Un extrait de la série des rapports sur le

Cortone
TRADE-MARK

La clef d'une ère nouvelle en science médicale

Synthétisé pour la première fois à partir d'un acide biliaire dans les laboratoires de recherche de Merck en 1946, le Cortone* fut tout d'abord employé à la clinique Mayo avec des résultats spectaculaires dans le traitement de l'arthrite rhumatoïde.

Depuis ce temps, des études cliniques entreprises par des milliers de chercheurs ont indiqué que l'utilité de cette substance hormonale couvrait un champ très vaste.

La production allant sans cesse en augmentant, il en résulte que le médecin peut maintenant obtenir des quantités suffisantes de Cortone pour fins thérapeutiques.

Au nombre des affections où le Cortone a produit une amélioration clinique frappante, on compte:

L'ARTHRITE RHUMATOÏDE et les affections rhumatismales connexes

LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

L'ASTHME BRONCHIQUE

LES MALADIES DE L'ŒIL, comprenant l'iritis non spécifique, l'irido-cyclite, l'uvéite et l'ophtalmie sympathique

LES AFFECTIONS DE LA PEAU, notamment le pemphigus, l'œdème angioneurotique, la dermatite atopique et la dermite exfoliatrice, comprenant des cas qui découlent de réactions causées par des médicaments.

*L'acétate de CORTONE (acétate de Cortisone Merck) est offert aux hôpitaux où fonctionnent certains services essentiels sous la conduite de techniciens entraînés et sous la surveillance de médecins qualifiés. Pour le moment, seuls les malades hospitalisés peuvent recevoir cette drogue au cours de la période initiale de traitement.

Cortone
TRADE-MARK

ACÉTATE
(Acétate de CORTISONE MERCK)
(Acétate de 11-Déhydro-17-hydroxycorticostérone-21)

MERCK & CO., LIMITED
Montréal - Toronto - Valleyfield

Nom déposé par Merck & Co. Limited pour leur marque de cortisone.

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Edouard DESJARDINS

A l'horizon, du nouveau 863

Pierre SMITH

Le XXe congrès : programme scientifique préliminaire 865

Jean-Louis PILON

Le XXe congrès et le programme des spécialités 868

Programme des dames 871

• • •

Gustave GINGRAS et Maurice MONGEAU

Médecine physique et réhabilitation 873

INDICATIONS :

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

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

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

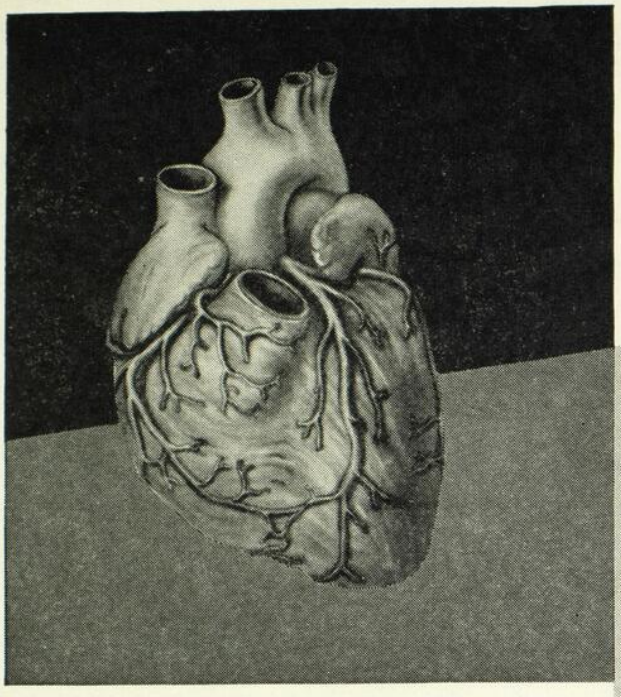
Gravelle urique et phosphatique — *Une bouteille par jour comme ci-dessus.*

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

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

Recommandée et prescrite par le Corps Médical dans le monde entier.

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



pour présenter

l'ESKEL

forme supérieure de khelline

Nouveau remède plein de promesses contre les douleurs d'angine de poitrine.

L'action thérapeutique prolongée de l'Eskel en fait le vaso-dilatateur de choix des vaisseaux coronaires.

Des expériences poursuivies *in vitro* sur le coeur, il ressort que l'Eskel est un vaso-dilatateur des coronaires beaucoup plus puissant que l'aminophylline. (l'Eskel aurait une action dilatatrice au moins cinq fois celle de l'aminophylline)[1]

L'Eskel n'a pas d'effet sensible sur le myocarde et un effet négligeable sur la pression artérielle et le pouls.

Différents auteurs ont établi que l'Eskel apporte un soulagement considérable dans la grande majorité des cas d'angine de poitrine[2-3] et que ce médicament est également très utile en cas d'asthme bronchial chronique.[4]

PRÉSENTATION—en flacon de 50 comprimés. Chaque comprimé contient un mélange de principes actifs, principalement la khelline, extraits d'une plante, l'Ammi visnaga, et équivalent à 40 mg. de khelline cristallisée.

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Smith Kline & French Inter-American Corp., Montréal 9

1. Killam, K.R., and Fellows, E.J.: Federation Proc. 9:291 (March) 1950.
2. Rosenman, R.H., et al.: J.A.M.A. 143:160 (May 13) 1950.
3. Osher, H.L., and Katz, K.H.: Boston M. Quart. 1:11 (March) 1950.
4. Kenawy, M.R., et al.: Eye, Ear, Nose & Throat Monthly 29:79 (Feb.) 1950.

SOMMAIRE
(Suite)

Jacques DURIVAGE

A propos d'A.C.T.H. et Cortisone et leur application en rhumatologie .. 878

J.-René ROUX

Le sarcome fibroblastique du grand épiploon. 886

RECUEIL DE FAITS

Roma AMYOT

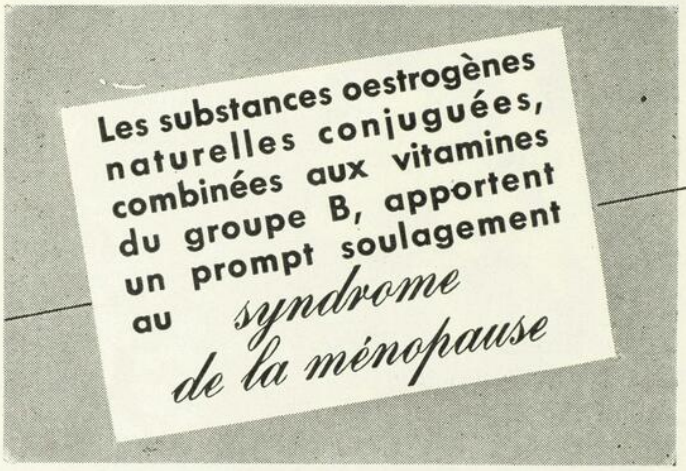
De la psychiatrie à la neuro-chirurgie par la neurologie 892

Paul LABBÉ et Antoine PETTIGREW

Absence congénitale de la vésicule biliaire 896

Léon LEBEL et Ghislaine GILBERT

Un cas de maladie de Lutembacher 902



★ ★

le **COMPOSÉ "QUESTRIN"**

AMÉLIORE LE MÉTABOLISME DES HORMONES
PROCURE UNE SENSATION DE BIEN-ÊTRE

L'expérience clinique* a positivement démontré que lorsqu'il n'y a pas un apport suffisant de vitamines du groupe B, le foie ne peut opérer efficacement le métabolisme des hormones œstrogènes.
Dans le composé "Questrin", les facteurs du groupe B sont combinés avec les œstrogènes naturels, hydro-solubles, qui sont rapidement absorbés et plus complètement utilisés au cours du métabolisme.
Le composé "Questrin" est actif "per os" et rapidement efficace. Il soulage promptement les manifestations d'insuffisance œstrogénique: symptômes de la ménopause, hémorragie utérine fonctionnelle, vaginite, kraurosis de la vulve, aménorrhée, engorgement des seins après l'accouchement.

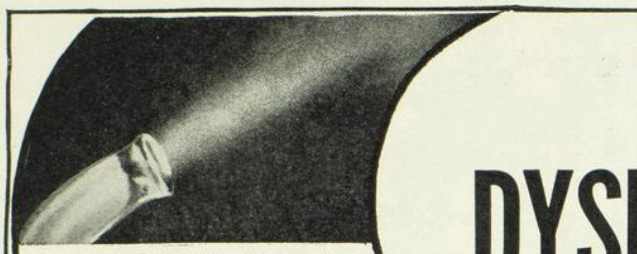
Toute documentation désirée vous sera envoyée sans délai.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

Sources à consulter

1. Biskind and Biskind, Endocrinology, 31, 109, 1942.
2. Sutton and Ashworth, Arch. Int. Med., 69, 15, 1942.
3. Segaloff and Segaloff, Endocrinology, 34, 346, 1944.
4. Ayre, Am. Jour. Obs. and Gyn., 53, 609, 1947.
5. Hertz, "Recent Progress in Hormone Research", Vol. 2, Academic Press Inc., New-York, N.Y.

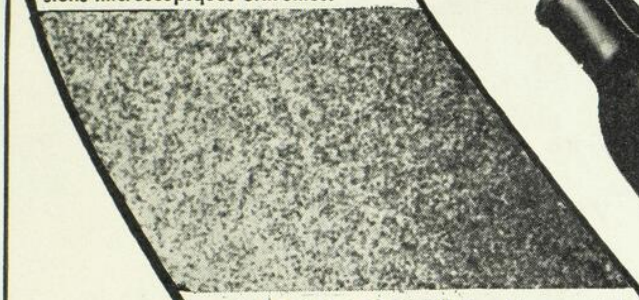
AEROSOL
DE POCHE
DYSPNE-INHAL



UN MICRO-BROUILLARD formé de particules d'une extrême finesse, de la limite de la vision jusqu'aux dimensions microscopiques extrêmes.



FOURNIT *UN* MICRO-BROUILLARD *SANS* **GOUTTELETTES**



VIA LES AERO-BRONCHES — Une particule de grosseur 5 mu chemine aisément jusqu'aux fines terminaisons alvéolaires pour y exercer son action thérapeutique.

À LA PORTÉE DE TOUS

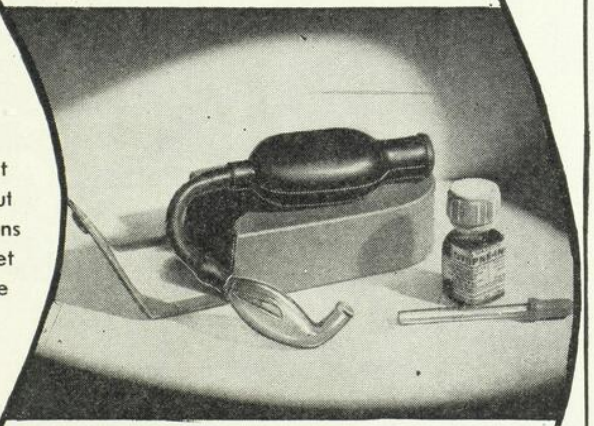


Un MICRO-BROUILLARD, sans gouttelettes. La désintégration mécanique fournit un brouillard très actif, dont l'efficacité thérapeutique peut aller jusqu'à 50 doses orales.

SOULAGEMENT RAPIDE

de la FIÈVRE DES FOINS
de l'EMPHYSÈME
des CRISES ASTHMATIQUES
pour les INHALATIONS
de PÉNICILLINE-AEROSOL.

Pour l'administration d'épinéphrine, de pénicilline, etc., Dyspné-Inhal fournit la nébulisation la plus ténue pour un résultat thérapeutique optimum. Tout asthmatique peut se traiter n'importe quand et n'importe où, dans les meilleures conditions de commodité et d'économie. Le micro-brouillard fourni par le pulvérisateur Dyspné-Inhal prévient les dosages excessifs et leurs suites fâcheuses.



FABRICATION INDIVIDUELLE pour assurer un dosage rigoureux et un maximum d'efficacité.

FORMULE
Une solution à 3.5% d'épinéphrine, stabilisée par un procédé spécial

ROUGIER FRÈRES
SPÉCIALITÉS DE PRESCRIPTION MÉDICALE
350, rue Le Moyne • MONTRÉAL

SOMMAIRE

(Suite)

•

ÉDITORIAL

Edouard DESJARDINS

Le cancer du sein 908

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Hon. Paul MARTIN

Discours prononcé au dîner annuel de la section de Québec de l'Association médicale canadienne et des étudiants en médecine de l'Université Laval 911

H. G. HUGHES

Progrès de l'organisation hospitalière 916

VARIÉTÉS

Gabriel NADEAU

Histoire de la médecine dans la Nouvelle-France — l'Alkermès et le Kermès minéral 924

Louis-Félix DUBÉ

Trois hommes, trois théories, trois erreurs? 929

René GUENETTE

Variations sur un thème de Maurice Chevalier 933

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1881 939

ANALYSES 941

MÉDECINE

Sarcoïdose (941). **La streptomycine dans la tuberculose méningée** (942). **Traitement de la tuberculose intestinale par le P.A.S.** (942). **Anoxie par le monoxyde de carbone** (942). **Cancer et tabac** (943). **L'érythème noueux** (943). **L'Organisation Mondiale de la Santé et la tuberculose** (943).

PHTISIOLOGIE

P.A.S. et tuberculose pulmonaire: étude clinique (944).

NEURO-PSYCHIATRIE

L'asthénie neuro-circulatoire (944).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Dermatomyosite (945).

LABORATOIRE

Une épreuve nouvelle et pratique de cuti-réaction au B.C.G. pour déceler l'allergie tuberculeuse totale (946).

SOCIÉTÉS 948

Réunion Scientifique du bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 26 janvier 1950 (948).

NÉCROLOGIE 957

NOUVELLES 959

REVUE DES LIVRES 974

Faits intéressants à noter

Deux combinaisons de trois sulfamides qui joignent l'efficacité à l'absence relative d'aléas.

"TRULFA-ZINE"

et

"TRULFA"

Marques de trois sulfamides.

- Activité antibactérienne additive.
- Aléas de réactions toxiques minimisés, particulièrement les précipitations cristallines.
- Inutilité d'administration adjuvante d'alcalis.
- Action rapide — les substances de la mixture passant promptement dans les fluides organiques.
- Action prolongée — par suite de taux sanguins soutenus.

"TRULFA-ZINE"

Une combinaison de sulfaméthazine, sulfadiazine et sulfamérazine.

SUSPENSION

(coloration jaune)

Chaque drachme (3.5 cc.) renferme un total de 5 gr. (0.3 G.) de sulfamides.

PRÉSENTATION: flacons de 16 onces liquides.

COMPRIMÉS

C.T. Nº 810 "Frosst"

Coloration jaune — marqués pour le fractionnement

Chaque comprimé contient un total de 0.5 G. (7½ gr.) de sulfamides.

PRÉSENTATION: flacons de 100 comprimés.

COMPRIMÉS

C.T. Nº 811 "Frosst"

Coloration jaune

demi-concentration pour les enfants

Chaque comprimé contient un total de 0.25 G. (3¾ gr.) de sulfamides.

PRÉSENTATION: Flacons de 100 comprimés.

"TRULFA"

La formule de la suspension "Trulfa" et des comprimés "Trulfa" est semblable à la formule ci-dessus sauf que le sulfathiazole remplace le sulfaméthazine.

Echelles posologiques sur demande.

Données thérapeutiques

"TRULFA-ZINE" et "TRULFA"

Les avantages résultant de l'utilisation d'une combinaison de trois sulfamides sont maintenant universellement reconnus. [1,2,3] La réduction considérable d'aléas de lésions rénales causées par la précipitation de cristaux dans les tubes urinifères, de même que la réduction marquée de réactions d'intolérance, sont deux faits bien prouvés.[4] Ces observations ont servi à rétablir la valeur des sulfamides comme médication de premier choix dans le traitement de plusieurs infections.[5]

Le choix des sulfamides les plus utiles dans une préparation combinant trois de ces drogues est plutôt restreint. La valeur thérapeutique et la possibilité de toxicité de chaque sulfamide, ainsi que la modification que chacun d'entre eux subit lorsqu'il est administré en combinaison avec d'autres, sont naturellement les facteurs qui entrent en considération. Le choix du sulfadiazine, du sulfamérazine et du sulfathiazole dans la combinaison Trulfa semble avoir été très heureux. De ces trois sulfamides, toutefois, il ne fait pas doute que le sulfathiazole, à cause de son faible taux de solubilité et de sa tendance à produire des réactions d'intolérance, pourrait être avantageusement remplacé par un sulfamide d'une valeur thérapeutique au moins égale et d'une solubilité supérieure, mais dont la tendance à s'accompagner de phénomènes fâcheux serait atténuée. Parmi les nouveaux sulfamides, le sulfaméthazine — qui a fait l'objet d'une étude approfondie en Angleterre — possède ces très utiles caractéristiques.

Le sulfaméthazine est très efficace dans le traitement d'infections à pneumocoque chez les enfants, [6,7] et les adultes[8]; de la méningite traumatique[9]; de la méningite causée par le virus de l'influenza[10]; des infections à streptocoque hémolytique[11] et des infections du tractus urinaire (pyélite causée par B. Coli et d'autres organismes du groupe coli-thyphoïde)[12].

De tous les sulfamides étudiés, le sulfaméthazine est le moins toxique. Un observateur[13] rapporte que sur 1,000 cas étudiés, aucune mort n'a pu être attribuée à cette drogue. Les complications rénales sont très rares. La solubilité du sulfaméthazine excède considérablement celle du sulfathiazole. Son absorption est rapide et les taux de concentration dans le sang sont bien maintenus.[15]

Ces considérations nous engagent naturellement à incorporer le sulfaméthazine dans une préparation de trois sulfamides, préparation que nous présentons maintenant sous le nom de "TRULFA-ZINE".

(*Bibliographie au verso*)

"TRULFA-ZINE" et "TRULFA"

Bibliographie

1. "Sulfa-Combination" — New chemotherapeutic principle."
Frisk, Hagerman, Helander and Sjogren, Brit. Med. Journ., le 4 janvier 1947, p. 7.
2. "Inhibition of drug precipitation in the urinary tract by the use of sulfonamide mixtures."
Lehr, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., vol. 58, Nº 11, 1945.
3. "Prevention of renal damage by use of mixtures of sulfonamides."
Lehr, Brit. Med. Jr., le 13 décembre 1947, p. 943.
4. "Lowered incidence of sensitization through use of sulfonamide combinations."
Lehr, Brit. Med. Journ., le 18 septembre 1948, p. 543.
5. "Present-day usage of sulfonamides and antibiotics in various diseases."
Long, New Eng. J. Med., le 4 décembre 1947.
6. "Prognosis and treatment of pneumonia in children."
King, Arch. Dis. Childh., 19: 122, 1944.
7. "Sulfonamides in treatment of infections in infancy."
Henderson and Couper, Arch. Dis. Childh., 21: 23, 1946.
8. "Pneumonia."
Scadding, Practitioner, 157, 333, 1946.
9. "Neurosurgery in the Eastern Theatre of War."
Johnson and Dick, Lancet, 11: 193, 1945.
10. "A survey of the outcome of 20 cases of H. influenza meningitis related to bacterial type."
Zinnemann, Brit. Med. Journ., 11: 931, 1946.
11. "The medical use of sulfonamides. (1945)."
Medical Research Council, War Memorandum No. 10.
12. "The treatment of pyelitis and cystitis."
Rosenheim, Practitioner, 159: 147, 1947.
13. "Prevention and treatment of toxic effects of sulfonamides."
Luxton, Medical Press, 217: 517, 1947.
14. "Sulfonamides in combination."
Annotation, Lancet, 1: 876, 1947.
15. "Recent advances in treatment—chemotherapy."
Whitby, Practitioner, 155: 264, 1945.
16. "Sulfamethazine, Clinical Trial of a New Sulfonamide."
McCartney and others, Lancet, 1: 639, 1942.
17. "Sulfamethazine (2-4′ aminobenzenesulfonylamino 4:6 dimethylpyrimidine). A new heterocyclic derivative of sulfanilamide." Rose, Martin and Bevan, J. Pharm. & Exp. Ther., 77: 127, 1943.

LE COMPOSÉ "PYRITHEN"

Une préparation antihistaminique pour le soulagement de la fièvre des foins

L'étude de la documentation traitant des drogues antihistaminiques couramment employées pour le traitement de la fièvre des foins révèle que le citrate de Chlorothen (Pyrithen "Frosst") procure un soulagement des symptômes dans environ 70 p.c. des cas. Ses avantages additionnels comprennent la possibilité d'administration de légères doses, la rareté de réactions toxiques — particulièrement la somnolence, et l'appréciabilité de la durée de l'effet antihistaminique.

Bon nombre des malaises associés à la fièvre des foins peuvent être atténués par l'administration simultanée de Pyrithen et d'analgésiques et antipyrétiques, comme dans le Composé Pyrithen.

Sources à consulter

1. *"5-halo-2-thenyl derivatives of N, N-dimethyl-N'-2-pyridyl-ethylenediamine as antihistaminics."* Litchfield et al., Bull. Johns Hopkins Hosp., 81:55, juillet 1947.
2. *"Histamine antagonists. IX. N, N-dimethyl-N'-(2 pyridyl) - N'- (5-chloro-2-thenyl)-ethylenediamine hydrochloride (Chlorothen). A new antihistaminic and antiallergic agent."* Fineberg, Quart. Bull. Northwest. Univ. M. Sch., 22 (Spring Quarter) 1948.

LE COMPOSÉ "PYRITHEN"

C.T. Nº 814 "Frosst"

Pyrithen (marque de citrate de Chlorothen)	25 mg.
Acétophen (marque d'acide acétylsalicylique)	200 mg.
Phénacétine	150 mg.
Caféine	30 mg.

"PYRITHEN"

S.C.T. Nº 436 "Frosst"

Pyrithen (marque de citrate de Chlorothen) 25 mg.

POSOLOGIE

de 25 à 50 mg., quatre fois par jour.

PRÉSENTATION

Flacons de 12, 100 et 500 tablettes.

AVERTISSEMENT

Occasionnellement, il peut y avoir tendance à la somnolence; dans ce cas, on doit éviter la conduite d'une auto, l'actionnement d'un mécanisme compliqué ou tout travail exigeant une grande application de l'esprit.

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

minimum de réactions secondaires
efficace à plus faible dose
index thérapeutique le plus élevé



La dose de **CHLOR-*Tripolon*** suffisante pour être efficace, est de beaucoup inférieure à celle de n'importe quel autre antihistaminique actuellement employé en thérapeutique. Le Maléate de CHLOR-TRIPOLON* se prend à la dose de seulement *4 mgm. ou moins*, au lieu de 25 à 100 mgm. pour les autres antihistaminiques.

Etant le seul à s'employer à si faible dose, le

CHLOR-*Tripolon*

prouve que son activité antihistaminique est supérieure. A la dose de 2 à 4 mgm. trois ou quatre fois par jour, le CHLOR-TRIPOLON s'est montré très efficace pour tenir sous contrôle les malaises dûs à la fièvre des foins. Il apporte de plus, un soulagement sensible dans plusieurs autres manifestations allergiques, telles que: l'urticaire, la rhinite vaso-motrice, l'oedème angioneurotique et la sensibilité vis-à-vis de certaines drogues, y compris la pénicilline. Son effet est rapide et soutenu; le soulagement s'obtient entre une demi et une heure, et dure de quatre à six heures. Le grand avantage de recourir au CHLOR-TRIPOLON, c'est *le faible taux d'incidence des réactions secondaires, surtout l'assoupissement.*

PRÉSENTATION:
MALÉATE DE
Chlor-*Tripolon*
(maléate de chlorprophenpyridamine) en comprimés de 4 mgm. striés, de couleur jaune. Bouteilles de 50 et de 500.
Sirop de Maléate de CHLOR-TRIPOLON contenant 2 mgm. de maléate de chlorprophenpyridamine par cuillerée à thé (4 c.c.) dans un véhicule de goût agréable. Bouteilles de 4 et 16 onces.

*CHLOR-TRIPOLON est connu aux Etats-Unis comme CHLOR-TRIMETON

Pommade de Maléate de Tripolon contenant 3% de Maléate de prophenpyridamine dans la base Procutan qui s'enlève à l'eau. Elle se recommande pour le soulagement des états allergiques de la peau, démangeaisons d'origine non fonctionnelle, échauffements, dermatites vénéneuses et des piqures d'insectes. Tubes de 20 gm.

Schering CORPORATION LIMITED
MONTREAL 1

Chlor-Tripolon

SCHERING

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Pierre Smith

Secrétaire adjoint à Montréal
Roger Dufresne,
326 est, boulevard Saint-Joseph.

BUREAU DE COLLABORATION

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

L'AURÉOMYCINE

CRISTALLISÉE

dans les
infections puerpérales

Aureomycin

Depuis un an, les obstétriciens ont manifesté un intérêt toujours croissant à l'égard de l'Auréomycine pour sa propriété de prévenir ou d'arrêter le développement des infections puerpérales. Le fait est que cet antibiotique, dont la gamme thérapeutique est considérable, se révèle extrêmement utile chaque fois que l'on redoute une infection ou que celle-ci a fait son apparition. Son administration donne rarement lieu à de la bactériorésistance ou à des phénomènes allergiques.



L'efficacité de l'Auréomycine a encore été démontrée dans les états infectieux suivants:

Fièvre africaine par morsure de tique, amibiase aiguë, infections bactériennes accompagnant l'influenza par virus, infections oculaires dues à des bactéries et à des germes apparentés aux virus, septicémie à bactéroïdes, fièvre boutonneuse, brucellose, chancre mou, infections de Friedlander (pneumonie à Klebsiella), infections à Gram-négatif (y compris celles qui dépendent de germes du groupe coli-aerogenes), infections à Gram-positif (y compris celles dont les germes pathogènes sont les streptocoques, les staphylocoques et les pneumocoques), blennorragie rebelle à la pénicilline, granulome inguinal, infections à *H. influenzae,* lymphogranulomatose inguinale sub-aiguë, péritonite, coqueluche (aiguë et sub-aiguë) pneumonie atypique primaire, psittacose (fièvre du perroquet), fièvre du Queensland (fièvre Q), vérole à rickettsies, fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, sinusite, endocardite infectieuse sub-aiguë rebelle à la pénicilline, infections post-chirurgicales, tularémie, typhus et états infectieux courants de l'utérus et des annexes.

CONDITIONNEMENT

En capsules:
Flacon de 25 capsules à 50 mg.
Flacon de 16 capsules à 250 mg.

Forme ophtalmique:
Fiole de 25 mg. avec compte-gouttes; la solution s'effectue par addition de 5 c.c. d'eau distillée.

