

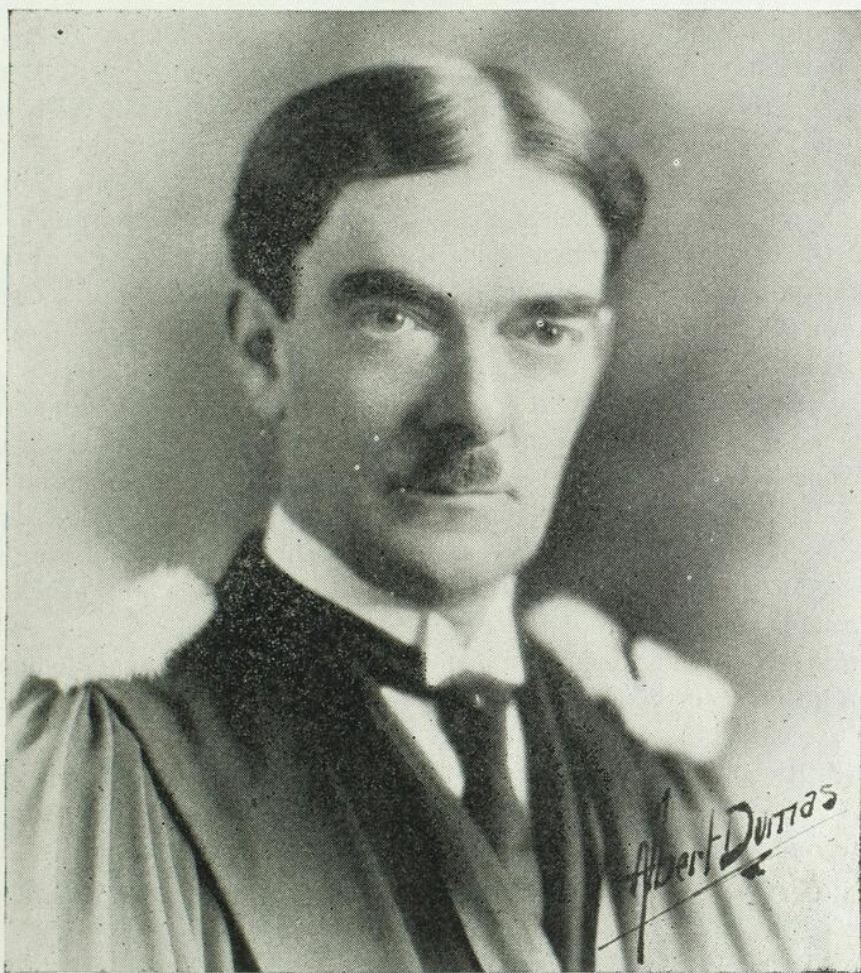
IN MEMORIAM

LE DOCTEUR ALPHONSE FERRON

(1884-1942)

Avec la mort récente du docteur Alphonse Ferron, le 12 juin 1942, Sainte-Justine a perdu un de ses plus anciens et plus estimés collaborateurs. En effet, le docteur Ferron a fait partie de Sainte-Justine à son début en 1911 et pendant plusieurs années, parfois sans aide, a assuré le fonctionnement du service de Chi-

Rivières et au collège St. Dunstan à Charlottetown, Ile-du-Prince-Edouard. Issu d'une famille où la tradition médicale était fortement ancrée: fils de médecin — son père, le docteur Edouard Ferron, a pratiqué de nombreuses années à Sainte-Flore, — Alphonse Ferron commence ses études de médecine en 1905 à



rurgie-orthopédie, malgré un développement sans cesse grandissant.

Le docteur Ferron naquit le 7 juillet 1884, à Sainte-Flore, comté Champlain, et fit ses études classiques au séminaire des Trois-

l'Université Laval de Montréal. Diplômé en 1909, il s'inscrivit aussitôt à l'hôpital Notre-Dame comme médecin interne et après un an, il accepta la charge de chef-interne qui lui était offerte. Il fut maintenu à ce poste pen-

dant huit mois et, dans ses moments libres, s'occupait tout particulièrement de chirurgie, spécialité qui l'attirait fortement. Se rendant bien compte que le métier de chirurgien exigeait des études approfondies, il n'hésita pas à compléter sa formation en séjournant à Paris de 1911 à 1913. Pendant son stage en France, il étudia surtout l'urologie, la chirurgie infantile et l'orthopédie en fréquentant les services réputés d'Albarran, de Legueu, d'Auguste Broca, de Calot, alors en vogue à Paris et de Ménard, de Berck-sur-mer. A cette période si peu éloignée cependant, la chirurgie infantile et l'orthopédie étaient peu connues dans nos milieux universitaires et hospitaliers et Ferron, avec l'intuition qui le caractérisait, entrevoyait des horizons intéressants dans ces domaines. Après deux années d'étude en Europe, où il visita plusieurs pays, il revint au Canada en mai 1913 et s'installa à Montréal.

Sachant dès lors que les connaissances qu'il avait acquises à l'étranger ne pourraient s'appliquer sans un milieu favorable pour les mettre à exécution, Ferron offrit ses services à l'hôpital Notre-Dame qui l'accepta comme chirurgien et il attendait le jour où il lui serait possible de faire partie d'un hôpital d'enfants. Sainte-Justine venait d'être fondé et ses débuts étaient bien modestes, l'hôpital ne comptant que 34 lits, logés dans une maison d'occasion sise au numéro 820 (aujourd'hui 4100) de l'avenue De Lorimier. Malgré le nombre restreint de lits, on y faisait quand même un peu de chirurgie infantile et orthopédique et ce service avait été confié aux docteurs B.-G. Bourgeois et P.-Z. Rhéaume qui forcément occupés ailleurs, s'étaient associés les docteurs Falardeau et Ferron.

C'est à cette période, en octobre 1911, que Ferron commença son travail actif à Sainte-Justine qu'il devait poursuivre pendant 30 ans. S'intéressant davantage à un champ d'action où il avait été bien préparé, il y donnait presque tout son temps et avec la disparition subite du docteur Falardeau, en octobre 1918, Ferron prenait presque toutes les responsabilités du service de Chirurgie-orthopédie avec

très peu d'aide des rares assistants qui firent alors une apparition fugace.

J'ai connu Ferron pour la première fois en 1914, alors qu'il fut mon premier professeur de dissection et un peu plus tard, à Sainte-Justine où il m'enseigna la chirurgie infantile et, dès lors, je fus fasciné par sa facilité d'expression, sa mémoire prodigieuse et il fut responsable du goût que j'acquis pour la chirurgie des enfants.

En 1919, je commençai une association plus intime avec celui qui fut véritablement un professeur et un ami pour moi; sur son conseil, je n'hésitais pas à me diriger dans la voie où il s'était distingué.

A cette époque, Sainte-Justine, installé dans un édifice nouveau, rue St-Denis, avait déjà 150 lits dont environ 50, réservés à la chirurgie infantile et orthopédique, tous sous la direction du docteur Ferron qui accomplissait un labeur écrasant, assurant le service du dispensaire et des salles et pratiquant les opérations dont le nombre augmentait sans cesse avec la réputation de l'hôpital. Notre public montréalais et nos médecins acceptaient de plus en plus la nécessité d'un hôpital d'enfants et comprenaient les avantages qu'ils pouvaient y retirer. Vers cette période, le docteur Ferron formait un nouvel assistant dans la personne du docteur A.-Z. Crépault qui continue encore aujourd'hui à nous faire bénéficier de sa grande expérience.

En 1920, Ferron avait inauguré un procédé chirurgical nouveau pour la correction du bec-de-lièvre et après l'avoir utilisé pour un nombre considérable de malades, eut l'avantage de le démontrer en 1922, au professeur L. Ombrédanne de Paris, de passage à Montréal, à l'occasion du Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Ombrédanne fut très impressionné par le procédé Ferron et eut l'obligeance de le citer dans son *Précis de Chirurgie Infantile*, publié à Paris en 1923, dans son chapitre sur le traitement des becs-de-lièvre. Cette technique de Ferron, publiée dans l'*Union Médicale du Canada*, en juin 1924, est une contribution

véritable à la Chirurgie infantile et orthopédique et les nombreux cas chez qui cette opération a été pratiquée depuis plus de vingt ans, ont grandement bénéficié de cette intervention. En effet, nous avons pu contrôler les résultats éloignés chez un nombre considérable de malades et nous sommes convaincus de la grande valeur du procédé Ferron qui continue à être utilisé à Sainte-Justine. Ferron a publié également d'autres travaux parus dans l'*Union Médicale du Canada* et dans les *Annales Médico-Chirurgicales de l'hôpital Sainte-Justine*.

En 1928, il était nommé « Fellow of the Royal College of Surgeon » du Canada.

En 1923, Ferron fut chargé comme agrégé par la Faculté de Médecine, d'une série de cours théoriques de pathologie chirurgicale et continua dans cette fonction pour une période de six années. Le 1er juin 1926, il fut désigné comme le premier titulaire de la chaire de chirurgie infantile et orthopédique et nombreux sont les étudiants qui ont bénéficié de son enseignement, toujours mêlé d'anecdotes qui en rendait l'absorption plus facile, jusqu'à environ il y a deux ans, alors que son état de santé le forçait au repos. Il fut le véritable initiateur de la Chirurgie infantile et orthopédique chez nous et possédait sa matière à fond. Son habileté opératoire faisait l'admiration de tous ceux qui le voyaient à l'œuvre et n'était égalé que par la sûreté de son jugement lorsqu'il s'agissait de poser un diagnostic en présence d'un cas difficile. Il a procédé simplement et ne fut jamais attiré par les grandes démonstrations.

De nature timide, parfois même à l'excès, il accordait sa confiance avec prudence. Une fois décidé cependant, il ne connaissait pas les demi-mesures. Il permettait alors toutes les

initiatives et il ne ménageait pas son encouragement. Toujours au poste, il exigeait la ponctualité et je sais qu'il y attachait une importance considérable.

Pendant toute la durée de son association à Sainte-Justine, Ferron a rendu de nombreux services à l'hôpital. Il fut le chirurgien attitré des Filles de la Sagesse et cette communauté, qu'il a vu progresser rapidement à Montréal, lui en garde un souvenir reconnaissant.

Pour moi, il fut un véritable professeur. Je crois que j'ai su gagner sa confiance et j'ai lieu de croire qu'il se rendait compte de mon admiration et de mon attachement. Il présida toujours avec patience à ma formation chirurgicale, et je lui suis redevable des connaissances que j'ai pu acquérir. Son amitié ne m'a jamais fait défaut et quelques mois avant sa mort, il m'en a fourni une preuve certaine, alors qu'il me fit venir chez lui et se remettait entièrement entre mes mains, pour le conseiller dans le traitement que son état de santé pouvait nécessiter. Tous les chirurgiens de Sainte-Justine lui sont redevables, au moins en partie, de leurs connaissances et je sais qu'ils en conservent tous un excellent souvenir.

Le nom de Ferron restera longtemps associé à Sainte-Justine. Son travail assidu et sa réputation de chirurgien ont contribué pour une large part à la progression constante de notre hôpital. Ses services méritent d'être reconnus et peut-être pourrons-nous un jour le faire officiellement.

C'est avec un sentiment de véritable sympathie que le personnel entier de Sainte-Justine offre à madame Ferron et à toute sa famille, ses condoléances sincères.

Edmond DUBE.



BULLETIN

LE XVII^e CONGRÈS DE L'A.M.L.F.A.N.

Montréal, 14-17 septembre

L'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord trace toujours son sillon bienfaisant dans le domaine de la vie médicale en ce pays. Non contente de réunions scientifiques qui se tiennent tous les deux ans, notre Association vient en contact mensuel avec tous ses membres par le truchement de la plus ancienne revue médicale française d'Amérique, *l'Union Médicale*, devenue son organe officiel depuis janvier 1938.

Pendant la Grande Guerre 1914-1918, les Congrès furent interrompus. Mais depuis 1939, l'attitude de l'Exécutif de notre Association s'est basée sur les désirs de nos gouvernants qui ont exprimé l'espoir que toutes nos sociétés, nos corps publics continuent de remplir le rôle qui leur est dévolu. En 1940, nos collègues des Trois-Rivières organisaient une chaleureuse réception à un grand nombre de nos membres. Les 14, 15, 16, 17 septembre prochain, Montréal tiendra son XVII^e Congrès sous la présidence du docteur Oscar Mercier, assisté de son dévoué secrétaire, le docteur Roma Amyot. Ces messieurs n'ont rien épargné dans l'élaboration d'un programme d'une haute valeur scientifique qui s'adapte aux nécessités de l'heure présente.

Depuis bientôt trois ans, dans une hideuse et infernale tuerie, des centaines de milliers d'hommes s'entrechoquent et s'entretuent dans presque tous les coins de l'univers. Le génie créateur de l'homme invente des engins de plus en plus meurtriers qui vont semer la mort dans les rangs des pauvres hères qui n'en peuvent plus. Sur terre, sur mer et dans les airs, des monstres géants, plus horribles que les animaux préhistoriques, se guettent et lancent, au moment opportun, la torpille mortelle sur l'adversaire. Dans ce carnage indescriptible, le médecin militaire remplit sa noble tâche qui le met en face de blessés sans nombre et de toutes les variétés. Pour lui, aucune haine, aucune animosité; des ennemis d'hier, tous réunis dans la commune souffrance, sa science sert à sauver les vies. Sur les champs de bataille, en arrière des lignes, dans les hôpitaux de base, sur les mers, partout on le rencontre prodiguant ses soins, sans se soucier des dangers auxquels il s'expose.

Le médecin civil doit, lui aussi, faire sa part dans la guerre actuelle. La guerre aérienne expose la population entière des pays à l'extermination. Lorsque, du haut des airs, une pluie de bombes s'abat sur

une ville, des centaines de foyers d'incendies sèment la mort et la désolation; des milliers d'êtres sans défense, hommes, vieillards, femmes et enfants sont ensevelis sous les décombres. Qui vient au secours de ces malheureux? Le médecin civil.

La guerre fait donc surgir des problèmes nombreux auxquels doivent faire face, à la fois, le médecin militaire et le médecin civil. Pour ces raisons, le Comité du Congrès a voulu organiser une séance exclusivement consacrée à la médecine militaire. Grâce à l'obligeance du Commandant d'escadre, P.M.O. (Wing Commander), L.-E. Emard (avant son enrôlement, directeur médical de l'hôpital Notre-Dame), des officiers médicaux canadiens-français de nos armées de terre, de mer et de l'air donneront des travaux instructifs sur les différents problèmes suscités par la guerre.

En conséquence, les membres de notre Association auront l'occasion exceptionnelle de connaître les traitements les plus récents des blessures de guerre, de se familiariser avec les rouages de nos services médicaux militaires et d'apprendre les méthodes les plus urgentes de venir en aide à la population civile en cas de bombardements aériens.

A tous, notre infatigable Directeur général, monsieur le docteur R.-E. Valin, adresse un vibrant appel de répondre à l'invitation du Comité d'organisation du XVII^e Congrès.

Docteur Donatien MARION,
Secrétaire-trésorier général.

"L'UNION MÉDICALE", L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE ET LES FRANCO-ONTARIENS

APPEL

Il est assez remarquable qu'au Canada français une revue médicale ait atteint soixante-dix années d'existence. Ceux qui doutent de la valeur de notre culture nationale pourraient avantageusement chercher un motif d'édification dans cette institution au service d'une profession bien française. Maints pays hautement civilisés et maintes autres cultures n'ont pu maintenir aussi longtemps un organe médical d'aussi grande envergure et d'aussi grand intérêt. Il fallait donc que cette revue soit l'expression d'un groupe bien homogène, soucieux de perfectionnement scientifique et d'amélioration sociale non équivoques, pour durer aussi opiniâtrement en dépit des obstacles inhérents à sa survie.

Les artisans de la durée de cette inappréciable revue méritent à plus d'un titre des éloges et des hommages. Ce n'est certes pas sans d'énormes difficultés de finance, d'administration et de collaboration qu'ils ont pu se maintenir.

Car, en effet, *l'Union Médicale* est le bulletin officiel de l'*Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord*. Déjà, plusieurs médecins de langue française de l'Ontario ont donné leur adhésion à l'Association et en sont membres depuis plusieurs années. Trop de nos compatriotes médecins, cependant, ne font pas partie de cette Association. Et pourtant, pour plus d'un motif devraient-ils en être membres. Si l'on néglige l'argument des avantages nettement scientifiques qui peuvent résulter de notre collaboration immédiate à l'Association, il y a lieu de considérer également l'élément de force qu'un plus grand nombre de membres peut donner à cette déjà vaste organisation médicale. Les congrès bisannuels, la lecture du *Bulletin officiel* qui sont de nature à conserver la tradition française au sein de la profession médicale, rallieraient du même coup plus de membres, et notre influence française par la médecine, dans les divers centres où nous exerçons notre profession, serait par le fait même beaucoup plus étendue.

D'ailleurs, les médecins franco-ontariens ont, jusqu'à aujourd'hui, été assez favorisés par l'Association, puisqu'elle a bien voulu consentir à tenir ses réunions bisannuelles à deux reprises dans notre

province, à Ottawa. En outre, un éminent médecin franco-ontarien, le Dr R.-E. Valin, en est le directeur général et plusieurs autres médecins de notre province sont membres du conseil de l'Association.

Cette année aura lieu, à Montréal, les 14, 15, 16 et 17 septembre, le XVII^e congrès de l'*Association des Médecins de langue française*. A l'occasion de sa coïncidence avec la célébration du III^e centenaire de Montréal, il conviendrait que les médecins de langue française de l'Ontario qui ne font pas encore partie de l'Association s'empressent de demander leur adhésion et assistent au Congrès. Ce serait là accomplir un geste attendu depuis longtemps, et qui rejaillirait forcément, et de toutes manières, sur les individus et sur l'Association elle-même. Nous espérons que cet appel sera entendu, et que nous nous retrouverons nombreux au XVII^e congrès, à Montréal.

J.-M. LAFRAMBOISE, (Ottawa),
Directeur de l'A.M.L.F.A.N.

PROGRAMME SOCIAL DU CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Montréal, 14-17 septembre

Les épouses des congressistes qui désireront s'occuper et se divertir durant le prochain Congrès de septembre à Montréal, n'auront pas à se préoccuper outre mesure.

La Métropole offre des occasions multiples de se distraire. Ce sont les théâtres, les cinémas, les musées, les visites dans les grands magasins à rayons.

Ce sera aussi des réceptions privées ou des visites à des amis ou à des parents.

Mais l'Association tient à ce que les épouses de nos médecins participent à ses activités, s'intéressent à sa vie, aux buts qu'elle veut atteindre et aux moyens dont elle se sert. Elle ne veut pas être privée de leur encouragement et, par-dessus tout, au cours de certains événements d'ordre plus social, de leur charme.

Aussi, chaque Congrès prépare soigneusement son programme social.

En septembre prochain, les dames auront l'occasion de se joindre aux congressistes en de multiples circonstances. Elles vivront de l'Association pendant les trois jours, et nous croyons que cette collaboration ne leur sera pas monotone ni ennuyeuse. Nous sommes plutôt persuadés qu'elle leur rendra ces trois jours agréables et d'un souvenir doux à évoquer. Nous faisons paraître ce mois-ci le programme social.

* * *

Nous ajoutons le programme provisoire de la section d'hygiène que nous n'avons pu faire paraître en juillet.

Nous publierons au début de septembre le programme du Congrès, en entier.

Lundi, 14 septembre

9.00 heures P.M.

Séance solennelle d'ouverture à l'hôtel Mont-Royal — Salle Dorée.

Mardi, 15 septembre

3.30 heures P.M.

Promenade à la Montagne en tramway observatoire et en « Tally-Ho ».

Thé servi au Chalet.

9.00 heures P.M.

Soirée de médecine militaire avec projection d'un film.

Mercredi, 16 septembre

12 heures P.M.

Déjeuner offert par la Cité de Montréal aux Congressistes et leurs épouses; Hôtel Mont-Royal, Salle Jacques-Cartier.

5.30 heures P.M.

Réception à l'Université de Montréal et visite de l'immeuble de la Montagne.

9.00 heures P.M.

Séance publique médico-sociale sud-américaine.

Musique sud-américaine et danse.

Buffet froid (Tenue de ville).

Jeudi, 17 septembre

4.30 heures P.M.

Réception à l'Hôtel-Dieu de Montréal. Visite du Cloître et du Trésor.

5.30 heures P.M.

Visite du nouveau pavillon de LaDauversière.

Thé.

8.00 heures P.M.

Banquet — Hôtel Mont-Royal — Salle Jacques-Cartier.

* * *

SECTION DE L'HYGIENE

Programme scientifique

Séances tenues à l'hôtel Mont-Royal, durant l'avant-midi des 15-16-17 septembre.

1^o SÉANCE CONSACRÉE À LA TUBERCULOSE.

Président: Dr J.-A. Couillard.

LaSalle Laberge: *Le dépistage de la tuberculose parmi les membres enseignant de la province de Québec.*

Paul Dufault: *Le rôle du sanatorium dans la lutte antituberculeuse.*

Léo Ladouceur: *La lutte contre la tuberculose à Montréal.*

Albert Guilbault: *Emploi du B. C. G. à Montréal.*

2^o SÉANCE CONSACRÉE AUX MALADIES VÉNÉRIENNES.

Président: Dr Jules Archambault.

Albéric Marin: *Traitement d'attaque de la syphilis récente.*

Emile Gaumont: *Traitement des syphilis anciennes et de la syphilis congénitale.*

E. Lalande et G. Choquette: *La lutte anti-vénérienne dans la province de Québec; organisation, législation, service social.*

Jules Archambault: *Laboratoire.*

Lucien Sylvestre: *Traitement de la blennorragie.*

3^o SÉANCE CONSACRÉE À L'HYGIÈNE EN GÉNÉRAL.

Président: Dr J.-A. Baudouin.

J.-A. Baudouin: *L'enseignement de l'hygiène dans les écoles de langue anglaise du Canada.*

Ernest Couture: *Urgence d'un plan d'action défini dans les entreprises de santé publique.*

A.-R. Foley: *Pasteurisation du lait.*

J.-A. Landreville: *Fonctionnement du premier district sanitaire à Montréal.*

E. Sylvestre: *Nutrition.*

Al. Marcotte: *Psycho-clinique au service de l'hygiène.*

JOURNÉES MÉDICALES

de la Société Médicale de Montréal

LE CPC ET LA PROFESSION MÉDICALE¹

Par **Ad. GROULX, M.P.H., F.R.S.I. (E), F.A.P.H.A.**,
Directeur du service de Santé de la Ville de Montréal.

La poursuite de la guerre et ses moyens d'attaque ont créé de nouveaux modes de défense. Le soldat, le marin et l'aviateur ne sont plus seuls à combattre. Les populations civiles étant aussi exposées et attaquées doivent se défendre contre les bombardements aériens.

Dans cette guerre, l'armée, la marine et l'aviation forment la force active; en marge des armées, il faut organiser la défense passive appelée dans notre pays: ARP ou CPC, selon les provinces.

L'organisation actuelle du comité de protection civile à Montréal a débuté fin de décembre 1941. Antérieurement, certains groupes de citoyens en avaient charge; ils ont fait du bon travail. Une réorganisation locale a suivi celle d'Ottawa et elle fut confiée aux autorités municipales.

L'organisation du comité de protection civile dans une ville ou une municipalité est une *mesure de guerre* établie en vertu des règlements de la Défense du Canada, paragraphe 33, qui se lit comme suit:

Paragraphe 33 (1): « Le ministre de la Défense nationale, ou le ministre des Pensions et de la Santé nationale peuvent prescrire par ordonnances les mesures que doivent prendre les personnes au Canada pour se protéger contre les dangers que comporte une attaque ennemie. »

Conformément à la procédure qu'exige la constitution canadienne, les autorités fédérales ont d'abord communiqué, suivant la marche hiérarchique habituelle, avec les autorités provinciales et, ensuite, avec les municipalités.

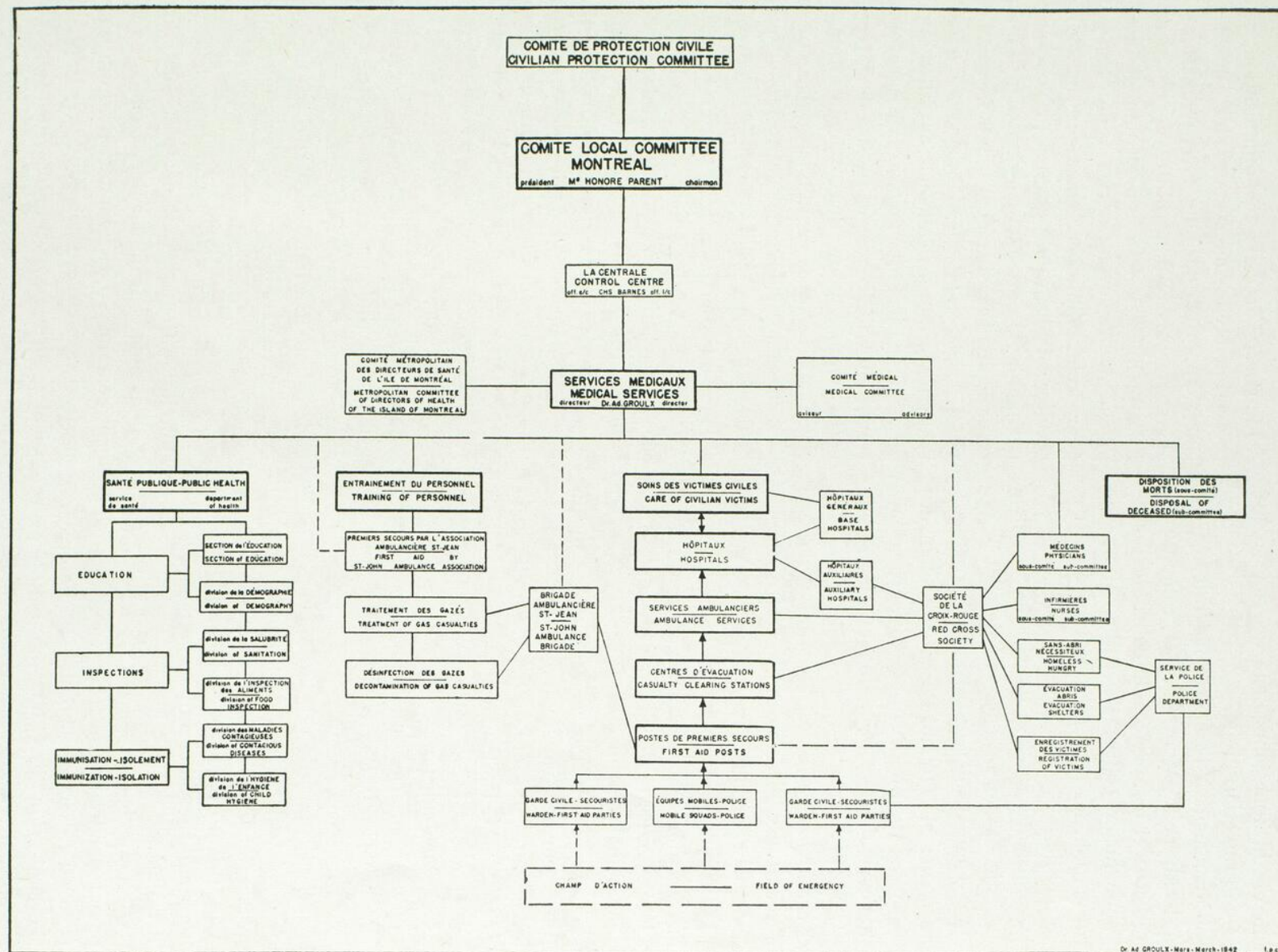
L'organisation du CPC est basée sur l'organisation sanitaire fédérale qui est sous l'autorité du ministre des Pensions et de la Santé nationale qui a nommé l'honorable docteur Manion, officier national du ARP. Ce dernier est responsable de l'organisation des comités de protection civile dans toutes les parties du Canada.

La protection des populations civiles est, je le répète, une *mesure de guerre*. C'est la tâche et la responsabilité de chaque individu d'abord, et ensuite de la collectivité. Ça été le devoir du fédéral d'en établir les grandes lignes; c'est celui des provinces de suivre ces données et l'obligation des municipalités de les réaliser. Leur rôle est de diriger, d'aider et de coordonner le travail et les initiatives individuelles. La collaboration de tous les citoyens de chaque ville, de chaque province et du pays tout entier est donc nécessaire. Pour arriver à de bons résultats, chaque citoyen doit donner sa collaboration volontairement et généreusement.

Pour faire suite à la réorganisation du ARP fédéral et à la nomination de Me M. Gaboury, directeur de la police provinciale, comme officier provincial, avec bureaux à Montréal, Son Honneur le maire a délégué Me Honoré Parent, directeur des Services municipaux et administrateur de la Commission municipale comme président du comité local.

L'officier provincial est chargé de la préparation et de l'opération d'un plan de défense adopté aux conditions locales. Il doit agir comme conseiller et guide général. « Il est la cheville ouvrière dans cette province et sous sa direction l'organisation devra collaborer dans toute la mesure nécessaire aux initiatives entreprises par les diverses autorités. »

1. Conférence à l'hôpital Saint-Luc, le mercredi, 17 juin 1942, lors des Journées médicales annuelles de la Société Médicale de Montréal.



Quant à la cité ou la municipalité, elle est responsable à l'officier provincial de l'organisation et du fonctionnement de son comité local de protection civile.

Conformément à la charte fédérale, ce comité local, pour Montréal, est composé de six directeurs: les services de police, les services pour lutter contre l'incendie, le service d'information, les services essentiels et la colonne mobile.

Il comprend les chefs des services publics de la ville et des officiers de liaison; il est composé comme suit:

le président: Me Honoré Parent, directeur des services municipaux et administrateur-délégué de la commission municipale de Québec;

le directeur des services médicaux: le docteur Ad. Groulx, directeur du service de Santé;

le directeur des services de police: Me Fernand Dufresne, directeur de la Police;

le directeur des services pour la lutte contre l'incendie: M. Paré, directeur du service municipal de l'incendie;

le directeur des services essentiels: M. Gibeau, directeur des travaux publics;

le directeur de l'information et secrétaire du comité: M. R. Tanghe;

le commandant local de la Colonne mobile: Col. McCuaig;

un officier en charge de la « centrale »: M. Charles Barnés, assistant-directeur du service de la Police.

D'après le plan fédéral, le directeur de service de Santé local est, de préférence, choisi pour être le directeur des services médicaux du CPC; d'où de nouvelles obligations et des charges additionnelles qui s'ajoutent à celles qu'il a déjà.

Dans l'exercice de cette fonction nouvelle et pour répondre aux instructions fédérales, le directeur d'un service de Santé à qui on a confié l'organisation du CPC, doit maintenir et augmenter, si possible, le bon état de la santé publique de sa ville. Pour cela, il doit compter davantage sur la coopération de son personnel

à qui seront confiés des travaux spéciaux dans l'organisation préventive des désastres.

La guerre actuelle et l'organisation de la protection civile sont venues, ici comme ailleurs, apporter de nouvelles obligations et augmenter les responsabilités de l'hygiéniste. Elles prennent nécessairement une très grande partie de son temps et il ne faut pas, pour cela, diminuer en rien son travail régulier d'éducation et de prévention de la maladie. Je ne suis pas prêt à dire que ce travail prend ici le même temps que dans les villes anglaises; cependant, sans connaître l'expérience de mes collègues des autres villes du Canada, je crois pouvoir affirmer que le travail du CPC requiert près des deux tiers de notre temps, pour fins d'organisation, de réunions diverses de comités et de sous-comités, de déplacements de toutes natures, pour la correspondance, les téléphones, les entrevues, etc.

Dans un discours public, lors du congrès de A.P.H.A. à Atlantic City, en octobre 1941, Sir Wilson Jameson, chef du Ministère de la Santé en Angleterre, et hygiéniste de réputation internationale, déclarait que le Medical H. C. d'une grande ville anglaise dépensait 90% de son temps à des travaux d'urgence nécessités par la protection civile et la guerre et 10% seulement à ses occupations ordinaires du temps de paix.

Pour assurer l'organisation des services médicaux et, toujours en conformité avec la charte fédérale, il devra faire appel et s'assurer de la collaboration des hôpitaux, des médecins, des gardes-malades, des associations volontaires, etc.

La fonction du directeur devient délicate et difficile: difficulté diminuée grâce à la bienveillance de chacun, à l'aider en face du danger commun. La nomination d'un comité médical aviseur comprenant les têtes dirigeantes des sociétés et associations déjà mentionnés, des représentants des sociétés médicales, des hôpitaux, etc., vient lui prêter main-forte.

Ce comité est composé comme suit:

Dr Ad. Groulx, président;

Dr A. Lapierre, du Ministère provincial de la Santé;

Dr A.-T. Bazin, président de la Société de la Croix-Rouge;

Dr A. L. C. Gilday, de l'Association des hôpitaux de Montréal;

Dr L. Gérin-Lajoie, des hôpitaux canadiens-français;

Dr A. Grant Fleming, directeur médical du Bell Telephone Co.;

Major A. H. Coates, de la Brigade ambulancière St-Jean;

Lt-Col. A. Gaboury, de l'Association ambulancière St-Jean;

Dr G.-L. Prud'homme, président de la Société médicale de Montréal;

Le président de la Montreal Medico-Chirurgical Society;

M. A. Cousineau, ingénieur sanitaire du service de Santé;

M. L. de G. Sylvestre, le secrétaire.

Je m'en tiendrai aux fonctions suivantes de la division des services médicaux qui font voir, en même temps, les responsabilités de la profession médicale, au point de vue hygiène et soins des victimes.

Pour plus de facilités, nous pourrions diviser l'organisation de cette division en trois sections principales:

1^o la santé publique;

2^o les soins aux victimes;

3^o la disposition des morts.

1^o Il faut d'abord conserver le bon état de la santé publique par l'éducation de la population, par la prévention des maladies épidémiques, au moyen de la vaccination contre certaines affections contagieuses, par une surveillance plus soignée de l'approvisionnement de lait et d'aliments sains, et par une inspection sanitaire plus sévère.

2^o Ensuite, organiser avec minutie les soins à donner aux victimes; cette partie du travail comprend: l'entraînement du personnel en secourisme et l'organisation des divers organismes qui s'y rapportent.

3^o La disposition des morts constitue un comité à part.

I. — SANTÉ PUBLIQUE

Les attributions de la ville au point de vue hygiène publique, se résument aux trois fonctions suivantes: *éducation, prévention et inspection*. Ce travail est entre les sept divisions fondamentales du service de Santé municipal dont elles sont d'ailleurs des fonctions régulières.

a) La division de la démographie et la section de l'enseignement de l'hygiène sont chargées de l'éducation de la population avec la collaboration nécessaire de toutes les autres divisions, attendu que le service de Santé est, avant tout, un organisme d'éducation.

b) La prévention des maladies épidémiques, l'inoculation, l'isolement, etc., sont fonctions de la division du contrôle des maladies contagieuses, des laboratoires et de la division de l'hygiène de l'enfance.

c) Enfin, la division des aliments et celle de la salubrité se chargent des inspections sanitaires et de celles des aliments, plus nécessaires que jamais en temps de guerre et en cas de désastres.

Le personnel sanitaire, de quelque classe qu'il soit, médecin, infirmière, vétérinaire et inspecteur sanitaire, doit être maintenu dans ses fonctions, même si, occasionnellement, il est appelé à remplir, en cas d'urgence, d'autres fonctions que ses fonctions habituelles.

Au début de cette guerre, en Angleterre, on avait retiré le personnel de ses fonctions régulières pour lui confier du travail de secourisme ou d'urgence dans les hôpitaux. Cependant, dès 1939, on a jugé à propos de le retourner à son travail ordinaire de surveillance de la santé publique. On a insisté particulièrement pour que le personnel sanitaire

reprit la visite régulière de l'inspection des écoles (la vermine s'y répandant à son aise), du contrôle des institutions et des « day-nurseries », dont le nombre avait augmenté; ce personnel dut aussi s'occuper de la surveillance sanitaire dans les abris souterrains; en ces derniers endroits, l'immunisation contre la diphtérie fut facilitée. Dans les écoles, on a aussi porté une attention particulière à l'alimentation des enfants comme article régulier du programme, du « lunch du midi », repas complet et bien balancé au point de vue nutritif.

En période de guerre, certains problèmes épidémiologiques doivent être le sujet d'études spéciales. Une plus grande attention doit être exercée sur l'éclosion et l'évolution possible de maladies contagieuses épidémiques telles: la typhoïde, le typhus, la scarlatine, la méningite cérébro-spinale, l'influenza. Des plans de lutte doivent être prêts pour parer à toutes éventualités. L'immunisation contre certaines d'entre elles assurera la protection de la population. Montréal est protégé, et complètement, de la variole; un travail intense est poursuivi en faveur de l'immunisation contre la diphtérie dont nous espérons débarrasser notre ville.

Les maladies vénériennes doivent être l'objet d'un contrôle sévère.

Un autre problème d'importance majeure, *l'alimentation*, doit intéresser le H. O. au plus haut point. Le manque possible de certains aliments essentiels et le rationnement de certains autres, entraînent les autorités sanitaires à organiser des campagnes spéciales de nutrition et à donner des directives à la population. Pour cela, il devra s'entourer de techniciens.

L'inspection des aliments doit être faite avec encore plus de soin que jamais; les viandes et le lait doivent être particulièrement surveillés, le lait surtout, à cause de certaines difficultés actuelles de production, devrait être totalement *pasteurisé*. Des districts spéciaux d'inspections sanitaires doivent être organisés, pour exercer une plus grande surveillance en cas de désastre

et de raids aériens, de telle sorte que l'autorité sanitaire soit mise immédiatement au courant des conditions qui prévaudront en cas d'urgence.

Le travail des mères de famille dans les industries de guerre crée aussi certains problèmes sociaux et sanitaires qui entraînent l'organisation de « day-nurseries » qu'il importe aussi de réglementer.

II. — LES VICTIMES CIVILES

Les soins à donner aux victimes d'un raid, en cas de désastres, est une des plus importantes attributions du directeur des services médicaux.

Le directeur de la Santé doit, lui, voir à coordonner l'effort de chacun et à ce qu'on s'organise conformément au plan général prévu.

Les principaux groupes intéressés dans l'organisation des services médicaux, sont, en plus du service de Santé local: l'association ambulancière St-Jean, la Brigade ambulancière St-Jean, la Société de la Croix-Rouge, les hôpitaux, la profession médicale, les gardes-malades, et, pour la disposition des cadavres, j'ajouterai le clergé et les entrepreneurs de pompes funèbres.

Cette section importante comprend l'entraînement du personnel auxiliaire en secourisme, les postes de premiers secours, les centres d'évacuation, les services d'ambulances, les hôpitaux de base et les hôpitaux auxiliaires.

1° *L'entraînement du personnel*

Il importe d'abord d'assurer la compétence du personnel qui volontairement secouriste, membre de la garde civile ou autre, sera appelé à porter secours aux victimes et deviendra un auxiliaire compétent.

Cet entraînement porte sur:

- a) les premiers secours aux blessés, et
- b) le traitement et la désinfection des gazés.

Les cours de secourisme, sous la direction du Lt-Colonel A. Gaboury, sont donnés à tous

les groupes qui font appel au service de l'Association ambulancière St-Jean: industries, grands magasins, compagnies, membres du CPC, élèves dans les écoles, infirmières, etc. Cette association est responsable de cet enseignement dans toute la province. Depuis 1940 jusqu'au 30 avril 1942, cette association a qualifié 18,870 personnes et 12,000 autres étaient à l'entraînement à Montréal, seulement; ceci ne comprend pas plus de 9,000 enfants des écoles. Depuis le 1er janvier 1942, cette même association a qualifié plus de 12,700 personnes dans la province dont 12,000 à Montréal même.

La Brigade ambulancière St-Jean, sous la direction du Major Coates, est chargée de l'entraînement du personnel qui sera affecté au traitement et à la désinfection des gazés dans les centres de décontamination.

2° Les soins à donner aux victimes civiles

Constituent une partie des plus importantes et seront assurés par les moyens suivants qui apparaissent dans le graphique A et dont nous suivrons la marche générale. Cet exemple est relatif.

Equipes mobiles, gardes civiles.

Dans les soins à donner aux victimes civiles, les membres de la force policière municipale et les membres de la garde civile, qualifiés en secourisme, sont équipés du nécessaire pour donner les premiers soins aux blessés sur les lieux de l'accident en attendant l'arrivée des brancardiers ou des ambulances.

Du champ d'action, c'est-à-dire, de la rue, de son domicile, d'un édifice, etc., où le civil a été frappé et où il reçoit les premiers soins d'urgence, il est dirigé ou transporté vers un poste de premiers secours.

Postes de premiers secours.

Les postes de premiers secours sont organisés dans la ville de Montréal par la Brigade ambulancière St-Jean.

Pour fin générale d'organisation des services médicaux, nous avons divisé la ville en 25 districts appelés Districts de CPC.

En nous basant sur la densité de la population, 130 postes de premiers secours ont été établis dont *cent postes permanents* dans les édifices situés à des points stratégiques de la ville. Le choix de ces endroits n'a pas été facile. Aux quartiers généraux de la Brigade, environ 30 postes mobiles seront disponibles pour service spécial là où les victimes seront nombreuses.

A la porte de chaque poste une enseigne sera placée afin que la population se familiarise avec la localisation de ces endroits. Chaque poste de premiers secours comprend un brigadier, une aide-garde-malade et deux porteurs de civières, équipés d'un nécessaire pour premiers soins, havre-sacs, civières, etc., le tout fourni par Ottawa. Le personnel actuel de la Brigade ambulancière St-Jean comprend 400 hommes et 300 femmes.

S'il s'agit d'une victime gravement blessée, on le dirigera vers un « poste d'évacuation » et même directement vers un hôpital, en faisant appel au service des ambulances. Ici, il n'y a pas de loi absolu; tout est relatif, on doit juger des circonstances. En général, cependant, le blessé est dirigé vers le « centre d'évacuation » ou de sélection des blessés, d'où les grands blessés, à l'aide des ambulances, sont transportés aux hôpitaux. Telle est la marche théorique à suivre dans les secours aux victimes.

Centres d'évacuation (CCS).

Les « centres d'évacuation », ou mieux, selon l'expression suggérée par le docteur Bazin de la Croix-Rouge, les « Collecting Posts » sont des endroits où il faut conduire toutes les victimes sans abri, blessées ou non, et qui se trouvaient dans les postes de premiers secours.

Là, on fera le triage; les grands blessés seront dirigés vers les hôpitaux et, les sans-abri, vers des habitations temporaires.

L'organisation de ces centres est confiée à la Société de la Croix-Rouge, à Montréal. Il doit y en avoir 1 par district de CPC et être situé dans les écoles, églises ou autres salles appropriées à cette fin. Ils seront dirigés par des mé-

decins et des gardes-malades; leur personnel volontaire comprendra, en plus des brancardiers, des commis, des messagers, etc.

Services ambulanciers.

Le comité des transports de la Croix-Rouge, présidé par M. Perry, a charge de trouver, pour le transport des blessés, en plus des ambulances régulières, un certain nombre de camions légers. Un appel a été fait à diverses compagnies et plus de 1000 camions peuvent être utilisés. Ces camions sont enregistrés et l'on a en filière, à la Croix-Rouge, l'endroit où ils sont garagés et l'adresse du chauffeur.

Les hôpitaux.

Les hôpitaux sont appelés à jouer un rôle essentiel, en cas de désastre.

« Hospitals are the pivotal centers of the emergency medical service for civilian defense »

écrit le docteur Baehr, chief medical officer, U. S. officer of Civilian Defense.

Hôpitaux de base.

Il y a à Montréal, 14 *hôpitaux de base*. Leur personnel médical doit être disponible; on devra faire des arrangements pour que tous les médecins, les gardes-malades et le personnel auxiliaire s'y rapportent immédiatement en cas d'urgence ou d'alerte.

Les hôpitaux doivent être liés (connected) directement avec le centre de contrôle ou avec le directeur des services médicaux, d'où partent tous les appels.

Les hôpitaux doivent être préparés pour pouvoir évacuer leurs patients dans d'autres institutions situées dans les quartiers excentriques de la ville.

Ils doivent aussi pouvoir augmenter leur capacité si cela devient nécessaire, suggère le docteur Baehr:

1° en évacuant les convalescents à leur domicile;

2° en transférant certains patients dans d'autres institutions, etc.

3° en ajoutant des lits dans les salles à manger, les classes, etc.

L'organisation des hôpitaux, tant au point de vue médical que sécurité est sous la responsabilité du H. O. Un sous-comité composé des docteurs Gilday, Gérin-Lajoie, Bazin, de la Croix-Rouge et Bourdon, du service de Santé, en a la charge.

Les services médicaux ont été chargés d'agir comme agent de liaison entre les hôpitaux et le CPC pour tout ce qui les concerne, tant pour assurer la sécurité des institutions et de leurs patients, que pour assurer les nécessaires aux victimes.

Les hôpitaux auxiliaires.

Les hôpitaux devront organiser, pour répondre à leurs besoins supplémentaires, ou pour évacuer leurs patients en cas de raids, des hôpitaux auxiliaires situés loin du centre de la ville. Ces derniers peuvent être installés dans les sous-sols des églises ou dans des écoles de la banlieue. La société de la Croix-Rouge leur prêtera main-forte dans cette organisation. Une réserve de 1500 lits avec literie complète, sont gardés pour les besoins de Montréal, aux quartiers généraux de la milice.

Les médecins et les gardes-malades.

Pour donner l'aide nécessaire aux hôpitaux et pour assurer le fonctionnement des « centres de triage des blessés » la collaboration des médecins et des gardes-malades est nécessaire.

L'enrôlement des gardes-malades se fait à l'aide d'un comité conjoint de l'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec et de la Croix-Rouge; Miss Upton, la registraire de l'association, en est la secrétaire. De plus, ce comité conjoint, agissant comme sous-comité de la Croix-Rouge, s'est assuré un bureau pour appels d'urgence, grâce à la collaboration de la compagnie de Téléphone Bell. Des téléphonistes expérimentées seront mises à la disposition de ce comité en cas d'urgence.

Quant aux médecins, la division des services médicaux s'est assurée la collaboration des présidents des deux sociétés médicales: le docteur G.-L. Prud'homme, président de « La Société Médicale de Montréal » et le

docteur F. H. MacKay, président de la « Montreal Medico-Chirurgical Society » qui, avec le docteur Bazin, forment le sous-comité des médecins. Par les sociétés qu'ils représentent, ils feront appel aux médecins de la ville pour qu'ils s'enregistrent dans les services médicaux du CPC, et soient prêts à servir dans les centres de triage. Dans ces centres, les médecins auront la surveillance des premiers soins à donner. Le mot d'ordre des traitements, écrit le docteur Bazin, aux Sociétés médicales sera: « Premiers soins adéquats, immobilisation efficace, évacuation rapide ».

Les gardes-malades seront continuellement en devoir afin d'assister les médecins. Le personnel auxiliaire assurera le bon fonctionnement des centres.

III. — DISPOSITION DES MORTS

Dans un désastre, il n'y a pas que des blessés, mais il y a aussi, malheureusement, des morts. A cet effet, la charte fédérale de ARP prévoit l'organisation d'un sous-comité formé d'officiers sanitaires, de membres du clergé, d'entrepreneurs de pompes funèbres, etc., pour s'occuper de la disposition des morts. A Montréal, l'organisation de ce sous-comité a été confié à l'ingénieur sanitaire du service de Santé, M. A. Cousineau. Il y a un problème sanitaire, mais il faut aussi considérer le transport et l'inhumation des cadavres et assurer aux victimes un service religieux.

CONCLUSION

En terminant, je résume le rôle de chacun: celui du service de Santé est d'intensifier les campagnes d'éducation, d'augmenter la surveillance sanitaire afin de prévenir les épidémies.

L'Association ambulancière St-Jean est chargée de l'entraînement des auxiliaires en premiers secours aux victimes.

La Brigade ambulancière St-Jean est responsable de l'éducation du personnel dans le traitement et la désinfection des gazés. Elle doit surtout voir dans les endroits stratégi-

ques de la ville de Montréal, à l'établissement et au fonctionnement des « postes de premiers secours ».

La Société de la Croix-Rouge a assumé les 5 responsabilités suivantes, considérées « services essentiels aux victimes » (Dr Bazin):

a) organiser, maintenir et équiper « 30 centres d'évacuation » dont le personnel se composera de médecins et de gardes-malades;

b) organiser le transport par ambulance entre les postes de premiers secours, les centres d'évacuation et les hôpitaux;

c) aider les hôpitaux dans l'organisation et l'équipement des hôpitaux auxiliaires;

d) organiser, diriger et équiper des endroits de logement temporaire;

e) organiser un registre des victimes et établir un bureau central d'enquêtes.

Quant aux obligations de la profession médicale, je me permets de les résumer comme suit en terminant cette étude.

I. — Au point de vue hygiène et santé.

L'hygiène a le devoir de sauvegarder la santé de la population, c'est son rôle et nous avons, je crois, suffisamment insisté sur ce point.

Les médecins en clientèle ne sont pas exempts de certains devoirs à cet égard, vis-à-vis leurs clients. Ils ont une directive à leur donner concernant leur régime de vie et leur alimentation en ces temps particuliers de guerre. Situation établie, qu'il nous faut réaliser.

Dans la prévention des maladies contagieuses, de certaines en particulier, il doit contribuer à leur prévention. Je mentionne par exemple, la *diphtérie*, qui tout comme la *variole* l'a été, devrait être complètement éliminée de nos murs.

Il y a aussi un rôle à jouer dans l'éducation de la population au point de vue santé; il a les plus belles opportunités pour ce faire, le client va à lui, que ce soit à son cabinet, que ce soit à l'hôpital ou à la clinique.

II. — *Au point de vue soins des victimes.*

En cas de raid ou de désastre, le rôle du médecin se partage entre celui de l'hôpital et le médecin en clientèle.

1^o *Le médecin d'hôpital.* Le rôle qu'il a à jouer est déterminé à l'avance par la charte fédérale — quelle que soit sa spécialité — devant l'urgence et le danger, il n'y a pas de classes — il se rapporte à l'hôpital auquel il est attaché et se tient à son entière disposition pour tout service qu'il peut rendre dans les soins premiers des blessés qu'on amène — laissant à la chirurgie les grands blessés.

Il doit aussi se tenir prêt à répondre à l'appel de son institution pour prendre charge ou prêter son concours dans le fonctionnement des hôpitaux auxiliaires.

La place du médecin attaché régulièrement aux hôpitaux est donc à l'hôpital et à l'hôpital auxiliaire. Il est d'ailleurs enregistré dans le CPC (services médicaux) par les soins de son surintendant médical. De même pour les médecins appartenant au service de Santé.

2^o *Le médecin en clientèle.* L'un des grands devoirs du médecin praticien est de prêter son concours en cas de désastre. Je l'ai dit anté-

rieurement, ses services seront requis dans les « centres d'évacuation » qu'organisent et dirigent la société de la Croix-Rouge. Par l'intermédiaire des sociétés médicales et de leurs présidents respectifs, cette société fera appel à votre dévouement et à votre générosité pour venir en aide aux pauvres victimes qui seront transportées dans ces centres où les premiers soins médicaux leur seront donnés par des médecins.

A plus d'un endroit les services d'urgence de la part des médecins pourront être requis. Endroits et circonstances que nous ne sommes peut-être pas en mesure de désigner maintenant.

Le médecin n'est pas l'auxiliaire dont on a le moins besoin en période de désastre et son auxiliaire l'infirmière a un rôle aussi de tout premier plan.

La Société de la Croix-Rouge a la responsabilité d'en assurer le recrutement par les moyens déjà indiqués. Pas un instant, nous n'avons douté de la réponse à l'appel qui sera lancé à la profession médicale. Déjà les gardes-malades se sont inscrites nombreuses. Les médecins voudront suivre cet exemple.



TROIS SIÈCLES DE MÉDECINE AU CANADA FRANÇAIS

Par **Oscar MERCIER**,

Professeur titulaire à l'Université de Montréal.
Chef du service d'Urologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Seule, ma fonction de président de l'Exécutif du Bureau médical de l'Hôtel-Dieu en cette année de son tricentenaire m'autorise à revêtir la toge de l'historien médical.

Lorsque notre dévoué secrétaire, le docteur Letondal, s'adressa à moi pour vous exposer « Trois siècles de Médecine au Canada français », je me récusai spontanément, lui demandant de s'adresser à un confrère versé dans l'histoire de la Médecine. J'acceptai en définitive à cause du tricentenaire de l'Hôtel-Dieu.

Je n'ai donc aucunement l'ambition de faire œuvre d'historien, d'une part à cause de mon incompetence, et d'autre part parce que le sujet traité ne peut être développé suffisamment dans le court laps de temps qui m'est alloué. Je me restreindrai donc à une synthèse générale dont le but est de mettre devant vos yeux le travail, l'effort de nos prédécesseurs, pour que nous puissions en tirer une leçon capable d'activer nos énergies, pour égaler et même surpasser nos confrères disparus afin de maintenir haut la Médecine au Canada français.

