



**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, boulevard Saint-Joseph,  
Montréal.



*Spécialités de prescription médicale*

350, RUE LE MOYNE, MONTRÉAL, 1

**1901**

*1951 marque pour*

**ROUGIER FRÈRES**

LE 50ème ANNIVERSAIRE D'EFFORTS CONSTANTS

*pour mettre*

À LA DISPOSITION DU CORPS MÉDICAL  
DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

DE LA PLUS HAUTE QUALITÉ

**1951**

SONALGIN  
SONÉRYL

*dans l'insomnie d'origine nerveuse*

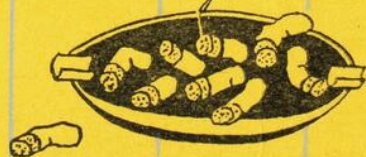
*dans l'insomnie associée à la douleur*

le **SONÉRYL** est depuis vingt-cinq ans  
l'hypnotique préféré des médecins  
**EFFICACE, SÛR, RAPIDE** et exempt de toute  
réaction **DÉSAGRÉABLE**  
présenté en: **COMPRIMÉS-SUPPOSITOIRES-ELIXIR**  
et **AMPOULES** de Sonéryl Sodium particulièrement  
indiquées dans la médecine psychosomatique

le **SONALGIN** contient 65 mg. (1 grain) de  
Sonéryl, 230 mg. (3½ grains) de phénacétine  
et 8 mg. (⅓ grain) de phosphate de cc. ine  
**HYPNOTIQUE-ANALGÉSIQUE-SÉDATIF**  
efficace à soulager la douleur à cause de  
l'action synergique de ses constituants

**Poulenc** 

Limitée Montréal





Comprimés —  
d'acétate de CORTONE  
25 mg. chacun,  
bouteilles de 40

Suspension saline  
d'acétate de CORTONE  
1 c.c. = 25 mg.  
en fioles de 20 c.c.

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

*Documentation sur demande.*

*La clef d'une ère nouvelle en  
science médicale.*

# Cortone

MARQUE DÉPOSÉE

ACÉTATE

(Acétate de CORTISONE Merck)

(Acétate 21 de déhydro-11-hydroxy-17 corticostérone)

# Cortone

MARQUE DÉPOSÉE

**maintenant disponible  
pour emploi topique  
dans les  
affections des yeux**

Onguent d'acétate  
de CORTONE ophtalmique  
1.5% — tubes de 3.54 gm.



Concentrations  
de 0.5% et de 2.5%  
en flacons de 5 c.c.  
avec compte-gouttes

L'emploi topique de la Cortone est préférable dans le traitement de lésions inflammatoires du segment antérieur.

Le choix de la concentration dépend de la gravité du processus inflammatoire. Ne pas diluer ou mélanger avec d'autres substances avant l'instillation.

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



**MERCK & CO. LIMITED**

*Chimistes fabricants*

MONTRÉAL • TORONTO • VALLEYFIELD

## SOMMAIRE

Table alphabétique des matières .....	1371
Table alphabétique des analyses .....	1378
Table alphabétique des auteurs .....	1382

### BULLETIN

Roma AMYOT	
Services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux .....	1385

### MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE

Jean SAUCIER	
Médecine humaine .....	1388
Fernand CÔTÉ	
La médecine psychosomatique et les troubles de l'appareil cardio-vasculaires. ....	1394
Henri SMITH	
Le facteur psychosomatique en dermatologie. ....	1399
Robert GENEST	
Méthode en vue de déterminer la valeur organique des symptômes en médecine psychosomatique. ....	1403

• • •

### INDICATIONS :

#### ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique  
Goutte  
Diabète arthritique

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

# VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

#### MALADIES DES VOIES URINAIRES

Gravelle urique et phosphatique

} Une bouteille par jour comme ci-dessus.

Albuminurie des goutteux et des graveleux

Cystites — Néphrites

Artério-sclérose au début

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

Recommandée et prescrite par le Corps Médical dans le monde entier

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



**bonbon**

**ou trique?**

En thérapeutique moderne, on préfère de plus en plus la médication agréable au goût à l'administration forcée des drogues. C'est ainsi que, dans le traitement des infections répondant aux sulfamides et à la pénicilline, on préconise

R<sub>x</sub> **Sulfa-Sugracilline**\*

*Combinaison de multi-sulfas et de pénicilline, extra-énergique et de goût agréable.*

La Sulfa-Sugracilline est présentée en flacons de 60 cm<sup>3</sup>, contenant 1.200.000 unités de Poudre de Pénicilline Tamponnée avec 3 g. de sulfamides, pour la préparation d'une suspension agréablement aromatisée, dont chaque dose de 5 cm<sup>3</sup> (une cuillerée à café) administre 100.000 unités de pénicilline-G potassique et un total de 0,25 g. de sulfamides comprenant des proportions égales de sulfadiazine, de sulfamérazine et de sulfaméthazine.

\* Marque déposée

**Upjohn**

**Médicament . . . Préparé avec soin . . . Pour la santé**

THE UPJOHN COMPANY, 384 RUE ADÉLAÏDE, OUEST, TORONTO, ONTARIO CANADA

## SOMMAIRE

(Suite)

Jean ALBERT-WEIL

Un perfectionnement de la streptomycinothérapie: l'association dihydrostreptomycine-thiosulfate de soude jointe à un traitement polyendocrinien (extrait hépatique - extrait de rate - extrait aqueux de pancréas) 1407

Paul LARIVIÈRE

Résultats cliniques de cent cas de lobotomie. . . . . 1410

### RECUEIL DE FAITS

Raymond LARICHELLIÈRE

L'hallux valgus chez les plus de 50 ans. . . . . 1415

V. POTVIN

Un cas de rupture spontanée de l'utérus gravide. . . . . 1422

Gérard-L. LAROUCHE

Insuffisance coronarienne aiguë transitoire. . . . . 1425

Léon JOURNET

Inversion utérine. . . . . 1430

# Pour le traitement de L'ARTHRITE

# COMPOSÉ d'"OSTOFORTE"

(S.E.C. No. 671 Frosst)

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

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

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

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

### FORMULE

	Dans chaque capsule	Dans la dose quotidienne moyenne (4 capsules)
Vitamine D . . . . .	50,000 unités int.	200,000 unités int.
Vitamine A . . . . .	1,666 unités int.	6,664 unités int.
Vitamine B <sub>1</sub> (chlorhydrate de thiamine) ..	0.67 mg.	2.67 mg.
Riboflavine (vitamine B <sub>2</sub> ) ....	1.00 mg.	4.00 mg.
Niacinamide . . . . .	6.67 mg.	26.67 mg.
Vitamine C (acide ascorbique) .	15.00 mg.	60.00 mg.

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

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

Charles E. Frosst & Co.  
MONTREAL CANADA



*Merci*  
**50**  
**POUR NOTRE PREMIER DEMI-SIÈCLE**

*Au terme de cette année qui mar-  
que notre cinquantième anniver-  
saire, nous tenons à exprimer, à  
vous personnellement comme à  
tous ceux qui ont contribué à notre  
succès, nos remerciements les plus  
sincères pour leur appui et leur  
collaboration. Nous tenons égale-  
ment à vous assurer que pendant  
les cinquante prochaines années  
nous nous efforcerons d'accroître,  
et si possible, d'améliorer notre  
apport au progrès de la science  
médicale au Canada.*



*J. H. Brodeur*

President

**ROUGIER FRÈRES**



nous vous présentons nos meilleurs vœux de Noël  
et de Nouvel An. Puisse le prochain demi-siècle  
voir la paix et la prospérité régner sur le monde.

# SOMMAIRE

(Suite)

## REVUE GÉNÉRALE

Jacques LÉGER	
Les anti-histaminiques dans les affections des voies respiratoires. . . . .	1434
Gérard BRISSON	
La dysménorrhée. . . . .	1437
Grégoire SAINT-ARNAUD et Maurice CAOUETTE	
L'endocrinologie en gynécologie. . . . .	1440
J.-R. VAILLANCOURT	
Les otites en clientèle. . . . .	1445

## MOUVEMENT MÉDICAL

Marc AUGUSTIN, Saint-Lucien HECTOR et Serge ROCHEMONT	
Notes préliminaires sur l'anesthésie de base au pentothal rectal, suivant la méthode Weinstein-Light. . . . .	1449

## ÉDITORIAL

Pierre SMITH	
Les dyskinésies œsophagiennes. . . . .	1456

## VARIÉTÉS

Eugène THIBAUT	
L'avenir du médecin de famille. . . . .	1460
En devoir — La situation au pays. . . . .	1464

## CONGRÈS

XXIème Congrès de l'A. M. L. F. C.: Séance d'ouverture . . . . .	1467
Allocution du docteur Hermile Trudel, sec.-trés. de l'A.M.L.F.C. . . . .	1467
Allocution du docteur J.-A. Denoncourt, président du XXIe Congrès. . . . .	1469
Allocution du docteur Emile Blain, dir. général de l'Association . . . . .	1471
Allocution du Professeur Hillemand, délégué français au XXIe Congrès. . . . .	1473
XIIIe Congrès de l'Association Médicale Franco-Américaine (Hermile Trudel) . . . . .	1478
Xe Congrès International de Médecine du Travail (Wilfrid LeBlond) . . . . .	1482
Le XXVIIIe Congrès français de Médecine — Bruxelles (Donatien Marion) . . . . .	1484
Quelques aspect médico-sociaux du problème de la réhabilitation en médecine industrielle. (Wilfrid LeBlond) . . . . .	1485

## MÉDECINE PRATIQUE

L'orientation normale des services d'hygiène scolaire. . . . .	1485
ANALYSES . . . . .	1487

### MÉDECINE

L'étiologie et le traitement de l'hypopotassémie (1489). Pratique de la cortisone et de l'ACTH dans le rhumatisme et la goutte (1489). La neurotoxicité de la dihydrostreptomycine (1490). L'acide para-amino-salicylique dans le traitement de la primo-infection tuberculeuse du jeune enfant (1490).

### PHTISIOLOGIE

Apparition d'une tuberculose pulmonaire durant un traitement à l'ACTH et à la cortisone (1491). Le problème des séquelles rétractiles du pneumothorax thérapeutique (1491). "Crachats positifs" en l'absence de tuberculose pulmonaire (1491).

### CARDIOLOGIE

Une épreuve d'effort pour l'insuffisance coronarienne (1492). Troubles cardiaques importants dans l'intoxication au potassium chez l'homme (1492). Position anatomique et électrocardiographique du cœur (1492).

### MÉDECINE INDUSTRIELLE

Travaux expérimentaux sur l'amiantose (1493).

NOUVELLES . . . . .	1495
REVUE DES LIVRES . . . . .	1502
"L'Union Médicale du Canada", en 1882. . . . .	1508
NOUVELLES THÉRAPEUTIQUES . . . . .	1512

# Pour la Prévention et le Traitement du MAL DE MOUVEMENT

## CHEZ LES ENFANTS ET LES ADULTES

# "HYOTHEN"

Marque d'un composé de chlorothen et d'hyoscine

L'hyoscine s'est avérée un médicament très utile contre le mal de mouvement, et l'association de cette substance à l'antihistaminique diphenhydramine (N.N.R.) a produit des résultats sensationnels dans la prévention et le traitement de cet état. Plus récemment, Chinn et Oberst<sup>1</sup> ont démontré une efficacité augmentée de l'emploi de ces facteurs en combinaison, par rapport à l'un ou l'autre utilisé seul. Les principes pharmacologiques sur lesquels reposent ces observations ont été bien expliqués par Burn<sup>2</sup>.

On peut prévoir un avantage considérable de l'emploi de l'hyoscine associée à un antihistaminique qui comporte le minimum d'activité dépressive. Toutefois, le choix de cet antihistaminique ne doit être fait qu'à la suite de véritables essais cliniques puisque l'effet d'un composé contre le mal de mouvement ne se rapporte pas nécessairement à sa valeur antihistaminique<sup>3</sup>. L'essai d'Hyothern (une combinaison d'hyoscine et de citrate de chlorothen<sup>4</sup>) a prouvé que cette préparation représente un excellent remède contre toutes les formes de mal de mouvement et les nausées et vomissements associés à la grossesse et à d'autres états.

**Nombreux sont les enfants qui sont sujets au mal de mouvement sous toutes ses formes; une formule spéciale — Hyothern pour Enfants — est un médicament précieux pour eux.**

## Autres Indications

### MALADIE DE PARKINSON

Hyothén peut s'avérer utile pour réduire le spasme, le tremblement et le flux salivaire excessif associés à la Maladie de Parkinson (Van Meter, Cal. Med., octobre 1950). La posologie ne peut être déterminée que par essais successifs, la dose quotidienne pouvant varier entre 3 et 12 tablettes en doses fractionnées.

### VERTIGE

Cette préparation peut aussi bénéficier aux patients qui se plaignent d'étourdissements sans pouvoir repérer de cause spécifique. Ici aussi la posologie relève du domaine empirique — de 3 à 6 tablettes par jour, en doses fractionnées.

#### "HYOTHEN"

S.C.T. N° 347 *Frosst*

Citrate de chlorothen..... 50 mg.  
Bromhydrate d'hyoscine..... 0.25 mg.

#### POSOLOGIE

Une tablette Hyothén une demi-heure avant le départ, suivie d'une tablette toutes les quatre heures; prendre ainsi trois ou quatre doses. Pour la nausée de la grossesse, une tablette toutes les quatre à six heures tel que requis.

#### PRÉSENTATION

Boîtes de 12, flacons de 40.

#### "HYOTHEN" pour enfants

S.C.T. N° 440 *Frosst*

Bromhydrate d'hyoscine..... 0.06 mg.  
Citrate de chlorothen..... 12.5 mg.

#### POSOLOGIE

Enfants de 4 à 9 ans: une tablette Hyothén pour Enfants avant le départ, suivie d'une tablette toutes les 4 à 6 heures; de 9 à 14 ans, une tablette avant le départ suivie de 1 ou 2 tablettes toutes les 4 à 6 heures.

#### PRÉSENTATION

Boîtes de 12, flacons de 100.

### AVERTISSEMENT

Il ne faut pas administrer ces tablettes aux enfants de moins de 3 ans.

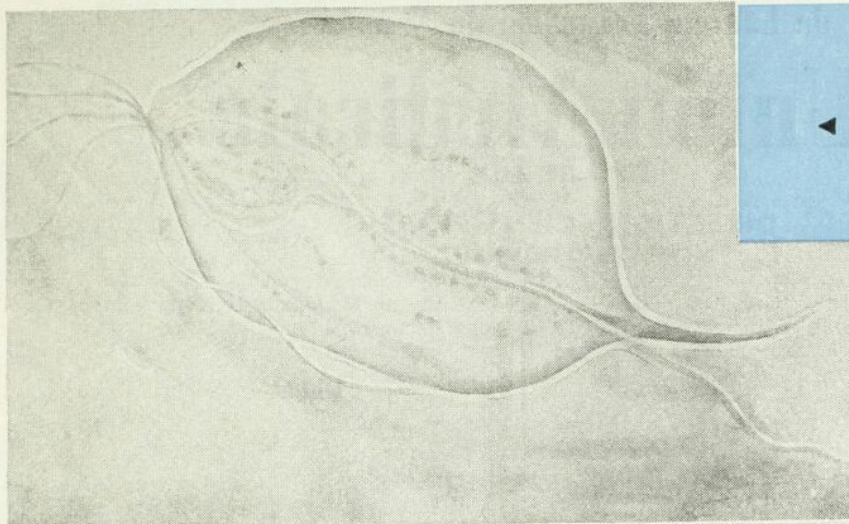
#### Sources à Consulter

1. "Effectiveness of various drugs in prevention of airsickness."  
Chinn and Oberst, Proc. Soc. Exp. & Biol. Med., 73:218, 1950.
2. "Pharmacological action of antihistamine compounds."  
Burn, B.M.J. 2:691, 1950.
3. "Evaluation of some drugs in motion sickness."  
Chinn et al., J. Aviation Med., 21:424, 1950.
4. "Histamine antagonists, IX. N, N-dimethyl-N'-(2-pyridyl)-N'-(5-chloro-2-thenyl)-ethylenediamine hydrochloride (chlorothen). A new antihistaminic and anti-allergic agent."  
Feinberg, Quart. Bull. Northwest U. Med. School, 22:27, 1948.

**Charles E. Frosst & Co.**

MONTRÉAL

CANADA



◀ *Trichomonas vaginalis*

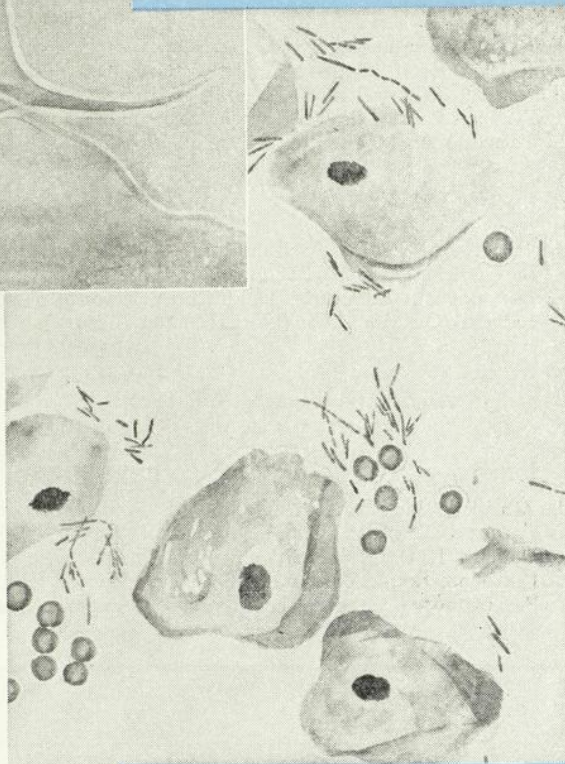
“Le traitement de la vaginite à “*trichomonas vaginalis*”... a été facilement réduit . . . à deux facteurs principaux . . .

“L’un est l’acidification du vagin, le maintien du pH acide normal du vagin . . . et,

l’autre, l’emploi d’un agent parasiticide qui combatta les organismes agresseurs.”

—Hardy, J. A.:

Office Gynecology, J. Missouri  
M. A. 45:811 (Nov.) 1948.



▲ Bacille de Döderlein

## FLORAQUIN

. . . remplit à la lettre ces conditions essentielles. Floraquin contient l’effectif trichomonacide Diodoquin avec en plus du lactose, de l’acide borique et du dextrose anhydre préparé spécialement pour rétablir et maintenir un pH vaginal normal, qui ne tolère pas la flore pathogène.

**G. D. SEARLE & CO.**  
of Canada, Ltd.

PRODUITS DE QUALITÉ SUPÉRIEURE  
390 WESTON ROAD, TORONTO 9, ONTARIO

**SEARLE**

LA RECHERCHE

AU SERVICE

DE LA MEDECINE

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

**L'Union Médicale**  
du Canada

**DIRECTION SCIENTIFIQUE**

**MEMBRES D'HONNEUR**

Messieurs les Professeurs:

Maurice Roch (Genève),  
Pasteur Valléry-Radot (Paris),  
Wilbrod Fonin, doyen  
Faculté de Médecine, Université de Montréal;

Charles Vézina, doyen  
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec;  
Pierre Masson,  
J.-A. Leduc,  
T. Parizeau,  
J.-N. Roy (Montréal).

Rédacteur en chef émérite: **Albert LeSAGE**

**BUREAU DE DIRECTION**

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

**BUREAU DE RÉDACTION**

Rédacteur en chef: **Roma AMYOT**

Assistant-rédacteur en chef  
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction  
Roger-R. Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

**BUREAU DE COLLABORATION:**

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

**Le dernier perfectionnement de la formule Méglin, réalisé par sa  
combinaison avec l'inositohexaphosphate de Calcium et Magnésium**

**Hypnotique, Sédatif et, en plus, Tonique de la cellule nerveuse, grâce  
à l'addition de l'inositohexaphosphate de Calcium et Magnésium.**

Sédation et sommeil réparateur procurés par la formule suivante:

Oxyde de Zinc — Extraits de Belladone, de Crataegus, de  
Gelsémium, de Lobélie, de Valériane, d'Hyoscyamus, du mé-  
thylphénobarbital: 16 mg. par comprimé; et de l'**inositohexa-  
phosphate de Calcium et Magnésium**: (32 mg.).

Telle est la formule du **NEUREX**, Création des Laboratoires

**Casgrain & Charbonneau**  
L160

OTTAWA

MONTRÉAL

QUÉBEC

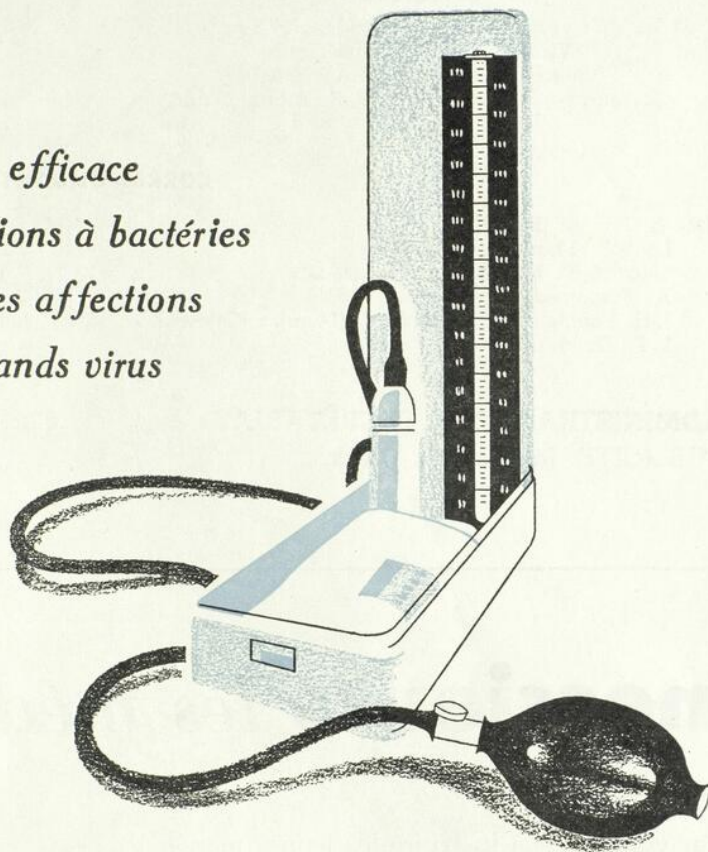
Echantillons à Messieurs les Médecins, sur demande.

Chlorhydrate cristallisé d'

# AUREOMYCINE

Lederle

*Agent thérapeutique efficace  
contre de nombreuses infections à bactéries  
et à rickettsies et certaines affections  
à protozoaires et à grands virus*



**Le Gériatre** est toujours à la recherche d'un traitement susceptible d'enrayer efficacement l'infection sans altérer indûment le métabolisme normal et la réaction immunologique. L'Auréomycine répond à ce double desiderata. Chez le malade d'âge mûr, l'infection revêt plus facilement la forme sous-aiguë ou chronique que le type aigu. Elle est aussi plus fréquemment du type mixte que du type pur. On comprend que, dans ces conditions, le gériatre considère aussi favorablement l'Auréomycine, antibiotique efficace per os et couvrant une gamme anti-bactérienne étendue.

*Conditionnement*

*En capsules:* à 50 mg. — Flacons de 25 et de 100 capsules  
à 250 mg. — Flacons de 16 et de 100 capsules.

*Forme ophthalmique:* Fiole à 25 mg. avec compte-gouttes.

On prépare la solution extemporanément par addition de 5 c.c. d'eau distillée.

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

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

# L'Union Médicale du Canada

## ADMINISTRATION

### OFFICIERS

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

### COMITÉ EXÉCUTIF

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

### COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

### CORRESPONDANTS

MM. A. Pichet (Paris),  
Louis-E. Phaneuf (Boston),  
Charles P. Mathé (San Francisco),  
A. Fontaine (Woonsocket),  
J.-H. Lapointe, J.-E. Gaulin, L. Mantha (Ottawa),  
L.-F. Dubé (Notre-Dame-du-Lac),

MM. R. Gaudet (Sherbrooke),  
Eug. Tremblay (Chicoutimi),  
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières),  
D. Collin (Saint-Boniface),  
L.-P. Mousseau (Edmonton).

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT  
PUBLICITÉ: Jacques D. Clerk

326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal.  
Tél.: L'Ancester 9888

## messieurs les médecins . . . . .

Pour vous aider à instruire les jeunes mères sur la bonne façon de préparer le lait évaporé Nestlé pour l'alimentation de l'enfant, nous avons publié une brochure intitulée:

### "Le régime de votre bébé"

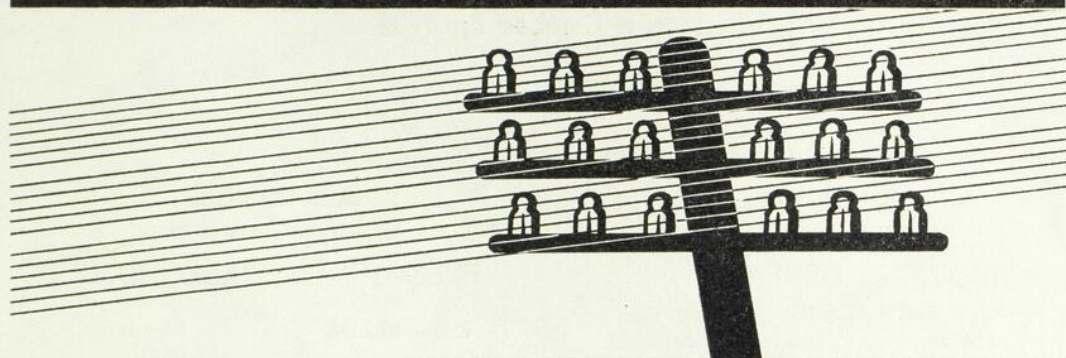
Cette brochure, distribuée gratuitement sur demande, indique l'équipement nécessaire et illustre, au moyen de photographies, chaque étape du procédé de préparation du régime.

De plus, nous vous fournirons, sur demande, des renseignements sur le nouveau lait évaporé Nestlé, amélioré et fortifié au moyen de pure vitamine D<sub>3</sub> cristallisée. Il est meilleur que jamais pour les bébés, chaque pinte impériale de lait reconstitué fournissant désormais 480 unités internationales de vitamine D<sub>3</sub> . . . type de vitamine D engendrée dans l'organisme par la lumière solaire.



**NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LIMITED**  
80 KING ST. WEST, TORONTO, ONTARIO

## UNE MÉDICATION D'URGENCE DES CRISES



**TRINITRINE, SCILLE,  
PHÉNYLETHYLMALONYLURÉE**

**CRISES** d'Angor, d'Hypertension paroxystique, de Tachycardie paroxystique, d'Asthme, d'Aérogastrie, d'Aérocolie, des Faux Cardiaques, le Hoquet, les Quintes de Toux.

Les dragées de  
**SCILLITRINE**  
renfermant un noyau mou l'absorption a lieu instantanément à travers la muqueuse buccale et l'action est immédiate lorsqu'on les croque lentement.



# Scillitrine

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

---



---

# OFFICIERS

DE

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

Fondée à Québec en 1902

### DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

### DIRECTEUR GÉNÉRAL

**Emile BLAIN,**  
444 est, rue Sherbrooke,  
Montréal.

### EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

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

### SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

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

### SECRÉTAIRE ADJOINT

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

### COMITÉ DU XXI<sup>e</sup> CONGRÈS

**J.-A. DENONCOURT,** président.

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

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

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

### ANCIENS PRÉSIDENTS

**Albert LeSAGE,**  
**J.-H. LAPOINTE,**  
**Albert PAQUET,**

**Chs. N. DeBLOIS,**  
**J.-A. JARRY,**  
**Charles VEZINA,**  
**Richard GAUDET,**

**A.-L. RICHARD,**  
**Edmond POTVIN,**  
**J.-A. VIDAL.**

### MEMBRES DU CONSEIL

<b>AMYOT,</b> Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal . . . . .	1954	<b>JOANNETTE,</b> Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. . . . .	1952
<b>ARCHAMBAULT,</b> Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean, P. Q. . . . .	1952	<b>JOBIN,</b> Pierre, 91 1/2, rue d'Auteuil, Québec . . . . .	1954
<b>BAILLY,</b> Roland, 4339 avenue de Lorimier, Montréal . . . . .	1952	<b>LECOURS,</b> J.-A., 538, av. King-Edward, Ottawa, Ont. . . . .	1952
<b>BEAUCHEMIN,</b> L.-O., Calgary, Alberta . . . . .	1954	<b>LEMIEUX,</b> J.-R., Hôpital Saint-Sacrement, Québec . . . . .	1952
<b>BELIVEAU,</b> Pierre, Méthégan, N.-E. . . . .	1952	<b>MANSEAU,</b> Georges, 924, rue St-Aubin, Ville-St-Laurent . . . . .	1952
<b>BIBAUD,</b> Barthélémi, Valleyfield, P. Q. . . . .	1952	<b>MERCILLE,</b> Jean, 316, Parc G.-E.-Cartier, Montréal . . . . .	1952
<b>BLANCHET,</b> Roméo, 54, avenue Laurier, Québec . . . . .	1952	<b>MILOT,</b> J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. . . . .	1952
<b>BONIN,</b> Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont . . . . .	1954	<b>MORISSET,</b> Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P. Q. . . . .	1952
<b>BROUSSEAU,</b> L.-Philippe, Malartic, P. Q. . . . .	1954	<b>PERRAS,</b> J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. . . . .	1954
<b>CARON,</b> Sylvio, Mastai, Québec . . . . .	1952	<b>PERRON,</b> Jos., Shawinigan Falls, P. Q. . . . .	1954
<b>CHOLETTE,</b> A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal . . . . .	1954	<b>PIETTE,</b> Edmond, Joliette, P. Q. . . . .	1954
<b>COUTURIER,</b> Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. . . . .	1954	<b>PILON,</b> J.-L., 389 est, boul. Saint-Joseph, Montréal . . . . .	1954
<b>D'ARGENCOURT,</b> Guy, Drummondville, P. Q. . . . .	1954	<b>POWERS,</b> A., 11, rue Front, Hull, P. Q. . . . .	1954
<b>DECARIE,</b> Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal . . . . .	1952	<b>RIOUX,</b> J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. . . . .	1954
<b>DESMEULES,</b> Roland, 167, Grande-Allée, Québec . . . . .	1952	<b>ROULEAU,</b> J.-Maurice, St-Grégoire, Cté de Nicolet, P. Q. . . . .	1952
<b>DOMINGUE,</b> Albert, Granby, P. Q. . . . .	1952	<b>SMITH,</b> Pierre, 300, Carré Saint-Louis, Montréal . . . . .	1954
<b>GAUTHIER,</b> Henri-E., Woonsocket, R. I. . . . .	1954	<b>TETRAULT,</b> Adélar, 411, boul. Laviolette, T.-Rivières . . . . .	1954
<b>GAUTHIER,</b> J.-D., Shippegan, N.-B. . . . .	1954	<b>THIBAUT,</b> Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. . . . .	1954
<b>HURTUBISE,</b> Raoul, Sénateur, 19, rue Durham, Sudbury, Ont. . . . .	1954	<b>VIAU,</b> Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. . . . .	1954

---



---

La **CORAMINE**\*

forte de son passé

de 27 années . . .

de résultats probants  
dans le traitement d'un  
nombre sans cesse grandissant  
d'affections respiratoires  
et circulatoires, se  
présente maintenant en  
deux nouvelles associations  
spécifiques.

\*Nikéthamide "Ciba"

### **CORAMINE-EPHEDRINE**

spécifiquement indiquée  
dans l'asthme bronchique  
et où l'on doit stimuler  
la respiration.

### **CORAMINE-ADENOSINE**

provoque une vaso-dilatation spécifique  
et une stimulation vaso-motrice qui  
améliore l'apport sanguin des coronaires.  
Indiquée dans l'angine de poitrine et  
autres troubles cardiaques d'occlusion.

Inséparables

**CIBA**  
**CORAMINE**

COMPAGNIE

**Ciba**

LIMITÉE • MONTRÉAL

## soulagement des douleurs viscérales spastiques



La Neuro-Trasentine soulage efficacement les spasmes de la musculature lisse sans causer d'effets secondaires. Cette association d'un antispasmodique puissant (Trasentine) et d'un sédatif bien connu (phénobarbital) s'est acquis une grande renommée thérapeutique parce qu'elle offre les avantages suivants:

Chaque comprimé de  
NEURO-TRASENTINE\*  
contient 20 mg de Trasentine  
et 20 mg de phénobarbital

Chaque comprimé de  
NEURO-TRASENTINE 'FORTE'\*  
contient 50 mg de Trasentine et  
20 mg de phénobarbital.

1. Action directe sur la musculature lisse.
2. Blocage des impulsions des nerfs parasympathiques.
3. Effet anesthésique local sur les muqueuses.
4. Légère sédation.
5. Excellente tolérance.

La Neuro-Trasentine 'Forte' est particulièrement recommandée lorsqu'on veut obtenir un effet spasmolytique plus prononcé sans toutefois augmenter la sédation.

neuro-trasentine

\*Marque déposée

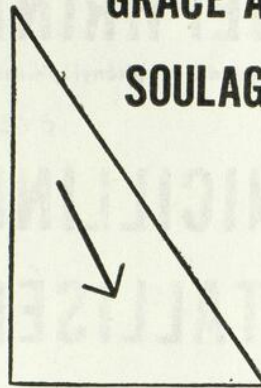
neuro-trasentine "forte"

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE. MONTRÉAL

## La malade continue ses occupations habituelles

GRÂCE AU  
SOULAGEMENT BIENFAISANT

*des symptômes causés  
par l'infection des  
voies urinaires*



Un grand nombre de malades sous traitement pour des troubles urinaires, continuent leurs activités habituelles grâce à l'analgésie obtenue par l'administration orale du Pyridium.

Le Pyridium peut être administré simultanément avec les antibiotiques, les sulfamides et autres thérapeutiques spécifiques.

Une analyse du soulagement symptomatique obtenu chez 118 cas traités avec le Pyridium indique:\*

***Un soulagement rapide des mictions fréquentes dans 85% des cas.***

***Une diminution de la douleur et de la sensation de brûlure dans 93% des cas.***

\*Kirvin, T. J. Lowsley, O. S., et Manning, J.: Effects of Pyridium in certain urogenital infections. *Am. J. Surg.* 63: 330-335, décembre 1943.

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



# PYRIDIDIUM

(Marque de phénylazo-diamino-pyridine CIH)

*Pyridium est la marque déposée par Nepera Chemical Co., Inc., successeur de la Pyridium Corporation, pour sa marque de phénylazo-diamino-pyridine CIH. Merck & Co. Limited en sont les distributeurs exclusifs au Canada.*

**MERCK & CO. LIMITED**

*Chimistes fabricants*

**MONTRÉAL - TORONTO - VALLEYFIELD**

Vasoconstriction  
associée à la  
thérapeutique antibiotique dans la

## NÉO-SYNÉPHRINE

(marque de la phényléphrine)

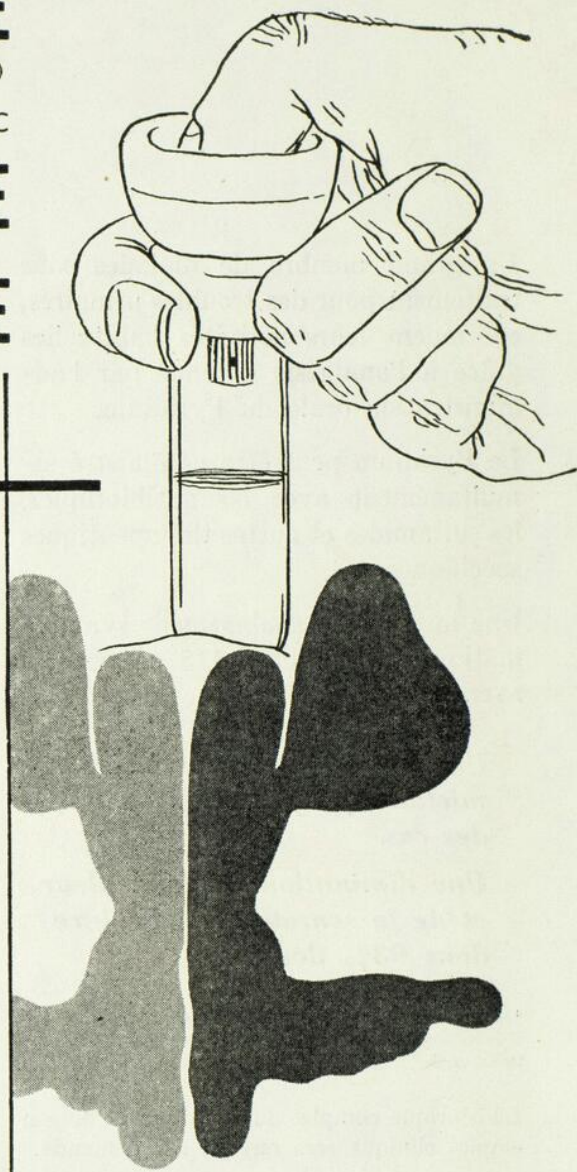
avec

## PÉNICILLINE CRISTALLISÉE

Dans les infections des voies respiratoires supérieures, l'application locale de pénicilline dans la cavité nasale a une action bactériostatique décisive contre les micro-organismes pathogènes.

Afin de faciliter un tel traitement, la Néo-Synéphrine est associée à la pénicilline, pour décongestionner les muqueuses et permettre l'accès libre à l'antibiotique.

La Néo-Synéphrine, vasoconstricteur puissant, ne perd pas son efficacité malgré les applications répétées. Elle est remarquable parce qu'elle ne produit pas de sensation de brûlure lors de l'application et par l'absence de congestion compensatrice.



## NÉO-SYNÉPHRINE

avec

## PÉNICILLINE CRISTALLISÉE

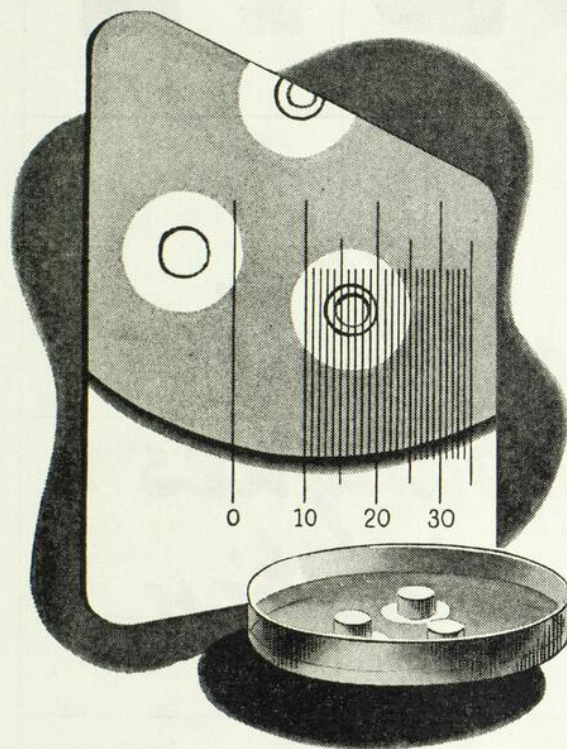
**Stable - Plein rendement**

**Présentation:** Embaquetages combinés pour la préparation de 15 c.c. d'une solution fraîche tamponnée de 0.25% de chlorhydrate de Néo-Synéphrine et 10,000 unités de pénicilline par c.c.

*Winthrop-Stearns* INC.  
NEW YORK 18, N. Y. WINDSOR, Ont.

Néo-Synéphrine, marque de commerce enregistrée aux  
E.-U. et au Canada. 11-22

# LA Pénicilline



arrive bien près  
de mériter  
l'appellation  
d'ANTIBIOTIQUE  
"PAR EXCELLENCE"<sup>1</sup>

## TRÈS GRANDE EFFICACITÉ

En général, "...la pénicilline continue d'être l'antibiotique de choix dans toutes les infections à bactéries prenant le Gram et causées par le staphylocoque, le streptocoque hémolytique, le pneumocoque... et tous les cas de blennorragie et de syphilis."<sup>2</sup>

## MINIMUM DE TOXICITÉ

"Vu l'innocuité presque parfaite qui la caractérise, la pénicilline reste dans le domaine des curiosités pharmacologiques. Jusqu'à date, on n'a rapporté à son sujet aucun effet toxique que l'on pût imputer au dosage: ce fait est d'autant plus remarquable que le médicament a été administré à un nombre énorme de personnes (littéralement, des millions)."<sup>3</sup>

*Les produits pénicilliques Merck sont fabriqués au Canada.  
Documentation sur demande.*

## PRODUITS PÉNICILLIQUES MERCK

1. Pratt, R. et Dufrenoy, J., *Antibiotics*. J. B. Lippincott Company, Philadelphie, 1949, p. 30.
2. Keefer, C. S., *Postgraduate Medicine* 9: 101, février 1951.
3. Goldstein, A.: *Antibacterial chemotherapy*, *N. England J. Med.* 240: 137-147, 27 janvier 1949.



**MERCK & CO. LIMITED**

*Chimistes fabricants*

MONTRÉAL . TORONTO . VALLEYFIELD

# "Béminal" Plus

Des ingrédients

## SUPPLÉMENTAIRES

dans une préparation  
de complexe B



### "Béminal"

Facteurs vitaminiques B

Comprimés  
Concentré  
Liquide  
Composé  
Vitaminé C Fortis  
avec Fer et Foie  
Injectable (Solution)  
Injectable Fortis (Desséché)  
Injectable vitaminé C Fortis

Chaque comprimé de "Béminal" Plus renferme:

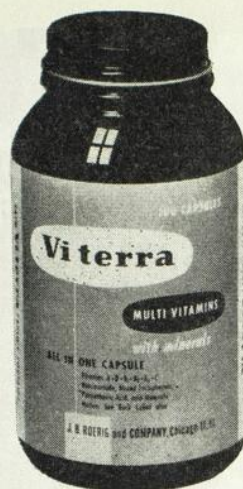
Thiamine.....	5 mg.
Riboflavine.....	2 mg.
Niacinamide.....	10 mg.
Pyridoxine.....	0 mg. 5
d-Panthénol.....	2 mg.
Vitamine B <sub>12</sub> .....	1 microg.
Acide ascorbique.....	25 mg.
Vitamine D.....	500 U.I.

Flacons de 36, 100 et 500 comprimés

Dose conseillée: un comprimé 3 fois par jour.

# 11 Sels Minéraux et 9 Vitamines

## EN UNE SEULE CAPSULE



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

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

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

# Vi terra

### Chaque Capsule Contient:

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

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

J. B. ROERIG AND COMPANY (CANADA) LIMITED



1255 Phillips Square, Montreal 2, Quebec



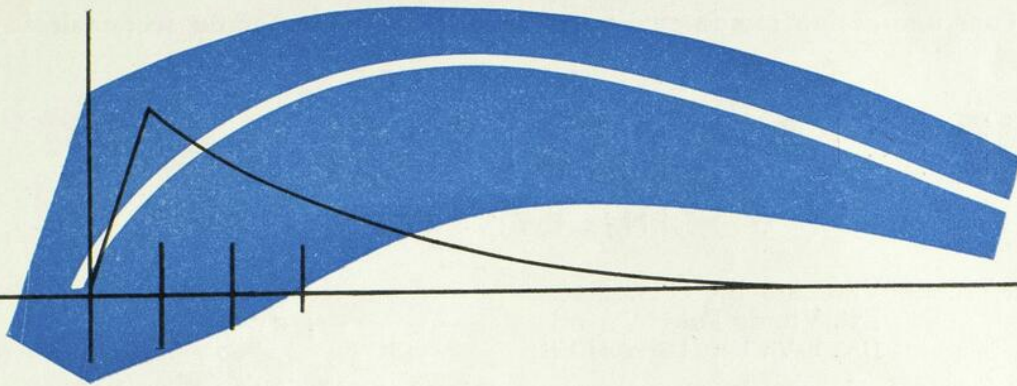
la nouvelle préparation

# ACTH-retard

*signifie économie pour un plus grand nombre de malades...*



*traitement plus facile à administrer, à la maison et au cabinet de consultation*



# ACTHAR<sup>\*</sup> *Gel*

## À ACTION PROLONGÉE

L'ACTHAR *Gel* — une nouvelle préparation ACTH-retard — offre une importante contribution pour le traitement, soit à la maison ou au cabinet de consultation. Une seule injection fournit une dose quotidienne suffisante dans nombre de cas. L'administration est ainsi simplifiée et, en outre, une importante diminution du prix de l'ACTHAR, réduction qui s'applique intégralement au prix de l'ACTHAR *Gel*, permet de réaliser une nouvelle économie dans le traitement à l'ACTH.

L'ACTHAR *Gel* possède l'entière efficacité de l'ACTHAR aqueux, et il est bien toléré, administré soit par voie intramusculaire ou en injection profonde sous-cutanée.

**Indications:** Arthrite rhumatoïde, fièvre rhumatismale, lupus érythémateux aigu, sensibilité aux médicaments, asthme bronchique sévère, dermatite de contact, la plupart des affections inflammatoires de l'œil, pemphigus aigu, dermatite exfoliatrice, colite ulcéreuse, arthrite goutteuse aiguë, hypofonctionnement adrénocortical secondaire.

**Présentation:** Fioles de 5 c.c. de 20 U.I. (mg.) et de 40 U.I. (mg.) par c.c.

**THE ARMOUR LABORATORIES**

520 NORTH MICHIGAN AVENUE • CHICAGO 11, ILLINOIS

Distributeur canadien: LAURENTIAN AGENCIES, LTD.  
429, RUE SAINT-JEAN-BAPTISTE, MONTREAL 1, QUEBEC, CANADA

Pour une action rapide contre les anémies pernicieuses ou secondaires

LES AMPOULES

# HEPARUBRINE

INJECTABLES

Rendement: Vitamine B <sub>12</sub> Cristallisée	10 microgrammes
Ext. Vit. de Foie ad	1 cc
(Inj. B-Vit Hep. USP Add XII)	

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

**Mode d'emploi:**

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

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

Echantillon sur demande.

**LABORATOIRES DESAUTELS LIMITÉE**

200 ouest, rue Craig

Montréal

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

LES DRAGÉES

# FERUBROL

COMPOSÉES

Renfermant: Vitamine B <sub>12</sub> Cristallisée	10 microgrammes
Ext. Pylorique d'estomac	5 centigrammes
Gluconate ferreux	5 centigrammes
Acide folique	1 milligramme

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

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

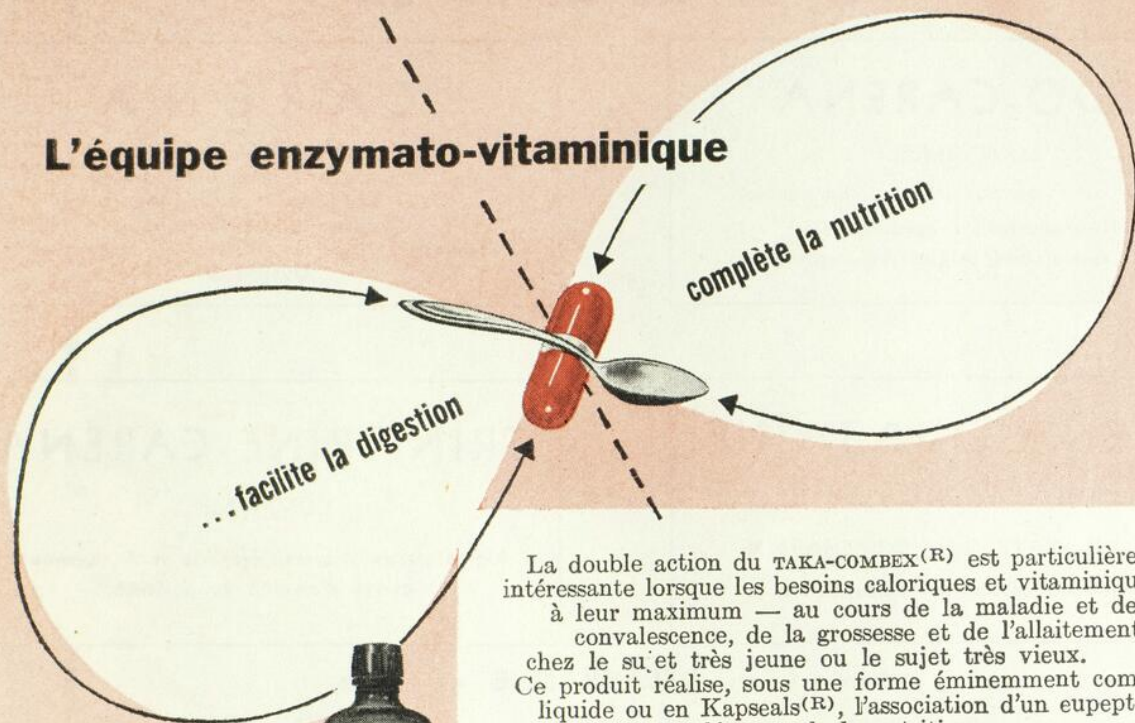
Echantillon sur demande.

**LABORATOIRES DESAUTELS LIMITÉE**

200 ouest, rue Craig

Montréal

## L'équipe enzymato-vitaminique



La double action du TAKA-COMBEX<sup>(R)</sup> est particulièrement intéressante lorsque les besoins caloriques et vitaminiques sont à leur maximum — au cours de la maladie et de la convalescence, de la grossesse et de l'allaitement, chez le sujet très jeune ou le sujet très vieux.

Ce produit réalise, sous une forme éminemment commode, liquide ou en Kapseals<sup>(R)</sup>, l'association d'un eupeptique et de compléments de la nutrition.

Les vitamines du TAKA-COMBEX assurent à votre malade l'apport voulu des éléments vitaminiques importants du complexe B (la vitamine C fait partie des Kapseals). En outre, les vitamines B facilitent le métabolisme hydrocarboné. L'enzyme, le Taka-Diastase<sup>(R)</sup>, un des plus puissants digestifs biologiques des matières amylacées, joue également un rôle dans l'absorption des vitamines B.

# TAKA-COMBEX Liquide Kapseals

### TAKA-COMBEX en Kapseals

#### Composition d'un Kapseal:

Taka-Diastase (enzymes de l' <i>Aspergillus oryzae</i> ) . . .	2½ gr.
Vitamine B <sub>1</sub> (chlorhydrate de thiamine) . . . . .	10 mg.
Vitamine B <sub>2</sub> (riboflavine) . . . . .	10 mg.
Vitamine B <sub>6</sub> (chlorhydrate de pyridoxine) . . . . .	1 mg.
Acide pantothénique (sel sodique) . . . . .	5 mg.
Nicotinamide (niacinamide) . . . . .	10 mg.
Vitamine C (acide ascorbique) . . . . .	30 mg.
Outre d'autres constituants du complexe vitaminique B, provenant du foie.	

En flacons de 100 et de 500 Kapseals.

### TAKA-COMBEX liquide

#### Composition d'une cuillerée à thé (4 c.c.):

Taka-Diastase (enzymes de l' <i>Aspergillus oryzae</i> ) . . .	2½ gr.
Vitamine B <sub>1</sub> (chlorhydrate de thiamine) . . . . .	2 mg.
Vitamine B <sub>2</sub> (riboflavine) . . . . .	1 mg.
Vitamine B <sub>6</sub> (chlorhydrate de pyridoxine) . . . . .	0.5 mg.
Acide pantothénique (sel sodique) . . . . .	2 mg.
Nicotinamide (niacinamide) . . . . .	5 mg.

En flacon de 16 onces liq.

**PARKE, DAVIS & COMPANY**



L'AMINOPHYLLINE FRANÇAISE

# CARÉNA

## SÉDO-CARÉNA

COMPRIMÉS

Caréna — Phénobarbital — Papavérine  
**Neurodystonies cardiaques**  
**Spasmes vasculaires, Algies des cardiaques.**

## CARÉNA

INTRAMUSCULAIRE

Théophylline-éthylène-diamine  
**Syndromes cardiaques**  
**Syndromes Cardio-rénaux**  
**Œdèmes cardiaques, rénaux et hépatiques.**  
**Dyspnées**

## CARÉNA-OUABAÏNE

AMPOULES I. V. — COMPRIMÉS

**VASO-DILATATEUR — CORONARIEN**  
**Défaillance cardiaque, cœur sénile**

## TRINITRINE-CARÉNA

COMPRIMÉS

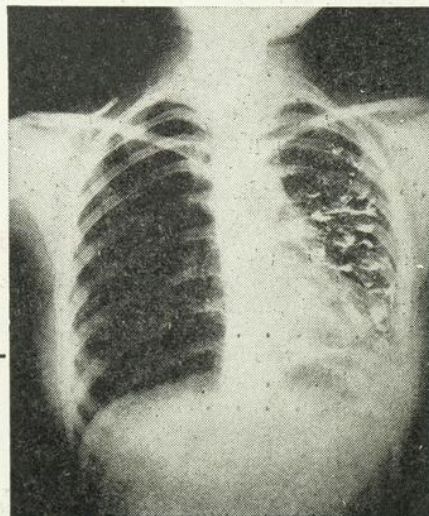
**Algies paroxystiques, état de mal angineux,**  
**crises d'angine de poitrine.**

Laboratoires DELAGRANGE — Paris

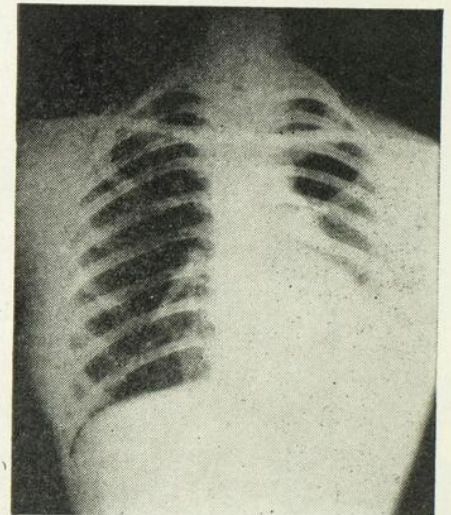
Agents pour le Canada: VINANT Limitée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL

# Lipiodol\*

complète



Roentgenogramme avec Lipiodol



Roentgenogramme sans Lipiodol

**l'image du diagnostic!**

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

LABORATOIRES A. GUERBET & C<sup>ie</sup> 22, Rue du Landy, 22  
PARIS - SAINT-OUEN



Arrête  
la toux  
déchirante...



mais garde  
le réflexe  
tussigène

MERCODOL apporte un soulagement rapide et approprié sans nuire au réflexe tussigène requis pour garder libres les passages de la gorge et les bronchioles.

Cette ordonnance, complète et agréable au goût, contient un narcotique<sup>1</sup> anti-tussigène *sélectif* qui ne nuit aucunement au réflexe tussigène . . . un broncho-dilatateur<sup>2</sup> efficace pour le relâchement des bronchioles obstrués . . . un expectorant<sup>3</sup> qui liquéfie les sécrétions. Ne cause pas de nausées, constipation, rétention de sputum ou stimulation cardiovasculaire ou nerveuse.

# MERCODOL\*

LE SIROP ANTITUSSIGÈNE QUI ENRAYÉ LA TOUX—GARDE LE RÉFLEXE TUSSIGÈNE  
Une commande spéciale pour narcotique est exigée

MERCODOL avec DECAPRYN®  
pour le rhume à  
réaction allergique spécifique



30 cc. contiennent:

<sup>1</sup> Mercodinone*	10.0 mg.
<sup>2</sup> Chlorhydrate de Nethamine*	0.1 Gm.
<sup>3</sup> Citrate de Soude	1.2 Gm.

Succursale Canadienne: 44 Osler Street, Toronto 9, Ontario

\*Marque Déposée

*L'action*

- VAGOLYTIQUE** du méthylbromure  
d'homatropine ..... 1 mg.
- SÉDATIVE CENTRALE** du phénobarbital 20 mg.
- ANALGÉSIQUE** de l'acide acétylsalicy-  
lique ..... 150 mg.
- HYPOTHROMBINÉMIQUE** correctrice de  
la vitamine K ..... 0.25 mg.

*s'associent  
dans*



# ***neurophen***

*pour en faire l'antispasmodique,  
le sédatif et l'analgésique  
idéal de tous les états spasmodiques  
(y compris la dysménorrhée).*

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

recommandées pendant la grossesse et l'allaitement



**FER**



**CALCIUM**



**LES VITAMINES**



**MINULES**  
CAPSULES MINERO-VITAMINIQUES WYETH

**COMPOSITION D'UNE CAPSULE:**

Gluconate ferreux . . . . . 5 grains  
Phosphate bicalcique . . 2 grains  
Thiamine . . . . . 1 mg.  
Riboflavine . . . . . 2 mg.  
Niacinamide . . . . . 10 mg.  
Acide ascorbique . . . . 25 mg.  
Vitamine A . . . . . 2000 U.I.  
Vitamine D . . . . . 500 U.I.

Posologie: Une capsule trois fois par jour, ou suivant l'ordonnance du médecin.

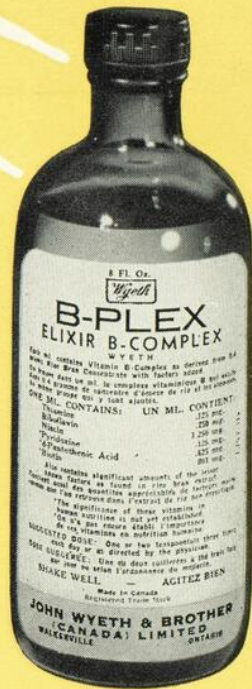
*Flacons de 100 et de 1000 Minules*



*Wyeth*

Marque Déposée

# B-PLEX



## Les trésors de l'écorce de riz...

B-Plex est le produit idéal pour parer à une déficience sub-clinique possible en vitamines B, ou pour la corriger. D'ordinaire, cet état est complexe, à la fois dans ses causes et ses symptômes, et réagit mieux à la médication au complexe B total, tel qu'il existe dans B-PLEX.

Si l'avitaminose n'a pas été décelée dans ses premières phases, on prendra soin d'administrer de plus fortes quantités des éléments vitaminiques B essentiels. Dans ce but, on recommande de s'adresser au B-PLEX INJECTABLE. Celui-ci, grâce à sa forte concentration en éléments synthétiques, assurera une réaction clinique rapide.

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED  
WALKERVILLE - ONTARIO



Marque Déposée

# Le diagnostic *avant l'apparition des symptômes . . .*



Avicenna (980-1037 A.D.), le "fameux prince des médecins arabes" a donné la description des caractères cliniques essentiels du diabète sucré. A cette époque, cependant, on ne reconnaissait la maladie que dans les cas accusant déjà des signes manifestes de morbidité.

Le diagnostic précoce du diabète sucré avant l'apparition des symptômes ne devint possible que plusieurs siècles plus tard, grâce à la méthode de la réduction d'un sel cuivrique appliquée à la glycosurie.

Aujourd'hui, en médecine, on reconnaît l'importance capitale que présente le dépistage précoce du diabète, avant que les symptômes et les complications ne soient apparus<sup>1</sup>. Ceci met en valeur l'axiome suivant:

*chaque patient devrait subir fréquemment  
le test de routine pour la glycosurie*

*pour la célérité  
la simplicité et la précision  
dans l'épreuve de glycosurie*

Des millénaires d'études  
résumés en quelques secondes

COMPRIMÉS-RÉACTIFS

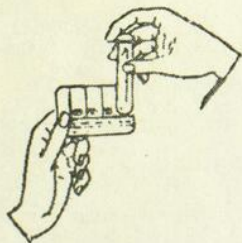
# Clinitest

(Marque déposée)

Comprimés réactifs *Clinitest*: flacons de 36 et cartons de 24 (scellés dans du papier d'étain).

Emballages de 1200 et 3000 pour les institutions.

Nécessaires *Clinitest* pour épreuve de glycosurie, numéros 2106 et 2155 (Modèle Universel).



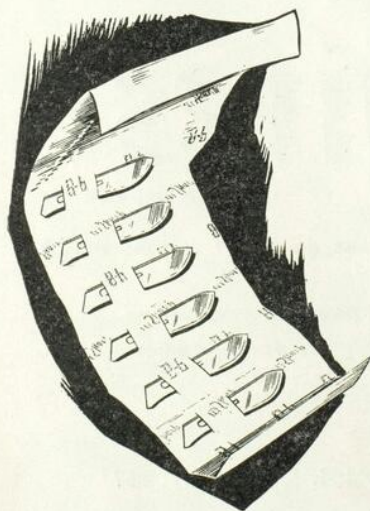
1. Root, H. F.: *Indust. Med. & Surg.*, 19: 257 (juin) 1950.

AMES COMPANY OF CANADA, LTD., TORONTO

*Une  
Coordination  
Parfaite*



## LES RIB-BACKS la rendent *facile*



*It's Sharp*

*Facile* POUR LE CHIRURGIEN parce qu'il est sûr que ses lames lui donneront un service de tout repos grâce à l'uniformité de leur pouvoir tranchant, à leur résistance et à leur rigidité plus grandes.

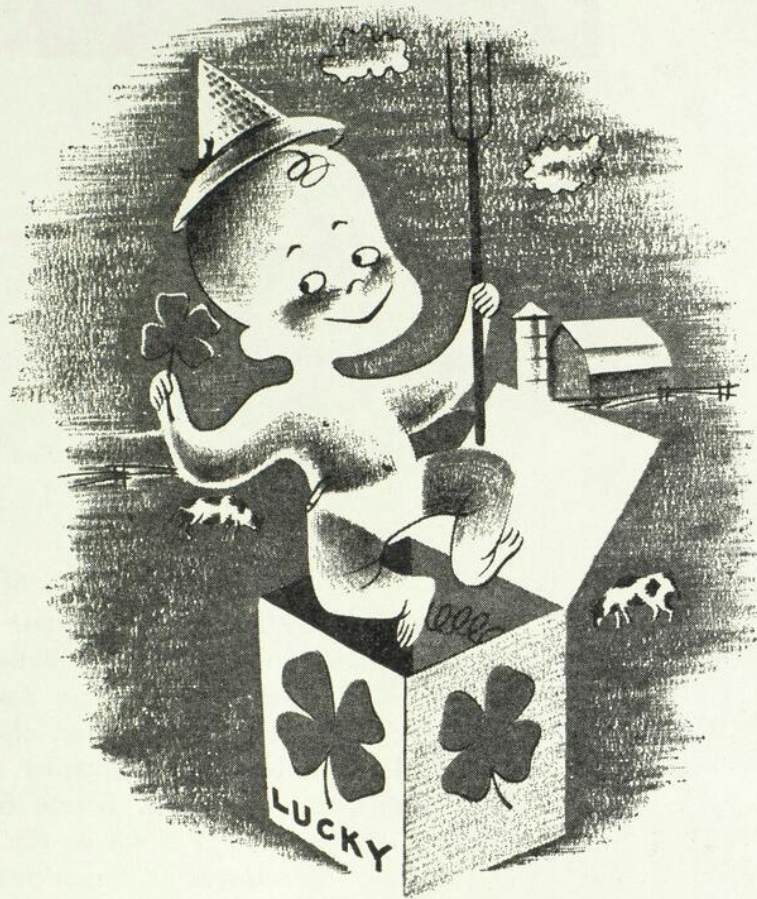
*Facile* POUR LES ASSISTANTS parce que le service de tout repos offert par les Rib-Backs réduit les délais qui empêchent toute l'équipe chirurgicale de réaliser un processus rigoureusement réglé.

*Facile* POUR L'ACHETEUR parce qu'il est assuré que chaque lame RIB-BACK B-P lui donnera un service éprouvé et un maximum de satisfaction . . . réduisant ainsi, du point de vue économique, la consommation des lames à un minimum.

*Demandez-les à votre fournisseur*

**BARD-PARKER COMPANY, INC.**

Danbury, Connecticut, U.S.A.



## Pourquoi "Lachance" ? ...

*Combien chanceux est le mioche  
qui a reçu de l'Infantol dès le berceau.  
Car Infantol est une parfaite  
protection contre  
les déficiences vitaminiques  
des premières années de formation.*

# Infantol



### AVANTAGES

- 1 protection complète
- 2 miscible à l'eau
- 3 agréable au goût
- 4 non dispendieux

frank w. horner limited



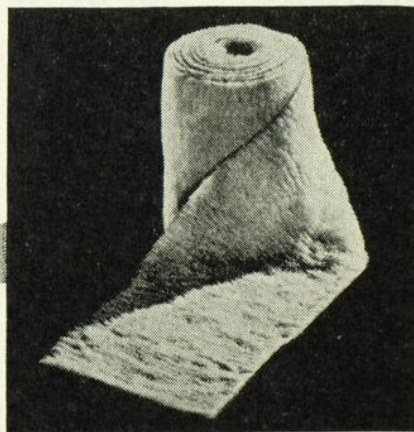
# Pionniers du progrès



Les "recherches" et le "développement" en regard du produit furent les deux facteurs importants établis par Bauer & Black pour maintenir la suprématie dans le champ des recherches. Grâce aux cinquante années d'expérience sur lesquelles s'appuie le travail qu'ils ont accompli, Bauer & Black envisagent l'avenir avec l'espoir de réaliser de nouvelles découvertes importantes pour la profession médicale.

## UN EFFORT POUR ATTEINDRE UN NOUVEAU DEGRÉ D'EXCELLENCE

LES ROULEAUX CURITY sont plus doux, plus pelucheux que les autres. Un procédé spécial plisse en permanence chaque fil. Un tampon post-opératoire parfait pour puissant drainage s'adapte parfaitement au contour de la tête, donne une pression égale, et permet de faire des compresses merveilleuses.



Quand des bandages spéciaux sont requis, employez les ROULEAUX KERLIX CURITY

UN PRODUIT EXCLUSIF DE BAUER & BLACK

Division de The Kendall Company (Canada) Limited

**Curity**  
ENRG. AU CANADA

ROULEAUX KERLIX

RECHERCHE EN VUE D'AMÉLIORER LA TECHNIQUE . . . ET DE RÉDUIRE LE COÛT

Dans le traitement de l'infection para-nasale,

# ARGYROL

assure

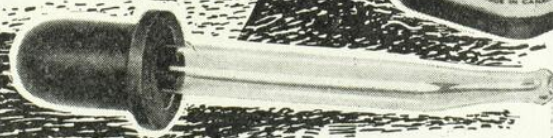
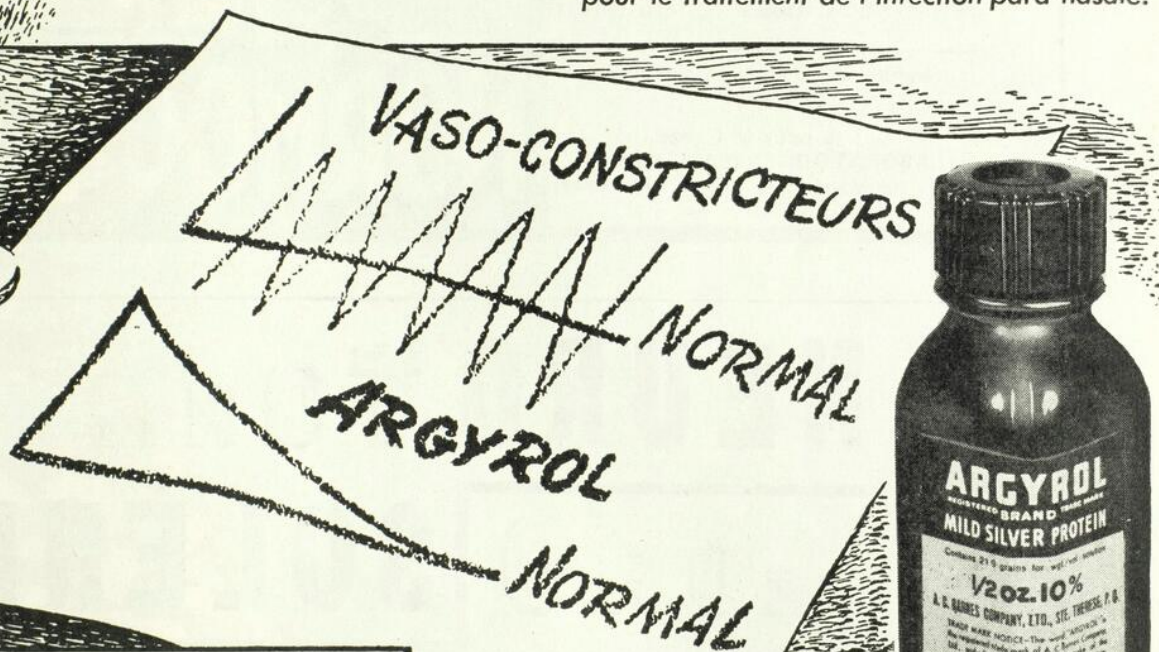
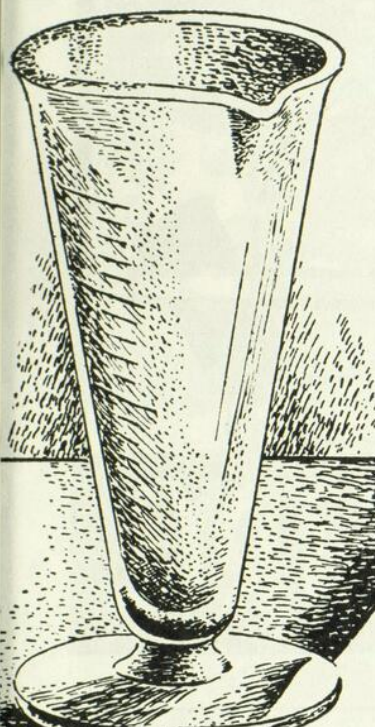
## une action multiple sans réaction

Agent bactériostatique, émollient et détersif efficace, ARGYROL démontre constamment ses avantages dans la lutte contre l'infection et dans le rétablissement des fonctions normales.

En outre, le rétablissement n'est pas entravé par la congestion compensatoire, si souvent entraînée par la plupart des vaso-constricteurs.

### ARGYROL

—le médicament de choix  
pour le traitement de l'infection para-nasale.



### La méthode Argylol

1. Conduit nasal . . . instillations d'ARGYROL à 20% dans le canal lacrymal.
2. Voies nasales . . . gouttes d'une solution d'ARGYROL à 10%.
3. Fosses nasales . . . tamponnement avec ARGYROL à 10%.

### Son triple effet

1. Décongestionne sans irriter la membrane et sans nuire à la protection ciliaire.
2. Incontestablement bactériostatique et cependant non toxique pour les tissus.
3. Nettoie en stimulant les sécrétions, renforçant ainsi la première ligne de défense de l'organisme.

**EXIGEZ ARGYROL DANS L'EMBALLAGE AUTHENTIQUE**

La marque déposée ARGYROL  
est la propriété de  
A. C. Barnes Company Limited

Maintenant en vente au Canada—  
ARGYPULVIS, nouveau moyen efficace de vaincre le Trichomonase. Sur demande, nous vous enverrons des échantillons professionnels d'ARGYPULVIS (sous les deux formes: en poudre à insuffler, pour l'usage du praticien, et en capsules, pour l'usage complémentaire de la malade), ainsi que des prospectus.

**ARGYPULVIS et ARGYROL sont fabriqués exclusivement par  
A. C. BARNES COMPANY, LTD.  
STE-THÉRÈSE, QUÉBEC**

UN COMPRIMÉ DANS UN 1/2 VERRE D'EAU

*Vos aérophages,  
Vos dyspeptiques,  
Les petits hépatiques*

*seront heureux... si vous leur prescrivez*

## NORMOGASTRYL

Médication alcalino-sédative des  
gastro-hépatiques fonctionnels

Littérature et échantillons sur demande

Agents pour le Canada:  
**LABORATOIRES JEAN OLIVE**  
200, rue Vallée    :-:    Montréal



# NORMOGASTRYL

# NEUROTONIE

# NEURO SOLÈNE

### INDICATIONS

Hyperexcitabilité vago-sympathique,  
antispasmodique et sédatif

#### Cardiologie —

Troubles cardio-vasculaires,  
érythème cardiaque,  
faux cardiaques, angoisses

#### Neurologie —

Etats de nervosité, d'émotivité,  
d'anxiété, de phobie, crises  
convulsives de l'épilepsie essentielle

#### Gynécologie —

Bouffées congestives - post-  
ovariectomie ou hystérectomie

#### Oto-Rhino —

Bourdonnement d'oreille

#### Troubles du sommeil —

Le NEUROSOLÈNE permet d'obtenir  
sans danger un sommeil réparateur  
et un réveil léger.

### FORMULE DE MÉGLIN

ACTIVÉE PAR BARBITAL: 17 mgm.

R:

*Neurosolène*

### POSOLOGIE

#### Etats nerveux:

2 à 4 comprimés par jour, espacés.  
Dose usuelle: 3 (un à chaque repas)

#### Troubles du sommeil:

Avaler sans croquer, avec une  
boisson ou une infusion.  
Ordonnance "à renouveler".  
Petits nerveux  
et pseudo-cardiaques.

**Laboratoires Paul Bréant,**  
11, rue de Clichy - Paris (IXe)

### FAIBLES DOSES

Pas de Toxicité  
Pas d'Accoutumance  
Pas d'Intolérance

Canada:  
**Laboratoires Jean Olive,**  
200, rue Vallée, Montréal



# BETAGEN

VITAMINE "B" COMPOSÉE  
ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

TONIQUE ET ALIMENT NERVIN

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

PRINCIPAUX COMPOSANTS:

VITAMINE B<sub>1</sub> — RIBOFLAVINE — PYRIDOXINE — ACIDE NICOTINIQUE — ACIDE PANTOTHÉNIQUE  
LÉCITHINE — AVÉNINE — GLYCÉROPHOSPHATES DE SODIUM, CALCIUM, POTASSIUM, STRYCHNINE

(1/160 gr. à l'once)

SAVEUR AGRÉABLE • TOLÉRANCE PARFAITE

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

## Comprimés Bicalgen-D

*A base de Gluconate de Calcium*

INOSITOPHOSPHATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM  
CÉRIUM OXALATE • VITAMINE D

*Grossesse, Lactation, Vomissements gravidiques*

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

Dose — Trois à six comprimés par jour.

## Comprimés TRI-SULFA\* 0.50 gm. Amélioré

ACTION RATIONNELLE DES SULFAS

CHAQUE COMPRIMÉ RENFERME:

- SULFAMÉTHAZINE 37%
- SULFADIAZINE 37%
- SULFAMÉRAZINE 26%

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

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

\*Marque déposée.

