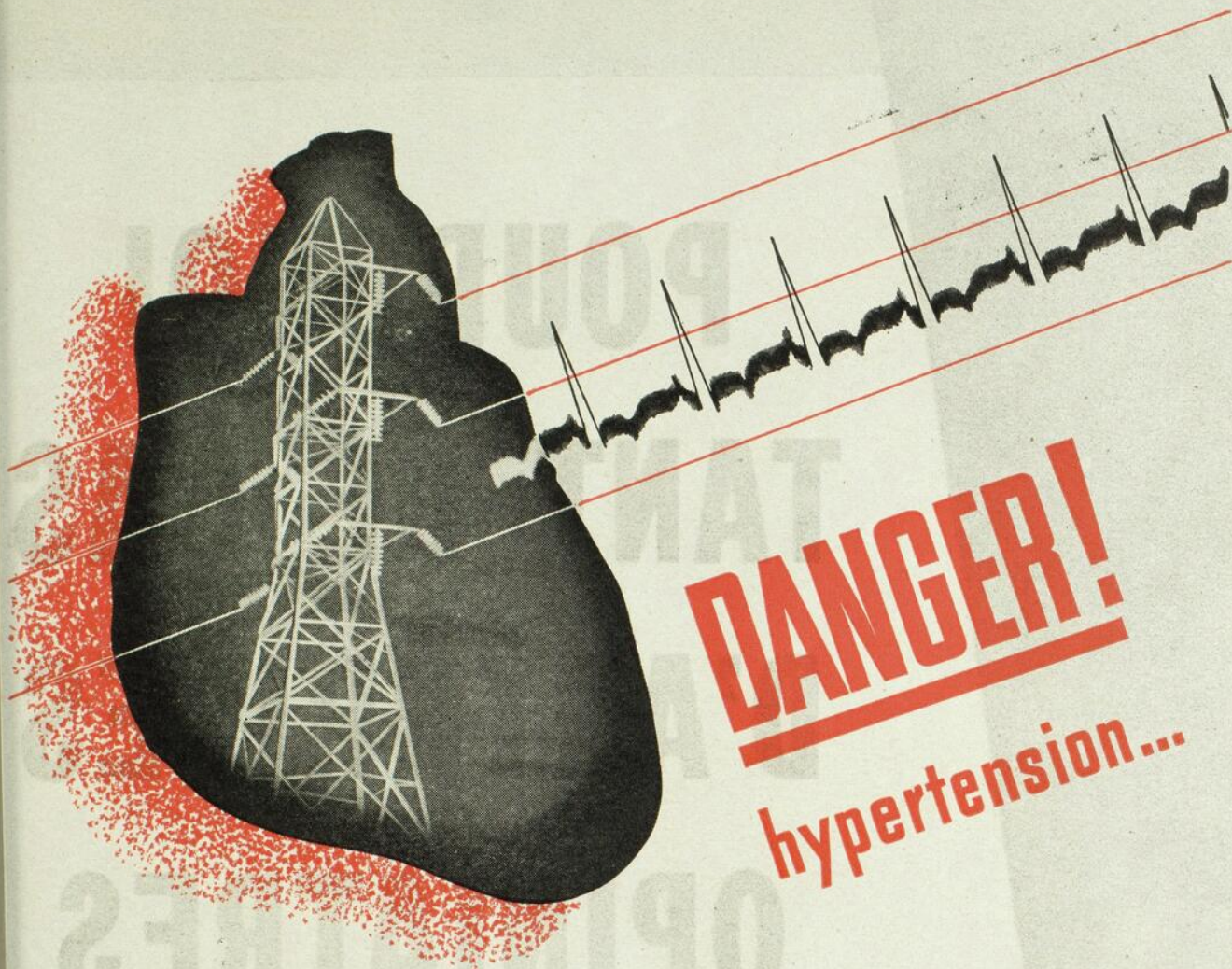
**A. FONTAINE,** 5e Vice-président.  
**G. LACASSE, sén.,** 6e " "  
**J.-A. LECOURE,** Secrétaire.  
**J.-E. PERRAS,** Trésorier.

### ANCIENS PRÉSIDENTS

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

### MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal . . . . .	1950	LACHARITE, Vilmer, St-Célestin, P. Q. . . . .	1948
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q. . . . .	1948	LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa . . . . .	1950
SAILLY, Roland, St-Pie de Bagot, P. Q. . . . .	1948	LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H. . . . .	1948
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta . . . . .	1950	LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal . . . . .	1948
BELIVEAU, P., Méthégan, N.-E. . . . .	1948	LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec . . . . .	1948
BIBAUD, B., Valleyfield, P. Q. . . . .	1948	MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville Saint-Laurent, P. Q. . . . .	1948
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal . . . . .	1948	MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan . . . . .	1950
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec . . . . .	1948	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River . . . . .	1948
BOHEMIER, Anatole, 3425, rue St-Hubert, Montréal . . . . .	1948	MORRISSETTE, Pierre, St-Georges, Beauce, P. Q. . . . .	1948
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal . . . . .	1950	PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. . . . .	1950
BROUSSEAU, L.-P., Malartic, P. Q. . . . .	1950	PELLETIER, A., Winchendon, Mass. . . . .	1950
CARON, Sylvio, Mastai, Québec . . . . .	1948	PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. . . . .	1950
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal . . . . .	1950	PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. . . . .	1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. . . . .	1950	POWERS, A., 11, Front, Hull, P. Q. . . . .	1950
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. . . . .	1950	RIOUX, J.-Emile, Ste-Anne-des-Monts, P. Q. . . . .	1950
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec . . . . .	1948	SMITH, Pierre, 300, carré St-Louis, Montréal . . . . .	1948
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. . . . .	1948	SORMANY, Albert, Edmunston, N.-B. . . . .	1950
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal . . . . .	1950	TANGUAY, R., Sudbury, Ont. . . . .	1950
GAUTHIER, C.-A., 53 1/2, St-Louis, Québec . . . . .	1950	TETRAULT, Adélar, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. . . . .	1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. . . . .	1950	THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. . . . .	1950
IOANNETTE, Albert, Ste-Agathe-des-Monts, P. Q. . . . .	1948	VIAU, Horace, 467, Rideau, Ottawa . . . . .	1950
LACHANCE, Wilfrid, Chicoutimi, P. Q. . . . .	1948		



Comme un fil chargé à haute tension l'état d'hypertension représente un danger latent plus grave encore que le danger immédiat. L'anxiété, les soucis, l'excitabilité nerveuse sont autant de menaces qu'il faut éviter à tout prix.

Après que les analyses ont été faites, les résultats vérifiés et le diagnostic confirmé,

il ne suffit pas que le médecin se contente de recommander à son patient d'être calme et de se détendre.

Des mesures actives s'imposent.

Dans le passé, de nombreuses thérapies expérimentales ont été tentées dans l'hypertension.

Cependant le traitement de choix aujourd'hui peut en somme se résumer en deux mots: *Diurétiques*, *Sédatifs*. 'Tabloid', 'Theoba' qui joint dans un même produit l'action *Diurétique* de la théobromine à l'action *Sédative* du phénobarbital, fournit une réponse satisfaisante et convenable au problème du médecin.

Chaque produit contient:

Théobromine, 5 grs. (0.324 Gr.)

Phénobarbital ½ gr. (0.932 Gr.)

S'obtient aux pharmacies d'ordonnances en flacons de 100 et 500. Littérature fournie sur demande.

'Theoba'  
'Tabloid'

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



**POURQUOI  
TANT DE CAS  
D'ARTHRITES  
OPINIÂTRES  
S'AMÉLIORENT  
TELLEMENT ?**

*Il existe des preuves  
convaincantes de l'efficacité  
de la stéroïdothérapie par  
l'Ertron, complexe stéroïde,  
Whittier, dans le traitement  
de l'arthrite. Dix-sept rapports  
ont été publiés et, sur votre  
demande, nous serons heureux de  
vous en envoyer des tirés-à-part.  
Vous les trouverez des plus utiles.*

# ERTRON\*

*Complexe stéroïde, Whittier*



Concessionnaires pour le  
Canada :

Laurentian Agencies,  
Registered

Montréal 1, P. Q.

\* Nom déposé.

N  
UTRITION  
R  
ESEARCH  
L  
ABORATORIES

CHICAGO

# RHINAMIDE

## Affections des Fosses Nasales du Rhino-Pharynx

- Composition:** Sulfanilamide — Ephédrine — Ultracaine.
- Propriétés:** Solution antiseptique et décongestive des fosses nasales du Rhino-Pharynx et de leurs annexes.
- Indications:** Obstruction nasale, coryzas, rhinites simples et purulentes, pharyngites, écoulements d'oreilles, otites, sinusite (maxillaire et frontale).
- Mode d'emploi:** Instillations avec compte-gouttes cinq à six fois par jour dans les narines, ainsi que dans le conduit auditif, suivant l'affection, à raison de 4 à 5 gouttes par instillation. Également en pulvérisations. Toujours suivre les indications du médecin.
- Présentation:** Flacon compte-gouttes de 30 cc.

**Laboratoires A. BAILLY - Paris**

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



**PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE MIDY**  
(Granulé effervescent)  
*ANTI-URIQUE TYPE*



**THIODÉRAZINE MIDY**  
(injectable) (Ampoules 5 cc.)  
*Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE*



**THIODÉRAZINE MIDY**  
(buvable) (Gouttes)  
*Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE*



**THIODACAÏNE MIDY**  
(Ampoules 20 cc.)  
*Traitement local de la DOULEUR RHUMATISMALE*

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

PÉNICILLINE PAR VOIE BUCCALE

# "Cillenta"

COMPRIMÉS

Pénicilline calcique Ayerst

100,000 U.I. PAR COMPRIMÉ (No 853)



50,000 U.I. PAR COMPRIMÉ (No 852)



100,000 U.I. PAR COMPRIMÉ (No 851)

Ces produits offrent un choix de dosages pour simplifier l'administration de la pénicilline par la bouche. Ils sont préparés et titrés avec la précision qui a marqué la fabrication de la pénicilline Ayerst durant la guerre. Tubes de 12 comprimés.

AUTRE FORME:

COMPRIMÉS "CILLENTA" (ENFANTS) No 84  
Se désagrègent dans les liquides ou se réduisent facilement en poudre et s'ajoutent à la nourriture des enfants. Chaque comprimé est dosé à 50,000 unités internationales de pénicilline calcique. Tubes de 12 comprimés.



OESTROGÉNOTHÉRAPIE  
EFFICACE

# "Prémarine"

A LA  
MÉNOPAUSE

**TRÈS EFFICACE** . . . Une dose de 1.25 mg. par jour s'avère suffisante dans la majorité des cas.

**ACTIVE PAR VOIE BUCCALE** . . . La médication à l'intérieur a plusieurs avantages sur le traitement injectable, qui occasionne une perte de temps.

**DE PROVENANCE NATURELLE** . . . La "Prémarine" provient exclusivement de sources naturelles.

**D'EMPLOI SÛR** . . . Il a été clairement démontré que la "Prémarine" est presque totalement dénuée d'effets toxiques.

**HYDROSOLUBLE** . . . Les substances oestrogènes demeurent sous leur forme conjuguée naturelle.

**BIEN TOLÉRÉE** . . . Malgré son dosage élevé, la "Prémarine" produit rarement des effets secondaires désagréables.

**PROCURE UNE SENSATION D'EUPHORIE** . . . Nombre de chercheurs font mention de la sensation d'euphorie que procure cet oestrogène naturel.

*Prémarine*

substances oestrogènes conjuguées (équines)

**Comprimés:** 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



AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE • *Biologistes et Pharmaciens* • MONTRÉAL, CANADA

F1939

# Maintenant...

POUR FACILITER L'ADMINISTRATION

## Parénamine

Acides Aminés Injectables Stearns

PRÉSENTÉE SOUS FORME DE

### solution stérile à 6%

- En Flacons Commodes d'Un Litre
- Prête à Servir Immédiatement

Hydrolysate acide amélioré obtenu à partir de caséine, additionné de tryptophane racémique, de méthionine racémique et de glycine, la PARÉNAMINE 6% est un mélange complet de tous les acides aminés essentiels à l'homme et de certains autres acides aminés caractéristiques de la caséine . . . C'est un excellent succédané des protéines alimentaires.

Stérile, exempté de pyrogènes, non allergénique, possédant un pH de 5.5, la PARÉNAMINE 6% a une teneur exceptionnellement faible en sels minéraux (ion sodium) et ne contient virtuellement pas de chlorures. Des études cliniques démontrent que son emploi n'est que rarement suivi de thrombose.

DESTINÉE à maintenir un état de nutrition optimum lorsque les moyens d'alimentation usuels sont insuffisants . . . à prévenir et corriger les déficiences protéiniques . . . à compenser les pertes anormales de protéines de l'organisme . . . à satisfaire les demandes accrues en protéines.

PRÉSENTÉE en flacons d'un litre pouvant servir avec n'importe quel genre d'appareil pour injection intraveineuse . . . 60 grammes d'acides aminés (moyenne des besoins journaliers de l'adulte) dans 1000 cc. d'eau distillée.

PARÉNAMINE 15% — hydrolysate acide de caséine additionné de tryptophane racémique — est encore disponible en flacons de 100 cc.

# Frederick Stearns & Company

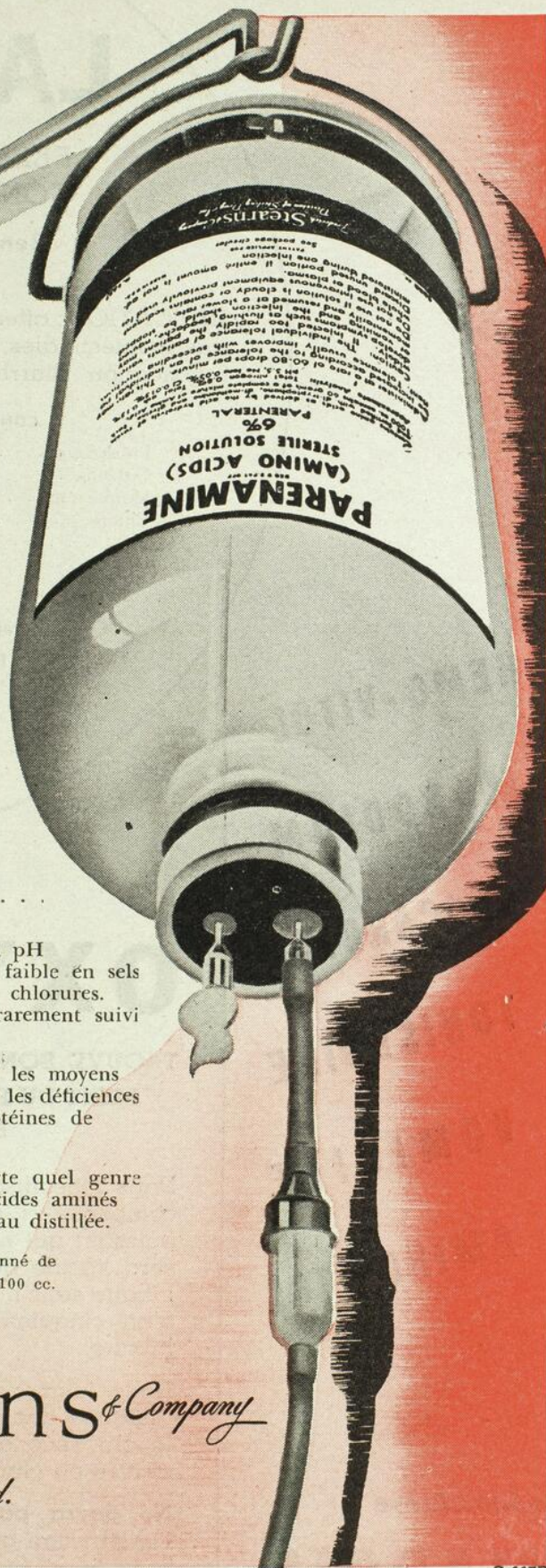
of Canada, Ltd.

WINDSOR, ONT.

Parénamine—Nom déposé

S-117B

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



# LACTO-BIOS

## FERMENTS LACTIQUES VIVANTS CONCENTRÉS ET SÉLECTIONNÉS

Rend le milieu intestinal contraire aux  
microbes pathogènes.

INDICATION: affections des voies digestives en particulier, dyspepsies gastro-intestinales, fermentations et putréfactions intestinales, auto-intoxication, diarrhées des enfants et adultes, **eczéma** et **urticaire**.

### CONTIENT EN PLUS DES FERMENTS LACTIQUES:

Phosphore . . . . .	2.60%	Sodium . . . . .	0.60%
Calcium . . . . .	1.75%	Potassium . . . . .	2.50%
Magnésium . . . . .	0.25%	Protéines . . . . .	17.68%
Chlore . . . . .	1.26%	Lactose . . . . .	61.17%
Fer . . . . .	0.036%	Acide lactique . . . . .	0.50%

### POSOLOGIE:

DOSES thérapeutiques: 2 ou 3 cuillerées à thé, deux fois par jour.

DOSES prophylactiques: 1 cuil. à thé deux fois par jour.

*Prendre LACTO-BIOS dans un peu de lait  
ou d'eau sucrée avant les repas.*

**HEMO-VITOL**

**MONODIUM**

**PROCARDINE**

**TONISEDINE**

**VOMICIDE**

**AMINOVITOL**



*Laboratoire*

**MAROIS**

*Montréal*

# OXYCHOLINE

TROUVE SON CHAMP D'ACTION DANS L'ENGORGE-  
MENT DU FOIE, LA CHOLÉCYSTITE, LA LITHIASE  
ET LA CIRRHOSE BILIAIRES

Dans l'insuffisance hépatique, le déficit biliaire doit être compensé à cause de l'indigestion des gras. L'agent puissant qui servira à la transformation de ces derniers sera l'acide déoxycholique qui augmentera la sécrétion biliaire sans nuire à la vésicule. Il entre dans la proportion d'un cinquième dans la sécrétion quotidienne d'acide biliaire.

Nous joignons à son action celle de l'extrait de foie indiquée dans toutes les formes d'insuffisance hépatique légère secondaires aux infections et aux intoxications aiguës ou chroniques.

**Ne devra pas être prescrit** dans l'hépatite aiguë et l'obstruction complète des conduits.

POSOLOGIE: Un à deux comprimés deux ou trois fois par jour, après les repas.

8 9 10 11 12 13 14

## réponse en deux semaines

Lorsqu'on croit être en présence d'un cas de ménopause masculine, mais que le diagnostic n'a pas été définitivement établi, un test thérapeutique à l'ORÉTON (propionate de testostérone) donnera la réponse en deux semaines. Si les symptômes proviennent d'une déficience androgénique, ils seront soulagés par des injections intramusculaires d'hormone sexuelle masculine sous forme d'ORÉTON à raison de 25 mg. par jour, cinq jours par semaine pendant deux semaines. Les manifestations de la ménopause masculine peuvent ensuite être enrayées par l'injection de la même dose deux ou trois fois par semaine, et l'équilibre éventuellement rétabli peut être maintenu au moyen de Comprimés d'ORÉTON-M (méthyl testostérone).

# ORÉTON

ORÉTON (propionate de testostérone dans l'huile), pour injection intramusculaire: Ampoules de 1 cc. contenant 5, 10 et 25 mg., en boîtes de 3, 6 et 50. Fioles multidoses de 10 cc., contenant 25 mg. par cc., en boîtes contenant 1 fiole chacune. ORÉTON-M (méthyl testostérone), Comprimés de 10 mg., en boîtes de 15, 30 et 100.

ORÉTON et ORÉTON-M—Noms Déposés



*Schering*

CORPORATION LIMITED  
137 RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL 1, P.Q.



## POUR L'ANTISEPSIE CHIRURGICALE

Le Chlorure de Zephiran est un germicide d'une grande efficacité bactéricide et bactériostatique. Dilué selon les indications, il est non irritant et très peu toxique pour les tissus cellulaires.

Le Chlorure de Zephiran possède des propriétés détersives, kératolytiques et émulsives susceptibles de favoriser l'imprégnation de la surface des tissus, ce qui a pour effet de faciliter l'enlèvement de la saleté, du gras de l'épiderme et de la peau en desquamation.

Présentation: TEINTURE 1:1000 colorée, ne tache pas.

SOLUTION AQUEUSE 1:1000  
et concentrée à 12.8%.

Demandez la brochure descriptive.

ZEPHIRAN, marque de  
commerce enregistrée  
aux Etats-Unis et au Canada

# CHLORURE DE ZEPHIRAN

MARQUE DU CHLORURE DE BENZALKONIUM RAFFINÉ

*Winthrop*

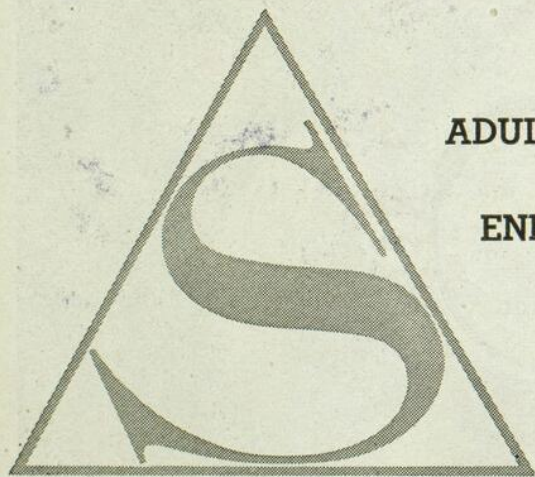
CHEMICAL COMPANY, INC.  
New York 13, N. Y. - Windsor, Ont.



SENNOSIDES **A & B**

# GLYSENNID

**DANS LA CONSTIPATION  
ATONIQUE**



**ADULTES: 2 à 4 comprimés par jour**

**ENFANTS: 1 à 2 comprimés par jour**

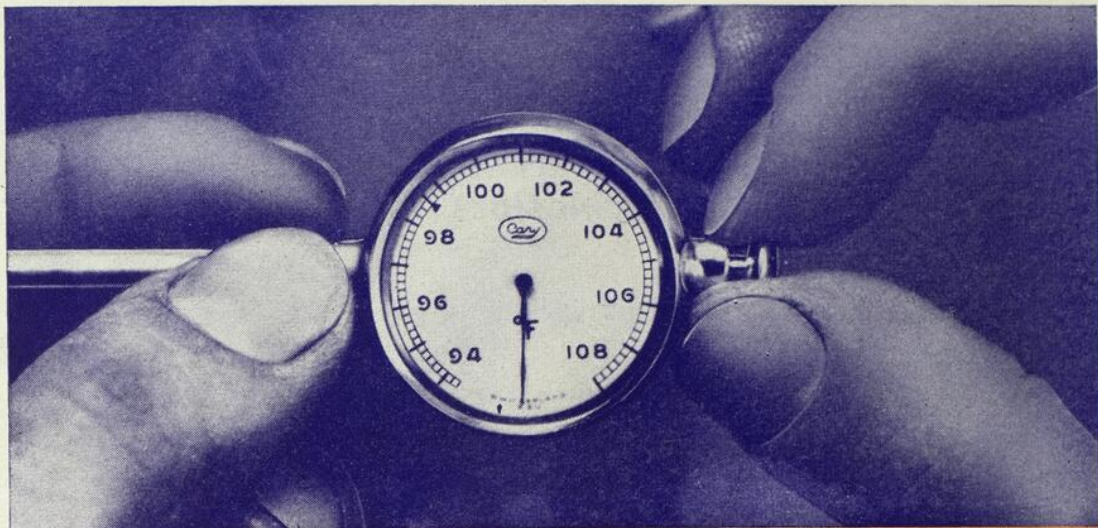
*Echantillons et documentation  
sur demande*



**SANDOZ** DIVISION PHARMACEUTIQUE

THE WINGATE CHEMICAL COMPANY LTD.

MONTREAL

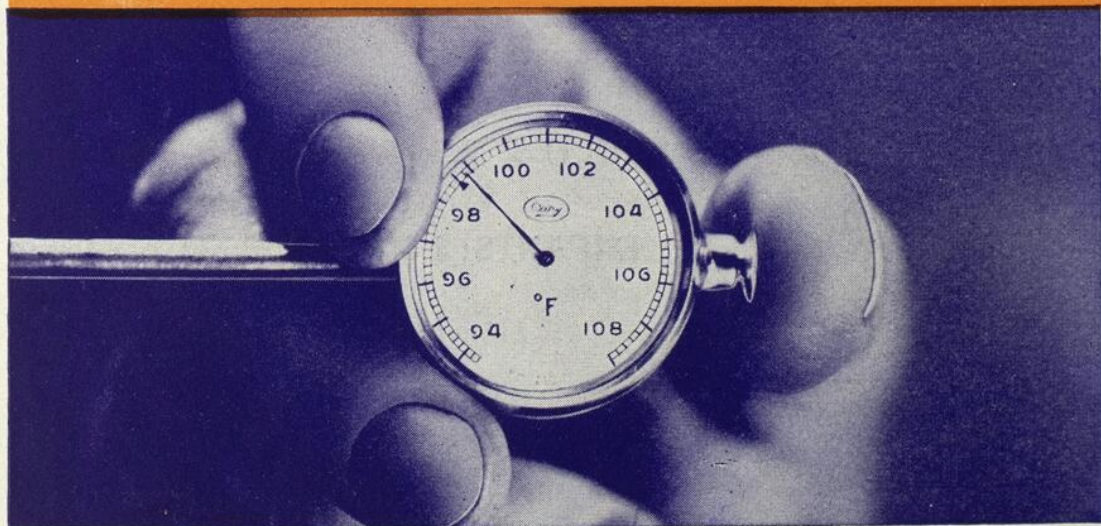


*Enfin*

# UN THERMOMÈTRE CLINIQUE

*Parfaitement*

## LISIBLE

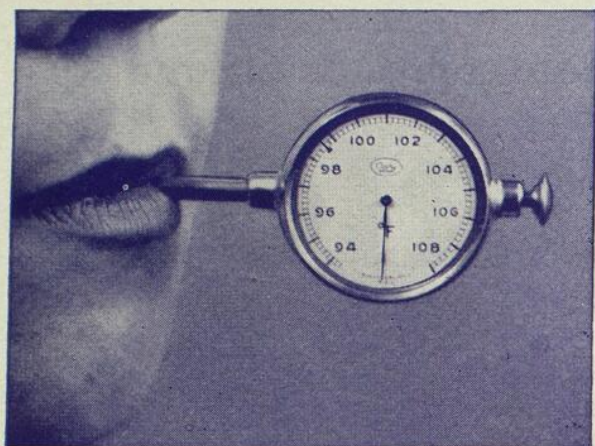


Représentant au Canada

Brevet canadien No 336,861

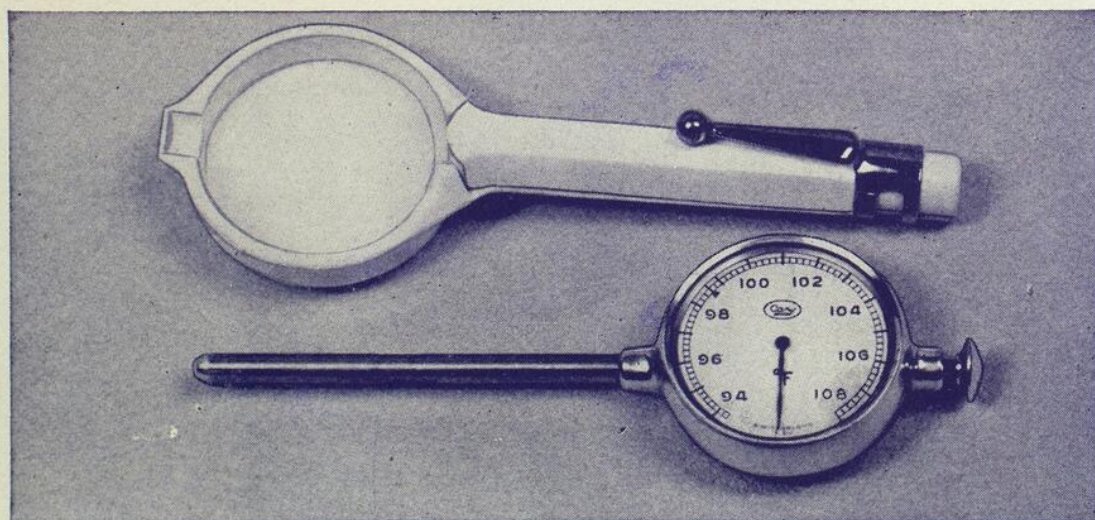
**ASGRAIN & HARBONNEAU**  
Limitée

MONTRÉAL



- Lisibilité parfaite
- Précision définitive
- Insensibilité au choc
- A l'épreuve de l'humidité
- Tige d'acier inoxydable
- De manipulation facile
- Mouvement de chronomètre à dé clic

# ***DIALVUE***



Littérature, renseignements et prix sur demande.

"Un Nouveau Médicament en Obstétrique"

# PARTURIOL

(OCYTO-NARGENOL RM206)



Hâte le Travail,

Atténue la Douleur,

Conserve la Lucidité.

**FORMULE:**

Campho-Sulfonate de dihydroxycodéinone . . .	0.0075
" " de scopolamine . . . . .	0.0002
" " d'éphédrine . . . . .	0.02
Sulfate de Spartéine . . . . .	0.08
Phényl-propionate de dihydroxycodéinone . . .	0.005
Sérum physiologique . . . . .	q.s. pour 2 c.c.

**PRÉSENTATION:**

Boîte de 3 ampoules 2 c.c.

Boîte de 50 ampoules 2 c.c. (format hôpital).

**MODE D'EMPLOI:**

Injection initiale intramusculaire: 4 c.c.

Injection de rappel, au besoin: 2 c.c.

ÉTUDE PHARMACOLOGIQUE ET CLINIQUE  
À LA DISPOSITION DE MM. LES MÉDECINS

TOMBE SOUS LE COUP DES LOIS RÉGISSANT LES NARCOTIQUES

Licence Laboratoires "CLIN"

20, rue des Fossés-Saint-Jacques,  
PARIS — France

Agents Exclusifs pour le Canada:

**VINANT** Limitée  
200, rue Vallée, MONTRÉAL

# Saveur agréable Protéines Prédigérées

OFFRANT SOUS FORME DE POUDRE  
TOUS LES ACIDES AMINES ESSENTIELS

## SAVEUR AGREABLE

Jusqu'à aujourd'hui beaucoup de médecins ont hésité à prescrire les protéines prédigérées à cause du goût désagréable de la plupart des préparations.

Les produits "PROTENOL" offrent les protéines prédigérées sous une forme acceptable même aux plus difficiles.

## R A PRIX REDUIT

L'accueil fait aux "ProténoL" par la profession médicale au Canada, a eu comme résultat une demande sans cesse croissante, permettant d'en augmenter la production et d'en diminuer considérablement le coût au patient.

### PROTENOL "75"

Concentration à 75% de protéines prédigérées additionnées de cacao.

INDICATIONS: Alimentation pré et post-opératoire — convalescence — toutes conditions d'hypoprotéinémie.

Se présente en flacons de 4½ et 12 onces et en jarres de 3¼ livres.

Chaque once apporte 21.3 grammes de protéines prédigérées. A dissoudre dans du lait ou de l'eau. Sucre au goût.

### PROTENOL "30"

Concentration à 30% de protéines prédigérées avec comme base un mélange d'hydrates de carbone.

S'emploie durant la convalescence dans toutes les conditions de déficience en protéines et comme complément du régime alimentaire de l'enfance et du vieil âge. Se présente en flacons de 4½ et 13 onces et en jarres de 4 livres. Chaque once apporte approximativement 8.5 grammes de protéines prédigérées.

A dissoudre dans du lait ou de l'eau. Sucre au goût.

Une nouvelle brochure: "Protéines, Acides Aminés et la Pratique Médicale" ainsi que des flacons d'essai



Mowatt & Moore Ltd  
PRODUITS PHARMACEUTIQUES  
DE CHOIX  
MONTREAL



## Calme *préopératoire* et bien-être *postopératoire*

Le Demerol, analgésique puissant, antispasmodique et sédatif, calme rapidement l'appréhension et l'excitation qui précèdent l'intervention chirurgicale. Outre la sédation psychique, le Demerol favorise l'anesthésie, diminue la quantité de substance anesthésique requise et supprime efficacement les sécrétions. Comparé à la morphine, le Demerol n'entraîne pratiquement aucun risque de dépression respiratoire et occasionne beaucoup moins de nausées et de vomissements.

Le bien-être **POSTOPÉRATOIRE** est assuré sans gêner le réflexe de la toux ou de la motilité intestinale, et sans danger appréciable de rétention urinaire. Les malades de tous âges, indépendamment du genre de chirurgie ou de la gravité du mal, répondent favorablement au médicament. Ampoules (2 cc., 100 mg.); fioles (30 cc., 50 mg./cc.); comprimés (50 mg.); poudre (15 gm.) pour fins d'ordonnances.

Accepté par le Conseil  
Amer. Med. Association

## **DEMEROL HYDROCHLORIDE**

*Marque du chlorhydrate meperidine (isonipecaïne)*

Avertissement: Sujet à accoutumance.

Prescription pour narcotiques requise.

DOCUMENTATION ENVOYÉE SUR DEMANDE

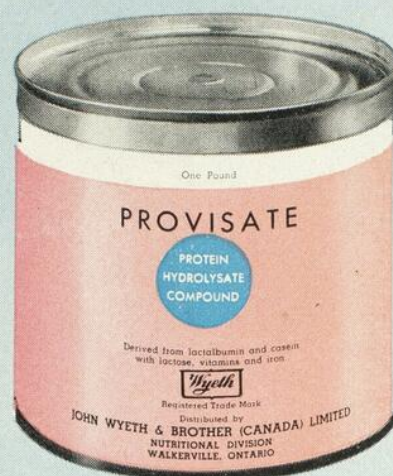
*Winthrop*

**CHEMICAL COMPANY, INC.**  
New York 13, N. Y. - Windsor, Ont.

DEMEROL, marque de commerce enregistrée.

# MAINTENANT

**Produit amino acide que  
votre patient aimera à  
prendre**



**PROVISATE**—Supplément alimentaire protéiné au goût délicat de chocolat.—Provisate associe les amino acides, les vitamines essentielles, l'hydrate de carbone et le fer—et il est agréable au goût. Mélangé avec du lait ou d'autres liquides, Provisate produit une liqueur délicieuse.

#### 100 GRAMMES DE PROVISATE CONTIENNENT:

Protéine, polypeptides et acides aminés (alanine, arginine, acide asparatique, cystine, acide glutamique, glycine, histidine, acide hydroxyproline, isoleucine, leucine, lysine, méthionine, phénylalanine, proline, serine, thréonine, tryptophane, tyrosine et valine) 50 gm.

Azote total.....	7.0%	
Acide aminé et polypeptide azoté.....	3.6%	
Hydrate de carbone.....		37 gm.
Gras.....		2 gm.
Cendre.....		9 gm.
Calcium.....	1.2%	
Phosphore.....	1.0%	
Humidité.....		2 gm.
Vitamine A.....	8000 unités	U.S.P.
Vitamine D.....	800 unités	U.S.P.
Chlorhydrate de thiamine.....		6 mg.
Riboflavine.....		12 mg.
Niacinamide.....		60 mg.
Acide ascorbique.....		60 mg.
Sulfate ferreux.....		68 mg.

# PROVISATE

Hydrolysate de protéine composé

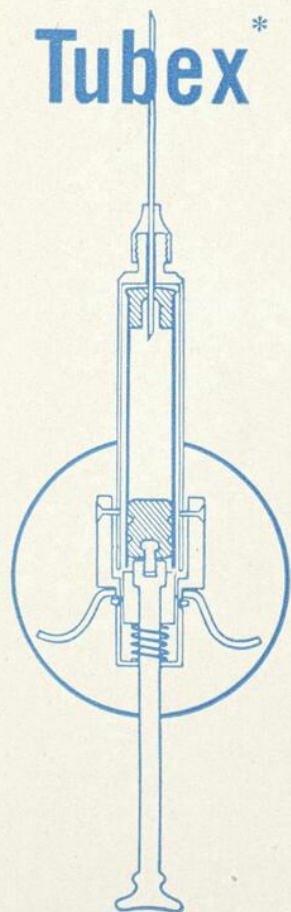
*Wyeth*

Nom Déposé

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



**Tubex\***



## PENICILLINE DANS L'HUILE ET LA CIRE (FORMULE DE ROMANSKY)

*Maintenant dans le commerce, le nécessaire sûr, commode pour injection avec la seringue Tubex*

- La plupart des cas de gonorrhée sont guéris par une injection unique.
- Les injections à pneumocoques, à streptocoques et à staphylocoques cèdent d'ordinaire à un ou deux Tubex par jour.
- Les taux thérapeutiques dans le sang sont maintenus durant vingtquatre heures chez la plupart des patients.

**← L'ensemble Tubex associe la commodité à la sécurité... Par le jeu d'une pression négative (par aspirateur) il est facile de s'assurer avant l'injection qu'on n'a pas pénétré dans un vaisseau sanguin.**

Boîtes de Tubex (1 c.c.) avec seringue Tubex et 6 aiguilles Tubex. Chaque Tubex contient une dose unique de 300,000 unités internationales de pénicilline calcique desséchée dans de l'huile d'arachide avec 4,8% de cire d'abeille. On peut se procurer un seul Tubex avec une aiguille. Mode d'emploi avec chaque emballage.

\*Nom Déposé au Canada

LA SCIENCE AU SERVICE DE LA MEDECINE



FRANK W. HORNER LIMITED  
MONTREAL, CANADA

# BRÛLURE GRAVE

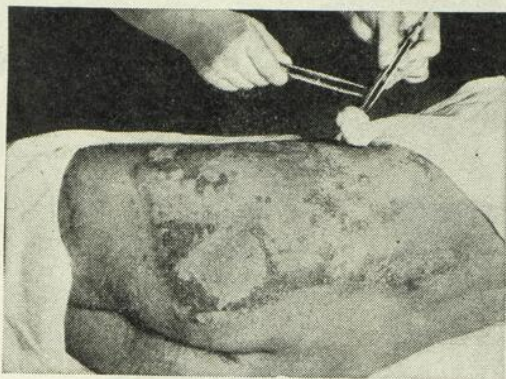


Fig. 1

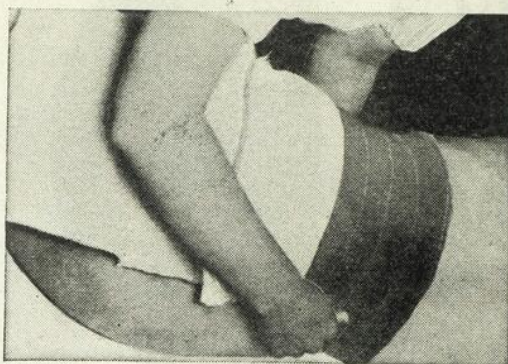


Fig. 2

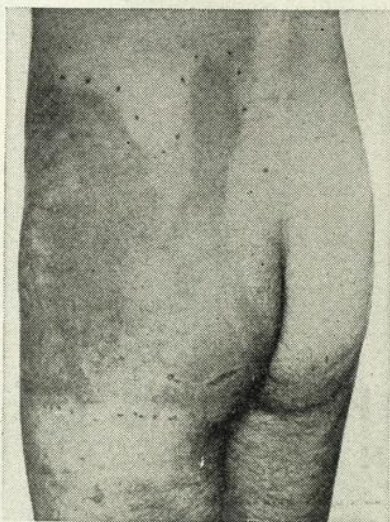


Fig. 3

L'ELASTOCRÈPE est un bandage en tissu élastique, non adhésif, possédant les mêmes qualités uniques d'extension et de retrait que l'ELASTOPLAST. Les bandages en ELASTOCRÈPE doivent être appliqués fortement et également afin d'obtenir le degré de compression ou de soutien recherché. Ils permettent la ventilation et ne gênent pas la circulation. Les bandages en

ELASTOCRÈPE se vendent en bandes de 2, 2½, 3 et 4 pouces de large par 5/6 de verge de long (étendus) — le lavage leur rend leur élasticité.



**Superficie**  
**162 pouces carrés**

Traitement à l'aide de tulle gras,  
pansements élastiques et  
bandes plâtrées

**FICHE MÉDICALE\*** — Le patient, un jeune homme, fut hospitalisé à la suite de brûlure par une couverture électrique. La surface mise au vif mesurait 162 pouces carrés. On fit l'excision de la surface brûlée le même jour. On appliqua du tulle gras (Jelonet) maintenu en place par des bandes plâtrées avec du Gypsona recouvrant toute la superficie: abdomen et cuisse. Le patient reçut une transfusion de sang.

Sept jours plus tard sur toute la superficie atteinte on greffa une mince couche de peau prélevée sur les deux cuisses et on appliqua avec pression un pansement Elastocrêpe qui fut de nouveau maintenu en place au moyen de plâtre Gypsona.

Au bout de 7 semaines le malade reçut son exeat et pouvait reprendre son travail.

Ces détails et ces gravures proviennent d'un cas authentique. T. J. Smith & Nephew Ltd., de Hull, Angleterre, sont heureux de publier cet exemple typique parmi bien d'autres où leurs produits ont été employés avec succès, estimant que les résultats authentiques de ce genre sont d'intérêt général.



Le JELONET (tulle gras) est une gaze complètement et également imprégnée de pétrolatum et de baume du Pérou à 1 pour cent. Il est présenté stérilisé et prêt à servir immédiatement, en boîtes contenant une bande continue de 8 verges ou des morceaux mesurant 3½ pouces par 3½ pouces.

L'ELASTOCRÈPE, le JELONET, l'ELASTOPLAST et le GYPSONA sont des produits de T. J. SMITH & NEPHEW, LTD., Hull, Angleterre.

**SMITH & NEPHEW Ltd.**  
378 ouest, rue Saint-Paul  
Montréal 1, P.Q.

PRATIQUÉE CHEZ SOI OU AILLEURS

# L'ÉPREUVE "ÉCLAIR"

SIMPLIFIE LA RECHERCHE DU SUCRE ET DE L'ACÉTONE DANS LES URINES

PAS D'ÉPROUVETTES

PAS DE DOSAGE

PAS D'ÉBULLITION

Les diabétiques accueilleront avec plaisir l'épreuve "Éclair" (réactif sec prêt à utiliser), en raison de sa simplicité et de sa facilité d'emploi. Pas d'éprouvettes, pas d'ébullition, pas de dosage; simplement un peu de poudre, un peu d'urine — s'il y a présence de sucre ou d'acétone, la modification de couleur se produit à l'instant.

*Galatest*

POUR LA RECHERCHE DU SUCRE  
DANS L'URINE

*Réactif à l'Acétone*

POUR LA RECHERCHE DE L'ACÉTONE  
DANS L'URINE

(DENCO)

LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES

1. UN PEU DE POUDRE



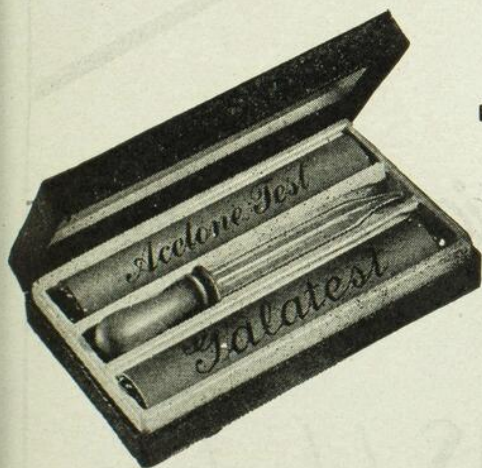
2. UN PEU D'URINE

MODIFICATION DE COULEUR  
INSTANTANÉE

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

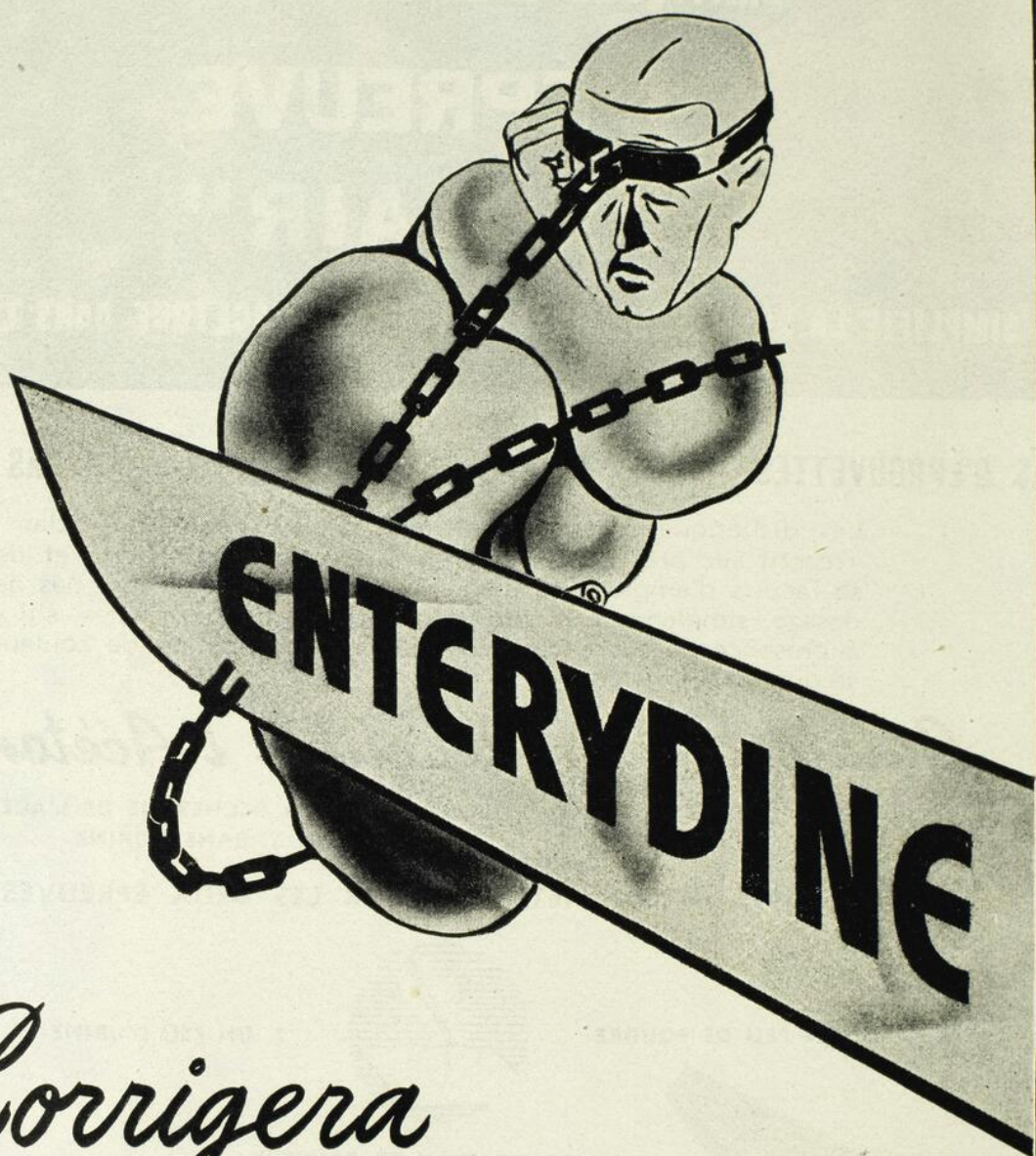
Accepté pour publicité dans le "Journal of the American Medical Association".

NOTICES DESCRIPTIVES SUR DEMANDE



THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

286 ouest, rue St. Paul, Montréal



*Corrigera  
l'engorgement chronique du foie*

*Laboratoires* **DESAUTELS** *Laboratories*  
LIMITÉE MONTREAL CANADA LIMITED

# la volonté de "s'accrocher" et de vivre



Pour "diminuer la sensation de fatigue et d'épuisement, fournir de l'énergie, améliorer l'état d'esprit, soutenir la volonté de s'accrocher et de vivre,"<sup>1</sup> le Medical Research Council a approuvé l'usage de la 'Méthédrine'\* marque désignant le chlorhydrate de d-N-Méthylamphétamine (d-désoxyéphédrine).

A doses plus faibles, la Méthédrine est plus active et plus rapidement efficace que l'amphétamine;<sup>2</sup> elle possède un champ d'action étendu comme stimulant du système nerveux central pour améliorer l'état d'esprit et combattre la dépression.<sup>3</sup>

La Méthédrine se montre particulièrement utile dans les maladies chroniques, après les interventions chirurgicales, dans les néoplasies inopérables, pour réduire la durée de l'anesthésie ou de la narcose et après la période critique de la pneumonie.<sup>4</sup>

Dans la majorité des cas il ne se produit pas de réactions secondaires avec des doses de 5 à 10 mg. Le surdosage a une action générale analogue à celle de l'hyperexcitation sympathique. La 'Méthédrine' ne doit pas se prescrire chez les malades atteints de dégénérescence du myocarde. Une surveillance spéciale doit être exercée chez les sujets âgés et dans les cas d'affections cardio-vasculaires, de thyrotoxicose et d'hypertension.

1. M.R.C. War Memorandum No. 8, H.M.S.O. 1943.
2. M. Record 156:422 (July) 1943.
3. Anesthesiology 7:1 (Jan.) 1946.
4. War Med. 3:60 (Jan.) 1943.

## 'Méthédrine'

\*Marque de Fabrique

Chlorhydrate d-N-Méthylamphétamine



BURROUGHS WELLCOME & CO (The Wellcome Foundation Ltd.) Montreal 2

Comprimés divisibles  
à 5 milligrammes  
Flacons de 100 et de 500

# Méprane

**ŒSTROGÈNE ACTIF  
PAR VOIE BUCCALE**



## 4 Avantages Remarquables

- Soulage rapidement les symptômes ménopausiques.
- Redonne une sensation de bien-être.
- Virtuellement exempt de réactions désagréables.
- Exceptionnellement économique.

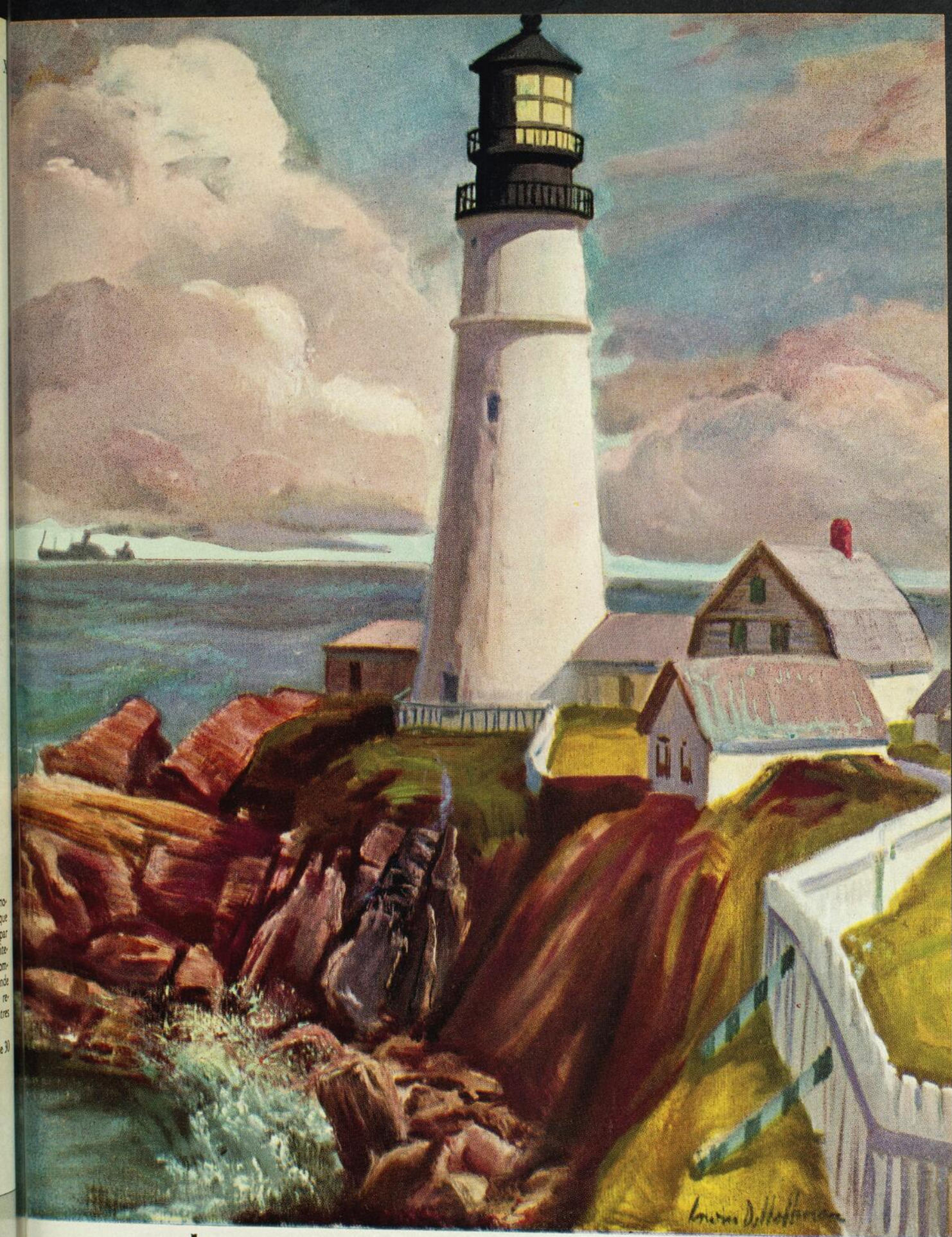
La brillante synthèse de Méprane est le couronnement de huit années de recherches actives attestant l'activité œstrogène et la sûreté clinique de ce produit par voie buccale, sans les désavantages du diethylstilboestrol. Les médecins disposent maintenant d'une œstrogénothérapie économique ne comportant pas de risque de gêner la malade ou de ne procurer qu'un soulagement incomplet des symptômes ménopausiques.

**Posologie:** Dans la ménopause, traitement d'attaque — 1 comprimé trois fois par jour après les repas; traitement d'entretien — 1 à 2 comprimés par jour. Sur demande nous enverrons la dose recommandée dans d'autres états.

**Présentation:** Boîtes de 30 et de 100 comprimés.



**REED & CARNRICK (CANADA) LTD.**  
TORONTO, ONTARIO, CANADA



rayon d'espoir pour l'enfant

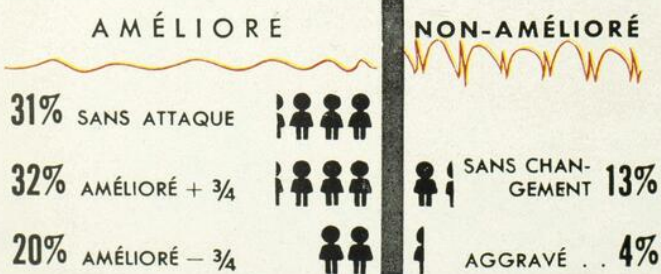
atteint de *Petit Mal*



## L'avantage d'être comme les autres enfants

**POUR L'ENFANT ATTEINT DE PETIT MAL,** d'attaques cloniques ou acinétiques, le peu d'espoir qu'il a de pouvoir surmonter son affliction, est une faible consolation pour compenser à ses années perdues hors du monde normal de l'enfance. Lui — et ses parents — ne demandent pas mieux qu'il soit comme les autres enfants. A présent, dans la grande majorité des cas, ce don magnifique peut être accordé aux victimes de la triade du petit mal — grâce à la Trimedone, récemment découverte et développée par les Laboratoires Abbott. Le tableau ci-dessous indique les résultats d'une récente investigation.<sup>1</sup> Aucun des 166 patients n'avait obtenu de soulagement assuré à la suite de traitements antérieurs. Quelques-uns ont été exempts d'attaques pendant plusieurs mois après l'arrêt du traitement. La Trimedone, employée conjointement avec d'autres traitements antiépileptiques, s'est aussi montrée efficace dans certains cas d'attaques psycho-motrices. Si vous désirez obtenir la littérature descriptive et les références sur les écrits récents concernant la Trimedone, écrivez aux LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE, MONTRÉAL 9, P.Q.

Effet de la Trimedone dans 166 cas d'attaque de la Triade du Petit Mal



**TRIMEDONE**  
(Autrefois TRIDIONE)  
 (TRIMETHADIONE, ABBOTT)

<sup>1</sup> Johnson, W.G. (1947). Tridione in the Treatment of Epilepsy, J. Amer. Med. Assn., 134:138-43, May 10.

---

---

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 75:

MM. Allard (Eugène); Amyot (Roma); Arcand (Arthur); Archambault (Jules); Archambault (Paul-René); Badeaux (François); Beaudoin (Hervé); Beaudry (Maurice); Beaulieu (Roger); Beauregard (Jean-Marie); Bécère (Claude); Bélisle (Maurice); Bélisle (Philippe); Bertrand (Albert); Bisson (Christophe); Blain (Emile); Blanchard (G.-A.); Boisvert (Raymond); Bombardier (J.-P.); Bonnier (Maurice); Boucher (Roméo); Boudreau (Marcel-A.); Bourgeois (Paul); Bousquet (Jean-Paul); Brodeur (Paul); Brun (José F.); Bruneau (Jacques); Cantero (Antonio); Cauchon (Roland); Cayer (Lomer); Champeau (Jean); Charbonneau (J.-H.); Charest (F.); Charest (G.); Charpy (J.); Chicoine (Paul); Clermont (Moïse); Côté (G.-Léo); Courchesne (Georges-H.); Cousineau (Georges); Couture (Ernest); Dandurand (René); David (Paul); Demers (F.-X.); Desjardins (Edouard); Doré (Réal); Duberger (R.-L.); Dufresne (Origène); Dufresne (Roger-R.); Dumas (Paul); Dussault (Roland); Fauteux (Mercier); Finland (Maxwell); Fortier (de la Broquerie); Frappier (Armand); Frégault (Guy); Gagnon (Arthur); Gagnon (Jacques); Gariépy (J.-U.); Gariépy (L.-Henri); Gauthier (Fernand); Gauthier (P.); Gélinas (Henri); Gérin-Lajoie (Léon); Gilbert (Jules); Gratton (Armand); Grégoire (Fernand); Grégoire (Georges); Groleau (Lionel); Groulx (Adéland); Houot (A.); Jobin (Pierre); Julien (P.-E.); Jutras (Albert); Laberge (Lasalle); Lacasse (Gustave); Lachance (Roger); Lacharité

(Hervé); Laliberté (Henri); Lambert (Adrien); Laperrière (Vincent); Lapière (Gaston); Larichellière (Raymond); Laroche (A.-G.); Latraverse (V.); Laurier (Yvon); Lauzer (Rosaire); Leblond (Sylvio); Leblond (Wilfrid); Lefrançois (Charles); Legault (Jean-Paul); Léger (Jean-Louis); Lépine (Edgar); LeSage (Albert); LeSage (Jean); L'Espérance (A.); Lessard (Richard); Letendre (Paul); Letondal (Paul); Longpré (Daniel); Longtin (Léon); P. L.; Maranda (E.); Marin (Albéric); Marion (Donatien); Marion (Pierre); Morin (Eustace); Morissette (Léopold); Noël (Victor); Panisset (Maurice); Paquet (Adrien); Paquette (J.-Philippe); Paré (Louis); Pesant (Laurent); Pettigrew (Ant.); Pichette (Henri); Pinsonneault (G.); Plamondon (Marcel); Plichet (André); Plouffe (Adrien); Poliquin (Paul-A.); Pouliot (Ant.); Prévost (Jules); Riopelle (Joseph-Luc); Rioux (Armand); Rochette (Roméo); Roy (Louis-Philippe); Saint-Martin (Maurice); Samson (J.-Ed.); Sanche Hector); Saucier (Jean); Selye (Hans); Simard (Raymond); Simonnet (Henri); Sirois (Jean); Smith (Henri); Smith (Pierre); St-Onge (Gérard); Sylvestre (J.-Ernest); Sylvestre (Lucien); Tagnon (Henri-J.); Tétreault (Adéland); Têtu (Félix); Thébaud (Jules); Thibault (Eugène); Tourangeau (F.-J.); Tremblay (Jean); Turcotte (M.); Vachon (Malcolm); Vallée (Louis-Yvan); Valois (Antoine); Vézina (Norbert); Vidal (J.-A.); Voyer (Victorin); Wallis (Robert).

---

---

Messieurs, dans le monde actuel, les médecins et les chirurgiens sont des êtres privilégiés. Au siècle de la machine, du travail à la chaîne, il n'est presque plus personne qui soit heureux. La foi religieuse a presque disparu. Presque plus personne n'a comme but d'augmenter la valeur de sa propre personnalité: faire son salut, ce qui voulait dire être le meilleur possible pour soi-même, n'a plus de sens. On poursuit, à la vitesse de l'avion, un bonheur matériel chimérique, parce qu'il doit être tous les jours renouvelé.

Rares même sont ceux auxquels leur travail apporte un pur bonheur. Les capitaines d'industrie ne peuvent réaliser leurs conceptions qu'au prix de l'esclavage de millions d'êtres. Les ouvriers, mués en machines inférieures, n'ont plus les satisfactions manuelles et intellectuelles de l'artisan d'autrefois; leur ennui, leur effort, ne paient point.

Presque seuls dans le monde avec les artistes, les savants et les vrais paysans, les médecins et les chirurgiens ont encore le bonheur de réaliser de leurs mains leur propre conception, et sans sacrifice du bonheur des autres.

Bien plus, directement, ils peuvent créer du bonheur humain. Celui qui rend un enfant à sa mère, un fiancé à une femme, crée un bonheur dont n'approche aucune manifestation de T. S. F., aucune course vertigineuse d'avion. Il répand une joie qui tient à la chair même de l'homme, et qui est vieille comme l'homme lui-même.

Il représente, dans l'humanité sauvage actuelle, une race d'hommes rares, dont le but essentiel est de vaincre la souffrance et la mort.

Messieurs, restons de cette race d'hommes!

Clovis VINCENT.

## BULLETIN

---

### LES LEÇONS D'UN CENTENAIRE

Quand ces lignes paraîtront, les fêtes du centenaire de notre Collège des médecins auront vécu. Ces fêtes furent un hommage à la mémoire des fondateurs; il ne faudrait pas toutefois qu'elles ne fussent que cela.

Il est digne et recommandable de vouer à ses ancêtres un culte respectable et d'attacher aux actes des anciens une importance réelle; il est vain toutefois de limiter ses efforts au rappel des faits historiques du passé.

Il faut vivre intensément; la vie ne vaut que si elle est active et féconde; elle n'a de prix que pleine et riche d'idéal.

Au lendemain du centenaire, c'est au devenir de la profession médicale que nous pensons. La pratique de l'art de guérir ne s'est nullement modifiée chez nous, dans son essence tout au moins; la responsabilité du médecin, soumise, bien entendu, à la loi morale, n'est toujours régie que par des règles disciplinaires respectant la liberté individuelle; le contrôle administratif du médecin nous est inconnu, sauf dans l'application de certaines lois spéciales.

Il n'en va pas de même dans tous les pays, en Angleterre et en France par exemple. Le corps médical anglais est en lutte ouverte avec les autorités de l'Etat, la profession médicale est en France soumise au jeu des Assurances sociales et aux aléas qu'elles comportent.

Préparons-nous à affronter les tenants de l'étatisation de la médecine. De bons apôtres, qui se disent sociologues, prêchent la réforme; ils excipent de certaines de nos déficiences et font grand état de la pénurie de praticiens en certaines régions.

Ils peuvent n'avoir pas tout à fait tort; ils n'ont sûrement pas complètement raison. S'ils sont sincères, nous pouvons les amener à composition. Et cela, non seulement en paroles et par de puissants écrits, mais surtout par nos actes, par l'exercice sans parcimonie des fonctions que nous avons librement choisies et sans nous éloigner des principes directeurs que depuis Hippocrate on demande des

disciples d'Esculape. Il faut que, de nos jours comme dans le passé, le mot sacerdoce soit synonyme de médecine.

Il est possible que certains collègues prêtent le flanc à la critique; il est en effet invraisemblable que le malade ne puisse trouver réponse à un appel urgent et qu'il faille des efforts désespérés pour obtenir un secours immédiat. Passe à la rigueur pour les citadins qui ont toujours la ressource de recourir à l'hôpital...

Les progrès scientifiques ne sont pas encore tels que la maladie ou la mort apparaissent à heure fixe, de jour et sur semaine seulement.

Le médecin ne refuse, ne redoute ni ne fuit son devoir et il en remplit les obligations avec une abnégation sans pareille. Malheureusement, il est le plus souvent un individualiste invétéré; il répugne à un remplacement et il ne ressent aucun enthousiasme à faire partie d'une organisation d'ensemble.

La désertion des campagnes par le médecin est le grand argument de la théorie nouvelle; il n'y a qu'à lire les articles de propagande que publient nos quotidiens et qui visent à l'admission au Canada des confrères européens « déplacés ».

L'exode des paroisses non urbaines est un problème d'une extrême gravité qui n'a pas laissé nos gouvernants indifférents. La solution du problème est très ardue, car les causes sont triples: éducationnelles, économiques et sentimentales.

La formation universitaire, qui devient de plus en plus scientifique, inspire à l'étudiant le désir de suivre les méthodes qu'il vient d'acquérir, méthodes qui conviennent aux malades des hôpitaux, mais qui sont d'application peu facile en clientèle rurale.

L'ancienne cléricature était sur ce point excellente, puisque l'élève évoluait dans son milieu naturel et avec les moyens à sa disposition.

La Faculté de Médecine de Montréal s'est grandie en faisant appel à des spécialistes reconnus, quand il s'est agi d'enseigner la médecine industrielle; pourquoi n'inviterait-elle pas certains confrères de la campagne à exposer leurs conceptions de la pratique rurale? La Société Médicale de Montréal a obtenu un franc succès, lorsqu'en 1944, elle a mis au programme d'une de ses séances cinq confrères exerçant hors des grands centres urbains.

Il est indéniable que la population rurale doit prendre sa large part de la disparition de ses médecins; dans trop de paroisses, le sens de la valeur humaine n'existe pas, partant, l'acte médical y est-il méconnu!

Il n'est pas trop tard, nous semble-t-il, pour freiner le mouvement de sécurité sociale qui s'annonce menaçant pour la profession médicale.

La France vient d'édicter un nouveau code de déontologie médicale où les devoirs du médecin sont clairement définis. S'il est bon de toujours proclamer ses droits, il est essentiel de connaître et de pratiquer ses devoirs d'état.

C'est à notre avis, le meilleur remède aux maux présents. Si le médecin n'est pas prêt à servir, il est marqué pour périr.

Ces réflexions paraîtront amères au lendemain de réjouissances; elles s'imposaient à notre sens, de même que devient impérieux le devoir de s'unir avec tous nos confrères du pays, anglais comme français, pour la revendication de nos droits.

Edouard DESJARDINS.

---

## CHIRURGIE INTRACARDIAQUE

### Arrêt temporaire de la circulation par occlusion des veines caves ou de l'artère pulmonaire comme temps préliminaire<sup>1</sup> - Étude expérimentale.

Mercier FAUTEUX<sup>2</sup>.

Il ne fait aucun doute que, s'il était possible d'entrer dans une cavité du cœur sous le contrôle de la vue et des doigts et d'y travailler le temps nécessaire sans risques sérieux, un pas considérable serait réalisé dans le développement de la chirurgie intracardiaque.

Pour opérer dans de telles conditions idéales, il est évident que la circulation du sang dans la cavité cardiaque où l'on se propose d'intervenir doit être suspendue pour un certain temps. L'on sait, par ailleurs, que l'organisme ne peut pas tolérer sans danger de tels arrêts circulatoires. Très rapidement il peut en résulter des effets des plus nocifs sur la musculature cardiaque et les fonctions du cœur. D'autre part, des organes et des tissus essentiels aussi à la vie peuvent devenir altérés au point que la vie n'est plus possible.

Malgré toutes ces objections, j'ai voulu voir ce qu'il adviendrait si la circulation intracardiaque était abolie momentanément et le moins longtemps possible par l'occlusion soit des veines caves, soit de l'artère pulmonaire. J'ai voulu me rendre compte aussi comment un cœur temporairement ischémié par de tels procédés réagirait à différentes opérations intracardiaques. Des expériences furent donc entreprises au cours de 1945 et 1946 au Laboratoire de Chirurgie Expérimentale de l'Université Harvard. Ce sont les faits observés et

les résultats obtenus dans cette investigation que je voudrais rapporter aujourd'hui.

\*  
\* \*

#### MÉTHODES

Vingt chiens furent utilisés. L'arrêt temporaire de la circulation fut réalisé chez six chiens par l'occlusion des deux veines caves à leur entrée dans l'oreillette droite; chez quatorze chiens par l'occlusion de l'artère pulmonaire à son origine.

Les animaux furent anesthésiés au Nembutal intraveineux. Toutes les interventions furent pratiquées dans des conditions aseptiques. Une fois le thorax ouvert, la respiration fut maintenue sous pression positive à l'aide de la pompe d'Erlanger. Dans la plupart des expériences, la pression carotidienne fut enregistrée. Des tracés électrocardiographiques furent pris avant, pendant, et après chaque opération.