Notre histoire médicale commence en 1606 à Ste-Croix, près de Québec, par l'arrivée en Nouvelle-France de deux médecins, Deschamps de Honfleur, et maître Estienne, qui accompagnent Champlain et retournent avec lui.

Bonnerme, médecin de Dieppe assiste à la fondation de Québec en 1608 et est le premier à exercer la médecine au Canada. Il est mêlé à un complot dont le but est d'empoisonner Champlain et il est mis aux arrêts. Cependant, il prouve son innocence et est acquitté. Il meurt de scorbut à Québec en 1609.

C'est un chirurgien de l'année, Boyer de Rouen, qui pansa Champlain lorsqu'il fut blessé en 1610 lors d'une campagne contre les Iroquois.

Robert Giffard, sieur de Beauport, originaire de Montagne au Perche en France, est probablement le premier médecin de l'Hôtel-Dieu de Québec; son nom reste attaché au village de Beauport dont la seigneurie lui avait été donnée par la Compagnie des Cent Associés.

Parmi les premiers maires de Québec, nous trouvons le nom d'un chirurgien, Jean Madry, qui meurt en cette ville en 1669. Il pratiqua la médecine de 1653 jusqu'à sa mort en la vieille capitale et fut attaché à l'Hôtel-Dieu; il est le premier médecin à occuper une fonction publique au Canada.

Le premier Canadien français à pratiquer la médecine en notre pays est Louis Maheu, né à Québec, le 12 décembre 1650, il fut médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

La fameuse taverne de Québec « Le Chien d'Or » dont le frontispice porte l'inscription si connue:

*Je suis un chien qui ronge l'os,
En rongeant, je prends mon repos.
Un temps viendra qui n'est pas venu,
Que je mordrai qui m'aura mordu.*

à été construite en 1693 par Thimothé Roussel pour y loger et pratiquer son art médical. Ce n'est que plus tard que cette résidence privée fut transformée en taverne.

La gloire médicale de la période française de notre pays, fut Michel Sarrazin, né à Nuits en France en 1659. Il fut chirurgien de l'hôpital Général et de l'Hôtel-Dieu de Québec de 1693 à 1734, où il mourut le 8 septembre.

1. Conférence prononcée à l'Hôtel-Dieu de Montréal, lors des Journées médicales de la Société Médicale de Montréal, le 18 juin 1942.

Dès sa nomination à ces hôpitaux, il part en 1694 pour poursuivre des études de perfectionnement en France; il est le premier médecin du Canada à se diriger vers l'Etranger pour se perfectionner.

Le 4 mars 1697, il est élu membre correspondant de l'Académie des Sciences de France, honneur insigne que lui méritent ses travaux. Ceux-ci sont nombreux. En 1698, il présente à l'Académie des Sciences de France un travail fouillé sur l'anatomie du castor, puis, en 1670, un autre sur le rat musqué. En 1718, il expose l'étude de ses recherches sur la loutre de mer. En 1730, il étudie l'érable à sucre et indique que la sève de cet arbre au printemps peut être réduite en sirop; il ouvre donc la porte à notre industrie du sirop d'érable. La même année, il découvre une plante, connue dès lors en Europe sous le nom de « *Sarracema canadensis purpurea* » qui a la propriété de guérir la variole.

Ce médecin consacra sa vie à la recherche, comme nous le constatons par la longue liste de ses communications à l'Académie des Sciences en France. Il est véritablement le premier savant canadien. Cependant il semble aussi avoir été un excellent praticien, il aurait opéré pour un cancer deux religieuses de Montréal: Sœur Marie Barbier de la congrégation Notre-Dame et Sœur Ste-Anne de l'Hôtel-Dieu.

Un autre médecin distingué et savant de la période française fut Jean-François Gauthier, né en France en 1711. Il fut nommé médecin du Roy en Canada en 1741 et attaché à l'Hôtel-Dieu de Québec. Il fut le premier à utiliser le thermomètre, celui de Reamur, et fit un rapport sur l'usage de ce thermomètre en 1745 à l'Académie des Sciences de France. Intéressé dans la botanique, il découvre la propriété médicinale de la plante thé des bois, et constitue une huile dite « l'Huile de Gaultherie », connue depuis pour ses propriétés sédatives lors du rhumatisme. Les derniers médecins de la période française à exercer en la ville de Québec sont: André Arnoux et Philippe Badelard. Le premier panse les plaies de Montcalm qui meurt dans sa maison sur

la rue St-Louis. Le second est le chirurgien des troupes françaises à la bataille des Plaines d'Abraham, il est fait prisonnier, puis relâché après la conquête, et pratique la médecine à Québec jusqu'à sa mort survenue le 17 février 1802, il laisse à l'Hôtel-Dieu 12,000 livres.

Voici, Messieurs, très succinctement exposé, l'histoire des pionniers de la médecine en la ville de Québec. Voyons maintenant celle de ceux de Ville-Marie. Le premier médecin de Montréal se nommait Jeau Pouppé². Il assista à la première messe que célébra le Père Vimont dans l'île de Montréal et devint le premier médecin et chirurgien du petit hôpital que Mlle Mance avait fait construire dès la fin de 1642. Au mois de novembre 1648, nous retrouvons dans les papiers de l'étude de Jean de Saint Père, la signature de Jean Pouppé qui assista à la naissance des premiers enfants issus de parents européens à Montréal.

Entre-temps, le petit hôpital devenait une réalité. Le 12 janvier 1644, le contrat de fondation de l'Hôtel-Dieu fut signé à Paris par Mme de Bullion. Maisonneuve et Jeanne Mance firent alors exécuter promptement les travaux en 1645, et bientôt la construction de l'Hôtel-Dieu devenait un fait accompli.

Le premier médecin qui ait passé un contrat régulier avec les autorités de notre hôpital se nomme Etienne Bouchard. Arrivé en 1653, avec la recrue, il demeure à Montréal jusqu'à sa mort, survenue en 1676. Avant son départ de France, il s'était engagé par contrat à demeurer cinq ans à Montréal. Pendant ce temps, il devait être logé et couché, fourni de tous les instruments nécessaires pour exercer son art et recevoir 150 livres de vingt sous par an.

Il est intéressant de noter que le premier curé Sulpicien de Montréal l'abbé Gabriel Souart, débarqué en 1657, donna des soins aux malades de l'Hôtel-Dieu entre 1660 et 1684. Il avait étudié la médecine et on prétend que le Souverain Pontife l'autorisa à soigner,

2. Extrait du discours prononcé lors de la pose de la pierre angulaire du pavillon Jérôme le Royer de la Dauversière à l'Hôtel-Dieu, novembre 1941.

s'il était nécessaire. Il fut l'exécuteur testamentaire de Mlle Mance qui mourut le 18 juin 1673. Il veilla à l'accomplissement de son vœu suprême: le dépôt de son cœur dans la chapelle de l'Hôtel-Dieu. Nous sommes justifiés à nous demander si l'abbé Souart, puisqu'il était médecin, n'aurait pas été celui qui aurait prélevé le cœur de notre héroïne. En même temps que lui, Rapin dit la Musette est inscrit sur la liste des chirurgiens de notre hôpital pour les années 1679 et 1686.

Deux chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, Antoine Forestier et Jean Martinet de Fonblanche sont engagés par cet hôpital par un acte de Mauzue en date du 13 juillet 1681. Les deux chirurgiens s'engagent à servir l'hôpital, à panser et médicamer tous les malades à se rendre par quartier de trois en trois mois assidus à visiter les malades sur les sept heures du matin, par chaque jour et autres heures si nécessaire, l'un pour l'absence de l'autre, à requisition, moyennant 75 livres par an, chacun, les remèdes étant fournis par l'hôpital.

Ils indiquèrent ainsi aux générations futures des médecins de l'Hôtel-Dieu de commencer leur service tôt. L'un et l'autre semblent posséder le sens des affaires. Forestier fit établir par le tribunal (24 avril 1711) que les officiers des troupes n'avaient droit d'être traités gratuitement que pendant leur séjour à l'Hôtel-Dieu.

Martinet de Fonblanche est le premier médecin de Montréal qui ait recours à un avocat pour réclamer les honoraires. En effet, le 11 février 1670, le juge de Montréal condamnait Louis Losel à lui payer 20 livres pour services de chirurgie.

Martinet de Fonblanche a encore le mérite d'avoir été le premier professeur de médecine au Canada. Il fit école. Le 15 février 1674, il engage son beau-frère Paul Prud'Homme. Le 16 décembre 1681, François Tardy devient son engagé pour trois ans. Enfin le 19 novembre 1686, Pierre Malidor, fils d'un chirurgien lyonnais, choisit le sieur Martinet pour lui enseigner l'art de chirurgie pendant 4 ans. Le premier écrivain médical de Montréal fut un

médecin de notre hôpital, J.-C. Gaillard qui, en 1667, écrit un curieux rapport sur le décès d'un consommateur à la Pointe St-Charles. Joseph Benoist est le premier montréalais à exercer la médecine dans cette ville. Né à Montréal en 1712, il semble être l'élève de Thaumur de la Sorce, chirurgien de notre hôpital en 1689. Il figure sur la liste de nos chirurgiens entre les années 1715 et 1726. C'est avec lui qu'eut lieu au Canada la première dispute avec les Irlandais. En effet, en 1718, arriva à Montréal un médecin irlandais Timothy Sullivan, dont le nom francisé répondait à celui de Timothée Silvain. Débarqué sur nos rives, il se serait installé à Varennes où, en 1720, il épousa Marie-Renée Gauthier, fille de la Vérendrye. Il obtient par l'influence du sieur Gauthier, qui venait de découvrir les montagnes Rocheuses un brevet de médecin du Roi. Ses démêlés avec la justice sont nombreux et ses chicanes avec les autres médecins du temps, multiples. Son nom n'apparaît sur la liste de nos médecins que durant les années 1725 à 1730; il est probable que les autorités de l'Hôtel-Dieu ne l'ont eu à leur service que durant 5 ans à cause de son violent caractère.

Le temps s'écoule rapidement et nous voilà déjà au centenaire de l'Hôtel-Dieu. Etaient alors médecins et chirurgiens de cette institution: messieurs Joseph Benoist, décédé en 1742; Laboisière, originaire de St-Corentin et Charles-Joseph-Alexandre-Ferdinand de Feltz, né à Rabstat en Autriche. En Nouvelle-France, les familles sont nombreuses et nous notons qu'un des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu était père de 22 enfants. Il s'agit de Nicolas Landriaux, dit La Lancette, surnom médical sans doute, chirurgien de notre maison en 1760 lors de la sécession. La domination anglaise est une période plus rapprochée de nous. De 1760 à 1860, date de l'établissement de l'hôpital sur les terrains actuels, les chirurgiens et médecins suivants figurent sur notre liste: D. de Bonne, F. Auger A. Vallière, Ed. Sym. W. Siebi, P. Beaubien, R. Nelson, célèbre au cours de la rébellion de 1837, W. Vallée, P. Munro, L.-G. Bibaud, G. Pelle-

tier, J.-C. Coderre, E.-H. Trudel, Thomas D'Orsonnens, L. Boyer, J.-P. Rottot.

Au début de la domination anglaise, jusqu'en 1872, les médecins anglais sont les seuls artisans de la profession. En 1822, ils fondent l'Université McGill, et en 1847, le Collège des Médecins et Chirurgiens de Québec. En somme la médecine canadienne-française est inexistante au point de vue influence. L'Hôtel-Dieu a bien en 1860 déménagé et construit sur le site actuel, l'hôpital le plus moderne alors d'Amérique, les médecins canadiens-français n'ont aucune influence sur les directives médicales. Le Collège des Médecins et des Chirurgiens de Québec est dirigé par les médecins anglais et seule l'Université McGill enseigne la médecine à Montréal jusqu'en 1872. Vers cette époque, l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, dite Ecole Victoria, fondée en 1843 par des médecins anglais, passe au contrôle de nos confrères et prend un caractère nettement français. Son personnel comprend des médecins de l'Hôtel-Dieu, Munro, Nelson, Bibaud, Pelletier, Boyer, Coderre, Trudel, D'Orsonnens. En 1874, grâce à l'aide généreuse de notre hôpital, un édifice sera construit sur l'avenue des Pins face à nos immeubles pour y loger l'Ecole Victoria. Celle-ci jusqu'en 1878 enseignera seule à Montréal la médecine française.

Le 1er janvier 1872, le premier numéro de l'*Union Médicale du Canada* paraissait. La majorité de ses parrains étaient médecins de l'Hôtel-Dieu. Son rédacteur en chef, le docteur J.-P. Rottot, quitta notre institution en 1880 pour fonder l'hôpital Notre-Dame. A.-T. Brosseau qui devient chirurgien en chef de la nouvelle institution et E.-P. Lachapelle, futur doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, l'accompagnent. Ils sont de chez nous. En 1877, le Collège des Médecins et Chirurgiens de Québec qui avait été depuis sa fondation en 1847 sous le contrôle anglais, passe sous la direction de nos compatriotes. Trois médecins de l'Hôtel-Dieu en 1877 en dirigent les destinées; Rottot est le président, Dagenais le secrétaire et E.-P. Lachapelle le

trésorier. Sir William H. Hingston qui a jeté tant d'éclat dans notre institution est le second président de 1886 à 1889.

En 1900, la médecine canadienne-française franchit une autre étape dans son perfectionnement scientifique. La *Société Médicale de Montréal* est constituée et son premier président en est Hervieux, médecin chef de l'Hôtel-Dieu. Entre-temps, notre institution fournit des éléments à la direction des affaires de Montréal et du pays. Sir William H. Hingston est élu maire de Montréal et membre du Sénat. J.-J. Guérin occupe le poste de premier magistrat de la métropole et est député de Sainte-Anne à la législature fédérale.

Au point de vue scientifique, les médecins de l'Hôtel-Dieu continuent la course en avant. Marien, imbu des idées de Pasteur, revient d'Europe en 1898 et installe les premières salles d'opérations aseptiques. De plus, nous voyons plusieurs de nos médecins nous quitter pour répandre les notions scientifiques ailleurs ou fonder de nouveaux hôpitaux. Le professeur J.-E. Dubé est le premier président du bureau médical de l'hôpital Sainte-Justine que des dames charitables, parmi lesquelles figure Mme Beaubien, viennent de fonder (1907). Il crée en 1911 l'Institut Bruchési et plus tard ses colonies de vacances. Après la grande guerre, un nouvel hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc est érigé en 1919 pour répondre au besoin hospitalier croissant; son fondateur le docteur François de Martigny est chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Enfin, le dernier hôpital construit à Montréal, Saint-Luc, a pour organisateur scientifique le professeur P.-Z. Rhéaume, chirurgien de notre maison de 1910 à 1932.

L'hospitalisation des malades est un des fruits de la chrétienté, de sorte que les premiers hôpitaux datent des débuts de l'ère chrétienne. Déjà, à la découverte du Canada, des hôpitaux importants existaient en France. Il était donc naturel que le premier souci de nos ancêtres en colonisant le pays ait été la construction d'instituts hospitaliers. Les Français désiraient surpasser les Espagnols, qui avaient

érigé en 1524 à Mexico, l'hôpital l'Immaculée Conception.

Le premier hôpital fondé au Canada, et le deuxième en Amérique, est l'Hôtel-Dieu de Québec construit en 1639 grâce à l'aide généreuse de Mme la duchesse d'Aiguillon. Celle-ci s'adressa pour fonder cette institution hospitalière, aux religieuses hospitalières de la Miséricorde de Jésus à Dieppe, dites religieuses Augustines, dénomination qu'elles donnent à leur fondateur saint Augustin. Les premières Augustines débarquent à Québec le 1er août 1639 et sont au nombre de trois, Sœur Saint Ignace, Sœur Saint Bernard et Sœur Saint Bonaventure.

Trois ans après la fondation de l'Hôtel-Dieu de Québec, Jeanne Mance met le pied à Montréal le 17 mai 1642 avec M. de Maisonneuve. Elle a pour mission de construire et d'administrer à Ville-Marie un hôpital qui se nomma l'Hôtel-Dieu. Ce projet a été conçu par M. Jérôme le Royer de la Dauversière et réalisé par la générosité de Mme de Bullion qui fournit 42,000 livres.

Jusqu'en 1692, ces deux hôpitaux seront les seuls à hospitaliser les malades en Nouvelle-France.

En cette année, Mgr de Saint-Valier, deuxième évêque du Canada, fonde l'hôpital Général de Québec qui est sous la direction des religieuses Augustines. Cet hôpital jusqu'en 1850 servira pour les soins des malades et deviendra alors un hospice pour vieillards. La même année est fondé à Montréal l'hôpital Général qui sera jusqu'en 1747 sous la direction des Frères Charron. A cette époque, Mme d'Youville fonde la communauté des « Sœurs Grises » et prend possession de l'hôpital Général. En 1870, celui-ci est reconstruit sur le site actuel au coin de la rue Dorchester et Guy et cesse de soigner les malades pour hospitaliser les vieillards et les enfants trouvés.

Jusqu'en 1880, l'Hôtel-Dieu de Québec et celui de Montréal sont en réalité les seuls hôpitaux au Canada français à prendre soin des malades.

Voyons maintenant les activités médicales au Canada français en dehors du milieu hospitalier de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

En 1847, le docteur Morin fonde à Québec l'Ecole Incorporé de Médecine de la ville de Québec qui deviendra en 1852 la Faculté de Médecine de l'Université Laval lors de sa fondation. Les premiers professeurs de cette première faculté de médecine française en Amérique sont: M. Fremont, James Sewell, Jean Nault, Jean Blanchet et Jean-Etienne Gaudry.

Ce n'est qu'en 1878 que Montréal a une Faculté de Médecine. En effet, l'Université Laval ouvre en notre ville cette année-là une succursale. Nous ne pouvons nous arrêter à développer les controverses entre l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal et la Faculté de Médecine de Laval à Montréal.

Ces disputes aboutissent à la fusion de l'Ecole et de la Faculté en 1890 et son premier doyen en est le docteur J.-P. Rottot. Enfin, le 20 novembre 1919, l'Université de Montréal est érigée.

La première revue médicale fondée au Canada et le *Journal de Médecine de Québec* dont le numéro liminaire porte la date de janvier 1826. Son rédacteur en chef en est le docteur Xavier Tessier. Il est publié quatre fois l'an en langues française et anglaise. Sa vie est éphémère et il disparaît après deux ans de publications.

En 1872, l'*Union Médicale du Canada* est fondée. Les fondateurs sont: MM. Beaubien, Beaudet, Bibaud, Brosseau, Coderre, Danseur, De Bonald, Deschamps, Desjardins, D'Orsonnens, Dubuc, Duchesneau, Dugas, Fortier, Grenier, Himpton, Lachapelle, E.-P. Laramee, Leblanc, McDonnell, McMahon, Mousseau, Nelson, Peltier, Rottot, Dagenais, Desrosiers.

Entre-temps apparaissent l'*Abeille Médicale* (1879-1882), puis la *Gazette Médicale de Montréal* (1887) qui fusionne avec l'*Union Médicale*. Puis, en septembre 1889, est publié le *Bulletin Médical de Québec* dont le premier

comité de rédaction comprend: MM. Ahern, Catellier, Dussault, Fortier, Hamel, Mathieu, Simard, Belleau Franche, Gauthier, Jobin Paquin, Brochu, Godin, Marois, Rousseau et Turcot.

Jusqu'en 1924, *l'Union Médicale du Canada* et le *Bulletin Médical de Québec* sont les seules publications importantes. A cette époque est fondée à Montréal *l'Action Médicale* dont le but est la défense des intérêts de la profession. Les premiers rédacteurs et fondateurs sont MM. Henri Dorval, Godreau, Langevin, Robert, Louis Roux et Robichaud.

En janvier 1932, le *Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal* sort son numéro, ses fondateurs sont MM. Mercier, Léo Parizeau, Ernest Prud'homme et Ernest Trottier.

Enfin les dernières publications médicales au Canada français sont le *Bulletin des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord* publié en janvier 1937 qui fusionne en 1939 avec *l'Union Médicale du Canada* et *l'Hôpital* dont le premier numéro date de décembre 1936, et le dernier de septembre 1938; son fondateur et rédacteur en chef est le docteur Roméo Boucher.

L'histoire des Sociétés Médicales au Canada débute avec la fondation de la *Société Médicale de Québec* le 4 décembre 1826. Son président est le docteur Joseph Morin, vice-président le docteur Charles-Norbert Perrault et le secrétaire le docteur Xavier Tessier. Il est intéressant à noter que le *Canadian Medical Association* a été fondé grâce à l'initiative de

la *Société Médicale de Québec* qui adopta en octobre 1867 une résolution demandant la formation de *l'Association Médicale Canadienne*.

En 1900, la *Société Médicale de Montréal* prenait naissance et le premier président en était le docteur Hervieux.

Puis, en 1902, le docteur Brochu de Québec fonde *l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord*. Les premiers officiers sont: président: professeur Brochu; vice-présidents: E.-D. Lachapelle, Montréal, docteur Archambault, C. Provost, Ottawa; secrétaires généraux: docteurs Simard, Lepage; trésoriers: docteurs Marois, Cléroux.

Entre-temps, de nombreuses sociétés médicales régionales prennent naissance. En 1922, MM. Desrochers et L.-P. Dorval ont l'idée de créer un organisme pour diriger les différentes sociétés régionales et ils fondent la *Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec*.

Comme je vous le disais au début de cette conférence, je n'ai nullement l'ambition d'avoir fait œuvre d'historien en vous exposant très incomplètement et trop succinctement l'œuvre des confrères qui nous ont précédé au cours de l'évolution de la médecine au Canada. En cette année du tricentenaire de la fondation de la ville de Montréal, nous avons cru intéressant de faire avec vous un retour sur le passé, pour étudier, admirer l'œuvre et les travaux de nos prédécesseurs, afin d'y puiser l'énergie qui sera capable de nous faire porter dignement la réputation de la Médecine au Canada français.

CHIRURGIE DU SYMPATHIQUE

Périphérogaphie artérielle (artériographie)

Par

Urgel GARIEPY, F.R.C.S. (C),
chirurgien,

René GRIGNON,
interne sénior du service de Chirurgie,
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Doriva LEONARD,
chef du service de Radiologie,

Ad astra per ardua...

Dans la préface qu'il a consacrée à l'excellent livre de Raynaldo Dos Santos, sur l'artériographie des membres et l'aortographie abdominale, Leriche fustige impitoyablement les faux prophètes de catastrophes et les sombres sybilles masculines qui prédisent des désastres et des cataclysmes, qui fulminent le *noli me tangere*, encroûtés et encrassés qu'ils sont dans leur routine et leurs préjugés, devant des méthodes nouvelles de diagnostic et d'exploration qu'ils décrètent dangereuses et dont ils contestent les résultats ou l'utilité.

La chirurgie pose un grand nombre de problèmes dont la solution ne peut être trouvée que sur l'homme vivant. L'autopsie rend assurément beaucoup de services en permettant de matérialiser les stades initiaux d'un certain nombre de maladies, mais ce ne sont pas des lésions en activité qu'elle déniche, en un mot, ce n'est pas la vie qu'elle saisit. Elle n'en demeure pas moins un mode fondamental de la médecine. Voilà, certes, une raison majeure pour l'esprit humain de tendre vers la découverte des phénomènes qui président à la marche des processus pathologiques. Que soient considérées les maladies des tissus ou des organes, c'est la circulation, *i. e.*, le sang, qui est un des facteurs primordiaux des perturbations qui ravagent l'économie animale ou humaine. L'innervation n'apparaît que comme principe secondaire dans le temps et, ordinairement, elle intervient par la vaso-motricité; c'est donc par le sang que se constituent la plupart des status morbides. C'est la diminution de l'apport sanguin ou sa recrue qui règle le développement et l'évolution du trouble circulatoire.

C'est ce que l'un de nous ¹ n'a cesse de prôner, depuis une dizaine d'années, dans des articles, des conférences ou des discussions scientifiques où il proclamait que le sang c'est la vie, que toutes les fonctions de l'organisme relevaient du tonus vasculaire qui règle la distribution du liquide nourricier dans les tissus et maintient la teneur saline du milieu humoral, que le bon ou le mauvais fonctionnement d'un organe est lié à l'hypo ou à l'hypermotricité des humeurs cellulaires et que c'est dans cette interprétation qu'il faut chercher les défaillances ou les hyperactivités des systèmes neuro-végétatifs, somatiques ou organiques. La question des échanges intercellulaires joue aussi un rôle de premier plan parce que l'agencement de ces trocs fonctionnels assure l'évacuation des détritiss tissulaires et la rénovation des cellules vieilles ou dévitalisées. Toute cette biochimie ne s'équilibre que par le débit des robinets capillaires qui assurera la tension ou le ravitaillement nécessaire en oxygène ou en matériaux indispensables à l'existence des expressions initiales des tissus, les cellules.

Les considérations précédentes nous portent à croire que les progrès seraient immenses si nous pouvions croquer sur le vif les modalités successives et fugitives jusqu'ici insaisissables, de l'organisation artérielle des maladies. L'hypothèse des coordinations serait serrée de plus près et des thérapeutiques nouvelles en seraient les corollaires.

C'est précisément ce que nous fournit Dos Santos avec l'artériographie qui ouvre des horizons neufs sur le cours du sang périphérique.

1. Le Dr Urgel Gariépy.

Nous avons bien l'oscillométrie, la périphérophéromie avant et après le blocage ganglionnaire sympathique, mais il restait des aléas, des incertitudes, résultats de méthodes, bonnes sans doute, mais manquant d'exactitude. La périphérophéromie exprimait une vérité physiologique, cependant que sans évidence anatomique.

L'artériographie vient combler cette lacune et redresser l'ordre oscillant des processus d'investigation. C'est pourquoi, de concert tous les trois, nous nous sommes attelés à la tâche et nous sommes parvenus à apprécier, de façon juste, l'anatomie et le fonctionnement des collatérales et de la vascularisation nouvelle.

Les vues de Dos Santos ne furent pas acceptées d'emblée. Il y eut discussion, et, comme nous l'écrivions au début, certains clamèrent le danger d'injecter des substances plus ou moins nocives pour les vaisseaux et les tissus. Tant il est vrai que l'ambulation sur des terres, couvertes de forêts épaisses, est entourée d'ombres et de mystères et il y a toujours des doutes, des hésitations, des inquiétudes, des efforts sur soi qui nous assaillent quand nous sortons des sentiers battus pour nous engager dans des lieux inexplorés.

L'imagination précède souvent la concrétisation d'une idée, mais que de consolations quand le concept mental devient une réalité!

Malgré les objections et les prophéties malvenues, l'artériographie est entrée définitivement dans la pratique courante.

L'injection opaque des artères est une méthode générale qui consiste à rendre visible, « in vivo », la circulation artérielle des différents organes et régions — des membres, de la tête et de l'abdomen. Ce procédé visuel d'exploration des vaisseaux n'est pas une découverte récente. Il revient vraisemblablement à l'école allemande, avec Frank U. Alvens et Schepelman (1910), d'avoir, par ses directives, posé les fondements de l'artériographie. Il s'écoula ensuite une période de silence jusqu'au moment où, en France, Sicard et Forestier (1923-1924), en Allemagne, Berberich et

Hiesch (1923), en Amérique, Barney, Brooks, firent les premiers essais sur l'homme vivant. A ces premières recherches succédèrent celles de Forgue (1925), celles de Perla (1925), celles de Méleney et Miller (1925), celles de Desplats, Brilliat et Mériel (1926), celles de Harvier et Lemaire (1927), celles de Cannet, Greenbaum et Singleton (1928), celles de Charbonnel et Massé (1929), celles de P. Duval (1930). Jusque-là on n'avait étudié que les artérites, les gangrènes et les anévrysmes.

1927, avec Egas Moniz, de Lisbonne, planta une borne nouvelle: Moniz créa l'angiographie cérébrale et, *in potentia*, l'artériographie viscérale, si bien qu'en 1928 furent présentés les résultats obtenus dans les artérites, les anévrysmes, les ligatures artérielles, les paralysies de Volkmann, les tumeurs des os et des parties molles, les ostéomyélites. Mais c'est Dos Santos qui, s'inspirant des travaux de Moniz, conçut, en 1928, l'artériographie des membres et l'aortographie pour les viscères dont les conclusions furent consignées dans le numéro du 6 janvier 1928 de la *Médecina Contemporanea* de Lisbonne et présentées par l'auteur lui-même à la séance du 20 mars 1929 de la *Société de chirurgie de Paris*, suivis bientôt du rapport du professeur Gosset (*Bull. Soc. Chir.*, séance du 24 avril 1929, t. LV, No 14).

Depuis, aucune modalité nouvelle dans la méthode, si ce n'est l'injection avec de nouvelles substances opaques mais sans résultantes meilleures. Dos Santos fut le seul à pratiquer l'aortographie pendant deux ans. Il fut suivi dans cette voie par Legueu, à l'hôpital Necker de Paris (1930) et par Holfender qui communiqua ses expériences au Congrès de la «Société allemande de Radiologie» de Baden-Baden (avril 1931).

Durant le cours de ces essais, de nouveaux produits à injection furent essayés: l'huile bismuthée, bromure de potasse, composés de thorium, combinaisons de fer, de zinc, de cuivre, de nickel et de manganèse, collargol, lipiodol, iodure de soude, uroselectan, Abrodil, etc... Tour à tour ils furent éliminés, les uns étant emboligènes, certains ne donnant pas une opa-

citée suffisante, d'autres étant douloureuses: seul l'iodure de sodium a gardé une place d'honneur.

ELÉMENTS INDISPENSABLES À L'ARTÉRIOGRAPHIE DES MEMBRES

1° L'artériographie vise à surprendre toute la circulation dépendante du vaisseau injecté, et permet d'étudier la diversité des aspects du territoire vasculaire. Pour avoir une image fidèle des finesses du réseau qu'elles traversent, seules des substances solubles se mélangeant rapidement au torrent circulatoire peuvent réaliser l'idéal d'une bonne injection. Elles seules laissent apprécier les ectasies, les néoformations vasculaires, la collatéralisation, les obstructions, etc. Le courant sanguin charrie promptement aux extrémités des membres la solution opaque. Il faut donc faire la radiographie pendant l'injection si l'on veut surprendre cette opacité fugace.

L'un de nous² avait essayé, en 1934, de pratiquer une artériographie du membre inférieur dans un cas d'artérite sénile. Malheureusement, son inexpérience et l'appareillage à rayons X, inapproprié, avaient concouru pour faire rater l'essai. Il s'était servi d'une solution d'iodure de sodium à 25%. Le film ne montra aucune trace du passage de cet élément, et partant, ce fut une radiographie blanche.

Quand nous avons décidé récemment de reprendre l'artériographie, nous avons adopté le Diodrast, qui est une solution contenant environ 50 pour 100 d'iode, en combinaison ferme. C'est une solution stable, neutre, limpide, presque incolore, aqueuse (35 pour 100 volumétriquement) qui ne doit pas être exposée à la lumière directe.

2° La ponction artérielle.

La rétractilité de la tunique moyenne des artères rend leur ponction complètement inoffensive. Les recherches expérimentales sur les plaies artérielles, les examens macro et microscopiques d'artères ponctionnées, les travaux de Goyanes et Oppel sur l'anesthésie

artérielle, l'expérience de plus de 200 ponctions artérielles par le chirurgien lisbonnais, contrôlées par l'évolution clinique ou étudiées sur des pièces d'autopsie, confirment la bénignité de cette ponction.

On peut découvrir l'artère pour la ponctionner ou ne faire qu'une petite boutonnière pour la palper ou la piquer directement à travers la peau dans les zones où elle est facilement accessible (fémorale à l'aîne, poplitée, humérale au coude).

Comme nous n'avons eu que des fémorales à injecter, nous nous sommes servi d'aiguilles de 9/10 mm.

Si l'on met l'artère à nu, il se produit, en retirant l'aiguille, un léger suintement sanguin, plus ou moins rythmique, que nous contrôlons toujours par le pincement et la ligature d'un petit paquet d'adventice.

Si l'on ponctionne à travers la peau, il suffit de comprimer *in situ* durant quelques minutes. La ponction est d'autant moins sérieuse que le vaisseau est plus gros. L'importance et l'élasticité de la tunique moyenne garantissent l'innocuité de la ponction.

3° Principe de l'injection.

Dos Santos a fait construire un appareil qui règle mathématiquement et chronométriquement le débit de l'injection. Nous, nous nous servons d'une seringue de 50 c.c. avec embout métallique surajouté, auquel fait suite un tube de caoutchouc dont l'extrémité distale s'adapte à un embout de verre qui entre à frottement dans l'aiguille. Cette instrumentation nous a donné parfaite satisfaction, malgré la pression variable de la main, au hasard parfois de la docilité du piston. Nous sommes arrivés à contrôler la pression du liquide et à régler le débit manuel de façon à obtenir des images parfaites, tel que le suggèrent les radiographies reproduites plus loin, avec nos histoires de cas.

La concentration de la substance opaque non dans la solution mais dans le sang rend compte de l'importance du débit pour obtenir une ombre suffisante des vaisseaux. Il faut une dilution d'environ 5% pour que la radiographie soit concluante. Donc la netteté de l'image et

2. Le Dr Urgel Gariépy.

la finesse des détails requièrent intimement trois facteurs: 1) concentration de la solution opaque; 2) début ou pression sous laquelle on l'injecte; 3) quantité totale injectée dans l'artère.

Nous avons insisté sur la nécessité de radiographier pendant l'injection parce qu'on ne trouve plus rien quelques secondes après. Il faut remplir les branches les plus fines et les plus lointaines et n'employer les rayons X qu'après avoir injecté 30 c.c. du liquide opaque, quantité que nous avons mise nous-mêmes à l'essai; et c'est amplement suffisant pour un membre inférieur. Si l'on dépasse cette dose, la substance opaque sera inutilement élevée et l'on risquera de saisir la circulation de retour, ce qui compliquerait l'interprétation déjà si délicate du réseau artériel. La tête de l'injection prend 8 à 10 secondes pour atteindre le pied, la pression manuelle devant débiter 3 c.c. à la seconde. L'on obtient ainsi une reproduction intéressante de la physiologie de la circulation.

Quelques centimètres cubes de la solution ne donnent qu'une effigie des troncs principaux. L'anatomie et la physiologie pathologique de la circulation étant plus intimement liées aux troubles artériolaires qu'aux altérations des branches maîtresses, l'intérêt de l'artériographie, au point de vue scientifique et clinique, consiste dans l'étude comparée de la circulation des petits vaisseaux.

Pour y arriver sûrement, il faut que l'iodure sanguin soit bien concentré et que les vaisseaux soient remplis jusqu'aux capillaires. La concentration peut se régler, avec la même solution, par le jeu de la pression. La quantité à injecter, avant la radio, variera avec la distance de la zone à étudier par rapport au vaisseau piqué.

Si l'on artériographie une artère humérale, on emploiera 15 c.c. de la solution opaque que l'on injectera au pli du coude et dans l'aisselle pour la sous-clavière.

4° Radiographie.

Comme la radiographie se fait pendant l'injection, on n'arrêtera celle-ci qu'une fois la pose finie.

D'après R. Dos Santos, l'examen devrait se faire sur gille antidiffusante (Potter-Bucky). L'auteur préconise un temps de pose de $\frac{1}{2}$ seconde avec 70 K.V. 30 Ma. Nous avons pensé pouvoir nous dispenser du Potter-Bucky et réduire concurremment la durée de l'exposition. Nous avons fait les premiers examens avec 65 K.V. 20 Ma., à $\frac{5}{10}$ de seconde. Ce temps de pose a été trouvé trop long; nous l'avons réduit et avons exécuté nos radiographies avec 65 K.V. à $\frac{1}{3}$ de seconde, 20 Ma. Nous avons obtenu une image encore trop grillée. Nous avons diminué le K.V. à 60 et nous avons gardé 20 Ma. et avons décréu le temps d'exposition à $\frac{1}{5}$ de seconde. Les derniers item, c'est-à-dire 60 K.V. 20 Ma. à $\frac{1}{5}$ de secondes et à 30 pouces, nous ont donné des reproductions tout à fait satisfaisantes (Doriva Léonard).

Le membre sera placé suivant le lieu de l'injection et la lésion à étudier. Le membre supérieur sera disposé en antéro-postérieure, le membre inférieur, en position latérale, afin de dissocier l'ombre des vaisseaux principaux de celle des os. Si l'on veut étudier la circulation de face et de profil, on n'aura qu'à répéter l'injection.

5° La douleur.

Avec l'emploi du Diodrast, nous n'avons jamais eu à noter aucune sorte de douleur. Dans les jours qui suivent, les injectés ne ressentent absolument aucun malaise et n'ont accusé, en aucun temps, de sensibilité particulière. Pour les besoins de la cause, i. e., pour avoir les mains libres et ne pas subir de mouvements intempestifs de la part du malade, nous recourons systématiquement à l'anesthésie générale. L'on pourrait utiliser l'anesthésie artérielle de Goyanes qui consiste à injecter 10 c.c. de novocaïne à 5%, après garrotage du bras. Quelques minutes après, on pousse le Diodrast qui, indolore par lui-même, trouve les tissus assez insensibilisés.

Pour la fémorale, la technique est moins sûre parce qu'il est plus que difficile de poser un garrot à l'aîne et d'y faire l'injection. Nous n'avons pas pratiqué ce genre d'anesthésie,

mais nous le signalons en passant. Peut-être nous y adonnerons-nous un jour.

6° Technique.

Il faut remplir la seringue, avant l'intervention, à la quantité de 30 c.c. pour le membre inférieur et 15 c.c. pour le membre supérieur.

La ponction de l'artère peut être percutanée, auquel cas un bouton dermique de nupercaine suffit. Nous avons été tentés d'épouser cette manière parce que combien simple. D'un autre côté, nous avons l'expérience d'avoir vu opératoirement des artères complètement inanimées et sur les battements desquelles nous n'aurions pu nous guider pour y planter notre aiguille. Conséquemment, nous découvrons toujours le vaisseau selon les règles de la médecine opératoire. Les premières fois, nous dégagions complètement l'artère, ce qui la rendait très mobile et l'injection plus difficile. Maintenant, nous la laissons dans son lit et l'opération en est d'autant plus facilitée. Pour le membre inférieur, nous avons incisé à l'aîne, à la pointe du triangle de Scarpa et à l'anneau des adducteurs. Nous avons opté définitivement pour la région du pli de l'aîne.

Si l'on se décide pour la ponction à travers la peau, on la fera au-dessous de l'arcade de Fallope pour la fémorale, celle de la poplitée au milieu de l'espace, en pleine pulsation artérielle bien repérée. De petits jets rouges, bien rythmés, affirmeront l'implantation correcte de l'aiguille. Ce n'est qu'à ce moment que l'on adoptera la seringue à l'équipement instrumental. Pour la sous-clavière, l'on ponctionne après une section de la peau et de l'aponévrose de 3 centimètres de longueur. Pour l'avant-bras et la main, on pique l'humérale au pli du coude avec une aiguille de 8/10 mm.

Tout étant prêt pour la radiographie, avec le membre disposé selon les positions voulues, on pousse 15 c.c. dans l'humérale ou 30 c.c. dans la fémorale, à raison de 3 c.c. par seconde. La radiographie s'opère *sans interrompre l'injection*. On donnera le signal à 28 c.c. pour la fémorale et à 12 c.c. pour l'humérale, cependant que l'on continue la poussée des 2

ou 3 c.c. restants pendant le temps de pose. Quelques centimètres cubes se sont encore ainsi écoulés pendant la radiographie et viennent renforcer le cliché.

On enlève l'aiguille et comme habituellement du sang sort en bavant ou en giglant de l'orifice de ponction, on pince l'adventice locale que l'on ligature et tout est dit.

INCIDENTS ET COMPLICATIONS

Nous n'avons jamais rencontré aucun incident digne de mention. Pas d'hématome, pas d'hémorragie secondaire et aucune douleur. Le Diodrast est un élément qui s'élimine dans les quarante-cinq minutes qui suivent l'injection. Nous avons même fait radiographier les membres quelques heures, un jour, deux jours après l'injection et nous n'avons jamais trouvé de trace, même attardée, du liquide opaque ni dans les membres, ni dans les reins, ni dans la vésicule biliaire. Par conséquent, avec le Diodrast, toute sécurité, toute garantie et tout succès.

LES MALADIES ARTÉRIELLES

Nous n'entrerons pas dans tous les détails des indications de l'artériographie. Nous énumérerons seulement les affections qui relèvent de la méthode. Endartérite oblitérante (Buerger, artérite sénile, artérite sénile-diabétique), thromboses consécutives à la ligature, suture ou résection artérielle, gangrènes (juvénile, sénile, diabétique, embolique ou traumatique), anévrismes, ostéomyélites et ostéo-arthrites, tumeurs.

ANALYSE DES CAS

Observation 1.

Damase V., 71 ans, marchand, hospitalisé le 16 mars 1942. Douleurs au pied gauche et petite plaque de sphacèle au 4e orteil gauche. Artériosclérose généralisée, syndrome diabétique. Oscillométrie montre des oscillations très diminuées à droite et absentes à gauche. Le 19 mars 1942, radiographie de la jambe laisse voir des vaisseaux atteints de calcification assez marquée. Pas d'ostéite des orteils. Pas de pulsations à la pédieuse gauche et battements presque disparus à droite.

Diagnostic:

Artérite sénilo-diabétique.

Artériographie du membre inférieur gauche, le 27 mars 1942. (Voir fig. 1.)

Observation 2.

Eugène C., 45 ans, journalier, s'est présenté à l'hôpital le 18 février 1942, pour nécrobiose de la racine du 2^e orteil gauche. Début, un an

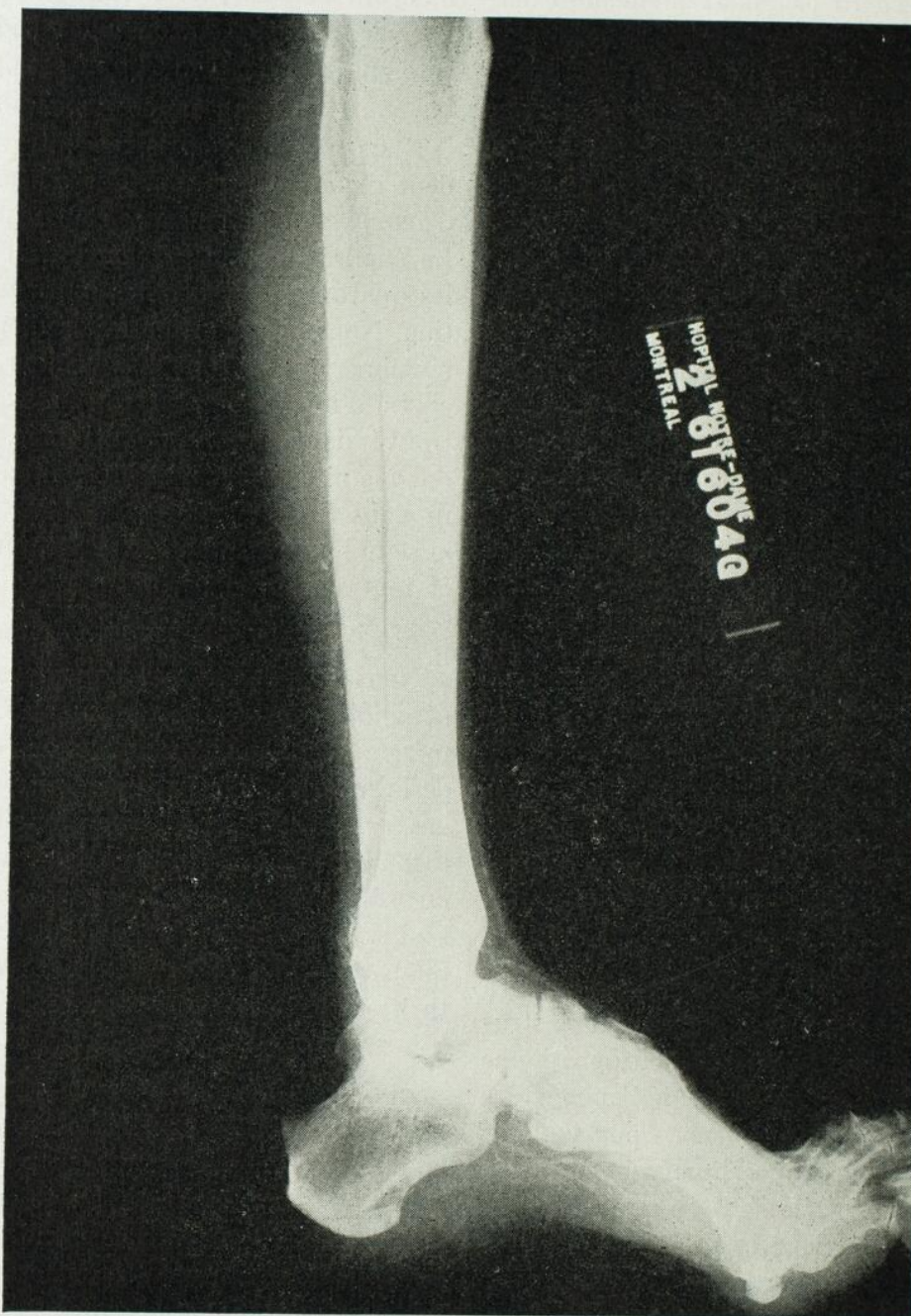


FIG. 1. — On note la présence de substance opaque dans les ramifications artérielles de la région plantaire et antérieure du pied. Les arborescences de la moitié inférieure de la jambe sont beaucoup moins visibles qu'on pourrait l'espérer. Les artères apparaissent raides et droites.

Artérite sénilo-diabétique et thrombose vasculaire encore perméable.

(D. Léonard.)

auparavant. Douleur généralisée à tout le pied. Claudication intermittente. Froidure. Amputation antérieure du 2^e orteil dont la plaie opératoire n'a jamais guéri. Battements artériels pratiquement disparus aux deux membres inférieurs. Les oscillations vasculai-

res sont pratiquement absentes à la jambe gauche. Le 19 mars 1942, la périphérothermie (Dermatherm) nous montre, pour les deux membres inférieurs, une température oscillant entre 23 et 25 degrés centigrades, au lieu de 31°5, index vaso-moteur normal.

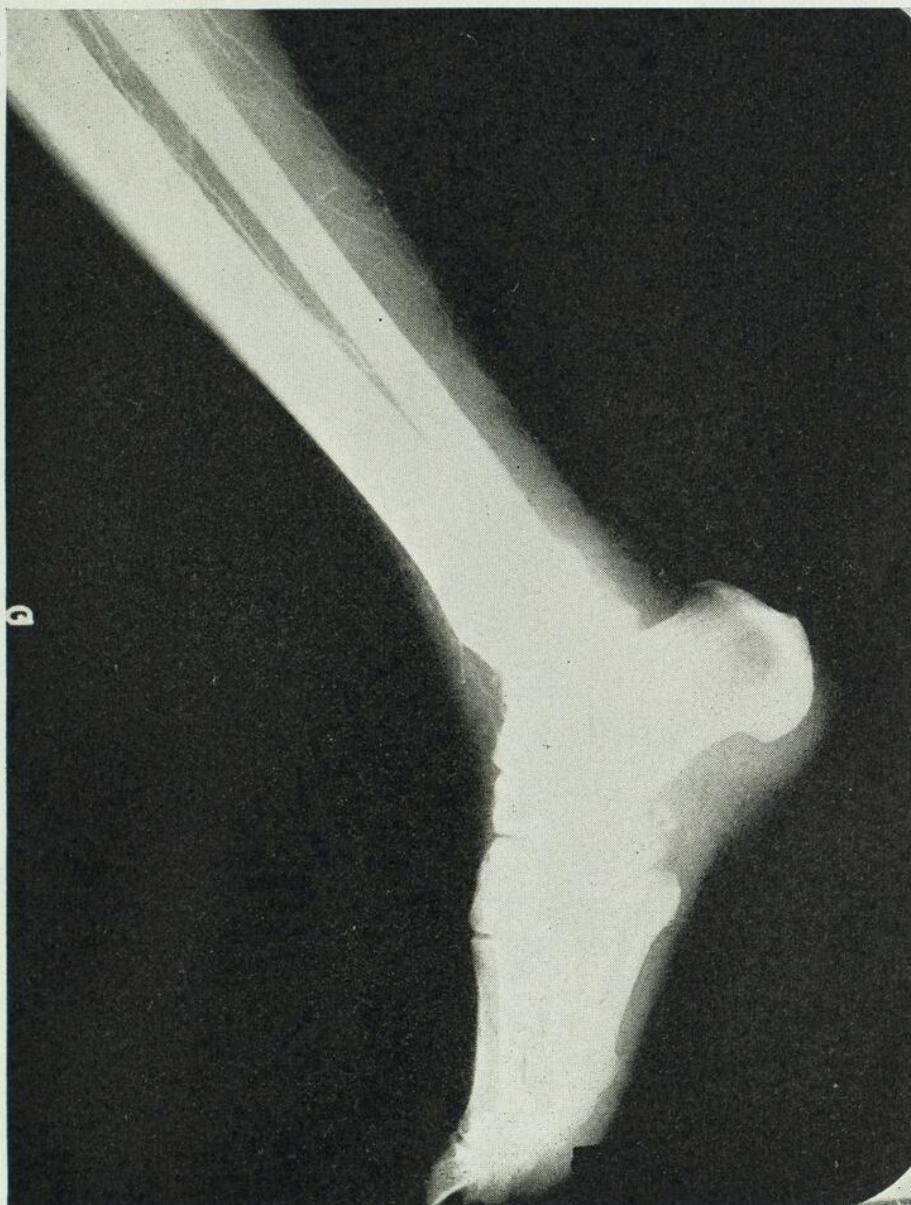


FIG. 2. — Artériographie du membre inférieur gauche. On voit que les vaisseaux se sont très peu opacifiés dans la région postérieure de la jambe et un peu plus dans la région antérieure jusqu'en avant du calcanéum et pas du tout dans la région du talon et de la surface plantaire du pied. Les vaisseaux opacifiés ne représentant apparemment que des collatérales et non des artères principales.

Artérite pré-sénile chronique et thrombose artérielle complète. (D. Léonard.)

Diagnostic:

Artérite pré-sénile avec gangrène parcellaire secondaire.

Artériographie, le 20 mars 1942. (Voir fig. 2.)

Observation 3.

Mathilde P., 37 ans, couturière, entre à l'hôpital le 20 mars 1942, pour syncope blanche et asphyxie bleue des extrémités des membres. Les troubles circulatoires remontent à 25 ans et se sont accentués progressivement. Sé-

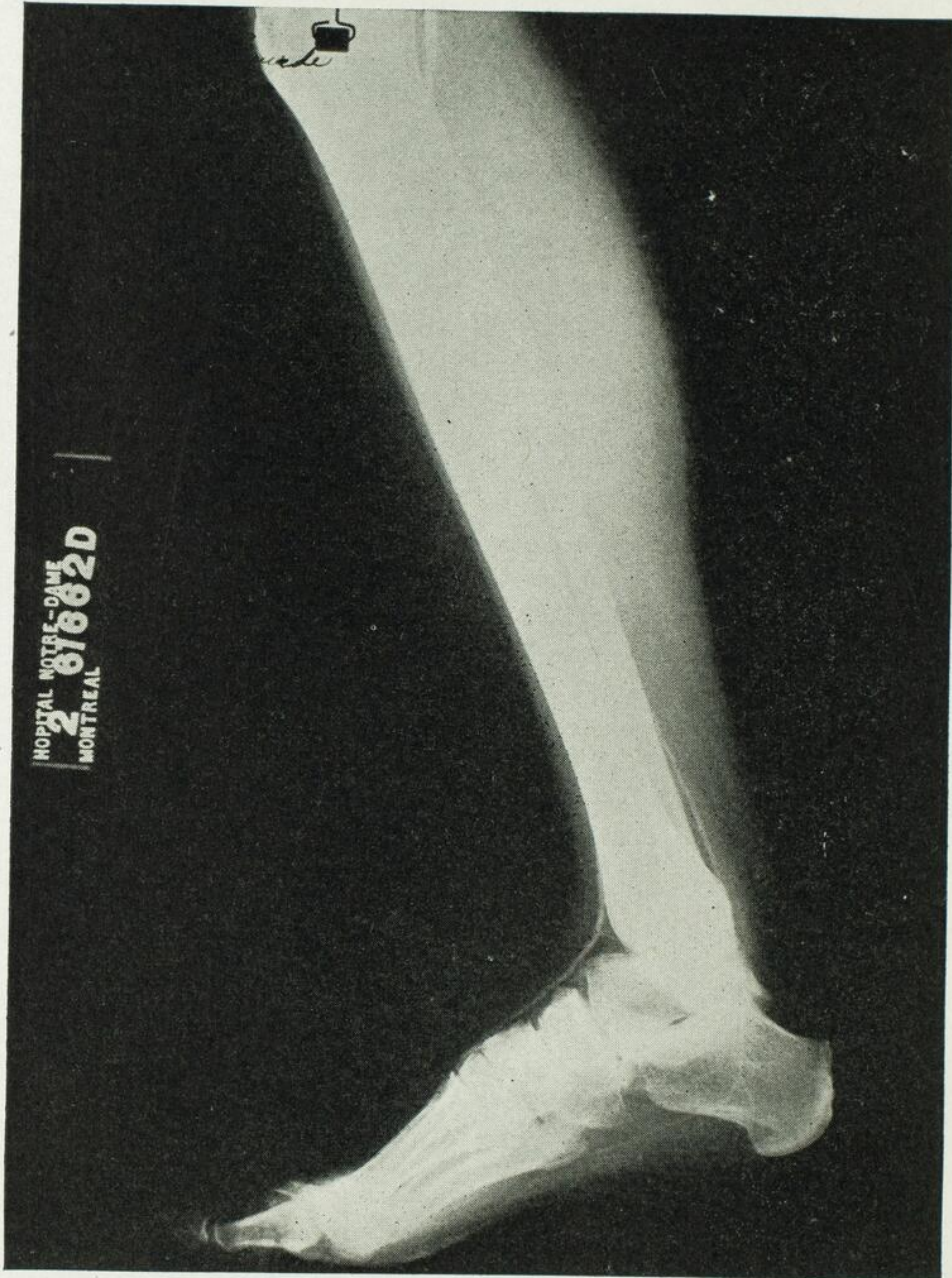


FIG. 3. — La poplitée est ici bien en relief; la tibiale postérieure ainsi qu'une des branches de la fourche plantaire derrière la malléole interne, laquelle se prolonge à la voûte du pied. La pédieuse est bien en évidence. Les collatérales manquent pratiquement. Le mollet est blanchâtre, probablement à cause de la densité musculaire qui doit contribuer à empêcher la vue des néo-vaisseaux, s'il y en a. Maladie de Reynaud avec Cuergérisation des collatérales.