## Somenal

(COMPRIMÉ À 0.10 GRAMME)

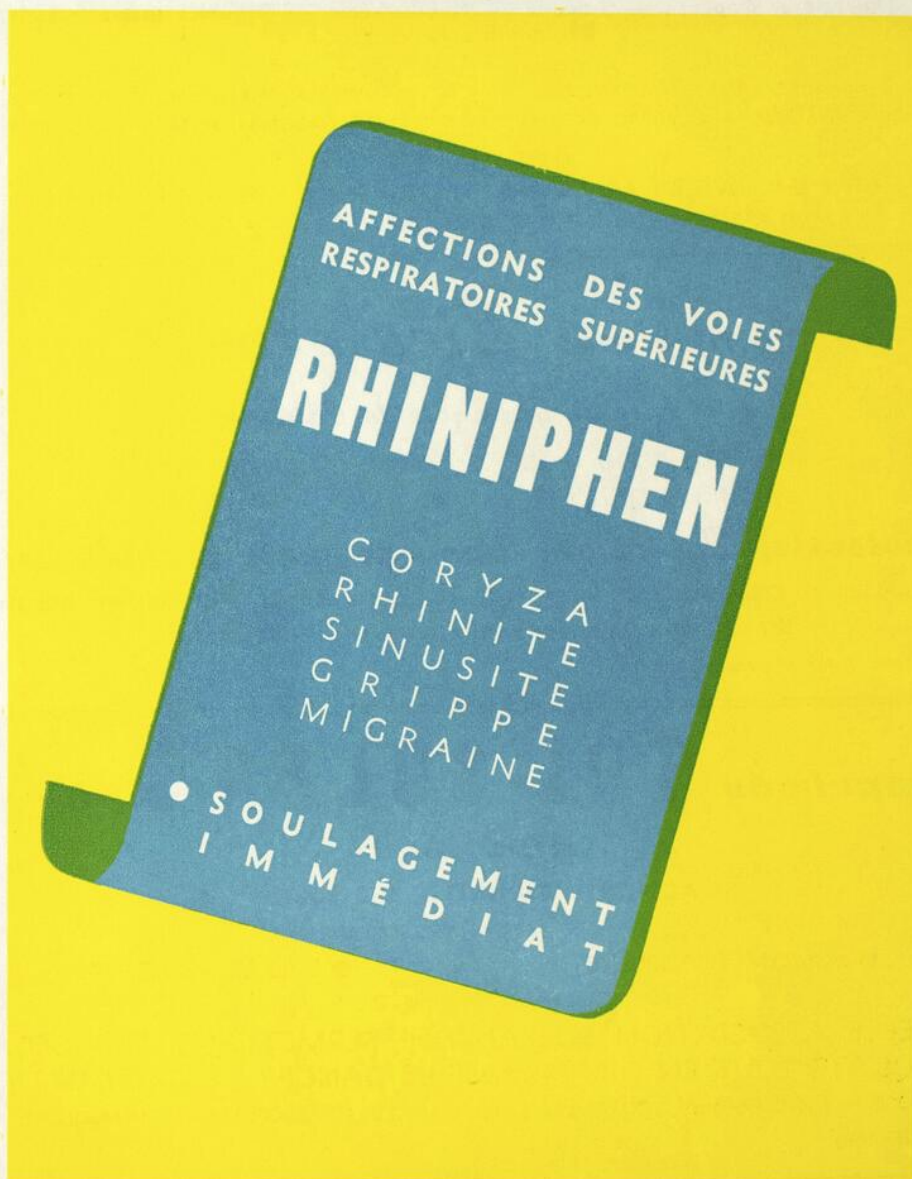
NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

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

ÉMOTIVITÉ • INSOMNIE • SPASMES • PHOBIE • ANXIÉTÉ

DOSE: Selon l'avis du médecin. Butobarbital 0.05 gramme } par comprimé.  
Phénobarbital 0.05 gramme }

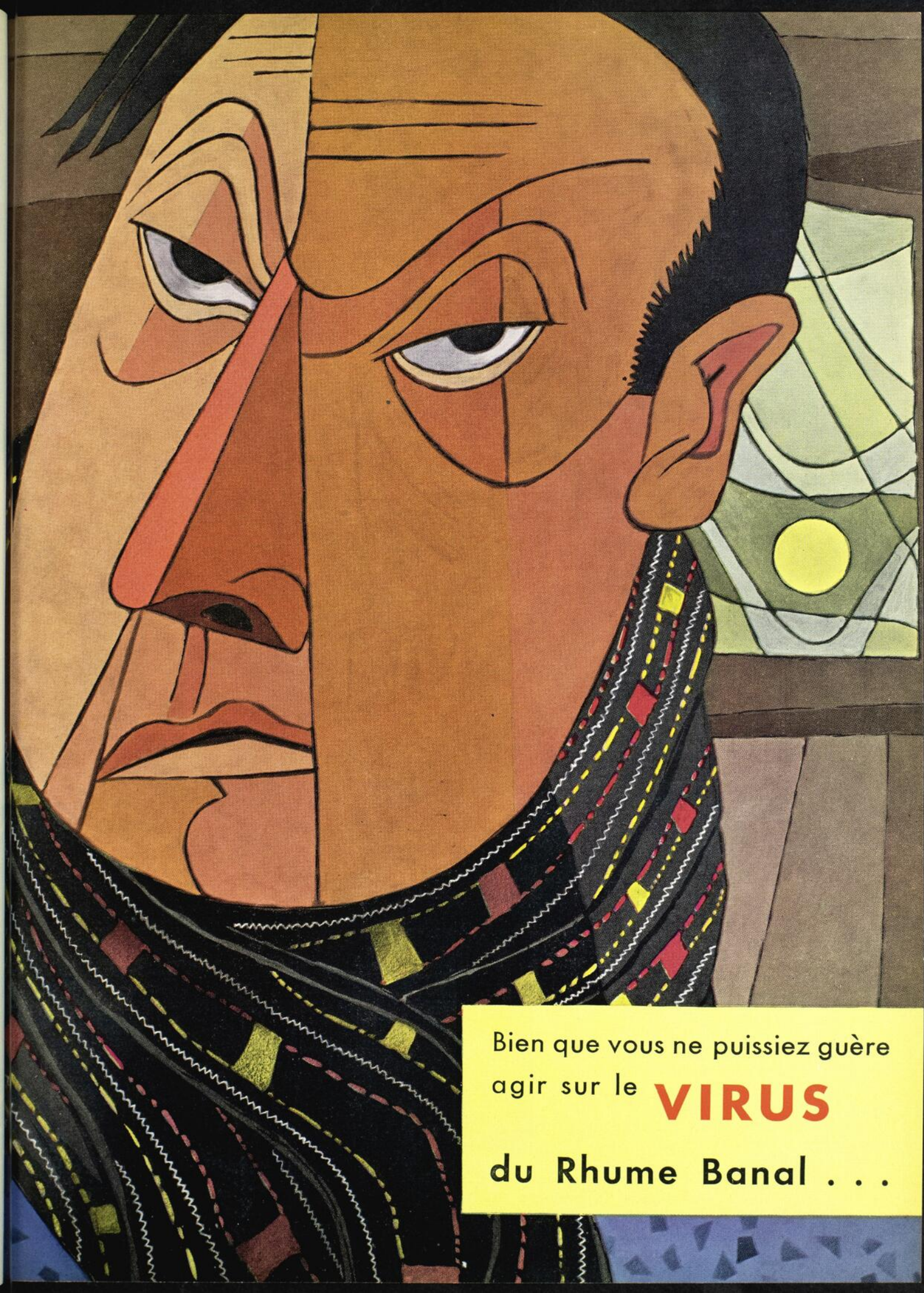
La Cie CANADA DRUG CO. Montreal



LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est. rue Jean-Talon

MONTREAL 10



Bien que vous ne puissiez guère  
agir sur le **VIRUS**

du Rhume Banal . . .

VOUS POUVEZ COMBATTRE LES

# Envahisseurs Secondaires PENICILLINO-SENSIBLES

AVEC L' **AEROHALOR**

NOM DÉPOSÉ

(INHALATEUR DE POUVRE D'ABBOTT)

**B**IEN TROP SOUVENT le soi-disant rhume banal est précédé, accompagné ou suivi d'infections respiratoires causées par des organismes sensibles à la pénicilline. C'est alors qu'est indiquée la thérapeutique locale directe par l'AEROHALOR—une inhalothérapie qui dépose la poudre de pénicilline là où elle peut faire le plus de bien.

Qu'il soit bien entendu que nous ne recommandons pas l'inhalothérapie par la pénicilline en poudre au moyen de l'AEROHALOR comme cure du rhume à virus, car elle ne l'est pas.

Krasno et Rhoads<sup>1</sup> rapportent comme suit: "L'évolution du rhume banal est raccourci de façon remarquable par l'inhalation de poudre de pénicilline dès le début. Nous ne nous faisons aucune illusion qu'elle agisse contre le virus qui déclenche le rhume banal ou contre tout autre virus."

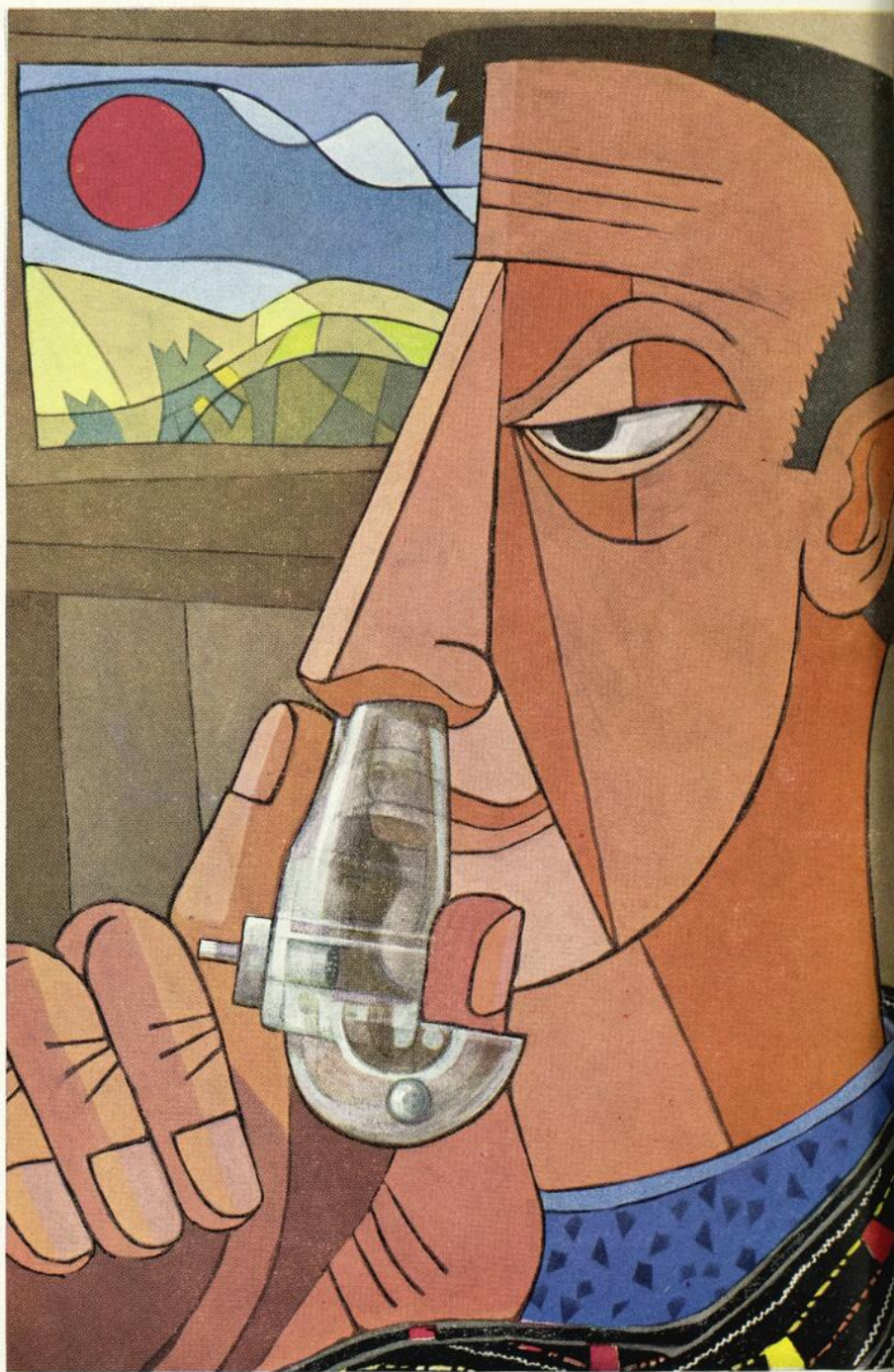
Et les mêmes auteurs ajoutent: "Nous savons parfaitement que l'agent étiologique du rhume banal n'est probablement pas un organisme pénicillino-sensible. Des envahisseurs secondaires sont sans aucun doute responsables de l'aggravation des symptômes initiaux et, dans la plupart des cas, des complications plus graves. On constate souvent une amélioration frappante chez les malades dont le rhume traîne."

L'AEROHALOR est également indiqué comme adjuvant dans le traitement des cas suivants:

Trachéite et laryngite, rhinite et nasopharyngite aiguës, sinusite aiguë et chronique, bronchite aiguë et chronique et les composants infectieux de l'asthme bronchique, infections respiratoires supérieures avant et après intervention chirurgicale, infections respiratoires postopératoires, envahisseurs secondaires dans la pneumonie à virus, angine de Vincent, traitement symptomatique de la bronchectasie.

La possibilité d'une sensibilité à la pénicilline commande la prudence dans l'emploi de l'inhalothérapie, surtout chez les patients souffrant d'asthme ou ayant des antécédents d'allergie.

Chaque AEROHALOR est présenté tout monté avec embouchure buccale pour l'inhalation orale, et accompagné d'une embouchure nasale facilement interchangeable. Les Cartouches AEROHALOR\*, se prescrivant séparément et contenant chacune 100,000 U.I. de pénicilline G Potassique finement pulvérisée, sont présentées en fioles bouchées hermétiquement contenant chacune trois cartouches. Pour la littérature, écrire aux Laboratoires Abbott Limitée, Montréal 9. **Abbott**



\*Nom Déposé de la Cartouche Tamis Abbott. L'AEROHALOR et la Cartouche AEROHALOR sont brevetés au Canada et à l'étranger.

1. Krasno, L., et Rhoads, P. (1949), The Inhalation of Penicillin Dust; its Proper Role in the Management of Respiratory Infections, Amer. Proc., 11: 649, July

---

---

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

•

## ONT COLLABORÉ AU VOLUME 79:

MM. Amyot (Roma); Archambault (Paul-René); Autotte (Esdras); Baril (Edmond); Bassi (Guido); Bégin (B.-G.); Bélisle (Maurice); Bernard (Louis); Bernard (René); Blanc (Georges); Bernier (Alphonse); Bertrand (A.); Bertrand (Claude); Bisson (Christophe); Blagdon (Jacques); Blais (Ant.); Bonnier (Maurice); Boucher (Roméo); Boulanger (J.-B.); Boulez (N.); Bourque (Jean-Paul); Bouveau (G.); Brady (Kay); Brault (J.-P.); Brissaud (H.-E.); Cabana (L.-P.); Cantero (A.); Cartier (G.-E.); Casgrain (Gérard); Champy (Christian); Charbonneau (Henri); Charbonneau (Jean); Charest (G.); Charland (Richard-A.); Charpy (J.); Chevillotte (R.); Cloutier (François); Cloutier (Roland); Coignet (Jean); Collin (Pierre-Paul); Comeau (Maurice); Crevier (Paul-H.); Croisetière (Fernand); Dargis (Jean); David (Paul); Debray (Ch.); Debré (Robert); Desjardins (Edouard); Desmarais (Bernard); Desrosiers (Saint-Jean); Dion (Yvan); Dionne (Jean); Dionne (Paul); Doray (Maurice); Doré (Réal); Douville (J.); Dubé (Edmond); Dubé (L.-F.); Dufault (Paul); Dufresne (Origène); Dufresne (Roger-R.); Duhamel (Roger); Dumas (Paul); Duprat (Gérard); Durivage (Jacques); Fabre (René); Fisher (John); Foisly (J.-P.); Forget (Ulysse); Forté (Lionel); Fortier (De la Broquerie); Fortin (R.); Françon (François); Gagnon (E.-D.); Gagnon (Jacques-N.); Gareau (J.-Roger); Gareau (Roland); Gariépy (Urgel); Gaudry (Dominique); Gauthier (Jacques); Gérin-Lajoie (Léon); Gervais (Maurice); Gilbert (Chislaine); Gingras (Gustave); Girard (Armand-E.); Giraud (Paul); Gratton (J.); Grignon (Jean); Grignon (René); Grobon (Pierre); Groulx (Ad.); Guénette (René); Guilbeault (Albert); Hamel (Pierre-Claude); Hood (A. J. G.); Hughes (H. G.); Jarry (Gaétan); Johnson (Réginald); Julien (Lucien); Jutras (Albert); Kaine (G.); Kaplan (S.); Kourilsky (Raoul);

Labbé (Paul); Ladouceur (Paule); Lafleur (F.); Lafond (Guy); Lamarre (Léo); Lambert (Jacques); Landry (Philippe); Langevin (Raymond); Lapierre (Gaston); Lapointe (Donat); Lapointe (Jean); Laprade (Claude); Larivière (Paul); Larivière (Paul-M.); Latraverse (V.); Laurier (R.); Lauzé (Simon); Lauzer (Rosaire); Lavoie (Jules); Lebeau (René); Lebel (Léon); Leblanc (Loyola); Leblond (Wilfrid); Leclaire (Gérard); Leclerc (G.); Lecours (Antonio); Lefebvre (René); Léger (Jean-Louis); Léonard (Claude); Léonard (Gérard); Lépine (Charles); Lépine (Edgar); LeSage (Albert); LeSage (Jean); Letendre (Samuel); Letondal (Paul); Léveillé (Antonio); Longpré (Daniel); Marcil (Bernard); Marcotte (J.-E.-Alexandre); Marcoux (Guy); Marin (A.); Marion (Pierre); Martel (J.-Alcide); Martin (Hon. Paul); McCormick (W. J.); Meloche (Bernard-H.); Migneault (Gérard); Miller (J.-Chs); Milot (J.-P.); Miloutinowitch (Mme); Mondello (Roméo); Monfette (Claude); Mongeau (Maurice); Morin (Gaspard); Morissette (Léopold); Mouriquand (G.); Mozicconacci (P.); Nadeau (Gabriel); Odinet (Jacques); Panet-Raymond (J.); Paquette (J.-P.); Parrot (Paul); Pépin (J.-Roméo); Pettigrew (Antoine); Piette (Jean); Pilon (Jean-Louis); Pinsonneault (Germain); Plichet (André); Potvin (Victor); Prévost (J.); Primeau (Bertrand); Poirier (René); Prud'homme (Jean); Reid (Léonide); Ricard (Paul-M.); Robillard (Gaston); Roch (M.); Roux (J.-René); Roux (M.); Royer (Albert); Saint-Martin (Maurice); Ségal (S.); Séguin (Fernand); Simard (Roland); Simonnet (H.); Smith (Henri); Smith (Pierre); Starkey (Hugh); Tétréault (Ernest); Therrien (Emile); Thibaudeau (Roland); Trudeau (Charles-H.); Vallée (Arthur-F.); Vasques (J.); Vézina (Norbert); Vidal (J.-A.); Vigneau (Paul); Voyer (Armand).

---

---

...Quelles sont les parties du corps d'où part l'action vitale, quels sont les éléments actifs, quels sont les éléments passifs? telle est la question qui a surtout soulevé de nombreuses difficultés, et qui domine la physiologie et la pathologie. Je l'ai résolue, en montrant que la cellule constitue la véritable unité organique. J'ai proclamé que l'histologie, en tant qu'étude des éléments cellulaires et des tissus qui en dérivent, constitue la base de la physiologie et de la pathologie; j'ai nettement formulé ce principe que la cellule est la forme ultime, irréductible de tout élément vivant; qu'à l'état de santé comme à l'état de maladie, toutes les activités vitales en émanent. On me reprochera peut-être cette manière de voir qui me fait envisager la vie comme un processus tout particulier; plusieurs même m'accuseront d'une sorte de mysticisme biologique qui me pousse à séparer la vie du grand ensemble des phénomènes de la nature et de l'affranchir des lois souveraines de la physique et de la chimie. La suite de ces leçons démontrera qu'il n'est guère possible d'avoir des idées plus mécaniciennes que celles que je professe, chaque fois qu'il s'agit d'interpréter ce qui se passe dans les formes élémentaires de l'organisme. Sans doute, les échanges moléculaires qui se font dans l'intérieur de la cellule se rattachent à telle ou telle constituante de celle-ci; mais en dernière analyse, c'est de la cellule qu'émane l'acte vital; et l'élément vivant n'est actif qu'aussi longtemps qu'il se présente à nous comme un tout complet, jouissant d'une existence particulière...

VIRCHOW.

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

### A

<b>Abdomen aigu. Radiographie d'urgence pour</b> (Louis-Ivan Vallée) .....	310
<b>Adaptation et les maladies de l'adaptation. Le syndrome général d'</b> (Hans Selye) .....	535
<b>Aide fédérale aux hôpitaux canadiens</b> (abrégé). (Hon. Paul Martin) .....	223
<b>Alcool et alcoolisme. L'. — Ce que tous devraient savoir.</b> (Albert LeSage) .....	603
<b>Algies de l'appareil locomoteur. Diagnostic différentiel des</b> (Roland Dussault) .....	560
<b>Algies lombo-sacrées. Les</b> (Edgar Lépine) ..	572
<b>Alimentaires. Commentaires sur les règles a. au Canada.</b> (J.-Ernest Sylvestre) .....	606
<b>Alimentation de la famille. L'</b> (Fernande Durand) .....	1220
<b>Allocution du président élu à la séance inaugurale du Bureau Médical de l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).</b> (Eugène Allard) ...	495
<b>Allocution prononcée à la séance inaugurale de la Société Médicale de Montréal.</b> (Paul-René Archambault) .....	349
<b>Allocution prononcée à l'occasion de l'expiration du terme d'office du docteur W. Leblond, comme président du Bureau Médical de l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).</b> (Wellie Verge) .....	494
<b>Analgésie et anesthésie en obstétrique.</b> (Donatien Marion et Jacques-N. Gagnon) .....	826
<b>Anesthésie de base au pentothal rectal, suivant la méthode Weinstein-Light. Notes préliminaires.</b> (Marc Augustin, Saint-Lucien Hector et Serge Rochemont) .....	1449
<b>Anesthésie de l'enfant et du nourrisson.</b> (Louis Lamoureux, Frank McCaffrey et M. Bourgeois-Gavardin) .....	538
<b>Anesthésie. Organisation d'un service d'</b> (Eugène Allard) .....	332
<b>Anesthésie régionale en urologie. Une technique d'</b> (Marius Dubeau) .....	467
<b>Angiomes. Le traitement des</b> (Origène Dufresne et Guillaume Gill) .....	313
<b>Anneau lymphatique de Waldeyer. La radiothérapie de l'</b> (Marc Del Vecchio) .....	84
<b>Antibiotiques. Quelques aspects thérapeutiques de certains a. nouveaux et de la pénicilline.</b> (L.-N. Larochelle) .....	157
<b>Antigène méthylique de Boquet-Nègre — Ses propriétés immunologiques et thérapeutiques</b> (résumé). <b>L'</b> (Bernard Martineau) .....	218
<b>Antihistaminiques dans les affections des voies respiratoires. Les</b> (Jacques Léger) .....	1434

<b>Arthrite chronique. Le traitement chirurgical de l'</b> (J.-Ed. Samson et Ulric Frénette) ..	426
<b>Assurance-maladie. Le projet d'</b> (Roma Amyot)	1269

### B

<b>Bactériophages. L'observation des b. et des virus dans les cellules affectées</b> (résumé). (Ralph W. G. Wyckoff) .....	216
<b>Bombe atomique. Les lésions causées par la b. a. et leur traitement.</b> (R. Lamquin) ....	1205
<b>Brucellose et tuberculose — Les enseignements de la chimio-pathogénie et de l'histopathologie de la brucellose expérimentale</b> (résumé). (Maurice Panisset) .....	219
<b>Bulletins:</b>	
Eloges mérités. (H. Trudel) .....	1273
En guise d'hommage. (Emile Blain) .....	409
En marge du congrès de Trois-Rivières. (Jos. Normand) .....	659
Etudiants et praticiens. (Roma Amyot) ..	153
Greffes d'organes et scrupules d'honnêtes gens. (Roma Amyot) .....	657
La formation morale du médecin. (Edouard Desjardins) .....	6
Le chemin retrouvé. (Roma Amyot) .....	1039
L'enseignement médical post-universitaire est-il organisé dans la province de Québec? Un cours de perfectionnement pour le praticien sur les maladies des enfants, du 24 au 28 septembre 1951, à l'hôpital Sainte-Justine. (Paul Letondal) .....	909
Le projet d'assurance-maladie. (Roma Amyot)	1269
Les réalisations étonnantes de la médecine contemporaine. (Roma Amyot) .....	1161
Le XXIème Congrès. ....	913
Message du président du XXIème Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. (J.-A. Denoncourt)	1042
Propos déontologiques. (Edouard Desjardins)	287
Quelques propos sur les infirmières. (Roma Amyot) .....	413
Services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. (Roma Amyot) .....	1385
Siège du XXIème Congrès. ....	533
Soyons prêts. (Albert Bertrand) .....	779
XXIème Congrès. ....	781
XXIème congrès de l'A. M. L. F. C. aux Trois-Rivières. (Hermile Trudel) .....	416

- Hypertension artérielle à minima élevée. Sensibilisation au thiocyanate de potasse après splanchnectomie bilatérale.** (Laurent Pesant) ..... 316
- Hypertension artérielle. La physiopathologie de l'** (Jacques Genest) ..... 1164
- Hypertension par le sel chez les lapins et ses relations avec la glande surrénale. L'** (Toku Ro Fukuda) ..... 1278

## I

- Iléite terminale. A propos d'un cas d'** (Rosaire Lauzer et Robert Fiset) ..... 1060
- Infarctus du myocarde. Etude d'une atypie particulière de l'onde "T" ( $T^1 < T^3$ ) dans l'** (Jean Longtin et Jean Laham) ..... 594
- Infiltration du plexus brachial. La théorie des trois perpendiculaires dans l'** (L. Lamoureux et M. Bourgeois-Gavardin) ..... 927
- Infirmière et la petite industrie. L'** (Marie Saint-Onge) ..... 702
- Infirmières. Quelques propos sur les** (Roma Amyot) ..... 413
- Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal — XIIe anniversaire — Douze ans de progrès (1938-1950).** (Armand Frappier) ..... 229
- Institut Pasteur de Paris à la "Journée de la recherche". L'** (Léopold Nègre) ..... 226
- Iode radio-actif et thyroïde.** (Maurice Bélisle) ..... 801

## K

- Kératite interstitielle et kératoplastie perforante — Commentaires.** (J.-A. Lapointe) .. 945
- Kératite interstitielle syphilitique. La cortisone dans le traitement de la** (Henri Smith) .. 963

## L

- Livres reçus** ..... 284, 776, 1255
- Lobotomie. Résultats cliniques de cent cas de** (Paul Larivière) ..... 1410

## M

- "Maladie bleue". Observations sur deux cas de** (Réginald Johnson) ..... 940
- Maladies transmissibles des animaux à l'homme.** (A. J. C. Hood) ..... 611
- Marcel Proust. Un cas d'inversion coupable:** (J.-B. Bélanger) ..... 483
- Marisone en rhumatologie. Evaluation de la** (Jacques Durivage) ..... 960

## Médecine et chirurgie pratiques:

- Contre l'hypertension artérielle.** (Roma Amyot) ..... 242
- Diagnostic de la tuberculose au bureau du médecin. Les besoins fondamentaux de l'enfance.** (Philippe Landry) ..... 1120
- Hernie discale cervicale et syndrome de dégénérescence médullaire.** (Roma Amyot) ..... 736
- Histamine et ramollissement cérébral.** (Roma Amyot) ..... 242
- La maladie des rayons traités par le phénergan.** (Roma Amyot) ..... 244
- L'électro-encéphalographie peut servir à plusieurs fins.** (Roma Amyot) ..... 734
- L'hérédité de l'épilepsie. Une technique facile de lobotomie frontale. Hémorragie sous-arachnoïdienne. Artériographie trans-lombaire. Faire dormir les porteurs d'ulcères duodénaux. L'épilepsie; son traitement. Traitement de l'acné vulgaire. L'alcool en intraveineuse comme analgésique durant l'accouchement. Le pronostic de l'hypertension artérielle. L'algie au membre supérieur dans l'infarctus du myocarde** (Roma Amyot) ..... 1125
- Les enveloppements humides chauds dans la poliomyélite remplacés par un sympatholytique de synthèse. Les vaso-dilatateurs contre la dysménorrhée fonctionnelle. Les vomissements de la grossesse et le diéthylstilboestrol.** (Roma Amyot) .. 242
- Le syndrome de la thrombose de l'artère tibiale antérieure. Sclérodémie traitée par la procaïne en intraveineuse. Les accidents vasculaires au cerveau et la défaillance cardio-circulatoire. Le traitement de la syphilis par la pénicilline. Le traitement de la toxémie de la grossesse par la cortisone.** (Roma Amyot) ..... 735
- L'orientation nouvelle des services d'hygiène scolaire.** (O. M. S.) ..... 1487
- Médications récentes de contrôle de la transpiration odorante et de l'hyperhidrose.** (Roma Amyot) ..... 241
- Pas de vaccination contre la diphtérie et la coqueluche durant une épidémie de poliomyélite?** (Roma Amyot) ..... 243
- Pyramide de Lalouette.** (Réal Doré) .... 733
- Quatre années de cure radicale de la hernie selon la technique de Shouldice. Education sanitaire.** (Gérard Rolland) ..... 1229

Résultats remarquables du traitement de la méningite tuberculeuse par la streptomycine. (Roma Amyot) .....	243	Marcoux. Le docteur Adolphe .....	1348
Silicose. (Gaéтан Jarry) .....	1333	Maynard. Le docteur Jean-Henri .....	511
Silicose — son diagnostic, son traitement. (Gaéтан Jarry) .....	867	Mongeon. Le docteur Léo .....	1348
Thiouracil et propyl-thiouracil dans le goitre toxique diffus. Prophylaxie de rhumatisme articulaire aigu par la pénicilline. Radiothérapie de l'arthrite, de la bursite et de la radiculite. Traitement de l'état de mal asthmatique. L'artérite temporale. Le virus "C" et certaines paralysies infantiles sans paralysie. Quelques causes médicales du syndrome abdominal aigu. ACTH, cortisone et sels d'or dans l'arthrite rhumatoïde. Le BAL comme traitement de certaines névrites diabétiques. La banthine contre l'ulcère duodénal. Mesures thérapeutiques modernes en psychiatrie. (Roma Amyot) .....	1334	Perrin. Le docteur Jean .....	1348
<b>Médecine interne. Réflexions sur la</b> (Prof. A. Lemierre) .....	1329	Richard. Le docteur Philippe .....	511
<b>Médecine humaine.</b> (Jean Saucier) .....	1388	Roux. Le docteur Roland (Edouard Desjardins) .....	128
<b>Médecin de famille. L'avenir du</b> (Eugène Thibault) .....	1460	Simard. Le docteur André .....	511
<b>Médication anticoagulante. La</b> (Maurice Gervais) .....	1301	Trépanier. Le docteur Frs-Xavier .....	511
<b>Mégacôlons. Sur la classification et le traitement des</b> (Paul Letondal) .....	1314	Turcotte. Le docteur Antonin .....	1348
<b>Mélanome de l'iris. Un cas de</b> (Claude Monfette) .....	201	Valois. Le docteur Gustave .....	1348
<b>Méningite à bacilles de Friedlander chez le nourrisson. La</b> (J.-P. Bombardier) .....	840	Vignes. Le docteur Henri .....	641
<b>Méningite tuberculeuse. Traitement de la m. t. par la streptomycine.</b> (Jean-Léon Desrochers) .....	677	<b>Néoplasme de la jonction duodéno-jéjunale, à l'angle de Treitz — Présentation d'un cas.</b> (Roger Champoux) .....	197
<b>N</b>		<b>Neuroblastome. Un cas de</b> (Loyola Leblanc) ..	39
<b>Narcotiques. A propos de</b> (Roger-R. Dufresne) .....	843	<b>Neuro-psychiatrie infantile.</b> (J.-Chs Miller) ..	76
<b>Nécrologies:</b>		<b>Nouvelles ..</b> 131, 264, 382, 513, 642, 761, 893, 1019, 1140, 1242, 1349, 1495.	
Belleau. Le docteur Joseph-Fortunat .....	511	<b>O</b>	
Davialt. Le docteur Stanislas (L. R.) .....	263	<b>Oculaire. Eclairage moderne et pathologie</b> (Emile Blain) .....	675
Demers. Le docteur J.-Albert .....	511	<b>Œsophagiennes. Les dyskinésies</b> (Pierre Smith) ..	1456
Fiset. Sir Eugène .....	1148	<b>Œuvre du placement familial. L' — Centre Grancher.</b> (Théo. Saint-Martin) .....	108
Gariépy. Le docteur J.-Urgel (Roger Dufresne) .....	1267	<b>Otitis en clientèle. Les</b> (J.-R. Vaillancourt) ..	1445
Garneau. Le docteur Benoît-W. (Ulysse Forget) .....	129	<b>Otosclérose. Considérations sur le traitement de l'</b> (Paul Fugère) .....	831
Hingston. Le docteur Donald A. (Edouard Desjardins) .....	3	<b>P</b>	
Laferrière. Le docteur J.-E.-A. ....	1348	<b>Parotidienne. Traitement des tumeurs de la région</b> (Henri Redon) .....	792
LeSage. Le docteur Jean (Aimé Desforges) .....	890	<b>Parturiente. Réactions douloureuses chez la</b> (Léon Journet) .....	212
		<b>Pasteurisation du lait. La</b> (Georges Bourbonnais) .....	848
		<b>Pédiatre et l'hygiène publique. Le</b> (Marcel Langlois) .....	119
		<b>Pédiatrie au Canada français. La</b> (Paul Letondal) ..	87
		<b>Penicilline. Quelques aspects thérapeutiques de certains antibiotiques nouveaux et de la</b> (L.-N. Larochelle) .....	157
		<b>Pentothal rectal. Anesthésie de base au p. r., suivant la méthode de Weinstein-Light. Notes préliminaires.</b> (Marc Augustin, Saint-Lucien Hector et Serge Rochemont) .....	1449
		<b>Pentothal. Ses effets sur le système nerveux central et ses signes cliniques. L'anesthésie au</b> (Almanzor Marsolais et René Lebeau) ..	1071
		<b>Phlegmon diffus de la face.</b> (Louis-J. Gauthier) ..	41
		<b>Ph sanguin. La stabilité du</b> (A.-E. Pâquet) ..	934
		<b>Poliomyélite antérieure aiguë. Diagnostic et traitement précoce de la</b> (Henri Charbonneau) .....	54

<b>Poliomyélite. L'épidémiologie et la prophylaxie de la</b> (Gustave Charest) .....	49	<b>Rénales et vésicales. Les infections</b> (Jean-Paul Legault) .....	589
<b>Poliomyélite. Quelques données sur l'étiologie et sur la virologie de la</b> (Vytautas Pavilanis) .....	45	<b>Rentrée des classes et la contagion. La</b> (G. Charest) .....	1215
<b>Poumons. Conduite à tenir en face de petites images lésionnelles aux</b> (Léo Ladouceur) ..	1192	<b>Revue des livres</b> .. 148, 276, 390, 652, 764, 900, 1030, 1150, 1249, 1358, 1502.	
<b>Porteurs de germes typhiques par le séro-diagnostic Vi. Le dépistage des</b> (Maurice Saint-Martin et Jean-Marc Desranleau) ...	690	<b>Rhinophyma opéré. Un cas de</b> (Hubert Tougas) .....	948
<b>Précalibrations en photolorimétrie.</b> (Paul Riopel) .....	1064	<b>Rhumatismale. Complications cardiaques de la maladie</b> (Paul David) .....	59
<b>Prématuré. Leçons à tirer d'une étude des résultats obtenus par des centres déjà organisés pour les soins du</b> (René Foisy) .....	80	<b>Rhumatismale. La fièvre — Ses formes cliniques.</b> (J.-M. Beauregard) .....	62
<b>Prestige de l'exactitude en anesthésie.</b> (Roma Amyot) .....	1086	<b>Rhumatismal. Syndrome r. chez l'enfant.</b> (A.-E. Pâquet) .....	67
<b>Problèmes rencontrés dans les relations entre organisations.</b> (Georgine Badeaux) .....	851	<b>Rhume des foins. La destruction de l'herbe à poux pour prévenir le</b> (Léo-Paul Cabana) ..	1098
<b>Prostatique. La radiothérapie dans les troubles urinaires d'origine</b> (Rapport préliminaire) (H. Lacharité) .....	306	<b>Röntgenthérapie dans les affections inflammatoires aiguës. La</b> (L.-A. Gagnier) .....	297
<b>Prurit de l'empereur. Le — Diagnostic rétrospectif.</b> (Paul Poirier) .....	689		
<b>Psychiatrie. Services de p. dans les hôpitaux généraux.</b> (Roma Amyot) .....	1385	<b>S</b>	
<b>Psychosomatique et les troubles de l'appareil cardio-vasculaires. La médecine</b> (Fernand Côté) .....	1394	<b>Sang. Les substituts du</b> (André Jacques et Fernando Hudon) .....	325
<b>Psychosomatique. Le facteur p. en dermatologie.</b> (Henri Smith) .....	1399	<b>Santé à Montréal au cours du premier semestre de 1951. Bilan de</b> (Ant.-B. Valois) ..	1217
<b>Psychosomatique. Méthode en vue de déterminer la valeur organique des symptômes en médecine</b> (Robert Genest) .....	1403	<b>Sécurité sociale en France.</b> (Roma Amyot) ..	1213
<b>Pyramide de Lalouette.</b> (Réal Doré) .....	733	<b>Semaine nationale d'immunisation. La</b> (Ad. Groulx) .....	1317
		<b>Services de Santé. Les</b> (Ad. Groulx) .....	1093
<b>Q</b>		<b>Silicose.</b> (Gaétan Jarry) .....	1333
<b>Quinidine dans les troubles du rythme. — 18 cas.</b> (Jean Gratton et Paul David) .....	914	<b>Sinucarotidienne. Enervation s. et polyarthrite chronique évolutive.</b> (G. Daguet) .....	1203
		<b>Situation au pays. La</b> (A. D. Kelly) .....	1464
<b>R</b>		<b>Société d'adoption et de protection de l'enfance — Fondation, but, évolution. La</b> (Ad. Groulx) ..	101
<b>Radiographie d'urgence pour abdomen aigu.</b> (Louis-Ivan Vallée) .....	310	<b>Sociétés:</b>	
<b>Radioisotopes et cancer.</b> (Origène Dufresne) ..	1211	<b>Réunion scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame:</b>	
<b>Radiologie dans les troubles urinaires d'origine prostatique</b> (Rapport préliminaire). La (H. Lacharité) .....	306	Séance du 12 octobre 1950 .....	259
<b>Radiologie dans l'étude des masses abdomino-pelviennes extra-alimentaires.</b> (A.-F. Vallée) ..	302	Séance du 23 novembre 1950 .....	371
<b>Rapport du rédacteur en chef de "L'Union Médicale du Canada".</b> (Roma Amyot) .....	352	Séance du 19 décembre 1950 .....	504
<b>Réalisations étonnantes de la médecine contemporaine. Les</b> (Roma Amyot) .....	1161	Séance du 25 janvier 1951 .....	750
<b>Réhabilitation. Quelques aspects médicaux-sociaux du problème de la r. en milieu industriel.</b> (Wilfrid LeBlond) .....	1485	Séance du 19 avril 1951 .....	1012
<b>Rein et lésions osseuses.</b> (Guy Lafond) .....	1080	Séance du 31 mai 1951 .....	1343
		<b>Société de Gastro-entérologie:</b>	
		Séance du 24 octobre 1950 .....	256
		Séance du 30 novembre 1950 .....	258
		<b>Société de Pédiatrie de Montréal:</b>	
		Séance du 5 janvier 1950 .....	125
		<b>Société Médicale de Montréal:</b>	
		Séance du 11 avril 1950 .....	252
		Séance du 2 mai 1950 .....	252

Séance du 3 octobre 1950 .....	253	Traumatismes en urologie. Ce que le praticien doit retenir des (Paul Bourgeois) .....	582
Séance du 17 octobre 1950 .....	254	Trois ans de progrès sanitaire. (Hon. Paul Martin) .....	1088
Séance du 7 novembre 1950 .....	255	Tuberculeuse. Considérations sur la valeur de la séro-agglutination dans l'infection t. pour son diagnostic et son pronostic (résumé). (Sorin Sonea) .....	218
Séance du 21 novembre 1950 .....	255	Tuberculeuse. Le traitement de la primo-infection t. de l'enfant du premier âge — Primo-infections compliquées de miliaires pulmonaires exceptées. (J. Chaptal, D. Brunel, J. Salvaing et R. Jean) .....	18
Séance du 5 décembre 1950 .....	381	Tuberculique (résumé). Effets des hormones corticotropes sur le déterminisme de la réaction (Paul Marois) .....	217
Séance du 19 décembre 1950 .....	503	Tuberculose. Association de l'antigène méthylique et de la streptomycine dans le traitement de la (Léopold Nègre) .....	782
Séance du 16 janvier 1951 .....	504	Tuberculose. Diagnostic de la t. au bureau du médecin. (Philippe Landry) .....	1120
Séance du 20 février 1951 .....	748	Tuberculose osseuse fistulisée et la streptomycine. La (André Cusson) .....	836
Séance du 15 mars 1951 .....	749	Tuberculose pulmonaire. Médication symptomatique en (J.-P. Paquette) .....	205
Séance du 3 avril 1951 .....	1137	Tumeurs pulmonaires. Diagnostic précoce des (Jules Prévost et André Mackay) .....	1240
Séance du 17 avril 1951 .....	1138	Typhoïde. Une eau saine et son influence sur la baisse de la (G. Charest) .....	1096
<b>Société d'Obstétrique de la Province de Québec:</b>			
Séance du 7 mars 1951 .....	749	<b>U</b>	
<b>Soins maternels et infantiles. Vingt-cinq années de progrès en (Ernest Couture) .....</b>			
	92	Ulcère gastrique. Contribution de la gastroscopie au diagnostic du cancer et de l' (Jean LeSage) .....	845
<b>Soyons prêts. (Albert Bertrand) .....</b>			
	779	Ulcère gastrique. Le diagnostic de l'u. g. et de l'ulcère duodéal. (Antonio Lecours) ..	549
<b>Sténose mitrale, ses indications et ses résultats. La chirurgie de la (E.-D. Gagnon et Paul David) .....</b>			
	660	Ulcère gastro-duodéal. Le traitement médical de l' (Paul Letendre) .....	556
<b>Streptomycine dans le traitement de la tuberculose. Association de l'antigène méthylique et de la (Léopold Nègre) .....</b>			
	782	Union Médicale du Canada. L' en 1882 ....	123, 245, 361, 497, 629, 737, 866, 1002, 1128, 1234, 1362, 1508.
<b>Streptomycine. La — Les applications médicales non tuberculeuses. (Jules Prévost) .....</b>			
	187	Urétrites. Evolution du traitement des (Lucien Sylvestre) .....	183
<b>Streptomycine. La tuberculose osseuse fistulisée et la (André Cusson) .....</b>			
	836	Urinaire. Les tumeurs de l'appareil (J.-P. Bourque) .....	584
<b>Streptomycino-résistance et la tuberculose. La (J.-Louis Pilon et André Boussat) .....</b>			
	682	Urologie en pédiatrie. Ce que le praticien doit retenir de l' (Paul Bourgeois) .....	1307
<b>Streptomycinothérapie. Un perfectionnement de la. L'association dihydrostreptomycine-thiosulfate de soude jointe à un traitement polyendocrinien. (Jean Albert-Weil) ....</b>			
	1407	Utérine. L'inversion (Léon Journet) .....	1430
<b>Sulfamido-pénicillino-résistance traité par la terramycine. Sur un cas de (François Duvalier) .....</b>			
	1181	Utérus gravide. Un cas de rupture spontanée de l' (V. Potvin) .....	1422
<b>T</b>			
<b>Surrénale. L'hypertension par le sel chez les lapins et ses relations avec la glande. (Toku Ro Fukuda) .....</b>			
	1278	<b>V</b>	
<b>Syndromes douloureux du membre supérieur. Certains (Roma Amyot) .....</b>			
	563	Vaccination contre la variole, immunisation contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, conseils aux parents. (G. Charest) ..	1319
<b>Syphilis. Nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement de la (Jules Archambault) ..</b>			
	173	Verres? Pourquoi porter des (J.-R. Poirier) ..	1197
<b>Terramycine. Sur un cas de sulfamido-pénicillino-résistance traité par la (François Duvalier) .....</b>			
	1181	Vésicule. Les troubles fonctionnels de la v. et des voies biliaires. (Jean-Paul Dugal) ..	434
<b>Thrombose des veines sus-hépatiques — Syndrome de Budd-Chiari. (L. Morissette) ....</b>			
	452	Virus. L'observation des bactériophages et des v. dans les cellules affectées (résumé). (Ralph W. G. Wyckoff) .....	216
<b>Thymus chez le nouveau-né. Fréquence des hypertrophies du (Edmond Baril) .....</b>			
	28		
<b>Thyroïde. Considération sur l'insuffisance sécrétoire de la grande (Victor Noël) .....</b>			
	1183		
<b>Thyroïdectomie. La (C.-E. Grignon, René Grignon et Jean Grignon) .....</b>			
	193		
<b>Thyroïde. Iode radio-actif et (Maurice Béliisle) .....</b>			
	801		
<b>Transpiration odorante. Médications récentes de contrôle de la t. o. et de l'hyperidrose. (Roma Amyot) .....</b>			
	241		

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES

### A

Acide para-amino-salicylique dans le traitement de la primo-infection tuberculeuse du jeune enfant. L' .....	1490
Acné vulgaire. Une comparaison dans le traitement de l' .....	637
ACTH et la cortisone. Les complications cutanées provoquées par l' .....	499
ACTH et la cortisone. Apparition d'une tuberculose pulmonaire durant un traitement à l' .....	1491
ACTH. Pratique de la cortisone et de l'ACTH dans le rhumatisme et la goutte. ....	1489
ACTH. Symptômes respiratoires dramatiques causés par l'arrêt soudain de l' .....	1237
Agranulocytose fatale au cours du traitement d'un goître toxique par le propyl-thiouracil. ....	1339
Amiantose. Travaux expérimentaux sur l' ...	1493
Anémie aplastique et agranulocytose consécutives au tridione .....	365
Anémie hémolytique acquise et les difficultés de son traitement. L' .....	630
Anémie macrocytaire et trouble de la fonction hépatique dans certaines dermatoses eczémateuses et autres. ....	637
Anémie pernicieuse. Effet hématopoïétique de la thymidine dans l' .....	1237
Anémie pernicieuse. Etat actuel de la question sur l'étiologie de l' .....	1132
Anesthésie". Un plaidoyer en faveur de l'"Art de l' .....	1341
Anévrysme d'un sinus de Valsava rupturé dans l'oreillette droite. ....	872
Angine de poitrine. Khellin dans l' .....	632
Angiographie cérébrale. Complications survenant après l'emploi de néo-ipax pour l' ...	747
Antibiotique. Valeur de la thérapie .....	741
Antibiotiques dans le traitement moderne de la syphilis. Le rôle des .....	1136
Antihistaminiques. La faillite des a. pour la prévention ou la cure du rhume simple ou des maladies respiratoires. ....	1338
Asthme bronchique infantile allergique à la fumée de tabac. ....	1236
Asthme. La crise d' .....	740
Asthme. Mort subite causée par l' .....	1238
Atrésie tricuspидienne d'origine congénitale ..	1340
Auréomycine au cours de la pneumonie atypique primaire. Dosage de l' .....	1135
Auréomycine dans le traitement du rhume simple. L' .....	1338
Auréomycine. L'emploi du lait pour maîtriser les vomissements causés par l' .....	499

Auréomycine. Le traitement des pneumonies à pneumocoques par l' .....	639
Auréomycine. Les antiacides et l' .....	1338

### C

Calculs rénaux. Adénome de la parathyroïde et	368
Canal artériel. Etude portant sur 412 sujets traités chirurgicalement. Le .....	871
Cardiaques. Troubles c. importants dans l'intoxication au potassium chez l'homme. ...	1492
Cancer de la souris et virus. ....	368
Cancer du pancréas. Considérations cliniques et de laboratoire dans le diagnostic du ..	362
Cancer du sein. Le .....	640
Cancer. Les "smears" prostatiques dans le diagnostic du .....	635
Cancéreux. L'anémie des c. et ses relations avec les métastases de la moelle osseuse. ..	739
Congélation et dessiccation des tumeurs chez la souris. ....	639
Coronarienne. Une épreuve d'effort pour l'insuffisance .....	1492
Corps caverneux. L'induration des c. c. est-elle une maladie par thrombose? .....	246
Cortisone. Apparition d'une tuberculose pulmonaire durant un traitement à l'ACTH et la	1491
Cortisone et de l'ACTH. Pratique de la c. et de l'ACTH dans le rhumatisme et la goutte	1489
Cortisone. Les complications cutanées provoquées par l'ACTH et la .....	499
Crachats positifs en l'absence de tuberculose pulmonaire. ....	1491
Curare. Avertissement au sujet de l'emploi du c. à l'occasion du traitement pour shock convulsif chez des patients atteints de troubles psychiatriques et, en même temps, de myasthénie grave. ....	367

### D

Diabète. Thrombose coronarienne et .....	630
Dicumarol. Cas d'hémo-péricarde à la suite d'infarctus aigu du myocarde traité au ..	1240
Dihydrostreptomycine. La neurotoxicité de la .	1490
Diodrast. Etude expérimentale des effets du D. sur le système cardiovasculaire. ....	640
Diurétiques mercuriels dans la défaillance cardiaque. Le rôle de l'équilibre électrolytique en rapport avec les .....	500
Diverticule pharyngé latéral comme cause de dysphagie. Le .....	366

E	I
Electrocardiographique. Position anatomique et é. du cœur. .... 1492	Infarctus aigu du myocarde traité au dicumarol. Cas d'hémo-péricarde à la suite d' . 1240
Endocardite à aspergillus et à candida albicans, avec commentaires sur le rôle des antibiotiques dans la dissémination du champignon. 364	Infarctus du myocarde. L'abus du repos au lit dans le traitement de l' ..... 500
Eosinophilie et tumeurs malignes. .... 869	Infarctus du myocarde par rapport aux faisceaux musculaires du cœur. Localisation des 1009
Epilepsie psychomotrice. Le traitement de l' 1340	Irradiation du tissu lymphoïde du pharynx et du nasopharynx. Valeur de l' ..... 502
Epistaxis avec ligature de la carotide externe et de l'ethmoïdale antérieure et avec section de l'ethmoïdale postérieure. Un cas d' .... 634	<b>L</b>
Epithélioma glandulaire du testicule survenant chez l'enfant (2 cas). .... 746	Laryngo-trachéo-bronchite aiguë. Thérapeutique de la ..... 743
Erythémie. Le rôle du système hypothalamo-hypophysaire dans la pathogénie de l'é. et des polycythémies symptomatiques. .... 868	Larynx du fumeur. Le ..... 635
Erythroblastoses de l'adulte. L' ..... 631	Leucémie à éosinophiles. Observation d'un cas. 868
Erythroleucémie. .... 1008	Leucémies aiguës et sub-aiguës. Les antifoliques et le traitement des ..... 365
Etats obsessionnels. Diagnostic et traitement des ..... 1241	Leucémie aiguë. Traitement de la ..... 1238
Examen neurologique du nouveau-né. .... 501	Leucémies. La radiothérapie subtotale dans le traitement des ..... 746
<b>H</b>	Loeffler. Syndrome de L. avec éruption cutanée. .... 246
Hémo-péricarde à la suite d'infarctus aigu du myocarde traité au dicumarol. Cas d' ..... 1240	Lupus érythémateux aigu disséminé diagnostiqué plus facilement au moyen de la moelle osseuse. Le ..... 873
Hémophiline de Guilbrand. A propos de deux nouveaux cas. Considérations sur la pseudo- 1237	<b>M</b>
Hémopneumothorax spontané. L' ..... 1237	Mégakaryocytes dans la moelle osseuse chez l'homme. La concentration normale des ... 632
Hémorragie tardive à la suite d'adéno-amygdaléctomie. L' ..... 249	Mégaloblastose médullaire et affections hépatiques. .... 1236
Hernies diaphragmatiques et anémies. .... 1007	Mégaloblastose médullaire. Maladie de Gaucher et ..... 1004
Histoplasmine. Sensibilité à l' ..... 745	Mentaux. Les troubles m. survenant chez les malades anoxhémiques chroniques durant l'oxygénothérapie. .... 1134
Histoplasmine. Sensibilité à l'h. dans les Provinces Maritimes et dans Terre-Neuve. .... 744	Moelle. Présentation de deux éléments de la m.: la "Tart cell" et la "L. E. cell". .... 874
Histoplasmine. Sensibilité à l'h. — Etude brève de l'hypersensibilité à l'histoplasmine chez une tribu indienne du Nord de Québec. ... 744	Mononucléose infectieuse. Formes atypiques de 1007
Histoplasmose: cause fréquente d'appendicite et d'adénite mésentérique. .... 248	Myasthénique. Ablation d'une tumeur thymique chez un ..... 636
Histoplasmose. Guérison partielle de la lésion primaire dans un cas d' ..... 638	Myasthénie grave: étude clinique et pathologique d'un cas associé à un thymome médiastinal primaire et à un thymome intrapulmonaire secondaire. .... 247
Hyaluronidase. Usage de l'h. par iontophorèse dans le traitement de la sclérodermie généralisée. .... 637	Myasthénie grave. La prostigmine employée comme test dans la ..... 247
Hyperplasies tumorales angio-neuromateuses du tégument et des viscères. .... 246	Myasthénie grave. La prostigmine et la quinine employées comme tests dans le diagnostic de la ..... 636
Hypertension essentielle. L'effet d'une diète pauvre en sodium chez des patients souffrant d' ..... 740	
Hypopotassémie et altérations électrocardiographiques. .... 870	
Hypopotassémie. L'étiologie et le traitement de l' ..... 1489	

Myasthénie grave. L'effet du Di-isopropyl-fluorophosphate (DFP) sur les patients atteints de .....	367
Myasthénie grave. Rapport d'un cas avec autopsie. ....	248

**N**

Naevus cellulaires. Ma conception des .....	1010
---	------

**P**

Paralysie périodique. La .....	1135
Parathyroïde et calculs rénaux. Adénome de la .....	368
Pénicilline dans le traitement de la syphilis nerveuse au "Bellevue Hospital". Résultat de l'emploi de la .....	1135
Pénicilline. Observations sur la syphilis cardio-vasculaire traitée par la .....	1133
Péricardite tuberculeuse. ....	739
Phéochromocytome. Méthodes usuelles dans le diagnostic du .....	870
Phéochromocytome. Une étude de 207 cas d'hypertension avec .....	633
Phlébographique, technique. L'exploration. — Partie pratique dans la pathologie veineuse. ....	246
Pneumonie atypique primitive. Dosage de l'auréomycine au cours de la .....	1135
Pneumonie primaire atypique et pneumococcique. La terramycine dans le traitement de la .....	1338
Pneumopéritoine. Cure déclive et latéro-déclive au cours du .....	1239
Pneumothorax. Le problème des séquelles rétractiles du p. thérapeutique. ....	1491
PNO artificiel. La réexpansion pulmonaire après l'emploi du .....	742
Polycythémies symptomatiques. Le rôle du système hypothalamo-hypophysaire dans la pathogénie de l'érythémie et des .....	868
Polycythémie vraie et tumeurs malignes. ....	364
Porphyrie aiguë. ....	1008
Porphyrie aiguë. Observation illustrant l'inefficacité de l'ACTH. ....	632
Potassium. Troubles cardiaques importants dans l'intoxication au p. chez l'homme. ....	1492
Propyl-thiouracil. Agranulocytose fatale au cours du traitement d'un goitre toxique par le .....	1339
Prostatiques. Les "smears" p. dans le diagnostic du cancer. ....	635
Purpura sénile. ....	366

**R**

Rénale. Insuffisance r. aiguë secondaire aux accidents transfusionnels ou à d'autres causes. ....	1004
Rhumatisme et la goutte. Pratique de la cortisone et de l'ACTH dans le .....	1489

Rhume simple. La faillite des antihistaminiques pour la prévention ou la cure du r. s. ou des maladies respiratoires. ....	1338
Rhume simple. L'auréomycine dans le traitement du .....	1338
Rougeole. L'influence de la r. pendant la grossesse sur le fœtus. ....	362

**S**

Sarcome. Transmission du s. au moyen de tissu déshydraté. ....	370
Sciatique: diagnostic différentiel et traitement. La .....	1134
Shock convulsif chez des patients atteints de troubles psychiatriques et, en même temps, de myasthénie grave. Avertissement au sujet de l'emploi du curare à l'occasion du traitement pour .....	367
Sténose mitrale. Thromboses intracardiaques et embolies artérielles dans la .....	742
Sternale. Décès après ponction s.: observations de 2 cas. ....	1339
Streptomycine. La sensibilité des bacilles tuberculeux à l'égard de la s.: l'influence de facteurs variés présidant à l'apparition de cette résistance. ....	499
Streptomycinothérapie intermittente. La ....	1238
Syphilis cardio-vasculaire traitée par la pénicilline. Observations sur la .....	1133
Syphilis. Le rôle des antibiotiques dans le traitement moderne de la .....	1136
Syphilis nerveuse au "Bellevue Hospital". Résultat de l'emploi de la pénicilline dans le traitement de la .....	1135
Syphilitiques (syphilis primo-secondaire) ayant suivi un traitement régulier d'au minimum quatre ans (arséno-bismuthique et bismuthique). Bilans cliniques et biologiques établis chez 1340 .....	249

**T**

Terramycine dans le traitement de la pneumonie primaire atypique et pneumococcique. La .....	1338
Testiculaires. Cas des tumeurs t. bilatérales après orchidopexie bilatérale. ....	1240
Testiculaires. Tumeurs t. bilatérales après une orchidopexie bilatérale. ....	1240
Thrombose coronarienne et diabète. ....	630
Thymidine dans l'anémie pernicieuse. Effet hématopoïétique de la .....	1237
Thyroïdien. Nodule t. — bénin ou malin. ..	634
Tibione dans le traitement de la tuberculose. La .....	1239

Tricuspide. Atrésie congénitale de la .....	872	Tuberculose pulmonaire. Traitement de la t. p. par l'immobilisation plâtrée. ....	1135
Tridione. Anémie aplastique et agranulocytose consécutives au .....	363	Tuberculose. Viomycine, un nouvel antibiotique actif contre le bacille de la .....	869
Tuberculeuse. L'acide para-amino-salicylique dans le traitement de la primo-infection t. du jeune enfant. ....	1490	Tumeur solitaire du poumon. ....	1240
Tuberculeuse. Méningite .....	363	Tumeur carcinoïde du petit intestin. ....	366
Tuberculeux. La sensibilité des bacilles t. à l'égard de la streptomycine: l'influence de facteurs variés présidant à l'apparition de cette résistance. ....	499	Tumeurs métastatiques de la moelle osseuse. ..	631
Tuberculeux. Les effets de la viomycine "in vivo" et "in vitro" sur le bacille .....	742	Tumeurs propagées chez la souris au moyen de tissus desséchés. Les .....	369
Tuberculose. La tibione dans le traitement de la .....	1239		
Tuberculose pulmonaire. Apparition d'une t. p. durant un traitement à l'ACTH et à la cortisone. ....	1491		
		<b>V</b>	
		Verrues. Formaldehyde dans le traitement des	745
		Viomycine. La toxicité de la v. pour les humains. ....	741
		Viomycine. Les effets de la v. "in vivo" et "in vitro" sur le bacille tuberculeux. ....	742
		Viomycine, un nouvel antibiotique actif contre le bacille de la tuberculose. ....	869

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

A	D
ALLARD, Eugène ..... 332, 495, 1341	DAGUET, G. .... 1203
AMYOT, Roma 153, 241, 413, 501, 563, 657, 734, 1039, 1086, 1125, 1135, 1161, 1213, 1269, 1334, 1385, 1502.	DAVID, Paul ..... 59, 341, 660, 914, 1340, 1492
ANDERSEN, A. .... 634	DEL VECCHIO, Marc ..... 84
ARCHAMBAULT, Jacques ..... 696	DENONCOURT,, J.-A. .... 1042, 1469
ARCHAMBAULT, Jules ..... 173, 241, 242, 499	DEFORGES, Aimé ..... 890
ARCHAMBAULT, Paul René 349, 740, 742, 1135, 1236, 1237, 1238, 1240, 1338, 1489, 1490.	DESJARDINS, Edouard ..... 3, 6, 128, 287
AUGUSTIN, Marc. .... 1449	DESMARAIS, Bernard ..... 741
	DESRANLEAU, Jean-Marc ..... 690
	DESROCHERS, Jean-Léon ..... 677
	DIONNE, Paul ..... 1489, 1491
	DORAY, Maurice ..... 1239, 1491
	DORE, Réal ..... 634, 733, 1130
	DUBEAU, Marius ..... 467
	DUBREUIL, Lucien ..... 1322
	DUFRESNE, Origène ..... 313, 1211
	DUFRESNE, Roger-R. .... 843, 1267
	DUGAL, Jean-Paul ..... 434
	DURAND, Fernande ..... 1220
	DURIVAGE, Jacques ..... 960
	DUSSAULT, Roland ..... 560
	DUVALIER, François ..... 1181
	F
	FAVREAU, J.-C. .... 102
	FISET, Robert ..... 1060
	FOISY, René ..... 80
	FOLEY, A.-R. .... 1069
	FONTAINE, Rosario ..... 973
	FORGET, Ulysse ..... 129
	FOURAGE, ..... 322
	FRAPPIER, Armand ..... 229
	FRENETTE, Ulric ..... 426
	FUGERE, Paul ..... 471, 831
	FUKUDA, Toku Ro ..... 1278
	G
	GAGNIER, L.-A. .... 297
	GAGNIER, M. .... 950
	GAGNON, E.-D. .... 660
	GAGNON, Jacques-N. .... 826, 953
	GAREAU, J.-Roger 246, 247, 248, 367, 368, 369, 370, 631, 636, 638, 639, 744, 745, 872, 873, 874, 1009.
B	
BADEAUX, Georgine ..... 851	
BALESTRAZZI, N. .... 1051	
BARIL, Edmond ..... 28	
BEAUREGARD, J.-M. .... 62	
BELANGER, Claude ..... 1295	
BELANGER, Paul-Marcel ..... 635	
BELISLE, Maurice ..... 740, 801	
BERTRAND, A. .... 639, 779	
BLAIN, Emile ..... 409, 675, 1471	
BOMBARDIER, J.-P. .... 840	
BOULANGER, J.-B. .... 483, 1241	
BOURBONNAIS, Georges ..... 848	
BOURGOIS, Paul ..... 582, 1307	
BOURGOIS-GAVARDIN, M. .... 538, 927	
BOURQUE, J.-P. .... 584	
BOUSSAT, André ..... 682	
BRISSON, Gérard ..... 1437	
BRUNEL, D. .... 18	
C	
CABANA, Léo-Paul ..... 1098	
CAOUCETTE, Maurice ..... 1440	
CHAMPOUX, Roger ..... 197	
CHAPTAL, J. .... 18	
CHARBONNEAU, Henri ..... 54	
CHAREST, Gustave ..... 49, 1096, 1215, 1319	
COMEAU, Maurice 363, 366, 367, 1134, 1237, 1240, 1340, 1489.	
COTE, Fernand ..... 1394	
COUTU, Albert ..... 202	
COUTURE, Ernest ..... 92	
CROISSANT, Odile ..... 217	
CUSSON, André ..... 836	

**GAUTHIER, C.-A.** ..... 1295  
**GAUTHIER, Louis-J.** ..... 41  
**GAUTHIER, Vincent** ..... 739  
**GENEST, Jacques** ..... 1164  
**GENEST, Robert** ..... 1403  
**GERVAIS, Maurice** ..... 633, 939, 1301  
**GILL, Guillaume** ..... 313  
**GIRARD, Armand** ..... 30  
**GIROUD, A.** ..... 9  
**GOSSELIN, Blandine-Yvette** 637, 745, 1132, 1237  
**GOSSELIN, Gilles** 364, 365, 366, 630, 631, 632,  
739, 868, 869, 1004, 1007, 1008, 1236, 1237,  
1238, 1339.  
**GOUGOUX, Jacques** ..... 741, 742, 869, 1491  
**GRATTON, Armand** ..... 1188  
**GRATTON, Jean** ..... 914  
**GRIGNON, C.-E.** ..... 193  
**GRIGNON, Jean** ..... 193  
**GRIGNON, René** ..... 193  
**GROULX, Ad.** ..... 101, 970, 1093, 1317,  
**GUY, Rolland** ..... 1493

**H**

**HEBERT, Gérard** ..... 821  
**HECTOR, Saint-Lucien** ..... 1449  
**HILLEMAND, Professeur** ..... 1473  
**HOOD, A. J. G.** ..... 611  
**HUDON, Fernando** ..... 325

**J**

**JACQUES, André** ..... 325  
**JARRY, Gaétan** ..... 867, 1333  
**JEAN, R.** ..... 18  
**JOHNSON, Réginald** ..... 940  
**JONCAS, Gérard** ..... 43  
**JOURNET, Léon** ..... 212, 1430  
**JUSTIN-BESANÇON, L.** ..... 418

**K**

**KELLY, A. D.** ..... 1464  
**KOURILSKY, Raoul** ..... 1102

**L**

**LACHARITE, Hervé** ..... 306  
**LADOUCEUR, Léo** ..... 1192  
**LAFOND, Guy** ..... 1080  
**LAGASSE, Philippe** ..... 1309

**LAHAM, Jean** ..... 594  
**LAMOTTE-BARILLON, S.** ..... 418  
**LAMOUREUX, Louis** ..... 538, 927  
**LAMQUIN, L.** ..... 1205  
**LANDRY, Philippe** ..... 1120  
**LANGLOIS, Marcel** ..... 119  
**LAPOINTE, Henri** ..... 289  
**LAPOINTE, J.-A.** ..... 945  
**LARICHELLIERE, Raymond** ..... 1415  
**LARIVIERE, Paul** ..... 220, 1410  
**LAROCHELLE, L.-N.** ..... 157  
**LAROCHE, Gérard-L.** ..... 1425  
**LATRAVERSE, Valmore** ..... 249, 635, 743  
**LAUZE, Simon** ..... 364, 746, 1010, 1282  
**LAUZER, Rosaire** ..... 1060  
**LEBEAU, René** ..... 1071  
**LEBLANC, Loyola** ..... 39  
**LEBLOND, Sylvio** ..... 616  
**LEBLOND, Wilfrid** ..... 1482, 1485  
**LECOURS, Antonio** ..... 549  
**LEFEBVRE, René** .. 362, 366, 368, 499, 500, 502  
**LEGAULT, Jean-Paul** ..... 589  
**LEGER, Jacques** ..... 1434  
**LEGER, Jean-Louis** ..... 78, 640, 747  
**LEMIERRE, Professeur A.** ..... 1329  
**LEMIEUX, J.-E.** ..... 322  
**LEPINE, Edgar** ..... 572  
**LEPINE, Pierre** ..... 217  
**LeSAGE, Albert** ..... 115, 347, 603  
**LeSAGE, Jean** ..... 598, 845  
**LESSARD, Ivan** ..... 632, 742, 870  
**LETENDRE, Paul** ..... 556  
**LETONDAL, Paul** ..... 87, 909, 1314  
**LONGTIN, Jean** ..... 594

**M**

**MACKAY, André** ..... 1240  
**MARION, Donatien** ..... 826, 1484  
**MARION, Pierre** ..... 500  
**MAROIS, Paul** ..... 217  
**MARTIN, Hon. Paul** ..... 223, 965, 1088  
**MARTINEAU, Bernard** ..... 218  
**MARSOLAIS, Almanzor** ..... 1071  
**McCAFFREY, Frank** ..... 538  
**MILLER, J.-Chs** ..... 76  
**MIRALLIE, Charles** ..... 322

MONFETTE, Claude .....	201		
MORISSETTE, L. ....	452		
<b>N</b>			
NADEAU, Gabriel .....	705, 855, 981		
NEGRE, Léopold .....	226, 782		
NOEL, Victor .....	1183		
NORMAND, Jos. ....	659, 1043, 1106		
<b>P</b>			
PANISSET, Maurice .....	219		
PAQUET, A.-E. ....	67, 934		
PAQUETTE, J.-P. ....	205		
PAVILANIS, Vytautas .....	45		
PESANT, Laurent .....	316		
PIETTE, Jean .....	26		
PILON, J.-Louis .....	682		
PINSONNEAULT, G. ....	640, 746		
PLICHET, André .....	356, 730, 1226		
POIRIER, J.-R. ....	1197		
POIRIER, Paul .....	458, 688		
POIRIER, René .....	871		
POULIOT, Antoine .....	329		
POTVIN, V. ....	1422		
PREVOST, Jules .....	187, 1240		
<b>R</b>			
REDON, Henri .....	792		
RICARD, H. ....	957		
RIOPEL, Paul .....	1064		
RIVES, .....	322		
ROBILLARD, Rosario .....	1209		
ROCHEMONT, Serge .....	1449		
ROLLAND, Gérard .....	1229, 1239		
<b>S</b>			
SAINT-ARNAUD, Grégoire .....	1440		
SAINT-MARTIN, Maurice .....	690		
SAINT-MARTIN, Théo. ....	108		
SAINT-ONGE, Marie .....	702		
SALVAING, J. ....	18		
SAMSON, J.-Ed. ....	426		
SAUCIER, Jean .....	1388		
SELYE, Hans .....	535		
SMITH, Henri .....	249, 458, 963, 1399		
SMITH, Pierre .....	478, 1456		
SONEA, Sorin .....	218		
SYLVESTRE, J.-Ernest .....	606		
SYLVESTRE, Lucien .....	183		
<b>T</b>			
TETREAULT, Ernest-R. ....	1133, 1135, 1136		
THIBAULT, Eugène .....	1460		
TOUGAS, Hubert .....	948		
TRUDEL, Hermile ..	416, 1043, 1273, 1467, 1478		
<b>V</b>			
VAILLANCOURT, J.-R. ....	1445		
VALLEE, A.-F. ....	302		
VALLEE, Louis-Ivan .....	310		
VALOIS, Ant.-B. ....	1217		
VERGE, Willie .....	494		
VEZINA, Norbert .....	26, 449		
<b>W</b>			
ALBERT-WEIL, Jean .....	1407		
WYCKOFF, Ralph W. G. ....	216		

## BULLETIN

---

### SERVICES DE PSYCHIATRIE DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

L'attention et l'intérêt, dans le public aussi bien que dans la profession médicale, se portent de nos jours sur les problèmes de psycho-pathologie.

Il y a là plus qu'une mode ou qu'un courant d'idées guidé par la contagion des esprits.

Les raisons en sont nombreuses et la genèse de l'importance qu'on reconnaît à la pathologie mentale est loin d'être univoque.

La conception dynamique de l'origine et du mécanisme des troubles mentaux, plus particulièrement des psycho-névroses, a procuré une vigueur nouvelle à la poursuite de leur thérapie. Le fatalisme classique a fait place à une attitude beaucoup plus entreprenante et à une foi agissante.

Par ailleurs, on dit que 10 pour cent de la population souffre d'affections mentales, plus ou moins sérieuses, et 60 pour cent des sujets qui consultent leur médecin, bénéficieraient d'une consultation ou des soins d'un psychiatre.

Rappelons, en plus, que 37 pour cent des recrues américaines refusées à l'armée au cours de la dernière guerre mondiale pour cause de maladie ou qui en ont été licenciées, le furent pour une anomalie psycho-pathologique.

Ces faits et ces constatations ont alerté; ils ont surtout contribué à développer des organismes devant favoriser la prévention et la cure des affections mentales.

Ce mouvement fut mis en œuvre aux Etats-Unis et peut-être encore plus vigoureusement au Canada, grâce à des octrois gouvernementaux.

De toutes les mesures et initiatives conseillées et réalisées avec profit, nous citerons la création de sections ou services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Ce mouvement est agréé couramment aux Etats-Unis.

Dès qu'on acceptait le concept de l'unité somato-psychique et psycho-somatique de l'homme sain et malade, la primauté des dérèglement affectifs et neuro-végétatifs dans la pathogénie d'une multitude de troubles somatiques, on ne pouvait manquer d'organiser des unités psychiatriques dans les hôpitaux.

Et, effectivement, l'utilité de ces services s'avère avec une évidence incontestable.

Ils permettent d'observer et de traiter sur place tout malade qui, au cours d'une hospitalisation pour une maladie médicale ou chirurgicale, est l'objet d'une complication mentale.

Ils offrent un complément essentiel à toute consultation externe de l'hôpital en neuro-psychiatrie et à celle des praticiens de la localité ou de la région.

Dans ces services sont étudiés et traités les malades qui ne pourraient avec avantage séjourner dans les grandes institutions psychiatriques, surpeuplées et bien souvent pourvu d'un personnel médical numériquement insuffisant; dans lesquels, au surplus, la promiscuité plus ou moins intime avec des chroniques, des agités, de grands délirants, crée une atmosphère inappropriée au traitement de réconfort qu'ils requièrent.

Quels sont-ils? Des malades dont l'affection ou le syndrome est curable; des malades coopératifs, au moins calmes, n'offrant qu'un risque minimum d'indiscipline, de désordre, d'alerte et de danger pour eux-mêmes et les autres. En fait, ce sont les sujets souffrant de psycho-névrose, une proportion imposante de maniaco-dépressifs, de psychotiques en involution, de confus, avec ou sans onirisme mais sans agitation ni turbulence, certains paralytiques généraux pour lesquels la pénicilline a simplifié manifestement la cure, certains schizophréniques au début de leur syndrome.

En plus des traitements de choc, des mesures médicamenteuses, des procédés proprement psychothérapeutiques, on peut avec grand profit y occuper les malades à des jeux, à des réalisations manuelles, on peut aussi, à l'aide d'un personnel auxiliaire bien entraîné, connaître leur histoire existentielle, leur personnalité psychique, les suivre avec attention, les soutenir moralement, les aider à s'adapter à la vie réelle, à l'existence pragmatique dans laquelle ils devront s'intégrer et y produire par une activité constructive.

Ces organismes spécialisés peuvent ainsi, au sein des hôpitaux généraux et régionaux, accomplir une œuvre préventive et curative de grande portée sociale.

Leur utilité est d'abord à l'échelle individuelle; elle se trouve ainsi sur le plan familial et social; elle est, enfin, dans les conjonctures actuelles, d'un ordre immédiatement pratique en contribuant

à soulager les grands hôpitaux psychiatriques débordés et sans cesse assiégés par des demandes d'admission qu'ils ne peuvent satisfaire.