La région du cœur fut abordée par la résection partielle des deuxième et troisième côtes gauches. La plèvre fut incisée et le poumon gauche récliné vers la gauche où il fut maintenu en place à l'aide d'une compresse large, humide et chaude. Le péricarde fut ouvert longitudinalement et transversalement.

Dans le groupe de chiens où l'occlusion des deux veines caves fut pratiquée, les deux vaisseaux furent libérés sur une très courte distance au niveau de l'oreillette droite. Toujours les précautions nécessaires furent prises pour voir et disséquer la veine azygos qui devait être incluse dans l'occlusion de la veine cave

1. Ce travail fut entrepris grâce à une contribution de «The John and Mary R. Markle Foundation», New-York.

2. Directeur des recherches cardiovasculaires aux Laboratoires de Chirurgie Expérimentale de l'Université McGill et chargé de la chirurgie du cœur à l'hôpital Royal Victoria.

supérieure afin d'avoir une cavité cardiaque droite absolument étanche. Une fois les vaisseaux libérés, un ruban de coton d'environ un demi-centimètre de largeur fut passé au-dessous de la veine cave supérieure et de la veine azygos, un ruban identique fut aussi passé au-dessous de la veine cave inférieure. L'occlusion totale des vaisseaux fut obtenue par la traction des extrémités libres des rubans, lesquels furent maintenus en place par l'application d'un clamp sur chacun d'eux.

Dans le groupe de chiens où l'occlusion de l'artère pulmonaire fut pratiquée, ce vaisseau fut libéré complètement de l'aorte à son origine. Au cours des manœuvres pour libérer le vaisseau, de nombreuses applications de novocaïne à deux pour cent furent faites à la base du cœur afin de prévenir l'apparition de réflexes dépresseurs qui généralement entraînent des chutes de pression importantes. La même technique utilisée pour l'occlusion des veines caves fut employée pour l'occlusion totale de l'artère pulmonaire.

Dans les cas où le cœur n'a pas eu la force nécessaire pour reprendre ses fonctions ou s'est mis à fibriller, les procédés de resuscitation du cœur que j'ai mis au point et publiés ailleurs furent employés<sup>1</sup>.

A la fin de l'intervention, le péricarde fut toujours laissé largement ouvert. Aucun drainage ne fut fait. La paroi thoracique fut suturée, après aspiration de l'air qui se trouvait dans la cavité thoracique.

#### I. — *Occlusion temporaire des deux veines caves.*

Protocole 1. Chien n° 186-44. Immédiatement après l'occlusion des deux vaisseaux, la pression artérielle tombe à zéro. Le cœur, cependant, continue à battre avec force et normalement. Le ventricule droit est incisé dans une région dépourvue de vaisseaux coronariens à la surface. Les lèvres de la plaie myocardique ne saignent pas. Avec le doigt,

l'on explore avec précaution la cavité ventriculaire. Il semble bien que cette manœuvre est faite de telle façon qu'aucune stimulation exagérée de l'endocarde ne puisse survenir. Cependant le doigt n'est pas dans la cavité ventriculaire depuis plus d'une à deux secondes qu'apparaît la fibrillation ventriculaire, soit deux minutes et quarante-cinq secondes après le début de l'occlusion des veines caves. L'on ne se préoccupe pas de cette complication, et pendant que le cœur fibrille la plaie ventriculaire est suturée. Ce travail terminé, soit six minutes après le début de l'occlusion des veines caves, la circulation est rétablie. Le cœur est alors défibrillé et resuscité. L'intervalle durant lequel il n'y a pas eu de circulation naturelle fut exactement neuf minutes. L'opération est terminée. Le lendemain, le chien est vivant mais inconscient. Il meurt 18 heures après l'occlusion des veines caves, vraisemblablement de dommage cérébral causé par une période d'ischémie trop prolongée. (Voir fig. nos 1 et 2.)

Protocole 2. Chien n° 192-45. Immédiatement après l'occlusion des deux veines caves, le ventricule droit est incisé dans une région dépourvue de vaisseaux coronariens à la surface. Une portion de la valvule tricuspide est réséquée. La plaie ventriculaire est suturée. Rétablissement de la circulation trois minutes et vingt-deux secondes après le début de l'occlusion. Le cœur, qui a presque cessé de battre, reprend immédiatement des contractions. Celles-ci sont, cependant, tellement faibles qu'il est évident que le cœur ne propulse pas le sang. Afin de stimuler le cœur, l'on injecte un demi-centimètre cube de la solution d'adrénaline 1:1000 dans l'auricule gauche. Les contractions deviennent énergiques et accélérées. L'opération se termine sans incident. L'animal semble en bon état. Il meurt environ une heure après l'intervention. L'autopsie révèle des bulles d'air dans les vaisseaux coronariens.

Protocole 3. Chien n° 312-45. Immédiatement après l'occlusion des deux veines caves, la pression artérielle tombe à zéro en une

1. Ces procédés furent rapportés dans une communication à la convention de l'« American Association for Thoracic Surgery », à Détroit, le 31 mai 1946.

minute. L'infundibulum est incisé et les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire sont attachées avec une solution de phénol à lève graduellement. Mais elle redescend bientôt à zéro. Le cœur droit est très dilaté. Massage du cœur. La fibrillation ventriculaire se

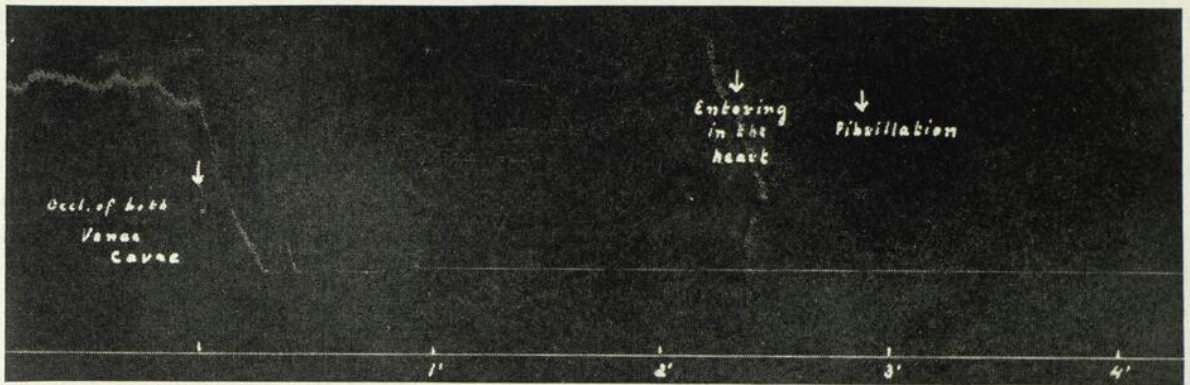


Fig. n° 1. — Chien n° 186-44. Tracé de la pression carotidienne au cours de l'occlusion des deux veines caves suivie d'une intervention intracardiaque. Notez la chute de la pression artérielle qui reste à zéro. Deux minutes et quinze secondes environ après le début de l'occlusion, le doigt explore la cavité ventriculaire droite. En quelques secondes, cette stimulation endocardiaque détermine la fibrillation ventriculaire. L'on ne se préoccupe pas de cette complication. La plaie ventriculaire est suturée.

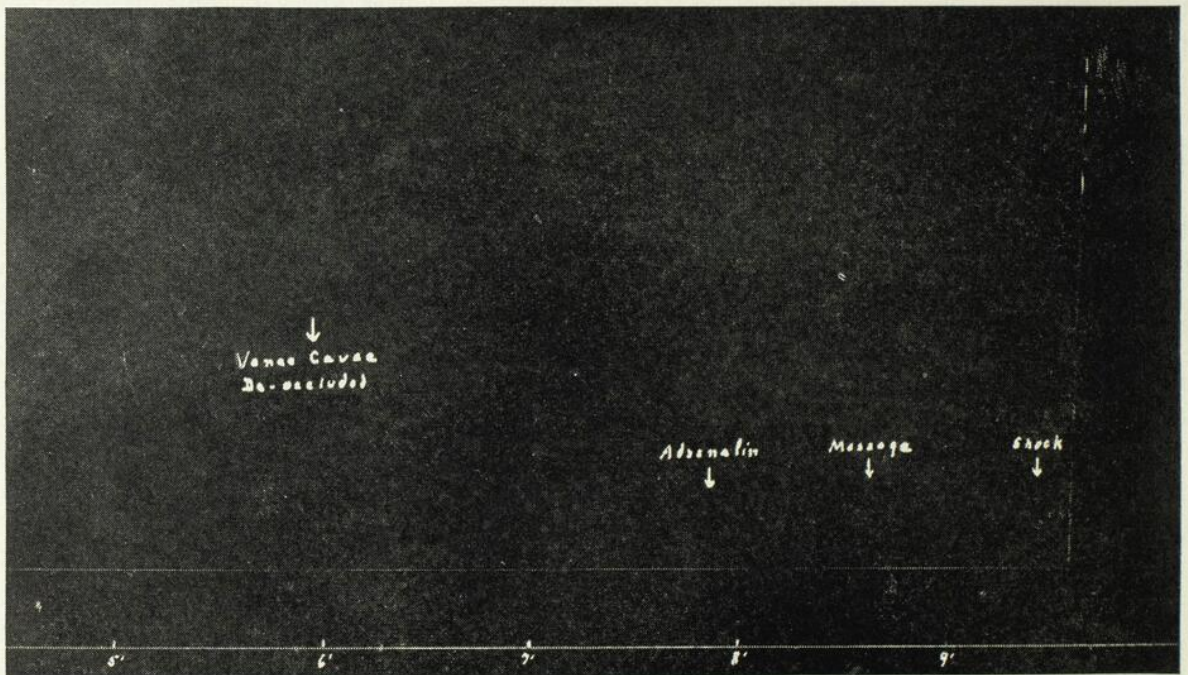


Fig. n° 2. — Chien n° 186-44. Continuation de la précédente figure. Six minutes après le début de l'arrêt circulatoire, les deux veines caves sont désoccluses. Le cœur fibrille toujours et la pression artérielle demeure à zéro. A la huitième minute après le début de l'occlusion, injection d'adrénaline par voie auriculaire. La pression artérielle ne s'élève pas. Le massage du cœur pratiqué presque immédiatement après n'élève pas la pression artérielle. L'administration de chocs électriques sur le cœur ressuscite immédiatement l'organe. La pression artérielle s'élève verticalement à 105 mm. de mercure.

50 pour cent. La plaie myocardique est suturée. La circulation est rétablie trois minutes et quarante-cinq secondes après le début de l'occlusion. Aussitôt la pression artérielle s'é-

développe. Le cœur est ressuscité sept minutes et quinze secondes après le début de l'occlusion des veines caves. A la fin de l'opération, le chien semble en bon état. La pression arté-

rielle se maintient à un bon niveau, le pouls est régulier et de bon volume, la respiration reprend quelques instants après que la respiration artificielle a cessé. Elle s'arrête quelques minutes plus tard. Le cœur bat normalement pendant ce temps. La respiration artificielle est rétablie pour un certain temps. Lorsqu'on l'abandonne, le chien reprend des mouvements respiratoires spontanés qui ces-

est suturée. La circulation est rétablie cinq minutes et trente secondes après le début de l'occlusion. A ce moment le cœur se contracte à peine. La pression artérielle ne se relève pas et demeure à zéro. Une seconde plus tard, massage du cœur. La fibrillation ventriculaire s'installe immédiatement. Le cœur est ressuscité. L'opération est terminée. Le chien semble se comporter normalement. Il respire nor-

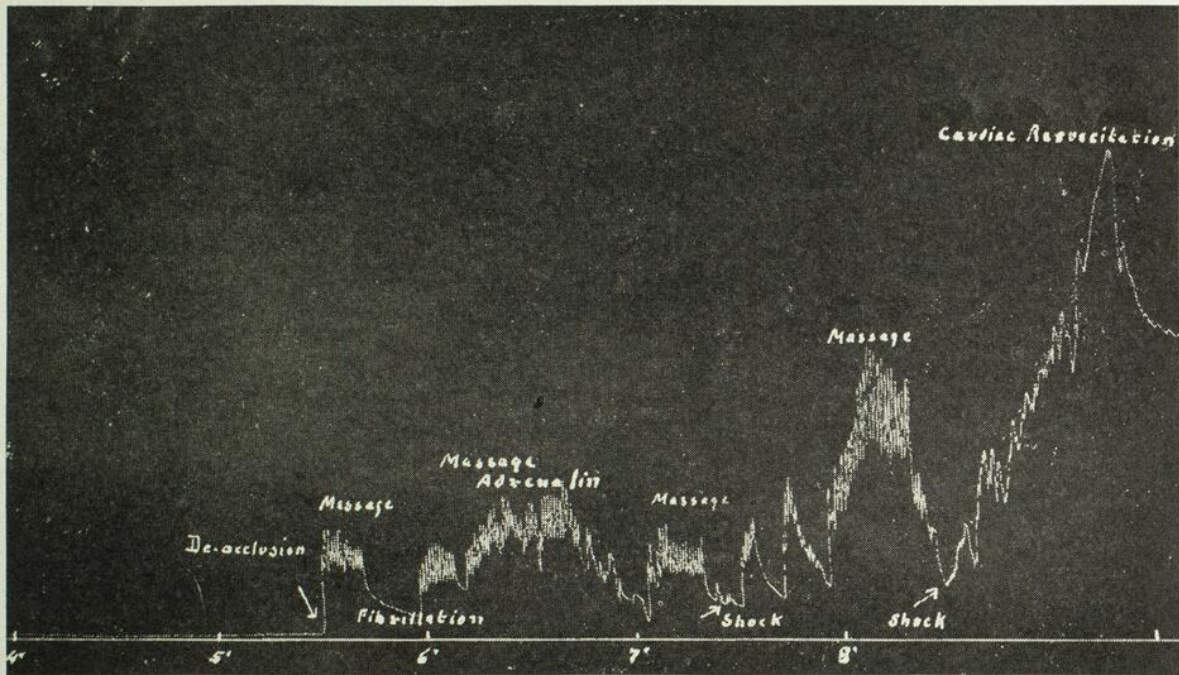


Fig. n° 3. — Chien n° 313-45. Tracé de la pression carotidienne au cours de l'occlusion des deux veines caves suivie d'une intervention intracardiaque. La pression artérielle est à zéro depuis le début de l'occlusion. Cinq minutes et trente secondes après le début de l'arrêt circulatoire, les deux veines caves sont désoccluses. Comme la pression ne s'élève pas et que le cœur se contracte à peine, l'on pratique le massage du cœur. Ce dernier élève quelque peu la pression artérielle. Il entraîne cependant la fibrillation ventriculaire très rapidement. Le massage est continué et l'on injecte de l'adrénaline par voie auriculaire. Après une série de deux chocs électriques sur le cœur, l'organe est ressuscité. Notez que dans cette expérience la pression artérielle ne s'élève que graduellement après réanimation.

sent de nouveau trois à quatre minutes plus tard. L'animal meurt d'asphyxie causée sans aucun doute par dommage des centres respiratoires secondaires à l'ischémie cérébrale.

Protocole 4. Chien n° 313-45. Immédiatement après l'occlusion des deux veines caves, la pression artérielle tombe à zéro en dedans de deux minutes. L'infundibulum est incisé et les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire sont attouchées avec une solution de phénol à 50 pour cent. La plaie myocardique

malement et le pouls est régulier et de bon volume. Il meurt environ une heure après l'opération par arrêt des mouvements respiratoires pendant que le cœur continue à battre pour un certain temps. A l'autopsie, rien n'est trouvé pour expliquer la mort. Cette dernière est sans doute due à un dommage des centres respiratoires par ischémie. (Voir fig. n° 3.)

Protocole 5. Chien n° 316-45. Une fois les deux veines caves oblitérées, l'artère pulmo-

naire est incisée longitudinalement à sa naissance, et les valvules sigmoïdes sont partiellement suturées l'un à l'autre. Suture de l'incision de l'artère pulmonaire. Rétablissement de la circulation quatre minutes et trente secondes après le début de l'occlusion. Le cœur à ce moment se contracte très faiblement et ne peut sûrement pas propulser le sang d'une façon effective. Massage du cœur. Fibrillation ventriculaire immédiate. Le cœur est ressuscité. A la fin de l'opération le chien semble en bon état. Le lendemain matin, il est trouvé mort dans sa cage. Rien à l'autopsie ne peut expliquer la mort si ce n'est un dommage cérébral secondaire à l'ischémie.

Protocole 6. Chien n° 325-45. Après occlusion des deux veines caves, l'artère pulmonaire est incisée à son origine et les deux valvules sigmoïdes sont partiellement suturées. Suture de la plaie de l'artère pulmonaire. La fibrillation ventriculaire apparaît vers la fin de ce temps opératoire. Huit minutes après l'occlusion des deux veines caves, la circulation est rétablie. Le cœur est extrêmement dilaté, sans tonus et fibrillant. Le cœur est ressuscité. Le chien, cependant, meurt en moins d'une heure après l'opération d'insuffisance cardiaque aiguë.

## II. Occlusion temporaire de l'artère pulmonaire.

Protocole 7. Chien n° 239-45. Immédiatement après occlusion de l'artère pulmonaire, la pression artérielle tombe rapidement à zéro. Le cœur droit se dilate. L'auricule gauche est incisée, et la valvule mitrale est sectionnée. La plaie auriculaire est suturée. La circulation est rétablie sept minutes après l'occlusion de l'artère. A ce moment, le cœur est très dilaté et sans tonus. Comme la pression artérielle ne se relève pas, l'on pratique le massage du cœur et l'on injecte deux centimètres cubes de la solution d'adrénaline 1:1000 par voie auriculaire. Le cœur ne réagit pas et reste dans le même état. Des chocs électriques sont appliqués d'une façon rythmée à la surface du cœur. Au début, ce moyen semble amélio-

rer la condition cardiaque. Des contractions apparaissent à chaque stimulation électrique. Mais bientôt la fibrillation ventriculaire apparaît. Le cœur est défibrillé, mais toutes les tentatives pour le ressusciter demeurent sans résultat. La mort est attribuée à une insuffisance aiguë du ventricule droit.

Protocole 8. Chien n° 267-45. Immédiatement après occlusion de l'artère pulmonaire, la pression artérielle tombe à zéro en une minute. Aucune intervention intracardiaque. L'on se contente d'observer les réactions du cœur. Dilatation progressive du cœur droit. Au bout de trois minutes d'arrêt circulatoire, la circulation est rétablie. La pression artérielle ne se relève pas. Un centimètre cube de la solution d'adrénaline à 1:1000 est injecté par voie auriculaire. La pression artérielle s'élève brusquement à un très haut niveau, le cœur présente de la tachycardie ventriculaire paroxystique suivie rapidement par la fibrillation ventriculaire. Le cœur est ressuscité. A la fin de l'opération, le chien est apparemment en bon état. Il respire spontanément, le pouls est régulier et de bon volume. Le lendemain, il est trouvé mort dans sa cage. A l'autopsie rien ne peut expliquer la mort sauf un dommage cérébral par ischémie. (Voir fig. nos 4, 5 et 6.)

Protocole 9. Chien n° 271-45. Immédiatement après occlusion de l'artère pulmonaire, la pression artérielle tombe rapidement à zéro. Deux minutes plus tard, elle s'élève quelque peu bien que le cœur n'améliore pas du tout ses contractions, bien au contraire. Aucune intervention intracardiaque n'est pratiquée. Trois minutes et quinze secondes après le début de l'arrêt circulatoire, la fibrillation ventriculaire se développe. A trois minutes et trente secondes, l'artère pulmonaire est désoccluse. Le cœur est ressuscité. Après l'opération, le chien respire par lui-même, mais le pouls reste petit et la pression artérielle basse. Il meurt environ 1 heure après l'intervention apparemment d'insuffisance aiguë du ventricule droit.

Protocole 10. Chien n° 273-45. Immédiatement après occlusion de l'artère pulmonaire, la pression artérielle tombe à zéro en trente secondes. Aucune intervention intracardiaque.

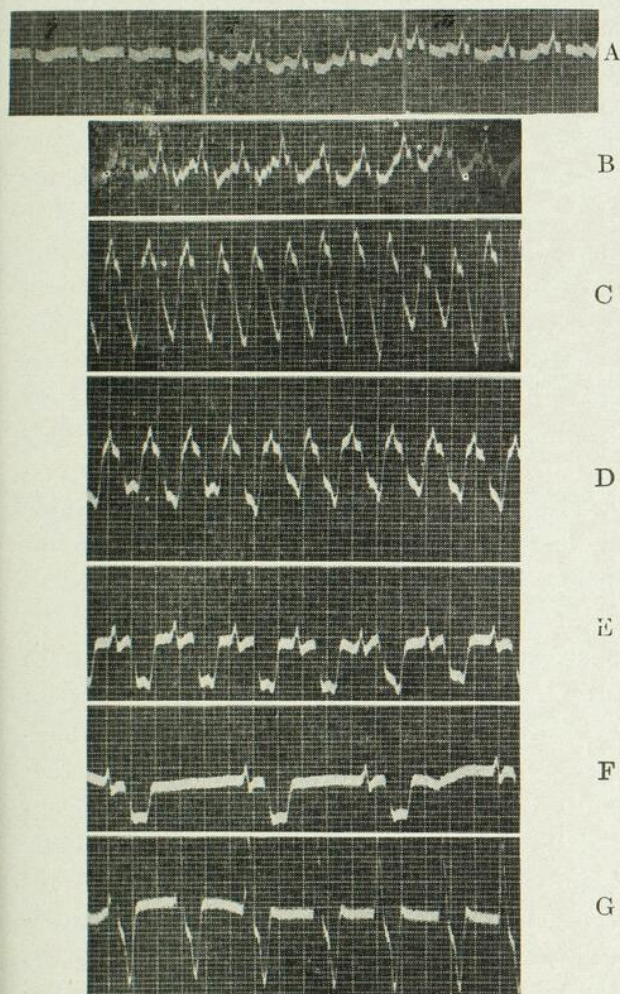


Fig. n° 4. — Chien n° 267-45. Occlusion de l'artère pulmonaire — fibrillation ventriculaire primitive, ressuscitation cardiaque. Mort dans les 24 heures.

Tracés électrocardiographiques recueillis au cours de l'expérience. A. Tracé de contrôle, dérivations I, II et III. B. Dérivation II, trois secondes et demie après l'occlusion. C. Dérivation II, treize secondes après l'occlusion. D. Dérivation II, quarante-deux secondes après l'occlusion. E. Dérivation II, une minute après l'occlusion. F. Dérivation II, une minute et trente-huit secondes après l'occlusion. G. Dérivation II, une minute et demie après l'occlusion.

Le cœur droit se dilate progressivement. Après trois minutes d'arrêt circulatoire, la circulation est rétablie. La pression artérielle s'élève immédiatement d'une façon verticale à un niveau très haut où elle se maintient. Et

pourtant aucune injection d'adrénaline ne fut administrée. Par ailleurs, il n'y eut pas de massage du cœur. Cet animal survécut et demeura en bonne santé.

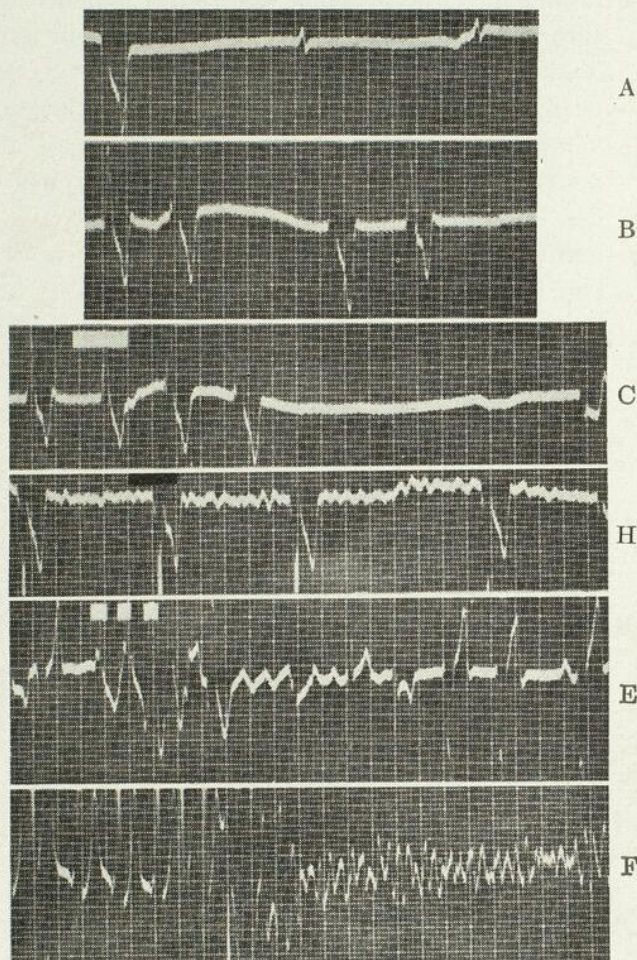


FIG. n° 5. — Chien n° 267-45. Continuation de la précédente figure. A. Dérivation II, une minute et trente-six secondes après l'occlusion. B. Dérivation II, deux minutes et quarante-cinq secondes après l'occlusion. C. Dérivation II, au moment de la désocclusion de l'artère pulmonaire après trois minutes d'occlusion. La marque blanche à la partie supérieure du tracé indique le moment précis de la désocclusion. D. Dérivation II, au cours de l'injection d'adrénaline par voie auriculaire. La marque noire à la partie supérieure du tracé indique le moment précis de l'injection. L'aiguille était déjà en place à ce moment. Notez la fibrillation auriculaire déclenchée par l'irritation causée par l'introduction de l'aiguille. E. Dérivation II (et non III comme l'indique le tracé) au cours du massage du cœur. F. Dérivation II une à deux secondes plus tard, initiation de la fibrillation ventriculaire.

Protocole 11. Chien n° 302-45. Immédiatement après occlusion de l'artère pulmonaire, chute rapide de la pression artérielle à zéro.

Aucune intervention intracardiaque. Le cœur droit se dilate progressivement. Après trois minutes d'arrêt circulatoire, la circulation est rétablie. Le cœur est dilaté et se contracte bien faiblement. La pression artérielle demeure à zéro. Deux centimètres cubes de la solution d'adrénaline 1:1000 sont injectés par voie auriculaire. Massage du cœur. Fibrillation ventriculaire. Le cœur est défibrillé, mais il ne récupère pas ses fonctions. A l'autopsie, des bulles d'air sont trouvées dans les vaisseaux coronariens. Une petite déchirure de l'auricule gauche déterminée par l'aiguille au

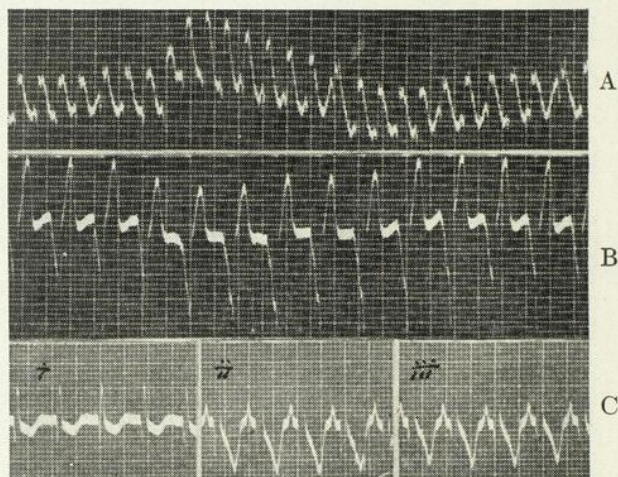


Fig. n° 6. — Chien n° 267-45. Occlusion de l'artère pulmonaire — fibrillation ventriculaire primitive, ressuscitation cardiaque. Mort dans les 24 heures.

A. Dérivation II, une minute après la fibrillation et ressuscitation du cœur. B. Dérivation II, quatre minutes et 52 secondes plus tard. C. Dérivations I, II et III, vingt-neuf minutes plus tard.

moment de l'injection d'adrénaline avait été la porte d'entrée de l'air. L'embolie gazeuse explique l'impossibilité de ressusciter ce cœur.

Protocole 12. Chien n° 308-45. Immédiatement après occlusion de l'artère pulmonaire, chute de la pression artérielle à zéro. Les contractions cardiaques deviennent de plus en plus lentes et espacées. Le cœur droit se dilate pendant ce temps. Aucune intervention intracardiaque. Soudainement, le rythme du cœur s'accélère et la fibrillation ventriculaire apparaît deux minutes et trente secondes après le début de l'occlusion. On laisse le cœur fibriller durant trente secondes. Puis l'ar-

tère pulmonaire est désoccluse. La fibrillation change immédiatement de caractères. Les mouvements fibrillatoires deviennent plus amples et plus lents. Le cœur est ressuscité. A la fin de l'opération, le chien est apparemment en bon état. Le lendemain matin il est trouvé mort dans sa cage. A l'autopsie rien n'est trouvé pour expliquer la mort si ce n'est un dommage cérébral par ischémie.

Protocole 13. Chien n° 309-45. Immédiatement après occlusion de l'artère pulmonaire, chute de la pression artérielle à zéro. Aucune intervention intracardiaque. Le cœur se dilate très vite. La fibrillation ventriculaire se développe en dedans d'une minute. On laisse le cœur fibriller. Ce n'est qu'au bout de trois minutes d'arrêt circulatoire que l'artère pulmonaire est désoccluse. Le cœur est alors ressuscité. A la fin de l'opération, le chien semble en bon état. Il respire normalement par lui-même, le pouls est bon et régulier. Le lendemain matin il meurt. A l'autopsie rien ne peut expliquer la mort sauf un dommage cérébral par ischémie.

Protocole 14. Chien n° 311-45. Immédiatement après occlusion de l'artère pulmonaire, chute de la pression à zéro. Aucune intervention intracardiaque. Le cœur droit se dilate. L'animal présente des signes d'asphyxie. Après une période de dissociation auriculo-ventriculaire, le cœur arrête pratiquement de battre. Après trois minutes d'occlusion, la circulation est rétablie. Le cœur se met immédiatement à battre de mieux en mieux. La pression artérielle s'élève lentement d'abord, puis en dedans d'une minute, elle est à son niveau normal. Pas de massage cardiaque. Pas de médication. A la fin de l'opération, le chien est apparemment en bon état. Il survécut et demeura en bonne santé. (Voir fig. n°s 7 et 8.)

Protocole 15. Chien n° 264-45. Immédiatement après occlusion de l'artère pulmonaire, la pression artérielle tombe à zéro en dedans de trente secondes. Incision de l'auricule gauche. Section des cordages tendineux implantés sur le pilier postérieur. Fermeture de la plaie auriculaire. Trois minutes et trente secondes

après le début de l'occlusion de l'artère pulmonaire, la circulation est rétablie. Le cœur à ce moment est pratiquement immobile. Il regagne graduellement des contractions tout d'abord espacées et irrégulières, puis de plus en plus fortes. L'on a l'impression que le cœur a retrouvé suffisamment de force pour propulser le sang et maintenir une bonne circulation générale. Et, cependant, la pression artérielle reste toujours à zéro. Injec-

la pression artérielle s'effondre graduellement à zéro. Incision de l'auricule gauche. Section des cordages tendineux implantés sur le pilier postérieur. Au cours de ces manœuvres, l'instrument dont on se sert râpe accidentellement l'endocarde au niveau du septum interventriculaire. La fibrillation s'installe d'emblée. La plaie auriculaire est suturée. Trois minutes et quinze secondes après le début de l'occlusion de l'artère pulmonaire, la circulation est ré-

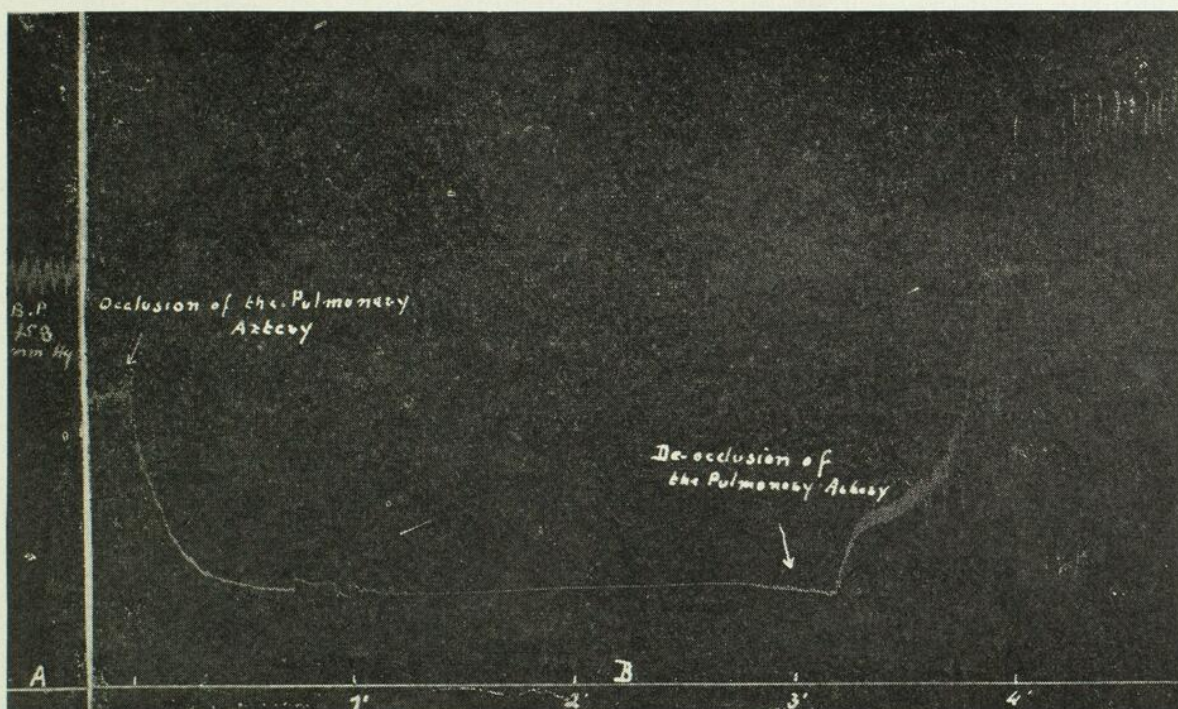


Fig. n° 7. — Chien n° 311-45. Tracé de la pression carotidienne au cours d'une occlusion de l'artère pulmonaire maintenue durant trois minutes et non suivie d'intervention intracardiaque. A. Pression carotidienne au début de l'expérience. B. Pression carotidienne au moment de l'occlusion. Chute rapide à zéro. A la troisième minute d'arrêt circulatoire, désocclusion de l'artère pulmonaire. Le cœur à ce moment avait pratiquement cessé de battre. Sans l'aide de massage ou de médication, il récupère rapidement ses contractions et la pression artérielle s'élève graduellement à un niveau plus haut que la pression existante avant le début de l'expérience.

tion d'un centimètre cube d'adrénaline 1:1000 par voie auriculaire. Les contractions cardiaques deviennent très puissantes, mais la pression artérielle ne s'élève pas. Massage du cœur. Fibrillation ventriculaire. Le cœur est défibrillé, mais il n'est pas ressuscité. L'animal meurt apparemment de troubles importants de la dynamique cardiaque causés par la section des cordages tendineux.

Protocole 16. Chien n° 265-45. Immédiatement après l'occlusion de l'artère pulmonaire,

table. Le cœur est ressuscité. A la fin de l'opération, l'animal semble en bon état. Il respire normalement. Le pouls est bon. La pression artérielle est à un bon niveau. Le lendemain matin on retrouve le chien vivant. Cependant il est inconscient, la tête est immobile et rigide. Le pouls est bon et régulier. Il meurt 22 heures après l'opération sans avoir repris connaissance. A l'autopsie rien ne peut expliquer la mort sauf un dommage cérébral dû à l'ischémie.

Protocole 17. Chien n° 296-45. Immédiatement après occlusion de l'artère pulmonaire, chute de la pression artérielle à zéro. Le cœur droit se dilate rapidement. Incision de l'auricule gauche. Section des cordages tendineux implantés sur le pilier postérieur. Au cours de cette section il faut exercer une assez forte traction sur les cordages. Ceci, sans aucun doute, détermine une assez vive irritation de l'endocarde au niveau du pilier postérieur. La fibrillation ventriculaire apparaît au cours de cette traction. Suture de la plaie auricu-

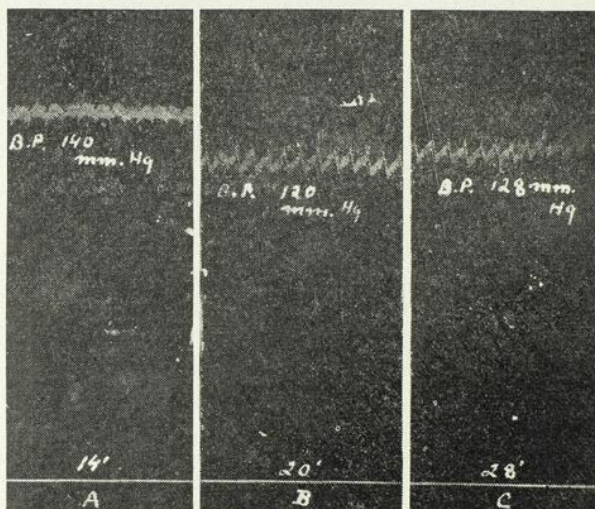


FIG. n° 8. — Chien n° 311-45. Continuation de la précédente figure. A. Pression carotidienne quatorze minutes après désocclusion de l'artère pulmonaire. B. A vingt minutes. C. A vingt-huit minutes. Ce chien survécut à l'arrêt circulatoire temporaire et demeura en bonne santé.

laire. La circulation est rétablie exactement trois minutes après l'occlusion de l'artère pulmonaire. Toutes les tentatives pour ressusciter le cœur demeurent sans résultat. L'on attribue la mort à une insuffisance aiguë du cœur gauche.

Protocole 18. Chien n° 298-45. Immédiatement après occlusion de l'artère pulmonaire, chute de la pression artérielle à zéro. Le cœur droit se dilate rapidement. Incision du ventricule gauche dans une zone dépourvue de vaisseaux coronariens à la surface. Au cours de l'incision la fibrillation ventriculaire se développe. Aucune intervention intracardiaque n'est pratiquée. Trois minutes après le début

de l'occlusion de l'artère pulmonaire, la circulation est rétablie. A ce moment une traction trop intempestive sur les fils de soutien sur le myocarde détermine une hémorragie assez importante par déchirure de la paroi ventriculaire. La brèche est suturée. Le cœur, qui avait été ressuscité avant cet accident, présente à nouveau de la fibrillation ventriculaire. Cette fois il devient impossible de ressusciter le cœur.

Protocole 19. Chien n° 299-45. Immédiatement après occlusion de l'artère pulmonaire, la pression artérielle tombe à zéro. Incision du ventricule gauche dans une zone dépourvue de vaisseaux coronariens à la surface. Au cours des manœuvres pour couper les cordages tendineux implantés sur le pilier postérieur, la fibrillation ventriculaire apparaît, soit une minute et quarante-cinq secondes après le début de l'occlusion. L'on termine le travail intracardiaque sans s'occuper de la fibrillation. La plaie myocardique est suturée. Le cœur est ressuscité. Les contractions cardiaques sont assez énergiques. Cependant la pression artérielle reste à zéro. L'animal meurt quelque temps après, apparemment d'insuffisance aiguë du cœur.

Protocole 20. Chien n° 310-45. Immédiatement après occlusion de l'artère pulmonaire, chute de la pression artérielle à zéro. Incision de l'auricule gauche. Phénolisation de la valvule mitrale. Au cours de ce travail intracardiaque, la fibrillation ventriculaire se développe, soit exactement une minute et quarante-cinq secondes après le début de l'arrêt circulatoire. La plaie auriculaire est suturée. Le cœur est ressuscité. A la fin de l'opération, l'animal semble en bon état. Il meurt quelques minutes plus tard, apparemment d'insuffisance aiguë du cœur.

#### DISCUSSION

Les effets de l'occlusion des deux veines caves ou de l'artère pulmonaire ont été étudiés à différents points de vue par de nombreux expérimentateurs. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.) Le premier fait que l'on note est la chute immédiate

de la pression artérielle. Il en résulte donc des phénomènes ischémiques dans tous les organes et tissus de l'organisme. La pression veineuse s'élève.

A la suite de l'occlusion de l'artère pulmonaire, le cœur droit se dilate rapidement. La plupart des expérimentateurs ont acquis l'impression que cette occlusion détermine d'abord la fatigue et puis l'insuffisance ventriculaire droite. Fineberg et Wiggers (6) observent que le cœur droit ne réagit pas aussi bien que le ventricule gauche aux variations de la résistance artérielle. Son pouvoir d'adaptation, surtout dans les élévations soudaines de la résistance pulmonaire, est très limité.

L'électrocardiogramme se modifie considérablement au cours de l'occlusion de l'artère pulmonaire. Lian et Merklen (3) trouvent une dénivellation du segment ST qui peut aller jusqu'à la réalisation d'une demi-cupule. Ils attribuent cette déformation à l'ischémie myocardique qui résulte de l'interruption de la circulation pulmonaire. Krumbhaar (5) observe une élévation de l'onde P dans toutes les dérivations et des modifications du complexe ventriculaire. Love, Brugler et Winslow (9), dans leurs expériences sur les embolies pulmonaires, rencontrent la dépression du segment ST dans une ou plusieurs dérivations, avec une plus grande fréquence dans la deuxième dérivation; des changements de direction de l'onde T dans la troisième dérivation et la dérivation précordiale.

La mortalité à la suite des occlusions temporaires de l'artère pulmonaire a été étudiée par Nyström et Blalock (7). Dans quatre expériences où l'occlusion dura moins de cinq minutes, tous les chiens récupérèrent leurs fonctions cardiaques. Dans treize expériences où la circulation pulmonaire fut abolie de cinq à douze minutes, la contraction du cœur et la respiration spontanée réapparurent dans onze cas. Malheureusement leurs observations se limitent aux effets plus ou moins immédiats. Aucun animal ne fut suivi plus que 17 heures.

Les observations de Weinberger et ses collaborateurs (10) sur le chat sont beaucoup plus instructives. Aucun animal ne survécut à des occlusions de l'artère pulmonaire d'une durée de huit minutes et quarante-cinq secondes à dix minutes et quinze secondes.

Dans l'étude présentée aujourd'hui, vingt chiens furent utilisés. Trois succombèrent à des accidents survenus au cours de l'opération. En effet, un meurt des suites d'une hémorragie profuse ventriculaire qui avait été contrôlée. Le choc fut la cause de la mort. Deux meurent par pénétration de bulles d'air dans la circulation coronarienne. Il n'est donc pas jugé équitable d'inclure ces trois animaux en étudiant la mortalité attribuable à un arrêt circulatoire temporaire.

Il reste donc un groupe de 17 chiens. Deux seulement survécurent, ce qui donne une mortalité de 88.2 pour cent. Chez les deux chiens qui ne présentèrent aucun ennui, l'on avait pratiqué pendant trois minutes uniquement l'occlusion de l'artère pulmonaire. Et de plus, il est important de noter que l'expérience ne fut pas compliquée par la fibrillation ventriculaire.

Nous avons donc un groupe de 15 chiens chez qui la mort a pu être causée soit uniquement par l'arrêt temporaire de la circulation, soit par les effets combinés de cet arrêt et d'une intervention intracardiaque.

Bien qu'il ne soit pas très facile d'évaluer d'une façon précise le rôle individuel de ces deux facteurs dans les expériences où une intervention intracardiaque a été pratiquée, il semble plus que certain que dans cinq cas (nos 239-45, 264-45, 296-45, 299-45 et 310-45) ce sont les effets de l'intervention sur la dynamique cardiaque qui entraînent une issue fatale et rapide. Ceci n'élimine pas évidemment la possibilité que ces animaux, même s'ils avaient survécu aux effets immédiats de l'opération, ne seraient pas morts ultérieurement en dedans de 24 heures de désordres

INCIDENCE DE LA FIBRILLATION VENTRICULAIRE AU COURS DE L'ARRÊT CIRCULATOIRE  
TEMPORAIRE SUIVI OU NON D'UNE INTERVENTION INTRACARDIAQUE.

<i>No du chien</i>	<i>Période d'occlusion</i>	<i>Moment d'apparition de la fib. ventricul.</i>	<i>Cause de la fib.</i>	<i>Ressuscitation</i>	<i>Remarques</i>
186-44	6' V. C.	2'45"	Stimulation mécanique de l'endocarde	oui	Mort 18 hrs après Domage cérébral
312-45	3'45" V. C.	4'	Massage du cœur	oui	Mort 1 hr après Domage cérébral
313-45	5'30" V. C.	5'31"	Massage du cœur	oui	Mort 1 hr après Domage cérébral
316-45	4'30" V. C.	4'35"	Massage du cœur	oui	Mort 24 hrs après Domage cérébral
325-45	8' V. C.	7'45"	Stimulation par manœuvre opératoire	oui	Mort 1 hr après Insuf. card. aiguë
239-45	7' A. P.	8'45"	Stimulation méc. et chim.	non	Mort Insuf. card. aiguë
267-45	3' A. P.	3'35"	Adrénaline	oui	Mort 24 hrs après Domage cérébral
271-45	3'30" A. P.	3'15"	Stimulation endocarde	oui	Mort 1 hr après Insuf. card. aiguë
302-45	3' A. P.	3'15"	Stimulation méc. et chim.	non	Mort — Bulles d'air intracoronariennes
308-45	3' A. P.	2'30"	Stimulation endocarde	oui	Mort 24 hrs après Domage cérébral
309-45	3' A. P.	70"?	Stimulation endocarde	oui	Mort 24 hrs après Domage cérébral
264-45	3'30" A. P.	4'	Stimulation méc. et chim.	non	Insuf. card. aiguë
265-45	3'15" A. P.	2'15"	Stimulation par manœuvre opératoire	oui	Mort 22 hrs après Domage cérébral
296-45	3' A. P.	2'	Stimulation par manœuvre opératoire	non	Mort Insuf. card. aiguë
298-45	3' A. P.	1'	Stimulation par manœuvre opératoire	non	Mort — Choc causé par hémorragie
299-45	3' A. P.	1'45"	Stimulation par manœuvre opératoire	oui	Mort en qq. minutes Insuf. card. aiguë
310-45	3' A. P.	1'45"	Stimulation par manœuvre opératoire	oui	Mort en qq. minutes Insuf. card. aiguë

V. C. = Veines caves.

A. P. = Artère pulmonaire.

graves causés par la période d'ischémie temporaire.

En effet, il est bien évident que dans la plupart des expériences ce fut l'ischémie, pourtant bien transitoire, qui détermina les échecs. Ses effets se manifestèrent rapidement au niveau du cœur; ils furent un peu plus lents à s'extérioriser au niveau du cerveau. Notons aussi que les troubles ischémiques cardiaques sont plus faciles à corriger que ceux qui résultent de l'ischémie cérébrale. C'est là un fait qui a été reconnu, d'ailleurs depuis longtemps, par la plupart des expérimentateurs.

L'on a observé bien souvent la fibrillation ventriculaire au cours de ces expériences. J'ai montré (11) qu'un cœur ischémique devient rapidement très irritable et que le moindre stimulus de nature mécanique, chimique ou électrique agissant sur la fibre myocardique peut suffire à déclencher la fibrillation ventriculaire. Nous avons ici une démonstration de cette loi. Dix-sept chiens sur vingt présentèrent de la fibrillation ventriculaire. Dans trois cas (nos 271-45, 308-45 et 309-45) où l'artère pulmonaire fut occluse et rien d'autre ne fut fait, le cœur droit se dilate et sans doute la pression intraventriculaire droite s'élève. Je crois que dans ces trois cas la fibrillation ventriculaire fut initiée soit par l'irritation causée par les modifications de forme des fibrilles myocardiques droites, soit par l'irritation de l'endocarde droit par l'hypertension à son niveau. Dans sept cas (nos 186-44, 325-45, 265-45, 296-45, 298-45, 299-45 et 310-45), la fibrillation ventriculaire fut sûrement provoquée par la stimulation de la paroi myocardique ou de l'endocarde par des manœuvres opératoires. Dans sept autres cas (nos 239-45, 264-45, 267-45, 302-45, 312-45, 313-45 et 316-45), le cœur ayant perdu toute activité fonctionnelle par l'arrêt temporaire de la circulation, il fallut utiliser les procédés usuels pour le ressusciter. La stimulation causée soit par le massage, soit par l'injection intracardiaque

d'adrénaline a suffi pour entraîner la fibrillation ventriculaire.

C'est donc dire que l'un des plus grands et plus fréquents dangers au cours d'une intervention intracardiaque entreprise avec arrêt temporaire de la circulation réside dans l'initiation de la fibrillation ventriculaire. Cette complication est toujours fatale si l'on ne sait pas comment ressusciter le cœur. C'est pourquoi, j'ai toujours insisté à dire qu'un chirurgien n'a pas le droit d'intervenir sur le cœur dans des conditions pathologiques qui n'entraînent pas une mort certaine si elles ne sont pas traitées par la chirurgie sans avoir au préalable maîtrisé les différentes techniques de réanimation du myocarde.

Dans le groupe de 17 chiens qui présentèrent de la fibrillation ventriculaire, cinq ne furent pas ressuscités, mais ces échecs ne peuvent pas être attribués au fait que la fibrillation n'avait pu être contrôlée. L'un meurt par la présence de bulles d'air dans le système coronarien (n° 302-45); l'un succombe à la suite d'une hémorragie profuse de choc (n° 298-45); il aurait sans doute pu être sauvé si l'on avait été préparé à donner une transfusion sanguine; la mort chez les trois autres (nos 239-45, 264-45 et 296-45) fut indubitablement entraînée par l'altération de la dynamique cardiaque secondaire à la section des cordages tendineux de la valvule mitrale. Tous les autres animaux furent ressuscités. La mort qui survint plus tard relève d'autres facteurs que la fibrillation ventriculaire. En effet, quatre meurent d'insuffisance cardiaque aiguë environ une heure après la réanimation du cœur; deux succombent à peu près dans le même temps de troubles ischémiques des centres respiratoires. Un dommage cérébral causé par l'ischémie entraîne la mort des six autres en dedans de vingt-quatre heures.

#### CONCLUSIONS

Les résultats présentés dans cette communication montrent bien clairement que l'arrêt temporaire de la circulation pour permettre une

intervention intracardiaque sous le contrôle de la vue et des doigts n'est pas une méthode à recommander, mais bien une méthode à rejeter comme extrêmement dangereuse et pleine d'embûches. L'intervalle de sécurité pour le cœur est trop court. Il succombe rapidement aux effets de l'insuffisance ventriculaire droite dans les occlusions de l'artère pulmonaire; il cesse rapidement toute activité par l'ischémie myocardique qu'entraînent des procédés tels que l'occlusion temporaire des deux veines caves ou l'occlusion temporaire de l'artère pulmonaire. Enfin, même si l'on parvient à réanimer le cœur et à rétablir ses fonctions, l'ischémie de centres vitaux entraîne la plupart du temps des dommages incompatibles avec la vie.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. C. BOLTON: « Pathology of dropsy produced by obstruction of the superior and inferior venæ cavæ. » *Proc. Roy. Soc.*, **79**: 267, 1907.
2. G. E. HAGGART et A. M. WALKER: « Physiology of pulmonary embolism as disclosed by quantitative occlusion of the pulmonary artery. » *Arch. Surg.*, **6**: 764, 1923.
3. C. LIAN et F. P. MERKLEN: « Altérations expérimentales des portions moyenne et terminale du complexe ventriculaire électrocardiographique (Compression de l'artère pulmonaire.) » *C.R. Soc. Biol.*, **107**: 699, 1931.
4. J. H. GIBBON, jr, M. HOPKINSON et E. D. CHURCHILL: « Changes in the circulation produced by gradual occlusion of the pulmonary artery. » *J. Clin. Invest.*, **11**: 543, 1932.
5. F. B. KRUMBHAAR: « Note on electrocardiographic changes accompanying acutely increase pressure following pulmonary artery ligation. » *Am. J. Med. Sc.*, **187**: 792, 1934.
6. M. H. FINEBERG et C. J. WIGGERS: « Compensation and failure of the right ventricle. » *Am. Heart J.*, **11**: 255, 1936.
7. G. NYSTRÖM et A. BLALOCK: « Contributions to the technic of pulmonary embolectomy. » *J. Thor. Surg.*, **5**: 169, 1935-36.
8. J. H. GIBBON, jr. et E. D. CHURCHILL: « The physiology of massive pulmonary embolism. » *Ann. Surg.*, **104**: 811, 1936.
9. W. S. LOVE, G. W. BRUGLER et N. WINSLOW: « Electrocardiographic studies in clinical and experimental pulmonary embolization. » *Ann. Int. Med.*, **11**: 2109, 1938.
10. L. W. WEINBERGER, M. H. GIBBON et J. H. GIBBON, jr.: « Temporary arrest of the circulation to the central nervous system. I. Physiologic effects. » *Arch. Neurol. & Psychiat.*, **43**: 615, 1940.
11. Mercier FAUTEUX: « Traitement préventif de la fibrillation ventriculaire au cours de la maladie des coronaires. Etude expérimentale. » *Union Méd. du Canada*, **75**: 368, 1946.

# EXPÉRIMENTATION ET RECHERCHES PRATIQUES SUR L'IMMUNISATION CONTRE LE VIRUS GRIPPAL

Pierre LÉPINE

(Chef du service des Virus à l'Institut Pasteur, Paris.)

La possibilité de vacciner l'homme contre la grippe est une acquisition récente.

La pandémie mondiale de 1918 avait donné l'occasion à Ch. Nicolle et C. Lebaillly (1) de démontrer que l'affection était due à un virus filtrable et de la transmettre au singe. Mais l'état des connaissances sur les virus à l'époque, la difficulté de transmettre la maladie, la nécessité d'employer le singe limitaient les recherches et le virus ne put être entretenu.

Smith, Andrewes et Laidlaw (2) réussirent, en 1933, à infecter le furet, et Francis (3), à adapter le virus à la souris, rendant ainsi possible le maintien des souches et une expérimentation continue. L'année suivante, Francis et Magill (4) cultivaient le virus en culture de tissus. La porte était ouverte aux essais de vaccination.

## PRINCIPE DE LA VACCINATION.

Nous ne mentionnerons, ici, que pour mémoire, les vaccinations qui ont été tentées soit avec les poumons de furet ou de souris, soit avec le virus grippal multiplié en culture de tissus. Ces méthodes sont aujourd'hui abandonnées pour les méthodes de culture dans l'œuf de poule incubé.

Depuis les premiers essais de Burnet (5) et de Smith (6) sur la membrane chorio-allantoïde de l'œuf, la technique a été perfectionnée par l'adaptation du virus grippal aux liquides extra-embryonnaires de l'œuf, c'est-à-dire au liquide amniotique [Burnet (7)] et au liquide allantoïque [Nigg, Crowley et Wilson (8)], qui permettent d'obtenir aisément des quantités illimitées de virus.

Ajoutons que les recherches immunologiques sur le virus grippal ont été grandement facilitées par la découverte de l'agglutination des

globules rouges de poulet par le virus, faite indépendamment et presque simultanément en 1941 par Hirst (9) et par McClelland et Hare (10), phénomène d'où Hirst (11) tirait une méthode pratique de titrage du virus et de mesure des anticorps, qui a reçu, depuis, un grand développement et dont la technique est aujourd'hui parfaitement standardisée [Salk (12), Lépine, Sautter et Reinié (13)]. Rappelons ici que comme le sérum de nombreux individus peut, à l'état normal et en l'absence d'infection actuelle, renfermer des anticorps à la suite d'infections grippales antérieures, le diagnostic d'une infection supposée grippale, récente ou en évolution, doit se faire en comparant le taux d'empêchement constaté sur un sérum prélevé au début de la maladie (sérum précoce) avec celui existant après la première décade de la maladie (sérum tardif), le taux d'empêchement devant montrer entre le premier et le deuxième examen un accroissement significatif.

Tous les vaccins contre la grippe actuellement préparés résultent de la culture du virus grippal en milieu extra-embryonnaire d'œuf de poule fécondé. Depuis que Francis (14) a démontré que deux virus antigéniquement différents étaient à l'origine du syndrome clinique de la grippe, les vaccins sont bivalents, c'est-à-dire formés d'un mélange en proportions convenables des virus A et B représentés pratiquement par les souches PR8, Lee et Weiss.

Le virus cultivé dans l'œuf est extrait des liquides et concentré à l'état presque pur par différents procédés: soit la précipitation à froid par congélation [Hirst, Rickard et Whitman (15), Hare, McClelland et Morgan (16)]; soit l'adsorption sur hématies suivie d'éluotion [Francis et Salk (17)]; soit l'ad-

sorption sur phosphate de calcium [Salk (18)]; soit, enfin, l'hypercentrifugation [Stanley (19)].

Après addition de formol qui détruit la virulence sans altérer le pouvoir antigène, le vaccin est amené à la concentration voulue qui est, en général, d'environ dix fois celle qu'avait le virus dans les liquides de l'œuf. Expérimentalement, le vaccin se présente sous forme d'une suspension très légèrement louche; il détermine chez le lapin, par injection intraveineuse à la dose de 1 cm<sup>3</sup>, l'apparition d'anticorps spécifiques à un titre élevé et engendre, par l'injection sous-cutanée chez la souris à la même dose, une résistance suffisante pour protéger au moins 6 souris sur 8 contre l'infection expérimentale par voie respiratoire, soit avec le virus A, soit avec le virus B.

Pratiquement, pour la vaccination de l'homme, le vaccin est utilisé à la dose de 1 cm<sup>3</sup> par voie sous-cutanée, injectée en une seule fois. Il est inutile de répéter l'injection, l'expérience ayant démontré que le taux maximum d'anticorps est atteint d'emblée et qu'on ne l'augmente pas par la répétition des doses. Les réactions que l'on peut observer à la suite de l'injection vaccinnante sont variables; la moitié environ des sujets vaccinés présente une réaction douloureuse locale au bout de 12 heures accompagnée parfois de rougeur et d'œdème pendant environ 24 heures; 2 à 5% de ces sujets font en outre un mouvement fébrile pendant les 24 heures qui suivent l'injection. Dans l'ensemble, néanmoins, la réaction est bien tolérée et facilement acceptée par les sujets.

Les anticorps apparaissent dans le sérum des sujets vaccinés le septième jour après la vaccination et l'expérience démontre que la protection débute en même temps. Le taux des anticorps atteint un maximum après deux semaines puis commence à décroître. Les observations de Salk et ses collaborateurs (20) semblent montrer qu'au bout d'un an le taux des anticorps résiduels reste supérieur

à celui que l'on observe chez les non-vaccinés (anticorps résultant des infections naturelles antérieures) et qu'un degré certain de protection persiste chez les vaccinés.

#### VALEUR DE LA VACCINATION.

Les travaux sur la vaccination contre la grippe ont reçu durant la guerre une grande impulsion aux Etats-Unis, du fait de la crainte des ravages qu'une épidémie de grippe aurait pu exercer sur les troupes mobilisées. Les résultats de ces travaux peuvent être tirés des rapports de la Commission d'Epidémiologie de l'Armée (21) et des publications des différents auteurs [Francis (22); Francis, Salk et Brace (23); Salk et Francis (24); Salk, Menke et Francis (25); Hirst, Plummer et Friedewald (26); Hirst, Rickard et Friedewald (27); Rickard, Thigpen et Crowley (28); Hale et McKee (29); Eaton et Meiklejohn (30); Magill, Plummer, Smillie et Sugg (31)] qui ont contribué à l'étude immunologique, auxquels nous joignons nos propres constatations.

Si l'on considère l'ensemble des statistiques de l'Armée américaine qui portent sur un nombre considérable de sujets, on constate que 76% des cas de grippe observés ont sévi sur la moitié non vaccinée des troupes où il a été procédé aux essais de vaccination (morbidity 7.1% des individus) et 24% parmi les vaccinés (morbidity 2.2%), c'est-à-dire que les non-vaccinés ont présenté 3.2 fois plus de malades que les vaccinés.

Toutefois, une double remarque s'impose lorsqu'on veut apprécier le degré d'efficacité d'une vaccination antigrippale sur une population.

1° La morbidité par grippe n'est pas constante d'une épidémie à l'autre et au cours d'une épidémie il est souvent difficile de mesurer le degré d'extension de l'infection. C'est ainsi que Salk, Menke et Francis (25) rappellent le cas d'un groupe témoin de 900 individus parmi lesquels une épidémie de grippe a déterminé une morbidité clinique de

8%: l'étude individuelle de l'immunité dans ce groupe par la recherche des anticorps avant et après l'épidémie démontra qu'en réalité 40%, soit cinq fois plus de sujets qu'il ne semblait, avaient été infectés au cours de l'épidémie.

2° Du fait que la grippe est une maladie transmise d'homme à homme, le seul fait de vacciner une certaine partie de la population réduit les chances d'infection de la fraction non vaccinée. Les groupes témoins sont ainsi difficiles à constituer. S'ils sont mélangés à la population vaccinée, le taux général de morbidité est faussé du fait de la protection relative résultant de la réduction des contacts possibles. S'ils sont éloignés des groupes vaccinés, aucune preuve ne peut être apportée démontrant que l'infection qui les atteint se déroulerait avec les mêmes caractères et la même intensité dans la région vaccinée. C'est ainsi que sur 1,206 étudiants de l'Université de Minnesota (28), l'incidence de grippe a été de 5.9% pour la moitié non vaccinée du groupe contre 38%, soit six fois plus, dans un groupe où personne n'était vacciné.

Aussi pensons-nous qu'il faut attacher plus d'importance qu'aux statistiques globales de l'Armée, aux résultats obtenus par Salk et Francis à l'Université de Michigan où il a été possible de constituer et de comparer des groupes d'égale importance, les uns comprenant une moitié d'individus vaccinés contre une moitié d'individus non vaccinés, les autres ne comprenant que des sujets non vaccinés.

Dans ces conditions, à l'Université de Michigan la morbidité des non-vaccinés a été de 9.06, 8.58 et 13.39% chez ceux qui étaient mélangés aux sujets vaccinés contre 38 et 20% dans les groupes où personne n'était vacciné. Quant aux sujets vaccinés eux-mêmes, leur morbidité a été de 2.66 et de 1.31%, les différents groupes comprenant de 607 à 824 sujets chaque fois.

Un an plus tard (20), lors d'une nouvelle épidémie (épidémie à virus A), la morbidité était de 12.4% sur 1,319 sujets non vaccinés,

contre 1.9% sur 1,916 sujets vaccinés, mais non revaccinés, soit un rapport global de 12:1. Quant aux résultats recueillis en Europe, notamment à l'Armée américaine, parmi les troupes d'occupation, et encore partiellement inédits, ils nous permettent de considérer que la morbidité au cours de l'hiver 1945-46 (épidémie de grippe au virus B) a été, dans son ensemble, neuf fois plus élevée chez les non-vaccinés que chez les vaccinés.

Quelles que soient donc les statistiques auxquelles on peut faire appel, les différences sont significatives. L'utilité et l'efficacité de la vaccination ne sauraient plus faire de doute.

### Conclusions.

Il résulte des faits rapportés ci-dessus que le vaccin contre le virus grippal, administré à la dose d'un  $\text{cm}^3$  en injection unique, détermine chez l'individu vacciné une élévation significative et durable du taux des anticorps.

La vaccination d'un nombre suffisant d'individus permet de réduire de six à dix fois l'incidence de la grippe dans une communauté donnée. L'effet protecteur s'étend même à la portion non vaccinée de la population dès que la proportion des individus vaccinés atteint un taux suffisant pour réduire de façon significative le nombre des individus réceptifs et par là les chances de contamination.

La durée de la protection assurée par la vaccination d'un large groupe de population atteint environ un an, bien que le taux individuel des anticorps commence à baisser deux mois après la vaccination. Il semble donc indiqué de vacciner au début de chaque hiver les populations ou groupes de population à protéger.

Le taux de protection individuelle assuré par la vaccination à des individus isolés au sein de populations non vaccinées est d'environ 75%, c'est-à-dire qu'il donne à un sujet trois chances contre une de ne pas contracter la grippe pendant l'hiver qui suit la vaccination. Ce taux individuel augmente dans une

population en proportion du nombre d'individus vaccinés.

Il reste à faire, sur les résultats à attendre de l'emploi du vaccin contre le virus grippal, trois réserves qui, pour être de principe, ne doivent pas moins être exprimées.

1° La première de ces réserves tient à la nature même du vaccin. Le virus est cultivé dans les liquides extra-embryonnaires de l'œuf. Il faut se demander dans quelle mesure il peut entraîner avec lui des protéines de l'œuf capables de sensibiliser les organismes auxquels on l'injecte. Les liquides amniotiques et allantoïdes ne renferment que des quantités très faibles d'ovalbumine et le vaccin, au cours de sa préparation, est extrait et lavé. Il ne peut donc s'agir que des quantités d'ovalbumine que le virus serait capable de fixer par adsorption. L'expérience des revaccinations avec le virus grippal montre que ce dernier ne sensibilise pas les individus et que l'on n'observe jamais d'accidents anaphylactiques lors des réinoculations chez les sujets qui n'ont présenté aucune réaction à l'occasion de la première injection.

Il n'en demeure pas moins que l'on peut rencontrer des sujets hyperallergiques, sensibilisés à l'ovalbumine avant toute injection. Ces derniers peuvent présenter, à l'occasion de l'injection d'un vaccin grippal, des accidents d'une gravité variable, de nature nettement anaphylactique. On a signalé [Rifkin (32)] des accidents sévères, même mortels, non pas il est vrai avec le vaccin grippal, mais avec des vaccins antirickettsiens préparés à partir du sac vitellin de l'œuf. Bien qu'improbables avec les vaccins préparés au moyen des liquides extra-embryonnaires, ces accidents doivent néanmoins inciter les médecins à la circonspection. Il convient, à priori, d'écartier les sujets sensibilisés de la vaccination, et une technique recommandable consisterait à injecter 1/10 de cm<sup>3</sup> de vaccin par voie intradermique, 1/2 heure avant la première vaccination, pour éliminer tout sujet présentant une réaction cutanée allergique chez qui l'in-

jection du vaccin pourrait jouer le rôle d'injection déchaînant.

2° Les vaccins préparés actuellement le sont avec les souches de virus appartenant aux deux types antigéniques auxquels se rattachent tous les cas de grippe isolés ou étudiés jusqu'ici. Certaines recherches récentes laissent entrevoir la possibilité d'existence d'un troisième type antigénique, ou type C, qui serait aberrant puisqu'ayant des relations antigéniques à la fois avec les virus A et B tout en étant nettement différent; si une telle hypothèse se vérifiait, la composition des vaccins devrait être modifiée en conséquence. Il est possible même que la généralisation de la vaccination, en contribuant à réduire l'incidence des types classiques, favorise l'apparition ou le développement de types antigéniques nouveaux contre lesquels, bien entendu, le vaccin serait inefficace.

3° Il ne nous est pas possible de dire dans quelle mesure le vaccin antigrippal serait efficace devant un retour offensif de la grippe sous la forme pandémique de 1918.

S'il y a de bonnes raisons de penser, avec Francis, que la grippe pandémique ne diffère que par le degré de virulence de la grippe interpandémique, rien ne nous prouve non plus péremptoirement que la grippe pandémique n'est pas due à un type antigéniquement différent des souches actuellement isolées ou qu'elle ne s'accompagne pas d'associations microbiennes contre lesquelles le vaccin serait inopérant.

Ces réserves faites, on est en droit de conclure que le vaccin contre le virus grippal préparé par culture du virus dans l'œuf de poule incubé a fait ses preuves, et que, sorti du domaine expérimental, il est capable de jouer un rôle important pour la protection de la santé publique dans les communautés exposées à des épidémies de grippe répondant aux types antigéniques actuellement connus.

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

- (1) Ch. NICOLLE et C. LEBAILLY: *Annales Inst. Pasteur*, 33: 395, 1919.