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

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Gustave Lacasse
Vice-président: L. Gérin-Lajoie
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. Gustave Lacasse, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion, Léon Gérin-Lajoie.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

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



Toni-Spasmyl

COMPLEXE NÉVROSTHÉNIQUE — RECONSTITUANT

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE
MONTRÉAL, 18 CANADA

OFFICIERS
DE
l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel,
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Donatien MARION,	Montréal.
Hermile TRUDEL,	Montréal.
A.-L. RICHARD,	Ottawa.
J.-A. VIDAL,	Montréal.
J.-B. JOBIN,	Québec.
Pierre SMITH,	Montréal.

•

COMITÉ DU XXe CONGRÈS

J.-A. VIDAL, président.

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

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

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

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE, **Albert PAQUET,** **Charles VEZINA,**
I.-H. LAPOINTE, **Chs-N. DeBLOIS,** **A.-L. RICHARD.**
J.-A. JARRY,

MEMBRES DU CONSEIL

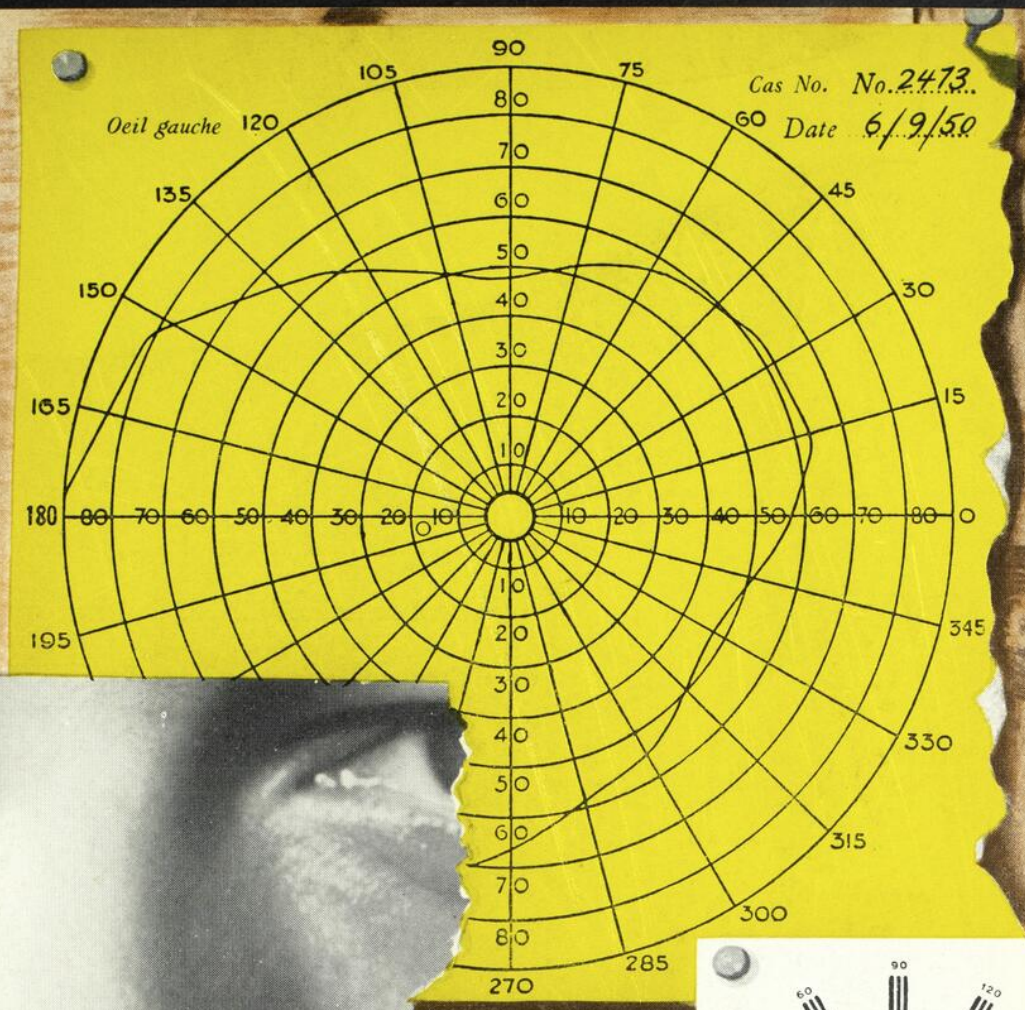
AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1950
ARCHAMBAULT, Gérard, 75, boul. St-Joseph, Saint-Jean, P. Q. 1952
BAILLY, Roland, Saint-Pie de Bagot, P. Q. 1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta 1950
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-E. 1952
BIBAUD, Barthélémi, Valleyfield, P. Q. 1952
BLAIN, Emile, 444 est, rue Sherbrooke, Montréal 1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec 1952
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal 1950
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. 1950
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec. 1952
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph Montréal 1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1050
DANDURAND, René, 847, rue Cherrier, Montréal 1952
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1950
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1952
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec 1952
DOMINGUE, Albert, Granby. P. Q. 1952
DUBE, Edmond, 6055, rue Saint-Denis, Montréal 1950
GAUTHIER, C.-A. 53½, rue Saint-Louis, Québec 1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1950
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1952
LECOURS, J.-A., 538, avenue King Edward, Ottawa .. 1952
LEMIEUX, J.-R., 17, rue Sainte-Ursule, Québec 1952
MANSEAU, Georges, 1, rue Labrie, St-Eustache, Comté Deux-Montagnes, P. Q. 1952
MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-Etienne-Cartier, Montréal 1952
MICHAUD, R., 170 est, rue Laurier, Ottawa 1950
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. .. 1952
MORRISSETTE, Pierre, Saint-Georges, Beauce, P. Q. 1952
PELLETIER, A., Winchendon, Mass. 1950
PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. .. 1952
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1950
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1950
POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. 1950
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. 1950
ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté Nicolet, P. Q... 1952
SORMANY, Albert, Edmundston, N.-B. 1950
TANGUAY, Rodolphe, Sudbury, Ont. 1950
TETRAULT, Adélard, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. 1950
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1950
VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1950

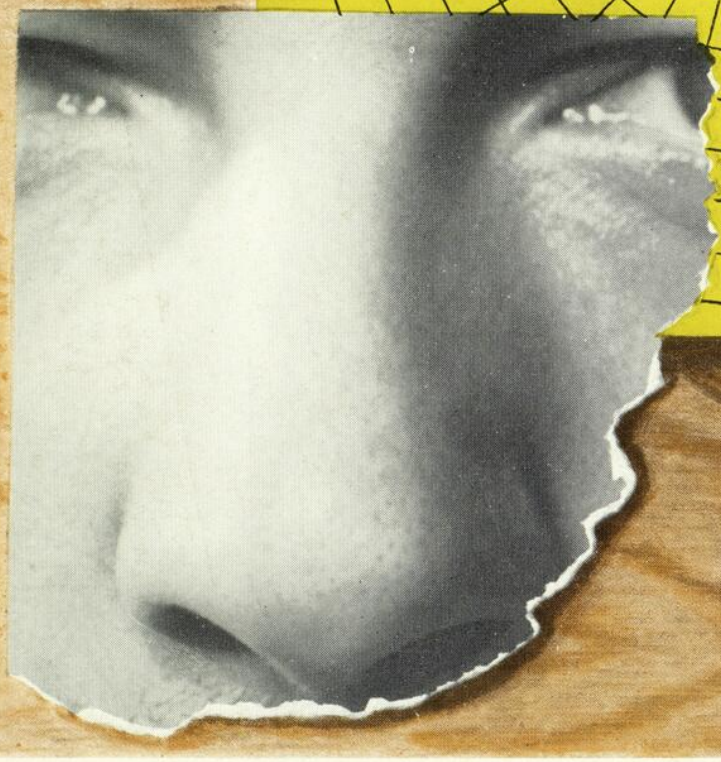
DANS

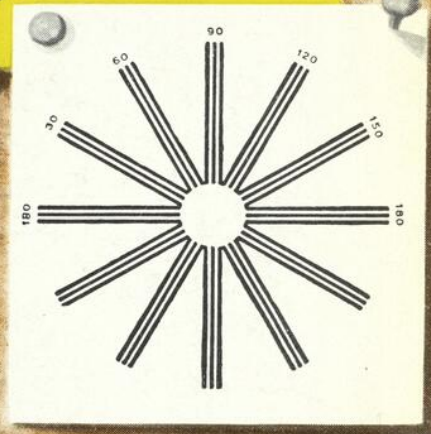
L'*oeil*...

ET DANS LE

nez









appliquée directement dans le nez ou dans les yeux, foyers principaux des symptômes allergiques saisonniers, l'ANTISTINE-PRIVINE* apporte un soulagement rapide et prolongé. Trois à quatre gouttes, suivant le besoin, dans le nez ou une goutte dans le cul-de-sac conjonctival provoquent une décongestion marquée de la muqueuse, et l'effet en est rapide, intense et prolongé.

L'efficacité de l'ANTISTINE-PRIVINE dans la Fièvre des foins et autres allergies saisonnières est la résultante de l'action synergétique de ses deux principaux composés. L'ANTISTINE, un antihistaminique puissant, et la PRIVINE, bien connue pour ses propriétés vasoconstrictives, se complètent si bien l'un l'autre que des quantités minima** produisent des résultats maxima sans irritation et en toute sûreté.

ANTISTINE · PRIVINE*

*ion 'Ciba' de sulfate de 2-phénylbenzyl-aminométhyl-imidazoline et de nitrate de naphazoline

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE MONTRÉAL

que pèse une manchette ?



L'efficacité de la PYRIBENZAMINE dans le soulagement de la FIÈVRE DES FOINS et autres allergies saisonnières est enregistrée dans les annales *médicales*. Sa réputation lui vient non pas de manchettes spectaculaires des journaux mais de la preuve solide de quelque 350 rapports médicaux publiés couvrant des centaines de milliers de cas.

Il n'y a donc rien d'étonnant que dans une profession, qui sait faire la distinction entre un fait reconnu et de simples réclames publicitaires, la PYRIBENZAMINE reste l'antihistaminique de choix *médical*.



PYRIBENZAMINE*

***Marque de chlorhydrate de tripelennamine Ciba**

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE, MONTRÉAL



Une application topique de CALADRYL est rapidement suivie d'un soulagement durable — CALADRYL, la nouvelle lotion adoucissante, antipruritique, genre calamine, à base de BENADRYL*.

CALADRYL

NOM DÉPOSÉ

efficace: CALADRYL soulage effectivement les coups de soleil et les démangeaisons. Le chlorure de Benadryl (1%), la calamine, le camphre, la glycérine et autres ingrédients forment par leur mélange une lotion adoucissante, douée de vertus antihistaminiques et antipruritiques efficaces.

agréable: CALADRYL est d'emploi agréable. Légèrement parfumée, elle présente une couleur chair pâle très peu voyante sur la peau. Elle ne s'enlève pas par frottement, mais se lave facilement.

usages multiples: CALADRYL peut servir de nombreuses façons. Elle calme la démangeaison et la brûlure du coup de soleil. Elle soulage immédiatement la miliaire et l'exanthème causé par les couches ou les cosmétiques, de même que les démangeaisons associées à l'urticaire, piqûres d'insectes, sumac vénéneux, herbe à la puce, rougeole, varicelle, dermatoses idiosyncrasiques et affections cutanées bénignes.

PARKE, DAVIS & COMPANY

MEDICAMENTA VERA · P & D Co.



Soulagement de la FIÈVRE des FOINS jour et nuit . . .

L'action extraordinairement prolongée du chlorhydrate de Néo-Synéphrine permet, au moyen de doses peu fréquentes, d'enrayer les symptômes de la fièvre des foins. Le malade peut alors bénéficier d'un bien-être pendant le jour et d'un sommeil réparateur pendant la nuit.
Dose moyenne: 2 ou 3 gouttes dans chaque narine.
L'action des cils vibratils n'est pratiquement pas entravée. Virtuellement dénuée d'effets secondaires.

POUR USAGE NASAL: solution à ¼% (ordinaire et aromatisée), flacons de 1 once; solution à 1%, flacons de 1 once; gelée hydrosoluble à ½%, tubes de ⅝ once.
POUR USAGE OPHTALMIQUE: solution aqueuse à ⅛%, à faible tension superficielle, isotonique avec les larmes, flacons de 15 cc.

NEO-SYNEPHRINE®
HYDROCHLORIDE
Brand of phenylephrine hydrochloride

WINTHROP STEARNS

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

443 Sandwich Street, West Windsor, Ontario.

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

pour le

relâchement du **Spasme** par sédation

prescrivez

NEURO-SPASEX

Chaque comprimé contient:
Bromure de Méthyl Homatropine ..... 1/24 gr.
Phénobarbital ..... 1/4 gr.

Posologie: Un ou deux comprimés 3 fois par jour avant les repas.

NEURO-SPASEX POUR BÉBÉS

POUR LE SOULAGEMENT DE LA COLITE SPASMODIQUE ET DES VOMISSEMENTS DUS AUX SPASMES DU PYLORE.

Chaque comprimé contient:
Bromure de Méthyl Homatropine ..... 1/200 gr.
Phénobarbital ..... 1/6 gr.

Posologie: Un comprimé à chaque boire ou tel que prescrit.

lorsque le phénobarbital n'est pas désiré

SPASEX

Chaque comprimé contient:
Bromure de Méthyl Homatropine ... 1/24 gr.

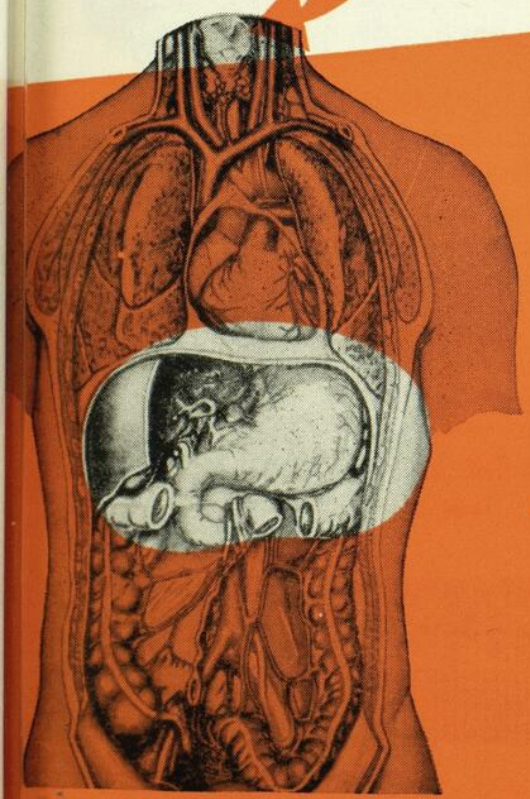
Posologie: Un à deux comprimés 3 fois par jour, avant les repas.

SPASEX NE CAUSE PAS D'EFFETS ANESTHESIQUES

SPASEX POUR BÉBÉS

Chaque comprimé contient:
Bromure de Méthyl Homatropine ..... 1/200 gr.

Posologie: Un comprimé dissout dans un peu d'eau sucrée cinq à sept fois par jour avant chaque boire.



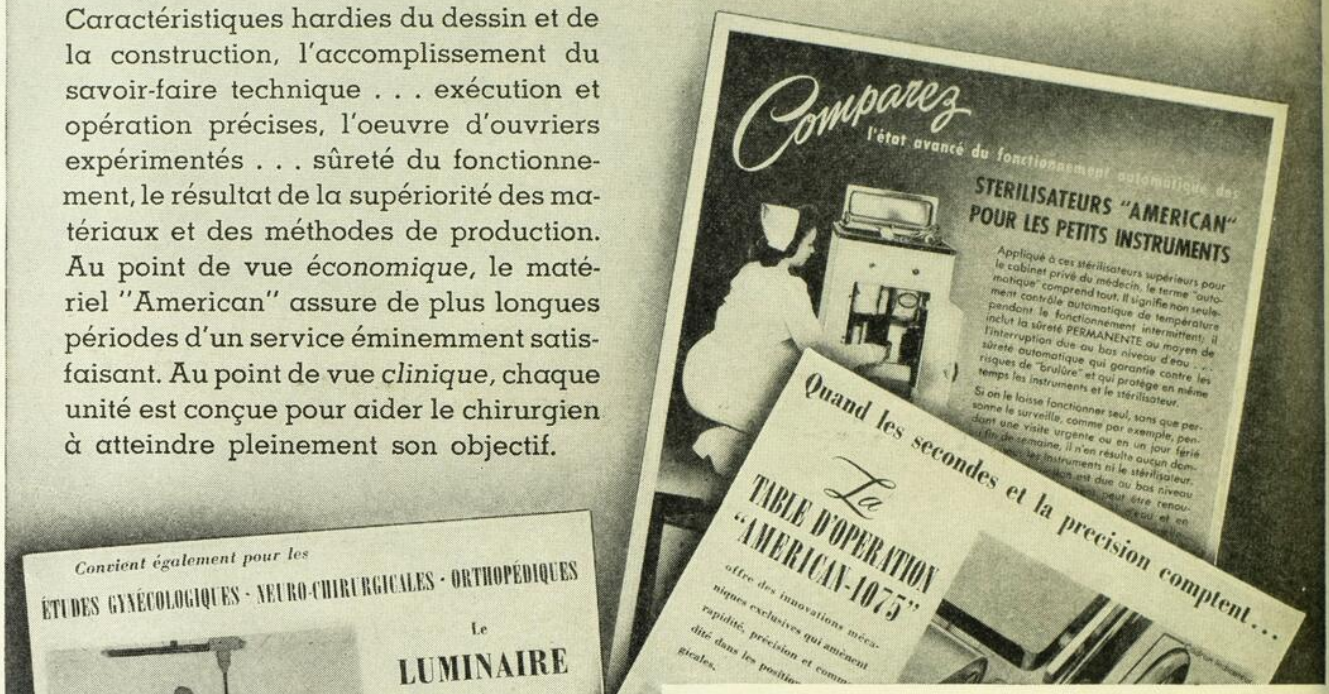
Spasex (Bromure de Méthyl Homatropine) est un antispasmodique efficace sans action cumulative.
Il agit en déprimant les terminaisons du vague et des autres ramifications du système parasympathique, soulageant ainsi les douleurs spasmodiques. Il contrôle les hypersécrétions du mucus et des sucs gastriques. L'activité du Spasex équivaut à la moitié de celle de l'Atropine mais sa toxicité est 30 fois moindre que l'Atropine. Il cause rarement de la sécheresse ou du trouble à la vision. Le Phénobarbital y a été ajouté à cause de son action sédative aussi bien que doucement spasmolytique.
Neuro-Spasex trouve ses indications là où le spasme s'accompagne de douleur et de malaise. Il est particulièrement efficace dans les cas de Dysménorrhée, pour faciliter l'examen en Gynécologie, pour éliminer le Ténesme Vésical et aussi pour soulager les douleurs dues aux spasmes associés aux Ulcères Peptiques et Duodénaux, aux Colites du Mucus, aux Spasmes du Pylore, à la Constipation Spasmodique et aux autres états spasmodiques associés aux conditions inflammatoire du tractus gastrointestinal.
Des rapports récents indiquent que Neuro-Spasex est hautement efficace dans certains cas de Vomissements de la Grossesse et aussi que l'Enurésie peut être contrôlée par un comprimé de Neuro-Spasex (Bébés) donné au coucher.

M&M Pharmaceutiques

Mowatt & Moore Ltd

EXIGEZ le fonctionnement supérieur propre au matériel "*American*"

Caractéristiques hardies du dessin et de la construction, l'accomplissement du savoir-faire technique . . . exécution et opération précises, l'oeuvre d'ouvriers expérimentés . . . sûreté du fonctionnement, le résultat de la supériorité des matériaux et des méthodes de production. Au point de vue *économique*, le matériel "American" assure de plus longues périodes d'un service éminemment satisfaisant. Au point de vue *clinique*, chaque unité est conçue pour aider le chirurgien à atteindre pleinement son objectif.







STÉRILISATEURS CHIRURGICAUX
pour tous les besoins de l'hôpital, offrant en exclusivité le Contrôle Cyclomatique.

TABLES CHIRURGICALES
opérations majeures ou d'importance secondaire, obstétrique, orthopédie, chirurgie thoracique.

LUMIÈRES CHIRURGICALES
majeures, mineures, obstétriques, d'urgence, germicides.

APPAREILS SPÉCIAUX
unités de laboratoire pour formules de lait, meubles en acier inoxydable, chaises d'invalides, lits à bassin automatique, matelas à points de compression alternatifs, ozonateurs.

Écrivez dès maintenant pour plus de renseignements

AMERICAN STERILIZER COMPANY
Erie, Pennsylvanie

Représentée au Canada par

INGRAM & BELL LIMITED
TORONTO
MONTRÉAL · WINNIPEG · CALGARY · VANCOUVER

Accroissement de l'absorption et de la rétention des vitamines chez les nourrissons et les jeunes enfants



"Alphamette" Aqueux No 929

Chaque goutte renferme approximativement:

Vitamine A	1,000 U.I.
Vitamine D	500 U.I.

Dose journalière conseillée: 2 gouttes.

Flacons de 8, 15 et 30 cc. munis de compte-gouttes.

Gouttes "Supplavite" No 931

10 gouttes (0.6 cc.) représentent approximativement:

Vitamine A	5,000 U.I.
Vitamine D	2,400 U.I.
Acide ascorbique	50 mg.
Thiamine	1.5 mg.
Riboflavine	1 mg.
Niacinamide	20 mg.
Pyridoxine	1 mg.
d-Pantothénate de calcium	5 mg.
Tocophérols naturels mixtes (antioxydant)	2 mg.

Dose journalière conseillée: 5 à 10 gouttes.

Flacons de 8, 15 et 30 cc. munis de compte-gouttes.

25e Ayerst ANNIVERSAIRE

Préparations miscibles à l'eau

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens

Montréal, Canada

B6 Bémina B9

Facteurs de la vitamine B

Une diversité de formes
et de dosages facilitant le choix
du traitement convenant à
chaque cas particulier.

Concentré
Injectable - Solution
Avec fer et foie
Liquide
Injectable Fortis
avec vitamine C (poudre)
Avec vitamine C Fortis
Composé
Injectable Fortis (poudre)
Granulés
Comprimés

25e Ayerst ANNIVERSAIRE

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

F3081

"Les taux d'hémoglobine augmentèrent de façon...

frappante...rapide..."[1]

Des recherches comparées, faites indépendamment les unes des autres, viennent confirmer que le sulfate ferreux-molybdène (Mol-Iron) est plus efficace et mieux toléré dans le traitement de l'anémie par carence de fer.

Constatations caractéristiques:

"Nous n'avons jamais eu d'autres sels de fer aussi efficaces..."[1]

"Réponse... plus prompte qu'avec le sulfate ferreux"[2]

"Un exemple véritable de potentialisation de l'action thérapeutique du fer"[3]

"Généralement bien toléré... même chez les patients qui ne tolèrent pas le fer..."[4]

1. Dieckmann, W. J., et Priddle, H. D.: American J. Obstet. & Gynec., 57: 541-546 (mars) 1949.

2. Chesley, R. F., et Annitto, J. E.: Bull. Margaret Hague Maternity Hospital 1: 68-75 (sept.) 1948.

3. Healy, J. C.: Journal Lancet, 66: 218-221 (juillet) 1946.

4. Kelly, H. T.: Pennsylvania M. J., 51: 999 (juin) 1948.

White's **Mol-iron** Comprimés Liquide

Complexe Sulfate ferreux-Molybdène

—un complexe stable, spécialement préparé, co-précipité, contenant 3 mg. d'oxyde de molybdène (1/20 gr.) et 195 mg. de sulfate ferreux (3 gr.). Dose recommandée pour adulte: 2 comprimés t. i. d.
S'obtient en flacons de 100 et de 1,000 comprimés. Aussi présenté sous forme d'un liquide très agréable au goût, en bouteilles de 12 onces mesurées.

White **LABORATORIES OF CANADA LTD.,**
64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario.

Dans le traitement de l'infection para-nasale, **ARGYROL** **assure**

une action multiple sans réaction

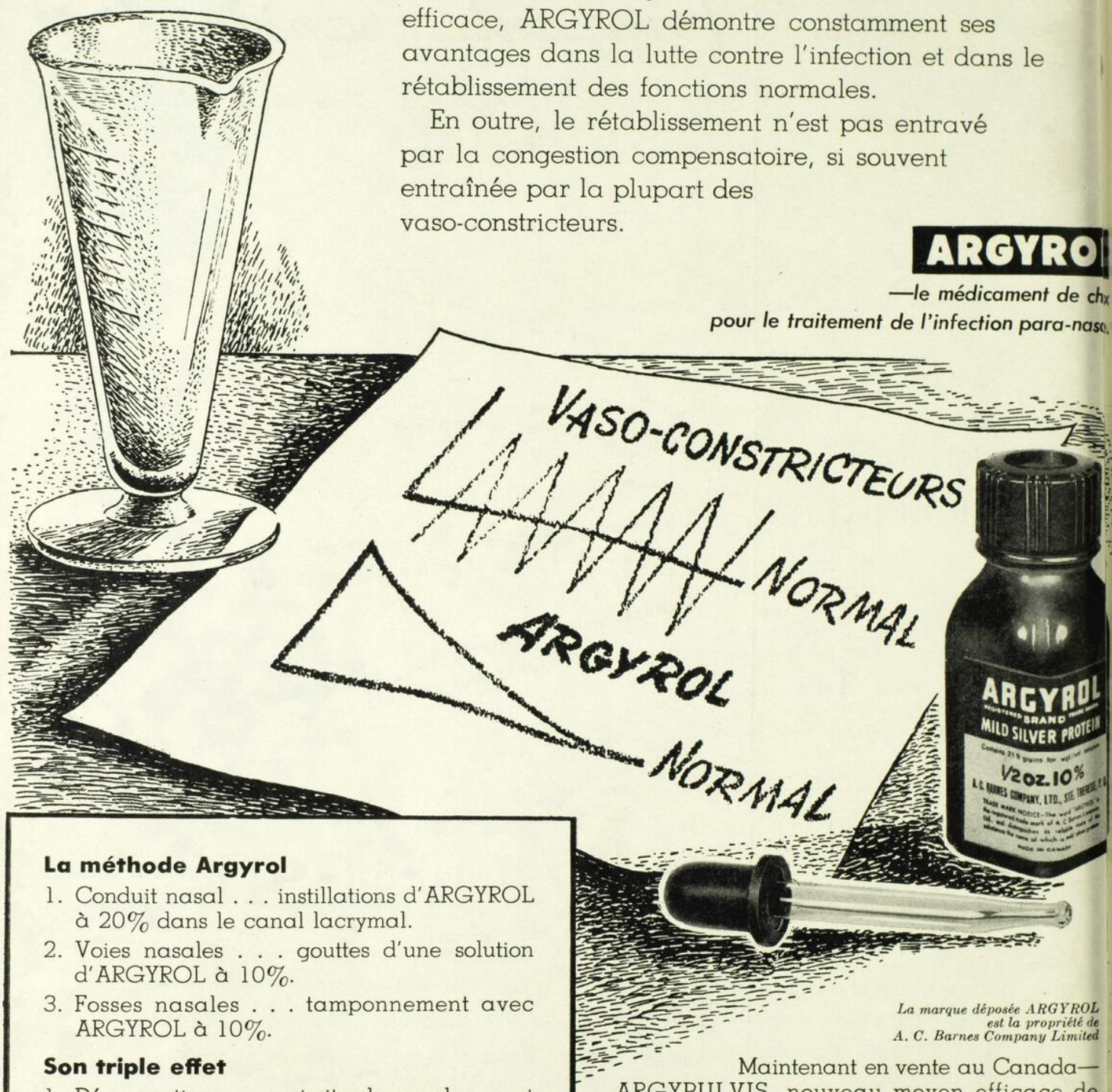
Agent bactériostatique, émollient et détersif efficace, ARGYROL démontre constamment ses avantages dans la lutte contre l'infection et dans le rétablissement des fonctions normales.