Les services psychiatriques dans les hôpitaux généraux sont une nécessité qui, à la lumière des conceptions psychopathologiques actuelles, devraient être organisés dans tous les centres urbains et régionaux d'importance.

\* \* \*

En cette fin d'année, *L'Union Médicale du Canada*, ses comités de directeurs et de collaborateurs, offrent à ses lecteurs bienveillants et intéressés, aux nombreux auteurs qui ont coopéré à son œuvre par la publication de leurs travaux, à ses annonceurs qui l'ont soutenue matériellement, ses plus sincères souhaits de bonne et heureuse année 1952. Ils leur souhaitent un bonheur réel et durable, basé sur la paix dans le monde, dans les foyers et dans les cœurs; ils leur souhaitent, bien entendu, la santé avec ou sans médecin.

ROMA AMYOT.

**L'Association des Médecins de Langue Française  
du Canada**

est heureuse d'offrir à tous ses membres

les meilleurs souhaits

de Noël et du Jour de l'An

# MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE

## MÉDECINE HUMAINE

Jean SAUCIER (Montréal).

La médecine psycho-somatique n'est pas une découverte du XXe siècle. Elle est probablement aussi vieille que la médecine et tous les médecins qui réfléchissent le moins ont fait depuis toujours de la médecine psycho-somatique sans le savoir, ou encore, sans analyser étymologiquement ce qu'ils faisaient. Le prototype du psychosomathérapeute est le praticien de tous les temps qui essaie de comprendre la filiation étiologico-symptomatique en interrogeant tous les facteurs déterminants possibles.

L'histoire de la naissance du mot « psycho-somatique » est presque faite. Dans un article récent, Margetts<sup>1</sup> a réussi à aligner 32 indications bibliographiques principales, indiquant au passage des sources qui permettraient facilement de remonter jusqu'à Hippocrate. Les férus d'investigation trouveront dans l'article de Margetts une documentation qui les aidera à appuyer leurs convictions monistes, en même temps qu'ils rafraîchiront leurs souvenirs étymologiques.

La médecine psycho-somatique telle que nous la concevons aujourd'hui demande plus que le bagage d'information, relativement restreint, que possèdent le praticien et le spécialiste exclusif. C'est pourquoi la médecine psycho-somatique devra, pour quelques années encore, — et très paradoxalement —, demeurer une spécialité de la médecine. Elle cessera de l'être lorsque ses principes seront enseignés couramment et seront inscrits au curriculum des facultés de médecine. Ces principes, qui n'ont du mystère que l'apparence, se retrouvent tous dans l'étude de la personnalité, normale et pathologique.

Par définition étymologique, la médecine psycho-somatique étudie et traite le sujet observé dans ses composantes psychiques et somatiques. Son champ est total et couvre aussi bien le corps que l'esprit. Elle s'intéresse à la médecine, à la chirurgie et aux spécialités, bref, elle est la science de l'homme tout entier. Il a fallu les luttes interminables des dualistes pour retarder si longtemps la poussée de l'éclosion psycho-somatique et cela ne doit pas surprendre ceux qui ont lu les discussions passionnées entre les organophiles de l'école *somatique*, à la suite de Virchow, et les enthousiastes de la doctrine philisophico-religieuse de l'animisme. Malgré les interventions retentissantes de Heinroth<sup>2</sup> en 1818, près d'un siècle s'est encore écoulé avant d'en arriver à la conception moderne de la psychologie. Il est intéressant de noter que dès 1818, Heinroth utilisait, pour mieux exprimer sa pensée, l'adjectif composé *psychisch-somatisch*. Il disait textuellement: *Gewöhnlich, sind die Quellen der Schlaflosigkeit psychisch-somatisch, doch kann auch jede Lebenssphäre für sich allein den vollständigen Grund derselben enthalten.* (En général, les sources de l'insomnie sont psycho-somatiques, mais il est aussi possible que chaque période de la vie puisse en renfermer à elle seule tout le motif). La notion d'un conflit émotif conduisant à un dérèglement fonctionnel ne peut être plus clairement exprimée. Et il ne s'agit là que d'un trouble fonctionnel. On est allé plus loin: la répétition de choes émotifs peut amener, et amène effectivement des désordres organiques. L'exemple classique est celui de l'hypertension artérielle dite essentielle où l'on

1. E. L. Margetts: « The early history of the word "psychosomatic". » *Can. Med. Ass. Journ.*, 63: 402-404, 1950.

2. J. C. A. Heinroth: *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung.* F. C. W. Vogel, Leipzig, 1818. (Cité par Margetts.)

retrouve souvent, à la suite de chocs émotifs répétés une modification de la structure cellulaire, et finalement des lésions artérielles irréversibles. Entre cet exemple extrémiste et celui de l'insomnie se situent tous les retentissements plus ou moins sérieux, toutes les répercussions psycho-somatiques. Outre les vaisseaux, la peau, les bronches, le tube digestif, les organes des sens, tout y passe. Les preuves expérimentales sont connues: on sait les observations mémorables de Cushing sur la muqueuse gastrique des chiens après injection intraventriculaire de pilocarpine, celles de Pavlov sur ses animaux « conditionnés » et enfin, celles de Cannon. La documentation expérimentale chez l'humain s'enrichit de jour en jour et permet la répétition de ce qui a été observé chez les animaux.

En général, on est porté à croire que la médecine psycho-somatique se propose de redresser à peu près uniquement les désordres fonctionnels plus ou moins liés à une origine psychogène. Après ce qui vient d'être dit on ne sera pas réfractaire à l'idée que la médecine psycho-somatique s'adresse aussi aux manifestations organiques. Rappelons-nous l'exemple de l'hypertension qui devient permanente, puis irréductible ou difficilement réductible, à coup sûr irréductible par la seule pharmacologie. La conception psycho-somatique de la médecine ne rejette pas les données de l'examen physique; au contraire, elle les exige et leur accorde leur entière valeur mais elle fait davantage en élargissant leur interprétation.

Au temps où nous vivons, la médecine psycho-somatique embrasse, selon Wittkower<sup>3</sup>: 1. Les désordres, qu'ils soient « fonctionnels » ou « organiques » dans l'étiologie desquels existent de façon manifeste des facteurs psychologiques combinés à d'autres causes, comme par exemple, une dyspepsie nerveuse ou un ulcère gastrique; 2. Les désordres causés par des facteurs non psychologiques mais au sujet desquels des facteurs psychologiques jouent

un rôle indirect de prédisposition ou de précipitation, comme par exemple, les maladies vénériennes. 3. Les désordres où les facteurs psychologiques ne jouent aucun rôle mais dont la nature amène une tension émotionnelle prolongée chez les individus qui en sont victimes, comme par exemple, les incapacités dues à la guerre.

\*  
\* \*

Avant de feuilleter la Revue de médecine psycho-somatique il n'est pas inutile de se familiariser avec les ouvrages de base dans lesquels sont exposées dans le détail les conceptions psycho-somatiques, leur étendue et leurs répercussions. Ces ouvrages sont très nombreux et on ne peut pas les lire tous. Les plus utiles me paraissent ceux de Dunbar<sup>4</sup> et de Weiss et English<sup>5</sup>. Ce dernier constitue un véritable manuel de la médecine psycho-somatique.

Weiss et English ont observé que les malades qui viennent consulter le médecin se divisent en 3 catégories à peu près égales. Un premier contingent ne présente aucun trouble psychique et l'examen ne révèle aucune maladie physique; on ne se plaint que de malaises dits fonctionnels. Le deuxième groupe présente des symptômes nettement organiques mais aussi des signes qui relèvent de facteurs émotifs. La dernière série, enfin, représente les neuro-végétatifs: asthmatiques, migraineux et hypertendus. Ces trois groupes sont une variante des trois variétés de désordres déjà envisagées par Wittkower avec cette différence que le troisième groupe de Wittkower devrait s'intituler le groupe *somato-psychique* parce que chez ces malades les manifestations psychiques sont amenées par le désordre somatique, mais cela ne change rien à la conception générale du problème puisque dans les deux cas il s'agit de mettre en valeur l'importance du retentisse-

3. E. D. Wittkower: « Psychosomatic Medicine. » in *Modern Practice in Psychological Medicine*. Edité par J. R. Rees. Hoeber, N. Y., 1949.

4. F. Dunbar: *Psychosomatic Diagnosis*. Hoeber, N.-Y., 1943.

5. E. Weiss et O. S. English: *Psychosomatic Medicine*. Saunders, Philadelphie, 1943.

ment réciproque, que l'élément somatique ou psychique ouvre la scène ou non.

\*  
\* \*

Jusqu'à tout récemment, et encore aujourd'hui, on s'est efforcé éperdument à vouloir mettre en évidence la raison organique du symptôme dont se plaint le malade qui consulte et quand tous les examens n'ont rien révélé qui soit de nature organique, le malade s'entend parfois dire: « Tout est négatif. Il n'y a rien. Ce sont vos nerfs. » Pour satisfaire à la routine, on lui donne une potion ou bien un placebo et on lui dit: « Ne vous inquiétez pas, vous n'avez rien ». Si les choses en demeuraient là le malade aurait encore le privilège d'aller consulter ailleurs, mais le plus souvent, celui-ci est invité à revenir, et chaque fois son estomac, ou son cœur, ou son foie est examiné, par souci professionnel de trouver la lésion qui ne se manifeste pas. Cette deuxième formule est plus néfaste que la première parce qu'elle entretient chez le malade la crainte de la lésion, parce qu'elle finit parfois par créer la lésion, parce qu'elle fait naître la tension émotionnelle. Quelques médecins, vaguement mécontents d'eux-mêmes, demanderont peut-être, distraitemment, en encaissant le prix de la consultation: « N'avez-vous pas aussi quelques soucis? » Mais ils ne pousseront pas l'enquête plus avant parce que le prochain malade attend déjà depuis dix minutes et parce qu'ils ne voient pas leur propre inquiétude.

Sadler<sup>6</sup> rapporte la remarque que faisait une malade à un médecin réputé qui venait de lui dire: *Madame, vous n'avez rien*: « Eh! bien, docteur, lui répondit-elle, si c'est ici qu'on apprend que l'on n'est pas malade, où faut-il aller pour savoir ce que j'ai, car je suis terriblement souffrante et malheureuse ».

Ce cri pathétique et exaspéré est plus éloquent qu'une thèse savante pour appuyer la conception de la souffrance de l'individu total. La femme dont parle Sadler a été extérieure-

ment bien examinée mais on a fait chez elle de la médecine vétérinaire. On ne l'a pas traitée comme une personne humaine. Dans le même ordre de remarque, les exemples de cruauté collective ne manquent pas. J'ai vu un interne montrer avec passion à ses confrères « un beau néo du sein » devant sa malade à peine endormie. Il ne pensait, évidemment, qu'au soma.

Nous connaissons tous aussi des exemples de l'inverse. Des psychosomatothérapeutes enthousiastes ne voient parfois que la *psyché* et négligent certaines vérifications élémentaires. Un néophyte de cette catégorie a traité pendant 6 mois par la seule psychothérapie un paralytique général qu'il a fallu interner et vouer ainsi à un traitement aléatoire parce que trop tardif.

\*  
\* \*

A la lumière de l'observation clinique l'exclusivité fonctionnelle ou organique est devenue insoutenable. Il s'agit maintenant de déterminer de façon systématique ce que les plus avisés ont toujours fait instinctivement: la proportion de l'élément fonctionnel ou psychique et celle de l'apport organique. Chez tous les malades, les deux se retrouvent à prédominance variable. Jusqu'à aujourd'hui, le diplômé en médecine, — je ne dis pas de notre faculté, mais de la plupart des facultés du monde —, n'a pas étudié en même temps que la médecine les aspects variés et complexes du malade total, et notamment sa personnalité. Il n'a pas appris à faire un bilan psycho-somatique. Il sait que les organes ont une structure anatomique et des fonctions bien définies, mais sait-il qu'ils ont aussi un *langage*? Les malades que nous examinons ont également un passé, un milieu, des préoccupations et un genre de vie à propos desquels il convient de faire enquête.

Une bonne histoire de cas peut être dressée de la façon suivante: sur une grande feuille on dispose quatre colonnes en tête desquelles on inscrit, de gauche à droite, 1 — les faits biolo-

6. W. S. Sadler: *Modern Psychiatry*. Mosby, 1945.

giques, 2 — les faits sociaux, 3 — les faits psychologiques et, 4 — la chronologie. Les faits biologiques regardent le développement physique et les maladies corporelles. Les faits sociaux correspondent aux époques importantes de la vie: obtention des diplômes scolaires, mariage, situations, vie sociale, etc. Les faits psychologiques relatent les joies, les chagrins, les déceptions, les inquiétudes, les difficultés d'adaptation pubertaire, sexuelle, conjugale, etc. La colonne chronologique indique l'âge du sujet en regard des faits rapportés dans les trois autres colonnes. Delay<sup>7</sup> a publié à ce sujet un article qui met bien au point les différents temps de l'observation psycho-somatique. Cette histoire, encore appelée histoire psychosomatique devrait plutôt se nommer tout simplement une *bonne* histoire de cas. C'est à ce graphique vital que M. A. Meyer a donné le nom de *Life chart*. Il exprime, en effet, en raccourci le bilan humain du sujet observé. On charpente ainsi une solide observation qui tient compte, en les confrontant, des données biologiques, sociales, psychologiques et chronologiques de l'anamnèse. L'étude de ces corrélations permet de dégager les facteurs psychiques et somatiques dans le temps, d'en saisir les liens, les réactions et échos réciproques et confère à l'acte médical le caractère de plénitude et de totalité qui fait la véritable médecine.

\*  
\*   \*   \*

Le point de vue psycho-somatique est une conception générale moniste ou « holistique » de l'homme malade, les composantes somatiques et psychiques étant vues comme de simples aspects du tout humain. Il est logique que la recherche de la maladie physique masquée par des troubles psychiques demeure également une manière de voir psycho-somatique. Avec Dunbar<sup>4</sup> et à cause de l'entraînement à penser de façon psycho-somatique on en est

venu à assimiler une proportion considérable des accidents à des *actes manqués* et à postuler que, parfois, un accident ne survenait pas de façon accidentelle. Une multitude d'explications psychologiques peuvent expliquer une foule d'accidents: désir inconscient de ne pas affronter une situation désagréable, désir masochiste d'auto-punition, désir sadique de faire souffrir autrui, etc. Les médecins d'usines ont remarqué depuis longtemps qu'il existe des récidives d'accidents et que les accidentés sont souvent des instables hyperémotifs.

\*  
\*   \*   \*

L'attitude psycho-somatique conduit en droite ligne à l'analyse car l'étude du bilan vital amène une confrontation, un essai de corrélation, une évaluation et une dissection des faits, toutes opérations qui sont, en définitive, de l'analyse. C'est probablement la psychanalyse qui a le plus contribué à établir la médecine psycho-somatique mais cela ne veut pas dire que la thérapeutique psycho-somatique soit exclusivement psychanalytique au sens de la doctrine orthodoxe de Freud. Si tel était le cas, les thérapeutes officiellement acceptables seraient peu nombreux. Même si la médecine psycho-somatique devait être réservée aux psychanalystes de toutes dénominations le nombre des thérapeutes serait encore singulièrement restreint. Pour augmenter le nombre des bons thérapeutes, au sens médical et humain de ce beau substantif, il faut que le médecin de l'avenir soit suffisamment instruit des données essentielles de l'analyse pour pouvoir comprendre son malade et au moins amorcer l'*insight*. Pour arriver à cette fin il devient nécessaire qu'il soit tout à fait au courant des diverses doctrines analytiques et qu'il se familiarise dès son internat avec la pratique de la psychothérapie.

En médecine psycho-somatique, on peut dire avec Paul Guiraud<sup>8</sup> que la psychanalyse n'a pas desservi le malade.

7. J. Delay: « L'observation psycho-somatique. » *La Presse Médicale*, 36: 425-6 (19 juin) 1948.

4. F. Dunbar: *Loco citato*.

8. P. Guirand: *Psychiatrie générale*. Lefrançois, Paris, 1950.

« Non seulement, dit-il, elle nous a ouvert de larges horizons théoriques mais elle a de plus renouvelé et rendu plus efficace la psychothérapie traditionnelle. Sur ce point un doute peut s'élever; la divergence des explications proposées par les diverses écoles ne doit-elle pas nous rendre sceptiques sur la valeur de la psychothérapie psychanalytique? Je ne le crois pas pour la raison que le succès de la psychothérapie n'exige peut-être pas que l'analyste trouve toujours l'explication rigoureusement exacte de la genèse des symptômes. Si le psychothérapeute est vraiment à la hauteur de son rôle, s'il joint à des connaissances théoriques, des qualités innées qui attirent la confiance, il établira d'emblée un accord sympathique avec le malade qui est peut-être l'essentiel de la psychothérapie. »

\*  
\*   \*  
\*

Ceci étant dit il n'en résulte pas que n'importe qui peut devenir psychothérapeute, ou plus simplement, médecin. Cet art très spécial exige des dons particuliers. On peut être un bon théoricien de l'analyse et un mauvais psychothérapeute. L'inverse est plus facilement plausible.

Depuis l'engouement récent pour la psychiatrie, je ne puis m'empêcher de m'inquiéter un peu lorsque je vois des jeunes médecins et des infirmières s'aventurer dans l'étude et la pratique de cette spécialité. Sont-ils vraiment appelés? Mais c'est là une digression qui n'entre pas dans le cadre de mes remarques, et je m'en excuse.

On ne demande pas au nouveau diplômé en médecine d'être un psychiatre mais il devrait pouvoir faire une psychothérapie analytique élémentaire soignée. Je crois, avec Diethelm<sup>9</sup> que le traitement des psychonévroses et des psychoses doit être entrepris par un psychiatre.

Au point de vue pratique, il faut avant tout ne pas oublier la valeur curative de la psychothérapie. Le choix de la psychothérapie est

affaire de formation, de conviction, de goût personnel et surtout d'expérience. Delay<sup>10</sup>, dans un article rédigé à l'intention des praticiens, donne la préférence à la narco-analyse.

« La narco-analyse, dit-il, ou hypno-analyse participe de l'hypnose et de la psychanalyse. De l'une, elle retient l'exploration sous hypnose, non plus induite par l'observateur, mais artificiellement créée par l'injection de certains barbituriques, de l'autre l'exhumation des souvenirs oubliés et le transfert affectif. Elle utilise les libres associations, l'analyse des rêves spontanés et provoqués, l'écriture et le dessin automatiques, les méthodes de jeu et le psychodrame. A condition de savoir manier cette technique difficile et de veiller après chaque séance à l'intégration progressive du matériel révélé en composant avec la résistance de chaque sujet, elle donne des résultats remarquables par leur rapidité et leur efficacité. La narco-analyse m'est apparue comme la méthode de choix en médecine psycho-somatique, dans un grand nombre de cas. Souvent la liquidation d'un conflit psychique récent et actuel suffit à entraîner la guérison des symptômes somatiques, sans qu'il soit nécessaire de remonter dans le passé lointain du malade et d'y rechercher des conflits infantiles ».

L'avalanche de publications sur la médecine psycho-somatique a donné l'éveil et le jeune médecin sait et sent qu'il ne peut plus ignorer l'existence des manifestations psycho-somatiques. Il augmente déjà ses connaissances par des lectures complémentaires; bientôt l'étude de la personnalité humaine, physiologique et pathologique, sera au programme des cours et on ne parlera plus de médecine psycho-somatique.

\*  
\*   \*  
\*

*What is mind? No matter. What is matter? Never mind. What is soul? It is immaterial.* Ces boutades, intraduisibles en français, n'ont plus leur raison d'être, sinon pour divertir.

9. D. Diethelm: *Treatment in Psychiatry*. Thomas, Springfield, 1950.

10. J. Delay: « La doctrine psycho-somatique. » *La Presse Médicale*, 72: 833-4 (13 déc.) 1947.

Elles pouvaient avoir cours au temps où dualistes et monistes discutaient sans conclure, pour le plaisir de discuter.

\*  
\*     \*

En somme, tout le monde est d'accord pour admettre que les chocs émotifs répétés et les états de tension prolongée amènent chez l'homme des troubles fonctionnels, mais la transformation du « fonctionnel » en « organique » est longtemps demeurée d'admission plus difficile. Pourtant, si au lieu de voir dans ces épithètes des antithèses on les considère comme deux temps d'une évolution, l'antinomie n'existe plus. L'écho somatique d'un dérèglement psychique et la transformation organique d'un trouble qui a été longtemps fonctionnel sont

précisément des manifestations psycho-somatiques. Nous devons à Muncie<sup>11</sup> d'avoir rédigé la phrase explicative: *...the traditional distinction between organic and functional becomes a function of time in the evolution of the disorder.*

En définitive, nous devons aux cliniciens du siècle dernier d'avoir posé de façon plus aiguë la question des retentissements somato-psychiques et aux analystes d'avoir fait la preuve de ce que pressentaient leurs devanciers. Ces préoccupations sont à l'honneur des médecins et loin d'avoir pris la tangente philosophique, la médecine s'est humanisée et s'est intégrée plus profondément parmi les sciences de l'homme.

---

11. W. Muncie: *Psychobiology and Psychiatry*. Mosby, 1947.

## LA MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE ET LES TROUBLES DE L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE<sup>1</sup>

Fernand CÔTÉ (Montréal).

Le cœur et les vaisseaux furent toujours considérés intimement liés à chacune des manifestations émotionnelles de la vie psychique de l'individu. Pas un seul autre appareil ne fut aussi fréquemment utilisé pour décrire d'une façon symbolique les sentiments opposés d'amour, de haine et leurs intermédiaires. Au cours des perturbations émotionnelles longues, sérieuses ou chroniques, des troubles permanents habituellement qualifiés de fonctionnels peuvent apparaître. La médecine psychosomatique, *discipline vieille comme le monde*, se parant d'un terme nouveau, cherche par une orientation nouvelle dans l'étude pathogénique et thérapeutique des maladies à définir et à traiter ces troubles fonctionnels; elle ne signifie pas la négligence de l'aspect organique, elle implique simplement l'aspect psychique en plus et le considère d'une façon scientifique; son acceptation n'implique pas que tout trouble fonctionnel doit être nécessairement psychogénique, mais qu'au moins, le facteur émotionnel morbide s'il existe soit reconnu, que son degré de morbidité soit apprécié et que la thérapeutique s'enrichisse de cette acquisition étiologique. L'émotion, l'angoisse, l'anxiété peuvent produire leurs effets sur un cœur normal, sur un cœur malade organiquement, engendrer des modifications du tonus artériel ou artériolaire, lesquelles produiront une chute ou une hausse de la pression, des spasmes locaux, etc. La douleur précordiale est un symptôme fréquemment trouvé; 20 à 25% des patients qui se présentent chez le cardiologiste en souffriraient. Elle peut être due à une multitude d'affections organiques, telles que: angine, occlusion coronarienne, embolie pulmonaire, anévrysme de l'aorte, pneumothorax spontané ou emphysème interstitiel, péricardite, névralgie intercostale, zona, spondylite

de la portion thoracique de la colonne vertébrale, lésion de l'œsophage, du tube digestif, etc., etc. A cette kyrielle de facteurs organiques, depuis les travaux de Dunbar, Wolf, Friedman, Wood, il est convenu d'ajouter la douleur que présente certains névrosés dont les caractères principaux sont les suivants: aucunement modifiée par l'effort, ressemblant à une sensation de piquûre ou de brûlure, souvent associée à une zone d'hyperalgésie à la région sous-mammaire reconnue par le stéthoscope et fréquemment associée à de la dyspnée.

La dyspnée seule peut être due à un réflexe lui-même déclenché par l'anxiété. Lorsque l'anxiété est consciente, les relations de cause à effet, anxiété et dyspnée, sont reconnues par tous, mais si l'anxiété est inconsciente, on oublie trop fréquemment que symboliquement le poids, la charge qu'on a au cœur peut s'exprimer par une gêne respiratoire. Les palpitations associées à de fortes émotions passagères sont choses courantes. Si l'émotion est durable, la tension psychologique peut entraîner des troubles permanents du rythme, produire un état arythmique et même des extrasystoles. Duncan et ses collaborateurs prenant au hasard 26 patients souffrant de tachycardie paroxystiques, trouvèrent après tous les examens cliniques possibles, que 13 de ces patients avaient des lésions organiques et 13 ne présentaient aucun trouble défini. Tous avaient certains traits communs dans leur personnalité: c'est-à-dire une susceptibilité particulière à réagir au stress ordinaire de la vie par une anxiété intense ou une profonde dépression. Dans deux cas, les patients furent soumis à un stress émotif connu par leur histoire et déclenchèrent les attaques. Stevenson, étudiant douze cas présentant des extrasystoles, concluait ses observations de la façon suivante: le traitement de ces malades doit inclure une attention particulière à leur situation dans la

1. Communication au XXI<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

vie, à leurs différentes réactions émotives et à leur ajustement, afin de diminuer le stress sur le cœur dont les extrasystoles sont la manifestation.

Douleurs et vagues sensations de malaise à la région précordiale, dyspnée et fatigue, palpitations et troubles du rythme, voilà quelques uns des principaux symptômes que peuvent déclencher des facteurs émotionnels sur un cœur organiquement normal. Depuis la dernière guerre, on utilise l'expression de névrose cardiaque, c'est-à-dire d'individus souffrant primitivement d'un désordre émotionnel quelconque non reconnu par eux-mêmes, et se manifestant au niveau de l'appareil cardiovasculaire. Parmi ces désordres émotifs, le plus fréquemment rencontré est l'état d'anxiété chronique ou névrose d'angoisse. Pourquoi une névrose d'angoisse se manifeste-t-elle parfois exclusivement au niveau de cet appareil? Serait-ce parce que le cœur est considéré par le patient comme l'organe le plus important de l'organisme, associé peut-être à une vague crainte de mort subite? Serait-ce parce que l'anxieux fut en contact avec un parent ou un ami présentant une maladie cardiaque sévère ou mort subitement? Serait-ce l'apparition d'un trouble bénin au cœur attirant l'attention du malade et le conduisant à douter de son intégrité? Serait-ce enfin que le médecin examinateur de la compagnie d'assurance ou le médecin de famille ait trouvé quelque anomalie, ait ainsi fixé l'attention du malade et canalisé son anxiété? Quelque soit le facteur précipitant et la possibilité de le retracer, l'important est de rechercher la présence ou non de névrose ou de traits névrotiques chez ces patients présentant des troubles fonctionnels.

Un autre syndrome fréquemment rencontré, comportant tous les symptômes précédemment étudiés et réunis, est le syndrome d'effort, ou mieux connu sous le nom d'asthénie neurocirculatoire. Il fut particulièrement bien étudié durant la dernière guerre. Wittkower et ses collaborateurs en donnèrent le tableau clinique suivant: dyspnée et fatigue non proportionnées à l'effort, modification du pouls au

moindre exercice, attaque soudaine de vertiges, douleurs à la pointe du cœur, indigestion et constipation, céphalée, insomnie, diaphorèse, tremblements, crampes et engourdissements dans les membres, pression artérielle normale au repos, mais qui s'élève considérablement au moindre exercice ou à la moindre des émotions et électrocardiogramme ne montrant aucun signe de pathologie. Le syndrome est reconnu aujourd'hui comme une psychonévrose avec manifestations cardiaques et la médication psychologique ne doit pas être oubliée.

Les désordres fonctionnels précédemment décrits peuvent se produire sur le cœur normal. Mais il est encore plus important quoique plus difficile de se rappeler que des facteurs psychologiques peuvent se surajouter à la maladie cardiaque d'origine organique. Ici, il convient de signaler les noms de Fahremkamp, de Dunbar et de Wolf qui apportèrent de nombreuses et importantes contributions à ce sujet. Un état névrotique peut ajouter un réel surcroît de travail à un cœur déjà malade, soit par un état de tension psychologique constante, soit par des épisodes émotionnels aigus, et hâter une décompensation cardiaque qui aurait pu être indéfiniment retardée sans ce facteur psychique. Donc, mise en garde contre ce raisonnement trop facile, il y a suffisamment de pathologie présente, pas besoin de rechercher davantage. Fréquemment à l'examen du cœur une anomalie banale est tenue responsable de toute la symptomatologie subjective sans penser à l'étude de la personnalité et à son mauvais ajustement.

Que de fois l'enfant nerveux présentant des lésions congénitales peu sérieuses, ou la jeune femme hyperémotive ayant une sténose mitrale bien compensée, ou la femme à la ménopause très instable émotionnellement et hypertendue se verront donner l'explication de tous leurs troubles par la lésion cardiaque et abandonnés dans un état d'insécurité plus grand. Il convient donc d'évaluer justement dans la mesure du possible tous les facteurs pathogéniques. Une autre mise en garde doit

être faite ici: il ne suffit pas de découvrir des circonstances et des événements désagréables dans la vie d'un individu pour conclure à des traits névrotiques, mais il faut reconnaître l'attitude normale ou anormale de l'individu dans de telles circonstances et dans ce dernier cas seulement, nous pouvons parler de difficultés d'origine psychique pure. La maladie organique la plus fréquemment influencée par des facteurs émotionnels est l'occlusion des coronaires. Encore ici, avant de suggérer une médication psychologique, faudra-t-il juger de l'état normal ou anormal de la personnalité, c'est-à-dire s'il y a névrose ou non, et non tenter de faire disparaître le stress émotionnel de la vie courante.

Parmi les maladies cardio-vasculaires, les plus répandues, il en est une importante dont l'étiologie est extrêmement complexe et obscure, c'est l'hypertension artérielle. Considérée généralement comme la résultante d'un vasospasme, elle entraîne après les années une réaction de compensation dans tout le système artériel, c'est-à-dire une sclérose vasculaire qui à son tour produit les complications bien connues au niveau du cœur, des reins, et du cerveau. Quant à la cause première du vasospasme, de nombreuses théories furent émises et en résumé, on peut dire qu'il s'agit soit d'un stimuli purement vaso-moteur sur la musculature lisse, ou de substances vaso-pressives telle la renine de Goldblatt. Dans les deux cas, on peut penser que des facteurs psychologiques peuvent influencer soit directement par voie du système végétatif autonome, soit indirectement par l'intermédiaire des glandes endocrines. Il est universellement reconnu aujourd'hui qu'il existe une hypertension d'origine psychogénique, et aux facteurs constitutionnels héréditaires, végétatifs et endocriniens, s'est ajouté le facteur anxiété. Des auteurs comme Alexander à Chicago sont même arrivés à décrire après analyses de nombreuses observations, les conflits les plus fréquemment rencontrés chez les hypertendus, soulagés par une contribution psychologique à leur traitement. Selon cet auteur, les principaux

traits dynamiques de leur personnalité étaient les suivants: tendances hostiles, intimidation à la suite d'échecs répétés, sentiments d'infériorité, anxiété due au refoulement d'impulsions hostiles et agressives. Au point de vue pratique nous connaissons le test classique à l'amytal qui aide à rechercher le facteur psychique de certaines hypertensions.

Romano et Engel à Rochester ont étudié l'effet vaso-dépresseur de certaines émotions, entraînant la chute de la pression artérielle par une sorte de préparation physiologique à la fuite. L'organisme en face du danger s'adapte, prépare sa musculature en provoquant une vaso-dilatation intramusculaire et donc il y a appel d'une certaine quantité de sang. La peur peut être trop grande et inhiber tout influx moteur venant du cortex. Il se produit alors une sorte d'accumulation de sang dans l'appareil musculaire au point d'entraîner la perte de conscience. La réaction physiologique normale à la peur s'est produite, la vaso-dilatation, mais l'émotion trop grande inhibe tout mouvement volontaire.

Enfin, parmi les réactions vasomotrices d'origine émotionnelle, il faut mentionner les états de spasmes locaux, qui produiront des troubles extrêmement variés selon l'organe intéressé: migraine, pseudo-angine, faux syndrome de Raynaud, etc... « Si les facteurs émotionnels peuvent avoir une influence aussi variée sur l'appareil cardio-vasculaire, que nous reste-t-il à faire lorsqu'ils sont reconnus? Un premier point est de chercher à les prévenir. Lorsque nous examinons un individu dont la personnalité présente certains traits névrotiques, il faut éviter d'attirer indûment son attention sur le cœur au cours de l'examen physique général, soit à l'occasion de demande d'assurance, soit après une maladie infectieuse ou soit que l'examen soit fait durant une attaque d'anxiété. Si nous ne trouvons rien d'organique au cœur, il faudra dire fermement qu'il n'y a rien au cœur et non pas: « Je pense que le cœur est normal. » Il est plus facile de prévenir l'idée fautive d'atteinte cardiaque que de l'enlever après qu'elle est fixée et a duré un

certain temps. Un autre point important est d'être convaincu soi-même de la non existence du trouble organique et pour ce, l'histoire et l'examen physique doivent être faits avec grand soin, utilisant au besoin le cardiologiste consultant plutôt que de rester dans le doute ce qui serait sûrement senti par le patient. Puis il faudra rééduquer peu à peu le malade l'obligeant à des exercices gradués malgré la persistance des symptômes. Si un remède ou un sédatif est prescrit, il faudra, si c'est un trouble fonctionnel expliquer qu'il est un simple palliatif et n'a rien à voir avec le cœur lui-même. Une maladie cardiaque et une névrose doivent être traitées séparément et les deux thérapeutiques devront être expliquées. Enfin, selon la gravité de l'état névrotique on proposera une psychothérapie mineure, celle que tout médecin naturellement psychologue fait tous les jours à son bureau ou une psychothérapie majeure, laquelle doit être faite par un thérapeute entraîné, tout comme les interventions chirurgicales majeures doivent être faites par le chirurgien. Il existe plusieurs malentendus au sujet de la psychothérapie, jusqu'à récemment, on avait l'idée que toutes les maladies nerveuses étaient héréditaires ou du moins apportées à la naissance. Les médecins, psychiatres compris, avaient l'impression que les problèmes ne pouvaient se résoudre et c'était l'ère de la thérapeutique des bras croisés, à laquelle on ajoutait certains sédatifs, un changement de milieu, deux ou trois semaines dans un sanatorium et bien chanceux était le patient si les troubles ne s'aggravaient pas pour lui fournir l'occasion d'une cure permanente ailleurs.

On utilisa aussi la suggestion, l'encouragement, l'explication que ces troubles étaient sans fondement, etc. Heureusement dans des cas bénins, ces moyens suffirent. Cependant, aujourd'hui un grand nombre de patients plus gravement atteints peuvent être référés au médecin entraîné dans cette thérapie spéciale. La psychothérapie peut être définie comme l'usage de principe psychologique dans le traitement d'état nerveux ou émotionnel anormal. A cause de la nature même de la psycho-

thérapie et du fait qu'elle doit être faite prudemment, on lui donne un certain caractère mystérieux. En réalité il n'en est rien, le médecin cherche à définir quelle est la cause du trouble, quels sont les facteurs dans le milieu ou dans la personnalité du patient qui peuvent être responsables des symptômes. Il ne s'agit pas de suggérer à un patient la compréhension du symptôme, il s'agit de lui faire comprendre par lui-même. En dernier lieu, il faudra expliquer et apprendre au malade le but qu'inconsciemment il avait lorsque le symptôme apparut, c'est-à-dire que le symptôme était un mode psychologique de défense, le rééduquer et le réhabiliter dans les limites de la personnalité normale.

Retenons que la médecine psychologique peut être utile dans certains troubles cardiovasculaires, qu'il faut savoir découvrir rapidement le facteur émotionnel morbide quand il existe et le traiter encore plus rapidement afin d'éviter une sorte de cristallisation de cet état et le passage à la chronicité. Sachons faire le diagnostic de la névrose qui peut se manifester au niveau de cet appareil et la traiter.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. F. ALEXANDER: « Emotional Factors in Essential Hypertension. » *Psychosom. Med.*, **1**: 173, 1939.
2. C. A. L. BINGER, N. W. ACKERMAN, A. E. COHN, H. A. SCHROEDER et J. H. STEELE: « Personality in Arterial Hypertension. » New York, American Society for Research in Psychosomatic Problems, 1945.
3. F. DUNBAR: *Emotions and Bodily Changes*. Troisième édition. Columbia University Press, New-York, 1947.
4. T. LIDZ: « Emotional Factors in the Etiology of Hyperthyroidism. » *Psychosom. Med.*, **11**: 2, 1949.
5. K. MENNINGER et W. C. MENNINGER: « Psychoanalytic Observations in Cardiac Disorders. » *Am. Heart J.*, **11**: 10, 1936.
6. J. ROMANO et G. L. ENGEL: « Studies of Syncope. III. The Differentiation between Vasodepressor Syncope and Hysterical Fainting. » *Psychosom. Med.*, **7**: 3, 1945.

7. L. J. SAUL: «Hostility in Cases of Essential Hypertension.» *Psychosom. Med.*, **1**: 153, 1939.
  8. E. WEISS: «Cardiospasm: A Psychosomatic Disorder.» *Psychosom. Med.*, **6**: 58, 1944.
  9. E. WEISS: «Psychosomatic Aspects of Hypertension.» *J. A. M. A.*, **120**: 1081, 1942.
  10. E. WEISS et O. S. ENGLISH: *Psychosomatic Medicine*. 2ème édition. W. B. Saunders, Co., Philadelphie et Londres, 1949.
  11. S. WEISS «The Interaction between Emotional States and the Cardiovascular System in Health and in Disease.» *Contributions to the Medical Sciences in Honor of Dr. Emanuel Libman*, **3**: 1181, 1932.
  12. F. ALEXANDER: *Psychosomatic Medicine*. W. W. Norton & Company, Inc. 1950.
  13. Walter C. ALVAREZ: *The Neuroses, Diagnosis and Management of Functional Disorders and Minor Psychosis*. W. B. Saunders Company, Philadelphie et Londres, 1951.
-

# LE FACTEUR PSYCHOSOMATIQUE EN DERMATOLOGIE <sup>1</sup>

Henri SMITH,

Dermato-syphiligraphe à l'Hôpital Général de Verdun (Montréal).

La dermatologie psychosomatique n'est pas une nouvelle science; elle n'est pas non plus une spécialité nouvelle. En fait elle n'a de nouveau que son nom. Déjà en 1891, en effet, Brock et Jacquet, en décrivant la neurodermite, soulignaient l'importance du facteur psychique dans l'étiologie de cette dermatose. En ces dernières années toutefois, la dermatologie psychomatique a connu un regain d'intérêt surtout aux Etats-Unis et en France. Aujourd'hui nous connaissons une centaine de dermatoses différentes qui s'accompagnent plus ou moins fréquemment de troubles psychiques.

La classification n'est pas facile: c'est que, dans ce domaine, à la vérité fort complexe, il persiste encore beaucoup de choses obscures.

Pour les besoins de la description, nous partagerons les dermatoses psychosomatiques en deux groupes. Nous verrons d'une part les dermatoses dans lesquelles existe une corrélation entre l'état physique et le psychisme, mais sans lien apparent de cause à effet. Nous étudierons d'autre part les dermatoses où une interaction des deux est plus ou moins évidente, plus ou moins importante.

Nous passerons rapidement en revue quelques-unes des dermatoses du premier groupe, pour nous attarder davantage sur celles du second groupe qui présentent un intérêt pratique beaucoup plus considérable.

Les dermatoses du premier groupe sont toutes des dermatoses héréditaires. Elles ont été particulièrement bien étudiées à ce point de vue par Touraine, en France. Au point de vue psychosomatique c'est surtout au docteur Lawbergeon, un élève de Touraine, que nous devons les connaissances que nous en avons.

Voyons en premier lieu l'ichtyose.

Comme chacun le sait, l'ichtyose est une maladie héréditaire assez fréquente. Elle débute dans le bas âge et se prolonge d'ordinaire toute la vie. Elle se caractérise par une sé-

cheresse et un état squameux de la peau plus ou moins généralisés.

Beaucoup d'ichtyosiques sont des sujets absolument normaux au point de vue mental. D'autres par contre, ceux chez qui la maladie se transmet en récessivité, présentent des troubles du caractère ou des troubles psychiques: nervosité excessive, hyperémotivité, tendance à la mélancolie, sensibilité exagérée d'une part; débilité mentale, arriération mentale, démence sénile d'autre part.

Une autre maladie qui s'accompagne souvent de troubles psychiques, c'est l'albinisme. Dans bon nombre de cas les albinos sont des débiles mentaux quand ils ne sont pas des crétins, des imbéciles ou des idiots.

Dans la maladie de Darier, encore appelée dyskératose folliculaire, la coexistence de troubles psychiques n'est pas rare. Sur 24 observations recueillies dans la littérature médicale, on note: 15 cas de débilité mentale, 1 cas de paranoïa, 4 cas de nervosisme dans la même famille, 2 cas d'épilepsie, 1 cas de schizophrénie et un cas de dépression.

Le xéroderma pigmentosum, souvent familial et héréditaire, s'accompagne fréquemment de troubles psychiques.

L'hydroa vacciniforme également serait plus répandu chez les sujets nerveux et psychopathes, etc., etc.

Le traitement des dermatoses héréditaires qui s'accompagnent de troubles psychiques n'est certes pas facile. Il est à peu près impossible de corriger, autrement que d'une manière symptomatique, les erreurs de la nature. Au point de vue préventif cependant, le médecin de famille et le dermatologiste peuvent faire beaucoup en s'opposant à des unions dangereuses au point de vue de la génétique.

Les dermatoses du second groupe s'accompagnent de troubles psychiques ou nerveux qui ont été bien étudiés par Becker, Stokes, Sulzberger et nombre d'autres.

1. Communication faite aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1951.

Ces troubles peuvent dans certains cas expliquer à eux seuls la dermatose. Dans d'autres cas ils en sont une cause importante; et dans une 3e catégorie de cas, leurs rapports de cause à effet sont discutables.

Les troubles nerveux ou psycho-nerveux sont, à la vérité, beaucoup plus fréquents que les psychoses vraies dans ces dermatoses.

Dans certains cas dans l'acarophobie, les excoriations neurotiques et la dermatite factice, on retrouve un facteur physique qui, à lui seul, suffit à expliquer la maladie.

L'acarophobie est cet état psychique, ce désordre mental dans lequel le malade croit que sa peau est infectée par un parasite quelconque. Cette phobie devient vite une obsession qui, quelquefois, conduit le malade à pratiquer sur sa peau des excoriations dites neurotiques. Armé d'une aiguille ou de tout autre instrument, le malade se macère la peau dans le but d'en extraire les parasites qu'il croit s'y trouver. En réalité, sa peau est parfaitement saine et tout ce qu'il retire avec son aiguille ce sont des débris épidermiques. Il est bien entendu que de tels cas relèvent du psychiatre.

La dermatite factice est une autre dermatose qui relève du psychiatre. Ceux qui présentent cette dermatose sont des malades qui s'infligent volontairement des lésions cutanées qui ressemblent vaguement à des dermatoses connues, dans le seul but d'attirer l'attention ou la sympathie.

Les dermatoses qu'il nous reste à étudier dans le second groupe sont, en un sens, plus intéressantes que celles que nous venons de voir, d'abord parce qu'elles sont beaucoup plus fréquentes, ensuite parce que, dans la plupart des cas, elles peuvent bénéficier d'une psychothérapie simple, applicable par le médecin praticien lui-même ou le dermatologiste.

En premier lieu nous verrons la dermatite ou dermatite atopique. Très souvent, malgré les traitements dermatologiques et allergiques les mieux conduits, la dermatose persiste, subit des exacerbations ou bien récidive. Cette tenacité de la dermatose, ces poussées qui sur-

viennent au cours même du traitement, ces récidives enfin montrent qu'il y a là un terrain tout particulier. La sensibilité, l'allergie qui est de règle dans la dermatite atopique se superpose à une tare sous-jacente. Cette tare sous-jacente sera, dans la majorité des cas, un déséquilibre nerveux.

L'étude du terrain nerveux sur lequel évolue la dermatose, i.e. l'étude de la personnalité du malade, de son caractère, de son tempérament, est donc ici de toute première importance.

Les malades qui vous consultent pour une dermatite atopique sont très souvent des hyperactifs et des hypersensibles.

Cette hyperactivité et cette hypersensibilité se manifestent dès le bas âge. Les jeunes enfants qui font une dermatite atopique sont agités, ils refusent de dormir le jour, ils ont des cauchemars la nuit; ils se mettent en colère, pleurent et crient à propos de tout et de rien.

Parvenus à l'âge scolaire, ces enfants sont ambitieux; ils s'acharnent au travail dans le seul but d'être à la tête de leur classe. A l'école ils sont continuellement sous tension dans la crainte que leur professeur leur pose une question à laquelle ils ne pourront pas répondre d'une façon parfaite.

A l'âge adulte les malades qui font une dermatite atopique sont également dans la majorité des cas, des ambitieux et des travailleurs acharnés. Ils vivent continuellement dans la crainte; crainte de perdre leur emploi s'ils ne fournissent pas une somme de travail supérieure à celle de leurs compagnons; crainte de perdre un parent ou un ami qui leur témoigne de la sympathie; crainte de perdre l'estime des personnes qui les entourent, etc., etc.

La sensation d'insécurité consciente ou inconsciente, qui se traduit par une activité et une sensibilité exagérées, constitue par conséquent le terrain névropathique sur lequel se développe la dermatite atopique.

Mais ce terrain pathologique ne suffit pas toujours à lui seul à expliquer les poussées aiguës ou les récidives de la maladie. Il existe un certain nombre de facteurs psychiques qui,

souvent, interviennent pour déclencher les troubles cutanés.

Parmi ces facteurs, il faut mentionner la vie agitée des grandes villes, les soucis créés par le coût élevé de la vie, les menaces de guerre, etc., etc. Il faut mentionner également les troubles émotionnels suscités par les conflits sexuels, les discordes familiales, les querelles de ménage, etc., etc.

Mais il n'y a pas que dans la dermatite atopique que l'on peut retrouver un terrain névropathique et des facteurs psycho-nerveux capables de déclencher la dermatose.

Dans la névrodermite, et nous entendons par névrodermite ces placards de lichénification, très prurigineux, que l'on rencontre surtout à la nuque, dans la névrodermite, dis-je, on retrouve, d'une façon à peu près constante, les facteurs psychiques que nous avons décrits à propos de la dermatite atopique.

Ces mêmes facteurs psychiques, ce même terrain nerveux se retrouvent également dans les dermatoses qu'il nous reste à étudier. Pour ne pas répéter tout ce que nous avons dit à propos de la dermatite atopique nous nous contenterons pour chacune de ces dermatoses de noter les symptômes dominants.

Dans certains cas d'urticaire chronique, les traitements habituels échouent si l'on ne tient pas compte des facteurs psychiques: activité physique et mentale exagérées, hyperémotivité et surtout anxiété. Ces malades sont en effet de petits anxieux; et l'anxiété est souvent la cause la plus fréquente des troubles psychiques qui conduisent à l'urticaire chronique.

Si l'on examine certains malades atteints de prurit généralisé on découvre presque toujours un état mental fait d'émotivité, d'impressionnabilité, d'irritabilité, d'angoisse, de défiance. Très souvent la nervosité a été déclenchée et est entretenue par les secousses morales, les chagrins, les ennuis, les soucis d'affaires, etc., etc.

Dans les prurits ano-génitaux on peut retrouver les mêmes facteurs psychiques avec prédominance de préoccupations d'ordre sexuel (Cornia).

La dysidrose vraie, i.e. la dysidrose qui n'est ni parasitaire ni médicamenteuse, est souvent entretenue par des troubles émotionnels.

Chez les malades qui font de la pelade on observe souvent de la nervosité. Cette nervosité se traduit par des réactions excessives, violentes mêmes. Ces malades extériorisent leurs sentiments d'une façon bruyante. Ils parlent facilement et abondamment.

Les malades qui font du lichen plan sont également excessifs en tout. Mais ils sont moins portés à extérioriser leurs sentiments. Ils sont surtout repliés sur eux-mêmes, introvertis, et s'ils se mettent en colère par exemple, ils font, comme on le dit communément, une colère rentrée.

Les acnéiques sont assez souvent des sujets inquiets, introvertis, avec tendance aux obsessions.

Dans le psoriasis, il semble bien que les troubles nerveux, les chocs émotionnels en particulier, aient une relation de cause à effet dans les poussées, dans les récives. Mais la chose n'a pas encore été démontrée d'une façon certaine.

Le traitement de ces dermatoses doit être à la fois dermatologique, allergique s'il y a lieu, et psychiatrique.

Le traitement psychiatrique peut, dans la majorité des cas, être mené à bien par le médecin de famille ou le dermatologiste. Mais il suppose de la part du médecin traitant certaines qualités: patience à toute épreuve, calme, bienveillance. De plus le médecin devra être minutieux dans son examen, catégorique dans ses affirmations, ferme dans ses prescriptions dont tous les détails seront précisés.

Le traitement lui-même pourra se faire en trois temps:

Dans un premier temps le médecin s'efforcera de gagner la confiance de son malade. Une fois mis en confiance ce dernier n'hésitera pas à donner des précisions sur ses activités, son genre de vie, son travail, ses ambitions, ses réactions en face d'un deuil, d'un danger, etc.

En un mot le médecin s'efforcera, par un interrogatoire bien conduit, de mettre en évi-

dence, de faire ressortir le ou les facteurs psychiques qui ont pu causer ou aggraver la dermatose dont se plaint le malade.

Dans un deuxième temps le médecin démontrera au malade le rapport de cause à effet qui existe entre les troubles nerveux dont il souffre et sa dermatose.

Dans la plupart des cas il s'agit de sujets hyperactifs i.e. de sujets qui s'épuisent à travailler. Mais très souvent les malades présentent ceci de particulier qu'ils ne ressentent pas de fatigue. Ils travaillent avec acharnement tout le long du jour, continuent le même travail ou font le même travail dans la soirée, prennent à peine quelques heures de sommeil, et ne se sentent pas fatigués. Il faut expliquer à ces malades que le surmenage nerveux, que l'état de tension continué dans lequel ils vivent se traduit chez eux non pas par une sensation de fatigue comme cela se produirait chez un individu normal, mais par une dermatose.

Dans un troisième et dernier temps le médecin traitant fera des suggestions et donnera des directives à son malade.

Un malade qui souffre d'une dermatose prurigineuse ou inesthétique depuis de longs mois, voire depuis des années; un malade qui a essayé toutes sortes de traitements sans résultats appréciables, est un malade découragé, désespéré. Il importe donc avant tout d'encourager, de rassurer le malade. Et la chose n'est pas tellement difficile puisque le plus souvent nous avons affaire à des individus éminemment impressionnables.

Si le médecin prend la peine d'expliquer au malade qu'il a un système nerveux hyperactif et hypersensible qui est responsable de son ambition exagérée; qu'une ambition exagérée qui n'est pas refrénée conduit à l'épuisement nerveux et qu'en définitive cet épuisement nerveux est directement responsable de la dermatose dont il souffre, le malade, dis-je, comprendra facilement qu'il doit restreindre ses activités, qu'il doit se reposer.

Mais ce n'est pas tout de dire à un malade de travailler moins, de prendre du repos, il faut préciser davantage.

On lui conseillera de discontinuer tout travail autre que son métier ou sa profession. De même devra-t-il diminuer ses activités sociales. On lui recommandera de travailler lentement, de parler lentement, enfin de tout faire lentement, sans précipitation.

La sieste du milieu du jour est une excellente chose pour un nerveux. Pour qu'elle soit bienfaisante, il n'est pas nécessaire que le malade dorme d'un profond sommeil, mais il importe qu'il applique sa volonté à obtenir un relâchement musculaire le plus complet possible.

Les vacances sont absolument nécessaires à ces malades. Elles doivent se prolonger au moins deux semaines et être vraiment employées au repos. Les hôtels d'été, même s'ils sont très fashionables, ne sont pas toujours des lieux de repos. Les longues randonnées en automobile et les séries de visites chez des parents ou des beaux-parents sont parfois nettement épuisantes.

Les loisirs doivent être occupés d'une façon convenable. D'une manière générale, on recommandera à un malade qui travaille à l'intérieur de passer son temps libre à l'extérieur. On lui conseillera la marche, certains sports en rapport avec son âge, ses goûts, etc., etc.

L'héliothérapie et la balnéothérapie sont des adjuvants des plus utiles.

Enfin il est un dernier point sur lequel il importe d'insister. Le médecin doit faire comprendre au malade que les suggestions qu'il lui fait, les directives qu'il lui donne sont pour son propre bien. Il en bénéficiera en autant qu'il s'y conformera fidèlement et en autant qu'il s'aidera lui-même. Petit à petit le malade finira par trouver lui-même la somme de travail qu'il ne doit pas dépasser sous peine de voir sa dermatose récidiver.

Il est cependant un certain nombre de malades chez qui cette psychothérapie simple échouera. Ces malades doivent être confiés au psychiatre qui, lui, possède des moyens thérapeutiques plus puissants. L'électro-choc en particulier donne parfois des résultats étonnants.

## MÉTHODE EN VUE DE DÉTERMINER LA VALEUR ORGANIQUE DES SYMPTÔMES EN MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE

Robert GENEST, F.R.C.P. (C) (Montréal).

L'usage de la narco-analyse est désormais monnaie courante dans l'investigation psychiatrique. Le grand public est même bien au fait de cette nouvelle technique médicale grâce à l'énorme publicité faite autour des soi-disant « sérum de vérité ». En cette ère de profonds bouleversements que connaît la neuro-psychiatrie depuis le début du siècle, l'emploi de la narcose est un des procédés de diagnostic et de traitement des névroses qui ont été le plus étudiés. Certains psychiatres prétendent y avoir trouvé une meilleure méthode pour la découverte de l'étiologie et de la pathogenèse de divers troubles mentaux. Ils y voient, de plus, un adjuvant précieux en psychothérapie, grâce auquel il est souvent possible de raccourcir d'une façon notable la durée du traitement analytique laquelle constitue toujours un obstacle considérable à son application et à son extension. Bien que de maniement extrêmement délicat, la narco-analyse semble avoir pris pour de bon sa place dans l'arsenal thérapeutique du neuro-psychiatre.

Ce n'est pourtant point l'objet de ce travail de discuter de la narco-analyse, de ses indications, modalités techniques ou résultats. Il ne s'agit pour nous ici que d'attirer l'attention sur un autre emploi possible de la narcose, emploi qui s'étend cette fois, non seulement à la psychiatrie, mais à toutes les autres branches de la médecine et de la chirurgie. Dans cette voie, le professeur Cossa se sert déjà depuis quelques années de la narcose en vue de préciser certains diagnostics neurologiques. Mais c'est la première fois à notre connaissance que l'utilisation de ce procédé est étendue au champ tout entier de la médecine.

Notre hypothèse de départ pourrait se formuler comme suit: chez certains malades où la douleur constitue un des signes les plus importants du tableau clinique, la narcose sous

amytal peut s'avérer un instrument précieux de diagnostic. La bonne conduite de l'examen clinique demande de déterminer s'il y a une lésion organique à l'endroit où siège la douleur, si l'origine de cette douleur est à distance, puis de préciser le plus possible le point exact de la lésion en éliminant les irradiations nerveuses et en évaluant la qualité de la plainte, compte tenu des facteurs émotionnels dus à l'anxiété.

Chez la plupart des malades qui se présentent au praticien, le recours à ce procédé peut n'être pas nécessaire, soit que la lésion organique est nettement constituée et se traduit par des signes cliniques précis, soit que le patient jouit d'un équilibre mental et affectif qui lui permet d'exprimer ses symptômes avec exactitude et concision. Mais tel n'est pas souvent le cas bien malheureusement. Dans toutes les spécialités de la médecine, il se trouve des malades où se conjuguent les facteurs suivants: atteinte organique frustrée ou à distance, la bilité du système nerveux autonome, fonds affectif, anxieux ou hypocondriaque. A l'examen objectif, nombreux sont les malades qui présentent une hyperesthésie généralisée ou une sensibilité à la palpation hors de proportion avec l'épave organique soupçonnée. Quelle sera, en ce cas, l'attitude du médecin? S'il veut en avoir le cœur net, il poursuivra ses investigations, accumulera analyses sur analyses, radiographies sur radiographies jusqu'à épuisement de tous les moyens connus à sa disposition. Mais il subsistera souvent — quant à l'organicité d'un trouble — de forts doutes lesquels tiendront en échec la prescription d'une thérapeutique efficace ou la décision à prendre en vue d'une opération chirurgicale. Il devra alors conclure à un diagnostic par élimination au prix de beaucoup d'anxiété, de patience et de déboursés pour le malade. Ou le

plus souvent, le médecin sera porté à classer son malade dans la catégorie négligée et méprisée des « fonctionnels » et recourra par la suite à la seule thérapeutique analgésique et sédative.

Il se peut cependant que la narcose psychosomatique puisse à l'avenir modifier ce tableau. Si elle répond à nos espoirs, elle permettra en effet au médecin de localiser chez ses malades le site le plus exact possible de l'affection organique dont ils souffrent, de l'apprécier à sa juste valeur, et de la traiter par des moyens thérapeutiques adéquats.

Nous avons utilisé l'amytal-sodium par voie intra-veineuse dans notre travail bien qu'il soit probablement intéressant d'utiliser d'autres substances. L'effet de l'amytal-sodium sur l'organisme est bien connu. Appartenant à la famille des barbituriques, il participe à leurs propriétés dont la principale est de déprimer d'une façon globale les diverses fonctions du système nerveux, dont entre autres la perception centrale des diverses sensibilités sans abolir la sensibilité douloureuse périphérique. En concentration suffisante dans le milieu interne, l'amytal sodium induit donc un état de demi-conscience où l'anxiété est atténuée et les réflexes automatiques de défense émoussés, en même temps que s'élève d'une façon notable le seuil de la sensibilité douloureuse et que disparaissent les phénomènes d'irradiation nerveuse. Un important bénéfice en résulte: l'onde douloureuse principale peut seule franchir le seuil de la conscience, laissant pour compte en chemin les ondes subsidiaires plus faibles. Il paraît donc évident qu'un examen objectif accompli dans ces conditions peut révéler les éléments diagnostiques principaux. D'une part, seules les douleurs les plus significatives sont perçues, de l'autre, les irradiations et les spasmes nerveux de même que les réactions psychiques dus à l'angoisse ne sont plus là pour ajouter à l'intensité de la perception et en brouiller l'évaluation.

L'emploi de la narcose psycho-somatique dans l'orientation et la précision du diagnostic clinique est encore trop récent pour que nous

proclamions la valeur définitive de son efficacité dans ses multiples applications.

De toute manière, voici la méthode générale de travail que nous avons employée:

Le malade étant à l'état de veille, nous procédons:

1) A l'examen clinique somatique courant de ses plaintes.

2) A l'examen psychique de toutes les circonstances qui peuvent jouer un rôle dans l'explication de sa maladie.

Puis, le malade étant sous narcose liminaire nous procédons:

3) A un second examen clinique somatique en vue de comparer les réponses du malade avec les premières qu'il a données en tenant compte particulièrement des réflexes automatiques de défense et des signes réels de douleur dans la figure du malade.

4) A une narco-analyse de ses plaintes.

Le 5e et dernier point consiste à établir les relations entre les réponses somatiques et psychiques tant à l'état de veille que sous narcose. Enfin, conclure à une évaluation globale de l'organicité des plaintes et de la participation des facteurs psychiques qui peuvent être en cause.

A travers une centaine de cas, nous en avons choisi quatre pour illustrer ce que nous venons de dire:

#### Observation 1.

Monsieur X se plaignait depuis deux ou trois ans de douleurs abdominales vagues, épisodiques, n'ayant aucun point d'élection particulière. Un jour, il dût être admis d'urgence à l'hôpital pour syndrome abdominal aigu. Le patient se plaignait de douleurs excruciantes généralisées à tout l'abdomen. La palpation ne révèle rien de plus qu'une hyperesthésie, ne permettant pas de conclure à la présence d'une défense franche et localisée en un point fixe. Le patient ne présentait ni température, ni vomissements, ni nausées. Toutefois, la formule sanguine demandée d'urgence apporta les éléments suivants: globules blancs 13 000 dont 83% de polynucléaires. Il s'agissait donc pro-

blement d'un ventre chirurgical, mais le chirurgien consulté ne pouvait se décider à l'intervention sur la foi des seuls renseignements qu'il possédait. S'agissait-il d'une appendicite aiguë, d'une pancréatite etc. Fallait-il, vu l'intensité de la douleur et le caractère particulier de la formule sanguine, opter pour la laparotomie exploratrice? Pareille intervention eut été justifiable en pareil cas. Mais le chirurgien préféra au préalable demander une consultation en médecine psycho-somatique. Au nouvel examen, sous narcose la palpation de l'abdomen ne révéla pas l'hyperesthésie constatée à l'état de veille, mais au contraire une douleur permanente, bien localisée au point appendiculaire, sans aucune irradiation et accompagnée de crispation douloureuse de la figure chaque fois que le seul point douloureux organique était palpé. En conséquence, le diagnostic d'appendicite aiguë fut porté et le chirurgien heureux trouva effectivement à l'intervention un appendice turgescant et rempli de pus, à la veille de s'abcéder.

### Observation 2.

Mme Z..., se présentait à l'hôpital en juin 1949 avec les symptômes et signes suivants: douleurs à la fosse iliaque droite, aménorrhée depuis trois mois et céphalée constante. Un test de Zondek positif nous apprit que la malade était enceinte. Elle avait déjà été hospitalisée pour appendicectomie deux ans passés et quatre mois auparavant pour libération d'adhérences intestinales et épiploïques. Elle avait alors quitté l'hôpital complètement guérie. L'examen clinique révéla une douleur, provoquée à la palpation, à la fosse iliaque droite, avec irradiation à la face interne de la cuisse, ainsi qu'un utérus quelque peu douloureux. Une radiographie de la vésicule et un tube digestif voie haute n'apportèrent aucun élément nouveau de diagnostic. Devant ce tableau clinique quelque peu disparate, le médecin traitant soupçonna un facteur psychogénique et demanda un examen psychosomatique.

La narcose amena une disparition graduelle

de toutes les douleurs signalées à l'état de veille et la malade reconnut cette amélioration subite dont elle chercha l'explication. Le lendemain, elle se promenait toute heureuse de la disparition de ses troubles. La narco-analyse nous apprit que ses douleurs duraient depuis son mariage et étaient un phénomène de conversion et de déplacement secondaires à du vaginisme. Cette notion nous permit d'instituer une psychothérapie adéquate.

### Observation 3.

Lors d'un accident d'automobile, Mme C..., 35 ans s'était violemment heurtée la tête sur une surface dure et présentait depuis ce temps une violente douleur à la nuque avec irradiation à la tête et au bras. Un corset plâtré n'avait pu faire disparaître ces symptômes. A son admission à l'hôpital, la patiente se plaignait de la douleur cervicale et nuquale plus haut mentionnée ainsi que d'engourdissements des mains et de diminution de la force musculaire aux deux membres supérieurs. A l'examen objectif, la patiente ne pouvait pencher que très difficilement sa tête. Son cou était raide. La palpation révélait une douleur dans la région des muscles paravertébraux et cervicaux. La pression de la colonne cervicale entre C<sup>2</sup> et D<sup>2</sup> provoquait également une vive douleur. Une radiographie de la colonne vertébrale fut demandée, laquelle amena une différence d'opinion entre radiologistes au sujet d'une forte angulation entre les vertèbres C<sup>4</sup> et C<sup>5</sup> et une possibilité de traumatisme en C<sup>4</sup>. Un diagnostic provisoire fut donc porté de traumatisme de la région cervicale ayant atteint momentanément les racines cervicales. Une infiltration à la novocaïne de la région cervicale fut tentée, qui amena une amélioration immédiate et momentanée des douleurs. Mais les quelques heures subséquentes amenèrent une recrudescence des symptômes. Nous pratiquâmes alors un examen psycho-somatique sous narcose. Cet examen mit en lumière d'une façon nette un point douloureux fixe en C<sup>4</sup>. Toute pression pratiquée sur les autres apophyses cervicales ne provoqua chez la

patiente aucune manifestation douloureuse et les irradiations à la tête et aux bras disparurent. Un diagnostic de traumatisme dans la région de la quatrième vertèbre cervicale fut porté avec névrose post-traumatique secondaire aux fortes réclamations que la malade escomptait obtenir de cet accident.

#### Observation 4.

Une jeune fille dans la vingtaine se présente pour douleurs rhumatismales. La mobilisation de plusieurs articulations est douloureuse et particulièrement celle du cou-de-pied gauche. Ses troubles ont débuté il y a un an et s'aggravent continuellement. Elle a cessé de travailler depuis quelques mois et cherche un soulagement à ses douleurs.

L'examen local des articulations ne montre rien d'objectif et la plupart des analyses sanguines demandées sont normales ou presque. Un examen psycho-somatique sous narcose est demandé. La partie somatique de l'examen montre à l'évidence la disparition de toutes les douleurs aux articulations, à l'exception de celle du cou-de-pied gauche, laquelle demeure constante et signe l'organicité

de la douleur à ce point. Pourquoi donc cette malade se plaint-elle de douleurs à plusieurs articulations et que seulement une semble organique? Sous narcose, la malade nous apprend que deux ans auparavant elle est tombée par terre sur un rail de tramways et que ce dernier s'est arrêté à un pied d'elle. Depuis ce temps, chaque fois qu'elle va pour traverser la rue, elle tremble de tous ses membres. Peu à peu des douleurs sont apparues dans ses genoux, puis aux autres articulations. Ce qui explique bien que des douleurs articulaires disparaissent sous narcose. Mais il y a un an, dans sa crainte de traverser la rue, elle a fait un faux pas et s'est donnée une entorse au cou-de-pied gauche. Ceci nous donne l'explication finale de la douleur organique persistante au cou-de-pied gauche. Et la malade retourne rassurée après une bonne psychothérapie d'usage.

Nous croyons que ces quelques exemples illustrent d'une façon concrète l'aide considérable que peut apporter cette méthode de travail dans toutes les spécialités de la médecine ou de la chirurgie où la recherche de l'organicité des symptômes demeure à la base d'une thérapeutique adéquate.

---

# UN PERFECTIONNEMENT DE LA STREPTOMYCINOTHÉRAPIE : L'ASSOCIATION DIHYDROSTREPTOMYCINE-THIOSULFATE DE SOUDE JOINTE À UN TRAITEMENT POLYENDOCRINIEN (EXTRAIT HÉPATIQUE - EXTRAIT LIPIDIQUE DE RATE - EXTRAIT AQUEUX DE PANCRÉAS)

Jean ALBERT-WEIL (Paris),  
Médecin de l'Hôpital Central des Prisons de France, Fresnes,  
Lauréat de l'Institut et de l'Académie de Médecine.

Il nous faut d'abord rappeler la méthode de traitement médical de la tuberculose pulmonaire mise au point et appliquée avec des résultats très encourageants tant dans notre clientèle privée que dans notre service d'hôpital, à l'Hôpital Central des Prisons de France à Fresnes. Notre méthode qui est surtout fondée sur les travaux de Xalabarder (de Barcelone), de Capuani (de Novara) et de Leuret (de Bordeaux), de Jules Auclair, d'Arriagada (de Santiago-du-Chili), de Bayle, de Soula et d'autres auteurs, et qui est appliquée selon une technique personnelle est la suivante:<sup>1</sup>

*Injection intraveineuse (ou sous cutanée) quotidienne d'une ou deux ampoules stériles de solution de thiosulfate de sodium à 0 gr. 16 pour 2 cc. d'eau distillée stérilisée.*

*Première série, pendant 30 jours, arrêt 10 jours, puis nouvelle série. Traitement prolongé pendant des mois et repris s'il y a lieu les années suivantes. Dose totale limite: 25 à 30 ctgr. par kg. de poids par an. Six ou sept séries ou davantage par an selon les cas. En même temps: injection intra-musculaire tous les deux jours, du mélange ampoule de 2 cc. d'extrait aqueux de pancréas de porc correspondant à 0 gr. 10 d'extrait sec et ampoule d'extrait lipidique de rate, préparé selon la technique de Soula. (Lorsque le malade le supporte, nous injectons deux ampoules de pancréas, mélangées à 2 ampoules d'extrait lipidique de rate par séries de 12 injections entrecoupées de repos de 10 à 15 jours.)*

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

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

*Le traitement sera complété, dans certains cas, notamment chez la femme, quand il y aura lieu, par un traitement de régulation hormonale. (Méthode de Zondek et ingestion aux périodes convenables d'un œstrogène de synthèse;). Nous insistons, en effet, dans un mémoire qui fait l'objet d'un article séparé sur l'importance des troubles du fonctionnement utéro-ovarien pour l'éclosion, le développement et l'évolution de la tuberculose pulmonaire de la femme et nous tirons de ces faits des déductions thérapeutiques.<sup>2</sup>*

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

Nous avons exposé ailleurs les raisons biologiques et pharmacodynamiques qui nous ont

1. Voir *France Médicale*, février 1949, et *Bruxelles Médical*, No 24, 11 juin 1950, pp. 1281 à 1293.

2. Voir Jean Albert-Weil: « Dysendocrinies utéro-ovariennes et tuberculose pulmonaire de la femme. » *Paris Médical* No 18, du 13 mai 1950.

incité à adopter la synergie thérapeutique que nous préconisons. Nous renvoyons le lecteur à nos articles parus précédemment sur la question.

La triade thérapeutique: thiosulfate de soude, extrait aqueux de pancréas, extrait lipidique de rate, que nous utilisons depuis plusieurs années nous adonné des résultats très favorables dans un nombre important de cas. Le thiosulfate de sodium permet, en outre, à l'organisme de supporter, sans présenter de phénomènes d'intolérance, l'administration parentérale des extraits d'organes. De plus, notre méthode a l'avantage d'être quoique active, *toujours inoffensive pour les malades*. Le thiosulfate de soude aux doses indiquées ne provoque pas de poussées congestives, et nous n'avons pas observé chez les malades traités un pourcentage d'hémoptysies plus grand que chez des malades traités différemment, ou laissés sans traitement médical. En règle générale, les hémoptysies ont été rares chez nos malades.

Notre méthode agit d'autant mieux que les lésions sont plus récentes. Elle exerce une action puissante sur l'état général. Mais son action sur les lésions elles-mêmes, malgré les beaux nettoyages radiologiques que nous avons obtenus, est relativement lente. Dans les cas où il faut agir plus vite, il nous a paru utile d'associer notre méthode à la streptomycinothérapie. La synergie thérapeutique que nous préconisons peut d'autre part consolider, développer et augmenter des résultats obtenus par la streptomycinothérapie ou continuer à promouvoir une évolution favorable initialement déclanchée par la streptomycine.

Dans notre service hospitalier, nous associons toujours la dihydrostreptomycine à la dose de un gr. *pro die* au thiosulfate de soude à la dose de 0 gr. 16 ou 0 gr. 32 par jour. Nous joignons souvent à cette thérapeutique des séries d'injections d'extrait lipidique de rate et d'extrait aqueux de pancréas.

Dans d'autres cas, nous joignons à l'association dihydrostreptomycine-thiosulfate de

soude, l'hépatothérapie par des injections d'extraits hépatiques injectables.

En effet selon nous la plupart des tuberculeux présentent un certain degré d'insuffisance hépatique, objectivée par les réactions de floculation (thymol-réaction de McLagan, etc.) Les injections d'extraits hépatiques augmentent la tolérance des sujets à la streptomycine.

Selon nous, la clef du problème de la tuberculose pulmonaire, et nous espérons pouvoir le démontrer est, tout autant qu'au niveau des poumons, dans le tube digestif et ses glandes annexes. La résistance des tissus aux ferments protidolytiques nocifs dépend essentiellement d'un fonctionnement normal du foie et du pancréas. C'est en effet, et nous entreprenons sur cette question toute une série de recherches, la *Protidolyse*, agent producteur de la *caséification qui constitue toute la gravité de la maladie tuberculeuse. Le caseum constitue un milieu de culture électif pour les B.K.* (Canetti). A partir des lésions caséifiées se répandent dans l'organisme des antigènes déchaînants et toniques bacillaires et bacillocellulaires (Jean Albert-Weil)<sup>3</sup>. Les ferments protidolytiques, agents de la caséification, sont à point de départ bacillaire et leucocytaire. Le sérum normal des sujets présente un pouvoir antiprotidolytique qui peut être augmenté ou abaissé dans divers états pathologiques. L'étude des variations du pouvoir antiprotidolytique du sérum fera l'objet de nos prochaines recherches. Nous supposons, et c'est là pour nous une hypothèse de travail, que la résorption des ferments digestifs au niveau de l'intestin grêle crée dans l'organisme un état de résistance aux ferments (antiferments) qui

3. Voir Jean Albert-Weil: 1) *Les Poisons du Bacille Tuberculeux et les Réactions cellulaires et humoresales dans la Tuberculose*. Préf. du Pr. Amédée Borrel. Un volume de 327 p. — J. B. Baillière, éd., Paris, 1931. Prix Laveran de la Faculté de Médecine de Strasbourg. Mention honorable Concours Montyon 1932, de l'Académie des Sciences. 2) *Les Phénomènes d'Allergie non spécifiques dans la Tuberculose et les Fièvres Typhoïdes*. Préf. du Pr. René Leriche. Un vol. de 83 p. Maloine, éd., Paris, 1946. Prix Stanski 1948, de l'Académie Nationale de Médecine. 3) «Diastases et Allergie.» *L'Avenir Médical*, No 10, décembre 1950, p. 196.

peut être selon les cas augmenté ou diminué. De même l'absorption constante de venin crée dans l'organisme des animaux venimeux une immunité contre le venin.

Nous ne pouvons nous étendre davantage sur cette question dans le cadre forcément très limité de cet article.

Quoi qu'il en soit, et étant données les notions que nous venons d'exposer succinctement, nous pensons que l'instauration dans la tuberculose d'un traitement polyendocrinien tel que nous venons de le définir, associé à la thérapeutique par le thiosulfate de soude, et dans certains cas déterminés à la streptomycinothérapie constitue un progrès sur lequel il nous a

paru utile d'attirer l'attention des phtisiologues.

Les résultats obtenus, objectivés par un relèvement considérable de l'état général, la bacilloscopie négative des crachats, le retour de la vitesse de sédimentation à la normale et un nettoyage radiologique observé maintenant avec un recul de plusieurs années, semblent démontrer que notre méthode est digne d'intérêt et exerce une certaine action « en profondeur ».

*Notre synergie thérapeutique semble également diminuer la résistance des bacilles à la streptomycine.*

## RÉSULTATS CLINIQUES DE CENT CAS DE LOBOTOMIE<sup>1</sup>

Paul LARIVIÈRE (Montréal).