- (2) SMITH, ANDREWES et LAIDLAW: *Lancet*, **2**: 66, 1933.
- (3) T. FRANCIS Jr.: *Science*, **80**: 457, 1934.
- (4) T. FRANCIS et T. P. MAGILL: *Science*, **82**: 353, 1935.
- (5) F. M. BURNET: *Med. J. Australia*, **2**: 687, 1935.
- (6) W. SMITH: *Brit. J. Exp. Path.*, **16**: 508, 1935.
- (7) F. M. BURNET: *Austral. J. Exp. Biol.*, **18**: 353, 1940.
- (8) C. NIGG, J. H. CROWLEY et D. E. WILSON: *Science*, **91**: 603, 1940.
- (9) G. K. HIRST: *Science*, **94**: 23, 1941.
- (10) L. McCLELLAND et R. HARE: *Canad. Pub. Health J.*, **32**: 530, 1941.
- (11) G. K. HIRST: *J. Exp. Med.*, **75**: 47, 1942 et **76**: 195, 1942.
- (12) J. E. SALK: *J. Immunol.*, **49**: 87, 1944.
- (13) P. LÉPINE, V. SAUTTER et L. REINIE: *Ann. Inst. Pasteur*, **72**: 523, 1946.
- (14) F. FRANCIS jr: *Science*, **92**: 405, 1940.
- (15) G. K. HIRST, Er. RICKARD et L. WHITMAN: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, **50**: 129, 1942.
- (16) R. HARE, L. McCLELLAND et D. MORGAN: *Can. J. Pub. Health*, **33**: 325, 1942.
- (17) J. FRANCIS Jr. et J. E. SALK: *Science*, **94**: 499, 1942.
- (18) J. E. SALK: *Science*, **101**: 122, 1945.
- (19) W. M. STANLEY: *J. Exp. Medicine*, **81**: 193, 1945.
- (20) J. E. SALK, H. E. PEARSON, P. N. BROWN, C. J. SMYTH et T. FRANCIS: *Am. J. Hyg.*, **42**: 307, 1945.
- (21) Members of the Commission on Influenza, Army Epidemiological Board: *J. Am. Med. Ass.*, **124**: 982, 1944.
- (22) T. FRANCIS Jr.: *Am. Jr. Hyg.*, **42**: 1, 1945.
- (23) T. FRANCIS, J. E. SALK et W. M. BRACE: *J. Am. Med. Ass.*, **131**: 275, 1946.
- (24) J. E. SALK et Th. FRANCIS Jr.: *Ann Int. Medicine*, **25**: 443, 1946.
- (25) J. E. SALK, W. J. MENKE et Th. FRANCIS: *Am. J. Hyg.*, **42**: 57, 1945.
- (26) G. K. HIRST, N. PLUMMER et W. F. FRIEDEWALD: *Am. J. Hyg.*, **42**: 45, 1945.
- (27) G. K. HIRST, Er. RICKARD et W. F. FRIEDEWALD: *J. Exp. Med.*, **80**: 265, 1944.
- (28) E. R. RICKARD, M. THIGPEN et J. H. CROWLEY: *Am. J. Hyg.*, **42**: 12, 1945.
- (29) W. H. HALE et A. P. McKEE: *Am. J. Hyg.*, **42**: 21, 1945.
- (30) M. D. EATON et G. MEIKLEJOHN: *Am. J. Hyg.*, **42**: 28, 1945.
- (31) T. P. MAGILL, N. PLUMMER, W. G. SMILLIE et J. Y. SUGG: *Am. J. Hyg.*, **42**: 94, 1945.
- (32) H. RIFKIN: *Ann. Int. Medicine*, **25**: 346, 1946.
-

# SYMPOSIUM SUR LES HÉMORRAGIES UTÉRINES

## PHYSIO-PATHOGÉNIE DES HÉMORRAGIES FONCTIONNELLES<sup>1</sup>

Raymond SIMARD,

Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Le problème des hémorragies fonctionnelles est certainement le chapitre le plus décevant et le plus obscur de toute la gynécologie. Décevant pour les malades qui sont toujours à la recherche d'une amélioration de leur état et obscur pour le médecin qui ne peut déchiffrer encore bien clairement le mécanisme même de ces hémorragies.

On m'a demandé de vous parler de la pathogénie de ce syndrome, ce qui n'est pas une mince affaire en présence de toutes les théories qui ont été échafaudées depuis une douzaine d'années.

En effet, nous ignorons beaucoup plus que nous ne connaissons les causes de ces hémorragies. Sans doute, devons-nous reconnaître le travail immense de l'endocrinologie et de l'histologie en ces dernières années. Le problème, cependant, ne semble pas résolu et ne le sera probablement pas davantage tant que nous ignorerons le mécanisme même de la menstruation; et c'est précisément le point que tous les chercheurs tentent de faire actuellement.

Depuis longtemps on veut expliquer la menstruation et ses troubles par le seul jeu des différentes sécrétions hormonales. Certains ont invoqué l'action des œstrogènes et leur conséquence hyperplasique. D'autres ont mis de l'avant les chutes brusques permanentes ou temporaires des seuils hormonaux, la possibilité d'un facteur endocrinien encore inconnu mais ne relevant ni de l'hypophyse, ni de l'ovaire, la transformation déciduiforme du chorion sous l'action de la progestérone. Enfin, on a parlé d'endomètres réfractaires aux différents stimuli hypophyso-thyro-ovariens.

Les travaux de Schroeder, en 1915, sont bien connus de tous et établissent définitivement

ce qu'il avait appelé la métropathie hémorragique et ce que nous savons être maintenant une hyperplasie glandulaire. Que cette hyperplasie soit due constamment à la persistance de follicules non rupturés, comme l'a voulu Schroeder, ou qu'elle dépende d'une imprégnation œstrogénique ovarienne ou extra-ovarienne et d'une absence quasi complète de la progestérone, l'effet est le même et se traduit par des méno-métrorragies.

Certains auteurs sérieux prétendent que ce mécanisme peut être invoqué dans la grande majorité des hémorragies fonctionnelles. Il est difficile d'admettre cet énoncé. Pourquoi ces auteurs verraient-ils tant d'hyperplasies allant même jusqu'au « swiss-cheese » quand nous en voyons si peu? En effet, que dire de hémorragies coïncidant avec une muqueuse purement folliculinique ou légèrement sécrétoire? Comment expliquer celles qui surviennent au cours de la phase anabolique normale alors que tous les dosages des stéroïdes sont normaux, que la kératinisation du vagin de même que les enclaves glycogéniques sont bien évidentes? C'est ici que s'ouvre la controverse au sujet du jeu hormonal. De la folliculine ou de la progestérone, laquelle est responsable de l'hémorragie menstruelle?

Après les expériences de Corner et Allen, nous savons qu'il existe des hémorragies sans ovulation excluant, par le fait même, la présence de tout corps jaune en activité. Il découle théoriquement de ceci que la progestérone n'est pas indispensable à la menstruation. Nous savons également que l'administration d'œstrogènes est suffisante pour déclencher une hémorragie de type menstruel, hémorragie se rapportant histologiquement à la première moitié du cycle avec ou sans phénomènes hyperplasiques. On s'est précipité alors sur cette planche de salut en disant que les muqueuses dépour-

1. Communication à la Société d'Endocrinologie de Montréal, le 5 février 1947.

vues de signes sécrétoires appartenait toutes à la classe dite anovulaire et que l'absence d'ovulation était responsable de l'accroissement progressif du taux des œstrogènes.

Mais tous les cycles anovulaires le sont-ils réellement? De l'absence de toute activité du corps jaune il ne découle pas nécessairement que l'ovulation n'a pas eu lieu. Comme on l'a prouvé récemment, ces cycles anovulaires se comportent comme des cycles ovulaires, c'est-à-dire qu'il y a ovulation: mais, faute de production de corps progestatifs à la place du follicule déhiscent, ces cycles sont aproggestatifs. Ce qui est tout différent. Donc l'imprégnation folliculinique n'est pas régie par le mécanisme de l'ovulation.

D'autre part, nous savons bien qu'il existe beaucoup d'états hémorragiques coïncidant avec une muqueuse appartenant à la deuxième moitié du cycle et où les signes sécrétoires sont bien évidents, particulièrement en ce qui concerne les épines conjonctives. Ces muqueuses ont tout de la phase prégravidique et l'influence du corps jaune ne peut être niée.

Et pourtant, elles saignent abondamment. Nous n'en sommes pas surpris quand nous savons que l'addition de progestérone aux estradiols, chez l'animal castré, précipite l'hémorragie. On a même prétendu que l'administration de progestérone seule, à fortes doses, sans la préparation ordinaire par les œstrogènes, était suffisante pour déclencher une hémorragie. Peut-être. Il reste à savoir cependant si les préparations employées étaient biologiquement pures. Il est encore permis d'admettre, croyons-nous, jusqu'à preuve du contraire, que la progestérone a une action synergique avec les œstrogènes maintenus à un niveau normal.

Donc, laquelle des deux hormones est responsable de la menstruation et de ses troubles? Les deux, croyons-nous, ou l'une et l'autre suivant les différences de leur seuil. Le problème est-il donc strictement hormonal ou relève-t-il de facteurs d'ordre mécanique sous

la dépendance des différents stéroïdes? Qui peut expliquer, sur une base purement hormonale, l'apparition quasi constante d'une hémorragie pseudo-menstruelle après l'administration de quelques ampoules de Prostigmine?

A la suite de quelques prédécesseurs, Markee, tout récemment encore, a contribué largement à la solution du problème de ces hémorragies en mettant à jour les facteurs vasculaires directement responsables de l'hémorragie menstruelle. Après avoir bien défini la distinction anatomique entre les artères à trajet court qui ne dépassent pas la zone basale ou compacte de la muqueuse utérine et les artéριοles dites spiralées au niveau de la couche fonctionnelle, il lui appartenait d'établir la différence physiologique appartenant à l'une ou à l'autre. Par une étude attentive de ses greffes aux différents stades du cycle menstruel, Markee fut en mesure de découvrir, pour la première fois, des détails significatifs se rapportant au mécanisme même de l'hémorragie menstruelle. Voici ses constatations:

1. Stase vasculaire qui apparaît de un à cinq jours avant le flux menstruel. La stase débute alors que la muqueuse a déjà commencé sa régression. Cette phase correspond, sans aucun doute, à la période de congestion des anciens auteurs.
2. Constriction des artères spiralées qui apparaît de quatre à vingt-quatre heures avant la menstruation. La couche fonctionnelle devient alors ischémique et nécrotique. Cette dégénérescence est due à l'anoxémie observée au cours de la première phase, complétée par l'anémie résultant de cette vaso-constriction.
3. L'hémorragie venant des artères spiralées et de leurs veinules.
4. L'arrêt de l'hémorragie due à une vaso-constriction intense ayant son point de départ au niveau de la couche fonctionnelle et de la basale.

Voici, en résumé, les constatations de l'auteur. Ce mécanisme vasculaire a pour point de départ la phase de régression qui est considérée comme la clef de voûte.

Cette magnifique contribution de Markee semble jeter un peu de lumière au milieu des théories nébuleuses émises jusqu'à date.

Elle ouvre une nouvelle voie moins tortueuse, moins aride, plus facile à suivre et pouvant mener directement au but. Il semble plus aisé de débrouiller maintenant les différentes phases de l'hémorragie menstruelle: l'accroissement de l'endomètre, sous l'influence tout d'abord des œstrogènes, complété ensuite par la progestérone; puis, sa régression due à la chute brusque des seuils hormonaux déter-

minant ainsi des modifications vasculaires essentielles aboutissant à l'hémorragie menstruelle.

Suivant, cependant, qu'il manque un chaînon à cette succession d'événements, événements non seulement d'ordre sérique mais également mécanique, apparaissent des anomalies menstruelles.

Done, et pour résumer, si le mécanisme de l'hémorragie semble maintenant arrêté sans être fixé, il s'en manque que les facteurs hormonaux qui le déterminent soient aussi bien classifiés. Nous n'avons qu'à envisager la multiplicité des essais thérapeutiques pour se rendre compte que c'est encore la bouteille à l'encre et que ce chapitre de l'hormonologie est dans un état chaotique.

---

## LES HÉMORRAGIES DE LA GROSSESSE QUI NE SONT PAS DES MENACES D'AVORTEMENT

Hector SANCHE (Montréal).

Si l'on fait abstraction des hémorragies qui, pendant la grossesse, sont dues à une menace d'avortement, l'on réduit immédiatement ces pertes sanguines d'une bonne moitié quant au nombre. C'est donc dire que ces hémorragies seront attribuables à des causes diverses, qui se présentent plutôt rarement en pratique. Elles seront ou une complication de la grossesse ou le résultat de maladies génitales co-existantes.

Pour la commodité de la présentation de notre sujet, et pour raisons mnémotechniques, nous diviserons ces hémorragies:

- I) en hémorragies qui surviennent dans la 1ère partie de la grossesse;
  - II) en hémorragies qui surviennent dans la 2e partie de la grossesse;
  - III) en hémorragies qui peuvent survenir à tous les temps de la grossesse;
- I) Dans la 1ère moitié de la grossesse, nous trouvons comme causes d'hémorragies:
- 1) la persistance des menstruations ou pseudo-menstruations;
  - 2) la grossesse extra-utérine;
  - 3) la môle hydatiforme.
- II) Dans la 2e moitié de la grossesse:
- 1) le placenta prævia;
  - 2) le placenta normalement inséré et décollé;
  - 3) un début de travail;
  - 4) une rupture utérine.
- III) Dans n'importe quelle période de la grossesse:
- 1) les hémorragies dues à des varices génitales;
  - 2) les pertes dues à des ulcérations du col;

- 3) les hémorragies dues à des polypes ou cancers du col.

### *Notions générales.*

En présence d'une patiente enceinte qui consulte son médecin, pour perte sanguine, celui-ci doit d'abord s'assurer: si la patiente est bien en état de grossesse, de combien de mois elle l'est, contrôler que la perte sanguine provient bien du vagin, vérifier autant que faire se peut la quantité, la couleur, l'apparence du sang, s'informer à quel propos cette perte s'est produite, demander si elle s'est accompagnée de douleurs, constater la souplesse, la consistance, la sensibilité, le volume de l'utérus, bien noter l'état général de sa patiente. J'insiste sur les qualités de l'hémorragie, parce qu'il arrive fréquemment qu'on a fait disparaître les moyens de les vérifier, et que les renseignements fournis par la patiente ou son entourage risquent de pécher, par excès surtout, mais parfois aussi en sens contraire.

### I) PENDANT LA PREMIÈRE MOITIÉ DE LA GROSSESSE.

#### 1) *La persistance des menstruations.*

Il arrive qu'une femme présente des menstruations après le début de sa grossesse. La perte sanguine provient de la caduque vraie ou même réfléchie, souvent on a affaire à des utérus bicornes ou bifides. La perte se produit approximativement à la période menstruelle, se présente le plus souvent une fois, quelquefois une deuxième fois, très rarement une troisième. L'écoulement est incolore, mais ne présente pas les caractéristiques de la menstruation normale comme quantité, qualité, durée: le plus souvent il est moindre, de plus courte durée et d'un sang plus clair, moins

1. Communication présentée aux « Journées Médicales » de la Société Médicale de Montréal, le 5 mai 1947.

consistant. Rarement il est plus abondant. Ces pseudo-menstruations se répètent assez souvent chez les mêmes patientes à des grossesses successives. Le diagnostic est à peu près impossible à faire. Survenant une seule fois, le plus souvent la femme ignore sa grossesse. Si la grossesse est déjà reconnue, ou que la perte se répète une deuxième fois, ou à des grossesses successives, on pourra penser à des menstruations persistantes, mais ces hémorragies seront, devant l'incertitude du diagnostic, traitées comme des menaces d'avortement, par le repos surtout, la vitamine B<sub>6</sub>, etc.

### 2) *La grossesse extra-utérine.*

La grossesse extra-utérine s'accompagne le plus souvent de légères pertes sanguines vaginales. Cependant l'hémorragie peut faire défaut, ou être un léger suintement perceptible seulement à l'examen vaginal. Etant donné l'aspect sous lequel nous considérons la question en ce moment: « les hémorragies de la grossesse », nous supposons la grossesse reconnue et avec perte sanguine, mais il n'en est pas toujours ainsi et souvent la perte sanguine qui accompagne la grossesse extra-utérine survient à la période menstruelle et est prise pour la menstruation. Elle présente parfois une abondance égale, mais le plus souvent elle sera moindre et de couleur plus foncée. Un symptôme habituellement domine le tableau: la douleur, qui est toujours présente bien qu'à des degrés variés, depuis le simple malaise jusqu'au coup de poignard. L'examen vaginal révélera un utérus de volume à peu près normal, une sensibilité marquée dans l'un des culs-de-sac latéraux, souvent aussi une douleur à la mobilisation du col, et souvent aussi la perception d'une masse douloureuse dans l'un ou l'autre des côtés du bassin. Il peut y avoir rupture de la trompe avec hémorragies internes foudroyantes et anémie marquée, lipothymie et pouls rapide, mais aussi avec saignement interne peu important. La leucocytose est toujours élevée, le Zondek n'est positif qu'en autant que des villosités choriales restent en activité, c'est dire que

souvent il n'est d'aucune utilité. La grossesse extra-utérine, une fois diagnostiquée, relève du traitement chirurgical.

On peut quelquefois rencontrer des ruptures utérines dans les 1ers mois de la grossesse, surtout dans les grossesses angulaires ou dans des grossesses évoluant dans des utérus atypiques. Les symptômes ressemblent à ceux de la grossesse extra-utérine.

### 3) *La môle hydatiforme.*

C'est une complication rare de la grossesse. J'oserais dire, que, dans nos milieux, peu de médecins en ont vu une dizaine de cas. Les symptômes de la môle hydatiforme décrits dans les volumes d'obstétrique sont: les pertes sanguines, l'augmentation de volume exagérée de l'utérus et l'expulsion de villosités.

Les pertes sanguines commencent vers le troisième mois, sont irrégulières dans leur apparition, leur quantité et leur durée. Souvent le sang est plus foncé, et un suintement louche persiste dans les intervalles.

Le développement de l'utérus est ordinairement beaucoup plus considérable que ne le justifie l'âge de la grossesse. Cependant il arrive quelquefois, et ce fut ainsi pour le dernier cas qu'il m'a été donné de voir, que l'utérus présente, surtout dans les derniers temps, un volume moindre que normal. Lorsque le développement est trop rapide, il peut s'accompagner de douleurs. La consistance de l'utérus est floue, on ne perçoit pas de masse fœtale, et la forme de l'utérus tend à être globuleuse plutôt qu'ovoïde.

L'expulsion de villosités, qui oriente sûrement le diagnostic, est une chose rare, et habituellement l'utérus qui commence à expulser des débris ne tarde pas à se vider.

L'état général est habituellement touché. L'anémie est plus marquée que la perte sanguine ne le laisserait croire, l'albuminurie est fréquente, mais surtout un œdème généralisé apparaît fréquemment. Le Zondek est positif et à un titre beaucoup plus élevé que dans un

cas normal, il reste positif quelque temps après l'expulsion de la môle. Et dans les mois qui suivent, s'il persiste à être positif, il pourra servir à diagnostiquer un chorio-épithélioma au début. C'est pourquoi on conseille de le répéter à 2 ou 3 mois d'intervalle pendant 1 ou 2 ans. Le traitement de la môle hydatiforme consiste à vider l'utérus dès que le diagnostic est posé. Si le col n'est pas dilaté pour l'introduction de 2 doigts, il faudra obtenir cette dilatation par un tamponnement vaginal, et ensuite évacuer l'utérus par curage. L'opération s'accompagne toujours d'hémorragies considérables. Elle doit être faite rapidement, avec douceur, parce que la paroi utérine est parfois très mince et peut facilement être perforée. On a même rencontré des môles perforantes. L'emploi de la curette est contre-indiqué à cause de la friabilité du muscle utérin. Ces patientes doivent être traitées préventivement si possible, ou au moins immédiatement, par transfusion, coagulants, sérums, tonifiants, etc.

## II) PENDANT LA DEUXIÈME MOITIÉ DE LA GROSSESSE.

### 1) *Le placenta prævia.*

En dehors de l'avortement, c'est la cause la plus fréquente des hémorragies de la grossesse.

Je n'ai pas besoin de rappeler que le placenta est dit *prævia* quand il est inséré sur le tiers inférieur de l'utérus, tiers qui subit une distension à la fin de la grossesse et pendant le travail. Selon la distance qui sépare le bord inférieur du placenta de l'orifice cervical, il est dit *prævia* latéral, marginal, central partiel ou central total. Toute hémorragie sans douleurs et sans cause apparente, dans les 3 derniers mois de la grossesse, est presque à coup sûr due à un placenta bas inséré. L'hémorragie est immédiatement externe. La 1ère hémorragie est ordinairement légère, bénigne; elle se répétera en augmentant, à des intervalles de plus en plus rapprochés. Quelquefois on aura un suintement de sérum sanguin, indiquant qu'un caillot volumineux s'est formé

dans le col ou le segment inférieur, qui a obli-téré temporairement les vaisseaux qui saignent. L'anémie ne tarde pas à apparaître, mettant en péril la santé de la patiente, et diminuant sa résistance aux hémorragies de l'accouchement et aux risques d'infection.

Au palper, le ventre et l'utérus sont souples. La présentation est haute, le placenta empêchant l'accommodation.

Au toucher, on a parfois la sensation d'un coussinet dans un des culs-de-sac entre les doigts et la présentation; si le col est ouvert, on peut percevoir des cotylédons au milieu des caillots qui obstruent le col.

La conduite à tenir varie selon la hauteur du placenta, la parité de la patiente, le degré de dilatation du col, et la quantité de sang perdu et à perdre.

Si les membranes sont accessibles, à condition que la présentation soit longitudinale, leur rupture fait cesser la traction sur celles-ci et sur le placenta, limite le décollement et l'hémorragie, et la pression de la présentation tendra par compression à faire cesser le saignement de la partie décollée. Si le col est fermé, ou si l'on n'a pas de raison de croire que l'accouchement se terminera assez tôt pour que la femme ne saigne pas d'une façon à compromettre sa santé et sa vie, il faut avoir recours à la césarienne.

Les manœuvres pour terminer rapidement l'accouchement par dilatation forcée du col sont à craindre à cause de la friabilité de celui-ci. De plus ces patientes à plaie placentaire basse risquent davantage l'infection due à toute manœuvre, et y résistent mal, étant déjà fortement anémiées.

### 2) *Placenta normalement inséré et décollé.*

Voici une des plus terribles complications de la grossesse. L'hémorragie est surtout interne, et la perte extérieure de sang, lorsqu'elle se présente, est banale en comparaison de la gravité du cas.

La cause réelle semble actuellement inconnue. On en a invoqué plusieurs: le traumatisme direct, exceptionnel, la traction par un cordon trop court, qui ne pourrait intervenir que pendant le travail; un déséquilibre entre la vitamine E et certains facteurs estrogéniques, théorie nouvelle mais pas entièrement prouvée; la toxémie avec néphrite chronique et hypertension semble être la cause qui a trouvé le plus d'adeptes.

Chez ces patientes, on trouve un état général rapidement mauvais, des symptômes d'anémie aiguë, de la douleur abdominale, un utérus tendu, volumineux, de consistance ligneuse, et douloureux. L'hémorragie a décollé les membranes jusqu'au niveau de l'orifice cervical.

L'hémorragie interne est habituellement considérable, et si le placenta se décolle en entier, elle n'a de limite que la distension possible de l'utérus. Au toucher, on sent la tension du segment inférieur, la présentation à travers celui-ci, et la rupture des membranes ne diminue pas l'hémorragie. Les mouvements fœtaux sont disparus, et l'auscultation est négative.

*Traitement.* Comme nous ne considérons ici que les hémorragies de la grossesse et non du travail, il n'est pas question de vider immédiatement par les voies naturelles un utérus dont le col est fermé; il faudra donc intervenir par la césarienne abdominale ou vaginale. Il est cependant recommandé de remonter la patiente en état de choc par des transfusions, des injections de sérum et la morphine contre la douleur. Pendant ce temps un large bandage abdominal serré au moyen d'un tourniquet servira à comprimer l'abdomen et à contrôler l'hémorragie. L'accouchement forcé est contre-indiqué.

La perte de sang est encore à craindre après la délivrance, à cause de la nature hémophile du symptôme.

### 3) *Début de travail.*

Pendant la grossesse, un début de travail peut survenir; mais si tout est normal par ailleurs, la perte sanguine sera minime, et se limitera le plus souvent à des pertes teintées de sang. Le diagnostic est facile, par la constatation de douleurs et contraction utérine, et par l'effacement et la dilatation du col au toucher. La conduite à tenir variera avec l'âge de la grossesse, la plus ou moins grande proximité du terme, et le degré d'effacement et de dilatation du col. On devra selon les cas calmer les contractions par des opiacés ou laisser le travail se continuer.

### 4) *Rupture utérine.*

La rupture utérine pendant la grossesse est chose rare. Elle peut être spontanée ou traumatique. Spontanée, elle suppose une paroi utérine amincie et anormale: cicatrice de césarienne, môle hydatiforme, curettage répété, délivrance artificielle répétée, utérus mal conformé, utérus adhérent. Traumatisme par choc direct, excessivement rare; par choc indirect: toux, chutes, efforts, et encore ces derniers supposent-ils un utérus malade. Pendant la grossesse la rupture siège plus fréquemment au niveau du corps, alors qu'elle est plus fréquente au niveau du segment inférieur pendant le travail.

Les symptômes ressemblent à ceux de la grossesse extra-utérine rupturée: état de choc marqué, symptômes d'hémorragie interne, douleur abdominale, parfois écoulement d'un sang noirâtre par la vulve. Au palper, on perçoit deux masses, l'enfant et l'utérus, plus ou moins distinctes l'une de l'autre selon que l'enfant est sorti de l'utérus, en tout ou en partie. L'enfant est perceptible très facilement sous la paroi abdominale. L'abdomen est douloureux. Au toucher la présentation est très haute ou inaccessible. L'auscultation est négative.

Le traitement consiste en une laparotomie pour extraire l'enfant et le placenta, et refermer ou enlever l'utérus selon le cas.

III) HÉMORRAGIES POUVANT SURVENIR À N'IMPORTE QUELLE PÉRIODE DE LA GROSSESSE.

1) *Hémorragies dues à des varices génitales.*

Il est excessivement rare que des varices génitales se rompent pendant la grossesse. Un soulagement immédiat de la tension locale causée par les varices et l'examen « de visu » orientent le diagnostic. Le traitement consiste en repos au lit, compression ou suture.

2) *Hémorragies dues à des ulcérations du col.*

Les ulcérations, érosions du col, les cervicites peuvent donner lieu à des hémorragies pendant la grossesse, mais ces pertes de sang ne sont jamais très abondantes; ce sont plutôt des suintements, de petits écoulements passagers survenant après un coït, une fatigue plus

marquée. La cause en est facilement reconnue par l'examen direct au spéculum. Le traitement est celui de la lésion, injection vaginale, cautérisation, fulguration.

3) *Hémorragies dues à des polypes ou cancers du col.*

Assez rares: 1 pour 10,000, d'après De Lee, au « Chicago Lying In Hospital ». Les cancers du col pendant la grossesse donnent lieu à de légères pertes sanguines accompagnées d'une leucorrhée abondante, louche, putride. L'examen au spéculum et la biopsie confirment la lésion, et le traitement est le même qu'en dehors de la grossesse. Les polypes du col se rencontrent très rarement pendant la grossesse parce que leur présence même empêche la fécondation.

---

# LES HÉMORRAGIES UTÉRINES PAR INFECTION ET TUMEURS BÉNIGNES D'ORDRE GYNÉCOLOGIQUE<sup>1</sup>

Gérard GAUTHIER.

Les infections et les tumeurs bénignes en dehors de la grossesse occupent une place prépondérante en gynécologie par les hémorragies utérines qu'elles provoquent sous forme de ménorragies ou métrorragies. Cette communication a pour but de faire ressortir les points saillants de la pathologie, du diagnostic et du traitement approprié que l'on rencontre d'abord dans les grandes infections gynécologiques puis dans les tumeurs bénignes de l'utérus et de l'ovaire.

## LES INFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES

Elles sont au nombre de trois: l'infection pelvienne gonococcique, la tuberculose génitale, les infections à streptocoque et à staphylocoque. A ces infections se rattache le chapitre des cervicites chroniques.

A) *L'infection pelvienne gonococcique* est la plus importante à cause de sa fréquence et des séquelles qui conduisent à la chirurgie ou à la stérilité.

*Pathologie.* La gonorrhée chez la femme est une *infection ascendante* qui débute par la partie basse du tractus génital sous la forme d'urétrite, bartholinite avec ou sans abcès, cervicite, avec des signes de dysurie, brûlure et douleur au niveau de la vulve, leucorrhée jaune verdâtre abondante. Puis la maladie, avec ou sans traitement, peut passer à la chronicité. C'est la *gonorrhée basse* que les Américains appellent « *downstairs gonorrhea* ».

Après une menstruation, un accouchement ou avortement, à la suite de manipulations sur le col, l'infection monte par l'endomètre et va se loger dans les trompes, donnant de l'endométrite aiguë passagère, de la salpin-

gite aiguë primaire, puis par réinfection de la salpingite récurrente avec pyosalpinx ou abcès tubo-ovariens et pelvipéritonite, de la salpingite chronique avec hydro-salpinx, adhérences multiples et troubles de dysfonctionnement ovarien. C'est la *gonorrhée haute* ou « *upstairs gonorrhea* ».

*Diagnostic.* Il se fait par la recherche du gonocoque au niveau de l'urètre, des glandes de Bartholin et du col, au moyen de frottis et surtout par des cultures répétées pour le diagnostic et le contrôle du traitement.

*Diagnostic différentiel:* les infections à streptocoque et à staphylocoque, la salpingite tuberculeuse, la grossesse ectopique, l'endométriose, l'appendicite aiguë, la diverticulose du sigmoïde, les infections vaginales à trichomonas et monilia.

*Traitement médical.* La pénicillinothérapie est le traitement de choix à la dose totale de 300,000 U. en solution aqueuse ou huileuse. Après un premier échec, on doit répéter cette dose. Il faut y ajouter aussi les soins généraux et locaux. Il est à noter que, dans la cervicite aiguë, il faut s'abstenir de tout traitement local, soit par douches, cautérisation, manipulations, exploration de la cavité utérine; au stade chronique, les foyers d'urétrite, de bartholinite et de cervicite doivent être détruits afin de prévenir toute réinfection.

*Traitement chirurgical.* La nécessité de la chirurgie a grandement diminué depuis la venue des sulfamidés et de la pénicilline, au point que Henry C. Falk, de New-York, dit que tout cas qui requiert la chirurgie est « une confession de défaite par le gynécologue. » Si, malgré toute la thérapeutique médicale employée ou par manque de traitements, les troubles persistent, il faut recourir aux moyens plus radicaux. L'indication opératoire doit être basée sur l'étendue des lésions avec les troubles

1. Communication présentée aux « Journées Médicales » de la *Société Médicale* de Montréal, le 5 mai 1947.

associés et l'âge de la patiente. La salpingectomie bilatérale ou l'amputation des trompes au niveau des cornes utérines n'est pas suffisante dans les hémorragies utérines par dysfonctionnement ovarien; il faut recourir en plus à l'hystérectomie totale avec conservation ou ablation des ovaires.

B) *La tuberculose génitale de la femme* est beaucoup plus rare que la gonorrhée.

*Pathologie.* Contrairement à la gonorrhée, c'est une *infection descendante* à point de départ péritonéal sous forme de tubercules blanc jaunâtre accompagnés d'un exsudat. Elle peut parfois venir aussi par voie sanguine. Les trompes sont d'abord touchées sous forme de pèrisalpingite, endosalpingite. Puis, par continuité, nous avons de l'endométrite et de la cervicite. Les ovaires, prenant part au processus inflammatoire, donnent des troubles de dysfonctionnement ovarien. Il est admis que l'aménorrhée chez la tuberculeuse est un phénomène physiologique qu'il faut respecter; par ailleurs, les ménorragies entravent grandement l'organisme par la perte de sang et par la congestion mensuelle qui favorise la dissémination du bacille de Koch.

*Diagnostic.* L'histoire clinique, la recherche d'un foyer de tuberculose extragénital, la biopsie de l'endomètre, les signes atténués de pelvipéritonite avec ascite, les lésions pelviennes réfractaires aux traitements usuels, les examens endoscopiques par la péritonéoscopie, pourront nous amener à un diagnostic différentiel avec la gonorrhée et l'infection à streptocoque et staphylocoque, avec l'endométriose, avec les tumeurs de l'utérus et des ovaires, surtout le cancer végétant de l'ovaire, avec les lésions pelviennes extra-génitales.

*Traitement.* Il doit être d'ordre médical et viser à remonter l'état général. Si, malgré une cure bien faite, les troubles persistent, il faut recourir aux moyens radicaux pour suspendre temporairement ou définitivement les menstruations et surtout les hémorragies utérines. On aura recours à l'hystérectomie totale avec ablation des annexes si l'état général le per-

met; sinon à la radiothérapie comme remplaçant ou adjuvant de la chirurgie.

#### LES INFECTIONS À STREPTOCOQUE ET STAPHYLOCOQUE

*Pathologie.* Ces infections sont surtout post-partum ou post-abortionum, mais elles peuvent être aussi d'ordre gynécologique à la suite de manipulations sur le col ou dans l'endomètre. Contrairement aux deux premières, elles se propagent non en surface mais en traversant directement l'endocervix et l'endomètre pour pénétrer dans le myomètre, gagner les paramètres par voie lymphatique et la grande circulation par voie veineuse. On peut rencontrer parfois des formes ascendantes donnant des pyosalpinx, abcès tubo-ovariens, abcès du Douglas et pelvipéritonite.

*Diagnostic.* On reconnaît cette infection à son allure rapide, à son atteinte grave à l'état général et à ses signes locaux. C'est l'infection des paramétrites et des abcès des ligaments larges, c'est le tableau des grandes septicémies.

*Traitement.* Il doit être essentiellement conservateur. La pénicilline est encore ici le médicament de choix. Le repos au lit est de rigueur, les douches chaudes, l'appareil Elliott ou Thermo-Flo, la diathermie sont prescrits pour activer la défense locale. On ne doit recourir à la chirurgie que pour évacuer les collections purulentes dans le Douglas ou les ligaments larges par voie vaginale ou iliaque rétropéritonéale.

#### CERVICITE CHRONIQUE

La cervicite chronique est une infection très fréquente au point que Polak fixe à 85% le nombre des femmes atteintes de cervicite. Par sa localisation anatomique, le col utérin est grandement exposé à l'infection et au traumatisme. Les microbes en cause sont le gonocoque, le streptocoque et staphylocoque, le pneumocoque, le colibacille, le bacille de Koch, le bacille diphtérique. Par sa sécrétion alca-

line abondante, le col infecté peut troubler le pH vaginal et activer la flore microbienne, telle que le trichomonas et le monilia. Dans toute cervicite chronique on ne doit jamais entreprendre un traitement qu'après avoir éliminé la possibilité d'épithélioma par des biopsies à différents endroits du col.

Comme lésions cervicales nous avons des érosions plus ou moins marquées, des éversions de la muqueuse endocervicale, des hypertrophies, des kystes ou œufs de Naboth, enfin des déchirures uni ou bilatérales ou étoilées.

Le traitement des cervicites chroniques varie avec le degré de l'infection. Il doit être fait prudemment en considération de l'étendue des lésions, de l'âge de la patiente et du mode de traitement employé.

Comme traitement à employer nous avons: 1) la cautérisation en surface ou plus profondément, 2) l'électro-coagulation graduée, 3) la conisation limitée ou étendue, 4) la trachéoplastie, 5) l'amputation basse ou haute du col, 6) l'hystérectomie totale abdominale ou vaginale.

#### LES TUMEURS BÉNIGNES UTÉRINES

On trouve fréquemment associés le polype, le fibrome, l'endométrite hyperplasique, l'endométriose et parfois l'épithélioma dans les lésions tumorales de l'utérus. Cette association de lésions nous porte à croire à une influence commune, à un stimulus folliculinique de longue durée et exagéré associé à un facteur carcinogénique ou tumoral inconnu. Voilà pourquoi toute lésion tumorale utérine doit faire penser à la possibilité des autres lésions associées.

*Le polype utérin* est une tumeur généralement pédiculée, rouge, friable, constituée par des amas de glandes, implantée dans l'endocervix ou l'endomètre. Le signe clinique important est la métrorragie.

Le *traitement* est l'ablation de la tumeur par torsion ou électro-coagulation, suivie de cautérisation ou coagulation du col. Ces tu-

meurs doivent toujours être analysées au laboratoire de pathologie pour éliminer toute possibilité de cancer ou cancérisation. Il est aussi important de faire la dilatation du col et le curetage utérin pour éliminer la possibilité d'hyperplasie de l'endomètre, l'épithélioma du corps, les polypes intra-utérins.

*Le fibro-myome ou fibrome utérin* est une des lésions les plus communes en gynécologie. D'après Louis-E. Phaneuf, de Boston, on le rencontre à peu près dans 40% des femmes qui atteignent l'âge de 50 ans.

*Pathologie.* Le fibrome utérin est une tumeur bénigne faite de fibres musculaires lisses et de tissu conjonctif, entouré d'une capsule fibro-vasculaire. Il se développe sur le col ou sur le corps de l'utérus. Il est d'abord intramural, puis sous-muqueux, intra-abdominal ou intra-ligamentaire, pédiculé ou parasite de la cavité abdominale. Ce sont les types sous-muqueux et intramural qui provoquent les hémorragies utérines.

L'évolution de ces tumeurs est variable, certaines peuvent s'accroître lentement tandis que d'autres peuvent remplir la cavité pelvienne et abdominale; elles peuvent aussi subir des transformations pathologiques telles que la dégénérescence rouge et nécrose, la calcification, la liquéfaction ou transformation kystique, l'infection, la transformation maligne sarcomateuse.

Comme complications, le fibrome peut entraver la grossesse par l'espace qu'il occupe dans la cavité abdominale et empêcher l'expulsion du fœtus dans les cas de fibrome cervical. Il peut aussi amener des compressions sur le rectum et le sigmoïde, les uretères, la vessie, l'urètre, sur la circulation pelvienne avec formation de varices.

*Diagnostic.* Le symptôme dominant est la ménorragie. La métrorragie est plutôt un symptôme de cancer utérin. La dysménorrhée est fréquente. Il y a parfois de la leucorrhée. La patiente se plaint de symptômes de compression abdominale. Le fibrome est une tu-

meur dure, à surface lisse, bien définie. Le canal utérin est allongé et tortueux. Avant toute intervention il faut éliminer la possibilité d'un épithélioma du corps en faisant un curettage utérin préliminaire.

*Diagnostic différentiel.* La grossesse utérine normale, la grossesse ectopique, l'hypertrophie du myomètre, l'endométriose utérine, les tumeurs malignes de l'utérus, les tumeurs bénignes et malignes de l'ovaire, les tumeurs extra-génitales.

*Traitement.* Il doit être subordonné à l'âge de la patiente, à son désir de reproduction, au volume et à l'implantation de la tumeur, aux signes de compression, aux hémorragies utérines.

Voici le traitement préconisé par Louis-E. Phaneuf, de Boston. Quand l'état général le permet, la chirurgie est le traitement de choix et celui qui donne les meilleurs résultats. La myomectomie ou énucléation du fibrome chez la femme a l'avantage de conserver les menstruations et l'organe de reproduction dans sa période fertile. Si on craint une rupture utérine lors du prochain accouchement, on aura recours à la césarienne basse. Si la myomectomie altère sérieusement la structure utérine, on aura recours à l'hystérectomie fundique, sub-totale ou totale, avec conservation partielle ou totale des annexes.

Dans les mauvais risques chirurgicaux, la radiumthérapie et la radiothérapie suppléent avec avantage à la chirurgie. Les contre-indications aux irradiations sont, entre autres, une tumeur plus grosse que 3 mois de grossesse, donnant des signes de compression, pédiulée, avec lésions annexielles associées.

On a tenté avec certains succès l'hormonothérapie avec le propionate de testostérone et le progestérone.

#### ENDOMÉTRIOSE

*Définition.* C'est la présence et le développement anormaux de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine.

L'endométriose est dite *interne* quand elle est localisée à la paroi utérine, *externe* quand elle envahit les organes pelviens.

*Pathologie.* L'endométriose représente le résultat de la croissance et de l'activité du tissu endométrial qui a la même structure et la même fonction que les glandes et le stroma de la muqueuse utérine. Il se produit des hémorragies cycliques où le sang menstruel s'accumule dans les tissus formant des « kystes chocolatés ». Ces kystes peuvent se rompre et ensemençer la cavité pelvienne; la maladie, poursuivant son processus de destruction continue, peut amener un blocage très dense de toute la cavité pelvienne.

*Histogénèse.* Malgré les nombreux travaux, à date, sur l'endométriose, son étiologie demeure encore non résolue. Il y a quatre grandes théories sur son origine:

1) Théorie des nids embryonnaires des canaux de Müller ou de Wolff.

3) Théorie plus populaire de l'implantation transtubaire de Sampson.

3) Théorie de métaplasie célomique de Meyer et Iwanoff, qui a beaucoup de supports. Elle est basée sur le fait embryologique que l'épithélium germinatif de l'ovaire, le péritoine pelvien, l'épithélium des trompes et de l'utérus dérivent de la même source, l'épithélium célomique. Jos. Vincent Meigs, de Boston, explique la cause de cette métaplasie célomique par un « hyperestrinisme continu, une réponse physiologique aux cycles menstruels anormaux », non interrompus par des grossesses. Cette maladie serait la punition des mariages stériles et de notre civilisation actuelle.

4) Théorie de dissémination par voie vasculaire.

*Diagnostic.* Les symptômes prédominants sont d'abord la dysménorrhée acquise, les douleurs prémenstruelles, les hémorragies utérines sous forme de ménorragies, métrorragies, pertes brunâtres, la dyspareunie acquise sans autre cause connue, la constipation et

la douleur à la défécation, la stérilité, la sacralgie.

*Traitement.* Il doit être basé sur le fait que la cessation de la fonction ovarienne arrête l'évolution du tissu endométrial aberrant. Il faut d'abord conseiller la grossesse à titre prophylactique et curatif, puis recourir à la chirurgie conservatrice dans la mesure du possible. Dans les cas malins et envahissants, on doit recourir à l'hystérectomie et à l'ablation des annexes.

La radiothérapie est un adjuvant précieux à la chirurgie conservatrice et un remplaçant dans les cas inopérables. Le propionate de testostérone peut être d'une utilité temporaire seulement à cause de l'inhibition hypophysaire et des effets masculinisants.

#### LES TUMEURS OVARIENNES BÉNIGNES

Je ne ferai que souligner la présence de kystes folliculaires durant la période génitale de la femme et celle des tumeurs embryogéniques féminisantes avant la puberté et après la ménopause. Par l'apport constant et exagéré de folliculine, ces tumeurs engendrent de l'hyperplasie de l'endomètre et des ménométrorragies.

Dans les cas de tumeurs féminisantes, il est important d'éliminer la présence d'un adénocarcinome de l'endomètre par le curettage-biopsie.

*Traitement.* L'ablation de ces tumeurs amènera la rémission de l'endométrite hyperplasique et l'arrêt des hémorragies utérines.

#### En résumé:

1) Les infections pelviennes qui donnent des hémorragies utérines sont au nombre de trois: la gonorrhée, la tuberculose, les infections à streptocoque et à staphylocoque. A ces infections se rattachent les cervicites chroniques.

2) Les tumeurs bénignes de l'utérus sont: les polypes, les fibromes, l'endométriose. Les tumeurs ovariennes sont les kystes folliculaires et les tumeurs embryogéniques féminisantes.

J'ai essayé de faire ressortir les points saillants de la pathologie, du diagnostic et du traitement de chaque maladie en particulier.

Comme conclusion, je ne saurais trop insister sur la nécessité de bien connaître la classification des hémorragies utérines que la Société Médicale nous offre, et sur l'importance d'un traitement éclairé à la lumière de la physiologie et de la pathologie de l'appareil génital féminin.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Louis-E. PHANEUF: « The Significance of uterine bleeding. » *Bulletin of the New England Medical Center*, 5: 52, avril 1943.
2. Louis-E. PHANEUF: « Uterine Myomata: Diagnosis & treatment. » *Bulletin of the New England Center*, VI: 7-11, février 1944.
3. Ralph E. CAMPBELL: « The treatment of pelvic tuberculosis in the female by radiation therapy. » *Am. J. of Obst. & Gyn.*, 53: 405-417, mars 1947.
4. CURTIS: *Textbook of Gynecology-Gonorrheal disease of the female genitalia*, 1945.
5. W. R. HOLMES: « Endometriosis. » *Am. J. of Obst. & Gyn.*, 43: 255-66, 1942.
6. Clayton T. BEECHAM: « Non Malignant diseases of the cervix. » *The Surgical Clinics of North America*, décembre 1945.

## TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES UTÉRINES FONCTIONNELLES

Jean GRIGNON, F.R.C.P. (C.),  
Médecin de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

L'étiologie des hémorragies utérines fonctionnelles étant encore assez obscure dans bien des cas, il s'ensuit que le traitement manque d'uniformité. Et vous lirez dans la littérature médicale tous les résultats et tous les échecs avec toutes les thérapeutiques endocrinienne et gynécologiques.

Le temps, au lieu de simplifier le problème, le complique davantage par l'apport chaque jour plus considérable de nouvelles découvertes physiopathologiques et physiologiques, et l'élargissement des cadres du traitement endocrinien.

Je n'ai pas la prétention de vous solutionner ce problème; il faudra plusieurs années encore avant qu'il en soit présenté une synthèse raisonnable. Je vous en exposerai tout simplement ma conception actuelle.

Avant de commencer un traitement, il est logique de savoir ce qu'on traite; car une femme peut avoir des hémorragies pour bien des raisons et avec plusieurs sortes d'endomètres. Si cet endomètre est le plus souvent hyperplasique, il pourra être parfois atrophique ou même de type sécrétoire. Les thérapeutiques varieront suivant les cas.

Dès maintenant, vous voyez l'importance d'un curetage utérin, d'une biopsie avec la sonde de Novak (1), par exemple, ou encore d'un curetage médical. Par curetage médical, je veux dire ceci: injections 1:M. de 5 ou 10 mg. de progestérone chaque jour, pendant 5 jours; arrêt des injections et au bout de quelques jours (3-5) chute de tout l'endomètre comme dans la menstruation normale.

1. Cette biopsie devra ramener des fragments de différentes régions de l'endomètre, si l'on veut avoir une image réelle de ce qui existe dans l'utérus; car, très souvent, différentes régions répondent différemment à un même stimulus et nous pouvons voir des hyperplasies côtoyer des atrophies cellulaires.

On obtiendra ces résultats dans les seuls cas où l'endomètre aura subi l'influence des œstrogènes.

Ces différents examens, avec l'exploration bimanuelle de l'utérus et des paramètres, nous placeront en face des possibilités suivantes.

D'abord, nous aurons éliminé les néoplasmes bénins ou malins, les infections et les endométrioses importantes.

Nous aurons affaire à

- 1° une muqueuse hyperplasique;
- 2° une muqueuse atrophique;
- 3° une muqueuse sécrétoire;
- 4° une muqueuse alternativement hyperplasique et sécrétoire.

1° *Muqueuse hyperplasique.*

Ce sera celle rencontrée dans l'apériodomé-norrhagie ou métropathie hémorragique.

Le curetage médical est positif.

Les ovaires pourront présenter des kystes ou des tumeurs dures.

Le dosage des œstrogènes sera parfois élevé, parfois subnormal.

Les hémorragies n'ont aucun cycle.

Si tout porte à soupçonner l'existence d'un folliculome<sup>2</sup>, il va de soi que le traitement sera chirurgical.

Sinon, il y a deux alternatives: le traitement médical ou chirurgical ou RX.

Il est bien entendu que la stérilisation va solutionner le problème des hémorragies; elle amènera par contre un climatère précoce pas

2. LH veut dire facteur lutéinisant; et quand je dis LH, je veux tout autant mentionner Lu ou le facteur lutéotrophique. LH avec FSH amène l'ovulation et la formation du corps jaune, Lu cause la sécrétion du corps jaune.

toujours facile à maîtriser; et différentes autres considérations sociales ou autres nous obligeront à recourir à ce traitement radical seulement pour les femmes à la veille de la ménopause ou quand le traitement médical aura admis la défaite.

Vous connaissez les multiples traitements endocriniens préconisés ici.

Je ne suis pas partisan de celui d'Hamblen avec les œstrogènes à fortes doses, car l'hypophyse qui a subi depuis déjà trop longtemps une excitation par les œstrogènes ne profitera pas sûrement d'un autre coup de fouet, à moins qu'elle ne possède une bonne réserve, ce que nous ignorons.

Je préfère le traitement de Smith admis par John Rock et Fuller Albright entre autres.

D'abord, curetage médical pour contrôler l'hémorragie et permettre un repos à l'hypophyse.

Avec le début de la menstruation on donne les œstrogènes à doses excitant LH (2), par exemple 0.3 mg. de stilbestrol pendant 20 jours et ensuite durant 6 jours progestérone 5 mg. par jour ou pranone (30 à 50 mg. par jour).

La menstruation suit peu après et l'on reprend la même thérapeutique pour quelques mois.

J. Rock préfère un curetage médical durant plusieurs cycles et conseille le traitement stilbestrol-pranone quand les menstrues deviennent peu abondantes. Après plusieurs mois on obtient parfois un retour à la normale.

Ce traitement me semble bien indiqué chez la jeune fille à la fin de la puberté. L'hypophyse n'est pas inhibée par de fortes doses d'œstrogènes, la médication est facile à suivre et peu coûteuse et les résultats sont favorables.

Chez la femme près de la ménopause, il fait disparaître les ennuis d'hémorragies trop fréquentes, empêche le psychisme de s'alarmer trop vite, évite la transformation néoplasique possible d'un endomètre en hyperplasie constante; même je vois des avantages physi-

ques et psychiques pour une femme de menstruer jusqu'à 50 ou 60 ans. Elizabeth Arden n'a peut-être pas complètement tort de vendre une pommade contenant des œstrogènes pour retarder le vieillissement.

### 2° *Muqueuse atrophique.*

Elle sera difficile à traiter quand l'utérus est scléreux comme après une endométrite grave. Le traitement chirurgical sera souvent à conseiller.

Le curetage médical aura peu ou pas de succès suivant le degré d'atrophie. On devra tenter de fortes doses d'œstrogènes suivies ou non de progestérone dans le but de développer un utérus hypoplasique ou pour augmenter la réceptivité déficiente.

On obtiendra plus de succès en aidant le métabolisme général; j'y reviendrai tantôt.

### 3° *Muqueuse sécrétoire.*

Ce sera le type rencontré dans l'hyperménorrhée.

On prétend que le corps jaune serait ici insuffisant et qu'il faut l'aider.

De petites doses 0.3 mg. de stilbestrol durant les 20 premiers jours du cycle peuvent être essayées sans danger, et dans le but d'augmenter la sécrétion du facteur LH (2).

Si l'on veut diminuer l'intensité et la durée de l'hémorragie, on peut donner après la 2e journée 10 mg. de progestérone.

Albright, entre autres, est assez catégorique lorsqu'il dit que l'hyperménorrhée ne dépend pas de troubles endocriniens primitifs, mais plutôt de troubles métaboliques, circulatoires et sanguins.

### 4° *Muqueuse alternativement hyperplasique et sécrétoire.*

C'est en définitive l'hémorragie au moment de l'ovulation (Mittelschmerz des Allemands) qui fait paraître les menstrues assez régulières et fréquentes.

Le questionnaire serré va révéler le peu d'importance de l'hémorragie de l'ovulation et la biopsie va montrer une muqueuse alternativement hyperplasique et sécrétoire.

Dans de tels cas il faut éviter les médications qui pourraient être dangereuses. Il faut surtout encourager la patiente en lui expliquant le phénomène qui va souvent disparaître après quelques mois.

### HÉMOSTASE

Je vous dirai maintenant quelques mots sur l'hémostase des hémorragies utérines fonctionnelles, car ce que demande une femme qui saigne, c'est de voir se tarir cette hémorragie.

Le médecin qui connaît l'âge de la malade, son histoire, les doutes et les probabilités après un bon examen gynécologique se verra en face de 2 choses.

La patiente ne peut pas attendre: elle est très anémiée, elle peut avoir un néo, un polype. Il faut la cureter ou prendre une biopsie de son endomètre.

Si la patiente avec un bon état général peut attendre et si l'on peut éliminer les lésions organiques, on peut tenter certains médicaments.

D'abord, je ne crois pas que les androgènes soient à prescrire chez la femme pour des hémorragies, même si plusieurs ont vanté son action hémostatique.

L'A.P.L. excitera le corps jaune; l'effet sera produit en définitive par la progestérone.

Les œstrogènes à grosses doses seront parfois utiles sur une muqueuse atrophique.

La progestérone me semble être l'hémostatique de choix dans l'hyperménorrhée et la métropathie hémorragique, en plus d'être le médicament le plus physiologique pour de tels cas.

La muqueuse atrophique pourra être réfractaire à tous les traitements médicaux et mettre la vie en danger. Il faudra alors la livrer à la chirurgie.

### TRAITEMENT GÉNÉRAL ET MÉTABOLIQUE

Si j'ai choisi de parler de ces traitements après avoir envisagé la médication endocrinienne, ce n'est pas à cause de son peu d'importance, c'est pour que l'on s'en souvienne un peu plus longtemps.

En effet, il faut toujours se rappeler que l'utérus appartient à un individu susceptible de présenter toute la gamme des maladies du métabolisme, des dyscrasies sanguines, des troubles circulatoires et des maladies cachectisantes.

L'insuccès de nos médications endocriniennes est très souvent dû au fait que nous oublions d'examiner la patiente avant de palper son utérus.

Des troubles du métabolisme, l'obésité occupe le premier plan par sa fréquence. Il semble que l'hypophyse fonctionne normalement jusqu'à un certain poids maximum pour chaque individu, et que, ce sommet dépassé, elle présente toutes sortes de dysfonctionnements.

Vous aurez souvent l'agréable surprise de voir disparaître divers troubles menstruels tout simplement en faisant maigrir vos patientes obèses.

La diète riche en protides, pauvre en lipides et glucides jouera le truc chez une patiente qui veut coopérer. A cette diète certains ajoutent l'extrait thyroïdien, d'autres la benzédrine. Les deux ont leurs indications.

L'importance de l'extrait thyroïdien, quand le métabolisme basal est diminué, n'est plus à vanter, que ce soit pour les hyperménorrhées ou les aménorrhées, pour les muqueuses atrophiques aussi bien qu'hyperplasiques ou sécrétoires.

L'action bienfaisante se produit autant sur le métabolisme des différentes glandes endocrines que sur le métabolisme de l'endomètre.

L'hypophyse pour son bon fonctionnement a besoin d'un apport alimentaire varié et suffisant; en particulier, il faut des protéines

et des vitamines et l'individu trop maigre a besoin de la même attention que l'obèse: une diète bien équilibrée et variée.

Les maladies cachectisantes peuvent causer des dégâts, sans doute par la voie d'un mauvais métabolisme, tant au niveau des glandes que de l'utérus, du foie et du tube digestif. Si possible, il faut les faire disparaître si l'on veut améliorer les troubles qu'elles occasionnent.

L'artériosclérose et les troubles circulatoires, en congestionnant le petit bassin, ne favorisent pas l'hémostase au niveau de l'endomètre. Tous les exercices qui décongestionnent le petit bassin sont à conseiller alors.

Vous connaissez les complications hémorragiques que peuvent causer les troubles de la crase sanguine.

J'ai présente à la mémoire cette patiente traitée depuis 3 mois pour syphilis et qui arrive à l'hôpital présentant des hémorragies utérines depuis bientôt 7 jours. La formule sanguine et le frottis de ponction sternale présentent l'image typique d'une anémie aplastique.

Je concède qu'ici on ne peut rien faire; tel n'est pas le cas avec une anémie hypochrome

ou hyperchrome. Les médications ferrugineuses et anti-anémie pernicieuse ont fait leurs preuves.

Quand on veut arrêter des hémorragies chez une femme, il est aussi parfois utile de se rappeler que l'aspirine et certains autres médicaments peuvent modifier la coagulation sanguine.

En somme, une patiente qui présente des hémorragies fonctionnelles doit être considérée dans son ensemble avant tout; et il ne faut pas croire que le traitement endocrinien ou gynécologique est la seule solution pour une femme qui saigne trop de son utérus.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. John ROCK: « Its disorders and their treatment. » *N. E. J. M.*, **233**: 817 (27 déc.) 1945.
2. O. et G. SMITH: « Functional flowing. » *J. C. E.*, **5**: 319 (sept.) 1945.
3. KLINEFELTER et ALBRIGHT: « F. S. H. in Urine. » **3**: 529 (oct.) 1943.
4. ASTWOOD: « Pituitary Gonadotropins. » *Endocrinology*, **28**: 309, 1941.
5. ALBRIGHT: « Functional flowing. » *Ovarian dysfunction clinics*, mars 1946.
6. ASTWOOD: « Pituitary hormones. » *Lecture at Harvard*. Avril 1946.

# LA CLIMATISATION DE L'AIR INSPIRÉ AU COURS DES ANESTHÉSIES GÉNÉRALES PROLONGÉES, AVEC CIRCUIT FERMÉ ET ABSORPTION DE CO<sup>2</sup> 1

Léon LONGTIN,  
Anesthésiste à l'Hôtel-Dieu (Montréal).

Que la fréquence et la sévérité du choc opératoire, pour les opérations de longue durée, soient plus grandes avec l'anesthésie générale qu'avec la rachi-anesthésie, simple ou continue (1); que la fréquence de l'atélectasie et des autres complications pulmonaires, dans des opérations semblables, soit également plus grande avec l'anesthésie générale qu'avec la rachi-anesthésie (2); que l'existence du « coup de chaleur opératoire » (« operative heat stroke ») soit observée assez fréquemment au cours des anesthésies générales prolongées et non au cours de la rachi-anesthésie (3); qu'à la suite des anesthésies au cyclopropane, il y ait toujours menace de « cyclopropane shock » (4), voilà des faits assez troublants et propres à faire réfléchir celui qui est appelé à faire le choix du genre d'anesthésie pour les malades et à administrer plusieurs anesthésies tous les jours.

C'est en pensant à tous ces faits, admis par les plus grands maîtres de la chirurgie et de l'anesthésie américaines, après avoir observé beaucoup de malades et avoir recherché longtemps comment et pourquoi l'anesthésie générale pouvait engendrer des troubles aussi sérieux, que notre attention a été attirée sur les différentes qualités de l'air inspiré par le malade au cours des différentes sortes d'anesthésies.

Pour les besoins de la cause, l'air inspiré par le malade au cours des rachi-anesthésies et des anesthésies générales prolongées avec circuit fermé et absorption de CO<sup>2</sup> seulement, retiendra notre attention. Les qualités étudiées

seront: la teneur en oxygène, en gaz carbonique, la température et le degré d'humidité.

Le premier tableau ci-contre indique les variations de ces qualités au cours d'une opération d'une durée de quatre heures sous rachi-anesthésie.

Durée	O <sup>2</sup>	CO <sup>2</sup>	T°	Humidité
1 heure	20-100%	5-6%	70°-80°	30-50%
2 hrs	↓	↓	↓	↓
3 hrs	↓	↓	↓	↓
4 hrs	Idem	Idem	Idem	Idem

Tableau 1: variations des qualités de l'air inspiré au cours de la rachi-anesthésie.

Le deuxième tableau indique les variations des mêmes qualités au cours des anesthésies générales avec circuit fermé et absorption de CO<sup>2</sup> pour des opérations de même durée.

Durée	O <sup>2</sup>	CO <sup>2</sup>	T°	Humidité
1 heure	30-80%	5-6%	70°	30% et moins
2 hrs	↓	↓	90°	50-60%
3 hrs	↓	↓	100°	60-80%
4 hrs	Idem	Absorption continue	110-120°	80 et plus

Tableau 2: variations des qualités de l'air inspiré au cours de l'anesthésie générale avec circuit fermé et absorption de CO<sup>2</sup>.

En analysant ces deux tableaux, on se rend compte facilement que seules la température et l'humidité de l'air inspiré offrent des variations importantes au cours d'une anesthésie d'une durée de quatre heures, et cela seulement dans le cas où le malade est soumis à une anesthésie générale. L'une et l'autre augmentent graduellement à mesure que se prolonge l'anesthésie, et cela probablement pour les raisons suivantes: la réaction chimique

1. Prix Ciba, 1946, décerné par la Société Médicale de Montréal.

réalisant l'absorption du  $\text{CO}_2$  par la chaux sodée dégage de la chaleur et de l'eau (5) (6) (7) et l'air expiré par le malade contient déjà de la chaleur et de l'eau; cette chaleur et cette eau emprisonnées dans le circuit s'accumulent de sorte que, au bout d'une heure, ou, dans certains cas, au bout d'une heure et trente, selon le métabolisme basal du malade, ou peut-être aussi selon le genre d'opération et la profondeur d'anesthésie exigée, on observe que la température de l'air dans le circuit a dépassé la température des plus chaudes journées d'été de notre climat et, en plus, que cet air est presque saturé d'eau.

Comment réagit l'être humain ayant respiré cette atmosphère d'étuve pendant une heure et plus? Nos observations personnelles au cours d'anesthésies générales prolongées où cette atmosphère était réalisée et celles d'autres confrères de grande expérience nous ont permis de classer les réactions de l'organisme humain à cette élévation de température et d'humidité dans l'air inspiré: réactions affectant l'état général du malade et réactions plutôt d'ordre local.

Les premières réactions pourraient tout aussi bien s'appeler: réactions de défense de l'organisme contre l'excédent de chaleur et d'eau dans l'air inspiré. L'être humain se défend exactement comme un animal placé dans les mêmes circonstances. Chacun sait comment réagit le pigeon ou le chien à la chaleur excessive: il ouvre le bec ou la gueule pour évaporer une plus grande quantité d'eau et dépenser ainsi des calories; à part cela, l'un et l'autre accélèrent leurs mouvements respiratoires probablement pour éliminer un plus grand nombre de calories dans l'air expiré. L'être humain fait de même: il accélère sa respiration dès que la température de l'air se rapproche de celle de son corps, probablement pour la même raison: dépenser des calories; mais dans les circonstances, le circuit étant fermé, les calories s'accumulent et la température monte toujours ainsi que le

pourcentage d'humidité dans l'air. Peut-être à cause de l'effort ou de l'exercice physique occasionné par l'accélération de la respiration, peut-être à cause de l'élévation de température du corps, dès cet instant on note que le pouls s'accélère et que la pression artérielle s'élève. A peu près au même moment, l'être humain met en œuvre un autre moyen de dépenser des calories: la transpiration. Chez certains malades, elle est profuse; chez d'autres, à peine quelques sueurs ont perlé sur la peau qu'aussitôt elle devient rouge et sèche; habituellement, à ce moment, la température du corps a déjà quitté la normale pour s'élever graduellement; tout se passe comme s'il s'agissait d'une séance de pyrétothérapie, mais où la température est provoquée en faisant respirer une atmosphère d'étuve sans que le corps soit exposé à une telle température. Cette fièvre, processus bien complexe, met en jeu le fonctionnement de l'organisme tout entier: l'accélération du travail cardiaque et de la circulation, la vasodilatation centrale et périphérique, l'augmentation du processus de combustion des sucres et d'oxydation carbonique, l'exagération de la ventilation pulmonaire, l'hyperactivité des fonctions glycogénique et uropoïétique du foie, les suractivités glandulaires et la production d'adrénaline, la rétention d'eau avec diminution de son excrétion rénale, etc. (8).

En général, après avoir respiré une telle atmosphère pendant deux heures, le malade a une température variant de  $100^\circ\text{F}$ . à  $106^\circ\text{F}$ . Quand ce chiffre est atteint, si les conditions ne changent pas, le malade entre bientôt dans un état de choc caractérisé par une chute de la pression artérielle, un affolement du pouls, une respiration rapide et superficielle accompagnée de pâleur des tissus et bientôt de cyanose et, selon la résistance du sujet et sa réponse à la thérapeutique mise en œuvre, la survie est plus ou moins longue. Elle s'accompagne le plus souvent de confusion mentale, d'agitation ou encore d'une dépression profonde avec sommeil comateux. Chez ceux qui sont passés au Laboratoire d'Anatomie Patho-

logique, on a observé des lésions multiples susceptibles de nuire considérablement au survivant d'une épreuve semblable, lésions qui peuvent donner une idée de la pathogénie de certains troubles observés. J'emprunte au Commander Genauer la description suivante des principaux changements pathologiques associés au « coup de chaleur opératoire »: « On observe un œdème des méninges, du cerveau et des poumons; une infiltration diffuse d'organes vitaux comme le foie, le rein et le myocarde. On trouve aussi de la dégénérescence graisseuse au foie et des pétéchies hémorragiques au cerveau, aux viscères et à la peau. » (9) M. J.-L. Riopelle, pathologiste à l'Hôtel-Dieu de Montréal, partage l'avis de cet auteur et ajoute que des changements semblables s'observent chez les morts de choc.

Quant aux réactions locales, nous les avons observées chez des malades soumis à la même technique anesthésique, même pour un temps moins long. Le passage répété de cet air chaud sur les muqueuses par la respiration entraîne une irritation, une congestion œdémateuse de ces muqueuses, entraînant, probablement à cause de l'œdème qui s'y trouve, une sécheresse de la bouche fort pénible pour le malade, et cela durant plusieurs heures: sensation de feu dans la bouche et soif ardente. Probablement pour les mêmes raisons, les muqueuses de l'arbre respiratoire sont congestionnées et œdématisées, ce qui rétrécit la lumière des conduits respiratoires et les sécrétions de toutes sortes qui se trouvent habituellement sur ces muqueuses deviennent épaisses et adhérentes: deux facteurs qui conduisent facilement à l'obstruction de ces conduits et à l'atélectasie pulmonaire. Sans compter qu'avec une muqueuse dans cet état, les réflexes à la toux sont probablement abolis ou du moins diminués pour longtemps, ce qui favorise davantage l'atélectasie. Beaucoup de malades ont l'impression de manquer d'air, ont de la difficulté à respirer, difficulté qui conduit jusqu'à l'agitation: signature bien souvent d'un manque d'oxygène dans les tissus, conséquence, dans de semblables cas, d'une ventilation pulmonaire

diminuée par rétrécissement œdémateux des conduits respiratoires.

Enfin, après les anesthésies générales avec circuit fermé, surtout au cyclopropane, il est souvent observé des chutes de pression artérielle assez marquées allant jusqu'au collapsus (on les appelle: « cyclopropane shock ») et dont l'étiologie possible serait, d'après Robert Dripps: « Une augmentation de la température du sang qui baigne les corpuscules carotidiens constitue un stimulant: condition qui existe au cours de l'anesthésie en circuit fermé avec absorption de  $\text{CO}_2$ . A la fin de l'anesthésie, le malade respire un air plus froid, la température du sang diminue, la stimulation des corpuscules carotidiens n'existe plus et la pression artérielle tombe. » (10)

Voilà donc quelques réactions fâcheuses et parfois même désastreuses que nous avons observées au cours et à la suite des anesthésies générales prolongées avec circuit fermé et absorption de  $\text{CO}_2$ . Aucune de ces réactions n'a été observée au cours des rachianesthésies de durée semblable parce qu'elles sont dues presque exclusivement, nous croyons, au fait que le malade respire au cours des anesthésies générales une atmosphère trop chaude et trop humide.

Pour confirmer ces prétentions, à plusieurs reprises, chez des malades devant subir deux opérations semblables par le même chirurgien: soit sympathectomie dorsale gauche la première fois et sympathectomie droite la deuxième fois, ou hypertension artérielle d'un côté et ensuite de l'autre, nous avons donné, lors de la deuxième opération, le même anesthésique en modifiant dans la technique seulement la température et le pourcentage d'humidité de l'air inspiré; en d'autres termes, nous avons climatisé l'air inspiré.

Le climat de la montagne, à peu près l'idéal pour l'organisme humain, a retenu notre choix: température de l'air variant entre  $65^\circ$  et  $75^\circ$  F. avec 40 à 50% d'humidité. Au moyen d'un dispositif bien simple: un tuyau en métal flexible

de six pieds de longueur, d'un pouce de diamètre, en serpentín dans un vaisseau contenant de la glace, nous avons réalisé cette atmosphère (voir tableau n° 3).

Durée	O <sup>2</sup>	CO <sup>2</sup>	T°	Humidité
1 heure	30-80%	5-6%	65-70°	40-50%
2 hrs	↓	↓	↓	↓
3 hrs	↓	↓	↓	↓
4 hrs	Idem	Idem	Idem	Idem

Tableau 3: variations des qualités de l'air inspiré au cours de l'anesthésie générale avec circuit fermé et absorption de CO<sup>2</sup>, mais où l'air est climatisé. A comparer au tableau 1.

L'usage de cette technique chez un certain nombre de malades nous a permis de faire les observations suivantes: durant l'opération, les malades ont gardé une respiration libre, sans modification de vitesse ou d'ampleur, une ventilation pulmonaire adéquate étant maintenue par des compressions manuelles intermittentes sur le ballon de la machine à anesthésie; le pouls et la pression artérielle se sont comportés comme au cours d'une rachianesthésie ou d'une anesthésie à circuit ouvert; la température des malades n'a pas varié et peu ou point de transpiration; chez tous les malades ayant bénéficié de cette technique d'air climatisé, aucune imminence de choc n'a été notée même après au delà de trois heures d'anesthésie.

Après l'opération, le retour à la normale des facultés mentales est beaucoup plus rapide après usage d'air climatisé (est-ce dû à l'absence d'œdème cérébral que produirait l'élévation de température avec l'autre technique?); les muqueuses de la bouche sont normalement irriguées et humides, n'ayant subi aucune irritation, et l'expectoration est facile et peu abondante. Dès le réveil, les réflexes à la toux sont présents et vifs, puis, comme la lumière des conduits respiratoires n'est pas modifiée par une muqueuse irritée et congestionnée, la ventilation pulmonaire et l'oxygénation sont normales: pas de sensation de manque d'air, ni d'agitation, mais un

malade calme et bien coloré (possibilités d'atélectasie pulmonaire bien diminuées).