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

ARGYRO

—le médicament de ch

pour le traitement de l'infection para-nas



La méthode Argyrol

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

Son triple effet

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

EXIGEZ ARGYROL DANS L'EMBALLAGE AUTHENTIQUE

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

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

ARGYPULVIS et ARGYROL sont fabriqués exclusivement par

A. C. BARNES COMPANY, LTD.

STE-THÉRÈSE, QUÉBEC

Le rhume ordinaire et les qualités thérapeutiques de *RESISTAB*...

De récents essais cliniques,[1] rigoureusement contrôlés, ont démontré que ce nouvel antihistaminique combat l'enchaînement des premiers symptômes du rhume et, de ce fait, met fin à ces symptômes, en un temps record.

RÉFÉRENCE: 1. The Prophylaxis and Treatment of the Common Cold with Neohetramine (thonzylamine hydrochloride). Industrial Medicine, décembre 1949.

Les premiers symptômes du rhume ordinaire sont dus, croit-on aujourd'hui, à une réaction allergique. La poussée d'histamine qui caractérise le début d'un rhume, affaiblit la résistance nasale et laisse le champ libre à l'infection causée par des bactéries secondaires. RESISTAB, qui est un antihistaminique très efficace, combat la réaction de cette dangereuse histamine et, de ce fait, empêche le rhume de se développer. Si le rhume a déjà pris racine, il soulage les symptômes secondaires et diminuera les dangers de complications ou la violence de ces dernières.

RESISTAB est remarquablement peu toxique. Aucun des 200 patients sous observation à la clinique et à qui on a administré RESISTAB n'a montré d'effet toxique (somnolence, étourdissements, etc.). Pour en obtenir les meilleurs résultats, l'on doit prendre RESISTAB dès les premiers symptômes d'un rhume et pendant 72 heures.

POSOLOGIE: Un comprimé dès le premier signe de rhume, un comprimé avant chaque repas et au coucher — pendant 3 ou 4 jours.

L'on doit conseiller au malade de ne pas dépasser la dose recommandée. Si le patient se sent somnolent après avoir pris RESISTAB, il est préférable qu'il ne conduise pas de voiture et qu'il ne fasse pas manœuvrer de machine.

PRÉSENTATION: Sachet de 12 comprimés ou bouteille de 36 comprimés. (Chaque comprimé contient 25 mg. de thonzylamine.)

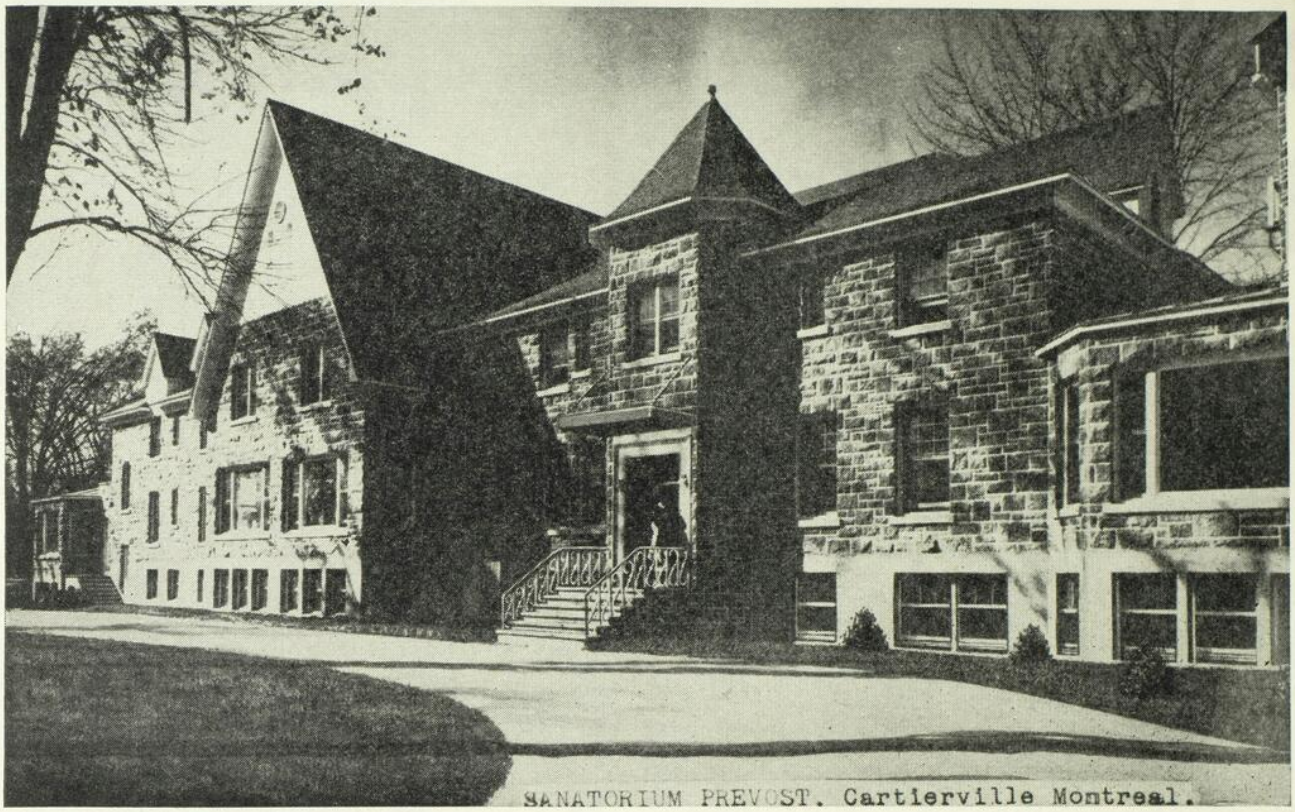


Échantillon envoyé aux médecins sur demande.

FABRIQUÉ PAR BRISTOL-MYERS COMPANY OF CANADA, LTD., MONTRÉAL

les fabricants de Bufferin et Sal Hepatica

SANATORIUM PRÉVOST



FAÇADE SUD

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

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

BUREAU MÉDICAL

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

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

4455 OUEST, BOULEVARD GOUIN, **TÉLÉPHONE: BYwater 2405★**

Les TROIS PRINCIPES ESSENTIELS du traitement de l'ulcère

SONT LA "RAISON D'ÊTRE" DE l'ALUMINA GEL-MRT.

Il faut recourir à une triade de gels pour obtenir les trois actions thérapeutiques nécessaires au succès du traitement médical des ulcères de l'estomac et du duodénum.

SEUL l'ALUMINA GEL-MRT (LIQUIDE OU EN COMPRIMÉS) CONTIENT UN MÉLANGE DE TROIS GELS DIFFÉRENTS.

No 1 – il rend inactif l'acide gastrique, par adsorption et non par réaction.

No 2 – il est un adoucissant, il précipite la mucine et rend la pepsine inactive.

No 3 – il est insoluble dans le ClH gastrique; il recouvre et protège la niche de l'ulcère.

L'ALUMINA GEL-MRT LIQUIDE est une suspension thixotropique, non aromatisée, ayant un goût agréable. On peut, à volonté, y ajouter des huiles aromatiques, des sédatifs ou des antiseptiques. Un comprimé d'ALUMINA GEL-MRT équivaut à une cuillerée à thé du liquide. L'ALUMINA GEL-MRT ne contient pas de particules de matière non émulsionnée. Il ne provoque pas de constipation parce que son action en est une d'adsorption. Vu que chaque cuillerée à thé ou comprimé peut rendre inactif 100 cc. de ClH N/10, on n'aura besoin que de petites doses — cuillerées à thé au lieu de cuillerées à soupe — quelques comprimés au lieu de nombreux comprimés.

POSOLOGIE: LIQUIDE — Une à quatre cuillerées à thé avec ou sans eau. Répéter tel que prescrit.

COMPRIMÉS — Un à quatre comprimés, et répéter tel que prescrit. On peut mâcher les comprimés quand on désire un soulagement plus rapide.

THE WINGATE CHEMICAL CO. LTD. MRT

MONTRÉAL **CANADA**

AVIS — *Vu que l'ALUMINA GEL-MRT n'a pas encore été introduit partout au Canada, il nous fera plaisir de vous envoyer par la poste des renseignements détaillés ainsi que des échantillons, sur demande.*

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

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

LE VACCIN B C G

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

— **Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.**

— **Epreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.**

— **3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANS-CUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).**

— **FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.**

Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.



ALBERT CALMETTE
1863-1933

*J. A. BAUDOUIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.
A. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal, Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

Donnez une portée plus grande aux examens de routine que vous faites au bureau

Comprimés-réactif

CLINITEST

(nom déposé)

Pour la recherche de la glycosurie.



Dans le diabète, plus tôt on découvre le sucre, plus favorable est le pronostic. D'où il ressort que l'épreuve courante de glycosurie fait partie intégrante de chacun des examens que vous pratiquez au bureau. Les comprimés-réactif *Clinitest* (nom déposé) se prêtent exceptionnellement bien à cet usage. L'épreuve est simple, rapide et sûre. Nul besoin d'appliquer de la chaleur extérieure. Ensembles pour le bureau ou le laboratoire et rechanges de 24 et de 36 comprimés.

Comprimés-réactif

ACETEST

(nom déposé)

Pour la recherche des corps cétoniques.



L'emploi des comprimés-réactif *Acetest* (nom déposé) facilite au médecin la découverte de la cétose dans le diabète — et dans plusieurs autres affections où l'acidose peut se produire. Ce test unique permet de découvrir avec rapidité et facilité les corps cétoniques. La sensibilité est de 1 partie dans 1,000. Flacons de 100 et de 1,000 comprimés.

Comprimés-réactif

HEMATEST

(nom déposé)

Pour la recherche du sang occulte.



La présence de sang occulte dans les fèces, les crachats ou l'urine constitue souvent la première preuve d'un processus pathologique dont on ne soupçonnait pas la présence autrement. Avec les comprimés-réactif *Hematest* (nom déposé), une méthode précise, rapide et commode, la découverte du sang (présent dans la proportion de 1 partie ou plus dans 20,000), devient une pratique facile dans la routine du bureau. Flacons de 60 et de 500 comprimés.

AMES COMPANY OF CANADA, LTD • TORONTO, ONTARIO

La Maison J. Eddé Limitée
est heureuse d'informer Messieurs les Médecins
qu'elle est maintenant en mesure de livrer le

STEROGYL 15

des Laboratoires du Docteur Roussel (Paris)
(Laboratoires Français de Chimiothérapie)

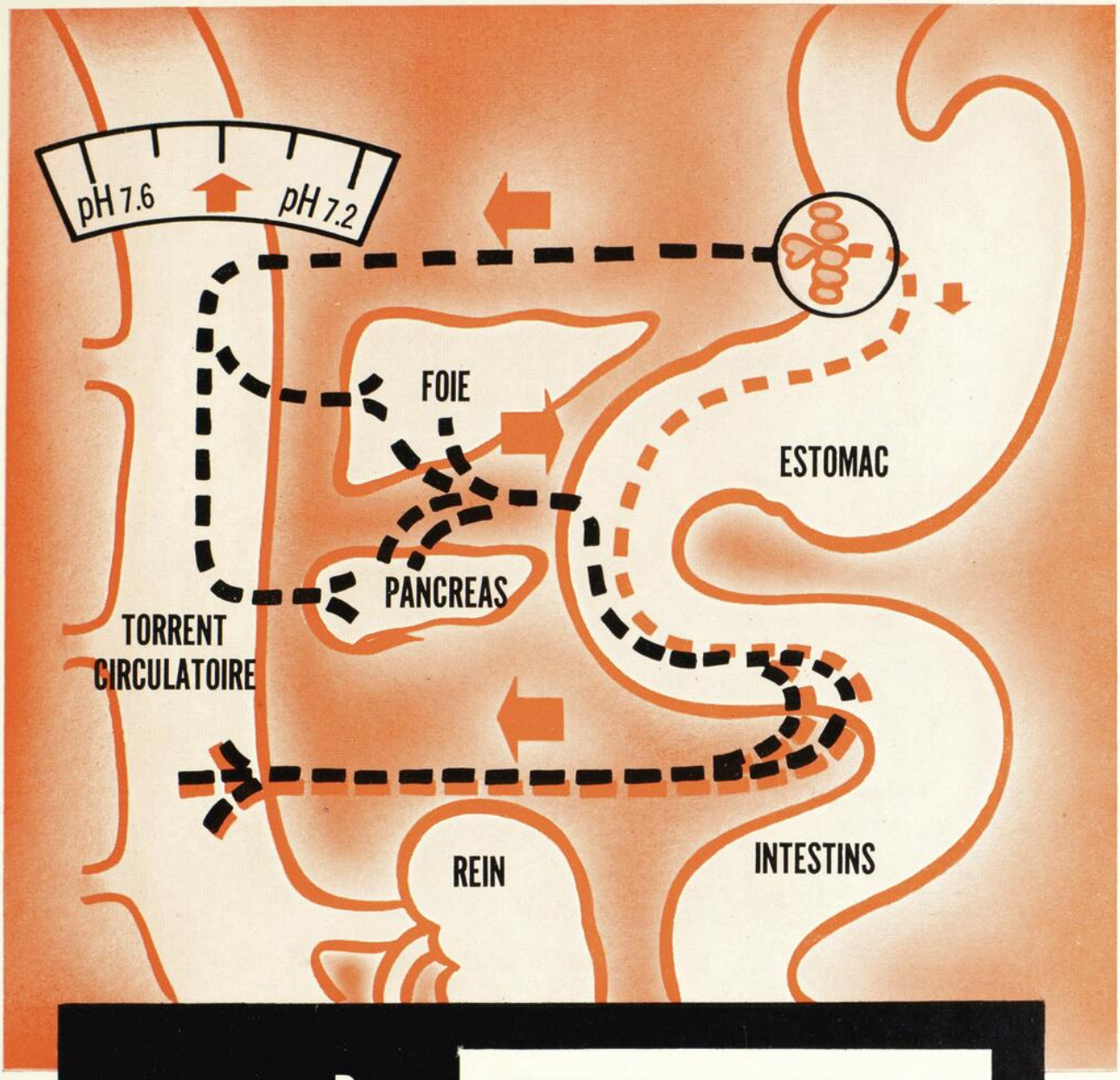
Ampoules dosées à 15 mgr. (600,000 U. I.) de Vitamine D_2 chimiquement pure.

En solution huileuse et en solution alcoolique.

Ampoules buvables et ampoules injectables.



J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal, Agent général pour le Canada.



Dans l'ulcère gastro-duodénal... soulagement sans dérangement

L'AMPHOJEL doit à l'action de son "double gel" de créer dans l'organisme un milieu physiologique propice, où les forces naturelles sont à même de déployer au maximum leurs effets de cicatrisation de l'ulcère gastro-duodénal.

D'une part, le gel anti-acide enraye instantanément la corrosion gastrique; d'autre part, le gel-pansement réalise une protection locale.

Aucune alcalose, aucune hyperchlorhydrie secondaire ne sont à craindre, parce que l'

AMPHOJEL

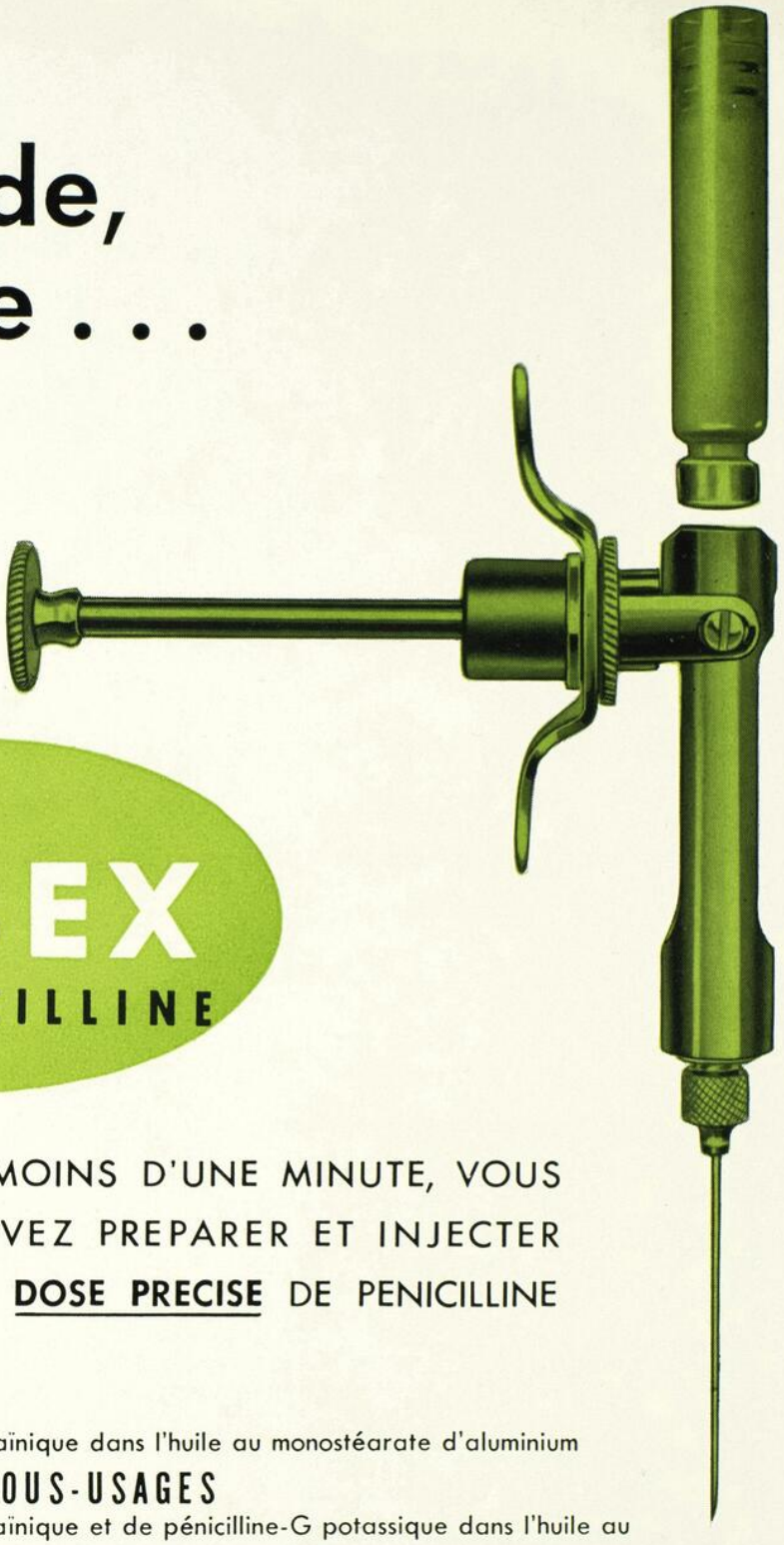
GEL D'HYDRATE D'ALUMINE

respecte l'équilibre acido-basique normal du sang.
Flacon de 12 onces liq.

Wyeth
Marque Déposée

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

Sûr, rapide, facile . . .



TUBEX DE PENICILLINE

EN MOINS D'UNE MINUTE, VOUS POUVEZ PREPARER ET INJECTER UNE **DOSE PRECISE** DE PENICILLINE

TUBEX DE LENTOPEN
300,000 U.I. de pénicilline-G procaïnique dans l'huile au monostéarate d'aluminium

TUBEX DE LENTOPEN TOUS-USAGES
400,000 U.I. de pénicilline-G procaïnique et de pénicilline-G potassique dans l'huile au monostéarate d'aluminium

TUBEX DE SUSPENSION DE WYCILLIN 300
300,000 U.I. de pénicilline-G procaïnique pour injection aqueuse

TUBEX DE SUSPENSION DE WYCILLIN 600
600,000 U.I. de pénicilline-G procaïnique pour injection aqueuse

Egalement disponibles—WYCILLIN SURACTIVEE et WYCILLIN pour injection aqueuse, en fioles de une, cinq et dix doses.

Wyeth
Marque Deposee

DESANXYL

dragées

MÉDICATION RÉGULATRICE DU TONUS VAGO SYMPATHIQUE

d'une efficacité remarquable dans le traitement des

ÉTATS SPASMODIQUES ET ANXIEUX

2 à 6 dragées par jour avant les repas.

ARTICHOBYL

pilules

EXTRAIT ALCOOLIQUE DE FEUILLES D'ARTICHAUT

L'Artichobyl se caractérise par l'extrême douceur de son action. Il n'a pas de contre-indication, et les hépatiques, pourtant si sensibles aux médicaments, peuvent en ingérer des doses élevées sans inconvénient.

4 à 12 par jour, réparties sur la journée.

J. EDDÉ Limitée — MONTRÉAL — Agent général.

ANÉMIES CONVALESCENCES



Agent Général J. EDDÉ Ltée MONTRÉAL

PANCRINOL Ampoules buvables 5 cc.

TONI-PANCRINOL (Elixir, flacon 240 cc.)

La Librairie Beauchemin Limitée

imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,

offre

ses services à tous les

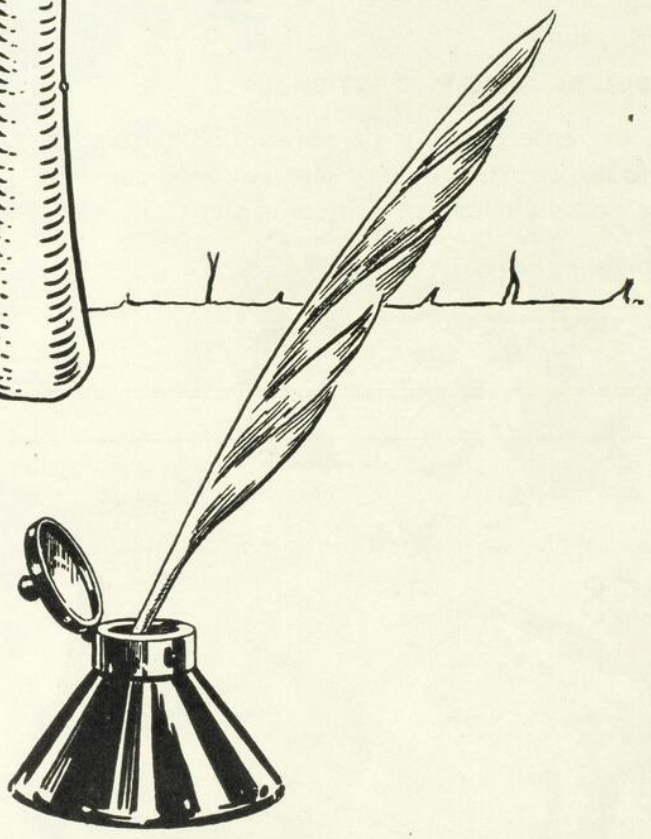
MÉDECINS,

ANNONCEURS

et

LECTEURS

de cette revue pour tous travaux d'impression et de reliure.



- **Son outillage le plus perfectionné,**
- **Son personnel des plus avisés,**
- **Sont garantie de qualité,**
- **A des prix modérés.**

CONFIEZ-NOUS VOS TRAVAUX ET NOUS FERONS EN SORTE DE VOUS DONNER ENTIÈRE SATISFACTION.

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE

LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

426-430, rue ST-GABRIEL **MONTRÉAL** **Tél.: LAncaster 4236**

1. *La Terramycin peut avoir une efficacité considérable alors que d'autres antibiotiques échouent.*

Les résultats cliniques[1,2] rapportés sont "excellents" et "bons" dans:

les pneumonies à pneumocoques et autres bactéries, les infections des voies urinaires par le E. coli, Strept. faecalis, Staph. aureus; le typhus (murin et épidémique), la brucellose à B. melitensis; la maladie du charbon, l'érysipèle, la pharyngite streptococcique, la bactériémie à S. cholerae-suis (var. Kunzendorf), la coqueluche.

Nouvel antibiotique à rayonnement d'action considerable—accepté par le "Council on Pharmacy and Chemistry". Efficace par voie orale—bien toléré

CHLORHYDRATE

Terramycin

FORME CRISTALLINE

2. *La Terramycin peut être bien tolérée alors que d'autres antibiotiques ne le sont pas.*



"la terramycin a été bien tolérée..." dans 93 pour cent des cas dans une série de 81 cas.[3]

1. V. Knight: Communication faite à la section de médecine de la "Medical Society of the State of New York, New York City", 144ème réunion annuelle, le 12 Mai 1950.
2. E. Q. King et al.: J. A. M. A. *143*:1 (Mai 6) 1950.
3. F. D. Hendricks et al.: J. A. M. A. *143*:4 (Mai 6) 1950.

Posologie: 2 à 3 grammes par voie orale à doses fractionnées toutes les 4 ou 6 heures sont conseillés dans les infections aiguës.

Présentation: Capsules à 250 mg., flacons de 16 et de 100;
Capsules à 100 mg., flacons de 25;
Capsules à 50 mg., flacons de 25.

Pfizer

CHAS. PFIZER & CO., INC.
EXPORT DEPT.
81 Maiden Lane, New York 7, N.Y.

Porfirine nouveauté scientifique

Combat la dépression . . . *Restaure l'hématopoïèse . . .*
Normalise le métabolisme . . . *Recalcifie . . .*

INDICATIONS:

Dépressions: intellectuelles, psychiques, physiques, conduisant, toutes, à la déglobulisation, à la déminéralisation — résultante: anémies.

Porfirine

ampoules buvables

COMPOSITION:

Extrait de Foie: à très forte concentration.

Bichlorhydrate d'Hématoporphyrine: dérivée de l'hémoglobine (Processus de récupération cellulaire) régulateur neuro-végétatif.

Hémopeptone: dérivée de la globine, hémopoïétique, riche en acides aminés du sang.

Lévulinate de Calcium: combinaison plus riche en calcium, plus assimilable.

PRESENTATION: Boîtes de 10, 25 et 100 ampoules de 10 cc.