Le but de cette communication est de porter à l'attention des praticiens les résultats intéressants obtenus par une certaine technique psycho-chirurgicale dans quelques formes de maladies mentales jusqu'ici considérées comme pratiquement incurables. S'il n'est pas du domaine du praticien de connaître les détails d'une telle technique, il peut être, je crois, intéressant, pour lui, d'apprendre que des progrès incontestables se sont produits dans un domaine resté jusqu'ici peu encourageant au point de vue thérapeutique. Nous voudrions aussi délimiter les indications de ce traitement afin de dissiper certains malentendus qui se sont répandus dans le public médical et dans le public tout court au sujet de la lobotomie. La lobotomie est la section des fibres cortico-thalamiques ou de la substance blanche d'un ou des deux lobes frontaux. Il y a une différence entre lobotomie ou section d'un lobe et leucotomie ou division de la substance blanche. En pratique, on emploie lobotomie et leucotomie indifféremment. C'est vers 1935 que l'on commença à pratiquer des lobotomies (Dr Moniz) et, aujourd'hui, plusieurs milliers de cas ont été opérés dans les différents centres de psycho-chirurgie.

Le service de psycho-chirurgie à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, où ce travail a été conduit, est dirigé par un comité composé de neuro-psychiatres, d'un chirurgien et d'une psychologue. Le choix des candidats à la lobotomie est fait par ce comité qui décide pour chaque cas de l'opportunité de l'intervention. Le comité suit, dans ce choix, certaines directives qu'il serait trop long de préciser ici. Sauf de rares exceptions, ce sont des malades hospitalisés depuis déjà de nombreuses années qui sont choisis (stage d'hospita-

lisation d'au moins trois ans). Ces malades sont considérés comme des cas chroniques et, la plupart du temps, incurables, une longue expérience ayant montré qu'une rémission se produit très rarement chez un schizophrène après plusieurs années d'évolution.

Nous choisissons à dessein de tels malades afin de ne pas courir le risque d'opérer des malades qui auraient guéri ou se seraient améliorés de toutes façons — et surtout parce que la lobotomie reste bien, à nos yeux, une *thérapeutique d'exception*, à laquelle on ne recourra que lorsque tous les autres moyens ont échoué. La plupart de nos opérés sont des malades chez qui toutes les autres méthodes de traitement avaient complètement échoué.

Les malades opérés à Saint-Jean-de-Dieu le furent, suivant les cas, par une des trois méthodes suivantes:

1° *La voie trans-temporale* emploie la technique de Freedman et Watts, qui consiste à forer deux trous crâniens, un à droite et un à gauche, trois centimètres en arrière du bord orbitaire et six centimètres au-dessus du zygoma. Par ces ouvertures, le leucotome pratique la section des faisceaux cortico-thalamiques.

2° *La voie trans-frontale*, technique de Procter et McKenzie, est une modification de la technique Von Poppen, dite à ciel ouvert. Elle consiste à percer au trépan deux trous, de chaque côté de la ligne médiane, au niveau de suture coronaire et à faire pénétrer dans la substance cérébrale un instrument genre serre-nœud qui s'ouvre et se referme à volonté.

3° *La voie trans-orbitaire* qui est une mise au point de la technique Fiamberti. Elle consiste à enfoncer entre le globe oculaire et le rebord orbitaire, vis-à-vis la pupille, une longue aiguille calibrée qui perfore la région

1. Travail de la clinique de psychiatrie de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. — Communication au XXI<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

orbitaire pour pénétrer dans la substance blanche et en faire la dissociation des fibres.

Jusqu'ici, obéissant aux besoins les plus urgents, nous avons surtout choisi parmi nos chroniques des malades difficiles, agités, violents, particulièrement difficiles à manœuvrer. Ceci pour expliquer que nos statistiques ne sont pas tout à fait aussi bonnes que celles d'autres centres où les opérations furent pratiquées sur des malades moins gravement atteints que les nôtres.

Le malade une fois choisi, il est soumis, entre autres, à une série d'examens, physique, neurologique, psychiatrique, psychologique. Un électro-encéphalogramme et un repérage ventriculaire sont également pratiqués. Une enquête, par le Service Social, est faite dans la plupart des cas. Lorsque tous ces examens sont terminés, le candidat à la lobotomie est présenté à nouveau devant le comité qui

décide finalement si oui ou non il doit être opéré.

Je passe rapidement sur les soins post-opératoires qui n'entrent pas dans le cadre de cet exposé. Disons cependant qu'il nous est quelquefois donné d'observer des changements dramatiques dans la psychose dès le lendemain ou le surlendemain de l'opération. Tel malade qui refusait depuis des années de parler, parle; tel autre qui refusait de manger, mange dorénavant seul; d'autres, en apparence indifférents jusque-là, se mettent à montrer de l'intérêt à une foule de choses. Tous les changements survenus dans la conduite et le comportement du malade au cours des premiers jours sont notés en détail ainsi que les notes se rapportant aux soins post-opératoires.

Voici le tableau des résultats obtenus et la compilation sommaire des statistiques de nos cent cas:

HÔPITAL SAINT-JEAN-DE-DIEU

Statistiques des activités du Service de Psycho-chirurgie,  
pour la période allant du 5 avril 1949 au 17 mai 1951.

STATISTIQUES GÉNÉRALES

Opérations.

Nombre de patients ayant subi 1 lobotomie..	100
Nombre de patients ayant subi 2 lobotomies	9
Nombre de lobotomies pratiquées .....	109

Description du groupe.

<i>Sexe</i>	
Sujets du sexe masculin .....	56
Sujets du sexe féminin .....	44
<i>Age</i>	
Moins de 20 ans .....	1
De 20 à 30 ans .....	32
De 30 à 40 ans .....	52
De 40 à 50 ans .....	13
Au-dessus de 50 ans .....	2

Techniques chirurgicales.

Lobotomies pratiquées par voie trans-temporale .....	63	—	58%
Lobotomies pratiquées par voie trans-frontale .....	17	—	16%
Lobotomies pratiquées par voie trans-orbitale .....	29	—	26%

Diagnostic avant l'opération.

Schizophrénie type simple .....	25
Schizophrénie type hébéphrénique .....	33
Schizophrénie type paranoïaque .....	25
Schizophrénie type catatonique .....	8
Psychose maniaque dépressive .....	8
Névrose obsessionnelle .....	1

Temps d'hospitalisation.  
années

Moins de 2 ans .....	7
De 2 à 5 ans .....	37
De 5 à 10 ans .....	31
De 10 à 15 ans .....	14
De 15 à 20 ans .....	11

Patients

## RÉSULTATS

*Résultats généraux.*

	<i>En congé</i>	<i>A l'hôpital</i>	<i>Décédés</i>	<i>Pourcentage</i>
Patients nullement améliorés ....		21		21%
Patients améliorés .....	4	49		53%
Patients grandement améliorés ..	10	12		22%
Patients décédés .....			4	4%
<i>Pourcentage</i> .....	14%	82%	4%	100%

*Résultats en fonction du sexe.*

	<i>Aucune amél.</i>	<i>Amélioration</i>	<i>Grande amélioration</i>	<i>Décès</i>
Sexe masculin .....	13 — 26%	30 — 57%	9 — 17%	4
Sexe féminin .....	8 — 18%	23 — 52%	13 — 30%	

*Résultats en fonction de l'âge.*

	<i>Aucune amél.</i>	<i>Amélioration</i>	<i>Grande amélioration</i>
Moins de 20 ans .....		1 — 100%	
De 20 à 30 ans .....	5 — 16%	14 — 44%	13 — 40%
De 30 à 40 ans .....	12 — 24%	30 — 62%	7 — 14%
De 40 à 50 ans .....	4 — 30%	8 — 62%	1 — 8%
Plus de 50 ans .....			1 — 100%

Un de ces patients est mort d'une embolie pulmonaire au début de l'intervention.

*Résultats en fonction du diagnostic.**Résultats généraux.*

	<i>Aucune amél.</i>	<i>Amélioration</i>	<i>Grande amélioration</i>	<i>Décès</i>
Schizophrénie .....	21 — 24%	48 — 54%	19 — 22%	3
Psychose maniaque-dépressive ..		4 — 57%	3 — 43%	1
Névrose obsessionnelle .....	1 — 100%			

*Résultats détaillés.*

Schizophrénie simple .....	6	12	6	1
Schizophrénie hétérotypique ..	8	16	7	2
Schizophrénie paranoïaque ....	7	14	4	
Schizophrénie catatonique .....		6	2	
Psychose maniaque-dépressive ..		4	3	
Névrose obsessionnelle .....	1			

*Résultats en fonction du temps d'hospitalisation.*

	<i>Aucune amél.</i>	<i>Amélioration</i>	<i>Grande amélioration</i>	<i>Décès</i>
Moins de 2 ans .....		3 — 43%	4 — 57%	
De 2 à 5 ans .....	6 — 17%	21 — 60%	8 — 23%	2
De 5 à 10 ans .....	7 — 23%	18 — 60%	5 — 17%	1
De 10 à 15 ans .....	4 — 31%	8 — 61%	1 — 8%	1
De 15 à 20 ans .....	4 — 36%	3 — 28%	4 — 36%	

Un coup d'œil jeté sur le tableau précédent montre que 14 de nos malades opérés sont en congé et que 10 de ceux-ci sont très améliorés; sans doute pourrait-on prononcer pour plusieurs d'entre eux le mot « guérison » mais nous tenons à maintenir très sévères les critères de guérison. Un malade guéri est un malade redevenu normal et travaillant comme auparavant. Or les rapports de notre Service Social nous apprennent que de rares cas se conduisent comme avant leur internement, mais qu'aucun patient ne tenait d'emploi comportant de grandes responsabilités — nous préférons donc garder la rubrique « grande amélioration ».

53% sont améliorés.

Dans cette catégorie nous comprenons des malades qui étaient soit très agités, soit indifférents, se montrant hostiles, non coopératifs, refusant de manger, épuisant le personnel par la difficulté qu'on avait à les entretenir, et chez qui l'on a vu, après la lobotomie, disparaître ou grandement s'atténuer les symptômes principaux.

Par exemple:

X..., hospitalisé depuis 12 ans, passait ses journées à genoux, du matin au soir, pour expier ses fautes. Il fallait l'attacher à son lit pour éviter des blessures aux genoux. Sou-

vent, il refusait de manger. Après la lobotomie, il demeura bizarre et peu sociable mais se conforma à la discipline de la salle et cessa ses stéréotypies. Il s'appliqua même à faire des exercices pour redonner de la force à ses membres atrophiés.

F..., hospitalisé depuis 3 ans, était si agité qu'il fallait le laisser nu dans sa cellule car il déchirait et cassait tout ce qui lui tombait sous la main. Après la lobotomie, le patient était calme, il ne travaillait pas mais se montrait docile.

R..., interné depuis 11 ans, est encore déliquant, inactif, il continue de se croire toujours un petit garçon, il nie être le fils de son père, etc., mais, depuis son opération, il travaille consciencieusement dans la salle et rend des services appréciables.

Vingt-deux des malades sont *grandement améliorés* (dont 10 sont en congé). Par « grandement améliorés », nous entendons qu'il y a disparition des principales réactions antisociales et une adaptation relativement bonne au groupe social où le patient évolue. Le malade travaille quelquefois très bien, donne le rendement d'un bon employé et montre un certain degré d'intérêt qui tranche sur son indifférence passée.

Y a-t-il une caractéristique commune à tous les lobotomisés? Peut-être. On remarque, en tout cas, que ce que tous les auteurs ont constaté chez la plupart des lobotomisés c'est le défaut d'initiative; il faut sans cesse les pousser et les remettre en train. On note également une indifférence sélective succédant à l'indifférence générale; tel malade se montrera indifférent à tout sauf à son travail, mais là il ne perdra pas une minute. Nous ne pouvons point discuter dans cette simple communication des modifications de la personnalité chez les malades lobotomisés. Disons seulement qu'il ne nous apparaît pas que ces changements soient aussi grands qu'on était porté à le croire. Et ne perdons pas de vue que la plupart de ces schizophrènes, même lorsqu'ils étaient considérés normaux, avaient déjà une personnalité « schizoïde », c'est-à-

dire déjà un peu dissociée. Quelles que soient ces modifications, l'intelligence ne paraît pas touchée, ni l'habileté technique — ce qui, soit dit immédiatement, nous porte de plus en plus à considérer la schizophrénie comme une psychose affective et non intellectuelle.

Ajoutons que, pour compléter l'action thérapeutique de la lobotomie, nous avons organisé, à l'hôpital, un centre de thérapeutique d'occupation qui donne d'excellents résultats. La psychothérapie de groupe est également à l'essai, mais c'est là une entreprise encore récente chez nous.

Parmi les malades encore à l'hôpital, notons que plusieurs seraient assez bien pour sortir si un milieu familial favorable les attendait.

Ce que nous pouvons également ajouter, c'est qu'il n'y a pas de cas aggravés et que, dans les cas classés *non améliorés*, il y avait tout de même eu quelque amélioration, tantôt légère, tantôt passagère, améliorations que nous avons volontairement négligé dans nos statistiques.

Citons maintenant, pris au hasard, quelques cas considérés comme « grandement améliorés »:

P..., interné depuis 10 ans, était complètement oisif; il tournait en rond dans le fumoir, ne parlant à personne. Depuis sa lobotomie, il travaille dans un atelier de l'hôpital, sur les machines à bois, et fournit le rendement d'un bon ouvrier.

Marthe L..., 24 ans. Evolution depuis cinq ans: présentait des hallucinations, des idées de persécution, était très délirante, inactive. Après sa lobotomie, elle est retournée dans sa famille. (Rémission depuis un an et demi.) Le caractère morose et antisocial qu'elle montrait auparavant semble avoir fait place à un état de gaieté et sociabilité qui lui a permis une bonne adaptation au milieu familial. Il n'y a plus de délire apparent.

B..., 38 ans, bûcheron, hospitalisé durant 4 ans; syndrome mélancolique, idées d'accusation, refusait de manger pendant de longues périodes; plusieurs tentatives de suicide, idées d'indignité, très difficile à manœu-

vrer, mutisme habituel. Après lobotomie, amélioration rapide: disparition des symptômes ci-haut mentionnés. Après 3 mois, a quitté l'hôpital, a recommencé à travailler et est resté en contact avec l'hôpital. Aux dernières nouvelles, il s'était amassé assez d'argent pour pouvoir faire l'achat d'une petite terre.

#### Sommaire et conclusion

1° Dans cette communication, nous avons forcément laissé de côté bien des angles intéressants au sujet de la lobotomie, mais notre but était de faire part de quelques modestes résultats en thérapeutique psychiatrique.

2° Ces résultats restent quand même encourageants si l'on tient compte que 91 de nos malades étaient des schizophrènes et que le plus grand nombre d'entre eux pouvaient être considérés avec certitude comme incurables. (Pour 7 seulement de ces patients, la durée d'hospitalisation avait été de moins de 2 ans — et souvent la maladie durait depuis longtemps déjà lors de l'internement.) Beaucoup de nos malades (25) étaient hospitalisés depuis plus de 10 ans.

3° Cette étude nous laisse entrevoir, par ailleurs, que le facteur social est d'une extrême importance dans les décisions à prendre en vue de l'internement des malades mentaux de même que la mise en congé est conditionnée très souvent non pas par l'amélioration réelle mais par le facteur social. Il n'est pas

rare que le malade, qui a passé 10 ou 15 ans à l'asile et dont on annonce un beau jour la guérison, trouve dans sa famille un accueil assez tiède. Il est devenu un gêneur. Ces malades sont « morts, socialement » et il n'y a plus de place pour eux. Seule une intensification du Service Social pourrait pallier à ces difficultés.

4° Si modeste que soient nos résultats, je crois qu'ils démontrent nettement qu'il n'y a pas lieu de se décourager. De plus en plus, la notion d'incurabilité en maladie mentale se rétrécit. La réadaptation sociale, fût-elle partielle, de malades chroniques et difficiles montre que l'avenir thérapeutique en psychiatrie sera dans les méthodes aptes à rendre possible de telles réadaptations, et la lobotomie est une de ces méthodes.

5° Dans cette présentation de nos cas, le recul n'est que de deux ans au maximum. Toutefois, des statistiques publiées ailleurs ont montré des rémissions et des guérisons persistant encore après cinq ans et plus.

6° Après étude des résultats obtenus, nous demeurons convaincus (peut-être nous montrons-nous en cela plus optimiste que certains de ceux qui ont publié avant nous), que même une longue durée d'hospitalisation, de 10, 15 ou 20 ans, ne saurait faire obstacle à la réussite et que l'on peut même, dans certains cas, espérer dans ces conditions des améliorations considérables.

---

## RECUEIL DE FAITS

### L'HALLUX VALGUS CHEZ LES PLUS DE 50 ANS<sup>1</sup>

Raymond LARICHELLIÈRE (Montréal).

Par sa fréquence l'hallux valgus est à la chirurgie du pied ce que peut être l'appendicite à la chirurgie abdominale. Le nombre imposant de malades souffrant d'oignons permet donc une observation intéressante dont j'ai voulu dégager aujourd'hui le groupe des plus de 50 ans.

Cette communication se limitera à l'observation de trois malades-type opérées. Il s'agit de trois cas d'hallux valgus bilatéral, chez une personne de 53 ans, une autre de 63 ans et une dernière de 71 ans. Ce sont toutes des femmes. J'étudierai avec vous, en parallèle, l'histoire clinique de ces trois malades, leurs radiographies, nous discuterons de la préparation à l'opération et des soins post-opératoires. Puis je terminerai par un résumé de la question.

*Mademoiselle A* — 53 ans, vient me consulter pour un 2e orteil douloureux qui chevauche le gros orteil droit. C'est une évolution de plusieurs années. Depuis un an, une bosse est apparue sur ce 2e orteil, elle est excessivement douloureuse, un cor la recouvre. Mademoiselle A me signale en même temps la déformation de son gros orteil des deux côtés.

*Mademoiselle B* — 63 ans, marche en sautillant sur ses talons pour protéger ses avant-pieds. Elle est dirigée chez moi par un chiropriste à qui pourtant j'avais fait un peu de misère. C'est d'ailleurs peut-être ce qui l'a incité à m'envoyer sa malade. Il a de nouveau perdu le contrôle du traitement chez cette excellente vieille fille, qui a sous les pieds des callosités qui ne veulent pas disparaître, et qui ne finissent plus de suinter malgré les applications répétées d'acide nitrique, d'acide acé-

tique glacial, d'acide phénique et que sais-je encore, qu'applique ce para-médical toléré, mais non contrôlé. La déformation de ses gros orteils l'attriste. « J'ai un pied horrible » dit-elle. C'est exact.

*Madame C* — a 71 ans, m'arrive l'air abattu, accablé. Les marchands ne veulent plus la chausser, ne veulent même plus la voir et me la dirigent. C'est une petite vieille, toute menue mais très énergique, aux mouvements vifs et aux yeux brillants. « Vous n'allez pas me dire, docteur, à votre tour qu'il n'y a rien à faire à cause de mon âge, me supplie-t-elle » montrant ses avant-pieds déformés. Mes avant-pieds sont larges, dit-elle, et je ne puis plus me chausser. Si on me fournit un soulier, c'est ce deuxième orteil, à cheval sur le premier des deux côtés qui devient excessivement douloureux et insupportable. Elle ne me parle pas de ses oignons.

Il importe dès maintenant de signaler ce caractère commun aux hallux valgus chez les plus de cinquante ans: ils ne sont pas douloureux. Ils ont en effet passé cette phase d'adaptation pendant laquelle les tensions et rétractions péri articulaires, se sont progressivement constituées. La peau qui recouvre la face interne de la 1ère articulation métatarso-phalangienne s'est épaissie et la séreuse de la bourse sous jacente s'est de même épaissie et transformée au point qu'elle ne sécrète plus pour produire cet état de bursite aiguë si douloureux, que l'on rencontre chez l'hallux valgus au début. Nous sommes donc en présence de lésions chroniques bien adaptées et bien constituées. C'est pourquoi elles ne font plus souffrir. Il faut cependant ajouter que la plupart des personnes de cet âge, même les femmes, se sont accommodées à leurs chaussures.

1. Travail présenté à la Société de Chirurgie de Montréal, le 3 octobre 1951.

Elles s'achètent déjà depuis quelques temps des souliers plus larges, à empeigne plus souple et de ce fait n'ajoutent pas les causes d'irritation possible de la peau par le soulier. Elles acceptent la mauvaise condition de leurs pieds comme une conséquence nécessaire et même obligatoire du port autrefois de souliers trop étroits, trop courts et à talons hauts. Elles ont en partie raison. Et parlant de chaussures, je puis immédiatement dire que depuis une trentaine d'années la forme et l'ajustement des souliers est sensiblement meilleur. Les femmes bénéficient actuellement de confort dans un soulier plus long, et le véritable soulier de marche est apparu depuis quelques années. Encore faut-il que l'ajustement ne se fasse pas cependant suivant une formule inventée par les manufacturiers et qui n'est pas du tout en conformité avec l'opinion médicale, à savoir *qu'il faut chausser long et étroit*. Le médecin doit au contraire conseiller une chaussure de contour tel que le pied se sente bien à l'aise à l'intérieur: « Il faut trouver une chaussure à son pied ». Et en passant, une autre formule à répandre: « On ne casse pas un soulier, c'est le pied qui se casse ». Quant au soulier de marche, il ne doit pas être ce qu'on appelle communément un soulier correctif. Ce dernier est un non sens. Nous aurons je l'espère, l'occasion d'y revenir dans une autre circonstance. Le soulier de marche pour expliquer sa conception d'une façon brève et concise est un soulier qui ressemble au soulier de golf pour dames. C'est ce soulier normal en tous points que la femme à la maison ou pour ses courses doit porter, un soulier ayant un peu l'allure masculine mais qui va de pair d'ailleurs avec le costume masculin qu'elle revêt de plus en plus.

L'histoire subjective de ces trois malades nous fait parcourir la route habituelle de ceux qui souffrent des pieds: le marchand de chaussures spécialisé en ajustement, le chiropodiste, la clinique non médicale pour les pieds et parfois le pharmacien, mais très rarement le médecin.

L'évolution a été rythmée par les corrections qu'offraient chacun de ces consultants. Car ces pauvres pieds, comme les autres organes du corps humains, savent bien s'accommoder aux soubresauts de l'organisme en détresse. Et pour la même raison que changer de souliers paraît être un repos pour le pied, toute nouvelle correction, en changeant le mal de place, soulage temporairement le malade. Or, comme la majorité de ces corrections ne sont pas appuyées sur des bases physiologiques et nettement orthopédiques, le pied renouvelle toujours ses sonnettes d'alarme.

Au chapitre de l'évolution il faut aussi ajouter un élément important du déséquilibre plantaire chez la femme et qui est la variation de la voûte plantaire au moment des règles, de la puberté ou de la ménopause naturelle ou chirurgicale. J'ai déjà communiqué à une séance d'étude de l'hôpital Ste-Justine une observation faite chez des enfants en période pubertaire.

Chez nos plus de cinquante ans l'influence du cycle ovarien ne se fait plus sentir dans la plupart des cas. Or, l'instabilité plantaire ne produisant secondairement aucune réaction sur l'hallux lui-même, la déformation en valgus se fixe de cette façon plus facilement et c'est une autre explication à l'élément douleur qui est disparu.

Les radiographies de ces trois malades compléteront l'étude clinique.

*Mademoiselle A* — présente un hallux valgus bilatéral plus accentué à gauche et secondaire vraisemblablement à un métatarsus varus qui lui-même a produit un pes latus. On note des ostéophytes sur le bord externe des surfaces articulaires des têtes des premiers métatarsiens. Ces ostéophytes sont plutôt d'origine polymicrotraumatiques qu'arthritiques, ou par trouble métabolique. Ils se développent à même le périoste et expriment une plainte à ce niveau. Aussi ne faudrait-il pas les interpréter comme une réaction de défense opposant une butée osseuse à la luxation phalangienne qui veut se compléter? Ces ostéo-

phytes ne sont habituellement pas douloureux à moins qu'ils ne soient trop gros. Ils peuvent être le site de fracture. Ceci nous amène à signaler aussi que certains comportements physiopathologiques sont différents aux pieds parce qu'ils se font davantage sous la tension continue du poids du corps qui varie en plus dans le mouvement. Il est donc très utile de tenir compte de cette condition aussi bien dans le diagnostic d'une lésion que dans son traitement. Notons ici que l'hypermobilité du 1er segment métatarsien n'a pas produit de compensation au niveau du 2e métatarsien. L'orientation de la tête astragaliennne élimine aussi l'éversion du pied comme cause primaire à l'hallux.

*Mademoiselle B* — a des hallux assez considérables, à peu près égaux des deux côtés. Il existe de multiples subluxations métatarso-phalangiennes, et les têtes des 2 métatarsiens des 2 côtés sont partiellement amputées. Ces métatarsiens mal décapités sont le résultat d'ostéite chimique. J'en ai rencontré quelques-unes. Chez des malades souffrant de callosités plantaires importantes, le pannicule adipeux de cette région est déplacé en avant, et les têtes métatarsiennes sont presque à fleur de peau. Or, pour détruire ces callosités, les chiroprodistes enlèvent au bistouri les couches superficielles et appliquent un des caustiques suivants: l'acide nitrique, l'acide carbolique, l'acide trichloracétique, l'acide acétique glacial, le nitrate d'argent, l'acide salicylique en pommade de 50 à 75%, d'acide pyrogallique en solution de 40 à 50% chez les enfants. Ces caustiques arrivant dans quelques cas rapidement en contact avec les têtes métatarsiennes développent à des degrés différents la lésion dont on voit ici, l'aboutissant. Comme ces traitements ne sont que symptomatiques, les malades visitent le chiroprodiste pendant des années. Cette malade pour sa part faisait ainsi traiter sa callosité depuis au delà de 15 ans.

Il existe ici de même chez notre malade un métatarsus varus primus bilatéral, une hypermobilité du 1er métatarsien, une accentuation

de la corne du scaphoïde, et une légère orientation interne des têtes astragaliennes. Ici aussi le métatarsus varus primus est la cause de l'hallux.

*Madame C* — Les hallux valgus chez cette malade sont de moyenne importance. Ils sont tous deux secondaires à des métatarsus varus primus. A droite le deuxième orteil chevauche franchement le 1er, à gauche il y a un début de chevauchement. Les têtes métatarsiennes et les sésamoïdes sont nettes de toute exostose. Notons la bonne ossature chez une personne de plus de 70 ans, de même que l'absence de calcification vasculaire. L'hallux valgus est réductible des 2 côtés, mais les avant-pieds sont très étalés et compacts, les fléchisseurs dorsaux très rétractés.

Nous avons décidé chez ces trois malades de corriger leur hallux valgus, convaincus que c'était là la cause initiale de leurs troubles. En effet dans les cas d'hallux valgus secondaires à des métatarsus varus primus, le gros orteil se plisse sous le deuxième, celui-ci se courbe, mais le soulier le déforme en marteau et produit les lésions déjà décrites. Dans ces pes latius ou avant-pieds étalés qui accompagnent l'hallux valgus, la tête du 1er métatarsien ne joue plus son rôle dans le troisième temps de la marche qui se fait plutôt sur la 2e et parfois du 3e métatarsien. De là, corne, callosités et bursite. Il faut donc corriger l'hallux valgus, pour corriger un 2e orteil en marteau ou un avant-pied étalé qui accompagnent un hallux valgus. Inutile d'insister, mais il est utile de rappeler ici qu'il ne faut jamais amputer un 2e orteil chez ces malades.

Ces trois malades ont été soumises pendant une période variant de un à deux mois à des traitements de physiothérapie préparatoires à l'intervention. Cette physiothérapie s'est faite sous forme de bains de contraste, d'exercices d'assouplissement des avant-pieds, de massages et de bains de chaleur. Tous ces traitements ont été faits à domicile ou chez une masseuse.

J'insiste ici sur cette préparation à l'opéra-

tion. Dans la chirurgie du pied qui a trait aux déformations par troubles fonctionnels, il importe de ne pas considérer seulement les corrections osseuses à faire, mais de penser aussi aux rétractions et aux elongations tant musculaires que ligamentaires, vasculaires ou nerveuses. Il faut aussi penser à cet œdème interstitiel et chronique qui se transforme en tissus de néoformation ou de fibrose. La physiothérapie est l'adjuvant indispensable pour

doit prévoir le lever précoce et la marche dans les premiers jours après l'opération.

Il serait long de passer ici en revue les nombreuses méthodes opératoires pour la correction de l'hallux valgus. Qu'elles s'adressent au métatarsus varus primus comme celle de Lapidus ou à l'avant-pied étalé (pes latus) comme celle de Krida, elles ne répondent pas à nos exigences surtout à cause de leur longue immobilisation post-opératoire. Nous voulons

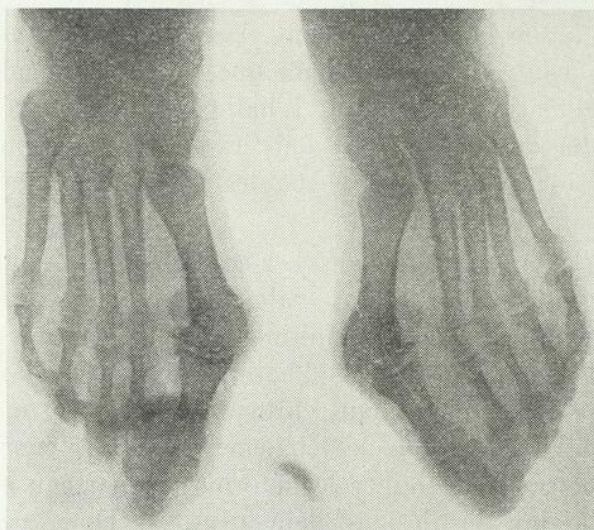


Fig. 1. — A. Avant.

combattre ces états qu'il est très important de diminuer. De même la récupération fonctionnelle post opératoire sera plus rapide, car le patient entraîné à ces exigences les continuera après son opération, car il sera encouragé par les résultats obtenus. Aussi je dois dire que je ne conçois pas de chirurgie orthopédique pour les déformations du pied secondaires à des troubles fonctionnels sans une préparation ordonnée du malade qui comprendra particulièrement la physiothérapie. Ajoutons que préalablement l'indice des valeurs du cœur, des reins, du foie et des poumons de ces malades sera scrupuleusement établi. Cette préparation à l'opération est d'autant plus importante, parce que la chirurgie à laquelle nous avons recours chez ces plus de cinquante ans sera une forme de traitement presque ambulatoire, en ce sens que la technique opératoire

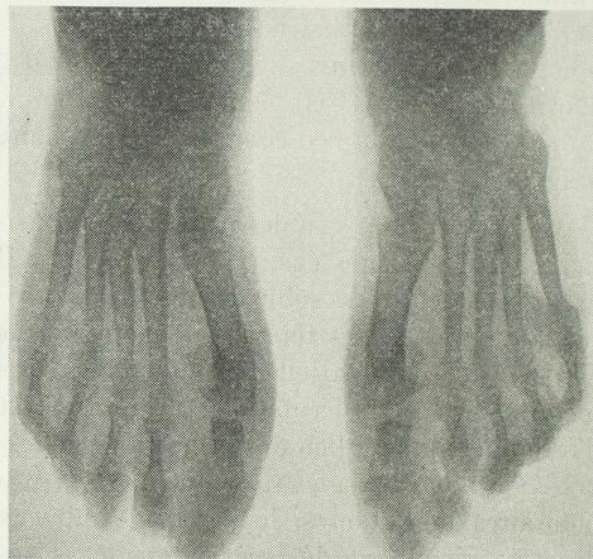


Fig. 2. — A. Après.

pour ces malades une chirurgie de technique précise et rapide, respectant le plus possible la tête du 1er métatarsien et la 1ère articulation métatarso-phalangienne. Toute transplantation tendineuse devra être de technique facile.

L'opération de Keller qui consiste surtout dans la résection sous-périostée de la portion proximale de la phalange du gros orteil répond assez bien à nos besoins. Elle devrait cependant être complétée par une transplantation du tendon conjoint du court adducteur et du court fléchisseur du gros orteil à même la portion latérale ou externe de la capsule articulaire et du périoste, qui pourrait être fixé sur la face externe de la tête du 1er métatarsien. Nous travaillons actuellement à perfectionner cette nouvelle technique.

L'opération de Keller supprime donc l'hyperostose de la tête métatarsienne, crée une pseudarthrose, et la transplantation du tendon conjoint contribuera à corriger le métatarsus varus primus et à diminuer ainsi l'étalement de l'avant-pied.

Je m'excuse de répéter que j'attribue avec Hauser trop d'importance à la marche que je tiens responsable, quand elle est défectueuse (et elle l'est chez la plupart des individus, surtout les femmes) responsables, dis-je, pour

cunéiforme. Les ostéophytes de la tête du 1er métatarsien auraient pu être enlevés. On note aussi la présence de parcelles osseuses inaperçues malgré un bon nettoyage de la plaie au moment de la fermeture. Ces parcelles osseuses peuvent ultérieurement causer de la douleur, mais les ostéophytes n'en causeront pas. En conclusion bonne correction.

*Mademoiselle B* — est également heureuse de ses corrections. Elle a raison puisque l'angulation a été réduite presque à son minimum.

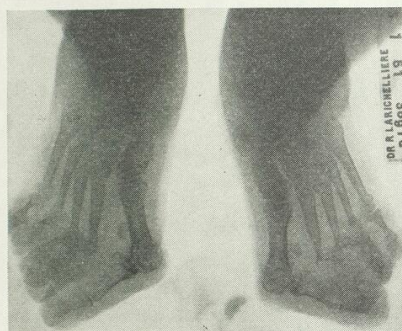


Fig. 3. — B. Avant.

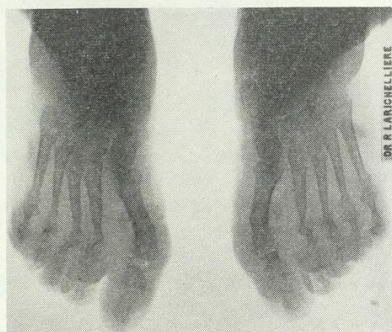


Fig. 4. — B. Après.

tellement de troubles et de déformations du pied, pour ne pas vouloir conserver dans la correction de l'hllux valgus la tête du 1er métatarsien et la première articulation métatarso-phalangienne. Car la marche normale doit se faire successivement et librement du calcaneum à la tête du 5e métatarsien et de là à la tête du 1er métatarsien. Le respect de l'intégrité de cette architecture osseuse doit donc être éminemment observé.

Voyons maintenant les radiographies prises après l'opération:

*Mademoiselle A.* — a bénéficié d'une bonne correction. A gauche l'angulation a été réduite de 37 degrés à 20 degrés, à droite de 31 degrés à 5 degrés. La correction de gauche me paraît avoir été limitée vraisemblablement par la présence d'un os surnuméraire intermétatarsien soudé à la face externe du 1er

La translation du reste de la phalange s'expliquerait, pour un cas aussi important d'hallux valgus, par la rétraction du tendon conjoint de l'adducteur et du fléchisseur du gros orteil. Par ailleurs, nous n'avons pas touché aux têtes des 2e métatarsiens parce que leur présence aide à retenir les orteils qui ont ainsi moins d'avantage de se luxer en arrière.

Pour lutter contre cette forme de translation du moignon phalangien, il existe une façon de faire les pansements dès que le malade commence à marcher. Il consiste à utiliser un morceau d'élastoplast taillé en forme de papillon. Les deux petits lambeaux qui correspondent aux antennes de l'insecte entoure le gros orteil et le maintiennent en abduction tandis que le reste qui correspondrait aux ailes déployées se collent sur la face plantaire, le bord interne et la face dorsale interne du pied comme point

d'appui. L'élasticité en longueur de l'élastoplast permet la mobilité de l'orteil. Cette forme de pansement peut être maintenue pendant quelques jours et répétée au besoin.

Cette malade a reçu le maximum de son intervention.

*Madame C* — La petite vieille aux yeux bleus vifs est aussi très heureuse. Chez elle la correction a été de 39 degrés à 15 degrés à gauche et à droite de 47 degrés à 16 degrés.



Fig. 5. — C. Avant.

Ici à droite la phalange du 2<sup>e</sup> orteil a été complètement enlevée tandis qu'à gauche il a suffi de réséquer la base de la phalange pour corriger dans les deux cas un orteil en marteau plus important. On peut noter qu'à gauche il existe une légère translation de l'articulation tandis qu'à droite elle ne semble pas vouloir se produire.

\* \* \*

Ces trois malades ont été hospitalisées 5 jours. Elles auraient pu l'être moins.

La mobilisation des orteils a été faite dès le 2<sup>e</sup> jour, de même que le lever. Sans toucher au pansement qui maintient l'orteil en abduction, la marche a commencé le troisième jour en se servant de bottes chirurgicales pour protéger le pansement. Cette marche se faisait

environ une demi-heure l'avant-midi et une demi-heure l'après-midi par période progressives en commençant par 5 minutes et en augmentant en même temps la durée de la marche chaque jour. A la sortie de l'hôpital on ne touche pas à la première compresse. Le but était d'en diminuer la grosseur et de permettre le port d'une pantoufle.

Je les ai toutes revues 10 jours après la sortie pour un deuxième pansement. Les points

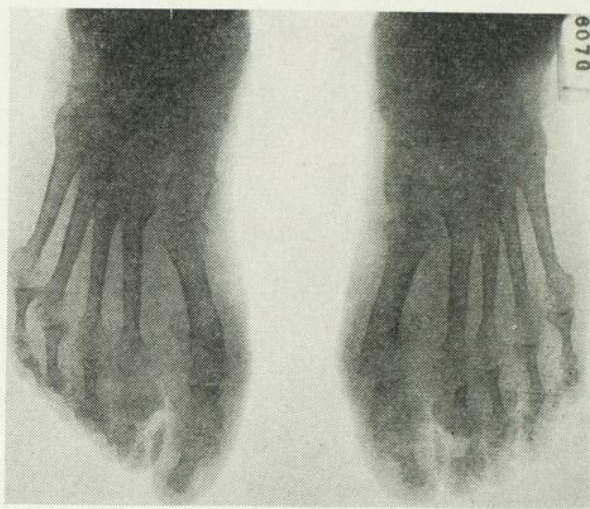


Fig. 6. — C. Après.

ont été enlevés et le gros orteil a été maintenu par l'élastoplast taillé en forme de papillon déjà décrit. La marche a été augmentée et le port d'un soulier ouvert à l'avant-pied a été conseillé.

Trois semaines plus tard, ou mieux 3 semaines après l'opération le port d'un soulier de marche corrigé était possible. Toutes trois ont continuées après l'opération les exercices d'assouplissement et les bains de contraste, bien convaincues, comme nous d'ailleurs, qu'ils qu'ils avaient joués un grand rôle dans leur récupération.

#### COMMENTAIRES

En conclusion de l'étude, permettez-moi de mettre en relief, en les résumant, les points suivants:

1° Les opérations pour hallux valgus après

l'âge de 50 ans peuvent être entreprises sans difficulté et à la plus grande satisfaction des malades, même si pour elles l'hallux valgus ne paraît pas être la cause initiale de leur malaise. En effet, elles seront très heureuses d'abord de ne plus souffrir de leurs orteils en marteau ou de leurs callosités, ensuite, d'avoir des pieds moins déformés leur permettant une plus grande facilité de se chausser.

2° L'hallux valgus chez les plus de 50 ans n'est habituellement pas douloureux.

3° C'est une complication de l'hallux qui amène le malade à la consultation.

4° Il ne faut pas recourir à des interventions qui seront suivies d'une trop longue immobilisation du membre.

5° Il ne faut jamais amputer le 2e orteil chez ces porteurs d'hallux et d'orteil en marteau.

6° L'opération de Keller modifiée paraît bien s'adapter aux exigences physiologiques de la marche.

7° Une préparation minutieuse à l'opération est indispensable, et doit s'adapter à chaque cas.

8° La reprise du travail chez ces personnes s'est faite un mois après l'opération, avec un soulier normal corrigé par nous.

9° Ces opérations ont été faites sous anesthésie générale mais elles pourraient être faites sous anesthésie locale. L'hospitalisation pourrait aussi être de 3 jours.

10° Les seules contre indications locales seraient la présence à la radiographie d'ostéoporose sénile ou de calcification vasculaire.

11° Comme adjuvant une médication par vitamine E et vitamine C concentrées aideront à une meilleure circulation et à une meilleure cicatrisation.

## UN CAS DE RUPTURE SPONTANÉE DE L'UTÉRUS GRAVIDE<sup>1</sup>

V. POTVIN (La Tuque).

L'observation que nous rapportons présente quelques aspects intéressants: d'abord par la rareté relative du cas puisque la plupart des chirurgiens n'en ont observé que quelques-uns au cours de leur carrière; ensuite, par la localisation et les caractères de la rupture; enfin, parce que les symptômes qu'a présenté notre malade cadrent assez fidèlement dans le tableau classique de cet accident.

### Observation.

Le 26 janvier 1951, à 5.30 p.m., nous étions appelé en consultation par un confrère, à l'hôpital Saint-Joseph, pour examiner une malade qu'il y avait admise deux jours auparavant. Il s'agit de Mme H. L., âgée de trente ans, primipare enceinte de huit mois et demi d'une deuxième grossesse. Mariée à 29 ans, ses antécédents génitaux ne révèlent rien de particulier jusqu'à sa première grossesse qui se termine le 8 janvier 1950 par une césarienne nécessitée par une contracture pelvienne ayant arrêtée la progression du travail pendant 24 heures. On pratiqua la césarienne classique et un fœtus mâle vivant, pesant 7 livres et douze onces fut délivré sans incident. Les suites opératoires furent apyrétiques et la malade, se levant le troisième jour, put quitter l'hôpital le 10e jour après l'intervention.

Son hospitalisation actuelle a été conseillée par son médecin-traitant qui a décidé de provoquer prématurément le travail. Le lendemain de son admission, soit le 25 janvier, la malade reçoit donc une première et une deuxième dose de pituitrine de une minime, une troisième dose de quatre minimales et une quatrième dose de deux minimales. Ces injections de pituitrine diluée furent administrées à deux heures d'intervalle entre chacune et la malade reçut en plus deux doses de quinine de trois

grains intercalées entre les injections de pituitrine. Les observations de l'infirmière notées au dossier montrent que cette journée du 25 janvier et la nuit qui suivit furent mouvementées: la malade eut des contractions violentes et des douleurs aiguës malgré deux injections de démerol, un grain et demi de nembutal et un quart de grain de sédaïne. Le vingt-six au matin, l'infirmière note une légère perte vaginale sanguine. Dans le cours de l'après-midi du même jour, la parturiente cesse de percevoir les mouvements du fœtus. A ce moment, la température marque 97,1, le pouls bat à 110 par minutes et la pression artérielle est de 135/70 mm. A 5.30 p.m. du soir, la malade ressent une douleur très vive avec « sensation de déchirement » selon ses propres termes, à la région abdominale inférieure et elle passe rapidement dans un état de choc grave avec pâleur des téguments, sueurs profuses et accélération et faiblesse du pouls.

C'est peu après cet accident que nous voyons la malade. En plus des signes de choc profond, l'examen nous révèle un abdomen tendu et douloureux à la palpation. Il est impossible de retracer les limites de l'utérus ni de percevoir les parties fœtales. La percussion ne donne aucune sonorité et l'auscultation est négative tant pour les battements du cœur fœtal que pour le souffle placentaire. Le toucher vaginal combiné rejoint un col ramolli laissant pénétrer l'index. A travers des membranes intactes, on peut identifier une présentation du sommet haut-située. Le doigtier revient souillé de sang. Le pouls bat à 140 pulsations à la minute et la pression artérielle maxima est tombée à 60mm. L'hémogramme, de la normale qu'il était le jour précédent, est descendu à 2 350 000 globules rouges et le taux d'hémoglobine est de 45%. Le diagnostic d'hémorragie interne par rupture de l'utérus est posé et durant les préparatifs opératoires, une transfusion de 500 cc.

1. Communication au XXI<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

de sang total est administrée. La laparotomie est pratiquée sous anesthésie générale au cyclopropane avec légère induction au penthotal sodique. La grande cavité péritonéale est littéralement inondée de sang liquide et de larges caillots. La paroi utérine antérieure porte, au segment moyen, une déchirure de quatre à cinq centimètres de longueur, à direction transversale, dont l'extrémité interne vient aboutir à la cicatrice de césarienne qui demeure intacte sur toute son étendue. L'extrémité externe de la déchirure est dirigée vers le ligament large droit qui n'a pas été atteint. Les membranes, non rupturées, viennent faire hernie dans la faille utérine où l'on peut reconnaître une partie fœtale. On délivre, par section classique, un fœtus femelle mort-né pesant sept livres et deux onces et on extrait l'arrière-faix encore adhérent à la paroi postéro-latérale. On injecte un cc. d'ergométrine dans la tranche de section utérine et la contraction de l'organe s'effectue normalement. Tenant compte de l'état très précaire de la malade à ce moment ainsi que des caractères de la rupture, il est décidé de différer l'hystérectomie qui est le traitement de choix, pour procéder à la simple suture de la lésion. La section et la déchirure sont closes par deux rangées superposées de sutures au catgut chromique no 2 et 0 et la paroi abdominale est fermée en trois plans séparés. La durée de l'intervention est de vingt-six minutes durant laquelle la malade a reçu une deuxième transfusion de sang total de 500 grammes additionnée de 500 cc. de sérum mixte chloruré et glucosé comme vecteur. Après l'intervention, le pouls bat à 120 pulsations par minute et la pression artérielle maxima est remontée à 110 mm. Les suites opératoires furent apyrétiques à compter du deuxième jour, le lever eut lieu le troisième et la malade put quitter l'hôpital le 12<sup>e</sup> jour après l'intervention.

\* \* \*

La plupart des auteurs ont classifié les ruptures utérines en deux groupes principaux: les ruptures traumatiques et les ruptures spontanées. Ce dernier groupe, celui qui nous intéresse, a été divisé en ruptures césariennes et

non-césariennes. C'est la classification adoptée par Brierton (1). Le cas que nous avons observé chevauche, pour ainsi dire, sur ces deux groupes, puisque porteuse d'une cicatrice de césarienne la rupture s'est quand même produite en une partie intacte du muscle utérin. Le fait est tellement inusité qu'il nous a été impossible d'en retracer de semblable dans la littérature médicale que nous avons consultée. Plusieurs observations, dont l'une typique de Fitzgerald et Webster (2) démontrent d'ailleurs qu'il s'agit souvent d'une désunion de la cicatrice plutôt que d'une rupture. Ces données confirmeraient les conclusions de Mason et Williams (3) qui, à la suite de nombreuses observations, affirment: « qu'une cicatrice fermement unie est plus forte que le muscle utérin. » Chez notre malade la rupture paraît s'être amorcée au contact même de la cicatrice, à la jonction des fibres circulaires et du tissu fibroplastique, pour se propager latéralement au cours des contractions violentes provoquées par les ocytociques. L'inextensibilité de la cicatrice fut de toute évidence le facteur prédisposant. C'est ce qui nous porte à croire que si l'incision césarienne transversale était anatomiquement réalisable, ces malades seraient beaucoup moins exposées aux accidents de rupture spontanées. Plusieurs autres facteurs prédisposants ont été recherchés et incriminés, tels que la septicité (4), une tension exagérée des points de suture (5), ou encore un hématome intramural. L'ensemble des faits démontre cependant que le muscle utérin indemne de toute modification structurale cicatricielle, inflammatoire ou néoplasique n'est presque jamais exposé aux ruptures spontanées.

L'incidence des ruptures utérines en général est variable suivant les auteurs: Parker et Jones rapportent une moyenne de 1 pour 2 000, elle serait de 1 cas par 1 800 d'après une compilation de Beachman et Beachman portant plus d'un million d'accouchements dans onze grandes cliniques américaines. La proportion approximative des ruptures de césariennes serait du tiers.

La symptomatologie des ruptures sponta-

nées de l'utérus est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'en faire un rappel. Le tableau clinique peut cependant prendre des formes très variables selon la localisation et les caractères de la lésion et suivant l'intensité de l'hémorragie. Cette dernière peut aller du simple suintement vaginal à l'inondation péritonéale massive comme ce fut le cas chez notre patiente. La rupture incomplète, respectant la couche séreuse de l'organe, peut fuser dans le ligament large et y produire un hématome: ce type de rupture est même susceptible de passer inaperçu au cours de la laparotomie comme en témoigne une observation de Douglas (6). L'état de choc est plus ou moins prononcé mais il paraît dominer la symptomatologie dans la majorité des cas. Le siège et les caractères de la douleur, l'arrêt des contractions utérines et la disparition des bruits du cœur fœtal orientent définitivement le diagnostic.

Les mesures prophylactiques de la rupture spontanée doivent être prises. Quand il y a lieu, dans les dernières semaines de la grossesse et surtout durant le travail. Toute dystocie maternelle ou fœtale posera la plupart du temps l'indication d'une nouvelle césarienne. Les manœuvres obstétricales et les ocytociques ne devront être utilisés qu'avec la plus grande prudence. Le traitement de l'accident visera en premier lieu à combattre le choc et l'hémorragie quand ces complications constituent une menace immédiate. Les transfusions massives et répétées de sang total trouvent ici leur indication formelle. La laparotomie sera pratiquée sans délai: elle permettra la délivrance du fœtus et l'hystérectomie ou la réparation de la lésion selon l'état de la malade et les caractères de la rupture. Dans la phase post-opératoire, les antibiotiques et les électrolytes sont d'une grande utilité pour prévenir l'infection et rétablir l'équilibre bio-chimique humoral.

Malgré les progrès de la chirurgie moderne, les ruptures spontanées de l'utérus demeurent

très meurtrières pour la mère et pour l'enfant.

Dans une série de sept cas, Parker et Jones (7) rapportent une mortalité maternelle de 57,1% et une mortalité fœtale de 100%. Un relevé de vingt-cinq cas cité par Lynch (8) montre une mortalité moyenne de 39% pour la mère et de 65,6% pour l'enfant. Une compilation de plusieurs statistiques que nous avons recueillies nous a donné une mortalité maternelle moyenne de 50% et une mortalité fœtale de 80%.

En résumé, nous rapportons l'observation d'une malade ayant présenté une rupture spontanée de l'utérus au cours d'un travail provoqué prématurément par les ocytociques. Malgré une cicatrice de césarienne précédente, la rupture s'est produite dans une partie intacte du muscle utérin. Des transfusions massives de sang frais ont eu raison d'un état de choc grave et d'une hémorragie interne exceptionnellement abondante. En nous limitant à la simple suture du muscle utérin plutôt que de pratiquer l'hystérectomie, nous avons conscience d'avoir donné à notre malade de meilleures chances de survie.

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

- (1) John F. BRIERRON: *Am. J. Obst.*, **59**: 113, 1950.
- (2) J. E. CITZGERALD, Augusta WEBSTER et J. E. FIELDS: *Surg., Gynec. and Obst.*, **88**: 653, 1949.
- (3) N. R. MASON et J. T. WILLIAMS: *Boston M. & S. J.*, **162**: 65, 1910.
- (4) Woodard D. BEACHMAN et Dan W. BEACHMAN: *Am. J. Obst. and Gyn.*, **61**: 829, 1951.
- (5) Frederic J. LYNCH: *Am. J. Obst. and Gyn.*, **49**: 515, 1945.
- (6) R. Gordon DOUGLAS: *Am. J. Obs. and Gyn.*, **52**: 135, 1946.
- (7) Joseph C. PARKER et George R. JONES: *Am. J. Obs. and Gyn.*, **62**: 331, 1951.
- (8) F. J. LYNCH: *Am. J. Obs. and Gyn.*, **49**: 520, 1945.

## INSUFFISANCE CORONARIENNE AIGUË TRANSITOIRE

Gérard-L. LAROUCHE (Sherbrooke).

L'insuffisance coronarienne se manifeste cliniquement de diverses façons selon le mode d'installation de l'ischémie myocardique qu'elle provoque. Les syndromes coronariens les plus connus sont l'angine de poitrine où l'ischémie myocardique est de courte durée et l'infarctus du myocarde dans lequel l'ischémie est tellement prolongée qu'elle aboutit à la nécrose. Entre ces deux entités, il existe des intermédiaires. Je voudrais vous parler de celui que Blumgart et Schlesinger de Boston ont tenté d'individualiser sous le nom de « Coronary Failure » et que j'ai essayé de traduire par insuffisance coronarienne aiguë transitoire. Ce syndrome s'apparente beaucoup avec la coronarite subaiguë de Laubry et Soulié.

L'importance de ce syndrome découle de sa fréquence relative; dans une série de cas personnels, sur 80 infarctus du myocarde, il y avait 8 insuffisances coronariennes aiguës transitoires: soit une incidence de 1 sur 10. Sa connaissance en outre aide à l'interprétation des douleurs cardiaques qui ne ressemblent ni à l'angine de poitrine ni à l'infarctus du myocarde, et permet l'institution d'une thérapeutique adéquate.

### DÉFINITION

L'insuffisance coronarienne aiguë transitoire est un syndrome clinico-pathologique intermédiaire entre l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde. Il se caractérise par une douleur cardiaque plus prolongée que celle de l'angine de poitrine et non soulagée par le repos et la nitro-glycérine; par contre, cette douleur ne s'accompagne pas des signes habituels de l'infarctus du myocarde: température, leucocytose, vitesse de sédimentation élevée et altérations électrocardiographiques.

### ETIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE

L'insuffisance coronarienne aiguë transitoire provient de l'incapacité temporaire des artères coronariennes de fournir un volume sanguin suffisant pour répondre aux besoins du myocarde. Les causes de l'insuffisance coronarienne aiguë transitoire sont donc celles qui augmentent le travail du myocarde: émotion, effort, froid, gros repas, tachycardie paroxystique, hypertension; ou encore, tout ce qui diminue la circulation coronarienne: hypotension, choc, déshydratation, hémorragie, infections.

Lorsqu'il y a disproportion entre les besoins du myocarde et le débit coronarien, il se produit une ischémie myocardique relative, qui explique la douleur. C'est la même pathogénie de la douleur — du moins pour les partisans de l'origine ischémique de la douleur — que dans l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde; seulement, dans l'insuffisance coronarienne aiguë transitoire, l'ischémie est plus prononcée que dans l'angine; mais elle est réversible et n'aboutit pas à la nécrose comme dans l'infarctus. C'est pourquoi il y a absence des signes connus de nécrose: fièvre, leucocytose, vitesse de sédimentation élevée et altérations électriques.

Les implications cliniques de l'insuffisance coronarienne aiguë transitoire dépendent de la durée et de l'intensité de cette ischémie du myocarde; elles ne peuvent être imputables aux causes habituelles de la diminution de l'irrigation coronarienne qui sont: l'athérosclérose, la thrombose, l'embolie, l'ulcération d'une plaque athéromateuse, l'hémorragie sous-intimale; et qui ne peuvent pas être connues cliniquement. Car on reconnaît aujourd'hui qu'une thrombose coronarienne ne se traduit pas toujours par un infarctus du myocarde, ou encore qu'un infarctus du myocarde peut exister sans aucune occlusion anatomique.

1. Communication au XXIème congrès de l'A. M. L. F. C., aux Trois-Rivières, octobre 1951.

des coronaires principales. Ces constatations paradoxales s'expliquent par la présence d'anastomoses intercoronariennes.

Anatomo-pathologiquement, le myocarde de l'insuffisance coronarienne aiguë transitoire ne présentera jamais d'infarctus; mais à cause de l'ischémie, il pourra se trouver des plaques de fibrose, jamais extensive d'ailleurs. Quant aux coronaires, elles seront soit normales, soit rétrécies, soit thrombosées.

#### MANIFESTATIONS CLINIQUES

L'insuffisance coronarienne aiguë transitoire se manifeste cliniquement par une douleur cardiaque intense, soudaine, sous forme de malaise ou de serrement, localisée à la région thoracique antérieure, avec irradiation possible aux bras, d'une durée qui dépasse parfois 60 minutes. Cette douleur est déclenchée par l'effort, le froid ou l'émotion, mais peut survenir spontanément; elle n'est pas soulagée par le repos ou les nitrites. Il n'y a pas chute de tension artérielle; encore moins les complications telles que l'œdème aigu du poumon et le choc périphérique. Les symptômes objectifs — et c'est ce qui est important — ne démontrent aucune évidence de nécrose myocardique, même après 36 ou 48 heures. Il n'y a pas de leucocytose. La vitesse de sédimentation n'est pas augmentée. Les tracés électrocardiographiques, pris en séries, sont le plus souvent muets; jamais ils ne décèlent les signes d'un infarctus du myocarde. Il se peut toutefois, que pendant la crise, il puisse exister certaines altérations mineures, comme un décalage des segments ST ou un aplatissement ou inversion des ondes T, mais ces modifications électriques sont de courte durée: elles se rencontrent d'ailleurs dans les crises de l'angine de poitrine ou durant les tests d'effort.

\*

\* \*

#### Observation 1.

H-45163. A.P. H. 58 ans. Depuis novembre 1950, se plaint de dyspnée d'effort et de dou-

leurs précordiales à la marche qui ne l'empêchent pas de travailler. Le 24 février 1951, vers 4 heures A.M., il ressent une douleur rétro-sternale intense, avec irradiation au bras gauche. Une injection de morphine, donnée deux heures après le début des douleurs, le soulage.

Un électrocardiogramme montre seulement une onde T diphasique en aVL et V6. Leucocytose: 10 300. Le 1er mars, la vitesse de sédimentation est: 5 mm/hre. Cutler; le 7 mars: 4 mm. Le 5 mars, contrôle électrocardiographique: onde T positive en V6. Absence de température et aucune reprise des douleurs pendant les douze jours d'hospitalisation. Evolution: retour au travail après trois mois; les douleurs d'effort continuent.

#### Observation 2.

H-42121. A.D. H. 50 ans. Dans la nuit du 13 octobre 1950, le patient s'est plaint d'une douleur rétro-sternale de plusieurs heures, sous forme de serrement, avec irradiation au bras gauche. Aucune nausée et aucun vomissement. Reprise du serrement le lendemain à la marche. Absence de douleurs d'effort antérieurement. Hospitalisé le 15 oct. Examens à l'arrivée: globules blancs: 6 300; sédimentation: 11 mm/hre. ECG: inversion de T en aVL et V4; diphasisme de T en V3. Tension artérielle: 120/90, sans variations. Le 24 oct.: vitesse de sédimentation: 7 mm. 23 oct.: ECG: la seule anomalie présente est un T diphasique en V3. Pas de température pendant les vingt jours d'hospitalisation. Evolution: retour au travail après 2 mois. Va très bien.

#### Observation 3.

H-37758. N.C. H. 59 ans. Dessinateur. Le 17 avril 1950, après le repas du midi, il a ressenti une forte douleur rétro-sternale, avec sensation de serrement, d'une durée d'une demi-heure environ. La morphine le soulagea. Raconte qu'il passa l'après-midi précédente à tondre le gazon à son chalet. Egalemeut mêmes crises de douleurs précordiales en 1943 et 1945

après effort. A l'hôpital: examen physique est négatif; globules blancs: 5 800; sédimentation: 4 mm/hre Cutler; ECG: tracé normal. Estomac et duodénum: normaux; de même qu'un lavement baryté. Pas de température pendant les neuf jours d'hôpital. Evolution: reprise du travail après deux mois. Va bien.

#### Observation 4.

H-47806. E.C. H. 51 ans. L'hypertension est connue depuis trois ans. Souffre d'angine de poitrine depuis environ un an. Le 14 juin 1951, il ressentit une douleur précordiale sous forme de serrement avec irradiation au bras gauche; la douleur durait depuis plus d'une demi-heure lorsqu'un médecin donna un calmant et le dirigea à l'hôpital. A l'admission, le patient est encore souffrant. Tension artérielle: 200/130. Pouls: 76. Rougeur du pharynx. Souffle systolique apical grade III, avec irradiation. ECG: hypertrophie du ventricule gauche. Sédimentation: 12 mm/hre. Globule blancs: 7 000. Le 16 juin: sédimentation: 14 mm/hre; pas encore de température; ECG: hypertrophie du ventricule gauche. Jusqu'au 19 juin, douleurs occasionnelles soulagées par la nitro-glycérine: dans cette même nuit, apparition d'une douleur précordiale, sous forme de constriction, avec irradiation à la partie haute du thorax et au bras droit. T.A.: 165/115; la morphine le soulage. Le lendemain: fièvre: 100,4 F°. Sédimentation: 20 mm. ECG: infarctus antérieur récent et extensif du myocarde. La température revient normale vers le 24 juin. Absence de complications. Départ le 14 juillet. Evolution: décès après deux mois. Ce cas démontre que l'insuffisance coronarienne aiguë transitoire est quelquefois suivie d'un infarctus.

#### Observation 5.

2862. J.C. H. 47 ans. Depuis quelques années se plaint de dyspnée d'effort et de douleur précordiale à la marche. Depuis trois jours, les douleurs sont plus intenses et plus fréquentes, s'irradiant à la région latérale

gauche du cou, à l'épaule et au bras gauches. Le 7 avril 1950, les douleurs sont tenaces, prolongées et nécessitent l'emploi de la morphine pour les soulager. Admis à l'hôpital, les examens habituels répétés ne décèlent aucune nécrose myocardique. Le 17 avril 1950: ECG: normal. Sédimentation: 4 mm.; aucune température. Séjour de trois semaines. Evolution: l'angine de poitrine persiste.

#### DIAGNOSTIC POSITIF

Il est évident que le diagnostic d'insuffisance coronarienne aiguë transitoire ne peut être fait pendant une crise cardiaque ou immédiatement après; car parfois les signes de nécrose du myocarde n'apparaissent pas avant quelques jours. Si après ce recul, il y a encore absence de température, de leucocytose, de vitesse de sédimentation élevée et de changement importants électrocardiographiques, on peut conclure à l'insuffisance coronarienne aiguë transitoire. Autre point, ce syndrome survient fréquemment chez les angineux; il faut donc le suspecter en présence de douleurs plus fréquentes et plus intenses qu'habituellement.

#### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel doit se faire avec l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde (voir tableau) et avec toutes les conditions qui ressemblent à ces deux entités. Les cardiologues français ont décrit depuis longtemps d'autres formes intermédiaires entre l'infarctus du myocarde et l'angine de poitrine. Lian en 1925 parle de l'Angor Coronarien Aigu Fébrile en insistant surtout sur la présence d'une insuffisance cardiaque, d'une température élevée et persistante et d'un bon pronostic. Quant à la forme subaiguë de Laubry et Soulié, également appelée Coronarite subaiguë ou Thrombose coronarienne aiguë simple, elle est presque semblable avec le présent syndrome. Seulement la Coronarite subaiguë paraît plus grave: la température fait son apparition après quelques jours pour persister pendant des se-

maines; l'électrocardiogramme décèle parfois un infarctus et l'évolution est souvent fatale dans la troisième semaine.

#### PRONOSTIC

L'insuffisance coronarienne aiguë transitoire comporte le pronostic grave des maladies des coronaires. Nombreux sont les patients qui survivent à une première attaque. Mais l'infarc-

#### TRAITEMENT

Le traitement de l'insuffisance aiguë transitoire exige un repos complet au lit pour observer l'évolution des symptômes. Si la crise cardiaque ne s'achemine pas vers l'infarctus, le patient doit garder le lit une dizaine de jours; pendant ce temps les anti-coagulants seront employés avec profit pour éviter l'installation d'une thrombose. Ensuite un lever

#### CARACTÉRISTIQUES DE L'ANGINE DE POITRINE, DE L'INSUFFISANCE CORONARIENNE AIGUË TRANSITOIRE ET DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE

	<i>Angine de poitrine</i>	<i>Insuffisance coronarienne aiguë transitoire</i>	<i>Infarctus du myocarde</i>
<b>I. Manifestations cliniques</b>			
1. Douleur			
Apparition. . . . .	.Soudaine	Soudaine	Soudaine
Localisation. . . . .	.Rétro-sternale avec irradiation aux bras	Idem	Idem
Description. . . . .	.Malaise, serrement	Même que l'A.P., mais plus intense	Encore plus intense
Causes. . . . .	.Effort, émotion, froid	Idem, mais même au repos	Pas toujours en relation avec effort
Durée. . . . .	.Moins que 15 minutes	Plus longue que 15 minutes	Encore plus prolongée
Fréquence. . . . .	.Fréquente	Rare	Rare
Action des nitrites. . . . .	.Effectifs	Peu effectifs	Aucune action
2. Phénomènes périphériques. (hypotension, nausée, transpiration)			
	Absents	Rares	Fréquents
3. Œdème aigu du poumon.			
	.Absent	Rare	Fréquent
4. Décès. . . . .			
	.Rare	Rare	Fréquent
<b>II. Signes de nécrose myocardique</b>			
1. Température. . . . .			
	.Absente	Absente	Fréquente
2. Leucocytose. . . . .			
	.Absente	Absente	Fréquente
3. Vitesse de sédimentation.			
	.Peu augmentée	Pas d'augmentation progressive	Augmentation progressive
4. Frottements péricardiques.			
	.Absents	Absents	Caractéristiques
5. ECG. . . . .			
	.Normal ou altérations mineures	Comme dans l'A.P.	Changements typiques progressifs.

tus les guette invariablement; pour quelques uns il apparaîtra dans les premières semaines, surtout si le traitement n'est pas approprié, et pour les autres dans les années suivantes.

graduel est permis; au bout de 15 jours le patient peut circuler. Ce repos au lit est très important; il permet le développement des anastomoses intercoronariennes, et si l'infarctus

vient à se produire, le patient est dans des conditions favorables de diagnostic et de traitement.

BIBLIOGRAPHIE

- H. L. BLUMGART, M. J. SCHLESINGER and P. M. ZOLL: « Angina Pectoris, Coronary Failure and Acute Myocardial Infarction. » *J.A.M.A.*, **116**: 91, 1941.
- R. L. CECIL, R. F. LOEB: « *Textbook of Medicine.* » W. M. Saunders. 1951.
- V. FATTORUSSO, O. RITTER: « *Atlas d'électrocardiographie.* » 2e édit. Masson, Paris. 1950.
- A. S. FREEDBERG, H. L. BLUMGART, P. M. ZOLL, K. J. SCHLESINGER: « Coronary Failure. The Clinical Syndrome of Cardiac Pain Intermediate between Angina Pectoris and Acute Myocardial Infarction. » *J.A.M.A.*, **138**: 107, 1948.
- A. S. FRIEDBERG: *Diseases of the Heart.* Saunders, 1950.
- M. HOLZMANN: « Diagnostic et traitement de l'infarctus du myocarde menaçant. » *Cardiologia*, **13**: 177, 1948.
- Ch. LAUBRY, P. SOULIE: *Las Maladies des Coronaires.* Masson, Paris. 1950.
- C. LIAN: « L'angor aigu coronarien fébrile. » *Soc. méd. des Hôp. de Paris* 1929; *Paris méd.*, 27 juill. 1929.
- P. D. White: *Heart Diseases.* 3rd. New-York. Macmillan, 1944.
-

# INVERSION UTÉRINE<sup>1</sup>

Léon JOURNET (Montréal).

Ayant eu l'occasion d'observer quelques cas d'inversion utérine (4 cas), j'ai cru qu'il pourrait être intéressant de consacrer cet entretien à l'étude de cet accident.

Cet accident est des plus rares; il paraît d'ailleurs être encore plus rare de nos jours où l'on pratique la délivrance tardive et où les tractions sur le cordon sont absolument prosrites.

L'inversion ou retournement de l'utérus est un processus dans lequel le fond, en se déprimant, pénètre dans l'intérieur de la cavité utérine comme un doigt de gant qui se retourne.

## CAUSES

Divers causes la favorisent: la multiparité, l'amincissement de l'utérus surdistendu par excès de volume du contenu, l'excès de laxité du segment inférieur et du col. Mais les deux véritables causes sont l'*inertie* de l'utérus et les tractions intempestives sur le cordon ou la poussée intempestive et trop localisée sur le milieu du fond utérin à travers la paroi. Cette dernière pratique est sans aucun doute la cause probable d'une des inversions que je rapporterai plus bas.

Il existe néanmoins des cas d'inversion spontanée. Le mécanisme en est encore facile à comprendre dans les cas de brièveté du cordon. J'attacherai une plus grande importance au rôle de l'effort abdominal: poussée, toux, défécation, éternuement.

En résumé, en dehors des cas spontanés, infiniment rares, l'inversion utérine dérive le plus souvent d'une intervention maladroite (traction sur le cordon ou poussée sur l'utérus) à un moment où l'utérus est en état d'inertie.

## DEGRÉS DE L'INVERSION

Au degré le plus complet, la dépression du fond utérin se fait progressivement dans la cavité utérine, dans le vagin et enfin hors de la vulve; l'arrêt dans chacune de ces trois situations constitue les trois degrés classiques de l'inversion.

## SYMPTÔMES

Ils peuvent varier d'intensité suivant le degré anatomique et le montant de l'inversion. Aussi prendrons-nous comme type l'inversion immédiate du troisième degré.

Elle se produira avant ou après la délivrance.

La douleur à ce moment est violente, brutale, (vous m'arrachez le ventre et les reins.) s'écriera la malade. Elle est surtout violente si l'inversion est provoquée par une traction sur le cordon. Cette douleur est beaucoup moins vive dans l'inversion spontanée ou tardive. Mais la douleur peut passer inaperçue, la patiente étant encore endormie, cependant on notera que: l'état général devient subitement très grave.

Le visage pâlit, est angoissé et se couvre de sueurs froides, les traits expriment la souffrance, la respiration est superficielle et le pouls petit, incomptable, la pression tombe à 0, le nez se pince et les lèvres se cyanosent.

Une première syncope se produit mais il est rare qu'elle soit d'emblée mortelle.

Cet état de choc peut être opposé par l'hémorragie (quoique l'hémorragie puisse ne pas ou plus exister si le placenta n'est pas décollé.)

Le palper montre immédiatement la disparition du globe utérin de la région hypogastrique et l'on peut même percevoir, si la paroi n'est pas trop grasse, l'infundibulum formé par l'utérus retourné.

Si la tumeur a franchi la vulve on reconnaît facilement à la vue la face dorsale du

1. Communication au XXI<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

placenta et les membranes qui cachent l'utérus ou la surface utérine elle-même.

Au palper la tumeur est molle, œdémateuse, saigne abondamment et se durcit de temps en temps, par une contraction.

Tous ces symptômes s'établissent en général rapidement et d'emblée. Enfin dans quelques cas, l'évolution est silencieuse, progressive, surtout dans la forme spontanée, et ce n'est que peu de temps après l'accouchement, quelques heures, parfois quelques jours, que l'inversion est constituée à son degré définitif; les symptômes généraux sont atténués ou font défaut.

#### PRONOSTIC

L'inversion utérine est une complication extrêmement grave de la période qui suit l'accouchement.

Sur 4 cas, un s'est terminé par la mort, ce qui se compare aux statistiques classiques. Chez le cas mortel la mort se produisit moins de 2 heures après l'accident.

#### Observation 1.

Mme A... secondipare de 22 ans, accouchée à domicile, subit des tractions intempestives sur le cordon ce qui détermine une inversion totale avec placenta adhérent. Le médecin imprudent n'ayant jamais entendu parler d'inversion essaye de traiter le choc et finalement demande un confrère en consultation. Le taxis tenté à domicile est impossible et la patiente hospitalisée meurt quelques minutes après son admission.

Voici un cas où l'intervention immédiate du médecin aurait probablement sauvé la patiente

#### Observation 2.

Mme B..., 24 ans secondipare, présente une inversion totale avec placenta encore adhérent, le choc est immédiat avec hémorragie minime.

L'accoucheur a perdu un temps précieux à opérer un décollement artificiel du placenta avant de tenter le taxis qui s'est avéré im-

possible, à cause de l'état de contraction du pédicule. — La réduction sanglante 1 h. 1/2 après fut couronnée de succès.

L'enquête auprès de l'accoucheur révéla l'absence de traction sur le cordon, mais une expression utérine intempestive et continue sur un utérus en inertie et opérée avec la partie centrale du poing.

En passant je crois qu'il est bon de souligner cette habitude de beaucoup d'infirmières qui prennent l'utérus pour un citron qu'on doit meurtrir, écraser sous prétexte d'aider à l'accouchement, d'expulser le placenta ou les caillots.

#### Observation 3.

Par une traction légère mais accomplie dans la phase d'inertie utérine, Mme C..., multipare présente une inversion totale avec placenta adhérent. Le taxis est accompli immédiatement et la patiente se réveille apparemment sans avoir éprouvé ni choc ni hémorragie.

#### Observation 4.

Mme D..., primipare, à la suite d'un accouchement normal et d'une délivrance sans traction sur le cordon accomplie 20 minutes après la naissance, se réveille sans accuser de douleur, parle et admire son bébé.

Mais 15 à 20 minutes après la délivrance la patiente se plaint d'une douleur dans le dos avec pâleur, pouls filant, puis choc profond. Le traitement du choc se révèle inefficace et finalement je décide d'aller faire une révision; je trouve le fond utérin au 2/3 supérieur de la cavité utérine. Le taxis accompli, la patiente sort de son état de choc immédiatement.

Voici un cas où l'examen attentif de l'utérus par l'abdomen ne me révéla pas la présence de la dépression en cul de fiole; sans doute à cause de l'œdème produit dans les bords de la dépression et comblant en partie celle-ci.

Chez cette patiente l'inversion utérine spontanée peut probablement être invoquée. Donc dans tous les cas où la rupture utérine est éliminée et où la patiente est subitement en

état de choc, penser à l'inversion utérine du type no 1 ou 2.

Théoriquement, la mort peut être imputable au choc ou à l'hémorragie. Cependant dans ces 4 cas, l'hémorragie avait été peu abondante et ne pouvait expliquer à elle seule la gravité des symptômes. D'ailleurs les observations des auteurs attribuent au choc la part la plus importante dans la constitution de ce syndrome.

C'est donc bien cet état de choc, souvent progressif, qui détermine la gravité immédiate de l'inversion.

Il est difficile de donner à la nature de ce choc une explication tout à fait satisfaisante.

Est-il dû à une excitation intense du sympathique abdominal provoquée par le tiraillement des filets nerveux des pédicules utérins et de l'ovaire. Cette excitation inhibe les centres vaso-moteurs médullaires et détermine ainsi une vaso dilatation des vaisseaux abdominaux avec hypotension considérable aiguë consécutive. Le sang n'arrive qu'en quantité insuffisante au cœur qui se contracte dans le vide.

Différents facteurs jouent aussi un rôle dans l'intensité du choc, nommons pour mémoire, 1) — le degré de l'inversion utérine. 2) — l'abondance de l'hémorragie qui accentue le choc. 3) — la cause de l'inversion. Les inversions spontanées sont moins graves. 4) — du moment où l'inversion se produit. Les inversions tardives dans les suites de couche sont moins graves.

#### RÉDUCTION

Il est évident que plus la réduction est hâtive plus le choc est léger et la guérison probable.

Nous voyons que sur nos 4 cas, deux fois la réduction a été instantanée, le choc bénin et le retour à l'état normal rapide et que dans les 2 derniers cas la réduction non tentée ou trop tardive a amené une fois la mort ou la réduction sanglante.

Cependant la facilité de la réduction peut tenir à l'inertie complète provoquée par un état de choc profond. D'autre part le taxis

difficile et occasionnant des manœuvres traumatisantes peuvent amener une aggravation du choc.