Subjectivement, le malade qui a déjà été opéré sous anesthésie générale sans air climatisé et qui s'éveille après une deuxième anesthésie aussi longue et même plus longue que la première, mais où l'air a été climatisé, ignorant naturellement ce qui a été fait, avoue spontanément respirer plus librement, ne pas ressentir de soif ardente, de sécheresse de la bouche ou de besoin de tousser; bien des malades avouent qu'ils ne se sentent pas déprimés, affaiblés comme ils l'étaient après la première opération, comme si la deuxième opération avait exigé moins de leurs forces.

En conclusion, nous émettons l'opinion que l'usage d'une atmosphère climatisée au cours des anesthésies générales prolongées, non seulement à cause de son effet tonique sur l'organisme mais surtout parce qu'il lui épargne les mauvais effets d'une atmosphère d'étuve, peut avoir une heureuse influence sur la fréquence et la sévérité du choc opératoire et anesthésique, diminuer en même temps la fréquence et la sévérité de l'atélectasie et des autres complications pleuro-pulmonaires postopératoires, contribuer à faire disparaître le « coup de chaleur opératoire » ou « operative heat stroke » et, enfin, éclaircir la pathogénie et éliminer en partie les chutes de la pression artérielle postanesthésiques ou « cyclopropane shock ».

**En résumé,** au cours des anesthésies générales, l'absorption de l'acide carbonique par la chaux sodée est une réaction chimique qui libère de la chaleur et de l'eau. Cette chaleur et cette eau ajoutées à la chaleur et à l'eau exhalées par la respiration du malade s'accumulent dans le circuit fermé de sorte qu'au bout d'une heure ou deux, l'air dans le circuit a atteint la température de 100° à 110° F. et une humidité voisine de la saturation. Ces conditions atmosphériques sont incompatibles avec la vie, même pour un sujet sain au repos; à plus forte raison sont-elles néfastes au ma-

lade sous anesthésie et soumis à une intervention chirurgicale. L'usage d'une atmosphère climatisée dans ces circonstances nous a semblé rendre grand service aux malades durant l'opération, apporter du confort dans les suites opératoires et supprimer un tas d'ennuis qui, dans certains cas, pourraient conduire à des complications sérieuses.

*Travail présenté au concours CIBA, 1946.*

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) LAHEY: Conférence à la Société de Chirurgie de Montréal, 1945.
  - (2) Robert D. DRIPPS, Margery VAN DEMING: « Postoperative Atelectasis and Pneumonia. » *Ann. of Surg.*, **124**: 94 (juillet) 1946.
  - (3) (9) Commander B. GENAUER: « Postoperative heat stroke. » *Anesthesiology*, **7**: 302 (mai) 1946.
  - (4) (10) Robert D. DRIPPS: « The immediate decrease in blood pressure seen at the conclusion of cyclopropane anesthesia : « Cyclopropane shock. » *Anesthesiology*, **8**: 15 (janv.) 1947.
  - (5) E. A. ROVENSTINE: « Carbon dioxide absorption method for inhalation anesthesia. » *Am. Journ. of Surg.*, **11**: 456, 1936.
  - (6) John ADRIANI: « Soda lime containing indicator. » *Anesthesiology*, **5**: 45 (janv.) 1944.
  - (7) Major L. H. MOUSEL et Al.: « A clinical Study of carbon dioxide absorption during anesthesia. » *Anesthesiology*, **7**: 375 (juillet) 1946.
  - (8) J. TINEL: « Le système nerveux végétatif. » *Régulation thermique*, pp. 522-528.
-

## RECUEIL DE FAITS

### RÉSECTION EN PLUSIEURS TEMPS DU VENTRE EN TABLIER RÉSECTION LOSANGIQUE<sup>1</sup>

Charles BOHÉMIER.

Paraphrasant Pierre Mornard, qui, dans la *Pratique Chirurgicale Illustrée* de Pauchet, décrivait la résection esthétique du ventre en tablier avec transplantaion de l'ombilic, j'ai été tenté d'intituler ma communication: « Résection inesthétique du ventre en tablier sans conservation de l'ombilic », mais paraît qu'il ne faut pas faire d'humour en science! J'ai cru bon, cependant, de nommer résection en plusieurs temps du ventre en tablier et résection losangique la technique que je vais vous décrire parce qu'à mon avis elle expose le but à atteindre et le moyen employé.

Si la technique décrite par Mornard s'adresse aux personnes ayant été plus ou moins obèses puis ayant considérablement maigri, ce qui se rencontre surtout chez les femmes ayant eu plusieurs grossesses, ma technique, si je peux dire, s'adresse plus spécialement aux personnes qui se sont conservées grasses et qui ont un de ces pannicules adipeux descendant parfois à mi-cuisse et même plus bas. Au cours de mes assistances aux opérations du docteur de Martigny et plus tard lors des opérations que j'exécutais moi-même, devant cette « boucherie » que comporte chez les grasses la double incision convexe transversale en quartier d'orange, devant le choc que présentaient les patientes opérées, les alertes et même quelques mortalités, je me suis demandé maintes fois s'il ne serait pas possible, à l'instar des opérations sur la prostate, la glande thyroïde, le côlon, l'estomac, de fragmenter le traumatisme opératoire, i.e. faire l'opération en plusieurs temps.

Après avoir pensé à plusieurs incisions, qu'il est inutile de vous décrire, si ce n'est pour vous montrer comme on peut faire de nombreux détours avant d'arriver à quelque chose de simple, j'en suis arrivé à la résection losangique, comme premier temps. En quoi consiste-t-elle? Tout simplement à réséquer jus-

qu'à l'aponévrose de la paroi abdominale antérieure, un losange cutanéoadipeux dont les angles seront supérieurs, inférieurs, droits et gauches. La perte de substance ainsi faite sera comblée en suturant les lèvres de la plaie soit transversalement, soit verticalement, soit les deux à la fois, ou juger, selon l'étoffe que l'on a de trop ou qui manque. Je préfère l'incision losangique à l'incision elliptique verticale indiquée plutôt dans les ventres globuleux qu'en tablier, parce qu'elle permet, à mon sens, d'orienter plus facilement les sutures. Un schéma au tableau l'illustrera mieux et en moins de temps qu'il ne faut pour l'écrire.

Au cours de ce premier temps qu'on peut faire plus ou moins important, on pourra effectuer la cure d'une hernie ombilicale, d'un diastasis des grands droits de l'abdomen, d'une éventration postopératoire et même une opération sur les organes pelviens. Ce temps exécuté, ne comptez pas avoir fait une opération esthétique et même je crois qu'il est bon de prévenir sa patiente, puisqu'il s'agit surtout de femmes, de ne pas se mirer et encore moins de montrer son ventre à un autre chirurgien, car votre réputation est finie.

En effet, cette résection losangique, n'enlevant que la partie moyenne du tablier cutanéograsseux, laisse deux masses latérales pendantes (« bags »), comparables à des mamelles, au point que des personnes non averties ont pu s'y laisser prendre en voyant la portion sus-ombilicale et les membres inférieurs recouverts des champs pour dire que la patiente avait le cou bien court.

Restent donc les deux masses latérales, qui si elles sont opérées après un délai assez long après le premier temps, 2 - 3 mois, s'étirent et délimitent les nouvelles lignes d'incision, ce qui permet de réduire davantage la masse grasseuse de l'étage supérieur de l'abdomen qui glisse en bas. La résection de ces deux masses selon l'état général de la patiente, son

1. Communication présentée aux « Journées Médicales » de la Société Médicale de Montréal, le 7 mai 1947.

volume, l'obligation d'aller plus en arrière, le désir d'en finir se fera en un 2ème et même un 3ème temps.

Quelques petits trucs de technique qui m'ont paru utiles. Au lieu du bistouri ordinaire, je me sers d'un petit ou moyen couteau à amputation. Pour éviter les espaces morts, je sectionne le tissu adipo-graisseux en biseau obliquement, vers le milieu des incisions. Le drainage avec un drain cigarette au point déclive ou non est facultatif, d'autant plus qu'avec la « Thrombin topical » on pourrait s'en dispenser davantage.

Voyons les avantages de cette technique: infiniment moins choquante pour la patiente; exécutable comme temps complémentaire quand d'autres conditions à traiter dominent la scène; permet de réséquer beaucoup plus loin en arrière lors des 2ème et 3ème temps, permet d'en rester au 1er temps si la patiente le désire.

#### *Les désavantages.*

Deux ou trois opérations au lieu d'une seule. Ceci a son importance de nos jours au point de vue financier, mais, comme le disait Pauchet, « il vaut mieux guérir une personne en plusieurs fois que de la tuer en une fois, et ça coûte cher aussi de se faire enterrer ». Le sacrifice immédiat de l'ombilic ne me paraît devoir être mentionné que pour répondre à une objection hypothétique d'autant plus qu'il y a des plasties possibles pour celles qui tiennent tellement à leur astre du ventre.

Quoi encore? Ce sera à vous de me le dire. J'ai opéré spécialement de cette manière trois femmes qui pesaient au delà des deux cents livres (l'une pesait 270, mais réduite à 247 avant l'opération). Ces patientes ont eu une convalescence heureuse, comparativement aux cas opérés selon la méthode classique et aujourd'hui, devant les résultats obtenus tant au point de vue des suites opératoires, qu'esthétique, je refuserais celles qui ne consentiraient pas à être opérées en plusieurs temps. J'ai deux patientes « on deck » que je prépare actuellement et qui sont bien consen-

tantes à se soumettre au délai demandé et à la préparation adéquate.

J'ai cru bon de vous décrire cette technique simple, dont les avantages compensent grandement, à mon avis, les quelques désavantages, inconvénients qu'elle présente. J'ai trouvé étrange de ne l'avoir vue décrite nulle part. En effet le *Traité récent de Technique de Chirurgie*, par Jean Quenu et Gandy (Masson, 1942-1944), ne le mentionne pas, non plus que Thorek dans le chapitre « Reconstructive Surgery of the Abdominal Wall » dans *Plastic Surgery of the breast and abdominal Wall* (préface de Sheeran, 1942), malgré son importante bibliographie.

J'ai oui-dire cependant que François Roy, F.A.C.S., de Québec, l'employait dans son service.

Je m'excuse, confrères, médecins et chirurgiens, d'avoir pris votre temps pour vous décrire cette technique, assez banale, d'une opération à laquelle, entre autres, Doyen et Delbet, chez les Français, Babcock, Kelly, chez les Américains, Flesh, Thebesius, Weinsheimer, Kirshmayr, Von Eiselberg, chez les Allemands, ont appliqué leurs talents.

Je m'excuse aussi de n'avoir pu vous présenter ces opérées ou du moins les photos pré et postopératoires, ne travaillant pas en vue de présentation ou de publication, mais votre imagination y suppléera facilement.

\* \* \*

#### *Temps d'hospitalisation:*

Madame H. A. Dossier 60044.

1944. 23 février au 3 mars:

9 jours d'hospitalisation et

6 jours postopératoires.

1944. 25 avril au 3 mai:

8 jours d'hospitalisation et

6 jours postopératoires.

1944. 2 juin au 7 juin:

5 jours d'hospitalisation et

4 jours postopératoires.

Ces deux derniers temps auraient pu être faits lors d'un même séjour à l'hôpital à quelques jours d'intervalle; la patiente a préféré espacer ces deux dernières interventions.

## NÉPHRITES AIGÜES CHEZ LES NOURRISSONS ET L'ENFANT

Roland TURCOT,

Hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Il nous fait plaisir de vous faire cette communication sur les néphrites aiguës du nourrisson et de l'enfant.

L'âge n'est pas un facteur primordial et nous avons observé des néphrites aiguës chez des enfants de tout âge; quoiqu'elle soit plus fréquente durant l'enfance, le nourrisson est plus souvent frappé d'une néphrite qu'on peut le supposer. Mensi a démontré à l'autopsie la présence de néphrites vraies, congénitales ou fœtales dans 17 cas de nourrissons âgés de 10 à 40 jours.

Les causes les plus fréquentes des néphrites aiguës de l'enfance sont presque toujours d'ordre infectieux. Les infections responsables sont très variées. Vous savez le rôle important que joue la scarlatine à cet égard. Si une scarlatine de gravité moyenne bien soignée ne se complique pas de néphrite, il n'en est pas de même d'une scarlatine grave ou d'une scarlatine méconnue alors que l'angine est peu marquée et que l'éruption est très fugace. Parfois des parents peu soigneux laissent circuler à leur guise des enfants après quelques jours de repos, leur permettant de semer la contagion jusqu'au jour où des accidents urémiques éclatent. Que de fois ne fait-on pas le diagnostic rétrospectif de scarlatine en découvrant une néphrite aiguë chez un enfant présentant une desquamation scarlatineuse.

La diphtérie est aussi souvent la cause infectieuse. La néphrite ici se caractérise par une albuminurie passagère et discrète, qui dure ce que dure l'angine. Cependant, lorsque l'albuminurie est massive, elle est d'une signification pronostique grave, mais elle s'accompagne rarement de signes d'imperméabilité rénale.

La syphilis peut être aussi incriminée; il ne s'agit pas de la syphilis rénale, mais bien d'une fragilité rénale qui rend le rein accessible à des infections parfois minimes

Mais, à côté des maladies infectieuses contagieuses, il faut faire une place capitale aux diverses infections banales: les infections cutanées, telles que la pyodermite, l'eczéma, la gale, l'impétigo étendu, les infections intestinales, les infections du pharynx, les angines rouges pultacées, les adénoïdites.

Comby et Lesne concluent que l'étiologie des néphrites aiguës de l'enfance est dans 80% des cas d'origine rhino-pharyngée. De plus, les néphrites aiguës peuvent être dues à des intoxications médicamenteuses, telles que les intoxications par le mercure, les sulfamidés, etc. Le froid aussi peut, en produisant un réflexe cutané-rénal anormal, causer des lésions de néphrite, appelées néphrites à frigore.

En résumé, il faut particulièrement retenir la néphrite post-scarlatineuse pharyngée et cutanée.

Nous rappellerons comment se présentent les néphrites de la scarlatine; elles pourront nous servir de type pour la description des autres formes.

Dans la scarlatine maligne, les manifestations rénales se perdent au milieu de nombreux symptômes, qui dénotent l'intoxication profonde de l'organisme. Dans ces cas nous aurons l'histoire d'un enfant qui souffre d'un mal de gorge léger le matin, et qui, le soir, s'accompagne de malaises intenses, lesquels sont suivis d'une éruption qui devient rouge intense, foncée, presque purpurique, avec une température de 104°. Le lendemain, les signes ataxo-dynamiques apparaissent et les urines sont franchement albumineuses, les symptômes s'aggravent, l'enfant tombe dans le coma et succombe dans les heures qui suivent.

Mais les signes de néphrite sont mieux individualisés dans les cas de scarlatine de moyenne intensité. L'albuminurie précoce contemporaine à l'éruption est le premier signe;

mais les néphrites tardives, celles qui surviennent du treizième au vingtième jour, doivent retenir notre attention.

Les symptômes sont sujets à de grandes variations et parfois sont masqués par les symptômes de l'infection primitive. Ils varient avec la sévérité de cette infection et avec l'âge du patient.

Dans les cas typiques, le début est brusque, avec une température élevée. Fréquemment, nous observons un certain degré d'œdème, spécialement à la figure et aux chevilles, mais un œdème bien marqué est peu fréquent. Occasionnellement, il y aura anasarque avec effusion de sérosité dans les plèvres et dans les cavités séreuses, avec œdème de la glotte. Parfois, l'œdème peut être entièrement absent.

Puis, rapidement, il se produit une anémie au fur et à mesure que progresse la maladie. Les symptômes d'urémie ne sont pas fréquents dans les cas de néphrites aiguës, durant les premières années de la vie, mais à l'occasion se manifestent par des maux de tête, des vomissements, de la diarrhée, de la dyspnée, du coma et des convulsions. Il est possible que ces signes soient causés aussi par l'acidose.

Chez le nourrisson spécialement, les symptômes sont frustrés: l'œdème est parfois absent, et la néphrite est diagnostiquée à l'occasion d'un examen d'urine. Chez les enfants plus âgés, le début peut aussi être insidieux et les symptômes n'être pas caractéristiques de la néphrite aiguë, ce que nous mettrons en évidence par l'examen d'urine. Comme règle de conduite, la diminution de la diurèse et ses altérations en apparence, sont en proportion avec la sévérité de l'infection primaire, mais il n'y a pas de relation entre l'état de l'urine et le degré de l'œdème. L'albumine peut être présente en différentes quantités: de la trace d'albumine à une quantité suffisante pour que les urines précipitent abondamment en les faisant bouillir. Les symptômes de la néphrite débutant dans la troisième semaine du début d'une scarlatine illustrent le mieux la forme typique de la néphrite aiguë durant l'enfance.

Comme pronostic favorable, mentionnons les cas où les vomissements, les maux de tête et la température cèdent rapidement, où l'œdème disparaît lentement, où les urines deviennent plus abondantes et de couleur normale. La durée de la maladie est alors d'une à six semaines. L'albumine, les cellules et les cylindres peuvent être présents dans les urines pendant quelques mois, disparaître et réapparaître pendant quelque temps. La mort est due à l'œdème des poumons, à l'œdème de la glotte, ou à des complications comme la pleurésie, la pneumonie, la méningite et l'endocardite. Certains cas même paraissent bénins et peuvent passer à la chronicité. Le pronostic est influencé aussi par l'âge du patient. Les néphrites aiguës chez le nourrisson sont souvent fatales. Après l'âge de 3 à 4 ans, l'enfant guérit très souvent. La nature de l'infection est aussi un facteur pronostique. La néphrite diphtérique guérit le plus souvent. La néphrite scarlatineuse guérit très souvent, mais a une tendance à passer à un état légèrement chronique, rendant le pronostic des néphrites aiguës post-scarlatineuses moins favorable.

Les hématuries qui impressionnent les parents ne comportent pas d'ordinaire un pronostic redoutable; souvent, après quelques jours de repos et de régime, les urines s'éclaircissent, deviennent plus abondantes et la santé apparente se rétablit peu à peu. Mais il importe de s'assurer si le tissu rénal est redevenu absolument normal; qu'il n'y a plus ni rétention azotée, ni persistance d'une albuminurie qui indiquerait le passage à l'état chronique, ce qui se présente assez fréquemment à la suite d'une scarlatine grave, d'une infection pharyngée persistante non traitée.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les complications des néphrites sont: la pleurésie, l'endocardite, la péricardite, la péritonite et l'acidose.

Il n'y a qu'un moyen de faire le diagnostic. C'est de penser à examiner les urines chez tout enfant atteint d'une infection définie ou non. On ne l'oublie pas chez les scarlatineux, mais le fait-on toujours d'une manière assez systé-

matique chez ceux qui n'ont eu qu'une angine banale ou une infection cutanée étendue? Lorsque les accidents de néphrite ont éclaté, le diagnostic est facile.

Le syndrome cardio-vasculaire peut être une cause d'erreur. Chez le nourrisson atrepsique, il existe un syndrome décrit par Nobécourt; il se caractérise par de la somnolence et une élévation du taux de l'urée, mais il s'agit ici de la désintégration des tissus, et le fonctionnement rénal n'y joue qu'un rôle secondaire.

Donc, pensez souvent à la néphrite, et un examen d'urine nous évitera d'être en face des symptômes évidents de néphrite aiguë.

Maintenant, le traitement comporte en tout premier lieu une diététique qui devra être rigide. Un régime lacté substantiel peu azoté sera institué. Parfois, nous ferons usage des ventouses scarifiées et des sinapismes lombaires. Une dérivation intestinale est très importante; le chlorure de calcium dans les formes hématuriques sera de quelque utilité. S'il y avait œdème des poumons, la saignée est tout indiquée. Dans l'anurie nous donnerons du sérum glucosé hypertonique à 20%. La céphalée est parfois soulagée par une ponction lombaire. Les convulsions cèdent avec des bains tièdes, des lavements de chloral et du gardénal.

Après cette thérapeutique et l'expectation durant la phase aiguë, il faut lever la cause par une amygdalectomie et une adénoïdectomie, etc...; s'il s'agit d'une affection chronique, l'indication opératoire est formelle. Durant la convalescence il est indiqué de donner une médication tonifiante et ferrugineuse pour combattre l'anémie consécutive.

Voici les observations de trois cas de néphrites aiguës, hospitalisés et traités dans notre service.

#### Observation 1.

G. T., âgé de 3 ans, hospitalisé le 1er octobre 1945 pour troubles urinaires et anorexie. L'interrogatoire des parents nous dévoile que l'en-

fant a présenté il y a quinze jours une éruption prurigineuse qui est disparue sans traitement dans les quatre jours suivant la maladie. Puis, le 18e jour, l'enfant présente de l'oligurie; le surlendemain, la miction est douloureuse et l'oligurie tend à s'installer. La température est de 103°, et l'enfant est hospitalisé après trois jours d'anurie.

A son admission dans le service à 6 hrs le soir, l'enfant reçoit toute la médication d'urgence: sacs chauds à la région rénale, sérum glucosé hypertonique à 20%, 10 à 15 c.c. intraveineux, coramine 1/2 ampoule intramusculaire aux 6 heures. Cependant, l'enfant décède après 6 heures d'hospitalisation.

L'autopsie est obtenue et le rapport se lit comme suit: « Présence de foyers hémorragiques au niveau de l'intestin, au rein une néphrite glomérulo-épithéliale du type toxico-infectieux; de plus présence d'une péritonite séro-fibrino-purulente généralisée. Le point de départ de la néphrite et de la péritonite reste obscur. » L'enfant a cependant fait une éruption il y a quinze jours. En effet, nous étions en présence d'un cas de néphrite à la suite d'une scarlatine non traitée et compliquée de péritonite.

#### Observation 2.

Quinze jours après le décès, le père se présente au dispensaire avec le frère du premier patient. L'enfant fait 104° de température depuis 2 jours et se plaint de douleurs à la miction. Les urines sont modifiées en quantité et leur coloration est bouillon de bœuf. A son hospitalisation l'examen des urines dévoile une albuminurie abondante et des cylindres en grand nombre. L'examen physique ne dévoile rien d'anormal sauf une desquamation scarlatineuse des extrémités; tout signe d'œdème est absent.

Un régime déchloruré est institué. L'albumine, présente en grande quantité dans les urines à l'admission du patient, n'est plus qu'à l'état de traces après neuf jours d'hospitalisation. Comme médication, le patient a reçu du sérum glucosé hypertonique à 20% à la dose

de 25 c.c. trois fois par jour; nous lui avons fait des sinapismes lombaires et des applications chaudes au niveau de la région rénale. Pendant la période fébrile, l'enfant reçoit 100,000 unités de pénicilline par vingt-quatre heures, soit pendant 9 jours. La phase aiguë étant terminée, l'enfant reçoit un régime déchloruré et est maintenu au lit pendant trois semaines.

Le 6 novembre 1945, un premier examen d'urine est négatif, et se maintient ainsi après 15 jours. L'enfant quitte l'hôpital guéri. Nous avons depuis obtenu de nouveaux examens d'urine, en novembre 1946, et ils ont toujours été négatifs.

### Observation 3.

Le 4 mars 1946, L. T., âgé de 5 ans, est hospitalisé une troisième fois pour amygdalite pultacée.

L'interrogatoire des parents nous dévoile que l'enfant fait 102° de température depuis 14 jours. L'examen d'admission nous permet de constater une amygdalite avec hypertrophie. L'état général du malade est médiocre, mais l'examen physique ne permet pas de mettre en évidence un point infectieux autre que l'amygdalite. L'enfant reçoit une médication à la pénicilline à la dose de 100,000 unités par 24 heures, avec désinfection nasale et badigeonnage au bleu de méthylène à 2%, trois fois par jour.

Le lendemain, l'examen d'urine nous révélait la présence d'albumine et des cylindres en grand nombre. Traité pendant huit jours, l'enfant quitte l'hôpital sans l'autorisation médicale, les parents refusant l'amygdalectomie recommandée par le laryngologiste.

Au départ de l'enfant le 10 mars, l'examen d'urine décèle encore la présence d'albumine. Le 15 mars 1946, l'enfant est de nouveau hospitalisé, mais cette fois pour troubles urinaires.

A l'examen, il y a reprise de l'amygdalite; le patient fait 104° de température avec œdème généralisé. La percussion et l'auscultation pulmonaire décèlent une matité aux deux bases pulmonaires avec diminution du murmure vésiculaire; les bruits du cœur sont voilés et lointains; l'abdomen est très distendu et l'ombilic fait hernie. Le poids du patient est augmenté de huit livres depuis son départ, il y a six jours.

L'albuminurie est de 1 gramme 80 pour mille, à l'admission du malade. Nous instituons aussitôt une médication à la pénicilline, du sérum hypertonique à 20%, soit 25 c.c. intraveineux, et une dérivation intestinale.

Après 5 jours de repos absolu, les signes d'œdème diminuent, l'enfant pèse son poids habituel et les urines sont de coloration subnormale. Cependant, ce n'est qu'après six semaines de diète déchlorurée et de repos au lit que l'examen d'urine s'est révélé normal.

Le patient a reçu une médication tonifiante et ferrugineuse pendant quinze jours, subissait une amygdalectomie le 10 mai et quittait l'hôpital le 13 mai. Nous avons obtenu un examen d'urine le 15 août; il a été négatif et l'enfant est en parfaite santé.

### BIBLIOGRAPHIE

- H. GRENET: *Conférences cliniques*. 2e série.  
 P. NOBECOURT: *Cliniques médicales infantiles*.  
 GRIFFITH et MICHEL: *The diseases of Infants and Children*. Vol. II.  
 BRENNEMANN: *Practice of Pediatrics*.

## LA MESURE DES PRESSIONS ABDOMINALES HUMAINES <sup>1</sup>

Raymond LECOURS.

Le squelette de l'abdomen s'identifie fonctionnellement avec l'architecture osseuse compliquée du thorax, de la ceinture pelvienne et de la colonne vertébrale. Ce détail important gardé en mémoire, il reste que, au point de vue physiologique, l'abdomen est un grand muscle creux formé de 4 irréductibles segments à décrire comme suit: a) un segment postérieur, ensemble des muscles vertébraux et paravertébraux de la colonne dorso-lombosacrée; b) un segment antéro-latéral, muscles propres de l'abdomen; c) un segment supérieur, le diaphragme; d) un segment inférieur, muscles et aponévroses du périnée, surtout du périnée profond.

Chacun de ces segments, pour ne pas dire chacun des muscles de chacun de ces segments, possède assez d'autonomie pour se contracter isolément, mais de plus, ces divers segments sont reliés entre eux par un parfait réseau de réflexes moteurs qui leur confèrent une étroite collaboration fonctionnelle: d'où la contraction possible de 2 ou 3 segments voisins alors que le 4e demeure au repos, ou encore, la contraction simultanée plus ou moins violente des 4 segments. Il ne faut donc pas s'étonner que les pressions abdominales (P.A.) soient tellement variables d'un instant à l'autre selon l'activité particulière et l'attitude du sujet sous observation. Il faut également s'attendre à ce que ces pressions présentent des gammes de variations très étendues d'un individu à l'autre selon l'âge, le poids, le type physique, le développement musculaire, l'état de santé, etc., des sujets observés.

La complexité du problème pourrait s'arrêter là si l'abdomen ne contenait qu'un liquide de densité uniforme. Il en est bien autrement, car le contenu abdominal est formé d'un en-

semble d'organes de volumes et de poids éminemment variables, dont les uns, comme le foie, la rate, le rein, sont toujours pleins, et les autres, comme l'estomac, la vessie, le rectum, sont tantôt remplis et tantôt vides, mais toujours pourvus d'une musculature lisse qui a précisément pour fonction de créer des pressions intraorganiques indépendantes des pressions déterminées en ces organes soit par le simple tonus ou la contraction des muscles striés périphériques, soit par des actions de gravité provenant des organes sus-jacents, soit encore par des distensions liquides ou gazeuses. Ce défaut d'homogénéité du contenu abdominal explique beaucoup les difficultés initiales auxquelles se sont heurtés ceux qui, avant nous, ont eu le mérite d'aborder l'étude des P.A.

Un bon nombre d'auteurs, au cours d'articles sur des sujets très divers où les P.A. semblent intervenir comme facteur physiologique ou pathologique, dissertent plus ou moins prudemment sur LA pression intra-abdominale, LA pression intrapéritonéale ou LÈS nombreuses pressions intraviscérales. Malheureusement, à défaut de preuves expérimentales pour étayer les raisonnements, ces dissertations ne mènent pas loin dans le chemin de la vérité quand elles ne conduisent pas directement à l'erreur. J'ai devant moi un exemple très récent (1) de cette littérature plus ou moins sophistiquée qui, en l'occurrence, prélude à des considérations fort honnêtes et justes sur l'aérophagie. J'en cite quelques passages: «In the strict physical sense, the question may well be asked: Is there such a thing as intra-abdominal pressure? Can the abdominal cavity be considered as one physical unit? First of all, there is no abdominal cavity in the physical sense, except in the case of ascites and peritonitis, where there is . . . , etc . . . » . . . « Furthermore, etc . . . . . , that it seems a rather daring undertaking

1. Prix Ciba 1947, décerné par la Société Médicale de Montréal.

to introduce the term intra-abdominal pressure.» . . . «And yet, there cannot be any question as to the existence of an overall intra-abdominal pressure, and that the only organ capable of increasing or diminishing this pressure is the diaphragm.» De telles discussions ne reposent certainement pas sur un terrain solide, et avant de s'y engager, on devrait se convaincre qu'il n'en peut être autrement des P.A. que de n'importe quel autre système de pressions, c'est-à-dire que, pour apprendre à les connaître, tant dans leurs causes que dans leurs effets, il faut d'abord apprendre à les mesurer.

La mesure des pressions abdominales humaines, du moins jusqu'à présent, n'a pas été réalisée de façon pratique. A l'exception des travaux publiés par quelques spécialistes qui ont mesuré les pressions locales déterminées par certaines musculatures lisses et ont établi leurs données expérimentales à la base de techniques nouvelles à rendement clinique incontestable, type cystométrie, je n'ai rencontré dans toute la production américaine des 35 dernières années que deux véritables tentatives de mesure des pressions abdominales humaines: celle de G. H. Noble (2) et celle de D. P. Murphy et W. F. Mengert (3). Ces deux tentatives, malgré leur peu de succès, ont tout de même apporté quelques renseignements à la gynécologie et à l'obstétrique. Cependant, comme elles ne reposent pas sur des techniques ou une instrumentation assez précises et assez souples, elles n'ont pas fait de promesse à la physiologie.

La méthode de mesure que j'ai présentée récemment (4) semble réunir les qualités principales que l'on est en droit d'exiger d'une méthode vraiment pratique. Réalisée à l'aide d'une instrumentation simple, elle permet l'enregistrement visuel rapide, détaillé, et suffisamment précis de la plupart des variations intéressantes des P.A.: variations statiques (celles qui sont mesurables en toutes attitudes pendant la phase de repos du muscle abdominal) localisées à tel ou tel territoire abdominal, variations dynamiques (celles qui

correspondent à la contraction plus ou moins violente du muscle abdominal) souvent généralisées à tout le contenu cavitaire, variations spécifiquement viscérales déterminées par les diverses musculatures lisses ou la distension, et enfin, variations provoquées par des causes externes telles que, par ex., le port du corset, le palper, etc... En somme,

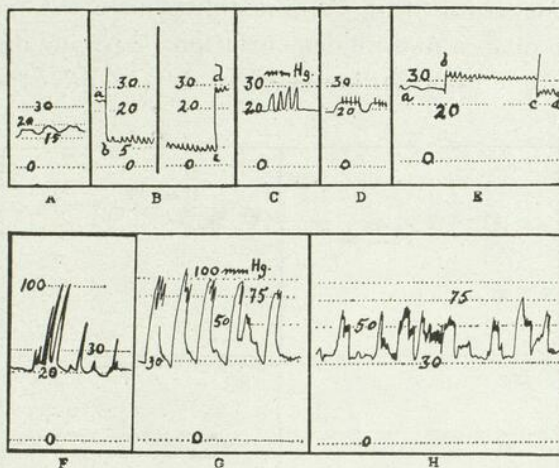


FIG I. — Quelques exemples de variations de P. A. faciles à enregistrer. Toutes ces coupures proviennent de graphiques obtenus par ballon rectal.

A Ondes de péristaltisme local.

B Chute normale, en cuvette, de la pression statique en zone pelvienne obtenue par le passage du sujet de la position horizontale à la position gènu-pectorale (a-b), puis élévation correspondante de cette pression lorsque le sujet assume l'attitude verticale. A noter, les variations respiratoires inscrites entre b et c.

C Palper profond d'un abdomen tendu mais souple et non résistant.

D Palper superficiel et percussion en regard des fosses iliaques.

E Augmentation de P. A. régulièrement obtenue par l'ajustement correct du corset. Dans le cas présent, il s'agit d'un appareil de bonne qualité de marque Spencer confectionné sur mesure. Après la mise en place, en b, on note que les variations respiratoires s'accroissent dans l'attitude verticale (a-c) et que ce caractère persiste lorsque le sujet passe à la position horizontale (c-d).

F Sommets de P. A. développés par l'effort de vomissement.

G Inscription de l'effort de toux commandé.

H Variations qui accompagnent un accès de rire plutôt modéré et naturel.

les P.A. peuvent désormais être mesurées en n'importe quel endroit de l'abdomen où un petit ballon stérile de 2 à 8 c.c. peut être mis en place. (Voir fig. I.)

L'objet principal de la présente communication sera d'exposer brièvement quelques preuves nouvelles du caractère pratique de la méthode graphique. Pour atteindre ce but, j'ai d'abord pensé qu'une étude préliminaire des P.A. du très jeune enfant garantirait l'applicabilité de la méthode à tous les âges de la vie. J'ai également pensé qu'une étude préliminaire des P.A. déterminées par l'électrochoc garantirait l'applicabilité de cette méthode à la mesure des variations à grande amplitude et à rythme accéléré de quelque cause

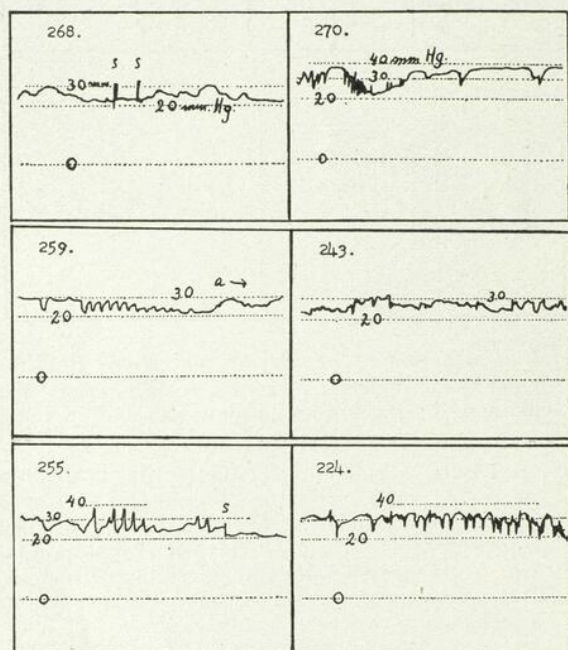


FIG. II. — Enregistrement graphique des P. A. du nourrisson.

qu'elles proviennent, et cela, semble-t-il, devrait ajouter un élément nouveau et substantiel à la démonstration que nous avons en vue.

La figure 2 présente quelques enregistrements des P.A. du nouveau-né et du nourrisson. Ces graphiques ont été inscrits en position horizontale-dorsale, membres libres, à l'aide d'un ballon rectal d'une capacité de 3 c.c. mais ne contenant que 2 c.c. d'air. Les particularités de chacune des inscriptions sont succinctement relatées dans un synoptique rattaché à la figure 2. Je n'insiste pas plus que de raison sur la valeur de mes interprétations

personnelles en ce qui concerne la lecture de chacune de ces courbes, car une série de 6 observations, surtout quand elle n'a pas de précédent, ne peut guère donner d'autorité à son auteur; cependant, à considérer l'ensemble des courbes, on reste quelque peu étonné de voir que les pressions statiques du très jeune enfant sont à peu près de même valeur absolue que celles de l'adulte et s'établissent autour de 20 mm. Hg. Pourvu qu'elle supporte avantageusement l'épreuve d'une expérimentation plus complète et décisive, cette simple constatation prouve que les P.A. statiques, au moins dans la position horizontale, expriment bien le rapport qui existe entre le volume-poids du contenu et la capacité de la cavité abdominale, rapport qui serait relativement peu variable avec la taille et l'âge de l'individu.

La figure 3 présente quelques inscriptions pratiquées à l'hôpital St-Jean-de-Dieu à l'aide de ballons de 10 c.c. contenant 8 c.c. d'air. Les graphiques A et B sont en deux sections: celle de gauche montre les sommets de pression produits par la toux violente suggérée au malade debout qui attend le traitement; celle de droite exprime ce qui se passe dans l'abdomen du même sujet d'expérience pendant le traitement. Cette disposition permet de comparer facilement les sommets de pression déterminés par une contraction volontaire brève et énergique du muscle abdominal, la toux, avec les sommets de P.A. créés par les contractions inconscientes et automatiques de l'électrochoc. Ces sommets sont de valeurs identiques et ne se distinguent que par la durée. Je me permets d'ajouter que, lorsque l'on considère de tels sommets, on peut enfin parler de pression abdominale au singulier, car il s'agit alors d'une pression unique et généralisée à tout le contenu cavitaire, ainsi que la preuve en a été exposée ailleurs (4).

Le graphique C montre 3 coupures provenant de l'inscription des contractions cloniques de l'électrochoc. L'enregistrement rapide développe de telles figures où il est facile, tout en mesurant l'intensité des pressions subies par

	Age et sexe	Poids à la naissance	Poids actuel	Particularités
268	24 hrs m.	8 lbs 2 on.	1 lb on.	Bébé silencieux. 2 arrêts marqués "s" mesurent probablement l'intensité des efforts d'expulsion dont plusieurs sont inscrits sur le reste du graphique.
270	5 jrs f.	6 " 8 "	6 " 13 "	L'enfant crie avec beaucoup d'intensité. 2 vitesses d'inscription.
259	9 jrs f.	8 " 5 "	8 " 1 "	L'enfant crie doucement, puis s'arrête et fait un effort d'expulsion. (en "a-")
243	13 jrs f.	7 " 5 "	8 " 5 "	L'enfant ne crie pas, mais s'agite et tente à plusieurs reprises d'expulser le ballon de mesure.
255	24 jrs f.	8 " 9 "	8 " 10 "	On réussit à faire crier l'enfant, et très fort, en lui pinçant légèrement le nez. En "s" le sujet est renversé tête en bas par la manœuvre bien connue de l'accoucheur.
224	75 jrs m.	7 " 9 "	7 " 7 " (débile)	Le graph. illustre bien le paroxysme qui précède ordinairement le repas du nourrisson.

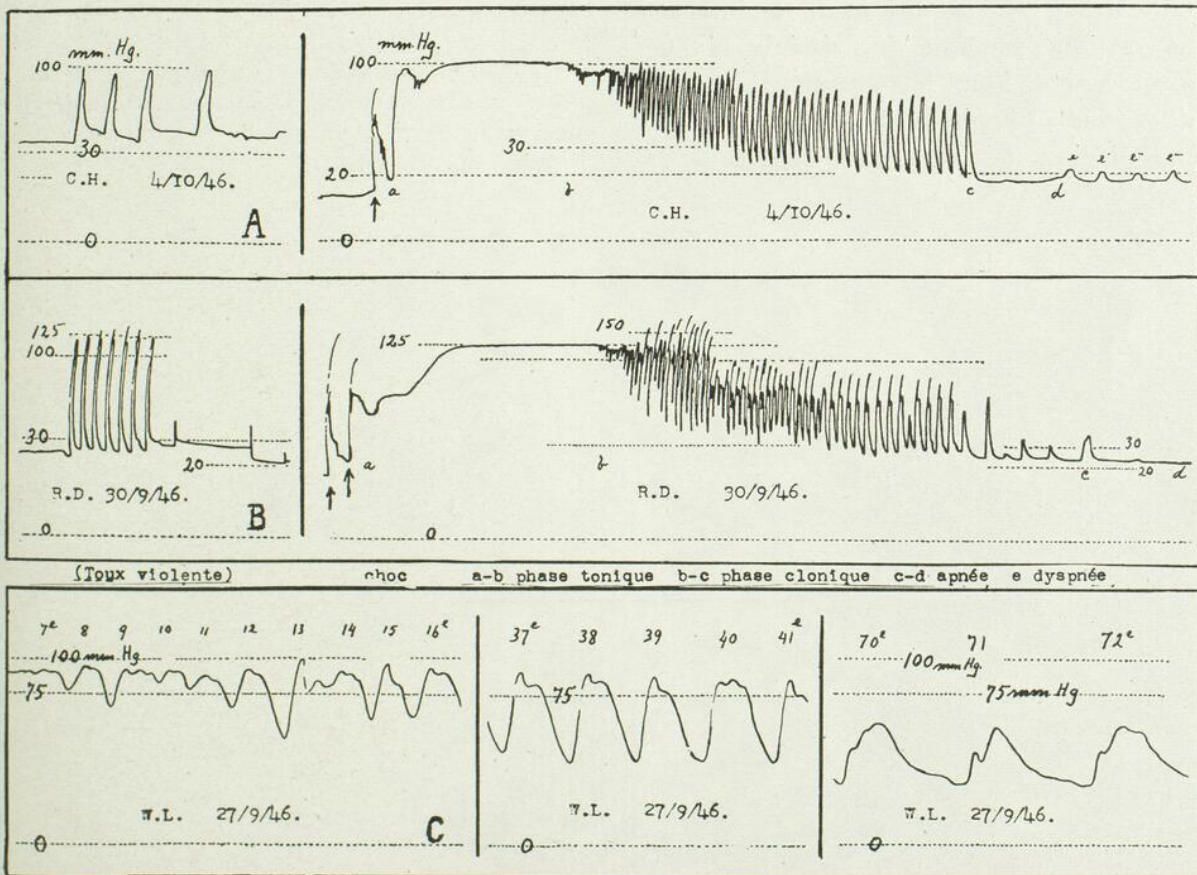


Fig. III. — Etude graphique des P. A. pendant l'électro-choc.

le contenu, de dénombrer les contractions quasi subintrantes du muscle abdominal et d'apprécier la profondeur et la durée de la détente musculaire qui sépare 2 contractions voisines.

L'étude des variations normales et pathologiques des P.A. n'est pas encore commencée. Dans quel sens cette étude physiopathologique devra-t-elle être orientée? Evidemment, dans le sens indiqué par certains problèmes cliniques dont les solutions restent suspendues. Pour ne mentionner que quelques-uns de ces problèmes: les complications pulmonaires postopératoires, l'involution post-partum du muscle abdominal, la pathogénie toujours discutée des hernies, l'étiologie toujours discutée des rétroversions et ptoses de l'utérus, les indications et contre-indications des ceintures et corsets et les effets précoces et tardifs de ces appareils sur la ventilation pulmonaire, la circulation veineuse des membres inférieurs et la statique générale des viscères abdominaux, etc., etc. Pour le moment, je me contente d'émettre l'opinion que cette étude physiopathologique devrait d'abord suivre de très

près les études expérimentales actuellement en cours sur les pressions pleurales, bronchiques et vasculaires. La concordance de ces études devrait, ce me semble, éclairer quelque peu certaines avenues où le clinicien marche encore dans la demi-obscurité.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. W. CANE: «The Diaphragm in Abdominal Decompression.» *Amer. J. Digestive Diseases*, **12**: 331 (oct.) 1945.
2. G. H. NOBLE: «Intra-Abdominal Dynamics and Mechanical Principles Involved in the Cause of Backward and Downward Displacements of the Uterus.» *Surg., Gyn. and Obst.*, **20**: 45 (janv.) 1915.
3. D. P. MURPHY et W. F. MENGERT: «Intra-Abdominal Pressures Created by Voluntary Muscular Efforts.» *Surg., Gyn. and Obst.*, **57**: 487 (oct.) 1933; **57**: 745 (déc.) 1933.
4. R. LECOURS: «Intra-Abdominal Pressures.» *Can. Med. Ass. J.*, **55**: 450 (nov.) 1946.

x x x

L'auteur désire exprimer sa gratitude au Dr Alcide Pilon, chef de service à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, ainsi qu'au Dr René Benoît, de l'hôpital de la Miséricorde.

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 76 — No 9 Montréal, septembre 1947

A PROPOS DU TRAITEMENT  
DE L'ULCÈRE GASTRIQUE  
ET DUODÉNAL

C'est un sujet toujours à la page; chaque année nous apporte un peu de nouveau sur son compte. Les profanes sont généralement étonnés des maigres succès que nous remportons dans ce domaine.

Voici une maladie dont on parle depuis plus d'un siècle. Avec l'aide de la chimie d'abord, puis, plus tard, celle des rayons X et de l'endoscopie, on est parvenu à mettre sensiblement au point les chapitres de la symptomatologie et de l'évolution clinique. Mais si l'on aborde l'étiologie et la thérapeutique, le terrain est moins sûr et la discussion plus vive. Lorsque l'on tente d'expliquer tout cela aux malades, ils comprennent mal que nous n'en sachions pas plus long. Aux yeux du public la « Science » est tellement avancée de nos jours!... Nous avons presque l'air de le faire exprès pour ne pas livrer au monde les secrets de l'étiologie de la maladie ulcéreuse et de sa cure radicale en un mois. Cet état d'esprit joint au fait que l'affection ulcéreuse semble plus fréquente depuis une décade ou deux, a pu pousser certains médecins à tenter tout ce qu'on leur proposait comme moyen thérapeutique. Ils ont eu l'embarras du choix

car les suggestions n'ont pas manqué. Certaines ont emprunté des allures scientifiques qui ont réussi à donner le change pendant un certain temps. Les observations démonstratives et les statistiques encourageantes ont abondé, et bon nombre de médecins suivant en cela un conseil déjà vieux mais toujours à propos, ont employé avec enthousiasme le traitement « dernier cri » pendant qu'il guérissait.

A propos de guérison, il faut bien s'entendre. Nous n'avons à l'heure actuelle aucun moyen de débarrasser définitivement un ulcéreux de sa diathèse; on nous permettra d'employer cette dernière expression qui rend bien compte du processus pathologique contre lequel nous luttons. Ryle l'a écrit il y a plusieurs années déjà: « Nous avons jusqu'ici montré trop d'intérêt pour l'ulcère lésion et pas assez pour l'ulcère maladie... » Ce reproche serait moins mérité aujourd'hui. On ne peut donc jamais proclamer un ulcéreux définitivement guéri. La confusion qui règne en cette matière tient à un caractère fondamental de la maladie ulcéreuse: la périodicité de ses manifestations cliniques. Ce mode particulier d'évolution a fait de l'ulcère gastrique et duodéal le sujet idéal pour les illusions du thérapeute, d'autant plus que la radiologie et l'endoscopie viennent habituellement confirmer l'amélioration clinique. Le malade ne souffre plus et sa niche est disparue en quatre semaines, tout ceci grâce au merveilleux nouvel antacide ou à cette remarquable injection à la mode!!! Rien n'est moins prouvé. Pourvu que l'on ne lui nuise pas trop, la maladie ulcéreuse poursuivra pendant un

certain nombre d'années, chez tel patient, cette évolution périodique qui constitue, croyons-nous, le caractère le plus troublant de cette énigmatique affection.

A l'heure actuelle, aucune hypothèse étiologique ne peut rendre compte de cette particularité, et quels que soient les résultats obtenus expérimentalement avec des préparations de tout genre, dans les ulcères provoqués de façon diverse chez de multiples animaux, il y aura toujours à part l'écart majeur de l'animal à l'homme, ce caractère de la périodicité, qui à notre humble avis, devrait empêcher de comparer l'ulcère expérimental à la maladie ulcéreuse chez l'humain, ou du moins de tirer, *a priori* des succès remportés chez celui-là, des conclusions encourageantes au sujet de celui-ci.

Ajoutons que nous avons à combattre chez les ulcéreux un symptôme dominant, la douleur, dont le mécanisme exact nous échappe encore. Les seules variations de l'acidité gastrique, variations quantitative et horaire ne suffisent pas toujours à expliquer ces sensations désagréables remarquablement constantes d'une crise à l'autre, qui rappellent à l'ulcéreux l'existence de son mal.

Il faut admettre que la plupart de nos mesures thérapeutiques tendent à neutraliser l'acidité gastrique. La plus récente et la plus discutée est la vagotomie. Une revue profane<sup>1</sup>, y consacrait dernièrement un long article, assez bien fait d'ailleurs, intitulé « Ulcer and the worry nerve ». Une autre revue profane, *Time*, avait avant cela parlé de tout ce « nerve cutting », va-

gotomie, splanchnectomie, lobotomie, qui commençait à inquiéter, paraît-il, un certain nombre de médecins. Qu'arrivera-t-il éventuellement de tous ces gens dont on aura aussi brutalement bouleversé la vie végétative et le système nerveux central?... Craintes superflues? Qui l'affirmerait?... Cet état d'esprit nous rappelle un peu celui d'un vieux clinicien et thérapeute français qui déplorait il y a dix ou quinze ans, l'usage immodéré que le médecin moderne faisait de l'injection intraveineuse et qui prévoyait l'apparition, dans un avenir rapproché, d'une nouvelle pathologie relevant de cet abus de la vénoclyse. Mais revenons à la vagotomie. Nous l'écrivions plus haut, la chose est âprement discutée. On accorde à Dragstedt le mérite d'avoir préconisé et tenté une intervention dite « rationnelle » contre le processus ulcéreux, et ceci marque un progrès sensible. Il est incontestable que la gastro-entérostomie et la gastrectomie représentent des pis-aller. Puisque le processus ulcéreux est une maladie générale, pourquoi s'en prendre directement à l'estomac et au duodénum?... Pourquoi? Parce que nous n'avions rien de mieux à offrir à l'ulcéreux qui ne répondait pas au traitement médical. Nous ne le mettons même pas à l'abri des récidives et nous ne le libérons pas de la servitude du régime et des autres précautions à prendre!!

La vagotomie offre-t-elle plus en ce sens? Dragstedt lui-même admet qu'il est trop tôt pour en juger. Nous découvrirons peut-être éventuellement que certaines catégories d'ulcéreux seulement pourront bénéficier de cette intervention. Il n'est pas nécessaire

<sup>1</sup> *Saturday Evening Post*, juillet 1947 page 23.

que le processus ulcéreux relève d'un seul facteur. Si d'autres causes entrent en jeu que la vagotomie ne modifie pas, quel bien opérera-t-elle? Et de cette rupture de l'équilibre neuro-végétatif, pourquoi faudrait-il que tous les patients ressentent les mêmes effets? Nous parlions plus haut du bien que le chirurgien peut faire à l'ulcéreux que le médecin lui confie, après avoir épuisé les ressources du traitement médical. Vagotomie ou non, cette dernière réserve vaut encore. Si rationnelle que puisse paraître actuellement aux yeux d'un grand nombre, la section des vagues dans la lutte contre le processus ulcéreux, elle n'élargit pas les cadres de l'indication opératoire. Il faudra donc, en attendant mieux, continuer à traiter une proportion d'ulcéreux variant de 60 à 90%, selon les grands centres de gastro-entérologie, avec les humbles ressources de la médecine.

Qu'est-ce que l'on nous offre de nouveau sur ce point? Vaut-il encore la peine de parler des acides aminés? L'article initial de Co Tui<sup>2</sup>, et compagnie date déjà de 1945. Il avait de quoi surprendre. On y rapportait des améliorations extraordinaires d'ulcères rebelles et compliqués. Les acides aminés devenaient une médication antacide de choix et prenaient presque figure de thérapeutique spécifique. C'était trop beau pour durer! Les compagnies pharmaceutiques exploitèrent sur le champ cette étonnante découverte. On nous offrit sous toutes les formes, et à toutes les sauces, des acides aminés. Les patients ingurgitaient consciencieusement des quantités de ces diverses préparations à des doses variant

selon l'enthousiasme du malade et la saveur du produit. D'un peu partout, officieusement d'ailleurs, nous parvinrent des nouvelles de guérisons étonnantes... Il est incontestable que l'ulcéreux qui se contraignait à mettre, à toutes les heures environ quelque chose dans son estomac, courait de fortes chances de voir diminuer et même disparaître ses troubles. Cette pratique des repas fréquents est depuis longtemps à la base du régime de l'ulcéreux; elle nous a toujours donné d'excellents résultats, bien avant les acides aminés. Les travaux de Co Tui auront eu tout de même une certaine utilité; ils auront souligné l'importance d'une nutrition adéquate de nos ulcéreux. On ne doit plus songer à garder pendant des mois, au lait et aux alcalins, un malade qui n'est pas au repos complet. Il faut aussitôt que possible lui ordonner un régime adéquat. Le patient lui-même a très souvent ce curieux réflexe de ne pas manger. Il croit que c'est le repas qu'il vient de prendre qui lui provoque quelques heures après les douleurs qu'il redoute. Il est habituellement étonné, sceptique et parfois même inquiet lorsque nous lui suggérons de manger tout juste avant l'heure de son mal pour en prévenir l'apparition. Quelques jours de cette pratique suffisent habituellement à le convaincre que nous avons raison. Nous avons un peu l'impression qu'en venant aussi rapidement et complètement à bout de la douleur, nous changeons quelque chose aux conditions pathologiques, spasme, hypersécrétion, etc..., qui entretiennent la crise ulcéreuse et nous pouvons raccourcir de façon remarquable la durée de ces dernières. Le système nerveux

2. *Gastroenterology*, 5: (mai) 1945.

n'est probablement pas étranger à ce phénomène que nous avons observé à maintes reprises.

Comme le disait Ryle, l'ulcère qui pourrait bien dépendre de certains troubles du corps et de l'esprit, affecte en retour ces derniers. La médecine psycho-somatique a trouvé dans la maladie ulcéreuse un argument de grande valeur et la psychanalyse est devenue, en certains centres, un temps capital du traitement. On a tracé le portrait de l'ulcéreux moyen « close mouthed and self sufficient », comme l'écrit Bockus.<sup>3</sup>

Il ne faut tout de même pas généraliser et chercher à tout prix des conflits intérieurs plus ou moins avouables chez tous nos ulcéreux. Nous admettons que le facteur psycho-nerveux est capital dans la pathogénie ulcéreuse. L'orientation de notre thérapeutique dans ce sens nous apporte des succès plus rapides et plus durables que toutes les fantaisies de la diététique, et nous croyons, de plus, qu'il y a habituellement avantage à discuter franchement avec le patient de sa maladie et de l'évolution possible. Les ulcéreux se sentent souvent gravement atteints, ils sont inquiets et très sensibles aux conseils, commentaires et pronostics de leur entourage. Ils ont habituellement entendu parler de cancérisation, de chirurgie, de traitement spécial extraordinaire, etc... Il importe qu'ils aient sur le mécanisme pathogénique probable de leur maladie et sur son évolution possible, des idées aussi claires que nous pouvons les exprimer dans l'état actuel de nos connaissances. Ils comprennent mieux ainsi le motif du régime de vie que nous leur recommandons.

Ils y adhéreront de meilleure grâce, en comprenant toute l'importance.

Nous n'avons pas encore parlé des antacides; ils jouent, à notre avis, un rôle de second plan dans le traitement de l'ulcère. Les meilleurs produits à notre disposition ne remplissent pas encore toutes les conditions de l'antacide idéal, défini il y a quelques années. Celui-ci devra être peu coûteux, sans saveur, actif à petite dose, et sans acidité secondaire; il ne devra amener ni tympanisme, ni constipation, ni diarrhée et devra avoir une action prolongée tout en n'affectant en rien le pH sanguin et l'élimination urinaire. Les antacides dont nous nous servons actuellement sont souvent utiles, à condition que les malades les prennent au bon moment, lorsque la douleur apparaît.

Un certain nombre de médecins recommandent d'en faire usage immédiatement après les repas. A ce moment, le malade est habituellement soulagé; alors la médication risque fort d'être superflue.

De France nous est venue l'an dernier<sup>4</sup>, une autre nouveauté thérapeutique, la novocaïne *per os*. L'auteur s'est attaché à traiter le symptôme douleur, lui donnant préséance sur le traitement dit de fond de la maladie; ceci à titre d'essai. La novocaïne est donnée en solution fraîche à 1%, à la dose de cent centimètres cubes et est absorbée à petites gorgées à jeun le matin au réveil. Les résultats furent, paraît-il, excellents tant au point de vue clinique que radiologique, mais nous pensons bien comme l'auteur que, « la valeur propre de cette thérapeutique locale

3. *Gastroenterology*, Saunders 1943, vol. I.

4. *Presse Médicale*, page 314 (11 mai) 1946.

reste soumise aux critiques d'incertitude créées par la notion de périodicité clinique et radiologique de l'affection ». Nous n'avons pas encore fait l'essai de la novocaïne *per os*; à vrai dire, cette méthode nous a un peu étonné. On nous avait jusqu'ici laissé croire que la novocaïne n'agissait qu'en infiltration. Mais cette nouveauté mérite d'attirer l'attention; l'auteur prétend qu'il est resté en deça de la « dose quotidienne et complètement efficace et cependant inoffensive » on peut se demander comme il le fait d'ailleurs, s'il s'agit bien d'une anesthésie locale.

Au sujet de la novocaïne, signalons aussi l'article du 31 août 1946, paru dans *la Presse Médicale* sous la signature de P. Oury, A. Bensaude et J. Brossard<sup>5</sup>. On y traite de injections intraveineuses d'atropine et de novocaïne dans les syndromes douloureux digestifs. L'atropine intraveineuse n'est pas une nouveauté; on avait déjà en 1937, les auteurs le rapportent d'ailleurs, préconisé la combinaison atropine, bromure de soude intraveineux dans le traitement de l'ulcère gastroduodéal; mais la novocaïne elle, « employée de longue date en anesthésie locale vient d'acquérir ses titres de noblesse comme agent modificateur du système neuro-végétatif ». Cette méthode résulte un peu des importantes recherches faites, en France sur ce que l'on désigne maintenant sous le vocable de pharmaco-radiologie. Elle s'adresse à tous les dérèglements du système neuro-végétatif, atteignant les voies

digestives. Les résultats que l'on nous présente sont intéressants et les incidents, paraît-il, n'existent pas; c'est déjà beaucoup. Mais nous croyons bien qu'il s'agit encore d'une de ces méthodes dont il faudra se servir pendant qu'elle guérit.

On nous parle aussi de plastique pulvérisé que l'on fait prendre en capsule et qui aurait un pouvoir neutralisant remarquable. On nous parle surtout de l'entérogastrone d'Ivy et de l'anthalone de Sandweiss. On poursuit à ce propos, depuis quelques années déjà, des recherches cliniques sérieuses. Les deux substances en cause inhiberaient la sécrétion gastrique et l'une d'elles au moins augmenterait la résistance des tissus. Les responsables n'ont pas encore jugé bon de publier *in extenso* les résultats de leurs travaux et encore moins d'abandonner leurs produits à la consommation générale. De toute façon, les procédés d'extraction de ces « hormones » rendent encore leur coût prohibitif et ne permettent pas d'en obtenir des quantités qui suffiraient à la demande générale. Nous continuerons donc, pour le moment, à traiter nos ulcéreux par tous les moyens rationnels possibles, faisant, selon les cas, un choix judicieux de chaque mode thérapeutique.

N'oublions jamais que nous traitons des ulcéreux et non pas des ulcères, et ne leur infligeons pas inutilement ce que nous n'aimerions pas qu'on nous fit à nous-mêmes.

Roger-R. DUFRESNE.

5. *Presse Médicale*, page 559 (31 août) 1946.

# MÉDECINE SOCIALE

## SAUVONS LES JEUNES ENFANTS!

D. V. HUTTON, O. E. B.,

Pédiatre à la Division de l'hygiène maternelle et infantile du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (Ottawa).

Le monde civilisé s'éveille au problème de l'hygiène infantile. Dès 1797, David Everett observait: « Les petits glands deviennent de grands chênes. » C'est vrai, pourvu que les glands ne soient pas détruits. Il en va de même des jeunes enfants: il faut sauver leur vie pour que la nation survive.

Le Canada affronte un grave problème dans le domaine de la mortalité infantile. Notre statistique n'est pas enviable, parmi celles des grandes nations. Elle n'est pas la plus mauvaise, mais elle est très loin des meilleures.

Nous avons, il est vrai, accompli des progrès. La mortalité infantile est tombée de 55 par mille en 1944 à 51 par mille en 1945. Ce dernier chiffre est le plus bas de notre histoire. Il représente une réduction de près de 8 pour cent, et signifie près de 1,150 vies d'enfants qui ont été sauvées dans une année (1). Mais si nous les comparons aux statistiques d'autres pays pour 1945 (fig. 1), nous devons conclure à la nécessité d'un plus grand effort national.

### Taux de la mortalité infantile — 1945

Nouvelle-Zélande . . . . .	28
Australie . . . . .	29
Suède . . . . .	30
Etats-Unis . . . . .	38
Suisse . . . . .	42 (1944)
Angleterre et Pays de Galles .	45
Danemark . . . . .	48
Union sud-africaine (Blancs) .	48 (1944)
Canada . . . . .	51
Ecosse . . . . .	56
Eire . . . . .	59
Irlande du Nord . . . . .	68

Examinons la statistique canadienne. En 1945, sur mille enfants nés vivants, cinquante et un moururent pendant leur première année de vie, et plus de la moitié d'entre eux (8,244 sur 14,823) moururent pendant le premier mois, c'est-à-dire pendant la période « néonatale ». Si nous ajoutons les enfants morts en très bas âge et les mort-nés (14,823 et 6,668), nous avons un total de 21,491 vies perdues en une année. Quel gaspillage!

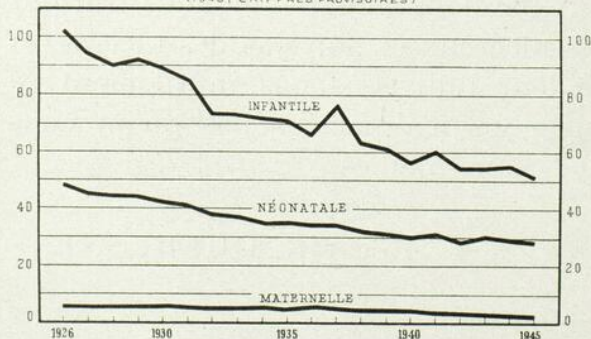
Les naissances prématurées sont le principal facteur de la mortalité infantile. L'année dernière, elles ont causé la mort de 3,311 bébés. Autrement dit, le tiers, et même 40 pour cent des enfants morts dans leur premier mois de vie étaient nés prématurément.

Le taux de mortalité infantile, de 51 par mille naissances vivantes, est calculé par provinces, comme suit:

### Taux de mortalité infantile — 1945 (2)

Canada . . . . .	51
Ontario . . . . .	41

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, NEONATALE ET MATERNELLE PAR 1,000 NAISSANCES VIVANTES CANADA, 1926-45 (1945, CHIFFRES PROVISOIRES)



Préparé par le Bureau des statistiques vitales du Bureau fédéral de la statistique pour la Division de l'hygiène maternelle et infantile, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, novembre 1946

Colombie-Britannique . . . . .	42
Alberta . . . . .	43
Saskatchewan . . . . .	44
Ile du Prince-Edouard . . . . .	45
Manitoba . . . . .	48
Nouvelle-Ecosse . . . . .	53
Québec . . . . .	62
Nouveau-Brunswick . . . . .	71

Telle est la statistique. A quels facteurs attribuer la responsabilité de ce gaspillage de vies? Pour plus de clarté, il est commode de diviser la période de l'enfance en trois groupes, bien qu'en fait aucune cloison étanche ne sépare ces trois groupes:

Groupe 1:

Nouveau-nés ou période néonatale.

Groupe 2:

Les trois premiers mois de vie.

Groupe 3:

Du quatrième au trentième mois.

D'autres influences s'exerçant sur l'avenir du bébé, il faut encore faire précéder ces groupes de deux groupes supplémentaires: la période prénatale ou intra-utérine, et la période de l'accouchement.

1. FACTEURS DE LA PÉRIODE PRÉNATALE.

Malgré tous les progrès de la pédiatrie et des connaissances obstétricales, bien des futures mères, et même des hygiénistes et des médecins, ne comprennent pas assez que l'enfant se développe pendant neuf mois avant d'être bercé dans les bras maternels.

Le professeur Leonard Parsons, de l'Université de Birmingham, Angleterre, prononçant une conférence devant le « Royal College of Obstetricians and Gynecologists » (3), a placé une terrible responsabilité sur les épaules des obstétriciens en matière de prévention des naissances prématurées. Il a relié les difformités, les monstres, certains types d'idiots, et la reconnaissance précoce des changements de sang connus comme le facteur Rh, qui, en cas d'in-

compatibilité des sangs des parents, produit chez le rejeton l'érythroblastose fatale ou maladie hémolytique. Il signale que certains virus, ou maladies productives de toxines, en particulier la rubéole pendant les quatre premiers mois de la grossesse, peuvent entraîner la cataracte, la surdité, et certaines difformités. De même, Beck (4), du « Long Island College Hospital », insiste, dans un rapport récent, sur la nécessité de précautions prénatales continues et sur le choix d'un obstétricien. Dans son étude, Beck attribue aux obstétriciens la responsabilité de 60 pour cent des morts néonatales survenues à son hôpital.

Les futures mères doivent donc consulter leur médecin dès le début de leur grossesse, dès qu'elles soupçonnent leur état de grossesse, et renouveler cette consultation tous les mois jusqu'à l'accouchement. De cette manière, elles suivront un régime convenable, corrigeront des troubles pelviens ou particuliers au sexe féminin, des infections des reins et les diverses toxémies de la grossesse. Elles choisiront aussi la meilleure méthode d'accouchement, pour la mère comme pour l'enfant.

2. NAISSANCE.

La naissance d'un bébé ne doit pas s'attendre dans une atmosphère tragique. Avec des précautions prénatales convenables, une chambre d'accouchement propre et tranquille, et les soins d'un médecin compétent et sympathique, les risques sont réduits au minimum, ou même complètement supprimés. L'administration de certaines formes de soporifiques (5) ou anesthésiques (6) entraîne trop souvent un accouchement assez confortable, mais un enfant partiellement asphyxié, sinon mort. Les hôpitaux ont les meilleures installations et assurent la plus forte réduction des risques en cas d'urgence, en procurant une meilleure surveillance pour la mère et pour l'enfant.

Une future mère doit avoir confiance en son médecin, se sentir assurée qu'il la guidera sagement pendant la période de grossesse et présidera convenablement à l'accouchement.

Les procédés de délivrance accélérée comportent des risques pour les os du crâne de l'enfant. Ils peuvent pincer les tissus du cerveau et entraîner de petites hémorragies crâniennes, ce qui produit des spasmes, des blessures de la boîte crânienne, une forme épileptique ou autre d'hydrocéphalie. De bonnes méthodes d'accouchement sont donc essentielles pour la naissance d'un enfant normal et bien portant.

### 3. PÉRIODE NÉONATALE.

C'est la période de la vie qui est vraiment trop mal connue. Nous ne pouvons pas espérer réduire la mortalité désolante des très jeunes enfants tant que la physiologie de cette période ne sera pas entièrement comprise. Le docteur C. A. Aldrich, directeur du « Rochester Child Health Project », a institué depuis quatre ans une étude intensive des problèmes essentiels de la période néonatale, sous les auspices de la Fondation Mayo. Il est compréhensible que le bébé, quittant l'abri, le confort, la chaleur et la sécurité du sein maternel pour se trouver dans un monde inconnu et froid, éprouve quelque difficulté à s'acclimater à son nouveau milieu. Aldrich a commencé son étude par un examen détaillé des pleurs de l'enfant (7). A la suite de cette enquête, la quantité des cris des nouveau-nés, enregistrés par l'audiomètre, a été réduite de 55 pour cent à l'hôpital Sainte-Marie de Rochester, Minnesota. Cette enquête peut sembler puérile, au premier abord, mais en étudiant les facteurs qui déterminent les cris des nouveau-nés, et en modifiant en conséquence le milieu et les habitudes quotidiennes, Aldrich et ses collaborateurs ont compris certains aspects du comportement des nouveau-nés.

La pédiatrie se dégage graduellement du dogmatisme dû aux influences teutoniques des vingt dernières années. Tous les grands pédiatres d'il y a vingt ans étaient allemands ou autrichiens. Ils ont posé des règles sévères et étroites, qui ont été adoptées dans le monde de langue anglaise. Grâce à la sincérité professionnelle et aux études approfondies de

spécialistes américains aussi remarquables qu'Aldrich et Arnold Gesell, la direction des idées en ce domaine a changé, et l'enfant est de nouveau considéré comme un être humain. L'enfant, comme l'adulte, a besoin d'un milieu agréable, d'un sentiment de sécurité et de contentement, et d'une affection réciproque, pour surmonter les tensions et les difficultés quotidiennes de la vie.

Le lait maternel est indiscutablement l'aliment de choix pour le nouveau-né. La tendance moderne, qui s'en écarte, est lamentable. Il faut un programme énergique de rééducation des mères, des futures mères, et même, malheureusement, des médecins, dans tout le Canada.