LABORATOIRES JEAN OLIVE

14, rue des Minimes, Paris — 200, rue Vallée, Montréal

Fe

Mn # TRIGLOBINE **Cu**

COMPRIMÉS DYNAMOGÉNIQUES

à base de nouveaux produits biologiques français.

Tonique d'ordre général grâce à l'action synergique de ses composants chimiques et biologiques.

FORMULE

Globinate de Fer	0.05	gm
Globinate de Cuivre	0.01	gm
Globinate de Manganèse	0.01	gm
Hémopeptone	0.05	gm
Inophosphan*	0.10	gm
Hématoporphyrine	0.0015	gm

PRÉSENTATION

Flacons de 100 comprimés
Flacons vrac de 1000 comprimés.

DESCRIPTION

Globinates: combinaison protéido- métallique.

Hémopeptone: dérivée de la globine du sang, riche en acides aminés du sang.

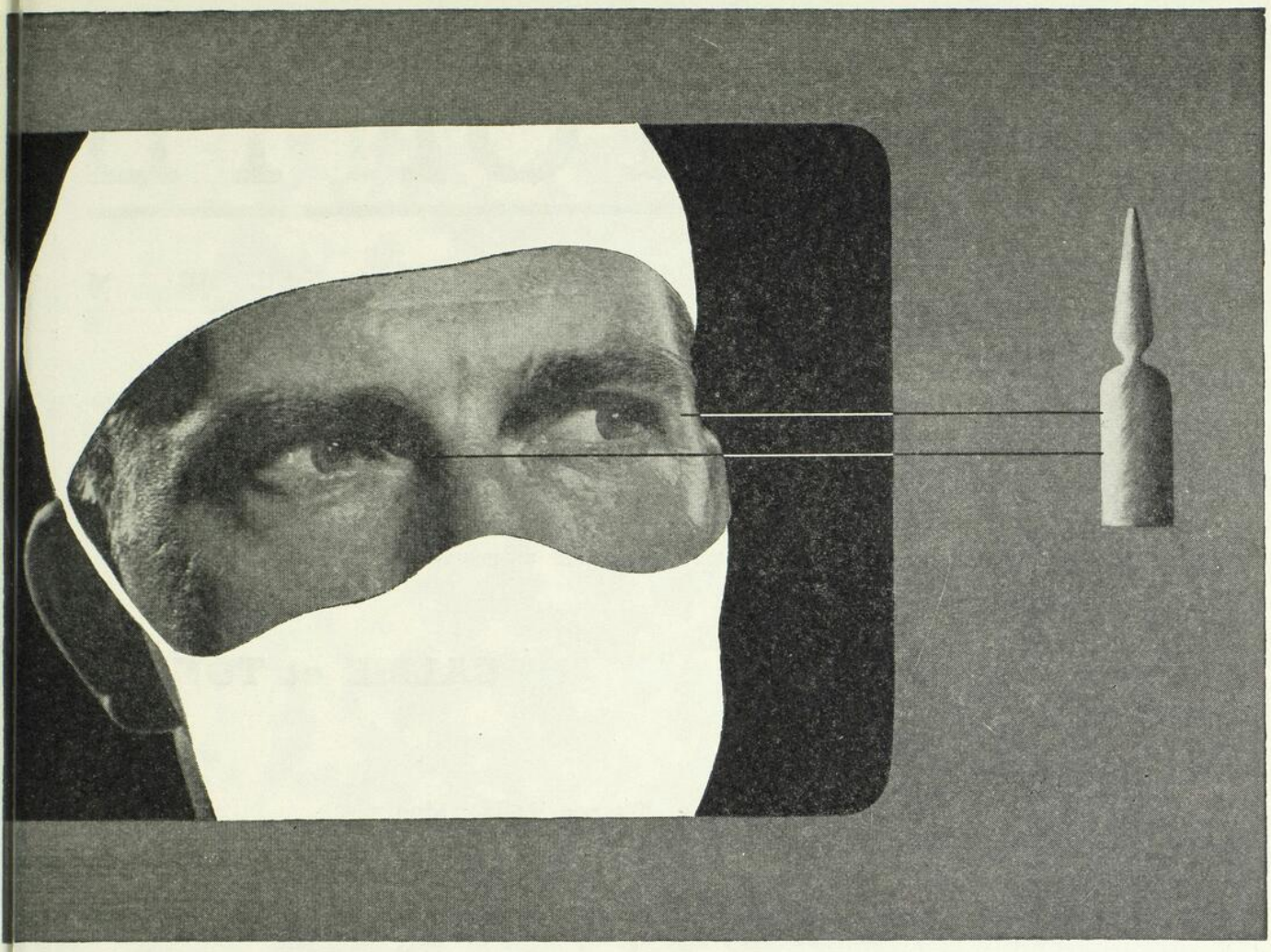
Hématoporphyrine: produit de décomposition de l'hémoglobine, normalise la cellule nerveuse

***Inophosphan:** Inosito-hexaphosphate de calcium et magnésium.

Un nouveau produit des

LABORATOIRES JEAN OLIVE

14, rue des Minimes, Paris — 200, rue Vallée, Montréal



Le chirurgien sait prévoir

La Prostigmine 'Roche' prévient le météorisme et la rétention urinaire après l'intervention chirurgicale. Le chirurgien prévoyant administre la Prostigmine 'Roche' à titre prophylactique et évite au patient les malaises dus aux gaz et au cathétérisme pendant la période post-opératoire. La Prostigmine est couramment employée par les meilleurs chirurgiens et constitue une aide précieuse pour faciliter la convalescence des opérés.

Nous vous enverrons sur demande toutes informations nécessaires à l'emploi de la Prostigmine.

Boîtes de 6 et 50 ampoules de 1 cc.

Prostigmine 'Roche'

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE - - - MONTRÉAL

PASSITONYL

FORMULE
pour 100 grammes:

Thiamine (B_1)	6 mgm.
Riboflavine (B_2)	8 mgm.
Acide nicotinique	72 mgm.
Nucléinate de Manganèse	0.20 gm.
Glycérophosphate de Soude	1.— gm.
Arrhénal	0.14 gm.
Fluorure de Sodium	0.05 gm.
Extrait mou de Passiflore	3.60 gms
Extrait mou de Saule	1.80 gm.
Teinture de Cratoegus	2.70 gms
Teinture de Primevère	0.90 gm.
Excipient q. s. p.	100 gms

Adultes: 1 *cuillerée à dessert avant les repas, midi et soir.*

Enfants: 2 *cuillerées à thé par jour.*

SÉDATIF et TONIQUE NERVIN

Passitonyl est à la fois un tonique et un sédatif du système nerveux destiné à ramener rapidement un équilibre normal. Les éléments toniques de la formule évitent les sensations de lassitude et de dépression que peuvent donner les sédatifs, même légers.

CALME et TONIFIE

Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée, Montréal.

SUPPOSITOIRES
REC.CA

CALCITHÉRAPIE PAR VOIE RECTALE

Utilisation maximum du calcium sous sa forme la plus assimilable, "le lévulinate", rehaussée par l'action fixatrice des autres composants de la formule REC.CA.

Vitamine D	**20,000 U.I.**
Vitamine A	**6,000 U.I.**
Acide ascorbique (vitamine C)	**30mgm.**
Lévulinate de Calcium	**0.60 gm.**
Inosito-hexaphosphate Ca et Mg	**0.15 gm.**

LABORATOIRES JEAN OLIVE

14, rue des Minimes, PARIS 3e **200, rue Vallée, MONTRÉAL, P. Q.**

Pour présenter

le 'Dexamyl'

Combinaison équilibrée de 'Dexedrine' et d'Amytal.

nouvelle préparation extrêmement efficace pour réduire les troubles émotionnels et mentaux.

Dans le 'Dexamyl' les constituants—Dexedrine* et Amytal†—s'allient pour améliorer l'humeur; pour diminuer la tension nerveuse et maîtriser les symptômes gênants des états mentaux et émotionnels.

La 'Dexedrine', à cause de son action anti-asthénique progressive et profonde rétablit la vivacité d'esprit, l'optimisme et supprime l'asthénie.

L'Amytal, par son action sédative, élimine la tension nerveuse, l'angoisse et l'agitation.

Extrêmement utiles en pratique courante, les comprimés de 'Dexamyl' sont obtenus—sur ordonnance seulement—en flacons de 25. Chaque comprimé contient 5 mg. de sulfate de 'Dexedrine' (sulfate de dextro-amphétamine S.K.F.) et 32 mg. d'Amytal (Amobarbital Lilly).

*Marque déposée S.K.F. †Marque déposée Lilly

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 9

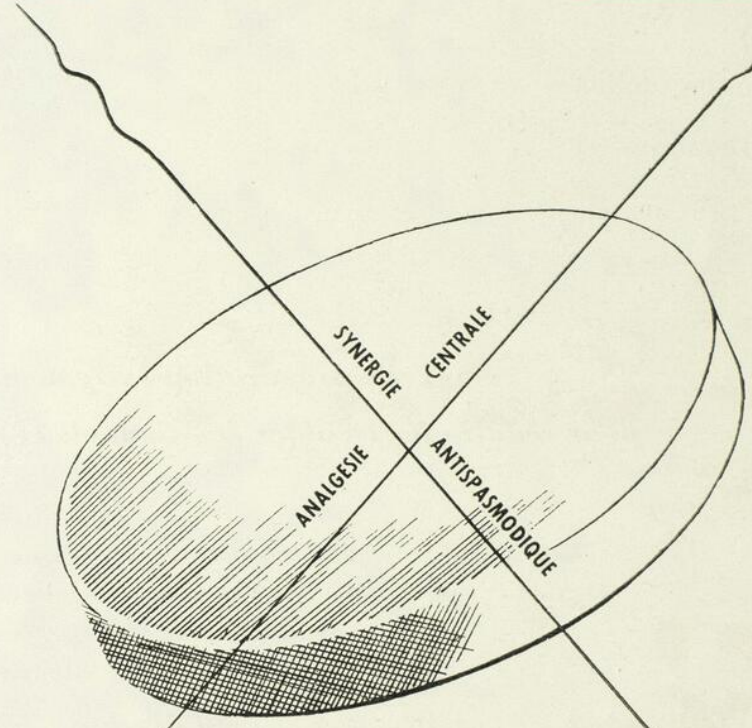
CALME ET APAISEMENT PSYCHIQUE
résultent toujours de l'administration du

NEUROPHEN

le médicament par excellence du

SPASME et de la DOULEUR

NOVATROPINE — AC. ACÉTYLSALICYLIQUE



VITAMINE K — PHÉNOBARBITAL

Novatropine	1 mg.
Phénobarbital	20 mg.
Ac. acétylsalicylique	150 mg.
Ménadione (vit. K.)	0.25 mg.

par comprimé

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



PAINTED BY JAN BALET

Quand tous les chemins mènent aux **aliments** **défendus**



aidez-le *à résister*

Il a besoin d'aide. Refréner continuellement un appétit vorace d'une semaine à l'autre quand les mets défendus sont en pleine vue et à portée de la main est au-dessus des forces de la moyenne des obèses. Beaucoup de médecins s'en rendent compte et sont heureux de pouvoir recourir à l'aide d'un agent anorectique sûr et efficace • Avec le Chlorhydrate de DESOXYNE de petites doses suffisent pour obtenir l'effet cérébral recherché—anorexie, amélioratio de l'humeur, besoin d'activité—sans produire d'effets secondaires indésirables. • U comprimé de 2.5 mg. avant le déjeuner et un autre environ une heure avant le lunch so généralement suffisants. Pour certains patients un troisième comprimé vers les trois heure et demie de l'après-midi est parfois nécessaire. Il n'est pas recommandé d'en prendre après quatre heures, car cela peut occasionner de l'insomnie chez certaines personnes. Avec de petites doses orales on n'a observé aucun effet tenseur • On peut employer des doses plus faibles parce qu'à poids égal le Chlorhydrate de DESOXYNE est plus actif que d'autres amines sympathicomimétiques. La DESOXYNE offre d'autres avantages: il agit plus vite et plus longtemps. A moins que la drogue ne soit contre-indiquée, à petites doses elle est inoffensive. Et avec de petites doses, prises régulièrement, le régime amaigrissant peut être suivi fidèlement pendant bien des semaines. Pourquoi n'essayeriez-vous pas la DESOXYNE?

Abbott

voyez à ce que
sa Rx se lise .....

CHLORHYDRATE DE
Désoxyne
NOM DEPOSE

comprimés • 2.5 mg. et 5 mg.

élixir • 2.5 mg. par drachme fluide

ampoules • 20 mg. par cc.

(Chlorhydrate de Méthamphétamine, Abbott)

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 78:

MM. Albert-Weil (Jean) ; Allard (Eugène) ; Amyot (Roma) ; Archambault (Paul-René) ; Attendu (C.-A.) ; Autoniotti (U.) ; Baillargeon (Bernard) ; Beaulieu (Emile) ; Bédard (O.) ; Béique (Léon) ; Bégin (B.-G.) ; Bélanger (Léonard-F.) ; Bélisle (L.-P.) ; Bellefeuille (Paul de) ; Bertrand (Albert) ; Bertrand (Claude) ; Besançon (L. Justin) ; Blain (Emile) ; Boulanger (Jacques) ; Boulanger (J.-B) ; Bourgeois (Paul) ; Bourque (Jean-Paul) ; Boutin (J.-R.) ; Boyer (F.) ; Brahy (Jules) ; Brault (Jean-Paul) ; Brodeur (Paul) ; Burckel (J.) ; Cabana (J.-Ernest) ; Cazal (P.) ; Charbonneau (Jean) ; Charest (G.) ; Charest (Fernand) ; Charette (H.) ; Charland (Richard-A.) ; Chenevert (Robert) ; Clermont (Moïse) ; Codounis (A.) ; Cornil (Lucien) ; Corriveau (A.-R.) ; Cyr (Donat-Paul) ; Daguet (G.) ; Dambassis (Jean-N.) ; Dargis (Jean) ; David (Paul) ; Derome (L.) ; Desjardins (Edouard) ; Desrochers (Jean-Léon) ; Dontigny (Paul) ; Doré (Réal) ; Dubé (Edmond) ; Dubé (Louis-Félix) ; Dubeau (Marius) ; Dufresne (Origène) ; Dufresne (Roger-R.) ; Dumas (Paul) ; Dupuis (Ronald) ; Forget (Ulysse) ; Fortier (De la Broquerie) ; Fortier (Marcel) ; Gagnon (E.-D.) ; Gagnon (Jacques) ; Gagnon (Roméo) ; Gallie (W. E.) ; Gareau (J.-Roger) ; Gaulin (Eugène) ; Gavardin (Michel Bourgeois) ; Gérin-Lajoie (Léon) ; Gervais (Maurice) ; Giraud (G.) ; Gobeil (L.-J.) ; Grenier (E.-P.) ; Grignon (René) ; Grobon (Pierre) ; Groulx (Adélard) ; Hallé (Jules) ; Handfield (J.-P.) ; Hébert (Auguste) ; Henry (François) ; Jarry (J.-A.) ; Jean (André) ; Johnson (Réginald) ; Julien (P.-E.) ; Jutras (Albert) ; Lafond (Guy) ; Laframboise (Georges) ; Lamoureux (Louis) ; Lamy (Rouville) ; Laperrière (Vincent) ; Lapierre (Jeanne) ; Lapointe (Gaston) ; Larichellière (Raymond) ; Lasalle (G.) ; Latraverse (Valmore) ; Laulan (Robert) ; Laurendeau (Edmond) ; Laurier (Ruben) ; Lauzé (Simon) ; Lauzer (Rosaire) ; Lebeau (René) ; Leclerc (G.) ; Leduc (Gaston) ; Legault (Jean-Paul) ; Léger (Jean-Louis) ; Léger (Lucien) ; Léonard (Claude) ; Lépine (Edgar) ; Lépine (Pierre) ; LeSage (Jean) ; Letienne (René) ; Letondal (Paul) ; Liberson (W. T.) ; Loignon (Gaston) ; Longpré (Daniel) ; Longtin (Madeleine) ; Lortie (Edouard) ; Mantha (Léopold) ; Marceau (Gilles) ; Marchand (J.-C.-A.) ; Marin (Albéric) ; Marion (Donatien) ; Martin (Hon. Paul) ; Massé (Philippe) ; Masson (Gaston) ; Millet (Joseph) ; Mirouze (J.) ; Mondello (Roméo) ; Monfette (C.) ; Newman (E. V.) ; Noël (J.-Ovila) ; Ostiguy (Marcel) ; Panet-Raymond; Panneton (Philippe) ; Paquette (J.-P.) ; Paradis (Bernard) ; Pilon (J.-Louis) ; Pinsonneault (G.) ; Plichet (A.) ; Poirier (Paul) ; Pothier (André) ; Potvin (Edmond) ; Pouliot (Antoine) ; Prud'homme (Jean) ; Ricard (Hector) ; Ricard (P.-M.) ; Rinfret (Lucien) ; Robillard (Eugène) ; Robillard (Rosaire) ; Rossignol (J.-C.) ; Roy (François) ; Saint-Martin (M.) ; Saucier (Jean) ; Séguin (Fernand) ; Simard (J.-Emile) ; Smith (Henri) ; Smith (Pierre) ; Stahl (A.) ; Tormey (Léonard L.) ; Tremblay (Gérard-O.) ; Trudel (Hermile) ; Turcot (Jacques) ; Turcot (Roland) ; Turcotte (Maurice) ; Vaillancourt (De Guise) ; Valin (R.-E.) ; Vézina (Norbert).

... L'Association internationale des médecins de langue française de l'Amérique du Nord a été comme le couronnement de ce mouvement d'organisation professionnelle dont le point de départ avait été marqué par un réveil de l'esprit du progrès scientifique et du sentiment de la solidarité nationale, parmi tous les médecins canadiens-français de la province de Québec.

Ce mouvement avait déjà eu pour préliminaires la fondation de sociétés d'études médicales dans les deux principaux centres de la population française au Canada: dans la ville de Québec, siège de la première université française en Amérique, et dans la ville de Montréal, la métropole commerciale, qui, à côté de l'université anglaise la plus renommée du pays, possède une succursale également florissante de cette même Université Laval de Québec.

... Ce premier ralliement dans les sociétés d'études n'avait pas manqué de faire ressortir davantage, pour les médecins français, le besoin de nouvelles revues médicales, publiées dans leur langue, lesquelles, tout en servant d'organe à ces sociétés, pour promouvoir les intérêts de la science, pourraient offrir aux praticiens, disséminés au milieu des populations hétérogènes, des moyens plus faciles d'échanger leurs vues, de s'attacher au culte des mêmes traditions, et de rendre plus étroits les liens de la solidarité sur le terrain des intérêts professionnels comme sur celui de la haute éducation.

Il ne sera pas inopportun de rappeler, ici, que les seules associations scientifiques offertes aux médecins de notre origine, jusqu'à ces dernières années, se recrutaient presque exclusivement parmi les médecins de langue anglaise. Toutefois, quelle que soit la valeur que l'on ne saurait s'empêcher de reconnaître à ces associations, il n'en est pas moins vrai de dire que la différence de langue établit, pour la minorité, une condition peu favorable pour tirer profit des délibérations de ces assemblées, et cette condition impose nécessairement, au plus grand nombre, une gêne et une contrainte propres à diminuer pour les praticiens l'attrait et l'intérêt pratique, principaux stimulants du goût pour les études et les travaux scientifiques.

Telle est la raison la plus plausible par laquelle on peut expliquer l'abstraction des nôtres et le rôle effacé qu'ils ont joué jusqu'ici dans les associations scientifiques de notre jeune pays. Et c'est précisément cette même condition qui avait servi à faire germer dès longtemps dans l'esprit d'un grand nombre, l'idée de fonder, pour le profit des médecins d'origine française sur ce continent, des associations distinctes, mieux adaptées à leur état d'esprit et à leur éducation, ayant leur caractère propre, et dans lesquelles rien n'entraverait la libre expansion du savoir et du talent...

D. BROCHU — 1902.

BULLETIN

À L'HORIZON, DU NOUVEAU

Le recteur de l'Université de Montréal, Monseigneur Olivier Maurault, vient de faire part au grand public des décisions prises récemment par le Conseil des Gouverneurs. Nous reproduisons au chapitre: « Nouvelles », la liste des membres de ce Conseil et celle de ceux qui ont été appelés à faire partie de l'Exécutif et de la Commission des Etudes.

Parmi les nombreux élus, il en est deux qui retiennent particulièrement notre attention: le docteur Donatien Marion et le docteur Wilbrod Bonin. Le docteur Donatien Marion, gouverneur, fait partie de l'Exécutif universitaire et le docteur Wilbrod Bonin a été nommé directeur des études à la Faculté de Médecine, et vice-doyen. Ces deux nominations sont d'heureux augure et laissent entrevoir un avenir fructueux pour l'enseignement médical.

La Faculté aura un interprète compréhensif à l'Exécutif et le budget, jusqu'ici d'une minceur toute monacale, trouvera en notre collègue Marion un défenseur généreux et bon pourvoyeur.

Les générations qui poussent méritent un sort meilleur que celui que les circonstances ont infligé à leurs aînés. Personne n'ignore plus les discussions acerbes que déclenchait, en certains milieux, le budget médical contre qui tous en avaient, parce que plus compliqué, plus vaste et partant plus exigeant.

La nomination d'un directeur des études est la réalisation tant attendue. Recommandée par les enquêteurs officiels, souhaitée par le corps professoral, elle arrive à souhait, même si elle est tardive.

Le choix d'un professeur de carrière est imposé par la charte. Pour une Faculté comme la nôtre, numériquement pauvre en professeurs de carrière, la permutation du professeur d'histologie à la direction des études et au vice-décanat peut sembler de prime abord

une perte irréparable, s'il abandonne sa chaire; ceux qui connaissent l'activité débordante du nouveau titulaire et sa capacité de travail savent qu'il se donnera corps et âme à sa tâche. Le dévouement du professeur Wilbrod Bonin à la cause universitaire est connu de tous; il l'a, dans le passé, poussé à accepter une tâche ingrate, qu'il savait utile.

Le professeur Bonin est dans l'enseignement depuis son entrée dans le corps médical. C'est dire qu'il en connaît les heurs et malheurs, les joies et les peines, les vicissitudes et la grandeur. Il sait que le magistère médical est une vocation et que la reconnaissance des disciples en est, le plus souvent, la seule et maigre récompense.

Les professeurs d'avant la Nouvelle Charte ont offert le meilleur d'eux-mêmes; ils ont travaillé avec des instruments rudimentaires; le plus souvent sans rémunération adéquate.

La profession médicale voit d'un œil favorable l'essor imprimé à la Faculté par ces nominations récentes; ce qui présage une orientation compréhensive, appuyée sur un budget décent.

L'Union Médicale du Canada est heureuse de signaler en tête de livraison l'événement nouveau. Elle offre ses félicitations aux élus et les assurent de sa plus entière collaboration.

Edouard DESJARDINS.

LE XXème CONGRÈS

D'ores et déjà, nous présentons aux nombreux congressistes attendus en fin de septembre prochain un aperçu des multiples travaux déjà inscrits au programme scientifique.

L'Exécutif a édifié ce programme en tenant compte des suggestions écrites et verbales des praticiens de la campagne et de la ville, des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux, et des professeurs d'universités.

De ce fait, il offre un caractère à la fois scientifique et de vulgarisation, de documentation particulière et d'intérêt général.

Nous sommes heureux d'annoncer la venue d'un certain nombre de délégués et de rapporteurs français à l'occasion du Congrès.

Nous nous permettons de citer les noms de quelques-uns d'entre eux sans pouvoir encore dans tous les cas mentionner les titres des travaux qu'ils présenteront éventuellement lors de leur passage parmi nous.

Pierre SMITH,
Secrétaire du Congrès.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE PRÉLIMINAIRE

des séances générales du XXème Congrès des Médecins de Langue Française du Canada, les 25, 26, 27 et 28 septembre 1950, à l'Hôtel Mont-Royal.

Mardi, 26 septembre 1950

Avant-midi

Traitement des tumeurs de la parotide.
par le Professeur Henri Redon, de la Faculté de Paris.

Tuberculose pulmonaire et goitre toxique.

Thoracoplastie extrapleurale avec apicolyse et économie de la première côte.

Nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement de la syphilis.

Médecine psycho-somatique et le praticien.

Radiographie d'urgence dans les lésions aiguës de l'abdomen.

Electrocardiogramme et le praticien.

Le déclin de la typhoïde au Canada résulte-t-il de la vaccination?
par le Professeur Robert Rendu.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

L'anesthésie et l'analgésie en obstétrique.
L'emploi rationnel du forceps et de l'extrait hypophysaire en obstétrique.
Le Rh en obstétrique.
Absence congénitale du vagin; opération. (Avec film)

* * *

Après-midi

RHUMATISME, ARTHRITES, ALGIES

Diagnostic différentiel des algies de l'appareil locomoteur.
Diagnostic différentiel des algies.
Les algies du membre supérieur.
Algies lombo-sacrées.
Traitement médical des arthrites.
Arthrite et rhumatisme — Traitement chirurgical.
L'adaptation et les maladies de l'adaptation avec applications récentes de la Cortisone et de l'ACTH,
par le Professeur Hans Selye.
Les indications cliniques actuelles de l'ACTH et de la Cortisone.

* * *

Soir

L'hôpital de la Marine et des Emigrants, à Québec. (Avec projections)
Eléphantiasis du membre inférieur; correction plastique.
(Avec transparents)
Réhabilitation médicale et sociale des paraplégiques. (Film)

Mercredi, 27 septembre 1950

Avant-midi

SYMPOSIUM SUR LES ANTIBIOTIQUES EN TUBERCULOSE

Tuberculose osseuse fistulisée et streptomycine.
Tuberculose endo-bronchique et streptomycine.
P. A. S. (acide paraminosalicylique) en tuberculose pulmonaire.
Streptomycine en tuberculose pulmonaire. Indications, posologie.
Résistance à la streptomycine en tuberculose pulmonaire.
Streptomycine et méningite tuberculeuse.
Le traitement de la tuberculose humaine par l'antigène méthylique et la streptomycine — Point de vue expérimental et clinique.
Par le docteur Léopold Nègre, de l'Institut Pasteur de Paris.

Discussion.

* * *

Après-midi

SYMPOSIUM SUR LES ANTIBIOTIQUES DANS LES AFFECTIONS GÉNÉRALES

Pénicilline et antibiotiques récents. Indications thérapeutiques générales, posologie.

Applications médicales non tuberculeuses de la streptomycine.

Chloromycétine et auréomycine. Indications, thérapeutique générale, posologie.

Discussion finale sur l'emploi des antibiotiques.

Communication par le Professeur Raoul Kourilsky, de la Faculté de Médecine de Paris.