Nous pouvons donc conclure que la réduction faite immédiatement est plus facile et comporte un pronostic relativement favorable et que si la réduction est trop laborieuse et le choc profond il est préférable de traiter le choc avant de tenter la réduction manuelle ou sanglante.

Cependant la facilité de la réduction peut tenir à l'inertie complète provoquée par un état de choc profond. D'autre part le taxis difficile et occasionnant des manœuvres traumatisantes peuvent amener une aggravation du choc.

Nous pouvons donc conclure que la réduction faite immédiatement est plus facile et comporte un pronostic relativement favorable et que si la réduction est trop laborieuse et le choc profond il est préférable de traiter le choc avant de tenter la réduction manuelle ou sanglante.

#### TRAITEMENT

##### *Prophylactique*

On évitera cette complication en surveillant attentivement le fond utérin, et surtout en évitant de macérer l'utérus dans l'intervalle des contractions et en n'exerçant aucune traction sur le cordon avant que le placenta ne soit à la vulve. Il est recommandable aussi de défendre à la patiente de pousser pour aider à l'expulsion du placenta.

##### *Si l'inversion s'est produite*

La rapidité de l'exécution du taxis est capitale. Que le médecin qui pratique l'accouchement fasse immédiatement la réduction et ne perde pas un temps précieux à la recherche d'un aide ou d'un consultant.

Si le placenta est partiellement décollé, il vaut mieux achever le décollement car les manipulations du taxis pourraient augmenter l'hémorragie et le choc.

Si le placenta est adhérent la réduction sera tentée et la délivrance artificielle retardée pour laisser le temps d'améliorer le choc. Ce retard n'est évidemment de mise que si la femme ne saigne pas.

*Différentes techniques ont été employées pour la réduction.*

Au taxis central ou périphérique on préfère le taxis latéral dans lequel le refoulement utérin se fait d'un seul côté à la fois. Les quatre doigts de la main sont dans le cul de sac cervico utérin, près du pédicule et le pouce, placé à un point diamétralement opposé, refoule en haut la partie sur laquelle il s'appuie par un mouvement analogue à celui qu'on exécute pour rouler une cigarette. Au lieu du côté le taxis peut s'exécuter aussi d'avant en arrière.

Pour une inversion du Ier degré le simple fait de mettre la main à l'intérieur suffit à reposer l'inversion. On doit alors mouler l'utérus sur le poing et faire suivre d'une injection

d'ergot en s'assurant avant d'ôter le poing que l'inversion ne se reforme pas.

Si l'inversion est ancienne et que la femme reste choquée, un dilemme se pose.

Attendre c'est risquer la syncope ou l'infection. Intervenir, c'est très souvent aggraver le choc. Je crois que l'intervention ou non intervention doit dépendre de la facilité ou difficulté de la réduction.

Dans les cas d'inversions irréductibles on devra recourir à la chirurgie. Je passe sous silence les différentes techniques qui regardent peu le praticien ou l'obstétricien.

*Comme conclusion pratique retenons bien:*

1) Que l'inversion est rare mais toujours possible soit spontanément soit par manœuvres intempestives de l'aide ou de l'accoucheur.

2) Qu'il est essentiel de faire un diagnostic immédiat afin de pratiquer la réduction extemporane sans perdre un temps précieux pour obtenir les lumières d'un confrère.

## REVUE GÉNÉRALE

### LES ANTI-HISTAMINIQUES DANS LES AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES<sup>1</sup>

Jacques LÉGER,

Médecin de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

C'est à la suite des observations démontrant la similitude entre les chocs anaphylactiques et histaminiques que les chercheurs se sont mis en quête de méthodes non spécifiques qui constitueraient des moyens sûrs de contrôler cliniquement les différentes affections ayant trait au domaine de l'hypersensibilité. Expérimentalement chez le cobaye, le choc histaminique se traduit par un broncho-spasme aigu, lequel est responsable de la distension gazeuse des alvéoles pulmonaires conduisant à un emphyseme, le tout se terminant par la mort, laquelle a été causée par une asphyxie.

Le mécanisme est donc exactement le même que celui qui fait du choc anaphylactique chez le même animal, un phénomène à issue fatale. Les anti-histaminiques de synthèse, qui ont une activité bien spécifique vis-à-vis l'intoxication histaminique chez l'animal, ont également une action remarquable vis-à-vis le choc anaphylactique. Néanmoins, il a été extrêmement décevant de constater dans la clinique humaine qu'une grande partie des syndromes d'hypersensibilité n'ont répondu que d'une façon fort modeste à la médication anti-histaminique, nous laissant croire qu'en définitive, le mécanisme chez l'humain est certainement fort différent de ceux qui régissent les manifestations chez l'animal de laboratoire. De telle sorte que, chez l'homme, sans vouloir nier que l'histamine ou une substance ayant une constitution semblable à celle de l'histamine ait un rôle à jouer dans l'asthme, la rhinite vasomotrice, l'urticaire ainsi que dans tous les autres syndromes allergiques, il se trouve sans

aucun doute d'autres substances mal connues qui auraient également une influence importantes dans l'apparition et dans l'allure des symptômes observés. Ces constatations sont particulièrement vraies dans l'asthme, mais encore faut-il dire que l'asthme, ainsi d'ailleurs qu'une foule de syndromes dits allergiques, ne sont pas toujours sous la dépendance du phénomène immunologique bien précis comportant, à son point de départ, une réaction antigène-anticorps. Tenant donc compte du fait que les substances anti-histaminiques de synthèse devraient avoir une action sur les manifestations d'hypersensibilité vraie, il faut accepter d'emblée que l'action ne peut être également efficace quand il s'agit de manifestations d'ordre complètement différent.

Après avoir établi ces considérations, envisageons les manifestations du tractus respiratoire et l'action des anti-histaminiques sur les maladies allergiques, les plus courantes, c'est-à-dire la rhinite vasomotrice saisonnière, ou fièvre de foin, la rhinite vaso-motrice non saisonnière et l'asthme. Les médicaments anti-histaminiques n'affectent pas toutes ces manifestations au même degré et il n'y a aucun doute que c'est la rhinite vasomotrice saisonnière qui répond le plus favorablement.

Selon différents auteurs, il semble que nous puissions accepter que l'incidence d'efficacité des anti-histaminiques au cours de la fièvre de foin peut aller jusqu'à 80%. Il ne faut tout de même pas oublier que cette incidence d'efficacité varie sans aucun doute avec les saisons; ceci est attribuable au fait que selon les localités et les conditions atmosphériques, la concentration de pollens dans l'atmosphère est loin d'être toujours égale. D'ailleurs, ce qui

1. Travail présenté à la Clinique des Maladies du Thorax, de l'hôpital Notre-Dame, section de l'allergie.

a rapidement valu à cette classe médicamenteuse une réputation enviable, en a été l'application à la clinique humaine au cours d'une année, où, sur le continent américain, la concentration de pollens d'herbe à poux a été remarquablement faible. Ceci n'étant d'ailleurs pas dit pour déprécier une thérapeutique de grande valeur et qui doit être appliquée particulièrement lorsque les individus souffrant de fièvre de foin se présentent à la consultation tardivement, ayant déjà commencé de souffrir de leurs malaises. Dans ces conditions, il est, à toutes fins pratiques, trop tard pour envisager une méthode qui s'en prendrait davantage au mécanisme causal de la maladie, c'est-à-dire l'hyposensibilisation. En effet, la médication anti-histaminique n'est que symptomatique; chaque dose a un effet de quelques heures, ce qui impose une multiplication de dosages, ce qui chez certains individus provoque des malaises secondaires attribuables à la toxicité intrinsèque de ces substances médicamenteuses. Mais si de préférence, on tente d'hyposensibiliser les malades souffrant de fièvre de foin, il reste que cette hyposensibilisation peut ne pas être totalement efficace, c'est alors qu'on peut considérer la médication anti-histaminique comme étant d'un secours appréciable à titre de facteur thérapeutique complémentaire. Ces substances sont de plus extrêmement utiles, au cours du traitement hyposensibilisateur, administrées avant les injections antigéniques; elles peuvent protéger le patient d'un accident possible à la suite de ces injections, accident consistant en une réaction locale trop sévère ou en une réaction systématique déclenchant un accès et même un choc anaphylactique fatal.

La rhinite vasomotrice non saisonnière répond, elle aussi, dans une proportion de cas très intéressante. Si l'on considère cependant qu'il s'agit d'une affection pouvant se manifester d'une façon à peu près permanente, on réalise qu'à moins d'administrer à titre préventif les extraits antigéniques, des anti-histaminiques peuvent être ingurgités à peu près continuellement.

Les anti-histaminiques de synthèse, instru-

ments utiles et remarquablement efficaces en ce qui a trait aux rhinites vasomotrices saisonnières ou non, n'ont malheureusement pas les mêmes propriétés au cours des manifestations asthmatiques. Sans nier qu'ils puissent être parfois d'un certain secours, il reste qu'ils ont rarement une action aussi active ou utile que d'autres médicaments tel l'éphédrine, l'épinéphrine, l'aminophylline ou les iodures.

Une réserve doit être faite en ce qui a trait à l'asthme bronchique dû à un facteur exclusivement extrinsèque, surtout s'il s'agit d'un patient jeune. Comme ligne générale, je crois qu'il nous est permis de dire qu'il y a une chance que les anti-histaminiques aient une action favorable quand il s'agit d'un asthme sec, c'est-à-dire subit, provoqué par un facteur extérieur connu et ne s'étant pas manifesté suffisamment pour que les bronches aient perdu de leur élasticité ou aient été touchées par des facteurs infectieux de telle sorte que non seulement serait-on en présence d'un asthme allergique, mais également d'une bronchite asthmatique.

Si l'on tient compte du fait qu'au moins 50% des asthmes ne sont pas de nature allergique, qu'une très forte proportion des asthmes allergiques se sont compliqués de bouchons muqueux, de dilatations bronchiques ou de bronchite, on est bien forcé d'admettre que l'incidence avec laquelle les anti-histaminiques ont une chance d'agir, est très faible.

Pour être plus complet, il paraît opportun de mentionner qu'en plus d'agir dans une certaine proportion des manifestations dues à un facteur extrinsèque, chez l'enfant particulièrement, les anti-histaminiques peuvent, à l'occasion, avoir un effet favorable, par leur action sédative sur l'organisme.

Nous avons défini l'activité des anti-histaminiques de synthèse sur les rhinites vasomotrices ainsi que sur l'asthme. J'ai réservé la discussion d'un point litigieux qui fait depuis un an, l'objet d'observations tout-à-fait contradictoires; je veux parler de l'action des médicaments anti-histaminiques au cours du rhume banal.

Nous sommes encore ignorants des causes précieuses qui régissent cette affection courante. Selon toute probabilité, il s'agirait d'une invasion virogène.

Les arguments qui ont milité en faveur d'une médication anti-histaminique dans les rhumes courants sont les suivants: la rhinorrhée et l'éternuement sont des symptômes communs aux rhinites allergiques et aux rhumes; à certains stades de l'infection à virus, l'allergie jouerait un certain rôle.

S'il est vrai qu'au cours du rhume nous observons tout comme au cours de la rhinite vasomotrice, un œdème de la muqueuse nasale, il reste encore à prouver que ces manifestations soient sous la dépendance d'un mécanisme identique. Disons dans un autre ordre d'idées que les substances anti-histaminiques ont une action spasmodique sur le tractus digestif à la condition cependant que les manifestations contre lesquelles on se propose d'agir soient causées par un mécanisme d'hypersensibilité au cours duquel l'histamine aurait un rôle à jouer, sinon les anti-histaminiques n'ont aucune action sur les contractions digestives. Les mêmes considérations pourraient certes s'appliquer quand il s'agit de la muqueuse nasale.

L'action pharmacologique des anti-histaminiques s'applique en fait à réduire des manifestations histaminiques se manifestant dans les muqueuses par une dilatation des capillaires, une hypersécrétion glandulaire et œdème secondaire.

Certains travaux ont tenté de démontrer que les anti-histaminiques avaient une action sur la perméabilité capillaire. Encore une fois, je ne crois pas qu'il soit prouvé à date que l'action sur la perméabilité capillaire s'effectue, à moins que cette perméabilité ne soit modifiée par un mécanisme purement histaminique.

Quant à l'action anti-histaminique de ces substances, nous sommes encore à la phase de curiosité à cet égard, certains auteurs ont prétendu à une action spécifique contre certains microbes; cette activité ayant été observée *in vitro*, il n'existe encore aucune preuve que cette action pourrait également se manifester sur l'organisme humain. Il faut également prendre soin de noter que l'usage des anti-histaminiques au cours du rhume banal est préconisé dans la phase excessivement précoce de ce rhume, c'est-à-dire à un point où patient et médecin n'ont encore aucune preuve qu'une infection va réellement se produire. Le fait d'appliquer une médication à ce moment peut effectivement donner des résultats sensationnels, mais il reste à prouver que chaque fois que la médication a été appliquée, elle a vraiment prévenu la dite infection.

Existe-t-il un facteur allergique au cours du rhume? Il n'y en a aucune preuve. Cela serait-il le cas, qu'il n'en découlerait pas nécessairement que les anti-histaminiques seraient en mesure d'influencer favorablement ce type d'allergie. En effet, ces substances se sont avérées inopérantes dans l'allergie bactérienne.

Les allergistes ont considéré à date les anti-histaminiques comme des agents pouvant servir à faire le diagnostic différentiel de la nature allergique ou infectieuse d'une rhinite.

Même s'ils peuvent réduire dans une certaine mesure les sécrétions du rhume banal, aucun argument scientifique de base n'a établi à date la valeur des anti-histaminiques de synthèse dans l'évolution du rhume banal.

#### Résumé

Les anti-histaminiques sont efficaces dans les rhinites vasomotrices; elles ont une valeur discutable dans l'asthme; dans le rhume banal, il faut réserver notre jugement.

## LA DYSMÉNORRHÉE<sup>1</sup>

Gérard BRISSON (Hull).

Au nombre des symptômes gynécologiques, que le médecin est appelé à traiter, celui de la dysménorrhée est sans contredit un des plus fréquents et des plus complexes. Cette difficulté réside précisément dans la nature subjective des douleurs. Malgré toutes les recherches faites depuis cent ans en vue d'élucider ce problème, nul n'a pu y apporter une solution satisfaisante. Nous en sommes encore au stage des hypothèses toutes aussi ingénieuses les unes que les autres.

Toutefois, les statistiques nous montrent un progrès encourageant dans le soulagement de cette affection. Ces patientes sont atteintes dans leur mode de vie tant économique que social. Dans certains cas, le diagnostic étiologique est évident et facile. Nous nous trouvons alors en présence de lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes, de tumeurs bénignes ou malignes, de déviations utérines acquises ou congénitales. C'est la dysménorrhée dite secondaire avec sa douleur sourde, qui se prolonge avec plus ou moins d'intensité durant la période intermenstruelle. Le traitement varie évidemment suivant la ou les causes.

Cependant il existe d'autres cas où le diagnostic est beaucoup plus difficile à poser. Nous sommes en présence de douleurs aiguës, semblables aux contractions utérines de l'accouchement, occupant la partie médiane du bas-ventre, débutant un à deux jours avant l'écoulement et ne durant que quelques heures.

C'est une jeune femme, chez qui les douleurs menstruelles ne se sont fait sentir qu'un an ou deux après le début de ses menstruations. Ces douleurs sont assez intenses pour la condamner au lit pour un jour ou deux. Plusieurs ont des nausées et même vomissent. Malgré l'examen le plus minutieux, nous n'arrivons pas à mettre le doigt sur une cause qui pourrait expliquer

tous ces désordres. C'est la dysménorrhée primaire ou essentielle.

Nombreuses sont les théories qui tentent de jeter un peu de lumière sur ce symptôme troublant, car c'est un symptôme et non une maladie. D'aucuns prétendent que le psychisme de la patiente y joue un rôle important. C'est d'ailleurs un fait que les femmes bien équilibrées ne ressentent que peu de malaises, tandis que les émotives, les pusillanimes, considèrent ce phénomène physiologique comme une véritable maladie qui, tous les mois, vient empoisonner leur vie. Cela est dû souvent à la mauvaise éducation qu'elles ont reçue de leur mère, qui leur a inspiré une crainte exagérée des menstruations.

Il ne faut pas oublier non plus les conditions sociales, le milieu, les habitudes de ces patientes. Le problème est encore plus compliqué lorsqu'elles sont fatiguées ou encore victimes d'une maladie débilitante comme la tuberculose ou l'anémie. Chez elles, à cause de ces déficiences, le seuil de la douleur est abaissé.

On parle de sténose du col. C'est une cause possible mais peu fréquente. L'on explique qu'une obstruction quelconque le long du tractus utérin peut nuire à l'écoulement sanguin et provoquer des contractions plus fortes. Or, il a été prouvé à maintes reprises que cette théorie est sans fondement. Novak a démontré dans une série de cas qu'une sonde utérine pouvait être introduite facilement dans le canal utérin même pendant une crise dysménorrhéique. C'est pourquoi aujourd'hui l'on pratique moins souvent la dilatation du col et les pessaires sont plus rarement employés.

L'hypoplasie utérine est sensée être à l'origine de certains cas de dysménorrhée. Cette opinion n'a de valeur que si on la rattache à la déficience endocrinienne qui l'accompagne. Inutile d'insister sur le rôle primordial des hormones sexuelles dans le développement et le fonctionnement de l'utérus ou des ovaires.

1. Communication au XXI<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

Nombre de chercheurs attachent beaucoup d'importance aux contractions du muscle utérin. Pour eux, la dysménorrhée est le résultat d'une contractilité exagérée du myomètre utérin. Selon Novak, les crampes utérines seraient provoquées non par une surabondance d'hormone œstrogénique, mais par un état de déséquilibre entre les deux hormones: œstrogène et progestérone. Pour lui, la dysménorrhée est l'apanage des femmes chez qui l'ovulation se produit. Autrement dit, pas d'ovulation, pas de dysménorrhée.

Et ceci explique pourquoi ce symptôme douloureux ne se rencontre pas dans les cas de métrorragie fonctionnelle où il existe une sécrétion exagérée et prolongée d'œstrogène. Il ne se rencontre pas non plus chez certaines jeunes filles dont le cycle menstruel est privé d'ovulation. Mentionnons également la rareté de la dysménorrhée chez les patientes obèses avec dystrophie génitale.

Sturgis et Albright ont pu prévenir cette condition chez un grand nombre de patientes en administrant des hormones œstrogéniques à haute dose dès le début du cycle menstruel, de façon à supprimer l'ovulation. Quoique l'on ne soit pas encore arrivé à expliquer le mécanisme de la douleur, c'est tout de même un fait établi que celle-ci est moins intense lorsqu'il y a production d'œstrogène seulement et qu'elle devient plus aiguë lorsqu'il y a également sécrétion de progestérone.

Il n'existe pas de différence anatomique ou histologique entre l'utérus normal et l'utérus dysménorrhéique. Toutefois il en existe une dans le degré de contractilité. La douleur serait le résultat d'une vasoconstriction causant un spasme des muscles lisses. Hias et Gillman ont prouvé que les hormones sont de puissants vasomoteurs — l'œstrogène ayant un pouvoir vasodilatateur et la progestérone étant un vasoconstricteur.

Markee parle du spasme des artérioles de l'endomètre comme précurseur des menstruations. La cause de ce spasme n'est pas encore déterminée. Toutefois nous pouvons fort bien supposer que le même agent peut augmenter en même temps le spasme des artérioles de

l'endomètre et le spasme des artérioles du myomètre.

Cet agent est décrit par Smith and Smith et Lubin sous le nom de toxine menstruelle. Ce serait une globuline fibrinolytique qui circule dans le sang durant les menstruations et qui serait le résultat d'une dégénérescence de l'endomètre. La même toxine serait à l'origine de nombreux troubles qui surviennent pendant les menstruations, tels la rétention de liquides intracellulaires, les attaques de migraine, l'exagération de certaines dermatoses.

En résumé, voici une théorie assez intéressante qui jette un peu de lumière sur l'étiologie de la dysménorrhée. Les hormones œstrogéniques sécrétées au début du cycle menstruel produisent de la vasodilatation. Vers le 25<sup>e</sup> jour du cycle, à cause du déséquilibre hormonal et de la suppression de l'œstrogène, l'endomètre s'amincit et se désagrège. Le manque de substance œstrogène amène un spasme des artérioles, spasme qui devient encore plus accentué par suite de la toxine cataméniale. Après 6 à 48 heures, les menstruations s'installent. Par ailleurs, le myomètre est ischémique et douloureux. La douleur inhérente aux contractions du myomètre ischémique se fait sentir chez les femmes dont le seuil est plus bas qu'à l'ordinaire. Ceci peut être dû à la tonicité du sympathique ou à l'irritabilité du système nerveux central, toutes deux plus prononcées à cause de la toxine menstruelle. L'on prétend que le vasospasme s'effectue par l'intermédiaire du sympathique — peut-être comme un réflexe. La toxine n'agit donc pas localement sur la musculature des vaisseaux.

Que pouvons-nous faire pour ces patientes? Durant la crise aiguë, le traitement demeure purement symptomatique.

D'abord le repos, au lit si nécessaire, avec application de chaleur sur le bas-ventre. Les analgésiques tels l'aspirine sont prescrits couramment. Il faut éviter de prescrire de l'alcool — encore moins des narcotiques, à cause des dangers qu'ils comportent.

Charles Francis Long, de Philadelphie, emploie des comprimés d'édrisal (chaque comprimé contient 0,16 gm. d'acide acétyl salicylique

et de phénacétine, et ,00025 gm. de sulfate de benzédrine). Dosage: 1 à 3 comprimés par jour. Il rapporte 630 cas.

Sur 329 cas traités — *une seule fois* — 293 (90%) ont été soulagés, 26 (7%) n'ont éprouvé aucune amélioration, 10 (3%) ont empiré.

Sur 301 cas traités — *plusieurs fois* — 283 (94%) ne ressentirent aucune douleur, 10 (3,4%) restèrent dans le même état, et 8 (2,6%) se sont plaints de faiblesse, de nausées, de vomissements et de douleurs lombaires.

Par ailleurs, Hoffman, dans un rapport qu'il fit à la Société Médicale du New-Jersey, en juin 1950, prétend avoir eu des succès avec un antihistaminique (la pyribenzamine). Ces patientes auraient été soulagées.

MacPherson emploie des capsules de Bena-dryl. Dosage: une capsule de 25 mg. 3 fois par jour, en commençant le jour avant les menstruations.

Certains gynécologues recommandent à leurs patientes certains mouvements de gymnastique. Ceux-ci consistent à faire pencher la malade et à lui faire ramasser aussi rapidement que possible une vingtaine de petits objets éparpillés ici et là sur le plancher. Ces exercices durent environ cinq à dix minutes et sont répétés trois fois par jour: avant, pendant et après les menstruations.

Quant aux méthodes préventives, elles s'appuient sur des facteurs physiologiques, biochimiques, et endocriniens.

Après avoir éliminé la possibilité d'infections, de tumeurs et de malformations au niveau de l'utérus et des annexes, il nous reste à choisir entre la multitude des traitements préconisés par des spécialistes en la matière.

N'oublions pas d'abord qu'il faut améliorer le psychisme de la patiente. Il faut arriver à la convaincre que les menstruations sont un phénomène purement physiologique et naturel. Ceci est important. De même, s'il y a dans son

entourage quelqu'un ou quelque chose qui l'irrite et l'agace, il faut supprimer cette source d'ennui.

Nous avons parlé de débilité, de soucis, de surmenage qui sont susceptibles d'abaisser le seuil de la douleur et de transformer un simple malaise en de véritables souffrances. Il faut tonifier ces patientes, les faire reposer, les encourager.

Se basant sur l'une des théories déjà mentionnées, certains gynécologues suppriment l'ovulation et, de ce fait, la formation de corps jaunes. Ils donnent des œstrogènes naturels ou du stilbestrol, par la bouche, du 5e au 24e jour du cycle menstruel. Le dosage est difficile à établir, parce qu'il varie pour différentes patientes et pour la même patiente d'un mois à l'autre. L'on peut dire que la dose moyenne de prémarine est d'environ 3 mg. 75 par jour. Celle du stilbestrol, 1 à 2 mg. tous les soirs. Les résultats ne sont pas constants. Employée trop longtemps, cette méthode de traitement peut entraîner une irrégularité du cycle en même temps qu'une hémorragie plus abondante. Il faut la limiter à 2 ou 3 mois.

D'aucuns, comme Greenblatt, Barfield et Hammond, attachés au Service d'Endocrinologie du Medical College of Georgia, recommandent la priscoline, un puissant vasodilatateur. Le médicament est administré dès le début des douleurs, par la bouche, à la dose de 25 à 50 mg. à toutes les 4 à 5 heures. On peut emprunter la voie sous-cutanée. Cette méthode de traitement comporte des inconvénients à cause de ses effets secondaires tels la tachycardie, les nausées, les vertiges, les sensations de chaleur, les fourmillements. Ceux-ci sont moins accusés quand on se sert des injections sous-cutanées et que la patiente est mise au repos complet.

Finalement, Novak emploie fréquemment le propionate de testostérone, non seulement à cause de son action sur la musculature utérine, mais également à cause de son effet sur les hormones ovariennes. Il semblerait que la testostérone contribuerait à rétablir l'équilibre

entre la substance œstrogénique et la progestérone.

La dose moyenne est d'environ 10 mg. de propionate de testostérone en injection intramusculaire 3 fois par semaine ou 25 mg. 2 fois par semaine.

Il existe un danger, celui de la masculinisation chez certaines patientes qui y sont prédisposées. Il va sans dire qu'on arrête le traitement dès l'apparition de symptômes suspects comme l'hirsutisme et la modification de la voix. D'ailleurs ces effets ne sont que transitoires et nous croyons que si nous ne dépassons pas la dose totale de 150 mg. par mois, il n'y a rien à craindre.

Quant à la résection du nerf présacré, nous ne la pratiquons qu'en désespoir de cause, c'est-à-dire seulement après avoir épuisé tous les autres moyens de traitement. Certes la sympathectomie donne d'excellents résultats. Toutefois, il ne faut pas y avoir recours sans avoir de bonnes raisons.

Ainsi, nous concluons que le dernier mot n'est pas encore dit sur l'étiologie et le traitement de la dysménorrhée. Toutefois, nous faisons beaucoup de recherches, beaucoup de travaux pour résoudre ce problème, guidés sans cesse par l'idéal de tout médecin: guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours.

---

## L'ENDOCRINOLOGIE EN GYNÉCOLOGIE

Grégoire SAINT-ARNAUD et Maurice CAQUETTE (Québec).

L'endocrinologie est devenue aujourd'hui une branche de la médecine dans laquelle les développements se succèdent avec une rapidité qu'il est souvent difficile de suivre. Les travaux de laboratoire et les recherches cliniques se multiplient et amènent des points de vue physiologiques nouveaux qui paraissent contredire certaines données anciennes qu'on croyait solidement établies.

Les progrès accomplis depuis vingt ans dans ce domaine sont énormes et le champ que couvre cette science s'agrandit constamment. Aussi avons-nous maintenant en main de nouvelles armes thérapeutiques, les hormones qui sont appelées possiblement à rendre de grands services, mais qui peuvent ne donner aucun résultat ou même nuire lorsqu'elles ne sont pas employées à bon escient.

Il n'est pas question ici de passer en revue l'hormonothérapie gynécologique mais seulement d'attirer l'attention sur les problèmes et les difficultés auxquels on a à faire face lorsqu'on envisage de s'en servir.

Il est évident que toutes les glandes endocrines sont nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme, mais elles n'ont pas toutes la même importance vis-à-vis d'une fonction donnée. Ainsi, la menstruation est sous la dépendance directe de l'ovaire qui reçoit son stimulus de l'hypophyse: de même, le corps thyroïde ou le pancréas qu'on ne peut considérer comme des glandes influençant directement le cycle menstruel, peuvent dans certains cas de disfonctionnement troubler le mécanisme normal de l'appareil génital.

En gynécologie, comme d'ailleurs en endocrinologie générale, les moyens d'investigation sont encore aujourd'hui quasi tous indirects. Ainsi, pour évaluer le fonctionnement du corps thyroïde on a recours à l'étude du métabolisme de base, au taux du cholestérol dans le sang; pour le pancréas, on recherche le taux de glucose sanguin, alors que l'équilibre de certains des électrolytes peuvent nous renseigner sur le fonctionnement des surrénales.

Il est vrai que l'on peut pour l'hypophyse, l'ovaire, la surrénale et le testicule mesurer les produits d'excrétion de leurs hormones dans le sang ou les urines, mais il faut se souvenir que ces mesures se sont presque toutes faites à l'aide d'animaux de laboratoire et qu'il ne s'agit alors pas de titrage chimique précis. Il s'ensuit que les moyens actuels d'évaluer une glande à sécrétion interne sont des moyens indirects qui donnent seulement une idée approximative de son fonctionnement et qui ne renseignent peu ou pas sur l'état d'équilibre qui doit exister entre l'ensemble des glandes endocrines.

De plus, en gynécologie les renseignements que l'on obtient par un dosage hormonal isolé à un moment donné d'un cycle menstruel par exemple sont forcément limités. Pour obtenir par de tels moyens une idée assez précise du fonctionnement de l'ovaire, il faut répéter les épreuves plusieurs fois au cours d'un même cycle, et les renseignements obtenus ne valent alors que pour le cycle étudié.

Il va sans dire qu'avant de poser un diagnostic de trouble fonctionnel gynécologique, il est essentiel d'éliminer toute possibilité de lésion organique. Ici comme dans toutes les branches de la médecine, l'importance d'un bon interrogatoire et d'un examen physique complet sautent aux yeux. D'ailleurs, on ne peut s'attendre de guérir des métrorragies par l'administration d'hormones alors qu'il s'agit d'un fibrome utérin qui saigne. Il serait aussi illogique et probablement dangereux d'administrer de la foliculine à une femme porteuse d'un épithélioma *in situ*, alors que l'on sait l'action cancérogène possible des œstrogènes.

Le gynécologue est consulté par des couples dont l'union est demeurée stérile, ou encore par des femmes qui saignent trop ou pas assez. Il ne sera pas question ici de la dysménorrhée, car le docteur Brisson de Hull vient de nous y intéresser.

Dans l'organisme la fonction de l'ovaire est la production périodique d'ovules qui s'accompagne de transformations de la muqueuse utérine en vue de la nidation de l'œuf ou ovule fécondée. Lorsque cette fécondation n'a pas

lieu il se produit une déhiscence de la muqueuse utérine accompagnée d'une hémorragie, ce qui constitue une menstruation. Il peut arriver qu'une femme ait une menstruation apparemment normale alors que l'ovulation ne s'est pas produite. Il est même admis aujourd'hui que les premières menstruations au cours du début de la vie génitale de même que les dernières avant l'installation définitive de la ménopause sont généralement anovulatoires. De plus au cours de la vie génitale toutes les femmes même avec menstrues régulières n'ovulent pas au même rythme. Certaines auront une ovulation à chaque cycle alors que les autres qui sont menstruées douze à treize fois par année ne produiront que trois ou quatre ovules pendant cette période.

De nombreux auteurs ne croient pas à la possibilité de provoquer chez l'humain une ovulation artificielle par l'administration d'hormone, même que ces hormones ne seraient pas sans danger.

Alors que les extraits hypophysaires et les gonadostimulines placentaires s'étaient montrés impuissants à provoquer chez l'humain une ovulation artificielle, on a cru un moment qu'un mélange des deux pouvait y arriver. Cependant même si macroscopiquement on retrouvait dans l'ovaire une zone hémorragique ressemblant à s'y méprendre à un corps jaune, l'examen histologique a vite montré qu'il ne pouvait en être question, ce qui éliminait toute possibilité de ponte. Il ne s'agissait alors que d'une hémorragie intra-ovarienne localisée à un ou plusieurs endroits de l'ovaire. Ceci représente donc un signe, loin d'être incontestable, qu'une ovulation s'était produite. On peut, je crois, se rallier aux auteurs qui contestent l'efficacité et même l'inocuité de l'administration de tels produits endocriniens.

On comprendra que des femmes qui ont des saignements utérins anovulatoires répétés pourront en arriver à l'hémorragie disfonctionnelle que Schroeder a appelé métropathie hémorragique. Il est très probable que cette affection se retrouve chez des femmes qui n'ovulent que rarement ou pas du tout durant au moins certaines périodes. Le traitement devrait

être hormonal encore que certains obtiennent des résultats inconstants avec la progestérone qu'il faut alors administrer à des doses très élevées 50 à 60 milligrammes par jour *per os*, ou 10 mgs. en injection. Ce traitement a ici l'inconvénient qu'on doit l'administrer avant la date prévue de la menstruation qui on le suppose prendra un caractère hémorragique. Si la malade saigne abondamment actuellement la médication est sans effet, le meilleur traitement devient alors chirurgical et consiste à enlever à la curette l'endomètre qui a été mal construit parce qu'il existe un déséquilibre entre l'ovaire et l'hypophyse. D'ailleurs s'il s'agit d'un ovaire qui répond mal à une stimulation normale de l'hypophyse, on ne possède aucun moyen de le stimuler: et même l'administration d'hormone ovarienne déprime l'ovaire. Si l'hypophyse est en cause en ne stimulant pas assez l'ovaire les hormones hypophysaires que l'on possède sont trop impures pour être utilisées de façon effective et sans danger chez l'humain.

En outre des hémorragies utérines fonctionnelles il semble opportun de dire un mot de l'utilisation des hormones dans les pertes de sang de la menace d'avortement. On se souvient qu'il n'y a pas très longtemps on croyait à l'action abortive de la folliculine. A ce moment, le traitement de la menace d'avortement consistait en l'administration de progestérone en plus de repos, glace et morphine. Les dosages hormonaux ont toutefois montré au cours de la grossesse une courbe ascendante d'œstrogène dans le sang parallèle à la courbe de la progestérone. Ces données ont probablement suggéré aux deux docteurs Smith de Boston l'emploi de stilbœstrol à doses croissantes à commencer du début de la grossesse comme préventif.

Même en ayant dans l'esprit d'augmenter la production de progestérone ils administrent tout de même une hormone qui avait longtemps passé pour abortive. D'autres par la suite en sont venus à utiliser conjointement œstrogène et progestérone. On ne peut toutefois oublier que Hertig et Rock qui ont soigneusement étudié des œufs humains très jeunes, en jours

et même en heures, ont constaté souvent sous le microscope la signature d'un trouble trophoblastique ce qui laisse supposer une implantation vicieuse de l'œuf. On s'explique facilement que certains obstétriciens aient alors abandonné l'usage d'hormones dans les menaces d'avortement. D'autres comme Mac Elroy de Philadelphie vont encore plus loin en conseillant à leurs malades de rester ambulantes probablement en pensant que s'il existe vraiment un trouble de placentation l'avortement se complètera.

En outre de l'hémorragie génitale, on peut rencontrer la réaction inverse, l'absence de la menstruation. L'endocrinologie fournira peut-être les moyens de corriger certains déséquilibres qui produisent une absence de règles. En présence d'une femme qui consulte un médecin parce qu'elle n'est pas menstruée, on peut commencer par établir s'il s'agit d'une aménorrhée primitive ou secondaire. L'aménorrhée est dite primitive si la femme n'a jamais été menstruée de sa vie, ou secondaire si après avoir vu ses règles plus ou moins régulièrement elles ont cessé de se produire.

Parmi les causes d'aménorrhée primitive, on retrouve les absences totales ou partielles d'organes génitaux; les imperforations de l'hymen ou les cloisonnements du vagin devraient plutôt être appelés cryptoménorrhée. Lorsqu'on ne constate aucune raison anatomique expliquant l'aménorrhée, on peut chercher laquelle des glandes endocrines: hypophyse, ovaire ou autre est responsable du trouble accusé. Après avoir mis en évidence la glande en cause, et ce par les moyens laborieux compliqués et dispendieux que sont les dosages hormonaux, tout ce que l'endocrinologie peut nous fournir ici est une médication de remplacement uniquement, laquelle peut parfois pour ne pas dire rarement nous permettre de provoquer un saignement tout à fait artificiel qui en aucune façon corrige le trouble existant. Il n'existe pas qu'on sache de médication qui puisse stimuler une glande hypophysaire ou un ovaire déficient. L'hormonothérapie dans cette indication est tout à fait inefficace.

Pour compléter le chapitre de l'aménorrhée, il reste à dire un mot de l'aménorrhée secondaire; celle qui se produit chez une femme ayant déjà été mentruée normalement et qui peut même avoir déjà accouché. Cette aménorrhée peut encore, en plus évidemment de l'installation d'une grossesse, reconnaître des causes organiques qui doivent être corrigées. Si toutefois on démontre qu'il s'agit d'une déficience endocrinienne, la médication endocrine n'est encore qu'une substitution et à quoi bon tenter de provoquer une perte de sang qui ne rime à rien du tout et qui surtout ne corrige pas le déséquilibre ou l'hypofonctionnement. Souvent le fait de rassurer la malade en lui expliquant longuement que sa maladie est tout à fait sans conséquence fâcheuse et surtout le fait d'oublier de lui prescrire des hormones sont souvent plus que suffisants pour faire revenir les règles et ce qui est parfois mieux encore permettre une grossesse avec l'œuf qui aurait ramené une menstruation.

Si on ne peut stimuler l'hypophyse on peut au contraire ralentir son activité, c'est d'ailleurs le mécanisme invoqué lorsqu'on veut au moyen d'œstrogène empêcher qu'après l'accouchement une montée laiteuse se produise, et c'est aussi la base de l'utilisation des hormones dans certains troubles de la ménopause.

Il ne faut pas toutefois perdre de vue que cette médication n'est pas sans inconvénient ou danger et qu'il existe des contre indications précises à son utilisation.

Ainsi une femme est très incommodée par la ménopause qui suit une castration par les rayons ou la chirurgie et ce pour endométriose, il va sans dire qu'on doit s'abstenir de lui administrer des œstrogènes puisque le résultat du traitement de l'endométriose tient au fait de la disparition de la sécrétion d'œstrogènes.

Certains auteurs condamnent aussi l'administration d'œstrogènes à des femmes qui ont atteint l'âge de la ménopause et chez qui l'histoire de famille révèle des cas de cancer, et ce à cause de cette propriété cancérigène de certains stéroïdes dont les œstrogènes, qu'on

peut mettre en évidence chez l'animal dans certaines conditions expérimentales.

On doit admettre que les troubles vasomoteurs, bouffées de chaleur, engourdissements, céphalées, sommeil troublé et même modifications du caractère sont souvent corrigés de façon dramatique par l'administration d'œstrogènes, de testostérone, ou depuis quelques temps seulement d'un mélange des deux.

Si l'emploi d'œstrogène est susceptible de provoquer des pertes sanguines comme inconvénient, et le testostérone des signes de masculinisation, en employant les deux conjointement et chacun à dose moindre, on devrait obtenir le même frein sur la glande hypophysaire en évitant les inconvénients de chacune des hormones.

Si une femme présente des troubles vasomoteurs de la ménopause et qu'elle présente en même temps des troubles menstruels sous forme de saignements irréguliers ou abondants, nous ne croyons pas avoir le droit de traiter ses sensations désagréables en oubliant ses métrorragies de peur que ces dernières aient une origine néoplasique. C'est ici qu'il serait préférable que le médecin souffre de cancérophobie pour sa malade et fasse une biopsie.

Bien plus une malade traitée pour troubles de la ménopause par des hormones et qui voit apparaître des pertes vaginales sanguines si minimes soient-elles, doit subir une biopsie de l'endomètre et du col, même si on peut supposer que les hormones aient pu provoquer le saignement car la malade est à l'âge où le cancer utérin se rencontre.

L'hormonothérapie, on le voit, est loin de pouvoir être considérée en gynécologie comme une panacée mais elle peut rendre service.

Si l'expérimentateur a toutes les libertés lorsqu'il manœuvre avec des lapins ou des cobayes le médecin se doit de ne jamais oublier qu'il est tenu à *Primum Non Nocere*.

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

1. MAZER et ISRAEL: *Diagnosis and Treatment of Menstrual Disorders and Sterility*. Hoeber, New-York, 1947.
  2. Bernhard ZONDEK et Samuel ROZIN: « Induction of Uterine Bleeding in Amenorrhea with single injection of Precipitates of Estrone and Progesterone. » *J. Clin. Endocrinology*, **8**: 406-412 (mai) 1948.
  3. Emil NOVAK: « Uterine Bleeding with Special Reference to the Functional Type. » *J. Internat. Coll. Surgeons*, **11**: 9-16 (janv.-fév.) 1948.
  4. Bertil FALCONER: « Traitement de la métropathie hémorragique: suggestions thérapeutiques. » *Acta Obst. et Gynec. Scandinav.*, **27**: 288-296, 1947.
  5. Maurice FREMONT-SMITH et Joe V. MEIGS: « Menstrual Dysfunction Due to Emotional Factors. » *Am. J. Obst. and Gynec.*, **55**: 1037-1043 (juin) 1948.
  6. Willis E. BROWN, J. T. BRADBURY et A. F. JENNINGS: « Experimental Alteration of Human Ovarian Cycle by Estrogen. » *J. Clin. Endocrinol.*, **8**: 453-460 (juin) 1948.
  7. Samuel A. WOLFE et Irwin NEIGUS: « Effect of Equine Gonadotrophin on Human Ovary. » *Am. J. Obst. and Gynec.*, **55**: 979-991 (juin) 1948.
  8. Claude BECLERE et Henri SIMONNET: « Les troubles hormonaux de la préménopause et leur traitement par l'hormone mâle et l'hormone du corps jaune. » *Presse Méd.*, **55**: 878-879 (27 déc.) 1947.
  9. Albert SEGALOFF, John C. WEED, William H. STERNBERG et William PARSON: « Progesterone Therapy of Human Uterine Leiomyomas. » *J. Clin. Endocrinol.*, **9**: 1273-2291 (déc.) 1949.
  10. Erling OSTERGAARD et Christian HAMBURGER: « Formation d'anti-hormones chez les femmes traitées avec le sérum de juments gravides. » *Acta endocrinol.*, **2**: 148-164, 1949.
  11. J. P. GREENHILL: « Gynecologic Endocrinology in General Practice. » *Wisconsin Med. J.*, **46**: 614-620 (juin) 1947.
  12. F. MORICARD: « Etudes posologiques sur l'utilisation des gonodotrophines dans la stérilité. » *Gynéc. et obst.*, **46**: 101-107, 1947.
-

## LES OTITES EN CLIENTÈLE <sup>1</sup>

J.-R. VAILLANCOURT,

Assistant en Oto-rhino-laryngologie, à l'hôpital du Saint-Sacrement (Québec),  
et visiteur à l'hôpital du Sacré-Cœur de Plessisville.

Le but du présent travail n'est pas de faire voir les otites sous un jour nouveau, ni de faire part de découvertes récentes. Il vise plutôt à établir une courte synthèse de la question, afin d'éclairer le médecin praticien dans le diagnostic et le traitement des otites banales. Nous sommes appelés à traiter, en pratique oto-rhino-laryngologique, des infections qui durent depuis 10, 15 ou 20 ans, des mastoïdites, des méningites, des cas de surdité avancée, qui auraient pu être prévenus par une meilleure compréhension du sujet et un traitement adéquat appliqué au début. Et nous serions mal vus de blâmer le praticien de cet état de choses, car il n'en est pas entièrement responsable. Nos programmes universitaires sont trop chargés, et la matière oto-rhino-laryngologique y est considérée comme quantité négligeable. Nous voulons ici tenter de remédier à cette lacune, en donnant quelques notions concises d'otologie pratique.

Il ne sera question ici que des cas banals, à la portée de tous les médecins. Nous omettrons à dessein les otites internes, et les complications des otites moyennes et externes, dont le traitement relève de l'auriste, de même que les analyses de laboratoire, qui dépassent le champ d'action du praticien.

### OTITES EXTERNES

Dans la catégorie des otites externes, on trouve d'abord l'otite aiguë diffuse, caractérisée par une inflammation de tout le conduit auditif, sans point d'infection décelable, avec rougeur s'étendant à tout le canal, et diminution de son diamètre. Elle est consécutive à une tentative laborieuse d'extraction de cérumen ou de corps étranger, ou encore complique une otite moyenne purulente. L'aspect négatif

du traitement consiste dans l'abstention de toute manipulation susceptible d'aggraver le mal. On applique des huiles adoucissantes, et on traite l'otite moyenne si elle est en cause. Dans ce dernier cas, il est bon de recouvrir la surface enflammée d'une couche de vaseline blanche stérile, de façon à prévenir l'action irritante du pus, ou mieux de l'enduire de pâte Lassar, composée d'acide salicylique, d'amidon, de vaseline et d'oxide de zinc, dont l'action est très favorable dans ces cas.

L'otite externe localisée, ou furonculose, est une affection plus fréquente. Elle peut être causée par un écoulement purulent, ou un nettoyage de l'oreille à l'aide de l'éternelle pince à cheveux, et se rencontre fréquemment chez les baigneurs. Elle cause une douleur spontanée, qui augmente à mesure qu'évolue la lésion, et la mobilisation du pavillon de l'oreille intensifie cette sensation. Le patient a peine à ouvrir la bouche tellement la douleur est intense, souvent plus intolérable que dans un cas de mastoïdite aiguë. Les furoncles (car il peut en exister plusieurs à la fois), siègent sur les deux-tiers externes du conduit. A l'examen, on note une diminution de la lumière de ce dernier, et lorsqu'on peut voir le furoncle, il est facile à reconnaître. Ici encore, il faut prendre les mêmes précautions d'asepsie et de délicatesse dans les manipulations, afin d'éviter de propager l'infection. On applique des kératolytiques, pour hâter l'ouverture du furoncle. Comme traitement général, les antibiotiques sont à conseiller. On peut leur adjoindre des sels d'étain, comme le Stannoxyll et le Glésion, qui donnent souvent des résultats appréciables. S'il y a récurrence, comme cela se produit assez souvent, il faut diriger le patient vers un centre où un traitement plus intensif pourra le soulager (cultures microbiennes, épreuves de virulence et de sensibilité aux antibiotiques,

1. Communication au XXIème Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

administration du médicament le plus efficace et d'auto-vaccin). Un fait à noter est l'incidence élevée de ces infections chez les diabétiques: il est donc souhaitable de faire la recherche du sucre dans les urines, et dans le sang si possible, des patients qui présentent des furoncles.

On rencontre encore, au nombre des otites externes, l'eczéma de l'oreille. Il peut n'intéresser que le conduit, ou se propager au pavillon. Il est sec ou humide, aigu ou chronique. Son symptôme principal est la démangeaison. Il peut être de nature allergique, irritative, ou dyscrasique. Pour assécher les lésions, on applique du nitrate d'argent à 10% tous les jours ou aux deux jours, et on recouvre la surface intéressée de pâte Lassar. La streptomycine, dans une base hydrosoluble, donne parfois d'excellents résultats, dans les cas secs ou humides. Contre la démangeaison, on peut encore prescrire de l'alcool boriqué saturé.

Toujours au nombre des otites externes se trouve l'otomycose, qui peut se limiter aux parois du conduit, ou envahir le tympan. Les champignons peuvent ne causer aucun symptôme subjectif, ou occasionner des démangeaisons, des douleurs, et de l'obstruction du canal. On constate à l'examen des signes d'inflammation, avec des sécrétions dont la couleur varie du gris foncé au jaune brun, en passant par le noir. Dans l'otomycose, il est impossible de se limiter à un seul traitement, et l'arsenal thérapeutique est d'autant plus considérable que les résultats sont inconstants. Le docteur Ralph Almour, après avoir essayé toute une batterie de médicaments durant sa pratique dans l'Armée américaine, suggère comme conduite du traitement un nettoyage quotidien du conduit, suivi d'une application d'une mixture de violet de gentiane et d'acridine (acriviolet); la créosote, simple ou avec thymol; l'Otosmosan appliqué dans l'oreille toutes les quatre heures après irrigation du canal à l'alcool à 70%.

On peut enfin faire entrer dans la catégorie des otites externes les hématomes du pavillon, les engelures, et les chondrites, tous faciles à reconnaître. Dans les hématomes, traumati-

ques ou consécutifs à une engelure, on doit aspirer le sang et appliquer un pansement compressif, pour éviter la cicatrisation définitive en chou-fleur. Les chondrites cèdent d'habitude au traitement anti-infectieux général; sinon, il faut établir un drainage chirurgical.

#### OTITES MOYENNES

Les otites moyennes peuvent se diviser en deux catégories: l'otite aiguë et l'otite chronique. Les auteurs distinguent également les formes sur-aiguë et sub-aiguë, qui ne diffèrent de la première que par l'intensité des symptômes et la rapidité de leur évolution. Nous vous en faisons grâce...

L'otite aiguë catarrhale est caractérisée par une congestion du manche du marteau, puis de tout le tympan. Elle peut se présenter aussi sous forme hémorragique, alors qu'il se forme des bulles de sang dans l'épaisseur même du tympan, ou une extravasation sanguine dans la caisse: c'est l'aéropiésisme, ou maladie des aviateurs, des scaphandriers, des mineurs et des caissonniers. Le premier symptôme est la douleur, subjective et objective. Dans les cas infectieux, on aura en plus des symptômes généraux d'infection, plus marqués chez l'enfant. L'otite catarrhale peut régresser, ou devenir purulente. Lorsqu'elle évolue vers la purulence, les douleurs s'accroissent, et s'accompagnent d'un gonflement du tympan. Chez le nourrisson, trois signes, isolés ou associés, doivent nous faire penser à une otite moyenne: la diarrhée, les vomissements, et la douleur à la succion.

L'oreille moyenne se prend toujours par voie de la trompe d'Eustache, et l'infection n'est, la plupart du temps, que la propagation d'une rhinite ou d'une adénoïdite. Il faut noter la facilité de cette propagation chez l'enfant, dont la trompe d'Eustache est normalement béante et presque horizontale. Il faut aussi savoir qu'une otite peut compléter son évolution jusqu'au stage purulent en quelques heures seulement.

C'est dans l'otite moyenne aiguë qu'il importe surtout d'instituer un traitement intensif, afin de prévenir les complications. Les antibiotiques sont tout indiqués comme traitement de base. Il faut libérer et désinfecter les voies respiratoires supérieures, qui sont la cause de l'atteinte auriculaire. Et localement, au stage catarrhal, on fait des applications d'huiles aux propriétés astringentes, osmotiques, et analgésique, comme l'Auralgan, l'Aurisan, etc. Si le tympan se gonfle, il ne faut pas hésiter à inciser largement dans le cadran postéro-inférieur. La médication tonique doit alors être modifiée. On utilise des solutions à base de sulfathiazole et d'urée, comme l'Otizol et l'Otosmosan, de peroxyde d'hydrogène et d'urée, d'auromycine, ou d'hypochlorite de soude (solution Dakin), dont l'action antiseptique peut s'exercer localement une fois le tympan ouvert. Nous ne saurions trop insister sur ce changement de type des médicaments. Les premiers, efficaces lorsque le tympan est intact, sont sans effet en présence d'un écoulement purulent. Tout au plus peuvent-ils retarder la guérison.

L'otite moyenne chronique peut aussi être catarrhale ou purulente. La première variété est rare, et consiste soit dans une formation excessive de tissu conjonctif intéressant l'une ou l'autre des structures de l'oreille (forme hyperplasique), soit dans une inflammation exsudative chronique de la caisse et de la trompe d'Eustache (forme hypertrophique). L'otite purulente chronique, par contre, est assez fréquente. Elle est, le plus souvent, l'aboutissement d'une otite banale négligée, ou d'une otite consécutive à une maladie contagieuse. L'examen permet de constater la présence de pus, l'ouverture plus ou moins grande du tympan, et un état granuleux de la muqueuse de la caisse. Lorsque l'os est atteint, le pus prend une odeur nauséabonde, ce qui porte plusieurs patients à consulter. Jusqu'à l'apparition de complications, (polypes, cholestéatome, rétention de pus), les seuls symptômes subjectifs sont l'écoulement de pus et son odeur, avec dimi-

nution de l'acuité auditive. Le traitement en est un de patience et de longue haleine. Il faut prévenir les poussées aiguës en prenant grand soin des infections nasales et rhino-pharyngées. Les antibiotiques, en injections ou par la bouche, sont sans effet sur l'infection persistente. On doit bien nettoyer l'oreille chaque jour, soit par lavage, soit par oto-succion, dont la méthode la plus simple est la suivante: après avoir enlevé, à l'aide de tampons d'ouate, la plus grande partie du pus, on fait incliner la tête du malade de façon que l'oreille à traiter soit en haut. On y instille quelques gouttes de peroxyde ou d'alcool à 95%, et on fait des pressions sur le tragus de façon à augmenter et diminuer tour à tour la pression de l'air dans l'oreille. La succion ainsi faite déplace le pus de la caisse, et y substitue le médicament. On peut aussi utiliser comme médication le tétrachlorure de carbone, le sulfathiazole-urée, le peroxyde-urée, ou l'auromycine. Le traitement doit se faire trois ou quatre fois par jour, et le patient peut être traité chez-lui après avoir été instruit de la procédure. Il appartient cependant au médecin de déterminer d'abord s'il n'y a pas de complications existantes avant de commencer le traitement, et de surveiller régulièrement celui-ci dans le cas contraire.

Comme principe général, retenons que le praticien ne doit pas persister à traiter une otite aiguë plus qu'une dizaine de jours, si dans cette période, il ne se produit pas de résultats marquants. Si l'état de l'oreille n'affiche pas un mieux sensible, c'est qu'elle nécessite des examens plus poussés et des soins différents.

#### En résumé.

Dans les cas d'otite externe, le médecin aura à combattre la douleur et la démangeaison. Pâte Lassar, kératolytiques, antibiotiques, sels d'étain, nitrate d'argent, acriviolet, crésatin et otosmosan sont les principaux médicaments à utiliser. Pour les otites moyennes catarrhales, l'Auralgan et ses congénères donnent de bons résultats, alors que dans les cas puru-

lents aigus ou chroniques, il faut appliquer une médication antiseptique comme l'alcool, l'Otosmosan, le glycérite de peroxyde, l'auréomycine ou la solution Dakin.

## BIBLIOGRAPHIE

Ralph, M. D. ALMOUR: « Office Otology, E. E. N. & T. » *Monthly*, 28: 261, (juin) 1949.

E.A. BROWN, W.E. OWEN: « Treatment of chronic purulent otitis media with glycerite of hydrogen peroxide. » *Arch. of Otolaryngology*, 43: 6, (juin) 1946.

Lt.-Col. W. J. LOEB: « Penicillin Ear Drops in Treatment of Suppurative Otitis Media. » *Arch. of Otolaryngology*, 43: 6, (juin) 1946.

LeDENTU et DELBET: *Oto-Rhino-Laryngologie*.  
Henri BOURGEOIS: *Maladies des Oreilles*.

---

## MOUVEMENT MÉDICAL

---

### NOTES PRÉLIMINAIRES SUR L'ANESTHÉSIE DE BASE AU PENTOTHAL RECTAL, SUIVANT LA MÉTHODE WEINSTEIN-LIGHT

Marc AUGUSTIN, Saint-Lucien HECTOR et Serge ROCHEMONT,  
Hôpital de Port-de-Paix (Haïti).

#### INTRODUCTION

Dans une conférence prononcée l'année dernière aux Journées Médicales, le professeur A. Levêque s'apitoyait, avec raison, sur les problèmes de l'acte chirurgical, et mettait un accent particulier à considérer l'anesthésie, facteur primordial, pour le succès opératoire.

Chacun de nous, en province surtout, a vécu des minutes d'angoisse et a connu des déboires à cause de l'anesthésie.

Notre but n'est pas de murmurer. Nous voudrions poser tout simplement la question suivante: en tenant compte de nos conditions actuelles de travail, comment pourrait-on arriver à moins d'intoxication anesthésique pour nos opérés?

La question n'est pas nouvelle. Elle a été posée depuis la découverte de l'anesthésie elle-même; elle s'est toujours posée au fur et à mesure que l'éther, le chloroforme, le chlorure d'éthyle, la novocaïne, le cyclopropane, le protoxide d'azote, l'éthylène, l'évipan, etc., etc. faisaient apparition et prenaient une place plus ou moins enviable dans la pratique hospitalière. Elle se pose à propos de chaque opération suivant le malade en présence.

Prenons l'exemple du pentothal sodium. Ce produit fut introduit en 1935. Son application parut tout d'abord délicate. Pourtant, s'il nous fallait résumer ce que nous devons au pentothal depuis ces quinze dernières années, nous serions étonnés du succès toujours croissant de ce produit.

Il est devenu, grâce à la perfection technique et aux recherches expérimentales, une arme d'application facile. Dans ces différents modes

d'application, il a contribué quelque peu à répondre efficacement à la question de la moindre intoxication pour le malade. Plus de 65% des malades opérés aux Etats-Unis reçoivent d'une manière ou d'une autre le pentothal. La liste des médecins enthousiasmés du produit serait longue. Nous citerons pour mémoire: R. C. Adams, T. C. Gay, G. V. Osborne, G. R. Tonn, S. Belinkoff, M. Tinsley, G. H. Sheifley, H. Thoms, etc., dans les mains desquels, pour une chirurgie variée, à des doses variables, suivant un mode d'administration différent, le produit a donné d'excellents résultats: seul ou en alliance avec un autre anesthésique. Chez nous, le Dr Auguste Dénizé l'emploie couramment comme analgésique pour les deuxièmes temps de thoracoplasties et pour les drainages cavitaires, et aussi pour les apicolyses avec plombage.

Sans doute, il serait puéril de vouloir s'enhardir de ces excellents résultats obtenus en milieu chirurgical, tout à fait monté en oxygène, sang, CO<sub>2</sub>, etc... pour prôner l'emploi d'un anesthésique qui n'est pas sans danger.

En province, notre arsenal anesthésique se ramène à de l'éther, du chloroforme, des tubes de chlorure d'éthyle, de la novocaïne, de la glace. Nous n'avons point d'appareil à circuit fermé, nous n'avons point de... Inutile de murmurer. Chacun des chirurgiens ici présents voudra bien agréer que pratiquement en anesthésie générale, plus de 85% de nos malades reçoivent l'éther, cet éther est administré goutte à goutte, ouvert...

Dans le but de diminuer cette véritable intoxication du malade, pourrait-on dans certain cas, allier le pentothal à l'éther tout en ne nui-

sant nullement à l'acte opératoire, tout en assurant une anesthésie convenable et un sommeil parfait?

#### ANESTHÉSIE DE BASE

L'anesthésie de base a été définie par Forgue: « l'association aux anesthésiques de substance narcotique ayant pour but de simplifier ou de réduire aux doses minimales l'anesthésie par inhalation, de créer un état de préanesthésie capable de supprimer l'angoisse psychique des futurs opérés, d'éviter toute phase d'agitation, d'assurer au cours d'intervention un calme complet, de procurer un meilleur état de narcose, avec sommeil paisible et réveil retardé ». La voie buccale, la voie veineuse, la voie rectale peuvent être employées à cette fin. A Port-de-Paix, nous avons essayé l'anesthésie de base par le pentothal rectal suivant la méthode définitivement mise en honneur par Weinstein et Light.

#### QUELQUES MOTS DE L'ANESTHÉSIE PAR VOIE RECTALE

Parlant d'anesthésie rectale, on ne saurait oublier les tentatives de Roux dès 1846, et aussi celles de Pirogoff. Par la suite, Sutton et Gwathmey aux Etats-Unis, eurent quelques succès. Jusqu'en 1933, Robert Monod défendait la cause de l'éther par voie rectale. L'éther par voie rectale eut moins de défenseur que l'avertine. En effet, lorsque les travaux de Eischoltz en 1926, firent connaître le tribromoéthanol, en six ans, cet anesthésique devint si répandu que Bertzengeiger d'abord, puis Mouzon, Gosset, Thalheimer, de 1927-1929, s'en constituèrent les ardents avocats aussi bien par leurs expériences que par leurs écrits. Forgues lui-même, en 1933-1934, écrivait: « L'avertine paraît être la solution de la narcose par voie rectale ». Cependant lorsque l'évipan employé pour la première fois en 1933, commença de gagner les faveurs des chirurgiens et anesthésistes, et lorsque surtout il fut employé par voie rectale par A. E. Jones de Chicago en 1938, cela marqua une sorte de

perte de terrain pour l'avertine (voir les commentaires de J. Gosset, Journal de Chirurgie 1938) et avec le pentothal employé actuellement par voie rectale en obstétrique et en chirurgie générale, on pourrait dire que la faveur des chirurgiens semble ne plus porter sur l'avertine...

#### NOS OBSERVATIONS

A Port-de-Paix donc, nous avons eu recours au pentothal-rectal, allié à l'éther. Vous excuserez le nombre relativement restreint de nos observations. Vous n'oublierez pas que pour certaines opérations telles que: cystotomie, appendicite, amputation, ablation de kystes, curetage, dilatation cervicale, anus iliaque, nous employons ou bien la novocaïne seule, ou bien le pentothal-rectal allié à la novocaïne; ou bien le pentothal-rectal seul, ou bien l'alcool intraveineux-novocaïne local. Notre but est d'employer l'éther le moins possible. Ainsi donc pour répondre à la question posée: comment réduire en partie l'intoxication anesthésique chez nos opérés? Nous pourrions envisager la réponse sous les chefs suivants:

Pentothal rectal . . . . .	.Et her
Pentothal rectal . . . . .	.Novo
Pentothal rectal seul	
Alcool intra-veineux . . . . .	.Novo

Nous ne considérons principalement ici que le pentothal rectal... éther. Nous dirons également quelques mots de l'alcool intra-veineux... novo.

#### *Pentothal-Rectal-Ether*

Voici le tableau des 25 cas opérés sous anesthésie pentothal-rectal-Ether.

Hystérectomie totale (fibrome utérin) . . . . .	5
Hystérectomie subtotale . . . . .	8
Ablation d'un pyste du mésentère . . . . .	1
Ligamentopexie . . . . .	1
Mastectomie (cancer du sein) . . . . .	1
Appendicectomie . . . . .	5
Ostéosynthèse (fracture tibia) . . . . .	1
Fistule vasico-vaginale . . . . .	1
Curetage utérin . . . . .	2

### Méthode

Ça été un simple essai ayant pour but d'utiliser à notre profit les expériences de Weinstein et Light sur le pentothal-rectal. On sait que ces confrères américains ont totalisé une série de 2 500 observations publiées dans « Current Research in Anesthesiology ». Dans la 4e série de « Post-Graduate » course in Anesthesiology, tenu en mars 1949 au « School of Medicine » de « Georges Washington University », Weinstein exposa, avec lumière, les avantages du pentothal sur l'avertine, et montra avec une statistique massive, comment sa méthode était applicable dans un nombre varié et important de cas; comment l'âge même ne jouait pas grand facteur, puisque des enfants de trois mois pouvaient recevoir le pentothal.

Par ailleurs, l'un de nous a pu voir pratiquer, avec bonheur, la méthode Weinstein dans divers Hôpitaux de Philadelphie. Evidemment, la méthode Weinstein a été un peu modifiée à l'Hôpital de Port-de-Paix, car, il va sans dire, nous ne disposons point du même montage anesthésique.

### Matériel

Des ampoules de pentothal de 0,50 g. (Nous n'avons pu obtenir jusqu'à présent les ampoules spéciales préparées pour injection rectale). 1) Nous avons utilisé donc jusqu'à présent les mêmes ampoules d'injection intra-veineuse. 2) Une seringue de 20 cc. 3) Un catheter. 4) Un entonnoir en verre. 5) De l'eau ordinaire ou de l'eau distillée.

### Dosage

D'après Weinstein, le dosage devrait être de 1 g. pour 50 lbs, de poids corporel. Autrement dit, un adulte de 150 lbs. devrait recevoir 6 ampoules de 0,50 g. en lavement. En nous basant a priori sur les résultats rapportés par les canadiens (Moïse Clermont) dans l'analgésie obstétricale relativement inoffensive pour la mère et surtout pour l'enfant. Et en tenant

compte d'une certaine crainte légitime au début de nos expériences, nous nous sommes arrêtés à la dose de 0,50 g. pour 50 lbs. de poids corporel, quitte à augmenter la dose d'une ou d'une ampoule et demie au besoin, si le cas le réclamait. On ne doit point oublier en effet, que l'anesthésie de base ne vise point à une anesthésie profonde, mais plutôt à un état de préanarcose, de sommeil naturel, qui ne ressemble nullement à l'anesthésie générale ou locale compensatrice.

### Technique

Le malade prend la veille des opiacées, ce n'est pas obligatoire. Il a été pesé, son poids sert de base à la dose. Le matin de l'opération, le malade reçoit un grand lavement d'eau salée (l'eau savonneuse n'est pas indiquée, comme s'opposant quelque peu à l'absorption du produit.  $\frac{3}{4}$  d'heure avant l'opération, une injection de morphine atropine,  $\frac{1}{4}$  ou  $\frac{1}{8}$ . Le malade reçoit son lavement de pentothal soit à la salle d'opération, soit dans son lit. Le plus souvent, le lavement est administré au lit même du malade, environ  $\frac{1}{4}$  d'heure avant l'opération à l'aide du cathéter lubrifié à l'huile minérale, et introduit bien haut dans le rectum. Presque tout le cathéter doit être introduit.

Nous utilisons ordinairement 10 cc d'eau pour une ampoule de 0.50 g. Le malade reçoit donc un petit lavement à garder de 20, 30, 45, 50, 55 cc, suivant le cas.

La solution de pentothal est préparée extemporanément et injectée lentement pour éviter que le malade ne pousse et pour éviter une certaine perte de solution.

### TABLEAU GÉNÉRAL DES OBSERVATIONS

Nombre de malades, sommeil après 15 minutes ..	21
Nombre de malades, sommeil calme .....	23
Nombre de malades, légère altération du pouls ..	18
Nombre de malades, chute de la tension artérielle de 1 mm. ....	24
Nombre de malades, respiration superficielle mais suffisante .....	16
Nombre de malades présentant de l'agitation avec inhalation éther .....	0

Nombre accidents, complications, pendant la narcose .....	0
Malades ayant nécessité médication cardio-tonique .....	1
Vomissements pendant la narcose .....	0
Agitation anormale, convulsion .....	0
Arrêt de la respiration .....	0
Malades ayant pris plus de 80 cc. d'éther .....	0
Malades ayant pris plus de 40 cc. d'éther .....	14
Malades ayant pris de 20 à 40 cc. ....	9
Malades ayant pris moins de 20 cc. ....	2
Souvenir complet de l'opération .....	0
Malades ne se souvenant de rien .....	20
Malades se souvenant de petits faits au début de l'opération .....	3
Malades ayant un souvenir vague .....	2
Sensation plutôt agréable de l'anesthésie .....	23
Malades ayant eu des vomissements dans le post-opératoire .....	2
Malades ayant reçu morphine ou démerol pour dormir dans le post-opératoire de 12 heures ..	2
Lever précoce .....	25
Complication tardive .....	0

*Explication et discussion du tableau:—résultat*

Ces 25 malades ont tous reçu de l'éther allié au pentothal. L'éther, en goutte à goutte ou vert, est administré dès que le sommeil par le pentothal commence, car le pentothal ne nous a jamais donné un sommeil assez profond. Pour éviter les petits grognements ou les petits mouvements du malade, réaction normale à la douleur.

SOMMEIL PAR LE PENTOTHAL RECTAL

84% des malades dorment 15 minutes, nous voulons dire 15 minutes après le lavement. Ce sommeil est précédé d'une sensation de vertige, puis le malade entre dans une sorte d'état d'euphorie. Il est calme, répond plus ou moins aux questions de l'entourage, prend une attitude d'indifférence, puis s'endort après quelques bâillements. Le bruit des instruments ne le réveille pas. Pourtant le sommeil n'est pas trop profond. C'est le type du sommeil de l'anesthésie de base: sans heurt avec l'abolition de toute appréhension et de toute angoisse psychique. La psychiatrie moderne n'a-t-elle point mis à contribution ces propriétés du pentothal?

Si le malade ne s'endort pas au bout de 15 minutes, cela peut provenir: ou bien d'une dose insuffisante, ou bien, ce qui est plus commun, il s'agit de malades qui prisent beaucoup le tabac ou qui consomment de l'alcool outre mesure. Nous avons par exemple l'histoire de cette femme qui, porteuse d'un fibrome hémorragique, rentra à l'hôpital avec une mé-norragie de plus de quinze jours, jugulée avec 30 mg. d'oreton. Une hysterectomie totale fut pratiquée pour cette femme de 42 ans. Poids: 132 lbs. G.R.: 3 150 000. T.A. 130/60. Avec 1,50 g. de pentothal, elle s'endormit difficilement 25 minutes après le lavement. L'opération se termina sans incident.

A propos de tabac et d'alcool, Weinstein et Light ont fait les mêmes constatations, ces malades prennent beaucoup plus de temps à dormir.

LE POULS AVEC LE PENTOTHAL RECTAL

A lire les littératures au sujet du pentothal intra-veineux, on est en droit de craindre une syncope respiratoire et cardio-vasculaire, et c'est pourquoi, il est recommandé de n'administrer l'anesthésique qu'en milieu bien équipé. En réalité, s'il faut en croire les expériences réalisées sur l'animal, les opinions de Weinstein et Light, les opinions de Artusio qui a employé le pentothal spécialement chez les enfants, ces phénomènes cardio-vasculaires sont pratiquement minimes ou insignifiants et cela tiendrait à l'absorption moins directe du produit par cette voie rectale que par la voie intra-veineuse. Des 25 malades observés par nous à l'Hôpital de Port-de-Paix, 18 fois le pouls était légèrement ralenti à la fin des 15 premières minutes avec une différence de pulsation de 5 à 7 comparativement aux pulsations au commencement du lavement anesthésique. Sous le coup de l'éther, le pouls a tendance à reprendre le nombre initial, voire même à le dépasser légèrement pendant la narcose. Voici en général la courbe du pouls à la fin de 15 minutes de période:

COURBE GÉNÉRALE DU POULS



TENSION ARTÉRIELLE

On peut dire que la chute de la tension artérielle de 100 mm. au moins est la règle. 96% des malades ont accusé cette chute de la tension artérielle. Cependant l'association pentothal éther, les injections de pitressin, surtout pour les laparotomies, le sérum mixte polyvitaminé que nos malades reçoivent régulièrement constituent un complexe pharmacodynamique des plus énergiques pour combattre cette chute de la tension. Elle n'est pas à craindre outre mesure.

Mme B.L., porte un fibrome utérin diagnostiqué par le Dr A. Miot au Cap-Haïtien. Persuadée qu'elle portait un enfant, elle ne voulut jamais se faire opérer. Cela dura cinq ans. La renommée du Dr Bellevue poussa cette femme inquiète à consulter à Port-de-Paix. Malgré les insistances du Dr Bellevue, elle ne consentit point à l'hystérectomie. Enfin, il y a trois mois, la malade fut conduite à l'hôpital, avec l'intention de voir un psychiatre beaucoup plus qu'un chirurgien. Elle était angoissée, se plaignait de persécution et d'hallucination. N'étaient les distances, elle aurait certainement plu au Dr Mars. En fin de compte, elle fut transportée à la salle d'opération, ayant eu son pentothal au lit même. Elle supporta très bien l'opération. Nous avons trouvé une masse en pleine dégénérescence fibro-calcaire. La tension artérielle de 17 au début de l'opération tomba à 15. Non seulement le pentothal avait contribué grandement à faire disparaître toute angoisse psychique, mais cette femme put sortir de l'hôpital libérée de son utérus, de ses angoisses et de ses persécutions qui auraient pu la rendre persécutrice. C'est le seul cas de chute de 2mm que nous pouvons signaler.

QUANTITÉ D'ÉTHER

Notre tableau indique qu'aucun des malades ne reçut plus de 80 cc d'éther. Nous croyons ce point d'un intérêt capital. Quand on songe au tableau du malade sortant enfin de la salle d'opération choqué, intoxiqué, devant souffrir autant sinon plus, pour les effets de l'éther que pour l'opération elle-même, on ne peut que considérer avec intérêt, la diminution sensible de la quantité d'éther pour une même durée de l'opération. Citons l'exemple de cette femme qui, il y a huit ans, fut opérée par le Dr Bellevue pour une appendicite. L'opération dura une heure. La malade reçoit, d'après l'anesthésiste, un flacon  $\frac{1}{4}$  d'éther, c'est à dire 150 cc. Il y a 3 mois, nous avons pratiqué une hystérectomie sub-totale pour cette même patiente. L'opération dura une heure et vingt-cinq minutes, la malade reçut à peine 60 cc d'éther, c'est à dire moins que la moitié de ce qu'elle avait reçu pour une opération moins longue pratiquée sans pentothal rectal. Dans deux cas d'appendicite nous n'avons pas dépassé 20 cc.

RÉVEIL — IMPRESSION — VOMISSEMENTS

Les malades se réveillant sans agitation environ trois heures après avoir été remis dans leur lit, quand la dose a été assez forte dans les environs de 80 cc. Quant aux malades n'ayant pas pris plus de 40 cc, ils réagissent un peu au moment des dernières sutures. Ordinairement, ils ne mettent pas une heure à reprendre conscience, ce qui n'empêche, qu'après le réveil, il ne s'engagent dans un sommeil profond, régulier, calme.