La littérature médicale a suffisamment exposé les multiples avantages du lait maternel pour qu'il soit inutile d'insister ici. Il est incroyable que des mères refusent cet avantage à leur enfant, par ignorance, par paresse ou par pur égoïsme. Dans une tournée récente dans l'Est du Canada, nous avons été atterrés de constater, ville après ville, que moins de 2 pour cent des mères nourrissaient leur enfant. Dans ces mêmes localités, la mortalité infantile s'élevait jusqu'à 133 par mille naissances vivantes. Ce chiffre est très significatif, si on le compare au taux de 30 pour mille en Nouvelle-Zélande, où 90 pour cent des mères allaitent leur enfant. L'allaitement maternel ne fournit pas seulement à l'enfant des avantages alimentaires et physiologiques, mais des avantages psychologiques, par la saine intimité qu'il développe entre la mère et l'enfant.

Il y a certainement des cas où la mère ne peut allaiter son enfant, mais ces cas de force majeure sont rares. Lorsque l'allaitement artificiel est nécessaire, il doit se donner sous une surveillance médicale compétente. C'est le moyen d'assurer un régime équilibré, entre les matières grasses, les hydrates de carbone et les protéines. Quant à l'intervalle entre les tétées, Aldrich a montré (8) qu'il vaut mieux laisser l'enfant établir lui-même ses habitudes. Les nouveau-nés nourris quand ils ont faim sont beaucoup plus heureux que les nouveau-

nés nourris, non pas quand ils pleurent pour demander à manger, mais à des heures imposées. Cependant, une fois l'habitude établie, il faut respecter l'intervalle, qu'il soit de deux, de trois ou de quatre heures.

L'une des grandes menaces de la période néonatale est la diarrhée infectieuse. Elle provient d'aliments contaminés, de la maladresse ou de la malpropreté de la mère, ou de l'ignorance en vertu de laquelle des gens porteurs d'une infection quelconque s'approchent de l'enfant. En général, des précautions simples permettent d'éviter cette cause majeure de la mortalité infantile. La malpropreté est impardonnable. En 1945, 1,586 enfants de moins d'un an sont morts de diarrhée.

Un logement et un habillement convenables sont essentiels pour protéger l'enfant, surtout dans les premiers mois, contre les risques des saisons.

Quand nous aurons bien compris les particularités physiologiques et les habitudes caractéristiques des nouveau-nés, nous aurons brisé la croûte de l'ignorance, et sauvegardé des milliers d'existences précieuses. Le docteur Arnold Gesell, de l'Université Yale, a passé un quart de siècle à étudier la première enfance. Dans un article récent (9), il dit au sujet du vêtement: « La naissance prive l'enfant de la protection qu'il trouvait dans l'utérus. Il n'est pas nécessaire de reproduire la situation intra-utérine, mais il n'est pas impossible de rétablir certains de ses avantages. Le nouveau-né moderne n'apprécie pas la nudité, même dans un humidificateur. Je crois qu'il recherche les qualités tactiles et thermiques du vêtement. Il y aurait donc des avantages à le pourvoir de vêtements ajustés, de robes de piqué à longues manches, et à bien lui envelopper les pieds avec des chaussettes doublées d'ouate. »

Sur la manière de tenir les nouveau-nés, Gesell écrit: « Le nouveau-né n'est pas aussi fragile qu'on le croit. Il a besoin, non pas de ne pas être remué du tout, mais d'être manié avec adresse. S'il était encore dans l'utérus, il profiterait des chocs, des secousses, des changements de position, et pourrait voyager en sui-

vant les allées et venues de sa mère. » Il est donc raisonnable de présumer que cette activité manque à l'enfant, surtout s'il est immobilisé pendant des jours, ou confiné dans un « humidificateur ».

Dans une étude récente sur les enfants nés avant terme (10), Gesell interprète leur psychologie en fonction de leur ton musculaire. Le ton est un état de tension musculaire provoqué par les deux catégories d'impulsions nerveuses. L'être qui s'affaiblit a un faible ton, le mourant perd du ton, et le mort n'en a pas du tout. L'enfant normal et sain possède une bonne élasticité, ou un bon ton de son système nerveux. Donc, tout ce qui protège et accroît le ton est très important dans le soin des enfants nés avant terme, et, dans une moindre mesure, de tous les enfants. Il faut manipuler les bébés brièvement, pour ne pas les fatiguer. Mais en les tenant adroitement et sans trop prolonger, cet exercice peut éviter l'amollissement consécutif aux conditions mêmes de l'hospitalisation non mitigée.

La pédiatrie tend nettement à s'occuper des problèmes de la croissance, du développement fonctionnel de l'hygiène mentale du comportement, quel que soit le vocable choisi. Les pédiatres possédant quelque expérience savent que la plupart des questions posées par les parents portent, non pas sur les amygdales, les genoux cagneux ou la rougeole, mais sur le comportement et la formation des enfants. Presque toutes les difficultés qui surviennent dans ce domaine (11) ont leur source dans les conflits entre la nature de l'enfant et les règles établies dans son milieu pour gouverner sa conduite.

Dans son discours présidentiel devant l'« American Pediatric Society » (12), Aldrich signale que bien des ennuis viennent de ce fait que les personnes s'occupant des enfants ne pensent pas qu'ils doivent se conduire en fonction de leur âge. Ce devrait être un axiome que nous ne pouvons pas attendre, d'un enfant, une conduite à laquelle sa croissance et son développement ne l'ont pas encore préparé. Le pédiatre doit donc bien connaître les

lois de ce développement, pour conseiller les parents sur des sujets aussi importants que la formation des habitudes essentielles, les cris des enfants, et même les problèmes de l'adolescence. Aldrich demande comment un médecin peut donner des conseils sur la question du contrôle des habitudes urinaires s'il n'a pas étudié les lois de la croissance applicables à ce sujet. Comment peut-il interpréter les cris du nouveau-né s'il n'a pas compris le stage de sa croissance mentale et émotive? Et où peut-il obtenir ces renseignements dans ses études médicales?

La difficulté vient trop souvent de ce que les adultes ne permettent pas aux enfants de réaliser les possibilités de leur croissance. C'est particulièrement évident dans la seconde année de vie, où l'enfant lutte, avec toute sa force physique, mentale et nerveuse, pour contrôler les possibilités qui se sont développées pendant la première année. L'enfant arrive enfin à la phase où il veut agir lui-même, et, comme pour contrarier sa croissance et son développement, les parents le lui interdisent en répétant: « Non, non, et non. » Beaucoup d'enfants sont appelés méchants parce que les parents ne leur laissent pas faire des choses qui sont dictées par le phénomène de leur croissance.

#### 4. LES TROIS PREMIERS MOIS DE VIE.

C'est une période d'acclimatation. L'enfant apprend à vivre dans un monde nouveau. Il est donc essentiel que ses expériences soient entourées d'affection, d'amour, de compréhension, et de la connaissance des lois essentielles de la croissance et du développement. En portant attention aux fonctions normales de la vie: alimentation, élimination et repos, qui sont les principales expériences de la première enfance, on développe des habitudes qui influenceront tout le reste de la vie. Les parents donnent le cadre dans lequel l'enfant formera ses habitudes, bonnes ou mauvaises.

#### 5. DU QUATRIÈME AU TRENTIÈME MOIS.

Au quatrième mois, l'horizon de l'enfant

s'est élargi. Il accomplit des progrès tous les jours, et les parents rayonnent de fierté. Ce développement peut être accéléré ou retardé. Chaque enfant développe un caractère individuel qui est, dans bien des cas, le premier indice d'un danger menaçant.

Tous les risques ne proviennent pas de là, cependant. La maladie est une menace constante. Il faut protéger l'enfant contre le groupe des maladies évitables: diphtérie, coqueluche, fièvre scarlatine, variole, et tétanos. La coqueluche est plus meurtrière pour les enfants canadiens que la diphtérie, la fièvre scarlatine et la rougeole combinées. Elle est surtout meurtrière pour les enfants de moins d'un an. Il faut quatre mois pour arriver à l'immunité complète après l'injection finale. Il est donc très important de ne pas retarder les injections après le sixième mois. Beaucoup de médecins et d'hygiénistes administrent aujourd'hui un vaccin combiné contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. Pour protéger l'enfant contre les infections les plus communes: rhumes, maux de gorge, dysenterie, influenza, pneumonie, etc., il faut éloigner de lui les adultes ou les autres enfants qui peuvent avoir une de ces infections. La mère atteinte d'une affection respiratoire doit porter un masque de gaze quand elle touche son enfant, et tenir ses mains méticuleusement propres.

Les examens réguliers par le médecin de famille, ou par un pédiatre ou par une clinique, sont un des meilleurs moyens de protéger la santé des enfants. Les maladies sont ainsi découvertes et traitées plus tôt.

Le régime joue aussi un rôle important pour le développement de l'enfant.

Nous l'avons déjà dit: le lait maternel est le moyen naturel de préserver l'enfant de graves risques. Les aliments solides (13) sont ajoutés au régime, non pas seulement pour leur valeur nutritive, mais pour habituer l'enfant à des aliments différents en goût, en consistance et en couleur. ce qui simplifie plus tard le problème des habitudes alimentaires.

Certains facteurs alimentaires — vitamines et sels minéraux — sont nécessaires pour em-

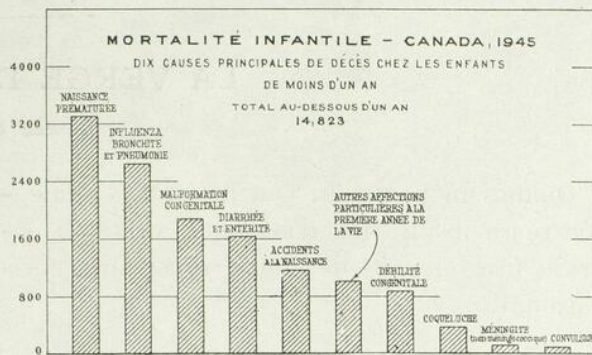
pêcher le rachitisme, le scorbut, les maladies des yeux, l'anémie, etc. Gerstenberger (14), de Cleveland, après quatre ans de recherches intensives sur la vitamine D<sub>3</sub>, a démontré qu'une seule injection intramusculaire de 6,250 unités de vitamine D<sub>3</sub> dans de l'huile empêche ou guérit le rachitisme pendant un an. Il recommande de donner cette injection au huitième jour de vie, ou juste avant le départ de l'hôpital. Cette mesure d'hygiène publique empêcherait le rachitisme infantile dans le pays. Le coût serait négligeable, et les avantages seraient multiples.

Pour résumer, voici les points stratégiques de la ligne de bataille, si nous voulons remporter la victoire contre la grande faucheuse d'enfants:

1. Soins attentifs dans la période prénatale.
2. Soins à la naissance, dans les meilleures conditions possible d'hospitalisation.
3. Meilleure connaissance de la période néonatale (premier mois de vie) à répandre parmi les médecins, les infirmières et les parents, pour assurer une réduction sensible des décès en bas âge.
4. Application du bon sens, guidé par les conseils médicaux, pendant toute l'enfance.
5. Allaitement maternel, régime convenable, inoculations protectrices, élimination des contacts avec les personnes infectées, pour procurer à l'enfant les meilleures chances de vie.

Telles sont les menaces qui pèsent sur l'enfant! A nous, médecins, hygiénistes, associations, œuvres, organisations féminines, etc., de les déjouer. Par l'éducation, la coopération et la persévérance des efforts, nous pouvons ré-

duire les risques qui augmentent si dangereusement la mortalité infantile.



### BIBLIOGRAPHIE

1. *Rapport Annuel, Statistiques Vitales*, 1944, Bur. Féd. de la Stat.
2. *Rapport Annuel, Statistiques Vitales*, 1945. Bur. Féd. de la Stat.
3. PARSONS, Prof. Leonard G., *J. Obst. & Gynec. of the B.E.* **53**: 1 (fév.) 1946.
4. BECK, A. C., *Am. J. Obst. & Gynec.*, **151**: 173 (fév.) 1946.
5. BECK, A. C., *Am. J. Obst. & Gynec.*, **151**: 173 (fév.) 1946.
6. BECK, A. C., *Am. J. Obst. & Gynec.*, **151**: 173 (fév.) 1946.
7. ALDRICH, C. A. et Al., *Jour. of Ped.*, **27**: 428 (nov.) 1945.
8. ALDRICH, C. A. et Al., *Jour. of Ped.*, **28**: 665 (juin) 1946.
9. GESELL, Arnold, *Jour. of Ped.*, **29**: 2 (août) 1946.
10. *Ibid.*
11. ALDRICH, C. A., *Am. J. Dis. Child.*, **72**: 1 (juillet) 1946.
12. *Ibid.*
13. ALDRICH, C. A., « Cultivating the Child's Appetite », 1927.
14. GERSTENBERGER, Prof. H. J., *Bul. Academy of Med.*, Cleveland, mai 1946.

# CHRONIQUE SÉMÉIOLOGIQUE

## LA VERGE DOULOUREUSE

Roméo BOUCHER.

Quand un poète du Québec eut la malencontreuse inspiration d'écrire ce vers qui devrait faire partie de notre répertoire antinational:

« Moïse, prends ta verge et fais jaillir de l'eau »,

il ne se doutait guère, le cher homme, que son alexandrin serait, un jour, cité au début d'un article de séméiologie, dont le titre lui paraîtrait, sans doute, quelque peu gaillard. Mais je tiens à le dire tout de suite: il n'y a pas de quoi rire. Car les pauvres malheureux, qui viennent nous tendre anxieusement l'objet de leur souci, sont des malades, souvent condamnés à traverser des affres que je ne souhaite à personne, et qui méritent toute notre pitié. Ils ne peuvent plus, sans souffrance intolérable, « faire jaillir de l'eau » et ressentent mille autres douleurs, sans même donner cette preuve vertueuse de leur libre élimination. On a beau crier sur les toits et « dans l'air » qu'il n'y a pas de maladie honteuse, nombreux sont encore les patients qui commencent à peine à se pénétrer de l'idée qu'on peut, sans déchoir, souffrir du cerveau comme des poumons, d'un orteil comme de la verge.

Hélas! celle-ci a la triste destinée de servir deux maîtres à la fois, aussi tyranniques l'un que l'autre. Ce qui lui donne, dans tous les milieux, une réputation assez douteuse. Mais, comme Dieu l'a créée ainsi, philosophiquement elle en a pris, depuis très longtemps, son parti et file son petit bonhomme de chemin sans se préoccuper le moins du monde de l'indignité dans laquelle on la tient.

Mais qu'elle se heurte inopinément à quelque misère de la vie, qu'elle ne puisse plus, étant atteinte d'une quelconque maladie, rem-

plir l'une ou l'autre de ses fonctions, c'est alors que le médecin s'aperçoit qu'il a eu tort de tenir cet organe en si mince estime — médicalement parlant, bien entendu! — de ne pas lui avoir donné toute l'attention prophédeutique qu'il mérite. Et quand il se met à fouiller ses livres, pour éclairer son entendement clinique ou rafraîchir des notions depuis longtemps oubliées, sinon jamais apprises — qu'on en juge par ce qu'il se fait aujourd'hui en prophédeutique, qui est cette partie de la médecine la plus mal enseignée qui soit! — il se rend vite compte que même ses auteurs ont traité cette innocente verge de bien cavalière façon. Ouvrez-les, ces livres savants. Cherchez le chapitre où il est question des douleurs de la verge. Comme il est maigre! Et j'ai bien raison de m'en indigner, de prendre parti contre ces tartufes qui veulent nous enseigner la médecine comme on parle à des agnès et cacher leur ignorance sous un fouillis de mots hypocritement choisis et disséminés pudiquement dans des chapitres, où nul n'aurait idée de les aller chercher, de façon à ce qu'on n'y comprenne absolument rien.

Pourtant c'est assez simple. La douleur de la verge ne peut se présenter que dans deux circonstances bien définies et toujours les mêmes: *en dehors de la miction* ou *à l'occasion de la miction*. Voilà donc quelque chose de précis. Ces prémices ont-elles blessé votre pudeur? Non? Alors, je continue.

I° Prenons le premier cas. Chacun est suffisamment au courant de la physiologie de la verge pour savoir qu'EN DEHORS DE LA MICTION elle subit un phénomène particulier qui s'appelle l'érection et que l'étiologie de la douleur est différente selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'érection.

A) *S'il n'y a pas d'érection.*

La première question est de se demander s'il existe ou s'il n'existe pas de maladie vénérienne.

Dans les maladies vénériennes, la principale source de la douleur est l'urétrite neisérienne, avec ou sans balanite, avec ou sans phimosis ou paraphimosis. Plus les lésions seront aiguës et étendues, plus intense sera la douleur. Nous reviendrons plus loin sur le caractère de cette douleur.

En dehors des maladies vénériennes, il faut d'abord penser:

1° Aux affections locales de la verge: a) par lésion de la peau ou des muqueuses, comme il s'en voit au cours de l'herpès du prépuce et de la verge, de l'érysipèle, de toute plaie septique compliquée d'une lymphangite toujours très douloureuse; et il ne faut pas oublier de mentionner aussi la cellulite; b) par contusions, de quelque nature qu'elles soient, pouvant provoquer un hématome des corps caverneux: par lacérations, blessures, accidentelles, ou dues à l'onanisme avec introduction dans l'urètre d'un objet métallique, ou par la fausse route d'un cathéter; par strangulation, au cours de la masturbation avec un objet en forme d'anneau ou, après une circoncision, avec un pansement trop serré; c) par calculs préputiaux, formés par des concrétions dues au smegma, aux cellules épithéliales, parfois même aux produits de décomposition de l'urine, s'accumulant sous le prépuce et s'accompagnant, presque toujours de balanite et de ce qui s'ensuit.

2° Aux affections générales, au premier rang desquelles il est indispensable de citer les suivantes: a) la colique rénale, avec ses irradiations classiques du côté de la verge; b) l'appendicite aiguë, bas située surtout, où ce peut être le symptôme prédominant au cours de la crise et le plus tenace en dehors de la crise (plusieurs cas rapportés, 1 cas personnel); c) la rétention d'urine, quand la vessie est dilatée au delà de sa capacité et que la douleur s'irradie jusqu'au périnée; d) le cancer de la verge avec ses ulcérations de plus

en plus douloureuses au fur et à mesure qu'elles s'étendent; e) la leucémie par hématome des corps caverneux.

B) *S'il y a érection.*

Encore ici faut-il ne pas perdre de vue la maladie vénérienne possible.

1°) Dans les cas d'affection vénérienne, c'est la chaude-pisse qu'il faut surtout évoquer, d'autant plus pénible qu'elle est cordée, qu'elle s'accompagne de balanoposthite, de phimosis ou de paraphimosis. On connaît par expérience (clinique, bien entendu) les érections douloureuses, surtout nocturnes, qui surviennent constamment au cours de ces affections.

2°) En dehors de toute maladie vénérienne, il reste à signaler a) le trauma qui peut survenir, au cours d'une érection, soit par coït trop violent avec rupture du pénis et la mort dans la moitié des cas, soit par un coup directement porté sur la verge en érection (coup de bâton, par exemple) qui donnerait une subluxation du pénis dans le périnée, sous la symphyse pubienne ou le scrotum; b) par l'infiltration des corps caverneux par une syphilis tertiaire ou la diathèse goutteuse, l'érection douloureuse ne se localisant alors qu'à la partie proximale du pénis; c) par priapisme, érection prolongée, sans désir sexuel, douloureuse, dont la principale étiologie réside dans certains états médullaires, la leucémie, le diabète et d'autres causes multiples qui feront le sujet d'un article ultérieur.

II°. A L'OCCASION D'UNE MICTION, la verge peut être le siège de douleurs de toute nature. Elles peuvent durer tout le temps de la miction, ou ne s'accroître qu'à l'un des temps du passage de l'urine: avant, pendant ou après. Il est difficile, dans l'appréciation de ce symptôme purement subjectif, d'avoir une certitude absolue. Une douleur, intense au début de la miction, peut très bien s'atténuer en cours de miction, pour n'être que fort peu appréciable celle-ci terminée. L'inverse peut aussi se présenter. Cependant, pour plus de clarté, nous allons diviser ce paragraphe

en deux parties, la première parlant de la douleur avant et pendant la miction, la seconde à la fin et après la miction. Mais, encore une fois, cette division n'est pas absolue et le symptôme douleur peut très bien envahir, dans les circonstances que nous allons citer, les différents temps de la miction.

A) *Avant et pendant la miction.*

La douleur s'apprécie quand sont atteints:

a) *l'urètre*, dans l'urétrite aiguë avec sa sensation de brûlure, en lames de rasoir; lors du passage d'un caillot ou d'un calcul avec le spasme très aigu qui s'étend du périnée au gland (si le calcul s'arrête en route, la douleur devient exquise); lorsqu'il existe un rétrécissement, car c'est à ce niveau que la douleur est plus intense s'irradiant dans les deux sens, vers le périnée et vers le gland; à l'occasion d'un chancre urétral (douleur légère et constante au niveau du gland surtout); dans le traumatisme de l'urètre par masturbation ou fausse route d'un cathéter (sensation de brûlement); dans l'hyperacidité urinaire et la phosphaturie (sensation d'irritation, de brûlure); b) *la verge* par traumatisme, balanoposthite, herpès, cancer dont nous avons déjà parlé; c) *la vessie*, dont le début de la miction, dans la cystite aiguë, est parfois si douloureux, mais où la douleur peut s'étendre à toute la verge, même après que l'urine est émise; dans le papillome qui entraîne une dysurie toujours douloureuse; dans le carcinome pédiculé qui provoque des arrêts brusques du jet urinaire, avec une douleur exquise au niveau de toute la verge, s'étendant souvent jusqu'au périnée; d) *la prostate*: l'état aigu ou chronique de cette glande donnant cette sensation particulière de plénitude douloureuse au sacrum et au périnée avec irradiation dans l'urètre au moment de l'urine et même après; l'hypertrophie, entraînant la sensibilité de l'urètre, avec éclairs douloureux vers le gland et ténésme pendant toute la miction; le carcinome avec sa douleur légère mais constante; le calcul, avec sa douleur vive mais inconstante; la tuberculose avec sa douleur inconstante et si légère la plupart du temps.

B) *A la fin ou après la miction.*

La verge est aussi le siège de douleurs localisées ou irradiées, ces dernières causées par des lésions du tractus urinaire ou de la partie terminale du tube digestif (rectum et anus). Ainsi dans certaines maladies a) *de la vessie*, on reconnaît la fréquence des sensations de picotement ou de piqûres d'aiguilles dans la cystite aiguë; la douleur exquise du gland dans le calcul vésical, douleur surtout exacerbée par tout mouvement brusque ou tout changement de position; la douleur « en crampe », s'irradiant de la verge vers le périnée dans la tuberculose de la vessie; la dysurie du carcinome non pédiculé avec élancements de l'urètre postérieur vers le gland, ce qui peut se voir aussi avec le papillome; la douleur de l'ulcération vésicale, dont celle de Hunner est le type le plus accusé au point de vue sensitif; la bilharziose avec son hématurie d'autant plus lancinante que la maladie en arrive à son terme; b) *de la prostate*, dont l'inflammation aiguë, le calcul, le carcinome sont très souvent accompagnés de douleurs terminales de la miction qui s'irradient du périnée vers la verge, avec une sensation de plénitude sus-pubienne et périnéale leur donnant un caractère bien particulier; c) *des vésicules séminales* dont la spermato-vésiculite présente des phénomènes aigus où la douleur est au premier plan; d) *de l'uretère* par un calcul de la portion descendante ou une tuberculose descendante au cours desquelles la fin de la miction est accompagnée d'un ténésme aigu s'irradiant presque toujours vers la verge et le gland; e) *du rectum*, dont toutes les inflammations et le cancer peuvent donner des irradiations douloureuses très vives à la verge; f) *de l'anus* où les fissures, les ulcérations et les hémorroïdes enflammées produisent un ténésme qui n'est pas sans provoquer une réaction spastique de l'urètre avec douleur le long de toute la verge; g) enfin à titre de mémoire et circonstances plus rares, certaines *affections sacro-iliaques* (Paget, traumatisme) et le *cancer des glandes de Cowper*.

\*

\* \*

Voilà donc aussi brièvement et aussi succinctement que possible les maladies qui atteignent la verge dans sa sensibilité, si j'ose dire, et font souffrir cet appendice, en général, assez indifférent à la douleur.

Quelle est la qualité de cette douleur? C'est ce qui devient beaucoup plus difficile à décrire, toute cette séméiologie étant soumise à des impressions et à des imprécisions subjectives. Elle est, par conséquent, comme toutes les douleurs, d'un caractère varié, d'intensité diffé-

rente, de nature diverse et d'interprétation difficile. Elle en a tous les caractères étant tantôt fixe ou mobile, tantôt continue ou paroxystique, tantôt localisée ou irradiée et irradiante. Mais quelle soit lancinante, pongitive, gravative, fulgurante, vive ou sourde, térébrante ou exacerbante, en lames de rasoir, en brûlure ou en plénitude — tous les degrés peuvent se rencontrer! — elle n'en est pas moins localisée sur cet appendice, dont la moindre souffrance plonge le sujet le plus optimiste dans un monde de réflexions amères, qui sont loin de lui faire voir la vie en rose.

---

## VARIÉTÉS

---

### III<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS CATHOLIQUES, TENU À LISBONNE, PORTUGAL

Adélarde GROULX, M. P. H.,

Directeur du Service de Santé de la ville de Montréal.

Muni des lettres de créance nécessaires, j'ai eu l'honneur récemment de représenter officiellement la ville de Montréal et l'Université de Montréal au III<sup>e</sup> Congrès International des Médecins Catholiques, tenu à Lisbonne, Portugal, du 17 au 24 juin 1947.

Le I<sup>er</sup> Congrès avait été tenu à Bruxelles, Belgique, il y a plusieurs années et le II<sup>e</sup> à Vienne, Autriche, avant la guerre; le prochain, sur notre proposition, à cause du Jubilé d'or de Sa Sainteté Pie XII, sera tenu à Rome en 1949.

Le congrès de Lisbonne a été des plus intéressants et très profitable. Il a révélé, par son caractère tout particulier, un aspect bien spécial et permis d'étudier certaines questions d'actualité de la plus haute importance où le rôle de la santé publique devait être considéré. Il s'est intéressé surtout à l'étude de la socialisation et de la nationalisation de la médecine.

Vingt-six pays étaient représentés: parmi les principaux: l'Angleterre, la Belgique, la France, le Canada, l'Irlande, la Hollande, l'Italie, la Suisse, le Portugal, l'Espagne, le Brésil, le Chili, la Tchécoslovaquie, la Roumanie, la Suède, la Norvège...

Le thème central du congrès a été «La médecine individuelle et la médecine collective». Les rapports préparés et lus à ce sujet furent des plus importants et intéressants surtout en ce qui concerne la médecine sociale, la santé publique et les relations de l'hygiène et de la médecine. Les études présentées et la discussion qui a suivi ont permis l'expression d'opinions fort opportunes et de déterminer la répercussion de certaines lois sociales, telles celles du «Contrôle des naissances»,

du «Certificat pré-nuptial», etc., en regard des principes de la religion et de l'Eglise.

Parmi les travaux originaux, je signale: «L'Etat et la médecine dans la société contemporaine», par le Dr R. DeGuchteneere, de Bruxelles, Belgique; «La nationalisation de la médecine», par le Dr W. B. V. Pemberton, de Londres, Angleterre; «La médecine, les médecins et l'action catholique», par le professeur Dr Vallejo de Simon, d'Espagne; «La médecine individuelle et la médecine collective», par le professeur Dr Luigi Gedda, de Rome, Italie; une autre thèse sur le même sujet par le président du Congrès, le professeur Dr João M. Porto, de l'Université de Coïmbra, Portugal.

Je désire souligner d'une façon toute particulière la communication de notre collègue canadien, le docteur Wilfrid LeBlond, professeur à l'Université Laval de Québec, sur «La collaboration du médecin aux lois sociales». Il s'agit ici d'un texte fort important et très intéressant concernant d'abord la sécurité sociale et les tendances sociales actuelles, attirant l'attention sur un certain nombre de lois sociales dans tous les pays. Cette étude a permis au docteur LeBlond de mettre de l'avant le nom du Canada et de la Province de Québec, il a fait connaître sa situation géographique et son importance au point de vue population et économique. Il a démontré l'importance de la Province de Québec dans le Dominion du Canada. Il a également fait ressortir le rôle de certaines lois sociales qui existent dans certaines parties du pays et le rôle du médecin à leur égard. Il s'agit ici d'une étude fort documentée, tout à l'honneur du rapporteur.

Appelé à ouvrir la discussion sur ce travail,

j'ai fait ressortir le rôle important joué par les organismes sanitaires dans notre pays et fait valoir le rôle et l'organisation du service de santé de Montréal. Ceci nous a permis, en outre, de souligner dans le travail du docteur LeBlond la part importante prise par un Comité de la Société Médicale de Montréal en 1944-45, présidé par le directeur du service de santé de la ville de Montréal, sur «le certificat prénuptial», rapport très important fait à la demande du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, à la suite d'un mandement gardant la liberté individuelle et s'appuyant sur l'éducation. Cet exposé, fort intéressant, a permis de rédiger dans le temps des formules spéciales d'examen et de certificats et de déterminer des directives aux médecins. Les membres du Congrès ont été fort intéressés de ceci et j'ai mission, depuis mon retour, de leur adresser des exemplaires de ce document précieux et complet, j'ajouterai unique, dans l'étude de cette question.

J'ai insisté, à la suite des remarques du docteur O. Pasteau, secrétaire général, sur l'importance d'un groupement de médecins comme celui-là, surtout dans les circonstances actuelles. En effet, l'an dernier, à pareille époque, j'avais la grande opportunité, à titre de membre aviseur de la délégation canadienne, d'assister à la Conférence Internationale de la Santé, qui s'est tenue à New-York, sous les auspices de l'Organisme des Nations-Unies. Lors de ces assises, bien des discussions et des suggestions ont été faites, et certaines idées très avancées mises de l'avant. Cela a été pour moi une expérience tout à fait précieuse et complétée par celle que m'a procurée ce dernier Congrès, avec son caractère plus défini.

Au cours des réunions, un grand nombre d'autres communications ont été présentées à chacune des séances. Je me permets d'ajouter que la délégation canadienne était composée du docteur LeBlond et de moi-même, et que chacun de nous a été appelé à présider une séance plénière. Dans les réunions proprement

d'affaires, lors de la présentation du rapport de M. le secrétaire général des Sociétés Nationales des Médecins Catholiques, M. le docteur O. Pasteau, de Paris, France, nous avons personnellement joué un rôle de premier plan, tout à l'honneur des Canadiens.

En marge des séances scientifiques, le programme général du Congrès comportait la visite des universités de Lisbonne et de Coïmbra, cette dernière célèbre par les grands hommes qui en sont sortis, dont le chef actuel de l'administration du Portugal, M. Salazar, qui, avant son entrée dans la politique de son pays, a été professeur de droit. Cette visite à Coïmbra nous a permis de visiter la première école de médecine du Portugal, au monastère de Santa Cruz, où, grâce aux moines augustins vers l'an 1220 ou 1230, on enseigna les premiers éléments de la médecine.

Le programme social du Congrès nous a permis aussi de visiter, à Fatima, le célèbre centre de pèlerinage du Portugal, certains monastères du Moyen Age, comme Jeronimos et Béthala, sans compter certains musées, riches par la valeur des œuvres surtout religieuses et de certaines églises de l'époque des premiers rois, une promenade en bateau sur le Tage, le tout se terminant par un banquet dans un hôtel situé à Estoril, centre fameux de villégiature portugais, situé sur l'Atlantique.

Le Portugal est un pays fort intéressant; les Portugais, en autant que nous avons pu en juger, sont des gens paisibles et fort polis. Lisbonne est une ville romantique, avec ses murs de pierres blanches, et les maisons peintes de différents tons. L'immense boulevard, appelé « Avenida da Liberdade » (avenue de la Liberté), fait penser à l'avenue des Champs Elysées, à Paris. Elle est propre et exempte de fumée.

Nos confrères portugais, organisateurs de ce Congrès, les docteurs J. M. Porto, A. M. do Souto, V. M. Santana Carlos, en particulier, méritent des éloges et félicitations pour leur excellent travail et l'idée d'avoir réuni les médecins à Lisbonne pour étudier les questions médico-sociales actuelles.

## CORRESPONDANCE

### LETTRE DE PARIS

*Juillet, voici que s'achève l'année scolaire. Soit que le temps ensoleillé les y incitait, soit que la crainte de complications sociales, nationales ou internationales les y poussait, les Parisiens, médecins et malades, semblent, cette année, avoir déserté, de bonne heure, la capitale. Les salles des hôpitaux sont vides, la clientèle qui s'y pressait autrefois, à cette époque des journées chaudes, n'est pas revenue, car la France reste un pays sec, raisonnablement sec, et l'alcoolisme avec son cortège inévitable de deliriums, de polynévrites, de cirrhoses qui causait de grands ravages dans notre population a considérablement diminué. L'administration de nos hôpitaux, l'Assistance Publique, profite de cette absence de malades pour réparer, ravalier nos vieux hôpitaux qui auraient bien besoin d'être rajeunis. Nous avons cependant entièrement récupéré nos deux grands hôpitaux, la Pitié, et le nouveau Beaujon, et ceux-ci avec l'Hôpital La Charité-Broussais et l'Hôpital Raymond Poincaré, terminés tous deux avant cette guerre, ne nous font pas trop rougir.*

*Dans ce cadre, malgré la pauvreté actuelle de nos laboratoires, un travail s'accomplit qui s'améliore chaque jour. Nos jeunes pèlerins qui, en grand nombre depuis la libération de notre territoire, ont franchi les mers, ont rapporté beaucoup de sujets de méditations et il semble qu'une orientation nouvelle se fasse dans notre organisation médicale.*

*Tout d'abord, à partir de l'année prochaine, les jeunes médecins qui se destinent à la carrière des concours devront obligatoirement travailler pendant un an ou deux à la Faculté des Sciences et acquérir des certificats de licence, soit de biologie, soit de physiologie, soit de chimie, soit de chimie biologique.*

*Ensuite, il va être créé un véritable corps de chercheurs médicaux. Le Ministre de la Santé, M. Robert Prigent, a obtenu du Parlement les crédits nécessaires à cette création. Il ne s'agit pas de récompenser des travaux de qualité, mais de déterminer des jeunes médecins à poursuivre une carrière de savant en dehors de toute préoccupation de clientèle.*

*Ainsi dans quatre ou cinq ans aurons-nous des médecins des Hôpitaux qui joindront à la vieille tradition clinique française un important bagage scientifique qui leur permettra de pousser leurs recherches vers l'orientation actuelle de la médecine.*

*Pendant ce dernier trimestre un certain nombre de travaux méritent d'être signalés. A la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le Professeur C. Lian et ses collaborateurs Fred. Siguiet et A. Sarrazin<sup>1</sup> ont présenté 4 cas de néphrose lipoïdique traités avec succès par la méthode de Veyre, c'est-à-dire par des injections intraveineuses d'acide chlorhydrique dilué.*

*Ce traitement nous vient d'Indochine où, pendant la guerre, Veyre, médecin colonial, manquant de corps thyroïde, avait appliqué, pour la première fois, ce traitement à une néphrose lipoïdique grave. Cette méthode lui semblait logique puisque le régime d'Epstein est nettement acidosant et légitime du fait de son innocuité. D'ailleurs P. Huard dans son service de la Clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Hanoï, après Courtney W. Stropshire, avait pratiqué des injections d'acide chlorhydrique dilué dans un grand nombre d'infections génito-urinaires avec quelques succès et sans aucun dommage.*

1. Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris nos 17 et 18, 1947; pp. 368-384.

L'application de cette méthode à ce cas dépassa toutes les espérances et encouragea Veyre à poursuivre systématiquement ses recherches. Cinq nouveaux cas de néphrose lipoidique furent ainsi traités avec des résultats très remarquables.

Le traitement consiste en des injections intraveineuses d'une ampoule de 10 cm.<sup>3</sup>, pendant 15 jours de suite, d'acide chlorhydrique dilué tamponné par une solution contenant de l'acide citrique et de la soude de façon que le pH soit de 2,5.

D'après C. Lian et Fred Siquier, l'acidose déterminée par ces injections est responsable de la fonte des œdèmes et des modifications de l'équilibre protidique de ces malades. Ce traitement paraît indiqué dans tous les cas où l'institution d'un traitement correct par le régime d'Epstein et l'extrait thyroïdien n'a déclenché ni crise urinaire, ni fonte des œdèmes, dans tous les cas où l'extrait thyroïdien est mal supporté, dans tous les cas, circonstance fréquente en France actuellement, où l'on ne peut établir un régime suffisant riche en protides. Enfin il peut s'associer sans inconvénient à la cure d'Epstein.

Il est évident que les observations sont encore trop peu nombreuses pour ériger cette méthode en traitement spécifique de la néphrose lipoidique, mais elles sont suffisamment encourageantes pour mériter une application plus étendue.

A la même séance, le Professeur de Gennes et ses collaborateurs ont attiré l'attention sur l'antagonisme iode-aminothiazol dans les hyperthyroïdies. Très fréquemment, pour compléter une cure par l'aminothiazol, on est incité à donner de l'iode, soit sous forme de solution de Lugol, soit sous forme d'iodotyrosine. Chez deux malades, la prise de l'iode au cours même du traitement aminothiazolé a provoqué une brusque poussée d'hyperthyroïdie.

Cette incompatibilité avait été signalée déjà par Perraut et Bovet, qui ont institué ce traitement en France pendant l'occupation. Elle s'explique facilement par le fait que l'amino-

thiazol provoque sur le corps thyroïde sain comme sur la glande basedowienne une véritable hyperplasie qui s'accompagne souvent d'une augmentation initiale du goitre, mais s'oppose à la synthèse de la thyroxine. Il suffit de prendre de l'iode en quantité suffisante pour que cette synthèse redevienne possible et d'autant plus active qu'elle provient d'une glande en hyperplasie.

A propos de cette communication, le Professeur de Gennes a donné sa statistique de maladies de Basedow traitées par l'aminothiazol. Sur 120 cas, il a obtenu 62 améliorations persistantes équivalant à des guérisons, 16 améliorations partielles, 36 échecs liés, pour les trois quarts d'entre eux, à des intolérances de la médication. Dans l'ensemble, ce travail a donné les meilleurs résultats dans les cas légers ou moyens; il est au contraire toujours resté en échec (sauf dans trois cas) dans les formes graves qui semblent d'emblée vouées à la chirurgie.

Le Professeur de Gennes essaie actuellement dans son service la tétraméthylthiourée et la propylthiourée qui donnent à doses moindres d'excellents résultats, mais les intolérances sont fréquentes et l'on a observé avec elles des accidents sanguins graves qu'il n'a jamais rencontrés avec l'aminothiazol.

Il se confirme que la tularémie a fait son apparition en France. Déjà l'année dernière, MM. G. Girard, H. Blass et S. Ely<sup>1</sup> avaient présenté à la Société médicale des Hôpitaux de Paris un homme et une femme qui avaient contracté cette maladie en dépouillant un lièvre. Cet animal provenait sans doute de Pologne ou de Tchécoslovaquie, car on a pris l'habitude déjà avant la guerre de repeupler les chasses de Sologne avec des animaux en provenance de ces pays.

MM. René Martin, P. Mercier et Péret viennent de publier un nouveau cas consécutif à une morsure de sanglier<sup>2</sup>.

1. Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, mars 1946, p. 198.

2. Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, nos 19 et 20, mai 1947.

*Ce cas se signala par une adénopathie strictement régionale avec des signes généraux et locaux; le germe fut identifié à l'Institut Pasteur.*

*Il est intéressant à constater que les services vétérinaires ont dans la même région (est de la France) signalé une épizootie à tularémie chez les lièvres au mois de janvier dernier.*

*Fort heureusement nous possédons maintenant la streptomycine.*

*Le professeur Alajouanine, avec son assistant Thurel, a fait connaître une nouvelle méthode d'investigation<sup>3</sup> basée sur la comparaison entre le liquide céphalo-rachidien soutiré normalement par voie lombaire et celui retiré au même endroit, après injection d'air, dans le canal rachidien.*

*Cette méthode permet de déloger dans les cas pathologiques, par l'air injecté, des leucocytes qui sont dans les espaces péri-cérébraux et l'on trouve ainsi à la deuxième ponction un liquide beaucoup plus riche en éléments.*

*Les travaux jusqu'ici n'avaient porté que sur la comparaison entre le liquide retiré par ponction sous-occipitale et celui retiré par*

*voie lombaire. Dans la plupart des cas, le premier était moins riche que le second car il était composé surtout d'un liquide ventriculaire, pour ainsi dire neuf.*

*La chirurgie des hématomes sous-duraux traumatiques a permis de constater dans les espaces péri-cérébraux des amas blanc verdâtre constitués par des hématis altérées et des leucocytes alors que le l.c.-r. ne présentait aucune anomalie. La preuve est donc faite, dit le professeur Alajouanine, que dans les espaces péri-cérébraux la circulation n'est pas libre pour les éléments figurés qui stagnent dans les circonvolutions péri-cérébrales.*

*C'est donc dans le liquide céphalique péri-cérébral qu'il faut rechercher les derniers vestiges des hémorragies cortico-méningées, vestiges que l'on déloge par l'air lors de la pneumo-encéphalographie.*

*On voit donc l'intérêt de ce nouveau procédé d'examen, non seulement pour l'étude des hémorragies cortico-méningées qui ont pu passer inaperçues, mais encore pour la sclérose en plaques où il permet de juger de l'importance de la participation cérébrale, pour la syphilis nerveuse où il permet de surprendre les lésions cérébrales au début de leur évolution.*

André PLICHET.

3. Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, nos 17 et 18, mai 1947.

## “L'Union Médicale du Canada” en 1878

### TRAVAUX ORIGINAUX Société Médicale de Montréal.

Séance du 25 juillet 1878.

Présidence du Dr A. Ricard.

Membres présents: MM. A. Dagenais, A. Laramée, A. Lamarche, E. Berthelot, J.-B. Bouchard et S. Lachapelle.

Lecture est faite du procès-verbal de la séance précédente. Adoptée.

Proposé par Dr A. Laramée, secondé par Dr E. Berthelot, que le Dr A. Ouimet soit admis membre actif de la société. Adopté.

Proposé par Dr A. Lamarche, secondé par Dr J.-B. Bouchard que le Dr E. Paquin soit admis membre actif de la société. Adopté.

La discussion sur le traitement de la diarrhée des enfants est à l'ordre du jour.

Tous les membres y prennent une part active dans l'ordre suivant:

Dr A. Laramée: Le traitement de la diarrhée des enfants est mixte, hygiénique et médical. Avant tout il faut donner à l'enfant un air pur et une nourriture particulière, telle que du lait dont une bonne analyse nous garantit la qualité, de l'eau tenant en solution une assez forte quantité d'albumine, la viande de bœuf passée au tamis et séparée complètement de sa graisse, tel que nous le conseille Trousseau. Les médicaments qui me semblent le plus avantageux sont le calomel à une poussière par dose et l'*ipécha-cuanha co*. Si la diarrhée est de nature rebelle, je me hâte d'employer les lavements de lait qui a bouilli, auquel j'associe quelques gouttes de laudanum de sydenham. Je me sers de ces injections surtout quand la diarrhée passe à la dysenterie. Contre la douleur je ne vois pas de médicament plus sûr que le Dover et il a aussi la propriété de conserver l'humidité des muqueuses, chose qu'on n'obtient pas avec les autres calmants. Les enfants en général le tolèrent très bien et l'élément douloureux étant combattu, l'on triomphe plus facilement de la maladie. J'emploie aussi souvent la craie *co*. conjointement avec le Dover et le calomel. Dans la première période du choléra j'ai recours souvent avec avantage au bain sinapisé. La diète est de rigueur et comme boisson je ne vois rien de préférable à l'eau albumineuse que l'on prépare en délayant deux blancs d'œuf dans seize onces d'eau froide à laquelle on peut ajouter du sucre blanc à volonté. Cette boisson non seulement modifie la diarrhée mais encore constitue une vraie nourriture que les enfants prennent avec goût. J'ai discontinué

l'*hydragryrum cum cretâ* parce qu'il m'a semblé que ce médicament provoquait les vomissements ou les augmentait quand ils existaient. Durant la convalescence, je recommande particulièrement le vin claret et je m'en trouve très bien.

Dr A. Dagenais: Je n'emploie le calomel que dans le but de vider l'intestin et alors je le donne à assez haute dose. Je me hâte ensuite de donner la craie *cum opio* qui est le médicament qui semble me donner le plus de satisfaction. Mais c'est surtout la diète que l'enfant suit sur laquelle il faut compter. Le lait, tantôt bouilli, tantôt cru, est tour à tour employé. Sous ces deux formes ses qualités astringentes semblent être également satisfaisantes. Une autre forme sous laquelle on le donne encore est la forme condensée: privé de son eau le lait a une action plus sûre. La préparation de Liebig et une foule d'autres préparations répandues dans le commerce ne paraissent pas avoir toutes les vertus qu'on leur attribue. Quand la diarrhée passe à la dysenterie, les lavements d'eau à la glace sont ceux que je préfère. Rien de plus sûr que l'effet calmant de ces bains; quelques instants après leur administration, l'enfant soulagé s'endort dans un doux sommeil. Alors surtout il ne faut pas négliger les toniques: le vin claret est de tous les toniques celui qui s'emploie plus particulièrement. Il doit ses vertus toniques à la quantité de fer qu'il renferme et qui d'après l'analyse est plus considérable que celle des autres vins.

Dr E. Berthelot: L'eau albumineuse est mon cheval de bataille dans la diarrhée des enfants, et même dans la diarrhée des adultes. Pour moi, voilà presque tout mon traitement; d'autant plus, que en plusieurs occasions il m'a donné des guérisons que tous les autres médicaments employés tour à tour avaient été impuissants à me procurer. Le mercure à la craie, le bismuth sont les médicaments néanmoins dont je me sers le plus alors. Le Dover ne m'a jamais donné de satisfaction vu son action vomitive si fréquemment répétée.

Dr J.-B. Bouchard: La craie *cum opio* et le régime lacté sont pour moi tout le traitement de la diarrhée des enfants.

Dr Lamarche: L'action vomitive des médicaments, de l'*hydragryrum cum cretâ* surtout dans la diarrhée des enfants au lieu d'être redoutée, doit être au contraire considérée comme de bon effet. Dans les diarrhées ordinaires surtout, faire vomir et purger légèrement; ces deux moyens sont souvent suffisants pour amener la guérison. Mais c'est à l'hygiène qu'on doit donner toute son attention. Supprimer la nourriture et attendre. Chez la classe pauvre surtout où toutes sortes d'aliments sont indistinctement données aux en-

fants, leur suppression est avantageuse. C'est là que l'on rencontre ces cas nombreux d'atropsie qui sont autant d'indications qui doivent nous porter à diminuer l'alimentation.

Dr Sévérin Lachapelle: De toutes les ressources de notre art, la prophylaxie est la plus sûre surtout dans le traitement de la diarrhée des enfants; les lois d'hygiène à suivre sont connues; il n'est pas nécessaire de répéter. Quant au traitement, je le modifie selon les circonstances. La diarrhée de forme ordinaire, ou diarrhée catarrhale ne doit pas être soumise au traitement de la diarrhée accompagnée d'inflammation. Dans la diarrhée catarrhale je me sers presque uniquement d'huile de castor à petite dose souvent répétée. L'huile de castor modifie les sécrétions intestinales par une double action qui me paraît bien sûre; action purgative d'abord et action astringente secondairement. J'ai été conduit à me servir d'huile de castor dans la diarrhée parce que j'ai observé cette double action chez les adultes, double action qu'elle me paraît posséder à un plus haut degré que tous les autres purgatifs que je connaisse.

Quand la diarrhée continue, mais que sa nature est changée, j'emploie le sirop de rhubarbe aromatique et le catéchu à petite dose également répété souvent. Dès le début de la diarrhée je recommande les lavements d'amidon pour prévenir l'irritation rectale qui se développe si facilement alors. Les cataplasmes non plus ne doivent pas être négligés. Dans les cas de lientérie, je me fais un devoir d'aider la digestion des aliments qui ne se fait pas alors par la pepsine: les sucs de l'estomac sont impuissants, il faut les aider. Quand la diarrhée est accompagnée de douleurs, il y a alors contraction spasmodique des intestins qui en est la cause. Je combats cette cause par les antispasmodiques les plus faibles tels que la valériane, le musc, etc., plutôt que par l'opium. Quand la diarrhée passe à l'état inflammatoire, le même traitement est suivi mais avec plus de soin et d'activité, et alors seulement j'ai recours au calomel.

Docteur A. Ricard: La diarrhée des enfants en été est causée par la chaleur de la saison, par une nourriture impropre, et par le séjour dans les grands centres d'habitations. Les moyens de prévenir cette maladie ou d'y remédier, est d'abord d'éloigner les enfants des villes pendant le temps de la canicule et de les envoyer dans les campagnes, surtout là où la température est considérablement plus fraîche, comme dans les paroisses le long du golfe ou sur le bord de la mer. Il faut de plus régler l'alimentation des enfants quant à la quantité, à l'espace et au temps. L'habitude dans la plupart des familles est de surcharger l'estomac des enfants par une nourriture trop forte pour leur âge et cela à tout instant

du jour et de la nuit, sans règle et sans discernement. Cet affreux régime que les enfants ont pu supporter sans périr, pendant les saisons froides, leur devient inévitablement fatal au temps des chaleurs, si on ne le modifie pas d'avance ou au moins à cette époque.

Aimant mieux prévenir la diarrhée ou choléra des enfants que d'avoir à la combattre pendant un temps prolongé et assez souvent sans succès, mon habitude est d'insister fortement pour que les familles où je traite, envoient les jeunes enfants en villégiature. Quant aux enfants pauvres qui ne peuvent avoir cet avantage, je recommande qu'on leur fasse prendre le bon air autour de la ville, dans les parcs publics et autant que les parents le peuvent.

Quelle alimentation faut-il donner aux enfants en cette saison? Le lait et le lait seul est certainement le régime approprié. Il y a dans le lait tout ce qu'il faut pour fournir au développement du corps. Mais ce n'est pas tout de donner des aliments convenables, il faut aussi les donner avec mesure et à des intervalles assez longs pour en permettre la digestion facile. On ne doit donc pas donner de nourriture aux enfants que toutes les trois ou quatre heures.

Si le lait par temps, n'est pas supporté, s'il caille sur l'estomac, j'en fais cesser l'usage et je le remplace par de l'eau de blé, même par du bouillon de poulet.

Quant aux remèdes, je donne de l'eau de chaux pour corriger les acidités de l'estomac. La poudre de craie *cum opio* à des doses assez rapprochées mais faibles afin de ne pas arrêter la maladie subitement et entièrement, car il y aurait alors danger de métastase vers le cerveau. Tout en donnant ce médicament, je fais prendre tous les deux jours de l'huile de ricin qui débarrasse les intestins des matières irritantes et produit une constipation secondaire. Quand l'estomac est débarrassé de l'état saburral, l'acide sulfurique est bien recommandé pour tonifier et arrêter les transpirations qui affaiblissent tant les petits malades.

Pour combattre la dysenterie, qui vient à la suite de la diarrhée, je fais usage de Dover, lavement d'empois, frictions de térébenthine sur le ventre.

S'il se fait par suite de la diarrhée prolongée un raptus vers le cerveau avec le signe de l'hydrocéphalite ou de l'inflammation sous aiguë — j'emploie le calomel intus et extrà à petites doses et le colloidion cantharidé en application sur la nuque afin d'avoir une vésication instantanée et efficace; et contre les vomissements, des mouches de moutarde sur le creux de l'estomac et des solutions effervescentes à l'intérieur.

## ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd. psychol. », 94: 1 (juin) 1938.

### MEDECINE

Melville C. WATSON. — **Divers traitements de la ménopause.** (*Treatment Based on Diagnosis during the Menopause.*) "Can. M. A. J.", 56: 620 (juin) 1947.

L'auteur décrit trois types cliniques de femmes arrivées à l'époque de la ménopause. La classe la plus nombreuse comprend celles dont l'ovulation a cessé, de même que la formation des follicules; l'atrophie ovarienne s'établit graduellement et est complète après quelques années. D'autres encore présentent peu de symptômes à la ménopause, mais accusent des écoulements irréguliers; l'ovaire continue à produire des follicules qui n'atteignent pas leur pleine maturité. Plus rares sont les malades multipares dont l'ovaire contient des corps jaunes en activité et maintient dans le tractus génital un état de fausse grossesse; elles ont de fréquentes hémorragies, accompagnées dans plus de la moitié des cas d'anémie secondaire assez grave.

L'on traite les symptômes subjectifs, neurovasculaires et psychiques de la ménopause au moyen d'œstrogènes naturels, tels que le sulfate d'œstrone par voie buccale. Le benzoate ou le dispropionate d'œstradiol en injections sous-cutanées sont indiqués dans les ulcérations et la vaginite sénile survenant aux stades extrêmes d'atrophie ovarienne. Le degré d'atrophie des seins, des organes génitaux externes et du vagin peut servir de guide thérapeutique dans le dosage des œstrogènes.

L'auteur conseille le curetage prophylactique pour les femmes de la première catégorie lorsqu'elles présentent de petits écoulements fâcheux à la fin de la quarantaine; après cinquante ans le curetage s'impose; il fournit d'ailleurs de précieux éléments de diagnostic. Il faut souvent recourir au radium, s'il y a légère hypertrophie de l'utérus sans autre signe pathologique, pour mettre fin à l'écoulement. Dans les deux autres catégories, l'hystérectomie totale demeure le traitement de choix, et pour arrêter les hémorragies et pour prévenir toute transformation maligne.

J.-B. BOULANGER.

M. BARBARY. — **Cancer, traumatismes et responsabilité civile.** "Bull. de l'Acad. de Médecine", 131: 153 (4 mars) 1947.

Selon des auteurs de grande réputation, on reconnaît l'étiologie accidentelle du cancer dans un certain nombre de cas. L'auteur rapporte des cas à l'appui de cette opinion.

Un jeune homme de 29 ans reçoit un coup de matraque sur l'avant-bras; un an après apparaît, au même endroit, une tumeur sarcomateuse, suivie de décès.

Un ouvrier est brûlé à la main, un an plus tard se forme, au même endroit, un épithélioma.

Il cite aussi l'opinion du professeur Pineau en septembre 1943: « Un traumatisme unique, violent, par les lésions cellulaires qu'il détermine, est susceptible de favoriser aux points de contusion, l'apparition d'un cancer: l'hémorragie profonde, la réaction de défense de l'organisme amenant la formation de cellules embryonnaires à expansion vitale supérieure à celle de l'entourage. »

Dans un autre cas, il s'agit d'un médecin de 65 ans chez qui apparaît un sarcome deux mois après une fracture du fémur. Un médecin légiste communique deux observations de

traumatisme suivi de cancer: l'une, une contusion de l'épaule (sarcome); l'autre, une distorsion de la hanche suivi d'un ostéosarcome.

Mais il y a aussi un autre aspect à cette question la responsabilité civile en cas de *cancer secondaire à un traumatisme*.

Dans son traité sur « *le cancer* », le professeur Roussy affirme que le cancer post-traumatique est bien démontré. De sorte que certains accidents ont pu être la cause première de cancers apparaissant au siège de la blessure à une date ultérieure et comportant une réclamation civile. La nature de ces tumeurs appartient au type *fibro-myosarcome* qui, *d'après les auteurs, est bien celui des cancers d'origine traumatique*. Dans un cas, en particulier, une malade a pu obtenir la pension prévue par la loi et les usages.

Jean LeSAGE.

Robert RENDU. — **La fièvre typhoïde aux Etats-Unis et dans l'Armée américaine.** "La Presse médicale", 55: 98 (8 février) 1947.

Depuis 40 ans, la fièvre typhoïde a presque disparu aux Etats-Unis. Dans certaines villes, la mortalité serait 100 fois moindre qu'il y a 35 ans. Même, dans 58% des villes des Etats-Unis on n'a déclaré aucun décès dû à la typhoïde en 1945. En comparant New-York à Paris, on voit que le taux de mortalité est tombé de 135 à 1 à New-York, et de 90 à 30, à Paris, pour un million d'habitants (voir tableau), soit une mortalité 27 fois plus basse à New-York qu'à Paris.

Cette diminution aurait été obtenue aux Etats-Unis, surtout grâce aux progrès incessants en matière d'hygiène, soit: l'adduction d'eau, la surveillance et la stérilisation essentielle de l'eau, des boissons, la chloration, l'interdiction de l'épandage sur les champs de culture, l'évacuation des eaux d'égouts, la recherche des porteurs de germes, la surveillance de l'industrie laitière, des mouches, etc.

Après une enquête, sur plus de 300,000 familles américaines, on a observé que la vaccination a joué un rôle secondaire.

Une enquête, même parmi 24 soldats de l'Armée Américaine, a établi que des cas de typhoïde et de paratyphoïde sont apparus chez eux malgré la vaccination entre les cinq et quinze mois précédents. Il n'y eut pas de décès, mais 5 cas ont présenté des complications plus ou moins graves. Les recherches sérologiques des six antigènes ont permis d'affirmer qu'on se trouvait en présence de 21 cas de paratyphoïdes et de 3 cas de typhoïde.

Dans ces cas, l'erreur du diagnostic serait due, au fait que la typhoïde est devenue très rare; on y songe moins qu'auparavant. Elle est due aussi, à la confiance que l'on a dans la vaccination.

Les récentes épidémies à Paris ou ailleurs seraient dues à la consommation de légumes crus et mal lavés, etc. On doit donc appliquer strictement des règles d'hygiène, plus efficaces que la vaccination.

Jean LeSAGE.

## CARDIOLOGIE

J. LENE GRE et H. CHEVALIER. — **Le traitement par l'éphédrine des accidents nerveux du syndrome d'Adams-Stokes.** "Arch. Méd. du Cœur", 38: 1, 1945.

Les A. ont systématiquement soumis à l'éphédrine 19 malades atteints d'accidents nerveux d'Adams-Stokes. Onze ont très favorablement réagi. L'accélération du rythme ventriculaire fut de l'ordre de 4 à 6 pulsations par minute. Les A. ont utilisé le chlorhydrate d'éphédrine présenté en granules dosés à un centigramme. Devant l'état de mal: 12 à 20 centigm. par jour en 4 prises très régulièrement espacées. Quand les crises ont cédé, diminution progressive, centigramme par centigramme, jusqu'à 6 à 9 centigm. par jour en 3 prises. Il importe de donner le médicament par prises régulièrement espacées et de le maintenir indéfiniment.

Paul DAVID.

M. LEBLANC et LT. R. ISRAEL. — **Bradycardie régulière avec dissociation auriculo-ventriculaire complète par éclat d'obus intracardiaque.** "Arch. Mal. du Cœur", **38**: 67, 1945.

Jeune homme de 22 ans blessé par un éclat d'obus qui pénètre dans l'hémithorax droit sur la ligne axillaire moyenne, dans le 6e espace intercostal, en direction de la ligne médiane. La radioscopie montre nettement le projectile situé dans le muscle ventriculaire, au-dessous de l'orifice des gros vaisseaux artériels. Il est animé de vifs mouvements de va-et-vient systolo-diastolique suivant une trajectoire fixe de 1½ cm. environ. L'é.c.g. montre une dissociation auriculo-ventriculaire complète. Les oreillettes battent à un rythme autonome relativement rapide, les ventricules à un rythme lent, 40 environ à la minute. Il est fort possible que ce trouble du rythme soit la conséquence directe d'une lésion du faisceau de His par le projectile. Le patient tolère parfaitement bien cette blessure et les A. ne croient pas à la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Paul DAVID

J. LENEGRE, L. DEGLAUDE et A. HAZIM. — **Etude clinique, électrique et anatomique d'un cas de bloc de branche.** "Arch. Mal. Cœur", **38**: 154, 1945.

Les A. rapportent une observation de cardiopathie congénitale avec image électrocardiographique typique de bloc de branche gauche. L'immutabilité de ce tracé a été suivie et contrôlée pendant plus de huit ans avant que la malade succombe à 42 cours de défaillance cardiaque. La cloison a été fixée au formol et débitée: 6,042 coupes. Une coupe sur 20 a été montée et colorée par la méthode à hémateïne-éosine-safran de P. Masson et aussi souvent que nécessaire des coupes intermédiaires furent ainsi montées et colorées. De magnifiques microphotos illustrent les résultats. Les A. ont observé des lésions irrécusables de la branche gauche qui contrastent avec l'intégrité à peu près absolue du nœud de Tawara, du faisceau de His et surtout de la branche droite qui est

absolument indemne sur toute sa hauteur. Ce document anatomique appuie la conception électrocardiographique moderne du bloc de branche.

Paul DAVID.

J. STERNE, J. DELAMARE et J. LEMANT. — **Un médicament de l'angor pectoris et des états préfibrillatoires: le 1262 F. Six ans d'expérience clinique. Mécanisme d'action.** "Arch. Mal. Cœur", **38**: 235, 1945.

Le temps a confirmé l'efficacité du 1262 F au cours des syndromes angineux et préfibrillatoires. Le médicament a été administré *per os*, en prise de 0 gm. 05 et à la dose totale de 0 gm. 15 ou 0 gm. 20 par jour. L'apparition de crampes musculaires a été la raison d'une interruption de traitement dans un quart des cas. Les A. ont traité 40 angors — 10 interruptions. Sur les 30 cas restants, 9 fois suppression complète de la douleur angineuse malgré une activité physique normale — 17 fois atténuation considérable des crises avec reprise d'une vie active — 3 fois, influence faible ou nulle — 1 fois aggravation. Dans 4 cas le tracé é.c.g. a été favorablement influencé.

Trois fois le médicament fut administré dans des crises de tachycardie extrême et anarchique avec déformations multiples et variables des complexes ventriculaires, état agonique, effondrement de la tension artérielle. Les trois fois la tachycardie a cédé immédiatement après la prise de 0 gm. 10 ou 0 gm. 15 en moins d'une heure. Le 1262 F fut donné dans 8 cas de thrombose coronarienne aiguë typique, 2 résultats excellents, 5 résultats favorables, 1 résultat nul.

Cette substance n'est pas un analgésique. Elle n'a pas d'action sympatholytique et une action directe sur la circulation coronaire est peu vraisemblable. Tout un ensemble d'arguments tend à prouver que le 1262 F (diéthylaminoéthoxy-2-diphényle) agit directement sur le muscle cardiaque en diminuant son excitabilité. C'est un antifibrillatoire vrai.

Paul DAVID.

## CHIRURGIE

Richard H. OVERHOLD et Al. — **Pneumonectomie comme traitement de la tuberculose: technique et résultats actuels.** (*Pulmonary resection in the treatment of tuberculosis: Present day technic and results.*) "Jour. Thoracic Surgery", 15: 384 (déc.) 1946.

Ce rapport est basé sur l'analyse de l'état actuel d'une série de 192 malades souffrant de tuberculose pulmonaire ayant subi 200 résections pulmonaires entre 1934 et avril 1946. Ce rapport comporte surtout des considérations de technique. Le décubitus ventral du malade durant l'opération a réduit la fréquence de dissémination contralatérale et possède un avantage technique sur le décubitus latéral. Le blocage paravertébral et l'anesthésie locale par novocaïne ont la préférence sur l'anesthésie générale. Les remarques techniques suivantes ont une particulière importance: a) éviter d'utiliser des clamps sur le tissu pulmonaire; b) éviter la contamination venant du poumon ou d'une bronche sectionnée; c) la ligature préliminaire des bronches; d) renforcement du moignon bronchique par une lanquette pleurale.

Quand on s'apprête à une lobectomie, on doit effectuer une exploration minutieuse afin de se rendre compte des foyers d'infection. Les auteurs insistent sur le danger de laisser des foyers morbides.

Le thorax du malade qui a subi une résection pulmonaire devrait être réduit suffisamment par une thoroplastie afin de prévenir une distension exagérée ou un déplacement important du tissu pulmonaire restant. Une bronchoscopie devrait être effectuée de routine après chaque résection afin d'apprécier l'état du moignon bronchique.

Les auteurs concluent en affirmant que le traitement de la tuberculose pulmonaire par résection doit servir pour certains types de cette affection: surtout quand toutes les autres mesures ont échoué ou qu'on prévoit leur échec. Ainsi la résection n'est pas une forme de traitement concurrençant les autres, mais

une méthode de suppléance. Si la résection pulmonaire doit être utilisée, on doit s'y décider avant que l'état du malade devienne désespéré. Et c'est le devoir du médecin d'identifier certaines formes de tuberculose qui répondent le mieux à certains modes de traitement et qui ne répondent pas à d'autres. C'est aussi le devoir du spécialiste en chirurgie thoracique d'employer des techniques opératoires qui minimisent les complications et les dangers de l'opération. Des progrès ont déjà été obtenus et il est raisonnable d'en espérer d'autres. Pour cela, il est nécessaire d'étudier une série plus nombreuse de malades traités par une technique moderne et standardisée, et de les observer pendant une période encore plus longue. Les auteurs sont d'avis que la valeur réelle de la résection pulmonaire comme traitement de la tuberculose pulmonaire ne peut être jugée maintenant.

## ANESTHÉSIE

Phyllis HARROUN, Frederick E. BECKERT et Carl W. FISHER. — **Les effets physiologiques du curare comme accessoire en anesthésie.** (*The physiologic effects of Curare and its use as an adjunct to anesthesia.*) "Surg., Gynec. and Obst.", 84: 49 (avril) 1947.

Les A. rapportent leurs expériences faites au cours des cinq dernières années avec du curare donné à des doses apnéiques et du protoxyde d'azote pour prouver son innocuité et ses avantages dans la chirurgie thoracique avec « respiration contrôlée ».

Leurs expériences ont porté sur des chiens, préparés à l'anesthésie de différentes manières ou sans administration d'aucune drogue, et les doses de curare furent variées mais toujours suffisantes pour amener l'apnée.

Ils en concluent « que le curare, par lui-même, ne cause pas la mort à des doses apnéiques. Une deuxième découverte importante est que la respiration artificielle doit être continuée jusqu'à ce que les muscles intercostaux se contractent vigoureusement. La

discontinuation avant ce stage de recouvrement, même si de fortes contractions diaphragmatiques se produisent et que les chiens sont capables de s'oxygéner adéquatement, a amené la mort par atélectasie.

Plusieurs phénomènes observés les portent à conclure que le curare même à des doses apnéiques, ne donnerait, non seulement aucune anesthésie, mais même pas d'analgésie.

L'électrocardiogramme donne un tracé qui ressemble à celui obtenu dans les empoisonnements au potassium.

L'administration répétée du curare sur des périodes prolongées n'a pas changé la réaction de l'animal à la drogue.

Chez les chiens du moins, le curare ne passerait pas la barrière placentaire et ne paralyserait pas le muscle utérin.

Les expériences furent très complètes et de nombreuses constatations furent faites et vérifiées au laboratoire avec la plus grande impartialité.

Chez les humains, les auteurs présentent une série de 175 cas anesthésiés au protoxyde et curare à dose apnéique et une série de cas analogues anesthésiés par d'autres méthodes variées.

La technique est décrite au complet pour adultes et enfants. Les recherches cliniques portèrent sur la tension artérielle, l'électrocardiogramme, les fonctions hépatiques et rénales, la glycémie, la profondeur de l'anesthésie, l'action sur la musculature lisse, le passage transplacentaire et l'action sur le muscle utérin, l'action de la prostigmine (qui ne vaut rien dans le curare à haute dose) et enfin la mortalité. Aucune de leur mortalité n'est attribuable au curare d'après eux.

*L'usage du curare est indiqué:* dans 1. la chirurgie intrathoracique; 2. les opérations intra-abdominales; 3. pour mesures urgentes soit au cours d'une opération ou d'une anesthésie (intubation trachéale).

Conditions pour l'administration: 1. Connaissance des effets physiologiques du curare; 2. maîtrise de l'anesthésie par inhalation en évitant l'hypoxie; 3. connaissance approfondie

de la physiologie respiratoire et des changements qui peuvent survenir au cours de la respiration contrôlée, surtout par les larges amputations faites aux poumons.

#### *Conclusions.*

1. L'emploi du curare à dose apnéique est un procédé sûr dans les mains d'un anesthésiste compétent.
2. Le muscle utérin n'est probablement pas affecté par le curare.
3. Le curare ne passe probablement pas à travers le placenta.
4. Il n'y a aucun antidote de valeur quelconque après l'administration de grosses doses de curare, sauf une respiration artificielle efficace et poursuivie jusqu'au retour de fortes contractions des intercostaux.
5. Le curare intraveineux n'a aucune action retardée ou prolongée.
6. Les avantages de l'emploi du curare avec l'anesthésie au protoxyde sont:
  - a) Permet l'usage du thermocautère dans la cavité pleurale pendant que la respiration est contrôlée par l'anesthésiste.
  - b) Produit un profond relâchement musculaire pendant de longues périodes sans affecter le pouls ou la tension artérielle comme le font d'autres anesthésiques.
  - c) Avec ce mode d'anesthésie, la condition du patient demeure bonne pendant l'anesthésie.
  - d) On a moins de complications postopératoires qu'avec d'autres modes d'anesthésie.
7. Les désavantages sont:
  - a) La nécessité d'un spécialiste en la matière.
  - b) Le besoin de matériel accessoire pour l'administration intraveineuse ainsi que d'un assistant spécial.
  - c) La nécessité du tube intratrachéal pour chaque cas.