(D. Léonard.)

quelles de rhumatisme déformant. Phénomènes vaso-moteurs typiques des pieds, des mains et du bout du nez. L'oscillométrie enregistre des oscillations très diminuées aux quatre membres. La périphérothermie démasque une température variant entre 23 et 25 degrés centigrades, laquelle température n'est pas modifiée par le blocage nupercainique du nerf tibial postérieur.

Diagnostic:

Maladie de Raynaud buergérisée.

Artériographie du membre inférieur droit. On voit très bien les troncs principaux des artères mais les collatérales sont très rares. (Dr Léonard.) (Voir fig. 3.)

Observation 4.

René L., 25 ans, commis de bar, gros fumeur de cigarettes, admis à l'hôpital le 3 février 1942, pour plaie dorsale à l'union du gros orteil et du métatarsien droits. Les troubles circulatoires ont originé au mois de juillet 1936. Claudication intermittente, fatigabilité, crampes aux membres inférieurs, tous symptômes accrus par la chaleur et décroissant au froid. Plaques de sphacèle intermittentes sur les orteils, alternativement à droite et à gauche qui guérirent après sympathectomie lombaire et sympathectomie péri-fémorale. Le 5 novembre 1940, une zone de gangrène cutanée força le malade à l'hospitalisation.

Oscillométrie: oscillations très diminuées aux deux membres inférieurs.

Artériographie du membre inférieur droit. C'est le plus beau et le plus détaillé de nos périphérogrammes. (Voir fig. 4.)

Observation 5.

Roland R., 30 ans, journalier, fumeur de cigarettes invétéré et grand buveur, est hospitalisé le 7 avril 1942, pour froidure de la jambe droite, douleurs sous forme de lancinements, surtout la nuit où il ne peut supporter le poids de ses couvertures. Claudication intermittente. La palpation du gros orteil et de la région du 1er métatarsien est très douloureuse ainsi qu'à la partie inféro-externe de la jambe

droite. Aucun battement sur tout le trajet des artères où, même au pli de l'aîne, on ne perçoit aucune pulsation.

Oscillométrie: les oscillations sont très amoindries au membre inférieur droit.

Diagnostic:

Artérite juvénile oblitérante.

Artériographie, le 12 mai 1942. (Voir fig. 5.)

Observation 6.

Joseph M., 49 ans, menuisier, gros fumeur, est admis à l'hôpital le 2 mai 1942, pour douleurs intenses et cyanose du pied gauche. Les symptômes premiers remontent à juillet 1941, où le patient nota des fourmillements, une sensation de brûlure au gros orteil gauche, troubles qui s'accroissent jusqu'en décembre et qui lui font quitter son travail. La coloration actuelle des orteils s'installe pour aller en progressant. Le patient ne pouvait plus se chauffer. La chaleur et les couvertures du lit intensifient la douleur.

Aucun battement dans la pédieuse. L'oscillométrie est presque normale.

Diagnostic:

Artérite pré-sénile et thrombose artérielle.

Artériographie, le 25 mai 1942. (Voir fig. 6 et 7.)

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE CLINIQUE

Le contraste est frappant entre l'image d'une artériographie normale et celle d'une gangrène, d'une thrombose ou de phénomènes vaso-moteurs. La première montre l'ombre des troncs principaux qui est homogène et de ces troncs au calibre régulier, émergent des collatérales dont les courbes prouvent la souplesse des vaisseaux jusqu'à la terminaison des branches effilées sous la peau. Dans la seconde, le dessin des vaisseaux reproduit des contours inégaux, sinueux et ampullaires comme des veines variqueuses et les collatérales qui s'en détachent sont maigres, ténues, s'appauvrissent vite après un parcours presque dépourvu de ramifications. Certaines figures sont encore plus suggestives parce que l'on aperçoit les tu-

bes vasculaires à trajet, tantôt flexueux, tantôt raide, formant un calibre très irrégulier avec des rétrécissements multiples. Dans tous ces cas, on peut déduire que la circulation est mal assurée.

En réalité, les artériogrammes révèlent que l'endartérite des vaisseaux de grand et de moyen diamètre réduit la perméabilité de par la sclérose de la paroi et constitue un obstacle à la circulation sanguine qui harasse rapide-



FIG. 4. — La tibiale antérieure est très apparente jusqu'au cou-de-pied où elle cesse abruptement. La pédieuse manque en totalité. Des collatérales fines et nombreuses remplacent, dans le haut du mollet, le tronc de la tibiale postérieure et se prolongent en descendant jusqu'au tiers inférieur où l'on voit une double branche vasculaire, reprise vraisemblable de la tibiale postérieure pour poursuivre son trajet jusqu'à la fourche des plantaires qui sont, ici, très distinctes et avec des sinuosités très marquées. La collatéralisation plantaire est touffue. Il y a donc amputation de la pédieuse et de la tibiale postérieure. Artérite juvénile oblitérante et thrombose. (D. Léonard.)

ment la propulsion du sang. La voie collatérale artériolo-capillaire assure encore la nutrition des tissus à ce niveau et malgré que cette présomption échappe à l'artériographie, elle laisse supposer un ralentissement du courant

sanguin dont la pression s'exténue par la rigidité des branches visibles. Ce n'est pas la perméabilité des gros vaisseaux qui assure la vitalité des tissus mais c'est la circulation collatérale. Dans la périphérographie, c'est moins

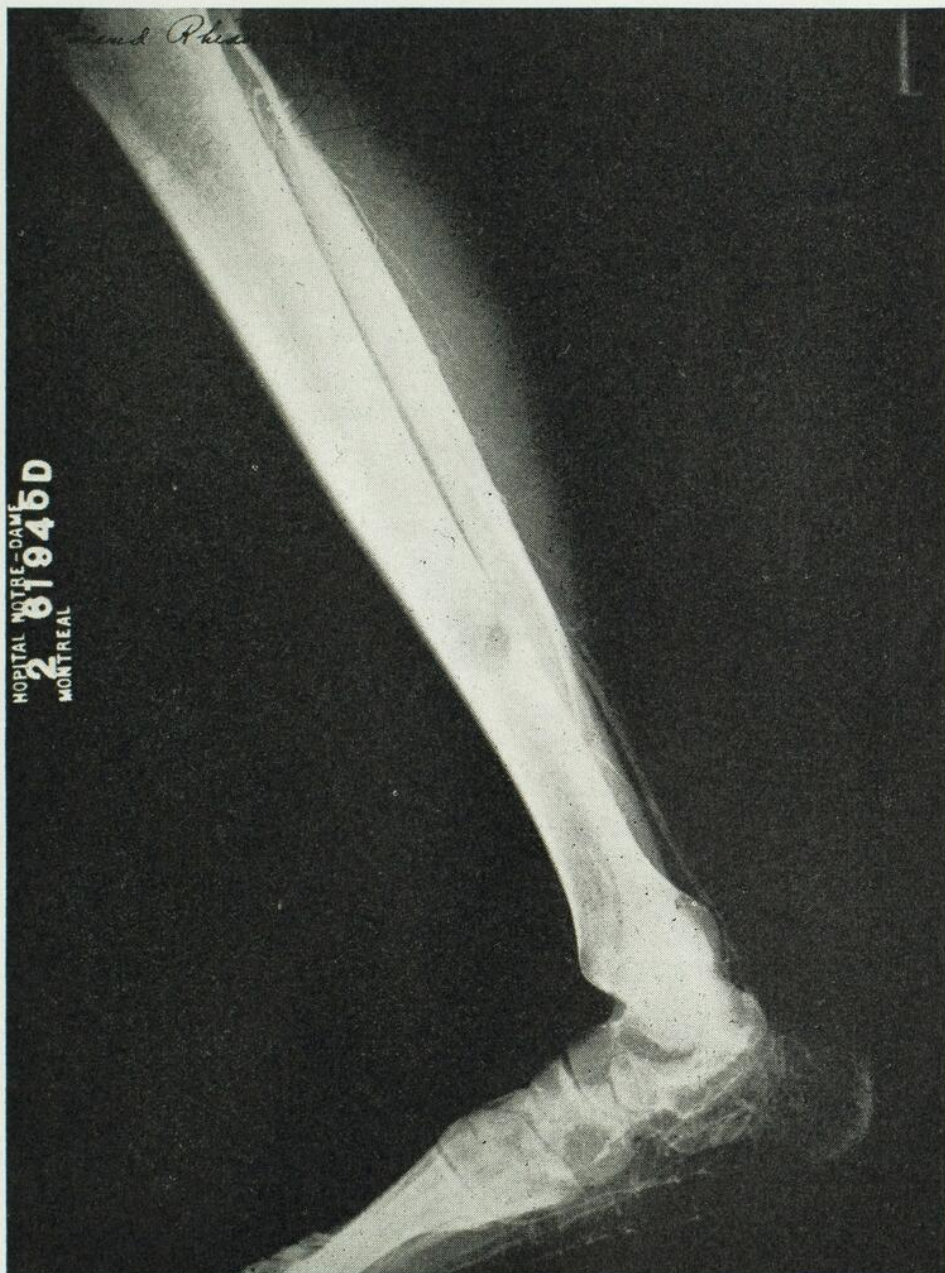


FIG. 5. — L'anatomie des vaisseaux est bien en évidence. Le réseau artériel de la région postérieure de la jambe et du pied est très visible et paraît quelque peu augmenté. On n'aperçoit pas de substance opaque à la face antérieure de la jambe et au dos du pied, si ce n'est au tiers supérieur où l'on discerne la fourche du tronc tibio-péronier et une certaine longueur de la tibiale antérieure. La néo-vascularisation est abondante au talon et dans le domaine des plantaires. Il y a donc effacement de la tibiale antérieure dans ses deux tiers inférieurs et de la pédieuse. Les artères sont rigides.

Thrombo-angéite oblitérante juvénile. (D. Léonard.)

le siège de l'obstruction que le status circulatoire qu'il faut rechercher.

Or, la circulation périphérique est la résultante d'un fait d'ordre fonctionnel — la pression sanguine — et d'un fait d'ordre ana-

tomique — la perméabilité vasculaire. Une insuffisance circulatoire se déduit de deux facteurs: l'expression fonctionnelle (*oscillométrie*) et l'image anatomique (*artériographie*). Devant le déficit des épreuves cliniques (Mo-

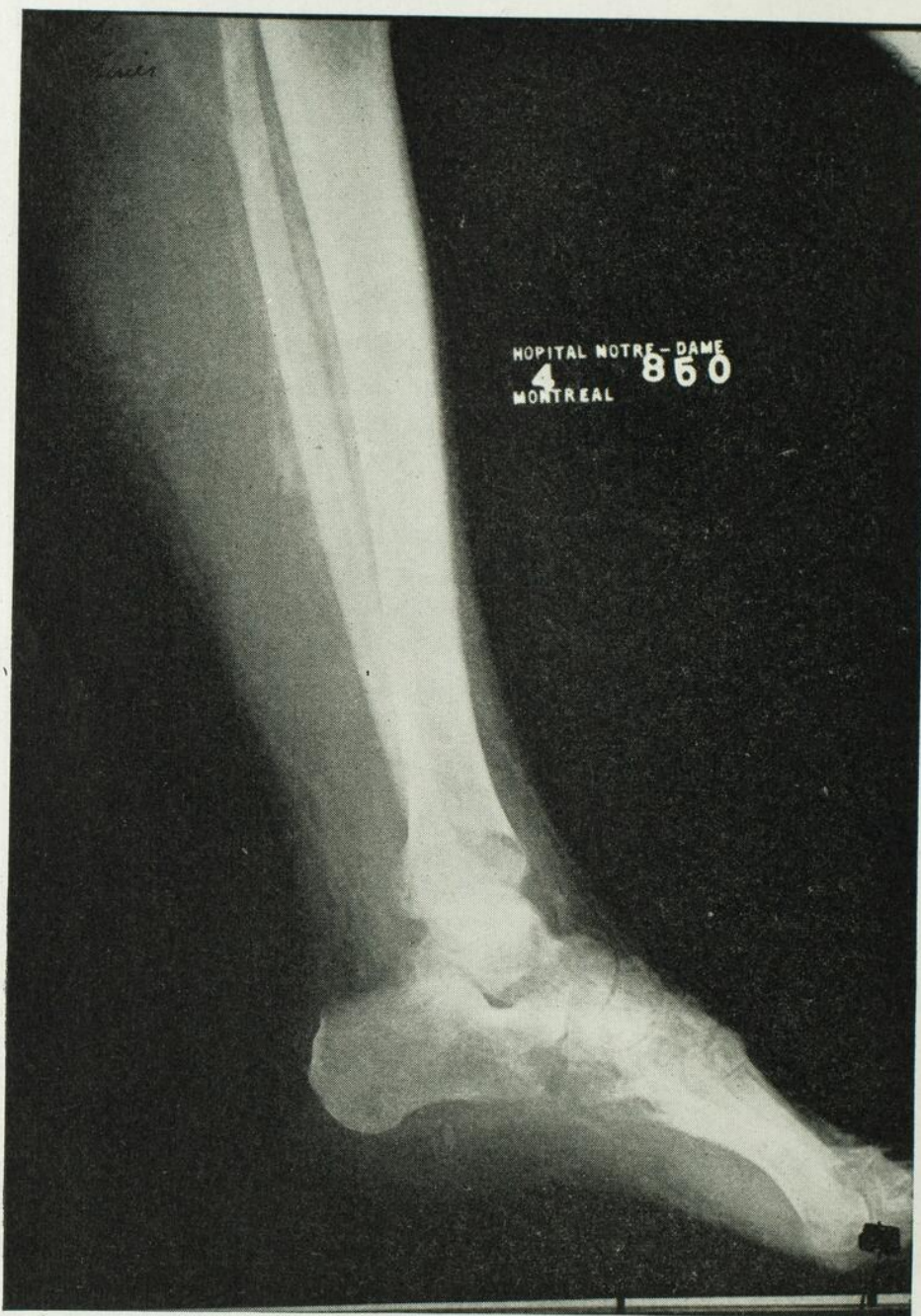


FIG. 6. — Le tronc tibial postérieur est bien en évidence dans les deux tiers supérieurs. Le tiers inférieur ainsi que la fourche des plantaires sont absents. La tibiale antérieure n'apparaît qu'au cou-de-pied d'où la pédieuse est très estompée. La circulation collatérale est profuse au mollet, à la voûte plantaire, au dos du pied, aux orteils et au talon. Les artères sont irrégulières, inégales comme course et comme volume. Artérite chronique pré-sénile et thrombose artérielle. (D. Léonard.)

skowicz, etc.), il faut recourir systématiquement à l'oscillométrie et à l'artériographie qui augmentent considérablement les chances d'un traitement adéquat, lorsque les deux concordent.

Un Pachon positif mérite la confiance mais, négatif, il ne traduit pas immanquablement une circulation collatérale déficiente ni même une imperméabilité du vaisseau principal. L'artériographie peut corriger le pessimisme

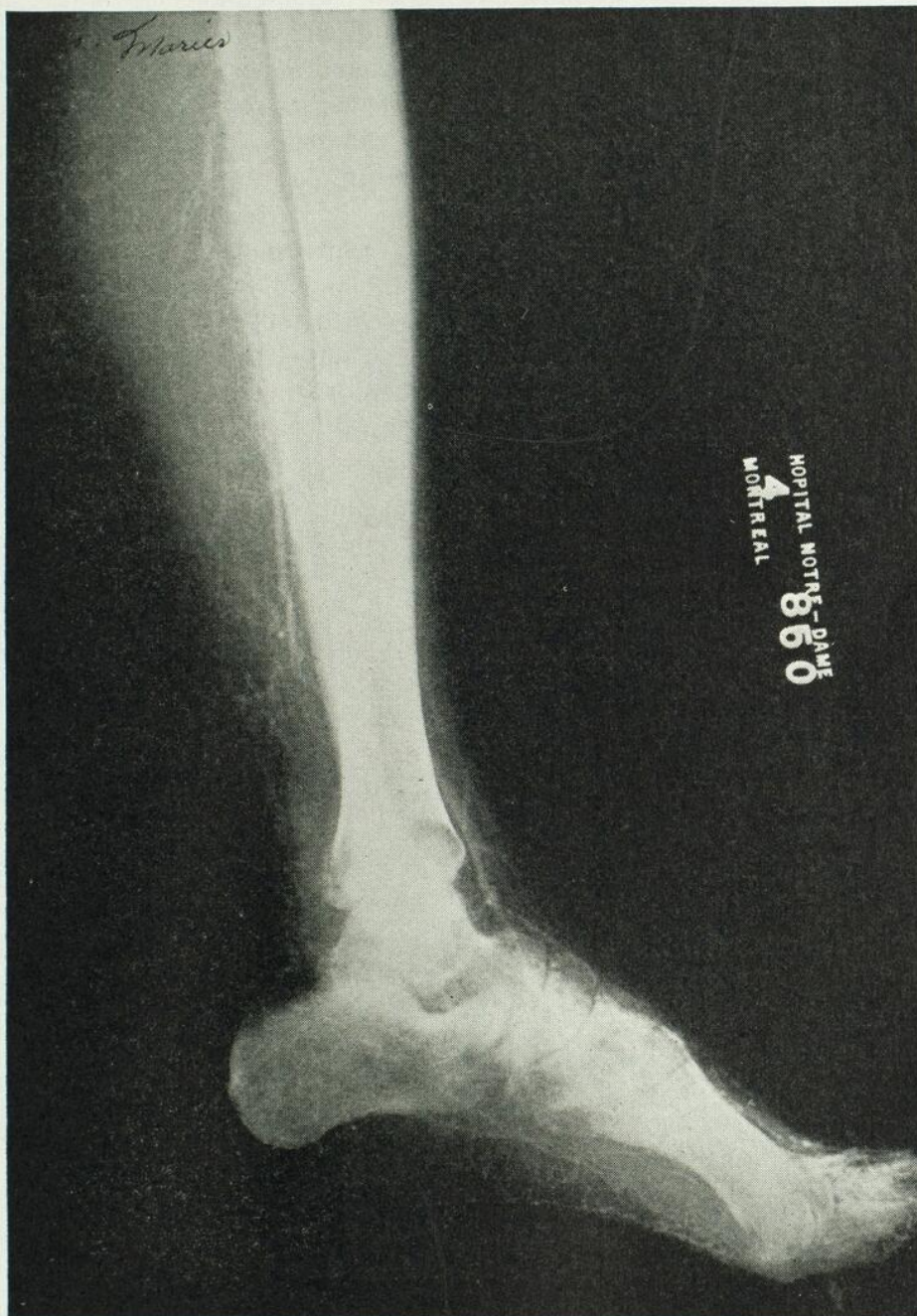


FIG. 7. — Continuation de la vignette 6 où, quelques secondes après cette pose, nous avons une image toute différente des vaisseaux, laquelle image paraît être celle du réseau veineux. En effet, la distribution et la forme de ces troncs vasculaires ne répondent pas du tout à la structure artérielle. C'est bien la circulation veineuse de retour que nous avons eu la chance et que nous sommes heureux d'avoir saisie au passage. (D. Léonard.)

de l'oscillomètre et nous donner, par sa précision, non seulement des renseignements anatomiques, mais aussi, fonctionnels. La circulation collatérale se forme surtout aux dépens du réseau artériolo-capillaire. En fin de compte, ce sont les arborescences vasculo-tissulaires, que n'atteint pas l'artériographie, que l'on voudrait analyser. Ces suppléances anatomiques restent inopérantes si la force vive qui pousse le sang n'est pas appuyée par l'élasticité des gros vaisseaux.

Le jeu des vaso-moteurs des petits vaisseaux peut influencer la pression par les obstacles qu'il met en branle mais la sclérose artérielle empêche qu'il ne la crée. L'importance des vaisseaux de gros et de moyen calibre s'efface devant le rôle des petits vaisseaux dont le calibre et l'élasticité règlent le débit de la masse sanguine, le maintien de la pression et de la force propulsive du sang.

La circulation des capillaires n'est pas démontrée par l'artériographie mais les possibilités anatomiques et fonctionnelles de l'irrigation sont entrevues par le calibre, la perméabilité, les ramescences et les limites de visibilité de la circulation artérielle.

L'injection d'une substance opaque dans un vaisseau représente une expérience physiologique que la radiographie suit et surprend. L'étendue et la richesse de la route parcourue par le diodrast, *c'est-à-dire par le sang*, c'est le reflet d'une fonction, comme l'interruption subite du liquide opaque signifie moins un fait d'obstruction anatomique qu'une conséquence de la chute de la pression et de la vitesse du sang. L'essence pathogénique de tous les troubles circulatoires dépend de cette déficience fonctionnelle qui mettra en cause la vitalité des tissus et, dans le cas d'une amputation, permettra de situer les lambeaux. L'artériographie prendra donc la vedette dans la sémiologie des gangrènes et c'est avec ce concept qu'il faudra l'interpréter. La bonne qualité des vaisseaux, garantissant mieux la circulation supplémentaire des tissus survivants, commandera souvent une amputation plus basse qu'habituellement pratiquée. Il y aura donc lieu, dès maintenant, de reviser le niveau des moignons d'amputation puisque l'artéri-

graphie nous renseignera fidèlement sur les chances de réussite liée à l'irrigation sanguine des futurs lambeaux.

Et cette nouvelle règle s'appliquera intégralement à toutes les maladies des vaisseaux sanguins.

La thrombo-angéite oblitérante, l'artérite sénile ou sénilo-diabétique, la maladie de Raynaud à son stade ultime d'obstruction, les tumeurs, les ostéomyélites, les ostéo-arthrites, les gangrènes, les thromboses consécutives aux ligatures, suture ou résection artérielles relèvent de l'artériographie qui déterminera les différentes indications thérapeutiques.

La maladie de Buerger, par exemple, permettra par l'artériogramme de se diriger vers une amputation économique ou de tenter une sympathectomie ganglionnaire ou, devant la pénurie circulatoire périphérique manifeste, d'imposer d'emblée une amputation basse, moyenne ou haute, ou relation avec l'image que produira l'artériographie.

Conclusions

Avec ce fait nouveau, avec ce moyen d'investigation sûr que nous préconisons, nous ne marchons plus dans des sentiers obscurs, nous sortons des règles établies jusqu'à présent où nos données étaient plus ou moins précises, où nous nous basions sur des épreuves plus ou moins exactes car, là où nous amputions à la cuisse, nous aurions pu couper à un niveau plus bas et conserver une plus grande longueur de membre.

A moins d'urgence extrême où le temps manque, où la vie du patient est en jeu, où les heures comptent, dans toutes les maladies chroniques des artères qui menacent l'intégrité et la vitalité des tissus, je me rallie pleinement au procédé de l'artériographie qui seul, je le répète une dernière fois, éclairera nettement l'anatomie et la physiologie de la circulation périphérique. Je n'entreprendrai plus jamais de traitement des affections vasculaires chroniques sans mettre en marche d'abord la périphérographie artérielle. C'est une méthode simple, facile à exécuter et digne de nous inspirer entière confiance, parce qu'elle est absolument scientifique.

RECUEIL DE FAITS

PÉRITONITE BILIAIRE SANS PERFORATION VÉSICULAIRE

Par **Charles LeFRANÇOIS, F.A.C.S.**,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Nous avons eu dernièrement l'occasion d'observer un cas de péritonite biliaire sans perforation décelable des voies biliaires. Comme ce cas présente de l'intérêt au point de vue pathogénique, nous avons cru intéressant de le rapporter.

Observation.

Monsieur E. P., 71 ans, est admis à l'Hôtel-Dieu, vendredi le 30 avril 1942, pour des douleurs abdominales et du ballonnement. Le début de ses troubles remonte à deux jours. Mercredi matin, le 28 avril, il est allé à son bureau comme d'habitude, mais dans le courant de l'avant-midi, il ne se sentit pas bien, eut des nausées et revint à son domicile. Mercredi après-midi, à 2 heures, il ressentit une douleur très vive au creux épigastrique, douleur qui le fit s'aliter.

Le soir, le malade souffre toujours beaucoup, mais comme il eut déjà dans le passé des crises abdominales douloureuses, il attend au lendemain avant d'appeler son médecin, le docteur Rodrigue Lefebvre. Celui-ci le voit dans l'après-midi du jeudi, le revoit le soir et nous fait demander.

Nous voyons un malade avec un bon état général. Le faciès est cependant très rouge. Le pouls est à 100 et la température à 100°. Le patient se plaint toujours de douleurs généralisées à tout l'abdomen. Il n'a pas vomi une seule fois; il a eu trois selles dans la journée du jeudi et il passe des gaz. Il a subi une prostatectomie par voie vésicale en plusieurs temps, quatre ans auparavant.

A l'examen objectif, nous trouvons l'abdomen tendu, douloureux, mais sans défense musculaire véritable: nous parvenons, quand le malade se relâche, à le déprimer. La douleur, à la

palpation, siège dans l'hypocondre droit et dans la fosse iliaque droite. La matité hépatique n'est pas disparue et l'abdomen n'est pas tellement ballonné. Au toucher rectal, le cul-de-sac de Douglas est normal et le doigt ne ramène pas de sang. La malade urine normalement.

Nous penchons, avec son médecin, du côté de la cholécystite aiguë, mais comme le début de la maladie a été brusque et que les douleurs sont généralisées à tout l'abdomen, nous faisons hospitaliser immédiatement le malade. Nous prescrivons dans la soirée de la glace et du sérum salé-glucosé intraveineux.

Le lendemain, aucun changement important dans l'état du malade; il souffre cependant toujours et fait un peu d'ictère. L'azotémie, la glycémie et l'analyse des urines sont normales. L'hématocrite est à 44% et la leucocytose à 20,000. Nous voyons le malade plusieurs fois dans la journée. Plusieurs internes l'ont également examiné: un pense à l'ulcère perforé, un autre à la cholécystite aiguë ou l'appendicite. Nous pensons plutôt à l'infarctus intestinal et nous décidons d'intervenir le vendredi soir, après avoir fait mettre un tube de Levine intra-stomacal.

Laparatomie médio-rectale droite sus et sous-ombilicale. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une assez grande quantité de bile presque pure, environ 400 c.c. Nous agrandissons l'incision par le haut pour explorer l'estomac et le duodénum: aucune perforation. La vésicule biliaire est très légèrement tendue; sa paroi est un peu épaissie, mais elle n'est adhérente nulle part et son aspect n'est pas du tout celui que l'on rencontre dans la cholécystite aiguë. Nous palpons un petit calcul dans le cholédoque, près du cystique, calcul que nous parvenons à faire monter faci-

lement dans la vésicule. Nous cherchons attentivement la perforation du côté de la vésicule et des voies biliaires, nous n'en trouvons pas. Rien à l'appendice, ni aux intestins, ni au pancréas.

Nous pensons alors à la péritonite biliaire sans perforation et nous ouvrons la vésicule pour faire une cholécystostomie. On en sort un petit calcul gros comme un pois et du sable biliaire. Un tube dans la vésicule, deux drains cigarettes dans la cavité abdominale et fermeture en trois plans.

Le lendemain de l'opération, le patient ne va pas trop mal. Nous lui donnons du sérum intraveineux, du sulfathiazole, etc. La bile s'écoule par le tube de la cholécystostomie en quantité modérée. Il ne semble plus y avoir de bile dans l'abdomen, les compresses n'étant pas souillées. Le malade commence à tousser le deuxième jour, son ventre se ballonne et en dépit du tube de Levine et des sérums, il meurt en hyperthermie, le troisième jour.

L'examen post-mortem fut pratiqué par le docteur J.-L. Riopelle.

Résumé du protocole. Adhérences fibreuses multiples des deux plèvres avec pleurésie fibrineuse bilatérale. Atélectasie de la région postérieure du lobe pulmonaire inférieur gauche. Broncho-pneumonie du lobe inférieur droit à la base.

Vésicule biliaire. Cholécystomie récente. Extérieurement, absence d'adhérences mais coloration porcelainée du péritoine vésiculaire. Absence de toute perforation visible à l'œil nu. Après ouverture, surface interne dépourvue de replis et de coloration blanchâtre, d'aspect cicatriciel. Dans le cystique, calcul de 3 mm. de diamètre à surface verdâtre rugueuse. Dans le cholédoque, 2 calculs: l'un de même aspect et de même grosseur que le précédent, l'autre du volume d'un gros pois. Boue biliaire dans le cholédoque. Malgré les calculs, voies biliaires perméables.

Duodénite aiguë pseudo-membraneuse, avec un certain degré de dilatation.

Examen microscopique. Absence de toute nécrose de la vésicule. Effacement des replis de la muqueuse. Desquamation de l'épithélium (altération cadavérique). Infiltration inflammatoire chronique du chorion de la muqueuse. Sclérose interfasciculaire des musculaires avec réaction inflammatoire chronique. Épaississement de la sous-séreuse avec adipose et sclérose. Grosses lésions vasculaires du type des endartérites végétantes, lésions fréquentes dans les cholécystites chroniques, mais pas à ce point accusées. Dans la partie proximale de la vésicule, nombreux diverticules d'Aschoff-Robitanski, la plupart dilatés et kystiques mais ne présentant ni ulcération, ni perforation. En somme, cholécystite chronique avec péricholécystite fibro-plastique, *sans perforation décelable.*

Au duodénum, nécrose du sommet des replis avec exsudation fibrino-leucocytaire et zooglées microbiennes superficielles. Fortes lésions de stase, avec œdème et pétéchies de la sous-muqueuse. Pas de perforation. En somme, duodénite aiguë pseudo-membraneuse.

Foie: congestion antrolobulaire avec dégénérescence graisseuse discrète. A noter, en plusieurs endroits, une dilatation des canaux biliaires intrahépatiques, avec sclérose péricho-langitique et infiltration inflammatoire chronique de l'espace-porte, indice d'une angiocholite.

COMMENTAIRES

Les péritonites biliaires les plus fréquentes sont celles qu'on rencontre à la suite des cholécystites aiguës perforées. On peut constater également la présence de bile dans certaines péritonites dues à l'ulcère perforé du duodénum, mais alors il ne s'agit pas d'une vraie péritonite biliaire. Ce qui est plus rare c'est, comme chez notre malade, la péritonite biliaire vraie avec épanchement considérable de bile et cela sans perforation des voies biliaires.

La péritonite biliaire sans perforation a été reconnue dès 1911 par Clairmont et Von Haberer. Depuis, dans tous les pays, on a publié un assez grand nombre d'observations sur cette

mystérieuse affection. Mais encore aujourd'hui, la pathogénie en reste très obscure.

Il y a 7 ou 8 ans, à la « Société de Chirurgie de Paris », il y eut à ce propos une discussion qui a duré plusieurs mois. On a rapporté de nombreuses observations, mais, à la fin, le problème restait toujours le même.

Certains ont trouvé, au niveau de la vésicule en état de tension, des perforations ponctiformes invisibles à l'œil nu. D'autres ont trouvé qu'en essayant la vésicule d'apparence normale avec une compresse, ils voyaient au bout de quelques instants perler de la bile sur sa paroi. Ils n'admettaient donc pas qu'il n'y eut pas de perforation. Certains autres, au contraire, après avoir bien vérifié et à l'opération et quelquefois à l'autopsie l'état de la vésicule, n'y trouvèrent aucune perforation. Les premiers répondaient que des perforations minimales pouvaient se cicatriser en quelques heures et on n'était pas plus avancé.

Tous admettaient cependant que la bile venait de la vésicule et que la muqueuse de l'organe devait être levée pour laisser filtrer la bile vers la cavité abdominale. En effet, dans plusieurs observations, on peut lire que la muqueuse de la vésicule était souvent atteinte et même quelquefois gangrenée. Ce qui peut expliquer l'état poreux de la vésicule.

On s'est demandé ensuite quelle était la cause de cette gangrène localisée à la muqueuse vésiculaire. On a pensé à une ischémie consécutive à une thrombose vasculaire; on a pensé à une infection microbienne virulente; enfin, on a pensé au reflux du suc pancréatique dans la vésicule, l'inverse de ce qui se passait dans certains cas de pancréatite aiguë nécrosante.

D'après cette théorie tryptique, le suc pancréatique, à la faveur d'un obstacle au niveau du sphincter d'Oddi, pouvait remonter dans la vésicule et y déterminer une nécrose partielle de la muqueuse. Souvent dans les cas de péritonite biliaire sans perforation, on a trouvé des calculs du cholédoque et même quelquefois dans l'abdomen des taches de cyto-stéatonécrose. Alnauteur, pour prouver l'hypothèse du reflux pancréatique, a ligaturé chez un chien le canal cholédoque, a injecté du suc pancréatique dans la vésicule et a constaté que la paroi vésiculaire laissait alors filtrer la bile.

Les adversaires de la théorie tryptique prétendaient de leur côté que dans plusieurs observations on n'a remarqué ni calcul, ni aucun obstacle au niveau des voies biliaires et que la cyto-stéatonécrose observée par plusieurs pouvait être causée par d'autres ferments que ceux du pancréas, certains ferments par exemple qui pouvaient venir de tissus autolysés au cours de l'infection vésiculaire. Enfin, ils apportaient contre l'hypothèse du reflux pancréatique, les anastomoses pratiquées par les chirurgiens entre le duodénum et la vésicule, où on n'a jamais observé de péritonite biliaire consécutive.

Et ainsi, comme on le voit, lors de ces discussions, le problème des péritonites biliaires sans perforation ne fut pas résolu.

Pour revenir à notre malade, l'examen post-mortem a révélé qu'il y avait trois petits calculs dans le cholédoque, mais sans obstruction. On a trouvé aucune perforation même après un examen soigné microscopique et surtout, ce qui n'est pas pour simplifier la question, le pathologiste, le docteur J.-L. Riopelle, n'a pas trouvé de lésions ni aiguës, ni nécrosantes de la muqueuse vésiculaire. Tout au plus, y a-t-il trouvé des lésions de cholecystite chronique.

FIBROME NASO-PHARYNGIEN CHEZ UN ADOLESCENT

Ablation par voie palatine¹

Par F.-J. LETARTE, F. ROY et J. TURCOT,
Hôtel-Dieu (Québec).

Observation.

Sylvio T., âgé de 16 ans, cultivateur, entre dans le service d'O. R. L. de l'Hôtel-Dieu en décembre dernier parce qu'il ne peut plus respirer par le nez. Il raconte que ses parents jouissent d'une excellente santé et que lui-même n'a jamais été malade avant 1941. A 15 ans, après une grippe, il reste enchifrené et il éprouve une gêne respiratoire qui ne s'améliore pas. Au cours de l'été, la narine droite est totalement obstruée; il respire par la bouche, se mouche difficilement et nasonne. Les sécrétions apparaissent muco-purulentes. Les épistaxis se répètent et durent plus longtemps. A cause de la progression des troubles, vers la fin de novembre, le malade est confié à un hôpital régional où le chirurgien doit suspendre le traitement en présence d'une hémorragie inquiétante.

Le patient nous arrive trois semaines plus tard; il est pâle, anémié, la bouche ouverte.

Dans la fosse nasale droite, une tumeur rouge comble toute la lumière et saigne au contact du stylet; elle est peu mobile. L'examen rhinoscopique postérieur permet de voir une masse haut située qui semble occuper toute la région.

Les examens des autres appareils sont normaux. La réaction de Wassermann est négative. Le temps de saignement ne dépasse pas trois minutes.

Une biopsie par voie nasale provoque une hémorragie abondante qui nécessite le tamponnement serré de la fosse nasale gauche. Le rapport anatomo-pathologique indiquera que le prélèvement est constitué par du tissu fibreux partiellement nécrotique en surface et par des néocapillaires; il ne contient aucun

élément malin et semble correspondre à un fibrome.

Après dix-huit jours de traitement général à la sérothérapie associée aux extraits glandulaires, le malade est anesthésié au Pentothal. L'exploration rétro-palatine par le toucher permet de reconnaître que la tumeur est sessile et implantée dans le recessus sphéno-ethmoïdal droit avec prolongement nasal. On tente d'extirper la masse à l'aide d'un serre-nœud par voie bucco-pharyngée, mais sans succès. Les manœuvres sont compliquées d'une hémorragie assez grave.

A cause de cette nouvelle perte de sang, on institue une médication hématopoïétique et la désinfection nasale pendant seize jours.

Quant à la technique opératoire, bien que la tumeur était justifiable de l'opération de Murre ou transmaxillo-nasale, la voie transpalatine est choisie d'après les indications des auteurs américains.

L'anesthésie au Pentothal et Cyclopropane est effectuée. Le premier temps de l'intervention consiste à ligaturer la carotide externe droite dans le but d'éviter les hémorragies qui avaient anémié le patient antérieurement.

Une fenêtre de 12 mm. par 15 mm. environ est pratiquée dans la voûte palatine après incision de la muqueuse et décollement du périoste à droite du raphé médian. L'apophyse palatine du maxillaire supérieur est ensuite réséquée à la gouge et au burin. On obtient alors une vue sur l'étage moyen et inférieur de la fosse nasale et sur le pharynx nasal. Après exploration de la base d'implantation de la tumeur, on glisse l'anse du serre-nœud qui enserre le fibrome et le sectionne. L'hémorragie inonde subitement les fosses nasales et le cavum. Un tamponnement serré avec Mickulicz et gaze iodoformée est mis en place après avoir vainement tenté de cautériser la surface à l'électro-

1. Communication à la 3^e Réunion de l'Association des Ophthalmologistes et des Oto-rhino-laryngologistes, le 9 mai 1942, Trois-Rivières.

coagulation. La voûte palatine est ensuite suturée. Le pouls est alors de 140.

L'examen de la tumeur présente une base d'implantation large et très adhérente. Au point de vue macroscopique, c'est une tumeur dure, très vascularisée, plus dense près de la base que dans le prolongement nasal.

L'état du patient s'améliore jusqu'au cinquième jour où la température atteint brusquement 104°; on décide d'enlever les mèches. L'hémorragie est provoquée et menace au point de commander la ligature de la carotide externe gauche. Malgré cette ligature, il est urgent de faire sauter la suture de la voûte et de tamponner de nouveau. Des hémorragies secondaires réapparurent, mais moins abondantes lors du démêchage. La plaie chirurgicale du palais dur est baignée avec une solution de Streptocide toutes les quatre heures avant d'entreprendre la plastie. Elle consistera en deux lambeaux de muqueuse palatine qu'on rapproche en les basculant sur leurs bords et en suturant à la soie.

Le pouls et la température sont normaux. Le poids progresse. La fosse nasale et le cavum sont libres. La voix est améliorée.

COMMENTAIRES

Si nous étudions l'évolution du traitement, nous constatons que la voie d'accès transpalatine offre une lumière suffisante pour les actes chirurgicaux et l'avantage d'éviter une mutilation de la face. De plus, aurait-on pu diminuer les hémorragies? Il est vrai que par leur définition, les tumeurs fibreuses naso-pharyngiennes de l'adolescent saignent facilement. La ligature des carotides externes en deux temps ne nous a pas semblé très efficace, sans doute à cause des anastomoses du groupe des trois artères palatine supérieure, vidienne et ptérygo-palatine. La ligature des deux carotides externes à titre préventif au premier temps opératoire aurait diminué l'importance des hémorragies opératoires et post-opératoires; c'est l'avis de Morrison et l'enseignement des récents traités.

REVUE GENERALE

LA MALADIE RHUMATISMALE vs RHUMATISME POLYARTICULAIRE AIGU

Par Albert LeSAGE.

On est fortement impressionné des décès causés par les maladies du cœur et des reins. Dans la province de Québec seulement, en 1932, il y a eu 3,720 décès, soit 10% de la mortalité totale. Le taux était de 110 pour 100,000 en 1926. En 1938, il atteint le chiffre de 130 pour 100,000. En 1940, il y a eu plus de 5,000 décès par maladies du cœur. Nous avons là la preuve d'une progression ascendante, car le taux de la mortalité a presque doublé depuis quinze ans. Comme la maladie rhumatismale est une des causes les plus fréquentes des cardiopathies, j'ai cru opportun de traiter cette question en vue de prévenir, si possible, certaines complications cardiaques, pourvu que le médecin prescrive une médication active dans chaque cas.

Si je désigne le rhumatisme polyarticulaire aigu sous le vocable de maladie rhumatismale, c'est que cette affection, malgré son siège électif sur l'endocarde, peut aussi, et fréquemment, se localiser sur toutes les séreuses de l'organisme, sans exclure les autres viscères, en particulier le poumon, le système nerveux et les méninges.

Nous croyons, de plus en plus, que cette maladie est une *infection microbienne à germe inconnu*; qu'elle est faiblement contagieuse et qu'elle est caractérisée, au point de vue anatomo-pathologique, par une lésion fibro-plastique constituée par des leucocytes dont l'exsudat siège à une petite distance du bord de la valvule, où elles prennent la forme « d'un collier de petites élevures arrondies, d'un blanc nacré », appelées « efflorescence perlée ». Cette lésion anatomique pénètre même dans le tissu interstitiel du myocarde où elle forme des foyers nécrotiques dont la cicatrisation consti-

tue une lésion que l'on désigne sous le nom de *nodule d'Aschoff*.

Symptômes

I. LOCALISATION ARTICULAIRE.

C'est la crise habituelle, accompagnée de tous les signes inflammatoires: douleurs, tuméfaction, rougeur, puis pâleur des tissus locaux. Je n'insiste pas sur d'autres détails à ce point de vue, mais nous devons admettre que cette crise peut se manifester sous d'autres formes, telles:

1° Le rhumatisme cervical, avec torticolis et contracture du sterno-cléido-mastoïdien;

2° Le rhumatisme cervico-sciatique, avec syndrome méningé, accompagné ou non du signe de Lasègue (sciatique);

3° Les myosites, dues à une inflammation du biceps et du quadriceps;

4° L'arthrite monoarticulaire qui peut être aussi de nature rhumatismale, sans lésions gonococciques;

5° Le rhumatisme chronique secondaire, fibreux et déformant, secondaire au rhumatisme aigu.

Toutes ces formes peuvent être d'origine rhumatismale, car, dans la plupart des cas, on les guérit par le salicylate de soude.

II. FORMES EXTRA-ARTICULAIRES DE LA MALADIE.

La maladie rhumatismale peut revêtir d'autres formes, et il importe de le savoir.

1° La *cardite rhumatismale*, comprenant certaines lésions cardiaques qui relèvent du rhumatisme:

a) La péricardite;

b) La myocardite;

c) L'endocardite simple ou maligne;

d) Le rhumatisme cardiaque évolutif.

Ces formes principales s'accompagnent de signes cliniques constitués par des souffles, de l'arythmie et des frottements. Dans chaque cas, le médecin doit en faire le diagnostic et en situer le siège principal. Il doit, chaque fois, songer au rhumatisme afin de lui appliquer la médication spécifique du salicylate de soude.

2° Il y a, aussi, la forme *pleuro-pulmonaire*, qui peut évoluer assez rapidement, tout en se prolongeant deux à trois mois, dans certains cas. Cette forme est caractérisée par des foyers d'apoplexie, d'atélectasie, des épanchements fibrino-hémorragiques ou sero-albumineux, des foyers d'alvéolite et de bronchiolite ulcéreuse, des thromboses multiples, des endophlébites et des endartérites. Ici, encore, le médecin doit songer au rhumatisme, car ces lésions pleuro-pulmonaires sont souvent traitées isolément, tandis qu'on en ignore la cause réelle.

Je n'insiste pas sur les signes cliniques, tels que la matité, la sub-matité, le silence respiratoire localisé. Tout cela est bien connu au point de vue clinique mais, ce qui est essentiel, c'est de les rattacher au rhumatisme.

Cette longue introduction, bien que sommaire, est faite en vue de nous conduire au traitement.

Traitement de la maladie rhumatismale

Le *salicylate de soude* est le médicament spécifique de la maladie rhumatismale dont nous venons de tracer un tableau succinct de l'aspect clinique et de l'anatomo-pathologie.

Si nous voulons obtenir un effet décisif, surtout au début, sur ces lésions rhumatismales, le médecin devra prescrire le *salicylate de soude* à hautes doses, en choisissant un médicament chimiquement pur et en adoptant une méthode qui permette au malade de le tolérer durant longtemps, sans malaises. La méthode la plus pratique est sans contredit celle de l'ingestion. Voici comment l'on peut procéder:

Salicylate de soude chimiquement pur . . . 2 grammes
Bicarbonate de soude pur 4 grammes

Pour un paquet.

En préparer pas plus de vingt-cinq à la fois.

Faire dissoudre un paquet dans un demi-verre d'eau tiède.

Faire absorber cette quantité durant cinq minutes à épuisement, suivie de la moitié ou du tiers d'un verre de lait, additionné d'un peu d'eau de Vichy.

Répéter cette dose toutes les trois heures, jour et nuit, ce qui fera environ quinze à seize grammes de salicylate de soude par vingt-quatre heures.

NOTE: L'addition de *bicarbonate de soude* au *salicylate de soude* est faite en vue de neutraliser l'*excès d'acide salicylique* mis en liberté dans l'estomac après ingestion. Nous prévenons, ainsi, l'irritation de la muqueuse stomacale et l'apparition des nausées, suivies, quelquefois, de vomissements. Il faut, à tout prix, rechercher la tolérance, afin d'obtenir un effet décisif sur la maladie elle-même. L'action du médicament est suivie d'une atténuation de la douleur, d'un abaissement de la fièvre, et d'une diminution de la tuméfaction. Les douleurs de céphalée et de rachialgie, dues au rhumatisme, disparaissent peu à peu avec l'insomnie. Le malade en éprouve beaucoup de soulagement et de satisfaction.

D'autre part, l'affaiblissement du premier bruit cardiaque, dû à un épaississement du bord libre de la valvule, peut s'atténuer, et le souffle léger, apparu à un certain moment, peut disparaître. Ceci indique qu'il y a une légère résorption de l'exsudat. C'est donc un excellent moyen de prévenir une lésion définitive de la mitrale, dont les conséquences sont très sérieuses.

L'*injection intraveineuse de salicylate de soude* est une autre méthode, mais elle ne peut être employée que dans certains cas et par un médecin très habile à ponctionner les veines. Nous savons, en effet, que le *salicylate de soude* provoque une *sclérose des veines* dans lesquelles on pratique l'injection. Si le médecin se croit autorisé à pratiquer cette méthode durant une courte période, pour exercer une action plus rapide au début durant quelques

jours seulement, il devra faire suivre l'injection du médicament, contenu dans des ampoules spéciales, d'une injection d'eau distillée, afin de chasser complètement les sels de soude qui pourraient se déposer à la porte d'entrée. De plus, il devra placer un pansement humide chaud au siège de l'injection, légèrement compressif, afin de favoriser la transsudation des dépôts éventuels du médicament.

Traitement local

Application de compresses froides de toile à fromage, en plusieurs plis, autour des articulations des membres, où c'est possible. Les renouveler toutes les heures, les recouvrir de soie huilée afin de conserver l'humidité, et les maintenir en place avec une serviette sèche sans appliquer de bandage compressif ou hermétique. En sus de ce pansement humide, on peut faire des applications d'une pommade salicylée, ou de l'essence de wintergreen. Ce pansement fait disparaître l'inflammation, puis la douleur.

Telle est, dans toute sa simplicité, la médication contre la maladie rhumatismale. Le médecin devra user de son jugement pour augmenter, diminuer ou suspendre temporairement les doses, en vue de ménager la susceptibilité de son malade. Je ne mentionne pas la diète, que tous les médecins connaissent, dans laquelle on doit supprimer la viande, les épices, le café, les mets acides, les boissons douces,

pour remplacer tout cela par le lait, les céréales, les jus de fruits, l'eau de Vichy, et l'eau en abondance.

Accidents de la médication salicylique

1° Troubles auditifs: bourdonnements d'oreilles, hypoacousie.

2° Troubles digestifs: nausées, sensations de brûlures, avec ou sans vomissements et diarrhée.

3° Troubles nerveux: délire, crampes, dyspnée, état comateux chez des malades souffrant d'une lésion rénale ignorée. Un examen préalable peut prévenir ces accidents.

4° Troubles cardiaques: arythmie extrasystolique ou rythme couplé. Dans ce cas, on suspend la médication et on remplace le bicarbonate de soude par le carbonate de calcium, puis on applique une vessie de glace sur la région précordiale.

Que penser des *sulfamidés*? Je n'hésiterais pas à les employer afin d'en observer l'effet et les résultats, mais avec prudence en me guidant sur les analyses du sang. Je ne sais rien de plus sur ce point.

Telles sont les directives générales dont le médecin peut s'inspirer pour traiter cette maladie grave, à cause des complications cardiaques qui en constituent les séquelles souvent redoutables.

CONSIDÉRATIONS SUR LES RELATIONS DE L'ÉTAT GRAVIDE AVEC CERTAINS SYNDROMES NEUROLOGIQUES¹

Par C.-A. GAUTHIER,

Chargé de la Section de Neurologie à l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Le sujet que nous entreprenons semble vaste et un grand nombre de ses items nous paraît éminemment discutable. Nous devons donc nous limiter et faire un choix sur les syndromes neurologiques qui nous semblent les plus fréquemment rencontrés, les plus importants et les plus facilement atteints par la thérapeutique. Au cours de cette causerie il ne sera pas tant question de l'enfant que des syndromes se rapportant directement à la mère. Nous avons l'intention de diviser notre travail en deux parties: il nous semble préférable et indiqué de parler d'abord de l'influence de l'état de gestation sur des maladies nerveuses préexistantes; puis dans une seconde partie, peut-être un peu plus étendue, nous insisterons sur certains syndromes neurologiques se développant au cours de la grossesse.

INFLUENCE DE L'ÉTAT GRAVIDE SUR QUELQUES SYNDROMES NEUROLOGIQUES PRÉEXISTANTS

Chorée.

On se souvient de l'extrême gravité de la chorée du jeune âge qui réapparaît au cours de la grossesse; on se rappelle aussi que l'on accepte comme vérité l'origine rhumatismale de la chorée Sydenham. Quel est exactement le mécanisme déclenchant qui, au cours d'un état de gravidité, favorise la réapparition d'un syndrome qui quelquefois était resté silencieux depuis de très nombreuses années, est une chose à laquelle il est assez difficile de répondre, et jusqu'à date les discussions d'ordre étiologique ne semblent aider en rien le mode de traitement à notre disposition. Ce qu'il importe de dire en ce moment, c'est qu'il ne faudra jamais se presser de porter un pronostic définitivement favorable dans les cas de chorée chez les jeunes

filles puisque nombreux sont les cas de réveil de cette affection au cours de grossesses futures; ce n'est pas non plus parce qu'une première grossesse peut se passer sans incident que la malade est à l'abri de toute rechute puisque de nombreux cas sont rapportés de réactivité choréiforme au cours d'une deuxième grossesse alors que la première s'était développée sans incident fâcheux. Nous reviendrons sur le traitement de cet état dans un paragraphe ultérieur.

Epilepsie.

Quelle est l'influence de l'état de gravidité sur l'épilepsie?

On sait que dans le cours des vingt-quatre à quarante-huit heures précédant la crise épileptique, la réserve sanguine alcaline monte pour subir immédiatement avant la crise une chute brusque et rapide alors que se fait une décharge acide dans le courant sanguin.

On connaît de plus, le facteur ischémique précédant immédiatement la crise épileptique.

On est aussi au courant de la théorie, confirmée par les faits, théorie qui prétend que des dérivés toxiques de source endocrinienne peuvent provoquer la crise épileptique.

Tous ces facteurs endo-toxiques sont réalisés à merveille par l'état de parturition.

L'école française dit que la grossesse influence l'épileptique de trois façons:

1° Elle l'aggrave dans la majorité des cas, jusqu'à une proportion de 50%.

2° Elle peut améliorer cet état, ce qui est excessivement rare et dont on peut douter.

3° Elle ne modifie pas l'état épileptique dans une proportion qui pourrait atteindre 25% des cas, et on doit alors se demander pourquoi.