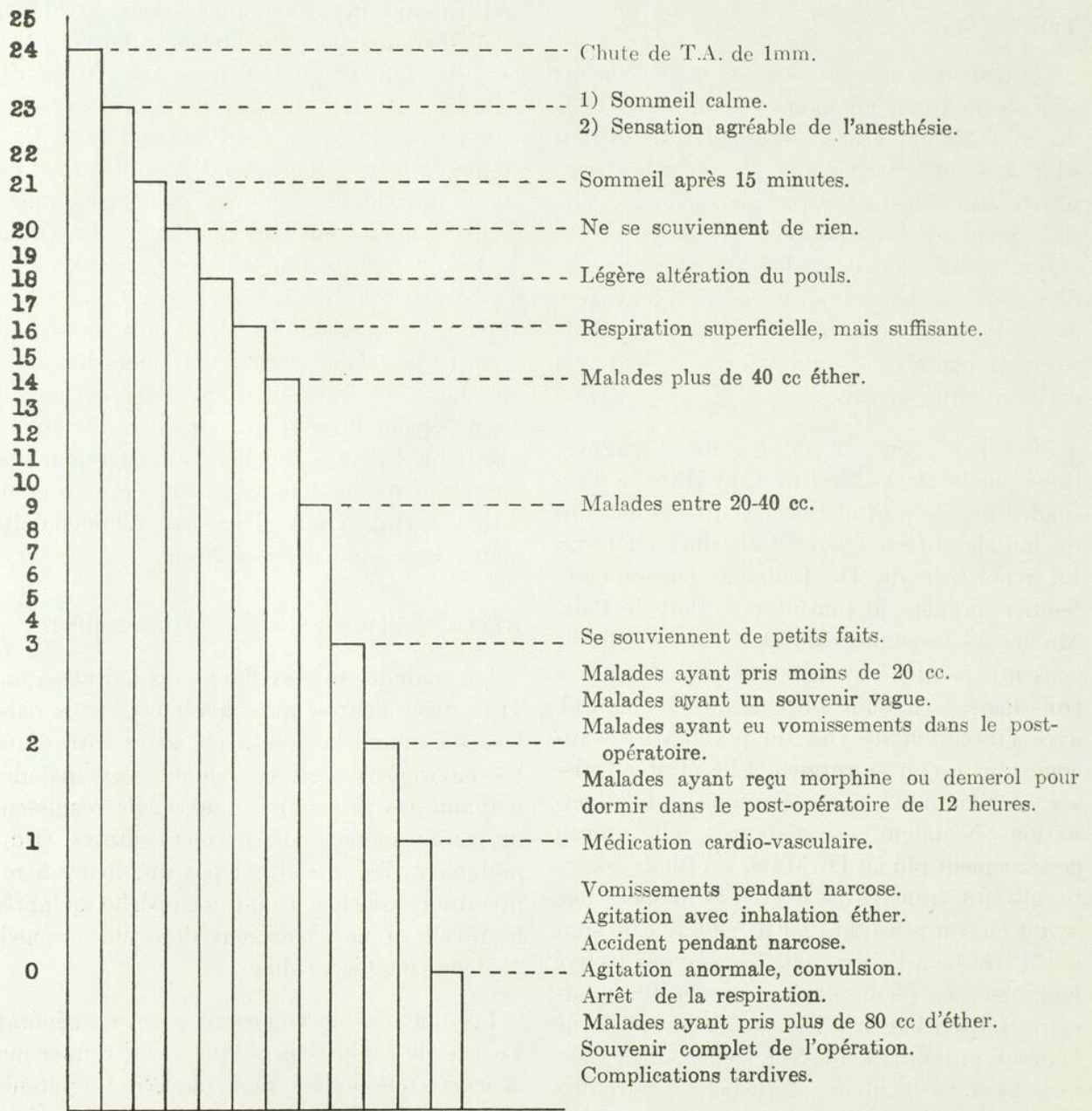
Les malades ne vomissent point en général. Le cas de vomissement que nous rapportons concerne une malade pour laquelle les parents trompant la vigilance de l'infirmière, avaient fait boire quelques bonnes gorgées de kola, deux heures après l'opération. Elle présenta des vomissements qui ne furent réellement pas graves grâce au tube de Levine à la médication usuelle.

Essayons de résumer dans un schéma général les résultats.

**En résumé,**

Nous avons essayé à Port-de-Paix la méthode Weinstein-Light d'anesthésie de base

- 1) C'est un procédé simple, facile, à la portée de tous, efficace.
- 2) L'appréhension, l'angoisse pré-opératoire est supprimée.
- 3) La quantité d'éther est réduite en moyenne de moitié.



par voie rectale par le pentothal, en employant une dose se rapprochant beaucoup plus de la dose analgésique obstétricale, que de la dose anesthésique chirurgicale recommandée par Weinstein.

- 4) Nous n'avons pas observé de choc.
- 5) Nous n'avons pas encore observé assez de cas et malgré les recommandations de Weinstein, nous restons encore timides

quant à l'application de la méthode chez les hépatiques, les rénaux, les anémiques.

- 6) La méthode n'a pas été employée pour les césariennes abdominales, car pour ces opérations nous avons pris l'habitude de nous adresser à l'alcool intra-veineux, aidé de la novocaïne locale.

A propos de l'alcool intra-veineux, nous regrettons de ne pouvoir, pour le moment, donner le compte rendu de nos observations. Ce serait abuser de votre patience. Mais laissez-nous vous dire que les perspectives sont excellentes. Non seulement ce médicament peut être employé avec avantage dans le post-opératoire pour remplacer les opiacés, mais dans certains cas, il est appelé à rendre de précieux services pour les opérations mêmes.

#### BIBLIOGRAPHIE

- J. L. BOLLMAN, L. M. BROOKS, E. V. FLOCK et J. S. LUNDY: « Pentothal Distribution in Tissue after intravenous Injection. » *Anesthesiology*, 2: 1 (janv.) 1950.
- J. K. NARAT et E. GIRALDI: « Anesthesia, Intravenous drip Pentothal, in Major Surgery. » *Amer. Journal of Surgery*, 66: 178 (nov.) 1944.
- D. W. WHYTE: « Anesthesia for Tonsillectomy, use of Pentothal Sodium intravenously. » *Anes and Anal.*, 25: 64 (mars-avril) 1946.
- J. S. REYNOLDS: « Cataract Extraction under Pentothal Sodium Anesthesia. » *Minnesota Medicine*, 29: 700 (juillet) 1946.
- F. L. HERRICK: « Anesthesia for Cesarean action, use of Pentothal Sodium. » *Amer. J. Obst. and Gynec.*, 55: 883 (mai) 1948.
- R. J. FRASER: « Analgesia use of intravenous Pentothal and Procaine. » *Anesth. Analg.*, 27: 159 (mai-juin) 1948.
- C. L. COOLEY et H. F. SCHWERZ: « Anesthesia: Use of Pentothal Sodium in Obstetrics. » *Western J. Surg., Gynec. and Obst.*, 56: 278 (mai) 1948.
- W. M. BOLES: « Anesthesia in Eye surgery: Use of combined Pentothal-Curare. » *South. Med. J.*, 42: 13 (janvier) 1949.
- W. A. BUTT et H. W. BOYES: « Anesthesia for Bronchoscopy and Esophagoscopy: Use on Pentothal-Curare. » *Canadian Med. Ass. J.*, 60: 62 (janvier) 1949.
-

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

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

Tome 80, No 12 — Montréal, décembre 1951

---

**LES DYSKINÉSIES ŒSO-  
PHAGIENNES**

Le XXI<sup>e</sup> Congrès des Médecins de Langue Française du Canada, tenu aux Trois-Rivières au début d'octobre dernier, avait inscrit à son programme de nombreux rapporteurs dont certains précédés d'une réputation scientifique hautement reconnue.

C'est ainsi que les congressistes présents eurent notamment l'heureuse fortune d'entendre le professeur Pierre Hillemand de la Faculté de Paris, président de la Société Nationale Française de Gastro-entérologie, invité spécial de l'Exécutif du Congrès et délégué officiel du Gouvernement français, dans deux communications dont la première sur les « Lésions du rectum » et la seconde sur « Les spasmes étagés de l'œsophage ».

Ces assises trifluviennes eurent d'heureux et multiples lendemains. L'Association organisa sans tarder, pour le Professeur Hillemand et au bénéfice de plusieurs autres groupements médicaux de langue française, un itinéraire scientifique élaboré comprenant de nouveau Trois-Rivières, puis Québec, Chicoutimi, Sherbrooke, Ottawa et Hull, Boston et, bien entendu, Montréal où il fut accueilli dans

nos grands hôpitaux canadiens-français.

Monsieur Hillemand qui, en plus d'une vaste et profonde culture médicale, manifeste pour la gastro-entérologie une dilection visible, y traita diverses questions se rapportant surtout à cette spécialité. Citons entre autres: les mégacôlons chez l'adulte et chez l'enfant; la gastrectomie, ses complications locales, son syndrome carentiel, ses troubles de la motricité; les ménisques et niches gastriques; les mégasplanchnies digestives (œsophage et estomac); les mégaduodénums; la dyskinésie duodénale; les dyskinésies œsophagiennes.

Nous nous bornerons aujourd'hui à évoquer spécialement cette communication sur « Les dyskinésies œsophagiennes » présentée à l'Hôtel-Dieu de Montréal devant les membres de notre Société locale de Gastro-entérologie.

Ce sujet, l'auteur l'avait déjà exposé antérieurement aux Journées des Gastro-entérologues français et publié en collaboration avec P. Chêne et G. Brûlé, en mai 1951, dans les *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*.

Cette communication mérite d'autant plus d'être notée, qu'elle concrétise le premier travail d'ensemble consacré à ce sujet si complexe, que les dyskinésies œsophagiennes sont les moins connues des dyskinésies digestives et que ce vocable de dyskinésie œsophagienne fut proposée par l'auteur lui-même.

Le terme désigne « l'ensemble des perturbations intéressant la motricité et le tonus de l'œsophage, quels que soient leurs sièges (bouche œsophagienne, région du cardia, corps de l'organe), ou de leur causes (qu'il s'agisse

de dyskinésies secondaires ou primitives) ».

«Ce n'est qu'aujourd'hui que, grâce aux progrès de la chirurgie thoracique, l'intérêt se porte sur l'œsophage. Aussi commence-t-on à appliquer à son étude des méthodes classiques depuis de longues années quant à l'examen de l'estomac: examens radioscopiques minutieux et prolongés, prise de clichés en série, emploi des modificateurs de comportement (inhalation de nitrite d'amyle, infiltration splanchnique), etc. D'autre part, en dehors de la radiologie, rien ne peut venir nous renseigner sur la tonicité, la kinésie; car l'étude de la manométrie œsophagienne n'est qu'ébauchée.»

« Par ailleurs, il est intéressant, du point de vue radiologique, de rapprocher les dyskinésies œsophagiennes des autres dyskinésies digestives mieux connues, soit au niveau de l'estomac, soit au niveau du côlon. Cette analogie présente un grand intérêt du point de vue général, avec de grosses différences toutefois. Car il faut bien se souvenir que l'œsophage est un organe de transit, avec musculature mince, alors que l'estomac est un réservoir doué d'une puissante musculature destinée à brasser les aliments.»

A la suite de ces remarques préliminaires, l'auteur, dont l'étude repose essentiellement sur des observations personnelles, divise son travail en deux chapitres, celui des dyskinésies secondaires et celui des dyskinésies en apparence primitives.

Les dyskinésies secondaires englobent des faits connus et sont consécutives à une lésion organique œsophagienne de la région cardiale ou corporeale. Dans le premier cas, la

lésion organique peut être soit un cancer du cardia ou de la grosse tubérosité, soit, plus rarement, une sténose fibreuse du cardia, une sténose hypertrophique, des adhérences ou une péritonite de voisinage. Ces dyskinésies secondaires donnent lieu à un mégacœsophage secondaire comparable en tout point aux mégagastres, aux mégaduodénums, aux mégacôlons secondaires. Dans le second cas, les spasmes peuvent révéler soit un petit cancer, un diverticule, un ulcère de l'œsophage. L'emploi des modificateurs de comportement, en venant renforcer le diagnostic d'organicité, montre, en plus, l'intrication de la lésion organique et des phénomènes spasmodiques.

Le chapitre des dyskinésies, en apparence essentielles ou primitives, est de beaucoup le plus important du fait des syndromes qu'il comprend, des problèmes étiologiques qu'il permet de poser. L'auteur, en restant uniquement sur le terrain fonctionnel et morphologique, distingue les dyskinésies sans stase et celles avec stase. Les premières, sous l'effet d'influence diverses, se manifestent par les spasmes de la bouche œsophagienne et par les incontinences du cardia.

Les dyskinésies avec stase groupent les faits les plus fréquents et aussi les plus intéressants. Leur étude est divisée en plusieurs chapitres: clinico-radiologique, diagnostic, étiologique, pathogénique.

Quel que soit le type observé, les dyskinésies œsophagiennes avec stase se présentent sous le même tableau clinique fonctionnel, avec pratiquement qu'un seul symptôme: la dysphagie. Dysphagie constante, capricieuse, illogique, indolore, influençable au gré

de facteurs divers; dysphagie souvent cyclique, intermittente, parfois déclenchée par une émotion, une colère, un choc moral; dysphagie qui, chez certains malades, est à évolution continue. En permettant de distinguer plusieurs types de dyskinésie, l'examen radiologique prend donc toute sa valeur.

Il faut être très prudent avant d'affirmer cliniquement une dyskinésie œsophagienne car deux erreurs principales sont possibles. D'une part, considérer comme un mégacœophage, certains dolichocœophages un peu distendus, en rapport avec des modifications de la cage thoracique; d'autre part, croire à une dyskinésie en présence de certaines incisures qui ne sont que normales.

Pour l'étude étiologique des dyskinésies primitives ou essentielles de l'œsophage, il faut nous replacer dans le cadre plus général de la pathologie digestive et revenir sur la comparaison entre les dyskinésies œsophagiennes et les dyskinésies gastriques; se répéter qu'à côté des causes organiques patentées il peut en exister d'autres, méconnues, responsables des phénomènes décrits et admettre que le cadre des dyskinésies primitives peut être appelé à se rétrécir, au profit du cadre des dyskinésies secondaires.

Dans les considérations pathogéniques, l'auteur n'a pas la hardiesse, comme il le dit, de vouloir exposer la pathogénie définitive de ces phénomènes si complexes, et il développe un certain nombre de remarques dont nous relevons les suivantes: la prédominance des dyskinésies au niveau du tiers inférieur de l'œsophage en raison de la musculature lisse à ce niveau, alors

que celle du tiers supérieur est striée; ne pas opposer spasme et atonie, et se rappeler la vieille loi de Bayliss et Starling qui veut que toute excitation mécanique ou chimique (au-dessus d'un seuil déterminé portant sur une anse isolée), provoque une contraction en amont, un relâchement en aval du point excité; il faut rapprocher les dolichocœophages fonctionnels, des dolichocôlons des hyperthyroïdiens qui disparaissent sous l'influence du traitement thyroïdien; dans tous les faits étudiés, le système vago-sympathique joue indiscutablement un rôle, qu'il s'agisse des dyskinésies primitives ou de dyskinésies secondaires; certes, il est facile de schématiser et d'admettre deux mécanismes qui peuvent jouer soit isolément, soit simultanément, une asynergie péristaltosphinctérienne et un trouble du tonus qui seraient sous la dépendance d'un dysfonctionnement du système neuro-végétatif.

« Ce dysfonctionnement pourrait être secondaire à une lésion du système neuro-végétatif, depuis les terminaisons intramurales jusqu'aux noyaux bulbaires et au complexe diencephalo-hypophysaire. Rappelons que les centres du troisième ventricule assurent la coordination de ces systèmes avec la corticale et l'hypophyse et secondairement avec tout le système endocrinien. »

« Mais il ne s'agit là que d'un schéma commode car, dans la réalité, il faut compter avec les systèmes d'électrolyse, avec les systèmes tropoendophylactiques et adrénérergiques du diencephale, avec les variations de la température locale, avec l'activité autonome, avec l'automatisme de base,

avec l'automatisme hiérarchisé en rapport avec des séries de réflexes, avec les phénomènes antidromiques, etc.»

Ces quelques citations et extraits, il va sans dire, ne sauraient trouver leur signification totale qu'insérés dans le texte élaboré de l'article entier. Ce travail fondamental, qui comprend 27

pages, 28 figures et 17 rappels bibliographiques, mérite certes d'être lu avec attention et médité longuement. Le professeur Hillemand y découvre, pour notre enrichissement, d'immenses horizons dans ce chapitre de pathologie digestive si largement ouvert.

Pierre SMITH.

## VARIÉTÉS

### L'AVENIR DU MÉDECIN DE FAMILLE<sup>1</sup>

Eugène THIBAUT (Verdun),

Président de la Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec.

« Nous avons aujourd'hui un nombre vraiment redoutable de spécialistes, mais nous n'avons presque plus de médecins. A force de nous cantonner dans notre spécialité nous avons perdu le contact avec l'homme: les détails nous occupent, mais l'ensemble, c'est-à-dire le terrain humain, l'unité humaine nous échappe et l'âme du malade nous reste inconnue: nous volons dans le ciel et nous ne savons plus marcher à terre. »

Mes chers collègues, ces paroles ne sont pas miennes: elles ont été puisées dans un volume qui paraissait juste avant la dernière guerre, volume qui avait été écrit par un professeur le Dr Aschner.

Et si je les emprunte, c'est uniquement pour qu'à notre tour nous fassions notre petit examen de conscience et nous nous demandions premièrement, si nous ne sommes pas sur une fausse route, et deuxièmement, quelle est la vraie voie que nous devons suivre.

Entendons-nous, si vous le voulez bien, sur un terme que nous emploierons assez fréquemment. A notre humble point de vue, le médecin en pratique générale et le médecin de famille ne font qu'un; il ne faudra pas être surpris de nous voir utiliser pour le bien de la cause, l'un ou l'autre de ces deux termes.

En octobre 1949, nous assistions au vingt-septième Congrès international des médecins de langue française. Ce congrès se tenait à Genève et était sous la présidence du professeur Roch. Ce dernier déplorait le même état de choses et il préconisait les mêmes remèdes, et il terminait son discours inaugural, qui dura près d'une heure, par ces mots: « Je me demande, Messieurs, si demain le plus grand spé-

cialiste ne sera pas le médecin en pratique générale. »

Et dans « Bruxelles Médical », nous lisons en juin 1950: « Cette ignorance ou négligence des facteurs psychiques est dûe également à la tendance qui se fait jour de transformer la médecine en science exacte: son idéal vise à définir l'état maladif par des formules physio-chimiques, ce qui revient à une mécanisation, à une mathématisation de la médecine. » Je pourrais, mes chers confrères, vous citer des témoignages semblables durant des heures: mais mon temps est limité.

En somme, en Norvège, en Suède, en Suisse, en France, dans les pays de l'Amérique du Sud, partout l'on étudie le problème: avons-nous fait fausse route? Dans la grande république américaine elle-même, plusieurs états revisent leur programme et redonnent au praticien, au médecin de famille, la place qui lui revient. Nous donnerons la preuve de ce que nous avançons, dans la deuxième partie de notre entretien. Mais je crois que nous avons apporté assez de preuves pour démontrer que divers pays reconnaissent aujourd'hui que la spécialisation à outrance n'a pas donné les fruits que nous en attendions.

J'ai puisé ces citations dans « L'Union Médicale », « L'Information Médicale » et dans quelques revues françaises. Je veux être bien compris: ce n'est pas un réquisitoire contre les spécialités. Lo'n de moi cette idée. Au contraire, je m'incline chapeau bien bas devant ces médecins, ces chirurgiens, ces hommes du laboratoire et de la radiologie, qui ont sacrifié parfois la moitié de leur vie, pour bien comprendre et approfondir les grands mystères de la médecine et qui, fussent-ils vivre cent ans, ne pourront jamais être récompensés comme

1. Conférence prononcée lors du XXI<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

ils le méritent. Non, il faudrait être insensé pour essayer de soutenir que nous pouvons nous passer d'eux, eux qui souvent arrachent à la mort, un être à qui nous n'accordions aucune chance de survie. Non, notre seul but est de démontrer que trop de médecins pensent aujourd'hui qu'il n'y a de salut que dans la spécialité uniquement, que la pratique générale a vu ses beaux jours et que le médecin de famille est un héros du passé à qui l'on doit élever un monument qui fera l'admiration des générations futures.

Cela est faux, et grâce à ce voile qui nous obscurcissait la vue et que l'on enlève aujourd'hui, grâce à ces progrès de géant réalisés par la médecine depuis quelques décades, grâce à ce problème de la sécurité sociale que nos gouvernements ont compris, étudié et auquel ils veulent contribuer dans une large mesure (et ici que l'on ne se méprenne pas, je ne veux pas parler du tout de socialisation ou d'étatisation de la médecine; j'y suis formellement opposé d'ailleurs; l'Angleterre et bien d'autres pays savent à quoi s'en tenir sous ce rapport), en un mot, mes chers collègues, grâce à la logique, au bon sens qui ont prévalu, le médecin de famille ou le médecin en pratique générale doit entrevoir des jours heureux, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue social et économique.

Et je le prouve. Nous aurons le plaisir d'entendre durant le congrès, le prof. Hans Selye, nous parler des maladies de l'adaptation. A la suite de ses travaux et des recherches de quelques-autres endocrinologistes, il faudra revoir chaque chapitre de la pathologie. Constatons immédiatement que trois agents peuvent être considérés comme agents « stressants, » c'est-à-dire offensants pour l'organisme: les agents physiques, chimiques et nerveux. Pour le bien de notre cause, je vous prie de bien noter ce dernier agent offensant, l'agent nerveux... Car de nos jours, et nous avons de nombreuses preuves à l'appui, cet agent nerveux peut expliquer nombres d'affections: troubles digestifs, insomnie, migraines, anémie, dysménorrhée, accouchement laborieux, asthme, ulcères

du tube digestif, affections cutanées, et que sais-je encore...

Dans le même ordre d'idées avaient lieu, le printemps dernier, dans la métropole, les journées médicales de la Société Médicale de Montréal. Elles remportaient un franc succès, que méritaient aussi bien ceux qui les avaient organisées que ceux qui présentèrent des travaux, et le mercredi 9 mai, était la journée consacrée à la médecine dite psychosomatique: cinq rapporteurs étaient au programme, et tous les cinq, neurologue, cardiologue, endocrinologue, dermatologiste et gastro-entérologue, déclarèrent et avec raison, qu'un fort pourcentage de leurs malades relève d'une thérapeutique psychosomatique.

Mes chers amis, je vous le demande, quel est le médecin qui est à même de la pratiquer cette thérapeutique psychosomatique avec les plus grandes chances de succès, parce que c'est lui qui a les meilleurs atouts en mains? C'est le médecin de famille, c'est le médecin en pratique générale. Pas un mieux que lui, ne connaît les troubles et les ennuis d'un ménage: à lui, l'on confie des secrets que bien souvent l'on ne dirait à personne d'autre, pas même au prêtre: Le médecin de famille connaît mieux que quiconque les tares, les faiblesses des familles qui composent sa clientèle. Le meilleur spécialiste au monde ne pourra découvrir chez certains malades qui ont mis leur confiance en leur médecin de famille et avec lequel ils vivent quotidiennement, des choses, des facteurs que ce dernier décèlera parfois, uniquement par intuition.

Ma's vous me direz: nous perdons nos malades: ils vont se faire traiter dans les grandes villes. Halte-là, mes amis, les temps, les habitudes, les manières de procéder changent bien vite. Nous sommes à ce tournant, et si vous me le permettez, nous allons étudier ensemble les possibilités qui se présentent, et peut-être qu'à la fin, serons-nous d'accord pour admettre que la face des choses peut changer et très rapidement. Si nous suivons de près la distribution des hôpitaux dans la Province de Québec, force nous est d'admettre que le médecin en pratique générale a depuis quelque

temps et aura dans l'avenir, beaucoup plus de facilité pour traiter ses malades. Il les traitera à l'hôpital même, et du train où vont les choses, tous ces hôpitaux neufs dissimulés un peu partout sur notre sol québécois seront d'accès plus facile au médecin de famille. En effet, des bords éloignés de la Baie des Chaleurs à la région lointaine du Témiscamingue, l'on commence ici, l'on termine là, la construction de nouvelles institutions. A mon humble point de vue, elle sera bientôt désuète cette exclamation que l'on entendait il n'y a pas si longtemps. « Nous envoyons nos malades dans les hôpitaux, et les grands spécialistes de là-bas s'efforcent de les garder et de les faire revenir à leurs bureaux ». Car dans quelque temps, la plupart des médecins pourront aller traiter eux-mêmes dans ces hôpitaux, leurs malades. Sans doute, aurons-nous toujours de ces cas exceptionnels qui nécessiteront un traitement tout à fait particulier, que seuls un grand centre et des maîtres hautement spécialisés pourront leur procurer.

Et une autre magnifique innovation qui aidera grandement le médecin un peu plus éloigné, est la création de ces centres de diagnostic. Certes, les hôpitaux régionaux ne pourront tous se payer le luxe d'un radiologiste de carrière, d'un anatomo-pathologiste reconnu; c'est alors que ces centres de diagnostic entreront en jeu. Le malade sera examiné, et il retournera immédiatement à son médecin de famille avec le diagnostic de la maladie aussi précis que possible. Et là encore, le médecin de famille conservera son malade et il aura entre les mains tout ce qu'il lui faudra pour traiter ce malade comme il se doit.

Viendra un temps où il y aura trop d'hôpitaux, me diront quelques-uns. Ne craignez pas ce nouveau problème, car ce n'est là qu'une question de distribution de malades. Nous manquons de milliers de lits pour les cas chroniques, les paralytiques, les enfants qui ont été exposés à la tuberculose, et que sais-je encore. Des décades passeront avant qu'il y ait un surplus de lits.

Et ici mes chers collègues, je me plais à re-

connaître le travail magnifique que « l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, » la « Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec, » l'« Association des Bureaux Médicaux des Hôpitaux de la Province, » ainsi que le « Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec » ont accompli depuis quelques années. Ils les ont tous étudiés ces problèmes de la distribution des hôpitaux, de la création de centres de diagnostic et ils ont fait connaître à qui de droit le résultat de leurs études. Remercions-les de leur travail, ils le méritent, et reconnaissons l'élan extraordinaire donné par les autorités gouvernementales, peu importe la couleur qu'elles arborent.

Quelques-uns s'offusqueront et s'écrieront: c'est l'acheminement vers la médecine d'Etat. Non pas, mes chers confrères, c'est le mode de vie actuel, ce sont les exigences des découvertes modernes qui nous acheminent vers cet état de chose. Notre Saint-Père lui-même, le reconnaît quand il dit par la plume de Mgr Montini: « Certes il ne saurait être question de contester les droits et les devoirs de l'Etat vis-à-vis de la santé publique, et surtout en faveur des moins favorisés, de ceux que la pauvreté rend à la fois plus imprévoyants et plus exposés. Or, dans le cadre de la civilisation moderne, seul l'Etat, soutenant et co-ordonnant au besoin les initiatives privées, possède de fait les moyens propres à une action plus universelle, plus concertée, et par conséquent d'une efficacité plus sûre et plus rapide. »

Un autre facteur, mes chers confrères, qui contribuera à rétablir le prestige du médecin de famille, ce sera justement le nouveau genre d'assurance-maladie, connu encore sous le nom de plans d'assurance-maladie pré-payés. La Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec, l'« Association des Bureaux Médicaux des Hôpitaux de la Province de Québec, » l'« Association des Médecins de Langue Française du Canada, » ont étudié ce système d'assurances durant des mois, je dirais, des années. Pourquoi ces plans seront-ils plus profitables à l'indigent, au « collet blanc »

et au médecin de famille que ceux qui existent déjà? tout simplement parce que ces plans permettront aux malades de se faire traiter à leur domicile ou au bureau du médecin, sans bourse délier, sauf pour les médicaments.

A venir jusqu'à ce jour, dès que l'on éprouvait un malaise, on se faisait hospitaliser, car la plupart des plans que possédaient les assurés étaient des plans d'hospitalisation. Je ne m'étendrai pas davantage, mes chers collègues, dans la description de ces plans, car le Comité d'économie médicale de l'« Association des médecins de Langue Française du Canada » a consacré de longues séances à l'étude de ce nouveau genre d'assurance-maladie, et je me suis laissé dire qu'il demandera votre avis, votre opinion sur ce mode d'assurance très bientôt. De prime abord tout de même, ce que nous constatons, c'est que le médecin en pratique générale aura certainement plus d'atouts en mains pour conserver son malade.

Autre indice encore qui me fait espérer en des jours meilleurs pour le médecin de famille ou le médecin en pratique générale: ce sont certaines organisations qui ont pris naissance dernièrement tant au Canada qu'aux Etats-Unis. Chez nos voisins d'outre-frontière, cette organisation est connue sous le nom « d'Académie des Médecins en pratique générale. » Elle groupe un médecin sur sept, c'est-à-dire qu'elle compte actuellement vingt mille membres. De son côté, l'« Association Médicale Canadienne » a sa section de « G P » ou de praticiens généraux. Ces organisations visent à obtenir dans les hôpitaux, une section pour le médecin en pratique générale. Pour le moment, nous ne pouvons dire ce que donnera cette initiative, car ici, dans le Québec, nous ne pouvons aller de l'avant, tant que le Collège des Médecins et Chirurgiens ne se sera pas prononcé. D'ailleurs, c'est lui et ce sont nos universités qui doivent nous indiquer la voie à suivre dans ce domaine, à cause surtout de la

loi des spécialités et de l'enseignement universitaire. Quoiqu'il en soit, nous tenons à signaler le fait, car il revêt une importance capitale, et il prouve sans l'ombre d'un doute, que le médecin en pratique générale désire conserver son prestige.

Admettez avec moi, mes chers confrères, que l'avenir du médecin de famille ne doit pas nous paraître si sombre. Peut-être suis-je trop optimiste, mais n'empêche que je suis tenté de m'écrier avec le professeur Roch, de Genève, que le plus grand spécialiste de demain sera peut-être le médecin en pratique générale. De fait, n'est-il pas un véritable spécialiste en médecine interne? Faisons tout d'abord notre petit examen de conscience, et demandons-nous si nous n'avons pas été un peu trop indolents... si oui, promettons de ne plus pécher... et de grâce, relevons la tête: lisons, étudions, et penchons-nous davantage sur ce malade, et n'oublions jamais que le sourire est un merveilleux agent thérapeutique. Ce n'est pas pour rien que ce malade nous a choisis nous, parmi cent autres peut-être: répondons à ce courant invisible qui nous unit l'un à l'autre et nous nous rendrons vite compte que cette fameuse médecine psychosomatique qui est appelée à jouer dorénavant un rôle considérable dans le traitement non pas des maladies, mais des malades, que nous en sommes les plus authentiques dépositaires, que nous possédons un trésor auquel nous n'avons peut-être pas assez attaché d'importance dans le passé.

Ah! nos ancêtres en médecine le possédaient ce fameux trésor et ils nous l'ont légué. Exploitions-le au vrai sens médical du mot, et c'est alors, comme le disait notre confrère Roméo Boucher, que l'on considérera « le médecin de famille comme le pivot essentiel de la pratique médicale, » et ce sera tout à l'honneur du praticien général ou du médecin de famille qui ne demande qu'à bien remplir son rôle à l'endroit de l'humanité souffrante.

## EN DEVOIR

### LA SITUATION AU PAYS

La force des Divisions provinciales de l'Association continue de grandir.

Il existe un intérêt local grandissant dans les affaires techniques et non-techniques au sein des Divisions.

Il existe, chez les médecins, une coopération active à l'égard du développement des plans médicaux pour les soins payés d'avance, et un soutien précieux en faveur des services médicaux trans-Canada.

Par l'entremise des efforts soutenus par la profession, les hôpitaux et les autres organisations médicales se répandent de plus en plus tandis que les médecins établissent encore mieux leur position en faveur des plus hautes exigences du service médical.

Voilà les résultats qui peuvent être conclus à la suite des réunions tenues par les divisions à travers tout le pays. L'un des devoirs et privilèges qui incombent au président de l'Association Médicale Canadienne, comprend une visite officielle à chacune des dix réunions annuelles tenues par les divisions, où celui-ci est accompagné par un membre du secrétariat.

Le Dr Harcourt B. Church, accompagné du rédacteur de cet article, a assisté, entre le 24 août et le 12 octobre, à huit réunions successives parmi les divisions. Réellement, notre président s'est dépensé beaucoup dans l'intérêt de la profession médicale et des gens que nous servons.

Il serait triste de constater une telle expérience si elle n'apportait pas avec elle une meilleure appréciation de la situation au Canada et si elle ne témoignait pas en faveur du rôle que notre profession joue dans le développement de notre nation. Le Canada vit actuellement une période de progrès très actif et se développe beaucoup. Aux points de vue économique et sociologique, ce développement s'affirme de l'Atlantique au Pacifique, et comme tout phénomène de croissance, celui-ci s'accompagne de changements et d'ajustements nécessaires.

Dans le champ de la médecine, l'on peut voir surgir des solutions nouvelles et énergiques pour résoudre les vieux problèmes du cancer, de l'arthrite et de la tuberculose. Il est encourageant de constater les efforts combinés des organismes officiels de santé et des médecins, pour combattre ces menaces au bien-être de notre peuple. Les nouvelles constructions récemment ajoutées aux hôpitaux du pays, constituent un témoignage de ce développement. Des écoles médicales nouvelles offriront bientôt des recrues supplémentaires au rang de la profession, et dans leur programme, il existe de nombreuses preuves de plans bien organisés qui sont essentiels à l'importance fondamentale de ces institutions.

Au cours des sessions techniques pendant les réunions des divisions, beaucoup de discussion a eu lieu sur les méthodes de distribution des services médicaux. Nos projets relatifs aux soins médicaux payés d'avance sont de plus en plus acceptés favorablement par le public et leur développement dans la plupart des cas est aussi rapide que les exigences administratives le permettent. La formation de services médicaux Trans-Canada est considérée comme un grand pas en avant. Mais la promesse inhérente à cette nouvelle organisation doit être justifiée bientôt par une réalisation plus définie et par une répartition plus étendue des bénéfices apportés par les soins médicaux payés d'avance. Au stage de développement de ce projet, les conditions ne sont pas satisfaisantes par suite de l'attitude démontrée par la profession qui ne réalise pas le peu de progrès accompli pour répandre cette organisation parmi la classe rurale, et pour fournir des contrats pour les individus. Les soins médicaux à donner au nouveau groupe considérable de ceux qui reçoivent la pension de vieillesse, ont été discutés à fond, et la ligne de conduite de l'Association a été partout ré-affirmée de nouveau — à savoir que ces bénéficiaires de la

pension n'ont pas automatiquement droit aux soins médicaux sous l'égide du gouvernement.

Beaucoup d'intérêt a été manifesté à l'égard du fonctionnement du Service National de la Santé en Grande-Bretagne, et à l'égard de la situation au Canada relative à l'intervention du gouvernement dans les soins médicaux. En considérant d'un œil critique les points faibles du système adopté en Grande-Bretagne, et convaincus que ce système ne convient pas au Canada, nous ne devons pas perdre de temps pour démontrer que notre participation volontaire dans la résolution de ce problème, en nous occupant des questions budgétaires concernant les médecins et les hôpitaux, est une alternative préférable. Cependant, bien que la majorité des membres de notre profession croient que ce fait est possible, notre position est abaissée par deux attitudes que démontrent certains de nos collègues. La première attitude est la plus dangereuse et représente le médecin qui ignore les augures et qui prétend que les conditions confortables de la pratique privée persisteront à ne pas changer. Pour lui, la « médecine étatisée » ne vaut pas la peine d'y penser, et cette attitude amoindrit le travail de la profession qui cherche à promouvoir un plan volontaire de soins médicaux payés d'avance. Un tel raisonnement est une menace aux efforts déployés et l'on ne peut dire « cela ne peut survenir ici ». D'autre part, quelques-uns de nos gens pensent que malgré nos meilleurs efforts, l'imposition éventuelle de la médecine d'état est inévitable. Cette attitude défaitiste a tendance à faire cesser la lutte pour promouvoir et améliorer nos plans volontaires, et a déjà même fait abandonner la partie chez d'aucuns.

Heureusement, la profession dans son ensemble n'adopte pas l'une ou l'autre de ces attitudes. En suivant la marche des temps et en jouant un rôle important dans le développement et le progrès du Canada, la profession médicale reconnaît le besoin de promouvoir un plan canadien distinctif pour les problèmes de santé qui concernent notre peuple. La profession ne dénie pas la position de l'Etat dans

l'organisation des services de santé, et nous croyons qu'elle a démontré son habileté à travailler en harmonie avec les gouvernements à l'avantage de tous les Canadiens.

Le parcours du président a fourni une excellente occasion pour évaluer la force de notre organisation et de ses divisions. Commencant par la réunion tenue à St-Jean, Terre-Neuve, notre plus jeune province, il a été évident que les médecins de cette région ont été stimulés et aidés par leur contact avec l'Association Nationale. Dans cette région où les problèmes médicaux sont uniques, la Confédération a eu pour effet d'introduire des services publics tels que la Compensation pour les travailleurs. La profession considère sa relation avec ce problème et d'autres, une tâche familière à notre organisme partout.

La Division du Nouveau-Brunswick s'est réunie dans un endroit très gai, soit à l'hôtel Algonquin à St-André, et présentait sa soixante-et-onzième session annuelle. La manière facile et efficace de conduire ces assises, témoigne de la longue expérience acquise pour le bien médical de la province et du pays en général. D'autre part, l'organisation médicale la plus ancienne au Canada, la Division de la Nouvelle-Ecosse, tenait la quatre-vingt-dix-huitième réunion annuelle qui eut lieu à Antigonish. Le local pour ces assises fut mis à notre disposition par l'Université St-François Xavier, et un programme varié fut présenté comprenant des activités techniques, scientifiques et sociales.

La force qui existe dans la Division de l'île du Prince-Edouard ne fut jamais autant affirmée qu'à la réunion de cette année à Charlottetown. Les discussions ouvertes au sujet du contrôle du cancer et du programme de la santé mentale, furent des démonstrations persuasives à l'égard du fait que la division occupe une position intégrante parmi les problèmes immédiats de la province qu'elle représente. Les sessions techniques ont aussi démontré que les médecins de l'île du Prince-Edouard sont au courant des problèmes de l'heure.

Au cours des quatre réunions qui ont eu lieu dans les Maritimes, une équipe de con-

férenciers accompagna le président, et des travaux très efficaces furent présentés au cours des sessions scientifiques. L'Association Médicale Canadienne et ses Divisions remercient ces médecins et professeurs très occupés, de la contribution appréciable qu'ils ont apportée aux études scientifiques qui sont fondamentales dans la poursuite du but de notre organisation. Il est encourageant de remarquer cependant, que les Divisions ne dépendent pas seulement de conférenciers invités pour présenter un programme instructif car les présentations par des conférenciers locaux occupent de plus en plus une place importante dans leur programme.

Le voyage nous amena ensuite dans l'ouest où la première des quatre réunions nous fit descendre à Moose Jaw où avait lieu la réunion de la Division de la Saskatchewan. Malgré l'ouverture de la chasse aux canards qui avait lieu le même jour, un très grand nombre de médecins et leur épouse s'enregistrèrent. Des activités techniques, scientifiques et sociales se sont poursuivies avec l'enthousiasme caractéristique de nos collègues de Saskatchewan, et à cet endroit, la contribution apportée par des conférenciers locaux au programme scientifique, fut très appréciable.

De là, nous avons assisté à la quarante-sixième réunion annuelle de la Division de l'Alberta à Edmonton. Ici, l'atmosphère stimulante de la capitale des huiles au Canada, et l'influence pondérée de l'Université d'Alberta furent évidentes. Bien que nos collègues d'Alberta soient engagés dans plusieurs projets médicaux importants relatifs à leur province, ils ont trouvé le temps de discuter les plans de la quatre-vingt-troisième réunion annuelle de l'Association Médicale Canadienne,

qui aura lieu à Banff et au Lac Louise au cours de la semaine de 1952. Le Dr Harold Orr, le président élu et ses comités locaux font actuellement des préparatifs pour un congrès qui sera mémorable.

La Division de la Colombie-Britannique se réunit à Vancouver où une activité variée dura pendant une semaine, y compris l'inauguration de l'Académie de Médecine de Vancouver. Cet édifice moderne offre des lieux très spacieux et abritera la bibliothèque médicale de même que le bureau et les salles de comités pour toutes les organisations médicales de la province. Un tel endroit suscita beaucoup d'envie de la part de tous les visiteurs. Une décision importante se réalisa au cours de cette réunion, et la Division de la Colombie-Britannique a entrepris de financer ses propres activités en demandant une souscription annuelle sur une base volontaire à tous ses membres.

La dernière réunion où assista le président fut à Winnipeg où eurent lieu les assises de la Division du Manitoba. Ces sessions bien organisées et avec documents à l'appui, offrirent une conclusion appréciable et instructive à l'égard de cette enquête sur la médecine au Canada d'un littoral à l'autre.

Bien qu'il soit compromettant de tirer des conclusions relatives à la situation qui existe dans un organisme aussi complexe que celui de la profession médicale au Canada, il est possible tout de même d'exprimer l'opinion qui indique que le sujet est actif et vivant, même puissant, et que sous ce rapport, les conditions de la profession médicale marchent de pair avec celle de la nation.

A. D. KELLY,  
Secrétaire Général Suppléant.

---

# CONGRÈS

---

## XXI<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'A. M. L. F. C.

### SÉANCE D'OUVERTURE

#### ALLOCUTION DU DOCTEUR HERMILE TRUDEL,

Secrétaire-trésorier général de l'Association.

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada vous communique avec une grande joie les sentiments profonds qu'elle éprouve de l'honneur que vous lui faites d'assister à cette séance solennelle. Croyez bien qu'en retour elle vous offre le meilleur d'elle-même et qu'elle est heureuse de siéger pour la troisième fois dans la coquette ville des Trois-Rivières. Les grandes personnalités civiles et religieuses qui rehaussent cette fête de leur distinguée présence nous honorent et nous encouragent dans la continuation de notre œuvre qui consiste, en définitive, à rester toujours au service du grand public pour qui l'association garde un sentiment de grande estime.

Vous assistez à l'ouverture de notre XXI<sup>e</sup> congrès, présidé par l'un des vôtres, notre éminent confrère, le docteur J.-Avila Denoncourt, que vous connaissez sûrement sous le nom de Tavi. Permettez aussi que je cite les noms de ceux qui secondent le président: ce sont MM. les docteurs Jean-Baptiste Jobin, de Québec, 1<sup>er</sup> vice-président; Jean-Marie Laframboise, d'Ottawa, 2<sup>e</sup> vice-président; Sénateur Gustave Lacasse, de Tecumseh, Ontario, 3<sup>e</sup> vice-président; Auray Fontaine, de Woonsocket, E.-U., 4<sup>e</sup> vice-président; Jos. Normand, secrétaire; Clément Boucher, secrétaire-adjoint; et Jean-Louis Rochefort, trésorier. Je voudrais aussi nommer tous les confrères du docteur Denoncourt de la région des Trois-Rivières qui ont dans leurs comités respectifs, du protocole, du logement, de réception, d'activités sociales, etc., incomparablement aidé ce dernier à l'élaboration de ces journées d'études.

Et aussi, je suis heureux et honoré d'attribuer une mention toute spéciale à Madame Denoncourt, au sourire toujours si engageant, qui a été nommée présidente honoraire du comité des dames, à Madame Adélarde Tétreault, la distinguée présidente du même comité, à la charmante Madame Joseph Lamoureux, secrétaire, et à toutes les autres dames, épouses de nos confrères des Trois-Rivières et des environs, pour leur impayable collaboration à organiser le programme social féminin et pour leur invitation irrésistible lancée aux épouses des médecins du pays et des Etats-Unis. A tous ceux qui ont rendu possible la tenue de ce XXI<sup>e</sup> congrès, adressé au médecin de famille, pivot social de la médecine, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada dit toute sa gratitude: aux membres des différents comités, aux présidents de séances, aux savants conférenciers, au personnel de l'organisation, à nos bienveillantes maisons de produits pharmaceutiques et d'instruments de chirurgie, et, j'ajouterai, à tous les membres du Conseil. Je serais ingrat de ne pas reconnaître que nous devons enfin exprimer nos remerciements les plus tendres aux épouses de tous les confrères qui ont voulu accompagner leur mari, ce qui permet à ces derniers d'assister au XXI<sup>e</sup> congrès. Sans eux tous, le médecin praticien se verrait privé d'un grand bienfait, et, en retour, par sa présence, il leur témoigne sa reconnaissance.

Depuis le XX<sup>e</sup> congrès tenu à Montréal en 1950, sous la présidence du professeur J.-A. Vidal, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada a continué son travail, guidée par les événements en cours. Je veux

ici souligner le travail d'un organisme très important qu'on peut appeler le cerveau de l'Association et qui est le comité d'économie médicale. Sous la direction du docteur Roma Amyot, les dévoués membres que vous me permettrez de vous nommer et ce sont les docteurs Denoncourt (Trois-Rivières), Richard Gaudet (Sherbrooke), Pierre Jobin (Québec), Jean-Marie Laframboise (Ottawa), Jean Mercille (Montréal), Armand Rioux (Québec), Raoul Morissette (Windsor Mills), Conrad Gagnon (Montréal) (ces trois derniers représentent dignement et efficacement les médecins praticiens généraux), le président de la Fédération des Sociétés Médicales le docteur Eugène Thibault, le président de l'Association des Bureaux médicaux des hôpitaux de la province de Québec le docteur Roland Décarie, ces membres, dis-je, ont tenu au cours des douze derniers mois six séances pleines d'utiles délibérations sur des questions pertinentes à la médecine. Ils donneront à leurs confrères le résultat de leurs études au cours d'une réunion dite d'économie médicale qui aura lieu dans cette salle demain soir. Au nom de notre association, je les remercie publiquement en votre présence; tous ont soustrait

plusieurs heures de leur travail quotidien pour assister assidûment aux séances du comité d'économie médicale.

Enumérer ici toutes les autres activités de l'Association prendrait plusieurs heures. Je me contenterai de dire que nous nous sommes fait un plaisir et un devoir de recommander, par l'intermédiaire de notre comité conjoint de relations médicales France-Canada, tous les confrères qui nous en ont fait la demande et qui se sont dirigés en France parfaire leurs études dans différents domaines médicaux.

L'association a aussi donné une lettre de créance à l'un des directeurs-général honoraire, le docteur Donatien Marion, qui est allé la représenter au congrès de Bruxelles du 27 au 30 septembre dernier.

En terminant, distingués invités, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada vous révèle que, si elle mène une vie si débordante, c'est pour vous qu'elle le fait. La population se permettant d'être parfois malade, les médecins se rendent compte du rôle social qu'ils ont à jouer. Et sans souhaiter que vous soyez frappés par la maladie, vous pouvez être assurés que vous nous trouverez toujours empressés d'accourir à votre service.

## ALLOCUTION DU DOCTEUR J.-A. DENONCOURT,

Président du XXI<sup>e</sup> Congrès.

Occuper le fauteuil présidentiel, à l'ouverture d'une cérémonie si imposante, éveille, chez moi, des sentiments d'émotion et de fierté.

Ces sentiments redoublent d'intensité quand je vois, sur cette tribune, des personnages aussi éminents, représentants de l'Eglise, de la Cité, de la Province, du Canada et de la France.

J'éprouve réellement des sentiments de confiance, en pensant à la vigueur croissante de notre Association, à l'ouverture de son XXI<sup>e</sup> Congrès, au bienveillant intérêt et à la réconfortante collaboration que les différents groupements de la population manifestent par la venue de leurs représentants à cette séance.

Monseigneur, votre présence à l'ouverture officielle du XXI<sup>e</sup> Congrès nous honore et nous remplit de joie. Elle démontre l'attention toute maternelle que l'Eglise porte aux diverses classes de la société, et son vif désir de participer à l'avancement de la science. Je me sens particulièrement heureux de vous dire, Monseigneur, que l'Association, dans ses différentes activités, a secondé l'Eglise par sa lutte contre certaines théories modernes sur l'euthanasie, la limitation des naissances, et autres. Avec le docteur Vidal, président du XX<sup>e</sup> Congrès, je puis affirmer que l'Association conserve précieusement la foi en l'autorité religieuse et le respect de la personnalité humaine.

Monsieur le Maire, bienvenue parmi nous.

Une des nombreuses obligations de l'autorité municipale est de veiller au bien-être et à la santé de ses citoyens. Dans le passé, vous avez compris l'importance de ce devoir en favorisant les mouvements des différentes œuvres de bienfaisance. Présentement, vous nous en donnez une preuve de plus par la collaboration de la Cité des Trois-Rivières à l'organisation de ce congrès. Soyez remerciés, vous et les membres du Conseil, de votre générosité envers notre Association.

Bienvenue au Ministre Provincial de la San-

té. Votre tâche, M. le Ministre, de veiller sur la santé de la population de cette province est immense. Le dévouement avec lequel vous vous en acquittez attire l'admiration de tous et l'estime de vos confrères.

Conservez vos sentiments de compassion et de largesse envers les supplications qui vous sont faites pour venir en aide au traitement des indigents, à l'organisation des services médicaux dans les régions éloignées, à l'édification des centres hospitaliers, à l'avancement scientifique de vos collègues. La santé de notre Province reflète les activités de votre Ministère.

Honorable Premier Ministre, les organisateurs de ce congrès sont honorés de votre présence au milieu d'eux. Soyez assuré qu'ils l'apprécient hautement. Ce geste, de votre part, met en évidence l'intérêt que vous portez à la classe médicale.

Me faisant l'interprète de L'Association des Médecins de Langue Française du Canada, je vous souhaite la plus sincère bienvenue.

Me permettriez-vous de vous dire que la classe médicale doit compter, pour une bonne part, sur les autorités provinciales dans la poursuite de ses fins, et qu'elle espère garder dans l'avenir, comme elle l'a fait dans le passé, les meilleures relations avec les dirigeants publics.

En retour de l'aide précieuse que vous lui accordez, notre Association vous offre les services de ses comités d'études et d'action, et l'assurance de son entier dévouement.

Je salue M. l'Ambassadeur de France, digne représentant, au Canada, de notre ancienne Mère-Patrie.

Les relations entre nos deux pays nous sont bien chères, particulièrement à nous qui parlons la même langue.

Nous sommes redevables à la France de l'avancement intellectuel des nôtres dans tous les domaines.

Recevez, M. l'Ambassadeur, l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond attachement à vous et au pays que vous représentez.

M. Hillemand, médecin-chef de l'hôpital Tenon, président de la Société nationale française des gastro-entérologues, délégué de la France au XXI<sup>e</sup> Congrès, les membres de l'A.M.L.F.C. sont très heureux de vous avoir avec eux, et se sentent bien privilégiés de votre participation aux activités du Congrès.

Nous voyons, dans ce geste, une condescendance bien généreuse de votre Gouvernement, toujours soucieux de faire rayonner la culture française.

Au nom de mes collègues, M. Hillemand, je vous souhaite la plus cordiale des bienvenues.

Mesdames, messieurs, l'imposante assistance de ce soir est un gage de votre estime envers les membres de la classe médicale. Ils vous en sont très reconnaissants.

Permettez-moi de vous rappeler que la tenue de ces Congrès n'a d'autre but que l'accroissement des connaissances médicales et le perfectionnement de leur application, chose dont les citoyens sont les premiers bénéficiaires.

Je tiens à signaler la présence des nombreux représentants de compagnies de produits pharmaceutiques, d'appareils scientifiques et autres qui prennent une part imposante à ce Congrès. Me serait-il permis d'exprimer, en public, la reconnaissance de l'Association envers ces diverses maisons pour l'attrait de leurs

exhibits, et aussi pour leur aide pécuniaire qui facilite ces réunions scientifiques.

Messieurs les médecins, chers collègues, vous, plus spécialement, pour qui le Congrès est tenu, soyez assurés que rien n'a été négligé pour agencer un programme scientifique dont les nombreuses communications ne manqueront d'intérêt pour aucun d'entre vous.

En parcourant la liste des conférences, le médecin de famille se rendra compte de la large part accordée à l'étude de ses problèmes de diagnostic et de traitement.

Le spécialiste, par ailleurs, puisera dans d'autres présentations des connaissances au complément de ses recherches.

A visiter les nombreux exhibits scientifiques, les médecins se plairont à observer les expériences de leurs confrères.

Chers amis, à titre de président, je suis heureux de vous saluer et de vous souhaiter une chaleureuse bienvenue.

Je m'en voudrais de terminer sans ajouter un mot d'appréciation envers les épouses des médecins. Mesdames, votre empressement à accompagner votre mari est significative. Elle démontre, une fois de plus, votre compréhension du rôle de soutien et d'encouragement que vous remplissez auprès de votre compagnon de vie. Croyez, mesdames, à l'expression de nos hommages très sincères.

A titre de président, je déclare ouvert officiellement le XXI<sup>e</sup> Congrès des Médecins de Langue Française du Canada.



**ALLOCATION DU DOCTEUR ÉMILE BLAIN,**  
**Directeur général de l'Association.**

On a l'habitude de considérer une médaille soit comme une récompense accordée à l'auteur d'un exploit remarquable, soit encore comme un souvenir destiné à commémorer un événement d'importance.

Pourtant, celle que je viens de recevoir a une toute autre signification. Je veux bien qu'elle soit un symbole d'autorité, mais je ne peux m'empêcher de croire qu'elle est avant tout un signe d'encouragement, un élégant geste de sympathie qu'on témoigne à celui qui vient de s'engager dans une tâche plus ou moins difficile. Envisagé sous ce dernier aspect, l'emblème doré perd peut-être un peu de sa poésie, mais il devient plus conforme à la réalité.

En fait, cet insigne d'office, encore que décoratif, est assez lourd à porter; et il le deviendrait vraiment trop si je ne pouvais compter pour en partager le fardeau, sur le concours des officiers, des conseillers, et des amis de notre association. On m'a fait aimablement sentir que dans un cas comme celui-là, le droit civil ne s'applique plus, et que je n'ai pas la prérogative de refuser la succession, même si en tant qu'héritier elle me paraît onéreuse.

Dans les circonstances, il ne me reste plus qu'une alternative; celle d'accepter le directorat-général de l'association des médecins de langue française du Canada. Mais, il vous est facile d'imaginer que je le fais avec quelque appréhension.

Je remercie l'association et son Conseil de m'avoir manifesté tant de confiance. Je remercie les amis qui ont trouvé des arguments si délicats, subtils pour influencer ma décision. Je remercie l'ex-directeur-adjoint le Dr. Donation Marion de son insistance bienveillante. Je remercie le secrétaire-général le Dr Hermile Trudel de ses promesses de dévouement, promesses qu'il a magnifiquement tenues depuis. Je remercie, enfin, mon exécutif, les officiers du congrès en cours, et les membres de tous les

autres comités qui ont déjà commencé à me prêter leurs talents, et qui je l'espère, continueront à le faire dans l'avenir.

Lors de son intronisation, il est d'usage que le nouvel élu fasse part à ses commettants de l'orientation qu'il entend donner à l'œuvre qu'il préside. Parler de programme défini me paraîtrait ambitieux et imprudent; car à mon sens, les plus beaux programmes sont encore ceux qu'on exécute avant de les formuler, en s'inspirant des exigences et des caprices de l'heure.

Dans son acte d'incorporation, notre association a un objectif bien précis: « Celui de rallier sur un terrain commun d'intérêts scientifiques et professionnels, et cela pour le plus grand bien de la population en général, les médecins de langue française du Canada et des alentours ». Ce but, à la fois si simple et si vaste, j'entends bien, dans la mesure de mes modestes moyens, contribuer à le réaliser.

L'association des médecins de langue française du Canada offre sa respectueuse soumission aux autorités civiles et religieuses du pays, et se propose d'observer les lois des uns et des autres. Elle a l'impression de représenter dans le domaine médical quelque chose de la mentalité, des croyances et des aspirations des Canadiens d'expression française. Elle n'a pas honte d'être ce qu'elle est, ne sent pas le besoin de s'en excuser, et compte bien garder toute sa personnalité. D'ailleurs, assise sur d'autres bases que celles-là, elle perdrait je le crains fort, toutes ses raisons d'être.

Mesdames et messieurs, l'époque actuelle est féconde en changements dans toutes les sphères de la vie; et la pratique médicale n'échappe pas à cette tendance. S'il en est qui le savent, ce sont nos dirigeants qui reçoivent de partout des réclamations dans ce sens, réclamations souvent aussi persistantes que contradictoires. A ce propos, est-il nécessaire de rappeler que l'économie sociale, tout comme

sa fille cadette l'économie médico-sociale, sont des institutions qui s'accommodent mal des secousses violentes. Elles ne font certes pas la sourde oreille aux conditions nouvelles. Elles savent se rendre compte des besoins de la population en matière de santé, des richesses et des lacunes de nos organisations. Mais elles croient que s'il est un terrain où il s'agit moins de faire vite que de faire bien, c'est celui-là. Elles supportent difficilement les transformations brusques et sans étapes, sans assurance d'un lendemain meilleur; et l'expérience des autres est en train de leur prouver qu'il est bien compliqué de faire machine-arrière, le jour où l'on s'aperçoit qu'après avoir tout chambardé pour avoir mieux, on a en définitive moins bien... et pour longtemps.

Notre association étudie avec le plus de désintéressement possible tous ces problèmes d'actualité, et c'est avec les meilleures dispositions du monde qu'elle offre sa collaboration aux autorités constituées, dans la solution de ces questions ardues. Tout ce qu'elle souhaite sincèrement, c'est le mieux-être de la société accompli dans des conditions maxima de sécurité, et au détriment de personne. Progrès?

Sans aucun doute; mais progrès réel, et non chimérique!

Voilà en quelques traits l'état d'âme de notre association; et en résumé, l'idée que se fait son nouveau directeur-général, des problèmes qui la concernent.

Mesdames et messieurs, les paysages de la Mauricie sont toujours beaux à voir. Mais à ce moment-ci de l'année, ils sont simplement merveilleux. Les bois et les forêts regorgent de couleurs. Les érables et les chênes en se mirant dans l'eau, donnent aux rivières et aux lacs des ondes d'or et de feu. C'est la splendeur de l'automne dans ce coin de terre canadienne que nous aimons tous; c'est un gala féérique que nous trouvons toujours nouveau.

C'est au milieu d'un tel déploiement que notre XXI<sup>e</sup> congrès suivra son cours. S'il est vrai que l'ambiance est pour quelque chose dans le développement des gens et des idées, il est à espérer qu'un décor comme celui-là influencera favorablement nos délibérations; et qu'il en sortira des résultats profitables à tous: notre pays, notre province, et notre association.

---

**ALLOCUTION DU PROFESSEUR HILLEMAND,**  
**Délégué français au XXI<sup>e</sup> Congrès.**

Mes chers confrères, je devrais dire, mes chers amis, mesdames, messieurs, c'est avec une profonde émotion que je prends officiellement la parole en tant que délégué de mon pays, au milieu de vous tous, dans cette ville des Trois-Rivières, à laquelle se rattachent tant de souvenirs communs, qui remontent à l'époque lointaine des voyageurs des Pays d'en Haut, du Gouverneur de Chateaufort et du Sieur de Laviolette.

C'est la première fois que je viens chez vous. Certes, comme beaucoup de mes compatriotes, je suis déjà allé me recueillir en terre canadienne, à Vimy, devant vos glorieux morts, qui descendants de nos vieilles familles de Normands, de Bretagne, de Saint-Onge, de Picardie et de Beauce et des soldats du vaillant régiment de Carignan, ont montré au monde entier, que le mot de Montcalm « Ah! quelles troupes, je n'en ai jamais vu de pareilles » s'appliquait toujours à vous. Leurs noms qui sont les noms que nous retrouvons dans les vieilles campagnes de ma patrie sont gravés, trop nombreux hélas, et pour toujours, dans la pierre de votre Mémorial.

Certes j'ai été en relation avec plusieurs d'entre vous qui m'ont fait l'honneur de suivre mes cours à Paris et que j'ai le plaisir de voir ici. Je leur suis très reconnaissant, car grâce à eux, j'ai eu mes premiers contacts avec les médecins canadiens de langue française.

En particulier, mon cher Lafleur, je n'oublierai jamais les paroles si touchantes, qu'un soir à un banquet vous avez prononcé à l'égard de mon pays, alors encore profondément meurtri qui venait d'être à peine débarrassé de son oppresseur. Elles ont été droit à mon cœur.

Vous savez, mes chers amis, que nous autres Français, nous avons le grand défaut, qui est peut être aussi une qualité, de bien aimer sentir attaché à nos semelles, la glèbe de notre vieux sol natal, c'est vous dire, qu'il y a quel-

ques mois, je ne pensais nullement à vous rendre visite, et vous pouvez en témoigner, mon cher Mateau, quand, en mai dernier à Vichy, alors que très aimablement vous m'invitiez aux Trois-Rivières, je vous disais qu'à mon grand regret, étant de nature casanière, je n'irais jamais au Canada. Grande alors était mon erreur.

C'est vous dire et ma joie, et ma surprise aussi, d'être des vôtres en ce jour et je tiens à vous exprimer combien profondément je ressens le très grand honneur qui m'a été fait, quand j'ai été désigné pour être le représentant culturel de la France au XXI<sup>e</sup> Congrès.

Cet honneur, je le dois à l'Association des Médecins Canadiens de langue française. Je regrette vivement de ne pouvoir saluer parmi vous le professeur Donatien Marion, qui, depuis 20 ans, a été l'animateur infatigable de votre Association et qui, pour la première fois, n'assiste pas à vos séances. Mais ce regret, je vous le dis tout de suite est tempéré, car j'ai eu le grand, très grand plaisir de le rencontrer à Paris, et il m'a chargé de vous apporter toutes ses salutations.

Je tiens d'emblée, mon cher directeur général docteur Blain à remercier de tout cœur votre association en m'adressant à vous. C'est un devoir pour moi de vous exprimer publiquement ma profonde reconnaissance ainsi qu'à tous les médecins canadiens-français qui m'ont aidé dans la réalisation de mon voyage, et je remercie tout spécialement le docteur Denoncourt, président de votre congrès, et le docteur Trudel. Vos lettres, vos messages, si cordiaux m'avaient révélé avant mon arrivée votre amitié agissante que j'ai déjà mise à l'épreuve.

Je suis heureux de pouvoir tenir aujourd'hui la promesse faite l'an dernier au professeur Marion par le professeur Kourilsky et d'être présent en tant que gastro-entérologue à

vosre congrès; mais, et remarquez-le bien, je suis arrivé même à l'avance car mon vieil ami Kourilsky m'a demandé de racheter son retard de l'année dernière, retard dont il se souvient toujours avec honneur et confusion. Et je m'en voudrais profondément si je ne vous transmettais tout spécialement les amitiés du professeur Justin Besançon et les siennes propres. Ils se sont succédés à la présidence du Comité Médical Franco-Canadien, et vous connaissez leur dévouement vis-à-vis de tous nos confrères canadiens. Je vous transmets celles de tous les membres du comité, celle de mon ami Chigot, dont vous aurez la visite l'année prochaine. Ils m'ont chargé de vous dire et vous redire encore combien grande est l'affection qu'ils ont pour vous.

Votre association, monsieur le directeur général, voit son importance spirituelle augmenter de jour en jour. Vos initiatives sont hardies, variées, tant pour l'organisation de ce congrès où se presse tant de monde que pour la décision que vous avez prise de me faire visiter, dans vos villes de province, nos confrères canadiens-français.

Par ailleurs, je ne veux pas ici vous parler de l'Institut Franco-Canadien, ni de la Maison Canadienne à Paris, vous en connaissez toute l'importance et vous savez comme moi le rôle capital que joue son directeur qui, sur place, conseille, dirige, aide vos étudiants de toute branche dans leur séjour dans notre capitale. Mais je voudrais vous dire combien nous apprécions les hautes qualités morales et de travail de nos jeunes hôtes canadiens, et combien nous sommes heureux de les avoir comme collaborateurs dans nos services, et combien nous les regrettons lors de leur départ.

Je me retourne enfin vers vous, monsieur l'Ambassadeur. Nous savons au pays tout ce que vous faites ici pour le plus grand bien de notre patrie, et nous vous en sommes profondément reconnaissants. Je prie votre Excellence de bien vouloir témoigner ma gratitude à notre Gouvernement pour son appui et son aide.

J'ai par ailleurs un deuxième devoir bien agréable aussi à remplir, c'est celui de vous apporter à tous le salut très fraternel des Médecins de France.. Je vous apporte en particulier le salut de deux de nos grandes Associations, celui de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, qui a célébré il y a quelques années son centenaire, et celui de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie que j'ai l'honneur de présider.

Mais, messieurs, votre congrès est un Congrès médical et peut-être est-il temps que nous parlions un peu de médecine.

Vous avez demandé que cette année, ce soit un Gastro-entérologiste qui vienne vous rendre visite. Je suis donc particulièrement heureux de pouvoir faire devant vous le point actuel de la gastro-entérologie française. Mais vous la connaissez tous, tant par la lecture de nos journaux, de nos livres, que par les causeries de mon maître le professeur Chiray toujours aussi jeune, aussi fin, aussi souriant, qui était encore parmi vous il y a peu d'années et qui a conservé dans son cœur l'amour profond du Canada Français, par celles de mon ami le professeur Ch. Debray, et de combien d'autres encore. Mon but sera seulement de vous en montrer les tendances actuelles.

La gastro-entérologie française est actuellement en plein essor. Après le désastre de 1940, coupés du monde entier, même d'une partie de notre pays, (à Paris nous ne savions pas ce qui se faisait à Lyon) humiliés, mais non découragés, nous nous sommes plongés dans le travail. Dès le lendemain de la chute de notre capitale, nous avons tenu à tenir quand même les séances de nos Sociétés Scientifiques, certes nous y étions peu nombreux; nous avons également, sous l'égide de notre recteur, organisé d'emblée, en Sorbonne, des leçons solennelles pour bien montrer à tous et surtout à l'ennemi que si la France était abattue, elle n'était pas morte car, nous, médecins, nous considérons comme un devoir

essentiel de relever le moral de notre pays. A ce point de vue notre rôle a été grand. Alors a commencé une période longue et pénible de travail très fécond. Privés de journaux étrangers, repliés sur nous-mêmes, manquant de tout, en même temps que nous menions une lutte clandestine et continue, malgré l'envahisseur, malgré la faim et le froid, nous nous sommes mis avec ardeur à l'œuvre et rien n'est plus émouvant que de relire, avec quelques années de recul, nos revues médicales d'alors. Ces revues imprimées sur un mauvais papier, en tout petits caractères, sont faites de courtes notes (nos communications étaient réduites à une page et demie, car nous n'avions pas de papier). Mais dans ces notes condensées, raccourcies, nous retrouvons avec la clarté qui caractérise la langue française, toute une série de travaux de premier ordre. Puis la libération est venue et malgré nos ruines, malgré la disparition d'une partie de l'élite de notre jeunesse, fusillée ou morte dans les camps d'extermination, ou tombée sur les champs de bataille d'Afrique, d'Italie ou d'Alsace, nous avons continué à travailler. Malgré de multiples difficultés, dues aux manques de crédit, nos recherches, nos publications se multiplient.

Deux grandes tendances se retrouvent dans nos travaux de ces trente dernières années: l'une est faite d'*analyse* des symptômes cliniques, radiologiques et endoscopiques.

L'autre est faite de *synthèse*, et nous nous efforçons actuellement en reprenant les documents épais et précis que nous possédons, en nous appuyant sur la physiologie, sur la biologie, sur le rôle du système nerveux neuro-sympathique, de grouper et d'unifier des faits en apparence disparates. Je tenterais de le faire devant vous dans les leçons que je vais donner dans votre pays.

L'analyse des symptômes a été l'œuvre de beaucoup.

C'est à mon maître Raoul Bensaude que nous devons la connaissance des affections du rectum grâce à l'emploi du rectosigmoidosco-

pe, inventé il y a près de cent ans par un Français de génie dont le nom est ignoré de beaucoup: j'ai nommé Désormeaux.

C'est à Moutier que nous devons la vulgarisation en France de cette pathologie gastrique nouvelle qui ne s'inscrit pas sur les clichés.

C'est à Bernard, à Rachet, à Cottenot, à Cherigié, à Porcher, que nous devons l'emploi en radiologie digestive des modificateurs de comportement, qu'il s'agisse de l'atropine, d'extraits hypophysaires, de calcium atropine, ou de la morphine.

C'est ainsi qu'ayant en mains des moyens d'investigation de plus en plus poussés l'Ecole Française s'est livrée à une étude minutieuse et combien précise des images radiologiques. C'est entre autres, mon ami René Gutmann, qui, il y a plus de 20 ans, a reconnu radiologiquement des cancers de l'estomac au début, *in situ*, cancers si petits, qu'à la palpation le chirurgien ne trouvait pas la tumeur, et que l'examen histologique seul permettait d'affirmer son existence.

C'est encore Gutmann qui a décrit tous les aspects radiologiques si multiples, si polymorphes de l'ulcère, du cancer, et qui en a donné des descriptions classiques aujourd'hui. Bien plus, il nous a montré comment, en cas de doute, entre l'ulcère et le cancer on pouvait, grâce à l'emploi de test thérapeutique, grâce à des examens graphiques répétés à intervalles réguliers, préciser la nature de l'image, confier à coup sûr le malade, au chirurgien ou bien le lui enlever.

Et combien d'autres travaux encore sur l'étude radiologique de l'ulcère, sur les gastrites, les colites tous ayant pour base la confrontation clinico-radiologico-anatomique, l'examen des clichés en fonction des pièces opératoires ou nécropsiques.

Je ne puis m'étendre sur les recherches biologiques parasitologiques.

Enumérer tous ces travaux serait vous infliger la peine d'écouter un long et fastidieux catalogue.

Mais, en même temps, ces auteurs et d'autres encore reprenaient toutes ces recherches analytiques et comme nos paysans et nos moines du moyen âge, patients, obstinés dans leur tâche, ils essayaient de grouper ces pierres et ces moellons épais, d'établir des bases, des fondations solides, sur lesquelles s'élèvera la gastroentérologie de demain, tout comme nos grands maîtres d'œuvres anonymes d'autan avaient fait jaillir de notre sol ces actes de foi, que sont nos cathédrales gothiques dont les clochers s'élèvent si haut dans le ciel de France.

Bensaude étudiant les polypes montre les rapports entre les processus tumoraux et inflammatoires, Moutier ceux qui relient les maladies du sang et les affections gastriques.

Chevallier, le rôle de l'allergie gastrique, Rachet et Busson intègrent la rectocolite hémorragique dans le cadre des maladies diathésiques.

Lambling reprend l'étude des images radiologiques de l'ulcère et du cancer et opposant niche et ménisque fait la synthèse de ces aspects. Il isole les gastrites, par reflux duodénal, et met en évidence le syndrome œdémateux des gastrectomisés. Leriche étudie longuement les rapports de la pathologie digestive et des affections neurologiques.

Je citerais encore tous les travaux rapprochant les syndromes œdémateux post gastrectomie des œdèmes par carence, des œdèmes de la sprue, ceux groupant les mégaorganes digestifs dans le cadre de la mégasplanchnie digestive et montrant qu'à côté des mégaorganes congénitaux il en est de secondaires à une affection organique, de fonctionnel en rapport avec un syndrome endocrinien, toxique ou neurologique.

Et c'est ainsi que se dégage cette tendance de l'élargissement de la gastro-entérologie. Le temps n'est plus aux barrières étroites; le gastro-entérologiste les fait éclater, il doit être physiologiste, endocrinologiste, neurologiste, psychiatre, que sais-je encore car les réactions

de l'appareil digestif ne doivent pas être envisagées sous l'angle local mais dans le cadre beaucoup plus vaste de la physiologie et de la pathologie, car elles sont en étroites relations avec tous les organes.

Et c'est ainsi que nous nous élevons contre la spécialisation trop précoce. Pour être un jour un bon spécialiste, nous estimons qu'il faut d'abord connaître à fond la pathologie tout court et l'étudier de longues années. Cette tendance, qui fait de la médecine générale la base de toute spécialité, vous la retrouvez dans nos concours de l'Internat d'abord, du Médicat des hôpitaux de Paris ensuite. Et c'est ce qui vous explique pourquoi dans nos services mêmes spécialisés nous faisons toujours plus ou moins de la médecine générale et c'est cette éducation à laquelle nous restons strictement fidèle qui fait, croyons-nous, la grandeur de la médecine de langue française.

Et vous la retrouvez dans nos livres, dans notre enseignement, qu'il s'agisse de notre enseignement magistral, de notre enseignement hospitalier. La base de nos travaux sera donc toujours clinico-radiologico-anatomique mais avec une correction physiologique et biologique car, à côté de la lésion, se trouve la fonction. Si la lésion entraîne un trouble de la fonction, le trouble de la fonction peut lui aussi à la longue aboutir à la lésion.

Ce sont donc les bases de la clinique française qui persistent, mais rajeunies, modernisées, et orientées vers des directions nouvelles. Analyse minutieuse et critique du symptôme, tendance à la synthèse en s'appuyant sur la physiologie, en insistant sur les interdépendances de tous les organes, en leur appliquant les mêmes lois de pathologie générale qui leur sont communes, telles sont les caractéristiques actuelles de la gastro-entérologie française.

Certes, chaque pays, possède son génie propre, ses conceptions originales et c'est le gros mérite des échanges culturels que de confronter ces techniques de travail. Il en résulte pour chacun de nous un bénéfice certain dans

nos connaissances, ce qui nous permet d'aller plus loin encore dans l'étude de la pathologie, car c'est là, entre autres, une des grandes beautés de notre profession que d'avoir toujours à apprendre, que d'opposer l'immensité de ce que nous ignorons au peu que nous connaissons. Et si chaque jour nous nous instrui-

sons mutuellement un peu plus, c'est pour le plus grand bien de nos malades.

Tous donc nous devons travailler le plus possible et nous devons nous unir pour travailler mieux encore. Puisse un jour une telle union se réaliser dans le monde entier, dans tous les domaines.

---

### XIII<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE FRANCO-AMÉRICAINNE

Le XIII<sup>e</sup> congrès de l'Association Médicale Franco-Américaine s'est tenu le 24 octobre, à l'hôtel Statler, à Boston. Il fut présidé par le docteur Ulysse Forget, de Warren, R. I., et groupait une centaine de médecins de la Nouvelle-Angleterre.

Déjà, au cours de l'avant-midi, nos confrères franco-américains arrivaient avec entrain et étaient tous heureux de se rencontrer une fois de plus. Une grande activité régnait au secrétariat dirigé par le docteur Robert Beaudoin. Notons, en passant, que les médecins franco-américains s'étaient, cette année encore, unis aux dentistes en cette journée mémorable.

Dans l'après-midi, les congressistes se réunissaient pour entendre trois communications. Le docteur Donat - P. Cyr, de la Clinique Lahey, de Boston, a parlé des « mécanismes à base du traitement des anémies ». Avant de faire le traitement des anémies, dit le docteur Cyr, il est tout naturel d'établir le diagnostic, ce qui demande certaines connaissances théoriques des mécanismes qui sont à la base des déclenchements de l'anémie et ce qui exige aussi certaines connaissances de laboratoire pour pouvoir bien classer ces anémies. Les trois mécanismes principaux qui produisent cette raréfaction du sang sont: 1. la déficience des substances essentielles de l'hématopoïèse; 2. une insuffisance de la moelle osseuse; 3. une perte de sang qui soit intra ou extravasculaire. Disons que le meilleur moyen de déceler l'anémie, chez les malades, est l'hématocrite et, pour mieux classer certaines anémies, il faut y ajouter d'autres études de laboratoire, y compris le volume cellulaire moyen et la concentration cellulaire moyenne.

Les agents de traitement sont encore le fer, extrait de foie, l'acide folique, la vitamine B<sub>12</sub>, la splénectomie, la radiothérapie et la transfusion.

Le docteur Henri Charbonneau, directeur médical de l'hôpital Pasteur, à Montréal, et professeur titulaire de pédiatrie à l'Université de Montréal, revise les dernières données épidémiologiques, pathogéniques et cliniques de la poliomyélite antérieure aiguë. Après avoir étudié les diverses manifestations des différentes formes de la maladie, il en présente les traitements les plus récents. Aucun traitement préventif véritable n'est venu s'ajouter à la thérapeutique, ces dernières années; aucun traitement abortif non plus. Tout au plus, peut-on conseiller la gamma-globuline à donner, par exemple, aux femmes enceintes qui seraient exposées en un milieu épidémique. Les indications sur le transport des malades vers les centres de traitement sont précisées ainsi que les indications du poumon d'acier et de la trachéotomie. Enfin, il est établi que le traitement et la prévention de la poliomyélite doit être organisé par un travail d'équipe comprenant médecins, physiothérapeutes et services publics.