8. D'autres recherches sont nécessaires pour éclaircir les points suivants:

- a) La dose mortelle.
- b) L'action sur le muscle utérin et le passage à travers le placenta.
- c) La possibilité de produire l'inconscience ou l'analgésie ou les deux à la fois.

Germain BIGUE.

Gordon C. LANGFORD. — **Pathologie cardiaque en relation avec l'anesthésie.** (*Cardiac pathology and anesthesia.*) "California and Western Medicine", **63**: 218 (nov.) 1945.

De tout temps on a reconnu l'importance de l'examen du cœur avant toute opération et l'importance de cet examen varie selon la gravité de l'opération à subir, de l'urgence du cas et des craintes inspirées par l'état du patient.

Marvin a fait remarquer que « le renseignement le plus important que l'on puisse obtenir sur le fonctionnement du cœur, c'est l'observation de son comportement dans l'effort quotidien demandé par toutes les exigences de la vie: marche, course, montée des escaliers, émotions diverses et innombrables activités mentales et physiques déployées tous les jours. » En plus des examens ordinaires, il recommande les numérations globulaires, la sédimentation, temps de circulation, pression veineuse, l'électro, et la fluoroscopie.

*Cas de légère décompensation.* Retarder l'opération si possible et instituer la médication appropriée. Il recommande surtout la digitale sous forme d'un glucoside. L'opération ne devrait ensuite être entreprise qu'après deux ou trois semaines d'une vie quotidienne au repos. A l'époque de l'opération, il faudrait éviter toute émotion forte et exiger des manœuvres opératoires aussi courtes et aussi peu traumatisantes que possible. L'oxygène devrait être administré généreusement pour prévenir toute anoxémie.

*Quand l'opération immédiate s'impose.* La période préopératoire est employée d'abord à oxygéner le patient avec un masque ou un cathéter nasal. S'il y a congestion, une saignée

de 400 à 700 c.c. selon le degré de décompensation l'hémoglobine et la numération globulaire. Ce sang peut être conservé en vue d'une transfusion subséquente. Ensuite digitalisation rapide par voie intraveineuse, diurétiques mercuriels ou dextrose hypertonique. Aspiration des épanchements si nécessaire. Il y a lieu d'améliorer sensiblement un risque opératoire par l'une ou l'ensemble de ces méthodes selon le cas.

*Réactions générales du patient cardiaque à l'anesthésie.*

Les cardiaques de différents types supportent l'anesthésie et la chirurgie d'une façon surprenante, même avec une fibrillation auriculaire, une légère angine de poitrine ou une légère décompensation si on y apporte les soins nécessaires. Toutefois, une décompensation marquée, une thrombose coronaire récente, une angine de poitrine grave, « complete heart block » et une atteinte syphilitique avec insuffisance aortique, conditions qui exposent à la mort soudaine même quand le patient est au repos, augmentent considérablement le risque opératoire. La chirurgie non urgente devrait être évitée pour ces cas.

*Cœur rhumatismal.* Surveiller les épanchements et aspirer auparavant.

*« Thyrotoxic heart disease. »* Rencontrée surtout entre 20 et 40 ans. Préparer le patient auparavant avec de l'iodure de potassium ou du lugol pendant une semaine. La fibrillation auriculaire, commune dans ces cas, peut être contrôlée par de la quinidine ou de la digitale, mais souvent l'opération sera le seul remède et il faudra la subir.

*Infarctus du myocarde.* Fréquent surtout de 20 à 45 ans. Retarder toute chirurgie et attendre deux ou trois mois après le retour à la normale de la sédimentation, la stabilisation de l'électrocardiogramme et le retour du patient à ses activités normales.

*Hypertension artérielle.* La plus commune et la plus importante des maladies cardiovasculaires avec son cortège de complications: défaillance cardiaque, hémorragie ou thrombose cérébrales, coronarites et insuffisance rénale.

Ces patients sont de grands risques surtout au début de l'anesthésie.

Le chloroforme et la cyclopropane peuvent produire de la fibrillation ventriculaire et amener la mort, du moins expérimentalement. Ces contre-indications sont plutôt théoriques et controversées; il faut juger les cas individuellement.

Même durant des anesthésies de routine à l'éther, on a des troubles du rythme cardiaque. Ils sont en général peu importants, mais la tachycardie paroxystique est toujours alarmante. En général le tout s'arrange spontanément, mais il faut parfois recourir à la pression du sinus carotidien; si on n'a pas de succès, il serait bon de donner dans la veine de la digitale ou de la quinidine.

*Choix de l'anesthésique et de la méthode.* Il y a variété d'opinions. Il faut d'abord penser que les anesthésiques ne causent pas de maladie cardiaque. Vu la fréquence des arythmies avec le cyclopropane, Adriani recommande de s'en abstenir pour ceux qui ont une maladie cardiovasculaire définie. Il croit que, vu son effet sur le muscle cardiaque, l'éther est actuellement le meilleur agent anesthésique pour le cardiaque. Marvi & White ainsi que Lahey, préfèrent l'association éthylène-oxygène.

« Le « collapsus circulatoire » au cours des anesthésies rachidiennes survient plus fréquemment chez les sujets porteurs de maladies cardio-vasculaires telles que l'hypertension et l'artério-sclérose. Aussi, il semble bon d'éviter les rachidiennes, surtout les hautes — i. e. au-dessus des 5 et 6 thoraciques — chez de tels patients. Si la rachidienne semble favorable pour ces cas, il faudra faire une surveillance très étroite de la pression et la soutenir par l'oxygène, les fluides intraveineux et l'éphédrine, ce qui en général évite le collapsus. »

Pour l'analgésie tronculaire ou l'anesthésie locale l'habileté de l'anesthésiste et la nervosité du patient sont les principaux facteurs de décision.

Le collapsus ou la mort au cours de l'anes-

thésie ou d'une intervention chirurgicale sont rarement attribuables à une cardiopathie, mais presque invariablement à une hémorragie, un traumatisme, à l'anoxémie ou au choc. Le traitement du collapsus devrait d'abord consister à prévenir ces causes.

L'arrêt du cœur, bien que rare, se traite ainsi:

1. Respiration artificielle avec tube endotrachéal.
2. Massage du cœur par voie thoracique ou abdominale. Si on n'a pas de résultat:
3. Injection intra-auriculaire d'adrénaline et, dans ce cas, la piqûre par l'aiguille serait plus efficace que la solution injectée pour déclencher une pulsation.

Parmi les complications cardiovasculaires, l'auteur mentionne les embolies pour lesquelles il exige une complète investigation des extrémités inférieures dans le cas d'embolies pulmonaires et recommande la ligature des veines thrombosées.

*En conclusion.*

L'anesthésique idéal pour les maladies cardiovasculaires suscite encore, présentement, de hautes controverses et il est peut-être plus important, pour de tels cas, de se fier plutôt à la compétence de l'anesthésiste qu'à l'anesthésique lui-même.

Germain BIGUE

#### PEDIATRIE

Arild E. HANSEN et Al. — **L'eczéma et les acides gras essentiels.** (*Eczema and essential fatty acids.*) "Am. J. Dis. Child.", **73**: 1 (janvier) 1947.

Des études cliniques et des dosages des lipides du sang furent faits chez 225 malades souffrant d'eczéma et sur 101 sujets témoins. Ayant utilisé comme seule thérapie chez 148 eczémateux de tout âge une diète grasseuse riche en acides gras non saturés comme le lard et certaines huiles végétales, les A. ont obtenu les résultats suivants: *bon* à *excellent* dans 60 cas, *passable* à *bon* dans 51 cas. Les autres 37 malades montrèrent une amélioration légère ou nulle. La plupart de ces derniers étaient du groupe des malades les plus âgés. Le do-

sage des lipides du sérum fait chez 171 malades eczémateux a montré que 80 pour cent des nourrissons au-dessous de deux ans, 75 pour cent des enfants entre 2 et 15 ans inclusivement et que peu au-dessus de cinquante pour cent des adultes présentent un indice d'iode pour les acides gras du sérum au-dessous des valeurs moyennes trouvées chez les 101 sujets témoins.

Des dosages périodiques des lipides du sérum chez les sujets eczémateux ont révélé que l'indice de l'iode des acides gras du sérum augmente en même temps que l'état clinique s'améliore à la suite d'une diète riche en acides gras non saturés. On observa aussi qu'une augmentation du degré de non-saturation des acides gras du sérum coïncidait avec l'amélioration clinique des malades traités seulement par un onguent au goudron cru. Il apparaît comme si le rôle spécifique des acides gras essentiel était de restaurer et de maintenir normale la nutrition de la peau. La routine consistant à ajouter au régime alimentaire des acides gras non saturés, après qu'allergènes et tout autre irritant de la peau eurent été éliminés, se montra la meilleure protection contre les accès récurrents d'eczéma surtout chez le nourrisson et le jeune enfant.

#### DERMATOLOGIE

Théodore H. GINKLE et Edw. J. FRISHWASER. — **Traitement des condylomes vénériens par la podophyline.** (*Treatment of penile condylomata acuminata with Podophyline.*) "The Journ. of Investigative Dermatology", 8: 199 (avril) 1947.

Les traitements employés jusqu'ici ne mettent pas les malades à l'abri des récurrences. A ce point de vue les auteurs considèrent l'introduction du traitement par la podophyline comme une acquisition intéressante. Dans la littérature consultée par les A., les résultats signalés sont satisfaisants, mais la balanite est une complication très fréquente. Le travail des A. consiste à déterminer un mode d'administration éliminant cette complication.

Un groupe de 36 militaires non circoncis

reçurent une application de podophyline à 25% dans l'huile minérale. Des précautions furent prises pour que les tissus normaux ne soient pas touchés.

Les six premiers sujets revinrent après 24 heures avec une douleur intense et un œdème important du prépuce. La circoncision fut nécessaire pour soulager ces malades.

Aux cinq patients suivants on recommanda d'enlever la podophyline après dix heures, avec eau et savon. Les mêmes complications survinrent, i. e. œdème, douleur, cellulite, traités finalement par la circoncision.

Ces onze malades ne présentèrent pas de récurrences dans les trois mois d'observation qui suivirent.

Les cinq malades suivants enlevèrent la podophyline après trois heures. Aucune complication dans ces cas, mais récurrences après trois semaines. Trois autres malades virent disparaître leurs lésions après la deuxième application à cinq jours d'intervalle. Pas de récurrence ni complication.

Enfin, un patient circoncis présentant une histoire à récurrences multiples, malgré tous les traitements utilisés, reçut une application de podophyline à 25%, suivie d'un lavage à l'eau et au savon après cinq heures.

Deuxième application après cinq jours. Lavage après cinq heures.

Ce malade ne présenta aucune complication ni récurrence dans les 3 mois suivants.

On tenta la même technique chez dix autres malades après circoncision.

Résultat: aucune complication ni récurrence après trois mois d'observation.

#### Conclusion:

1) La podophyline n'est pas une substance sans danger.

2) La façon de procéder qui semble la meilleure, d'après les A., consiste à circoncire les malades au besoin. Puis une application de podophyline à 25% dans l'huile minérale suivie de lavage après cinq heures. Un deuxième traitement après cinq jours si nécessaire.

Louis-P. LeGRESLEY.

## SOCIÉTÉS

---

« L'Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

### LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 18 mars 1947,

tenue à l'Hôtel-Dieu.

Présidence de M. Edouard Desjardins.

#### La radiothérapie dans le cancer utérin.

M. Paul BRODEUR

La radiothérapie est la méthode de choix pour traiter le cancer utérin. L'irradiation doit être d'emblée assez intense. Les cancers sont divisés en trois classes, suivant l'intensité et l'étendue des lésions. On emploie les rayons X trans-pelviens et le radium intracavitaire. Lorsqu'il s'agit de cancer du corps utérin, la chirurgie est préférable. Les statistiques donnent 40% de survie pour les cas sans envahissement ganglionnaire, et 20% pour les cas où il y a adénopathie.

#### Discussion.

M. PIERRE MEUNIER déclare que, depuis ces dernières années, le traitement chirurgical du cancer du col était plus en faveur. Il faut lui associer la radiothérapie. Il cite ensuite trois cas cliniques traités par le radium et les rayons X qui ont présenté plus tard des métastases ganglionnaires.

M. BRODEUR répond que ces cas correspondent aux statistiques déjà citées, où l'on reconnaît 25% d'échecs.

#### La radiothérapie dans les périarthrites de l'épaule.

MM. A. SAMSON et Hervé LACHARITE

M. Samson donne lecture d'un travail de M. Lacharité sur les périarthrites de l'épaule,

en particulier les formes cliniques avec calcifications. La radiothérapie serait très efficace dans ces cas; il y a soulagement marqué et les calcifications disparaissent souvent.

M. Samson montre ensuite à l'assemblée un film en couleurs, illustrant le traitement chirurgical de cette affection. La technique consiste en incision en coup de sabre, ouverture, exploration et excision de la bourse; section de l'acromion et résection du fragment, puis rapprochement des muscles et fermeture.

#### Discussion.

M. C. FAVREAU fait observer que les périarthrites de l'épaule avec calcification ne constituent qu'une faible partie du chapitre des périarthrites. De plus, ces formes avec calcification guérissent très souvent spontanément. La meilleure ligne de conduite à suivre, c'est la radiothérapie; puis, s'il n'y a pas de soulagement, la chirurgie est indiquée.

M. A. JUTRAS déclare que ces cas de périarthrites sont fréquents. On observe une limitation du mouvement, avec un point douloureux bien localisé. Cette affection coïncide avec une intoxication du gros intestin, ou avec un exercice exagéré. La radiothérapie détermine d'abord une exacerbation des symptômes, puis il y a amélioration et disparition des masses calcaires.

M. R. DANDURAND décrit son traitement des arthrites de l'épaule. Lorsqu'il y a douleur au repos, il s'agit de bursite aiguë. On institue la radiothérapie et un traitement anti-colibacillaire. Lorsqu'il y a douleur au mouvement seulement, on associe aux traitements déjà énumérés les massages.

M. H. GARIÉPY demande si le régime alimentaire a de l'importance dans ces arthrites et en quoi consiste le traitement anti-colibacillaire.

M. DANDURAND déclare que le régime doit chercher à acidifier les urines. Il faut donc enlever le lait, la crème et les alcalins. Contre le Coli, on prescrit la sulfaguanidine, la sulfasuxidine, l'entéro-vioforme, la sulfadiazine et on ajoute l'acide chlorhydrique.

### La radiothérapie dans la maladie de Hodgkin.

M. Origène DUFRESNE

La maladie de Hodgkin est une maladie qui comporte encore bien des imprécisions et des inconnues, et qui est fatale. Néanmoins, son évolution est favorablement influencée par la radiothérapie. Les rayons X agissent, parce que cette maladie est constituée de cellules sensibles aux radiations. Cependant, au fur et à mesure que les cellules détruites par les radiations sont remplacées par du tissu fibreux, les ganglions hodgkiniens répondent de moins en moins bien au traitement radiothérapique.

Quand la maladie de Hodgkin se limite à une hypertrophie ganglionnaire, sans atteinte de l'état général, la radiothérapie localisée sur la masse constitue encore le meilleur traitement de cette affection. Mais, quand une adénopathie hodgkinienne s'accompagne de phénomènes généraux, tels: l'asthénie, l'amaigrissement, la fièvre, le prurit, etc., et de modifications hématologiques, telles: l'anémie, l'hyperleucocytose, la surplaquettose, il y a avantage à associer l'irradiation totale à l'irradiation locale. Car, il semble que les foyers granulomateux invisibles, points de départ de nouvelles récidives, sont détruits ou du moins inhibés par les rayons X, puisque les rémissions entre les poussées évolutives paraissent plus complètes et plus longues.

Conclusion: citation de René Gilbert: « La radiothérapie ne guérit pas la granulomatose

maligne, mais elle compte à son actif des résultats qu'aucune autre thérapeutique n'est en mesure de procurer actuellement ».

*Le secrétaire des séances,*

Jean DENIS.

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

*Séance du 8 avril 1947,  
tenue à l'hôpital Sainte-Justine.*

Présidence de M. Edouard Desjardins.

### Un cas d'aplasie congénitale de la région ombilicale.

M. Edmond DUBE

M. Joannette expose l'étiologie des aplasies congénitales de la région ombilicale où les viscères apparaissent recouverts par une membrane transparente semblable au cordon.

M. Edmond Dubé montre un cas clinique où tous les organes abdominaux sont extériorisés, sans membrane viscérale.

#### Discussion.

M. A.-Z. CRÉPAULT rappelle qu'il y a quelques années, ces cas d'aplasie congénitale présentaient souvent une issue fatale; actuellement, les résultats sont beaucoup plus encourageants chez les cas opérés précocement.

### Considérations sur l'épidémie récente de poliomyélite.

M. C. FAVREAU

M. Favreau résume l'historique de la poliomyélite au point de vue anatomo-pathologique. Les découvertes progressives des lésions expliquent le tableau clinique. Comme traitement, le repos absolu n'est pas recommandé. Il faut la mobilisation active et passive précoce. La chaleur a un effet salutaire. Le traitement Kenny présentait une innovation: les enveloppements chauds dès le début, répétés toutes les deux heures, procurent un grand

confort au malade. Cependant, Sister Kenny s'est trompée en conseillant d'enlever tout support ou appareil. M. Favreau présente à l'assemblée plusieurs appareils de contention et de marche, qui ont beaucoup aidé les malades durant l'épidémie. Il cite ensuite quelques statistiques concernant environ 800 cas, dont la moitié au moins ont laissé l'hôpital sans aucune séquelle.

#### Discussion.

M. O. DUFRESNE demande si on a employé la méthode Kenny à l'hôpital Pasteur.

M. FAVREAU: Non. On a donné du salicylate par voie intraveineuse.

M. H. GARIÉPY demande combien de cas se trouvaient hospitalisés au plus fort de l'épidémie.

M. FAVREAU: Jusqu'à 350 cas.

#### La fréquence de l'otite du nourrisson.

M. Hermile TRUDEL

M. Trudel expose une maladie très fréquente chez le nourrisson: l'otite moyenne, non pas aiguë avec température élevée, mais l'otite latente avec température à 99°, inappétence, coryza, vomissements, diarrhée. Il recommande, comme prophylaxie, l'isolement à la maison.

#### Discussion.

MM. M. BONNIER, M. GUERTIN, MARC DEL-VECCHIO et F. ARCHAMBAULT. Il ressort de cette discussion que, chez les cas d'otites chroniques qui traînent longtemps, il convient de pratiquer l'antrotomie. La radiothérapie du naso-pharynx pourrait prévenir certains cas d'otite moyenne. Enfin, la pousse des dents chez l'enfant ne cause pas d'otite, mais agit comme facteur déclenchant.

#### Cachexie hypophysaire.

M. A. MARTEL

M. Martel a eu l'heureuse fortune et le mérite d'observer, dans toute son évolution, un cas de maladie de Simmons, ou hypofon-

ctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse, depuis le début de l'apparition des symptômes jusqu'à l'issue fatale. La cause de la maladie peut être un infarctus, une hémorragie, un processus tuberculeux, une tumeur du cerveau. Le sujet présente un aspect de vieillissement précoce et de cachexie hypophysaire. Le début est insidieux et le pronostic très mauvais. Le traitement consiste en l'administration d'hormone anté-hypophysaire. Le cas clinique présenté « post mortem » montre à l'autopsie la présence d'un kyste hypophysaire.

#### La fréquence de l'inhalation des cacahuètes chez les enfants.

M. Maurice BONNIER

Afin de souligner à l'assemblée la fréquence de ce genre d'accident chez l'enfant, M. Bonnier présente de nombreux tableaux où sont épinglés une série de corps étrangers retirés des bronches ou des voies aériennes supérieures de jeunes enfants. Sur 70 cas, 60% ont inhalé des cacahuètes; sur le grand total des cas s'étendant sur plusieurs mois, 16% tombent dans cette catégorie. Le tableau clinique peut simuler la bronchite, la bronchite asthmatique ou la broncho-pneumonie. La radiographie peut prêter à confusion, puisque souvent c'est le côté sain qui présente une image anormale. Au clinicien à se méfier, lorsqu'un enfant a mangé des cacahuètes avant un épisode pulmonaire atypique.

#### Méningite à influenza.

M. Paul-M. LARIVIÈRE

Il s'agit d'une méningite suppurée banale. Chez l'enfant, on n'observe pas de céphalée. Le signe important au début, c'est la fontanelle bombée. Les convulsions indiquent la présence d'une infection. On note également les symptômes usuels de vomissements, raideur de la nuque.

L'affection se présente sous trois types: sur-aigu, aigu, et subaigu.

Comme traitement, les sulfamidés donnent de 1% à 60% de survie; la streptomycine est le traitement de choix. On donne 25,000 unités toutes les 3 heures, par voie parentérale, et 50,000 unités par voie intrathécale.

#### Discussion.

M. Larivière déclare à M. Martel que la gravité de la maladie semble recommander l'emploi de la voie intrathécale.

*Le secrétaire des séances,*  
Jean DENIS.

---

### LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

*Séance du 11 avril 1947,*  
*tenue à l'hôpital Laval.*

#### Hernie intercostale pulmonaire.

MM. J.-P. ROGER et J.-M. LEMIEUX

Ces deux auteurs ont observé un cas de hernie intercostale dans la partie antérieure du 3e espace intercostal droit à la suite d'un traumatisme.

Le travail fait une revue de la pathologie de la lésion et des procédés chirurgicaux dont on dispose pour traiter ces hernies.

Leur technique a consisté à fermer la brèche à l'aide de lambeaux périostés détachés des côtes voisines.

#### Tuberculose expérimentale du hamster doré (*Cricetus auratus*)

M. Maurice GIROUX

L'expérience rapportée avait pour but de connaître la réceptivité d'un nouvel animal de laboratoire, le hamster doré, vis-à-vis des souches de bacilles tuberculeux humains d'une part, et bovins d'autre part.

Cet animal s'est révélé peu sensible à l'inoculation de bacilles tuberculeux humains. Cependant, il est beaucoup plus rapidement et fortement tuberculisé par les souches bovines.

#### Cinq observations de cancer bronchogène.

MM. Ls ROUSSEAU, Maurice GIROUX  
et Jules HALLÉ

Observations de 5 sujets atteints de cancer bronchogène dont l'âge moyen est de 48.4 ans. Chez trois malades, le cancer bronchique était masqué par un syndrome de suppuration pulmonaire; chez un autre existait une association tuberculeuse.

La ténacité des hémorragies prend une valeur pathognomonique dans certaines formes de cancer bronchique.

La situation haute de ces tumeurs bronchiques fait que leur diagnostic est facile par exploration bronchoscopique, mais elle s'oppose à tout traitement chirurgical efficace.

Des cinq cas observés, tous étaient morts 8 mois après l'établissement du diagnostic histopathologique.

#### Dysembryome thoracique et chorio-épithéliome chez un malade de 12 ans.

MM. M. GIROUX et R. DESMEULES

L'observation rapportée est celle d'un jeune patient de 12 ans, ayant présenté un syndrome consistant en douleurs thoraciques, toux et surtout dyspnée, qui a évolué fatalement en deux mois.

La nécropsie révèle qu'il s'agit d'un dysembryome du poumon et médiastin, avec chorio-épithéliome des poumons, foie et rein.

La pathogénie de ces tumeurs dysembryoplasiques est discutée en rapport avec leur évolution chez ce malade.

\* \* \*

*Séance du 25 avril 1947,*  
*tenue à l'hôpital du Saint-Sacrement.*

#### Maladie de Steinert.

MM. H. PICHETTE et J. AUDET

Les auteurs rapportent l'observation d'un cas de la maladie héréditaire et familiale décrite par Steinert. **Rencontrée** chez une jeune

femme de 29 ans, cette pathogénie a été caractérisée: 1° par de l'affaiblissement des muscles et de l'atrophie musculaire; 2° par de la myotonie ou augmentation du tonus musculaire; 3° par une cataracte bilatérale. On a noté une diminution du métabolisme basal et une cholestérinémie élevée. A part l'absence de certains troubles trophiques, la symptomatologie de cette maladie était bien celle dépeinte par Steinert et Curschmann.

#### **Affections urinaires chirurgicales au cours de la grossesse.**

MM. J.-N. LAVERGNE et A. MERCIER

1. La néphrectomie, au cours de la grossesse, a les mêmes indications qu'en dehors de cet état. La grossesse n'en est pas une contre-indication.
2. Chez une malade néphrectomisée dans le cours de sa grossesse, la gestation suit le cours normal de son évolution. La durée du travail n'est pas prolongée, les suites de couches demeurent normales.
3. La tuberculose rénale unilatérale et le cancer du rein commandent l'intervention pendant la grossesse. L'avortement ou l'accouchement prématuré ne sont pas indiqués.
4. L'hydronéphrose chez les femmes enceintes n'exige pas l'intervention immédiate. Une surveillance étroite, le drainage des bassins peuvent, dans bien des cas, obvier à l'intervention.
5. La maladie polykystique des reins chez la femme enceinte demande pour l'obstétricien une surveillance particulièrement attentive.
6. Le meilleur temps pour intervenir, chez les patientes enceintes, porteuses de calculs urinaires, est dans la période du post-partum.
7. Une grossesse sera permise aux patientes néphrectomisées si on a la certitude de l'intégrité du rein restant. Dans les cas de tuberculose rénale opérée, si l'autre rein est certifié sain, les auteurs recommandent une attente de deux à trois ans.

#### **Le cyclopropane.**

MM. A. PAQUET et L. RINFRET

Les auteurs étudient brièvement la composition chimique, la pharmacologie, le mode d'emploi, les indications et les contre-indications du cyclopropane. Ils rapportent les résultats qu'ils ont obtenus de l'usage de cet anesthésique chez plus de 2,000 malades, soit seul, soit associé à d'autres anesthésiques. Ils passent en revue les complications qui peuvent survenir au cours et après l'administration du cyclopropane et indiquent les moyens thérapeutiques à prendre, le cas échéant, afin de les éviter dans la mesure du possible ou d'y remédier lorsqu'elles se sont installées.

#### **Diagnostic difficile d'un état infectieux consécutif à un avortement provoqué.**

MM. Fabien GAGNON, Renaud LEMIEUX et H. de ST-VICTOR

Une jeune fille de 26 ans fait une infection puerpérale à la suite de manœuvres abortives accomplies dans les conditions les plus douteuses. Une thérapeutique anti-infectieuse comportant sulfamidés, pénicilline, streptomycine, petites transfusions de sang, est mise en action dès les premiers jours de l'apparition des troubles. Cette malade semblait n'être porteuse d'aucune lésion cardiaque à ce moment et rien, dans l'histoire antérieure, ne peut faire croire à une atteinte du cœur.

Après une période infectieuse aiguë manifestée par un état de fièvre assez élevée, une rémission des troubles se fait et tout semble près de rentrer dans l'ordre. On réalise à ce moment que, sur cet état infectieux puerpéral, s'installe une infection rhumatismale cardiaque. La courbe thermique, qui est plutôt régulièrement haute au début, lors du syndrome puerpéral, et qui est modifiée par les antibiotiques, change de caractère et devient à oscillations de grande amplitude lors du syndrome rhumatismal.

L'inaction des antibiotiques à ce moment, l'action manifeste du salicylate, la constatation de lésions typiques au niveau du cœur, conduisent à affirmer le diagnostic de rhumatisme cardiaque consécutif à une infection puerpérale.

## RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 27 février 1947.

Présidence de M. Georges Hébert.

### Culture du gonocoque dans la blennorrhagie féminine.

M. Lucien SYLVESTRE

No de laboratoire	Examen direct (frottis)	Culture	Histoires
25962	négatif	positive	source d'infection
25966	négatif	positive	source d'infection
25944	douteux	positive	source d'infection
24977	positif	positive	source d'infection
24653	négatif	positive	source mari
23987	douteux	positive	après pénicilline
23409	positif	positive	source mari
23413	négatif	positive	source d'infection
23422	négatif	positive	source d'infection
23407	négatif	positive	source d'infection
23776	négatif	positive	source d'infection

Ces cas ont été prélevés au hasard dans notre statistique de l'année 1946, comprenant un total de 400 cultures et 644 examens directs.

D'après ces histoires de cas, l'utilité des cultures est évidente comme moyen de diagnostic de la maladie et de la guérison. Sans la culture, ces femmes infectées de gonocoques n'auraient pas été traitées. On ne peut douter de la valeur de ces cultures qui montrent la présence de gonocoques chez ces prostituées qui nous ont été rapportées comme source d'infection, une ou plusieurs fois, alors que l'examen direct était négatif ou douteux.

Cette statistique illustre bien la supériorité de la culture sur l'examen direct des frottis.

La plupart de ces femmes nous sont dirigées par le Service Social du Ministère de la Santé. Chez plusieurs de celles-ci, l'aspect extérieur signifie peu de chose, sauf dans quelques cas aigus très rares. Il n'y a pas de sensation de brûlure à la miction, ni perte. Le col montre tantôt une sécrétion minime, banale, tantôt des pertes plus ou moins abondantes et purulentes. Le diagnostic ne peut donc être fait par l'examen macroscopique, ou par des examens bactériologiques ordinaires; il faut la culture et les services d'un laboratoire.

Dans les infections aiguës récentes, les frottis et les cultures sont toujours positifs. Dans la plupart des cas d'urétrite et d'endocervicite chronique, il est très difficile de mettre le gonocoque en évidence et de l'identifier.

Des rapports négatifs de laboratoire n'éliminent pas nécessairement la présence des gonocoques dans des cas d'infection chronique. Autant que possible, les médecins devraient s'abstenir de donner des certificats de guérison à ces femmes.

### Discussion.

M. LUCIEN SYLVESTRE ajoute à sa présentation qu'à la prison des femmes il a obtenu jusqu'à 50% de cultures positives; ici, à Notre-Dame, il n'en obtient que 25%; mais selon les statistiques américaines, ce pourcentage se compare très bien avec ceux des autres grands laboratoires.

M. ALBERT BERTRAND désire féliciter le docteur Sylvestre de son magnifique travail; il tient à ajouter que ce travail demande énormément d'effort, car les cultures sont très difficiles. En effet, on connaît près de 100 milieux de culture qui ont été acceptés dans les laboratoires; il faut une technique toute spéciale et on doit lui savoir gré de ce bel effort. D'après son expérience, chez la femme, dans l'examen pour gonocoque, le docteur Bertrand tient à préciser que le prélèvement doit se faire au niveau du col et de l'urètre; le prélèvement au niveau du vagin ne donne qu'environ 1% de cultures positives alors que le col et l'urètre en

montrent plus de 10%; toutefois la culture avec réaction à l'oxydase donne une certitude presque absolue, c'est-à-dire 99%; mais au point de vue médicolégal toutefois, il serait préférable d'ajouter la réaction des sucres qui permet une identification certaine.

M. VALMORE LATRAVERSE: la difficulté rencontrée dans l'identification du gonocoque semble être la même que celle que l'on rencontre dans toute identification de microbe dans les autres sécrétions. De nos jours, l'usage de la pénicilline et des sulfas diminue grandement la valeur des frottis. On doit presque toujours recourir à la culture.

M. J.-URGEL GARIÉPY: fait-on encore des cultures au niveau des glandes de Skeene et Bartholin où le microbe peut séjourner longtemps sans donner beaucoup de signes?

M. GEORGES LECLERC: il semble que le terme « source d'infection » employé dans la présentation est un terme mal choisi lorsqu'on parle d'un individu en particulier; en effet, c'est une accusation; au point de vue médicolégal, ce terme est abandonné; il serait préférable de dire « contact d'infection ».

M. Lucien Sylvestre en réponse à M. J.-Urgel Gariépy: chaque fois que nous faisons l'examen gynécologique d'une patiente pour gonocoque, nous palpons les glandes de Bartholin pour éliminer la bartholinite et nous massons l'urètre pour en exprimer le pus. Par le fait même nous nous trouvons à faire sécréter les glandes de Skeene. De nos jours, grâce à la pénicilline qui désinfecte toutes les glandes, il est moins important d'identifier le foyer initial; évidemment, s'il s'agit d'un kyste ou d'un abcès fermé, le drainage s'impose.

M. Lucien Sylvestre répond à M. Albert Bertrand: la réaction des sucres se fait maintenant au laboratoire provincial avec le concours du docteur St-Martin. Bientôt les milieux de culture pour le gonocoque seront mis à la disposition des médecins d'une façon régulière. Toutefois, comme la réaction des sucres est très longue et qu'une culture est nécessaire à cette fin, cet examen de laboratoire

devrait être employé seulement dans les cas litigieux et exceptionnels.

M. Albert Bertrand répond à M. Valmore Latraverse: la plupart des cultures pour microbes pénicillino-sensibles sont négatives après 48 heures de ce traitement. Malgré l'addition d'acide para-amino-benzoïque au milieu de culture employé, la pénicilline inhibe la culture des microbes encore présents.

#### Contention osseuse intramédullaire temporaire par broche de Kirchner ou méthode de Kuntschner modifiée.

MM. Ant. BELLEROSSE et L. ARCHAMBAULT

Il s'agit ici d'une méthode de contention employée à l'hôpital Notre-Dame chez des patients fracturés des os longs (plus spécialement de l'avant-bras et de la clavicule).

Nous ne prétendons pas à l'originalité du principe, Kuntschner<sup>1</sup> d'Allemagne, ayant déjà, dès 1940, parlé d'une tige métallique intramédullaire pour les fractures du fémur et du tibia. Notre modification ne vaut donc que comme telle.

Ceux qui traitent des fractures et qui contrôlent la réduction par radiographies savent que l'interposition musculaire ou fibreuse, l'obliquité du trait de fracture, l'action des muscles et des tendons sont des obstacles mécaniques à la stabilité de la réduction, avec pour conséquence la nécessité d'intervenir plus tard de façon sanglante<sup>2</sup>. Nous croyons que les fractures de l'avant-bras offrent souvent ces difficultés, surtout celles du tiers moyen et inférieur.

La technique employée ici est simple, facile, non traumatisante. Nous pratiquons une incision coïncidant au trait de la fracture que nous exposons et dont nous apposons les fragments aseptiquement. A l'aide de la foreuse dont le calibre correspond à celui de la broche de Kirchner, un trou oblique allant du cortex au canal médullaire est fait sur le

1. Magee, R. K. *C.M.A.J.* Vol. 56, n° 1.

2. Watson-Jones.

fragment proximal, environ un pouce et demi du trait. Par l'orifice, nous introduisons la broche qui est poussée jusque dans le fragment inférieur, selon l'axe du canal de l'os. La plaie est refermée, l'extrémité proximale de la broche faisant issue à la peau, puis au travers du plâtre lorsqu'il est terminé. La broche est enlevée au bout de trois semaines, une fois le cal fibreux suffisamment solide. Ceci peut se faire sans enlever le plâtre en tirant sur celle-ci à l'aide d'une pince dans le sens opposé à celui de son introduction.

*En résumé*, nous avons ainsi une réduction anatomique et sans danger. Le temps de consolidation est le même et parfois raccourci.

Présentation des radiographies de neuf malades traités à la clinique chirurgicale de l'hôpital Notre-Dame.

#### Discussion.

M. ANTONIO BELLEROSE: la méthode de Kuntschner sert à la réduction non sanglante des diaphyses osseuses par l'introduction à travers l'épiphyse, jusque dans la moelle osseuse, d'un tube métallique. Elle permet la marche, même dans les cas de fracture du fémur, en quelques jours. La moyenne d'hospitalisation est ainsi réduite d'une façon extraordinaire; toutefois cette méthode présente certains inconvénients: 1° il faut se trouver en présence d'une réduction parfaite pour permettre le passage du tube dans le canal médullaire entre les deux fragments; 2° une interposition musculaire ou fibreuse empêcherait le passage de ce tube métallique; 3° nous hésitons encore à laisser un corps étranger de cette dimension dans le canal médullaire, en permanence. Nous avons donc modifié légèrement cette technique; nous faisons une réduction sanglante avec contention intramédullaire seulement temporaire. Grâce à cette technique, nous n'avons pas eu de retard de consolidation; même souvent nous nous sommes trouvés en présence d'une accélération notable.

M. RENÉ GRIGNON: de nombreux auteurs sont opposés à l'ostéosynthèse de la clavicule à cause du danger possible de la perforation de

l'aorte; nous avons évité ce danger en introduisant la broche de Kirchner dans le fragment proximal, puis nous la poussons avec le moteur jusque dans le fragment distal contrôlant continuellement de l'œil et du doigt le trajet suivi.

M. GEORGES LECLERC: il semble qu'il y a très peu de danger à perforer l'aorte à cause de l'élasticité de ce vaisseau.

M. ADRIEN LAMBERT: la perforation de l'aorte est une technique employée de façon courante en Angleterre. En effet, dans les cas d'anévrisme, on introduit une broche dans la lumière de l'anévrisme pour tenter d'amener l'atrésie de l'aorte anévrismale.

M. JULES PRÉVOST: une nouvelle technique dans les cas d'anévrisme de l'aorte est la suivante: enveloppement du vaisseau avec une feuille de cellophane.

M. J.-URGEL GARIÉPY: on a encore tenté de traiter l'anévrisme de l'aorte par l'introduction, dans ce vaisseau, d'un fil permettant un traitement électrique.

M. PAUL-MAURICE RICARD: ne serait-il pas plus simple, pour éviter tout danger, d'employer une vis de vitallium ordinaire au niveau du trait de fracture?

M. RENÉ GRIGNON: dans tous les cas rapportés au sujet de la piqure de l'aorte, il s'agissait de grands malades où les méthodes héroïques sont permises.

M. ANTONIO BELLEROSE: sans doute l'aorte peut être piquée, même sectionnée, mais dans un cas de fracture banale il serait tout de même préférable de ne pas la léser. Une vis de vitallium serait un corps étranger que l'on devrait laisser en place; or nous cherchons ici à éviter ce corps étranger permanent dans le canal médullaire. L'avantage, semble-t-il, de notre méthode est que nous pouvons continuellement surveiller ce qui se passe au moment de l'introduction de la broche; elle permet en plus d'enlever les interpositions musculaires; par le fait même, accélère la consolidation. Le grand désavantage de la voie non sanglante est la difficulté souvent rencontrée quand il s'agit de pénétrer dans le fragment distal.

**Eruption iodée après lipiodol bronchique.**

M. Valmore LATRAVERSE

Le cas rapporté ci-après démontre, une fois de plus, que le terrain allergique de certains bronchitiques chroniques se manifeste à la faveur d'examen de routine. La muqueuse bronchique de ces patients réagit aux substances telles que les anesthésiques locaux ou les instillations endoscopiques d'huile iodée, de pénicilline ou de vapeurs gazeuses.

Mme O. A..., âgée de 28 ans, consulte son médecin, le docteur Mousseau, pour toux quinteuse accompagnée d'expectoration le matin, depuis décembre 1945, à la suite d'un épisode grippal. Mais, depuis juin 1946, les crachats prennent parfois un aspect hémoptoïque.

La mère de la malade affirme que la patiente tousse depuis l'enfance au cours de laquelle on note de la coqueluche, de la scarlatine.

L'examen fluoroscopique révélant peu de chose, le docteur Mousseau nous adresse la patiente pour bronchoscopie et bronchographie dans le but de dépister une bronchectasie probable.

5 septembre 1946. A la bronchoscopie, la bronche de la base présente une muqueuse plus rouge que d'ordinaire, hémorragipare au contact et laissant surgir quelques sécrétions muco-purulentes à la toux. Seule, la bronchographie pourra mettre en évidence une bronchectasie possible.

10 septembre 1946. Bronchographie sous anesthésie locale avec 3 c.c. de pontocaïne 2%. Elle délimite surtout les cadres du lobe moyen droit, sans définir d'image de bronchectasie (Dr Brodeur).

On instilla 20 c.c. de lipiodol Lafay à 40%, sans réaction subséquente.

Comme il fallait mettre en relief les glomérules de bronchectasie, nous prescrivons une deuxième bronchographie de base pulmonaire droite.

19 septembre 1946. Bronchographie de la base pulmonaire droite selon la même technique avec 20 c.c. de lipiodol Lafay à 40%.

Cette fois, apparaît « une dilatation sacculaire assez importante des bronches et des segments antéro-interne et latéral de la base droite, confirmant l'impression de bronchectasie à ce niveau (Dr A. Vallée) ».

Le lendemain, éruption papuleuse en placards polycycliques, à contours arrondis; les dimensions varient entre des éléments pointillés et des papules de 2 x 3 cms. D'abord somatique, l'éruption envahit les extrémités et le cou, épargnant la tête. Ce « rash » est accompagné de quintes de toux, de bouffées de chaleur intense et de prurit qui gênent le sommeil. La voix est un peu rude, sans atteindre le timbre de l'enrouement. Aucun œdème n'est constaté.

L'injection intraveineuse de sérum physiologique, par son médecin, a favorisé l'élimination de l'allogène superflu.

Après le 25 septembre 1946, on peut dire que l'éruption n'existe plus.

La patiente nous révéla alors qu'en juillet 1946, l'application de Vic (onguent) produisit une réaction cutanée.

*Conclusion.*

Depuis la réaction à l'huile iodée, le syndrome pulmonaire s'est considérablement amélioré; expectoration négligeable, toux rare, augmentation de poids.

Il est possible que cet accident réactionnel épargne à la malade une lobectomie que nous croyions indiquée pour éliminer le bloc bronchectasique.

Les clichés et la projection de la photo de la malade lors de la phase éruptive illustrent la présentation de ce cas.

**Discussion.**

M. VALMORE LATRAVERSE: c'est le premier cas de réaction cutanée au lipiodol que je rencontre.

M. ADRIEN LAMBERT: vous semblez, dans votre présentation, attribuer l'amélioration de la patiente au choc allergique produit par le lipiodol; ne s'agirait-il pas plutôt d'une désinfection locale grâce au lipiodol?

M. JULES PRÉVOST: 1° ne serait-il pas important, chez une asthmatique allergique, de faire de routine l'instillation de lipiodol dans l'œil pour voir s'il n'existe pas d'allergie à cette substance; 2° vous croyiez à l'indication de la lobectomie avant le lipiodolage bronchique; cette indication ne devrait-elle pas exister encore après l'examen au lipiodol?

M. VALMORE LATRAVERSE: La patiente ne présentait pas d'asthme proprement dit avant l'examen; il semblait plutôt que la crise asthmatique fut déclenchée par le lipiodol lui-même; elle avait été traitée pendant longtemps pour toux quinteuse, mais elle ne présentait pas de signe franc de bronchectasie, à la radiographie simple; il n'avait pas été question de lobectomie avant l'intervention et, comme les symptômes sont disparus complètement, nous ne croyons pas non plus, maintenant, à l'indication de la lobectomie; il semble donc que la crise d'asthme et les expectorations abondantes soient dues au premier lipiodol.

M. Valmore Latraverse répond à M. Adrien Lambert: il semblerait, en effet, que la malade a été améliorée par le lipiodol lui-même localement et non par la réaction allergique.

#### **Emphysème médiastino-péritonéal et sous-cutané: trachéotomie.**

MM. V. LATRAVERSE, Roger DUFRESNE,  
Paul BRODEUR et Roger CHAMPOUX

6 février 1947. Il s'agit de A. D..., 35 ans, qui, vers 5.30 h. p.m., reçoit sur la poitrine une lourde pièce (un ascenseur à glace). Aussitôt, le patient accuse une douleur à la partie supérieure du thorax, accompagnée d'engourdissement de la face palmaire de la main droite, de dyspnée progressive. Le malade est hospitalisé à 7.30 h. p.m. dans la section du docteur François Archambault.

*Examen physique.* Pouls régulier, P.A. 125/80. Ecchymoses de chaque côté du manubrium sternal. Une heure plus tard, apparition d'emphysème sous-cutané sus-claviculaire et

cervical avec facies légèrement cyanotique. Aucun autre signe thoracique.

*R.X. de la cage thoracique et des poumons.* « Dans la région cervicale et sous-claviculaire gauche, il existe de l'emphysème, de même que dans la région médiastinale supérieure et à gauche de la ligne médiane. Cet emphysème se traduit par la présence de clartés anormales, lesquelles se retrouvent sur le cliché des poumons tant en P.A. qu'en position latérale droite. Sur le cliché en P.A. des poumons, les clartés anormales sont situées dans le médiastin antérieur (1/2 supérieur) » (Dr P. Brodeur).

7 février 1947. Du cou, l'emphysème s'étend d'une part à la face jusqu'aux paupières, d'autre part à l'abdomen et à la partie supérieure des cuisses. On constate une expectoration hémoptoïque et de la cyanose progressive qui disparaît sous la tente d'oxygène.

*Cliché radiographique.* « Le cliché révèle une très grande augmentation de l'emphysème sous-cutané ainsi que de l'emphysème médiastinal par comparaison avec les clichés de la veille. Le cliché des poumons révèle la présence d'une image en croissant clair au-dessus de la coupole diaphragmatique droite. Il y a donc emphysème des tissus mous sous-cutanés, emphysème médiastinal, et l'air a traversé l'hiatus diaphragmatique pour donner une image de pneumo-péritoine à droite » (Dr P. Brodeur).

10 h. a.m., 7 février. Le docteur Latraverse conseille la thérapeutique suivante: boutonnières sus-claviculaires paratrachéales, bronchoscopie exploratrice ou trachéotomie préalable. Prescription de 1 1/2 gr. de Séconal en vue de l'opération à 1 h. p.m.

Vers 11 h. a.m., demandé en consultation, le docteur R. Dufresne voit le malade en agitation accompagnée de cyanose et de toux quinteuse. Administration de morphine 1/4 gr. tente d'oxygène.

Les docteurs Dufresne et Latraverse conviennent de l'indication de la trachéotomie.

*Trachéotomie au lit du malade à 3 h. p.m.* sous anesthésie locale. (Dr Champoux assisté

du Dr Latraverse). A l'ouverture de la trachée, les sécrétions trachéales plutôt abondantes sont très visqueuses et teintées de sang. Les tissus sont tuméfiés par la présence de sérosités et de bulles d'air. Le cul-de-sac rétro-sternal présente une brèche d'où sort un sifflement d'air et qui communique avec le médiastin antérieur. On conçoit ainsi le mode de début de l'emphysème sous et sus-claviculaire. La trachéotomie soulage immédiatement le malade.

#### *Evolution ultérieure.*

Le malade est gardé au lit. L'emphysème disparaît graduellement pour ne plus être appréciable le 18 février. La pénicillinothérapie a semblé éloigner toute infection néfaste.

#### *Examen endoscopique de contrôle les 18 et 20 février 1947.*

On ne note aucune autre lésion qu'une ulcération de la paroi postéro-latérale gauche répondant à peu près à l'extrémité inférieure de la canule. Doit-on interpréter cette lésion comme plaie d'éclatement initial ou exulcération due à la canule?

Nous optons pour la première éventualité, car le cliché radiologique du 7 février démontre une dilatation de la trachée et de l'emphysème du médiastin supérieur. Le court séjour de la canule et la toux rare ne nous paraissent pas suffisants pour produire une lésion de ce genre.

Ce serait plutôt la pression positive qui aurait causé une brèche au niveau de l'espace rétro-sternal, territoire initial du processus emphysemateux.

#### *Clichés radiographiques du 13 février 1947.*

Confirmation plus détaillée des constatations antérieures; précision des images. Absence de médiastinite.

#### *Décanulation le 18 février dernier sans séquelle apparente.*

#### *Conclusion.*

Dans ce cas particulier, la trachéotomie s'est montrée supérieure aux boutonnières sus-

claviculaires et aux aiguilles souvent préconisées pour combattre les emphysèmes à la fois médiastino-péritonéal et sous-cutané. La stomie trachéale supprime la pression positive tout en favorisant la ventilation trachéopulmonaire; car, elle élimine, d'une part, le jeu spasmodique de la glotte engendré par la compression emphysemateuse et, d'autre part, l'accumulation de sécrétions bronchiques produites par transsudation vaso-muqueuse.

#### **Discussion.**

M. R. DUFRESNE: le patient ne présentait aucune plaie externe ni d'hémorragie interne, seulement un emphysème qui est apparu une heure environ après son entrée à l'hôpital.

M. JULES PRÉVOST: ne pourrait-il pas s'agir d'un pneumothorax de la base plutôt que d'un pneumopéritoine comme vous le dites dans votre présentation?

M. VALMORE LATRAVERSE: le docteur P. Brodeur a semblé croire qu'il s'agissait plutôt d'un pneumopéritoine que d'un pneumothorax.

#### **Tableau statistique des cinq premières années du centre anticancéreux.**

M. Louis-Charles SIMARD

Cette communication a paru dans *L'Union Médicale de juillet 1947*, p. 895.

#### **Discussion.**

M. LOUIS-CHARLES SIMARD: le nombre des cancéreux inscrits à notre centre anticancéreux a augmenté d'une façon assez considérable; toutefois beaucoup de cas ne se sont pas encore rapportés, entre autres des cas de lèvres et de la peau; peut-être s'agit-il de cas privés ou non rapportés par oubli. Le cancer du côlon augmente. Sur 1,406 cas en 5 ans, nous n'avons perdu de vue que 5 cas: 3 venant de l'Abitibi et 2 de la Gaspésie. Il semble exister un manque d'organisation dans certains dispensaires, entre autres dans celui de médecine; en effet, on nous envoie souvent des patients pour examen: ces patients auraient dû être examinés attentivement avant

de nous arriver. Les dispensaires de spécialités sont mieux organisés à ce point de vue. Au dispensaire de médecine, on devrait au moins faire la scopie. Les patients de salles, je tiens à le rappeler, doivent tous nous être rapportés. Les médecins traitants devraient se faire un devoir de nous les présenter même s'ils sont douteux; la discussion pourrait avoir un intérêt considérable pour tout le monde, surtout pour le patient. Il est à noter que le centre anticancéreux ne cherche pas à s'immiscer dans les divers services de l'hôpital mais plutôt à collaborer. Cette année marquera la 5<sup>e</sup> année de notre centre; nous commencerons donc bientôt à étudier les statistiques car, vous le savez tous, il faut un recul d'au moins cinq ans. Ces statistiques peuvent parfois paraître peu encourageantes, mais il faut se rappeler qu'il ne s'agit pas ici seulement de dépistage de cas précoces mais de tous les cas de cancer, quel que soit leur degré de malignité; la plupart des cancéreux qui nous arrivent sont à un stade déjà avancé.

M. YVES CHAPUT: je désire offrir mes félicitations les plus sincères à tous ceux qui s'occupent, avec tant de zèle, de notre centre anticancéreux. Je me permets toutefois de dire qu'en 1939, nous avons institué un dispensaire de gastro-entérologie, mais, malheureusement, il a dû fermer ses portes en

moins de deux mois. Si le système des cliniques externes ne fonctionne pas bien, je crois que nous devons en attribuer le fait au manque d'accès au R.X. En effet, il faut hospitaliser tout patient qui nécessite des examens. Les docteurs R. Dufresne, R. Rolland et moi-même serions heureux de nous occuper encore de ce dispensaire, mais à la condition qu'il soit réorganisé; une subvention serait nécessaire. Peut-être, par votre position au Conseil National du Cancer, pourriez-vous, docteur Simard, faire quelque chose à ce sujet?

M. ANTONIO BELLEROSE: au dispensaire de chirurgie, comme probablement au dispensaire de médecine, le diagnostic est posé dans une bonne proportion des cas. L'hospitalisation est demandée, mais le patient doit toujours attendre et meurt souvent avant d'être traité. En conclusion: il nous faudrait avoir des lits.

M. LOUIS-CHARLES SIMARD: notre centre anticancéreux est considéré aux Etats-Unis comme étant l'un des meilleurs de la ville de Montréal. Ceci est dû en grande partie au zèle des gardes Fontaine et Leduc ainsi qu'à celui des docteurs P. Brodeur, R. Dufresne et F. Archambault. Je désire donc les remercier tous, de même que le docteur L. Gérin-Lajoie qui a suivi régulièrement la clinique du mercredi consacrée aux cancers du col de l'utérus.

Jean-Marie BEAUREGARD.

---

## REVUE DES LIVRES

---

CLAUDE BECLERE. — **Diagnostic hormonal et traitements hormonaux en gynécologie.** Préface du prof. H. Simonnet. Un volume de 372 pages, avec 22 tableaux et schémas. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1946.

Travail de clinique et de pratique médicale, ce livre s'adresse à tous les médecins. Cet ensemble de recherches étayées par des centaines d'observations cliniques, des centaines de dosages hormonaux et par des résultats thérapeutiques suivis pendant plusieurs années, apporte au médecin des règles précises et simples de diagnostic hormonal et de thérapeutique hormonale.

En présence de troubles des règles ou d'hémorragies utérines, il faut d'abord poser un diagnostic étiologique exact et éliminer avec certitude les lésions organiques peu apparentes, les lésions organiques cachées intra-utérines et intra-tubaires, les troubles fonctionnels d'origine infectieuse.

Le diagnostic hormonal proprement dit doit nous dire quelles sont les hormones dont la sécrétion est troublée et dans quel sens. Il existe actuellement trois méthodes de diagnostic hormonal : les dosages hormonaux, l'exploration fonctionnelle de la muqueuse utérine et le diagnostic clinique organo-hormonal. La technique, les résultats, les indications respectives de ces trois méthodes sont ici minutieusement exposés.

Pratiquement, les troubles hormonaux doivent être divisés en quatre grands : chez les jeunes filles vierges, chez les jeunes femmes, chez les femmes de 40 ans à la ménopause, chez les femmes après la ménopause.

Le médecin verra dans ce livre comment, dans la majorité des cas, il peut poser le diagnostic hormonal précis grâce au simple examen clinique.

Une fois bien posé le diagnostic hormonal, la thérapeutique hormonale est facile. Mais là encore, l'expérience clinique de l'auteur lui permet de réviser bien des données qui semblaient classiques dans ces dernières années.

Hormones gonadotropes, folliculine, hormone du corps jaune, hormone mâle trouvent dans ce livre leurs indications précises, leur posologie et leur moment d'application bien définis. Les résultats qu'on peut en attendre, immédiats ou éloignés, sont également rapportés avec précision.

MAX WALLET. — **L'hyperfolliculinie. Etude clinique, anatomo-pathologique et thérapeutique.** Préface de L. de Gennes. Un volume de 354 pages, avec 25 figures. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1946.

On s'est longtemps contenté, en matière d'endocrinologie gynécologique, de tout expliquer par la notion simpliste d'insuffisance ovarienne. Tant que l'on a essayé d'y remédier par d'inoffensifs extraits d'organes ingérés ou injectés, cette notion parut vraisemblable. Mais à partir du jour où la chimie des hormones mit entre nos mains des corps nouveaux, d'une redoutable efficacité, il fallut bien convenir qu'ils allaient souvent à l'encontre du but.

« On s'aperçut alors que beaucoup des troubles observés étaient liés non point au défaut, mais à l'excès de l'hormone folliculaire. De là naquit la notion d'hyperfolliculinie, qui prit, à son tour, un tel développement qu'elle parut expliquer non seulement les troubles gynécologiques, mais encore des troubles physiques ou psychiques très variés qui semblaient très éloignés de la fonction génitale. »

Dans cet ouvrage d'endocrinologie gynécologique l'auteur analyse et met à leur juste place les facteurs d'hyperfolliculinie, explique

l'origine des troubles observés et indique les seuls traitements actuellement efficaces.

#### *Divisions de l'ouvrage*

*Section histo-physiologique.* — Historique. La folliculine. Rappel d'histo-physiologie. Rôle de l'hypophyse en physiologie ovarienne. Le couple hypophyso-ovarien. Interrelations entre l'ovaire, les glandes endocrines et le système nerveux. Anato-mo-pathologie. L'hyperfolliculinie expérimentale. L'exploration fonctionnelle. Etiologie.

*Section clinique.* — La symptomatologie clinique de l'hyperfolliculinie. L'hyperfolliculinie, syndrome de dysharmonie hypophyso-ovarienne. Considérations générales. Les troubles des règles. Les signes hyperfolliculiniques proprement dits. Les signes de dysharmonie hypophyso-ovarienne. Les troubles du métabolisme de l'eau dans l'hyperfolliculinie. Renseignements fournis par l'examen. Formes cliniques. Diagnostic. Pathogénie. Le rôle de l'hyperfolliculinie et de la dysharmonie hypophyso-ovarienne en pathologie générale. Hyperfolliculinie et fibromes; et stérilité; et endométriose; et troubles urinaires. Psychoses hyperfolliculiniques. Hyperfolliculinie et tétanie; et asthme; et tuberculose; et cancer. Traitement.

J. BENECH, A. BERTOYE, M. ELLIA, J. GATE, Ch. JAULMES, P. MONNET, A. MOREL, A. ROCHAIX, P. SEDALLIAN, R. SOHIER, A. TAPERNOUX, P. VIOLLET. — **Traité d'hygiène**, publié sous la direction de A. ROCHAIX. Deux volumes ensemble de 1,900 pages, avec 333 figures. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.

L'hygiéniste aura à intervenir fréquemment, au cours des années à venir, pour la reconstruction des cités, la réorganisation de l'industrie, selon les conceptions nouvelles laissant une large place aux questions sociales. Or l'hygiène doit faire appel, tant pour mener à bien les recherches auxquelles elle doit sans cesse procéder, que pour mettre en œuvre les méthodes de prophylaxie qu'elle propose, à de nombreuses disciplines: chimie, bactériologie,

parasitologie, physiologie, épidémiologie, climatologie, statistique, droit administratif, etc.

Un ouvrage de ce genre ne pouvait donc être écrit qu'en collaboration. Aussi les directeurs ont-ils fait appel à des spécialistes appartenant à des milieux scientifiques différents, que leurs travaux désignaient pour mener à bien cette étude: à côté de professeurs de Facultés de médecine et d'écoles spéciales, figurent des médecins des hôpitaux, des hygiénistes, des vétérinaires, des inspecteurs sanitaires. Cet important ouvrage contient ainsi la documentation la plus neuve et la plus complète qui soit actuellement sur toutes les questions d'hygiène. Tous ceux qui ont mission d'assurer la vie d'une cité ou d'une collectivité, qu'il s'agisse d'une usine, d'une école, d'un hôpital, que leur activité s'exerce dans la population civile ou dans l'armée, en France ou aux colonies, sur des populations stables ou au cours de leurs déplacements, ont à connaître les conditions dans lesquelles pourront être assurés constamment le maintien de la santé des individus, le bien-être du groupement qu'ils constituent, et la prophylaxie des maladies contagieuses qui n'ont que trop tendance à s'y développer. Pour que cette action sanitaire, qui peut être immense, s'exerce efficacement, il faudra de plus en plus que la nation dispose d'un corps d'hygiénistes parfaitement éduqués.

Ce traité indique aux médecins les moyens destinés à combattre le mal et les mesures propres à l'éviter. Il apporte aux techniciens spécialistes tout l'enseignement théorique nécessaire pour les formations que réclame l'hygiène publique et constitue un guide indispensable au cours de leur pratique dans les laboratoires, au cours de leurs visites et de leurs stages.

#### *Divisions de l'ouvrage*

Tome premier. — Généralités. Démographie française (56 pages). Le milieu extérieur (36 pages). Hygiène individuelle (52 pages). Hygiène de l'enfance (126 pages). Alimentation (256 pages). Hygiène rurale (26 pages). Hygiène urbaine (354 pages). Hygiène indus-

trielle (104 pages). Hygiène des transports (86 pages).

Tome second. — Epidémiologie et prophylaxie générale (118 pages). Epidémiologie et prophylaxie des maladies à virus connus (148 pages). Epidémiologie et prophylaxie des maladies à virus invisibles ou inconnus (134 pages). Epidémiologie et prophylaxie des maladies parasitaires (76 pages). Les grands fléaux sociaux (186 pages). Législation sanitaire (186 pages).

M. PALAZZOLI. — **Déficiences sexuelles masculines d'origine émotive.** Préface du prof. B. Fey. Un volume de 146 pages. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Si bien des médecins connaissent mal ces questions ou s'en désintéressent, c'est que l'impuissance est une chose complexe dans laquelle interviennent les facteurs les plus disparates: organiques, nerveux, neuro-végétatifs et psychiques. L'auteur, dont l'expérience en cette matière est considérable, étudie les troubles organiques et fonctionnels, mais il établit en matière d'impuissance la primauté du trouble psychique apparu à l'occasion d'un choc émotionnel chez un sujet qui se trouve, le plus souvent, en état de déséquilibre vago-sympathique. De ces données pathologiques découle le traitement, car l'impuissance sexuelle se soigne et se guérit dans la grande majorité des cas. Aussi le chapitre thérapeutique est-il particulièrement développé: l'auteur fournit les directives d'un traitement à la fois physique du déséquilibre vago-sympathique et psychique, par recherche du choc émotif initial.

#### *Divisions de l'ouvrage*

L'acte sexuel. — Constitution sexuelle. Caractères morphologiques. Puissance génitale. Les étapes de l'acte sexuel.

Déficiences et impuissances sexuelles. — Déficiences sexuelles d'origine organique ou fonctionnelle. Déficiences sexuelles de nature psychique. Déficiences d'origine émotive sans stigmates de névrose, Déficiences chez les ma-

lades présentant des signes de névrose émotionnelle.

#### Traitement.

R. BURNAND, H. JAEGER, M. AMSLER, F. VERREY, E. MARTIN. — **Le problème des tuberculoses atypiques: étude clinique.** Etude anatomique, par J.-L. NICOD; étude bactériologique, par P. HAUDUROY. Un volume de 436 pages, avec 20 figures. — Masson et Cie, éditeurs.

Le but des auteurs de cet ouvrage a été de répondre à la question suivante: l'édifice classique de la phtisiologie moderne demeurant solide et intact dans ce qu'il comporte de positif, reste-t-il quelque chose des « idées nouvelles » qui ont tenté, depuis le début du siècle, d'en atténuer l'exclusivisme et d'étendre le domaine de la nosologie tuberculeuse, — ou n'en subsiste-t-il que le souvenir?

Lorsque Piéry désignait cette doctrine, assise sur une triple base clinique, anatomique et bactériologique, comme l'une des grandes étapes de la nosologie tuberculeuse, était-elle victime d'une totale illusion, ou au contraire ses vues étaient-elles justifiées?

Les auteurs n'ont pas voulu trancher le débat, mais mettre en commun et publier dans un même volume le résultat des recherches relatives à cette question que chacun d'eux a poursuivies dans la discipline qui est la sienne.

Ce livre ne constitue donc qu'une étape, un jalon sur le chemin des solutions définitives. Il se propose de faire le point des recherches entreprises en divers lieux, de dire l'état actuel de la question des tuberculoses atypiques, de voir et de dire aussi comment peuvent s'agencer entre elles la doctrine classique (qui est solide et intangible en tant que secteur limité de la phtisiologie) et les vues nouvelles qui pensent apercevoir un autre champ d'action du virus tuberculeux, d'autres aspects de celui-ci, d'autres types de lésions dus à son intervention.

I. *Etude clinique.*

R. Burnand: Tuberculoses atypiques du poumon et syndromes d'imprégnation tuberculeuse. Pathologie pulmonaire. Syndrome d'imprégnation toxi-tuberculeuse.

H. Jaeger: Pathologie cutanée. Des dermatoses tuberculeuses aux affections tégumentaires présumées tuberculeuses.

M. Amsler et F. Verrey: Pathologie oculaire. Tuberculoses typiques et atypiques de l'œil.

E. Martin: Rhumatisme et tuberculose.

II. *Etude anatomique des tuberculoses atypiques.* (J.-L. Nicod.)

L'inflammation tuberculeuse. Les tuberculoses atypiques, étude générale. Etude spéciale.

III. *Etude bactériologique* (P. Hauduroy).

Les formes atypiques du bacille tuberculeux. Les formes non acido-alcool-résistantes du bacille de Koch. Les formes filtrables du bacille tuberculeux.

IV. *Considérations finales* (R. Burnand).

Jacques BREHANT. — **Le chirurgien en présence de l'état diabétique.** Préface du professeur Sénèque. Un volume de 544 pages, avec 44 figures. — Masson et Cie, éditeurs.

Cet ouvrage, par sa partie clinique, s'adresse à tous les praticiens. Ceux-ci n'ignorent pas la fragilité des diabétiques devant toute intervention chirurgicale, et les déboires que l'on peut observer si l'opéré n'a pas été bien préparé dans les jours qui précèdent l'intervention, et à plus forte raison si le diabète n'a pas été reconnu. Dans les grandes villes, dans les grands hôpitaux, le chirurgien a toujours recours au médecin pour interpréter avec lui les résultats fournis par les examens de laboratoire, et régler la thérapeutique médicale; mais bien souvent, le chirurgien se trouve isolé, et ne peut compter que sur lui-même; ses examens se bornent alors à un examen d'urines, à la recherche de la glycémie, tandis que le régime, les doses d'insuline pré ou postopératoires ne sont souvent fixés que de manière très approximative.

Désormais, le chirurgien trouvera dans le livre de J. Bréhant les examens préopératoires qu'il convient de pratiquer, les conclusions qu'il faut en tirer et la thérapeutique à appliquer. A propos de chaque affection, il saura comment il doit se comporter avant l'opération, lors de l'intervention, et quels sont les soins postopératoires que réclame le diabétique.

L'auteur a donné une importance particulière à l'étude des artérites et des suppurations cutanées chez les diabétiques. Le diabète et la grossesse, le diabète et les traumatismes font également l'objet d'importants chapitres.

La partie consacrée au « traitement chirurgical du diabète » représente la part la plus originale de l'ouvrage. Si la découverte de l'insuline a transformé le traitement du diabète, certains cas d'insulino-résistance légitiment les tentatives chirurgicales de ces dernières années, qui se proposent de s'attaquer directement au problème de la glyco-régulation. L'auteur fait une étude, à la fois expérimentale et humaine, sur toutes les interventions qui ont pu être pratiquées dans ce sens; greffes pancréatiques, résection du sympathique péri-artériel, interventions sur les capsules surrénales, sur les splanchniques.

*Divisions de l'ouvrage*

I. *La chirurgie courante chez les diabétiques.* — Ce que le chirurgien doit savoir de la physiopathologie des états diabétiques. La recherche et le bilan du diabète chez l'opéré, les épreuves de chimie biologique. Principes généraux du traitement. Préparation du diabétique à l'intervention. L'anesthésie et l'acte opératoire du diabète. Le cas des urgences. Le cas des diabétiques chirurgicaux chroniques.

II. *Les complications chirurgicales du diabète.* — Généralités. Les infections cutanées et du tissu cellulaire. Les gangrènes des membres inférieurs: Etude clinique. Traitement. Les amputations chez les diabétiques. Les complications oculaires (par L. Guillaumat). Complications diverses d'ordre chirurgical.

III. *Formes chirurgicales du diabète.* — Diabète et affections chirurgicales du système

glyco-régulateur. Diabète et associations morbides. Formes à symptomatologie pseudo-chirurgicale (Le drame des urgences chez les diabétiques).

IV. *Traitement chirurgical du diabète.* — Justification d'un traitement chirurgical du diabète. Bases physiologiques du traitement. Tentatives visant à renforcer l'action du système vago-pancréatique hypoglycémiant. Tentatives visant à déprimer l'action du système surréno-splanchnique hyperglycémiant. Tentatives d'intervention sur la régulation hypophysaire. Tentatives portant sur les glandes glyco-régulatrices accessoires. Interventions sur le foie et les voies biliaires. Traitement chirurgical du diabète sucré. Conclusions et essai d'indications opératoires. Essai dans la voie d'un traitement chirurgical du diabète insipide. Appendice.

V. *Diabète et grossesse.*

VI. *Diabète et traumatisme.* — Les circonstances étiologiques. Etude clinique. Position médico-légale.

Post-face. Index alphabétique des matières.

P. HARTENBERG. — **L'épilepsie chronique.**  
Un volume de 162 pages. — Masson et Cie, éditeurs.

On a pris l'habitude, en neuro-psychiatrie, de donner le nom d'épilepsie à toutes les réactions convulsives, quelles qu'en soient l'origine et la nature. C'est ainsi qu'on a baptisé « épileptiques » les convulsions de l'urémie, de l'éclampsie, des abcès et des tumeurs du cerveau, de la paralysie générale, de l'hypertension intracrânienne, des méningites, des encéphalites, de la bradycardie, des traumatismes de la plèvre, des vers intestinaux, du cardiazol, de l'électrochoc, etc. De là, la notion de la multiplicité des épilepsies généralement adoptée aujourd'hui.

Mais à côté de ces épilepsies, dites symptomatiques, on admet un autre type clinique qui paraît se présenter avec un caractère dis-

tinctif. C'est cette forme spéciale, connue et décrite depuis les temps les plus anciens, sous le nom de mal comitial, mal astral, mal caduc, haut mal, etc. Celui-ci, au lieu de survenir comme la manifestation secondaire d'une maladie ou d'un facteur morbide primitif, semble se produire par une cause particulière qui lui est propre: d'où les noms d'épilepsie idiopathique, d'épilepsie essentielle qui lui sont attribués.