* * *

Soir

Séance générale d'économie médicale:

« La santé publique: rôle prépondérant du médecin praticien. »
(Exposés — discussion)

Jeudi, 28 septembre 1950

Avant-midi

« Ce que le praticien doit savoir. »:

EN NEURO-CHIRURGIE

Les compressions intra-craniennes.
L'épilepsie chirurgicale.
La chirurgie de la douleur (hernies discales et système sympathique).
Les malformations congénitales (hydrocéphalie, méningocèles).
Discussion.

EN UROLOGIE

Les traumatismes.
Les tumeurs.
Les infections rénales et vésicales.
Les urétro-prostatites.
Discussion.

EN PÉDIATRIE

Le syndrome de l'enfant qui se tient mal :
au point de vue orthopédique,
au point de vue médical.

Discussion.

Après-midi

SYMPOSIUM SUR L'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL

L'ulcère gastro-duodénal: diagnostic.
L'ulcère gastro-duodénal: traitement médical.
L'ulcère gastro-duodénal: traitement chirurgical.

SYMPOSIUM SUR LES AFFECTIONS DU CHOLÉDOQUE

Le syndrome médical du cholédoque.
L'exploration radiologique du cholédoque.
La chirurgie du cholédoque.
L'aide de l'histologie biopsique dans le diagnostic des maladies du foie.

Par le Prof. L.-Justin Besançon et le docteur S. Lamotte-Barrillon.

LE XXe CONGRÈS ET LE PROGRAMME DES SPÉCIALITÉS

L'organisation du programme scientifique du XXème Congrès est presque terminée; comme on vous a déjà exposé une vue d'ensemble substantielle sur les séances plénières, il me reste donc le plaisir de vous élaborer plus longuement le programme des spécialités.

Ces séances d'études se tiendront dans des salles destinées à cette fin et auront lieu en même temps que les séances plénières. Les auditeurs auront le plaisir d'entendre des conférenciers de réputation reconnue sur des sujets très variés, de grande actualité, exposant les dernières données scientifiques et présentant un intérêt tout à fait particulier pour le médecin de pratique générale.

Grâce à la collaboration de l'exécutif de différentes sociétés spécialisées, je puis maintenant exposer les sujets qu'on nous a fait jusqu'à présent parvenir. Les autres seront publiés ultérieurement.

SECTION D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE PRÉVENTIVE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

1.—Nouvelle règlementation des maladies contagieuses.
2.—Le dépistage des porteurs de germes typhiques par le séro-diagnostic Vi.
3.—Le Nursing des contagieux à la maison.
4.—Le Nursing des contagieux à l'hôpital.
5.—Les antibiotiques et les sérums dans les maladies contagieuses.
6.—L'énergie nucléaire vis-à-vis la médecine.
7.—Responsabilités du médecin-hygiéniste local.
8.—L'organisation médicale sociale devant la maladie.
9.—Les règles alimentaires au Canada.
10.—Surveillance de la production et de la manutention du lait à Montréal.
11.—Contrôle des maladies animales transmissibles à l'homme.

12.—Contrôle bactériologique et chimique du lait.
13.—Pasteurisation du lait.
14.—Les problèmes administratifs du Nursing dans une organisation.
15.—Les problèmes de l'infirmière rurale.
16.—Les problèmes que comportent l'éducation et l'entraînement du personnel.
17.—Les problèmes rencontrés dans les relations entre organisations.
18.—Les problèmes de l'infirmière industrielle.

SECTION D'ANESTHÉSIE

1.—La théorie des deux perpendiculaires pour l'infiltration du plexus brachial.
2.—Anesthésie en pédiatrie.
3.—Infiltration du plexus honteux en urologie.
4.—Séquelles nerveuses après anesthésie rachidienne.
5.—Physiologie cardio-respiratoire.

* * *

1.—Anesthésie en oto-rhino-laryngologie.
2.—Organisation d'un service d'anesthésie.
3.—Substituts du sang.
4.—Le curare en obstétrique.
5.—*Discussion.*

* * *

SECTION DE RADIOLOGIE

1.—Radiographie d'urgence dans les traumatismes de l'abdomen.
2.—Physiothérapie de la douleur.
3.—A propos de hernie diaphragmatique.
4.—La rœntgenthérapie dans les affections inflammatoires aiguës.
5.—Indications et résultats pratiques de la myélographie opaque.
6.—Etude radio-clinique des masses abdomino-pelviennes extra-alimentaires.
7.—La radiothérapie dans l'hypertrophie de la prostate.
8.—Le cancer de la langue.
9.—Considérations sur la pyélographie intraveineuse dans la pratique médicale.
10.—Signes radiologiques de la primo-infection tuberculeuse.

* * *

SECTION DE PÉDIATRIE

Quoi de nouveau en pédiatrie?

1.—Rapport du Congrès international de pédiatrie tenu à Zurich, le 23 juillet dernier.
2.—Médications nouvelles dans les maladies infectieuses.
3.—Neuropsychiatrie infantile française.
4.—Neuropsychiatrie infantile américaine.
5.—Atténuation de la rougeole.

* * *

SECTION D'OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Présentation de malades.

Séances opératoires dans les hôpitaux.

1.—Pénicilline et phlegmon du cou.
2.—Le glaucome et la responsabilité du traitement.
3.—Le traitement chirurgical de la surdité.
4.—Corps étrangers intra-oculaires: localisation et voies d'extraction.
5.—Un cas de rhinophyma opéré.
6.—Pathologie oculaire et éclairage moderne.

* * *

Voilà autant de questions mises à l'étude qui sauront intéresser tous les membres de profession médicale et il y aura nombre d'autres travaux de pratique courante susceptibles de retenir tout particulièrement l'attention du praticien.

J.-Louis PILON,

Secrétaire adjoint du Congrès.

XXe CONGRÈS DE L'A. M. L. F. C.

les 25, 26, 27 et 28 septembre 1950

PROGRAMME DES DAMES

Lors du vingtième congrès de l'Association, le comité des dames invite toutes les épouses des médecins à accompagner leur mari à Montréal en septembre prochain. Ce comité se compose de Mesdames Donatien Marion et J.-Avila Vidal, présidentes, de Madame Pierre Smith, vice-présidente, de Mesdames Hermile Trudel et Jean-Louis Pilon, secrétaires et de Mademoiselle Thérèse Vidal, trésorière, qui ont préparé un programme varié qui ne peut manquer de plaire à tous les goûts.

Voici les événements sociaux où les dames sont conviées en compagnie de leur mari: l'ouverture officielle du Congrès, lundi soir à neuf heures; la réception de la maison de produits pharmaceutiques Frosst, le mardi à cinq heures et trente; la séance du mardi soir où le docteur Sylvio Leblond, de Québec, parlera de l' « Hôpital de la Marine et des Emigrants, à Québec » (avec projections), le docteur Gérard Hébert, de Montréal, traitera de « l'éléphantiasis du membre inférieur » (avec transparents), et le docteur Gustave Gingras, de l'hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue, abordera le sujet de la « réhabilitation médicale et sociale des paraplégiques » (avec film intéressant); la réception, généreusement offerte par l'Hôtel-de-Ville de Montréal, au Chalet de la Montagne, mercredi à cinq heures et trente; et le banquet de clôture du Congrès, jeudi, à sept heures et trente.

De plus, au moment où les congressistes seront occupés aux séances scientifiques, leurs épouses pourront faire la visite de l'Université de Montréal, assister à une parade de modes gracieusement offerte par la Maison Dupuis Frères, avoir le privilège, et plusieurs pour la première fois, de voir les studios de la Compagnie Renaissance-Films, à la Côte-des-Neiges, ou le Jardin botanique de Mont-

réal. Jeudi, les dames seront les hôtes des Révérendes Sœurs de la Providence, à l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville, où le dévoué président du congrès, le docteur J.-A. Vidal, dépense une grande partie de ses activités. Les religieuses recevront, à midi, à un buffet froid qui sera ensuite suivi de la visite de cette grande institution moderne.

Et à côté de ce programme assez complet, il restera suffisamment de temps à nos compagnes qui voudront visiter les grands magasins et en profiter pour faire des emplettes.

Chers confrères, nous vous saurions gré de communiquer cette nouvelle à votre aimable compagne et de la tenir au courant de cet événement qui a été élaboré à son intention.

La direction.

MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉHABILITATION

Gustave GINGRAS et **Maurice MONGEAU**,
Service de Physiatrie, hôpital des Anciens Combattants (Montréal).

« La réhabilitation comprend toute la gamme des traitements donnés à l'infirme depuis le moment de son accident jusqu'au jour où son état physique est entièrement rétabli ou du moins le plus voisin possible de la normale. » Cette définition extraite du *Report of the Inter Departmental Committee on Rehabilitation of Injured Persons in England* est trop restreinte, et il semble qu'un concept plus élaboré devrait être appliqué au terme « Réhabilitation ».

Une autre définition est celle du rapport Baruch: « Le but de la réhabilitation est d'obtenir un maximum de fonction et d'ajustement chez l'individu et de le préparer physiquement, psychiquement et socialement à un niveau d'existence correspondant à ses capacités. » Devers ajoute: « Le but ultime de la réhabilitation est d'assurer un maximum de fonction et d'ajustement chez l'individu de telle sorte qu'il puisse être rétabli dans une situation en rapport avec ses capacités et ses incapacités. Il appert que cette conception de la réhabilitation n'embrasse pas seulement un groupe particulier, mais bien tous les handicapés, que l'infirmité soit d'origine traumatique ou pathologique, ou qu'elle soit congénitale ou acquise. » Il semble logique d'analyser ces définitions et de revoir les diverses étapes de la réhabilitation physique, psychique et sociale, en soulignant les facteurs responsables du retard apporté dans l'emploi de méthodes qui ont fait leurs preuves ailleurs.

Depuis le début de la dernière Grande Guerre, la physiatrie s'est rendue responsable de la troisième phase de la médecine, c'est-à-dire de la phase de restauration du malade ou du blessé.

A la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une intervention chirurgicale, on a fait jusqu'à date bien peu de chose en vue de rendre l'individu apte à reprendre un travail utile et rémunérateur. Aussitôt les plâtres ou les sutures enlevés ou encore après la dernière dose de médicament, on s'empresse de licencier le malade avec l'étiquette: guéri ou amélioré. La grande majorité des médecins et des chirurgiens semblent parfaitement satisfaits à condition que l'opération ait réussi; que la fracture ait été bien réduite; qu'il n'y ait pas de complications et que les médicaments aient été ingurgités. Même étiqueté « guéri », le malade, à sa sortie de l'hôpital, doit invariablement vivre une phase de moindre résistance. Une longue immobilisation plâtrée entraîne un processus d'amyotrophie plus ou moins important et il semble bien que chez le malade longtemps alité, quel que soit le diagnostic, il se produit de profondes modifications du métabolisme et du psychisme.

La médecine physique ouvre la voie à la phase de restauration. Ainsi le physiatre est souvent consulté au cours de la phase aiguë d'une affection ou lorsqu'il s'agit de préparer le malade en vue de futures interventions. En médecine préventive, il devance ou corrige les attitudes vicieuses de l'enfant et de l'adolescent.

Le physiatre préside fréquemment aux traitements pré-opératoires : le massage et l'hydrothérapie qui précèdent souvent les greffes cutanées, la calisthénie pré-opératoire du disque intervertébral, l'actinothérapie, les infra-rouges et les bains salins, une trilogie sans égale dans le traitement pré-opératoire des plaies atones. Chez les poliomyélitiques, la chirurgie orthopédique intervient rarement avant une phase préliminaire, souvent très longue, au cours de laquelle le malade est confié au physiatre. Par ailleurs, à la suite de traitements médicaux ou chirurgicaux, certains cas relèvent presqu'entièrement du domaine de la physiatrie: la paralysie cérébrale, la sclérose en plaque, l'hémiplégie, les para-

plégies post-traumatiques, les désordres du langage, etc., etc. On consulte également au sujet de cicatrices adhérentes ou vicieuses, à la suite de brûlures ou de traumatismes; l'orthopédiste réclame la mobilisation des articulations; le neuro-chirurgien et le neurologiste réclament l'électrothérapie diagnostique ou thérapeutique dans certaines affections du système nerveux. Récemment et de plus en plus on recourt au physiatre en rhumatologie et en arthrologie. On a démontré aussi le champ d'action de la physiatrie en gériatrie par le truchement de l' « Occupational Therapy ». On constate en effet un minimum de détérioration et une diminution notable des infractions à discipliner dans les institutions où l'on a soin d'intéresser et d'occuper le vieillard.

Depuis la guerre, un champ plus vaste encore s'est offert au physiatre; non seulement il s'emploie à améliorer l'état physique de son patient mais encore il se doit de coordonner toutes les activités qui ont pour but de faciliter son retour à une vie normale.

Il est très fréquent qu'au cours d'une longue maladie, le psychisme subisse de lourds assauts. En effet, pouvons-nous trouver un individu qui, admis à l'hôpital ou au sanatorium, ne laisse derrière lui une légion de problèmes familiaux ou financiers non résolus. Combien de malades peuvent se soumettre à une longue cure ou à un programme intense de rééducation physique et sociale et surtout offrir une entière collaboration s'ils doivent demeurer continuellement dans un état d'inquiétude et d'angoisse? Combien d'hôpitaux peuvent se vanter de mettre, à la disposition de leurs malades, un personnel capable d'aider à résoudre les questions financières, d'interpréter les multiples rouages de l'assurance-maladie, des Commissions des accidents du travail et suffisamment compétent pour établir le bilan familial?

Il semble que le service de physiatrie à qui l'on confie habituellement le malade après la phase aiguë est vraisemblablement le plus apte à guider ce malade et à lui assurer une réadaptation maximum dans la société. Il semble encore que le physiatre assisté d'un groupe d'habiles collaborateurs est en quelque sorte désigné pour diriger les diverses phases de la réhabilitation.

La physiothérapie, un moyen purement physique, constitue un excellent apport destiné à relever le moral du patient, surtout de l'infirme. On devrait toujours établir un horaire exact des activités physiques du patient. Ainsi ce dernier doit prendre sa part de responsabilité en se pliant à une discipline journalière.

L' « Occupational Therapy » offre deux aspects en réhabilitation; l'un purement récréatif, l'autre thérapeutique. L' « Occupational Therapy » proprement dite est une transposition de la physiothérapie mais où l'activité physique est concentrée sur le membre ou la fonction lésé et prescrite dans le but d'obtenir une restauration maximum du membre ou de la fonction. L' « Occupational Therapy » est, au sens large, toute stimulation mentale ou physique contribuant à la guérison du malade. Ces méthodes embrassent même certaines activités sportives ou intellectuelles, particulièrement indiquées dans les affections du psychisme. Les possibilités et la valeur d'un tel service sont malheureusement ignorées en maints endroits.

Différentes autres formes de traitements sont maintenant reconnues comme facteurs essentiels. Ainsi l'éducation constitue un élément de haute valeur chez les patients destinés à une longue hospitalisation et en particulier chez les invalides. Dans un domaine différent, l' « Occupational Therapy » utilise tout ce qui peut augmenter les connaissances manuelles du patient en vue de le préparer à un emploi.

Le réajustement social de l'handicapé est sans aucun doute l'un des plus importants et difficiles problèmes qui se présentent. L'handicapé doit souvent faire face à de nombreux embarras lors de son congé :

1. Un complexe d'infériorité surtout s'il y a difformité physique.
2. Un sentiment d'être rejeté par la société ou sa famille.
3. L'insécurité financière.

Le patient, le plus tôt possible après son admission, doit être interviewé par les membres du service social médical. Les premières interviews, si elles peuvent avoir lieu au cours de la phase aiguë, ont pour but de faire la connaissance du patient, d'esquisser les fonctions du personnel chargé de la réhabilitation et d'expliquer le rôle des différents départements. En même temps, le malade a l'occasion de révéler ses besoins immédiats, ses embarras et les problèmes qui peuvent être éclaircis. Ces entrevues se montrent d'une très grande valeur pour gagner la confiance du patient et le préparent à s'adapter à son nouvel état. Inutile de dire que le bilan familial est établi; les activités du patient au sein de la communauté, l'état financier sont aussi connus et, en peu de temps, le groupe chargé de la réhabilitation connaît avec exactitude tous les facteurs nécessaires à un plan d'avenir. Ainsi le patient et sa famille sont assurés que le programme vise à l'intérêt général et au bien-être et non seulement à l'aspect physique. Ce travail se poursuit pendant toute la durée de l'hospitalisation et surtout une fois le pronostic définitivement établi.

Un patient devra-t-il utiliser une prothèse? En temps opportun on lui en parlera avec tact et, après lui en avoir fait comprendre l'utilité, il est relativement aisé de lui en faire reconnaître la nécessité. On ne doit jamais lui cacher non plus la durée de l'hospitalisation, ni le degré d'amélioration à espérer. Il existe bien peu de malades qui, dans leur for intérieur, sont prêts à accepter une incapacité permanente ou une limitation de leurs activités antérieures. Aussi l'ajustement doit-il être parfait et marcher de pair avec les progrès du patient tant au point de vue physique que psychique.

Bien que la plupart des procédés que nous avons énumérés, sauf les interviews du service social à domicile, soient dirigés au sein même de l'institution, un contact direct doit s'établir entre le patient, le groupe de réhabilitation et le futur employeur. Il est du domaine de l'officier de réhabilitation qui, connaissant le degré d'incapacité du patient, devient familier avec les facilités d'emploi et de placement. Il peut prévoir, juger et surmonter les obstacles que l'handicapé rencontre sur sa route. Connaissant le degré d'incapacité physique, la famille et l'éducation de son protégé, l'officier de réhabilitation est tout désigné pour trouver des situations adéquates.

Il est de toute importance que toutes les phases de la réhabilitation empruntent une même ligne de conduite et soient coordonnées par le physiatre et ses collaborateurs : le physiothérapiste, l'« Occupational Therapist », les assistants du service social médical, les officiers de l'éducation, du bien-être et de la réhabilitation.

La plus grande lacune contre laquelle bute présentement le physiatre et ses assistants est sans aucun doute le long intervalle qui existe invariablement entre la phase aiguë du traitement et le moment où débute la réhabilitation. Les malades ont passé par une longue phase d'inactivité et souvent ont atteint un état d'ennui, de découragement ou d'inertie qui rend la tâche extrêmement ardue. Ceci ne tient pas compte des dégâts physiques causés par une inactivité complète.

La solution de ce problème n'est pas aisée, mais il semble qu'on pourrait prendre certaines mesures destinées à le simplifier. Dans la plupart des hôpitaux, le patient reçoit une surveillance médicale et chirurgicale excellente. Là cependant s'arrête l'efficacité des services. En effet, en aucun temps après l'admission ou au cours de l'hospitalisation, le patient n'est entretenu de ses projets d'avenir et de son retour possible au travail.

Les hôpitaux généraux et les sanatoriums ont besoin non seulement d'un service de médecine physique, mais d'un service de médecine physique et de réhabilitation. Il ne faut pas s'attendre à ce que toutes les phases de la réhabilitation soient complétées dans ces institutions, mais au moins les patients dont l'hospitalisation est courte, pourraient être traités sur place alors que ceux dont l'état devient chronique ou statique seraient préparés pour les centres spécialisés.

A la suite de la réalisation d'un tel projet, les patients ne seraient pas référés aux centres de réhabilitation, porteurs de difformités et dans un état psychique qui aurait pu être prévenu par l'application des procédés de réhabilitation adéquats.

La pauvreté de l'éducation chez de nombreux clients rend souvent l'institution d'un programme de réhabilitation très complexe. Un fait reconnu est celui que la grande majorité d'infirmités post-traumatiques graves proviennent de l'industrie lourde et l'éducation de ce groupe est très limitée: la moyenne s'établissant à une troisième ou quatrième année d'école primaire.

Sans doute, il est idéal de renvoyer le travailleur blessé à son ancienne occupation. Mais il est impossible à un mineur devenu aveugle de reprendre son emploi, de même ne peut retourner à l'aciérie, celui qui a perdu les deux jambes. Le groupe de la réhabilitation a donc la responsabilité de préparer le patient en vue d'une nouvelle occupation, aussi semblable que possible à sa situation antérieure. Le manque d'éducation basale est certes l'un des plus grands obstacles de la réhabilitation.

La situation financière crée aussi de grandes difficultés. Chacun sait que l'ouvrier invalide ne peut en aucune circonstance gagner pour suppléer aux besoins de sa famille.

L'infirme peut occuper un emploi utile et rémunérateur et devenir un citoyen utile. De même n'est-il pas fort avantageux pour la société de voir l'un de ses membres, même handicapé, qui tente de s'assurer et d'assurer aux siens un meilleur rang social plutôt que de croupir dans l'oisiveté et de vivre de la charité publique.

Un autre problème vital demeure. Comment l'individu devenu infirme peut-il éduquer ses enfants en vue d'en faire des citoyens responsables, s'il se croit incapable de travailler par crainte de perdre ou de voir s'amoindrir la pension qu'on lui sert? Une fois l'incapacité permanente déclarée et établie médicalement, la pension accordée pour une telle incapacité devrait demeurer immuable même si le blessé s'adonne à quelque emploi, en vue d'augmenter le revenu familial.

Les problèmes financiers prédominent aussi chez les indigents infirmes, confinés pour la plupart dans des institutions dites d'incurables. Bien entendu tous les graves handicapés ne sont pas réhabilitables, mais il est surprenant de constater combien parmi eux le sont avec l'application de moyens éprouvés.

Il est facile de prévoir qu'avec les connaissances médicales modernes et l'augmentation constante de la moyenne de vie humaine, il viendra nécessairement un temps où le nombre des vieillards, des malades chroniques et des handicapés aura tellement augmenté, qu'il faudra quintupler le nombre de lits des hospices et encombrer les hôpitaux. Cette hausse du nombre des chroniques et des infirmes coûtera à la population d'énormes taxes et le jour viendra où chaque individu normal devra subvenir au besoin d'un de ces cas. Des statistiques ont été préparées à ce sujet aux Etats-Unis et, à moins que nous changions nos méthodes, le problème nous écherra en mil neuf cent quatre-vingt.

Les lamentations de la profession médicale n'ont pas eu jusqu'ici grand poids auprès des économistes, mais quelques chiffres ne peuvent demeurer ignorés longtemps quand il s'agit, d'un côté, de dépenser des sommes astronomiques pour la construction des nouvelles institutions d'incurables ou bien, d'un autre, de réinstaller la grande majorité de ces individus dans la société.

Mentionnons un autre facteur qui rend difficile le placement des handicapés. Nombre d'employeurs sont convaincus que l'infirme n'a pas sa place dans l'industrie, et ils ne réalisent pas qu'un handicapé convenablement casé est souvent un employé plus consciencieux, capable et loyal que la moyenne. Quand il s'agit de l'emploi de l'infirme, l'habileté et les capacités sont pesées avec soin et l'individu est recommandé pour un travail qu'il peut parfaitement remplir, abstraction faite de ses limitations physiques. Il n'est pas nécessaire

de répéter les expériences d'une société anonyme universellement connue pour prouver cet énoncé. Ces expériences ont prouvé que l'invalide, en face des restrictions créées par son infirmité et de la concurrence qui s'établit avec des individus supposés plus habiles, apporte plus de soin et plus d'attention pour atteindre un meilleur résultat et souvent un plus haut standard de travail.

Sans aucune difficulté, nous pourrions grouper 150 individus, tous de grands invalides maintenant indépendants et occupant des emplois. Imaginons ces mêmes individus logés dans des hospices au taux de $3.00 par jour. Le coût par jour pour ces 150 personnes est de $450.00 et se chiffre à $3 150.00 pour une semaine seulement. Les contribuables investiraient donc $1 638 000 par an pour ces 150 invalides! Combien y a-t-il d'invalides réhabilitables dans notre province et dans tout le pays? Des centres de médecine physique et de réhabilitation pourraient être édifiés en peu de temps, si ces sommes étaient assignées à un tel projet.

Le but de cet article était de décrire le rôle de la médecine physique et de la réhabilitation appliquées aux infirmes de toutes les catégories. Nous avons signalé que les difficultés qui s'imposent ne dépendent pas primitivement du patient ou de l'infirme, mais du manque de compréhension et de coordination d'une situation qui s'aggrave de jour en jour.

À PROPOS D'A.C.T.H. ET CORTISONE ET DE LEUR APPLICATION CLINIQUE EN RHUMATOLOGIE

Jacques DURIVAGE,
Hôtel-Dieu de Montréal.

Le composé E d'Edward Kendall (1) était connu dès 1936, mais la guerre intervint avant qu'on ait pu évaluer ses propriétés physiologiques et thérapeutiques.

Philip Hench (2) cherchait depuis 1928 un commun dénominateur qui expliquerait la disparition des symptômes de l'arthrite rhumatoïde chez la femme enceinte comme chez l'homme souffrant d'hépatite. Cette réversibilité des signes cliniques devait être attribuable, lui semblait-il, à un phénomène biochimique plutôt qu'à un processus infectieux. C'est après avoir essayé un grand nombre de composés chimiques naturellement présents dans l'organisme de l'homme et de la femme qu'il fit l'essai du Composé E., le 21 septembre 1948.

Les résultats des premières investigations cliniques furent exposés au Congrès International des maladies rhumatismales, tenu à New-York en mai 1949. Depuis ce temps, les journaux se sont chargés de renseigner (?) le public sur cette étonnante découverte qui, disait-on, promettait aux infirmes de devenir ingambes!

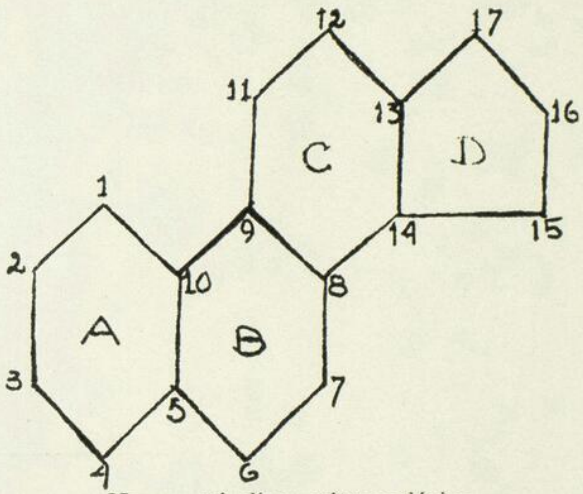
Le Composé E étant une hormone corticosurrénale, on pensa à stimuler le cortex surrénal afin de mettre en circulation une plus grande quantité de cette hormone. De la thérapeutique de substitution on passa à la thérapeutique de stimulation par l'emploi de l'A.C.T.H., hormone hypophysaire corticotrope (3).

L'A.C.T.H., s'avérant capable d'inhiber le mécanisme physio-pathologique conduisant aux déformations de l'arthrite rhumatoïde, on en fit bientôt l'essai dans d'autres maladies chroniques ou aiguës acceptées jusqu'à ce jour comme incurables: la poliomyélite, la tuberculose, les leucémies, etc., y passèrent (4).