Le troisième conférencier était le professeur Pierre Hillemand, délégué du gouvernement français au XXI<sup>e</sup> congrès de l'A.M.L.F. C. qui eut lieu aux Trois-Rivières les 4, 5 et 6 octobre dernier. Il a traité des « dyskinésies duodénales ». Ces dyskinésies, dit M. Hillemand, comportent trois ordres de faits: a) les reflux dans l'estomac du liquide pancréatico-duodéno-biliaire: ces reflux, étudiés par Lamblin, ou sont latents ou s'extériorisent par des signes de dyspepsie rebelle à toute thérapeutique. Le diagnostic n'est posé que par le tubage qui montre d'une manière constante et dans tous les échantillons un liquide coloré par la bile; b) les dyskinésies à type spasmodique; c) les dyskinésies avec distension duodénale rentrant dans le cadre du mégaduodénum et que l'auteur intègre dans le cas des mégasplanchnies digestives. En rapport avec une perturbation du système vago-sympathique, continue le professeur Hil-

lemand, ces mégaduodénums peuvent être secondaires à une lésion organique: cancer, bride, pancréatite chronique, etc., ou fonctionnels et, dans ces derniers cas, on peut voir la dyskinésie se manifester chez des toxicomanes, chez des insuffisants thyroïdiens, chez des individus atteints d'une affection neurologique. Dans d'autres cas, le mégaduodénum est d'origine réflexe et en rapport avec une lésion à distance (ulcère, cholécystite, tumeur du grêle, etc.). Dans de nombreux cas, aucune étiologie n'est trouvée.

L'auteur, enfin, après avoir illustré sa communication par de nombreux clichés, rapporte des observations de mégaduodénum chez des anorexiques mentaux et note les rapports qui unissent ces deux affections.

\* \* \*

L'après-midi s'est terminé par l'assemblée générale de l'Association qui a choisi son bureau de direction pour l'année 1951-1952, et fut présidée par le docteur Ulysse Forget, sortant de charge.

Les élections ont donné le résultat suivant: président du XIV<sup>e</sup> congrès, le docteur Henri-L. Girard, de Manchester, N.-H.; le docteur Auray Fontaine, de Woonsocket, R.-I., vice-président; le docteur Robert-A. Beaudoin, de Manchester, N.-H., fut élu secrétaire, et le docteur Fernand-A. Hamel, de Laconia, N.-H., trésorier.

A cinq heures et demie, un coquetèlle réunissait les congressistes, tant dentistes que médecins et leurs épouses, et il a été suivi d'un banquet servi dans le *Georgian Room*, de l'hôtel Statler.

Le docteur Forget, après le repas, a ouvert la série de discours en souhaitant à tous la plus cordiale bienvenue et il a fait un retour sur le passé en disant que l'Association Médicale Franco-Américaine avait été fondée en 1936 par le docteur Donat Milot, de Fall River, Mass. Le président souligne le travail de son exécutif, entre autre, celui du docteur Robert-A. Beaudoin, secrétaire, ainsi que du secrétaire de l'Association Dentaire Franco-Américaine, le docteur Fernand-A. Hamel.

En passant, il dit un bon mot du docteur Frédéric Dupré, de Worcester, du docteur Leblanc, de Suncook, qui étaient respectivement, l'an dernier, secrétaire et trésorier, et du docteur Henri Gauthier, de Woonsocket, qui avait été secrétaire pendant dix ans. Le docteur Forget présenta aux congressistes les distingués invités qui étaient à la table d'honneur, ainsi que leurs épouses: M. Jean-Louis Déglise, Consul du Canada à Boston, M. Philippe-A. Lajoie, rédacteur-en-chef de *L'Indépendant*, de Fall River, officier d'académie, décoré de la grande médaille d'or de la Société Historique Franco-Américaine, le docteur Emile Blain, directeur général de l'A. M. L. F. C., le docteur Bertrand Chabot, le nouveau président de l'Association Dentaire Franco-Américaine, et le professeur Pierre Hillemand, délégué du gouvernement français, et il invita certaines personnalités à adresser la parole.

Le premier fut M. Jean-Louis Déglise. Après avoir fait son droit à Laval de Québec, il étudia, à Oxford, les sciences économiques et politiques. M. Déglise pratiqua son droit à Québec et passa au Ministère des Affaires extérieures, puis fut pendant trois ans attaché au bureau du premier ministre du Canada, ensuite secrétaire d'ambassade à Rio de Janeiro. En avril 1951, M. Déglise devint Consul du Canada à Boston.

Au cours de son allocution, M. Déglise se dit très honoré ainsi que son épouse et très content de participer à cette fête. Comme avocat, il ne tenait pas à être parmi les médecins et les dentistes, un « trouble-fête », faisant allusion à une rivalité, une rivalité amicale entre les gens du Droit et ceux de la Médecine. Monsieur le Consul rend hommage aux médecins « qui s'efforcent de rendre notre vie meilleure », insistant sur le fait qu'il ne parle pas de la vie future. Il estime que la vie du médecin contribue plutôt à dégager l'âme de la matière, car « chaque guérison est ou fut un triomphe de l'esprit ». D'ailleurs, les arts et les lettres comptent comme défenseurs parfois des médecins et il cite quelques noms de

romanciers français contemporains, mais aussi de romanciers canadiens, notamment Ringuet, l'auteur de *Trente arpents*. Parlant de l'origine des deux associations, dentaire et médicale, M. Déglise note la situation privilégiée où les deux associations bénéficient des traditions françaises et canadiennes dans le service de leur science. « Si nous croyons en la survivance latine et française sur cette terre d'Amérique, c'est que nous sommes convaincus des valeurs spirituelles aussi bien que concrètes que renferme la civilisation gréco-latine. » Et comme représentant de son pays à Boston, M. Déglise adresse à tous ses félicitations et ses vœux de succès.

Le docteur Forget présente ensuite le Directeur général de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, le docteur Emile Blain, de Montréal. Le directeur général transmet aux deux associations réunies ses amitiés et ses salutations les plus cordiales et continue: Je profite de l'occasion pour dire combien l'A. M. L. F. C. est attachée aux vôtres. Il n'y a qu'une ligne imaginaire qui nous sépare et qui ne peut cependant en rien, amoindrir les sentiments profonds qui peuvent nous unir. Minorité américaine, minorité canadienne, deux groupements qui tiennent à conserver ce qu'ils ont de plus précieux, notre sang et notre pensée, à l'occasion de visites comme vous l'avez fait au cours du XXI<sup>e</sup> congrès qui a eu lieu aux Trois-Rivières au début d'octobre et, nous, en vous rendant le réciproque aujourd'hui. Nous vous remercions de votre touchante réception. A l'Association des médecins de langue française de la Nouvelle-Angleterre, tous nos hommages! A vous, monsieur le président et à vos officiers, notre reconnaissance! Et à chacun de vous, mesdames et messieurs, je souhaite de garder intacte cette belle culture française que nous avons tous mission de maintenir sur cette terre d'Amérique.

Puis le président salue les confrères canadiens qui ont bien voulu aller encourager de leur présence les Franco-Américains, le docteur Edmond Piette, de Joliette, gouver-

neur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec; le docteur J.-E. Forest, chirurgien, aussi de Joliette; le docteur Eugène Thibault, président de la Fédération des Sociétés Médicales de la province de Québec et directeur médical de l'hôpital de Verdun; le docteur Richard Gaudet, chirurgien, de Sherbrooke; le docteur Henri Charbonneau, le conférencier de l'après-midi.

Et, ensuite, le docteur Forget donne la parole à un pionnier de la vie franco-américaine, M. Philippe-A. Lajoie. Rédacteur-en-chef de *L'Indépendant* de Fall River, M. Lajoie nous donne ses impressions sur le médecin dans une fine causerie intitulée « Le médecin, une personnalité humaine à part ».

La profession médicale, dit monsieur Lajoie, est la plus noble, la plus ancienne et la plus respectée de toutes les carrières libérales. Et le médecin ne l'exerce pas uniquement pour des fins mercenaires, car large est faite la part à la charité par ce sacerdoce de la science. La médecine remonte, d'après les historiens, à Esculape, à Hippocrate. Mais il semble que ses origines doivent être reportées au paradis terrestre où la pomme qui causa la trop célèbre chute est devenue, ironie du sort, un aliment salubre. Et le serpent, cet être dangereux par ses morsures et son venin, qui fut l'initiateur de la première faute, eh! bien, on le retrouve plus tard, avec son sosie, comme étant l'emblème de la médecine: le caducée. Il ne fait aucun doute, la médecine a été la première invention de l'homme laissée à ses seules ressources. Grâce à des siècles d'application, d'études et de recherches par une foule de génies, nous en sommes arrivés à des résultats appelés par plusieurs les miracles de la science moderne. Il y a plus, la profession médicale est la plus respectée, à cause de la confiance qu'elle inspire aux humains, à cause des espoirs et des soulagements qu'elle apporte tant aux riches qu'aux habitants des taudis, tant aux salles d'opérations que sur les lieux d'un accident, et tous ont la certitude de pouvoir compter, nuit et jour, par tous les temps, dans toutes les circonstances,

sur la présence du médecin quand on a besoin de ses soins. Voilà autant de faits qui contribuent à faire du médecin une personnalité à part dans la société.

Et monsieur Lajoie n'oublie pas de dire à quel point est nécessaire et appréciée dans sa vie la présence de la compagne du médecin, sa femme « qui veille à son confort physique, moral et intellectuel, partageant avec un tact intuitif admirable les inquiétudes, les lassitudes et les consolations de son redoutable ministère ». Mais le médecin n'est pas infaillible et c'est là un moindre défaut, mais il jouit d'un traitement de faveur, il bénéficie, continue M. Lajoie, d'une indulgence qui a quelque chose de touchant. L'avocat, le marchand, le journaliste qui se trompe ne fait pas un succès de sa profession. Le médecin, lui, en vertu d'un privilège ancien, est protégé contre les sanctions de la loi, « les fautes du médecin, la terre les couvre ».

Monsieur Lajoie dit, en parlant des tendances de la médecine socialisée, qu'il est des choses que la main du profane peut détruire par un simple frôlement: le ministère traditionnel du médecin au sein de nos sociétés civilisées... Les populations qui résistent difficilement à l'attirance du paternalisme et qui, trop souvent sacrifient le substantiel pour courir après les mirages de l'expédient, ne savent peut-être pas assez la menace qui pèse sur elles du fait de l'abaissement de

certaines idéals professionnels. Et pourtant, selon qu'on les honore ou qu'on les répudie, ces idéals sont la norme à laquelle se mesure la hausse du niveau social ou son affaissement.

Et le conférencier termine: « L'histoire de l'élément franco-américain, dans ses aspirations et ses efforts à survivre, au sens technique, nous offre l'explication la plus claire de cette confiance: sur chaque page, dans le livre de nos progrès, le médecin franco-américain a laissé son empreinte. Soyez donc félicités, messieurs, pour le prestige que vous apportez à la population franco-américaine et que vous représentez en Nouvelle-Angleterre avec tant de réelle distinction. »

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada avait délégué au XIII<sup>e</sup> congrès de l'Association Médicale Franco-Américaine, le docteur Emile Blain, directeur général, ainsi que le docteur Hermile Trudel, secrétaire-trésorier général.

Il nous fait plaisir de signaler que certaines maisons pharmaceutiques ont contribué financièrement au succès de ce congrès, tel qu'il appert sur le programme: les Laboratoires Nadeau, de Rouses Point, N.-Y., et de Montréal; The Upjohn Company, de Boston; Smith-Holden Company, de Providence, R. I., et Buffington's Inc., de Worcester, Mass.

H. TRUDEL.

## LE X<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DU TRAVAIL

Organisé par la Commission Internationale Permanente (Genève) pour la médecine du travail il s'est tenu à Lisbonne, du 9 au 15 septembre dernier sous la présidence d'honneur du chef de l'Etat portugais et la présidence active de M. le professeur Joao-Maria Porto, de la Faculté de Médecine de Coimbra, Portugal.

Ce congrès groupait plus de douze-cents spécialistes, médecins, experts ou techniciens des pays suivants: Afrique-Sud, Allemagne, Argentine, Australie, Autriche, Belgique, Brésil, Canada, Cuba, Danemark, Ecosse, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Hollande, Grande-Bretagne, Irlande, Italie, Luxembourg, Maroc, Mexique, Norvège, Portugal, République Dominicaine, Suisse, Suède, Uruguay, Vénézuéla, Yougoslavie.

Le groupe canadien comptait: MM. les docteurs T. G. Cunningham, de Toronto, F.M.R. Bulmer et Ian Urquhart aussi de Toronto, le docteur Paul Cartier, de Thetford-les-Mines, et le docteur Wilfrid LeBlond, de Québec. Le programme du congrès comportait la présentation et la discussion en séance plénière de quatre rapports portant sur les principaux problèmes à étudier de la Médecine du Travail, et plus de quatre cents communications aux diverses sections d'étude.

Les pays de langue française avaient pour rapporteur le prof. Paul Lambin, de l'Université de Louvain, Belgique, et pour sujet à traiter: Problèmes de Prévention Médicale dans le saturnisme, le benzolisme et la silicose. » A l'Italie, et au prof. Giovanni Pancheri, directeur de l'Institut de Médecine Industrielle de Milan, on avait confié le rapport sur « Le Facteur humain et la technique dans la prévention des accidents du travail. »

Le prof. Carlos Santos, de la Faculté de Médecine de Lisbonne, « rapportait » pour les pays de langue portugaise (Brésil et empire colonial portugais) sur « Un problème de la pathologie du travail: les corps étrangers. »

Les peuples de langue espagnole étaient représentés par le prof. Alfonso de la Fuente Chaos, de l'Université de Madrid, dont le rapport portait sur « Le médecin d'entreprise. »

Le Canada avait été invité à préparer un rapport, au nom des pays de langue anglaise, sur le sujet *Social aspects of Vocational Rehabilitation in Industry*, dont le résumé paraît ailleurs.

Les langues officielles admises au congrès étaient le portugais, l'espagnol, le français, l'anglais et l'italien; cependant qu'un service instantané de traduction fonctionnait dans chaque section, où les auditeurs n'avaient qu'à syntoniser un récepteur individuel de T.S.F. à ondes courtes, pour entendre, chacun dans sa langue propre, les communications et les discussions.

Les travaux des sections étaient répartis de la façon suivante. *Section — A*: Protection sociale du travailleur. Assistance économique au travailleur. Orientation professionnelle. Organisation scientifique du travail. Psychotechnique. Biotypologie. *Section — B*: Hygiène du travail. Hygiène du travailleur. Prévention des accidents du travail; le facteur humain et la technique. La prévention des maladies professionnelles. *Section — C*: Les problèmes de la pathologie du travail. *Section — D*: Organisation du service médical de l'entreprise. Préparation du médecin de l'entreprise. Enseignement universitaire et post-scolaire. L'infirmière et l'infirmier d'usine. *Section — E*: Energie radiante, Electricité, Mines, Réadaptation, Rééducation, Reclassement.

La note dominante des travaux et des discussions du congrès fut le souci de la personnalité humaine du travailleur et de l'intégrité du rôle du médecin. Dans les vœux émis par les assemblées on retrouve les suivants: « dans la formation du médecin d'entreprise il faut conjuguer les deux facteurs formation universitaire, et entraînement social, l'un compor-

tant les disciplines spécifiques, théoriques et pratiques, l'autre, l'expérience acquise dans les centres de travail.»

En remplissant ses fonctions le médecin d'entreprise doit jouir d'une indépendance absolue vis-à-vis le personnel dirigeant et vis-à-vis les employés. Son action professionnelle doit s'inspirer d'un profond sens humain, afin de ne pas être compris comme une pièce de plus dans l'actuelle société dominée par la technique.

Par le maintien intégral de son caractère de médecin et d'homme libre, et par son souci de la personnalité humaine du travailleur, le médecin d'entreprise, tout comme le médecin fonctionnaire, peut et doit constituer le premier rempart de défense et du public et de la profession médicale contre l'étatisation intégrale de la médecine.

Parmi les travaux et visites pratiques de ce congrès, il faut signaler particulièrement les démonstrations de radioscopie stéréoscopique et les travaux de radio-chirurgie pour l'extraction des corps étrangers exécutés par le prof. Santos Carlos, dans le service de radiologie de l'hôpital Sao José. La visite de l'« Instituto d'Oncologia », le centre anti-cancéreux de Lisbonne, sous la conduite de son directeur le prof. Francisco Gentil, fut suivie de la présentation de communication sur le cancer du poumon et les huiles industrielles, le cancer de la vessie et les fabrications industrielles de teintures, le cancer de la vessie chez les travailleurs exposés aux amines aromatiques, la dosimétrie des radiations X et gamma dans le service de protection du personnel.

Parmi les trois communications du prof. Mosinger, de l'Université de Coimbra, et de ses collaborateurs, il est impossible de ne pas attirer l'attention sur celle qui traite d'« A-

gressologie, pathologie corrélative et médecine du travail ». Une comparaison avec la théorie du « stress » la rend particulièrement intéressante et d'actualité.

Les confrères portugais nous ont reçus avec leur hospitalité empressée et fastueuse habituelle; quand on va au Portugal pour la première fois ils marquent leur appréciation par une grande joie. Quand on y retourne ça devient presque du délire! — Nous avons bien compris que c'était aux médecins du Canada tout entier, et non à la personne du rapporteur canadien, que s'adressaient les manifestations d'estime telles que présidence d'assemblée, présentation au chef de l'Etat, invitations à déjeuner aux côtés immédiats du ministre du Travail, du ministre des Affaires Extérieures, du secrétaire de la Commission Permanente, etc. Sachons-en gré à nos amis du beau Portugal auxquels apparaissent clairement et spontanément les affinités du Canada français et du Portugal moderne, affinités culturelles de deux îlots de civilisation latine et chrétienne, de paix et de sécurité sociale dans un monde en dissolution.

Le rapporteur du Canada doit un remerciement particulier au premier ministre de la Province de Québec qui a assumé une grande part des frais de représentation de notre pays à ce Congrès International; pour des raisons que la raison ne connaîtra jamais l'administration fédérale n'a même pas jugé à propos de dire merci pour l'invitation faite d'envoyer un représentant dont la Commission de Genève et le Comité du Congrès payaient cependant les frais de voyage et de séjour. On en parle encore à l'ambassade britannique de Lisbonne.

Wilfrid LeBLOND, D.P.H.,

Rapporteur pour les pays de langue anglaise au X<sup>e</sup> Congrès International de Médecine du Travail.

## LE CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

### BRUXELLES

Le professeur Paul Govaerts présidait la séance inaugurale du XXVIII<sup>e</sup> Congrès Français de Médecine, jeudi le 27 septembre dernier, au Palais des Académies. Toujours intéressée au mouvement médical, sa Majesté la reine Elizabeth avait bien voulu honorer de sa présence cette manifestation scientifique de langue française.

Sous l'habile et ferme directive du Secrétaire général, le docteur Fr. Van Dooren, et de son adjoint, le docteur R. Verhoogen, le programme scientifique comportait trois rapports: *Insuffisance rénale aiguë; Clinique et physiopathologie de décompensation circulatoire chronique; Chimie et thérapeutique des hormones surrénales.*

Les médecins qui avaient accepté la responsabilité des diverses communications surent intéresser un auditoire qui remplissait à sa pleine capacité le vaste amphithéâtre de l'École de Médecine. Et, pour un Canadien, il faisait vraiment plaisir d'écouter des personnalités bien connues dans le monde mé-

dical du Canada, le docteur J. Lenègre et Madame Suzanne Lamotte-Barrillon.

Comme toute organisation qui se respecte, le Congrès se terminait par le banquet traditionnel à l'Hôtel Métropole, Place de Brouckère. J'eus un moment l'impression de me retrouver en août 1934, dans la rade de Québec, sur le « Champlain », en reconnaissant plusieurs de nos collègues européens venus au Canada à l'occasion des fêtes de Cartier: Messieurs Lemierre, Cade, Chiray, Langeron, Lian, Raynaud, Roch, et j'en oublie.

Invité à prendre la parole, j'ai formulé deux vœux: le premier, une imposante délégation de mes compatriotes au Congrès de Paris, en 1953, sous la présidence du professeur Loeper; le second, en 1955, le XXX<sup>e</sup> Congrès français de Médecine dans notre pays.

Toute la reconnaissance de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada pour la réception si cordiale offerte à son délégué dans cette ville de Bruxelles.

Donatien MARION.

---

## QUELQUES ASPECTS MÉDICO-SOCIAUX DU PROBLÈME DE LA RÉHABILITATION EN MILIEU INDUSTRIEL<sup>1</sup>

Wilfrid LeBLOND, D.P.H.,

Rapporteur au X<sup>e</sup> Congrès international de Médecine du Travail.

De même que le travailleur en bonne santé est un élément actif (asset) dans le bilan économique d'une nation, de même l'ouvrier invalide ou malade est non seulement une perte pour l'économie d'un pays mais aussi un grèvement accru au budget national et un élément d'insécurité pour la paix sociale.

On appelle réhabilitation professionnelle l'ensemble des moyens à prendre pour préserver ou restituer à un travailleur sa capacité de gain dans un travail rémunérateur.

La réhabilitation ne doit pas être considérée comme un acte de charité ou de philanthropie. Pris dans son sens légal et réel la réhabilitation est une équité, la justice égale pour tous; l'application élémentaire des droits de l'homme tant comme individu que comme membre de la société.

Au point de vue économique et social la réhabilitation professionnelle est un placement avantageux dont les dividendes sont multiples et assurés. Grâce à la réhabilitation professionnelle en effet, des citoyens qui autrement seraient demeurés des invalides vivant aux dépens de la collectivité, sont désormais capables non seulement de se subvenir à eux-mêmes et à leurs dépendants, mais deviennent des contribuables supportant leur part de la dette nationale, au lieu de l'aggraver.

Outre les avantages économiques calculables apportés par les mesures de réhabilitation professionnelle, il y a les avantages sociaux incommensurables que comporte pour la société la différence entre un travailleur réhabilité, confiant et heureux du fait qu'il peut assumer toutes ses responsabilités familiales et civiques, et un pauvre éclopé vivant désormais à la charge de ses concitoyens.

Les principes de compensation des ouvriers accidentés, et la législation adéquate, sont généralement bien établis et appliqués dans le monde civilisé; les principes et l'application de la réhabilitation professionnelle ne se sont pas répandus et n'ont pas pénétré au même rythme.

Tout programme de réhabilitation professionnelle doit s'inspirer d'un principe immuable: les «réhabilitants» ne doivent pas être considérés comme de simples entités physiques, mais bien comme des personnes humaines qui, malgré leur handicap, conservent le droit au travail rémunérateur, et le devoir d'accepter leur part de responsabilités sociales. La réhabilitation professionnelle est d'une valeur incalculable non seulement parce qu'elle assure la mobilité et la souplesse d'articulations ou de muscles autrement limités dans leur action, mais encore parce qu'elle prévient et corrige des attitudes mentales vicieuses, anti-sociales. Elle doit être réalisée de telle sorte que les travailleurs invalides puissent non seulement recouvrer leur capacité réelle d'un travail rémunérateur, mais encore être réintégrés dans leur milieu industriel original non pas uniquement comme des unités économiquement utiles, mais aussi comme des personnes humaines rétablies à leur niveau social propre. Au point de vue Médecine du Travail la réhabilitation professionnelle apparaît comme une des responsabilités du *médecin de l'entreprise*, et la thérapeutique professionnelle comme un moyen de réintégration de l'ouvrier invalide dans l'industrie par l'industrie elle-même.

La prévention telle que prônée et pratiquée par le médecin de l'entreprise est la première et plus efficace mesure de réhabilitation. C'est ainsi que l'examen médical à l'embauchage, avec ses répercussions sur la sélection biolo-

1. Résumé du Rapport présenté au X<sup>e</sup> Congrès International de Médecine du Travail, Lisbonne, septembre 1951. Traduction.

gique et l'orientation de la main-d'œuvre, son action préventive ou diminutrice de l'usure physique ou mentale, et la réduction qui en résulte du nombre et de la gravité des accidents dans une industrie, joue un rôle de première importance dans l'œuvre générale de réhabilitation.

Les mesures de réhabilitation professionnelles peuvent se diviser en deux groupes: les mesures de restauration physique, et les mesures de rééducation professionnelle. Mais, à toutes fins pratiques, tout le processus de réhabilitation d'un travailleur handicapé n'est essentiellement *qu'un*. La prévention ayant échoué, par suite le plus souvent d'une conception erronée de son enseignement ou des voies et moyens de son application; *un ouvrier est blessé*. La réhabilitation *active* devra commencer dans l'ambulance même qui le transporte au lieu du traitement, et sera poursuivie par l'application experte des soins chirurgicaux, médicaux, physiques, et psychologiques destinés à restaurer l'ouvrier dans sa capacité d'accomplir techniquement le même travail qu'avant l'accident et dans un esprit d'indépendance vis-à-vis ses compagnons de travail et ses concitoyens en général.

Si l'application de toutes ces mesures aboutit néanmoins à un échec total ou partiel l'ouvrier devra être ré-adapté à une autre forme de travail choisie par lui-même sous orientation; et s'il y a de ce fait un manque à gagner, il devra être compensé.

Quand un accident comporte d'emblée et avec certitude la perspective d'une incapacité permanente, le service de réhabilitation professionnelle doit être mis en œuvre dans les moments qui suivent le traumatisme, et tout, même l'activité mentale du patient, doit être orienté vers un même but: récupérer dans toute la mesure du possible ses capacités physiques et intellectuelles de travail. Si en cours de traitement la victime est prise par le doute sur les chances de succès, le travail de réhabilitation sera deux fois plus difficile. Il est donc essentiel que les médecins, les thérapeutes, les infirmières, les travailleurs sociaux spécialisés, etc., conjuguent leurs efforts pour orienter la pensée du travailleur vers le but commun: reprendre le travail et ses responsabilités de citoyen.

Une attention toute spéciale doit être donnée en matière de réhabilitation aux ouvriers atteints de tuberculose; la réintégration du travailleur handicapé dans l'industrie par l'industrie elle-même s'impose chaque fois que cela est possible dans ces cas très particuliers. Il faut surtout éviter vis-à-vis ces travailleurs les mesures de ségrégation qu'une susceptibilité désormais malade rendrait très humiliantes au point de les rejeter dans le marasme.

L'orientation de l'ouvrier incapacité vers une nouvelle forme de travail ne doit pas s'inspirer de ce qu'il *peut* encore faire ou des demandes du marché du travail, mais bien de ce qu'il *désire* légitimement et raisonnablement faire.

---

# MÉDECINE PRATIQUE

## L'ORIENTATION NOUVELLE DES SERVICES D'HYGIÈNE SCOLAIRE<sup>1</sup>

Les statisticiens de plusieurs pays viennent de démontrer qu'en règle générale, la période scolaire est celle où l'enfant se porte le mieux. Pourquoi donc se préoccupe-t-on d'organiser partout, ou de perfectionner, les services d'hygiène scolaire?

Il y a quelques dizaines d'années encore, les services d'hygiène scolaire se contentaient d'appliquer les mesures les plus élémentaires et se limitaient, dans l'ensemble, à examiner les enfants et renvoyer de l'école ceux qui présentaient des symptômes de maladies contagieuses.

Ce travail purement défensif est de moins en moins nécessaire. La vaccination contre les maladies transmissibles de l'enfance et l'amélioration générale de l'état sanitaire de la collectivité ont beaucoup contribué à réduire la menace de graves épidémies. Même dans les régions où cette menace plane encore, on commence à lutter effectivement contre certaines des maladies contagieuses les plus importantes.

Suivant l'évolution de la médecine dans son ensemble, le spécialiste de l'hygiène scolaire s'est assigné de nouvelles tâches: il faut surveiller la croissance et le développement de l'enfant à l'aide d'observations quotidiennes faites par le professeur et d'examen périodiques au cours desquels l'état de santé de l'enfant sera contrôlé par des infirmières et, si possible, par des médecins. Il convient d'examiner périodiquement l'ouïe, la vue, le poids, la taille, la posture, les dents, etc. et de traiter les anomalies dès qu'elles sont découvertes. De même, il est indispensable que les écoliers — comme tous les enfants, d'ailleurs — vivent dans un milieu salubre et disposent notamment dans les écoles d'un éclairage suffisant,

d'installations sanitaires propres, d'une bonne aération et d'eau réellement potable. Il est non moins essentiel que les enfants aient un régime alimentaire approprié, ce qui implique parfois une distribution de repas supplémentaires à l'école. Dans beaucoup de collectivités, on a organisé des jardins scolaires qui se sont avérés être un excellent moyen de procurer une nourriture saine aux écoliers et d'enseigner aux enfants, ainsi qu'aux parents, en quoi consiste une bonne alimentation.

Aucun pays, aucune collectivité au monde ne peuvent se permettre de sous-estimer le rôle que doivent jouer les services d'hygiène scolaire pour assurer la santé de l'enfant; il n'en est point, non plus, qui puissent relâcher leurs efforts et se passer d'améliorer les services existants, quels que soient les progrès déjà accomplis dans ce domaine.

D'ailleurs, les administrateurs des services d'hygiène scolaire se rendent de mieux en mieux compte qu'il ne suffit pas de préserver les enfants des maladies infectieuses, de leur éviter les carences alimentaires et de leur assurer le maximum de sécurité contre les accidents ou contre les effets nuisibles d'un mauvais éclairage. De plus en plus, on en vient à la réalisation que bien des maladies ne sont pas toujours causées par des germes extérieurs ou par d'autres facteurs purement physiques, mais bien certainement par des troubles affectifs.

Lorsque les enfants sont réunis en classe, ils sont exposés, souvent, pour la première fois, à des tensions provoquées par l'esprit de compétition. L'enfant peut réagir en manifestant des tendances créatrices et socialement utiles. Il peut aussi répondre négativement en se repliant sur lui-même et en manifestant une hostilité cachée ou déclarée, réaction qui peut compromettre son harmonie intérieure et ses

rappports avec autrui, dans le présent comme dans l'avenir. Et ce n'est pas tout: les tensions émotives qu'éprouve l'enfant risquent fort, tôt ou tard, d'affecter gravement sa santé physique.

On constate d'autre part que les problèmes de santé des écoliers ont leur origine lointaine dans la toute première enfance et qu'ils ne prennent pas naissance le jour où l'enfant entre à l'école. En outre, ces problèmes ne sont pas simplement d'ordre physiologique, mais bien aussi d'ordre affectif et intellectuel. Comme l'a dit un expert éminent: « Il a fallu longtemps pour comprendre que l'enfant tout entier allait à l'école — corps, esprit et âme ».

Cette orientation nouvelle, en d'autres termes cette attention croissante que prêtent les services d'hygiène scolaire à l'enfant *tout entier*, doit être également adoptée par les professeurs et les parents. Prévenir les troubles affectifs ou les guérir lorsqu'ils existent déjà, c'est là une tâche qui exige la collaboration de tous ceux qui s'intéressent au bien-être de l'enfant. Il faut bien comprendre que ces anomalies peuvent aujourd'hui être corrigées, et

que le dépistage et le traitement doivent commencer tôt pour permettre à l'enfant de jouir de cet « état de complet bien-être physique, mental et social », c'est-à-dire de la santé telle qu'elle est définie par la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Dès que l'on comprend cette nouvelle conception de la santé totale, on ne peut manquer de voir pourquoi, en de nombreux pays, les services d'hygiène scolaire font désormais de plus en plus appel à un personnel formé aux méthodes psycho-pédagogiques.

Là également, l'efficacité du service d'hygiène scolaire peut être accrue et les possibilités qui s'offrent sont immenses. Il faudra du temps, sans doute des dizaines d'années, avant que l'on comprenne pleinement ces possibilités, même dans les pays qui sont déjà engagés dans cette voie. Le but est peut-être lointain; mais il est singulièrement important de l'atteindre et tous les efforts accomplis à cette fin sont des éléments qui s'ajoutent à l'action entreprise dans le monde entier en vue d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

---

## ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus » : nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple : J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Med. Psychol. », 94 : 1 (juin) 1938.

### MEDECINE

H. E. MARTIN, T. B. REYNOLDS et al. — **L'étiologie et le traitement de l'hypopotassémie.** (*Etiology and treatment of serum potassium deficits.*) "J. A. M. A.", 147 : 24 (1er sept.) 1951.

La découverte d'une méthode rapide et sûre de détermination du taux du potassium sanguin a permis d'établir le rôle important que joue cet ion dans la balance électrolytique.

Les auteurs rapportent leurs observations tirées d'un très grand nombre d'épreuves (au delà de 6 000) et donnent leur conclusion au point de vue étiologie, symptomatologie et traitement de l'hypopotassémie.

Deux mécanismes peuvent amener une balance défavorable en potassium tant intracellulaire qu'extracellulaire. Le premier, une diète déficiente: les aliments et les liquides en contiennent peu, tandis que l'urine continue d'en éliminer. Le second est une perte exagérée de K provoquée par un défaut de réabsorption au niveau du tubule; lequel défaut peut avoir pour cause l'alcalose, le shock, l'anoxie, le pH, une affection rénale ou l'administration d'une grande quantité de sérum physiologique. La diarrhée de même que des succions gastriques continues ont le même effet. Le transport du potassium du sérum et du liquide interstitiel (extracellulaire) en dedans de la cellule (intracellulaire) peut être provoqué par l'administration de médicaments qui précipitent la synthèse des hydrates de carbone ou des protéines tels l'insuline, la dextrose, le testostérone. De même une ma-

ladié dite paralysie familiale périodique provoque aussi ce transport extra-intracellulaire.

La symptomatologie de l'hypopotassémie se résume aux effets causés par des troubles neuromusculaires diminuant la conduction, l'irritabilité et la contractilité des muscles squelettiques, cardiaques et muscles lisses du tractus gastro-intestinal se traduisant par de la faiblesse musculaire, des signes électrocardiographiques, et des signes de ralentissement du péristaltisme gastro-intestinal pouvant aller jusqu'à l'iléus.

L'étroite zone de normalité du taux de K du sérum sanguin (16 à 22 mgm., soit 4,1 à 5,6 meq.) doit inviter à la prudence dans l'administration des doses thérapeutiques. C'est ainsi que de petites doses de K, 1 à 2 gm., mais données rapidement, peut augmenter la concentration au point de provoquer la mort par action directe sur le cœur.

Les doses dépendent évidemment de la déficience en cause. Dans la prophylaxie, des doses de 3 à 6 gm. par jour, chez les patients qui ne s'alimentent pas, sont la moyenne. Dans les déficiences chroniques marquées, les doses peuvent monter jusqu'à 10 à 20 gm. par jour. Dans le coma diabétique, il faut jusqu'à 12 à 16 gm. par jour si le traitement insulinique est intensif.

Le K s'administre sous forme de CLK en solution, soit de 0,1% à 0,2% pour la voie intraveineuse, soit 1% pour la voie orale, si c'est possible, ou par tubage gastrique.

Maurice COMEAU.

J.-A. LIEVRE, H. BLOCH-MICHEL, R. HENRY et M. THEVENET. — **Pratique de la cortisone et de l'ACTH dans le rhumatisme et la goutte.** "La Presse Médicale", 59 : 197 (14 février) 1951.

Il suffit de référer aux nombreux articles parus dans les revues françaises et surtout américaines pour savoir qu'il y a beaucoup de points d'interrogation que l'on doit nous poser

en face de cette thérapeutique hormonale. Mais, en compilant toute la littérature mondiale et en examinant les expériences des auteurs, on peut conclure comme suit: la principale indication de l'emploi de l'ACTH et de la cortisone c'est le rhumatisme cardiaque grave à l'état évolutif. Il y a une autre indication, c'est la crise classique de goutte qui ne veut pas céder à l'usage de la colchique.

Dans la polyarthrite chronique, les auteurs ne sont pas aussi certains des résultats parce que le recul du temps n'est pas venu confirmer ou infirmer leurs expériences personnelles.

Cependant, on peut se fier à l'opinion de Hench et Kendall, les as de cette thérapeutique, qui affirment que ces médicaments sont encore au stade d'expérience et non du traitement curatif. C'est aussi l'opinion de la Clinique Mayo qui affirme qu'il n'y a pas de traitement de routine du rhumatisme par la cortisone et l'ACTH, médicaments qui, par surcroît, offrent de réels dangers.

Paul-René ARCHAMBAULT.

J. B. O'CONNOR, F. J. CHRISTIE, K. S. HOWLETT, Jr. — **La neurotoxicité de la dihydrostreptomycine.** (*Neurotoxicity of Dihydrostreptomycin.*) "American Review of Tuberculosis", **63**: 312 (mars) 1951.

Dans ce travail on cherche à mettre en évidence les effets toxiques de la dihydrostreptomycine envers les systèmes auditif et vestibulaire, lorsque ce produit est employé d'une façon prolongée. On a pris 22 malades traités par la strepto ou la dihydrostreptomycine durant trois mois, puis on en a pris 33 autres qui ont reçu cette médication durant au moins six mois.

Le dosage quotidien a été réglé d'après le poids des patients. Moins de 90 livres: 0,75. Entre 90 et 119: 1,0 gr. Entre 120 et 150: 1,2 gr. Plus de 150 livres: 1,5 gr. On n'a pas constaté de troubles rénaux pouvant être dignes de mention. On a cependant remarqué des troubles labyrinthiques: étourdissements, ataxie. Et, en deuxième lieu, on a noté de la surdité.

Les auteurs sont à même de penser que le sulfate de dihydrostreptomycine est plus nuisible au système auditif que le chlorhydrate de dihydrostreptomycine. La surdité est une complication plus grave que les troubles labyrinthiques, parce que, une fois la surdité constituée, elle n'a jamais pu être récupérée. Il n'en est pas heureusement ainsi pour les troubles labyrinthiques qui disparaissent lorsque l'on cesse le médicament. Il est essentiel que les médecins soient mis au courant de tous ces accidents sérieux, lorsqu'il s'agit d'instituer un traitement. On devra être très prudent.

Paul-René ARCHAMBAULT.

E. LESNE, L. H. LAFAY COLOSTOS, C. LEFRANÇOIS. — **L'acide para-amino-salicylique dans le traitement de la primo-infection tuberculeuse du jeune enfant.** "Semaine des Hôpitaux de Paris", **8**: 331 (30 janvier) 1951.

Les auteurs considèrent que le PAS possède une très grande valeur curative qui s'additionne à la diète, à l'hygiène au cours des manifestations tuberculeuses primaires et secondaires de l'enfance. En effet, les auteurs ont vu chez certains de leurs malades ainsi traités, les symptômes cliniques, la fièvre en particulier, céder en deçà de 15 jours. L'état général s'est amélioré en quelques semaines, le tout contrôlé par les rayons X dès le premier mois de traitement. Ce qui prenait auparavant au moins 18 mois, les rayons X ont démontré qu'après 4 mois de ce traitement, un nettoyage radiologique sensible était constaté chez les 28 enfants âgés de 2 à 6 ans. Ils ont tous bien toléré le médicament. Quelques-uns ont eu des réactions allergiques cutanées qui ont vite disparues après cessation momentanée. Ces 28 enfants souffrant de primo-infection ont ingéré des pellets d'acide para-amino-salicylique durant 3 à 4 mois. La dose a varié entre 0,60 et 0,75 par kilo de poids. Souhaitons que ces bons résultats soient constatés ailleurs.

Paul-René ARCHAMBAULT.

PHTISIOLOGIE

L. FRED, M. H. LEVIN, B. RIVO et T. BARRET. — **Apparition d'une tuberculose pulmonaire durant un traitement à l'ACTH et à la cortisone.** (*Development of active pulmonary tuberculosis during ACTH and cortisone therapy.*) "J. A. M. A.", 147: 242 (15 septembre) 1951.

Les auteurs rapportent le cas d'un patient atteint d'arthrite rhumatoïde chez lequel un processus pulmonaire aigu tuberculeux fit son apparition après six semaines de traitement à l'ACTH et à la cortisone. Une radiographie pulmonaire et deux cultures sur milieu de Lowenstein faites avant le traitement n'avaient montré aucune tuberculose chez ce patient.

Ils soulignent que ces hormones, par un mécanisme inconnu, ont la propriété de diminuer la réaction inflammatoire à tout traumatisme de quelque origine qu'il soit. D'après eux, cette propriété de diminuer la réaction inflammatoire peut nuire aux premières défenses de l'organisme quand il s'agit d'infection.

Il faut être extrêmement prudent dans l'emploi de ces médicaments, surtout si l'on soupçonne quelque infection. D'après eux, l'ère expérimentale avec ces médicaments n'est pas terminée et ils conseillent de ne l'employer que dans les cas extrêmes surtout que, depuis leur publication, trois autres cas de décès par infection aiguë sont venus s'ajouter à ce cas de tuberculose pulmonaire.

Maurice DORAY.

P. SIDELET, P. GAUTREAU et R. CHAMPAUX. — **Le problème des séquelles rétractiles du pneumothorax thérapeutique.** "Revue de la Tuberculose", 15: 556, 1951.

Anciennement, on considérait même les rétractions comme favorables à la prolongation de l'action du pneumothorax. Aujourd'hui, à cause de la mise en valeur de la fonction respiratoire, à cause du fait des ensemelements contralatéraux dus à une distension compensatrice du poumon sain, et à la possibilité d'être obligé de faire une cello-

thérapie opposée, il faut en tenir compte. Les causes de la rétraction sont souvent l'apparition d'un épanchement ou de l'abandon du pneumothorax. Les signes radiologiques sont manifestes du côté de la rétraction, de même que ceux de la distension du poumon sain. Les signes cliniques sont souvent peu marqués, surtout au repos. Les épreuves fonctionnelles en font toujours la preuve. Plus la rétraction est marquée, plus grande est l'incapacité, allant même jusqu'à la nullité. Les épanchements purulents et chroniques la donnent presque à coup sûr. Mais même les liquides séro-fibrineux éphémères peuvent la causer. Même en l'absence d'épanchement, elle peut se produire. Les lésions nodulaires et les infiltrats transitoires en sont rarement la cause. Mais les sténoses bronchiques avec atélectasie consécutive sont la cause la plus fréquente de ces séquelles rétractives tardives, de même que les masses caséuses et les grosses cavernes. Les pneumothorax entretenus en hyperpression et les pneumos de longue durée sont aussi un danger.

Le pneumothorax extrapleurale est peut-être encore plus dommageable que l'intrapleurale. Les réactions d'origine pleurale peuvent être quelquefois améliorées par la décortication hative, mais celles d'origine parenchymateuse sont irréversibles.

Jacques GOUGOUX

L. SCHNEIDER et D. WIDELock. — **"Crachats positifs" en l'absence de tuberculose pulmonaire.** ("Positive sputum" without pulmonary tuberculosis.) "American Practitioner", 2: 428 (mai) 1951.

Les auteurs veulent attirer l'attention des cliniciens sur le fait qu'on a trop tendance à baser des diagnostics de tuberculose pulmonaire sur des images radiologiques suspectes doublées d'une présence de bacilles acido-résistants dans les expectorations. Ils rappellent que seule la culture ou l'inoculation peut caractériser avec certitude le bacille tuberculeux.

Pour illustrer leur mise en garde, ils nous présentent les chiffres suivants:

Sur 9 000 échantillons de crachats, 93 ont présenté des bacilles acido-résistants saprophytes, soit un peu plus que 1 pour cent.

Le pourcentage de bacilles acido-résistants non-tuberculeux est 10 fois plus élevé dans les liquides gastriques que dans les crachats.

Puis on nous cite 7 cas concrets où la présence de bacilles acido-résistants, accompagnée ou non d'images radiologiques anormales, conduisit à un diagnostic erroné de tuberculose pulmonaire. Voici les entités pathologiques ainsi masquées: processus pneumonique aigu, abcès chronique du poumon, épithélioma d'origine bronchique, plaque pleurale calcifiée, bronchectasie, congestion passive chronique du poumon.

En conseillant le recours à la culture ou à l'inoculation, les auteurs n'oublient pas ce que l'on reproche parfois à ces deux procédés, i.e. leur lenteur; ils écartent, dans la plupart des cas, cette objection en affirmant qu'une attente de 4 à 6 semaines ne nuira en rien au patient et que cet intervalle ne pourra que favoriser un bon jugement clinique.

Enfin, les auteurs soulignent qu'il appartient au clinicien et non à l'homme de laboratoire, de prendre ses responsabilités en face d'un crachat positif accompagné d'exámenes cliniques et radiologiques négatifs.

Paul DIONNE.

### CARDIOLOGIE

David LITTMAN et Melvin H. RODMAN. — **Une épreuve d'effort pour l'insuffisance coronarienne.** (*An exercise test for coronary insufficiency.*) "Circulation", 3: 875 (juin) 1951.

Le diagnostic d'angine de poitrine est lourd de conséquences. Il faut donc utiliser les critères les plus sérieux avant de se prononcer. Il faut se méfier des syndromes atypiques d'une impression de dyspnée plutôt que de douleur par exemple.

Plusieurs méthodes spéciales ont été expérimentées afin d'objectiver ce diagnostic. Ces

méthodes reposent sur le fait que l'électrocardiogramme est différent pendant la crise d'angine. Depuis quelques années, les auteurs utilisent l'épreuve d'effort de Master: *Master two step test*, avec les particularités suivantes: l'épreuve est faite, si la chose est possible, à un moment de la journée où les patients éprouvent des crises. Chez les autres, les auteurs le font après les repas. Les patients tiennent dans chaque main 4 onces de glace. La vitesse de l'effort est dictée par un métronome. Le test est arrêté si la patient se plaint de douleur, de grande dyspnée ou de fatigue. Les a. ne dépassent pas 100 marches. L'épreuve n'est pas pratiquée chez des patients qui ont une évidence objective de maladie cardiaque. Les auteurs enregistrent après effort lorsque le rythme est devenu égal ou inférieur à 100.

Paul DAVID.

Harold D. LEVINE, John P. MERRILL et Walter SOMERVILLE. — **Troubles cardiaques importants dans l'intoxication au potassium chez l'homme.** (*Advanced disturbances of the cardiac mechanism in potassium intoxication in man.*) "Circulation", 3: 889 (juin) 1951.

Des arythmies variées ont été décrites pendant l'intoxication au potassium — fibrillation auriculaire, rythme idioventriculaire, bloc de branche, bloc auriculo-ventriculaire, complexes ventriculaires ectopiques isolés ou en salves, tachycardie ventriculaire paroxystique. Les a. croient que le développement de ces rythmes ectopiques est causé par une diminution de l'irritabilité myocardique. Les a. décrivent en détail les constatations électriques de six patients.

Paul DAVID.

Noble O. FOWLER et John R. BRAUNSTEIN. — **Position anatomique et électrocardiographique du cœur.** (*Anatomic and electrocardiographic position of the heart.*) "Circulation", 3: 906 (juin) 1951.

Une étude électrocardiographique et anatomique des rotations du cœur sur ses axes

antéropostérieur, transversal et longitudinal a été faite chez 34 sujets. Une corrélation étroite fut trouvée entre l'image électrique et radiologique du cœur en ce qui concerne l'axe antépostérieur. Aucune relation ne fut observée au sujet de l'axe transversal. Quant à l'axe longitudinal, une corrélation significative fut observée.

Paul DAVID.

### MEDECINE INDUSTRIELLE

A. J. VORWALD, T. M. DURKAN et P. C. PRATT. — **Travaux expérimentaux sur l'amiantose.** (*Experimental studies of asbestosis.*) "Archives of Industrial Hygiene & Occupational Medicine", 3: 1 (janv.) 1951.

Cette série de travaux sur l'amiantose expérimentale débutèrent, il y a quelque vingt ans, dans les laboratoires de Saranac de la Fondation Trudeau, alors que le docteur L. U. Gardner, décédé en 1946, était directeur des Laboratoires.

Les lésions expérimentales sont produites par deux méthodes: inhalation et injections intratrachéales. Dans leurs expériences d'inhalation, les auteurs utilisent quatre formes d'amiante: King's Float, fibres courtes, fibres broyées et fibres longues. La variété King's Float donne une fibrose péribronchiolaire caractéristique chez le cobaye seulement. Cette fibrose n'augmente pas considérablement après cessation de l'empoussiérage. Les réactions tissulaires avec les fibres courtes se sont avérées moins intenses, leur temps d'apparition étant, par ailleurs, plus long qu'avec la variété King's Float. Avec les fibres broyées, bien que davantage de poussières se soient accumulées dans les tissus, la fibrose est encore moins intense et le temps d'apparition est encore prolongé. Avec les fibres longues, la réaction tissulaire se produit plus tôt et est plus étendue que dans les expériences précédentes.

Les injections intratrachéales permettent de souligner certains points: le pouvoir fibrosant de l'amiante réside dans son caractère fibril-

laire. Les minéraux ressemblant à l'amiante, mais qui, par contre, ne sont pas de structure fibreuse, comme les fibres de laine de verre, la serpentine ou même l'amiante chrysotile chauffée n'ont pas de pouvoir réactionnel. Seules les fibres longues d'amiante semblent posséder une action lésionnelle spécifique.

L'amiante en injection intraveineuse se comporte comme une substance inerte. Les auteurs confirment King et ses collaborateurs en ne reconnaissant aucune valeur protectrice aux composés d'aluminium dans la prévention de l'amiantose.

Quant à la pathogénie, Saranac favorise plutôt la théorie mécanique après avoir passé en revue les facteurs qui, de leur avis, rendent la théorie chimique intenable.

L'amiante n'a pas une action nettement favorisante sur la tuberculose expérimentale comme la silice, mais elle ne se comporte pas cependant comme une substance inerte. Avec l'amiante, la tuberculose expérimentale progresse pendant un certain temps, puis la maladie se stabilise et la guérison s'effectue tout comme avec une poussière inerte.

En résumé:

1. Diverses espèces animales, en particulier le cobaye, peuvent présenter de la fibrose péribronchiolaire, amiantosique.
2. Le mode d'action des fibres longues d'amiante est plutôt mécanique que chimique.
3. Il est possible de reproduire la lésion expérimentale d'amiantose avec un atmosphère contenant 138 millions de particule d'amiante au pied cube, dont moins de 1 pour cent de fibres longues de plus de 10 microns.
4. La durée d'exposition requise est inversement proportionnelle à la quantité de fibres longues contenues dans la poussière inhalée.
5. Les fibres longues sont essentielles dans la production expérimentale de l'amiantose;

les fibres courtes n'ont pas de pouvoir fibrosant.

6. L'amiantose, une fois établie expérimentalement, cesse de progresser si on discontinue l'empoussiérage.

7. La formation de corps d'amiante s'accomplit par enrobage des fibres par un composé du fer provenant du sang ou des tissus

de l'hôte et cet enrobage enlève à la fibre, son pouvoir fibrosant.

8. Les composés d'aluminium ne neutralisent pas l'action fibrosante de l'amiante.

9. L'amiante n'influence pas sensiblement l'évolution de la tuberculose expérimentale chez le cobaye, si on utilise comme souche contaminante, une souche atténuée de bacilles tuberculeux.

Roland GUY.

---

## NOUVELLES

---

### LE "SEMINAR" D'UROLOGIE

Les organisateurs du *Seminar* d'urologie, qui doit être tenu à l'Hôtel Windsor de Montréal, du 7 au 12 janvier 1952, rappellent à ceux qui voudront suivre les cours et travaux pratiques donnés à cette occasion, la nécessité pour eux d'une inscription au préalable. Les places sont limitées.

Le docteur Paul Bourgeois, de Montréal, est président du Comité d'organisation. Le docteur S. A. MacDonald en est le secrétaire. Bureau d'inscription: 1414, rue Drummond, Montréal.

---

### ÉLECTIONS CHEZ LES RADIOLOGISTES

L'Association des Electro-radiologistes de la Province de Québec a tenu, récemment, son assemblée annuelle. Les élections ont donné les résultats suivants:

Président: le docteur Edwin Crawford (Montréal); vice-président: le docteur Origène Dufresne (Montréal); secrétaire: le docteur Guillaume Gill (Montréal); trésorier: le docteur D. L. McRae (Montréal); secrétaire des séances: Jean-Pierre Jean (Montréal).

---

### SERVICE DES PRÉMATURÉS À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

L'hôpital Sainte-Justine dispose actuellement d'un service spécial de transport pour les bébés nés prématurément à domicile. Un coup de téléphone à la salle d'Urgence de l'hôpital vous permettra d'utiliser ce service, si vous le jugez à propos. Avec votre permission, nous nous permettons de vous présenter les suggestions suivantes:

1. Dès la naissance du bébé prématuré et sans délai, téléphoner à l'hôpital Sainte-Justine — DO. 3581 (Salle d'Urgence). Un médecin interne, accompagné d'une infirmière, se rendra à domicile avec un incubateur et s'occupera du transport du bébé.

2. Dans l'intervalle, réchauffer le bébé avec les moyens à votre disposition.

---

### SYMPOSIUM SUR LES MÉNINGITES

Samedi, le 1er décembre 1951, aura lieu à l'hôpital Sainte-Justine, un symposium sur les méningites. Seront au programme: les docteurs Paul Letondal, R. Destroismaisons et Edouard Laberge.

### NOUVEAUX "FELLOWS" DE L'"AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS"

Lors de son congrès annuel, tenu récemment à San Francisco, l'*American College of Surgeons* a reçu dans ses rangs un grand nombre de nouveaux membres. Au nombre de ceux-ci, nous relevons entre autres les noms des docteurs Lucien Julien, de Montréal, et Charest, de Biddeford, Maine.

---

### LE DOCTEUR GILLES BERTRAND, NOMMÉ ASSISTANT ÉTRANGER

Le docteur Gilles Bertrand, qui a fait un stage d'étude dans le service de Neurologie à la Salpêtrière, sous la direction du professeur Raymond Garcin, a été nommé assistant étranger après avoir présenté à la Faculté de Médecine de Paris un mémoire intitulé: *Tumeurs cérébrales, tumeurs médullaires et grossesse*.

Le docteur Bertrand poursuit présentement ses études à l'Institut Neurologique de Montréal.

---

### LE CONSEIL MÉDICAL DE SAINT-LUC

On a procédé dernièrement, à l'hôpital Saint-Luc, à l'élection des membres du Conseil médical pour l'année 1951-52. Le docteur Henri Charbonneau a été élu président; le vice-président est le docteur Marcel Ostiguy, et le secrétaire élu est le docteur Yvan Vallée. Le docteur Wilfrid Tremblay sera le représentant du corps médical auprès du conseil d'administration.

---

### LE NOUVEAU PAVILLON MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU

Le 6 novembre 1951 eut lieu la bénédiction solennelle de la pierre angulaire du nouveau pavillon médical de l'Hôtel-Dieu. Ce pavillon abrite: les locaux de l'Institut du rhumatisme, les services administratifs, les laboratoires, les salles d'opération et les services d'électro-radiologie de l'Hôtel-Dieu. La bénédiction a été donnée par S. E. Mgr P.-E. Léger. Il y eut ensuite discours à l'auditorium Jeanne-Mance par l'Archevêque de Montréal, le ministre de la Santé, l'hon. J.-H.-A. Paquette, les docteurs Rolland Blais, Roland Dussault, Gaston Gosselin et Albert Jutras.

## LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La Société de Chirurgie de Montréal a tenu sa séance mensuelle à l'amphithéâtre de clinique, à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence du docteur Charles Lefrançois, mercredi, le 7 novembre 1951, à cinq heures p. m.

Ordre du jour:

- 1.—Lecture des minutes de la dernière assemblée.
- 2.—Correspondance, divers.
- 3.—Communications:
  - I. Deux cas de myélomes multiples.  
Docteur Roger Champoux — 15 minutes.
  - II. Néo du rectum chez fillettes.  
Docteur Ernest Cabana — 15 min.
  - III. Un cas de néphrectomie transthoracique.  
Docteur Georges Deshaies — 15 min.

## LE DOCTEUR JUAN ANGEL DEL REGATO, À MONTRÉAL

A l'occasion de son vingt-cinquième anniversaire, l'Institut du Radium de Montréal a organisé deux conférences qui furent données à l'Université de Montréal, les 29 et 30 novembre 1951, de 5 à 6 heures p.m., dans la salle H-404, sous le patronage de la Faculté de Médecine, par le docteur Juan Angel Del Regato, directeur du *Penrose Cancer Hospital*, de Colorado Springs.

Le docteur Del Regato a parlé en français, le jeudi 29 nov., sur le « Cancer et les Radiations » et le vendredi 30 nov., sur le « Traitement du Cancer du col utérin ».

## LAURÉATS DE LA SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE CHIRURGIE PLASTIQUE

L'*American Society of Plastic and Reconstruction Surgery* vient d'annoncer la liste des lauréats du concours 1952. Ce sont les docteurs Richard B. Stark (N. Y.), Kathryn Lyle Stephenson (Santa Barbara), Michael N. Tempest (Leeds, England), et Allyn J. McDowell (North Hollywood).

## L'UNIVERSITÉ LAVAL INAUGURE UN NOUVEAU COURS D'HYGIÈNE

La faculté de médecine de l'Université Laval à Québec vient d'organiser un nouveau cours qui aura pour but de former des techniciens pour les hôpitaux, les sanatoriums et d'autres établissements d'hygiène publique.

Le cours entier, qui devrait remédier à la pénurie de techniciens compétents, exige deux années de formation avec expérience pratique dans les laboratoires de l'université et des hôpitaux pour compléter les conférences théoriques.

L'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a dit que le nouveau cours répondait à un grand besoin et serait très utile pour les hôpitaux de la province de Québec. « Des relevés ont démontré, a-t-il dit, qu'il faudrait au moins un millier de techniciens dans les hôpitaux déjà existants et qu'il en faudra encore plus à mesure que les hôpitaux et les services d'hygiène publique croîtront en nombre et en importance. » Le Gouvernement fédéral appuie le nouveau projet au moyen d'une subvention de plus de \$54.000.

Cette somme, a ajouté le Ministre, permettra d'obtenir une certaine quantité d'appareils scientifiques que l'on mettra à la disposition des nouveaux étudiants, et de payer une partie des appointements du directeur du cours, du directeur adjoint et du personnel enseignant.

L'année académique sera de 50 semaines dont 30 seront consacrées aux conférences et à la pratique de laboratoire à l'Université et 20 au travail avec des techniciens déjà employés dans les hôpitaux.

## LE COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

### Avis concernant les certificats de spécialistes.

Tout médecin qui fait de la spécialité et qui n'est pas porteur d'un certificat de spécialiste est prié d'en faire la demande le plus tôt possible.

Les Comités suivants se réuniront aux dates mentionnées ci-dessous pour considérer les demandes reçues.

- 1.—Anesthésie — 8 janvier 1952.
- 2.—Chirurgie générale — 9 janvier 1952.
- 3.—Médecine interne — 10 janvier 1952.
- 4.—Cardiologie — 11 janvier 1952.
- 5.—Gastro-entérologie — 14 janvier 1952.
- 6.—Maladies pulmonaires et T. B. — 15 janvier 1952.
- 7.—Ophtalmologie — 16 janvier 1952.
- 8.—Urologie — 17 janvier 1952.
- 9.—Orthopédie — 18 janvier 1952.
- 10.—Oto-rhino-laryngologie — 21 janvier 1952.
- 11.—Radiologie — 22 janvier 1952.
- 12.—Obstétrique et/ou Gynécologie — 25 janvier 1952.
- 13.—Pédiatrie — 24 janvier 1952.

**I'ACNOMEL** dans

le traitement

de **I'ACNÉ**



1. *Avant application d'ACNOMEL.* Mlle. E., 16 ans, atteinte d'acné depuis six mois. Tous les traitements antérieurs sont demeurés sans résultats.

2. *L'ACNOMEL cache les lésions acnéiques.* De couleur chair, cette pommade est presque invisible. Son utilisation dès le début de l'affection réduit le nombre de cicatrices.

3. *L'ACNOMEL agit rapidement.* 14<sup>e</sup> jour—Mlle. E. n'a pas mis d'ACNOMEL. Les lésions ne sont pas masquées. Ces changements considérables sont le résultat de deux semaines de traitement à l'ACNOMEL. (L'ACNOMEL contient: résorcinol, 2%, et soufre, 8%, dans un véhicule de couleur chair qui ne tache ni ne graisse.)

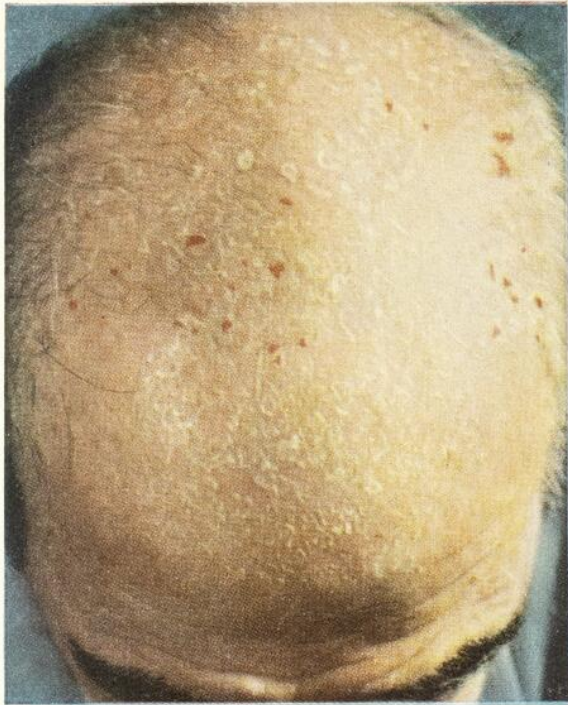
**Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montreal 9**

'Acnomel' marque déposée au Can. Pat. Off.

# PRAGMATAR

Traitement des séborrhées du cuir chevelu

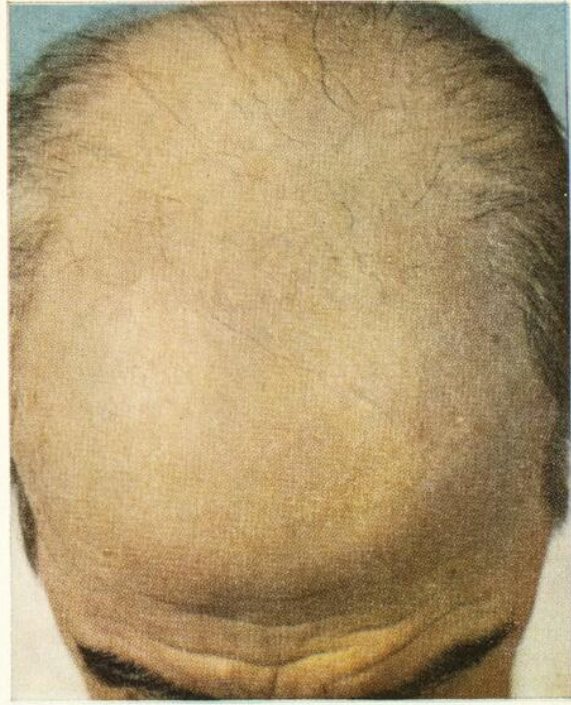
## Effets d'un traitement quotidien au PRAGMATAR



9 mars

Patient W. F. Agé de 62 ans.  
Diagnostic: Eczéma séborrhéique du visage  
et du cuir chevelu.

Traitement: Application quotidienne  
de 'Pragmatar'.



26 avril

Les lésions séborrhéiques et les excoriations  
ont à peu près disparu.

Il est généralement admis aujourd'hui que le PRAGMATAR est la préparation la plus effective pour traiter les séborrhées du cuir chevelu. Ce produit est également très efficace pour beaucoup d'autres affections du cuir chevelu, y compris le pityriasis.

**le PRAGMATAR** — pommade onctueuse et parfaitement homogène, est indispensable dans les séborrhées sèches, les épidermomycoses, les eczématides légères.

*Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 9*  
'Pragmatar' marque déposée au Can. Pat. Off.

Nous prions tous les aspirants au certificat d'en faire la demande immédiatement et d'éviter par le fait même le désavantage d'attendre un an pour obtenir cette certification.

D'autre part, tous les médecins du Québec doivent être au courant de l'article 85 de notre loi médicale qui dit:

"Tout médecin prenant une carte professionnelle, une annonce, un annuaire de téléphone, une publication ou ailleurs un titre ou une désignation pouvant faire supposer qu'il est un spécialiste, alors qu'il ne l'est pas, ou enfreignent l'une des dispositions des articles 83, 84 et 85 de la présente loi, peut être traduit devant le conseil de discipline sur ordre du président."

"S'il juge que l'accusation est fondée, le conseil de discipline peut imposer une pénalité de cent dollars à mille dollars ou décréter la suspension ou la destitution du contrevenant."

Jean PAQUIN, *Régistrare.*

### TRAVAUX DE RECHERCHES SUBVENTIONNÉS À L'HÔPITAL POUR ENFANTS MALADES

L'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que l'Hôpital pour enfants malades, de Toronto, poursuit des recherches sur la fréquence des affections glandulaires chez les enfants d'âge scolaire.

Les recherches, financées par une subvention fédérale à l'hygiène, sont sous la direction du docteur A. L. Chute, médecin en chef du département de pédiatrie de l'hôpital.

M. Martin déclare qu'on est assez peu renseigné sur l'incidence des troubles d'origine glandulaire chez les enfants. Les autorités d'hygiène publique croient que, par suite d'une pénurie de facilités de diagnostic, beaucoup de cas passent inaperçus ou demeurent sans traitement. Au cours des travaux qui seront faits à Toronto, on recherchera spécialement la fréquence des troubles de la glande thyroïde.

Les résultats, dit M. Martin, seront particulièrement utiles pour l'organisation des services médicaux dans les écoles.

On a fait des arrangements avec les médecins des écoles du Toronto métropolitain afin de porter à la connaissance du groupe de recherches tout cas d'enfant de leurs écoles que l'on croit atteint de trouble glandulaire, quel qu'il soit. Avec le consentement des parents, on envoie l'enfant à la clinique de l'hôpital, où on lui fait subir un examen médical complet et où de minutieuses analyses de laboratoire déterminent la nature du trouble.

La subvention fédérale, au montant de \$11,550, sera affectée à l'achat d'un matériel scientifique spécial ainsi qu'aux appointements d'un adjoint aux recherches, de deux techniciens et d'une infirmière. On prévoit que ces travaux de recherche dureront près de deux ans.

### SURVEILLANCE MÉDICALE

Rien n'est plus important, du point de vue hygiène, que de surveiller étroitement tous et chacun des membres de la famille. Cette tâche incombe aux parents qui doivent consulter leur médecin chaque fois qu'ils ont des doutes quant à la santé de l'un ou l'autre des membres de la famille.

La future mère est fragile. Elle a besoin d'une vie régulière. Il importe qu'elle suive les avis de son gynécologue afin d'éviter toutes complications. Les hygiénistes recommandent: l'analyse du sang, dès les premiers mois, et des consultations périodiques. La future mère doit suivre un régime alimentaire scientifique. Les aliments protecteurs, lait et produits laitiers, céréales et pain à grains entiers, pommes de terre, légumes et fruits frais, œufs, viande et poisson. Madame, n'oubliez point de boire plusieurs verres d'eau, chaque jour. Le repos et les occupations normales sont recommandées, mais les efforts et la fatigue sont interdits.

Quant au bébé, il est fragile, particulièrement dans les débuts. Assurez-lui les meilleurs soins car les premières semaines qu'il passera sur terre constituent un point de départ qui, s'il est bien fait, influera sur toute sa vie. «La mère, disent les hygiénistes du ministère provincial de la Santé, doit tout faire pour se remettre de l'épreuve qu'elle vient de subir afin de pouvoir élever et nourrir son enfant selon les principes les plus efficaces de l'hygiène et de la médecine préventive.» Que votre médecin de famille exerce une surveillance régulière sur vous et votre enfant. Profitez des avantages de votre Unité sanitaire. Le ministère de la Santé, que dirige l'honorable Albiny Paquette, m.d., met à votre disposition des médecins hygiénistes, des infirmières hygiénistes et tout un personnel pour assurer à tous les bienfaits de l'hygiène. Sachez en profiter.

### NOMINATION DU DOCTEUR JEAN F. WEBB

L'honorable Paul Martin annonce que la Commission du Service civil vient de nommer le docteur Jean F. Webb, de Saint-Jean, ancienne directrice des Services de l'hygiène alimentaire du Nouveau-Brunswick, au poste de consultante en pédiatrie au Ser-

vice de l'hygiène maternelle et infantile, du ministère de la Santé.

Le docteur Webb assistera le docteur Ernest Couture, directeur du Service de l'hygiène maternelle et infantile, dans le programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants, et de réduction du taux de mortalité infantile. Elle aidera aussi les autorités provinciales à élaborer et à organiser certains aspects de leurs programmes d'hygiène maternelle et infantile.

Avant d'entrer dans l'administration fédérale, le docteur Webb a passé deux ans et demi aux recherches de l'École d'hygiène publique de l'Université Harvard, et aussi comme médecin au département de l'hygiène infantile du *Children's Hospital* de Boston. Elle s'est également spécialisée en pédiatrie, pendant 18 mois, à l'Hôpital pour enfants malades, de Toronto. Avant d'aller aux États-Unis, elle avait été pendant trois mois directrice des Services de l'hygiène alimentaire au ministère de la Santé et des Services sociaux du Nouveau-Brunswick.

Née à Saint-Jean (N.-B.), le docteur Webb détient des diplômes en sciences de l'Université Acadia, en médecine, de McGill, et en hygiène publique, de Toronto.

---

### NOUVELLE UNITÉ SANITAIRE DANS JACQUES-CARTIER

L'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que le Gouvernement fédéral a affecté un certain montant de ses subventions à l'hygiène, à l'établissement et au fonctionnement d'une nouvelle unité sanitaire dans le comté de Jacques-Cartier, province de Québec.

La nouvelle unité sanitaire, déclare M. Martin, desservira l'extrémité occidentale de l'île de Montréal, de Sainte-Anne-de-Bellevue à Ville Mont-Royal, et

de Ville Lasalle à Saint-Raphaël-de-l'Isle-Bizard, soit une population d'environ 90 000 âmes.

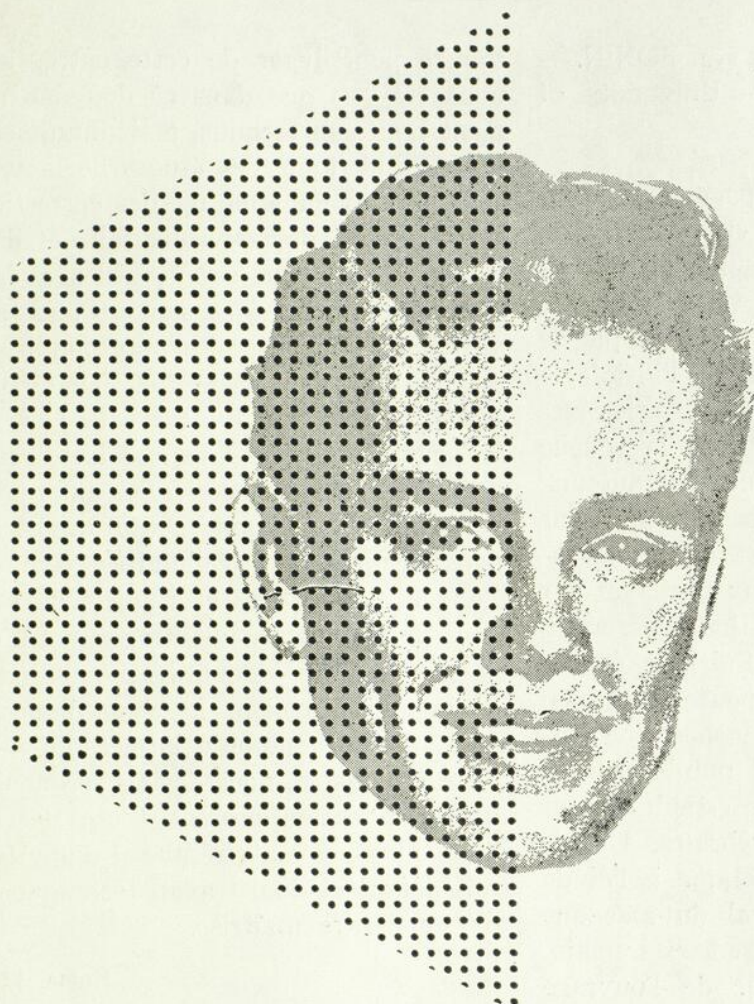
L'organisation de la nouvelle unité est en marche, mais on ne croit pas que l'unité fonctionne avant le printemps prochain. Ce sera la 67<sup>ème</sup> unité sanitaire de la province de Québec.

Une fois complètement organisée, l'unité fournira des services d'hygiène publique, y compris un réseau de cliniques prénatales et de consultations de nourrissons, ainsi que des programmes d'immunisation contre des maladies contagieuses comme la diphtérie et la coqueluche. On inaugurerá un programme d'hygiène dentaire autant pour garder les dents saines que pour dépister et corriger les défauts déjà présents. Un service de lutte antituberculeuse mettra spécialement à contribution le vaccin BCG, et un service d'inspection veillera à la pureté des approvisionnements d'eau et d'aliments, spécialement du pain, du lait, de la viande et des produits laitiers. Monsieur Martin ajoute que l'on portera plus d'attention à l'enseignement de l'hygiène chez les enfants et chez les adultes, afin de stimuler l'intérêt à l'égard des questions d'hygiène et de diminuer les ravages causés par les maladies que l'on peut éviter.

Le personnel de l'unité, composé de 37 employés à service continu ou intermittent, comprendra 4 médecins ayant reçu une formation en hygiène publique; 23 infirmières d'hygiène publique; 2 inspecteurs sanitaires; 2 hygiénistes dentaires; 1 technicien dentaire et 3 spécialistes en lutte antituberculeuse. Une partie de la subvention fédérale servira à l'achat des fournitures et du matériel requis pour mettre en marche la nouvelle unité.

On estime le coût total de la nouvelle unité sanitaire à \$90 000 environ par année, dont la moitié sera payée par le gouvernement fédéral et l'autre moitié par le gouvernement provincial et par les municipalités qui bénéficieront des services de cette unité.

---



*Enlevez l'ombre au tableau, grâce à*

***Stannoxy l***

*Médicament à base d'étain et d'oxyde  
d'étain chimiquement purs, d'une  
activité reconnue dans le traitement  
de l'acné et de la furonculose.*

*Posologie: 4 à 8 comprimés par jour.*

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE, MONTRÉAL 18

## REVUE DES LIVRES

Percival BAILEY et Gerhardt von BONIN. — **The Isocortex of Man.** — University of Illinois Press, édit., 1951.