1. Travail présenté à la Société Médicale de Sherbrooke, le 17 mai 1942.

On a parlé d'épilepsie puerpérale, terme qui ne doit être réservé qu'à celles qui présentent leur première crise alors qu'elles sont enceintes, en l'absence de tout phénomène éclamptique et de mal comitial antérieurs. Il semblerait que le terme est impropre et ne devrait pas constituer une entité nosologique. On ne saurait dire si les attaques sont occasionnées par une urémie transitoire, des toxines placentaires ou des variations tensionnelles artérielles; de toute façon, c'est surtout durant les derniers mois de la grossesse qu'on les voit apparaître, fréquemment répétées et quelquefois accompagnées d'amaurose transitoire; malheureusement elles sont fréquemment fatales.

Certaines écoles sont d'une sévérité absolue et interrompent immédiatement la grossesse, ce qui d'ailleurs n'amène pas toujours la cessation des crises. Il n'est pas question ici de discuter de l'à-propos de l'intervention. Les seuls points qui nous intéressent sont que d'abord la grossesse augmente l'intensité et la fréquence des crises épileptiques dans une forte proportion des cas; ensuite l'enfant qui naîtra, s'il se rend à terme, a, selon nos connaissances actuelles sur l'hérédité, un pourcentage très élevé de chance de devenir lui-même épileptique.

Traitement.

On peut dire sans exagération que depuis l'avènement du di-phényl-hydantoïate-sodique le problème est changé du tout au tout; alors qu'autrefois l'épileptique voyait arriver avec frayeur un temps de grossesse, il est remarquable de constater qu'avec ce nouveau médicament la proportion des cas où l'on voit la fréquence des attaques augmenter durant la grossesse, demeure très basse contrairement à ce qu'elle était auparavant. Je n'ai pas eu le temps de relever complètement les statistiques que je possède à ce sujet, mais je me souviens fort bien d'avoir toujours été frappé par la métamorphose des événements depuis 1938, c'est-à-dire le temps du premier emploi du médicament.

Sclérose en plaques.

Jusqu'à quel point la grossesse aura-t-elle de l'influence sur un cas confirmé de sclérose en plaques.

Brièvement repassée, la symptomatologie consiste, on se rappelle, en tremblement intentionnel, paroles scandées et explosives, nystagmus, ataxie, hyperréflexivité tendineuse avec perte des réflexes cutanés abdominaux. Le tout souvent accompagné de rire ou de larmes spasmodiques, comme dans les syndromes pseudo-bulbaires.

En voulant évaluer l'influence de la grossesse sur cette maladie à lésions disséminées, il ne faut pas d'abord oublier la notion que l'on rencontre tout de même quelquefois des cas de rémission spontanée, rémission pas très fréquente il est vrai, mais tout de même certaine, puisque presque tous les auteurs en font mention. Il m'a été donné d'en voir un cas chez chaque sexe depuis 1928.

On devra donc se montrer prudent quant à l'évaluation de l'influence de l'état gravidique sur l'évolution de la maladie, et mal avisé sera le médecin qui donnera un pronostic assuré à ce sujet puisqu'en effet chez quelques cas la maladie a semblé cesser d'évoluer pendant la grossesse pour redonner des signes d'activité après la délivrance, alors que par ailleurs Wilson rapporte un cas où trois grossesses successives chez une patiente ont intensifié tous les signes de sclérose disséminée.

Personnellement je n'ai vu qu'une seule femme enceinte atteinte de sclérose en plaques, et après la délivrance nous la vîmes dans un état beaucoup plus déplorable que lors du troisième mois de la grossesse, date où nous l'avions examinée pour la première fois.

On peut ajouter que Balint d'Allemagne, de même de Gowers ont rapporté quelques rares cas dont le début semblait remonter au temps de parturition ou immédiatement après la délivrance. Tous les auteurs que nous avons lus qui rapportaient les deux observations ci-dessus les ont tous longuement discutées et finalement mises en doute.

Traitement.

On sait que le traitement est aléatoire et que les destructions médullaires disséminées sont irréparables. Tout au plus peut-on espérer ralentir ou peut-être arrêter le processus de dégénérescence par l'administration intramusculaire ou intraveineuse de tous les facteurs du complexe B auquel on adjoint l'administration orale de sulfate de quinine à doses variables.

Maladie de Parkinson.

Bien que l'on lise fréquemment dans quelques traités de neurologie que l'influence de l'état de gravidité sur le parkinsonisme est négligeable, je suis personnellement porté à croire que cette influence est désastreuse; en effet, de toutes les malades atteintes de ces maladies, malades que j'ai vues enceintes, et le nombre en est assez imposant, pas une seule n'a pas vu son syndrome s'aggraver à pas de course durant la grossesse et demeurer tel après la délivrance, quels qu'aient été les efforts de traitements tentés.

SYNDROMES NEUROLOGIQUES SE DEVELOPPANT AU COURS DE LA GROSSESSE

Polynévrite.

Point n'est besoin d'avoir fait beaucoup de neurologie pour avoir constaté que l'on rencontre les polynévrites au cours de la gestation et durant les suites de couche.

Durant la parturition, l'état nauséux matinal limitant la quantité des aliments ingérés et provoquant une déficience en vitamines B, les vomissements incoercibles causant une réelle avitaminose passagère de même qu'un état acidosique, les demandes augmentées de vitamines B que nécessitent et le fœtus et le métabolisme accru de la mère sont tous autant de causes qui peuvent expliquer l'apparition de signes de polynévrite; à plus forte raison si on est en plus en présence d'une infection localisée. Il sera cependant beaucoup plus difficile d'offrir une explication satisfaisante si le même syndrome apparaît sans qu'aucun des facteurs précités puissent être mis en cause; Ely, Weber

et d'autres ont alors incriminé un facteur toxique occulte dû à l'état de grossesse, facteur qu'ils n'ont d'ailleurs pas pu mettre en évidence.

Il est certes difficile de comprendre le pourquoi d'une polynévrite chez une jeune femme saine dont l'état de grossesse se passe sans aucun incident et cependant de nombreux cas sont rapportés et les théories vont leur train. Il semble raisonnable de croire que l'on ait affaire à un trouble du métabolisme si on se souvient que les facteurs B jouent un rôle considérable dans les phénomènes d'oxydation au cours de l'ensemble des échanges respiratoires.

On peut aussi rencontrer un type de mononévrite, celui-ci de cause strictement mécanique, c'est-à-dire par pression longue et soutenue de la tête au cours d'un accouchement laborieux; c'est alors dans le domaine du nerf crural antérieur qu'on en retrouvera les signes. D'une façon générale, cette dernière variété n'est pas grave et l'on assiste ordinairement à une rémission *ad integrum* des syndromes rencontrés après l'accouchement.

Si l'on se souvient que les polynévrites traduisent une atteinte du neurome inférieur, on se rappellera aussi les syndromes cardinaux qui consistent en des phénomènes paralytiques des membres atteints avec chute des poignets et des cous-de-pieds, des crampes musculaires et douleurs à la pression, des diminutions ou pertes des réflexes tendineux, des troubles excessivement variés des sensibilités, le tout souvent accompagné d'élévation thermique variable. Par-dessus tout cela, des troubles trophiques variés dont ceux de la peau, le « glossy skin » de la nomenclature anglaise.

La tachycardie au cours d'une polynévrite devra retenir l'attention et dans les cas malins on a vu une dilatation cardiaque entraîner la mort. Les auteurs prétendent qu'en général les membres supérieurs sont les premiers atteints; cependant nous en avons rencontré au moins deux cas chez qui le début fut noté aux mem-

bres inférieurs; dans ces cas il ne faudra pas oublier la possibilité d'une myélite ascendante dégénérative.

Le pronostic est généralement favorable bien qu'on ne doive pas se hâter de le porter au début de l'affection puisqu'il est alors impossible de préciser jusqu'où ira le processus de démyélinisation Wallérienne. Si on réussit à contrôler par les traitements c'est environ après vingt et un jours que l'on peut voir réapparaître une ébauche des réflexes et encore pas dans tous les cas. On assiste ordinairement à la guérison dans un temps variant de quelques mois à un an ou même davantage, tout dépendant de la sévérité de l'état aigu.

Traitement.

Sans entrer dans le détail du traitement, on doit dire d'une façon générale que puisque dans les cas présents il n'est pas question d'enlever le facteur causal, on doit s'efforcer d'aider la malade à terminer sa grossesse dans les meilleures conditions possibles. Pour cela, repos pour les membres affectés, soutien de la nutrition neuro-musculaire par des agents thérapeutiques et physiques (chaleur, massages, traitements électriques) et prévention des difformités. La médication sera d'abord le sulfate de strychnine, s'il n'y a pas de contre-indication, à des doses variant de 1/30 à 1/10 de grains par jour en injection sous-cutanée ou de 1/30 de grains deux ou trois fois par jour en administration orale, ou une solution de chlorhydrate de strychnine dont on donne cinq gouttes une ou deux fois par jour augmentant lentement à un maximum de quinze gouttes par jour. Puis, comme aide que j'appellerais volontiers physiologique, l'adjonction de la vitamine B. Les suggestions sont multiples quant à la façon de procéder; personnellement les résultats les plus rapides et les meilleurs que j'ai obtenus le furent de la façon suivante: vitamine B₁ (hydrochlorure de thiamine) 50 à 75 milligrammes en injection intraveineuse à tous les deux jours intercalant entre chaque, une injection intramusculaire de vitamine B complexe de 2 c.c.

Chorea gravidarum.

Il est reconnu depuis longtemps que l'état grévise peut engendrer les premières attaques de chorée; Beer le rapportait déjà à Berlin en 1846. Romberg en présentait des cas dans les rapports de l'hôpital Guy de Londres en 1850 et Lever y consacrait un chapitre spécial dans son *Traité des Maladies mentales*, en 1853. Depuis ce temps, nombreux sont les écrits qui sont venus confirmer et compléter ces premières données.

La plupart du temps, le déclenchement se fait au cours d'une première grossesse mais on a rencontré cette manifestation dans une proportion assez forte au début de la deuxième grossesse seulement. S'il est vrai que c'est généralement au cours des premiers mois que les symptômes se manifestent, d'un autre côté Barnes et Gowers dans les *Transactions of the Obstetrical Society* de Londres ont présenté 28 cas chez qui le maximum des attaques avait lieu du troisième au sixième mois inclusive-ment, chez d'autres auteurs on a noté le début de ces manifestations seulement en fin de la grossesse.

La chorée de la femme enceinte est tout aussi grave pour la mère que pour l'enfant; pour la mère à cause des grands dangers d'endocardite, pour l'enfant à cause de la grande fréquence des avortements. Cette chorée cesse ordinairement avec la délivrance et quelquefois avant, et d'une façon générale recommence avec chaque nouvelle grossesse, si elle n'a pas été fatale à la grossesse précédente.

Le facteur précipitant incriminé est une toxémie d'origine gravidique, mais il semble qu'un terrain prédisposant soit essentiel à l'écllosion de la maladie puisque sur un total de 292 cas rapportés par Buist, Wall et Andrews, French et Hicks, cas provenant de milieux différents, 79 présentaient une histoire antérieure de rhumatisme et 104 de chorée de Sydenham.

Il n'est pas nécessaire d'insister longuement sur la description de la maladie. On sait que l'ensemble symptomatique consiste en des mou-

vements spontanés, involontaires et incoordonnés, augmentés par les émotions, accompagnés de faiblesse musculaire et avec température. Le mouvement semble avoir un but mais ne l'atteint jamais, ce qui le différencie du mouvement athétosique qui lui, est sans but et reptatoire. C'est donc au cours de la grossesse que l'on rencontre les formes les plus sévères et les plus graves de la chorée.

C'est aussi au cours de la *chorea gravidarum* que l'on voit le plus souvent les manifestations psychosiques de la chorée depuis la simple dépression jusqu'à la forme maniaque en passant par le délire hallucinatoire; en somme les signes d'une psychose toxi-infectieuse.

La mortalité maternelle est plus de 25% et la mortalité fœtale, plus de 50%.

Les lésions anatomo-pathologiques rencontrées sont les mêmes que celles que l'on trouve à l'autopsie des cas de chorée rhumatismale, c'est-à-dire celles de l'encéphalite rhumatismale avec lésions parenchymateuses et mésodermes.

Traitement.

Déjérine avait dit: « au lait et au lit »; il semble que cet aphorisme soit un peu trop intransigeant surtout en ce qui concerne les cas de chorée au cours de la grossesse parce qu'alors nous serons à peu près sûrs de développer une avitaminose importante. Kinnier Wilson a trouvé qu'il obtenait les meilleurs résultats avec une administration orale d'aspirine, 10 grains trois fois par jour, produit moins toxique que l'acide acétylsalicylique et beaucoup plus actif que les salicylates. Nous avons eu l'occasion d'expérimenter ce traitement une fois qui a semblé donner des résultats remarquablement surprenants; c'est qu'en effet il faut être très prudent avec l'administration des produits barbituriques puisqu'il ne faut pas oublier leur influence toxique sur le fœtus. On n'a qu'à se rappeler l'aspect étonné de certains enfants dont la mère avait reçu des doses importantes de barbiturates avant l'accouchement.

Narcolepsie.

En littérature neurologique on a beaucoup écrit sur les narcolepsies se développant au cours de la grossesse. Par ailleurs il ne m'a été donné de n'en voir qu'un cas depuis 1926; c'était en 1940 et il s'agissait d'une femme de 29 ans à sa troisième grossesse, qui n'était ni épileptique ni parkinsonnienne.

On sait que l'attaque narcoleptique est caractérisée par un irrésistible besoin de dormir, souvent provoqué par un stimulus extérieur d'ordre émotif, accompagné de mouvements de nature hyperkynétique, le tout cessant assez rapidement alors que la patiente reprend son état normal de veille.

Dans l'appréciation étiologique de ce syndrome dont la fréquence est peut-être plus élevée qu'on aurait tendance à le croire, si on y songe bien, il ne faut pas oublier les points suivants: d'abord Lion, après des recherches très poussées, a cru devoir dire que cette manifestation neurologique ne se rencontrait presque exclusivement que chez les vagotoniques. Deuxièmement, Jelliffe et surtout Notkin ont fortement insisté sur la relation qui semble exister entre la narcolepsie et l'épilepsie. Pour soutenir leur thèse ils ont offert comme arguments le caractère de paroxysme des attaques, la fréquence d'un aura antérieur tel que le rire, les mouvements involontaires que l'on voit souvent au cours de l'attaque, la présence des deux syndromes chez le même malade, enfin l'histoire de certains membres d'une même famille, les uns atteints de narcolepsie, les autres d'épilepsie.

En somme, nous devons, je crois, retenir que si, d'un côté, des syndromes narcoleptiques ont été déclenchés au cours de la grossesse, d'un autre côté, il est osé de ne vouloir y voir là qu'une seule et unique cause sans tenir compte des prédispositions constitutionnelles du sujet atteint. Un autre fait est certain, c'est que les femmes atteintes d'un syndrome post-encéphalitique antérieur présentent en grand nombre des poussées narcoleptiques à des degrés variables au cours de leur grossesse. Il est

intéressant de constater dans la littérature que pas une seule autopsie a été pratiquée à date dans les cas de narcolepsie au cours de la grossesse.

Traitement.

Quoi qu'il en soit au sujet de ces points assez difficiles à élucider, le traitement est essentiellement symptomatique et consiste en l'administration du sulfate de benzédrine par la bouche à la dose de 10 à 20 milligrammes deux fois par jour. On doit se souvenir que la deuxième dose ne doit pas être donnée tardivement dans l'après-midi si l'on veut que la malade puisse dormir au moins durant la nuit.

Syndrome parkinsonnien.

Peut-on raisonnablement croire et affirmer qu'un parkinsonnisme peut reconnaître comme origine et cause un état de grossesse?

Tout le monde a présent à l'esprit le triste spectacle qu'offre comme conséquence cette atteinte mésodiencephalique.

En 1928, j'avais l'occasion de présenter une série de dix-sept cas de maladie de Parkinson chez lesquels on ne semblait retrouver aucun autre syndrome infectieux aigu que des manifestations pyrétiques au cours de grossesses. J'émettais alors l'opinion qu'il semblait que l'on devait considérer certains états infectieux de la grossesse comme franchement causes d'une encéphalite et plus tard d'un état parkinsonnien.

En 1939, dans une conférence donnée devant les membres de la « Société Médicale du Bas du Fleuve » le total de ces cas atteignait 29, et je croyais devoir dire alors qu'il fallait se montrer très réservé quant au pronostic immédiat et tardif dans ces cas. Je n'étais pas, au contraire, si catégorique dans la discussion des facteurs étiologiques.

On sait, en effet, que le syndrome parkinsonnien chez les moins de 40 ans reconnaît surtout comme cause une encéphalite que, jusqu'à plus ample informé, on dit « à virus » lequel virus se localiserait alors principalement sur les noyaux gris centraux.

Que penser alors de ces encéphalites appa-

raissant au cours de la grossesse et donnant lieu comme manifestations tardives à des syndromes de Parkinson?

D'abord il est possible que la phase aiguë ait eu lieu au cours d'une pseudo-grippe antérieure à forme bénigne et soit passée totalement inaperçue. Il est très fréquent de constater en faisant l'anamnèse d'un parkinsonnien que la phase aiguë est très souvent ignorée du malade. Dans ces cas, l'état gravis ne ferait que déclencher l'apparition d'un état latent et ne constituerait qu'une cause précipitante.

Reste les cas des femmes qui n'auraient jamais été malades antérieurement. L'état de grossesse diminue la résistance générale du sujet surtout s'il évolue en compagnie d'un état d'infection locale quelconque. Je ne sais si on peut parler de symbiose virus-microbes, mais il est permis de croire que l'évolution de ces derniers puisse favoriser l'apparition des premiers ou tout au moins leur « pathogénisation » si on peut s'exprimer ainsi. Car bien que l'on ait prétendu en certains milieux incriminer un diplostreptocoque, ou en d'autres milieux un membre quelconque de la famille des strepto, il n'en reste pas moins vrai qu'aucune inoculation de ces agents supposés en cause n'ait réalisé le syndrome et que jusqu'à date l'agent causal reste un virus filtrant non isolé.

D'où il s'ensuit qu'il semble imprudent pour le moins, de dire que l'état de grossesse avec ou sans infection localisée est cause réelle d'une encéphalite et plus tard d'un parkinsonnisme.

Tout au plus doit-on la considérer comme une des causes adjuvantes ou précipitantes.

Traitement.

Quelle que soit la conclusion que l'on veuille tirer de ces considérations, le traitement des manifestations encéphalitiques au cours de la grossesse doit surtout avoir comme base l'administration intraveineuse de salicylate de soude à 10%, préférablement glucosé, au moins 10 c.c. par jour avec l'adjonction des vitamines B complexes en intramusculaire, chaque facteur semblant jouir de propriétés particulières mais les uns renforçant l'action des autres.

Et encore ne pourra-t-on jamais être certain d'avoir évité à la malade les manifestations tardives consécutives à l'état aigu.

Myélite.

Si on songe à l'origine toxi-infectieuse des myélites, on se rend compte que certains états de grossesse réalisent encore toutes les conditions favorables à l'apparition du syndrome médullaire. Krupp prétend que toutes reconnaissent une cause toxique; à premier abord il semblerait que les événements lui donnent raison, puisque l'on s'imagine qu'une infection pourrait peut-être plutôt donner un abcès de la moelle plutôt qu'une myélite franche. Il ne s'agit en somme que de s'entendre sur le terme « myélite » puisque tout abcès entraîne fatalement le syndrome myélitique.

Mais le syndrome de toxi-dégénérescence de la moelle se rencontre soit au cours de la grossesse, soit durant les suites de couche. Le point de départ peut être utéro-annexielle ou urinaire tel qu'on le voit dans les « paraplégies urinaires ».

Les symptômes dépendent évidemment du segment atteint et sont toujours sérieux.

Certaines écoles n'y vont pas de main morte et prétendent que l'apparition de signes myélitiques constitue une « indication absolue et immédiate d'avortement provoqué ». Il y a dans cette opinion une prétention outrée en plus d'être inacceptable puisque après des avortements d'ordre traumatique ou autre mais non provoqués on est bien loin de toujours voir une amélioration des signes médullaires; au contraire, le cas est exceptionnel. L'on sait, en effet, la rapidité désespérante du processus dégénératif auquel on a à faire face. D'un pronostic sévère la maladie doit être traitée sérieusement et si l'on n'a que très peu d'espoir d'en enrayer l'évolution les efforts doivent être cependant soutenus et de longue durée. D'une façon générale, sels de quinine, sulfates de strychnine à doses pas trop élevées, complexes B et courants galvanofaradiques pru-

dents à oscillations lentes et de peu d'amplitude sont à conseiller, avec cependant une réserve pour ce dernier traitement qui doit être décidé après mûre réflexion et plutôt retardé à la période suivant l'expulsion.

Phénomènes aphasiques.

Il n'est pas très rare de rencontrer au cours de la grossesse des phénomènes d'aphasie transitoire du type sous-cortical. On peut du reste en lire plusieurs observations. D'une façon générale, ce syndrome est bénin et semble dépendre soit d'un spasme vasculaire, soit possiblement d'une localisation endartérielle de produit endotoxique. Il est bon de connaître cette complication qui effraie toujours et la malade et son entourage, qui tous doivent être rassurés prudemment à ce sujet. Il en est de même des hémiparésies et hémianesthésies qui accompagnent évidemment presque toujours la manifestation aphasique.

Le traitement sera désintoxiquant et vasodilatateur, le chlorhydrate d'acéchole à 10 centigrammes intramusculaire une ou deux fois par jour étant indiqué.

Enfin, pour terminer il nous a été donné d'observer depuis 1939 une jeune femme qui, à la suite d'un premier accouchement, a présenté un syndrome de la moelle simulant soit une tumeur soit un glissement progressif de disques intervertébraux. Bien que ce cas doive faire le sujet d'une présentation ultérieure détaillée je puis dire immédiatement que le neuro-chirurgien de l'hôpital de l'Enfant-Jésus et moi fûmes assez surpris de trouver après laminectomie des paquets variqueux très étendus des veines intrarachidiennes, sur une longueur telle que toute intervention radicale était impossible; alors que par ailleurs nous ne notions aucun signe de faiblesse des parois veineuses. L'accouchement ayant été normal en tout point, il est assez difficile d'expliquer la pathogénie de ce syndrome variqueux d'une façon satisfaisante; inutile d'ajouter que l'avenir est sombre dans ce cas. Seule la décompression par laminectomie peut amener une halte peut-être

temporaire des phénomènes dégénératifs à la suite de cette compression.

*
* *

Nous aurions pu peut-être aborder le sujet de ce travail d'une façon plus normale en discutant des syndromes par ordre toxique, infectieux et vasculaire.

Mais nous avons plutôt voulu parler des syndromes préexistant à l'état de grossesse pour la raison suivante: c'est que souvent on demande au médecin si, étant donné la présence d'une maladie du système nerveux chez une jeune fille, cette dernière peut-elle tout de même envisager les possibilités du mariage et de la grossesse. C'est là, on en conviendra, une question fort pertinente et certes très embarrassante. Il n'est pas possible de fixer de règles absolues qui déterminent la nature de la réponse à donner, mais il est une chose certaine et c'est qu'avant de répondre, le médecin devra bien penser à la pesanteur psychologique d'une déclaration dans le sens négatif. Avant d'assombrir définitivement les perspectives souvent roses du jeune âge et de prendre une responsabilité très lourde quant à ce qui concerne l'aspect purement humain de la question, le médecin devra bien étudier le caractère évolutif de chaque problème et obtenir une anamnèse aussi détaillée que possible. S'il est certain de la congénitalité de l'affection en cause, s'il est certain qu'une réponse affirmative serait désastreuse pour la future mère, il

devra plutôt, je crois, en faire part à un membre responsable de la famille plutôt qu'à la jeune fille elle-même à moins qu'il ne soit directement chargé de ce pénible devoir.

Une deuxième conclusion qui semble s'imposer est la suivante: sauf en ce qui concerne les polynévrites, le pronostic dans les affections nerveuses tout aussi bien existant antérieurement à la grossesse que celles déclenchées par l'état gréviste ou les suites de couche, ce pronostic doit être excessivement réservé et ne doit pas être donné trop hâtivement après le début ou l'aggravation du syndrome.

Troisièmement, bien que le traitement par le di-phényl-hydantoïlate-sodique ait totalement altéré l'évolution des syndromes de grand mal épileptique, il ne faut pas se montrer trop tranchant dans son attitude et songer que nos connaissances actuelles nous permettent de croire que l'hérédité a encore un grand rôle qui lui est assigné dans l'apparition de cette maladie nerveuse de même que dans celle de beaucoup d'autres, chez les descendants.

Enfin, une fois de plus, on doit retenir que les facteurs de la vitamine B conservent actuellement et semble-t-il à bon droit une place de première importance dans la thérapie des syndromes d'ordre neurologique.

Finalement, pour une fois en médecine, il n'est pas facile d'appliquer dans ces cas l'aphorisme médical « *sublata causa tollitur effectus* » et le médecin doit assister souvent impuissant aux ravages sur lesquels il a malheureusement souvent très peu d'emprise.

**Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord**

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 71 — N° 8

Montréal, août 1942

**LE SYNDROME
POST-COMMOTIONNEL**

Des incidents et des complications cliniques qui se montrent à la suite des traumatismes crâniens, il n'y en a pas de plus troublants que ceux qu'on a groupés sous la dénomination de « syndrome subjectif des traumatisés du crâne » magistralement décrit par Pierre Marie en 1916. Les médecins de langue anglaise les désignent plutôt par « syndrome post-commotionnel ».

A tout événement, ce qui rend difficile l'étude de ce syndrome et son appréciation exacte chez les malades, c'est par-dessus tout le caractère subjectif des troubles et leur ténacité chez certains sujets.

Nous pourrions ajouter aussi qu'un fort contingent des blessés du crâne réclament une indemnité et que leur état psychologique, découlant de l'occasion qui s'offre soit d'exploiter pécuniairement l'accident, soit de satisfaire des griefs fondés ou non, concourt à créer des plaintes de simulateur ou de « procédistes » chez les premiers, les fait naître ou les entretient par inquiétude, par état passionnel même, chez les seconds.

Il n'en reste pas moins vrai que le syndrome possède une entité réelle et quand un malade, ayant subi un traumatisme crânien important avec ou sans fracture du crâne, relate, sans être « pistonné », les éléments du syndrome, on doit lui donner confiance et ne pas le classer d'emblée dans la catégorie des simulateurs ou des hystériques, ou dans celle des revendicateurs.

Quels sont ces éléments?

De la céphalée, des vertiges subjectifs sans perception de déplacement des objets environnants et habituellement sans nystagmus, se manifestant particulièrement quand le malade se déplace; de l'insomnie; de la fatigabilité physique et psychique; de l'hyperémotivité avec tendance dépressive. On trouve aussi une certaine instabilité de la pression artérielle et de la fréquence des battements du cœur.

Ces accidents sont habituellement passagers et personne ne s'en plaindra. D'autre part, ils n'interviennent pas systématiquement dans tous les cas de traumatismes crâniens avec commotion. Cependant que chez certains blessés ils persistent avec une ténacité déconcertante et réduisent à des degrés variables leur capacité de rendement.

Et cette diversité dans l'allure du syndrome post-commotionnel n'aide pas à la connaissance exacte du mécanisme des troubles déclenchés. La constitution neuro-psychiatrique du sujet intervient sûrement pour une certaine part.

Ici, comme pour bien d'autres syndromes généralement transitoires et à manifestations subjectives, on peut grouper les avis des auteurs en deux grandes classes.

Il y a d'abord les partisans d'une pathogénie strictement fonctionnelle, soit qu'on croie à une origine psychogénique des accidents, soit qu'on admette que ces derniers dépendent plutôt de perturbations physiques, surtout vaso-motrices, mais sans substratum organique.

Mais c'est la théorie organiciste, lésionnelle qui rallie la grande majorité des auteurs; elle comporte cependant, dans la grande majorité des cas, des lésions passagères ou réversibles.

Ainsi, Temple Fay¹ attribue une importance primordiale à l'hypertension intracrânienne causée par l'ébranlement cérébral. Elle amènerait par elle-même des troubles nerveux et même des lésions cérébrales

1. *Annals of Surgery*, 101: 76 (janvier) 1932.

secondaires capables de les entretenir et même d'en créer d'autres. Aussi cet auteur conseille-t-il une thérapeutique de désydratation par la réduction des liquides ingérés durant la phase aiguë et un régime alimentaire de restriction relative des liquides pendant une période d'environ 3 mois. Selon cet auteur et d'autres qui l'ont appliqué², ce régime réduirait manifestement la durée de l'hospitalisation, de l'inactivité et la fréquence du syndrome post-commotionnel.

Penfield³, sur la foi de constatations visuelles faites au cours d'opérations, est d'avis que la céphalée post-commotionnelle et même certains autres éléments du syndrome, surtout les étourdissements, sont dus à des adhérences arachnoïdo-durémériennes consécutives à de petites hémorragies survenues entre ces deux feuillets méningés. Ces adhérences provoqueraient, à l'occasion des changements de position de la tête, soit des tractions sur les zones sensibles de la dure-mère, d'où la céphalée, soit des tiraillements sur le cerveau lui-même, d'où les vertiges.

Cet auteur, pour éliminer ces adhérences, recourt à l'insufflation d'air par voie lombaire; par des positions circonstanciées de la tête du sujet, il dirige l'air de l'espace sous-arachnoïdien cérébral vers le siège des adhérences. L'air passerait de l'espace sous-arachnoïdien dans l'espace sous-dural par des déchirures accidentelles de l'arachnoïde et dès lors repousserait la masse cérébrale vidée de son liquide ventriculaire au cours de la ponction lombaire et romprait les adhérences qui reliaient l'arachnoïde déplacée avec le cerveau, à la dure-mère.

Enfin, le plus grand nombre des auteurs croient que les éléments du syndrome sont rattachables à des lésions, le plus souvent réversibles, des centres neuro-végétatifs supérieurs: région hypothalamique, parois des 3^e et 4^e ventricules⁴.

Ces lésions engendreraient des phénomènes d'ordre neuro-végétatif, dont les perturbations vaso-motrices sont les plus apparentes et probablement les plus importantes dans la genèse des symptômes ressentis par les malades: céphalée, vertiges, instabilité du pouls et de la pression artérielle, etc. Des examens histologiques furent effectués, on procéda à des investigations cliniques des fonctions neuro-végétatives et ils démontrèrent le bien-fondé des allégations. Aussi, la thérapeutique recherche-t-elle à agir sur le système neuro-végétatif. Elle comporte surtout le repos, l'emploi de sédatifs et de substances régulatrices de ce système.

Tout dernièrement, un auteur américain⁵ affirma qu'il avait obtenu des résultats très encourageants de l'emploi de la Prostigmine chez les sujets où le syndrome s'était avoué rebelle à tout autre traitement.

La Prostigmine est une substance qui agit sûrement sur le système neuro-végétatif. Son action est à prédominance vago-mimétique. En plus, elle paraît posséder une influence réelle sur le métabolisme de l'acétylcholine du tissu nerveux en intervenant sur l'activité d'une estérase qui détruit ou amoindrit l'effet de l'acétylcholine aux synapses et aux jonctions myo-neurales.

Quoi qu'il en soit, elle est un agent vasodilatateur réel et ce serait vraisemblablement par cette action qu'elle pourrait déterminer un allégeage du syndrome post-commotionnel.

Les otologistes l'emploient couramment dans le traitement des bourdonnements d'oreilles et des étourdissements de l'otite dite scléreuse. Et c'est sans doute en rectifiant la circulation locale qu'elle atténue ces phénomènes auriculaires, tout comme elle le ferait dans le syndrome que nous étudions. Il s'agit d'une thérapeutique simple qui vaut la peine d'être essayée chez les traumatisés du crâne à syndrome subjectif tenace qui ne peuvent, de ce fait, reprendre toute leur activité productive.

Roma AMYOT.

2. M. M. Scott: *Arch. Neur. Psy.*, 40: 605 (septembre) 1938.

3. *Arch. Neur. Psy.*, 36: 75 (juillet) 1936.

4. Minkowski: *Rev. Neurol.*, 1: 1177 (juin) 1933.

J. Y. Malone: *J. A. M. A.*, 119: 861 (11 juillet) 1942.

5. J. Y. Malone, *loc. cit.*

VARIÉTÉS

LA MACROBIOTIQUE À TRAVERS LES ÂGES¹

Par **Louis BOURGOIN, I. C.**,
Professeur à l'Ecole Polytechnique de Montréal.

C'est dans le cadre sobre et élégant du Cercle Universitaire qu'avait lieu encore cette année le Banquet Annuel de la Société Médicale de Montréal, sous la présidence du docteur G.-L. Prud'homme.

L'invité d'honneur, ce soir-là, était M. Louis Bourgoïn.

M. Bourgoïn est à la fois un chimiste et un lettré. A cela rien d'étonnant, car « Toute Science, touche à l'Art par quelques points, tout Art a son côté scientifique: le pire savant est celui qui n'est jamais artiste; le pire artiste est celui qui n'est jamais savant » (Trousseau, Introduction à la clinique).

Présenté par le docteur Paul Letondal, secrétaire général de la Société Médicale, le conférencier fut remercié par le docteur Adélarde Groulx, vice-président de cette Société.

N.D.L.R.

*

* *

Si l'on voulait faire créance aux mauvaises langues, la macrobiotique serait simplement l'inverse de la médecine. La pratique de celle-ci aboutirait à faire mourir les gens, tandis que la recette de celle-là en prolongerait l'existence. Vous remarquerez tout de même que la macrobiotique², qui est proprement l'art de prolonger la vie, peut se situer en dehors de la médecine et de l'hygiène, ce qui rend son exercice accessible aux illuminés, aux savants, aux charlatans autant qu'aux médecins.

1. Causerie prononcée le 18 juin 1942, au Cercle Universitaire, sous la présidence d'honneur de l'honorable Henri Groulx, Ministre de la Santé et du Bien-Etre Social, lors du banquet annuel de la *Société Médicale de Montréal*.

2. Le mot macrobiotique a été introduit dans le langage par le célèbre médecin allemand Hufeland, au XVIII^e siècle, qui, en 1796, fit paraître à Iéna: *L'art de prolonger la vie des hommes*.

Je ne chercherai pas à dégager pour quel motif les hommes, depuis qu'ils sont sur terre, font tant d'efforts pour vivre longtemps. Disons, pour aller vite, qu'ils sont victimes de la fameuse théorie de l'insatiabilité de nos désirs découverte par saint Thomas, mais pratiquée bien avant son époque.

A l'orée de la civilisation, quand Adam n'avait pour s'abîmer le tempérament que le serpent, Eve et sa pomme, les risques de casse étaient limités et il put fort bien vivre 930 ans. Si quelques autres après lui renouvelèrent sa prouesse, tel Seth qui vécut 912 ans et le barbu Mathusalem 969, il est notoire que la durée de la vie humaine s'est considérablement abrégée surtout lorsqu'on a su faire usage des calendriers pour fixer l'état civil. Durer 100 ans, beau chiffre rond, est une ambition accessible aux hommes ordinaires. Etre plus que centenaire est devenu une rareté à cause, disent certains, du développement de la civilisation qu'il est de bon goût de maudire tout en profitant de ses bienfaits. On est d'accord cependant pour constater que la durée moyenne de la vie des individus s'est augmentée depuis l'antiquité. Le nombre des centenaires vrais semble être soumis à une loi statistique immuable, car on en déniché toujours quelques-uns dans tous les siècles. Contentons-nous d'en citer deux qui ont vécu en des époques distantes: Théophraste, le successeur d'Aristote qui enseignait encore la philosophie à l'âge de 100 ans, et le chimiste français Chevreul qui trottait encore à l'âge de 103 ans dans son laboratoire et dans les rues de Paris, au siècle dernier.

La préoccupation de vivre vieux semble hanter chacun de nous au fur et à mesure que nous vieillissons et les jeunes qui tempêtent

périodiquement contre la gérontocratie deviennent toujours des vieillards intransigeants, tenaces et tyranniques. L'histoire de la macrobiotique s'incorpore dans celle de l'humanité. De tous temps, l'homme s'est montré friand d'utopies et il est toujours content de nourrir des espoirs même saugrenus. Ses désirs sont d'ailleurs entretenus, justifiés et renouvelés en partie par les conquêtes successives et magnifiques que l'esprit gagne sur les éléments naturels. Il s'ensuit que l'on ne sait plus à quel point nos prétentions deviennent des audaces chimériques.

En vous signalant, du coq à l'âne, sans ostentation scientifique, quelques-uns des moyens qui ont été les plus vantés comme propres à prolonger la vie, vous ne manquerez pas d'apercevoir dans mon exposé un ordre qui suit de très près les conceptions philosophiques, les observations médicales ou les découvertes biologiques apparues aux différentes époques. Je n'ai pas besoin d'insister à vous dire combien la question de la prolongation de la vie est complexe. Il existe bien là un problème biologique passionnant pour les savants, inquiétant pour les gens qui ne veulent pas capituler devant l'inéluctable et menaçante sénilité, angoissant pour le plus grand nombre de ceux qui veulent jouir éternellement des biens de la terre et c'est aussi un problème vital pour les charlatans assoiffés d'or et d'honneurs.

De tout temps il y a eu des *macrobes*, pour beaucoup on a exagéré leur âge afin de laisser à l'histoire des légendes fabuleuses qui deviennent historiques, mais toujours les centenaires ont été l'objet d'hommages et d'honneurs publics, tel ce pauvre anglais du nom de Thomas Parre (Old Parr) qui, né en 1423 battait encore son blé à l'âge de 130 ans. S'étant remarié à 120 ans, cela incita le roi Charles 1^{er} à faire sa connaissance. On fit venir à Londres le vieux Parr. Le souverain le traita si royalement que le bonhomme mourut, en 1635, à l'âge de 152 ans et 9 mois. Avec un jeu de rosse Flourens remarque qu'il est plutôt mort d'accident que de mort naturelle. Ce phéno-

mène eût l'honneur d'être autopsié par William Harvey et ses restes se trouvent au milieu des rois et hommes célèbres de l'Angleterre, à l'abbaye de Westminster. Seulement Thomas Parr n'a laissé aucune formule ou recette de longue vie, son expérience est demeurée égoïste et Harvey lui-même n'a pas trouvé que son corps fut différent de celui des autres hommes.

Vous savez sans doute qu'il existe une loi biologique (Flourens) qui pose que la vie d'un animal dure 5 fois le temps de sa croissance, en dehors de toute excitation artificielle ou accident. Pour nous, si l'on fixe à 23 ans le moment de la perfection de croissance, à l'osséification des jointures, 115 ans devrait être la durée de la vie dans la perfection biologique. L'homme est donc loin de cette mathématique et il doit être un animal bien singulier puisque l'on compte à peine un individu sur 100,000 qui devienne centenaire. Biologiquement, nous sommes donc la proie d'une mort prématurée. Les égyptiens s'en étaient déjà aperçus et ils croyaient fermement qu'ils pouvaient vivre plus vieux sous leur climat peu salubre en suant copieusement tous les jours et en se faisant vomir une ou deux fois chaque mois. La formule de politesse égyptienne « comment suez-vous » témoigne toujours de cette préoccupation. Le nettoyage de la tuyauterie est demeuré longtemps une des méthodes faciles pour se tenir en santé, et sous Louis XIII on donnait plaisamment des « clysters de précaution ».

Chez les anciens Grecs, on professa de bonne heure que l'exercice constant était le plus sûr moyen à prendre pour prolonger l'existence. De là est née la gymnastique et, pendant longtemps, les maîtres de Palestre furent plus écoutés que les médecins. Dans les gymnases on fit de la chirurgie, de la médecine autant que des mouvements. Hérodicus de Selymbrie, maître de Palestre qui vivait un peu avant Hippocrate, se rendit célèbre pour avoir préconisé la santé par l'exercice. On dit qu'il fut aussi, avec Eurypton de Cnide, l'inventeur des régimes. Hérodicus faisait marcher et suer

tout le monde, au sens propre, et sur des malades atteints d'affections chroniques il obtint beaucoup de succès. Il fit par contre claquer tant de fiévriers et de vieillards cacochymes que Platon lui en fit amèrement le reproche, l'accusant même de déloyauté envers de pauvres diables qu'il forçait à supporter jusque dans un âge très avancé une vie précaire et peu plaisante.

On trouve que Plutarque a enseigné l'art de conserver et de prolonger la vie. Certains préceptes ont chez lui leur origine, tels que « tenir la tête fraîche et les pieds chauds », « faire souvent la diète pour avoir le ventre libre » et « ne pas sacrifier le corps à l'esprit ». De bonne heure est née la *gérokômique* ou la méthode de prolonger la vie des vieillards en leur procurant une force et une nouvelle jeunesse par le maintien dans la même atmosphère que des jeunes, frais et dispos. Vous savez que, d'après le Livre des Rois, le saint Roi David, alors qu'il était vieux, fut réchauffé au lit par le contact d'une jeune vierge. L'empereur Tibère eût à combattre une décadence sénile par le moyen de l'action du flux vital. Au 16^e siècle, le savant astronome Tycho-Brahé ne dédaigna pas cette pratique. Il en fit usage en se couchant entre deux jeunes filles. Il mourût néanmoins d'une rétention d'urine à l'âge de 55 ans en 1601. Le grand médecin hollandais Boerhaave, au siècle suivant, n'hésita pas à ordonner le même traitement à un vieux bourguemestre d'Amsterdam; il nous dit que cette manière de sandwich fit recouvrer la santé, la gaieté et la force à son patient. Je vous laisse le soin, messieurs, de fixer à partir de quel âge cet accord tripartiste devient une position de tout repos.

Les romains et les grecs croyaient aussi à la haute efficacité de l'aspiration d'une haleine fraîche et saine, et si la publicité des gommages à mâcher ne s'est pas encore emparée de la recette pour atteindre à la longévité c'est que les agents publicitaires ignorent que Claudius Hermippus vécut 115 ans alors que, directeur d'une école de filles à Rome, il s'exposait tous les matins et tous les soirs au souffle de vier-

ges jeunes et naturellement innocentes. Les anciens voyaient dans le *souffle* la matière première de la vie.

Ces fantaisies toutes issues de principes admis étaient à peu près sans dangers. Leur pratique se maintint jusqu'au moyen-âge, époque où les choses se compliquèrent du fait de l'inquiétude et de la confusion des idées car, avant l'enfantement du monde moderne, les idées les plus bizarres, les plus extravagantes et monstrueuses créations de l'esprit, les superstitions les plus intolérantes eurent cours dans toutes les classes de la société. Il suffisait d'être obscur et autoritaire pour faire croire aux ignorants inquiets les choses les plus invraisemblables. Ce fut l'âge d'or des charlatans. On ne parlait que de forces occultes, d'ensorcellement, de sympathie des corps, de la pierre des sages. C'était la belle époque de la chiromancie, de la kabale extraite des livres indéchiffrables de l'Égypte. L'alchimie toute entourée de mystère basait ses raisonnements sur la philosophie hermétique et plus on était obscur, plus on paraissait savant et redoutable. Devant non pas tant de ténèbres, mais tant de mystères, de problèmes mal posés on croyait ferme à la possibilité de conserver la vie, secret perdu depuis l'antiquité historique et, comme on observait des changements dans la matière soumise aux opérations des alchimistes, on pouvait bien croire aux transmutations. En distillant des corps on remarquait que la quantité de matière allait toujours en diminuant, on en concluait que la vie était captive dans les alambics et qu'à force de patience, on isolerait la quintessence qui devait être l'élixir de longue vie. Jusque vers 1800 les alchimistes cherchèrent la pierre philosophale qui devait transmuter les métaux vils en métaux précieux, la panacée ou le remède universel à toutes les maladies et l'élixir de longue vie. Le moine Roger Bacon, au XII^e siècle, qui fut un bel esprit et un grand précurseur, dans son « Traité des secrets de l'art et de la nature » (réédité à Lyon en 1557) recommandait pour prolonger l'existence des préparations d'or, des perles et pierres précieuses

en dissolution, de l'ambre, des bézoars comme l'acide antimonieux, les concrétions d'animaux malades comme les pierres de pore, le nacre de perle, les yeux d'écrevisse, l'agaric minéral, etc., en l'espèce du carbonate de chaux. Il cite avoir vu la comtesse Desmont qui vécut 140 ans grâce à la consommation de la liqueur d'or. Cette antique douairière aurait fait trois dentitions et deux pousses de chevelure. Bacon avait tellement confiance en l'élixir de longue vie ou liqueur d'or que, pour obtenir sa grâce et son élargissement de la prison, il écrivit à l'intention du Pape Nicolas IV « Des moyens d'éviter les infirmités de la vieillesse ». Il conseillait au Souverain Pontife de boire de « l'or potable ». La préparation était faite d'une dissolution d'or dans l'eau régale de l'époque¹ additionnée d'alcool de romarin. Il suffisait d'en boire tous les jours quelques gouttes dans un verre d'eau. La formule d'un autre élixir de longue vie traina longtemps dans les pharmacopées sous le nom de *liqueur dorée* ou élixir de quinquina et de safran². préparation originelle stipulait qu'il fallait y ajouter une dissolution de sucre dans de l'eau de vie dans laquelle on devait plonger 30 fois une pièce d'or rougie au feu. Je crois la première recette plus héroïque pour ingurgiter de l'or. La thérapeutique a fait mieux sans prétendre allonger la vie très longtemps. Ceux d'entre vous qui ont subi la mode des injections d'or colloïdal se souviennent de la violence des réactions qui auraient bien laissé croire aux médecins du moyen-âge qu'ils étaient sur la voie du succès.

Il n'est pas invraisemblable de penser que dès le XII^e siècle les alchimistes pratiquaient la distillation des liquides fermentés pour obtenir les eaux ardentes, l'esprit de vin, bref l'eau de vie qui devint plus tard le véhicule

1. *L'eau prime* était de l'acide nitrique, fabriquée par Albert le Grand, et, servant à séparer l'argent de l'or — *l'eau seconde* était une sorte d'eau régale (eau royale) faite de 4 parties d'eau prime et une partie de sel ammoniac.

2. Ne pas confondre avec la Liqueur d'or ou Eau de vie de Dandzig qui est une liqueur alcoolique ou Kummel contenant un excès de mou qui cristallise en petits cubes; dans la liqueur on ajoute quelques feuilles d'or pur battu.

d'un grand nombre de préparation nommées *Elixir*, mot emprunté de l'arabe et qui signifiait pierre philosophale, ou substance la plus fine, la plus pure extraite des corps. L'ère des Elixirs de longue vie serait bien amusante à conter. Tous ont une histoire et des titres de noblesse es-thérapeutique, tels que l'Eau de mélisse des Carmes Deschaussés qui, depuis 1611, fut un peu la panacée chère aux vieilles demoiselles et aux dames concierges; l'Elixir de Garus, formule rajeunie de l'Elixir propriatatis de Paracelse, ce médecin fameux que je baptise volontiers *l'as des charlatans* tout en lui accordant une réelle valeur comme chimiste. Philippe Auréolus Theophrastus Paracelsus Bombastus ab Hohenheim est né en Suisse en 1493. Il fit son éducation en parcourant l'Europe en quête de recettes et de secrets. Esprit original, certes, il voulut ne pas faire comme tout le monde et se mit à étudier dans les mines pour surprendre les secrets de la nature. Sa grande force fut l'insolence et le mépris des Ecoles; il se disait être le premier médecin et philosophe du monde et déclarait que la médecine des autres était une illusion des démons. Pour lui, la longue vie était d'au moins 600 ans, jusqu'à 900 et 1000 ans même, et il prétendait posséder la « pierre de l'immortalité ».

On croyait ferme à cette époque que le corps humain était composé de mercure, de soufre et de sel, ces termes étant employés avec leur signification alchimique, c'est-à-dire que le *mercure* ou l'humide était la substance subtile, le *soufre* ou le chaleur était l'huile inflammable qui sortait après l'esprit dans la décomposition ou la distillation des corps; le *sel* ou la sécheresse donnait la consistance et la saveur. Le raisonnement de Paracelse était le suivant: puisque durant la vie il se dégage de la chaleur c'est que le soufre brûle; il suffit donc de le remplacer par des élixirs qui en contiennent, préparés en retirant l'essence des êtres ou la quintessence. Son grand remède était un soufre végétal (qu'il ne faut pas confondre avec le soufre des artificiers qui est la poudre de lycopode), ou Elixir de pro-

priété composé de teinture de myrrhe, teinture de safran, teinture d'aloès et d'acide acétique ou sulfurique ou bien du carbonate de potasse quand on le voulait alcalin. Ce n'était pas très malin et on comprend que malgré son culot et ses engueulades, Paracelse mourut comme beaucoup à 48 ans, à l'hôpital de Salzbourg. Rendons justice quand même à la mémoire de celui qu'on a désigné le « Luther médical » en disant que Paracelse a introduit la médication chimique en thérapeutique, osant employer l'antimoine, le soufre vrai et l'arsenic.

L'usage des Elixirs ou liqueurs de longue vie s'est prolongé pendant des siècles, entretenu par une publicité habile, bien habillée de légendes confuses mais pleines d'espoir. Il se vendait des sels sidéraux, des teintures d'or, des essences d'esprit de sel avec une phraséologie alléchante. Citons, après l'introduction du thé en Europe, le *Thé de vie* du comte de Saint-Germain, au milieu du 18^e siècle, qui était simplement fait de bois de santal, de feuilles de séné et de fenouil. Et tant de préparations qui sont entrées dans la médecine populaire et sur lesquelles médecins et pharmaciens n'ont plus aucun pouvoir. Heureusement que leur consommation ne présente pas de dangers graves. Citons l'Elixir de longue vie suédois, l'Essence de vie du chevalier Trefschmidt ou celle de Rozenweig, préparations dont le nom seul est purgatif, on y trouve toujours de l'aloès, de la gentiane, du safran de l'agaric, de la rhubarbe, de l'alcool et parfois de la vieille thériaque, du quinquina, de la cascarille. Avec du miel au lieu d'alcool, Parisel en fit les pilules de longue vie qui se vendaient argentées. Le plus célèbre de ces élixirs fut lancé par le charlatan italien Cagliostro qui vécut entre 1743 et 1795. C'était un stomachique au quinquina, canelle, safran, orange amère, alcool et vin. Le comte Alexandre de Cagliostro, ou l'homme merveilleux, de son vrai nom Balsamo, répétait le truc de la pièce d'or rougie au feu et trempée dans du sucre.

C'est aussi durant cette période des 15^{ième},

16 et 17^e siècles qu'apparurent des préparations compliquées faites de la macération d'un grand nombre de plantes dans de l'alcool et dont le type est l'Elixir de vie de Matthioli, la recette comprend 22 plantes aromatiques, plus de l'ambre gris et du musc. Sont demeurés célèbres et de vente lucrative, les Elixirs de la Grande-Chartreuse, Bénédictine, l'Eau d'arquebusade des Frères Maristes d'Italie, etc. Ces liqueurs n'ont plus d'autres prétentions aujourd'hui que d'être digestives.

A la fin du 16^e siècle, le chancelier François Bacon s'intéressa au problème de la prolongation de la vie. Il émit des idées neuves basées sur la conception que la vie était une flamme qui brûle, dont la combustion était activée par l'air environnant. Pour se préserver de la décomposition lente résultant de ce phénomène, Bacon recommandait des bains froids, des frictions faites avec des huiles aromatisées. Pour modérer la décomposition intérieure, il fallait la tranquillité de l'esprit, un régime tempérant et l'usage des opiacés qui, en ralentissant les mouvements, diminuait l'usure. Pour s'opposer à la dessiccation des suc vitaux que l'âge amène, le mieux était de se soumettre tous les deux ou trois ans à la diète et d'évacuer du corps toutes les humeurs viciées, puis, par un régime réconfortant, de remplir les vaisseaux de suc vivants, neufs; le tout aboutissant à la rénovation et au rajeunissement. Ces conseils étaient trop sages pour être monayés et manquaient des éléments surnaturels dont l'esprit des gens était friand à cette époque. Bacon mourut malgré tout cela, sans miracle, à 65 ans.

En même temps que des charlatans plus ou moins conscients, des savants inconscients qui vendaient des préparations alchimiques pour faire vivre vieux, opéraient une autre classe de savants charlatans, peut-être encore plus convaincus et écoutés que les alchimistes: les *astrologues*. Si les chimistes pouvaient au moins empoisonner les individus pour mériter salaire, les astrologues furent beaucoup plus subtils en ne vendant que des paroles et parfois des calendriers. Les astrologues ont tou-

jours joui d'un prestige très grand pour faire avaler des couleuvres aux rois et aux gens de toutes les classes. Quand il leur arrivait de se tromper, dans 90% des cas les puissants leur faisaient couper le cou et les remplaçaient par un autre — dans le peuple on trouvait toujours une explication pour excuser leur erreur. Pour les astrologues du moyen âge, la longévité était attribuée à la conjonction des étoiles humides et du signe de la Vierge. Cela fait en somme une belle image. Chacun ayant sa planète et sa constellation, connaissant la date, l'heure et la minute de la naissance, les initiés pouvaient annoncer le tempérament, la capacité intellectuelle, les accidents et maladies et aussi le jour de la mort. Ce déterminisme faisait l'objet d'études spéciales dans les Universités et les Tables de nativité étaient dressées avec des soins laborieux.