Enfin, on choisit d'étudier la ou les forces agissantes dans la structure chimique du Composé E, devenu alors Cortisone.[1] On fit donc l'essai de plusieurs hormones ressemblant par leur structure à la Cortisone. Et depuis ce temps, on lit dans les périodiques médicaux et dans les journaux, les rapports étonnants sur les effets obtenus par l'administration de la desoxycorticostérone, du pregnenolone, de la testostérone, etc.

Biochimie

Il existe (à l'heure actuelle!) deux grandes classes d'hormones: 1 — celles qui dérivent du



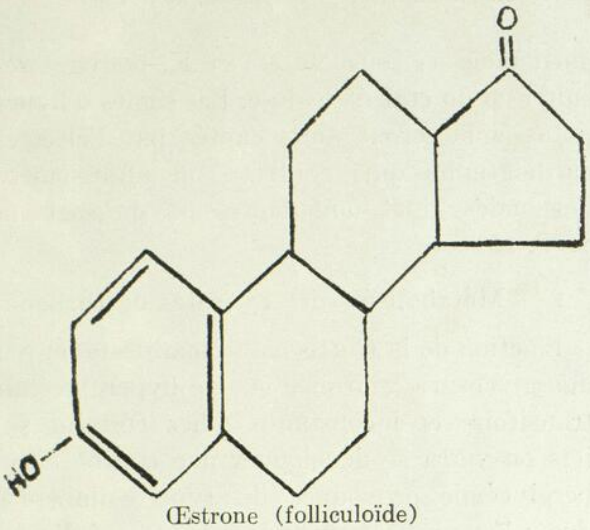
Noyau stérolique tétranucléaire.

noyau stérolique et qui comprennent toutes les hormones génitales et cortico-surrénales; 2 — les hormones qui se rattachent au groupe des substances protidiques comme l'insuline, la thyroxine, l'adrénaline et l'A.C.T.H. (ne pas prononcer « acte »).

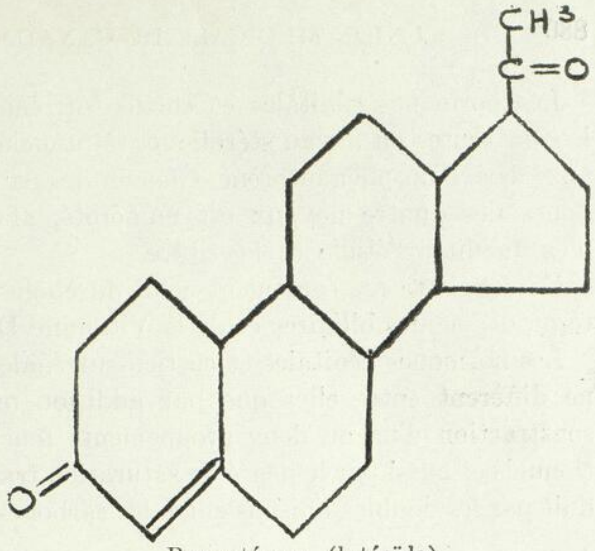
La structure chimique de l'hormone corticotrope n'étant pas encore connue, nous décrirons brièvement les hormones de la classe 1.

---

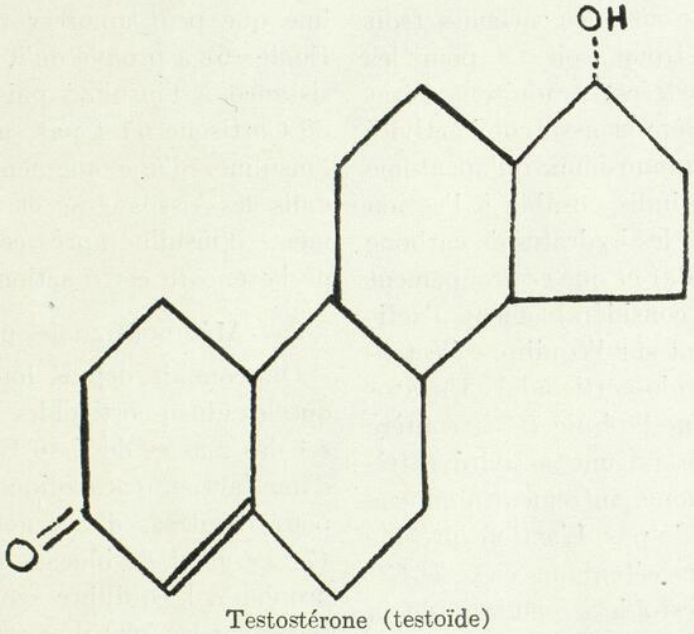
1. A cause d'un trafic de « Vitamin E Compound », on décida d'abandonner le nom de Composé E pour celui de Cortisone.



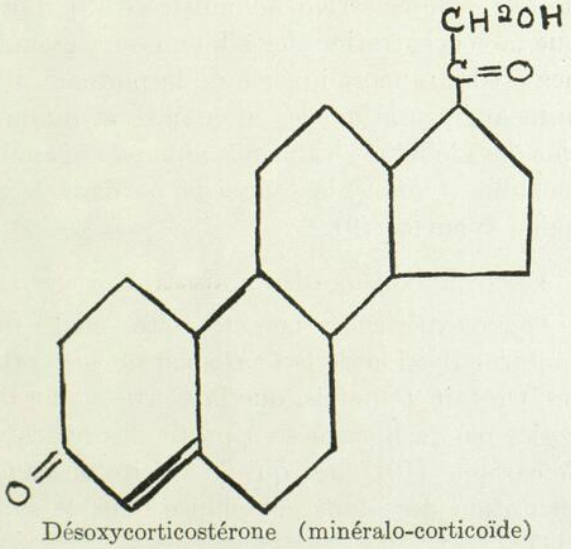
Œstrone (folliculoïde)



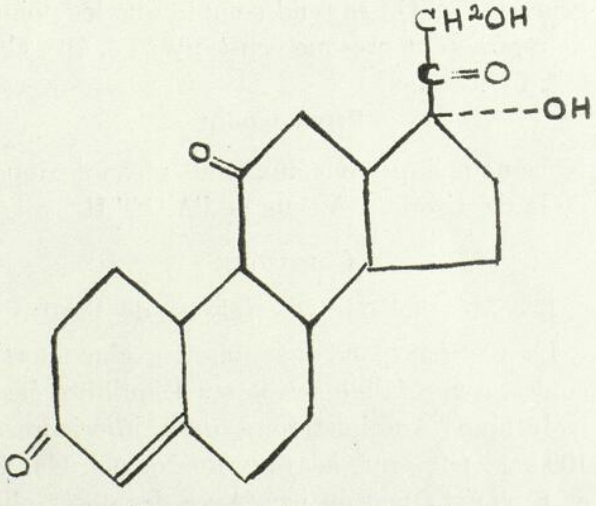
Progestérone (lutéoïde)



Testostérone (testoïde)



Désoxycorticostérone (minéralo-corticoïde)



Cortisone (gluco-corticoïde)

Les hormones génitales et cortico-surrénales ont toutes un noyau stérolique, tétranucléaire, dérivé du phénanthrène. Chacun des carbones des quatre noyaux est numéroté, afin d'en faciliter l'étude et l'écriture.

Ce squelette est également celui du cholestérol, des acides biliaires et de la Vitamine D.

Les hormones génitales et cortico-surrénales ne diffèrent entre elles que par addition ou soustraction d'un ou deux groupements fonctionnels et aussi par le degré de saturation traduit par les doubles liaisons entre les carbones.

Relations entre structure et activité hormonale

Les doubles liaisons entre les carbones (soit C^1, C^3, C^5 pour l'œstrone, soit C^4 pour les autres structures illustrées) traduisent l'état de saturation incomplète et assurent l'activité hormonale. On sait, aujourd'hui, qu'un atome d'oxygène en C^{11} est indispensable à l'action hormonale portant sur les hydrates de carbone (action gluco-corticoïde) et que ce groupement fonctionnel diminue considérablement l'activité hormonale portant sur l'équilibre électrolytique (action minéralo-corticoïde). Un atome d'oxygène en chaîne latérale (C^{21}) confère à la desoxycorticostérone une activité corticoïde que la progestérone, autrement analogue de structure, ne possède pas. L'action lutéoïde serait liée aux fonctions cétoniques en C^3 et C^{20} tandis que l'action testoïde dépendrait de la fonction cétonique en C^3 et de l'atome d'oxygène en C^{17}. On se rend compte que les points de repère sont presque constants: C^3, C^{11}, C^{17}, C^{20}, C^{21}.

Physiologie

Nous nous limiterons aux effets physiologiques de la Cortisone et à ceux de l'A.C.T.H.

Cortisone

1 — Métabolisme des sels et de l'eau:

La Cortisone, comme tous les gluco-corticoïdes, a une faible action sur l'équilibre électrolytique. Administrée à dose inférieure à 100 mg. par jour, les taux de Na, Cl, Ca, P. et K varient peu ou pas. Avec des doses plus fortes, cependant, on peut obtenir un bilan négatif pour les ions Na, Cl et K, pouvant résulter en un état d'alcalose. Les signes d'hypopotassémie seront alors captés par l'électrocardiographe qui montrera un affaissement des ondes T et une dépression du segment S.-T. (5)

2 — Métabolisme des hydrates de carbone:

L'action de la Cortisone se manifeste ici par une glycosurie marquée et une hyperglycémie transitoire et inconstante. Chez certains sujets on verra se développer une courbe d'hyperglycémie provoquée du type « diabète », due à l'augmentation de la résistance à l'insuline que peut amorcer tout gluco-corticoïde. Engle (6) a prouvé qu'il s'agissait bien de résistance à l'insuline puisque l'administration de Cortisone n'est pas suivie, comme celle de l'insuline, d'une augmentation du glycogène dans les tissus gras et que l'administration même d'insuline après celle de Cortisone empêche encore cette action.

3 — Métabolisme des protéines:

On connaît depuis longtemps déjà le fait que les gluco-corticoïdes peuvent faire régresser des masses de tissu lymphoïde. Il s'agirait d'une action catabolique pour plusieurs et, pour d'autres, d'une action anti-anabolique (7) i.e. effet de blocage dans la synthèse des protéines. L'équilibre azoté suit la règle instituée pour les sels: il ne sera rompu que lorsque de fortes doses seront administrées (8). Lorsque la concentration des albumines et globulines est en rapport inverse de la normale, il y aura augmentation des albumines et diminution des globulines (alpha-1, alpha-2 et gamma globulines), dans le sang comme dans le liquide synovial (9).

4 — Métabolisme des graisses:

Peu d'expériences ont été faites en ce qui concerne l'action de la Cortisone sur les graisses. On sait, toutefois, que la Cortisone ne favorise pas la lipogénèse à partir des hydrates de carbone (10) mais qu'elle suscite une augmentation des corps cétoniques dans le sang (11).

5 — Sang:

La Cortisone corrigera une anémie secondaire, une lymphopénie, une neutropénie. Caldwell et ses associés (12) ont vu une neutropénie marquée faire place à une neutrophilie et une leucopénie se transformer en leucocytose élevée en même temps que le taux d'hémoglobine passait de 11 gm. % à 16 gm. %. Hench fait aussi mention (13) de la correction de l'anémie secondaire dans les cas d'arthrite rhumatoïde, suivant l'administration de Cortisone. Les sédimentations globulaires rapides ralentissent jusqu'à atteindre une vitesse normale ou voisine de celle-ci.

6 — Système cardio-vasculaire:

On a rapporté quelques cas de tachycardie, bradycardie et arythmie à la suite d'injections de Cortisone. Ces cas sont isolés et il s'agit, vraisemblablement, d'effets secondaires à une intolérance, intoxication ou perturbation des relations cortico-hypophysaires. La Cortisone diminue faiblement la tension artérielle si le cortex surrénal est sain et l'élève si celui-ci est anormal. Chez les hypertendus, on reconnaît un effet hypotenseur (14). L'œdème pulmonaire, l'ascite et les œdèmes périphériques peuvent se produire s'il y a perturbation de l'équilibre électrolytique.

7 — Psychisme:

Les réactions semblent conditionnées par le type pré-existant de personnalité. Ces réactions sont diverses et traduisent soit une accalmie avec sensation de bien-être, soit une irritabilité et suractivité cérébrale, soit une dépression nerveuse ou un état léthargique (15).

8 — Autres effets:

On a noté un retardement de la cicatrisation des plaies chirurgicales (16) et des aménorrhées transitoires, suivant l'administration de Cortisone.

Hormone corticotrope (A.C.T.H.)

1 — Métabolisme des sels et de l'eau:

L'administration d'A.C.T.H. provoque une rétention de Na et Cl et augmente l'excrétion du K. Cependant, on observe, bien souvent, l'inverse après plusieurs injections ou après cessation du traitement: diurèse marquée entraînant une perte de Na et Cl et le retour à la normale du taux de K (« rebound effect »). (17).

2 — Métabolisme des hydrates de carbone:

L'hormone corticotrope, comme la Cortisone, mais de façon beaucoup plus marquée, augmente l'excrétion urinaire du glucose en même temps qu'elle en augmente le taux dans le sang. Il est intéressant de noter ici que la glycosurie a) accompagne l'augmentation de l'excrétion urinaire d'acide urique et d'azote, b) que le glutathion sanguin diminue au fur et à mesure que se manifeste la résistance à l'insuline et que c) l'administration de glutathion réduit, en même temps que celle d'A.C.T.H., transforme une courbe d'hyperglycémie provoquée du type « diabète » en une courbe d'allure normale avec arrêt de la glycosurie (18). On sait, par ailleurs, que le glutathion, in vitro, inhibe l'action de l'insuline.

Les analyses de liquide synovial ont montré que l'A.C.T.H. en augmente la teneur en polysaccharides (19).

3 — Métabolisme des protéines:

Une augmentation de l'excrétion urinaire de l'azote, de l'acide urique, des acides aminés (méthionine et lycine) en même temps qu'une diminution importante du taux des acides aminés plasmatiques (20) seront observées pendant les injections d'A.C.T.H. Comme pour la Cortisone, il y aura action catabolique ou anti-anabolique sur les tissus lymphoïdes et les taux d'albumine et globuline seront favorablement influencés tant dans le sang que dans le liquide synovial.

4 — Métabolisme des graisses:

Li, Simpson et Evans (21) ont trouvé que des rats normaux soumis à des injections d'A.C.T.H. avaient plus de graisse intra-hépatique que des rats de contrôle.

5 — Sang:

L'A.C.T.H. a la même action que la Cortisone sur l'hémoglobine et sur les éléments des lignées blanche et rouge. La vitesse de sédimentation, cependant, diminuera beaucoup

plus rapidement (22). On aurait remarqué chez une femme normale soumise à de fortes doses d'hormone corticotrope une diminution importante du cholestérol libre plasmatique (23).

6 — Système cardio-vasculaire:

L'A.C.T.H. augmente la pression artérielle par libération de certains stéroïdes ayant une action hypotensive (24). A cause de cet effet sur la tension artérielle et sur l'équilibre électrolytique, on pourra s'attendre à des troubles circulatoires graves.

7 — Psychisme:

Comme pour la Cortisone, les réactions seront diverses et inattendues.

8 — Autres effets:

La cicatrisation des plaies sera retardée. On peut supposer ici qu'il existerait une analogie de mécanisme entre l'effet de cette hormone et de la Cortisone et celui du status diabeticus sur les plaies. L'action du glutathion sur l'insuline, mentionnée antérieurement, offre une notion de base qui permettra, peut-être, de déterminer avec exactitude le mode d'action de l'insuline et des hormones antiinsuliniques (25). L'A.C.T.H. augmenterait le tonus musculaire et corrigerait les anomalies de la fonction neuro-musculaire viciée (26). Les réactions intra-dermiques aux pollens ou autres agents externes et aux antigènes d'origine bactérienne diminueraient et même disparaîtraient chez plusieurs malades allergiques (27).

Application clinique

Puisqu'il est impossible de citer ici, même en résumé, les résultats et échecs obtenus par l'emploi de la Cortisone et de l'hormone corticotrope dans toutes les maladies étudiées à date, nous considérerons seulement quelques formes d'arthrite.

A: Arthrite rhumatoïde (adulte et juvénile):

L'expérience dans ces cas tend à démontrer de façon quasi uniforme que cette maladie s'améliore dramatiquement par la Cortisone et l'A.C.T.H. La Cortisone étant une thérapeutique de substitution, l'amélioration suivra un mode plus régulier et constant qu'avec l'emploi de l'hormone corticotrope dont l'action est de stimuler le cortex surrénal à mettre en circulation une plus grande quantité de stéroïdes qu'il en existe au préalable. Parce que la sensibilité surrénale varie d'un individu à l'autre, la réponse ne peut être la même.

Dès les premières injections de Cortisone la raideur articulaire diminuera, permettant une plus grande laxité dans les mouvements. Diminution également de la douleur intra et extra-articulaire. Plus tard, on notera une diminution progressive de l'inflammation (rougeur, chaleur et gonflement). La sensibilité des articulations est habituellement le dernier signe clinique à disparaître. Dans les cas d'arthrite rhumatoïde au début, une rémission complète est la règle; dans les cas avancés, le gonflement peut persister quoique les articulations aient recouvré leur amplitude normale des mouvements. Les lésions dues à la destruction cartilagineuse ou osseuse demeurent inchangées. Les manifestations non-articulaires comme les nodules sous-cutanés et les tendinites disparaissent comme les autres signes articulaires réversibles.

L'amélioration des symptômes et signes cliniques de l'arthrite rhumatoïde s'accompagne d'une amélioration de l'état général: augmentation de l'appétit, du poids, d'une plus grande résistance à l'effort physique et mental. Les analyses de laboratoire montreront une correction de l'anémie secondaire, ralentissement de la sédimentation, retour du taux des protéines à la normale, etc.

En cours de traitement, certains symptômes et signes de la maladie peuvent réapparaître mais ils sont alors minimes et de courte durée. Hench a décrit justement ces phases d'« arthrite en miniature ».

Lorsqu'on cessera d'administrer la cortisone, les symptômes et signes reviendront mais de façon imprévisible. Pour les uns ce sera l'enfer à quelques jours près tandis que pour d'autres ce sera une période de rémission de quelques semaines.

L'administration d'A.C.T.H. est suivie, en général, d'une amélioration comparable à celle qu'apporte la cortisone. On connaît, cependant, quelques rares cas qui ont manifesté une réponse cortico-surrénale à la stimulation par l'A.C.T.H. sans toutefois subir aucun changement, subjectif et clinique. D'autres cas, aussi rares, ont eu une réaction anaphylactoïde après une première injection d'A.C.T.H. (28). Plusieurs patients subissent dès les premières injections une amélioration marquée mais après dix, quinze ou vingt jours, le retour graduel des symptômes s'opère bien qu'on continue d'administrer les injections à la même dose. On note alors que le cortex surrénal ne répond plus à la stimulation. Si on cesse les injections pendant quelques jours, le patient répondra de nouveau à la médication (29). On a qualifié cette réaction d'« escape phenomenon ».

2° — Arthrite rhumatismale (rhumatisme polyarticulaire aigu):

Cortisone et A.C.T.H. ont dans ces cas les mêmes effets thérapeutiques: disparition de la fièvre, de la douleur, de la rougeur et du gonflement articulaires, chûte de la sédimentation. Dans l'endocardite rhumatismale, peu ou pas de changements cardiaques si la maladie dure depuis longtemps mais amélioration marquée et prévention des lésions cardiaques si l'affection est récente. Dans tous ces cas il y aura une diminution des gamma globulines et des antistreptolysines (30). Contrairement à l'arthrite rhumatoïde, la réapparition des symptômes et signes cliniques après discontinuation du traitement est moins fréquente. Pour cette raison, on peut espérer davantage de ces hormones au point de vue thérapeutique courante.

3° — Spondylite rhumatoïde (rhizomélique):

Essentiellement les mêmes effets que sur l'arthrite rhumatoïde.

4° — Arthrite goutteuse:

La cortisone n'a aucun effet sur cette forme d'arthrite. L'A.C.T.H., au contraire, arrêtera de façon dramatique une crise douloureuse. Les tophi diminueront de volume et même aboutiront spontanément, laissant s'écouler leur contenu laiteux (31). La température et la sédimentation retournent rapidement au niveau de la normale. Dès la première injection, il y aura une augmentation marquée de l'excrétion urinaire d'acide urique et les oxypurines sériques reviendront au taux normal. L'arrêt du traitement sera suivi d'une autre crise à moins qu'on associe la colchicine à l'A.C.T.H. à la fin du traitement (32). Ce procédé thérapeutique comporte peu de dangers vu la courte durée du traitement et la quantité restreinte d'A.C.T.H. qu'on doit employer.

5° — Complications:

Les complications causées par la cortisone et l'A.C.T.H. sont des effets physiologiques auxquels on doit s'attendre. Dans la plupart des cas, les réactions apparaissant en cours de traitement disparaîtront en quelques jours si on cesse la médication. L'œdème de la face (faciès lunaire de Cushing), l'acné, l'hirsutisme, les poussées d'hypertension, l'aménorrhée et les troubles psychiques sont tous des phénomènes réversibles.

Plus dangereuses sont les manifestations anaphylactoïdes et allergiques attribuables aux impuretés des produits employés. Hench (33) fournit les statistiques suivantes: la plupart des patients (23) traités ont toléré la cortisone ou l'A.C.T.H. pendant un à deux mois sans aucune réaction. Huit patients ont eu des réactions minimes au cours d'un traitement de onze jours à sept mois, deux patients ont eu des réactions modérées après cent jours de traitement et quatre patients ont eu des réactions sévères après cent quatre-vingt-sept jours de traitement. Dans tous ces cas, les réactions ont disparu, tôt ou tard. Notre expérience (34) a été celle de Hench. Les mâles, généralement, tolèrent mieux ces hormones que les femmes et, dans cette catégorie, les jeunes filles impubères et les femmes ménopausées se sont montrées plus sensibles.

6° — Mécanisme d'action:

Le mécanisme d'action de ces hormones n'est pas encore élucidé. On ne peut établir aucune corrélation entre les effets métaboliques qui résultent de l'administration de la cortisone et de l'A.C.T.H. et les effets cliniques favorables que produisent ces hormones dans les cas d'arthrite. Thorn pense (35) que la cortisone agit par inhibition de l'A.C.T.H. endogène plutôt que par blocage de l'activité corticosurrénale.

Puisqu'une grande quantité de cortisone est requise, on peut penser que les tissus doivent être inondés (mass action effect) afin d'altérer, en même temps, des centaines de réactions enzymatiques ou de rompre autant de relations antigène-anticorps??? On connaît bien les effets ultimes d'une déficience des stéroïdes et leurs actions en tant qu'hormones, mais on ne connaît rien des réactions intermédiaires qui s'opèrent (36).

Conclusions

Les observations de Selye ayant démontré l'importance du rôle que pouvait jouer le cortex surrénal dans plusieurs processus physiopathologiques, Hench fit l'application thérapeutique de quelques hormones sécrétées par cette glande. Les résultats qu'il obtint furent si bouleversants qu'aujourd'hui, dans chaque petit coin où la recherche est possible, on étudie les actions de ces hormones. L'A.C.T.H. sera toujours une arme puissante et utile tant qu'elle servira d'instrument de recherche; la Cortisone, telle qu'on la connaît aujourd'hui ou heureusement améliorée, deviendra sûrement un agent thérapeutique dont on voudra disposer, même si son emploi comporte plus d'inconvénients que celui de l'insuline.

BIBLIOGRAPHIE

(1) E. C. KENDALL: *Ann. N. Y. Acad. Sc.*, **50**: 540-547 (juin) 1949.

(2) P. S. HENCH, E. C. KENDALL, C. H. SLOCUMB et H. F. POLLEY: *Proc. Staff Meeting Mayo Clinic*, **24**: (avril) 1949.

(3) *Idem.*

(4) *Proceedings of the First Clinical A.C.T.H. Conference*, John R. Mote, édit., The Blakiston Co., Philadelphie, 1950.

(5) R. C. SPRAGUE et M. H. POWER: *Idem*, p. 378.

(6) F. L. ENGLE: *idem*, p. 105.

(7) F. ALBRIGHT: *The Harvey Lecture*. Science Press, édit., Lancaster, Pa., 1943.

(8) C. A. PERERA, K. L. PINES, H. B. HAMILTON et K. VISLOCKY: *J. Clin. Invest.*, **28**: (juillet) 1949.

(9) M. W. ROPES: *Proceedings of the First Clinical A.C.T.H. Conference*, p. 346.

(10) F. L. ENGLE: *idem*, 105.

(11) P. L. BENNETT, A. SLESSOR et G. W. THORN: *J. Clin. Endocr.*, **9**: (juillet) 1949.

(12) A. L. CALDWELL, J. W. ADAMS, J. F. C. ANDERSON et A. A. DICK: *Canad. M. A. J.*, **62**: (mai) 1950.

(13) P. S. HENCH, E. C. KENDALL, C. H. SLOCUMB et H. F. POLLEY: *Arch. Internal Med.*, **85**: (avril) 1950.

(14) C. A. PERERA, K. L. PINES, H. B. HAMILTON et K. VISLOCKY: *J. Clin. Invest.*, **28**: (juillet) 1949

(15) P. F. A HOEFER et G. H. GLASER: *Proceedings of the First Clinical A.C.T.H. Conference*, p. 538.

(16) C. RAGAN, E. L. HOWES, C. M. PLOTZ, K. MEYER, J. W. BLUNT et R. LATTES: *Bull. N. Y. Acad. Med.*, **26**: (avril) 1950.

(17) R. C. SPRAGUE et M. H. POWER: *Proceedings of the First Clinical A.C.T.H. Conference*, p. 378.

(18) J. W. CONN: *idem.*, p. 86.

(19) W. BAUER, *idem.*, p. 355.

(20) W. P. HOLBROOK, D. F. HILL, C. A. L. STEPHENS, jr., L. J. KENT et A. BORDEN: *idem*, p. 391.

(21) C. H. LI, M. E. SIMPSON et H. M. EVANS: *Arch. Biochem.* **23**: (août) 1949.

(22) Observation personnelle.

(23) H. L. MASON, M. H. POWER, E. H. RYNEARSON, L. C. CIARAMELLI, C. H. LI et H. M. EVANS: *J. Clin. Endocr.*, **8**: (janv.) 1948.

(24) C. A. PERERA: *Proceedings of the First Clinical A.C.T.H. Conference,* p. 287.

(25) E. SHORR: *idem,* p. 100.

(26) C. TORDA et H. G. WOLFF: *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.,* **71**: (juillet) 1949.

(27) J. E. BORDLEY, R. A. CAREY, A. HARVEY, J. E. Mc. C. HOWARD, A. A. KATTUS, E. V. NEWMAN et W. L. WINKEWERDER: *Bull. Johns Hopkins Hosp.,* **85**: (novembre) 1949.