Cet ouvrage de trois cent pages expose un sujet d'une grande aridité et d'une haute spécialité. Il a exigé une ténacité, un travail et une méticulosité de bénédictin. Il s'adresse à un groupe de lecteurs très restreint par le nombre, parfaitement instruits de l'histologie du cerveau et versé dans ces études sélectives de la constitution anatomique de la couche corticale de cet organe. L'un des auteurs, Percival Bailey, est éminemment connu dans le monde de la neurologie et de la neuro-chirurgie. Ses premiers travaux portèrent sur la physiopathologie de l'hypothalamus, après ceux de Camus, en France. Puis son étroite collaboration avec l'illustre neuro-chirurgien Cushing le porta à établir la conception embryogénitique des gliômes. Il publia un volume compréhensif et d'incontestable valeur clinique sur les tumeurs cérébrales. Depuis quelques années, Bailey s'applique à l'étude histologique du cortex cérébral du macaque et du chimpanzé et, enfin, du cortex humain. Von Bonin, son collaborateur de l'ouvrage actuel, est un spécialiste de la physio-anatomie nerveuse. Sa contribution à *The Isocortex of man* assure à cette publication une valeur incontestable.

Il n'est pas négligeable de mentionner que cette étude approfondie vient après les prestigieux travaux de Baillarger, Meynert, Betz, Flechsig, Campbell, Brodmann et von Economo. Ces travaux nous ont acquis les notions actuelles sur la cyto-architecture, la myélo-architecture et la myélogénèse du cortex.

L'entreprise de Bailey et von Bonin n'était pas une mince affaire, ils ont voulu apporter une contribution complémentaire à la connaissance du cortex cérébral de l'homme. Nous n'avons pas la compétence nécessaire en his-

tologie pour juger de cette entreprise, mais nous croyons que dans ce domaine relativement limité en étendue, mais infiniment complexe et intriqué, des études de la valeur de celle-ci, doivent apporter des corrections, des compléments, de nouveaux faits et d'inédites interprétations qui seront utiles à des chercheurs anatomistes et surtout physio-anatomistes dont le but est d'approfondir l'anatomie pathologique et la fonction de la super structure corticale du cerveau. Cet ouvrage ne peut s'analyser. L'exposé histologique résultant de coupes en séries des différentes aires corticales, comportant mensurations, descriptions des éléments cellulaires, comparaisons d'une aire à l'autre et rappels de constatations préalables par d'autres auteurs et chercheurs, figures démonstratives, indications symboliques, rendent la chose impossible et serait d'une monotonie intolérable.

En conclusion, nous devons reconnaître que cette publication possède toutes les qualités d'une œuvre savante résultant d'une érudition sans défaut et d'un travail technique effectué avec une rare maîtrise.

Roma AMYOT.

Raymond DARGET, professeur de Clinique Urologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux. — **Tumeurs malignes de la vessie. — Traitement par la radiumthérapie à vessie ouverte.** — Un volume de 108 pages, avec 83 figures et 1 planche en couleurs. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.

Le traitement des tumeurs malignes de la vessie reste encore controversé. Les résultats du traitement d'exérèse large, revenu en honneur avec les progrès de la technique moderne, ne sont guère encourageants, et les chirurgiens s'orientent déjà vers des opérations plus précoces sur des cas plus limités.

Mais n'est-il pas possible, plus simplement,



*Nouvelle Médication*  
*pour la sinusite et les infections*  
*des voies respiratoires*  
*Injection Intramusculaire*

FORMULE

Iodoforme	Menthol
Iodures	Camphre
Ampoule de 1 cc.	
(En solution huileuse de faible acidité)	

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

**HERDT & CHARTON, INC.**

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE du COLLÈGE MCGILL, MONTRÉAL

et sans mutilations difficiles à accepter, d'obtenir la guérison à moins de frais, en conservant au malade une intégrité anatomique complète? C'est ce que se propose le traitement radiumthérapie des tumeurs malignes de la vessie. Vingt-cinq années d'expérience ont permis au Professeur Darget d'en mesurer les avantages et les inconvénients, et d'en établir la technique dans tous ses détails. Il expose dans son ouvrage cette technique, les bases sur lesquelles elle repose, ses modalités d'exécution très variées.

Il ne s'agit donc pas d'un traité didactique, mais d'une étude directement inspirée des difficultés auxquelles il faut faire face et des problèmes à résoudre.

L'Auteur se tient sans cesse le plus près possible de ces problèmes; il analyse la cystoscopie, la radiographie sous toutes ses formes les plus variées, pour établir les précieuses données concernant l'extension d'une tumeur. Sur ces bases reposent en effet les indications de la thérapie, et de la radiumthérapie en particulier. C'est dans le même but pratique qu'il a recours aux données de l'anatomie pathologique.

En tête de cette étude qui s'adresse aux urologues et électroradiologues, le Professeur Darget a pu écrire: « Le chirurgien qui, en urologie, ne fait pas appel au radium ou qui ne sait pas s'en servir, se prive d'une arme précieuse et irremplaçable ».

#### *Divisions de l'ouvrage*

Introduction. — Considérations générales sur les tumeurs malignes de la vessie et leur traitement. — Le diagnostic des tumeurs de la vessie dans leur nature et dans leur étendue. — La cystoscopie. Explorations radiographiques dans les néoplasmes vésicaux. Palper bi-manuel sous anesthésie. — Les traitements chirurgicaux des tumeurs malignes de la vessie. La cystectomie partielle. La cystectomie totale. La radiumthérapie: Principes de l'application de radium dans les tumeurs malignes de la vessie. Modes d'application du radium. Principes directeurs. Techniques de l'application du radium. Les tumeurs dites inopérables de la vessie. Le traitement des récurrences

et des tumeurs itératives. Médications associées à la radiumthérapie. Radiothérapie complémentaire. Traitement hormonal complémentaire. Suites opératoires après radiumthérapie. Cystoscopies systématiques de contrôle. Résultats de la radiumthérapie. Indications de l'emploi du radium. Pronostic des tumeurs traitées par la radiumthérapie. Conclusions.

A. RAVIRA. — **L'année thérapeutique. — Médications et procédés nouveaux.** Vingt-deuxième année, 1950. Un volume de 194 pages. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1951.

Comme chaque année, l'auteur a résumé et groupé, pour le praticien, tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année précédente.

L'ouvrage contribue à faire connaître des techniques nouvelles d'application immédiate et facile, et indique les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

L'auteur étudie, dans cette série:

1° Les maladies et les symptômes (17 traitements se rapportant aux affections suivantes):

Amibiase. Blennorragie. Brucelloses, Conjonctives et infections oculaires. Coryza aigu. Dégénérescences rétiniennes. Hypertension essentielle. Infarctus du myocarde. Insuffisance cardiaque. Intoxication barbiturique. Leucémie aiguë. Lupus érythémateux disséminé. Orchite ourlienne. Poliomyélite. Rhumatisme articulaire aigu. Ulcères gastro-duodénaux. Vomissements de la grossesse.

2° Les méthodes et techniques thérapeutiques (11 sujets traités):

Anesthésie intra-rachidienne. Aérosols. Electrochoc. Infiltration stellaire. Injections intra-veineuses de novocaïnes. Instillations bronchiques. Lavage intestinal. Radio-activité artificielle.

3° Les médications nouvelles avec leurs différents emplois (45 études):

Acide para-amino-benzoïque. Acide para-amino-salicylique. Acide trichloracétique. Auréomycine. Curare. Chloromycétine. Hormone surrénale-corticotrope. Khelline. Moutarde à l'azote. Pénicilline. Streptomycine. Terramycine. Thérapie tissulaire. Testostérone. Uréthane.

Ce volume contient en outre la table alphabétique des matières des années 1931 à 1949 (sixième à vingt et unième année).

votre ordonnance \* analgésique

# CODOPHEN

C.T. No. 260

E·B·S.




Egalement fourni comme  
**CODOPHEN PLUS FORT**

C.T. No. 260A

contenant 1/2 gr. de Codéine

POUR LES NARCOTIQUES,  
LA SIGNATURE EST REQUISE

\* Les comprimés "Codophen" sont de couleur orange,  
sans aucune autre marque d'identification

 THE **E.B.S.** SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

UNE COMPAGNIE ENTIÈREMENT CANADIENNE... DEPUIS 1879

Représentants:

M. Gaudias Lamontagne, 2317 Regent Ave., N.D.C., Montréal, P.Q. • M. J.-A. LeFebvre, 4995 Hampton Ave., Montréal, P.Q.  
M. J.-L. Vallerand, 23, rue de l'Eglise, Québec, P.Q. • M. P.-E. Thibault, 2425, boul. Girouard, Saint-Hyacinthe, P.Q.  
M. J.-L. Racette, 5419, 4th Ave., Rosemount, Montréal, P.Q.

A. CALO. — **Les bruits du cœur et des vaisseaux.** — Un volume de 556 pages, avec 229 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.

L'auscultation a constitué pendant longtemps une méthode capable de déceler à elle seule la plupart des cardiopathies connues. Aujourd'hui même encore, il est bien certain que cette méthode suffit à sa tâche dans de nombreuses circonstances, et bien des diagnostics ne sont possibles que grâce à elle: le médecin qui se trouve seul devant son malade ne peut avoir d'autres renseignements que ceux qui lui sont fournis directement par ses sens.

Mais depuis que la technique cardiologique moderne a fourni les premiers instruments de recherche et de contrôle, on reproche à l'auscultation de ne donner que des sensations très fugitives et de ne constituer qu'un moyen d'investigation infidèle parce que subjectif. Aussi la phonocardiographie et la phonoangiologie ne semblaient-elles avoir d'autre ambition, au début, que de constituer une véritable auscultation écrite. Mais il apparut vite que telle ne devait pas être leur seule utilité. En permettant d'analyser les bruits résultant notamment des mouvements valvulaires et des phénomènes de distension ventriculaire, la phonocardiographie s'est révélée une excellente méthode d'investigation en physiologie et en physiopathologie cardiaque. En étendant les moyens d'exploration au-delà des possibilités de l'oreille humaine, elle a permis de découvrir des phénomènes cardiaques sonores, mais non audibles, devenant ainsi un véritable « supersens ».

C'est assez dire que l'étude des bruits du cœur, loin de constituer une méthode surannée, représente une des branches les plus importantes de la cardiologie moderne. L'Auteur, qui s'est attaché à cette étude depuis plus de quinze ans, passe en revue dans cet ouvrage les connaissances actuelles sur ce sujet, faisant une synthèse dans laquelle il a recueilli et groupé des documents personnels. L'étude est précédée de données générales comprenant

l'historique, la physiologie et la technique: notions élémentaires d'acoustique; rappel des phases de la révolution cardiaque; comment enregistrer et interpréter les tracés.

Dans l'étude du cœur normal, l'Auteur suit l'ordre que lui dicte le déroulement de la révolution cardiaque, du bruit auriculaire physiologique aux souffles diastoliques anorganiques. L'étude pathologique va du plus simple au plus complexe, des affections du péricarde aux troubles du rythme qui remanient, jusqu'à les rendre méconnaissables, les signes stéthoscopiques des autres cardiopathies.

Dans chacune des subdivisions de la seconde partie, consacrée aux vaisseaux: artères, veines, communications artério-veineuses anormales, l'Auteur suit un ordre centrifuge, allant des vaisseaux les plus proximaux aux parties les plus éloignées de l'arbre circulatoire.

Le texte est éclairé de nombreuses figures, schémas ou reproductions photographiques de phonocardiogrammes.

La très importante bibliographie (265 pages), suivie d'une liste analytique classée par chapitres, rendra les plus grands services aux chercheurs.

#### *Divisions de l'ouvrage*

Livre premier: Cœur. Historique. — Physiologie. — Technique. — Cœur normal: Etude d'ensemble. Bruit auriculaire physiologique. Premier bruit. Dédoublément physiologique du premier bruit. Silence systolique. Souffles systoliques anorganiques et phénomènes vibratoires systoliques inaudibles. Deuxième bruit. Dédoublément physiologique du deuxième bruit. Silence diastolique. Troisième bruit. Cinquième bruit physiologique. Souffles diastoliques anorganiques. — Cœurs malades. Affections du péricarde. — Affections du myocarde. Affection des orifices valvulaires. Affections endo-cavitaires. Malformations cardiaques. Arythmies. Cœur fœtal. Historique. Technique. Caractères cliniques et graphiques.

Livre second: Vaisseaux. — 1° Artères: Artères thoraciques. — Artères périphériques. — 2° Veines: Veines thoraciques. — Veines jugulaires et veines périphériques. — 3° Communications artéro-veineuses directes ou court-circuits artério-veineux. — Communications artério-veineuses par dilatations capillaires.

Index bibliographique alphabétique. Index bibliographique analytique.

UNION MÉDICALE  
CANADIENNE

# AGRIPPOL



ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE

**INDICATIONS**

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

**COMPOSITION**

Acétophénétidine                      Acide acétylsalicylique  
Chlorhydrate d'aminoxide-atropine



ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

**HERDT & CHARTON, INC.**

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

MONTREAL

Société Médicale de Montréal.

Séance du 17 nov. 1882 —

Présidence du docteur A. Lamarche.

Décembre 1882.

Le docteur G. Archambault donne lecture d'un travail sur le diabète sucré considéré au point de vue de l'étiologie, des symptômes, du diagnostic et du traitement.

Le docteur H. E. Desrosiers. La communication que vient de faire M. le docteur Archambault est assez complète et il reste peu de choses à ajouter; je bornerai donc mes remarques à certains phénomènes marquant le début et la marche du diabète, et sur lesquels on a récemment attiré l'attention.

Dans une étude que je viens de voir à ce sujet dans le *Concours Médical*. M. Paul Gerne rappelle le mot du professeur Lasègue, que « si bien des gens entrent dans le diabète par une porte bâtarde, si d'autres y pénètrent par une porte largement ouverte, il en est qui, malgré certaines apparences, n'y entrent pas du tout ». L'auteur ajoute: « C'est véritablement une exception de rencontrer en clinique le fameux syndrome classique du diabète: polyurie, polydipsie, polyphagie. Les seuls signes capitaux doivent être tirés de l'examen chimique des urines: *glycosurie* et *azoturie*. Mais comme il est impossible d'examiner l'urine de tous les malades venant à la consultation, il faut savoir soupçonner le diabète au seul énoncé que le client fait de tel ou tel trouble de sa santé, pouvant être rattaché à cette maladie. »

A part les symptômes qu'on pourrait appeler classiques et qui sont mentionnés par tous les auteurs, il en est d'autres sur lesquels on n'appuie peut-être pas assez, et qui, en certains cas, pour ne pas dire en beaucoup de cas, constituent dès l'abord les seuls signes appréciables de la maladie, surtout dans ce qu'on a appelé le diabète latent. Parmi ces symptômes, M. Gerne mentionne particulièrement la réaction acide de l'urine, remarquée par M. Lécorché qui la considère, quand elle coïncide avec des urines pâles et abondantes, comme un des symptômes importants du diabète. Il y a de plus l'excès d'acide urique dans le liquide urinaire. Cet excès se manifesterait, selon M. Coignard, des mois et des années avant l'apparition de la glycosurie et même du diabète. On sait d'ailleurs que cet excès d'acide urique existe dans l'urine d'un certain nombre de diabétiques confirmés. M. Bouchardat a même fait de ce caractère particulier le point de départ d'une subdivision du diabète qu'il appelle *glyco polyurique* ou petits diabètes avec excès d'acide urique. L'azoturie ou excès d'urée est encore un des caractères de l'urine des diabétiques. L'excès d'urée,

comme l'excès d'acide urique, indique que nous n'avons pas affaire à une simple glycosurie, mais au diabète vrai.

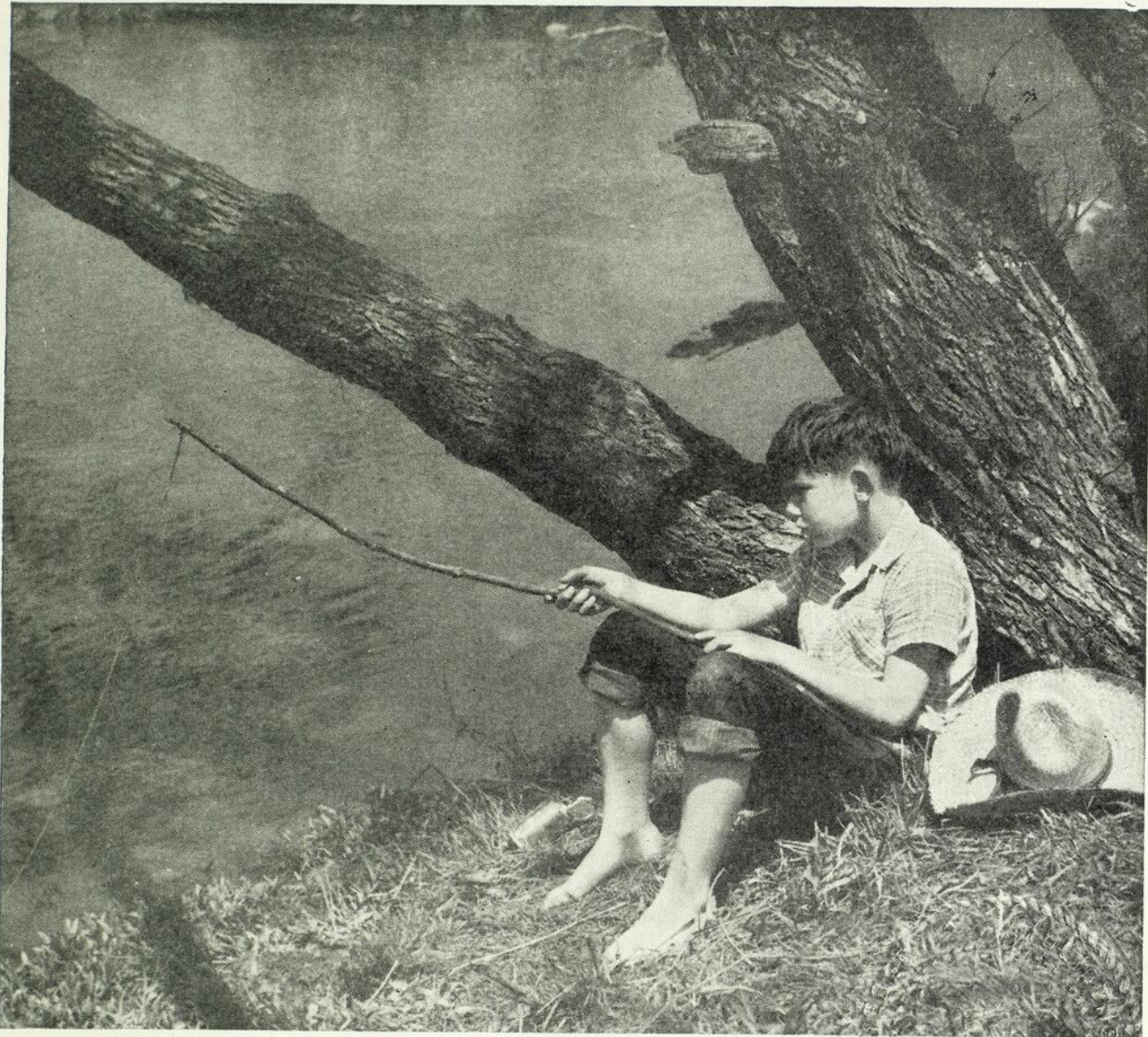
Parmi les signes habituels du diabète latent, M. Gerne mentionne encore l'impuissance, symptôme sur lequel M. le docteur Archambault vient d'attirer notre attention; de plus on constate de bonne heure « une fatigue générale, une faiblesse des membres inférieurs qui porte les malades à éviter tout exercice, enfin, une prostration morale tout à fait caractéristique. M. Legrand du Saulle a signalé un trait particulier de leur état mental, qui consiste en des idées de ruine que rien ne justifie ». Puis, passant à l'examen des troubles nerveux du diabète, l'auteur attire l'attention sur certaines névralgies symétriques, siégeant sur les mêmes branches nerveuses de chaque côté du corps. Ces névralgies ont surtout été signalées par M. J. Worms qui en est venu aux conclusions suivantes:

a) Une variété spéciale de névralgie se rencontre dans le diabète sucré. Elle est caractérisée par l'existence simultanée de la douleur dans les deux branches de la même paire de nerfs; b) jusqu'aujourd'hui, on ne l'a constaté que dans les nerfs sciatique et dentaire inférieur; c) cette névralgie diabétique semble beaucoup plus douloureuse que la névralgie ordinaire; d) enfin elle ne cède pas ordinairement à l'emploi des antinévralgiques habituellement mis en usage, tels que la morphine, la quinine, les bromures, etc., et doit être classée parmi les névralgies diabétiques, telles qu'on les rencontre dans l'intoxication saturnine, la chlorose, la goutte, etc.

M. Gerne, après M. Lécorché, mentionne l'endocardite comme étant une complication occasionnelle du diabète, d'où l'importance de toujours examiner le cœur des personnes atteintes de glycosurie. Quant à la cause déterminante de cette dernière complication, M. Lécorné la croit être la présence du sucre dans le sang. Ne serait-ce pas plutôt un excès d'acide urique qui, comme on le sait, se rencontre dans certains cas de diabète et en particulier dans la glyco-polyurique de M. Bouchardat?

J'ai eu, dans le cours de l'année dernière, occasion d'observer à l'hôpital Notre-Dame, deux cas de diabète sucré compliqués l'un de tuberculose pulmonaire, l'autre d'athérome artériel avec ramollissement cérébral et éclampsie. Chez ces malades, les deux affections existaient simultanément lors de l'admission à l'hôpital, mais il fut impossible de savoir au juste laquelle s'était montrée la première. Cependant, dans le second cas, il semble bien probable que le diabète a précédé le ramollissement, autant que j'en puis juger par les signes anamnestiques.

Maintenant, que des altérations organiques des



LA NATURE À SON MIEUX...

# Vibelan

**Le COMPLEXE VITAMINIQUE B**  
*d'origine entièrement naturelle*

Provenant de foie frais, de son de riz et  
de levure de bière

THE BRITISH DRUG HOUSES  
(CANADA) LIMITED  
TORONTO - CANADA

parois artérielles, telles que la dégénérescence athéromateuse, se montrent dans le cours et surtout aux époques ultérieures du diabète, cela ne doit pas étonner. De fait, plusieurs auteurs mentionnent la chose, entre autres, M. Lécorché, dont M. Bouchardat cite l'extrait suivant: « C'est à la longue durée du diabète, à l'atteinte profonde qu'il porte à la nutrition, qu'est due, sans nul doute, la tendance qu'ont à se produire la dégénérescence graisseuse des artères et l'athéromasie. Ces à ces altérations vasculaires que sont dus ces obstacles au cours du sang et ces épanchements qui se traduisent par des asphyxies locales, par des gangrènes, par de l'amblyopie, par des attaques d'apoplexie et qui, dans d'autres cas, donnent lieu, par des embolies et les thromboses qui en sont la conséquence, à tous les symptômes du ramollissement cérébral. Ces différentes manifestations se succèdent parfois les unes aux autres ce qui tend à prouver que la cause première en est la même. »

Enfin, l'incontinence d'urine est mise au nombre des symptômes du diabète, et l'on conseille de ne jamais instituer de traitement dans les cas d'incontinence, surtout chez les enfants, sans s'assurer au préalable de la présence ou de l'absence du sucre dans l'urine.

*Docteur A. A. Foucher.* Dans le cours de sa lecture, M. le docteur Archambault a parlé de la cataracte comme étant un des symptômes que l'on peut rencontrer à la période ultime du diabète.

Il y a encore une autre manifestation oculaire de la glycosurie, c'est une forme de rétinite qui correspond à cette affection.

La rétinite glycosurique est une variété de rétinite hémorragique. A l'ophtalmoscope, on remarque dans dans la couche la plus interne de la rétine un plus ou moins grand nombre d'hémorragies. Ces hémorragies sont presque toujours striées et s'accompagnent d'une hyperémie veineuse très intense. En outre, on remarque des taches blanchâtres dues à des espèces de cicatrices qui se forment dans la rétine quand les hémorragies se sont résorbées.

Les troubles visuels observés dans le diabète ne sont donc pas toujours dus à l'opacification du cristallin. Ce dernier peut être tout à fait transparent, et la diminution de l'acuité visuelle peut alors être rapportée à la variété de rétinite hémorragique dont je viens de parler.

*Docteur N. Fafard.* Jaccoud appuie fortement sur la distinction à établir entre le diabète et la glycosurie que l'on confond souvent.

Il peut y avoir glycosurie sans diabète, mais il n'y a jamais diabète sans glycosurie.

Le fait de trouver du sucre dans l'urine ne doit pas être pour le médecin le signe infailible d'une affection grave. Plusieurs causes peuvent amener cet état de l'urine; telles sont, par exemple: la

trop grande abondance d'une nourriture sucrée ou féculente, le sevrage des nourrissons, l'administration de la térébenthine, de la nitro-benzine et d'une foule d'autres substances. Ces causes venant à disparaître, le sucre disparaît lui aussi. La glycosurie proprement dite n'est pas une maladie. Il n'en est pas de même du diabète dont les symptômes ordinaires sont: urine abondante et très dense, soif ardente, amaigrissement, peau sèche, etc. Dans ce cas, du sucre est constamment et continuellement trouvé dans le liquide urinaire. Les causes de cette affection sont encore très obscures. Quoi qu'il en soit, le diabète constitue une maladie très grave, souvent mortelle.

Je ne parlerai pas du traitement qui a été si bien donné par mon savant confrère.

L'analyse à faire, pour la recherche du sucre dans l'urine, repose sur les deux propriétés principales du sucre: la fermentation alcoolique et la réduction de certains sels minéraux, comme les sels de cuivre, d'argent, de mercure, de chrome. Le sucre, très avide d'oxygène desoxyde la base de ces différents sels et donne une coloration caractéristique.

Certaines autres substances contenues dans l'urine peuvent amener le même résultat: telles sont les matières colorantes et l'acide urique. Il sera bon dans ce cas de décolorer l'urine refroidie, au moyen du charbon animal, avant de la soumettre à l'analyse.

Le plus prudent serait d'employer simultanément les deux réactifs: la fermentation et la réduction d'un ou de plusieurs sels métalliques.

*Le docteur A. Lamarche.* Le docteur Archambault accepte la théorie hépatique du diabète sucré et prétend que cette maladie n'est que l'exagération d'un acte physiologique, à savoir la sécrétion du sucré par le foie — s'appuyant en cela sur l'autorité de Claude Bernard.

Jusqu'aujourd'hui, on a enseigné dans nos écoles que le foie avait pour double fonction de sécréter la bile et de fabriquer du sucre destiné à servir de combustible dans la contraction musculaire. Or, Pavy, Schiff et autres ont établi, par des expériences concluantes, que le foie ne fabrique pas de sucre, qu'il ne fait que fixer la matière glycogène dont la transformation en sucre est un phénomène ou pathologique, ou cadavérique, dû au développement d'un ferment diastasique dans le sang.

Cela étant, le diabète n'est donc pas dû à l'exagération d'un acte physiologique, et on n'a aucune raison de fixer le point de départ de cette maladie dans le foie plutôt que dans aucun autre des tissus contenant de la matière glycogène. C'est là l'opinion de Jaccoud.

En somme, il faut bien admettre que la genèse du diabète sucré est encore du domaine de l'inconnu.

RHUMATISME • GOUTTE •  
GOUTTE • SCIATIQUE • RHUM  
RHEUMATISM • SCIATICA  
SCIATIQUE • GOUT  
RHUMA  
SCIATIQU  
• GOU  
TISM  
E • S  
RHUM  
TICA  
• RI  
TE •  
E  
SC  
MATISM  
RHE  
TISM • SCIATICA  
• GOUTTE • SCIATIQUE • RI  
RHUMATISME • GOUTTE •

 R<sub>x</sub>

# UROPRAZINE

*Prendre 2 cuillerées à thé  
dans un demi-verre d'eau  
tiède, deux fois par jour,*

*R. S. M.D.*

Préparée par  
LES LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, France

Distributeurs exclusifs au Canada:  
HERDT & CHARTON, INC. - Montréal

## NOUVELLES THÉRAPEUTIQUES

---

### LE NOUVEAU PANSEMENT ADHÉSIF "VIVANT" DE BAUER & BLACK SE CONFORME AUX MOUVEMENTS DE LA PEAU HUMAINE

La science a produit un pansement adhésif « vivant ».

Ce nouveau pansement adhésif, renfermant une médication antiseptique d'un genre entièrement nouveau, a été découvert et mis au point par un groupe de chercheurs de Bauer & Black, fabricants de pansements chirurgicaux.

Cette remarquable nouveauté, appelée Pansement Adhésif Curad, est destiné à servir pour les premiers soins, à la maison ou à l'usine.

Un Curad se prête à chaque mouvement ou déplacement de la peau humaine. C'est le seul pansement adhésif de son genre qui soit vraiment antiseptique. Un Curad est si mince qu'il peut facilement se porter sous un gant juste. Il peut demeurer en contact intime avec une plaie pendant des jours sans que celui qui le porte se rende compte de sa présence.

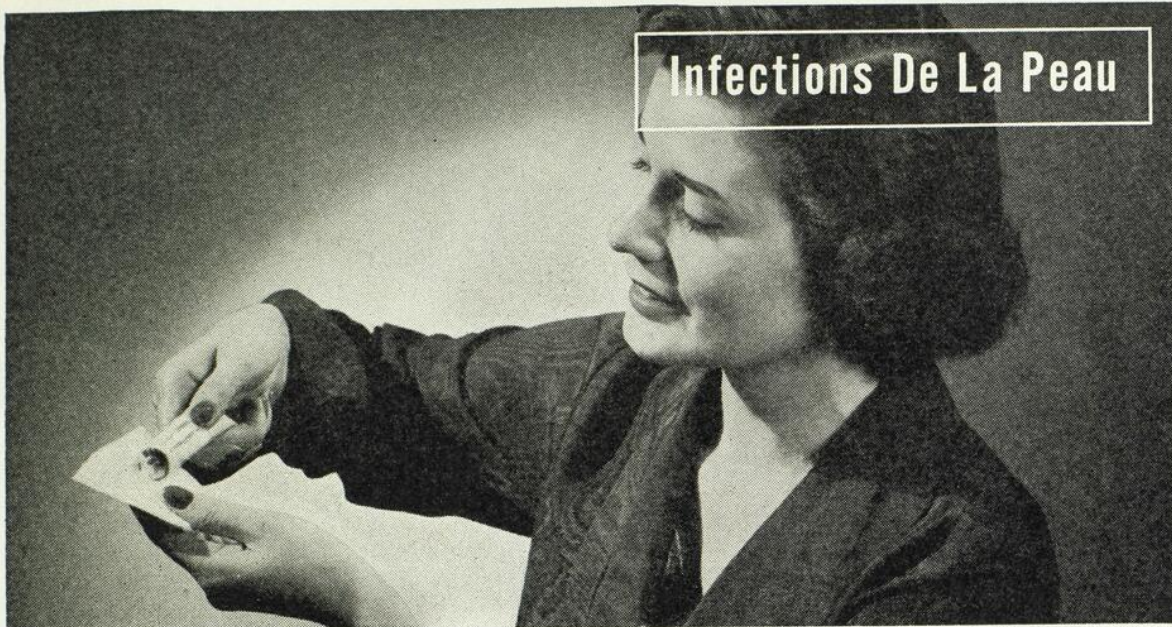
Une autre caractéristique unique du Curad est la nouvelle médication efficace qu'il renferme. Les savants ont combiné la tyrothricine (un antibiotique) et la furacine (un antiseptique chimique), car ils pensaient que la combinaison des deux drogues devrait être extrêmement efficace, à condition qu'elles soient compatibles.

La tyrothricine est tirée de sources analogues à celles qui fournissent la pénicilline, la streptomycine et autres antibiotiques. Son action antiseptique, tout comme celle de la furacine, est limitée à certaines classes de bactéries.

Employés en combinaison, les deux produits exercent une action antiseptique plus puissante que la somme de leurs actions séparées. Il résulte de cette action synergique un pansement doué d'un pouvoir antiseptique qui n'avait jamais encore été atteint dans un produit du genre des Curads.

Avant d'être mis sur le marché en Amérique, le Curad a été soumis à des essais très considérables par les consommateurs eux-mêmes. Après que ceux-ci l'eurent essayé en comparaison avec d'autres pansements, ils exprimèrent une préférence de 7 contre 1 en faveur du Curad.

---



*Tyrotrace est facile à employer—une application généreuse, une fois par jour, est ordinairement suffisante.*

## DEUX PUISSANTS ANTIBIOTIQUES DONNENT A CET ONGUENT UN VASTE CHAMP D'ACTION ANTIBACTÉRIEN

Tyrosine et bacitracine associées font de TYROTRACE un onguent topique d'une efficacité remarquable dans le traitement des dermatoses pyogéniques et autres infections cutanées causées, ou compliquées, par des organismes sensibles—principalement les organismes gram-positifs, infections telles que:

- impétigo
- ecthyma
- plaies infectées
- ulcères
- folliculitis barbae
- infections secondaires compliquant l'eczéma et la gale

### AVANTAGES

- grande efficacité contre les organismes gram-positifs

en raison de l'action synergique antibactérienne de 2 puissants antibiotiques

- bien toléré—aucune réactions toxiques n'ont été signalées après l'emploi clinique de TYROTRACE
- en utilisant des antibiotiques topiques—on évite la possibilité de sensibilisations des malades aux antibiotiques ordinairement employées par voie parentérale
- sert de pansement occlusif hydrofuge—permet de couvrir par un bandage—empêche le bandage d'adhérer à la plaie, évitant ainsi d'endommager le tissu granuleux lorsqu'il est nécessaire de changer le pansement.

**CONDITIONNEMENT** — TYROTRACE est offert en tubes de ½ once.

Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 13, Ontario.

# TYROTRACE

Onguent Bacitracine-Tyrosine

# Pour obtenir une sûreté à toute épreuve... VOICI LA LAMPE CHIRURGICALE No 1

## Prime

par la qualité de son éclairage pourtant sans éclat. Le chirurgien jouit d'une meilleure perception plus rapidement parce que les contrastes fatigants pour la vue sont réduits au minimum.

## Prime

par son emploi sûr en chirurgie. Les détails de sa construction à l'épreuve de l'explosion (selon le code de sûreté des compagnies d'assurance) protègent le patient et l'équipe chirurgicale.

## Prime

à cause de sa flexibilité, sa manipulation simplifiée et sa construction balancée. Son orientation peut être modifiée facilement et rapidement par la garde-malade.

### Modèles de lampes à L'ÉPREUVE DE L'EXPLOSION 17" de diamètre.

- No 51 ... avec bras contrebalancé conventionnel.
- No 52 ... contrôle télescopique de la hauteur.
- No 53 ... fixée au mur.
- No 54 ... suspendue au plafond.

*Demandez à notre agent ou écrivez  
dès aujourd'hui pour plus amples  
renseignements.*



**WILMOT CASTLE COMPANY**  
1280 University Ave., Rochester 7, N. Y.

THE STEVENS COMPANIES

TORONTO  
WINNIPEG

CALGARY  
VANCOUVER

*Castle*

CASGRAIN & CHARBONNEAU, LTD.,

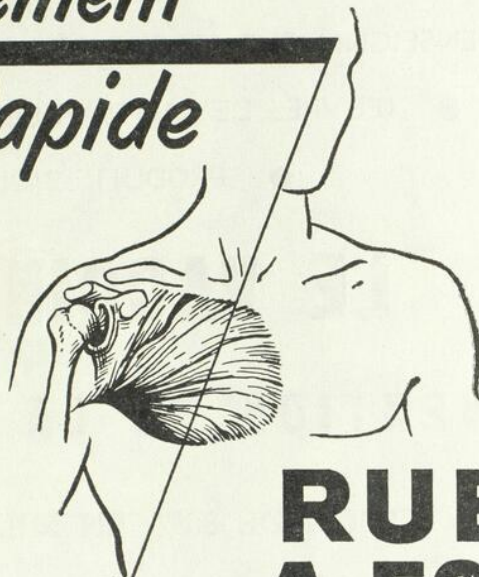
MONTREAL

STÉRILISATEURS ET LAMPES



# Soulagement Rapide

*Douleur  
Musculaire  
Squelettique*



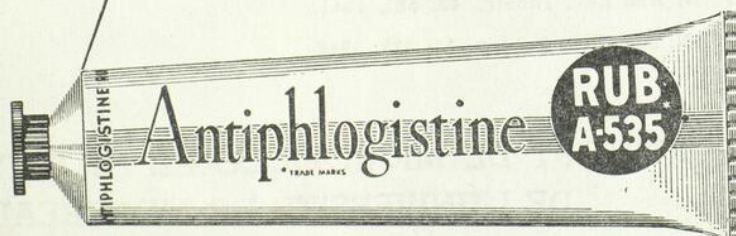
## RUB A-535

*Arthrite  
Rhumatisme  
Bursite  
Myosite  
Névrites  
Sciatique  
Lumbago*

Les ingrédients éprouvés par le temps, contenus dans Rub A-535, pommade émolliente dans un excipient genre nouveau, qui ne tache pas et ne graisse pas, facilitent l'action analgésique rapide dans le traitement symptomatique d'un grand nombre d'affections musculo-squelettiques.

Rub A-535 peut être employée après des traitements par diathermie, rayons infrarouges, bains de chaleur et autres formes de physiothérapie.

Rub A-535 renferme quatre ingrédients actifs: camphre 1%, menthol 1%, huile d'eucalyptus ½%, salicylate de méthyle 12%.



The Denver Chemical Mfg. Co.,  
Montréal, P. Q.

**MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE**

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

**LE VACCIN BCG****PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE**

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX\*

- Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.
- Epreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.
- 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANSCUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).
- FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.

Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.

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

A. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.



ALBERT CALMETTE  
1863-1933

**INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE  
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

2900, boulevard du Mont-Royal,

Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)



## Exposé de nos progrès à la Profession

Depuis l'invention du Tampax (invention due à un médecin), et son introduction sur le marché il y a treize ans,

- des revues médicales de renom, tant spécialisées que générales, ont publié quelque vingt rapports différents, attestant la sûreté et l'efficacité d'une protection menstruelle interne —

des écoles d'infirmières, des collèges de jeunes filles et des institutions d'enseignement secondaire ont sollicité à travers tout le pays des centaines de conférences sur la valeur de cette protection nouveau genre —

- des milliers d'échantillons de Tampax ont été envoyés sur demande à vos confrères pour leur famille, leurs patientes et leurs infirmières — et

le nombre de Tampax vendus à vos patientes a atteint plusieurs billions.

- Nous apprécions l'approbation sans cesse grandissante que vous accordez aux avantages offerts par la méthode Tampax, et nous nous attendons au cours des années prochaines à réaliser des progrès encore plus considérables.

*Ellery Mann*

Président

Tampax

Incorporated



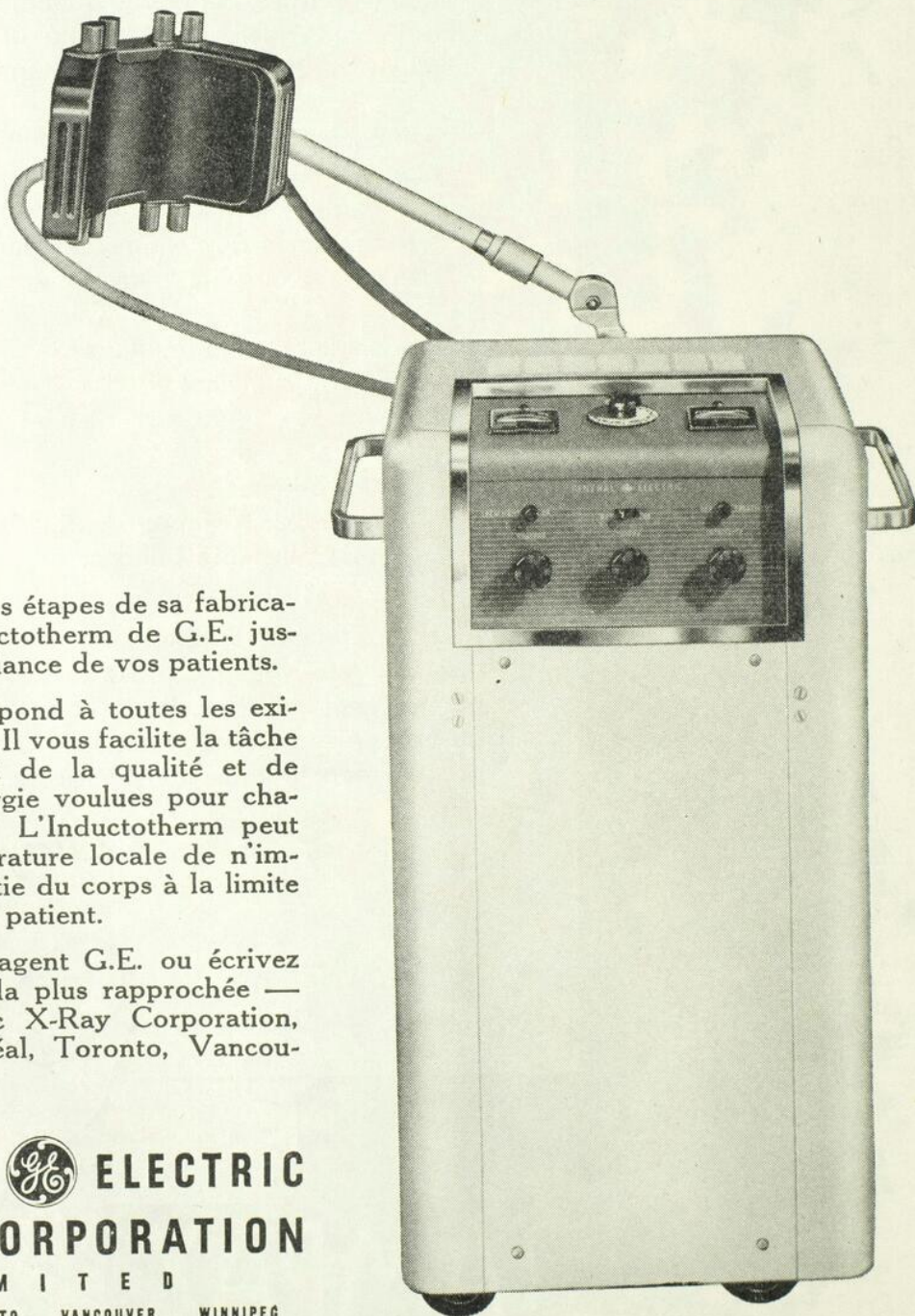
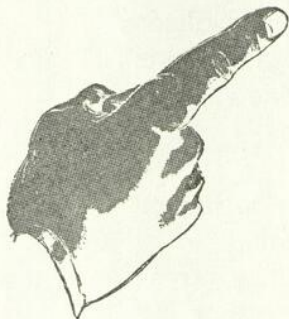
**TAMPAX**

# GENERAL ELECTRIC

un nom que vos patients connaissent et respectent!

## INDUCTOTHERM

un nom sur lequel vous pouvez compter



**D**ans toutes les étapes de sa fabrication, l'Inductotherm de G.E. justifie la confiance de vos patients.

De plus, il répond à toutes les exigences cliniques. Il vous facilite la tâche dans l'obtention de la qualité et de l'intensité d'énergie voulues pour chaque traitement. L'Inductotherm peut élever la température locale de n'importe quelle partie du corps à la limite de tolérance du patient.

Voyez votre agent G.E. ou écrivez à la succursale la plus rapprochée — General Electric X-Ray Corporation, Limited, Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg.

GENERAL  ELECTRIC  
X-RAY CORPORATION

L I M I T E D

MONTREAL TORONTO VANCOUVER WINNIPEG

ARGENT - AMPHÉTAMINE  
GLUCONATE ÉPHÉDRINE  
EN SÉRUM GLUCOSÉ pH 7,6



DÉSINFECTION  
VOIES NAsALES  
GOUTTES INCOLORES

III A IV GOUTTES INSTILLATIONS  
PLUSIEURS FOIS PAR JOUR

Laboratoires Jean OLIVE, 200 Rue Vallée, MONTRÉAL

UNION DE PHARMACOLOGIE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE, 1 Bis, rue LAULANIÉ - AGEN - (Lot-et-Garonne) FRANCE.

- Artichaut.
- Boldo.
- Combretum.
- Polypode.
- Orthosiphon.
- Adonis.
- Peptone.
- Chlorure de Magnésium.

*Les gouttes*

- Ictère.
- Atonie vésiculaire.
- Colites.
- Insuffisance hépatique.
- Insuffisance rénale.
- Urée sanguine (excès).
- Albuminurie digestive.
- Anorexie.

# HÉPAX

*stimulent les fonctions Hépatiques et Rénales*

AGENT DE  
DÉSIBILISATION  
D'ACTION DOUCE  
ET PROGRESSIVE

30 à 50 gouttes, 2 ou  
3 fois par jour, au début  
des repas.

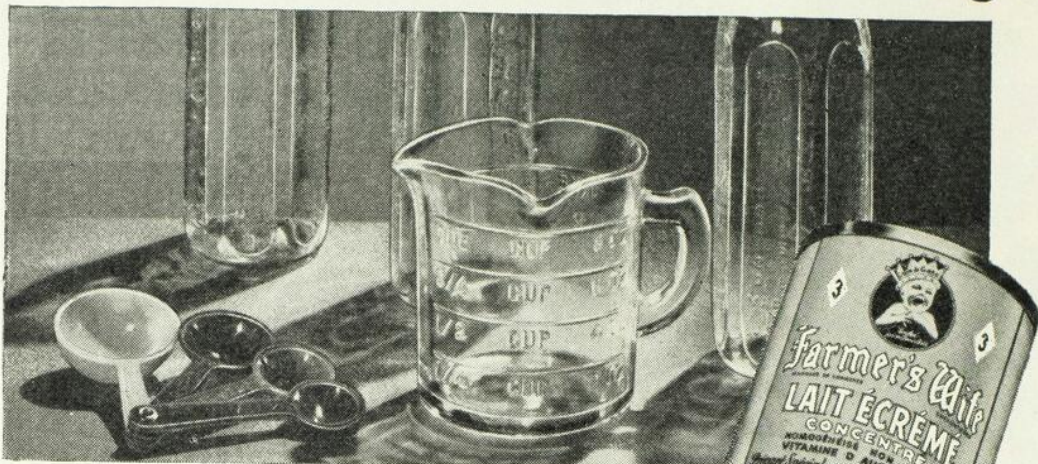
**ADULTES**

2 à 5 gouttes par année  
d'âge, 2 ou 3 fois par  
jour.

**ENFANTS**

AGENTS AU CANADA : LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, RUE VALLÉE, MONTRÉAL.

# L'Exception confirme la règle



Heureusement tous les bébés ne se ressemblent pas — et quoique les "Farmers Wife" Nos 1 et 2 sont les plus employés, le fait demeure qu'il est recommandable d'employer un lait écrémé pour certains bébés. "Farmer's Wife" No 3 (*Étiquette jaune*) fournit un lait écrémé concentré de composition consistante et de haute qualité que la mère peut employer sans changer les méthodes de la préparation de la formule. Non seulement les trois sortes de "Farmer's Wife" ont démontré qu'ils conviennent aux besoins de presque tous les bébés, ils ont de plus éliminé la nécessité de presque tous les régimes spéciaux.

ETIQUETTE JAUNE



ETIQUETTE ROUGE



ETIQUETTE BLEUE

## POUR LES FORMULES DE LAIT ÉCRÉMÉ

Employez

"Farmers Wife" No 3 (*Étiquette jaune*)

Matières grasses 2% Solides 22% 29 Calories à l'once

"Farmer's Wife" No 1 (*Étiquette rouge*) — Lait entier

Matières grasses 8% Solides 26% 45 Calories à l'once

"Farmer's Wife" No 2 (*Étiquette bleue*) — Lait semi-écrémé

Matières grasses 4% Solides 22% 32 Calories à l'once

Nous avons augmenté la teneur en Vitamines D à 480 Unités internationales par chopine de toutes les sortes de "Farmer's Wife", en y ajoutant des cristaux purs de Vitamines D<sub>3</sub>.

Le lait de chèvre évaporé "Meyenburg" est distribué par la compagnie Cow & Gate et peut être obtenu dans les pharmacies.

**Veillez demander par écrit nos cartes de formule (modèle de poche) et nos imprimés.**



# COW & GATE (CANADA) LIMITED

GANANOQUE, ONTARIO

# ARTICHOBYL



MÉDICATION HÉPATIQUE, CHOLAGOCUE ET DIURÉTIQUE  
à base d'extrait de feuilles d'artichaut

L'Artichobyl se caractérise par l'extrême douceur de son action. Il n'a pas de contre-indication, et les hépatiques, pourtant si sensibles aux médicaments, peuvent en ingérer des doses élevées sans inconvénient.

4 à 12 dragées par jour, réparties sur la journée.

**J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., MONTRÉAL.**

## Nouvelle formule

# SULFORAZINE



*granulé effervescent*

*Pipérazine — Analgésine — Sels de Lithine et Soufre*

**Analgésique  
Urolytique et Antiseptique urinaire**

La présence d'une quantité efficace d'analgésine dans la formule de la SULFORAZINE assure la sédation des douleurs rhumatismales, tandis que la Piperazine et autres composants exercent leur action éliminatrice, antitoxique et antiseptique.

3 à 6 cuillerées à thé par jour aux repas.

**J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., MONTRÉAL**

*La Librairie Beauchemin Limitée*

imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,

*offre*

ses services à tous les

MÉDECINS,  
ANNONCEURS

et

LECTEURS

de cette revue pour tous  
travaux d'impression et de  
reliure.

- Son outillage le plus perfectionné,
- Son personnel des plus avisés,
- Sont garantie de qualité,
- A des prix modérés.

CONFIEZ-NOUS VOS TRAVAUX ET NOUS FERONS EN  
SORTE DE VOUS DONNER ENTIÈRE SATISFACTION.

**LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE**

LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

426-430, rue ST-GABRIEL,

MONTRÉAL

Tél.: LANcaster 4236

## AMINOPHYL EDDÉ

Dragées glutinisées dosées à 0 Gm. 10 d'Aminophylline  
Médicament de fonds chez les Cardio-rénaux

## AMINOBAÏNE

Insuffisances cardiaques

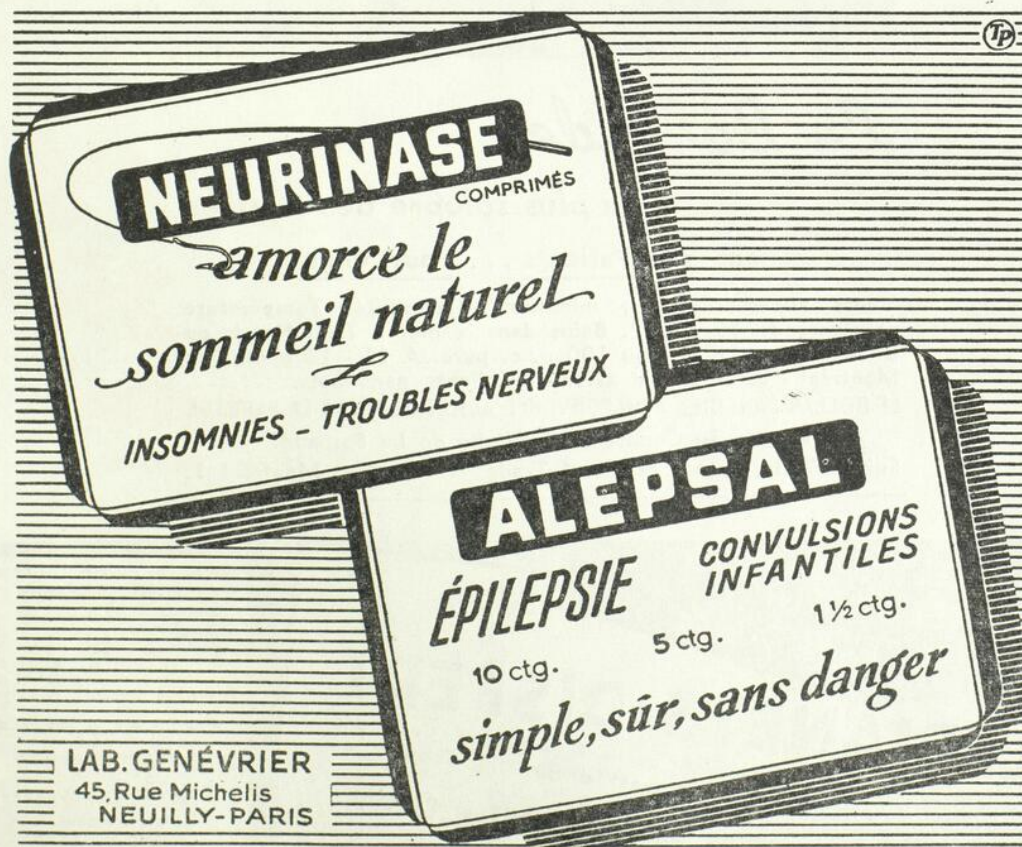
Association d'Aminophylline (5 cg.) et de Ouabaïne (1 mg.)  
par dragée glutinisée de 0 Gm. 30 et  
par Suppositoire — boîte de 10

## AMINO-PAPAVÉRINE

Suppositoires de 2 Gm. (Aminophylline 5 cg. et Papavérine 2 cg.)  
Anti-spasmodique vasculaire

## SEDAMINOPHYL EDDÉ

Dragées glutinisées Aminophylline 0 Gm. 10 et Phénobarbital 0 Gm. 01  
Sédatif Cardio-pulmonaire



LAB. GENÉVRIER  
45, Rue Michélis  
NEUILLY-PARIS

# PAVERAL

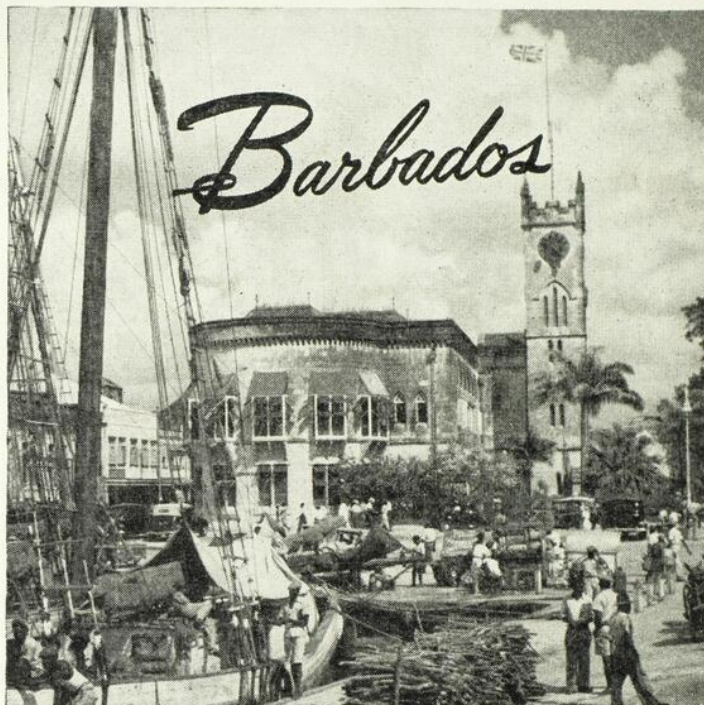
reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

## COQUELUCHE

est journallement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL



## La Barbade

la plus salubre des Antilles

Pour Vos Patients . . . Pour Vous

Vents alizés réguliers, minimum d'humidité. Température constante de 70 à 84°. Bains dans la mer à 72°. Hôtels ou Chalets \$4. et plus. Eau 100 p. c. pure. A 11 - 13 heures de Montréal - Toronto par avion. Excellents paquebots.

LE DOLLAR CANADIEN A UN POUVOIR D'ACHAT DE \$1.60 À LA BARBADE

Ecrivez au Comité de Publicité de La Barbade,  
Suite 37, Immeuble Board of Trade, Montréal 1.

SÉDATION ET EUPHORIE  
POUR LES PATIENTS  
NERVEUX ET IRRITABLES

par l'usage de

## VALERIANETS-DISPERT

Chaque comprimé, enrobé de chocolat, contient: extrait de valériane (de concentration élevée), 0.05 gm., finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité.

**SÉDATIF SANS GOÛT, SANS ODEUR, NON-DÉPRIMANT et CALMANT.**  
VALERIANETS-DISPERT est indiqué dans les cas de troubles émotifs et d'épuisement, l'anxiété, état de dépression, névrose cardiaque et gastro-intestinale, molimen ménopausique et menstruel, insomnie.

Posologie: 1 à 2 comprimés t. i. d. — Flacons de 50 et 100 comprimés.  
Dans toutes les pharmacies d'ordonnance.



Canadian Distributor: LYSTER CHEMICALS, LTD., 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

STANDARD PHARMACEUTICAL CO. INC. • 1122 Broadway, New York

Dans les troubles intestinaux  
**EUCARBON®**

Chaque comprimé contient:  
Extrait de rhubarbe, séné,  
soufre précipité, huile de  
menthe poivrée, huile de  
fenouil, dans un excipient de  
charbon de saule suractivé.

Pour préparer la Solution de  
Burov U.S.P. XIV  
**PANSEMENT HUMIDE,**  
employez

**PRESTO-BORO®**  
(Sulfate d'aluminium et  
acétate de calcium)

**POUDRE EN ENVELOPPES**  
— **COMPRIMÉS** —  
Pour le traitement de tumé-  
factions, inflammations,  
entorses.

Dans les affections  
pulmonaires

**QUINOPULMIN®**  
Solution de quinine à 3%  
avec camphre à 2 1/2%, pour  
injection intramusculaire.

# Notez tous les avantages

que présente la première  
bouillie de riz prête à servir,  
la bouillie de riz GERBER



✓ Hypo-allergique

✓ Faite d'une seule céréale

✓ Ne contient ni levure, ni malt, ni matières solides provenant du lait

✓ Convient aux budgets des jeunes ménages

✓ Est enrichie de vitamines naturelles du complex B

✓ On y a ajouté de la thiamine cristallisée, de la riboflavine et de la niacinamide

✓ On y a ajouté du fer, afin d'aider à maintenir l'hémoglobine en quantité normale

✓ Ne contient presque pas de fibres dures

✓ Complètement cuite d'avance

✓ Prête à servir... idéale pour les mères

✓ Dotée d'une douce saveur et d'une fine texture pour convenir aux bébés

✓ S'ajoute aux trois autres fameuses bouillies Gerber : bouillie de céréales (blé), bouillie de farine d'avoine et bouillie d'orge. Toutes sont préparées au Canada.

Nous nous occupons uniquement de l'alimentation des bébés



# Gerber

Nourritures pour bébés

MAINTENANT EN VENTE PARTOUT AU CANADA

▲  
GRATUITS — Vous recevrez gratuitement, sur demande, des échantillons des quatre bouillies Gerber et notre brochure intitulée: "Baby Foods Analysis Folder". Il suffit d'écrire, sur votre en-tête de lettre, à Gerber-Ogilvie Baby Foods Ltd., Niagara Falls, Canada.  
▼

## PRÊTS PERSONNELS

Si vous avez momentanément besoin d'argent, consultez le gérant de l'un de nos 550 bureaux. Il examinera avec plaisir votre proposition et, s'il la juge acceptable, il vous soumettra, au besoin, un plan de remboursement par versements faciles.

La Banque Canadienne Nationale fait tous les jours, à des taux raisonnables, de petits prêts à des particuliers solvables, offrant des garanties suffisantes.

### BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Actif, plus de \$400,000,000

*Lunettes*  
*verres ophtalmiques*

## Examen de la vue

ALBANY PHILIE. O.D.  
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES  
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

**Dupuis Frères**

MONTREAL



Fabriqués par THE  
CANADA STARCH  
COMPANY Limited,  
Montréal et Toronto.



## UN MÉLANGE LACTÉ de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

## SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de maïs... un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

The CANADA STARCH Co., Ltd.  
Montréal

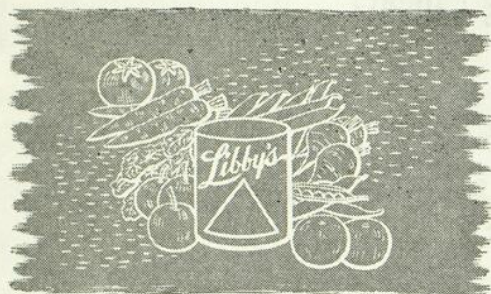
Veuillez m'envoyer

- CALCULATEUR
- Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- TABLETTES DE FORMULES
- La brochure: "DEXTROSOL".

Nom .....

Adresse .....

# • Le Corps Médical est d'accord...



... que la disponibilité du fer alimentaire est un critère important dans le choix d'aliments infantiles complémentaires.

LES ALIMENTS *Libby's* POUR BÉBÉS  
FOURNISSENT DU FER ALIMENTAIRE  
SOUS UNE FORME PLUS FACILEMENT UTILISABLE



Il n'y a que Libby qui se serve d'un processus supplémentaire dans la préparation des aliments infantiles, afin de faciliter l'utilisation de leur contenu en fer.

Ce processus — l'homogénéisation — rompt les cellules des aliments, libérant ainsi leur contenu pour l'exposer sur une plus grande surface à l'action des sucs digestifs, ce qui augmente leur disponibilité et leur utilisation.

Un article intitulé "Experimental Studies of Some Comparative Nutritional Values of Homogenized and Strained Vegetables", publié dans "The Journal-Lancet", résume la question comme suit: "L'addition de légumes homogénéisés à la diète lactée de 180 nourrissons entre les âges de 2 et 7 mois... a prévenu une anémie probable dans tous les groupes d'âge et sur une plus grande échelle que ne l'ont fait les légumes hachés à domicile."

Seuls les aliments infantiles de Libby sont tamisés et homogénéisés.

Pour obtenir un tiré-à-part de l'article plus haut cité, comme pour d'autres articles intéressants, les pédiatres et les médecins n'ont qu'à s'adresser à Libby's, Chatham, Ontario.

LAIT EVAPORÉ *Libby's* — POUR  
ALIMENTATION INFANTILE SÛRE

*Une note*  
concernant le benjamin de vos patients

## LE VOLUME dans l'alimentation des bébés

Lorsque le régime comprend une juste proportion de fruits et de légumes, la cellulose qu'ils renferment aide au processus de la digestion et à l'intégrité du système digestif.

Toute cette substance (que ne dissolvent pas les ferments digestifs) n'a nullement besoin d'avoir une texture grossière. Elle peut être douce et lisse tout en fournissant un volume idéal à la masse alimentaire et à son résidu.

Le procédé AYLNER, qui consiste à tamiser les fruits et les légumes à 27/1000<sup>ièmes</sup> de pouce, subdivise ces aliments de telle façon que le système digestif d'un bébé peut parfaitement s'en accommoder. Ainsi, les sucres digestifs peuvent entrer en contact avec les particules d'une extrême ténuité et en extraire toute la valeur nutritive.



*Ces aliments tamisés de AYLNER pour bébés fournissent un résidu de volume sous une forme dont s'accommode parfaitement le bébé.*

Soupe aux asperges tamisées de AYLNER

Haricots tamisés de AYLNER

Carottes tamisées de AYLNER

Epinards tamisés de AYLNER

Courge et carottes tamisées de AYLNER

Pêches tamisées de AYLNER

Poires tamisées de AYLNER

Prunes tamisées de AYLNER

### ALIMENTS AYLNER POUR BÉBÉS

CANADIAN CANNERS LTD.,

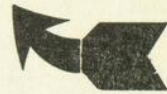
HAMILTON, Ontario

## TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
Abbott Laboratories (Aerohalor) .....	XLI - XLII	Ins'titut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) .....	LIV
Ames Company of Canada Limited (Clinitest) .....	XXXIII	Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Neurophen) .....	XXX
Anglo-French Drug Co. (Stannoxy) .....	XLV	Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Rhiniphen) .....	XL
Armour Laboratories, The (Acthar Gel) .....	XXIV - XXV	Laboratoires Désautels Limitée (Héparubrine) .. (Ferubrol) .....	XXVI
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée ("Béminal" Plus) — (Prémarine) .....	XXI - XXII	Laboratoire Desbergers Limitée (Névro-Denal) ..... Quatrième page de la couverture	
Banque Canadienne Nationale .....	LXIV	Laboratoires Jean Olive (Normogastryl) — (Neuro- solène) .....	XXVIII
Bard-Parker Company, Inc. (Rib-backs) .....	XXXIV	Laboratoires Jean Olive (Argédrine) — (Héparax) .....	LVII
Barnes Company, Ltd., A. C. (Argyrol) — (Argypulvis) .....	XXXVII	Lederle Laboratories (Auréomycine) .....	XI
Bauer & Black (Curity) .....	XXXVI	Libby's (Aliments Libby's pour bébés) .....	LXV
British Drug Houses (Canada) Limited, The (Vibelan) .....	XLIX	Librairie Beauchemin Limitée .....	LX
Canada Drug Company (Betagen) — (Bicalgen D) — (Tri-sulfa) — (Somenal) .....	XXXIX	Mead Johnson & Company of Canada Limited (Poly-Vi-Sol) — (Tri-Vi-Sol) — (Ce-Vi-Sol) — 3ème page de la couverture	
Canada Drug Company (Paveral) .....	LXII	Merck & Company Limited (Pyridium) .....	XVII
Canada Starch Company Limited (Crown Brand) — (Lily White) .....	LXIV	Merck & Company Limited (Produits pénicilliques Merck) .....	XIX
Canadian Cannery Ltd. (Aliments Aylmer pour bébés) ..	LXVI	Merck & Company Limited (Cortone) .....	I
Canadian Tampax .....	LV	Merrell (Mercodol) .....	XXIX
Casgrain et Charbonneau Limitée (Neurex) .....	X	Millet, Roux & Compagnie (Scillitrine) .....	XIII
Casgrain et Charbonneau Limitée (Wilmot Castle Co.) ..	LII	Nestlé's Milk Products (Canada) Limited (Lait évaporé) ..	XII
Comité de Publicité de la Barbade .....	LXII	Parke, Davis & Company (Taka-Combex) .....	XXVII
Compagnie Ciba Limitée (Neuro-trasentine "Forte") — (Coramine-Ephédrine — Coramine-Adénosine) ..	XV - XVI	Poulenc Limitée (Sonalgin) — (Sonéryl) .....	
Cow & Gate (Canada) Limited (Lait entier, semi- écrémé, écrémé) .....	LVIII	..... Deuxième page de la couverture	
Denver Chemical Mfg. Co., The (Antiphlogistine — Rub A-535) .....	LIII	Roerig and Company (Canada) Limited, J. B. (Viterra) ..	XXIII
Dupuis Frères (Examen de la vue) .....	LXIV	Rougier Frères (Cinquantième anniversaire) .....	V
Eddé, J. Limitée (Artichobyl) — (Sulforazine) .....	LIX	Rougier Frères .....	Première page de la couverture
Eddé, J. Limitée (Aminophyl Eddé) — (Aminobaïne) — (Amino-papavérine) — (Nerine-Alepsal) .....	LXI	Searle & Company, G. D. (Floraquin) .....	IX
Frosst, Charles E. & Company (Hyothén) — ("Hyothén" pour enfants) .....	VII - VIII	Sharp & Dohme (Canada) Limited (Tyrotracé) .....	LI
Frosst, Charles E. & Company .....	Bande	Shuttleworth Chemical Company Limited, The E. B. (Codophen) .....	XLVII
Frosst, Charles E. & Company (Composé Ostoforte) .....	IV	Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Acnomel) — (Pragmatar) .....	XLIII - XLIV
General Electric X-Ray Corporation Limited (Inductotherm) .....	LVI	Standard Pharmaceutical Company, Inc. (Valerianets- Dispert) .....	LXII
Gerber-Ogilvie Baby Foods Limited (Bouillies) .....	LXIII	Upjohn Company, The (Sulfa-Sugracilline) .....	III
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) .....	I	Usines Chimiques du Canada Inc. (Ampoules Valor) ..	LXVIII
Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) .....	XLVIII	Vinant Limitée (Caréna) — (Lipiodol) .....	XXVIII
Herdt & Charton, Inc. (Gamiról) .....	XLVI	Vinant Limitée (Opobyl) .....	XX
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) .....	II	Winthrop-Stearns Inc. (Néo-synéphrine + pénicilline cristallisée) .....	XVIII
Horner Limited, Frank W. (Infantol) .....	XXXV	Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Minules) — (E-Plex) .....	XXXI - XXXII



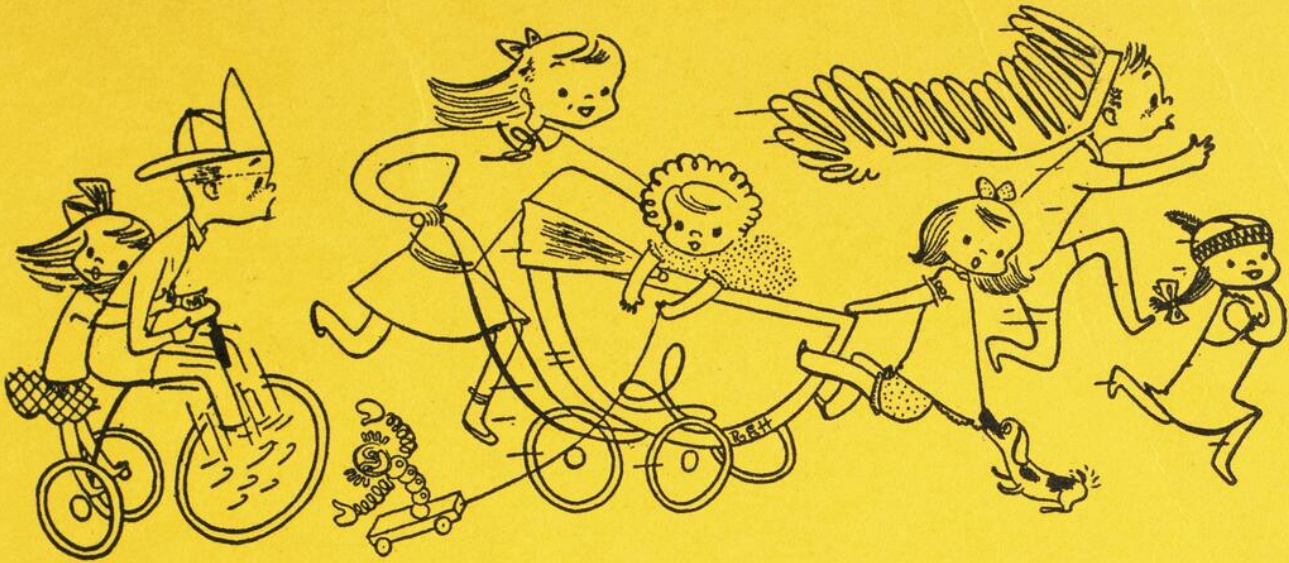
AMPOULES  
**VALOR**



**USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.**

**MONTREAL**





## ***Poly-Vi-Sol Tri-Vi-Sol Ce-Vi-Sol***

**pour leurs besoins divers de vitamines..**

	VITAMINE A	VITAMINE D	ACIDE ASCORBIQUE	THIAMINE	RIBOFLAVINE	NIACINAMIDE
<b>POLY-VI-SOL</b> chaque 0.6 cc. fournit:	5000 unités	1000 unités	50 mg.	1 mg.	0.8 mg.	●
<b>TRI-VI-SOL</b> chaque 0.6 cc. fournit:	5000 unités	1000 unités	50 mg.			
<b>CE-VI-SOL</b> chaque 0.5 cc. fournit:			50 mg.			

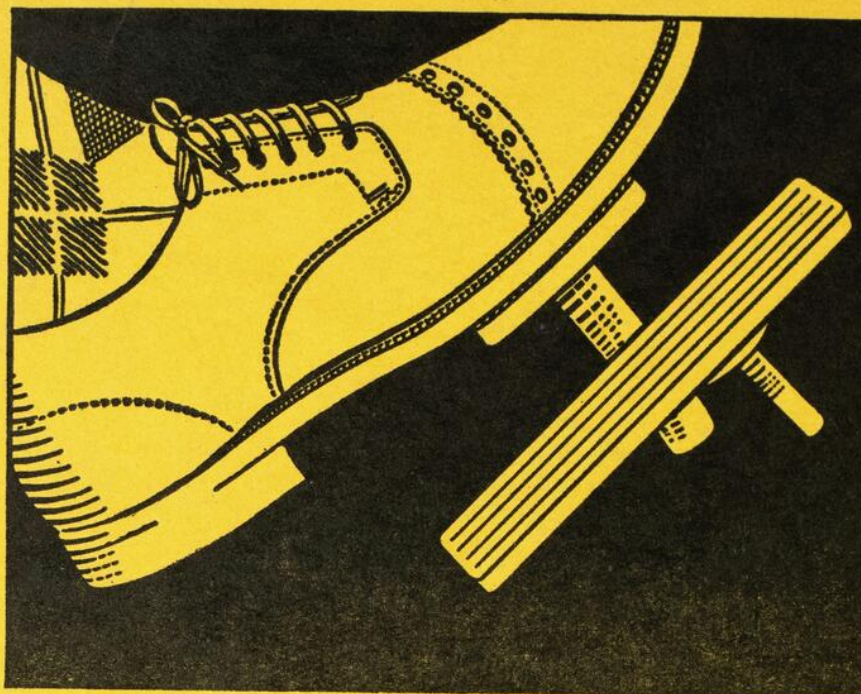
**3 préparations  
de vitamines liquides  
solubles dans l'eau...**

agréables au goût, commodes et économiques. Disponibles en bouteilles de 15 et 50 cc. avec le compte-gouttes approprié.



**MEAD'S**

**MEAD JOHNSON & COMPANY  
OF CANADA, LIMITED  
BELLEVILLE, ONTARIO**



# NEVRO-DENAL

*Freine le système nerveux*

## FORMULE POUR UN COMPRIMÉ

Sulfate de spartéine .....	10 mgm.
Extrait de passiflore .....	60 mgm.
Extrait de crataegus .....	30 mgm.
Tr. de belladone .....	50 mgm.
Phenyl-Ethyl-Barbital .....	20 mgm.

## INDICATIONS

Tous les éréthismes nerveux et spasmes organiques tels que: nervosité, anxiété, neurasthénie et émotivité. NEVRO-DENAL est aussi indiqué comme médication symptomatique de certains troubles digestifs, troubles respiratoires, palpitations, nausées fréquentes d'origine nerveuse ainsi que dans les cas d'insomnie nerveuse.

## POSOLOGIE

COMME SÉDATIF: Un ou deux comprimés après chaque repas.

COMME HYPNO-SÉDATIF: dans l'insomnie nerveuse, 2 à 4 comprimés le soir au coucher.

## CONDITIONNEMENT

Tubes de 30 et flacons de 100 comprimés dragéifiés (gris-bleu).

# DESBERGERS LIMITÉE

BIOLOGISTES

CHIMISTES

PHARMACIENS

Montréal

-

-

-

Canada