Un des astrologues les plus célèbres en prédiction et en macrobiotique vivait au 17^e siècle à Berlin. Aussi chimiste, chirurgien, faiseur de calendriers, imprimeur, sa réputation couvrait toute l'Europe. Il recevait des messages, même d'Angleterre, lui indiquant l'heure exacte de la naissance d'enfants, il en tirait un horoscope que les parents n'hésitaient pas à payer fort cher. Thurneisen fit une fortune considérable comme conseiller technique en macrobiotique parce que pour prolonger la vie, du moment que l'on savait par quel astre on était influencé, il suffisait d'en annihiler l'influence par son contraire. Thurneisen conseillait alors de changer de lieu, de manger ou boire des aliments et boissons choisis ou préparés sous l'influence de planètes contraires. C'était fort compliqué et il fallait autant de doigté que de toupet pour commander aux gens toutes sortes de singeries.

Ficinus, qui écrivit un « Traité sur la prolongation de la vie », recommandait de consulter un astrologue au moins tous les 7 ans afin d'apprendre les dangers menaçants dans les 7 années à venir. Celui-ci entretenait la clientèle et recommandait les préservatifs contre la mort tels que l'or, l'encens et la myrrhe.

Il y eût aussi les talismans et les amulettes aux formes les plus bizarres: (médailles faites d'ailliages de métaux choisis sous le signe des constellations). Les combinaisons étaient nombreuses et individuelles, ce qui en augmentait le prix. On peut suivre ces pratiques jusqu'à la fin du XVIII^e siècle. Cagliostro acquit dans ce domaine une réputation qu'il sut maintenir longtemps.

A ces remèdes fatalistes et externes s'ajoutaient des interventions plus ou moins audacieuses *in vivo*. Bien avant le 16^e siècle, les purges et saignées furent l'objet de dissertations savantes en vue de forcer les gens à vivre longtemps. Toute personne riche et respectable avait son médecin, son chirurgien et son apothicaire, chacun étant chargé de besognes bien définies. Est-il besoin de rappeler les abus que l'on faisait subir aux patients? Louis XIII, dans les dix derniers mois de sa vie, dût subir 47 saignées, avaler 215 purges et recevoir 210 lavements, dans le but de prolonger son existence. On tenait des raisonnements qui semblaient pleins de ce bon sens qui fait plaisir aux masses mais qui entretient trop souvent l'erreur. Il faut saigner disait-on pour enlever le vieux sang afin qu'il s'en refasse du neuf; « n'est-il pas vrai que plus on tire d'eau croupie d'un puits plus il en revient de la bonne » ?

Depuis longtemps la théorie des humeurs était acceptée et on cherchait par tous les moyens à influencer sur les humeurs véhiculées dans l'organisme. L'histoire nous dit que dès 1492 le Pape Innocent VIII voulut échapper à la mort en se faisant injecter du sang de trois jeunes gens. Il en mourût, mais l'idée ne parût pas absurde et timidement on songeait qu'il serait possible un jour de vider le corps d'un vieil homme pour y remettre du sang plus jeune en circulation. Cette audace fut essayée en Angleterre d'abord sur des animaux vivants. On prit des moutons, des veaux, des chevaux vieux, sourds et à demi-paralysés, on leur fit une abondante saignée et on réinjecta du sang d'animaux en santé. Les animaux vécutrent quelque temps, assez pour justifier que la

méthode n'était pas mauvaise. On expérimenta même en injectant à des animaux craintifs du sang d'animaux féroces. C'est que, après la magnifique découverte de Harvey (en 1628) sur la circulation, les physiologistes faisaient des expériences sur des animaux dans l'intention d'essayer un jour sur l'homme l'injection des médicaments dans le torrent sanguin. Ce fut l'origine de la médication intraveineuse.

On prétend que Folli, en Italie, pratiqua la première transfusion vraie en 1654. On est plus certain que Denis de Montpellier, en 1667, fit une transfusion sur un jeune homme de 16 ans atteint de léthargie après avoir subi 20 saignées. Denis lui injecta du sang d'agneau. Il obtint un succès, le malade ne mourut pas. Fort de ce résultat, d'autres s'essayèrent; par exemple, on injecta du sang de veau à des aliénés avec l'espoir d'en venir par ce procédé à rejeunir les vieillards... Mais, après des tentatives plus ou moins réussies en Italie, de transfusions vraies d'homme à homme, faites par Fracassati, Riva, Manfredi, la pratique naissante fut condamnée et interdite pour longtemps, ainsi que la médication par injection intraveineuse, qui ne réapparût pas avant la fin du 19^e siècle.

L'accès au système sanguin étant interdit aux chirurgiens, les macrobiologues qui n'étaient plus intéressés aux banales interventions de médication par les ouvertures naturelles du corps, placèrent leurs espoirs ailleurs, dans la grande découverte scientifique du 18^e siècle: l'électricité.

En 1766, François Mesmer soutenait à Vienne, pour l'obtention du grade de docteur en médecine, une thèse intitulée: « De l'influence des planètes sur le corps humain ». Il rattachait les lois de la physiologie à l'attraction newtonienne. Pour lui le système nerveux était spécialement influencé par le fluide subtil qui remplit l'univers. Vers 1772, Mesmer, de concert avec un astronome, le jésuite Hell, entreprit des recherches sur les vertus médicales de l'aimant minéral dont les physiciens parlaient beaucoup. Il fut conduit à l'idée qu'il devait exister dans la nature, une force

analogue à celle de l'aimant et il imagina le magnétisme animal dont il essaya les effets en médecine. Ayant eu quelques succès dans ses cures magnétiques, il publia sa découverte en 1775 et fonda à Vienne un hôpital pour perfectionner sa méthode. Comme il devint vite assez encombrant on le fit partir de Vienne et, en 1778, il vint s'installer à Paris pour exploiter le Mesmerisme, méthode scientifique basée sur le magnétisme animal pour traiter toutes les maladies, depuis les paralysies jusqu'aux maux de dents et prolonger l'existence des hommes. Mesmer se révéla lui-même être un aimant pouvant magnétiser les autres personnes et les choses par des attouchements ou par son regard. Avec cette force singulière il pouvait, moyennant finance, distribuer à volonté la santé, la sagesse et la longue vie. Son premier hôtel, Place Vendôme, fut vite achalandé. L'atmosphère de curiosité et de science amusante qui régnait dans les salons de la capitale française était propice à l'éclosion d'un engouement fanatique. Mesmer eût vite une vogue extraordinaire chez les gens du monde, surtout chez les femmes que son accent germanique, l'élégance autrichienne et ses manières, et ses attouchements magnétiques faisaient pâmer. Il rallia même quelques médecins à sa doctrine et son succès devint tel qu'il s'installa somptueusement à l'hôtel Bullion où il imagina son fameux baquet pour traiter plus de monde en même temps.

Le « baquet » merveilleux de Mesmer devint à la mode et eût beaucoup de petits. C'était une cuve en chêne d'environ deux mètres de diamètre et un demi de hauteur. Il renfermait de la limaille de fer, du verre pilé, de l'eau. Sur ce lit était disposées un premier rang de bouteilles pleines d'eau, le goulot tourné vers le centre, puis un second rang de bouteilles, mais le goulot tourné en sens inverse; des tiges de fer ayant un bout recourbé sortaient du baquet qui était fermé par un couvercle. Mesmer chargeait son baquet de son fluide et 10 à 15 personnes pouvaient être magnétisées ensuite en s'appliquant les tiges de fer aux endroits malades ou en les tenant dans la main. Mes-

mer dirigeait le fluide selon la théorie des pôles de l'aimant. Ce truc fit fureur jusqu'en 1785. Mesmer était devenu l'homme de la Providence chargé de renouveler l'espèce humaine et de prolonger la vie. Le roi Louis XVI lui fit offrir la forte somme et une pension pour qu'il révélât son secret et ouvrit une clinique magnétique. Je vous fais grâce des détails financiers et mondains, des concerts à l'harmonica et au piano, nouvel instrument qui agrémentait les réceptions chez Mesmer pour dire la fin naturelle de toutes les opérations du même genre.

Devant la fortune grandissante et l'influence du Mesmérisme sur les gens, l'Académie des Sciences et l'Académie de médecine obtinrent en 1784 qu'une Commission royale examinât les choses du magnétisme. Franklin, alors à Paris, agit comme président et, malgré l'avis contraire de Monsieur de Jussieu et sans trop se compromettre pour l'avenir, la Commission émit l'avis que les pratiques de Mesmer n'avaient rien d'admirable et surtout qu'elles ne pouvaient pas aboutir à prolonger la vie. Interdiction fut faite à Mesmer de pratiquer sa méthode; mais il avait fait des disciples le Père Hervier et surtout le régent de la Faculté de Médecine, Deslon, qui fit donner un cours sur le magnétisme à la Faculté. Quant à Mesmer, il passa en Angleterre, mais ne réussit pas longtemps à faire chavirer les sens des anglais. A Paris, une figure aérostatique représentant un baquet: « le Vendangeur » s'éleva en brûlant dans les airs avec les mots « Adieu baquet, vendanges sont faites ». Mesmer mourut pauvre et ignoré en 1815 à 82 ans.

Vers la même époque fut lancé le « lit céleste » du docteur Graham. En couchant dans ce lit admirable, on recouvrait des forces vitales nouvelles, surtout des forces génératrices. Il en coûtait fort cher pour passer quelques heures enchantées dans le lit céleste qui, de ce fait, n'était accessible qu'aux gens riches ayant des loisirs. Ceux qui en sortaient contaient des histoires extraordinaires ayant subi toutes sortes de sensations. On faisait courir le bruit que l'homme assez riche qui aurait pu s'offrir

d'acheter le lit pour lui seul afin d'y passer ses nuits aurait *probablement* vécu aussi longtemps que les anciens patriarches. Mais le lit de Graham ne dura pas longtemps, des créanciers impitoyables le firent vendre à l'enchère. Le lit fut démonté et on trouva que le secret résidait dans un agencement de courants électriques qui faisaient frissonner les patients que l'on cuisinait savamment au moyen d'excitants aphrodisiaques, l'odeur de parfums, de la musique et autres apparitions ou sensations surprises. Tout cela sentait bien un charlatanisme sans vergogne.

Plus sérieuse fut la mode des régimes et les cures de rajeunissement. Depuis le régime de famine qui fit vivre Cornaro 100 ans, jusqu'à l'américain Sylvestre Graham qui pensait faire merveille avec son régime au pain entier tant vanté dans son journal « Santé et Longévité » publié à Boston en 1837, jusqu'aux croisades des végétariens contre les excès de table des carnivores, aux actions des Ligues antialcooliques, contre l'abus du tatar et autres produits de consommation et, bien que le Coran ait probablement un semblant de raison en enseignant que « Le régime est père des remèdes », il faut se résigner à constater que trop de cas s'opposent dans le domaine de l'alimentation selon des formules absolues, pour que l'on soit en droit de faire du régime ou du mode de vie, une pratique scientifique adéquate et suffisante aux fins de la macrobiotique.

Malgré les échecs successifs subis jusqu'au 19^e siècle pour prolonger la durée de l'existence, les hommes n'ont pas perdu l'espoir de trouver l'absolu, la panacée ou le procédé qui influerait sur les processus physiologiques pour accéder à la longévité avidement convoitée par le plus grand nombre.

Le travail des chercheurs nous livre toujours des trouvailles et ce qui devait arriver arriva, pour redonner, à la fin du siècle dernier, une orientation nouvelle à la macrobiotique.

En 1869, le physiologiste Brown-Séquard, parlant des tares physiques des eunuques, disait: « ces faits (les constatations ordinaires que vous connaissez) montrent clairement

que les testicules fournissent au sang, soit par résorptions de certaines parties du liquide fécondant, soit autrement, les principes qui donnent de l'énergie au système nerveux et probablement aux muscles... » « J'ai toujours cru que la vieillesse est en partie due à l'amoindrissement des fonctions du testicule... » Autrement dit, dès cette époque, Brown-Séquard avait conçu la pensée généreuse de rembourser les eunuques. En 1889, le célèbre expérimentateur démontrait l'existence d'une sécrétion interne du testicule et, qui plus est, n'hésita pas à s'injecter lui-même une petite quantité d'un extrait frais. Il déclara s'être senti rajeuni du fait de ce traitement. La découverte d'une sécrétion interne d'une glande connue pour sa sécrétion externe, ouvrait un nouveau chapitre de la biologie: l'endocrinologie. L'annonce d'une action physiologique d'un extrait glandulaire donnait un nouveau moyen thérapeutique: l'opothérapie. Le problème de la macrobiotique se trouvait reposé d'une autre façon. Au lieu de chercher à prolonger la vieillesse, on entrevoyait le moyen de rajeunir les vieillards. Chose beaucoup plus audacieuse et surtout plus amusante pour eux.

Afin de bien situer les espoirs, je vous rappelle, à propos de ce qu'on désigne maintenant sous le beau nom d'homme testiculaire, le test de Pézard ou de la crête de coq. (Hormone: j'excite (1905) Starling.) Si à un coq castré on injecte, fait ingérer ou applique sur la crête une petite quantité d'hormone mâle, on voit au bout de quelque temps la crête augmenter de surface, et même s'hypertrophier, si la dose d'hormone a été suffisante. En même temps, les glandes génitales accessoires atrophiées depuis longtemps reprennent leur volume normal et leurs fonctions. De ces constatations découle le raisonnement logique suivant: pour rajeunir un animal il suffit de régénérer ses glandes génitales. Continuons le raisonnement en suivant les progrès de la science. Puisque les hormones, substances excitantes, sont engendrées par des cellules vivantes, au lieu d'injecter des hormones pendant longtemps, pourquoi ne pas greffer tout simplement du

tissu spécifique dans l'organe à réveiller? Alexis Carrel n'a-t-il pas réussi des greffes véritables de quelques glandes endocrines sur les chiens et les chats par anastomose directe des vaisseaux? Vous voyez où je veux en venir. L'idée de greffe testiculaire remonte à 1767. Hunter avait tenté de greffer des testicules d'un coq à une poule — fantaisie comme une autre. La greffe animale fut répétée bien souvent mais sans succès réels, semble-t-il, jusqu'en 1917, époque à partir de laquelle le docteur Serge Voronoff réussit à faire de la greffe animale, puis humaine, en faisant vivre le greffon sur le porte-greffe. Vous savez sans doute que cet audacieux chirurgien ne se contente pas de transplanter un morceau d'organe d'un être vivant dans un autre. Il a trouvé, c'est là je crois sa grande originalité, le moyen de créer des conditions artificielles permettant, selon son expression, « une riche alimentation humorale de la glande aussitôt transplantée ». Je m'excuse, mais il est peut-être intéressant de résumer la méthode de Voronoff pour ceux qui l'aurait oubliée. Ma causerie prendra un peu d'allure scientifique et la macrobiotique ne perdra rien.

Pour créer les conditions permettant une alimentation humorale de la glande ou de sa partie transplantée, Voronoff a pensé profiter de la facilité avec laquelle se produit une hydrocèle à la suite d'un traumatisme sur les bourses. Afin de provoquer cet exsudat du plasma sanguin, il a tout simplement irrité la tunique vaginale du testicule en la sacrifiant légèrement au bistouri. Au lieu de transplanter un testicule entier, Voronoff procède en découpant des tranches du testicule, 4 ou 6, et il en place 2 ou 3 dans chaque tunique vaginale du testicule à greffer. Des examens histologiques périodiques faits par le professeur Ratterer ont confirmé qu'il y avait une véritable greffe et non pas une simple action opothérapique. Les résultats physiologiques de ces greffes furent manifestement intéressants sur de nombreux animaux. En 1920, Voronoff s'est risqué à faire des greffes humaines. Il lui a fallu d'abord trouver des greffons. Pour les

animaux, on prend à l'un et on donne à l'autre. Pour l'homme c'est un peu plus délicat. Il y aurait bien eu les condamnés à mort, mais il est probable que personne n'aurait consenti à se faire greffer des testicules d'assassin. Quelques personnes se sont offertes, mais le médecin a heureusement encore quelques scrupules et la législation manque de précision sur ce point de droit éminemment nouveau! Voilà bien un sujet pour un débat universitaire! Il y avait une autre solution. Dans la série animale nous avons un copain, biologiquement parlant, le chimpanzé. Sa constitution anatomique diffère très peu de la nôtre; son sang a la même composition que le nôtre et possède une formule globulaire identique; son cerveau est analogue au nôtre en ce point qu'il possède des hémisphères cérébraux assez développés pour recouvrir le cervelet, chose unique chez les animaux. Pour nous consoler, disons que le chimpanzé a un cerveau d'enfant. Biologiquement, des organes empruntés à ce singe anthropoïde doivent trouver dans notre corps des conditions de nutrition sanguine, un terrain anatomique et biologique adéquat. On savait que les hétérogreffés étaient voués à une nécrose rapide; le monde savant douta donc beaucoup que Voronoff puisse obtenir sur les hommes des succès aussi marqués que sur les animaux. On fit appel à l'histologie pour savoir si la greffe chimpanzé à homme devait être considérée comme hétérogreffe. Le professeur Retterer nous dit: « Voronoff a examiné les greffons de chimpanzé prélevés à un homme 15 mois après leur transplantation dans la tunique vaginale et il a constaté la survivance des cellules glandulaires sans trace de nécrose ».

Je ne parle pas des résultats, ils sont connus de tous. Il faut reconnaître qu'on assiste à des changements vers un rajeunissement. Disons, par contre, qu'à ma connaissance, le renglancement n'a pas encore fait de centenaire. Le problème de la longévité se repose donc périodiquement.

L'autrichien Steinach a pensé un moment avoir trouvé le secret de la vie éternelle en

rajeunissant les gens âgés, tout simplement en réduisant l'usure par stérilisation des glandes prodigues. Pour les femmes il proposait les rayons X et pour les hommes la ligature du canal déférent des testicules. Par ces mesures protectionnistes sur les glandes interstitielles, l'organisme entier bénéficierait des apports vitaux des sécrétions internes. Steinach, dit-on, a surtout rajeuni de vieux rats... Je vous fais remarquer que sa méthode du « tout-pour-soi » est bien plus égoïste et avaricieuse que celle de Voronoff et que ce dernier, par contre, ne se préoccupe pas du tout de rajeunir les vieilles dames.

Je passe sur d'autres façons biologiques d'envisager le problème de la longévité qui ne paraît pas du tout insoluble à beaucoup de physiologistes sérieux. Je vous rappelle les espoirs de Raspail avec sa théorie de la pathologie cellulaire s'opposant à la théorie humorale et sa médication au camphre. Je vous signale la conception de Metchnikoff de l'empoisonnement lent par les microbes intestinaux et son remède pour prolonger la vie par la bactériothérapie intestinale avec l'alimentation au lait bulgare riche en bacilles lactiques. Toutefois l'usage du lait fermenté n'a pas prolongé la vie du savant sous-directeur de l'Institut Pasteur au delà de 71 ans.

Je laisse à votre sagacité d'observateurs de découvrir des candidats au titre de centenaire par l'inspection du larynx, tel que préconisé par le chirurgien anglais Duncan qui vivait au siècle dernier. Il paraît que, sont seuls destinés à vivre vieux, les hommes ou les femmes qui, après 60 ans, ont l'épiglotte verticale. L'affaïssement de ce cartilage serait le signe que l'individu ne dépassera pas 70 ans.

En définitive, nous sommes contraints d'admettre que nos connaissances biologiques sont insuffisantes pour faire à coup sûr des macroles. Il est probable que nos erreurs résultent d'observations mal faites ou d'expériences incomplètes, et que nous généralisons trop hâtivement. Fort de cette constatation, laissons la biologie et tournons-nous vers le relativisme.

Nous avons d'ailleurs été devancés par Buffon qui a écrit: « La vieillesse est un préjugé résultant de notre arithmétique ». Je crois pouvoir alors proposer une solution temporaire au problème de la macrobiotique. Comme il semble que nous sommes surtout impressionnés par les grands nombres; les centenaires, les millionnaires, les mille-pattes, etc., et puisque l'homme a osé bousculer le soleil en décrétant l'heure avancée, pourquoi ne ferions-nous pas l'année de 10 mois au lieu de 12? Il suffirait de s'entendre et, par exemple, un monsieur de 80 ans actuels, faisant un gain de 2 mois par an, soit 160 mois ou 16

années de 10 mois, serait porté à l'âge plus respectable de 96 ans. Par ce moyen je pense qu'on pourrait décupler le nombre des centenaires sans rien emprunter au singe ni à la médecine.

Combien d'entre vous accepteraient, pour être rajeunis, de se faire ligaturer le canal déférent? Combien parmi vous consentiraient à être Voronoffés? Dans votre dignité et fierté d'homme ne seriez-vous pas portés à répondre à la proposition d'une greffe au chimpanzé.

Non, ne pas grimper bien haut peut-être, mais tout seul.

PETITES MANIES ET MISÈRES DES INTELLECTUELS¹

Par **Arthur ARCAND**,
(Québec).

Je vais essayer, malgré certaines difficultés, de vous rappeler *les petites manies et misères des intellectuels*.

Tout d'abord, un principe s'impose: celui de l'habitude. Une définition judicieuse nous en est fournie par les grands esprits du XVIII^e siècle.

L'habitude, affirment ceux-ci est une force intérieure qui porte l'homme à faire sans réflexion, ou, au moins, sans qu'il s'aperçoive lui-même qu'il ait réfléchi, les actes qu'il a déjà faits bien des fois: plus ces actes ont été souvent répétés, plus il se sent entraîné, d'une manière invincible, à les répéter encore.

Les animaux peuvent, aussi, contracter des habitudes; on peut dresser plusieurs espèces d'oiseaux à chanter des airs; le perroquet apprend à prononcer certains mots, etc...

D'aucuns vont même jusqu'à affirmer que les végétaux ont des habitudes mais, là, abandonnons promptement cette voie si nous voulons conserver notre sourire et toute la sérénité d'esprit qu'exigent nos occupations à la sortie de cette enceinte sympathique.

L'homme est si fier de son titre d'être raisonnable, qu'il lui répugne d'accepter le joug de cette puissance en quelque sorte machinale, qui l'entraîne à faire des actes irréflechis; mais s'il consultait, de bonne foi, sa raison, elle serait la première à lui conseiller de se soumettre. Elle est un guide plus éclairé, en apparence du moins; mais elle marche lentement et si l'homme ne devait jamais aller plus vite qu'elle, il ne ferait pas la dixième partie des actes qu'une nécessité absolue lui impose.

Il va sans dire, comme les habitudes peuvent être louables ou répréhensibles, que les mœurs, qui sont des habitudes collectives et particulières à un pays ou à une classe d'hommes, peuvent être, selon les cas, bonnes ou mauvaises.

Si l'on prend les grandes nations, depuis leur apparition jusqu'à nos jours, on trouve en elles un groupe d'instincts, d'aptitudes qui n'ont pas varié, et pour ne citer qu'un exemple entre mille, considérons les Gaulois, nos pères. Les Romains disaient qu'ils se piquaient de deux choses: bien combattre et parler avec esprit.

Il en est ainsi pour chaque peuple; il suffit de comparer une époque, dans une histoire, à l'époque contemporaine d'une autre histoire, pour retrouver, sous des altérations secondaires, le fond national toujours intact et persistant. Voilà le granit primitif, il dure une vie de peuple et sert d'assise aux couches que les périodes successives viennent déposer à la surface.

Arrivons maintenant à nos intellectuels qui commencent à se demander pourquoi ils figurent en titre à cette conférence.

Le métier d'homme de lettres (artistes, littérateurs, savants, philosophes, etc...) ou d'orateurs, comporte un travail qui exige une activité intense de l'intelligence et de la sensibilité de la personne qui le pratique. Ces hommes sont amenés à de grandes dépenses d'énergie nerveuse et à une usure progressive de leur personnalité: en un mot, la prédominance du système nerveux sur l'ensemble des fonctions organiques, caractérise ces professions.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on évalue encore difficilement, par les méthodes habituelles, les dépenses d'énergie entraînées par ce genre de travail. Peut-être ne s'agit-il que d'un changement qualitatif du métabolisme, qui ne se traduit par aucune modification dans le bilan des échanges nutritifs. C'est pourquoi, bon nombre d'auteurs pensent qu'un homme de lettres ou de sciences n'a pas besoin d'une forte et substantielle nourriture, semblable à celle du travailleur manuel, dont les dépenses de force musculaire exigent des réparations quantitatives grossières.

Cependant, la gourmandise n'est pas une rareté chez les gens de lettres et les éloges de la table entrent pour une bonne part dans les

1. Conférence prononcée au Kiwanis de Québec, par M. Arthur Arcand, chimiste du département industriel du gouvernement de la Province de Québec.

œuvres des disciples de Rabelais. A vrai dire, il semble que le travail intellectuel en soi prévient l'obésité et l'on cite à ce sujet de grands hommes dont le cerveau a produit des œuvres immortelles, et qui étaient loin de ressembler à des obèses: Démosthène, Alberti, Beethoven, Chopin, Verdi, Donizetti, Dante, etc...

La consommation de l'alcool est une question très discutée lorsqu'il s'agit du travail intellectuel. On le considère, depuis toujours, comme un stimulant des fonctions psychiques. On prétend qu'Eschyle et Aristophane travaillaient comme Edgar Poë, Alfred de Musset et Verlaine, et produisirent la plupart de leurs chefs-d'œuvre en absorbant des liqueurs fortes. Mais, en opposant à ces noms ceux des créateurs de génie, comme Dante et Goethe, qui n'abusèrent jamais des boissons alcooliques, on peut conclure que tout travailleur intellectuel peut se passer d'alcool.

L'alcool proprement dit ou esprit de vin provient de la fermentation des liquides sucrés: c'est un des principes constituants de toutes les boissons fermentées, celui qui leur donne leurs propriétés et qui leur a valu le nom de boissons spiritueuses. L'alcool éthylique pur et qui a pour formule chimique C^2H^5OH , est un liquide transparent, très fluide, volatil, d'une odeur pénétrante, d'une saveur caustique et d'une action énergique sur l'économie.

L'abus des boissons alcooliques trouble les fonctions de la digestion, éteint l'appétit, agit chimiquement sur les parois de l'estomac dont il crispe les tuniques: de là, des épaissements, des indurations qui portent le plus souvent sur la portion pylorique, et qui, avec le concours de prédispositions spéciales, se convertissent en cancer.

L'alcool n'est éliminé par aucun appareil sécréteur; une petite portion est seulement évaporée par les poumons, et, il est détruit dans le sang sous l'influence de l'oxygène inspiré, en se transformant en acide carbonique et en eau.

L'influence de l'alcool sur le système nerveux et particulièrement sur l'encéphale se manifeste par une série progressive mais constante

de symptômes qui, à leur intensité près, se reproduisent chez tous les individus. L'alcool produit une véritable intoxication qui se traduit par les trois phases suivantes: surexitation, perturbation, destruction de l'axe cérébro-spinal. Tous les troubles qui surviennent dans les autres appareils vitaux, dérivent de ces trois modifications du système nerveux.

L'ivresse n'est autre chose qu'une aliénation aiguë et passagère; la répétition de l'ivresse finit par amener à sa suite, sous une forme ou sous une autre, un délire chronique, c'est-à-dire une aliénation mentale véritable et définitive.

Sous l'action lente et continue de l'alcool, on voit se produire toute une série de désordres qui se rapportent à l'intelligence, aux sensations et aux mouvements, et dont la réunion constitue le *delirium tremens*.

L'alcoolisme chronique est formé de tout un cortège de phénomènes progressifs aboutissant à ce que les médecins appellent la cirrhose alcoolique avec ictère, et, à ce stade, la mort apparaît à brève échéance.

Les toxicomanes, parmi les intellectuels, sont heureusement peu nombreux. Ils utilisent comme excitants les substances les plus variées et les plus néfastes et je vais essayer de vous en décrire quelques-unes avec leurs effets respectifs.

Tout d'abord, *l'opium*. L'opium est une résine qui est extraite sous forme de suc des capsules ou tête de pavot somnifère (*papaver somniferum*). C'est une substance compacte, solide, d'une couleur rougeâtre, d'une odeur spéciale et d'une saveur amère.

L'opium n'est pas utilisé directement par les fumeurs de cette funeste drogue, car il brûlerait mal, en raison des matières inertes qu'il renferme. Pour le rendre propre à être fumé, on le dissout dans une petite quantité d'eau et l'on en forme une sorte de sirop épais qui, une fois filtré, est ensuite amené à consistance d'extrait par évaporation, et c'est précisément cet extrait que l'on met dans la pipe des fumeurs.

L'influence physiologique de cette drogue comprend trois degrés: dans le premier, l'organisme lutte contre le narcotique, et l'on voit se produire des symptômes de souffrances ou des réactions analogues à ceux qu'on éprouve au début de l'usage du tabac; dans le second degré, l'organisme est dompté, l'opium produit alors des sensations de plaisir factice et c'est cette excitation générale du système nerveux que recherchent les habitués; au troisième et dernier degré, le corps et l'esprit se désorganisent et succombent: c'est le narcotisme chronique qui aboutit à la mort.

L'opium fournit en thérapeutique plusieurs alcaloïdes dont les principaux sont: la morphine, la codéine qui est une méthylmorphine, l'héroïne qui est une diacéthylmorphine, la dionine qui est une éthylmorphine, la papavérine, etc...

Tous ces corps que l'on trouve dans la pratique sous forme de bromhydrates et de chlorhydrates, sont des hypnotiques notoires.

Le haschisch, cher à Baudelaire, et dont il note méticuleusement l'effet dans ses « Paradis Artificiels », est une préparation narcotique extrait du *Cannabis Indica* (chanvre indien), dont l'emploi produit une sorte d'ivresse accompagnée d'hallucinations. C'est une substance que l'on mâche ou que l'on fume à la manière de l'opium.

L'action du haschisch est connue depuis l'antiquité la plus reculée, et le fameux nêpenthès, dont il est question dans Homère, semble avoir eu le haschisch pour base, à en juger par les effets qu'il produisait.

Quelques heures après l'absorption de cette substance, suivant les tempéraments, on commence à ressentir une sorte de torpeur voluptueuse, très différente de l'ivresse des alcooliques, et infiniment plus agréable que la somnolence agitée produite par l'opium. Il donne aux uns des accès de gaieté très prononcés; il rend les autres farouches.

L'usage souvent répété du haschisch amène un état d'imbécilité et de marasme assez comparable à celui produit par l'abus de l'alcool.

Je vous fais grâce de la *cocaïne*, de l'*éther*, etc...

Toutefois, il faut nous arrêter un instant sur *l'abus du café* pratiqué à peu près par tous les intellectuels; Balzac en absorbait chaque nuit d'innombrables tasses, et Flaubert ne pouvait travailler que lorsqu'il avait à côté de lui un grand récipient rempli de ce breuvage, qu'il considérait comme un stimulant indispensable.

Cependant, il est clair que pour faire du bon travail, il n'est pas nécessaire de s'exciter artificiellement, car toute excitation épuise; s'équilibrer, au contraire, est nécessaire et le maximum de forces intellectuelles ne peut être obtenu qu'à cette condition.

Tout le monde sait que le café est une infusion préparée avec les grains du caféier brûlé et moulu. L'action principale du café consiste à stimuler et à éveiller le cerveau sans toutefois l'échauffer comme l'alcool. L'on sait également que le café donne lieu à une excitation nerveuse qui, surtout chez les personnes non habituées à son usage, provoque l'insomnie.

Voltaire, Fontenelle, Delille, Frédéric II, Harvey, Mirabeau, et une foule d'hommes célèbres, en prenaient avec excès.

Le café a de nombreux partisans, certes, mais les détracteurs ne lui manquent pas non plus et il est prouvé qu'à la longue il entraîne de par l'alcaloïde qu'il contient (la *caféine*), des troubles cardiaques prononcés.

L'abus du tabac est très répandu parmi les écrivains et les savants et, pour ne citer que de grands noms, rappelons que Flaubert, Byron, Urbain, furent de grands fumeurs. Mais ici, encore, les hommes de lettres qui détestaient le tabac s'opposent aux précédents, et, à en juger d'après leur nom, il ne s'agit pas de ceux de moindre importance: Théophile Gautier, Barbey d'Aurevilly, Sainte-Beuve, Henri Heine.

On a prétendu que l'usage du tabac arrête le développement des facultés physiques et intellectuelles, mais il est clair que l'action nuisible du tabac a été exagérée. A dose modérée, il n'est pas, chez l'adulte, malfaisant

pour la santé, d'ailleurs, il trouve son correctif dans le café qui, comme lui, pendant longtemps, a passé pour un poison, et qui est aujourd'hui d'un usage presque universel. Comme tous les excitants, il ne devient dangereux que par l'abus ou les prédispositions individuelles.

Les esprits chagrins auront beau comparer la bouche d'un fumeur à une cheminée d'usine, le nez d'un priseur à un cloaque ou les lèvres d'un chiqueur à un égoût collecteur, on fumera, on prisera, on chiquera; car fumer, c'est obtenir une trêve à la tristesse, aux préoccupations irritantes, aux petites et grandes misères de la vie, et même aux tracasseries d'un ménage mal assorti.

Quant aux vêtements portés en période de travail, les intellectuels en utilisent parfois de burlesques. Balzac avait l'habitude, par exemple, de porter dans ces occasions, un froc monacal qui, lorsqu'on y réfléchit, n'est au fond qu'une ample robe de chambre.

En ce qui concerne la mise en train, il semble que la plupart des écrivains adoptent une lecture d'une demi-heure de quelque chef-d'œuvre, comme stimulant de l'association des idées; d'autres préfèrent un peu de déclamation à haute voix. Un orateur célèbre, le prédicateur Bourdaloue, jouait un air de violon avant d'entreprendre la rédaction d'un de ses sermons.

A propos des heures de travail, les intellectuels n'observent aucune règle précise, mais ils préfèrent travailler la nuit à l'abri de toute agitation et de tout mouvement. Il n'y aurait certes pas d'inconvénient à cette manière de procéder, si, dans chaque cas, la fatigue se trouvait annulée par une période de sommeil compensateur, et si, au point de vue de l'éclairage, le travail nocturne ne se trouvait pas dans une situation d'infériorité évidente vis-à-vis du travail à la lumière du jour. En effet, la fatigue des yeux a engendré la cécité de grands écrivains comme Milton, Montesquieu, Augustin Thierry.

La question de savoir dans quelle attitude de travail les gens de lettres se trouvent le plus favorisés, n'a jamais été résolue d'une manière uniforme: Hugo et Mistral marchaient en faisant des vers, par contre, Descartes et Leibnitz travaillaient volontiers couchés.

Le bruit est certes une cause d'entrave pour la plupart des penseurs. Les exceptions sont cependant assez nombreuses et l'on connaît de ces lettrés qui ne travaillent bien que dans le sabbat des tavernes et le tumulte des cafés. (Théophile Gautier, Verlaine).

D'autre part, il est certain qu'une mise en pratique rigoureuse des lois de l'hygiène rencontre des obstacles assez sérieux chez la plupart des intellectuels. Il est clair qu'il faut compter ici avec les variations individuelles de la volonté et les caractéristiques particulières de l'esprit de chacun.

Une autre considération doit également rentrer en ligne de compte, c'est la position sociale de l'écrivain ou du savant; très souvent, il s'agit de bohèmes, d'indisciplinés, qui ne produisent que dans les conditions déterminées où ils se trouvent, la suppression de ces conditions équivalant, dans certains cas, au banissement de la muse inspiratrice.

Cependant, sans parler du charme proprement dit qu'une œuvre produite dans de telles circonstances peut exercer sur le lecteur, il faut tenir compte du fait que, très souvent, on y rencontre une âme mise à nu, qui permet au philosophe ou au moraliste d'approfondir la psychologie humaine.

On conçoit d'ailleurs facilement qu'il serait ridicule pour le médecin de prescrire à un écrivain de remonter le ressort de son esprit à heure fixe et de le détendre à un autre moment, et c'est une erreur de vouloir régler au compas la verve, mesurer l'enthousiasme et doser l'inspiration.

Toutefois, il existe dans la plupart des pays du monde des organismes qui s'occupent de la

physiologie du travail et de l'hygiène des travailleurs. Ces organismes s'occupent surtout des industries mais il n'y a aucun doute que, dans un temps prochain, ils parviendront à étendre leur rayon d'action dans les domaines les plus variés de l'effort humain.

De tout ce qui précède, on peut conclure qu'il est encore difficile de poser des règles uniformes au sujet de l'hygiène de l'intellectuel. Comme il s'agit, dans ce cas, de gens cultivés et conscients, des dangers qu'ils courent en agissant contre les règles de l'hygiène générale, il semble que le meilleur moyen qui

puisse leur garantir une bonne santé soit de porter à leur connaissance ces dites règles qui, une fois respectées, constituent des conditions favorables pour le travail de l'esprit.

Il est vrai que les résultats ne seront pas toujours satisfaisants, car ici, peut-être plus que partout ailleurs, l'aspiration à la liberté individuelle est des plus accentuées et chacun veut imprimer à sa vie le cachet de sa personnalité.

MEDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE DU NOURRISSON

Les aliments de régime. - Préparations à base de lait: lait condensé sucré, lait albumineux, soupe au beurre. La bouillie épaisse.

Lait condensé sucré

Le lait condensé sucré est un lait qui a perdu les trois quarts de son eau de constitution et qui est hypersucré.

Cette concentration s'opère dans le vide à basse température, ce qui explique pourquoi ce lait n'est nullement scorbutigène, lorsqu'il est consommé moins d'un an après sa fabrication. Le sucre généralement employé est le sucre de canne dans la proportion de 12 à 15%.

Le lait condensé sucré est un véritable « sirop de lait », se présentant sous forme d'une pâte légèrement jaunâtre, de saveur sucrée.

Un litre de lait condensé sucré étendu de 4 parties d'eau donne 850 calories.

Le lait condensé sucré rend de précieux services, en particulier dans les vomissements du nouveau-né, permettant de réaliser, dès les premiers jours, le régime sec, sous forme de « colle » de lait concentré. Dans l'allaitement maternel, il permet de réaliser la « sandwich » de lait condensé, au milieu de la tétée, lorsque le lait maternel, quoique abondant, n'est pas suffisamment riche.

Lait albumineux

Dans certaines diarrhées rebelles avec fermentation acide et s'accompagnant d'érythème fessier, il y a intérêt parfois à employer le lait albumineux qui est susceptible de provoquer une réaction alcaline dans le tube digestif. C'est le principe de ce lait modifié, proposé par Finkelstein, dans lequel la quantité de matières protéiques est augmentée par addition de caséine.

Sa préparation à domicile est peu pratique. Le mieux est d'avoir recours aux poudres de

lait albumineux qu'on trouve facilement dans le commerce, ou encore à l'addition de poudre de caséinate de calcium au lait. La valeur énergétique de cet aliment est de 600 calories au litre.

Soupe au beurre

La soupe au beurre de Czerny et Kleinschmidt, encore désignée sous le nom de lait au roux, est un mélange de beurre et de farine que l'on fait roussir et auquel on ajoute de l'eau, du sucre et du lait en quantité variable. Il a une valeur calorique élevée: 869 calories au litre.

Cette préparation, qui était beaucoup employée, il y a quelques années, dans les états de dénutrition, est maintenant avantageusement remplacée par le lait acidifié complet, lorsqu'il n'existe pas de troubles digestifs.

La bouillie épaisse

Chez les vomisseurs, le régime sec donne d'excellents résultats. Si, chez le nouveau-né, il est préférable d'utiliser la « colle » de lait condensé, à partir de l'âge d'un mois, on peut employer la bouillie épaisse avec avantage dans les syndromes gastriques.

Beaucoup de formules spéciales ont été inutilement proposées. Le mieux dans la pratique est d'ajouter tout simplement 15% de farine à la formule de lait, d'eau et de sucre pour les 24 heures. Le mélange doit être chauffé 45 minutes au bain-marie et réparti en repas toutes les 4 heures, que l'on donnera à la cuillère.

Paul LETONDAL.

"L'Union Médicale du Canada" en 1873

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 16 juillet 1873

Le Dr J.-G. Bibaud, président, au fauteuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Le Dr A. Dagenais donne lecture d'une observation sur un cas de paracentèse de la poitrine.

Le Dr Hingston est d'avis, comme le Dr Dagenais, qu'il ne faut pas trop craindre l'entrée de l'air dans la cavité pleurale. Dans certains cas, on doit même permettre cette entrée. Souvent une seule ouverture ne suffit pas, il est nécessaire d'en faire une deuxième pour permettre l'introduction du tube à drainage de Chassagnac. Cette introduction étant difficile avec les instruments ordinaires, le Dr a fait construire un trocart crescentique pour faciliter l'opération. Le Dr a pratiqué cette opération plusieurs fois. Il se rappelle, entre autres, une dame opérée il y a quatorze ans et qui avait été condamnée comme phtisique à la dernière période. Plusieurs enfants ont été opérés aussi et chez quelques-uns le tube à drainage a été introduit. L'été dernier, une dame avait été envoyée à l'hôpital presque mourante. Elle portait une fistule thoracique qui laissait échapper un pus d'une odeur abominable. L'introduction du tube à drainage et les injections d'acide carbolique amenèrent en peu de jours une amélioration notable qui continue encore. Le Dr préfère introduire le trocart entre la cinquième et la sixième côte de peur de léser le diaphragme.

Le Dr Perrault ne craindrait pas beaucoup l'introduction de l'air, car il a eu occasion de traiter un cas de perforation du thorax avec fracture de plusieurs côtes et hernie du poumon qui a guéri parfaitement malgré l'entrée de l'air. Il pense pouvoir présenter le malade lui-même à la Société, si on juge le cas assez intéressant.

Le Dr Brosseau dit qu'il y a une distinction très importante à faire par rapport à l'opération de la thoracocentèse. Le traitement doit varier en effet selon que la pleurésie est séreuse ou purulente. Dans le premier cas, il est utile d'éviter l'introduction de l'air; dans le second, toute précaution dans ce but est inutile vu qu'il doit nécessairement rester une fistule. Le nouveau procédé de la thoracocentèse par aspiration présente de nombreux avantages sur les anciens procédés. La dimension très atténuée des trocarts et la douleur presque nulle que le malade éprouve par leur introduction fait accepter l'opération bien plus facilement. Ensuite, en cas d'erreur de diagnostic, la ponction capillaire est inoffensive. De plus, les quintes de toux qui surviennent habituellement dans l'opération ordinaire sont presque

nulles dans la thoracocentèse par aspiration. Aujourd'hui, en Europe, on se hâte de pratiquer l'opération, aussitôt que la présence du liquide est constatée et avant que le poumon ne soit comprimé et agglutiné par les fausses membranes. Béhier, grand partisan de l'opération, la pratique tous les deux ou trois jours, à mesure que le liquide se reproduit. Il est combattu par Germain Sée, mais la pratique de Béhier tend à se vulgariser.

Lorsque l'épanchement est purulent, on attend un peu plus pour pratiquer l'opération, on introduit ensuite une canule à demeure et l'on fait des lavages répétés et des injections d'iode et autres substances irritantes, comme dans un abcès ordinaire. L'air ne paraît pas avoir un mauvais effet sur le pus et la septicémie est rare. Peut-être les vaisseaux qui se forment dans les fausses membranes ne peuvent-ils pas absorber comme les vaisseaux à l'état naturel.

Le Dr Grenier a eu occasion de rencontrer quelques cas de pleurésie purulente. Une femme de la campagne, âgée d'une trentaine d'années, de constitution lymphatique, portait une fistule thoracique depuis deux ans lorsqu'elle se mit sous ses soins. A cette époque, elle avait eu une pleurésie très grave et la respiration était devenue tellement gênée que l'on croyait sa fin prochaine, lorsque la nature fit ce que le médecin aurait dû imiter plus tôt. Une ouverture se fit entre la troisième et la quatrième côte gauche de la poitrine qui laissa échapper une grande quantité de pus. Un soulagement immédiat fut la conséquence. Depuis, une quantité assez notable de pus assez fétide continua de s'écouler. Quand le Dr la vit, il existait une forte tendance à la guérison, car les côtes s'étant affaissées et la cavité thoracique se trouvant ainsi diminuée, le poumon avait presque repris sa position normale, en sorte qu'il ne restait qu'un sac de peu d'étendue. Cependant la malade avait une fièvre hectique assez prononcée. Des injections d'acide carbolique faites pendant plus d'un mois, deux fois par jour, amenèrent la cessation presque totale de l'écoulement purulent. La fièvre hectique disparut et la santé générale s'améliora considérablement.

Un autre cas que le Dr eut occasion de traiter à l'Hôtel-Dieu présentait des complications qui ôtaient tout espoir d'une guérison définitive. En effet, cet homme, âgé de vingt-cinq ans, était rendu au troisième degré de la phtisie et portait des cavernes considérables dans les deux poumons. Il était déjà depuis quelque temps à l'hôpital, lorsque, sans phénomènes généraux très apparents, il se forma une collection très considérable du côté gauche de la poitrine. Bientôt tous les symptômes d'un pneu-

EST-CE DE LA GOUTTE?

EST-CE DE L'ARTHRITISME?

Sensibilité, raideur, léger gonflement des jointures des phalanges (les autres articulations peuvent être prises), motilité affaiblie, ralentissement graduel des fonctions... se manifestant surtout vers l'âge moyen... tel est le tableau-symptômes que présentent de nombreux cas.

Il peut indiquer un cas de goutte, ou bien un cas d'arthritisme.

La

LYXANTHINE ASTIER

donnée *per os*, à dose d'une cuillerée à thé, une, et même deux fois par jour, amène ordinairement une rapide amélioration de cet état, et, si on continue le traitement, la disparition complète de tous les symptômes.

La Lyxanthine Astier produit cet effet en vertu de ses éléments synergiques associés: iode, calcium, soufre, bitartrate de lysidine¹... ce dernier, puissant dissolvant et éliminateur des déchets métaboliques.

1. Méthylglyoxalidine ou éthylethylenyldiamine.



ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal

Veillez m'envoyer de la littérature et un échantillon:
LYXANTHINE ASTIER

Dr.....

Adresse.....

Ville.....Province.....

mopyothorax se manifestèrent. Malgré la communication qui existait évidemment entre la cavité et les bronches et la quantité très considérable de pus expectorée par le malade, la dilatation était toujours très exagérée du côté gauche qui présentait de la matité dans une grande étendue. Malgré l'état générale peu satisfaisant de ce malade et vu que le pus avait déjà de la tendance à se frayer une voie au dehors, le Dr se décida à faire la ponction. En pénétrant avec le bistouri entre le cinquième et le sixième espace intercostal, il jaillit aussitôt, avec une grande force, un liquide purulent, mélangé de gaz qui s'échappèrent en le faisant bouillonner. Trois crachoirs de pus furent remplis et une quantité considérable continua ensuite de s'écouler. Chaque fois que le malade toussait, l'air s'échappait en sifflant et le pus était projeté au loin avec une certaine force.

Le malade éprouva un soulagement notable et, sans attendre son congé, il quitta l'hôpital peu de temps après et se rendit à pieds à sa résidence au faubourg Québec. Cependant il revint au bout de peu de jours et mourut à peu près un mois plus tard par les progrès toujours constants de la phtisie.

A l'autopsie, la plèvre tapissée d'une couche de matière purulente, était macérée partout et noirâtre à la partie antérieure du diaphragme. Le poumon revenu sur lui-même occupait la gouttière vertébrale. Les deux poumons contenaient des tubercules et des cavernes remplies du pus. Les cas de ce genre qui ne présentent presque aucune chance de guérison

démontrent cependant que l'opération est justifiable pour procurer du soulagement au malade.

Le Dr A.-T. Brosseau fait ensuite quelques observations sur plusieurs nouveaux instruments de chirurgie. Il fait fonctionner devant l'assemblée l'aspirateur de Potain et explique les différents autres appareils qui ont été inventés dans le même but. Le vide nécessaire peut s'obtenir par une simple seringue (appareil de Dieu'afey) munie de robinets à double effet. On l'obtient également dans des récipients, soit par la condensation de la vapeur (appareil Regnard et Tenot), soit par une pompe pneumatique (appareil Castiaux). Ces appareils trouvent leur application dans un grand nombre de circonstances soit, par exemple, pour évacuer un liquide quelconque dans toutes les cavités cellulaires, soit pour faciliter la réduction des hernies étranglées, etc., etc.

Le Dr montre ensuite le fonctionnement d'un nouveau lithotriteur et fait quelques observations sur l'histoire de cette opération et les indications qui doivent nous la faire préférer à la lithotomie dans les cas convenables.

Sur motion du Dr F.-X. Perrault, secondé par le Dr J. W. Mount, des remerciements sont votés aux Drs Dagenais et Brosseau.

Le Dr Ed. Desjardins donne avis qu'il proposera à la prochaine séance le Dr G.-O. Beaudry, comme membre actif.

Dr Georges GRENIER.

UROPAZINE

GOUTTE—RHUMATISME
ARTHRITISME—SCIATIQUE
CYSTITES—PYÉLITES—GRAVELLE URIQUE.

SULPHO-LAC

ACNÉ — SÉBORRHÉE
HUILEUSE — COUPEROSE
DERMITES DE CAUSE VÉNÉNIFIQUE — LUPUS ÉRYTHÉMATEUX.

CAMIROL

Injections Intramusculaires

TRAITEMENT SCIENTIFIQUE
DE LA SINUSITE ET DE LA
BRONCHITE—INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES.

EAU PRÉCIEUSE DÉPENSIER

MALADIES DE LA PEAU—
PLAIES—DÉMANGEAISONS
ACNÉ — PSORIASIS — DARTRES — ULCÈRES VARIQUEUX.

BILIFLUINE

LITHIASE BILIAIRE — ICTÈRE
CATARRHAL—CONSTIPATION
CONGESTION DU FOIE—CIRRHOSES.

HERDT & CHARTON, INC.

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL MONTRÉAL

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd-psychol. », 94: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

Henry A. CHRISTIAN. — **Diagnostic précoce de l'endocardite subaiguë au streptocoque viridans.** "J. A. M. A.", 116: 1048 (15 mars) 1941.

Le diagnostic précoce de l'endocardite subaiguë à streptocoques viridans est très important puisqu'il permet la mise en œuvre d'une chimiothérapie qui a d'autant plus de chances d'être efficace que des végétations valvulaires n'ont pas encore eu le temps de s'organiser.

Parmi les signes précoces et constants, il y a d'abord les manifestations de la *toxémie* qui apparaît graduellement et progresse lentement. Cette toxémie se manifeste, dès le début, par une sensation de malaise, de la fatigabilité, une perte d'énergie. Cette perte de forces est présente dans 70% des cas. 52% des malades se plaignent, en même temps, d'être fiévreux, frissonneux. Une perte d'appétit, une perte de poids ainsi que des nausées se voient dans 24% des cas. 11% des malades se plaignent, à cette période, de céphalée.

Tous ces signes du début font habituellement porter le diagnostic de fièvre typhoïde, de tuberculose, d'influenza, de fièvre ondulante ou de fièvre rhumatismale.

Des *douleurs articulaires ou musculaires* apparaissent dans 47% des cas. On peut même voir, au niveau des articulations, de la chaleur, de la rougeur, du gonflement; plusieurs articulations peuvent être prises ensemble ou alternativement. On pense alors d'autant plus au rhumatisme, que plusieurs de ces patients ont déjà fait antérieurement des poussées rhumatismales. Mais la fièvre et les signes généraux sont habituellement hors de proportion avec les manifestations articulaires.

Les *embolies* surviennent plus tardivement. Elles peuvent survenir au niveau du cerveau, de la rate ou des reins. Souvent elles siègent aux doigts ou aux orteils; elles prennent parfois la forme de pétéchies.

La *dyspnée* apparaît assez fréquemment au début de l'affection. Sur les 150 patients, 47 (soit 31%) ont eu de la dyspnée comme signe précoce.

Il est impossible de déterminer à quel moment, dans l'évolution de la maladie, l'hémoculture commence d'être positive. Sur les 150 malades observés, 139 ont eu une hémoculture positive pendant la vie. Les 11 autres qui avaient eu des hémocultures négatives durant leur vie, ont présenté une hémoculture à la nécropsie. 16 autres malades qui avaient des signes cliniques analogues, ont toujours présenté des hémocultures négatives. 11 autres malades présentant des affections de même allure clinique que les précédentes, ont fourni des hémocultures positives pour le gonocoque ou le staphylocoque.

En somme, sur un grand total de 177 malades, pour lesquels on avait fait, à l'hôpital, un diagnostic d'endocardite subaiguë au streptocoque viridans, on a pu mettre en évidence le streptocoque dans 150 cas.

Si les signes cliniques plus haut décrits apparaissent chez un patient qui a une histoire de fièvre rhumatismale, ou qui a présenté autrefois des signes d'insuffisance aortique sans Wassermann positif, ou une histoire de sténose aortique, de sténose mitrale ou de cardiopathie congénitale, il y a tout lieu de croire que le streptocoque viridans est en cause. La persistance des symptômes et surtout de la fièvre, même sans hémoculture positive et si l'on ne peut pas faire la preuve d'une autre affection, est un fort argument en faveur de l'endocardite et elle autorise à instituer une thérapeutique par les produits chimiques appropriés. L'apparition d'embolies est un autre signe de confirmation en faveur de l'endocardite.