(28) C. H. TRAEGER: *Proceedings of the First Clinical A.C.T.H. Conference,* p. 356.

(29) C. H. ADAMS, *idem,* p. 9.

(30) B. F. MASSELL, J. E. WARREN et G. P. STURGIS: *idem,* p. 410.

(31) Observation personnelle.

(32) W. Q. WOLFSON et C. COHN: *Proceedings of the First Clinical A.C.T.H. Conference,* p. 280.

(33) P. S. HENCH, E. C. KENDALL, C. H. SLOCUMB et H. F. POLLEY: *Arch. Int. Med.,* **85**: (avril) 1950.

(34) R. H. FREYBERG: *Bull. N. Y. Acad. Med.,* **26**: (avril) 1950.

(35) P. H. FORSHAM, G. W. THORN, T. H. FRAWLEY et L. W. WILSON: *Am. Soc. Clin. Invest.,* (mai) 1950.

(36) D. J. INGLE: *Ann. N. Y. Acad. Sc.,* **50**: 576-595 (juin) 1949.

LE SARCOME FIBROBLASTIQUE DU GRAND ÉPIPLOON[1]

J.-René ROUX,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Un malade observé et suivi dans le service du Professeur de Gaudard d'Allaines nous a fourni l'occasion de revoir la littérature originale sur le sarcome fibroblastique du grand épiploon. Les manuels de pathologie chirurgicale mentionnent l'existence de tumeurs malignes primitives du grand épiploon, mais ne suggèrent pas les caractéristiques de ces néoplasies. Nous imputons cette abstention à la rareté de l'affection dont nous avons relevé seulement 96 cas depuis que Leudet en a présenté la première observation en 1853.

Benivieni, au quinzième siècle, avait déjà pressenti l'existence de tumeurs développées aux dépens du mésentère et de l'épiploon, mais son assertion fut, par la suite, mise en doute et il nous faut remonter à Robin en 1852 pour voir réapparaître le débat sur cette question. Les discussions amorcées à ce moment se continuèrent à propos de la classification exacte de ces tumeurs. Ces polémiques contribuèrent à édifier une nomenclature de prototypes histologiques qui est, selon Ewing, le résultat d'interprétations diverses.

Malgré le nombre de cas, obscurs et discutables, qui ont été rapportés, Ransom et Samson ont pu colliger 76 observations classées suivant les dénominations suivantes:

Sarcomes:	33 cas
Fibrosarcomes:	13 cas
Myxofibrosarcome:	1 cas
Angiosarcomes:	9 cas
Endothéliomes:	7 cas
Autres dénominations (épithélioma??):	5 cas

On sait que le grand épiploon dérive du mésoderme par allongement du repli gastro-colique du mésogastre postérieur et qu'il est formé de tissu conjonctif lâche recouvert d'un endothélium. Toute lésion maligne primitive de cette formation anatomique ne saurait être qu'un sarcome. Ce critérium n'a pas toujours été reconnu clairement puisqu'on trouve des tumeurs épithéliomateuses décrites comme cancers primitifs du grand épiploon. Il s'agissait, selon toute vraisemblance, de tumeurs secondaires. Aussi ajouterons-nous, avec Guernsey, que seuls les sarcomes authentiques peuvent être reconnus comme tumeurs primitives de l'épiploon. McDonald n'avait-il pas suggéré de réunir les conditions suivantes pour accepter un sarcome comme néoplasme primitif du tablier épiploïque:

1° — La tumeur doit incontestablement avoir son origine dans l'épiploon;

2° — La malignité doit être reconnue par l'examen microscopique et par l'observation clinique.

Anatomie pathologique:

Strauss et Simon attestent que les tumeurs bénignes du grand épiploon sont moins communes que les sarcomes. Ces derniers comptent néanmoins parmi les plus rares des lésions intra-abdominales: Strauss n'en découvre que deux spécimens dans une série de 14 455 autopsies, et Rasmussen, après avoir opéré 42 000 malades, n'en trouve que trois.

Le sarcome fibroblastique représente près de la moitié du groupe de ces néoplasmes puisqu'aux 33 cas de Ransom et Samson on peut en ajouter 7 rapportés depuis la publication de leur intéressante étude. Il se trouve électivement 3 fois sur 5, chez la femme, et peut se rencontrer à tout âge. Il est pourtant le fait d'adultes de 30 à 50 ans, bien que les observations de Conforti et de Segers concernent des enfants âgés respectivement de 9 et de 10 ans.

1. Travail exécuté dans le service du Professeur de Gaudard D'Allaines, à l'hôpital Broussais (Paris).

On en décrit généralement deux variétés macroscopiques:

1° — La tumeur solitaire ou forme circonscrite,

2° — De nombreux nodules, petits ou gros, ou forme diffuse.

La tumeur solitaire, forme la plus fréquente, affecte une apparence ronde ou ovale dont la surface lisse ou bosselée présente une teinte rouge bleuâtre due à une vascularisation très abondante. Ces vaisseaux nombreux et de calibre important sont d'une fragilité remarquable. Le volume de cette tuméfaction est très variable, allant de la grosseur d'un pamplemousse à celui d'une masse pesant jusqu'à dix kilogrammes, et sa consistance ferme n'exclut pas une grande friabilité. Il se produit généralement des zones de nécrose centrale et des hémorragies intra-tumorales responsables de la formation de pseudo-kystes pleins d'un liquide rouge noirâtre. L'association d'une ascite séreuse ou séro-hémorragique est très fréquente.

L'accroissement, rapide en général, se fait en quelques mois. Les auteurs ont rapporté des observations où l'évolution couvrait une période allant jusqu'à 7 ans; mais l'assertion d'une croissance rapide succédant à un accroissement progressif, mais lent, nous incite à croire avec Tavares qu'il s'agissait de tumeurs bénignes ayant subi la dégénérescence sarcomateuse.

La propagation de ces sarcomes reste confinée le plus souvent à la cavité abdominale, et d'ailleurs, l'épiploon, par sa situation, n'occupe-t-il pas une place idéale pour la dissémination précoce et pour une implantation métastasique au péritoine? L'essaimage se fait directement aux organes voisins, comme le côlon transverse, l'estomac, le petit intestin et même la vessie. L'infiltration des cellules cancéreuses se fait entre les cellules adipeuses, les vaisseaux ou les formations glandulaires qui subissent alors l'atrophie.

Il faut compter aussi sur les métastases par voie sanguine qui se font au foie, à la rate et aux poumons. Elles sont moins fréquentes, quoique le nombre des vaisseaux et leur érosion par le néoplasme les favorisent.

La structure histologique de ces sarcomes fibroblastiques est très variable et parfois même si atypique, dans les différentes parties, pour inciter à l'emploi de plusieurs termes impropres dans le diagnostic pathologique. Les cellules ressemblent vaguement aux fibroblastes fusiformes: ce sont des masses de cellules polymorphes disposées par foyers et composées d'éléments polyédriques petits ou gros ou de cellules rondes. Le cytoplasme est granuleux, opaque et acidophile; les noyaux vésiculaires, dont quelques-uns laissent voir des mitoses, présentent une ou deux petites nucléoles. Entre les pôles de ces cellules, de fines fibrilles sont tendues, et lorsque ces fibrilles sont prédominantes et de type adulte, la tumeur est relativement bénigne et prend le nom de fibrosarcome. On rencontre en plus de nombreux vaisseaux sanguins et des zones de nécrose entourées d'une infiltration de polynucléaires.

A la lumière de ces données, nous présenterons maintenant l'observation d'un malade et nous réunirons les caractéristiques cliniques des sarcomes primitifs du grand épiploon.

Observation clinique:

Un homme âgé de 37 ans, pesant 65 kilos, consulte en janvier 1946 pour des crises aiguës douloureuses du creux épigastrique, une augmentation de volume de l'abdomen et un affaiblissement progressif.

Les crises abdominales aiguës intermittentes, apparues dix mois auparavant, ne s'accompagnent jamais de nausées ni de vomissements, mais sont de plus en plus fréquentes. Ces épisodes douloureux surviennent à l'occasion d'un effort ou d'un changement brusque de position, ne durent qu'une heure ou deux et sont calmés par le décubitus latéral gauche.

L'accroissement du volume abdominal et l'affaiblissement ne sont apparus que dans les

derniers six mois, mais sont rapidement croissants.

A ces symptômes, s'associent un amaigrissement de 13 kilos et, depuis deux mois, des douleurs et des brûlures gastriques post-prandiales non calmées par l'ingestion d'alcalins.

Son appétit est excellent et le rythme de son évacuation intestinale ne s'est nullement modifié.

A l'examen, le patient conserve un état général excellent mais présente une tumeur volumineuse, de siège abdominal, médiane, indolore, et dont la surface est bosselée. Cette masse, mobile dans le sens transversal, l'est beaucoup plus à son pôle inférieur, au niveau de la région périombilicale. Elle est séparée du foie par un sillon et par une zone sonore. L'examen somatique est essentiellement négatif pour le reste.

Les examens radiologiques montrent un cholécyste normal et n'apportent aucune contribution additionnelle.

Le diagnostic pré-opératoire reste hésitant entre le kyste du mésentère et le kyste du pancréas.

Opération:

A l'ouverture de l'abdomen, on aperçoit une tumeur volumineuse qui semble développée dans le grand épiploon et dont l'ablation est aisée; les pédicules vasculaires viennent uniquement de l'épiploon. Il existe toutefois une adhérence à l'estomac au niveau de la grande courbure, qui nécessite quelques points d'enfouissement après la libération.

Anatomie pathologique: Pièce pesant 4,1 kilogrammes. Tumeur multibosselée dans l'ensemble, noire par suite d'hémorragies importantes. L'incision dans les bosselures laisse écouler du sang, mais la paroi est formée de masses un peu fongueuses, d'un rouge vineux, analogues aux coupes d'un sarcome.

Examen histo-pathologique: Il s'agit d'une tumeur d'aspect très particulier et qui varie suivant les points. Sur des plages entières, l'aspect est celui d'une tumeur, lobulée, très bien limitée, encerclée par un tissu conjonctif très lâche et abondamment vascularisé.

Les lobules sont formés par des cellules volumineuses, polygonales, engrenées les unes dans les autres, à cadre cellulaire très apparent; le cytoplasme est souvent vacuolaire, les noyaux montrant une chromatine finement dessinée. Ces lobules sont cloisonnés par de très minces axes conjonctifs, pauvres en collagène et contenant parfois un capillaire.

En d'autres points, on voit des lobules s'effriter sur les bords; les cellules se détachent, s'isolent, deviennent étoilées ou ramassées, multicolorées dans un réseau fibrillaire.

L'atypie indique qu'il s'agit d'une tumeur maligne.

Diagnostic: Sarcome fibroblastique du grand épiploon.

Les suites opératoires furent bénignes, sans aucun incident. Le patient, revu le 16 juin 1946, avait repris son service; l'état général est très bon et l'examen de l'abdomen est normal. Le toucher rectal est négatif. Le 15 novembre 1946, le patient fut réexaminé, de même que le 10 mai 1947. Il pèse actuellement 78 kilos, n'accuse absolument aucun trouble et l'examen abdominal est heureusement toujours normal.

Etude clinique:

Au début de leur développement, les sarcomes fibroblastiques primitifs du grand épiploon sont latents. Cet état éphémère ne dure que quelques semaines, car l'accroissement de ces néoplasmes est rapide. On s'étonne de ne trouver aucun trouble fonctionnel et aucune manifestation douloureuse qui ait pu signaler leur extension; en fait, la pénurie de symptômes contraste étrangement avec le volume déjà considérable de la tumeur au moment de sa découverte. Elle ne naît pas d'un organe proprement dit et ne produit de signes que lorsqu'elle a atteint une dimension suffisante pour causer des phénomènes de compression ou d'obstruction des organes adjacents.

C'est, le plus souvent, la découverte d'une

masse abdominale ou simplement l'augmentation du volume de son ventre qui inquiètera le patient et l'amènera à consulter.

L'atteinte de l'état général se traduit par de l'amaigrissement, une faiblesse croissante et un léger degré d'anémie. Ménétrier a considéré ces signes comme une conséquence des compressions bien plus que le résultat d'une action toxique spéciale des cellules néoplasiques. Mais les hémorragies intra-tumorales répétées sont responsables de l'anémie.

Les autres signes subjectifs peuvent se limiter à de vagues malaises abdominaux secondaires à l'existence et au développement d'une masse dans la cavité péritonéale: sensation de lourdeur abdominale, douleur sourde, troubles gastro-intestinaux vagues et même vésicaux.

Ces symptômes sont de nature et d'intensité très variables: tantôt les douleurs sont sourdes, continues, localisées à l'emplacement tumoral, tantôt elles sont vives, récurrentes et à irradiations diverses.

Les signes gastro-intestinaux peuvent consister en constipation ou en diarrhée et parfois même, dans les cas de tumeur volumineuse ou enclavée dans le bassin, en un certain degré de sub-occlusion attesté par de longs arrêts de transit et un ou deux vomissements.

Enfin les troubles urinaires, causés par la compression de la vessie et représentés par de la pollakurie ou de la dysurie, se rencontrent très rarement.

Les résultats de l'examen de l'abdomen sont conditionnés par le volume de la tumeur. On peut constater une voussure abdominale localisée, immobile aux mouvements respiratoires et à laquelle correspond une zone de matité absolue. Le palper permettra de préciser les caractères de la tumeur, son siège médian tantôt péri-ombilical, tantôt abdomino-pelvien, mais toujours superficiel. Cette palpation ne réveille aucune douleur et permet d'apprécier la netteté du contour du néoplasme qui n'est facile à délimiter qu'à la partie inférieure. La consistance variable, mais en général dure, peut être rénitente au niveau des pseudo-kystes. La surface est lisse, arrondie ou irrégulière, bosselée.

En pratique, le volume de la masse est le facteur essentiel qui régit la mobilité; mais il faut aussi compter sur les adhérences fréquentes, multiples et solides, avec les organes voisins. Elle peut être très grande si la tumeur est de dimension moyenne, et possible dans toutes les directions. La mobilité est toutefois plus considérable dans le sens transversal que dans le sens vertical; elle est en outre plus étendue au pôle inférieur qu'à la partie supérieure de la masse à cause de l'attache au niveau de l'implantation de l'épiploon. A partir d'un certain stade, la taille du néoplasme peut entraîner son enclavement dans une cavité naturelle comme la fosse iliaque ou le bassin. Les sarcomes volumineux qui occupent tout l'abdomen n'ont évidemment plus aucune possibilité de changer de place.

Les signes d'un épanchement abdominal libre sont souvent associés à ceux que nous venons d'énumérer.

Nous ne saurions mieux résumer la symptomatologie qu'en reproduisant le tableau de Ransom et Samson sur la nature et la fréquence des signes.

Tumeur	67 fois
Tuméfaction et sensation de pesanteur à l'abdomen	35 fois
Douleurs épigastriques ou abdominales	35 fois
Ascite	34 fois
hémorragique	23 fois
non hémorragique	11 fois
Faiblesse et perte de poids	32 fois
Augmentation du volume de l'abdomen	28 fois
Constipation ou diarrhée	22 fois
Nausées avec ou sans vomissement ou indigestion ou anorexie	22 fois
Anémie	10 fois
Troubles d'évacuation vésicale	7 fois

L'évolution de ces tumeurs est variable, mais leur marche naturelle est l'accroissement tantôt lent et progressif, tantôt rapide selon le degré de malignité de la tumeur. Les hé-

morragies intra-tumorales à répétition peuvent laisser croire à une croissance par poussées.

Les complications dues au sarcome de l'épiploon sont, comme nous l'avons dit plus haut, des hémorragies intra-tumorales, de l'occlusion intestinale ou une torsion du néoplasme sur son pédicule épiploïque.

On peut assister à des crises de douleurs abdominales aiguës accompagnées de nausées et de vomissements. Ces épisodes simulent parfois une crise d'appendicite ou une torsion d'un kyste ovarien, d'autant plus que l'examen local révèle souvent à ce moment une sensibilité et une rigidité de la paroi associées à une hyperthermie et à une hyperleucocytose.

Le diagnostic est très difficile à poser avant l'intervention chirurgicale et c'est parfois à l'examen post-mortem qu'on reconnaîtra la nature et la provenance du néoplasme. Le diagnostic précis n'a été fait que dans de rares exceptions. Il existe pourtant des signes distinctifs et suggestifs des tumeurs malignes du grand épiploon:

1° — Les symptômes sont accusés depuis moins d'un an;

2° — Les troubles ne sont pas en rapport avec le volume de la tumeur;

3° — La masse dure, mobile, médiane et superficielle, est séparée de la matité hépatique par une zone tympanique concave vers le haut;

4° — L'association fréquente d'une ascite hémorragique.

L'étude radiologique pourra nous apporter quelques renseignements supplémentaires. Sans préparation, elle nous permettra d'apercevoir, de localiser et de délimiter l'ombre tumorale. Le repas baryté et le lavement opaque permettront d'affirmer l'intégrité des parois du tube digestif, mais ajouteront aux signes que nous possédons déjà la notion du déplacement des organes sis au-dessus ou en arrière de la tumeur.

On a confondu ces sarcomes avec les tumeurs développées aux dépens des organes génitaux féminins, avec les tumeurs du gros intestin ou les néoplasmes pancréatiques et mésentériques.

Le siège médian et superficiel nous aidera à les distinguer des tumeurs rénales et spléniques. Celles-ci se développent dans le flanc et font quelquefois saillie dans la région lombaire. Les tumeurs épiploïques sont en outre beaucoup plus mobiles.

La tumeur du foie suit les mouvements respiratoires et se continue sans interruption avec la matité hépatique.

Les tumeurs mésentériques peuvent aussi être médianes et elles ne suivent pas les mouvements respiratoires; mais à cause de leur situation plus profonde, des anses intestinales se glissent entre elles et la paroi, de sorte que nous trouvons à la percussion une zone de tympanisme paradoxal. De plus, l'ascite est moins abondante, les crises abdominales plus fréquentes et les troubles gastro-intestinaux plus graves.

Si la tumeur se développe et descend dans le bassin, il faudra éliminer les néoplasmes utérins et ovariens. L'historique de l'accroissement sera dans ce cas d'importance primordiale: la tumeur épiploïque croît du haut vers le bas en faisant pression sur les organes pelviens, tandis que la tumeur des annexes se développe du bas vers le haut et tend à entraîner l'utérus avec elle. De plus, dans le plus grand nombre des néoplasmes de l'épiploon, on trouve une bande sonore entre le pubis et la tumeur.

Les tumeurs intestinales présentent rarement une masse aussi définie et l'ascite est associée moins souvent.

Dans l'épithélioma péritonéal généralisé, on ne perçoit pas de masse et l'état général est plus gravement atteint.

Le pronostic est sombre du fait de l'extension de la tumeur dans l'épiploon et aux organes voisins. Le degré de malignité de la lésion et la tendance à la récidive locale ne l'améliorent certes pas. Sans traitement, ces sarcomes entraînent inexorablement la mort dans un

délai plus ou moins rapproché par métastases et cachexie.

Le traitement des sarcomes fibroblastiques du grand épiploon relève exclusivement de la chirurgie, puisque la radiothérapie s'est révélée totalement inefficace. Il va de soi que dans un stade pré-opératoire on tentera de corriger le déséquilibre humoral, causé par les hémorragies répétées, les vomissements et l'anorexie. Nous n'avons pas à insister sur cette partie du traitement qui est aujourd'hui bien connue. Toute tumeur maligne de l'épiploon reconnue ou présumée requiert l'intervention au plus tôt. Plus on la retarde, plus on s'expose à la voir devenir impossible. On devra pratiquer la résection de tout l'épiploon qui sera facile dans les cas où la tumeur siège près de son bord libre, mais qui s'avèrera particulièrement délicate lorsque le néoplasme avoisinera la racine, à cause de l'hémostase des vaisseaux dont la fragilité nous est maintenant connue. Il faut reconnaître que certaines exérèses ne sont possibles qu'associées à une résection intestinale. Les récidives sont fréquentes, avons-nous dit, mais plusieurs guérisons définitives ont été rapportées et le patient dont nous avons relaté l'observation est en excellente santé plus de deux ans après son opération. Nous avons tout lieu d'espérer sa guérison.

BIBLIOGRAPHIE

1. AIMES: *Progrès Médical,* 4 janvier 1920, no 1, p. 1.
2. BONAMY: *Thèse de Paris,* 1906-1907, no 405.
3. CONFORTI: *Zentralbl. f. Allgem. Pathol. u. path. anat.,* Gena, 1906.
4. CONHAULT (Rapport de M. A. LENA): *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Marseille,* T. 19, no 5-6, 1946.
5. COPHER: *Annals of Surgery,* **77**: 721, 1923.
6. DELANNOY, DRIESSENS, VERHAEGHE et GAUTIER: *Lille Chirurgical,* 11, sept.-oct. 1947.
7. EWING: *Neoplastic disease,* 3ème édition, Saunders.
8. GREIG: *Edinburgh Med. Journal,* **37**: 237, 1930.
9. GUERNSEY: *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic,* **14**: 694-698 (nov.) 1939.
10. JARRETT et GATCH: *Quart. Bull., Indiana Univ. Med. Center,* **6**: 79-82, oct. 1944.
11. LAWLER, FOX et COHEN: *Am. Journal of Surg.,* **69**: 135-136 (juillet) 1945.
12. LEUDET: *Bull. Soc. Anat. de Paris,* 1853, vol. 28, p. 251.
13. McDONALD: *Arch. of Surgery,* **14**: 1245, 1927.
14. MEUNE et BRIGE: *Arch. of Pathol.,* **22**: 823-828, 1936.
15. PASCOLI: *Archivio Ital. di anat. & Ist. pathol.,* Bologne, vol. 19, no 1-2, 1942.
16. POUS ROCA: *Bol. Med. d. Hosp. inf.,* Mexico, **1**: 37-44 (nov.) 1944.
17. RANSOM et SAMSON: *Annals of Surg.,* **100**: 523-534 (sept.) 1934.
18. RASMUSSEN: *Acta Chir. Scandinavia,* **77**: 61-89, 1935.
19. ROBIN: *J. Anat. et Phys. norm. et pathol.,* 1869.
20. SAUES et KENNY: *Am. Journ. Cancer,* **21**: 795, 1934.
21. SEGERS: *J. A. M. A.,* **80**: 285, 1923.
22. STRAUSS: *Deutsch. Ztschr. f. Chir.,* **213**: 254, 1929.
23. TAVARES et MANGANO: *Ann. d'Anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.,* **6**: 231, 1929.
24. VON STAPELMOHR: *Nord. Med. Arkiv.,* **7**: 21, 1918.

RECUEIL DE FAITS

DE LA PSYCHIATRIE À LA NEURO-CHIRURGIE PAR LA NEUROLOGIE

Roma AMYOT,
Chef du service de neurologie à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

On n'aurait pas cru, il y a quelques mois, que l'épilogue prendrait cette allure, comporterait une issue favorable en passant par la mise en œuvre de tels moyens thérapeutiques. Mais nous devons ajouter sans délai que le malade n'eut pas à regretter la fin heureuse de son affection. Au surplus, il n'exprima jamais d'opinion bien définie sur l'origine et la nature de sa maladie et il fut encore moins en état de montrer sa surprise de la tournure des événements de la dernière heure. Pourtant ils le concernaient à un tel point que sa vie même y était directement rattachée.

Ce malade était, paraît-il, sujet à des maux de tête depuis deux ans. Dans son passé aucune maladie sérieuse n'était venue troubler le cours de ses occupations. Mais, depuis quelques mois, il s'inquiétait de l'état de ses finances, de la condition de sa femme malade. En septembre 1949, il suspendit son travail. Sa céphalée était devenue plus sévère, il se sentait accablé, las; il perdait le sommeil et l'appétit, il s'attristait et ne paraissait ainsi conserver aucun ressort pour surmonter l'abattement moral dont il était l'objet. Aussi fut-il hospitalisé et traité dans un hôpital de Montréal pour un syndrome dépressif dont on ne trouva d'autre origine que les facteurs plus haut mentionnés et d'influence psychogène. D'ailleurs, l'examen somatique n'aurait révélé aucun signe d'organicité et l'examen clinique avait été complété d'investigations courantes de laboratoire. On avait même pris soin, vu la céphalée importante et tenace, de vérifier le fond d'œil; il s'était montré normal, n'offrant, entre autres anomalies possibles, aucun indice de stase papillaire. Aussi n'avait-on pas cru bon d'effectuer une ponction lombaire.

Cette première hospitalisation dura 15 jours; elle ne lui fut d'aucun profit. Et il semble bien que les choses allèrent en s'aggravant jusqu'à la mi-novembre. Le malade ne quittait pas son lit, était devenu gâteux, désorienté et même stuporeux. Nous soulignons en plus qu'on ne pouvait le maintenir en position verticale et l'inciter à marcher, par défaut d'équilibre.

On le conduisit une seconde fois à l'hôpital, et cette fois c'était dans une institution d'une petite ville, à proximité de son village. Il y arriva en état de sommeil pathologique profond qui dura 3 jours et dont il sortit en confusion et inertie psycho-motrice. De là, il fut amené à l'hôpital Notre-Dame.

Le médecin qui l'avait traité lors de sa première hospitalisation, fut très désagréablement surpris de revoir son malade dans une condition aussi lamentable et de gravité réelle, dans un état qui marquait une aussi profonde transformation en regard de ce qu'il avait observé quelques semaines auparavant. Il n'avait sûrement pas envisagé alors une telle évolution. Et nous le comprenons bien, quand tout semblait plutôt montrer les effets psycho-affectifs d'une dépression nerveuse, encore mieux d'une mélancolie d'involution. Il nous demanda donc en consultation.

Nous nous sommes enquis de son passé. On nous apprit qu'il n'eut aucune affection sérieuse, qu'il ne fut l'objet d'aucun traumatisme, d'aucune intoxication.

Et nous étions en présence d'un malade en sommeil pathologique profond, en inconscience dont il était presqu'impossible de le tirer.

L'examen somatique ne révéla aucune par-

ticularité. La pression artérielle était de 120/70, le pouls de 60-68, le cœur normal.