Cette conception ainsi que ces dénominations sont selon l'auteur erronées. L'épilepsie essentielle ou idiopathique est tout aussi symptomatique que les autres épilepsies. Comme celles-ci elle est engendrée par des causes qui lui sont étrangères. Il n'y a pas d'épilepsie essentielle ou idiopathique. En revanche, cette épilepsie possède un caractère particulier, sur lequel on n'a guère insisté, et qui la distingue des diverses épilepsies symptomatiques: c'est sa persistance, sa durée. Alors que les épilepsies symptomatiques ne sont que des accidents, momentanés et transitoires, qui disparaissent avec la cause qui les provoque, l'épilepsie dite essentielle ou idiopathique se reproduit périodiquement à intervalles plus ou moins éloignés pendant toute l'existence du malade. Cette répétition des paroxysmes est le véritable attribut de cette forme d'épilepsie. C'est pourquoi le terme qui lui conviendrait le mieux est celui d'« épilepsie chronique ».

Dans cette monographie, l'auteur présente le résultat de trente années de recherches bibliographiques et expérimentales: deux mille malades environ ont été l'objet de son examen attentif.

Le volume comprend quatre parties:

Dans la première est analysée la symptomatologie clinique des paroxysmes.

La deuxième partie passe en revue les résultats des examens des malades dans l'intervalle des accès.

La troisième partie envisage le mécanisme des accidents.

Enfin la quatrième partie a pour objet la recherche des causes de l'affection.

Ivan MAHAIM. — **Les tumeurs et les polypes du cœur: étude anatomo-clinique.** Préface du professeur J.-L. NICOD. Un volume de 570 pages, avec 67 figures. — Masson et Cie, éditeurs.

Parce que fréquemment elles sont fatales, parce qu'elles sont jugées à priori hors des atteintes de la thérapeutique, le clinicien trop souvent range les tumeurs du cœur parmi ces curiosités de la pathologie qu'il laisse aux musées, aux collectionneurs, aux morphologistes. Parce que leurs structures sont assez habituellement difficiles à déchiffrer, modifiées qu'elles sont par des accidents évolutifs divers, l'anatomiste et l'histologiste ne se donnent pas toujours la peine de les étudier avec tout le soin qu'elles méritent.

Depuis vingt ans l'auteur étudie conjointement la clinique des cardiopathies et les lésions anatomiques et histologiques qui les occasionnent ou qui en dépendent. Ses nombreux travaux sur le tissu spécifique du cœur, les divers troubles du rythme cardiaque, ont fourni la preuve que des recherches minutieuses et patientes étaient susceptibles d'apporter la démonstration de désordres organiques primaires, permettant ainsi de réduire de plus en plus les limites des troubles purement fonctionnels.

La confrontation des signes cliniques, de l'évolution des cas et des résultats des analyses anatomiques et histologiques amène l'auteur à préciser les éléments essentiels du diagnostic et des possibilités de traitement.

#### *Divisions de l'ouvrage*

I. *Les polypes du cœur.* — Aperçu historique. Etude anatomique. Le myxome et le thrombus organisé. Etude clinique. Formes cliniques, diagnostic, évolution. Le polype emboligène. Les polypes auriculaires gauches. Le polype occlusif et le syndrome artériel périphérique. Les thromboses oblitérantes et les thrombus libres. Les polypes auriculaires droits. Les polypes silencieux. Conclusions cliniques sur les polypes ventriculaires. Traitement. Perspectives chirurgicales.

II. *Les tumeurs bénignes non polypeuses.* — Le fibrome. Le lipome. Les tumeurs angioma-teuses. L'angioréticulome bénin. Le rhabdomyome du cœur. Le cœlothéliometawarien bénin.

III. *Les tumeurs malignes du cœur.* — Les tumeurs malignes primaires. Le sarcome primitif du cœur. Les tumeurs secondaires. L'invasion auriculaire. Le rythme nodal passif. L'arythmie complète. L'invasion de l'oreillette gauche. Bibliographie des tumeurs intrathoraciques. L'invasion auriculaire et la thrombose néoplasique. Les métastases cardiaques. Généralités. L'atteinte endocardique. Les métastases silencieuses. Les métastases septales. Bibliographie des tumeurs métastatiques du cœur.

IV. *Les tumeurs du péricarde.* — Les tumeurs bénignes. Les tumeurs malignes primaires. Les tumeurs secondaires du péricarde. Diagnostic et traitement des tumeurs du péricarde.

Conclusions générales.

## NÉCROLOGIE

### ELLIOTT CARR CUTLER

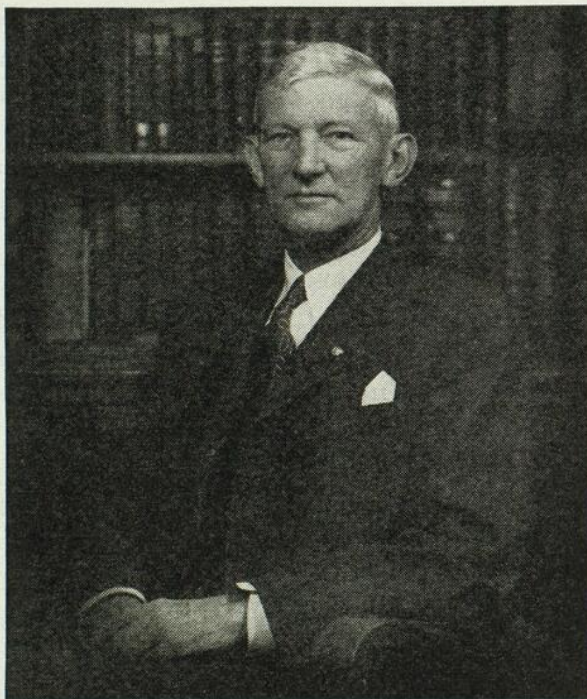
1888 - 1947

Elliott Carr Cutler, professeur de chirurgie à l'Université Harvard et chirurgien en chef du Peter Bent Brigham Hospital de Boston, est mort chez lui à Brookline, Mass., entouré des membres de sa famille, le 16 août 1947. Il avait enduré pendant deux ans avec un stoïcisme remarquable l'évolution douloureuse d'un cancer impitoyable.

Dès son retour d'Angleterre où il avait servi son pays durant toute la guerre comme chef des activités chirurgicales de l'Armée américaine sur le théâtre européen, il apprit que ses jours étaient comptés. Ce fut une bien triste nouvelle pour tous ses amis. Il fut le seul qui sembla prendre la chose sans émotion. Il reprit à l'automne 1945, dès son arrivée à Boston, ses nombreuses occupations. Il continua de diriger son service de chirurgie, s'intéressant à tout comme si rien était, faisant même des projets d'avenir pour l'institution qu'il aimait tant. Ce n'est qu'à la fin de juin dernier qu'il abandonna tout travail. Il avait mis ordre à toutes ses affaires et s'était assuré que tous ses collaborateurs en chirurgie, soit dans le service militaire, soit au Peter Bent Brigham, avaient la situation qu'ils méritaient

pour continuer avec sécurité leur travail scientifique. Cette dernière préoccupation illustre bien la grandeur d'âme de Cutler!

Il laisse son épouse, Caroline Pollard Parker, une femme admirable, et quatre fils, Elliott Carr Jr., Thomas, David et Tennant. Il était fier de tous et avec raison.



Mardi le 19 août 1947, j'assistais à son service dans la chapelle de Harvard où s'étaient réunis, pour lui rendre un dernier hommage, des sommités du monde politique, militaire et universitaire ainsi que de nombreux élèves et amis.

D'autres plus qualifiés que moi relate-  
ront la vie de ce grand chirurgien américain, qui fut à la fois un homme possédant d'extraordinaires qualités de l'esprit et du cœur, et un maître en chirurgie qui ne resta jamais dans les chemins battus, mais chercha toujours à défricher de nouvelles avenues. Né à Bangor, Maine, le 30 juillet 1888, il reçut son diplôme en médecine à l'Université Harvard en 1913 et fit immédiatement après un voyage d'étude en Europe. Au cours de la guerre de 1914, il fut en charge du premier « Harvard Medical Unit » à Paris et devint plus tard chef en

chirurgie de l'Hôpital de base n° 5. A son retour de la guerre en 1919, il fut nommé instructeur en chirurgie à l'École de Médecine de Harvard. En 1921, il prenait la direction du Laboratoire de Chirurgie Expérimentale de cette Université. En 1924, il quittait Boston pour Cleveland où il venait d'être promu professeur de chirurgie à la Western Medical School. En 1932, il succédait à Harvey Cushing comme professeur de chirurgie à Harvard et chirurgien en chef du Peter Bent Brigham Hospital. Ses contributions scientifiques furent très nombreuses et sa réputation s'étendit partout. La plupart des sociétés savantes étrangères et américaines le comptaient parmi leurs membres. Pour son magnifique travail au cours de la dernière guerre, il fut décoré de la « Legion of Merit », de l'Ordre de l'Empire et de la Croix de Guerre avec palmes. Il était déjà Compagnon de l'Ordre du Bain et Chevalier de la Légion d'Honneur.

Formé à bonne école, il insista toute sa vie sur l'importance du laboratoire de chirurgie pour former les jeunes chirurgiens dans l'art d'opérer et permettre à ceux intéressés dans la recherche expérimentale de poursuivre leurs travaux. Son laboratoire a été son orgueil et lui procura de grandes joies. C'est là que furent formés de nombreux chirurgiens américains et étrangers. Plusieurs d'entre eux occupent aujourd'hui des postes importants soit aux Etats-Unis, soit dans d'autres pays. Ces cours pratiques de technique opératoire minutieusement préparés par Cutler et ses assistants sont sûrement uniques. L'élève apprend sur le vivant son métier de chirurgien et toutes les règles d'une chirurgie parfaite sont rigoureusement suivies.

Les travaux de recherche en chirurgie expérimentale furent nombreux et de bonne qualité durant le professorat de Cutler. Lui-même contribua beaucoup. Il ne cessa jamais d'encourager et de diriger là les travaux de ses collaborateurs ou de ses élèves. C'est grâce à son initiative et son enthousiasme que furent réalisées ces interventions dans le traitement de la persistance du canal artériel, de

la coarctation de l'aorte et l'angine de poitrine. C'est lui, en effet, qui développa chez Claude Beck, Robert Gross et moi-même cette inclination d'étudier les affections cardio-vasculaires et la possibilité de leur traitement par la chirurgie.

Cutler fut un pionnier en chirurgie du cœur. Ses opérations sur la valvule mitrale le firent connaître dans le monde entier. Il s'intéressa toujours au traitement chirurgical de l'angine de poitrine et publia de nombreux travaux sur les résections de la chaîne sympathique et l'ablation totale de la thyroïde. Il conserva jusqu'à la fin de sa vie une foi très vive dans l'avenir de la chirurgie du cœur. La dernière fois que je causais avec lui, il y a à peine un mois, bien que très malade et presque mourant, il s'informait des travaux que nous poursuivons en chirurgie intracardiaque au Laboratoire de Chirurgie Expérimentale de McGill et des résultats que nous avons au Royal Victoria dans le traitement de l'angine de poitrine. Ses dernières paroles d'adieu furent: « Continuez ces travaux. La chirurgie du cœur est un fait acquis. Son champ d'action ira toujours en grandissant. »

Son enseignement de la chirurgie fut pratique et ne négligeait jamais les données nouvelles. Il n'était pas d'un groupe ou d'une école. Chaque année, il invitait des professeurs étrangers à venir pendant deux ou trois mois donner des cours et opérer devant les élèves. Leriche, Sir Gordon-Taylor et Arthur E. Porritt, pour ne mentionner que quelques-uns, enseignèrent au Peter Bent Brigham. Cette merveilleuse coutume a une valeur de tout premier ordre. Elle mériterait d'être suivie ailleurs. Elle crée des liens utiles, ouvre des horizons nouveaux et montre qu'aucun pays, qu'aucune race possède le monopole de la science. On apprend de tous et l'on apprend partout.

C'est en octobre 1939 que je connus Elliott Cutler. Il m'avait invité à venir donner une conférence devant les membres de la Harvard Medical Society sur le traitement de l'angine de poitrine. Je me rappellerai toujours l'impression de cette première rencontre. Robert



**VICHY**

**CELESTINS**

PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS  
REPRÉSENTANTS EXCLUSIFS  
VICHY FRANCE

## 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.

Zollinger, aujourd'hui professeur de chirurgie de l'Ohio State University, me conduit au bureau du chirurgien en chef du Peter Bent Brigham. Un grand homme sec, aux yeux très bleus, vifs, rieurs et un peu moqueurs, possédant une chevelure épaisse et blanche, s'avance vers moi bien droit, me tend la main amicalement et me parle en français. C'était Elliott Cutler! Depuis ce jour nous sommes restés de très bons amis.

En 1941, il m'invitait à venir travailler chez lui. Les cinq années que j'ai passées à Harvard et au Peter Bent Brigham resteront comme l'une des plus belles expériences de ma vie. Le souvenir de ce grand homme, de cet ami sincère restera toujours dans ma mémoire mêlé d'affection, de gratitude et de bien vive admiration.

Mercier FAUTEUX.

---

#### LE DOCTEUR J.-A. ROUSSE

Le docteur J.-A. Rousse est décédé il y a quelques mois à l'âge de 70 ans. Le défunt avait terminé ses études médicales à l'Université Laval de Montréal en 1905. Le docteur Rousse exerça, depuis 1905, dans le nord de la ville, dans la paroisse de Saint-Edouard, où il fut vraiment l'un des tout premiers médecins à s'établir. Nos condoléances à son fils, le docteur Georges Rousse.

#### LE DOCTEUR V. LACHARITÉ

Le docteur V. Lacharité est mort tout récemment, âgé de 58 ans. Le défunt reçut son doctorat de l'Université de Montréal en 1919, fut interne à l'hôpital Notre-Dame (Montréal) et s'établit à Saint-Célestin en 1921. Il y fut coroner du district de Nicolet, président de la commission scolaire et depuis 12 ans maire de son village.

---

#### LE DOCTEUR J.-A. TURCOTTE

Le docteur J.-A. Turcotte est mort récemment à l'âge de 72 ans. Ayant reçu son doctorat de l'Université Laval de Montréal en 1902, il s'établit à Huberdeau, où il exerça depuis. Premier maire de la municipalité d'Huberdeau, le docteur Turcotte fut aussi médecin du district pour le compte du Canadien National. Nos condoléances à son fils, le docteur Lorenzo Turcotte, médecin hygiéniste de Lachute.

---

#### LE DOCTEUR LOUIS-PHILIPPE LEGENDRE

Le docteur L.-P. Legendre est décédé durant le cours de mars de cette année à l'âge de 81 ans. Le défunt avait obtenu son doctorat de l'Université Laval de Québec en 1889. Il fut maire de Sainte-Croix, son village natal.

## NOUVELLES

---

### TOUS PRÉSENTS

A mesure que nous nous rapprochons des 10 et 11 septembre, date à laquelle a été fixée la célébration du Centenaire du Collège, un fait apparaît très net, c'est que l'enthousiasme anime davantage les membres de la profession médicale à Montréal et partout dans la province.

Si l'on en juge par le flot des adhésions, par la correspondance et par les demandes de renseignements qui nous arrivent, les fêtes du Centenaire remporteront un magnifique succès.

*L'Union Médicale du Canada, L'Action Médicale* et le *Laval-Médical* ont consacré un numéro spécial au Centenaire. A partir du 28 juin, le poste de Radio-Canada a diffusé, tous les samedis soirs, une causerie préparée par un de nos confrères.

Le programme officiel contiendra une histoire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, qui a été préparée par le docteur Albert LeSage, et un texte anglais rédigé par le docteur H.-E. MacDermot où l'auteur rassemblera les principaux faits historiques de notre Collège.

Nous rappelons à nos confrères qu'ils ne doivent pas attendre à la dernière minute pour retenir leur chambre. Il est à prévoir qu'il y aura une énorme affluence de touristes à Montréal en septembre. Les organisateurs sont à la disposition de tous ceux qui auraient besoin de renseignements à ce sujet.

Un centenaire est un événement exceptionnel et il convient de le célébrer d'une façon imposante.

Au moment où certaines réformes sociales menacent de transformer de fond en comble l'exercice de notre profession, il est dans l'ordre que nous affirmions notre existence par une présence nombreuse à ces deux journées qui marqueront le centième anniversaire de la fondation de notre Collège.

En 1847, la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique ne connaissait aucune entrave; en 1947, la pratique de notre profession voit le spectre de la médecine d'Etat poindre à l'horizon. Nous devons nous tenir coude à coude pour tenter de conserver nos prérogatives et nos droits. Pour y réussir, nous devons demeurer debout et nous efforcer plus que jamais de rester dignes de notre idéal.

Le Centenaire de notre Collège nous fournira l'occasion de serrer les rangs.

En conséquence, tous les médecins qui pourront se rendre à Montréal les 10 et 11 septembre se feront un devoir de participer aux fêtes du Centenaire.

Un programme spécial a été préparé pour nos compagnes, pour celles qui depuis des années nous aident par leur dévouement dans l'exercice de notre profession.

Il est juste que nos femmes soient à l'honneur et les organisateurs ne sauraient trop insister auprès des confrères pour qu'ils amènent leurs épouses.

Leur présence ajoutera un charme incomparable aux Journées du Centenaire.

*Le président du Comité de Publicité,*  
Dr Adrien PLOUFFE.

---

### LE MINISTRE DE LA SANTÉ, L'HON. J.-H.-ALBINI PAQUETTE, PART POUR L'EUROPE.

L'honorable Albin Paquette, ministre de la Santé dans le gouvernement de la province de Québec, partira pour l'Europe le 6 septembre. Il représentera la Province de Québec au Congrès International des Médecins de langue française qui se tiendra à Paris à partir du 15 septembre.

---

### POSTE CONFIE AU Dr A.-G. LAROCHE

Le docteur Albert-Georges Laroche, de Montréal, président de l'Association canadienne d'urologie, et antérieurement médecin de service dans la marine sur la côte du Pacifique, a été le candidat choisi par la Commission du service civil, à la suite d'un concours tenu par tout le Canada pour la position de médecin spécialiste au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, à Ottawa.

Le titulaire de cette position, dans la division de la répression des maladies vénériennes, doit agir comme conseiller sur les questions concernant le diagnostic et le traitement des maladies vénériennes, et inaugurer des mesures hygiéniques et éducatives se rapportant à la prévention et à la répression de ces maladies. Une liaison étroite est maintenue avec les autorités provinciales.

---

### LE Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE PÉDIATRIE

Le Ve Congrès International de pédiatrie s'est tenu à New-York du 14 au 17 juillet 1947. Une importante

TRAITEMENT DE LA MUQUEUSE GASTRO-INTESTINALE  
IRRITÉE, ENFLAMMÉE OU ULCÉRÉE

# STOMALUMINE

Hydrate d'alumine colloïdal  
Extrait de Belladone



**AEROPHAGIE  
DYSPEPSIES  
HYPERCHLORHYDRIE  
ULCÉRATIONS  
GASTRIQUES et DUODENALES  
COLITES, DIARRHÉES  
et leurs conséquences.**

• • •

Croquer 6 à 9 comprimés par jour,  
à distance des repas.

LABORATOIRES DE LA STOMALUMINE, PARIS, FRANCE

*Fabricants et concessionnaires au Canada*

**ROUGIER FRÈRES - 350, rue Le Moyne - MONTRÉAL**

*Spécialités de Prescription Médicale*

délégation européenne, comprenant plusieurs professeurs de France, s'est jointe aux congressistes venus de tous les points de l'Amérique.

Le docteur Albert Guilbeault, de Montréal, eut l'honneur d'être choisi comme rapporteur. Le docteur P. Letondal, également de Montréal, représenta au Congrès les principales organisations scientifiques de langue française ainsi que le ministère provincial de la Santé.

### LE BUREAU MÉDICAL DU SANATORIUM PRÉVOST.

En même temps que s'élèvent rapidement les murs du sanatorium Prévost et que s'aménagent et se modernisent les pavillons déjà existants, le premier bureau médical de cette institution vient de se constituer.

Comme on le sait, l'institution, fondée en 1919 par le regretté Dr Albert Prévost, a pour but le traitement et le soulagement des affections curables du système nerveux.

Lors de la première réunion du nouveau bureau, les thèmes de la guérison, de la prévention et de la recherche scientifique dans le vaste domaine de la neuro-psychiatrie furent abondamment discutés et déjà un bon nombre de nouveaux projets sont à l'étude.

Les médecins dont les noms suivent constituent le premier bureau médical: MM. Roma Amyot, Fernand Charest, René Dandurand, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Paul Larivière, Emile Legrand, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Alcide Pilon, Jules Prévost, Jean Saucier, Karl Stern et J.-A. Vidal.

Outre les six neuro-psychiatres inscrits au bureau médical, une quinzaine de médecins appartenant aux spécialités qui touchent à la neuro-psychiatrie apporteront à l'institution le fruit de leur expérience et l'important appoint de leur active collaboration.

Cette liste préliminaire se complétera à l'avenir par l'adjonction d'autres spécialistes, au fur et à mesure des besoins et des développements de la maison.

L'exécutif élu fut le suivant: Dr Roma Amyot, président; Dr Emile Legrand, vice-président; Dr Albert Jutras, secrétaire; Dr Alcide Pilon, trésorier; Dr Jean Saucier, directeur médical.

### LE DOCTEUR GÉRARD CASGRAIN À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ABITIBI

La Société Médicale de l'Abitibi tiendra une importante réunion scientifique à la fin de septembre.

Au nombre des rapporteurs au programme figure le nom du docteur Gérard Casgrain, qui parlera de l'allergie et des problèmes que cette science pose aux praticiens.

### HONNEUR OCTROYÉ AU DOCTEUR JEAN-LOUIS PILON

Le docteur Jean-Louis Pilon, assistant à la chaire de phtisiologie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville, a été nommé « fellow » de l'« American College of Chest Physicians » lors du Congrès tenu à Atlantic City, les 5, 6, 7 et 8 juin 1947.

### CONFÉRENCE DU DOCTEUR ARMAND FRAPPIER

Le docteur Armand Frappier, directeur de l'École d'Hygiène et de l'Institut de Microbiologie et de Bactériologie de l'Université de Montréal, a prononcé, fin août, une conférence au Club Richelieu de Montréal. Il a parlé des banques de sang. Il a été présenté par le docteur Roland Guy et remercié par le docteur Gérald Lasalle.

### BEL HOMMAGE RENDU AU BCG

« C'est ici au Canada, pays presque français, où a été réalisée une des meilleures applications de la vaccination par le BCG. C'est pourquoi j'ai saisi avec plaisir l'invitation qui m'a été faite, de venir constater la magnifique contribution de la clinique BCG de Montréal à la lutte antituberculeuse. »

Cet hommage rendu à notre clinique BCG a d'autant plus de poids qu'il vient d'un savant, qui fut un des collaborateurs d'Albert Calmette, avec lequel il réussit la première vaccination antituberculeuse d'un être humain, le Dr Benjamin Weill-Hallé.

Le Dr Weill-Hallé et Mme Weill-Hallé ont visité la clinique BCG et admiré l'organisation et le travail accompli depuis douze ans par l'hôpital et son service social. Les distingués visiteurs furent accueillis par le Dr Albert Guilbeault, directeur médical, les docteurs Norbert Vézina et Gilles Huard, ses assistants, Mme Jean Raymond, présidente du bureau d'administration, et par le personnel administratif de la clinique.

Le docteur Guilbeault a expliqué aux invités que le Dr Weill-Hallé était l'auteur de la première vaccination d'un être humain par le BCG. « C'est à lui, dit-il, que revient l'honneur d'avoir fait passer la vaccination antituberculeuse du domaine expérimental au domaine pratique. En effet, en 1921, il alla



Un  
puissant  
**STIMULANT**  
Hepato-Biliaire

# artechol

provoque la sécrétion libre et normale de la bile

- L'épanchement biliaire est notablement augmenté.
- Le régime alimentaire peut le plus souvent rester normal.
- Prévient la cholélithiase.
- Favorise le péristaltisme intestinal.
- L'absorption des vitamines A, D, E, et K est augmentée.

Le succès toujours grandissant obtenu avec ARTECHOL chez de nombreux patients hépato-biliaires est grandement attribuable aux propriétés exceptionnelles de son Extrait d'Artichaut (Cynara Scolymus).

Indications: Insuffisance Hépatique, Ictère, Cholécystite, Angiocholite, et particulièrement après l'ablation de la vésicule biliaire. Hypercholestérolémie.

Présenté en flacons de 50 comprimés.

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION SUR DEMANDE.

Anglo-french drug cie., limitée.

209 EST, STE-CATHERINE

MONTRÉAL

trouver Calmette et lui offrit d'appliquer son vaccin à un enfant sous ses soins.»

Après avoir exprimé son admiration pour l'œuvre accomplie chez nous dans la lutte antituberculeuse par le BCG, le Dr Weill-Hallé a raconté sa première rencontre avec ce bienfaiteur de l'humanité que fut Calmette et l'inquiétude qu'ils éprouvèrent tous les deux à la suite de leur première expérience.

« Calmette, dit-il, me reçut avec l'amabilité extraordinaire qui le caractérisait. Dès que l'occasion se présenta, je décidai Calmette d'essayer sa méthode, qui expérimentalement se montrait inoffensive pour le veau, le singe, le cobaye et qui avait préservé ces animaux contre les infections tuberculeuses les plus virulentes.»

« L'enfant qui servit à cette première expérience, continue le docteur Weill-Hallé, n'était pas un pauvre. Enfant d'une famille à l'aise, né d'une mère tuberculeuse, on lui fit absorber 6 milligrammes de BCG par voie buccale. L'enfant se développa très bien, sans présenter aucun incident pathologique. Emigré il y a quelques années aux Etats-Unis, c'est maintenant un beau grand jeune homme de 25 ans, absolument sain.»

---

### LE DOCTEUR ERNEST GENDREAU, AU CLUB RICHELIEU

Le docteur J.-Ernest Gendreau, fondateur de l'Institut du Radium de Montréal, a prononcé une causerie au Club Richelieu de Montréal, le 31 juillet 1947. Cette causerie était intitulée: « L'ombre de Dieu sur la nature ».

Le docteur Albert Jutras eut l'honneur d'être invité à présenter le conférencier.

---

### FONDATION, À OTTAWA, D'UN CLUB DE MÉDECINS

Le Comité exécutif de la Société Médicale de l'Outaouais a décidé, lors de sa dernière réunion, de fonder un nouvel organisme médical pour les confrères de la région.

Le « Club d'Esculape » se réunira à des dîners-causeries, le premier samedi de chaque mois. Affilié à la Société Médicale de l'Outaouais, le nouveau club aura pour devise: *Medice, cura te ipsum*.

Son conseil est formé des docteurs J.-E. Perras, L. Mantha, Horace Viau, G. Gagné, H. Robinson et J. R. Titley.

La première réunion aura lieu « Chez Henri », à Hull, le 6 septembre 1947.

### UN HÔPITAL À BLANC SABLON

Le contrat général pour la construction d'un hôpital à Blanc Sablon vient d'être accordé. L'édifice aura trois étages.

L'hôpital desservira la région de la côte Nord, située à plus de 800 milles de la ville de Québec.

---

### L'HÔPITAL SAINTE-MARIE DES TROIS-RIVIÈRES

Les travaux progressent rapidement à l'hôpital Sainte-Marie des Trois-Rivières, dont la construction a débuté l'été dernier sur les côtes. L'extérieur de l'édifice est terminé et les travaux intérieurs vont bon train.

---

### TROIS-RIVIÈRES POSSÉDERA UN VASTE HÔPITAL

Grâce à un octroi considérable du gouvernement de la province, obtenu par l'entremise de l'hon. Maurice Duplessis, premier ministre et député de Trois-Rivières, et de l'hon. Albini Paquette, ministre de la Santé, on commencera d'ici quelques jours la construction d'une nouvelle annexe à l'hôpital-sanatorium Cooke, dont la capacité atteindra 375 lits lorsque seront terminés les vastes travaux commencés l'an dernier et les autres qui débiteront dans quelques jours.

Lorsque les travaux seront terminés, le coût de ces deux agrandissements successifs de l'hôpital-sanatorium représentera une dépense de \$1,500,000, dont les trois quarts seront payés par le gouvernement.

Au printemps de 1946, grâce à des octrois substantiels du gouvernement de la province, on commençait la construction d'une vaste annexe au coût de un million de dollars qui devait doubler la capacité de lits de cette institution, en vertu du programme lancé par le gouvernement de la province de Québec pour combattre la tuberculose.

Dernièrement, on s'est rendu compte que l'espace laissé pour les services de l'hôpital, le personnel médical et le personnel en général, ne serait pas suffisant pour répondre à tous les besoins, et de nouvelles démarches furent entreprises auprès du gouvernement de la province pour obtenir un nouvel octroi qui permettrait la construction d'une autre annexe. La demande a été très bien accueillie par les autorités provinciales et, quelques jours plus tard, le président de la Corporation de l'hôpital-sanatorium Cooke, le notaire J.-A. Trudel, recevait l'assurance d'un octroi considérable de la part du gouvernement pour

**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 . . . . . 1/2 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.**



**THE E.B.S. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO., LTD. TORONTO, CANADA**

la construction de cette annexe et d'une chaufferie à une distance de deux cents pieds de l'édifice principal.

La nouvelle annexe, qui sera située au centre de la nouvelle aile du sanatorium, aura 60 pieds de longueur par 40 de profondeur et sera reliée au corps de l'édifice par un couloir de 20 pieds de large par 40 de profondeur. Elle aura quatre étages et sera bâtie en béton armé, avec murs de brique.

La nouvelle chaufferie sera située à 200 pieds de l'édifice central, auquel elle sera reliée par un système de tuyaux souterrains. Elle aura 75 pieds par 60 et comprendra une soute pouvant contenir 1,000 tonnes de charbon. On y bâtira une cheminée de cent pieds de hauteur.

---

### SUCCÈS DES ÉTUDIANTS CANADIENS EN FRANCE

Le docteur Robert Genest, de Montréal, vient d'obtenir son diplôme de médecin légiste de l'Université de Paris.

Le docteur Pierre Marion, qui vient d'arriver à Montréal, a été nommé lors de son séjour à Montpellier, moniteur dans le service du doyen, le prof. Gaston Giraud, cardiologue réputé.

Les docteurs Jean-Louis Léger, Jean-Pierre Jean et Marcel Longtin, de Montréal, après plusieurs mois d'études en radiologie sous la direction du professeur Paul Lamarque, ont obtenu le certificat d'études en radiologie décerné par la Faculté de Médecine de Montpellier.

---

### LA NEURO-CHIRURGIE À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

L'hôpital Notre-Dame possède maintenant son service de neuro-chirurgie. Ce service a été confié à un jeune médecin revenu récemment d'Europe, le docteur Claudé Bertrand, diplômé de l'Université de Montréal, et qui, depuis sept ans, s'est spécialisé en chirurgie nerveuse dans les grands centres canadiens, américains et européens.

Jusqu'à maintenant, il n'y avait qu'un centre de neuro-chirurgie à Montréal, l'Institut neurologique que dirige le Dr Wilder Penfield et qui s'est acquis une renommée internationale. L'hôpital Notre-Dame devient le deuxième centre montréalais et le premier centre canadien-français de la métropole où s'exerce la chirurgie nerveuse sur une haute échelle.

Ce nouveau service est appelé à rendre des services considérables, vu les nombreux cas qui relèvent de cette spécialité dans une ville aussi peuplée

que la nôtre. La chirurgie nerveuse s'intéresse à toutes les lésions du système nerveux où une intervention chirurgicale est indiquée: les traumatismes crâniens de la colonne vertébrale, les tumeurs bénignes, le déplacement des disques intervertébraux.

Elle comprend également la chirurgie de l'hypertension artérielle, la chirurgie de l'épilepsie.

Cette spécialité remonte à peine au début du présent siècle. Les premiers essais dans ce domaine ont été faits par un Anglais, sir Victor Horsley, vers 1870, mais celui qui est considéré comme le père de la neuro-chirurgie est un Américain, Harvey Cushing, mort il y a une dizaine d'années.

Le titulaire de cette nouvelle spécialité à l'hôpital Notre-Dame, le docteur Bertrand, est arrivé récemment d'un voyage d'études en Europe. Il s'est aussitôt mis à la tâche pour organiser son service qui fonctionne déjà.

---

### TOURNOI DE GOLF DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

Le 14 août 1947, eut lieu à Laval-sur-le-Lac, le tournoi annuel de golf des médecins de langue française.

Ce tournoi était sous la direction du comité suivant: président honoraire, docteur Rodrigue Sylvestre; président actif, docteur Lucien Gélinas; 1er vice-président, docteur Albert Couturier; 2e vice-président, docteur Gérard Bélanger; secrétaire-trésorier, docteur Paul Martin; organisateur, M. Paul Bonhomme.

---

### RÉHABILITATION DU TUBERCULEUX

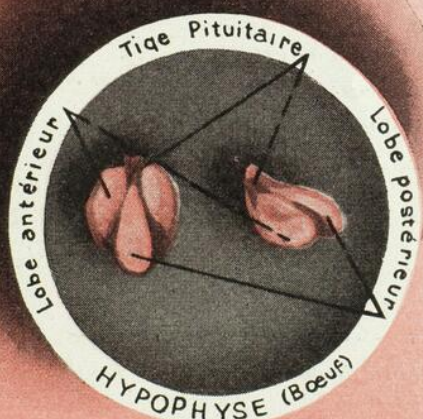
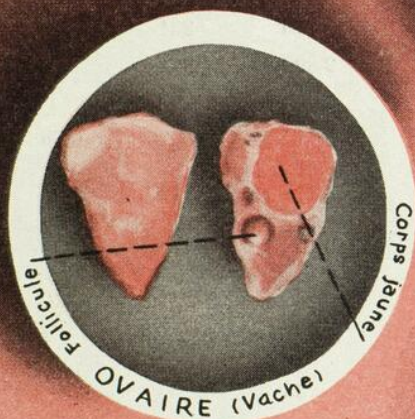
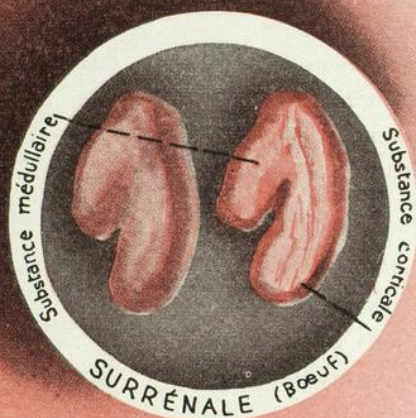
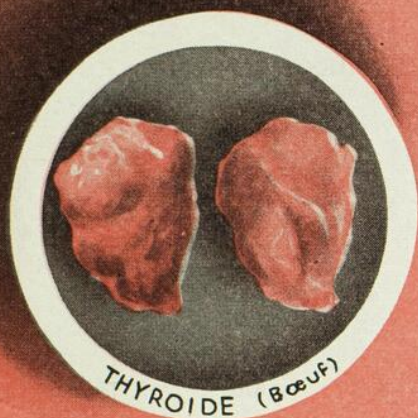
Les méthodes de réhabilitation des tuberculeux, aux derniers mois de leur cure, dans les sanatoriums français, ont fort impressionné le docteur J.-Philippe Paquette, assistant professeur de clinique à l'hôpital du Sacré-Cœur pour l'Université de Montréal, vice-président du bureau médical de cet hôpital et président de la Société de Phtisiologie de Montréal. M. Paquette arrive d'un voyage de trois mois en Europe au cours duquel il a visité la France, la Belgique, la Suisse et l'Italie, en compagnie du docteur J.-A. Millet, son collègue du Sacré-Cœur.

« Ce qui m'a le plus frappé au cours de mes visites d'institutions antituberculeuses en France, dit le spécialiste du traitement pulmonaire, c'est l'effort qu'on y pratique pour réhabiliter les tuberculeux. Quelques mois avant le terme de la cure, on s'applique à rééduquer le patient au travail. »

# EXTRAITS GLANDULAIRES TOTAUX ou ASSOCIÉS (Syncrines)

En comprimés et en  
ampoules injectables

Documentation et échantillon médical  
sur demande



# Opothérapie



Représentants exclusifs au Canada:

**HERDT & CHARTON, INC.**

207, Avenue du Collège McGill

MONTREAL

Tél. LAncaster 4285\*



efficacité supérieure

protection accrue

## contre les infections des voies respiratoires

Les Comprimés de Vaccin Oral 'VACAGEN' offrent une méthode efficace et commode d'accroître l'immunité spécifique contre les infections bactériennes aiguës des voies respiratoires supérieures. • Ce produit biologique unique d'antigènes bactériens diminue la gravité, la durée et le danger de complications qui se rencontrent dans la phase bactérienne des infections aiguës des voies respiratoires. • Les antigènes contenus dans la formule des Comprimés 'VACAGEN' possèdent un pouvoir immunisant plus étendu et plus élevé contre les organismes pathogènes virulents qui se rencontrent dans les infections aiguës du nez, de la gorge et de l'arbre bronchique. • Chaque Comprimé 'VACAGEN' glutinisé contient les fractions antigènes hydrosolubles d'environ 100,000 millions d'organismes:

Pneumocoques ( <i>Diplococcus pneumoniae</i> ) . . . . .	50,000 millions
(Types 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 14)	
Streptocoques hémolytiques beta (groupe A) . . . . .	20,000 millions
(Types 1, 3, 5, 6, 12, 17, 18, 19)	
Bacille de l'Influenza ( <i>Hemophilus influenzae</i> ) . . . . .	10,000 millions
(Type B)	
M. catarrhalis ( <i>Neisseria catarrhalis</i> ) . . . . .	5,000 millions
Bacille de Friedlander ( <i>Klebsiella pneumoniae</i> ) . . . . .	5,000 millions
(Type A)	
Staphylocoque doré (Hémolytique) . . . . .	10,000 millions

Les Comprimés de Vaccin Oral 'VACAGEN' sont présentés en flacons de 20, 100 et 1000. Sharp & Dohme (Canada), Ltd., Toronto 5, Ont.



# 'VACAGEN'

Comprimés de  
Vaccin  
Oral

## LES ENTRETIENS DE L'HÔPITAL BICHAT (PARIS)

Une formule nouvelle: 100 entretiens pratiques, sans conférences, sans pertes de temps, sans prises de notes. C'est ainsi que vont se présenter les entretiens de Bichat, pour l'enseignement des actualités cliniques et thérapeutiques.

On sait que le praticien surmené, le médecin étranger qui fait en France un court séjour, l'étudiant qui va s'installer, disposent souvent de trop peu de temps pour écouter de longues conférences ou pour les suivre toutes. Ils veulent être informés rapidement, sur un grand nombre de sujets, pouvoir poser des questions et recevoir des réponses compétentes. Pour trouver à ce problème une solution, on organise des « entretiens », véritables colloques pratiques de perfectionnement.

C'est ce que les professeurs Guy-Laroche et L. Justin-Besançon vont réaliser du 19 au 22 octobre prochain. Ils organisent à l'hôpital Bichat (Paris), avec une vaste équipe de collaborateurs, cent entretiens pratiques qui seront résumés en un livre classé comme un dictionnaire; le livre paraîtra avant les entretiens, pour éviter aux auditeurs les prises de notes. (Souscription à l'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris VI<sup>e</sup>.)

---

## L'HÔPITAL SAINT-LUC DEMANDE DES MÉDECINS-INTERNES

L'hôpital Saint-Luc de Montréal demande des médecins-internes. La rotation d'internat dans les différents services de l'institution est obligatoire. L'hôpital Saint-Luc a une capacité de 456 lits. Il est approuvé par le « Canadian Intern Board » de l'Association Médicale Canadienne en même temps que par l'« American College of Surgeons ». Le département des internes est des mieux organisés. Le salaire est de \$75.00 par mois pour la première année et \$100.00 par mois par la suite. S'adresser au docteur Harold-I. Tétreault, 1058, rue Saint-Denis, Montréal, P. Q.

---

## PRÉCAUTIONS UTILES CONTRE LA PARALYSIE INFANTILE

Des mères inquiètes écrivent et téléphonent au ministère de la Santé et demandent des conseils pour préserver leurs enfants de la paralysie infantile. Il n'y a aucune menace d'épidémie, dans la province, à l'heure actuelle, mais il y aura malheureusement

certains cas isolés; il paraît donc opportun de rappeler quelles sont les précautions à prendre à cet égard. Le ministère de la Santé que dirige l'hon. J.-H.-A. Paquette, suggère à tous de se conformer aux instructions suivantes:

1. Eviter les foules; garder les enfants à la maison.
2. Ne pas conduire les enfants dans une maison où il y a un malade.
3. Ne pas voyager avec les enfants.
4. Retarder les interventions pour ablation des amygdales.

En plus de ces mesures spéciales, il faut observer ce qui suit:

- 1) Vivre au soleil et au grand air; ouvrir les fenêtres et lever les stores.
- 2) Ne boire que de l'eau filtrée ou bouillie.
- 3) Ne prendre que du lait pasteurisé, gardé en glacière.
- 4) Ne pas se baigner dans un cours d'eau pollué.
- 5) Laver avec de l'eau saine les fruits et légumes mangés à l'état cru.
- 6) Faire reposer les enfants tous les jours et les coucher de bonne heure.
- 7) Déposer les déchets dans des récipients métalliques couverts; les désinfecter en les arrosant d'eau de javelle.
- 8) Faire la guerre aux mouches, aux moustiques, aux insectes; les éliminer de la maison.
- 9) Epousseter avec un linge humide; balayer avec des balayeuses mécaniques ou avec de la poudre, ou faire le balayage à l'humide.
- 10) Observer scrupuleusement les lois de la propreté.

S'il y a un cas de paralysie infantile à la maison, il devient d'une importance capitale d'avertir le bureau de santé local ou l'unité sanitaire, afin de recevoir les conseils appropriés et d'éviter d'autres cas dans la famille elle-même et dans l'entourage.

---

## FAITES VACCINER VOS ENFANTS CONTRE LA VARIOLE AVANT SEPTEMBRE

**Il faut se faire vacciner contre la variole à tous les 7 ans.**

« 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. » Telle est la teneur de l'article 53 des règlements provinciaux d'hygiène.

# **HYPHER PROSTAL**

(AMPOULES BUVABLES)

CHALONE TESTICULAIRE PROSTATOLYTIQUE



TRAITEMENT SCIENTIFIQUE

DU PROSTATISME — DE LA POLLAKIURIE — DE LA SÉNILITÉ PRÉCOCE

**HERDT & CHARTON, INC.**

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

— —

MONTREAL

Par conséquent, tout corps ou individu qui a le contrôle d'une institution d'enseignement, quelle qu'elle soit, ou d'un groupe quelconque de maisons d'enseignement, de la simple école de campagne jusqu'aux universités, est obligé d'exiger, chaque fois que la maison rouvre ses portes après les vacances estivales, que les élèves exhibent un certificat constatant, soit qu'ils ont été vaccinés avec succès depuis moins de sept ans ou qu'ils sont inaptes à recevoir la vaccine; dans ce cas, l'enfant doit avoir été vacciné sans succès au moins deux fois et le certificat qui le constate ne doit pas remonter à plus de cinq ans.

« Pour toute infraction aux dispositions du présent chapitre, disent les règlements, le contrevenant est passible d'une amende n'excédant pas vingt dollars et d'une amende additionnelle n'excédant pas vingt dollars par jour en sus de deux durant lesquels l'infraction se continue. »

C'est en préparant la jeune génération à se protéger contre la variole, qu'on fait en même temps son éducation pour le reste de sa vie, et la population entière doit avoir à cœur de conserver à notre province l'excellente réputation qu'elle s'est acquise depuis plusieurs années, la variole étant disparue de chez nous. Si la vaccination antivariolique n'est pas faite systématiquement, le nombre de personnes susceptibles de développer la maladie augmentera, fournissant à la variole un champ fertile pour faire son retour parmi nous.

### PLUS DE MILLE CLINIQUES ANTI-TUBERCULEUSES

**Près de 40,000 personnes examinées aux cours des six premiers mois de 1947.**

Pénétrées de l'importance capitale d'une lutte efficace contre la tuberculose, les autorités du ministère provincial de la Santé, que dirige l'honorable docteur J.-H.-A. Paquette, s'efforcent d'appliquer dans les régions desservies par nos Unités sanitaires, en particulier, les mesures les plus propres à diminuer la morbidité et la mortalité dues à la peste blanche. Dépister la tuberculose, chacun le sait, c'est en rechercher les symptômes chez l'individu au moyen de l'examen clinique, de la radiographie et du laboratoire, soit au cours d'un examen de routine chez un sujet bien portant, soit à l'occasion d'une manifestation morbide chez un malade où l'allure traînante du mal peut en faire soupçonner la nature tuberculeuse. C'est dans ce but que chaque mois des médecins spécialistes dans ce domaine tiennent des cliniques antituberculeuses dans les différents centres de la Province. Durant les six premiers mois de 1947, d'après le plus récent relevé mensuel publié

par la division des Unités sanitaires, ces médecins ont tenu 1,037 cliniques au cours desquelles ils ont examiné 37,721 personnes et procédé à 17,791 épreuves à la tuberculine. Ce premier triage permet, on le sait, de reconnaître ceux que l'on appelle les cas positifs, c'est-à-dire ceux qui sont susceptibles de développer tôt ou tard la tuberculose. Depuis une vingtaine d'années, la tuberculose a décliné de 37.4 dans la province de Québec. L'addition des budgets fédéral et provincial indique que ce fléau coûte en moyenne chaque année à la nation canadienne, la jolie somme de soixante-quatre millions de dollars. Il ne s'agit ici que des dépenses directes. C'est dans le but d'éviter pareil gaspillage de capital humain et de capital argent que le ministère provincial de la Santé s'efforce de dépister les tuberculeux, de les isoler et de les guérir.

### 2.386 IMMUNISATIONS ANTIDIPHTÉRIQUES AU COURS DU MOIS D'AVRIL

**Les hygiénistes provinciaux font près de 40,000 examens de nourrissons et d'enfants.**

Fournir aux agglomérations humaines une protection adéquate contre toutes les causes matérielles qui peuvent menacer la vie des individus et des collectivités, tel est l'un des buts de l'hygiène publique. Dans la province de Québec, par l'intermédiaire des Unités sanitaires, le ministère de la Santé, que dirige l'honorable docteur J.-H.-A. Paquette, m.d., mène une lutte de tous les jours contre les maladies infectieuses, contre la mortalité infantile et contre tous les maux qui peuvent endommager la santé. Quand il s'agit de maladies pour lesquelles l'efficacité de la vaccination est incontestée, les Unités sanitaires mettent à la disposition du public les produits biologiques nécessaires. C'est ainsi qu'au cours d'avril 1947 les hygiénistes du ministère de la Santé ont complété 2,386 immunisations antidiphtériques. Par ailleurs, les cliniciens en tuberculose ont tenu 169 cliniques et examiné plus de 5,000 personnes, faisant 3,202 épreuves à la tuberculine.

Quant à ce qui a trait à la protection des enfants, les Unités sanitaires ont tenu 530 cliniques de puériculture au cours desquelles on a procédé à l'examen de 10,151 nourrissons (0 à un an) et 5,394 enfants de un à six ans. Durant la même période (avril), le nombre des nourrissons visités à domicile atteignait 10,438 et celui des enfants d'âge préscolaire 13,166. En outre, plus de 700 conférences d'Hygiène de l'âge scolaire réunissaient 22,626 écoliers dont plus des deux tiers se présentèrent à l'examen physique ou médical. Ce n'est pas assez de protéger le nou-

# ECONOMIES

nouvelles pour vous et vos malades

Nouvelles et importantes réductions  
de prix de la

## DI-OVOCYLINE

(dipropionate d'oestradiol)

*de 17% à 47%*

## BEN-OVOCYLINE

(benzoate d'oestradiol)

*de 30% à 32%*



- Ces niveaux de prix plus bas signifient pour vos patients de nouvelles économies. Ils ne manqueront pas d'élargir le champ de cette forme d'administration de substances oestrogéniques.
- Ces réductions confèrent donc à la Di-Ovocylene un plus grand pouvoir oestrogénique par dollar que dans n'importe quel oestrogène injectable provenant de sources naturelles.
- Votre pharmacien possède les stocks voulus de Di-Ovocylene et de Ben-Ovocylene aux nouveaux prix.



COMPAGNIE CIBA LIMITÉE — MONTRÉAL

veau-né, il faut le préserver dès avant sa naissance. C'est pourquoi les Unités sanitaires se préoccupent de l'hygiène maternelle. Durant avril 1947, par des conférences, des démonstrations à domicile et des visites prénatales, les Unités sanitaires ont atteint près de 3,500 futures mères et leur ont inculqué les grands principes de l'hygiène maternelle.

---

### DIMINUTION DE LA SYPHILIS DANS LE QUÉBEC

#### La syphilis tombe de 100 à 45.1 par cent mille de population.

Dans la province de Québec, l'incidence de la syphilis est en diminution constante; de 100 par cent mille qu'elle était en 1941, elle a été, en 1946, de 41.5, ce qui indique que le travail accompli par ceux qui mènent la lutte contre ce terrible fléau a donné des résultats vraiment remarquables. Quant à la déclaration des cas de syphilis, nous révèle un rapport récent de la division des maladies vénériennes du ministère provincial de la Santé que dirige l'hon. docteur J.-H.-A. Paquette, il appert que 9,142 cas ont été déclarés en 1943 et 5,989 en 1945.

« Des cliniques sont établies dans les hôpitaux généraux des centres importants de la province, ainsi que dans les lieux de détention de Montréal et de Québec. En tout, il y a 28 cliniques où sont diagnostiqués et traités gratuitement les malades vénériens indigents. En 1945, nous apprend le docteur G. Choquette, la division des Maladies vénériennes a distribué aux médecins 70,450 doses de préparations arsenicales et 57,507 doses de préparations de bismuth et 1,164 doses de préparations mercurielles. »

On peut encore souligner l'excellence du travail accompli dans ce domaine par le ministère de la Santé de la province de Québec en rappelant ce qui suit: « En 1946, 2,875 personnes furent rapportées comme source d'infection ou contacts, à la suite d'enquêtes et examens médicaux, 1,032 furent trouvées infectées de syphilis ou gonorrhée. De ce nombre,

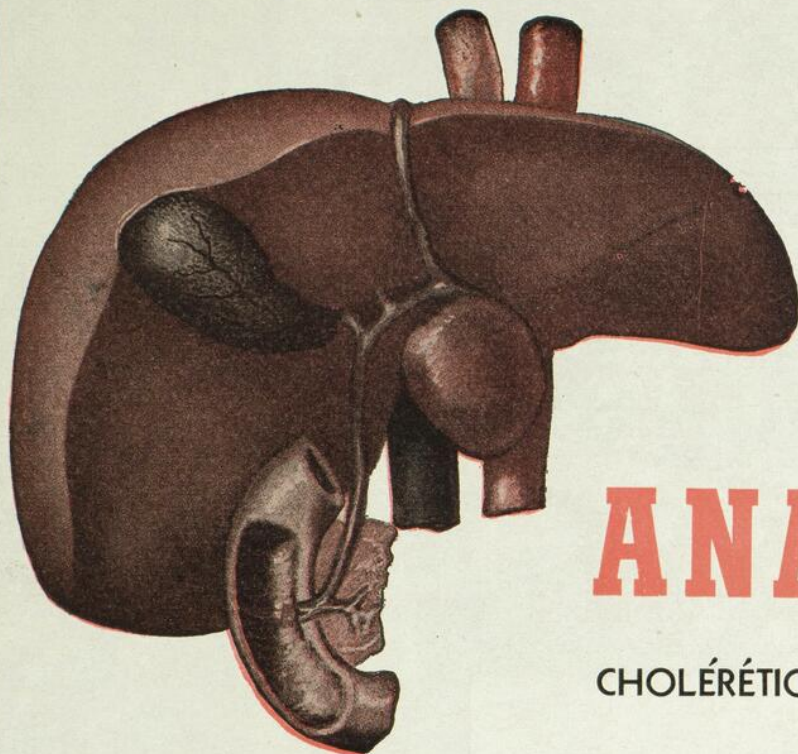
202 personnes étaient déjà sous traitement. La balance, soit 830 personnes, ignoraient leur infection ou négligeaient de se faire examiner. Le service médico-social est donc essentiel dans la lutte pour combattre les maladies vénériennes, car, sans celui-ci, nous pouvons dire que 830 personnes auraient semé leur infection dans un temps indéterminé. » La population a donc été protégée grâce aux bons offices de notre division des maladies vénériennes et de notre ministère provincial de la Santé.

---

### PLUS DE 8,400 INSPECTIONS SANITAIRES

#### Confiscation de 11,177 livres d'aliments impropres à la consommation.

La crainte des bacilles est le commencement de la sagesse et la salubrité publique exige que les pouvoirs constitués éliminent de nos demeures et de nos cités tout ce qui peut nuire à la santé publique. La consommation d'aliments malsains ou toxiques est précisément l'un des périls que nous offrent la vie urbaine et la manipulation de plus en plus considérable des denrées alimentaires. Par conséquent, l'Etat doit exercer une surveillance étroite et constante dans ce domaine. Les Unités sanitaires de la province maintiennent un service d'inspection qui fonctionne avec la collaboration du public et des établissements de victuailles. Au cours du mois d'avril, le dernier pour lequel nous possédons actuellement des statistiques, les inspecteurs sanitaires ont fait plus de 8,400 inspections et confisqué 11,177 livres d'aliments impropres à la consommation. Ils ont visité les établissements suivants: boulangeries, 217; épicerie, 1,369; restaurants, 730; boucheries, 1,957; marchés publics, 212; beurreries et fromageries, 31; laiteries publiques, 379; usines de pasteurisation, 257; vacheries et laiteries du producteur, 752. La surveillance des eaux potables a également fait l'objet de leurs inspections de même que différents autres établissements publics. Au seul chapitre des nuisances, ils ont dû répondre à plus de 1,064 appels.



# ANABILE

CHOLÉRÉTIQUE—CHOLAGOGUE

L'ANABILE est présenté sous forme de "tabule" titrée à 5 grains de bile de boeuf fraîche desséchée, contenant les acides biliaries associés et d'autres éléments naturels de la bile.

Chaque "tabule" d'Anabile équivaut à environ 4 cc. de bile de boeuf fraîche.

## INDICATIONS

- Stase biliaire de toute origine (sauf les cas qui nécessitent une intervention chirurgicale).
- Hyposécrétion hépatique (cirrhose, inflammation des voies biliaries, congestion passive chronique).
- Cholécystite, pourvu qu'il n'y ait aucune obstruction sérieuse.
- Absence ou insuffisance de motricité intestinale, provenant d'une sécrétion biliaire insuffisante ou l'accompagnant.
- Carence de vitamines lipo-solubles, associés à l'hyposécrétion ou qui en résulte.
- États cardiaques relevant d'une maladie du système biliaire (maladie de Banti, cirrhose accompagnée d'ascite).

## POSOLOGIE

A doses thérapeutiques ordinaires, les acides biliaries naturels associés tels qu'ils se trouvent dans l'ANABILE, ne sont pas toxiques.

L'ANABILE peut être pris à raison de 5 ou 10 grains trois ou quatre fois par jour, après les repas ou pendant les repas, selon les besoins individuels. Le régime alimentaire doit être pauvre en graisse.

**ECHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE**

---

IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

---

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

## HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL — MONTRÉAL



## **Soulagement bienfaisant**

*pour le malade  
souffrant de symptômes urinaires douloureux*

Le soulagement symptomatique rapide apporté par le Pyridium est des plus bienfaisants pour le malade souffrant de symptômes urinaires douloureux tels que: douleur, mictions impérieuses et fréquentes, nycturie et ténésme.

Le Pyridium, administré *per os* à raison de deux comprimés, *t. i. d.* soulagera rapidement ces symptômes chez la plupart des malades ambulants, leur permettant ainsi de poursuivre leurs activités normales sans inconvénients sérieux.

En raison de son action directe sur la muqueuse des voies génito-urinaires, son activité est entièrement locale. Le Pyridium ne comporte aucune action sédative générale ou narcotique, ni aucune association médicamenteuse de ce genre.

On peut administrer avec une sécurité quasi complète le Pyridium à doses thérapeutiques pendant toute la durée du traitement de la plupart des cas de cystite, de pyélo-néphrite, de prostatite et d'urétrite.

*Documentation sur demande*

# PYRIDIUM

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

**MERCK & CO. LIMITED**

*Fabricants chimistes*

MONTREAL — TORONTO — VALLEYFIELD

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



# pourquoi la ménagère aime TAMPAX

**L'EMPLOI**  
d'une protection  
interne discrète en-  
lève à la ménagère  
beaucoup d'ennuis psy-  
chologiques, physiques et  
esthétiques au moment des  
menstruations qui, si souvent, dé-  
rangent ses activités sociales et domestiques  
quand les serviettes externes sont employées.

Le tampon est inséré sans distension de l'orifice —  
il est hygiénique et son absorption offre une protec-  
tion adéquate<sup>1, 2, 3</sup> . . . TAMPAX soulage la ménagère  
des malaises occasionnés par la friction, élimine la  
crainte d'infection provenant du rectum et celle  
de l'odeur désagréable causée par l'écoulement  
en décomposition, ennuis qui se présentent  
avec l'usage de serviettes externes<sup>1, 2, 4</sup>.

En outre, TAMPAX étant maintenant offert  
sous trois degrés d'absorption — super,  
régulier et junior — il répond facilement  
à tous les besoins particuliers à divers  
moments, et convient aussi bien aux  
multipares qu'aux nullipares.

#### Références:

1. J.A.M.A., 128:490, 1945.
2. West. J. Surg. Obst. & Gyn., 51:150, 1943.
3. Am. J. Obst. & Gyn., 48:510, 1944.
4. Clin. Med. & Surg., 46:327, 1939.



*Echantillons envoyés  
sur demande.*

# TAMPAX

*La protection menstruelle  
interne de choix.*

Publicité acceptée par "THE JOURNAL OF  
THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION"

**CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.**  
Brampton, Ontario.

Veuillez m'envoyer de la documentation  
et des échantillons.

Les prix de TAMPAX pour utiliser au  
cabinet de consultation.

Nom .....

(lettres moulées)

Adresse .....

Ville..... Province.....



Pendant quatre-vingt-un ans, les médecins ont recommandé l'emploi des produits Nestlé's dans l'alimentation infantile. Des recherches constantes s'associent à un contrôle rigoureux de la qualité pour mériter la confiance que la profession médicale accorde au Lait Nestlé's Irradié.

**Nestlé's Milk Products  
(Canada) Limited**

METROPOLITAN BUILDING, TORONTO



# PROGESTIN B.D.H.

## POUR ENRAYER L'HÉMORRAGIE UTÉRINE

● Le Progestin B.D.H. représente le traitement primordial chaque fois que se rencontre une hémorragie exceptionnelle d'origine fonctionnelle.

Chez la femme enceinte, le Progestin B.D.H. est essentiel pour obtenir une grossesse à terme lorsqu'il y a déficience de la sécrétion normale du corps jaune, entraînant l'avortement habituel ou imminent.

Chez la femme non enceinte, le Progestin B.D.H. est efficace pour soulager la ménorragie ou l'hémorragie utérine fonctionnelle due à la déficience de l'endomètre sécrétoire, de même que pour soulager la dysménorrhée occasionnée par l'hypermotilité du muscle utérin.

*Progestin B. D. H. est présenté en*

FIOLES de 10 c.c., chaque c.c. contenant 5 mg.

FIOLES de 5 c.c., chaque c.c. contenant 10 mg.

FIOLES de 1 c.c., contenant chacune 1 mg.,  
2 mg., 5 mg. et 10 mg.

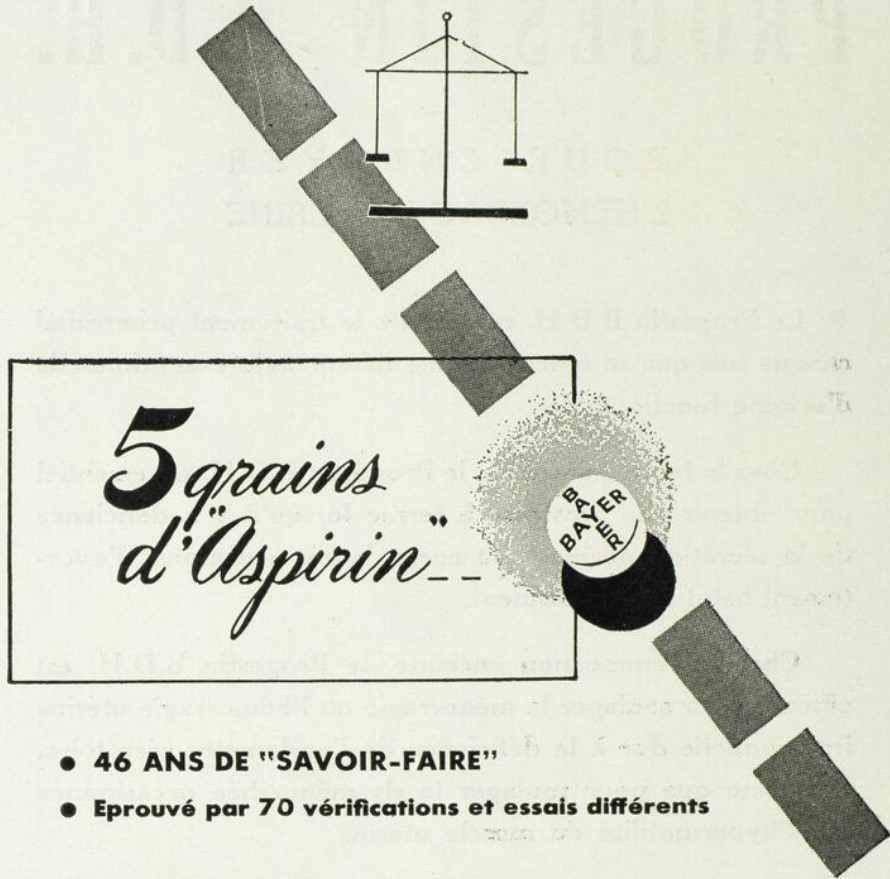
*(1 milligramme correspond à 1 unité internationale)*

**THE BRITISH DRUG HOUSES**  
(CANADA) LIMITED

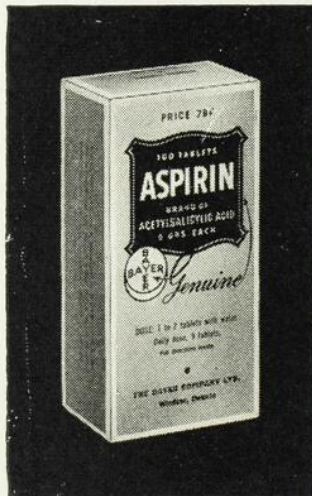
TORONTO

CANADA





- 46 ANS DE "SAVOIR-FAIRE"
- Eprouvé par 70 vérifications et essais différents



Rien de ce que vous prescrivez n'est fait avec plus de minutie que l'ASPIRIN. On fait plus de soixante-dix vérifications et essais différents pour assurer la qualité, l'uniformité, la pureté et la désagrégation rapide pour lesquelles ces comprimés sont renommés. Le prestige dont jouit l'ASPIRIN découle de quarante-six années d'expérience dans la fabrication d'un produit vraiment excellent.

## "ASPIRIN"

**l'analgésique pour usage à la maison**

*"Aspirin" est la marque déposée, au Canada,  
de la Bayer Company Limited*

# LES DOULEURS AU BAS DOS PENDANT LA GROSSESSE

sont soulagées - et souvent conjurées

avec un

## SUPPORT SPENCER

Quand les douleurs au bas dos qui accompagnent fréquemment la grossesse<sup>1</sup> ont une étiologie partiellement fondée sur des dérangements dans la mécanique du corps, votre patiente trouve un soulagement sûr avec un support Spencer.

Le Spencer procure une « tablette » sur laquelle repose l'utérus qui grossit; puis il place la tension, provoquée par le poids croissant, sur la ceinture pelvienne, non pas sur l'épine dorsale à la taille ou au-dessus. Ainsi, le Spencer offre une protection contre les dérangements du dos.

Comme auxiliaire au traitement des symptômes de mauvaise attitude de maintien, de l'instabilité sacro-iliaque ou sacro-lombaire, de la faiblesse musculaire, de l'épuisement et des affections du sein, le Spencer est *démonstrativement supérieur* parce que:

Chaque support Spencer est individuellement dessiné, dans nos ateliers de Rock Island, après qu'une corsetière a pris une description du corps de la patiente — ainsi que 15 mesures ou plus. Cela assure au médecin que chacune de ses patientes recevra le genre de support voulu pour seconder le traitement médical.

Pour renseignements au sujet des supports Spencer, téléphonez à votre "Corsetière Spencer" locale ou adressez-nous le coupon ci-dessous.

### SUPPORTS DE DESSIN INDIVIDUEL SPENCER

pour l'abdomen, le dos et les seins

1. Fries, E. C., and Hellebrandt, F. A., *The Influence of Pregnancy on the Location of the Center of Gravity, Postural Stability and Body Alignment*: Am. J. Obst. and Gyn., 52:374-380 (Sept.) 1943.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED  
Rock Island, Québec.

Aux États-Unis: Spencer, Incorporated, New Haven, Conn.

En Grande-Bretagne: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

Veillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

Nom.....M.D.

Adresse..... 151-9-47

# EDITIONS BEAUCHEMIN

(Extrait du catalogue)

## ROMANS

Angus Graham		Oscar Masse	
<b>NAPOLÉON TREMBLAY</b> . . . . .	\$1.50	<b>LA CONSCIENCE DE PIERRE LAUBIER</b>	\$0.75
Geneviève de la Tour Fondue		Paule Régnier	
<b>RETOUR À LA VIGIE</b> . . . . .	\$1.00	<b>L'ABBAYE D'ÉVOLAYNE</b> . . . . .	\$1.25
Geneviève de la Tour Fondue		Raymonde Vincent	
<b>MONSIEUR BIGRAS</b> . . . . .	\$1.25	<b>CAMPAGNE</b> . . . . .	\$1.25
Louis Fréchette		Raymonde Vincent	
<b>ORIGINAUX ET DÉTRAQUÉS</b> . . . . .	\$1.25	<b>BLANCHE</b> . . . . .	\$1.25
Edmond Grignon		René Bazin	
<b>EN GUETTANT LES OURS</b> . . . . .	\$1.25	<b>MAGNIFICAT</b> . . . . .	\$1.25
Louis Fréchette, etc.		Colette Yver	
<b>CONTES D'AUTREFOIS</b> . . . . .	\$1.25	<b>CHER CŒUR HUMAIN</b> . . . . .	\$1.25
Léon Bloy		<b>COMMENT S'EN VONT LES REINES</b> . . . . .	\$1.50
<b>LE DÉSESPÉRÉ</b> . . . . .	\$1.25	<b>LES DAMES DU PALAIS</b> . . . . .	\$1.75
Z.-B. Markevitch		<b>LES SABLES MOUVANTS</b> . . . . .	\$1.75
<b>STEPPE D'UKRAINE</b> . . . . .	\$1.00	<b>PRINCESSE DE SCIENCE</b> . . . . .	\$1.75
		<b>UN COIN DU VOILE</b> . . . . .	\$1.25
		<b>VOUS SEREZ COMME DES DIEUX</b> . . . . .	\$1.35

## LITTÉRATURE

H. de Balzac		Léo-Pol Morin	
<b>TRAITÉ DE LA VIE ÉLÉGANTE</b> . . . . .	\$1.25	<b>MUSIQUE</b> . . . . .	\$2.00
Marie de Villers		Guy Sylvestre	
<b>RÉPONSE À DÉSESPOIR DE VIEILLE</b>		<b>SONDAGES</b> . . . . .	\$1.00
<b>FILLE</b> . . . . .	\$0.75	Marius Barbeau	
Leon Chancerel		<b>L'HOMME AUX TROIS FEMMES</b> . . . . .	\$1.25
<b>LES JEUX DRAMATIQUES</b> . . . . .	\$0.75	Marcel Dugas	
Rina Lasnier		<b>UN ROMANTIQUE CANADIEN: LOUIS</b>	
<b>MADONES CANADIENNES</b> . . . . .	\$3.50	<b>FRÉCHETTE</b> . . . . .	\$1.25

## HISTOIRE

René Grousset		Henri de Kerillis	
<b>HISTOIRE DE LA CHINE</b> . . . . .	\$1.50	<b>DE GAULLE DICTATEUR</b> . . . . .	\$2.00
Jean Bruchesi		Léon Marchal	
<b>HISTOIRE DU CANADA POUR TOUS,</b>		<b>DE PÉTAÏN À LAVAL</b> . . . . .	\$1.50
2 vol. . . . .	\$2.50	Kenneth Pendar	
Léon Marchal		<b>LE DILEMME FRANCE-ÉTATS-UNIS</b> . . . . .	\$2.50
<b>VILLE-MARIE. Les origines de Montréal</b>	\$1.25	Ernest Gagnon	
Abbé Charles Journet		<b>LOUIS JOLLIET</b> . . . . .	\$2.00
<b>VUES CHRÉTIENNES sur la POLITIQUE</b>	\$1.00	Major Sévigny	
Louis Rougier		<b>FACE À L'ENNEMI</b> . . . . .	\$1.25
<b>LES ACCORDS PÉTAÏN-CHURCHILL</b> . . . . .	\$2.00	Major Poulin	
		<b>696 HEURES D'ENFER avec le Royal 22e</b> . . . . .	\$1.35

EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

**OMNIVALENT  
ATOXIQUE  
INDOLORE**

1 à 4 ampoules par jour

**Lantol**

Rhodium colloïdal électrique



adopté par  
les hôpitaux  
de Paris

**GRIPPES INFECTIEUSES  
BRONCHO-PNEUMONIES  
ÉRYSIPELES  
THYPHOÏDES  
SEPTICÉMIES PUERPÉRALES  
TOUTES HYPERTHERMIES**

Laboratoires **COUTURIEUX**, 18 Avenue Hoche, PARIS

Agents pour le Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE**, 200, rue Vallée, MONTREAL.