Antonio MARTEL.

B. J. CLAWSON. — **Le rhumatisme cardiaque.** "Am. Heart Journ.", 20: 454 (octobre) 1940.

De 1910 à 1937, à l'Université de Minnesota, ont été faites 27,957 autopsies; de ce nombre, 4,254 furent pratiquées chez des patients ayant souffert de maladie de cœur non congénitale; dans 1,598 de ces derniers cas, l'infection était à l'origine de la maladie, et dans 796 cas c'était le rhumatisme qui était en cause, soit donc dans à peu près 50% des cas de maladies de cœur infectieuses.

L'analyse de ces 796 cas de maladies de cœur rhumatismales a permis à l'auteur de conclure que:

1) Il y a 4 types de ces maladies:

Première fois

au

Canada

!

CORTUNON

HORMONE
CARDIAQUE



1. Augmente le tonus cardiaque.
2. Dilate les artères coronaires.
3. Augmente la réserve cardiaque.

BROCHURE EXPLICATIVE
ENVOYÉE SUR DEMANDE

ANGLO-FRENCH DRUG CIE — MONTREAL

- a) L'endocardite rhumatismale aiguë, caractérisée par la présence de végétations verruqueuses sur des valvules non épaissies 12.31%
- b) L'endocardite rhumatismale récurrente, dans laquelle les végétations siègent sur des valvules épaissies par des attaques antérieures de rhumatisme 9.54%
- c) Les déformations valvulaires cicatrisées:
 incomplètement 19.28%
 complètement 40.78%
 valves aortiques calcifiées, nodulaires 39.93%
- d) Les cas où la mort semble être due premièrement à des adhérences péricardiques 4.52%

2) Pour les deux premiers types, la mort survient dans les premières décades; pour les deux premières formes du troisième type, la mort survient au milieu de la vie, et pour la troisième forme, elle survient dans les dernières décades.

3) Les femmes meurent un peu plus jeunes que les hommes, ce qui s'explique par le fait que chez elles c'est la valvule mitrale qui est le plus souvent atteinte, tandis que c'est l'aortique chez l'homme.

4) La réaction inflammatoire ressemble de très près à celle qui est constatée au cours de l'endocardite subaiguë d'origine streptococcique.

5) Dans la grande majorité des cas, le processus atteint les valves de la moitié gauche du cœur, avec une égale fréquence les aortiques ou les mitrales.

6) Les végétations siègent sur la face ventriculaire des valves de la base du cœur et sur la face auriculaire des valves auriculo-ventriculaires, i.e. là où les vaisseaux sont plus nombreux, ce qui suggère l'idée de l'origine embolique de l'infection.

7) L'atteinte du péricarde (inflammation ou adhérences) n'est pas fréquente et les cas de mort qui lui seraient dus peu nombreux.

8) La maladie de cœur rhumatismale est responsable d'environ 20% de tous les décès consécutifs à une maladie de cœur non congénitale.

Guy DROUIN.

A. J. PEARSE, Ralph I. FRIED et Vera A. GLOVER. — **Le test épidermique à la tuberculine et l'épreuve intradermique de Mantoux. Etude comparative chez 700 écoliers.** "J. A. M. A.", 114: 227 (20 janvier) 1940.

Au département de la Santé du comté de Cuyahoga, on fait l'épreuve à la tuberculine aux élèves de 1ère, 7e et 10e année des écoles sous le contrôle du département.

Les auteurs se sont appliqués à faire en même temps que l'épreuve de Mantoux celle du « patch test » à la tuberculine.

Après avoir dit leur technique, les auteurs qui sont très favorables au dernier procédé prétendent qu'il est beaucoup plus facile à faire, qu'il est moins coûteux que le Mantoux et que les résultats, sans être absolument comparables, sont suffisamment concordants pour qu'il soit préféré au premier comme épreuve de routine, surtout dans les établissements scolaires. La concordance des résultats avec les deux épreuves faites et lues par le même médecin est de 87%.

Emile GAUMOND.

John D. STEWART. — **Signification clinique de la déficience en prothrombine et son traitement.** "Annals of Surgery", 114: 907 (novembre) 1941.

On admet, aujourd'hui, que la prothrombine du plasma, le calcium ionisé et la thromboplastine des tissus ou des globulins se combinent dans la première phase de la coagulation pour former la thrombine. La thrombine agit, à son tour, sur le fibrinogène plasmatique et produit la fibrine.

On ne sait pas encore jusqu'à quel point la coagulation est une réaction diastasique, parce qu'on n'en connaît pas parfaitement le mécanisme. Il est cependant certain que, physiologiquement, la rapidité de la coagulation est en rapport direct avec le taux de la thrombine. Le taux de la thrombine dépend du taux de la prothrombine; et la fabrication de la thromboplastine, du calcium ionisé et des agents antiprothrombiques.

La qualité du caillot formé est aussi extrêmement importante et dépend de la qualité et du taux du fibrinogène.

L'hémostase relève de la vitesse de coagulation du sang.

Dosage de la prothrombine plasmatique.

On emploie des méthodes indirectes, parce qu'on ne peut ni isoler, ni peser, ni faire entrer la prothrombine dans des combinaisons chimiques bien définies et dosables. Deux méthodes surtout sont utilisées: celle de Warner, Brinkhous et Smith et celle de Quick. La première, plus compliquée, convient surtout aux recherches; la seconde, plus pratique pour les dosages courants, répond parfaitement aux besoins de la clinique. Le dosage par la technique dite « au lit du malade » comporte bien un certain nombre d'erreurs, mais elle est bien préférable à la simple détermination du temps de coagulation suivant le procédé habituel.

Incidence de l'hypoprothrombinémie.

La vitamine K naturelle, lipo-soluble, est fort répandue dans les végétaux à feuilles vertes et dans certains tissus animaux. Son absorption nécessite la présence d'une quantité suffisante de sels biliaires



QUEL QUE SOIT LE POINT DE VUE

En examinant Alka-Zane à tous les points de vue cliniques, on s'aperçoit qu'il remplit parfaitement le rôle d'un alcalinisant systématique bien équilibré.

Alka-Zane fournit du sodium, du potassium, du calcium et du magnésium sous forme de citrates, de carbonates et de phosphates facilement assimilables. Et il est bon de noter qu'une dose d'Alka-Zane fournit autant de sous-calcium que 12 grains de lactate de calcium ou 18 grains de gluconate de calcium.

Alka-Zane fait une boisson rafraîchissante. Son goût agréable est très recherché surtout dans les cas tels que les "nausées du matin" pendant la grossesse. Pourquoi ne reconnaissez-vous pas l'utilité d'Alka-Zane en en faisant l'essai dans ces cas-là et dans d'autres qui nécessitent un alcalinisant? Nous vous en enverrons volontiers un échantillon si vous en faites la demande sur votre papier à en-tête. Alka-Zane se vend en flacons de 4 onces.

ALKA-ZANE

WILLIAM R. WARNER & COMPANY, LTD. - 727 King St., W., Toronto, Ont.

dans le petit intestin. Après son absorption par la muqueuse intestinale, la vitamine K provoque l'apparition de la prothrombine. Il n'y a pas, apparemment, d'emmagasinement de vitamine K et de prothrombine dans l'organisme.

On est donc en droit de supposer que l'hypoprothrombinémie peut être la conséquence de:

1. un déficit alimentaire en vitamine K;
2. une diminution des sels biliaires dans le grêle, avec ou sans ictère;
3. une mauvaise absorption des aliments par l'intestin;
4. un hypofonctionnement du foie quand la cellule hépatique est lésée et qu'elle devient incapable d'utiliser convenablement la vitamine qui lui est fournie.

C'est dans ces circonstances que l'on voit, en clinique, une hypoprothrombinémie.

A. Dans l'ictère par obstruction. Par synthèse hépatique et défaut d'absorption de la vitamine K. L'auteur a observé, au Massachusetts General Hospital, 50 de ces malades. Le taux de la prothrombine est toujours bas: 65%, en moyenne, dans l'obstruction lithiasique; 45%, dans l'obstruction néoplasique. La prothrombine a toujours augmenté après l'administration parentérale de vitamine K ou l'ingestion de vitamine K et de sels biliaires. 112 malades ont été opérés, à ce même hôpital, de 1931 à 1936 inclusivement, pour lithiasie avec ictère. 15% moururent d'hémorragie massive post-opératoire. L'auteur assure, d'après son expérience, que l'emploi, à doses convenables, de la vitamine K, avant et après les interventions, a fait complètement disparaître ce danger quand on y ajoute une alimentation bien équilibrée et quel que soit le taux de la prothrombine lors de l'hospitalisation du malade.

On a démontré qu'immédiatement après l'intervention chirurgicale la diminution de la prothrombine est constante, se produit dans les quatre premiers jours et peut atteindre 30 ou 40%. Cette diminution ne se voit pas chez des malades qui ont un foie intact et qui ne font pas d'ictère par obstruction. Elle apparaît même après anesthésie locale ou rachidienne. Il est donc évident qu'il faut étroitement surveiller le taux de la prothrombine avant d'opérer les ictériques.

B. Dans l'hépatite aiguë. L'hypoprothrombinémie est modérée. Elle n'est pas proportionnelle à l'intensité de l'ictère; et cette notion est à la base du diagnostic différentiel de l'ictère par hépatite ou par blocage extrahépatique au moyen du dosage de la prothrombine. Quand l'hépatite évolue vers l'atrophie jaune aiguë ou la défaillance hépatique, le taux de la prothrombine baisse et entre dans la zone hémor-

ragique, soit au-dessous de 40%. La cirrhose s'accompagne aussi d'hypoprothrombinémie modérée; le taux peut être inférieur à 40%, quand les varices œsophagiennes saignent.

Les interventions chirurgicales pour péritonites (appendicite avec perforation, ulcère peptique perforé, abcès sous-diaphragmatiques et pelviens) sont souvent suivies d'hépatite toxique, d'ictère et d'hémorragie massive. On remarque que cette complication est excessivement fréquente après les péritonites d'origine gastro-intestinale. On conseille fortement, dans ces cas, de toujours doser à intervalles réguliers la prothrombine et la protidémie sérique, parce que l'hypoprothrombinémie peut descendre très bas.

C. Sulfamidothérapie. Le sulfanilamide, la sulapyridine et le sulfathiazole peuvent abaisser le chiffre de la prothrombine, parce que ces médicaments exercent sur le foie une action toxique. Les infections aiguës graves sont capables, à elles seules, de diminuer le taux de la prothrombine et la vitamine K peut se montrer incapable de remédier à cet état de chose. L'hypoprothrombinémie consécutive à la sulfamidothérapie s'est avérée un signe très précoce de l'hépatite et précède généralement l'ictère.

D. Les fistules biliaires. On constate de l'hypoprothrombinémie quand le malade n'ingère pas assez de sels biliaires pour remplacer ceux qu'il perd. L'auteur a vu des hémorragies intracrâniennes excessivement graves et un taux de prothrombine inférieur à 10% chez deux malades qui avaient refusé de prendre la quantité prescrite de sels biliaires et de vitamine K.

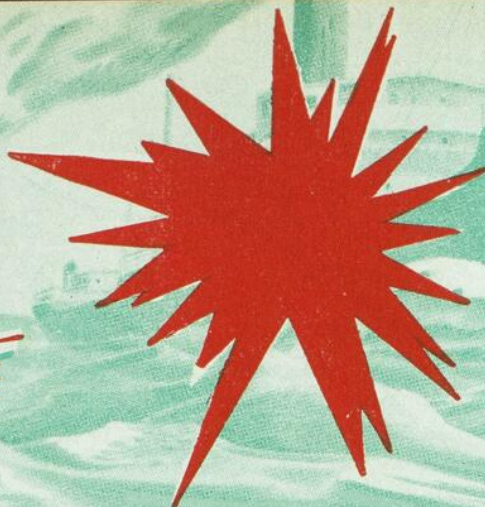
E. Apport alimentaire insuffisant. Il n'est pas encore irréfutablement prouvé que la carence d'aliments contenant de la vitamine K peut, à elle seule, provoquer de l'hypoprothrombinémie. Chez des rachitiques avérés, des béribériques et des pellagres, Scarborough a trouvé une prothrombinémie normale. D'autres auteurs ont trouvé une diminution de la prothrombine au cours des avitaminoses.

L'insuffisance d'absorption de la vitamine K est à craindre toutes les fois que la digestion et l'absorption des lipides sont sérieusement troublées. La stéatorrhée idiopathique sans lésion du foie peut entraîner la production d'hémorragies spontanées et de tétanie hypocalcémique par manque de vitamines K et D. La vitamine K peut être mal absorbée au cours de la colite ulcéreuse chronique et l'hypoprothrombinémie consécutive sera facilement améliorée par le traitement vitaminé.

F. Maladie hémorragique des nouveau-nés. Il y a une forte hypoprothrombinémie. L'injection parentérale de vitamine K arrête les hémorragies et

ES EFFETS

EXPLOSIFS



de L'HYPERTENSION

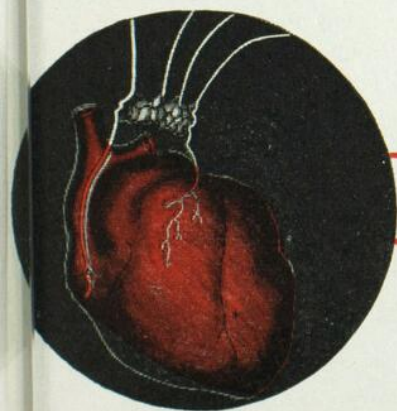
doivent être évités

VERATRITE

aide à prévenir les accès ou les effets explosifs de l'hypertension et évite au malade des périodes de profond malaise et d'incapacité.

Il s'administre par la bouche et comme il est standardisé chimiquement et biologiquement l'on doit en établir la dose pour chaque cas individuel en se basant sur l'abaissement des pressions systolique et diastolique.

Vendu en flacons de 50 et 100 comprimés. Ecrire pour plus ample documentation.



IRWIN NEISLER & CO. FONDEE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MEDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLEGE MCGILL — MONTREAL

sauve la vie de l'enfant. La pathogénie de cette affection est probablement un manque de vitamine K plutôt qu'un fonctionnement imparfait du foie. On fait aussi remarquer que le taux de la prothrombine est, chez le nouveau-né, plus haute que la moyenne, quand on a, avant l'accouchement, donné à la mère de la vitamine K.

G. Etats hémorragiques. Il n'y a pas d'insuffisance de prothrombine au cours du purpura hémorragique (maladie de Werlhof), de la rétinite hémorragique, de l'anémie aplastique, de la leucémie, de la polyglobulie, de l'hémophilie et de l'angiomasose congénitale. Toutes les fois qu'en ne connaît pas exactement l'étiologie d'une hémorragie, on doit doser la prothrombine; et il n'y a aucune raison de donner de la vitamine K quand la prothrombine est à un taux normal.

Conséquences de l'hypoprothrombinémie.

Après un traumatisme cutané, plusieurs facteurs luttent contre l'hémorragie. La quantité de prothrombine dans le sang et les tissus voisins ont de l'importance pour l'hémostase. Quand il n'y a pas de blessure une absence complète de prothrombine peut passer totalement inaperçue, mais elle peut se révéler brusquement lors d'une incision chirurgicale. Le danger d'hémorragie devient sérieux quand une blessure est continuellement traumatisée; c'est le cas de l'ulcère duodénal, des ulcères de la cœlite ulcéreuse chronique et des varices œsophagiennes. Une baisse de la prothrombine affecte le mécanisme de la coagulation.

Les pétéchies ne se voient pas couramment du fait de l'hypoprothrombinémie.

La prothrombine joue un rôle important dans la résistance aux infections. La thrombose des lymphatiques et des capillaires, à la périphérie des processus inflammatoires, et la coagulation du plasma qui a infiltré la région peuvent être défectueuses si la prothrombine est insuffisante.

Hyperprothrombinémie.

L'hyperprothrombinémie est rare. L'auteur, après avoir examiné beaucoup d'individus normaux ou souffrant d'affections diverses, n'a vu que trois fois une prothrombinémie supérieure à 110%. Même après l'administration de doses énormes de vitamine K, le chiffre de la prothrombine ne dépasse pas 100%. *Prothrombine et exploration fonctionnelle du foie.*

La prothrombine étant formée principalement dans le foie, il est logique de penser que les causes qui peuvent modifier les fonctions du foie peuvent aussi diminuer le taux de la prothrombine. En fait, l'hypoprothrombinémie serait un signe précoce et sensible d'une diminution dans le fonctionnement hépatique.

Traitement de l'hypoprothrombinémie.

On peut donner aux malades de la vitamine sous forme de:

- a) extraits crus associés aux sels biliaires, en ingestion;
- b) vitamine K synthétique lipo-soluble associée aux sels biliaires qui est donnée par voie buccale ou injectée seule par voie intramusculaire;
- c) vitamine K synthétique hydro-soluble qui peut être administrée par les voies buccale, sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse.

Une dose quotidienne de 2 à 4 mgr. de 2 méthyl-1, 4 naphthoquinone ou son équivalent associée ou non à 1 ou 2 grammes de sels biliaires suffit. Il est inutile de donner plus si la prothrombinémie ne s'améliore pas avec cette quantité de vitamine K.

Quand les lésions du foie sont graves, il vaut mieux donner la vitamine par voie parentérale sans y ajouter de sels biliaires.

En cas d'urgence, la voie parentérale est la meilleure.

L'auteur ajoute que la vitamine K sera inopérante sur le taux de la prothrombine chez les hépatiques dont le foie est tellement lésé qu'il ne peut pas utiliser la vitamine K et chez les porteurs d'infections chroniques sérieuses du genre pyélonéphrite, ostéomyélite, abcès sous-diaphragmatiques. Dans ces cas, il faut employer la transfusion de sang frais dont 500 c.c. doivent remonter temporairement la prothrombinémie d'environ 10%.

À la vitaminothérapie, il faut toujours associer une alimentation contenant beaucoup de glucides, des protides, des vitamines en abondance, toute l'eau et tous les minéraux dont l'organisme a besoin.

Henri MARCOUX.

PHTISIOLOGIE

F. R. EDWARDS, G. LEGGATT et H. M. DAVIES. — **Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la thoracoplastie.** "British Med. Journ.", 2: 901 (27 décembre) 1941.

Les auteurs sont d'avis qu'au point de vue de la santé publique en général, les personnes qui ont des bacilles positifs dans leurs crachats devraient être mises à part. La thoracoplastie est une méthode de traitement favorable dans un nombre de cas restreint. Mais, les résultats obtenus sont alors tellement satisfaisants que loin d'être une menace publique, ces opérés deviennent capables de mener à bonne fin leurs propres entreprises.

Au Lancashire, dans une clinique, on est venu à la conclusion que les indications idéales pour une thoracoplastie sont les suivantes:

L'antiacide original très recommandé par le corps médi- cal depuis plus de trente ans



AGRÉABLE AU GOÛT . . . PROTECTEUR

Le **DILAXOL E.B.S.** a mérité l'approbation du Corps Médical grâce à sa haute efficacité dans le contrôle de l'hyperacidité gastrique et à la protection qu'il assure contre tout accident à la paroi gastrique.

Quoiqu'il ait une réaction alcaline, le Dilaxol, contrairement aux alcalins énergiques, ne provoque pas de sécrétion hyperacide. Le Dilaxol neutralise l'acide libre, et il a la propriété remarquable de se combiner avec les acides pour les neutraliser. Son action est prolongée mais elle ne dérange pas la digestion et ne cause pas d'alcalose.

En raison des éléments de nature colloïdale qu'il contient, le Dilaxol constitue un revêtement protecteur pour la muqueuse de l'estomac et empêche tout accident à la paroi gastrique.

Il est recommandé pour le traitement de l'hyperacidité, de la duodénite, de la flatulence, de la dyspepsie, de l'ulcère peptique et des nausées de la grossesse.

**SPÉCIFIEZ E.B.S. sur
vos ORDONNANCES**

Pour
plus de
sûreté!

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED
TORONTO MANUFACTURING CHEMISTS CANADA

Chaque once liquide contient :

Sous-salicylate de Bismuth 4 grains
Ferments digestifs 1 grain
Trisilicate, carbonate et hydroxyde de magnésium 75 grains
DOSE: une à deux drachmes liquides, dans de l'eau.

Egalement fourni en **POUDRE**, en paquets commodes pour les ordonnances.

Each fluid ounce contains:
Subsalicylate - 4 grs.
Bismuth - 1 gr.
Trisilicate, Carbonate - 75 grs.

E.B.S.
Effective
for
gastritis,
Nausea,
and other

1) La forme de la tuberculose doit avoir une tendance vers la fibrose. Une thoracoplastie pratiquée dans le cas d'une forme exsudative a pour effet de s'aggraver très souvent. Comme il y a des cavernes dans le plus grand nombre de cas de tuberculose fibreuse, pour les bien localiser, c'est la tomographie qui les fait voir le mieux.

2) La principale lésion tuberculeuse à traiter par cette méthode doit être unilatérale. Mais, s'il y a des lésions de l'autre côté, elles doivent être éteintes, il pourrait autrement se produire une extension des lésions, puisque c'est le poumon libre qui est forcé de compenser l'action du poumon collabé. Les cavernes plus grandes que 5 centimètres sont difficiles à contrôler par la thoracoplastie surtout si elles sont situées près du hile ou à la base.

3) Dès le premier abord, on doit tenter le pneumothorax dans tous les cas de tuberculose pulmonaire là où un collapsus est nécessaire. Si le pneumo est inefficace, on doit donner le temps à l'air de se résorber, avant de tenter la thoracoplastie.

4) L'âge de la thoracoplastie se limite entre 15 et 45 ans avec quelques rares exceptions.

5) Plus l'état général du patient est bon, plus les chances de succès sont grandes.

Les contre-indications sont la dégénérescence amyloïde, l'atteinte tuberculeuse, la laryngite tuberculeuse ulcéreuse, la tuberculose avancée des os et de l'arbre génito-urinaire. Comme règle générale, c'est la condition du poumon qui fait foi de tout, avant de tenter quoique ce soit. La thoracoplastie des 10 premières côtes, près des vertèbres, y compris la partie transversale de la côte est l'opération de choix.

A cette clinique, on a fait rarement des thoracoplasties partielles pour des lésions apicales, pour la raison qu'on a assisté à la dissémination de la maladie dans la région inférieure du poumon.

On pratique l'anesthésie avec le cyclonal, avec l'évipal intraveineux, accompagné d'inhalation d'oxygène et de vapeur de chloroforme. On injecte tout le champ opératoire avec une solution de procaine à 1%.

Durant la période de 1933-40, les résultats obtenus sont les suivants: 158 opérations ont été faites sur 59 malades avec une mortalité immédiate post-opératoire nulle. Des 52 malades opérés, 35 (67%) au moment où cet article est écrit se portent bien, ayant une expectoration négative et 30 (86%) sont au travail; 8 (15%) sont morts et 9 (17%) sont encore au repos, parce qu'ils ont des crachats positifs, tandis que 7 ont été opérés pour un empyème tuberculeux.

Cinquante pour cent des cas qui se présentent pour une thoracoplastie sont rejetés après avoir subi un examen clinique et radiologique.

Paul-René ARCHAMBAULT.

S. T. DUDLEY. — **Contrôle de la tuberculose pulmonaire dans la Marine Royale par la radiographie miniature.** "Proc. of the Royal Society of Medicine", 34: 401 (mai) 1941.

Faisant l'historique de la tuberculose dans la Marine Royale, l'auteur rapporte d'abord qu'au milieu du XIX^e siècle, la tuberculose existait approximativement au taux de 8 pour 1000, soit un taux quatre fois plus élevé qu'à présent. Le déclin n'a pas été continu. L'état présent n'est pas meilleur que celui d'il y a 35 ans, quoique dans l'ensemble le taux est diminué de moitié en cette période, au pays. Les conditions hygiéniques ont été grandement améliorées. Cependant, un facteur inchangé est constitué par la densité de la population (donc opportunité de contact) sur les bateaux.

L'auteur remarque que le pesée périodique n'est pas d'un grand secours pour le diagnostic de la tuberculose au début. L'examen physique est encore insuffisant dans un nombre considérable de cas. En général, dans la Marine, quand le diagnostic est posé, la bacilloscopie est déjà positive depuis quelque temps.

Pour enrayer ce danger, il est nécessaire de découvrir rapidement les cas insoupçonnés. Pour cela, rien comme l'examen radiologique de toute la marine, répété périodiquement. La radiographie miniature en masse offre une solution et elle a été entreprise. Trois appareils ont été installés en différents dépôts. Tous les marins y passent environ une fois par trois ans. Des 18,751 sujets examinés à date, 3.7 pour 1000 font penser à la tuberculose.

Chez les hommes en service depuis plus de 5 ans, le taux a été de 3.4 fois plus élevé que chez ceux ayant moins de cinq ans de service. Chez les hommes du métier âgés de 30 ans et plus, l'incidence est de 4.8 fois plus grande que chez les moins de 30 ans.

Les chiffres démontrent que dans la marine on est deux fois plus exposé à la tuberculose pulmonaire que chez les hommes de même type travaillant sur terre.

Des 69 cas suspects, 49 avaient des lésions activées (24 avec bacilloscopies positives) 20 avaient une lésion arrêtée. On doit les ré-examiner plus tard.

Deux seulement n'avaient aucune maladie appréciable lors d'examen ultérieurs.

On n'a pas fait de diagnostic définitif sur les miniatures seules. Les 47 hommes étaient en service

LES PRODUITS SQUIBB À BASE DU COMPLEXE

UN À UN



CHLORHYDRATE DE THIAMINE

Microcaps de 1, 3, 5 et 10 mg.



RIBOFLAVINE

Microcaps de 1 et de 5 mg.



CHLORHYDRATE DE PYRIDOXINE

Microcaps de 1 et de 10 mg.



NICOTINAMIDE

Microcaps de 50 mg.



PANTOTHENATE DE CALCIUM

Microcaps de 10 mg.

B-

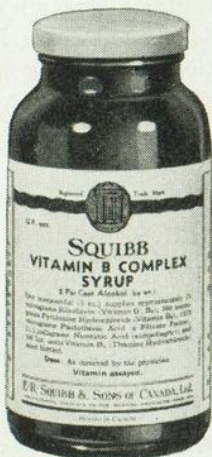
*satisfont à toutes
vos exigences*

GROUPÉS



MICROCAPS SYNTHÉPLEX B

Association en quantités thérapeutiques des cinq facteurs du Complexe B. Petites capsules faciles à avaler.



SIROP À BASE DU COMPLEXE B

Extrait du Complexe entier B, tel qu'obtenu du son de riz et enrichi de chlorhydrate de thiamine et de riboflavine.



CAPSULES DE COMPLEXE B

Contient tous les facteurs du Complexe B tel qu'obtenu de la levure de bière, la source par excellence de ces substances. Enrichi de cinq vitamines cristallisées.



COMPRIMÉS DE COMPLEXE B

Préparé à partir du Complexe B, **extrait** spécialement de la levure de bière et additionné de cinq vitamines cristallisées. **Efficace et économique.**

Pour obtenir des notices descriptives, écrire à 36 Caledonia Road, Toronto, Canada.

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES POUR LE CORPS MÉDICAL DEPUIS 1858

actif et la plupart ne sentaient aucun malaise. Ils étaient même indignés d'être hospitalisés.

Le travail se continue.

J.-P. PAQUETTE.

(*British Medical Information Service-Traduction.*)

A. ARNSTEIN. — **Pneumoconiose, pneumoconio-tuberculose et tuberculose non-industrielle des ganglions médiastinaux et trachéo-bronchiques chez les sujets âgés.** "Tubercle", 22: 281 (décembre) 1941.

L'antracose des ganglions médiastinaux et trachéo-bronchiques se rencontre souvent chez les sujets âgés qui ont vécu dans l'atmosphère poussiéreuse et enfumée des districts industriels. On ignore parfois qu'il s'agit d'anthraco-silicose ou de silico-tuberculose. L'auteur a déjà publié, en 1934, les résultats de nombreuses observations cliniques et nécropsiques portant sur des patients de plus de 60 ans. Le présent article est basé sur la continuation de son expérience et l'étude de la littérature récente. Il en tire les conclusions suivantes:

1. Les conditions morbides du thorax causées par la pneumoconiose, la pneumoconio-tuberculose et la simple tuberculose trachéo-bronchique sont fréquentes chez les vieux citoyens. Dans les tuberculoses médiastinales et ganglionnaires, on ne peut assumer les métiers de poussière.

2. Si le diagnostic différentiel entre la pneumoconiose et la pneumoconio-tuberculose ganglionnaire est difficile même par l'histologie, les conditions anatomo-cliniques qui s'ensuivent sont similaires dans les trois cas.

3. Les bronches, les vaisseaux sanguins, l'œsophage, les nerfs peuvent être endommagés. Comme conséquence, l'atélectasie et la fibrose du poumon, dues à la sténose bronchique, peuvent survenir. La perforation d'un ganglion ramolli dans un tronc bronchique peut causer une pneumonie par aspiration avec ou sans abcès. L'envahissement de l'œsophage peut causer une obstruction par sténose ou bien des diverticules. L'altération d'un vaisseau sanguin peut produire un envahissement hémotogène ou des hémorragies mortelles. L'envahissement des nerfs amène la paralysie: le récurrent, le phrénique ou la dixième paire peuvent être atteints.

4. L'incidence de ces troubles augmente avec l'âge; on les rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme.

5. L'étude de la pathologie des pneumoconioses et pneumoconio-tuberculoses non industrielles ouvrira probablement des horizons nouveaux sur le mode de réactivation des vieux foyers tuberculeux encapsulés des ganglions médiastinaux et probablement du poumon.

6. On devra inventorier sur l'incidence de ces lésions en rapport aux régions et à la quantité et la qualité des poussières de l'air.

7. L'incidence de ces cas en Grande-Bretagne est étudiée; un cas de tuberculose caséuse chez une femme de 55 ans (séquelle de rupture ganglionnaire dans une bronche) est aussi rapporté.

8. Les mêmes conditions morbides peuvent se trouver dans la scoliose lente de la petite industrie.

9. L'occurrence, comme maladie non industrielle de la pneumoconiose et de la pneumoconio-tuberculose semble importante tant du point de vue hygiène générale que du point de vue hygiène particulière.

J.-P. PAQUETTE.

(*British Medical Information Service-Traduction.*)

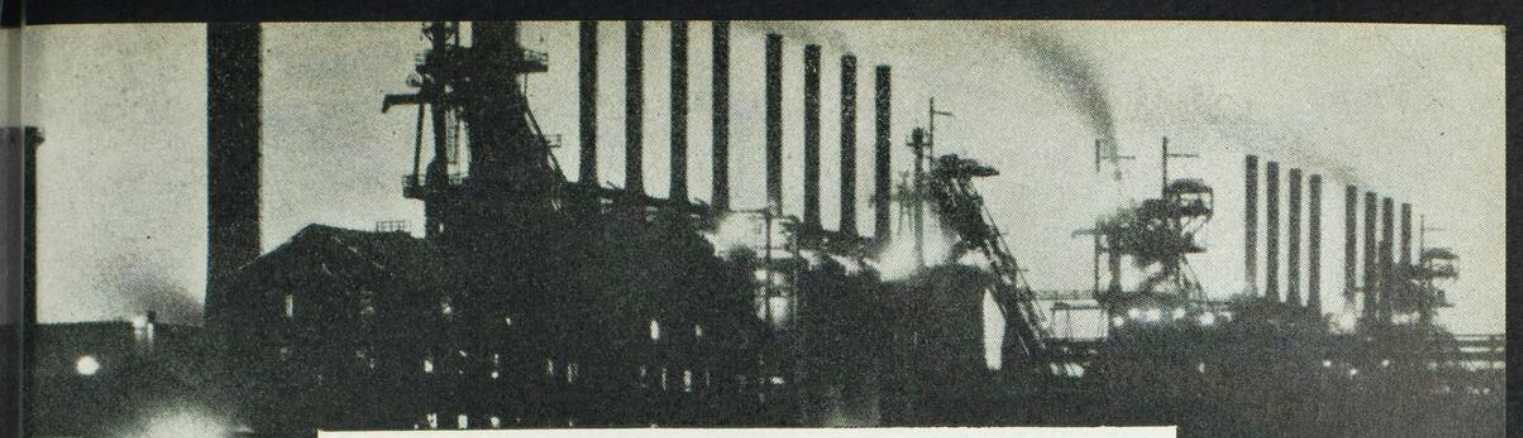
NUTRITION

C. Cabell BAILEY et Alexander MARBLE. — **L'histone-zinc-insuline, la globine-zinc-insuline et l'insuline-protamine-zinc limpide.** "J. A. M. A.", 118: 683 (28 février) 1942.

L'insuline-protamine-zinc qui a été mise sur le marché en février 1937 ne représente qu'une des multiples modifications que la chimie puisse faire subir à l'insuline ordinaire cristallisée.

Cette nouvelle préparation d'insuline possède de grands avantages sur l'insuline ordinaire, puisque son action se prolonge plus de 24 heures après son administration. Son usage a cependant montré qu'elle n'était pas sans défaut: 1° Il s'agit d'une suspension plutôt que d'une solution, elle doit donc être agitée et bien mélangée avant l'usage, afin d'assurer l'uniformité des doses. 2° La préparation n'est pas complètement stable et perd quelque peu de son efficacité lorsqu'elle est laissée quelque temps à la température de la chambre. 3° A cause de la lenteur de son action, il est parfois indispensable de lui adjoindre une certaine quantité d'insuline à action rapide. 4° Dans des diabètes sévères, il est parfois difficile de contrôler la glycosurie qui survient à la fin de l'après-midi et le soir, avec une seule injection administrée le matin avant le déjeuner, il est parfois nécessaire de répéter la dose au cours de la journée. 5° Elle provoque assez fréquemment des réactions locales désagréables. 6° L'administration d'une forte dose d'insuline-protamine-zinc est souvent suivie de réactions hypoglycémiques nocturnes, si l'on ne prend la précaution de faire ingérer un léger repas le soir au coucher.

Les chimistes ont mis au point d'autres préparations d'insuline qui semblent offrir certains avantages sur les préparations antérieures:



OSMOPAK

(AU VERT BRILLANT)

ACCELERE

LE RENDEMENT de la MAIN D'ŒUVRE

Abrège les périodes d'incapacité

L'arsenal thérapeutique contribue à la défense nationale en réduisant au minimum les périodes d'incapacité et d'inaction chez les travailleurs blessés ou infectés.

Plusieurs praticiens éminents de la médecine industrielle recourent à Osmopak pour abréger la durée de la convalescence de leurs patients et les maintenir en circulation avec un minimum d'incapacité fonctionnelle. La double action d'Osmopak — bactériostatique et osmotique, — aide à circonscrire l'infection et aussi à prévenir une intervention chirurgicale en favorisant la guérison spontanée du processus infectieux.

Osmopak est un pansement émollient contenant 58% de sulfate de magnésie, 1/2% de benzocaïne, 1-25,000 de Vert brillant dans une base hydro-soluble. Il doit être appliqué par le médecin lui-même et recouvert d'un pansement protecteur imperméable. On peut se le procurer en pots d'une livre et demie. Ecrire pour plus amples documentations.



IRWIN NEISLER & CO.

FONDÉE EN
1886

DECATUR, ILLINOIS

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MEDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLEGE MCGILL, MONTREAL

Histone-zinc-insuline (Hagedorne et ses collaborateurs). Cette insuline est préparée par l'addition à l'insuline d'une protéine histone dérivée du thymus. Ce produit a été expérimenté en clinique par Biasotti, Deulafeu et Mendive et par Gray, Bischoff et Sansum. L'H-Z-I est douée d'une action prolongée (24 heures), son action hypoglycémiant est plus rapide que celle de l'I-P-Z; il est possible de maintenir un taux glycémique normal et de faire disparaître la glycosurie avec une seule dose administrée le matin avant le déjeuner, et cela plus facilement qu'avec l'I-P-Z.

Dans les deux premières heures qui suivent l'injection, on constate un abaissement modéré du taux de la glycémie, probablement dû à la présence dans la préparation d'une certaine quantité d'insuline soluble. En somme, l'action de l'H-Z-I est à peu près identique à celle de la P-Z-I. Cependant les réactions hypoglycémiques seraient moins à craindre et moins importantes avec l'H-Z-I. Ce produit présente un inconvénient assez sérieux du fait que la substance a tendance à précipiter et à adhérer aux parois du tube après quelques mois.

Globine-zinc-insuline. Cette insuline a été préparée une première fois par Reiner, Searle et Lang, en combinant l'insuline avec la globine, une protéine simple, extraite des érythrocytes après séparation du pigment ferrique. Cette préparation se présente sous forme d'une solution stable, claire et limpide.

La G-Z-I est douée d'une action prolongée; cette action est cependant plus courte que celle de l'H-Z-I et de la P-Z-I; elle se prolonge pendant une vingtaine d'heures. L'action initiale est moins prononcée que celle de l'H-Z-I, mais son effet se fait nettement sentir après deux heures; l'intensité de son action tient le milieu entre celle de l'insuline cristallisée et celle de l'I-P-Z. La G-Z-I n'a provoqué aucune action locale au cours de son emploi.

Insuline-protamine-zinc limpide. L'action de cette préparation insulinique se prolonge pendant 18 à 24 heures. Son action hypoglycémiant au cours des premières heures est identique à celle de la G-Z-I. Elle serait inférieure à la G-Z-I et à l'I-Z-P sur le contrôle du diabète. Elle n'a donné lieu à aucune réaction locale.

L'H-Z-I et la G-Z-I sont des produits comparables dans leur action à l'I-P-Z; elles permettent un contrôle parfait du diabète. L'efficacité de l'I-P-Z limpide est moins nette.

Les auteurs ajoutent, en terminant, qu'il vaut mieux ne pas trop compliquer le traitement du diabète, et pour cette raison le nombre des préparations insuliniques mises sur le marché doit être réduit au minimum. Il suffit d'une insuline à action rapide: l'insuline ordinaire cristallisée; d'une insuline à

action prolongée: l'insuline-protamine-zinc qui est très bien connue actuellement. Les nouvelles préparations insuliniques n'offrent pas de tels avantages sur leurs devancières pour mériter d'être mises sur le marché à l'heure présente.

Honoré NADEAU.

CHIRURGIE

A. R. IRVINE. — **Analyse des statistiques publiées sur le cancer du sein.** "Can. Med. Ass. J.", 45: 42 (juillet) 1941.

D'après Steinthal, groupes:

1) Tumeur petite, limitée à la glande, non adhérente à la peau ni en profondeur, sans ganglions axillaires.

2) Tumeur grosse, adhérente à la peau avec rétraction du mamelon et petits ganglions axillaires libres.

3) Grosse tumeur adhérente à la peau et en profondeur, avec ganglions axillaires et sus-claviculaires fixés.

4) Cas non classés (manque de renseignements précis).

Traitement chirurgical: survie de 5 ans.

44 statistiques mondiales: de 15 à 52% — moyenne 28%.

Cette marge est due à la différence d'opinion qu'ont les chirurgiens sur l'opérabilité des néo.

Hutchinson a relevé les statistiques des 35 dernières années et il a constaté que les résultats ne s'amélioreraient pas. Donc le traitement chirurgical est stabilisé depuis longtemps, et tout laisse prévoir que les résultats ne s'amélioreront pas à l'avenir car ce traitement chirurgical ne peut donner plus.

La moyenne de tous les cas de néo du sein opérés donne une survie de 5 ans:

dans 71.3% pour les cas au début.

" 35.0% pour les cas plus avancés.

" 9.5% pour les cas très avancés.

Roentgenthérapie: elle donne, pour les cas très avancés, de meilleurs résultats que la chirurgie et les rayons X.

Curie-thérapie: donne surtout de bons résultats dans les cas très avancés.

Chirurgie et roentgenthérapie: c'est le traitement le plus employé. Même dans les cas les plus heureux, au début. Il ne faut pas opérer dans les cas très avancés, car la manipulation favorise la dissémination.

Groupes	I	II	III	IV
Chirurgie	71.3	35.0	9.5	28.1
Chirurgie et rayons X	74.7	41.0	9.1	40.9
Rayons X	73.3	46.5	18.6	42.3
Radium	47.1	16.6	19.5	

Comparez

1

**UN GERMICIDE
EFFICACE**

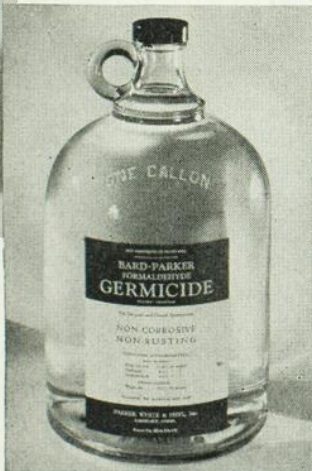
BARD-PARKER FORMALDEHYDE GERMICIDE

à n'importe quelle solution généralement
employée pour désinfecter des instruments
de chirurgie ...

VEGETATIF Intervalle d'épreuve (nombre de minutes) qui produit la stérilité					SPORE Intervalle d'épreuve (nombre d'heures) qui produit la stérilité				
Organisme d'épreuve	PUS		SANG		Organisme d'épreuve	PUS		SANG	
	humide	sec	humide	sec		humide	sec	humide	sec
Staph. aureus	1/2	1/2	1/2	2	B. anthracis	1/4	1/4	1	1
Strep. hemolyticus	1/2	1/2	1/2	*	Cl. tetani	18	18	18	18
Pseudomonas pyocyanea	1/2	1/2	1/2	1	Cl. welchii	1	2	2	4

*Les contrôles étaient négatifs—n'ayant pu résister au séchage.

2

**IL PRESERVE
LES DOLLARS
BUDGETAIRES**


Quand on l'emploie d'après les instructions, la Solution ne s'oxide pas ni corrode les instruments d'acier, de cristal ni de caoutchouc traité à la chaleur.

La Solution ne nuit pas aux fils aiguisés des bistouris et des ciseaux chirurgicaux... ce qui aide à sauvegarder les fonds employés à l'acquisition d'instruments, par le chirurgien ou l'hôpital.

La Solution retient sa haute efficacité germicide pendant longtemps si on la conserve sans la diluer et libre de matière étrangère.

Demandez-en à votre Fournisseur

PARKER, WHITE & HEYL, INC.

218 FRONT STREET, EAST, TORONTO 2, ONTARIO, CANADA

DANBURY, CONNECTICUT

A BARD-PARKER PRODUCT

Conclusions.

1) Les cancers au début peuvent être traités avec beaucoup de succès par l'opération; la roentgenthérapie post-opératoire n'améliore que très légèrement les résultats.

2) Les cancers avancés sont mieux traités par la roentgenthérapie seule, et surtout quand les ganglions axillaires sont précoces et importants.

3) Le traitement combiné, chirurgie et roentgenthérapie, est très prometteur et a déjà suffisamment donné de bons résultats pour passer dans la pratique courante.

Pierre JOBIN.

J. G. SCHNEDORF et G. T. ORR. — **Cinquante deux cas de cancer du pancréas et de l'ampoule de Vater. Considérations particulières sur l'infiltration graisseuse du foie.** "Ann. Surg.", 114: 603 (octobre) 1941.

Les auteurs démontrent que le cancer du pancréas constituent de 1 à 2% de toutes les tumeurs malignes. D'ailleurs cette statistique est confirmée dans les rapports trouvés dans la littérature. L'évolution clinique dure de un à huit mois. La résection radicale du duodénum et d'une portion de la tête du pancréas comprenant l'ampoule de Vater, apporte des résultats satisfaisants. La mortalité opératoire est d'environ 38%. Le cancer du pancréas est plus fréquent entre 50 et 60 ans disent ces auteurs alors que dans la littérature ce serait entre 70 et 80 ans. Dans presque tous les cas rapportés ici le cancer était de forme squameuse, mais cependant dans deux cas on trouva une tumeur ramollie au centre. La plupart de ces néoplasmes se développent dans les acinis: 5 dans l'épithélium du conduit pancréatique, 25 dans la tête et 7 dans le corps du pancréas; dans trois cas, toute la glande était envahie.

La symptomatologie variait entre des symptômes peu marqués, durant de un à 9 mois, à de vagues troubles abdominaux, d'indigestion, de gaz et dyspepsie avec perte rapide de poids et grande faiblesse dans 85% des cas. L'ictère était presque toujours présent lorsque la tête du pancréas était cancéreuse, mais non quand c'était le corps de la glande. Les autres symptômes trouvés dans différents cas étaient soit un simple malaise, soit une douleur forte, de l'obstruction, de l'ascite, etc. Les symptômes du cancer de l'ampoule de Vater sont les suivants: malaises épigastriques, nausées, vomissements, anorexie, faiblesse rapide, perte de poids, ictère progressif avec forte douleur et parfois une masse palpable dans le quadrant supérieur droit. L'infiltration graisseuse et la dégénérescence du foie furent trouvées dans un certain nombre de cas.

100 grammes de pancréas cru ajouté à la diète journalière suffit pour prévenir cette dégénérescence graisseuse. Dix grammes de lécithine, prise tous les jours, maintient aussi la graisse du foie.

Dragstedt a prouvé que la lécithine dans le pancréas cru est spécifique pour conserver l'intégrité du foie et que la lipocaïne, substance extraite du pancréas, est spécifique et active en petites quantités. Le diabète peut s'installer s'il y a changement dans la graisse du foie dû à une destruction intense du pancréas. Si le diagnostic est fait précocement, on est assuré de meilleurs résultats dans l'avenir. Mais pour cela il faudra que dans tous les cas de douleur abdominale inexplicable, perte de poids rapide, nausées, ictère, on fasse un examen systématique de l'état du pancréas. Les graisses devront être recherchées dans les selles, après un régime contenant une quantité de graisse connue. Les sécrétions duodénales devront être obtenues par l'intubation et analysées en vue des ferments pancréatiques.

La recherche de l'amylase et de la lipase du sang peut être explicite puisque la quantité de celles-ci est élevée dans l'obstruction du conduit pancréatique. La gastroscopie a aussi son importance. L'exploration chirurgicale est justifiée, puisque dans plusieurs cas les symptômes cliniques sont trop incertains et peu marqués pour établir un diagnostic.

Les auteurs ont étudié 52 patients porteurs d'un cancer du pancréas et de l'ampoule de Vater; le diagnostic a été prouvé par l'autopsie et la biopsie et après l'analyse de ces 52 cas, les observations suivantes ont été notées:

A. Une évolution rapide et fatale est la règle.

B. Un examen minutieux de la fonction pancréatique est conseillée dans tous les états abdominaux inexplicables, puisque l'on doit se rappeler que certains cancers du pancréas et de l'ampoule de Vater ont une symptomatologie obscure.

C. La résection radicale offre le seul espoir d'une guérison ou d'un soulagement dans les cas d'obstruction biliaire ou duodénale et même dans les cas avancés, cela doit être tenté non seulement pour le soulagement du patient mais aussi pour prolonger sa vie.

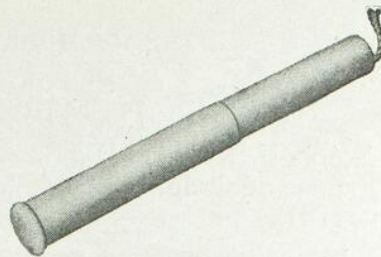
D. L'infiltration graisseuse et la dégénérescence du foie ont été trouvées à l'autopsie dans 10 cas de cancer de l'ampoule et de la tête du pancréas. La littérature renseigne fort bien sur ces constatations.

E. L'ingestion pré et post-opératoire de lécithine, de choline, d'extrait pancréatique et de lipocaïne est indiquée pour tous ces patients, afin de prévenir les changements dans la graisse du foie et conserver la vie.

Antoine PETTIGREW.

Les tampons menstruels

sont-ils d'une grande importance pour le médecin?



Evidemment non! Cependant — sont-ils assez importants pour justifier l'énumération de certains points convaincants? Certainement oui! Car, demain, la patiente dont l'estime lui est très précieuse pourra particulièrement désirer apprendre comment éviter une irritation vulvaire périodique très douloureuse... comment bénéficier des avantages de l'absorption interne sans difficulté d'introduction du tampon... comment obtenir une protection adéquate durant les jours d'écoulement abondant... ou plusieurs questions de réelle importance pour elle.

Pour son bénéfice, le médecin rappellera:

... que Tampax est comprimé à un sixième de son format normal, dans un applicateur individuel qui permet l'insertion haute et facile;

... que seul Tampax (de tous les tampons similaires) s'aplatit complètement et s'adapte bien à la voute vaginale, donnant une assurance et un confort absolu;

... que le fin coton hydrophile reste en contact avec l'épithélium vaginal sans provoquer d'irritation interne ou externe;

... que sa grande capacité d'absorption donne à ses longues fibres de coton une action capillaire qui imbibe librement l'écoulement et en empêche l'arrêt;

... que seul Tampax (de tous les tampons similaires) est piqué avec des coutures entre-croisées qui empêchent sa désagrégation in situ; la ficelle à l'épreuve de l'humidité, extension inséparable de ces piqûres, permet son retrait facile; que Tampax se présente en trois formats (super, régulier, junior) pour répondre à tout besoin particulier;

... que des centaines et des milliers de patientes ont trouvé un confort nouveau — une commodité nouvelle — et une tranquillité d'esprit parfaite.

Le médecin qui explique toutes ces choses à ses patientes constate sans doute que (si elles sont comme la plupart des patientes qui ont été aidées de cette façon) leur hygiène menstruelle en est grandement améliorée et qu'elles lui en sont très reconnaissantes.

Sur réception de ce coupon nous vous adresserons des échantillons.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION

— 533 COLLEGE STREET —

TORONTO, ONT.

TAMPAX

CRÉE D'UNE FAÇON FONCTIONNELLE
PAR UN MÉDECIN POUR UNE VÉRITABLE
PROTECTION HYGIÉNIQUE.

PUBLICITÉ ACCEPTÉE
PAR "THE JOURNAL
OF THE AMERICAN
MEDICAL ASSOCIATION".

CANADIAN TAMPAX CORPORATION
533 College Street, Toronto, Ont.

Il me ferait plaisir de recevoir
des échantillons des 3 formats
de Tampax.

Nom

Adresse

Ville

T 42-3F.

PEDIATRIE

Ralph H. KUNSTADTER. — **Dystrophie adipo-génitale.** "J. A. M. A.", 117: 23 (6 déc. 1941).

Le scepticisme qui entoure aujourd'hui la thérapeutique endocrinienne des dystrophies adipo-génitales provient, selon l'auteur, de l'extravagante réclame et des indications mal définies.

Plusieurs enfants présentant des organes génitaux peu développés sont injustement étiquetés « types pituitaires » ou « adipo-génitaux ». Nous devons réaliser qu'une obésité prononcée en elle-même peut dissimuler les dimensions actuelles des organes génitaux à tel point qu'une fausse impression peut en résulter. L'on ne doit pas oublier non plus les limites du normal: cette insuffisance génitale dans la période prépubertaire peut signifier simplement un retard physiologique ou un délai dans le développement qui subira une correction spontanée.

Qu'est-ce que la dystrophie adipo-génitale?

En toute probabilité, elle est une dysfonction de la glande pituitaire comprenant les lobes antérieurs et postérieurs, originant dans la pituitaire, la région hypothalamique ou les deux.

Au point de vue clinique, les enfants qui présentent une dysfonction endocrinienne définie, hypogénitalisme associé avec une obésité prononcée, qui ne peut pas être expliquée par une suralimentation dans son sens large, doivent être considérés comme présentant une dystrophie adipo-génitale.

Plus fréquentes chez les femmes, cette dystrophie débute à tout âge. Une histoire d'un poids excessif à la naissance est rare; le plus souvent, c'est une augmentation soudaine et progressive du poids entre 7 et 10 ans. Doués d'une intelligence normale, ils peuvent être indolents et d'une bonne nature. Il existe une augmentation de la tolérance aux hydrates de carbone; le M.B. est variable et occasionnellement l'on constate un élargissement ou une érosion de la selle turcique.

Le diagnostic doit être fait avec précaution. La considération de l'histoire du développement est importante en regard du trouble somatique aussi bien que le développement mental.

Traitement. Il dépend de l'âge du patient, de la présence ou de l'absence d'une maladie organique.

Le but de la thérapeutique endocrinienne est la restauration de la fonction par une stimulation ou le remplacement. En traitant le pubertaire, plusieurs facteurs doivent être considérés. La stimulation est désirée et l'on doit éviter tout effet fâcheux. Une quantité excessive d'hormones peut supprimer la pituitaire et causer aussi l'atrophie des gonades. Moins fréquemment, un développement précoce avec un arrêt prématuré de la croissance peut survenir.

Pour ces raisons, les hormones œstrogènes et androgènes doivent être proscrites à la période prépubertaire. La stimulation des gonades par l'administration combinée d'un extrait du lobe antérieur ou chorionique doit être utilisée.

Pour les pubertaires, les substances androgènes et œstrogènes doivent être combinées avec les préparations stimulantes des gonades.