*Dans les affections du nez et leurs complications*

# ARGÉDRINE

Ces trois éléments qui n'avaient jamais pu être associés en solution stable font de l'Argédrine (procédé spécial) un traitement très efficace de la rhinite aiguë et de ses conséquences.

## FORMULE

Nucléinate d'argent . . . 1 gm  
Ephédrine chlorhydrate . . . 1 gm  
Sérum physiologique . . . 100 gms

### ARGENT NUCLEINATE

Désinfectant puissant des muqueuses nasales et rhinopharyngées.

### ÉPHÉDRINE

Décongestionnant, vaso-constricteur d'action durable sans vaso-dilatation secondaire.

### SÉRUM PHYSIO.

Excipient isotonique spécial non irritant pour les muqueuses.

Rhumes de cerveau — Rhinopathies chroniques — Asthme — Rhumes des foies — Sinusites — Otites — Pharyngites chroniques.

Agents pour le Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE**, 200, rue Vallée, MONTREAL.

# Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

## CONDITIONS REQUISES POUR L'ACCEPTATION DES HÔPITAUX POUR LA FORMATION POSTUNIVERSITAIRE AVANCÉE

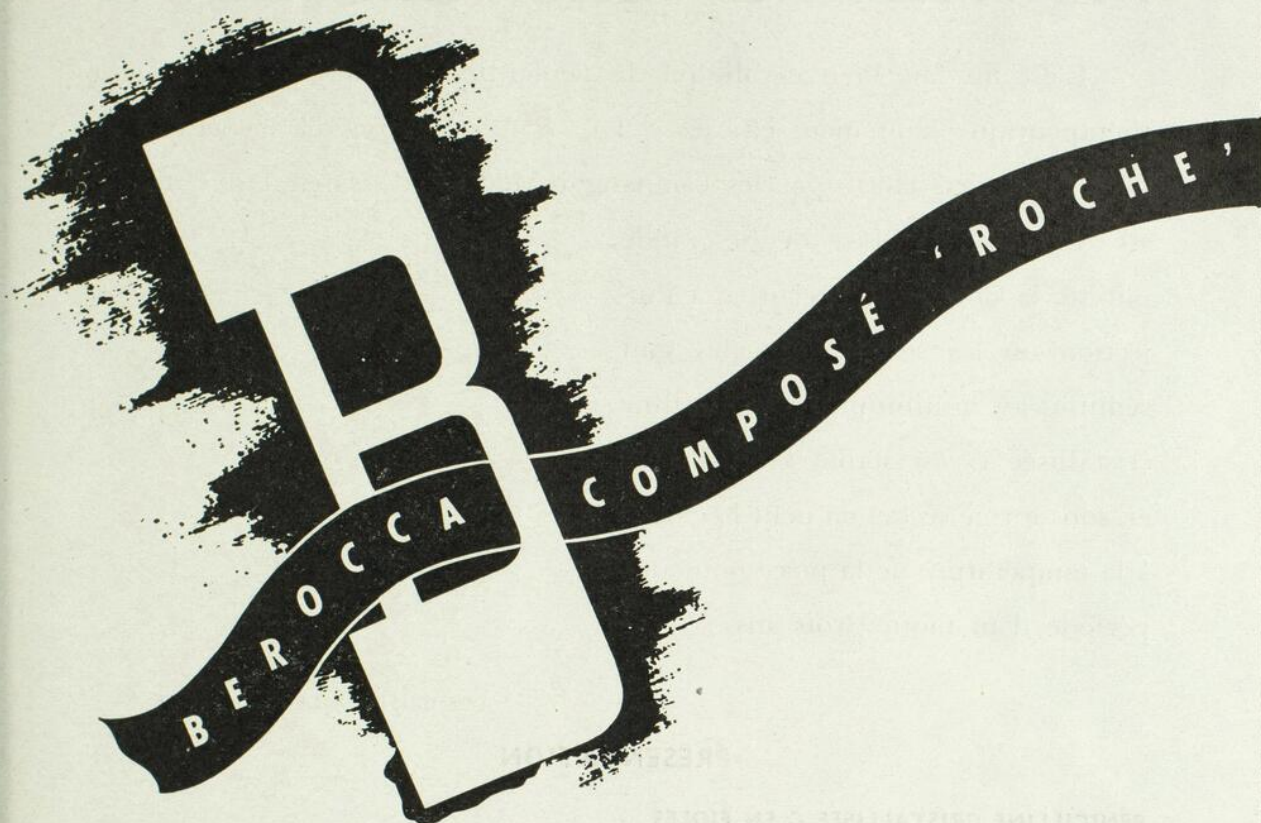
Le Comité d'Acceptation des Hôpitaux pour la Formation Postuniversitaire Avancée est maintenant prêt à recevoir les demandes d'hôpitaux canadiens pour acceptation comme institutions où puisse se faire l'entraînement requis par le Collège Royal pour le « Fellowship » en médecine et chirurgie et en spécialités médicales et chirurgicales; et les demandes de certification dans celles des spécialités que le Conseil du Collège a acceptées pour certification.

Les conditions requises pour l'acceptation d'hôpitaux pour la Formation Postuniversitaire Avancée sont les suivantes:

1. Les plans de l'hôpital doivent avoir été convenablement établis et il doit posséder des facilités et un équipement adéquats pour le soin des malades et pour la pratique de la médecine par les méthodes scientifiques.
2. Il doit y avoir des services internes et externes avec une variété de matériel clinique et un nombre de malades suffisants pour fournir à l'élève gradué l'occasion adéquate d'acquérir l'entraînement et l'expérience dans le domaine de la médecine et de la chirurgie générale, ou dans les spécialités médicales ou chirurgicales, ou les deux, pour lesquelles l'hôpital demande d'être accepté. Ces services devront être sous la direction d'un personnel médical organisé.
3. Chaque division du personnel médical interne et externe sera sous la direction d'un Chef de Service assisté d'un nombre suffisant d'aides, tous certifiés comme spécialistes. Il est désirable que les Chefs de Services et leurs assistants soient des « Fellows » du Collège Royal.
4. L'hôpital devra maintenir les départements et services spéciaux suivants:
  - (a) Facilités et personnel de laboratoire adéquats sous surveillance médicale compétente.
  - (b) Un département de radiologie convenablement équipé et sous surveillance médicale compétente.
  - (c) Un département de physiothérapie convenablement équipé et sous surveillance médicale compétente.
  - (d) Service d'infirmières, service dentaire et service de diététique bien organisés. Il est en outre des plus désirable qu'il y ait un département de thérapie professionnelle et un département de service social.
5. Des fiches médicales précises et complètes de tous les malades traités par les services de l'hôpital doivent être conservées. Le fichier doit être bien équipé et sous direction compétente.
6. Il doit y avoir autopsie complète, sous la surveillance d'un pathologiste compétent, dans au moins 25 pour cent des décès.
7. Une bibliothèque médicale adéquate doit être facilement accessible.
8. On devra tenir des conférences du Personnel Médical au moins une fois par mois pour faire la revue de son travail clinique à l'hôpital, présenter des cas, et discuter des sujets d'intérêt scientifique.
9. Par dérogation aux conditions précitées, une acceptation partielle ou intérimaire peut être accordée à des hôpitaux ne rencontrant pas pleinement toutes ces conditions.

On peut se procurer des formules de demande permettant d'énumérer en détail les facilités de l'hôpital en s'adressant à:

JOHN E. PLUNKETT, M.D., F.R.C.P.(C), Secrétaire honoraire  
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada  
150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada

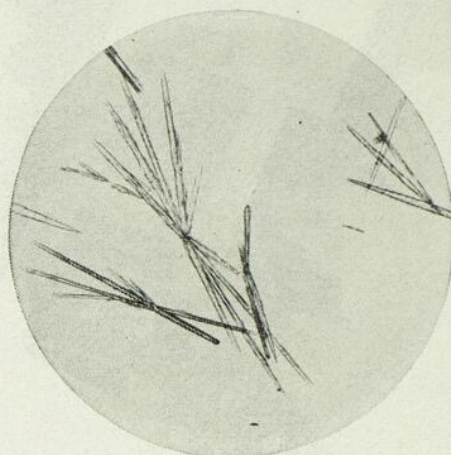


### TRAITEMENT INTENSIF MODERNE AU COMPLEXE B

De nombreux médecins ont adopté le Berocca Composé 'Roche' pour la thérapeutique au complexe vitaminiqne B. Le Berocca Composé 'Roche' renferme en quantités généreuses les vitamines B<sub>1</sub>, riboflavine, pyridoxine, nicotinamide et pantothénate de calcium, sous forme de petites dragées, faciles à prendre, bien tolérées et d'un coût modique. Deux dragées de Berocca Composé 'Roche' -chaque jour-représentent dix fois la quantité quotidienne de vitamines B recommandée par le Conseil National des Recherches des Etats-Unis. Flacons de 30, 100 et 250 dragées. HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL.

# PÉNICILLINE CRISTALLISÉE G

C'est un fait bien établi que la pénicilline G représente un agent thérapeutique hautement efficace. La forme cristallisée de la pénicilline G, préparée et offerte par les Connaught Medical Research Laboratories, est très purifiée. Grâce à cette grande pureté, la douleur consécutive à l'injection ou les réactions locales sont réduites au minimum. La pénicilline cristallisée G est stable à la chaleur et, sous forme sèche, on peut la garder à la température de la pièce pour une période d'au moins trois ans.



PHOTOMICROGRAPHIE  
DE CRISTAUX DE PÉNICILLINE

## PRÉSENTATION

### PÉNICILLINE CRISTALLISÉE G EN FIOLES

La pénicilline de potassium cristallisée G, hautement purifiée, est offerte par les Laboratoires en quantités de 100,000, 200,000, 300,000 et 500,000 Unités Internationales, en fioles scellées par un bouchon en caoutchouc. La réfrigération n'est pas nécessaire.

### PÉNICILLINE CRISTALLISÉE G DANS DE L'HUILE ET DE LA CIRE (FORMULE DE ROMANSKY)

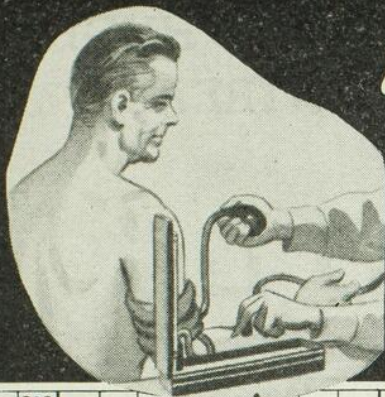
Cette forme de pénicilline sodique cristallisée G dans de l'huile d'arachides et de la cire d'abeilles, stable à la chaleur et facile à administrer, est disponible en cartouches de 1 cc. pour employer avec les seringues en plastique B-D\*, que l'on peut jeter après usage, ou pour remplacer par les seringues-Cartouches en métal B-D\*. Chaque cartouche de 1 cc. contient 300,000 Unités Internationales de pénicilline sodique cristallisée G.

\* Nom déposé de Becton, Dickinson & Co.

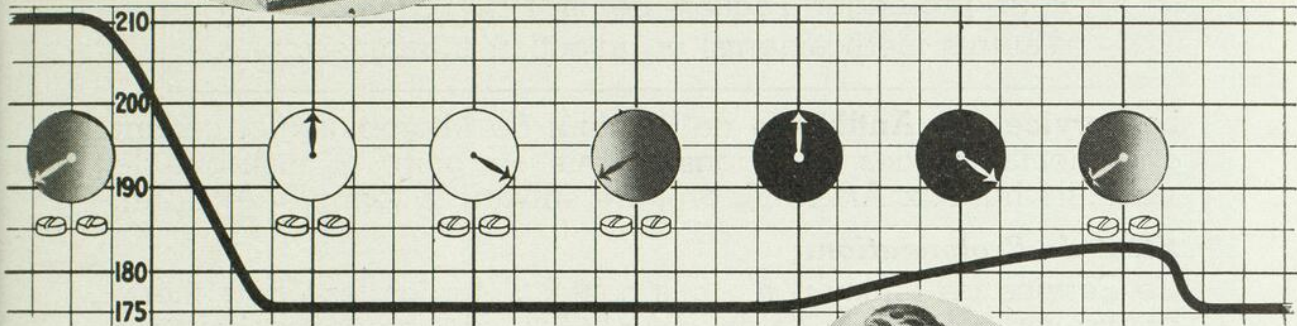
### PÉNICILLINE CRISTALLISÉE G EN COMPRIMÉS PAR VOIE ORALE

Les comprimés de pénicilline sodique cristallisée G sont distribués par les Laboratoires, en tubes de 12. Ils sont offerts en deux teneurs, 50,000 et 100,000 Unités Internationales par comprimé. La réfrigération n'est pas nécessaire.

CONNAUGHT MEDICAL RESEARCH LABORATORIES  
University of Toronto  
Toronto 4, Canada



*Vie plus Normale pour les*  
**HYPERTENDUS**  
*grâce au*  
**NITRANITOL**



La vaso-dilatation soutenue et prolongée qu'assure le Nitranitol permet de *maintenir* la pression artérielle à des niveaux sûrs, compatibles avec l'accomplissement de la tâche quotidienne.

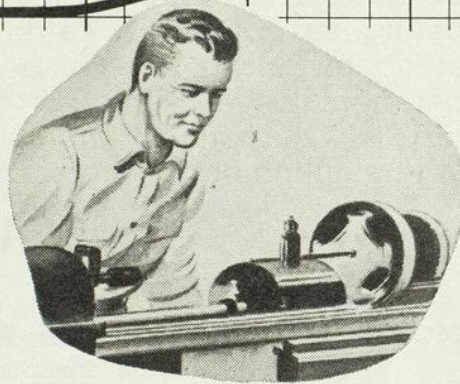
L'action du Nitranitol est:

**GRADUELLE** — évite les « écarts brusques » de la pression artérielle.

**PROLONGÉE** — chaque dose prolonge l'effet de la précédente.

**SÛRE** — permet de poursuivre le traitement thérapeutique indéfiniment, sans interruption.

Le Nitranitol — contenant  $\frac{1}{2}$  gr. d'hexanitrate de mannitol par comprimé biséqué — est vendu sur ordonnances, en flacons de 100 et 1000 comprimés.



**NITRANITOL**

*avec*

**PHÉNOBARBITAL**

contient  $\frac{1}{4}$  gr. de phénobarbital avec  $\frac{1}{2}$  gr. d'hexanitrate de mannitol. En comprimés biséqués, flacons de 100 et de 1,000.



"Nitranitol" est une marque déposée de The Wm. S. Merrell Company.

**THE WM. S. MERRELL COMPANY**

**CINCINNATI, E.-U. A.**

DÉPÔT CANADIEN — 1705 ST. CLAIR AVE. W., TORONTO, ONT.

# INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Excipient huileux

(sans but lucratif)

## “ ARACOL ”

Pour prolonger l'action de la PÉNICILLINE (et d'autres médicaments) en injection intramusculaire.

Le **Service des Antibiotés** de l'Institut de Microbiologie, cédant à la demande des praticiens, a mis au point et distribué le véhicule huileux ARACOL préparé suivant la formule de Cohn.

### *Effet de Prolongation.*

Ce Service de l'Institut n'a pas cessé d'étudier les effets thérapeutiques obtenus à l'aide d'ARACOL, de produits similaires et de mélanges à base de cire d'abeille. Ces recherches expérimentales et cliniques démontrent et confirment la valeur d'ARACOL pour le prolongement de l'action antibiotique de la Pénicilline et des médicaments.

## L'ARACOL

est:

- COMMUNE.** Il suffit de fluidifier ARACOL à la chaleur de la main. S'émulsionne instantanément si on observe scrupuleusement la technique recommandée. S'injecte aisément sans danger de briser les seringues. Une émulsion bien faite peut se conserver 24-48 heures à la glacière.
- INDOLORE.** L'addition d'un analgésique rend l'injection indolore. Aracol se résorbe sans laisser de traces.
- ÉCONOMIQUE.** Économise le temps du médecin par la réduction du nombre d'injections journalières de Pénicilline — une ou deux injections par jour suffisent. Coût négligeable et le plus bas de tous les excipients similaires. Cette méthode diminue les frais et les inconvénients du traitement pour le patient.

**IMPORTANT** — Bien mesurer les quantités à la seringue:  
1 cc. d'eau pour dissoudre la Pénicilline.      3.5 cc. d'Aracol liquéfié à douce chaleur.

•  
FORMULE SUPÉRIEURE ET ÉPROUVÉE  
•

Distributeurs:

**MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE**

1215, rue St-Denis — Montréal, 18

## URICLARINE

*Antiseptique entéro-rénal et biliaire  
à base de Chlorure d'Ammonium, Hexaméthylène  
tétramine et Salicylate de Phényle (Salol).*

Infections urinaires.

---

## TREPHONYL du Dr Roussel

*Ampoules buvables.  
Extrait de Foie frais embryonnaire. Sérum hémopoïétique.*

Régénérateur de la cellule.

---

## SALICYLNA

*Comprimés dosés à 0 Gr. 50 de Salicylate de Soude  
chimiquement pur.*

Toutes les indications du Salicylate.

---

## EUTENSYL

Régulateur de l'hypertension.

---

## GOUTTES I.A.M.

*Iode, Arsenic et Manganèse.*

Tonique puissant et d'effet rapide.

---

## VULCASE

*Comprimés.*

Dépuratif soufré.

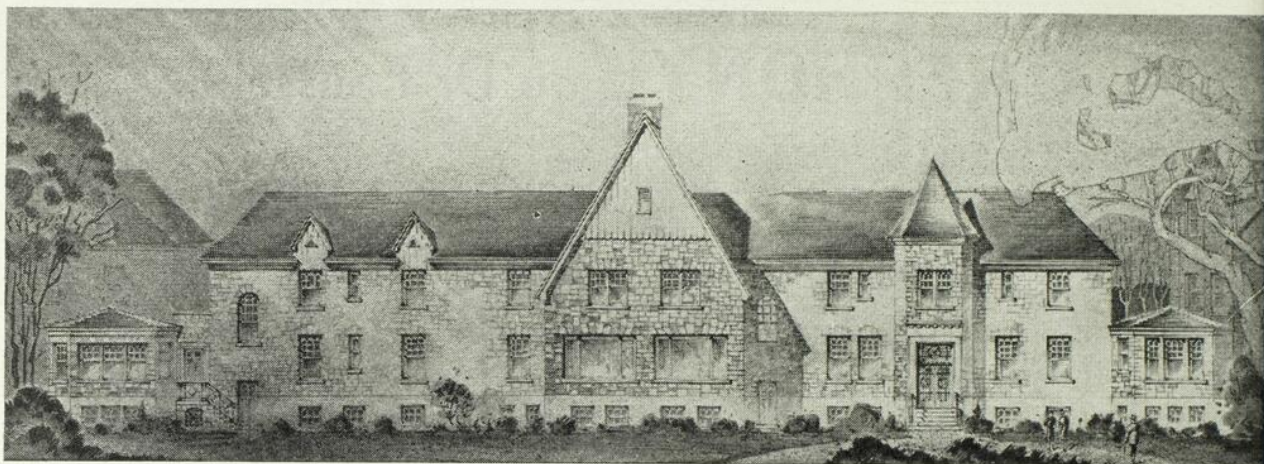
---

**J. EDDÉ Limitée**

Edifice New Birks,

**MONTRÉAL**

# SANATORIUM PRÉVOST



La maquette ci-dessus est la façade, côté boul. Gouin, de la nouvelle bâtisse actuellement en construction qui réunira les deux anciens pavillons. Ceux-ci sont en voie de complète rénovation et l'un d'eux est déjà ouvert aux malades.

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, Paul Larivière, Emile Legrand, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

Consultants: Drs Fernand Charest, René Dandurand, 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 ★

“Spécialités Bio”

# CHOLIBILE

**CHOLÉRÉTIQUE**

**LAXATIF — DÉSENSIBILISANT**

ac. déhydrocholique 0.25 gm.  
cascara sagrada . . . 0.05 gm.  
thiamine (B<sub>1</sub>) . . . . . 5 mgm.

---

## CHOLIBILE (*faible*)

ac. déhydrocholique 0.10 gm.  
cascara sagrada . . . 0.02 gm.  
thiamine (B<sub>1</sub>) . . . . . 2 mgm.

**Laboratoire BIO-CHIMIQUE Limitée**

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

425, rue River,

Montréal 19, P. Q.

## G-E X-RAY EST FIER D'ANNONCER

### LA PLUS RÉCENTE ADDITION À LA FAMILLE

**La Lampe Ultra-violette Modèle Prescription G-E qui offre tous les avantages des qualités et du service G-E X-Ray dans une nouvelle lampe ultra-violette à prix modique.**

Cette nouvelle lampe, d'un prix économique, est munie du célèbre brûleur en quartz à vapeur de mercure sous haute pression G-E Uviarc — d'un fonctionnement économique et possédant des caractéristiques d'émission couvrant toute l'étendue de l'ultra-violet thérapeutique. Le brûleur Uviarc, connu depuis longtemps des usagers des types professionnels de lampes G-E, émet une radiation intense et uniforme couvrant toutes les bandes spectrales d'une valeur clinique prouvée.

La cage du brûleur, de construction compacte et robuste, est montée sur un Bras Flottant Dazor. D'une souplesse fabuleuse et quasi humaine, ce bras remarquable peut être actionné du bout des doigts et permet de régler la position de la lampe avec une rapidité et une simplicité étonnantes. Que vous releviez ou abaissiez le brûleur ou lui fassiez décrire un arc, il se fixe dans la position où vous le laissez — et il y demeure tant que vous ne l'en dérangez pas. Pas de serrage, pas de long réglage. Cette caractéristique révolutionnaire facilite la mise en place rapide de la lampe et permet un jeu étendu de distances pour le traitement.

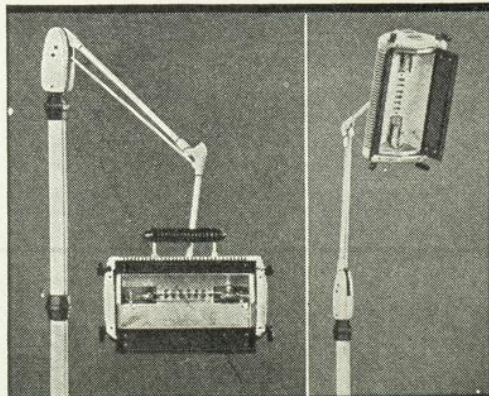
*Projetez dès maintenant de faire bénéficier vos malades de l'ultra-violet d'un bout de l'année à l'autre, grâce à la Lampe Ultra-violette G-5, Modèle Prescription. Découpez le coupon dès aujourd'hui et envoyez-le au plus proche bureau de la Victor X-Ray Corporation of Canada, Limited.*



#### VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.

DISTRIBUTORS FOR GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION

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



**R** Je vous prierais de m'envoyer des renseignements détaillés sur votre nouvelle Lampe Ultra-violette, Modèle Prescription.

Nom.....

Adresse.....

Ville.....

Etat ou Province.....

“Spécialités Bio”

# BISULFA

(dragées)

SULFADIAZINE 0.25 gm.  
SULFATHIAZOLE 0.25 gm.

- TOXICITÉ MOINDRE
- CRISTALLISATION RÉNALE RÉDUITE
- EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE MAINTENUE

\* **BISULFA infantile**

COMPRIMÉS AROMATISÉS  
DEMI-DOSE

Bibliographie:

Lehr, D.: Proc. Soc. Exper. Biol and Med.,  
58, 11, 1945.

Lehr, D.: Jour. Pediatrics, sept. 1946.

## Comprimés **RHINIPHEN**

**CORYZA, FIÈVRE DES FOINS, MIGRAINE**

Acide Acétylsalicylique ..... 5 grains  
Acide Ascorbique ..... 25 mg.  
dl-désoxyéphédrine HCl ..... 0.625 mg.  
Menadione (vit. K) ..... 0.25 mg.

**ANALGÉSIQUE, ANTI-HÉMORRAGIQUE, ANTIPYRÉTIQUE**

# Laboratoire **BIO-CHIMIQUE** Limitée

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

425, rue River

Montréal 19, P. Q.



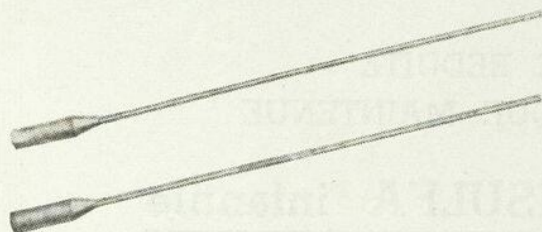
## L'INDISPENSABLE EN MÉDECINE MODERNE

Du Radium hautement purifié est présenté en aiguilles, en tubes et en plaques de toutes dimensions pour fins médicales.

Excellent service d'inspection, de réparation et de reconditionnement de votre stock actuel de RADIUM. Transfert du RADIUM d'appareils défectueux à des appareils de formes et de dimensions nouvelles.

Toutes les succursales tiennent une ligne complète d'Accessoires.

Les Physiciens et les Chimistes très compétents de cette Maison sont pleinement qualifiés pour vous aider à choisir les appareils de RADIUM convenant le mieux à vos besoins.



**(A) Applicateur Nasal - Modèle Burnham Crowe**

Amélioration relativement récente qui s'est avérée très précieuse en rhinopharyngothérapie. Le tube, construit en Monel, a les dimensions suivantes: épaisseur 0.3 mm., longueur radio-active 15 mm., longueur extérieure 21 mm. et diamètre extérieur 2.3 mm.

Fixé à une poignée semi-rigide.

**(B) Applicateur Nasal**

Semblable en tous points au précédent sauf que la poignée est amovible. Ce tube est pourvu de trous taraudés pour en permettre l'utilisation à d'autres fins.

Pour plus amples informations, s'adresser à  
n'importe quel bureau de



**X-ray AND Radium**  
INDUSTRIES LIMITED



261 DAVENPORT RD. - TORONTO 5

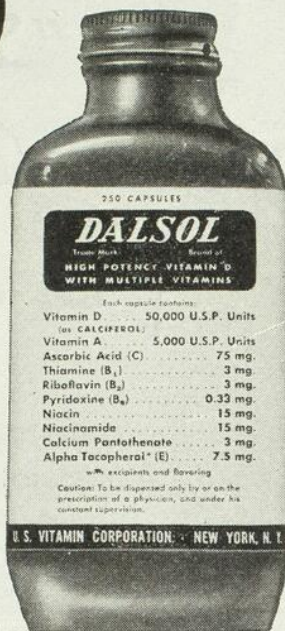
QUÉBEC - MONTRÉAL - WINNIPEG - EDMONTON - CALGARY - VANCOUVER

# DALSOL

(U. S. VITAMIN)

Chaque capsule DALSOL contient:

Vitamine D	50,000 Unités Int.
(sous forme de CALCIFÉROL)	
Vitamine A	5,000 Unités Int.
Acide Ascorbique (C)	75 mg.
Thiamine (B <sub>1</sub> )	3 mg.
Riboflavine (B <sub>2</sub> )	3 mg.
Pyridoxine (B <sub>6</sub> )	0.33 mg.
Niacine	15 mg.
Niacinamide	15 mg.
Pantothénate de Calcium	3 mg.
Alpha-Tocophérol (E)	7.5 mg.



Parce qu'il réunit la vitamine D (Calciférol) à dose massive et la polyvitaminothérapie intensive, le DALSOL constitue un important adjuvant de la nutrition optimum essentielle au bien-être de l'arthritique.

Le DALSOL peut aider à:

1. satisfaire les besoins supra-normaux en vitamines,
2. fournir les effets thérapeutiques que peuvent produire les vitamines,
3. diminuer la vulnérabilité des articulations atteintes aux déficiences,
4. combattre la dysfonction gastro-intestinale, la fatigue, la perte de poids, la nervosité, l'anémie, dans la mesure où ces symptômes sont dus à des avitaminoses.

**Soutien Multi-Nutritif**  
comme Thérapeutique adjuvante  
**dans l'Arthrite**

Flacons de 100, 250, 500 et 1000 capsules

Notices et échantillons médicaux.

U. S. VITAMIN CORPORATION - 250 East 43rd St. - New York 17, N. Y.  
Distributeurs canadiens exclusifs: FRED. J. WHITLOW & CO., LTD., "S" Building, Malton, Ont.



*"Docteur,  
un service  
en attire un autre*

Vous avez recommandé à maman de se servir des produits Baby's Own. A son tour, maman les recommande à toutes les mères qu'elle connaît."

Le savon, l'huile et la poudre Baby's Own sont faits expressément pour une peau sensible. Ils sont purs, doux et nullement irritatifs. Ils sont fabriqués minutieusement, au moyen de procédés strictement hygiéniques, par la compagnie J. B. Williams of Canada, qui se spécialise depuis plus de 75 ans dans la fabrication de produits de toilette pour bébés.

Vous pouvez donc recommander les produits Baby's Own en toute confiance.



**THE J. B. WILLIAMS CO. (CANADA) LIMITED**  
La Salle, Montréal



# Flexibilité de la Formule - dans tous les cas d'alimentation infantile

UN des avantages exceptionnels du nouveau DRYCO amélioré est son extraordinaire flexibilité.

Ceci est basé sur la teneur élevée en protéines et faible en matières grasses, 2.7 pour 1, sa valeur élevée au point de vue vitaminique, la grande digestibilité, la sûreté au point de vue bactériologique, les propriétés nutritives et la composition invariable du DRYCO.

La solubilité immédiate du

DRYCO dans l'eau froide ou chaude et son économie augmentent son utilité et l'accueil universel dont il jouit.

DRYCO sert à l'alimentation pratique des bébés normaux et à l'alimentation spéciale des nouveau-nés, prématurés, bébés souffrant de dénutrition, convalescents ou malades.

Il peut s'employer seul, avec un hydrate de carbone, avec du lait, ou avec du lait et un hydrate de carbone. Il a une haute teneur en vitamines A,

B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, et D, ainsi qu'en sels minéraux essentiels du lait.

Les quantités de vitamines A et D sont équivalentes ou supérieures aux besoins minima établis pour les bébés normaux. Le contenu en vitamine D accru suffit pour protéger contre le rachitisme et assurer la meilleure croissance possible.

Vendu dans les pharmacies, DRYCO élimine les retards et les changements de formules inutiles.

Nouveau **DRYCO** Amélioré



**Produits d'Ordonnances qui donnent du Prestige**  
pour l'alimentation des bébés, enfants et adultes

SOY



—produit hypoallergique émulsifié, à base de fèves de soya, qui remplace le lait de vache.

**LAIT ÉVAPORÉ BORDEN'S**



—fortifié de vitamine D par irradiation directe. Il n'est pas de meilleur lait en boîtes.

**KLIM—LAIT COMPLET EN POUVRE**



—Très employé pour l'alimentation infantile les régimes spéciaux (notamment l'ulcère peptique), et comme lait de qualité supérieure.

**LAIT EN POUVRE CMP À L'ACIDE LACTIQUE**



—Employé par des milliers de médecins parce qu'il est le lait à l'acide lactique le plus uniforme que l'on puisse obtenir.

**LAIT PROTÉINÉ CMP EN POUVRE**



—Utile dans le traitement de la diarrhée fermentescente, la diarrhée d'été, l'intoxication intestinale aiguë, l'indigestion intestinale chronique, la dénutrition, et pour les bébés prématurés et nouveau-nés.

**DIVISION DES PRODUITS BORDEN'S POUR ORDONNANCES**  
SPADINA CRESCENT — TORONTO 4 — ONTARIO

“Avez-vous jamais soumis un pain de savon à votre diagnostic, docteur?”



Ivory le fait  
... au moyen  
de 216 épreuves  
de qualité,  
de pureté  
et de douceur.

**I**L faut voir avec quel soin Procter & Gamble traite le savons! Voyez-vous, chaque pain de savon que nous fabriquons bénéficie des longues années d'expérience d'Ivory. C'est pourquoi on apporte un soin spécial à choisir des graisses et d'autres matières premières de haute qualité. Et c'est pourquoi on a recours à 216 épreuves distinctes pour garantir la qualité de chaque lot de savon Ivory.

Il en résulte un savon sans aucun colorant, ni parfum fort, ni impureté sus-

ceptible d'irriter la peau tendre des bébés. Et après ces 216 épreuves qui assurent la qualité, la pureté et la douceur de l'Ivory, des recherches comportant des milliers de cutiréactions fournissent une double garantie de la sécurité de l'emploi de l'Ivory.

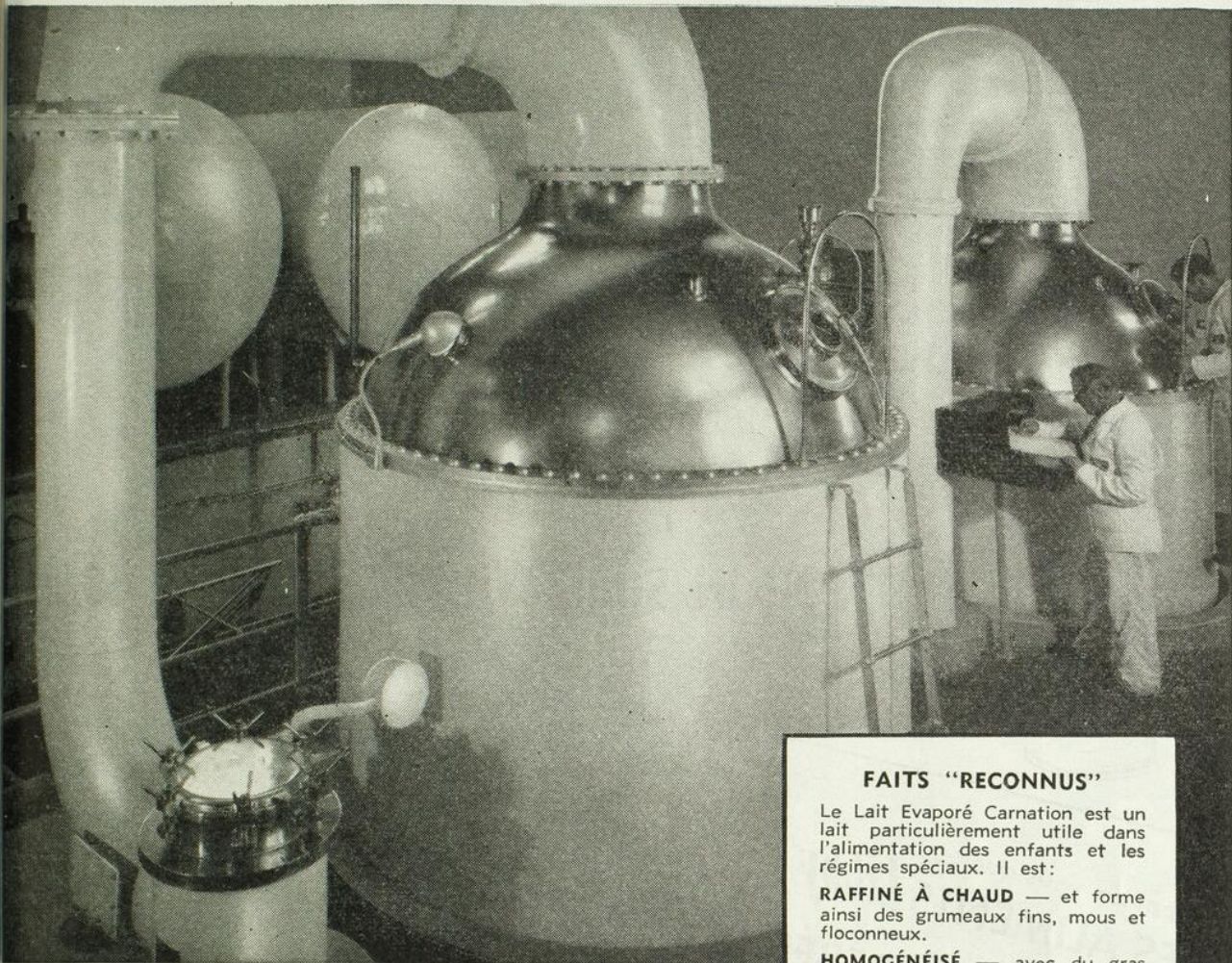
Voilà ce qui a fait du Savon Ivory le type de pureté et de douceur pour des millions de personnes... et ce qui vous permet de le recommander en toute confiance.

99 <sup>44</sup>/<sub>100</sub> pour cent Pur - Il flotte

FABRIQUÉ AU CANADA



# Haut comme 3 Monts Everest



Calculée en fonction de la pression atmosphérique, l'« altitude » du lait dans ces évaporateurs à vide Carnation est d'environ *dix-sept milles* ! Dans cette stratosphère artificielle le lait bout vigoureusement à une tiède température de 130° F. Alors que l'excès d'eau s'évapore, les propriétés nutritives sont sauvegardées . . . Le contrôle rigoureusement scientifique exercé sur ce procédé dans les usines d'évaporation Carnation est une des raisons qui justifient la confiance inébranlable du corps médical dans la qualité et l'uniformité du Lait Evaporé Carnation.

## FAITS "RECONNUS"

Le Lait Evaporé Carnation est un lait particulièrement utile dans l'alimentation des enfants et les régimes spéciaux. Il est :

**RAFFINÉ À CHAUD** — et forme ainsi des grumeaux fins, mous et floconneux.

**HOMOGENÉISÉ** — avec du gras de beurre finement divisé qui rend l'assimilation facile.

**FORTIFIÉ** — irradié pour donner une activité vitaminique D de 400 unités internationales par chopine.

**UNIFORMISÉ** — pour assurer une teneur constante en gras et en matières solides totales.

**STÉRILISÉ** — après avoir été scellé hermétiquement. Ceci le garantit contre la contamination bactérienne et diminue considérablement le risque de réactions allergiques.



le Lait que TOUT MÉDECIN CONNAIT

"Provenant de vaches bien nourries"

# Libby's



**LAIT ÉVAPORÉ  
HOMOGENÉISÉ  
IRRADIÉ**

**POUR UNE PROTECTION SÛRE CONTRE LE RACHITISME**



Rappelez-vous que . . .  
**LES ALIMENTS Libby's  
POUR BÉBÉS**

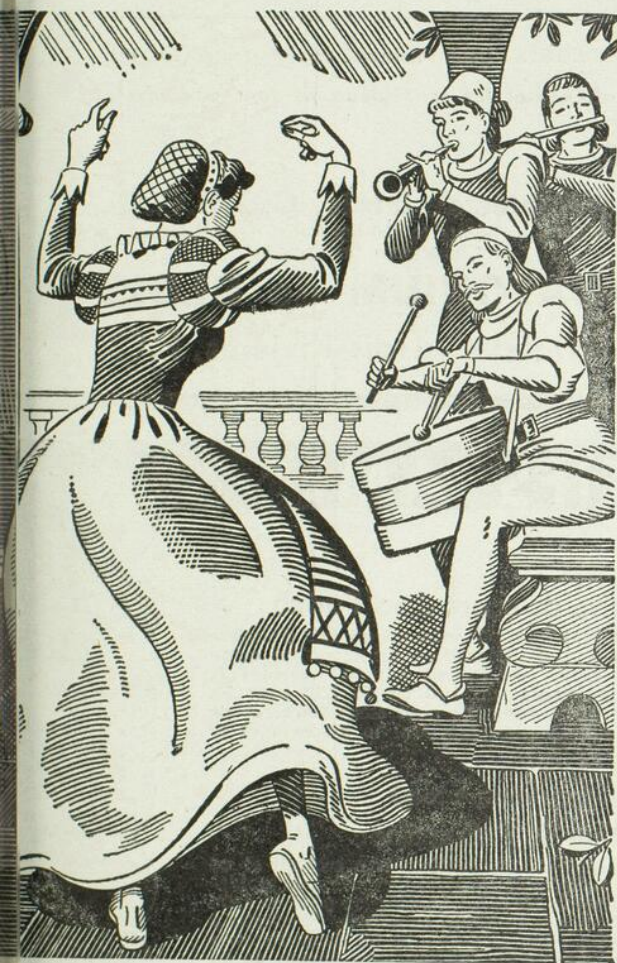
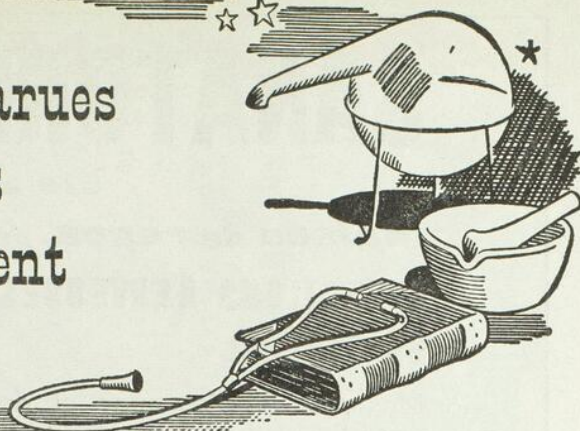
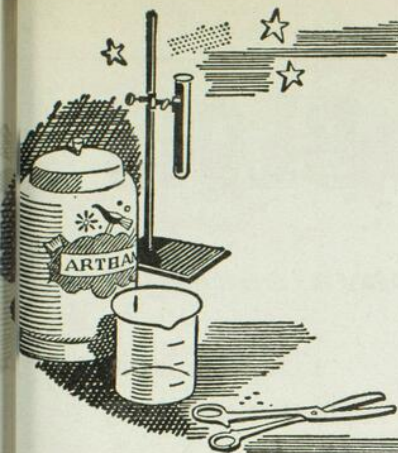
sont les seuls qui soient  
**HOMOGENÉISÉS  
POUR UNE  
DIGESTION PLUS FACILE**

Une protection rationnelle contre le rachitisme et une dose appropriée de Vitamine D possédant une efficacité optimum sont assurées, sans plus de fais ni d'effort pour la maman, quand c'est le Lait Evaporé Libby's qui est spécifié comme base de l'alimentation de son bébé.

Le Lait Libby's est fortifié avec 400 Unités U.S.P. de Vitamine D — la même vitamine que celle qui se trouve en abondance dans les huiles de foie de poisson. Il est aussi Homogénéisé de façon que les globules gras soient brisés en particules aussi fines que celles du lait de femme et que sa digestion soit facilitée.

**LIBBY, McNEILL AND LIBBY OF CANADA, LIMITED**  
CHATHAM ONTARIO

# Erreurs disparues et autres qui survivent



Pour traiter les piqûres de tarentule venimeuses au 15<sup>ème</sup> siècle, en Italie, on appelait les musiciens du village qui jouaient quelque chose de gai sur un hautbois, une flûte et un tambour. Le rythme joyeux était supposé guérir la victime — de la Tarentelle!

Beaucoup de gens modernes croient qu'il est dangereux de laisser les aliments dans une boîte ouverte.

C'est une erreur car, comme le déclare le Ministère de l'Agriculture des Etats-Unis: "Il n'y a pas plus de danger à garder les aliments dans leur boîte — si celle-ci est couverte et mise au frais — qu'il y en a à les vider dans un autre récipient."

CANCO

## AMERICAN CAN COMPANY

MONTRÉAL • HAMILTON • TORONTO • VANCOUVER

AUCUN AUTRE RÉCIPIENTE NE PROTÈGE COMME LA BOÎTE MÉTALLIQUE

# SANATORIUM de BLOIS

51e année d'existence

**Maison de repos, de régime et de convalescence**

## AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.) Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violet, etc., etc.

Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

•  
PROSPECTUS ILLUSTRÉ  
SUR DEMANDE

•  
Téléphone 3420

MÉDECIN-DIRECTEUR . . . Dr Charles de BLOIS

DIRECTEUR-ADJOINT . . . Dr Georges de BLOIS

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEILLEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

*Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.*

**Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.**

Spécialiste agréé par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

**SANATORIUM de BLOIS**

225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.

## COMPRIMÉS RÉACTIFS AMES



### CLINITEST

Pour l'analyse qualitative du sucre dans l'urine

Clinitest constitue le plus récent perfectionnement en fait d'analyse basée sur la réduction du cuivre. Le Réactif — un comprimé qu'on laisse tomber dans l'urine diluée — fournit automatiquement la chaleur requise. Présenté en flacons de 100 ou de 250 pour les hôpitaux; sous forme d'ensembles complets pour laboratoires et de nécessaires de poche spéciaux en plastique pour le médecin et le malade.

### ALBUTEST (auparavant Albumintest)

Pour l'analyse qualitative de l'albumine

Pour une analyse rapide et sûre — non toxique, non corrosif et ne nécessitant pas de chaleur. Le Comprimé Albutest se dissout rapidement dans l'eau et fournit ainsi le réactif. La réaction peut se faire selon les deux méthodes d'analyse: turbidité et cernes. S'adapte à tous les besoins de laboratoire. Les médecins et les fonctionnaires des services d'hygiène peuvent le porter sur eux. En flacons de 36 et de 100 comprimés.

### HEMATEST

Pour l'analyse qualitative du sang

Méthode simple et sûre pour découvrir le sang dans les fèces, les urines et autres humeurs de l'organisme. L'échantillon est placé sur le papier filtre et un Comprimé Hematest est mis au centre de la surface humide; deux gouttes d'eau sont alors placées sur le Comprimé. La coloration en bleu du papier filtre indique la présence de sang. Très utile pour le médecin, le fonctionnaire des services d'hygiène et le technicien de laboratoire. En flacons de 60 comprimés avec papier à filtrer.

Les produits Ames se vendent chez les fournisseurs de produits pharmaceutiques ou d'articles chirurgicaux.  
Littérature sur demande.



Concessionnaires exclusifs pour le Canada:

FRED. J. WHITLOW & CO. LTD., • "S" Bldg., Malton, Ont

**AMES COMPANY, INC. Elkhart, Indiana, U.S.A.**

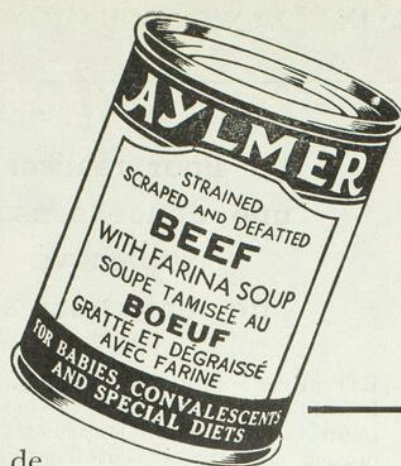
*pour*  
L'ANALYSE  
DU  
SUCRE  
DANS L'URINE

*pour*  
L'ANALYSE  
DE  
L'ALBUMINE

*pour*  
L'ANALYSE  
DU  
SANG  
OCULT

# BOEUF Gratté

Un Nouveau produit AYLNER



<b>Enfants normaux</b>	Quand vous désirez une protéine de bœuf bien tolérée, facile à introduire dans l'alimentation du bébé normal qui commence à manger de la viande.
<b>Cas spéciaux</b>	Quand vous voulez la meilleure qualité, du bœuf sélectionné par le gouvernement, pour prescrire des régimes spéciaux — comme dans les affections intestinales ou pour les petits, souffrant d'embaras gastriques.
<b>Enfants en convalescence</b>	Quand vous voulez du bœuf finement tamisé, beaucoup mieux qu'il est possible de le faire à la maison, et qui sera facile à digérer par les enfants relevant de maladie ou après une intervention chirurgicale.
<b>Malades adultes</b>	Quand vous voulez du bœuf spécialement cuit et préparé pour vos malades adultes atteints d'anémie, d'ulcères peptiques, de cœlite — ou en convalescence après opération buccale ou abdominale.
<b>Personnes âgées</b>	Quand vous voulez un mets au bœuf, facile à préparer et prêt à servir, approprié pour les malades âgés dont le système digestif est délicat.

*Les médecins trouveront le BŒUF GRATTÉ AYLNER supérieur — parce qu'il est tamisé plus finement qu'on ne peut le faire à la maison — et cuit à la température voulue avec une petite quantité de farine (6.5%) qui y est ajoutée pour absorber et garder les jus naturels de viande. Un produit agréable et savoureux. Bien toléré. Economique — parce qu'il élimine le gaspillage de bifteck lorsqu'il est préparé à la maison.*

## BOEUF

GRATTÉ ET DÉGRAISSÉ  
AVEC FARINE

# AYLNER

Le bœuf sélectionné par le gouvernement, gratté et tamisé, est cuit avec une petite quantité de farine afin d'absorber et garder les jus de viande. Un soupçon de sel y est ajouté pour en rehausser la saveur.

POUR DES ÉCHANTILLONS GRATUITS . . .

écrivez à

Canadian Cannery Ltd., Hamilton, Canada

LES FUTURS CITOYENS DU CANADA MÉRITENT LA QUALITÉ AYLNER . . .

**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 Mercurisalicilate 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

**J.-O. GIROUX**  
Optométriste-Opticien

*Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris*

**LUNETTES, LORGNONS  
VERRES OPHTALMIQUES**

**Assisté d'optométristes  
et opticiens diplômés**

Pour rendez-vous

PLateau 5151, Local 29

BUREAUX CHEZ

**Dupuis Frères**  
LIMITÉE

MONTREAL

## LA PRESSE MÉDICALE

Masson, éditeur de l'Académie  
de Médecine de Paris

Abonnement un an  
(72 fascicules), \$7.50

Tarif de toutes autres revues: annales, archives  
médicales et chirurgicales, envoyé sur demande  
en écrivant aux:

**Messageries France Canada**

5466, avenue du Parc

Montréal, P. Q.

Téléphone: TAlon 3620

# PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

## . . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

## Important

pour

**vos comptes passé dus**

**Pourquoi les accumuler au risque de subir des pertes considérables?**

- Règlement effectué de manière à garder l'estime de votre client.
- Reconnaissance de compte signée, payable avec intérêt.
- Après règlement, votre client vous paiera directement.

Un essai vous convaincra de la valeur de ce nouveau service.

AUCUN FRAIS SANS RÉSULTAT.

## LE CONCILIEUR ENRG.

Léo VALIQUETTE, prop.

Expérience de vingt-cinq ans comme gérant de crédit chez N. G. Valiquette Limitée.

720, rue Mentana

FR. 6375.

LA

## BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est la banque du public aussi bien que la banque des hommes d'affaires.

Le gérant de succursale se tient à votre entière disposition, qu'il s'agisse de dépôts, d'emprunts personnels, de remises, de recouvrements ou de toute question d'ordre financier au sujet de laquelle vous désiriez le consulter.

Actif, environ \$350,000,000

527 bureaux au Canada  
65 succursales à Montréal

"Les enfants ont besoin de quatre fois plus de protéines par livre de poids du corps que les adultes."\*

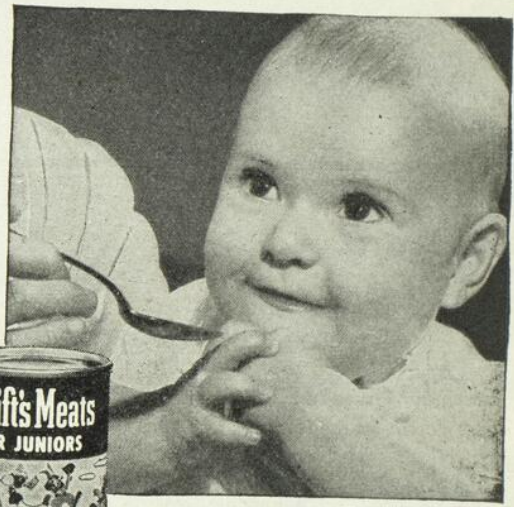
"La viande, préparée d'une façon appropriée, peut être donnée à tout âge."\*

# Les bébés confiés à vos soins peuvent maintenant avoir de la **VIANDE** "préparée d'une façon appropriée"

par **Swift Canadian Co. Limited**

## PASSÉES AU TAMIS, pour jeunes bébés COUPÉES EN DÉS, pour enfants

Voici une amélioration importante dans le domaine de l'alimentation infantile. Les Viandes Swift's Passées au Tamis et les Viandes Swift's Coupées en Dés sont "préparées d'une façon appropriée" pour aider les jeunes bébés et les enfants à obtenir les protéines complètes et de haute qualité dont ils ont besoin. Vous pouvez maintenant, en toute sécurité, recommander d'inclure la viande de bonne heure dans le régime alimentaire, avec l'assurance que les mamans pourront suivre vos instructions sans avoir l'ennui de déchiqueter la viande et de la passer au tamis. Les Viandes Swift's se vendent sous deux formes différentes—Passées au Tamis et Coupées en Dés—et il y en a six sortes: boeuf, agneau, coeur, porc, veau et foie. Elles sont préparées avec des viandes maigres inspectées par le Gouvernement et soigneusement parées. Elles ont été mises au point après des années de recherches poursuivies en collaboration avec des pédiatres, et sont préparées avec un soin méticuleux, sous une surveillance sévère. Au cours d'essais réels, il a été démontré que ces viandes furent bien tolérées par les bébés à qui elles furent données.



**6 VIANDES PASSÉES AU TAMIS—  
6 VIANDES COUPÉES EN DÉS**  
Boeuf Coeur Agneau Foie  
Porc Veau



### POUR BÉBÉS— Viandes Passées au Tamis

Spécialement conçues pour que les jeunes bébés les mangent et les digèrent facilement, les Viandes Swift's Passées au Tamis sont soigneusement parées (leur teneur moyenne en matières grasses est de moins de 4½%) et cuites à point. Elles sont molles, humides et lisses. On y ajoute un soupçon de sel (moins de 1%) pour rehausser la saveur naturelle de la viande. Elles sont soigneusement préparées de façon à conserver le maximum d'éléments nutritifs.



### POUR ENFANTS— Viandes Coupées en Dés

Ces viandes, pour bébés un peu plus âgés, sont coupées en dés et cuites; tout le jus naturel de la viande est conservé. Chaque cube, d'environ ¾", est suffisamment ferme pour encourager la mastication. Six viandes différentes qui aident le bébé à acquérir une expérience variée en fait de saveur, expérience qui servira, plus tard, de base à de bonnes habitudes alimentaires.

Permettez-nous de vous envoyer un livret contenant des renseignements complets sur les Viandes Swift's pour Bébés et les Viandes Swift's pour Enfants, ainsi que des échantillons. Vous n'avez qu'à écrire à: Swift Canadian Co. Limited, Dept. B.M.F., Toronto 9, Ontario.

\*Sources de renseignements fournis sur demande.



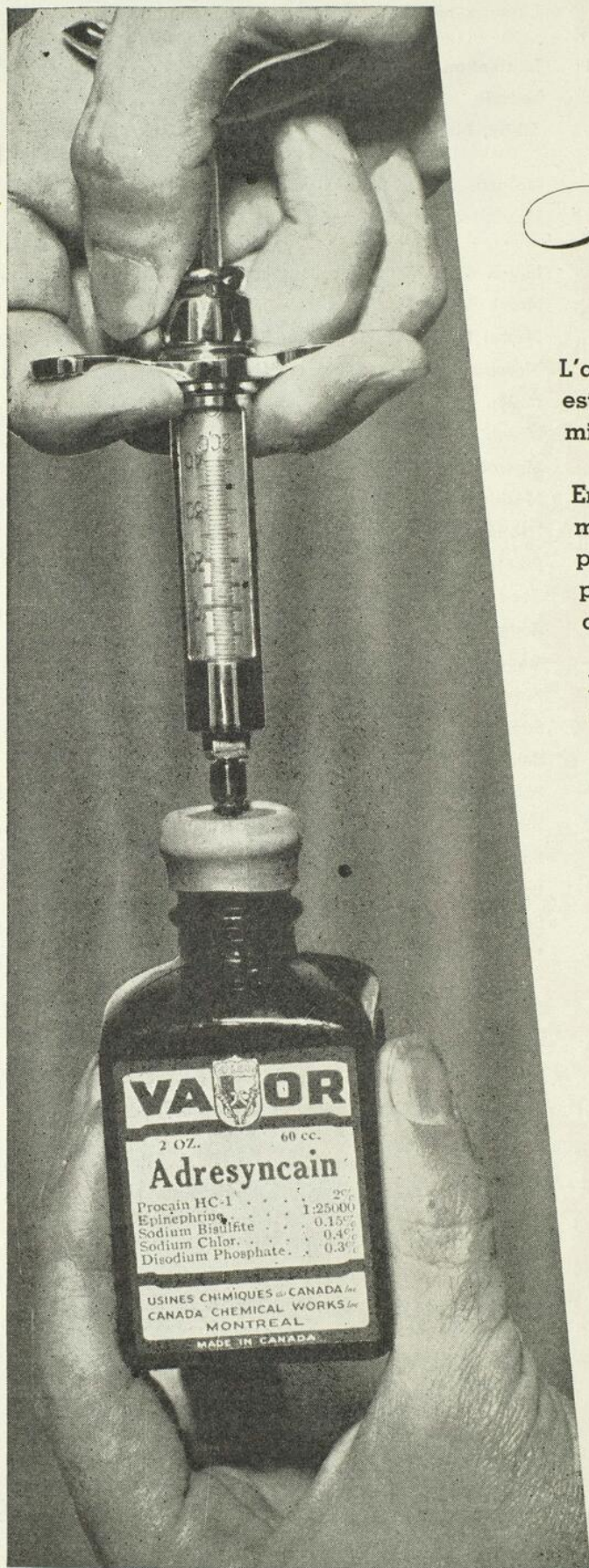
Toutes les déclarations concernant l'alimentation qui sont contenues dans cette annonce ont l'approbation du Comité des Aliments de l'American Medical Association.

**Swift Canadian Co. Limited**  
TORONTO, ONTARIO



# TABLE DES ANNONCEURS

Pages	Pages
Ames Company, Inc. (Clinitest) — (Albutest) — (Hematest) . . . . .	LXXVII
Abbott Laboratories Ltd. (Votre foi en Abbott) . . . . .	XLI
Abbott Laboratories Ltd. . . . .	XLII
American Can Company . . . . .	LXXXVI
Anglo-French Drug Cie (Artechol) . . . . .	XLIV
Ayerst McKenna & Harrison Ltée (Alphamettes) — (Alphamette liquide) — (Huile de foie de morue Ayerst) . . . . .	I
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Cillenta) . . . . .	XXI
Banque Canadienne Nationale, La . . . . .	LXXX
Bayer Co. Limited, The (Aspirin) . . . . .	LV
Boorden Company, Ltd., The (Dryco) . . . . .	LXXXII
British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Progestine B.D.H.) . . . . .	LIV
Burroughs Wellcome & Co. (Theoba Tabloid) . . . . .	XVII
Burroughs Wellcome & Co. (Méthédrine) . . . . .	XXXIX
Canada Drug Co. (Pavéral) . . . . .	LXXX
Canadian Cannery Ltd. (Boeuf gratté) . . . . .	LXXXVIII
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax) . . . . .	LII
Evaporation Company Ltd. (Lait évaporé) . . . . .	LXXXIV
Farquhar & Charbonneau Ltée (Thermomètre clinique) . . . . .	XXVIII
Farquhar & Charbonneau Ltée (Dialvue) . . . . .	XXIX
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Conditions requises...) . . . . .	LIX
Conciliateur Enr'g., Le . . . . .	LXXX
Cronquist Medical Research Laboratories (Pénicilline cristallisée G) . . . . .	LXI
Compagnie Ciba Ltée (Di-ovoclyline) — (Ben-ovoclyline) . . . . .	XLIX
Denver Chemical Manufacturing Company, The (Galatest) (Denco) . . . . .	XXXVII
Dés, J., Limitée (Uriclarine) — (Tréphonyl) — (Salicylina) — (Eutensyl) — (Gouttes I.A.M.) — (Vulcase) . . . . .	LXIV
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. . . . .	Première page de la couverture
Ernst, Charles E. & Co. . . . .	IX, X, XI, XII
Faroux, J.-O. (Optométriste-opticien) . . . . .	LXXIX
Fordt & Charton, Inc. (Opothérapie) . . . . .	XLVI
Fordt & Charton, Inc. (Hyper Prostal) . . . . .	XLVIII
Fordt & Charton, Inc. (Anabile) . . . . .	L
Geffman-La Roche (Berocca) . . . . .	LX
Gorner, Ltd., Frank W. (La science au service de la médecine) . . . . .	XXXV
Laboratoire Bio-Chimique Ltée (Bisulfa) — (Rhiniphen) . . . . .	LXVIII
Laboratoire Bio-Chimique Ltée (Cholibile) . . . . .	LXVI
Laboratoire Désautels (Enterydine) . . . . .	XXXVIII
Laboratoires Desbergers-Bismol (Upnos) . . . . .	4e page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Lantol) — (Argédrine) . . . . .	LVIII
Laboratoires Lafayette (Hemogene) . . . . .	II
Laboratoires Lafayette (Profenil) . . . . .	IV
Laboratoire Marois (Lacto-Bios) — (Oxycholine) . . . . .	XXIV
Laboratoires Poulenc Frères (Drycholum) . . . . .	2e page de la couverture
Laurentian Agencies Reg'd. (Ertron) . . . . .	XVIII-XIX
Lederle Laboratories (Folvite) . . . . .	XV
Libby, McNeill and Libby of Canada, Ltd. (Aliments pour bébés) . . . . .	LXXV
Librairie Beauchemin Ltée (Extrait du catalogue) . . . . .	LVII
Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Pabulum) . . . . .	3e page de la couverture
Merck & Co. Ltd. (Streptomycine) . . . . .	V
Merck & Co. Ltd. (Pyridium) . . . . .	LI
Merrel Company, The Wm. S. (Nitranitol) . . . . .	LXII
Messageries France-Canada (La Presse Médicale) . . . . .	LXXXIX
Millet, Roux & Cie . . . . .	XIII
Millet, Roux & Cie (Aracol) . . . . .	LXIII
Mowatt & Moore Ltd. (Protenol) . . . . .	XXVII
Murine Company, The (Murine) . . . . .	LXXXIX
Nestlé's Milk Products (Canada) Limited (Lait Nestlé's) . . . . .	LIII
Procter & Gamble (Ivory) . . . . .	LXXXIII
Reed & Carnrick (Canada) Ltd. (Méprane) . . . . .	XL
Rougier Frères (Stomalumine) . . . . .	XLIII
Rougier Frères (Eupnogène) — (Dyspné-Inhal) . . . . .	II
Sanatorium de Blois (51e année d'existence) . . . . .	LXXVII
Sanatorium Prévost . . . . .	LXV
Schering Corporation (Oréton) . . . . .	XXV
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Vacagen) . . . . .	XLVII
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Theobarb) . . . . .	XLV
Smith & Nephew Ltd. (L'élastocrèpe) — (Le jelonet) . . . . .	XXXVI
Spencer Supports (Canada) L'd. (Supports Spencer) . . . . .	LVI
Squibb, E. R. & Sons of Canada Ltd. (La formule basique) . . . . .	VII
Stearns & Company of Canada, Ltd., Frederick (Parénamine) . . . . .	XXIII
Swift Canadian Co. (Les bébés confiés à nos soins) . . . . .	LXXXI
U. S. Vitamin Corporation (Dalsol) . . . . .	LXX
Usines Chimiques du Canada Inc. (Adrésyncaïn) . . . . .	LXXXIII
Victor X-Ray Corporation of Canada, Ltd. (Lampe ultra-violette) . . . . .	LXVII
Vinant Limitée (Rhinamide) . . . . .	XX
Vinant Limitée (Pipérazine effervescente Midy) — (Thiodérazine Midy injectable) — (Thiodérazine Midy buvable) — (Thiodacaine Midy) . . . . .	XX
Vinant Limitée (Parturiol) . . . . .	XXX
Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B. (Produits Baby's Own) . . . . .	LXXI
Wingate Chemical Co. Ltd., The (Glysennid) . . . . .	XXXI
Winthrop Chemical Company Inc. (Chlorure de zéphiran) . . . . .	XXVI
Winthrop Chemical Company Inc. (Demerol Hydrochloride) . . . . .	XXXII
Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (B-Plex) . . . . .	XXXIII
Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (Penioral) . . . . .	XXXIV
X-Ray Radium . . . . .	LXIX



## *Adresyncaïn*

L'association de procaine et d'épinéphrine est excellente pour nombre d'opérations mineures.

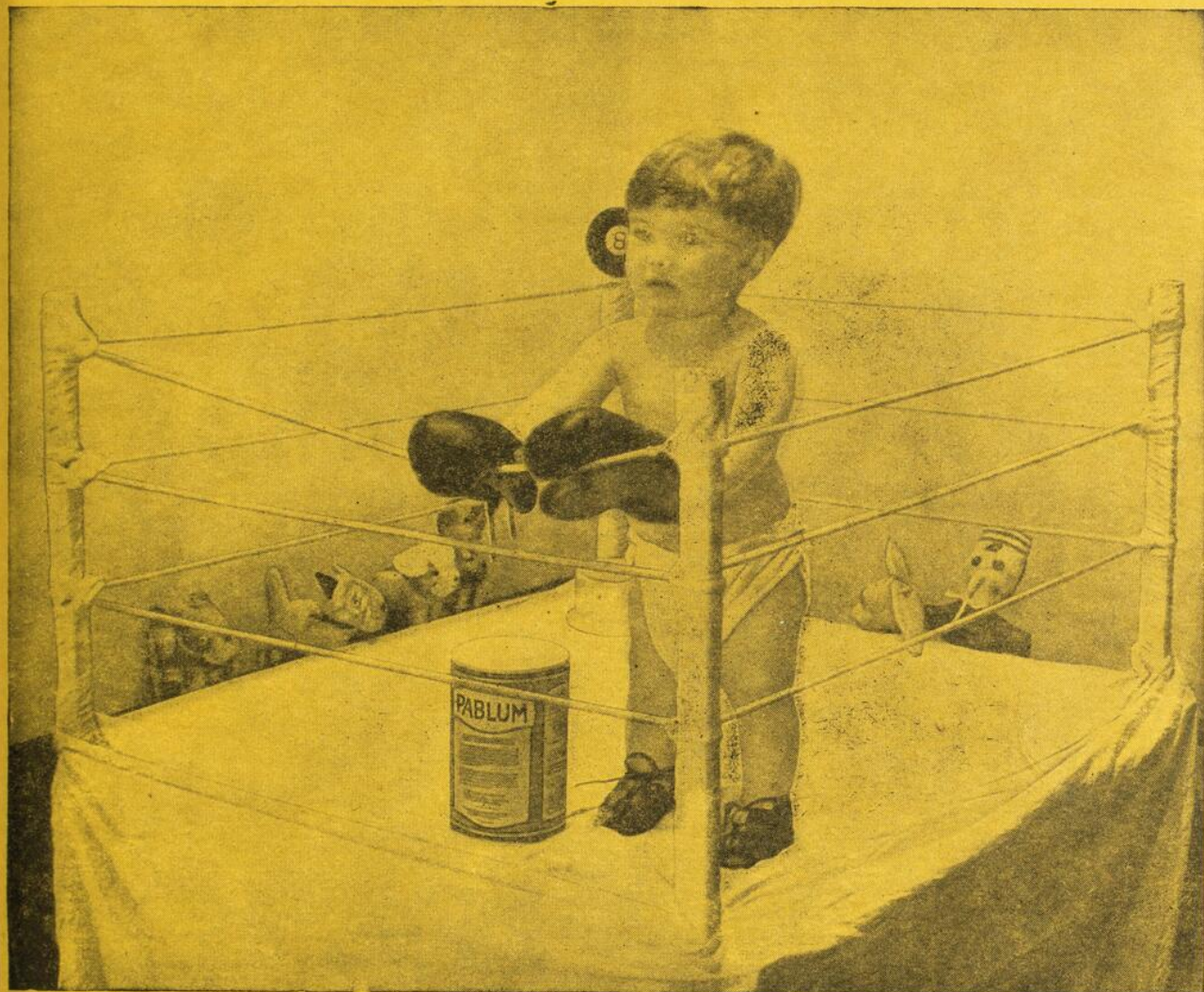
En effet, avec un degré de toxicité infiniment moindre que celui de la cocaïne, la procaine possède un pouvoir anesthésique presque aussi énergique que celui de la cocaïne.

L'addition d'épinéphrine permet, en outre, de localiser l'anesthésie au champ opératoire et d'en augmenter la durée. L'injection est indolore et l'anesthésie est obtenue presque immédiatement.

Un grand nombre d'anesthésiques ont été proposés à la profession médicale, mais Adresyncaïn demeure encore un des meilleurs à cause de sa puissance anesthésique et de sa faible toxicité.



**USINES CHIMIQUES  
DU CANADA, INC.  
MONTREAL**



S  
C  
L



# UPNOS

## CAPSULES



### ***INSOMNIE NERVEUSE***



Une capsule un peu avant le  
coucher; répéter après 30 mi-  
nutes si nécessaire.



# DESBERGERS

*Limitée*

MONTREAL

CANADA