Chez les castrés, les hormones gonadotropiques ne sont d'aucune valeur et il peut être nécessaire d'administrer des substances andro-œstrogéniques à large dose indéfiniment.

Le mode d'administration et la durée du traitement dépendent de l'âge du patient et de sa réponse:

Prépubertaire: des semaines et des mois avant qu'une amélioration subjective et objective ne survienne. Le traitement doit être interrompu à des intervalles variables pour éviter qu'il ne devienne réfractaire.

La diète: corriger les fautes alimentaires; hyperprotéinique; hypocalorique.

Selon l'expérience de l'A., à moins d'être formellement indiquée, la thyroïde n'a aucune valeur et peut même être dommageable.

De la Broquerie FORTIER.

Maurice H. SHULMAN. — **L'usage du Dilantin dans l'asthme bronchique.** "New England Jr. of Med.", 226: 260 (12 février) 1942.

On sait que l'administration de Dilantin à un épileptique suffit souvent à modifier profondément sa personnalité. Se basant sur l'existence d'un facteur psychique dans la genèse de l'asthme, l'auteur eut l'idée d'employer ce même médicament chez 7 enfants souffrant de crises fréquentes d'asthme. Les enfants étaient âgés de 3 à 14 ans et présentaient des attaques répétées d'asthme ainsi qu'une respiration sifflante continue. Aucun de ces enfants n'avait été amélioré par les traitements habituels de l'asthme.

Chaque enfant reçut d'abord $\frac{1}{2}$ grain de Dilantin, 2 fois par jour. Puis, selon la réponse du patient au traitement, la dose fut augmentée de $\frac{1}{2}$ grain par jour, à toutes les semaines. Les doses efficaces quotidiennes varièrent entre $1\frac{1}{2}$ grain et 3 grains. Le Dilantin fut ainsi administré pendant une période de 5 à 12 mois. Aucune autre médication ne fut donnée durant cette période d'observation.

Avec un dosage optimum, le médicament réussit à faire cesser les crises chez 6 des 7 petits asthmatiques en expérience. Ces 6 enfants furent même capables de s'adonner ensuite à des activités sportives normales. Le Dilantin semble donc exercer une action favorable sur l'asthme bronchique.

Norbért VEZINA.



UNE SEULE SOURCE

Un laxatif parfait et un antiacide efficace :

LE LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS

Comme laxatif, il agit délicatement et parfaitement.
Comme antiacide : trois fois aussi effectif qu'une solution concentrée de bicarbonate de soude.

•

LE LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS (LIQUIDE)

Comme antiacide — 2 à 4 cuillerées à thé
Comme laxatif léger — 4 à 8 cuillerées à thé

•

LES COMPRIMÉS DE LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS

Comme antiacide — 2 à 4 comprimés

•
Echantillons sur demande

•

LE LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS

Préparé seulement par



A. G. V. ALDRIDGE. — **Valeur comparée des solutions de cristalloïdes, du sang complet et du plasma sanguin dans le traitement de la déshydratation chez l'enfant.** "Archives of Disease in Childhood", 16: 182 (septembre) 1941.

Cet article du département des maladies infantiles de l'université de Birmingham fait suite à un article précédent du même auteur (Aldridge, 1941) sur les modifications du liquide sanguin chez l'enfant au cours de la déshydratation.

Quelle que soit la cause de la déshydratation, qu'il s'agisse d'une sténose pylorique ou d'une gastro-entérite chez l'enfant, ou du choléra des tropiques, le traitement reste le même dans ses grandes lignes. Trois facteurs entrent en jeu: (1) la perte d'eau; (2) la perte d'électrolytes avec, comme conséquence, les perturbations de l'équilibre acide-base du sang et (3) le rôle que peut jouer l'oligurie dans la production de cette condition. Le traitement tient compte de ces facteurs en donnant des liquides en plus grande quantité qu'en temps normal (au moins 160 c.c. par kilo. de poids par jour) et en administrant ces liquides par la voie sous-cutanée ou intraveineuse quand l'administration *per os* se montre insuffisante. Les solutions dont on se sert sont le sérum physiologique et les solutions glucosées à 5 ou 10%. Les solutions de glucose peuvent être préparées avec de l'eau tridistillée ou avec du sérum physiologique.

La déshydratation, si elle n'est pas trop marquée, peut être combattue par des injections sous-cutanées de sérum salé physiologique (0.9%) à raison de 10 à 15 c.c. par livre de poids (454 g.). Si la déshydratation est marquée, du glucose à 5 ou 10% dans du sérum physiologique est administré par intraveineuse, soit sous forme d'une dose unique de 10 à 15 c.c. par livre de poids, soit en goutte à goutte continuels durant 24 à 72 heures. Naturellement, il peut aussi être question de l'opportunité d'une transfusion sanguine dans ces cas. Le problème n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire, car avant de décider s'il faut faire une transfusion de sang complet ou de plasma seulement, on doit considérer la concentration du sang de l'enfant en érythrocytes et en sels minéraux. Ces questions sont discutées en détail dans le texte.

Le but principal du traitement est de remplacer l'eau et les sels perdus à la suite de la diarrhée et des vomissements. Il n'est pas nécessaire de voir à la restitution des bicarbonates car c'est la récupération des ions sodium qui compte réellement. «Quand, dans la déshydratation, on administre du chlorure de sodium, l'organisme est capable de garder l'ion dont il a le plus besoin, et, pourvu que la fonction

rénale soit active, peut excréter l'autre ion dans l'urine.» On doit viser à combattre l'oligurie, et, à plus forte raison, l'anurie. Dans ce but, les liquides dont on se sert non seulement doivent fournir l'eau nécessaire à l'organisme, mais doivent corriger par leur action diurétique les perturbations de la chimie du sang. Les solutions le plus en usage à cet effet sont les solutions hypertoniques de glucose (10%). L'administration au petit bonheur du glucose dans le système veineux est condamnable cependant, car son effet diurétique peut amener une déperdition trop grande de chlorures avec production de tétanie, ou une déperdition trop grande d'eau avec augmentation de la déshydratation. Il faut aussi penser que l'injection dans les veines d'une grande quantité de liquide peut causer une chute considérable des protéines du plasma et que l'œdème de la muqueuse intestinale peut conduire à une augmentation de la diarrhée. Les principes qui doivent diriger le traitement de la déshydratation, y compris ceux en rapport avec la transfusion, sont suffisamment résumés dans la conclusion: «On ne doit pas employer le sérum physiologique comme traitement de routine, dans tous les cas de déshydratation...; en de multiples occasions, il existe une hyperchlorurémie apparente, sinon actuelle, qui peut augmenter encore si on administre en outre du chlorure de sodium. L'usage irréfléchi du sang ne peut pas être approuvé non plus, car, dans la majorité des cas, le sang de l'enfant qui est déjà concentré, le devient encore plus après la transfusion de sang. Lorsqu'on se propose de faire une transfusion, il faut évaluer auparavant à l'hématocrite la concentration du sang, et, ce qui est mieux, faire une numération des globules rouges et un dosage de l'hémoglobine. Si ces valeurs sont au-dessus de la normale, le cas ne convient pas pour la transfusion. Chez ces enfants où l'hématocrite révèle une concentration marquée du sang et qui requièrent cependant un traitement plus intensif que la simple injection d'une solution de cristalloïdes, la transfusion de plasma doit être envisagée.

Norbert VEZINA.

(British Medical Information Service-Traduction.)

OPHTHALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
Orrie E. GHRIST. — **Le botulisme, problème d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.** "The Eye, Ear, Nose and Throat Monthly", juin 1941, p. 139.

L'auteur rapporte trois cas de botulisme, dont un avec paralysie unilatérale de la VIII^e paire. Les premiers symptômes apparents du botulisme sont le plus souvent des signes cliniques manifestes aux

Régimes pour Diabétiques

GRATIS: Brochure donnant des spécimens de menus pour diabétiques
et 33 pages de délicieuses recettes à la Gélatine Knox.

Afin de vous épargner du temps et des ennuis dans la prescription de régimes pour vos diabétiques, nous avons préparé une brochure intitulée: "L'Alimentation des diabétiques — jeunes et âgés".

La brochure renferme une étude sur les bases de l'alimentation des diabétiques; des tableaux utiles concernant la composition des aliments, des spécimens de menus et 33 pages de recettes simples, économiques et appétissantes donnant la composition et la valeur calorifique des aliments.

L'emploi de la gélatine Knox simple (mousseuse) est clairement expliqué par des exemples de ce que peut faire cette gélatine pour varier des repas complets tout en respectant les besoins du diabétique. (La gélatine Knox contient 85 à 87 % de protéine — et ne présente aucune trace de sucre.) Elle renferme la majorité des aliments amido-acides et fournit un supplément de protéine à presque tous les aliments.

On trouvera aussi dans cette brochure des schémas de prescriptions diététiques représentant des quantités normales de glucides; des schémas avec quantités réduites de glucides et des quantités élevées de liquides et, enfin, des régimes pour enfants diabétiques.

En nous adressant le coupon ci-dessous nous vous ferons parvenir autant de brochures que vous le désirez, sans obligation de votre part.

Ne confondez pas la gélatine KNOX ordinaire (mousseuse) (U.S.P.) avec une gélatine de qualité inférieure ou avec des poudres à dessert fortement chargées de sucre. La gélatine Knox ne présente aucune trace de sucre ou autres substances pouvant causer des gaz ou de la fermentation. Elle est fabriquée après plus d'une vingtaine d'épreuves de laboratoire et sous contrôle bactériologique sévère afin de maintenir sa pureté et sa qualité. Si vous spécifiez le nom de Knox, votre hôpital se la procurera pour vos malades.

GELATINE KNOX (U. S. P.)	GELATINE A DESSERT FABRIQUEE ET AROMATISEE.
Gélatine en entier.	Contiennent seulement 10 % à 12 % de gélatine.
Protéine 85 % à 87 %.	Protéine 10 % à 12 %.
pH environ 6.0	pH environ 6.0
Absolument sans sucre.	Environ 85 % de sucre.
Aucune essence. Pas de coloration. Sans odeur, sans saveur. S'incorpore parfaitement à n'importe quel aliment, y compris le lait.	Contiennent de l'essence, de l'acide et des matières colorantes.
Avantageuse pour plusieurs régimes tels que pour: le diabète, l'ulcère peptique, la convalescence, l'anorexie, la tuberculose, la colite, les vieillards, etc.	Contre-indiquées dans les régimes du diabète, de l'ulcère peptique et autres régimes.



LA GELATINE KNOX

(U. S. P.)

est une gélatine ordinaire non aromatisée —
protéine entière, ne contenant pas de sucre.

En nous faisant parvenir ce coupon
vous obtiendrez des brochures gratuites.

KNOX GELATINE

Johnstown, N. Y., Dept. 472.

Il me ferait plaisir de recevoir () exemplaires
gratuits de « L'alimentation des diabétiques —
jeunes et âgés ».

Nom.....

Adresse.....

appareils visuel et auriculaire. Les oculistes et les auristes seront les premiers consultés. Un prompt diagnostic assure de plus grandes chances de guérison. La toxine s'attaque aux nerfs moteurs et surtout aux nerfs crâniens. Le nerf auditif est le seul nerf sensoriel à être atteint.

Pathogénie. A l'autopsie: absence de phénomènes inflammatoires, nombreuses hémorragies méningées. Hémorragie dans le conduit auditif interne, qui explique l'atteinte de la VIII^e paire. Les symptômes cardinaux du botulisme sont: faiblesse généralisée, diplopie, ptose de la paupière, sécheresse de la bouche et constipation. Ces symptômes peuvent survenir de 4 à 10 heures après l'ingestion d'aliments en mauvais état et contenant le bacille. Le malade a une vision embrouillée (parésie du muscle ciliaire) qui est bientôt suivie d'une diplopie et d'une chute de la paupière supérieure. Il y a quelquefois du nystagmus. L'examen de la gorge montre une sécheresse du pharynx et un peu plus tard les muscles du palais deviennent parésisés au point que le malade puisse à peine avaler. A l'oreille, surdité de perception. Le tympan est d'apparence normale.

Jean LACERTE.

P. SAVY, P. BONNET, JEUNE et GALY. — **Syndrome médullaire et anomalies crâniennes associés à l'existence des fibres à myéline dans la rétine.** "Le Journal de Médecine de Lyon", 516: 295 (5 juillet) 1941.

Les auteurs versent au débat cette observation: «Malade de 43 ans et demi. Paraplégie spasmodique datant de 12 ans associée à une dissociation thermo-analgésique remontant jusqu'à D II. Dyscranie avec épaissement des os de la voûte, exophtalmie, diminution de volume de la fosse cérébrale postérieure. Fibres à myéline bilatérales de la rétine. Migraine ophtalmique. Dyspnée d'effort et lipothymies sans cause organique décelable.»

L'examen du système nerveux montre de légers troubles de la démarche qui est un peu spastique. Aux membres inférieurs, les réflexes rotuliens sont exagérés et polycinétiques, les réflexes achilléens sont vifs et leur recherche déclenche des trépidations épileptoïdes du pied. Le signe de Babinski est bilatéral. Il n'existe pas de clonus de la rotule, aucun réflexe de défense. Les réflexes cutané abdominaux ne sont pas obtenus. La sensibilité tactile est intacte, la sensibilité profonde est conservée mais il existe une abolition des sensations thermiques et douloureuses au niveau des membres inférieurs et au niveau du tronc jusqu'à une ligne passant par les clavicules en avant et les épines des omoplates en arrière, correspondant donc au territoire des

premières racines dorsales. Il n'existe aucun signe cérébelleux. Pas de nystagmus. L'examen de la colonne vertébrale ne permet de déceler aucune anomalie. Une radiographie du rachis cervical est normale. La ponction lombaire ramène un liquide céphalo-rachidien clair normal, de tension à 20. Le Bordet-Wassermann est négatif. Fond de l'œil: des deux côtés, présence de fibres à myéline tout autour de la papille et le long des vaisseaux; par ailleurs, fond d'œil normal.

L'analyse des troubles neurologiques que présente ce malade — paraplégie spasmodique, dissociation thermo-analgésique de la sensibilité de type cordonal — impose le diagnostic d'atteinte combinée du faisceau pyramidal et du faisceau en croissant.

La durée de l'évolution des troubles (12 cas), les résultats négatifs de l'examen du rachis, du liquide céphalo-rachidien, des réactions sérologiques de la syphilis, et surtout l'association à une dyscranie et à la présence de fibres à myéline de la rétine d'un syndrome neurologique permettent de considérer celui-ci comme relevant d'une dégénérescence combinée de la moelle. En effet, les fibres à myéline de la rétine peuvent être considérées comme le témoin d'une prédisposition congénitale favorable à l'éclosion de manifestations dégénératives.

Les malformations osseuses au cours des maladies dégénératives à symptomatologie médullaire sont relativement fréquentes. Il ne s'agit selon les A. que de deux manifestations simultanées d'une même diathèse dégénérative, d'autant que des dyscranies de type analogue à celui que nous relatons ont pu être rencontrées au cours des syndromes neurologiques dégénératifs les plus divers.

La constatation de fibres à myéline de la rétine offre un certain intérêt. On sait qu'à l'état normal, les fibres nerveuses de la rétine qui vont constituer le nerf optique, sont dépourvues de myéline, sauf, cependant, dans certains cas où l'examen du fond d'œil permet de constater leur présence.

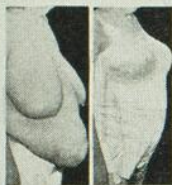
Elles dessinent alors, sous forme de traînées blanches, brillantes, à reflets d'amiante, la disposition des fibres nerveuses. On les observe le plus souvent en bordure de la papille, et il est rare qu'elles la couvrent. Parfois elles soulignent le trajet du faisceau papillo-maculaire. Elles peuvent être aberrantes, dans le champ de la rétine, loin de la papille. A proprement parler, les fibres à myéline ne constituent pas une «anomalie congénitale», car elles n'existent pas chez le nouveau-né (Von Hippel). Elles sont le signe d'une disposition congénitale qui ne s'épuise qu'après la naissance (Leber). Depuis longtemps, on a entrevu qu'elles pourraient être un stigmate de dégénérescence. On sait qu'elles coexistent avec d'autres anomalies de l'appareil visuel.

Nouveau livre pour les médecins

“Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin”

Pour obtenir votre exemplaire, adressez le coupon ci-dessous

Hernie



Grossesse et post-partum



Support pour les seins spécial à la grossesse et à l'allaitement



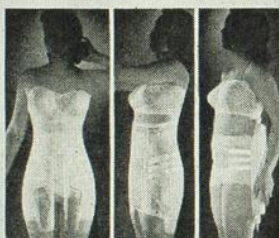
Support parfait pour seins ptosés, même les plus lourds



Vous verrez des photographies illustrant l'histoire de cas qui montrent comment un Spencer supporte et dissimule les hernies, même les plus grosses; comment un corset maternité Spencer soutient le bas de l'abdomen, accordant toute liberté à la partie supérieure.

Le nouveau livre Spencer démontre comment un support Spencer pour les seins retient les seins lourds et ptosés en position naturelle, sans constriction; puis, comment un support spécial à la grossesse, à l'allaitement ou pour la nuit est dessiné pour secondier le traitement du médecin.

Entéroptose et ses symptômes



Entorses sacro-iliaque et sacro-lombaire



Ptose rénale



Histoires de cas démontrant l'emploi des supports Spencer pour ptose des organes abdominaux ainsi que les supports abdominaux et sacro-iliaques pour homme, que l'on utilise beaucoup pour le traitement des travailleurs industriels.

Photographies de supports Spencer pour entorse sacro-iliaque ou sacro-lombaire ainsi que pour ptose rénale. Ils servent d'auxiliaire au traitement et aussi comme mesure préventive.

Si vous voulez avoir ce livre pour le consulter au besoin et montrer à vos patients quelle est l'apparence d'un Spencer. Ils opéreront de bon gré avec vous, quand ils verront combien un Spencer est léger, sobre et flexible.

Corsets — Ceintures — Supports pour les seins

DESSIN INDIVIDUEL SPENCER

SPENCER CORSETS (CANADA) LIMITED
Rock Island, Québec.
Aux États-Unis: 137, avenue Derby, New Haven, Connecticut.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

Veuillez m'adresser la brochure “Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin”.

Les supports pour m'intéressent tout particulièrement.

Adresse M. D. 8-42

On les rencontre aussi, avec prédilection, chez les sujets atteints de tare congénitale du système nerveux. L'un des A. a observé les fibres à myéline extrêmement étendues sur la rétine d'un jeune homme atteint de chorée variable des dégénérés, avec malformation crânienne.

Franceschetti, en 1938, revient sur cette question à la *Société Française d'Ophtalmologie*. Pour lui, «la relation fréquente entre les fibres à myéline et une dyscranie, permet d'admettre qu'il s'agit dans ces cas d'un *état constitutionnel* pathologique, ce qui explique l'association fréquente, mais très variable, avec toute une série d'affections concernant avant tout le système nerveux.

V. LATRAVERSE.

P. URIOSTE et Carlos GARBURO. — **Un cas d'irido-cyclite au cours d'une typhoïde guérie par la méthode de schock.** "Archivos Uruguayos de medicina, Cirugia y Especialidades", 19: 289 (septembre) 1941.

L'auteur présente un cas d'irido-cyclite séreuse apparaissant vraisemblablement d'origine typhique non seulement par les commémoratifs, mais encore par les antécédents négatifs de la patiente: B.W. négatif, radioscopie thoracique normale, aucun antécédent rhumatismal ni gonococcique, etc., etc. Du point de vue clinique, l'A. attire l'attention sur l'extrême rareté des complications du tractus uvéal au cours de l'infection éberthienne. Babonneix mentionne seulement un cas d'irido-choroïdite sur 8,000 cas de typhoïde. Cela tient principalement au fait que le bacille de cette septicémie a très peu d'affinité pour l'œil et ses éléments. Expérimentalement, Gasparini, par injection de bacille typhique dans l'œil, a réussi à provoquer l'inflammation de l'uvée et l'atrophie de l'œil. Au point de vue pathogénique, l'A. émet 3 hypothèses, à savoir: 1° ou une action toxique, à distance, du bacille typhique sur l'uvée; 2° ou une action directe d'un bacille à virulence atténuée; 3° ou une perturbation, dans la marche générale de la maladie déterminée par la méthode de schock. Au point de vue thérapeutique, les vaccins antityphiques ont été employés dans le traitement des irido-cyclites chroniques, de la conjonctivite gonococcique de l'adulte comme moyen pyrétotérique. L'auteur estime que la méthode de schock par le vaccin Dessy (préparé avec les substances protéiques de bacilles typhiques lysés dans de la soude) donne de meilleurs résultats. C'est ce qui, du reste, lui a valu ses éclatants succès dans le cas ci-haut mentionné.

Pierre CLERMONT.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

G. PRATS, Luis FLORENCIO, Varas INFANTE et Haraszi ESTEBAN. — **Arsénothérapie massive de la syphilis par la méthode du goutte à goutte intraveineux.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", 45: 885 (mai) 1942.

Le 20 octobre 1941, les auteurs avaient traité 233 syphilitiques, tant anciens que récents, par le chlorydrate d'arsénoxyde en goutte à goutte intraveineux. Les 111 premiers patients ayant été suivis pendant 7 mois sont l'objet d'une étude détaillée.

L'âge varie de 15 à 40 ans.

Quarante et une femmes, dont 2 enceintes, et 70 hommes furent traités.

Le médicament employé est un chlorydrate d'arsénoxyde (Oxiarsolan).

La dose moyenne totale injectée en 5 jours fut de 1.2 gm. pour les hommes et 0.8 gm. pour les femmes. Chaque dose journalière, i.e. 0.24 gm. pour les hommes et 0.16 gm. pour les femmes, est dissoute dans 2,000 c.c. d'une solution isotonique de dextrose et administrée en 10 heures.

Des réactions banales et sans gravité furent observées très fréquemment: fièvre, vomissements, céphalée, diarrhée, érythème précoce ou tardif, douleur dans le bras et phlébite. D'autres réactions plus sérieuses furent observées dans un certain nombre de cas.

Un état lipothymique 4 heures après le début du traitement chez un malade nécessite l'arrêt du traitement. Deux malades présentent de l'oppression précordiale qui oblige également l'arrêt du traitement.

Un malade fait une dermite 18 jours après le traitement complet.

Trois malades font de la polynévrite à la suite du traitement.

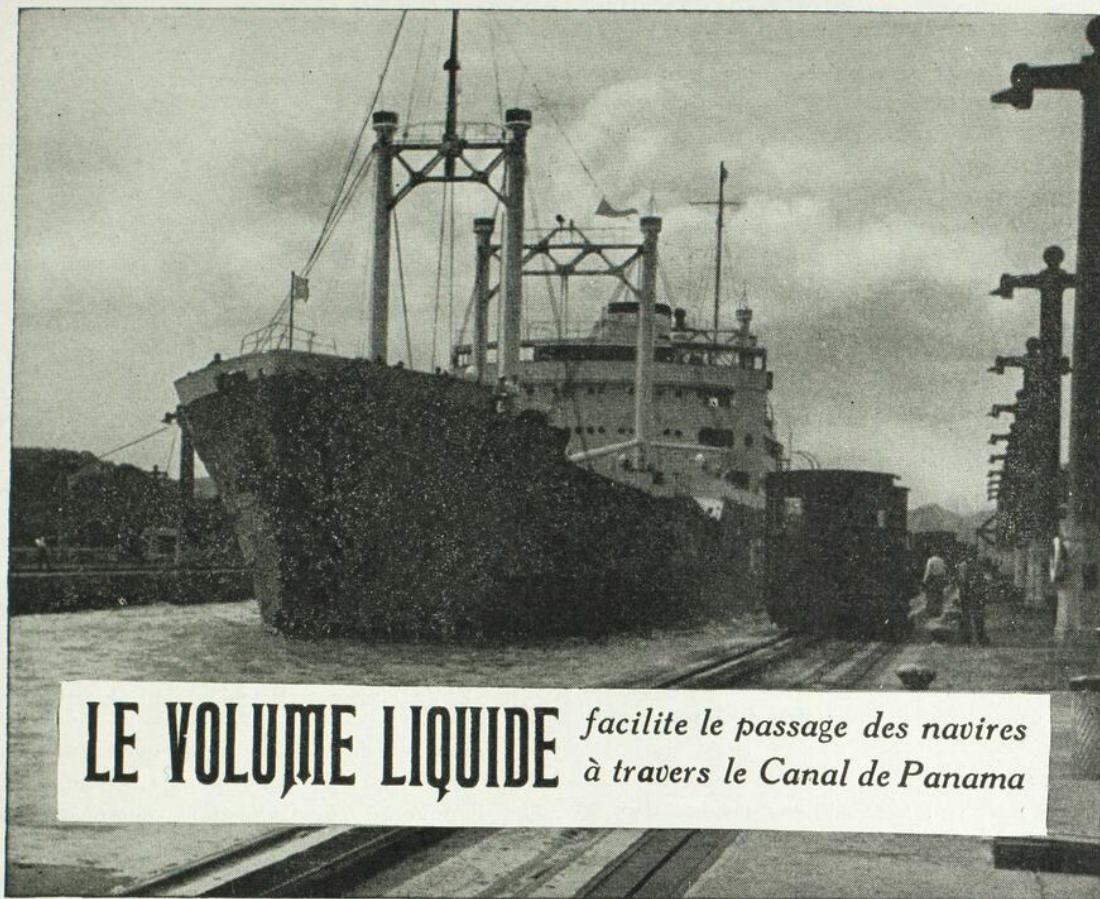
La jaunisse, l'érythrodermie arsenicale, l'encéphalopathie hémorragique, l'atrophie du foie et les dyscrasies sanguines n'ont jamais été rencontrées par les auteurs comme complication de leur traitement de 5 jours par l'Oxiarsolan. En tout, 233 malades ont été traités sans un seul cas de mortalité.

Résultat thérapeutique:

Le tréponème disparaît des lésions en moins de 24 heures.

Les érosions superficielles se cicatrisent en 5 ou 6 jours, les lésions plus infiltrées en 10 jours. Les réactions sérologiques se négativent entre le 2e et le 5e mois.

Sept mois après le traitement, 80 pour cent des malades ont des réactions sérologiques négatives et 14 pour cent des réactions presque négatives. Dans



et élimine aussi les déchets de l'intestin.

Sal Hepatica accompagné d'eau, dans un dosage précis, fournit à l'intestin le volume liquide non-absorbable. Il nettoie délicatement l'intestin et stimule le péristaltisme. L'action de Sal Hepatica est rapide et parfaite.

Sal Hepatica s'avère aussi très efficace dans le soulagement de certains troubles gastriques qui peuvent accompagner la constipation; il possède des propriétés cholagoques qui facilitent l'écoulement de la bile. Sal Hepatica offre une boisson effervescente de saveur agréable. *Littérature sur demande.*



SAL HEPATICA *fournit le volume liquide qui nettoie le tractus intestinal.*

BRISTOL - MYERS CO., 1241-F, rue Beanoit, Montréal, Canada.

6 pour cent des cas, le traitement est considéré comme un échec. Environ 94 pour cent des malades ont répondu favorablement au traitement.

Henri SMITH.

Lee J. ALEXANDER et Arthur G. SCHOCH. — **Ethyl camphorate de bismuth.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", 45: 876 (mai) 1942.

Vingt-six syphilitiques, dont 14 en période primaire et 12 en période secondaire, reçoivent chacun une injection intramusculaire de 2 c.c. d'éthyl-camphorate de bismuth pendant 12 semaines consécutives. Les auteurs observent minutieusement l'effet de ce sel liposoluble de bismuth sur chacun des 26 patients et nous communiquent le résultat de leurs observations.

Effet sur le tréponème pâle: l'examen à l'ultra-microscopie révèle la disparition du tréponème en 7 jours chez un malade et un moins de 7 jours chez les 25 autres.

Cicatrisation des lésions: dans la majorité des cas on note une amélioration des lésions dès le 2^e jour. Le cinquième et le sixième jour les lésions sont complètement cicatrisées. Réactions locales et générales: douleur peu intense à l'endroit de l'injection. Aucune réaction générale. Effet sur les réactions sérologiques: sur 21 patients qui reçurent de 10 à 12 injections de bismuth, les réactions sérologiques devinrent négatives dans 10 cas et moins fortement positives dans 11 cas.

Commentaires et conclusions.

L'irrégularité dans le traitement prédispose incontestablement aux rechutes. Cependant, chez les 26 malades traités, aucune rechute ne fut observée bien que la grande majorité des malades aient suivi leur traitement d'une façon irrégulière.

Le bismuth s'absorbe graduellement et il doit s'écouler un certain temps avant que sa concentration soit suffisante pour produire un effet tréponémicide maximum (4 à 6 jours d'après Thurmon et Benotti). Dans la majorité des cas observés, le tréponème était disparu des lésions après 4 à 6 jours. Si les tréponèmes disparaissent des lésions plus rapidement avec l'arsenic, c'est que ce dernier atteint sa concentration maximum plus rapidement.

Les lésions se cicatrisent rapidement après la disparition des tréponèmes. Cependant la concentration nécessaire à la disparition du tréponème n'étant obtenue qu'après 4 à 6 jours avec le bismuth, la cicatrisation des lésions ne s'observe qu'après un certain retard, mais au point de vue clinique il semble bien que la cicatrisation s'obtient aussi rapidement avec le bismuth qu'avec l'arsenic.

Les réactions sérologiques furent favorablement influencées dans tous les cas, les cas de syphilis primaire étant cependant plus rapidement influencés que les cas de syphilis secondaire.

Cette étude montre que l'éthyl-camphorate de bismuth possède: 1^o des propriétés tréponémicides effectives qui amènent une cicatrisation rapide des lésions; 2^o une faible toxicité et 3^o un effet marqué sur les réactions sérologiques.

Ces qualités font de l'éthyl-camphorate de bismuth, donné à la dose de 2 c.c. à tous les 7 jours, un adjuvant précieux à l'arsenic dans le traitement de la syphilis.

Henri SMITH.

R. W. CARSLow et J. A. SWENAR. — **Economie dans le traitement de l'impétigo et de la gale.** (Extrait du Bulletin de Médecine militaire, 2: 215, janvier 1942.) "Brit. Med. J.", 2: 225 (16 avril) 1941.

L'expérience de vingt mois de guerre montre que l'impétigo et la gale sont les plus communes et les plus ennuyeuses des affections cutanées dans la marine britannique. La rapidité du traitement et l'économie du matériel sont très importantes et il est à désirer que le traitement soit uniforme.

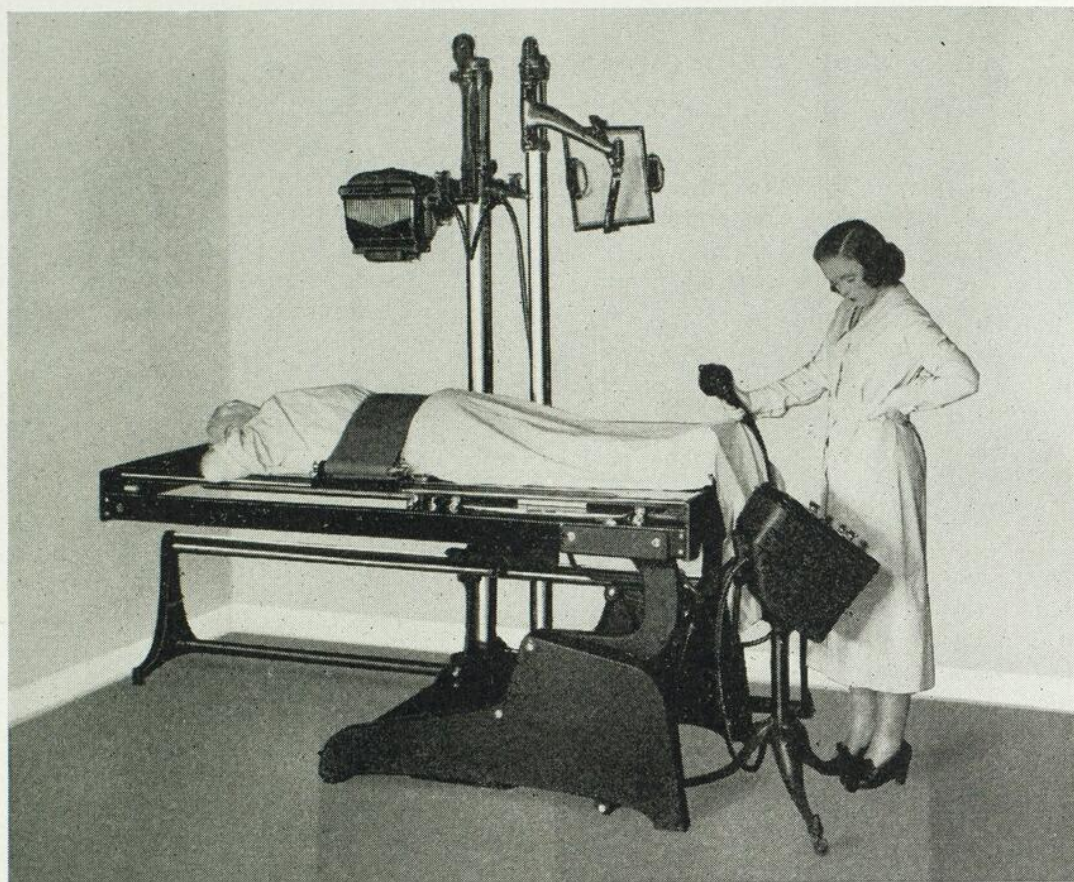
L'impétigo se traitait habituellement avec des onguents au mercure ammoniacal de 2 à 5%. Une nouvelle technique est décrite où on se sert d'onguent au sulfanilamide jusqu'à 48 heures, pour ramollir les croûtes, ensuite à 2% et qu'on applique deux fois par jour, avec nettoyage et réapplication en superficie seulement, et ceci pour 5 jours. Ceci fait, un nettoyage complet avec l'huile d'olive montrera s'il existe encore des lésions qu'il faut traiter. Quand les lésions sont guéries et sèches, l'eau d'Alibour (lotion contenant des sulfates de cuivre et de zinc) est appliquée matin et soir pendant une ou deux semaines. Récemment, on a pu économiser le mercure en se servant d'une pâte verte luisante de stéarate à 1%, avec résultats très satisfaisants.

La gale se traite maintenant avec une émulsion stable d'huile dans l'eau et contenant du benzoate de benzyl, tout ceci préparé avec la triethanolamine.

L'émulsion contient du benzoate de benzyl 33.3 de l'acide stéarique 2.5, du triethanolamine 0.5, de l'eau distillée jusqu'à 100. Elle se prépare en dissolvant l'acide stéarique dans le benzoate de benzyl avec l'aide d'une chaleur légère. Puis il faut refroidir à 38° c.c. et ajouter la triethanolamine, dissoute dans la moitié de la quantité d'eau. Brasser pour émulsionner et ajouter graduellement l'eau qui reste, en continuant à brasser après chaque addition. La



**LE D3-38 EST UN APPAREIL À RAYONS-X PLUS ÉCONOMIQUE
ET OFFRE LES AVANTAGES DE LA QUALITÉ ET DE LA COMMODITÉ**



Aujourd'hui, pour le budget d'un appareil à Rayons-X et les besoins quotidiens illimités d'une radiographie et d'une fluoroscopie de haute valeur, l'appareil combiné G.-E. modèle D3-38 renferme, dans son genre, tous les principes indispensables — et indispensables seulement — à une installation radiographique efficace, compacte, flexible et à prix modéré. Vous pouvez cependant posséder l'appareil économique D3-38 sans sacrifier sur la qualité des matériaux ou la facilité d'opération, car plusieurs pièces du D3-38 sont aussi employées sur un appareil G.-E. d'une plus grande puissance et beaucoup plus cher.

Vous pouvez vous fier sur le D3-38 pour assurer la duplication des résultats de la plus grande valeur. Si vous désirez obtenir la pleine valeur de l'argent que vous avez l'intention de placer sur un appareil à Rayons-X, il vous sera avantageux de vous renseigner sur le D3-38 avant de faire l'achat d'un appareil quelconque. Nous

vous fournirons des renseignements complets si vous voulez bien nous adresser le coupon ci-dessous.



Veuillez m'envoyer des renseignements complets sur l'appareil à Rayons-X combiné G.-E. modèle D3-38, à prix modéré.

Nom.....

Adresse.....

Ville.....

Province.....

C16

VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.

DISTRIBUTORS FOR GENERAL  ELECTRIC X-RAY CORPORATION

TORONTO: 30 Bloor St., W. • VANCOUVER: Motor Trans. Bldg., 570 Dunsmuir St.
MONTREAL: 600 Medical Arts Building • WINNIPEG: Medical Arts Building

moindre séparation doit être émulsionnée de nouveau en brassant avant de s'en servir.

Une seule application a pu guérir 78 pour cent des cas primaires non infectés.

Ed. ANDRUKAITIS.

(British Medical Information Service-Traduction.)

P. PRINGLE. — **Dermite professionnelle à la suite d'exposition aux composés inorganiques de sélénium.** "British Jr. of Dermatology and Syphilis", 54: 54 (février) 1942.

On décrit trois façons par lesquelles les ouvriers viennent en contact avec le bioxyde de sélénium et l'acide sélénieux. Ces derniers causent la dermite, une fois en contact avec la peau, mais le sélénium métallique ou amorphe ne paraît point pouvoir affecter la peau.

Les cas suivants ont été décrits:

1° Une tache purpurique à la suite d'éclaboussure par l'acide sélénieux dilué.

2° Un «rash» aux deux avant-bras dans le cas d'un ouvrier protégé d'une façon insuffisante contre le bioxyde sec de sélénium et l'acide sélénieux en solution. Un cliché montre cette condition qui eut tendance à envahir d'autres parties du corps avant qu'on ait pu en avoir raison.

3° Un cas de «rash» est rapporté à la suite de contact avec le bioxyde anhydride sélénium seul.

4° Un groupe de cas divers à la suite d'exposition aux fumées du bioxyde de sélénium qui a été chauffé. Quelques-uns de ces cas se montrèrent réfractaires au traitement, mais éventuellement on a pu trouver des moyens pour prévenir l'exposition.

5° On trouve des cas de paronychia après contact avec le bioxyde de sélénium.

Le traitement consiste d'abord à empêcher que l'ouvrier ne soit en contact avec la substance toxique. La lotion calamine doit être appliquée tous les jours aux endroits affectés. Les onguents ne paraissent point être satisfaisants. Si la dermite paraît avoir trop évolué avant le commencement du traitement, l'ouvrier doit cesser son travail. Cependant, si le traitement est précoce, les lésions cessent d'évoluer. On fait l'irradiation aux rayons ultraviolets en augmentant graduellement les doses après que la couleur du «rash» est devenue teintée de mauve, en passant par une coloration écarlate pâle.

Ici on n'a pas fait de contrôle parce que c'est difficile en industrie. On croirait que le «rash» est dû à un processus de sensibilisation et que l'idiosyncrasie est importante. Le «rash» semble paraître par épidémies et on trouve des périodes de longue durée où on en voit point. L'asepsie à la suite d'une brû-

lure par l'acide sélénieux empêche l'apparition des dermates. L'examen des urines d'ouvriers ayant travaillé dans le sélénium pendant trois mois ne démontra pas de traces de sélénium excrété.

Ed. ANDRUKAITIS.

(British Medical Information Service-Traduction.)

VENERELOGIE

W. M. SIMPSON, D. L. ROSE et H. W. KENDELL. — **La disparition des infections gonococciques rebelles par l'association de la fièvre artificielle au traitement chimique.** "British Jr. Vener. Dis.", 17: 185 (juillet-octobre) 1941.

Les auteurs de ces nouvelles rapportent que l'administration de sulfamidés pendant quelques heures, immédiatement avant une seule séance de pyrétothérapie, a réussi à faire disparaître l'infection gonococcique dans une série de cas rebelles ou ne pouvant tolérer un traitement aux sulfamidés seuls, et que le temps d'hospitalisation ne dura que 48 heures. Ils prétendent que «cette thérapeutique est celle qui devrait être employée pour une disparition rapide et sûre de l'infection gonococcique chez les gens qui jouissent d'un emploi important dans l'armée, la marine et l'industrie».

La valeur de la fièvre artificielle dans le traitement de la gonorrhée a été démontrée, avant même l'apparition des sulfamidés. On s'en servait surtout contre les complications. Les améliorations dans l'appareil à pyrexie et dans le traitement au cours de la pyrexie nous permettent d'augmenter la durée de chaque séance et par la suite à réduire le nombre des séances; en même temps, le traitement est devenu moins dangereux et peut être appliqué dans un nombre plus vaste de cas. Ce rapport traite de 105 patients qui se sont montrés, soit intolérants, soit résistants aux sulfamidés, et qui furent traités par une seule séance de fièvre accompagnée ou non de chimiothérapie. Les variations dans l'application de ce principe thérapeutique, le nombre de cas et les guérisons, ont été les suivants:

a) Huit heures à 106.6° F. (environ 41° C.). 9 cas et 1 guérison.

b) Dix heures à 106.6° F. (environ 41° C.). 11 cas et 7 guérisons.

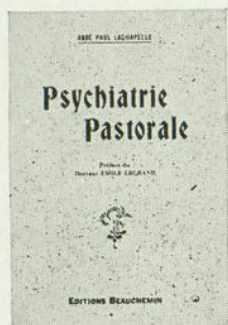
c) Comme (b), mais avec la sulfanilamide par la bouche pendant 18 heures, immédiatement avant la fièvre, 20 cas et 20 guérisons.

d) Comme (b), mais avec une seule administration intraveineuse immédiatement avant la fièvre, 16 cas et 13 guérisons.

e) Comme (b), mais avec Pronin (le sel de sodium de pp¹ — diamino phenyl sulfone — NN¹ — dides-

C'EST UNE ÉDITION BEAUCHEMIN

PRÊTRES, MÉDECINS, ÉDUCATEURS, LISEZ CE LIVRE



QUINZE LEÇONS DE **Psychiatrie Pastorale**

par l'abbé PAUL LACHAPELLE

Préface du Docteur Emile Legrand,
professeur de psychiatrie à l'Université de Montréal.

Un volume in-12 de 288 pages.

Prix: l'exemplaire, **\$1.25**

Par la poste: **\$1.35**

« En lisant « *PSYCHIATRIE PASTORALE* », on se rend compte que la psychiatrie n'est plus une science mystérieuse. » Cette citation tirée de la préface du Docteur Emile Legrand en dit long sur le mérite de cet ouvrage. Il ouvre, non seulement de vastes horizons sur certains états d'âme qu'on rencontre dans la vie et dans le ministère, mais il nous donne aussi la solution de beaucoup de cas qui restent insolubles pour ceux qui ne connaissent rien de la psychiatrie.

Dans ce livre, nous voyons défiler des émotifs, des obsédés, des impulsifs, des scrupuleux, des hystériques, des pervers, de faux mystiques, des hallucinés, etc., etc. On ne peut comprendre ces malades, on ne peut surtout leur faire du bien qu'en se référant à des notions de psychologie pathologique. L'abbé Lachapelle, après des études très poussées dans ce domaine, met aujourd'hui à la portée de tous ceux qui ont charge d'âmes ce qu'il importe de connaître au sujet des maladies mentales et nerveuses. Son livre est en outre un complément indispensable au *Traité des actes humains*. La Théologie proprement dite, en effet, ne peut aborder en détail ces questions compliquées.

Il est totalement impossible de donner en quelques phrases, même un pâle résumé des quinze leçons que comporte cet ouvrage. Mais ceux qui auront la curiosité de le lire, et ceux, plus nombreux encore qui auront à l'étudier pour les besoins de leur ministère, — tant laïques que prêtres, — en retireront un profit indéniable, car « *PSYCHIATRIE PASTORALE* » est avant tout un livre pratique. Il ne s'agit pas ici de théories vides de sens mais de réalités qui sont en connexion étroite avec la vie de l'âme.

« La société, écrit l'auteur, n'est pas seulement malade parce qu'elle est envahie par de fausses doctrines; elle est aussi remplie de malades de l'esprit. Le docteur Carrel nous le disait dans *L'HOMME CET INCONNU*. Le monde fourmille de malades mentaux. Or, nous sommes prêtres pour ces pauvres malheureux comme pour les autres: nous sommes prêtres pour tous. »

Librairie BEAUCHEMIN Limitée 430, rue St Gabriel, Montréal

trose sulfonate). Un composé sulfamidé très soluble qu'on donne en injection intramusculaire durant la fièvre, 11 cas et 7 guérisons.

f) Comme (b), mais avec Pronin en injection intramusculaire pendant 18 heures avant la pyrexie, 11 cas et 11 guérisons.

g) Comme (f), mais la température est à 106° F. (environ 41° C.), 7 cas et 7 guérisons.

h) Huit heures à 106° F. (environ 41° C.) avec soit Pronin (4 cas) ou sulfathiazole (11 cas) par la bouche pendant 18 heures avant la pyrexie, 15 cas et 15 guérisons.

Ainsi, tandis que la fièvre toute seule et la fièvre avec un traitement sulfamidé en une seule dose immédiatement avant la fièvre ou au cours de la fièvre ne démontra pas toujours un succès, la fièvre avec des sulfamidés, administrés pendant quelques heures immédiatement avant la pyrexie, avait réussi à faire disparaître l'infection dans chaque cas. Cette méthode d'administrer des sulfamidés fit que la pyrexie pût être réduite en quantité et en durée, ce qui eut pour conséquence de diminuer notablement le malaise qui suit la pyrethérapie et qui permit au patient de laisser l'hôpital au bout de 48 heures après son admission. La quantité de Pronin donnée par la bouche pour 18 heures fut de 0 g. 5, six fois; celle du sulfathiazole fut de 2 g. immédiatement suivis de cinq doses de 1 g. Les méthodes de diagnostic et les épreuves de guérison furent sans reproche.

Ed. ANDRUKAITIS.

(British Medical Information Service-Traduction.)

LABORATOIRE

Congélation du sérum et du plasma humain dans les bouteilles à transfusion du Conseil des Recherches Médicales, avant dessiccation par sublimation du produit congelé.
"Journal of Hygiene", 41: 489 (décembre) 1941.

On utilise actuellement dans les services médicaux civils et militaires anglais un nécessaire à transfusion, type préparé conformément aux recommandations du Comité du choc traumatique et de la transfusion sanguine du Conseil des Recherches

Médicales. Il s'agit d'une bouteille spéciale de 540 c.c. qui sert à la fois au prélèvement, à la conservation et à la transfusion du sang ou des dérivés du sang.

On a essayé diverses méthodes de congélation et de dessiccation du sérum et du plasma dans ces bouteilles au Centre de dessiccation du Conseil des Recherches Médicales à Cambridge, et on a constaté que pour dessécher 400 c.c. de sérum il fallait que ce dernier soit distribué tout autour de la paroi interne de la bouteille de manière à offrir un maximum de surface pour l'évaporation.

Le présent article décrit la méthode ingénieuse imaginée pour réaliser ces conditions. Les bouteilles tournent à une grande vitesse sur leur axe vertical et le contenu projeté contre la paroi interne laisse au centre un cône vide qui facilite l'évaporation.

Si on procède à cette opération dans une chambre froide, le sérum congelé d'abord autour des parois internes des bouteilles peut ensuite être desséché tout en étant congelé.

L'appareil comprend quatre rotateurs pouvant recevoir chacun cinq bouteilles superposées en position verticale. Ces rotateurs mus par un moteur électrique de 1/3 ch.-v. tournent à une vitesse de 900 révolutions à la minute.

La température optima de la chambre froide dans laquelle se fait l'opération est de -17° C.

Lorsque le sérum a été clarifié par filtration sur filtre Seitz et refroidi à 0° C. la nuit qui précède l'opération, on constate que lorsqu'il est soumis à la rotation en chambre froide il se refroidit davantage et se congèle très rapidement, ne formant que de très petits cristaux.

Cette congélation rapide produit le minimum de concentration des protéines et des sels et si le sérum ainsi congelé est desséché par sublimation, la dissolution du produit final se fait très rapidement.

Le plasma congelé et desséché selon cette méthode se comporte comme le sérum.

L'article contient aussi des photographies qui illustrent l'appareil en action.

A. BERTRAND.

(British Medical Information Service-Traduction.)

BIS KAM OIL

Hyperchlorhydrie — Affections de l'estomac.

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide.

TREPHONYL du Dr Roussel

(Hemostyl et extrait de foie)

Anémies. Déficiences organiques.

1 ampoule dans $\frac{1}{4}$ de verre d'eau par jour de préférence avant les repas de midi.

TAXOL

Rééducateur physiologique de l'intestin.

2 à 4 comprimés avant le repas du soir. (Dose moy., 2 comprimés.)

NEURINASE

Sédatif et hypnotique sans accoutumance.

1 à 2 tablettes au coucher.

ALEPSAL

Epilepsie. Convulsions (Non dépressif).

Comprimés dosés à 0 Gr. 015 et à 0 Gr. 10.

INOTYOL

Affections de la peau. Démangeaisons. Brûlures.

Applications journalières.

PLURIGLANDINE

Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

VEINATONE

Affections veineuses.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

ARTICHOBYL

Maladies du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks, MONTRÉAL

SOCIÉTÉS

L'« Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

**JOURNEES MEDICALES ANNUELLES
DE LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL**
les 15, 16, 17 et 18 juin 1942

TROISIEME JOURNEE ¹

Tenue à l'hôpital Saint-Luc

Mercredi, le 17 juin 1942

Présidence de MM. G.-L. Prud'homme
et Aimé Desforges ²

La « Journée Médicale » de la Société médicale de Montréal à l'hôpital St-Luc a eu beaucoup de succès. Près de 250 médecins étaient présents.

paient la tribune. Le docteur Paul Letondal, animateur de ces journées médicales, occupait également une place d'honneur. L'hôpital avait un air de fête et les organisateurs ont tout fait pour que la visite des médecins fut rendue facile.

Exposition clinique

Le programme a débuté à 8.30 hrs du matin. Après leur inscription, les médecins reçurent un programme détaillé ainsi qu'un plan de l'Exposition clinique. Ils se rendirent immédiatement à l'étage 3e sud, et, jusqu'à 11 hrs de l'avant-midi, ils visitèrent cette exposition comprenant 25 sujets de médecine, de chirurgie, ou de diverses spécialités.



Messieurs les docteurs L.-G. Prud'homme, président de la Société médicale, R. Lallemand et A. Desforges, respectivement présidents du Conseil médical et du Bureau médical de l'hôpital St-Luc, occu-

Cette façon pratique de présenter à la fois de nombreux sujets scientifiques et médicaux a semblé plaire aux médecins visiteurs qui pouvaient facilement, pour chaque cas, examiner, questionner et discuter.

Voici le programme de l'exposition clinique

1. — Dr G. Lafresnière:

Traitement moderne du diabète.

1. Le compte rendu des Première et Deuxième Journées a paru dans le tome 71, numéro 7, page 754.

2. Président du Bureau Médical de l'hôpital Saint-Luc.

1896



1942

SANATORIUM de BLOIS

46e année d'existence

Maison de repos, de régime et de convalescence

AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violet, etc., etc.

MÉDECIN-DIRECTEUR: . . . Dr Charles de BLOIS

DIRECTEUR-ADJOINT: . . . Dr Georges de BLOIS

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr Charlemagne BARIBEAU, Trois-Rivières; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VELLÉUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

•
PROSPECTUS ILLUSTRÉ
SUR DEMANDE
•

**Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.
SANATORIUM de BLOIS**

Téléphone 3420

225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.

2. — Dr P.-R. Archambault:
Typhoïde, bacillémie tuberculeuse, ostéomyélite.
3. — Dr P. Morin:
Enregistrement des bruits du cœur.
4. — Drs J. LeSage, L. Bernard et P. Smith.
Cancer gastrique, cancer ulcéré et ulcère cancérisé.
a) Statistiques de l'hôpital St-Luc en huit ans.
b) Présentation de deux cas opérés.
5. — Drs P. Desrochers et G. Leroux.
Les sondes médicales et leurs applications.
Démonstrations.

Chirurgie

6. — Dr L. Bernard:
La transfusion du sang. Démonstration.
7. — Dr R. Lauzer:
Pseudo-néo du transverse.
8. — Dr A. Labelle:
Les varices et leur traitement chirurgical.
Méthode Kusmik.
9. — Dr J. Panet-Raymond:
La malheureuse odyssée d'un cas d'abcès cérébral.
10. — Drs A. Couturier et L. Pesant:
Traitement des fractures de hanches suivant leurs variétés.
Utilisation du clou de Smith Petersen dans les fractures transcervicales.
11. — Dr A. Hébert:
Forage prostatique trans-urétral.
12. — Dr S. Letendre:
Insufflation utéro-tubaire kymographique dans la stérilité chez la femme.
13. — Dr P. Robin:
Résultats de la réaction d'Asheim-Zondek pour le diagnostic de la grossesse.

Service des maladies contagieuses

Hôpital Pasteur

14. — Dr J.-H. Charbonneau:
Les sulfamides dans les maladies contagieuses.

Service de pédiatrie

15. — Dr D. Longpré:
Un prématuré débile.

Service de dermatosyphiligraphie

- 16-17. — Drs E. Garceau et A. Desforges:
Présentation de cas intéressants en dermatologie.

Service d'anesthésie

18. — Drs W. Tremblay et C.-E. Roy:
Les nouvelles méthodes d'anesthésie.

Service des laboratoires

19. — Drs A. Frappier, J. Olivier, J. Frappier et W. Gosselin:
L'hématologie moderne et les anémies.
20. — Dr J. Olivier:
Pièces d'autopsie et spécimens chirurgicaux intéressants.

Service de radiologie

21. — Drs R. Grondin et Ls-Y. Vallée:
Exposition de radiographies.

Service d'obstétrique

22. — Dr A. Leroy:
Myome de l'utérus et grossesse.

Service d'oto-rhino-laryngologie

23. — Dr C.-T. Mathieu:
Les atrophies optiques post-traumatiques.
24. — Dr M. Ostiguy:
Névralgie du trijumeau.

Service de vénéréologie

25. — Dr R. Lallemant:
Arthropathie gonococcique.

SEANCE CLINIQUE

A 11 hrs, les médecins se réunirent tous pour entendre les communications suivantes:

- a) La douleur en gastro-entérologie,
Dr P. Smith, chirurgien.
- b) Achlorhydrie et anémie,
Dr J. LeSage, gastro-entérologue.
- c) Considérations sur la diathermo-coagulation du col utérin au cours de la grossesse.
Dr S. Letendre, gynécologue.
- d) Mycose des pieds (pieds d'athlète).
Dr A. Desforges, dermato-syphiligraphie.

Après chaque travail, il y eut discussion animée.

A midi, le docteur Adélar Groulx, directeur du service de Santé de la ville de Montréal, prononça une intéressante conférence sur le « CPC et la Profession médicale ».

A midi et trente, les médecins inscrits furent reçus à un succulent déjeuner offert par les autorités de l'hôpital.

Le Secrétaire des Assemblées Scientifiques,

J.-Auguste HEBERT.



LA BIÈRE QUE VOTRE ARRIÈRE-GRAND-PÈRE BUVAIT

QUATRIÈME JOURNÉE MÉDICALE

Tenue à l'Hôtel-Dieu

Jeudi, 18 juin 1942

Présidence de MM. G.-L. Prud'homme et
J.-Roméo Pepin¹

Le 18 juin, à 9 hrs 30, avait lieu à l'Hôtel-Dieu, la 4^e journée médicale de la Société médicale de Montréal, sous la présidence conjointe de MM. les docteurs G.-L. Prud'homme et J.-Roméo Pepin. Le conférencier d'honneur de cette séance fut le docteur Oscar Mercier. Il fit un exposé substantiel de l'évolution de la médecine française au Canada. M. Pepin présenta le conférencier et le docteur P. Robichaud rappela quelques souvenirs historiques à la suite de la conférence de M. Mercier.

A l'issue de la réunion, les autorités de l'hôpital servirent un buffet froid.

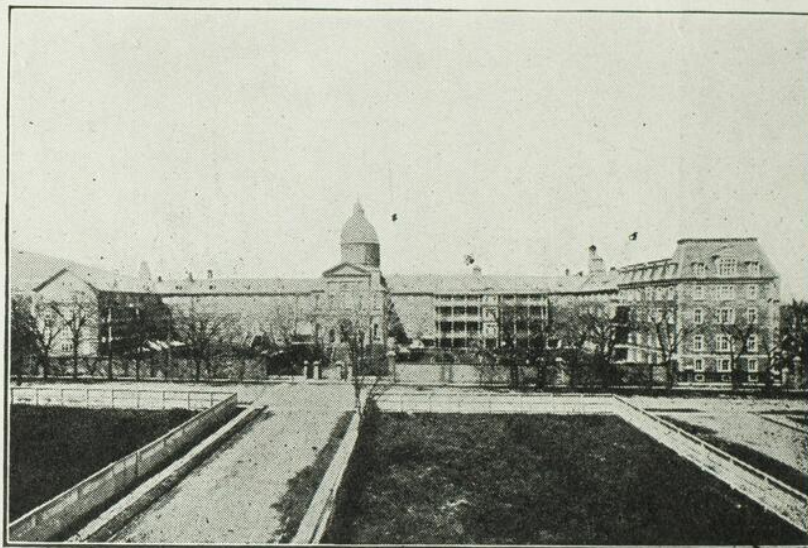
torique de la maladie, le début se rattachant toujours à un accouchement ou une fausse couche, 3^o les signes fournis par l'examen gynécologique. On trouvera une induration de chaque côté du col, liée à lui, le prolongeant latéralement, immédiatement sur la voûte vaginale.

Le traitement est la conisation du col, opération par laquelle on fait l'évidement de la cavité cervicale. Ce traitement est posé sur le fait que la cervicite, sans être la cause première, entretient l'infection dans les paramètres.

Discussion

M. Joseph SAINÉ: Que peut donner le sulfathiazole dans les paramétrites?

M. MEUNIER: Il s'agit là d'infections chroniques où le sulfathiazole peut donner des résultats incertains. Il est préférable selon nous d'extirper le foyer d'infection.

**Le traitement des paramétrites chroniques**

M. Pierre MEUNIER

Le rapporteur traite des paramétrites chroniques. Celles-ci succèdent, après un accouchement à une fausse couche, à une paramérite aiguë. Elles ont une tendance naturelle à la guérison. Si elles persistent, c'est qu'un foyer infectieux local les entretient. Or ce foyer infectieux est ordinairement une cervicite.

Le rapporteur insiste sur le fait qu'elles sont ordinairement causées par le streptocoque, très rarement par le gonocoque. Or la virulence du streptocoque étant variable, souvent indéfinie, elles peuvent en certains cas présenter des dangers.

Les symptômes cliniques sont 1^o la douleur assez difficile à différencier de celle des salpingites 2^o l'his-

M. A.-J. MILLER: Que deviennent du point de vue obstétrical, les malades ayant subi la conisation.

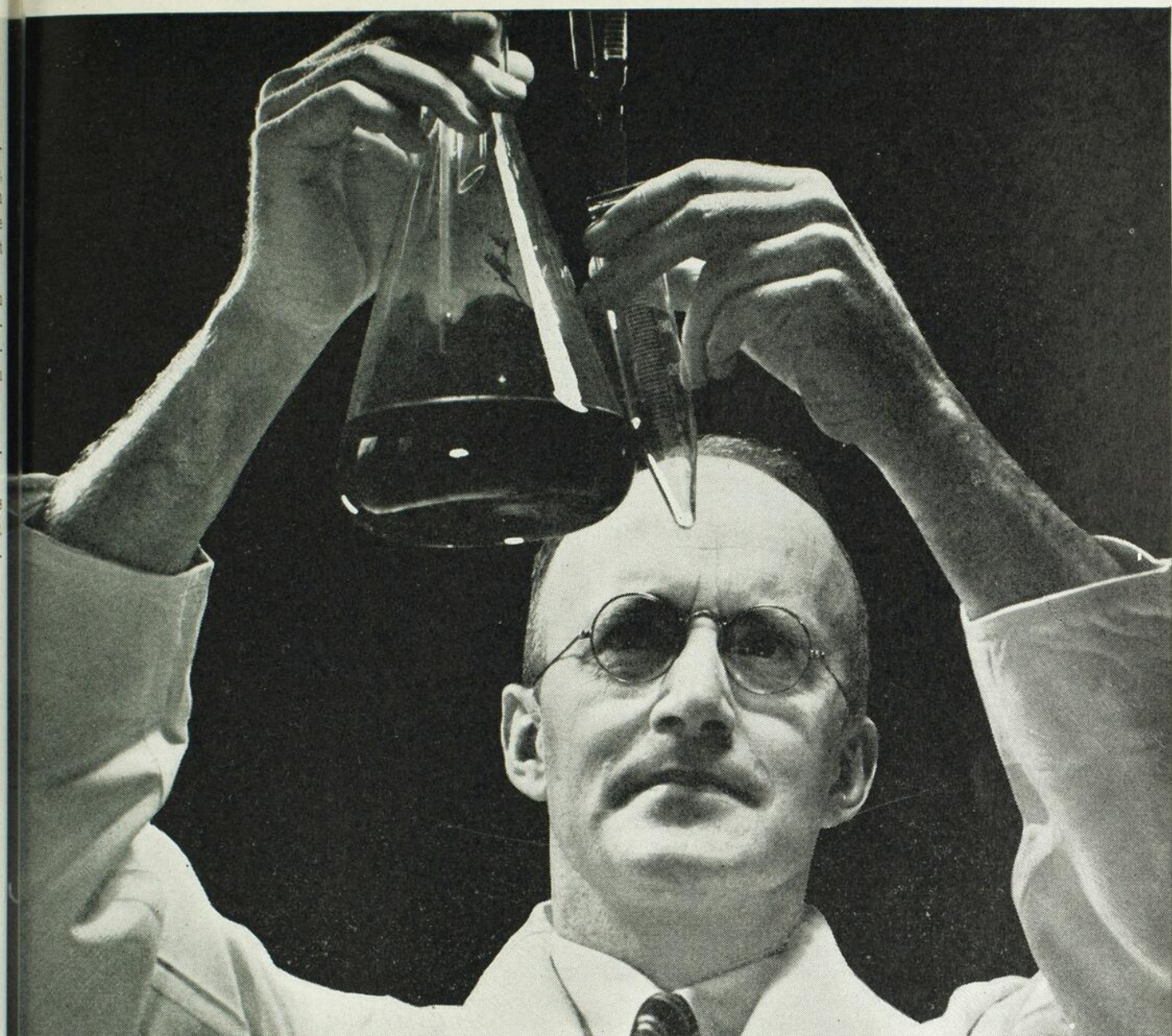
M. MEUNIER: La conisation ne nuit en rien aux accouchements ultérieurs. Elle ne laisse ni sténose, ni rétraction cicatricielle du col.

Quelques considérations sur le cancer du rectum

M. Charles LeFRANÇOIS

Le rapporteur souligne l'importance de l'étude du cancer du rectum: il est très fréquent et diagnostiqué le plus souvent trop tard pour être opéré. Epithélioma cylindrique dans la plupart des cas, il se propage par infiltration et métastases et envahit les organes voisins, la vessie, la prostate, l'utérus, le vagin, etc. Le plus souvent, il débute après la quarantaine, mais on a rapporté des cas de 30 et même 20 ans.

1. Vice-président du Bureau Médical de l'Hôtel-Dieu.



Travaillant aux Munitions

Un HOMME en blanc est un Docteur en chimie en train d'analyser un échantillon de lait.

La place importante qu'occupe le lait dans une meilleure alimentation nationale le met au nombre des munitions dans l'arsenal du Canada.

Un item important en matière d'alimentation est le Klim de Borden — un lait complet en poudre, connu dans le monde entier comme un moyen commode et sûr d'avoir toujours du lait sous la main. Klim est du lait de vache qui provient des meilleures fermes laitières du Canada et que l'on a réduit en une poudre fine et douce, facilement

soluble dans l'eau, en lui enlevant toute son eau naturelle. Toute la crème y est laissée et le lait ne perd rien de sa valeur nutritive. Pour reconstituer le Klim en lait liquide, il n'y a qu'à le mélanger avec de l'eau.

Le lait employé dans la préparation du Klim est protégé grâce au Contrôle de Qualité Borden. Un système de laboratoire surveille et vérifie *tous les produits Borden's* à chaque étape de leur production... que ce soit du lait en bouteilles, de la crème glacée, du lait évaporé irradié, du Klim, du Lait Protéiné en Poudre, du Lait en Poudre à l'Acide Lactique, du Dryco ou du Beta Lactose.

Lorsque vous prescrivez le Klim, vous savez qu'à l'appui de ce produit il y a le Contrôle de Qualité et les recherches de laboratoire qui font que le nom "Borden's" sur n'importe quel produit laitier est un nom rassurant.

Nous nous ferons un plaisir de vous envoyer de la documentation médicale sur Klim. Adressez-vous à The Borden Company Limited, Spadina Crescent, Toronto, Ont.

"SI C'EST DU
BORDEN'S IL FAUT QUE
CE SOIT BON!"

dit ELSIE,
la vache Borden



Borden

— une meilleure alimentation
grâce aux recherches faites sur le lait

Droits réservés 1942, The Borden Co. Ltd.

En principe, il doit manifester sa présence 2 ou 3 mois après son apparition, mais le malade ne consultera le médecin que 8 à 10 mois après, lors des premières hémorragies. Le symptôme le plus courant est la sensation de plénitude du rectum avec parfois des mictions douloureuses. Le melena apparaît plus tardivement quand le cancer a progressé au delà de la muqueuse. Cela n'en est pas moins un symptôme très important. Il diffère de l'hémorragie hémorroïdaire: le sang ayant séjourné dans le rectum est souvent altéré dans sa coloration. Le symptôme vraiment précoce du cancer du rectum, c'est le changement dans les habitudes de «garde-robe»: selles irrégulières, non satisfaisantes, fausses envies, constipation ou diarrhée, alternance de constipation et de diarrhée.

La diarrhée chronique rebelle chez un malade approchant de la quarantaine, doit faire penser au cancer et commander un lavement baryté.

Le toucher rectal permet de sentir le cancer dans les trois quarts des cas. S'il ne révèle rien, on doit toujours faire la rectoscopie, celle-ci est indiquée dans tous les cas, parce qu'elle permet de faire un examen biopsique. Pour les cancers haut situés, on recourra à l'examen radioscopique.

Le traitement radical du cancer du rectum est l'exérèse du segment intestinal cancérisé. Malheureusement, le diagnostic étant trop souvent tardif, l'opérabilité de cette forme de cancer est très basse, 30 à 60% des cas suivant les différents auteurs. Elle semble cependant devoir s'élever avec le perfectionnement des procédés de diagnostic. L'âge du malade, l'anémie, l'obstruction intestinale, la dimension de la tumeur, ne sont pas des contre-indications à l'opération non plus que la fixation du cancer. «... C'est seulement après que l'on a ouvert le ventre que nous serons fixés sur l'étendue du cancer, sa propagation aux organes voisins et la possibilité de sa guérison opératoire.» L'anus iliaque définitif malgré sa détestable réputation, assurera aux malades opérés pour cancer du rectum, une survie appréciable. Avec l'établissement d'une diète appropriée, il se supporte assez facilement.

Le rapporteur cite 5 cas personnels qu'il a opérés récemment et dont 4 semblent être en bonne voie de guérison.

Discussion

M. Roger-R. DUFRESNE souligne l'importance de l'examen rectal chez les malades suspects de cancer du rectum. Pour sa part, d'après son expérience personnelle, la statistique d'opérabilité dans le cancer du rectum, n'a été jusqu'à présent que de 13%.

M. Eugène ST-JACQUES insiste sur l'importance des selles hémorragiques comme symptôme du cancer du rectum.

Dermatites eczématiformes

M. Paul POIRIER

L'eczéma est la plus fréquente des affections cutanées. Ce n'est pas une dermatose unique et spécifique, mais plutôt un mode de réaction inflammatoire relativement banal de la peau vis-à-vis une série d'irritants mécaniques, physiques, chimiques, parasitaires et microbiens.

Il se caractérise par une série de lésions élémentaires: érythème, vésiculation, suintement, incrustation, lichenification, desquamation, lésions qui se succèdent, se combinent ou coexistent en des endroits voisins.

Le rapporteur propose ensuite une classification des eczemas:

- 1) Dermite atopique.
- 2) Dermite microbienne.
- 3) Dermite artificielle.

1) La dermite atopique, c'est l'eczéma, maladie bien connue des praticiens.

2) Les dermatites microbiennes, d'apparence eczéma-teuse, sont causées par des microbes. Les principales sont:

- a) la dermite séborrhéique.
- b) la dermite strepto-staphylococcique cutanée.

3) Les dermatites artificielles eczématiformes comprennent deux catégories:

- a) les dermatites d'origine externe, par des agents mécaniques, physiques ou chimiques.
- b) les dermatites artificielles d'origine interne, médicamenteuses ou alimentaires.

La pathogénie de l'eczéma n'a jamais été expliquée. On parle d'allergie, d'idiosyncrasie, de terrain. Les perturbations du système nerveux ou endocrinien favoriseraient l'apparition de l'eczéma. La thérapeutique générale de l'eczéma vise surtout à renforcer l'immunité ou la résistance de l'organisme. L'on doit évidemment tenir compte des facteurs étiologiques possibles avant d'entreprendre une cure de désensibilisation.

Discussion

M. J. SAINÉ: Que faut-il penser de la poudre de henné, utilisée en Orient contre l'eczéma?

M. P. POIRIER: La poudre de henné est à base de soufre et contient aussi de l'éosine.

Une opération en voie de disparaître: la prostatectomie

M. Oscar MERCIER

Le but de ce travail est de faire part de l'évolution de nos idées sur les indications de la résection trans-urétrale de la prostate.

Au fur et à mesure de ses expériences, le rapporteur en arrive à conclure que la résection trans-urétrale peut être utilisée dans la majorité des cas d'hypertrophie prostatique et que la prostatectomie est une opération destinée à être rarement utilisée. Le rap-

porteur a commencé d'utiliser cette nouvelle méthode en novembre 1932. Il avait opéré en 1933, 42 malades en suivant cette technique. Il l'emploie dans tous les cas d'hypertrophie ne réservant la prostatectomie qu'à ceux où il faut ouvrir la vessie à cause de calculs, tumeurs ou diverticules.

La mortalité opératoire, élevée au début, est maintenant tombée à 1% sur 900 cas opérés. Le rapporteur utilise l'instrument de McCarthey avec l'appareil coupant de Wapler, et comme anesthésique il s'est servi de la rachianesthésie dans 491 cas, et du cyclopropane chez 402 des 900 cas qu'il a opérés jusqu'à présent. Il déconseille la coagulation trop profonde qui expose à des hémorragies secondaires graves. Il recommande la sonde Marion en caoutchouc et les sulfamidés.

Sur les 576 cas d'hypertrophie simple de la prostate qu'il a opérés, le rapporteur n'a dû réintervenir que 9 fois.

A la recherche d'un procédé non chirurgical pour l'extraction des calculs biliaires

M. Albert JUTRAS

La cholécystographie en position debout démontre qu'il existe des biles différentes par leur concentration, des calculs qui déposent au fond de la vésicule et des calculs qui flottent entre deux couches. Ces divers éléments s'étagent dans la vésicule biliaire selon les lois de la gravité et se retrouvent dans le même ordre si l'on inverse le sujet tête en bas et pieds en haut, en direction verticale; mais alors les substances les plus lourdes s'accumulent dans l'infundibulum. De là, l'idée de provoquer l'évacuation du cholécyste en mettant le patient en position de Trendelenbourg très accentuée, pour faire sortir en premier lieu la bile qui s'est alourdie en stagnant et en se chargeant de matières lithiasiques. Le tubage duodénal simultané permet des constatations très intéressantes du triple point de vue physiologique, prophylactique et thérapeutique.

Les recherches se continuent; les résultats définitifs seront publiés en temps opportun.

NOUVELLES

UNIVERSITE DE MONTREAL Faculté de médecine Chaire vacante

Le Conseil de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, dans sa réunion du 29 juin 1942, annonce publiquement que la chaire de Chirurgie infantile et d'Orthopédie, à l'hôpital Sainte-Justine, est vacante par le décès du professeur Ferron qui en était le titulaire.

Les chirurgiens qui désirent poser leur candidature sont priés d'adresser leur demande au directeur des études, d'ici au 15 août, en l'adressant au numéro 1265, rue Saint-Denis.

Les conditions requises sont les suivantes:

1° Curriculum vitae complet, incluant fonctions remplies, titres et travaux scientifiques.

2° Un exposé précis des qualifications qu'il possède pour professer avec honneur pour la Faculté et à l'avantage des élèves, l'enseignement qu'il postule. Cet exposé devra mentionner tout particulièrement en quoi les études spéciales faites et la carrière professionnelle et professorale antérieure du candidat l'ont préparé, ou le désignent à remplir ses nouvelles fonctions.

3° La chaire déclarée vacante peut être pourvue d'un titulaire, soit par permutation d'un professeur déjà en activité, non atteint par la limite d'âge, soit par l'élection d'un agrégé, ou par la nomination d'un professeur étranger.

Le doyen et directeur des études,

Albert LE SAGE.

NOUVEAU REDACTEUR EN CHEF DU CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

La rédaction du *Canadian Medical Association Journal* vient de changer de chef. *L'Union Médicale du Canada* ne peut manquer

au devoir de saluer le départ du docteur A. G. Nichols qui présidait aux destinées du Journal depuis de nombreuses années.

Le *Canadian Medical Association Journal* est un périodique éminent, d'une qualité et d'un service comparables aux meilleurs parmi les publications médicales internationales. La valeur et les mérites d'un Journal sont dus en très grande partie à son rédacteur en chef et lorsque nous avons le plaisir de louer le C. M. A. J., c'est particulièrement au docteur Nichols que nous nous adressons.

Le docteur H. E. MacDermot prend la place du docteur Nichols. Nous savons que le choix est excellent et nous souhaitons au nouveau rédacteur en chef le plus grand succès pour le plus grand bien de son Journal et l'avancement de la médecine canadienne.

L'Union Médicale du Canada suit avec intérêt les activités du « Journal », elle se réjouit de ses succès, car c'est la communauté qui, en dernier ressort, en bénéficie et chaque amélioration dans sa tenue et dans sa matière est un stimulant pour *L'Union Médicale* qui y voit un motif d'honnête émulation.

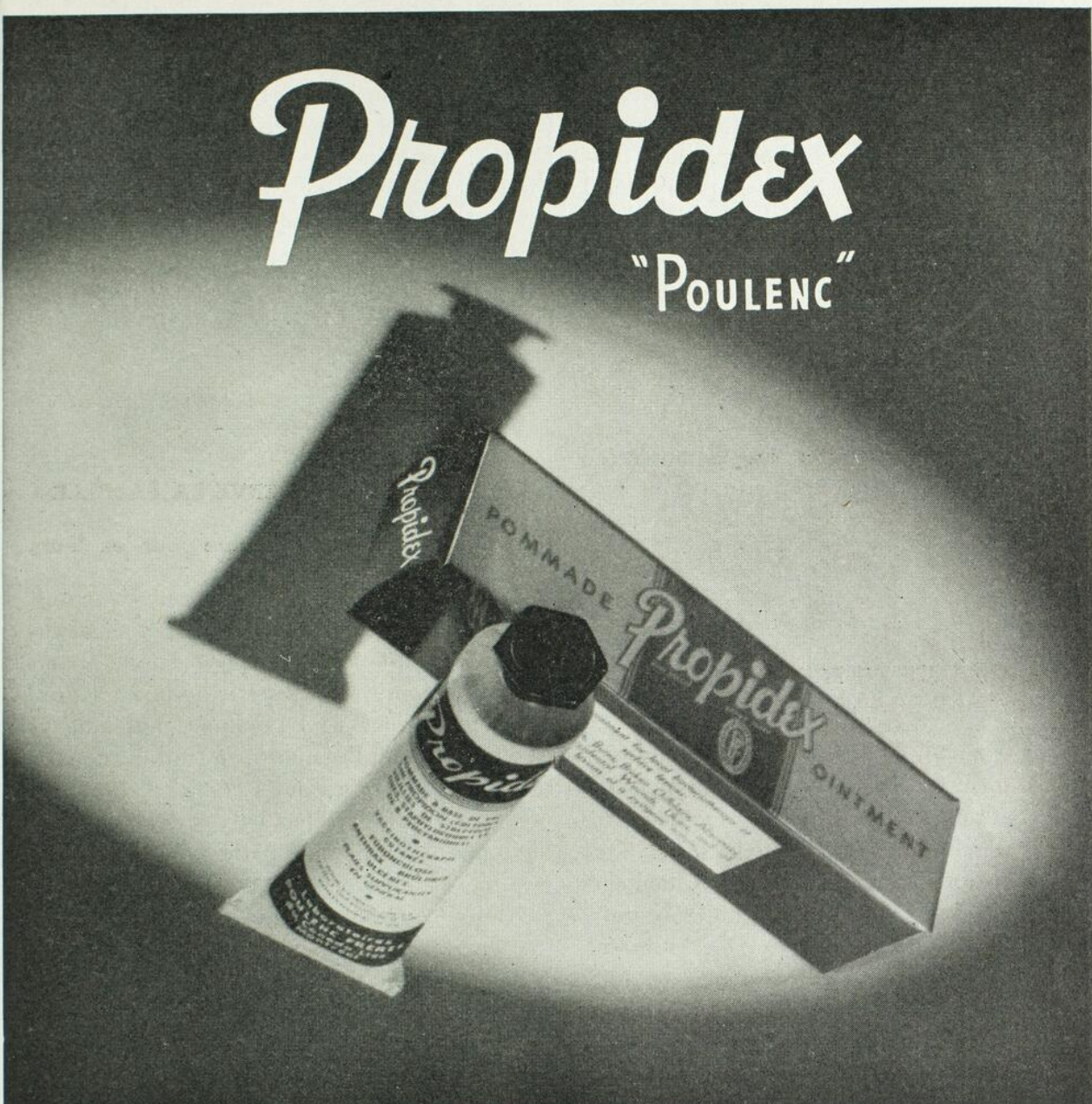
R. A.

COMITE D'ETUDES SUR LA POLIOMYELITIS

Heureuse initiative de la Société Médicale

La *Société Médicale de Montréal* a jugé à propos de former un Comité spécial pour étudier, à la lueur des acquisitions les plus récentes, le diagnostic précoce, la prévention et le traitement de la poliomyélite ou paralysie infantile.

Son but est de faire des suggestions utiles aux autorités sanitaires de notre ville et de la province, pour leur permettre de faire face à toute éventualité, particulièrement à cette époque de l'année, pendant les mois d'août et septembre, où une épidémie est toujours possible.



**FAVORISE la
CICATRISATION
SANS LÉSER LES
TISSUS SAINS**

INDICATIONS

Plaies superficielles, traumatiques ou chirurgicales, infectées ou non, brûlures, érythèmes, engelures, panaris, gerçures du sein.

Orgelets, blépharites, furoncles, eczéma et maladies de peau d'origine pyogénique telles que folliculite, impétigo, etc.

Fistules, plaies de lit, érythèmes fessiers, irritation des organes génitaux.

Présenté en tubes métalliques de 30 grammes.

Laboratoires **POULENC FRÈRES** du Canada, Limitée
204, Place Youville - - - Montréal

La *Société Médicale* a nommé membres de ce Comité: les docteurs Roma Amyot, Antonio Barbeau, J.-A. Baudoin, Henri Charbonneau, Albert Comtois, Edmond Dubé, Armand Frappier, Albert Guilbeault, Gaston Lapierre, Paul Letondal, Daniel Longpré, G.-L. Prud'Homme, J.-E. Samson et Jean Saucier.

Ce Comité agira sous la direction du docteur G.-L. Prud'Homme, président de la *Société Médicale*, et du docteur Paul Letondal, chef du secrétariat de cette Société, qui remplira les fonctions de secrétaire général.

Il convient de féliciter les membres de l'Exécutif de la *Société Médicale* d'avoir pris pareille initiative et de coopérer si étroitement avec les autorités sanitaires de notre ville et de la province.

GAGNANTS DU PRIX CASGRAIN ET CHARBONNEAU

Le prix annuel de \$500.00 offert par la maison Casgrain-Charbonneau aux diplômés de l'Université de Montréal pour le meilleur travail, recherche ou amélioration scientifique d'ordre médical, a été décerné aux docteurs J.-A. Blais et Eugène Robillard du laboratoire de Physiologie de l'Université de Montréal. Le travail primé porte sur « La mesure de la profondeur de l'anesthésie par l'étude du réflexe linguo-maxillaire ».

CONFISCATION DE 9,143 LIVRES D'ALIMENTS

Le département provincial de la Santé et du Bien-Etre social exerce une surveillance quotidienne sur la salubrité publique et cherche par toutes les méthodes qu'enseigne l'hygiène à protéger la santé de la population. C'est pourquoi des inspecteurs sanitaires visitent nos différents établissements de viandes et nos édifices publics afin de s'assurer de leur parfaite salubrité. Au cours du mois de mai, les inspecteurs du département de la Santé ont accompli le travail suivant: visite de

154 boulangeries, 943 épiceries, 425 restaurants, 1,282 boucheries, 121 marchés publics, 52 beurreries et fromageries, 135 laiteries publiques, 100 usines de pasteurisation, 586 vacheries et laiteries de producteurs, 92 aqueducs, 255 puits, 294 écoles, 128 salons de coiffure, 39 salles publiques, 115 hôtels et tavernes, 52 bains publics et plages. Ils ont, en outre, confisqué 9,143 livres d'aliments impropres à la consommation.

LA SALUBRITÉ PRESERVE LA FAMILLE

Du soleil pour l'enfant comme pour les fleurs

« La race qui a doublé ses effectifs tous les ans, quelquefois même en des périodes plus brèves, ne s'est pas développée dans des conditions toujours mauvaises », déclarait l'autre jour le directeur de l'Assistance publique, le docteur Antonio Bossinotte en traitant de « La salubrité de l'Habitation ». « Oh! n'allons pas croire que tout est défectueux chez nous et que l'humble maison rurale bâtie depuis deux siècles ou 20 ans ne connaît rien des exigences sanitaires actuelles, ajouta-t-il.

« A l'époque de la conquête, continue le docteur Bossinotte, il faut bien admettre que le foyer canadien n'était ni luxueux, ni même confortable, et cependant, 14 ans après la sombre épreuve, nos aïeux étaient passés de 65 mille à 100,000 mille.

« Toutefois, madame ou chère ménagère, si, gentiment, vous me faisiez visiter votre demeure peut-être pourrions-nous ensemble déceler certaines causes d'insalubrité et certaines habitudes de vie plus ou moins appropriées aux exigences actuelles du bien-être et du milieu salubre.

« Poliment, vous introduisez le visiteur dans le salon. Les stores sont baissés, l'atmosphère est tiède, humide, et les visages des ancêtres pendus au mur apparaissent un peu sévères et blafards dans cette demi-obscureté. Aussitôt madame de s'excuser: « Vous comprenez, mon-

L'Hôtel Mont-Royal

Montréal.

Aux médecins de langue française du Canada
et des Etats-Unis:

Nous souhaitons la bienvenue à votre Congrès à l'Hôtel Mont-Royal! Nous espérons être vos hôtes du 14 au 17 septembre. Nous sommes convaincus que vos conférences produiront des résultats non seulement pour votre belle profession, mais pour l'humanité entière.

L'alliance qui existe entre les médecins du Canada et des Etats-Unis est une nouvelle preuve de la solidarité de nos deux grandes nations en temps de paix comme en temps de guerre, dans la poursuite de recherches scientifiques et dans l'amélioration de la santé de nos nations.

De nouveau... soyez les bienvenus à l'Hôtel Mont-Royal!

Sincèrement,

L'Hôtel Mont-Royal

Bernard L. Gaudet

Vice-Président et Gérant Général.



sieur, il faut bien tenir les toiles basses, car le soleil décolore mes tapis et il brûle mes tentures et mes rideaux ». « Peut-être, madame, mais ce bon soleil auquel vous défendez d'entrer ne colore-t-il pas par contre les joues des mères et des enfants. Pourquoi lui fermez-vous la porte, c'est lui pourtant qui dore les blés. D'ailleurs, en entrant il y a un instant, j'ai vu sur la galerie des belles plantes vermeilles et pleines de parfum, pourquoi les laissez-vous dehors? » « Il a bien fallu les sortir, me dites-vous, car après avoir passé l'hiver renfermées, elles étaient en train de s'étioler, de périr ». « Et pourtant, dans cette autre pièce sombre que j'entrevois, n'est-ce pas votre bébé qui dort? » Et tout doucement, à pas feutrés, pour ne pas troubler les beaux rêves exclusifs à cet âge, nous nous approchons du berceau. « Gras, mais un peu pâle; lui aussi, madame, il a passé l'hiver renfermé. Pourquoi, ne le faites-vous pas dormir au milieu des plantes, le nez dans le vent et face aux montagnes verdoyantes, au ruisseau qui chante, ou au bosquet fleuri! Et, si l'hiver passé dans votre maison est aussi défavorable au bébé comme aux plantes, comme à vous-même peut-être, ne croyez-vous pas que vos pièces manquent un peu d'aération, de ventilation? Le chauffage parfois exagéré, la combustion imparfaite, la respiration, les émanations humaines et animales, les odeurs de cuisson, etc., vos fenêtres me paraissent bien closes pour permettre à toutes ces causes d'insalubrité de l'air de disparaître. »

MEDICAMENTS DE REMPLACEMENT

Académie de Médecine

A cause des conditions de rationnement dans tous les domaines, dans lesquelles se trouve actuellement la France, on y est obligé de réduire considérablement l'arsenal thérapeutique et de le modifier en substituant certains produits d'approvisionnement plus facile à d'autres à peu près manquants, afin de permettre, du moins pendant un certain temps,

de maintenir la thérapeutique courante. La liste qui suit et dressée il y a déjà un an, permettra de se rendre compte de ces conditions pénibles. Heureusement que le formulaire médicamenteux est vaste et permet une certaine souplesse d'adaptation aux circonstances.

Le professeur Loeper indique dans un rapport à l'Académie de Médecine les médicaments de *remplacement* qu'on peut, qu'il faut utiliser:

Pour l'estomac:

Associer les sels de soude et les sels de magnésie.

Remplacer le bismuth par le kaolin et le talc.

Pour l'intestin:

Utiliser surtout la courdaïne.

Les alcalino-terreux plus que le bismuth.

La belladone et l'atropine plus que l'opium et les alcaloïdes.

Réduire l'huile de ricin et la paraffine.

Pour le foie:

Employer l'artichaut plus que le combretum et le boldo.

Les graines de courge et la fougère mâle plus que la pelletierine et le kousso.

Pour le cœur:

Utiliser l'aubaine exclusivement par voie veineuse.

La digitale lanata et le muguet à l'égal de la digitale commune.

Le camphre synthétique plus que le naturel.

Réduire les sels de quinine, la spartéine et la caféine.

Pour les vaisseaux:

Utiliser l'acétylcholine et l'ail plus que la théophylline.

Le marron d'inde plus que l'hamamelis et l'hydrastis.

Réduire les iodures.

Pour le rein:

La scille plus que la théobromine.

Dans les cas d'anorexie, prescrivez

**L'ÉLIXIR
VITABOLONE**

de Hartz

Un élixir à base de vin, de saveur agréable, dont chaque once liquide représente deux mille unités internationales de vitamine B₁.

Cette préparation est indiquée dans le traitement de l'inappétence, de la faiblesse musculaire, de l'hypotension artérielle et de l'hypothermie. Aussi dans les affections cardio-vasculaires, certaines formes de polynévrites, d'atonie gastrique et dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

Particulièrement avantageux durant les périodes d'élévation du métabolisme, aussi bien que dans l'hyperthermie, l'hyperthyroïdisme, le surmenage et durant l'enfance et la grossesse.

POSOLOGIE

Nourrissons—Dix gouttes trois fois par jour durant les repas.

Enfants—Une demie à deux drachmes, trois fois par jour, durant les repas.

Adultes—Une à trois cuillerées à dessert, trois fois par jour, après les repas.

THE J. F. HARTZ CO., LIMITED

Fabricants de produits pharmaceutiques.

TORONTO

MONTREAL

Spécifiez les excellents produits pharmaceutiques de Hartz.

Une thérapeutique efficace pour... *l'Otite Moyenne*

DOIT ÊTRE ANALGÉSIQUE - BACTÉRICIDE et PRODUIRE la DÉSHYDRATATION des TISSUS

Auralgan

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.

Montréal — New-York — London

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

•
Pompes funèbres

Salons mortuaires

•
Salons mortuaires: 1926, rue Plessis
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

Pour le poulmon:

Employer la jusquiame, l'aconit et la belladone et leurs dérivés plus que l'opium et ses alcaloïdes.

Le chlorhydrate d'ammoniaque plus que l'hyposulfite de soude.

Utiliser les ventouses plus que la farine de moutarde, le benjoin plus que l'eucalyptol, le goménol ou le baume de tolu.

Pour le système nerveux:

On peut employer la datura et la jusquiame plus que l'hyosciamine.

Les barbituriques et le bromure.

Utiliser le cratoegus plus que l'ésérine.

On doit réduire les glycérophosphates et la strychnine.

On devra se passer de coca, sinon tout à fait de cocaïne et utiliser plutôt la novocaïne.

Pour la nutrition et les glandes:

Il faut réduire le soufre et l'iode.

Etre d'une extrême discrétion dans l'application de toute l'opothérapie sans exception.

Limiter strictement l'usage, souvent excessif, des extraits de foie.

Pour le diabète:

Employer l'insuline-retard plus que l'insuline.

Pour la dermatologie:

Réduire le bismuth, le goudron de houille.

Préférer l'oxyde de zinc au soufre et à l'huile de cade.

Renoncer au baume du Pérou.

Limiter l'usage de la vaseline, de la lanoline.

Utiliser les solutions plus que les pommades.

Traiter la gale au benzoate de benzyle.

Pour les voies urinaires:

Réduire les sels d'argent.

Pour les enfants:

Ne pas abuser de l'acide arsénieux, des sels de calcium et de fer.

Réduire l'huile de ricin, la santonine.

Remplacer l'huile de foie de morue et de flétan par les vitamines.

Pour les maladies infectieuses:

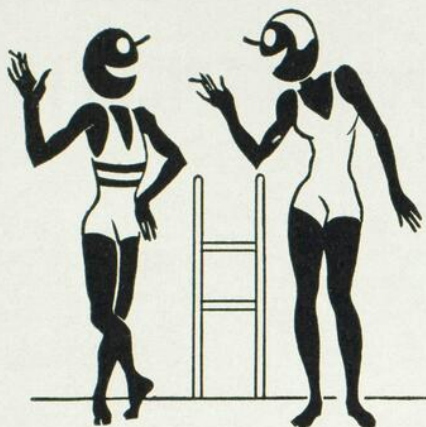
Réduire les sels de quinine, le bismuth, le mercure.

Ne pas craindre d'user des sulfamidés; et choisir trois ou quatre tisanes, tilleul, stigmates de maïs, menthe, uvaursi plutôt que le chiendent et la camomille.

Ensuite, il faut prêcher l'économie, même pour ce qui reste à notre disposition, car ce qui existe aujourd'hui peut, en raison d'une demande accrue, venir à manquer demain.

(Copie du *Journal de Médecine de Lyon*, du 5 juillet 1941.)

rafraîchissantes



● Les Sweet Caps plaisent aux fumeurs: elles sont tellement délicieuses, tellement douces! Faites de Mélanges Groupés (procédé additionnel) provenant de 38 classifications de tabacs virginiens du meilleur choix, elles sont, paquet pour paquet, les meilleures cigarettes que vous puissiez acheter.

CIGARETTES



sweet caporal

"La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé"

Vous pouvez les recommander en toute confiance.

Composés d'hydrates de carbone sous leur forme la plus facilement assimilable — les sirops de Maïs, "CROWN BRAND" et "LILY WHITE" servis avec le lait, constituent la nourriture la plus substantielle et la plus économique pour les bébés. Leur coût modique, leur qualité qui ne le cède en rien aux préparations d'hydrates de carbone les plus dispendieuses, en font la nourriture d'enfants la plus économique dont vous puissiez vous servir ou que vous puissiez recommander.

Nombre de médecins réputés recommandent depuis des années ces deux célèbres marques, sachant qu'elles sont fabriquées dans les conditions les plus hygiéniques.



SIROPS de MAÏS EDWARDSBURG "CROWN BRAND" et "LILY WHITE"

Manufacturés par THE CANADA STARCH COMPANY, Limited

Une étude de l'emploi et des avantages de ces fameux produits vous récompensera amplement. Nous avons à votre disposition, sans aucun frais:

1. un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants;
2. un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants;
3. des tablettes de prescriptions;
4. un intéressant petit livre sur les soins prénataux;
5. un livret sur le produit "Dextrosol".

Veuillez nous adresser le coupon ci-dessous et ces choses utiles vous seront adressées immédiatement.

The CANADA STARCH CO., Ltd.
Montréal

Veuillez m'envoyer

- ☐ CALCULATEUR
- ☐ Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- ☐ TABLETTES DE PRESCRIPTIONS
- ☐ La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- ☐ La brochure: "DEXTROSOL"

Nom

Adresse

REVUE DES LIVRES

Les *Annales Médico-Chirurgicales de l'hôpital Sainte-Justine*, mai 1942.

Les « Annales » de cette année viennent d'être publiées. Comme par le passé, la contribution des médecins de Sainte-Justine permet la publication d'un volume très instructif et des plus substantiels.

Certains travaux présentent une iconographie démonstrative et variée. D'autres ont trait à des questions qui sortent des sentiers battus; il en est ainsi de l'« autopyothérapie » qui semble, sous un jour nouveau, offrir certaines garanties d'efficacité contre certaines affections d'étiologie infectieuse.

La majeure partie des articles est faite de revues générales pendant que l'autre contingent est constitué d'observations cliniques complétées de commentaires appropriés.

Le travail qui rend compte des activités bronchologiques et œsophagologiques s'accompagne de vignettes représentant tout un arsenal d'objets hétéroclites qui avaient pénétré dans les voies respiratoires et digestives et qui purent en être délogés.

Nous ne pouvons pas commenter chaque travail, puisque notre désir serait de rendre justice à chaque auteur. Nous félicitons cependant les médecins de Sainte-Justine de leur travail et nous leur répétons ce que nous leur avons déjà adressé dans le passé: que *l'Union Médicale du Canada* est toujours à leur disposition et qu'elle espère encore en un jour prochain où la collaboration de tous les médecins, de tous les hôpitaux, de tous les centres universitaires français du Québec convergera vers un Journal médical qui pourra rendre justice, par l'union des valeurs, à notre groupe médical canadien-français.

R. A.

CES CÉLÈBRES PRODUITS POUR LA TOILETTE DU BÉBÉ



Les médecins et les mamans savent toute l'importance que peut avoir le choix de préparations de confiance, pour la toilette du bébé.

● LE SAVON *Baby's Own* est le préféré des médecins et des mamans depuis plusieurs générations. Il est fait des meilleurs et des plus purs ingrédients. Le savon *Baby's Own* contient de la lanoline qui a la propriété d'adoucir la peau du bébé.

● LA POUDRE *Baby's Own* est un talc bori-qué, fabriqué tout spécialement pour le bébé, selon une formule scientifique, en vue de prévenir l'irritation ou l'échauffaison de la peau.

● L'HUILE *Baby's Own* est une huile douce, pure, sans antiseptique. Elle est soigneusement préparée afin de protéger l'épiderme délicat du bébé. Elle forme un film protecteur, prévenant l'humidité ou l'irritation de la peau.

Ces trois produits sont spécialement destinés aux bébés. Des conditions sanitaires parfaites entourent la fabrication de ces produits qui répondent aux exigences des cliniques.

Vous pouvez recommander les produits *Baby's Own* en toute confiance.

PRODUITS
Baby's Own

Un superbe Brandy à l'usage de la profession médicale

Le Brandy Sud-Africain a reçu l'approbation de la profession médicale britannique à cause de sa haute teneur en esters. Ces esters sont le résultat du grand soin apporté à la fabrication de ce produit, ainsi qu'au soleil et au terrain de l'Afrique du Sud. Ce Brandy est largement employé dans les hôpitaux de Grande-Bretagne. Il est renommé pour ses procédés de fabrication perpétués traditionnellement depuis près de 300 ans.

LE BRANDY SUD-AFRICAIN

a remporté la Médaille d'Or dans le concours de tous les produits similaires de l'Empire au "Royal Agricultural Hall", Londres, Angleterre, en 1937... Garanti quant à l'âge et la pureté par le Gouvernement Sud-Africain.

*D'autres superbes vins de
l'Afrique du Sud
se vendent au Canada:*

PAARL SEC BLANC;
PAARL WITZENBERG;
PAARL SEC ROUGE (Type Bourgogne);
PAARL BOURGOGNE MOUSSEUX;
PAARL WINTERHOEK MOUSSEUX;
(Type Champagne);
PAARL SAUTERNES;
PAARL VERMOUTHS (sec ou doux);
PAARL MUSCATEL;
OLD LIQUEUR BRANDY.

La

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est la banque du public aussi bien
que la banque des hommes
d'affaires.

Le gérant de succursale se tient
à votre entière disposition, qu'il
s'agisse de dépôts, d'emprunts per-
sonnels, de remises, de recouvre-
ments ou de toute question d'ordre
financier au sujet de laquelle vous
désiriez le consulter.

Actif, plus de \$170,000,000
534 bureaux au Canada

KAOMAGMA

POUR LA

DIARRHÉE

L'Annuaire 1942 de la Société Médicale de Montréal.

La *Société Médicale de Montréal*, juin 1942, continue ses excellentes activités, son action instructive et stimulatrice. Cette année, comme il avait été inauguré l'année dernière, elle a réalisé ses « Journées médicales » avec un plein succès.

Cet événement s'est montré un véritable congrès local. On pourra s'en rendre compte en lisant dans *l'Union Médicale* de juillet et de ce mois-ci, les conférences prononcées et les travaux rapportés au cours des 4 journées. Ces réunions médicales, dans 4 hôpitaux français de Montréal, furent présentées par un Programme-Annuaire, vraiment impressionnant. Il couvre 64 pages d'un grand format; il contient le programme scientifique des « Journées »; il évoque la figure de deux anciens présidents de la « Société »: le docteur C.-N. Valin (1903-04), le docteur O.-F. Mercier (1904-05). Encore dans la veine historique, et à propos du troisième Centenaire de Montréal, l'Annuaire porte à l'attention des lecteurs quelques-unes de nos institutions médi-

cales de la Cité les plus respectables par la valeur et la durée: l'Hôtel-Dieu, la Faculté de Médecine, *l'Union Médicale du Canada*, le Service de Santé, la *Société Médicale de Montréal*. Ces esquisses mettent en lumière des œuvres qui sont parmi les plus importantes et qui forment la charpente du Corps médical français de la Métropole.

Puis, suivent certains renseignements pratiques sur les institutions hospitalières de Montréal, et la liste des membres de la « Société » en regard de leur adresse respective. La publication de l'Annuaire a été généreusement encouragée par les annonceurs.

Sa composition, sa présentation intéressante et variée démontrent le zèle de l'Exécutif de la *Société Médicale* et, par-dessus tout, de son secrétaire-général, le docteur Paul Letondal. *L'Union Médicale*, si intimement liée à toute activité médicale française en Amérique du Nord, ne peut manquer d'offrir ses chaleureuses félicitations, non seulement pour le succès des « Journées », mais aussi pour l'à propos et l'intérêt de l'Annuaire.

R. A.

AVIS — SERVICE MILITAIRE — ARTILLERIE.

On demande un médecin-chirurgien canadien-français pour occuper un poste de chef dans un régiment d'artillerie canadien-français pour service au Canada. Prière de s'adresser à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

COTTAGE A VENDRE.

Appartenant à la succession du docteur Edgar Langlois. En parfait état. A proximité de l'Université de Montréal, des collèges et couvents. 1908, Van Horne. Tél.: ATLantic 2544.

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . . **COQUELUCHE** . . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR J.-E.-L. MILLER

On apprendra avec regret la mort soudaine de M. le docteur Jacques-Ernest-Lucien Miller (1866-1942) survenue à sa résidence de Montréal le 18 juin dernier. Ancien élève de Laval et de Harvard, parfait gentilhomme, clinicien averti et excellent thérapeute, le docteur Miller était un homme de bon conseil, hautement apprécié dans tous nos milieux professionnels. Pendant plusieurs années, médecin de Notre-Dame et de Bruchési, le docteur Miller eut une carrière bien remplie dont on venait de célébrer le cinquantième anniversaire. Plusieurs œuvres et institutions de bienfaisance perdent avec ce médecin distingué, un serviteur actif et dévoué. Jusqu'au moment de sa mort, il avait tenu à conserver la présidence de la Fédération d'Hygiène infantile dont il était un ouvrier de la première heure. On sait l'excellent travail de cette fé-

dération de Gouttes de Lait paroissiales, qui, sous sa direction, contribua à baisser considérablement la mortalité infantile à Montréal. Sa nombreuse clientèle qui lui restait toujours si attachée, les confrères de plus d'une génération qui aimaient toujours revoir ce vieux médecin sympathique et tous ceux qui l'avaient approché, regretteront sa disparition. *L'Union Médicale* se joint à tous ses amis, pour offrir à la famille, et en particulier à son fils, le docteur Jean-Charles Miller de Québec, sa profonde sympathie.

LE DOCTEUR A. MATHIEU

Le docteur A. Mathieu est décédé le 24 juillet à l'âge de 64 ans. Le défunt avait reçu son doctorat de l'Université Laval de Québec, en 1906, et avait été coroner adjoint à Montréal.

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
Abbott Laboratories Ltée (Pentothal Sodique)	36	Pharmacie d'ordonnances, Arthur Hirbour	4
American Can Co. (Conserves alimentaires pour bébés et jeunes enfants) 2e p. de couverture		Poulenc Frères (Propidex)	899
Anglo-French Drug Cie (Cortunon)	861	Rougier Frères (Bes-Min)	3
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (La Digitalis Folium)	1	Rougier Frères (Hémoglobine Deschiens)	3
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Prémachine)	2	Rougier Frères (Digitaline Nativelle)	3
Baby's Own	908	Rougier Frères (La Lyxanthine Astier)	857
Banque Canadienne Nationale	907	Sanatorium de Blois (46e année d'existence)	891
Bard-Parker Company, Inc. (Bard-Parker Formaldehyde Germicide)	873	Sanatorium Prévost Inc.	26
Borden Co. Limited, The (Travailleurs aux Munitions)	895	Shuttleworth, E. B. Chemical Co. Ltd. (Dilaxol) E.B.S.	867
Brandy Sud-Africain	907	Spencer Corsets (Canada) Ltd. (Nouveau livre pour les médecins)	881
Bristol-Myers Co. (Sal Hepatica)	883	Squibb & Sons of Canada, Ltd., E. B. (Les Produits à base du Complexe B satisfont à toutes les exigences)	869
Canada Drug Co., Ltd. (Paveral)	908	Sweet Caporal	905
Canada Starch Company Ltd. (Sirops de maïs Edwards- burg "Crown Brand" et "Lily White")	905	Upjohn Co. (Le concentré ferrugineux de foie Upjohn)	9
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax)	875	Usines Chimiques du Canada Inc. (Vitaval) 3e page de la couverture	
Carnation Company, Ltd. (Lait Carnation)	32	Victor X-Ray Corporation of Canada, Ltd. (Appareil à rayons X combiné G.E. modèle D3-38)	885
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Levure Fer & Vitamine) — (Micrigène) — (Cécrinyl "adultes") — (Micrines "B" complexes) — (Décrigène) — (Germinol)	15	Vinant Limitée (Neurotrophol Byla — Splénarmone Byla)	13
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Ferro-Crine No 34) — (Elixir Bécrinol) — (Comprimés Bécrinol) — (Quini- tone et Vitamine B)	23	Vinant Limitée (Gélogastrine Licardy)	13
Chas. H. Phillips Chemical Co., The (Le lait de magné- sie Phillips)	877	William R. Warner & Company, Ltd. (Alka-Zane)	863
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada	30	Winthrop Chemical Company, Inc. (L'Histaminase)	27
Compagnie Ciba Ltée (La "Ciba" transfère ses bureaux et laboratoires)	24	Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Amphojel)	34-35
Cow & Gate (Canada) Ltd. (Diète basse en Gras pour bébés)	7	Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Kaomagna pour la diarrhée)	907-910
Denver Chemical Manufacturing Company (Antiphlo- gistine)	11		
Dohow Chemical Company, Ltd., The (Auralgan)	903		
Eddé, J., Ltée (Bis Kam Oil) — (Trephonyl du Dr Rous- sell) — (Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) — (Ino- tyol) — (Pluriglandine) — (Veinatone) — (Artichobyl)	889		
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. 1ère page de la couverture			
Frosst, Charles E., & Co.	17		
Frosst, Charles E., & Co.	18		
Frosst, Charles E., & Co.	19		
Frosst, Charles E., & Co.	20		
Hartz, J. F. Co. Ltd., The (Elixir "Vitabolone")	903		
Herd & Charton, Inc. (Uropazine — Sulpho-Lac — Camirol — Eau précieuse Dépensier — Bilifluine)	859		
Herd & Charton, Inc. (Veratrite)	865		
Herd & Charton, Inc. (Osmopak)	871		
Hôtel Mont-Royal (Lettre ouverte)	901		
Johnson & Johnson Ltd. (Sutures en Catgut "Ethicon")	33		
Knox Gelatine (La gélatine Knox)	879		
Laboratoires DesBergers-BisMol (Phezine) 4e page de la couverture			
Laboratoire Jean Olive (Glésion)	28		
Laboratoires Jean Olive (Nucléarsitol Robin)	28		
Libby, McNeill & Libby of Canada, Limited (Aliments pour bébés)	31		
Librairie Beauchemin Ltée	887		
Mead Johnson & Co. Ltd. (La levure de bière de Mead)	25		
Merck & Co., Ltd. (Pyridium)	5		
Millet, Roux & Cie, Ltée (Endo-Plex-D)	21		
Molson	893		
Monty, Gagnon & Monty	903		
Parke, Davis & Company (Pitocin)	29		

KAOMAGMA

POUR LA

DIARRHÉE