L'examen neurologique par ailleurs fut plus riche de renseignements, car il décela les signes de Babinski et de Rossolimo des deux côtés, l'abolition des réflexes abdominaux et mésentériens, un réflexe photo-moteur paresseux. Les réflexes tendineux étaient symétriques et de qualité normale. Il n'existait pas de signes méningés. L'état du malade ne permit par d'explorer plus avant. Et nous nous empressâmes de demander l'assistance du laboratoire. En fait, celui-ci nous apprit que l'azotémie, la glycémie étaient normales, que le B. W. sanguin était négatif, que l'urine contenait de l'acétone et des cylindres hyalins et du glycose à 4,6 °/₀₀ correspondant à une première glycémie de 2,12 °/₀₀ qui était par ailleurs à 1,10 °/₀₀ deux jours plus tard. En fait, notre collègue et nous-même n'accordâmes aucune importance à cette anomalie passagère. Nous demandâmes une ponction lombaire. L'interne de notre collègue l'effectua; il trouva une pression de 30 mm. et un liquide sanguinolent qu'il attribua au traumatisme par le trocard. Nous étions loin d'être fixé sur l'origine et la nature du syndrome. Nous ne formulâmes aucune opinion diagnostique, nous réservant le privilège d'observer étroitement le malade après lui avoir prescrit une médication de soutien.

Six jours plus tard, le malade était plus éveillé, mais confus et désorienté. L'examen pouvait être complété par une collaboration plus utile. On pouvait constater un léger nystagmus horizontal vers la droite, les épreuves de Barré et de Mingazzini étaient négatives. Il n'existait pas d'incoordination aux épreuves de l'index-nez-oreille. La diadococinésie était bonne, l'audition semblait normale et il n'existait pas d'hémianopsie.

Le malade devint de plus en plus conscient et, deux jours plus tard, poursuivant l'examen, nous trouvons un fond d'œil normal, le malade pouvait écrire d'une calligraphie mal formée et avec certaines anomalies psychographiques. Il n'existait pas d'aphasie ni d'apraxie. Le calcul était bon. Le malade se montrait toujours confus et aspontané. Il manifestait une certaine euphorie, devenait très familier, tutoyant et se permettant certains calembours assez faciles. Il était instable dans son lit y prenant les positions les plus inconfortables et les plus saugrenues. En position verticale, aidé par des aides, il déviait irrésistiblement vers la gauche et en arrière et tombait inévitablement si on ne le soutenait vigoureusement.

Les sensibilités étaient normales. Puis, observant toujours, réexaminant, une semaine après le premier examen, nous crûmes trouver un Barré positif à gauche, un Mingazzini à droite, une chute plus rapide du bras gauche dans la position du serment, une déviation vers la droite de la bouche qui sourit, le malade remuant plus les lèvres du côté droit à l'articulation des mots. Il était jovial, toujours familier.

A vrai dire, nous étions convaincu d'une lésion cérébrale, mais nous étions perplexe quant à la localisation exacte de cette lésion vu la bilatéralité de certains signes neurologiques surtout d'ordre moteur et pyramidal. Nous étions aussi mal assuré de sa nature. Nous risquâmes, cependant, de formuler l'opinion qu'il pourrait s'agir d'une lésion frontale justifiée par le syndrome mental et par l'atasie-abasie couplée à la déviation sévère vers la droite et en arrière. De quel côté cette lésion frontale? Peut-être bien du côté droit, si on donnait l'importance sémiologique au plus grand nombre de signes déficitaires moteurs du côté gauche.

Une pneumoencéphalographie nous parut très opportune pour aider à résoudre ce problème neurologique. D'autant plus que cette investigation allait nous instruire une fois de plus sur le liquide céphalo-rachidien et sur les conditions endocraniennes.

Dès l'introduction du trocart, la pression se montra à 60 mm. donc en hypotension. Mais, qui plus est, il était franchement xanthochromique et son albuminose était de 0 gramme 90 °/₀₀.

Une partie du problème semblait se résou-

dre: nous étions en droit de croire à un hématome sous-dural. La pneumoencéphalographie pourrait nous révéler son siège. Sur le champ nous injections 30 cc d'oxygène. A notre grande déception, aucune trace d'oxygène dans les ventricules et aucun indice radiographique utile par ailleurs.

Nous décidâmes donc de confier le malade au docteur C. Bertrand, neuro-chirurgien, en vue d'une ventriculographie, car il s'agissait encore, avant d'intervenir, de connaître exactement le côté de l'endocrâne où se trouvait l'hématome suspecté.

La ventriculographie visualisa une déviation du septum lusidum de 4 millimètres vers la droite, les ventricules latéraux étaient petits, le gauche un peu plus grand, non déformés. Le troisième ventricule était dévié vers la droite, dirigé obliquement de haut en bas et de droite vers la gauche. L'aqueduc de Sylvius et le 4e ventricule n'étaient pas injectés. Le docteur J.-L. Léger, radiologiste, conclut de cela qu'il existait une lésion expansive de l'hémisphère cérébral gauche. Ces renseignements d'importance majeure ne confirmaient pas notre impression clinique sur la localisation de la lésion expansive. Mais la participation bilatérale du syndrome neurologique nous avait laissé hésitant et sur ce point nous avions raison d'être réservé. La preuve était cependant donnée par l'investigation ventriculographique. Mais s'agissait-il bien d'un hématome? Le docteur Bertrand voulut s'en rendre compte en procédant à une artériographie cérébrale au diodrast. Il pouvait maintenant d'autant mieux procéder avec sûreté, que la ventriculographie préalablement effectuée lui indiquait maintenant le côté où il devait injecter la carotide. Le cliché latéral ne révéla pas l'anomalie vasculaire. Sur le cliché AP, il fut constaté que les vaisseaux corticaux étaient éloignés de la table interne d'environ 2 centimètres, la cérébrale antérieure étant déplacée vers la droite. Et le docteur Léger conclut que ces constatations lui faisaient porter le diagnostic d'hématome sous-dural gauche.

* * *

Cette histoire d'un malade, dont le début fut marqué d'un diagnostic de mélancolie et dont le cours aboutit à la découverte d'un hématome sous-dural eut son épilogue logique entre les mains du neuro-chirurgien. Il trouva un hématome organisé étendu du lobe frontal au lobe pariétal ayant environ un pouce d'épaisseur. L'examen anatomo-pathologique du tissu enlevé confirma qu'il s'agissait bien d'un hématome en voie d'organisation, entouré d'une capsule scléreuse épaisse qui contenait des macrophages à pigments ferrugineux, tel que le rapporta le docteur Claire Gélinas-Mackay du laboratoire d'anatomie pathologique de Notre-Dame.

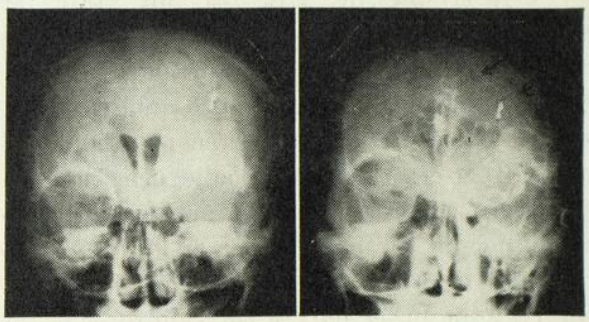


Fig. 1. — Ventriculographie — Déplacement du système ventriculaire vers la droite.

Fig. 2. — Artériographie cérébrale à gauche. — Déplacement vers la droite de la cérébrale antérieure. Les artères de la corticalite sont refoulées par l'hématome sous-dural.

Le malade quitta l'hôpital 22 jours après l'opération, sur ses deux pieds, en bonne voie de guérison, après une période assez mouvementée d'inconscience, d'agitation, de confusion et d'épilepsie jacksonienne. La pression intracranienne demeura très basse durant cette période postopératoire jusqu'au départ du malade.

* * *

L'hématome sous-dural est d'origine traumatique dans 74% des cas, d'après les compilations de Groff et Grant, comportant 223 observations, ce qui donne un pourcentage de 26% pour l'hématome spontané. L'hématome de notre malade entrerait dans cette dernière

catégorie. A cet effet, on doit se rappeler que l'attention médicale a été portée sur l'étiologie traumatique prédominante de l'hématome sous-dural, plus particulièrement depuis le travail de Trotter en 1914, et que le point de départ de l'hémorragie se trouve, soit dans la couche interne de la dure-mère où siège un plexus capillaire, soit plus vraisemblablement aux veines perforantes allant de la dure-mère vers les couches plus profondes et plus précisément vers le sinus longitudinal supérieur (Gardner-Leary). Ces veines perforantes se rupture raient dans l'espace sous-dural sous l'effet du déplacement subit du cerveau lors du choc traumatique. L'hématome se constitue, il s'entoure rapidement d'une membrane interne et externe, les protéines de l'hématome se désintègrent amenant une pression osmotique élevée. La membrane interne devient membrane dialisante entre cette solution concentrée et le liquide céphalo-rachidien, ce dernier dialisé donc vers l'hématome, ce qui constitue le facteur important de son expansion. Cette hypothèse de Gardner est vraisemblable et explique bien l'augmentation ultérieure du volume de l'hématome.

Le liquide céphalo-rachidien est xanthochromique comme celui de notre malade dans environ 60 pour cent des cas d'hématome sous-dural et ce caractère devient important en vue du diagnostic. D'autre part, il n'est pas toujours hypertendu; il peut même être en hypotension comme dans le cas dont il s'agit ici. Il serait, en fait, de pression non augmentée dans un tiers des cas. Il arrive très souvent que la pupille homolatérale à l'hématome soit dilatée, soit dans environ 60% des cas, signe qui peut être éventuellement appréciable pour situer la lésion d'un côté ou de l'autre.

Enfin, les troubles mentaux sont un phénomène clinique d'une fréquence impressionnante dans l'hématome, soit dans 90% des 75 cas de Voris, comportant de la confusion allant jusqu'à la stupeur et au coma. Une particularité de ces accidents mentaux est leur variabilité d'intensité dans le temps, se montrant en effet d'une journée à l'autre légers ou profonds sans qu'intervienne l'action apparente d'aucun facteur déterminant un tel changement.

* * *

Notre malade est un bel exemple de ce que peut découvrir la neurologie dans le champ de certains syndromes psychiatriques et ce que peut y accomplir la neuro-chirurgie.

BIBLIOGRAPHIE

H. C. VORIS: « Subdural hematoma. » *Surgery*, **8**: 99 (juillet) 1945.

Robert A. GROFF et Francis GRANT: « Chronic subdural hematoma. » *International abstracts of surgery*, **79**: 9, 1942.

W. TROTTER: « Subdural hemorrage of traumatic origin and its relation to pachymeningitis hemorragica interna. » *Brit. I. Surg.*, **2**: 771, 1914.

R. I. COBLENTZ: « Chronic subdural hematoma, acute and chronic with some remarks about treatment. » *Surgery*, **4**: 211, 1938.

ABSENCE CONGÉNITALE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Paul LABBÉ et **Antoine PETTIGREW, F.A.C.S.,**
Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec.

L'absence congénitale de la vésicule biliaire chez l'homme est un fait digne d'attirer l'attention bien que cette anomalie ait été décrite déjà à quelques reprises dans la littérature médicale.

Alors que la vésicule est absente normalement chez certains animaux et qu'elle est ou présente ou absente dans une proportion à peu près égale chez plusieurs espèces animales, son agénésie dans l'espèce humaine est considérée comme rare.

Cette anomalie se voit fréquemment associée à d'autres défauts congénitaux tels que malformation du palais, des oreilles, la présence de rates surnuméraires, d'un megacôlon, d'une imperforation anale, etc.

L'anatomie comparative nous apprend que, chez l'embryon de rat et de pigeon, le diverticule vésiculaire existe mais disparaît au cours de sa croissance. L'agénésie vésiculaire est de règle chez la girafe, le chameau, l'éléphant.

Selon Mentzer, la vésicule est inexistante chez 36 espèces de mammifères comprenant la chèvre, le cerf, le rat, le rhinocéros, le pécari, la baleine, l'hyrax, le cheval, l'âne et le mulet. Cette malformation se retrouve chez 17 espèces de poissons et 9 espèces d'oiseaux dont le pigeon et la colombe.

Il est intéressant de noter qu'à l'exception de la baleine, les mammifères qui ne possèdent pas de vésicule sont à prédominance végétariens et que leurs graisses se font aux dépens des hydrates de carbone.

FRÉQUENCE

Courvoisier fut le premier en 1890 à tirer de la littérature 25 cas d'absence congénitale de la vésicule décrits avant ce temps.

J. O. Bower, en 1928, en rapporte 35 cas dont un personnel. Max Dansis, en 1935, compléta le travail de Bower en ajoutant 27 cas à cette série, ce qui portait le nombre à 96. Depuis Dansis, plusieurs auteurs se sont intéressés à cette question dont Dixon et Lichtman qui, en 1945, réussirent à relever 50 cas parus avant 1900 et auxquels ils ajoutèrent dix autres cas parus après cette date. On pourrait mentionner aussi une revue de 71 cas présentés par Latimer, Mendez et Hage, dont trois leur étaient personnels.

Dans une série de 7 919 autopsies rapportées par Smith, Hall, Mentzer et Nagel, 6 cas d'absence congénitale de la vésicule furent notés, ce qui donne une incidence de 0,075%. Kirshbaum en trouve 1 cas sur 3 661 autopsies, soit un pourcentage de 0,03. D'après Falmadge sur 18 350 autopsies l'incidence est de 0,065%.

De toutes ces statistiques nous devons donc conclure avec ces auteurs à la rareté de cette malformation.

SEXES ET RACES

Nous trouvons que l'absence de la vésicule est deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme et ce taux correspond à celui de la cholélithiase dans les deux sexes.

De tous les travaux parus sur le sujet aucun ne fait mention de races ni de pays.

PATHOGÉNIE

Les causes pouvant expliquer cette anomalie sont multiples et des auteurs différents ont incriminé à tour de rôle la syphilis, l'inflammation catarrhale du tractus biliaire, la péritonite fœtale, les toxines maternelles et même certains facteurs mécaniques. Deux théories cependant méritent d'être mentionnées et toutes deux sont en rapport avec le développement embryonnaire du foie et des voies biliaires.

D'après Keibel et Mall, auteurs américains, et Branca, auteur français, l'ébauche du foie

est indiquée chez l'embryon humain de 4 mm. par une gouttière émanée de la face antérieure du duodénum. Cette gouttière constitue le conduit hépatique primitif. Plus tard le conduit hépatique paraît s'être divisé en deux parties accolées, l'une crâniale très longue donne le bourgeon hépatique; l'autre caudale, plus petite n'est autre que le bourgeon cystique et vésiculaire. Sur l'embryon de 7,5 mm. la paroi antérieure du duodénum s'invagine en quelque sorte. Elle constitue un pédicule large et court qui représente l'ébauche du cholédoque. Ce canal recevra par l'une de ses extrémités le canal cystique et le canal hépatique.

Une première théorie met en cause un défaut de développement du bourgeon cystique et vésiculaire, d'où absence de la vésicule et du cystique. Le trouble peut intéresser ou non le bourgeon de l'hépatique et du cholédoque.

Une deuxième théorie est basée sur le fait que les canaux biliaires passent successivement par une phase de bourgeon creux, suivie d'une phase solide et enfin de recanalisation. Les partisans de cette théorie invoquent un défaut de passage du stage solide au stage canaliculaire. La présence d'un résidu solide à l'opération ou à l'autopsie favoriserait cette hypothèse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les traités de pathologie sont avares de détails sur cette anomalie, et aucun ne la décrit de façon classique. Nous nous voyons donc contraints d'extraire, des différentes revues sur le sujet, les constatations opératoires et autopsiques afin d'établir les variantes anatomiques de cette malformation.

Latimer, Mendez et Hage, dans une étude faite tant sur des sujets opérés qu'à l'autopsie, rapportent les constatations suivantes.

1 — *Cas opérés au nombre de 34.*

Absence de la vésicule	34
Absence du cystique	15
Cholédoque mentionné	18
a) Dilaté et contenant des calculs	11
b) Normal	7
Foie décrit	13
a) Atrophique	3
b) Lobe de Riedel hypertrophié	1
c) Absence totale de lobe gauche	1

2 — *Cas trouvés à l'autopsie au nombre de 37*

Absence du cystique	18
Cholédoque dilaté	4
Cholédoque contenant des calculs	1
Foie atrophique	7
Foie hypertrophique	3
Lobe quadrangulaire indistinct	2
Lobe quadrangulaire absent	1
Pas de séparation entre les deux lobes	1

Voici les constatations d'une étude de 96 cas, faite par Dansis

Absence de vésicule	38
Absence de vésicule et du cystique	26
Absence de vésicule et de canaux hépatiques	15
Pas de vésicule mais un calcul hépatique conduisant au duodénum	2
Pas de vésicule, de cystique, ni cholédoque mais deux canaux hépatiques séparés	1
Petite vésicule intra-hépatique	2
Vésicule rudimentaire	6
Absence du lobe gauche du foie	1

SYMPTOMATOLOGIE

Il n'existe aucun groupe de symptômes de valeur certaine pouvant déceler une absence de vésicule biliaire.

Les troubles prennent habituellement la forme de dyspepsie avec intolérance pour les graisses. Il existe parfois, chez certains sujets, des crises douloureuses paroxystiques dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen, avec irradiation de l'omoplate du même côté. L'ictère se retrouve occasionnellement.

Cependant, dans un grand nombre de cas, la malformation est une trouvaille opératoire ou d'autopsie, sans que l'on puisse noter cliniquement aucun signe d'insuffisance hépato-vésiculaire.

TABLEAU SYNOPTIQUE DE CINQ CAS OPÉRÉS

Auteur	*Age Sexe*	*Symptômes et durée.*	*Ans*	*Diagnostic préopér.*	*Motif de l'opération*	*Constatations opératoires*	*Preuve*
Emmert 1931	20 F	Douleur à la région droite de l'abdomen.	3	Syndrome appendico-biliaire.	Troubles hépato-biliaires.	Pas de vésicule. Canaux biliaires normaux. Foie augmenté de volume et rouge.	Non R. X.
Melville 1937	48 F	Douleur épigastrique, ictère, vomissements.	7	Cholécystite chronique.	Maladie de la vésicule.	Absence de la vésicule.	Non R. X.
Meyer 1929	21 M	Sclérotique, sub-ictérique, malaises épigastriques et douleur.	5	Cholécystite.	Maladie de la vésicule.	Absence de la vésicule. Bande scléreuse entre la situation normale de la vésicule et le duodénum.	Non R. X.
Robertson et Bower 1945	45 M	Douleur post-brandiale, ictère et selles blanches.	2	Cholécystite et obstruction du cholédoque.	Maladie de la vésicule.	Absence de la vésicule et du cystique. Adhérences importantes à l'endroit de la vésicule.	Oui à l'autopsie
Dansis 1935	53 F	Vomissements, douleur dans le quadrant supérieur droit avec irradiation dans le dos.	3 mois	Cholécystite calculeuse.	Maladie de la vésicule.	Absence de la vésicule et du cystique. Cholédoque dilaté et contenant des calculs.	Preuve à l'autopsie.

TABLEAU SYNOPTIQUE DE CINQ CAS TROUVÉS À L'AUTOPSIE

Auteur	*Age Sexe*	*Symptômes*	*Constatations à l'autopsie.*	*Preuves.*	*Remarques*
Gordon et Dragutsky 1942	76 M	Symptômes urinaires, anorexie et constipation.	Absence de la vésicule et du cystique. Cholédoque dilaté à 1 cm. de diamètre.	Sections microscopiques du foie.	
Hoffman et Jackson 1910	65 F	Pneumonie.	Absence de la vésicule et du cystique. Cholédoque dilaté.	Etude macroscopique seulement.	
Mackmull 1930	57 M	T. B. pulmonaire, constipation et nausées.	Absence de la vésicule et du cystique.	Lipiodol rétrograde, injection du foie.	Examen rétrograde des canaux biliaires chez le cadavre.
Miller 1936	84 M	Insuffisance cardiaque.	Absence de la vésicule. Cystique obstrué et situé dans du tissu fibreux. Lobe quadrangulaire indistinct.	Etude macroscopique seulement.	Vestiges du canal cystique.
Dixon 1945	74 M	Malaises épigastriques. Diabète.	Absence de la vésicule. Cholédoque normal. Foie normal.	Etude macroscopique seulement.	

Dixon et Lichtman, dans une revue de 60 cas, divisent ceux-ci en trois groupes.

Le premier groupe comprend les cas où les patients sont des enfants. Dans ce groupe l'ictère est le symptôme commun et l'absence de la vésicule est trouvée à l'autopsie.

Le second groupe comprend les patients allant de l'enfance à 45 ans. La mort dans ce groupe résulte souvent d'une affection pulmonaire et l'anomalie est trouvée habituellement à l'autopsie.

Enfin 73% du groupe des patients après 45 ans présentent des symptômes de cholécystite et la découverte est opératoire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic ne semble jamais avoir été fait cliniquement.

Le tableau synoptique suivant, présentant cinq cas opérés et cinq autres cas où le diagnostic fut fait à l'autopsie, met bien en évidence la variabilité des symptômes et l'impossibilité du diagnostic clinique.

COMMENTAIRES

Lorsqu'un patient présente des troubles se rapportant à une maladie de la vésicule nous devons porter une attention particulière à la cholécystographie. Le défaut de remplissage de la vésicule après absorption de substance opaque, signe évident de dysfonctionnement vésiculaire, peut exceptionnellement être dû à l'existence d'une vésicule rudimentaire ou à une absence totale de vésicule.

Dans plusieurs des cas rapportés par Dansis la preuve d'une absence de la vésicule n'est pas établie d'une façon certaine. Le diagnostic fut fait à l'ouverture du ventre et le chirurgien dit avoir été incapable de trouver la vésicule. Nous devons avoir présent à l'esprit qu'une telle constatation ne veut pas dire nécessairement absence du viscère.

Dans certains cas cette difficulté opératoire est due à des adhérences inflammatoires importantes couvrant la vésicule, qui souvent est réduite au volume d'un petit canal fibreux à la suite des poussées successives de cholécystite.

La situation intra-hépatique de la vésicule, bien que d'une rareté extrême, doit aussi être envisagée lorsque le chirurgien malgré une dissection soigneuse ne peut mettre en évidence le viscère.

Il est possible que plusieurs des cas rapportés dans la littérature médicale comme agénésie vésiculaire fussent en réalité des cas de la vésicule intra-hépatique. Cette hypothèse fut même prouvée à quelques reprises dans le passé alors qu'une radiographie ou une réopération mit en évidence une vésicule en situation anormale.

Dans un tel cas une cholécystographie postopératoire montrait une opacité en forme de saucisse dans la région hépatique. Dans un autre, deux chirurgiens compétents, à l'ouverture du ventre, firent le diagnostic d'agénésie de la vésicule. Deux semaines après l'intervention les mêmes troubles réapparurent, et le diagnostic de cholédocoduodénite ou de pancréatite fut posé.

Après réadmission du patient à l'hôpital l'épreuve de Meltzer Lyon montra trois spécimens de bile de coloration différente: A.B.C.

Ce patient aurait donc eu une vésicule située profondément dans le foie ce qui expliquerait l'impossibilité pour le chirurgien de la localiser.

Kehr rapporte quatre cas semblables. Dans le premier le diagnostic d'absence de la vésicule fut fait à l'opération mais, dans la suite, des crises de colique hépatique réapparurent. Deux ans plus tard le patient fut réopéré, le foie excisé, et le chirurgien trouva une vésicule enfouie profondément et contenant deux calculs.

Instruit de cette expérience il procéda de la même façon dans trois autres cas et fit les mêmes constatations.

Dans un de ces cas il y eut une hémorragie profuse qui menaça la vie du patient.

Cependant à l'opération il y a peu d'autres moyens sûrs de mettre en évidence la présence d'une vésicule intra-hépatique, car la ponction

est aveugle et peut retirer une bile venant d'un canal biliaire dilaté. Nous parlerons plus loin de la visualisation rétrograde des canaux biliaires.

Mauro met en garde contre toute cholécystectomie intra-hépatique à cause de ce danger d'hémorragie incontrôlable.

Il est intéressant de noter que la grande majorité des vésicules intra-hépatiques contiennent un ou plusieurs calculs.

Pour des raisons évidentes, un diagnostic pré-opératoire d'absence congénitale de vésicule est donc extrêmement difficile sinon impossible.

La visualisation du tractus biliaire par les rayons X est la meilleure méthode connue jusqu'à présent. L'efficacité de ce test quand il est bien fait est de 90 à 95%.

Cependant, lorsque cette méthode ne produit pas d'ombre vésiculaire, l'absence de la vésicule est un fait si rare que cette anomalie n'est pas soupçonnée.

Quand une absence de la vésicule est constatée à l'opération, l'hypothèse d'une vésicule intra-hépatique doit être éliminée. Ceci peut se faire par la cholégraphie rétrograde. Ce procédé n'est rapporté que trois fois dans la littérature. Mackmull injecta les canaux biliaires chez le cadavre. Drenckhaln, Rogers, Dixon et Lichtman illustrèrent l'emploi de cette méthode chez le patient.

Ce procédé de visualisation rétrograde du tractus biliaire fut réussi de façon satisfaisante dans un cas et aucune évidence de vésicule ou de cystique ne fut notée.

Observation.

Raison d'entrée

Une demoiselle âgée de 44 ans se présente à l'hôpital de l'Enfant-Jésus le 25 novembre 1949, se plaignant de pesanteur à l'hypochondre droit, de nausées, vomissements, céphalée.

Maladie actuelle

Les troubles débutèrent environ quinze ans auparavant sous forme de pesanteur à l'hypochondre droit survenant après ingestion d'un repas gras.

Peu à peu apparurent des crises douloureuses d'intensité modérée, s'accompagnant de nausées, de vomissements bilieux, d'ictère léger avec selles pâles et urines hypercolorées aux dires de la malade. La douleur à l'hypochondre s'irradie à l'omoplate homonyme.

La patiente se plaint aussi de céphalée fréquente, de somnolence post-prandiale et de constipation habituelle.

Examen subjectif

L'examen subjectif des autres systèmes ne révèle rien de particulier.

Examen physique

Il est négatif sauf que la palpation de la région vésiculaire révèle un point douloureux.

Antécédents personnels

La malade a fait une typhoïde, à l'âge de 14 ans, et une tuberculose pulmonaire, à l'âge de 40 ans, qui nécessite une cure de deux ans dans un sanatorium.

Evolution:

En relevant l'ancien dossier de la patiente nous trouvons que, lors d'une hospitalisation antérieure pour prurit vulvaire, une consultation fut faite en médecine pour troubles digestifs.

Le diagnostic posé alors est celui de dyspepsie hépato-biliaire. Une cholécystographie faite à cette date (8-9-47) ainsi qu'un Sandstrohm donna une vésicule non visualisée.

A sa dernière hospitalisation une nouvelle cholécystographie de contrôle ainsi qu'un Sandstrohm donnent encore le même résultat.

L'intervention est alors proposée et acceptée.

A l'ouverture du ventre on trouve un foie grisâtre, basculé en avant avec un péritoine présentant de multiples adhérences.

Il n'existe pas de lit vésiculaire ni de vésicule si ce n'est un petit vestige de moignon de cystique. Le cholédoque est très friable un peu dilaté. Il est exploré et ne contient pas de calcul.

Le diagnostic posé est alors celui d'absence probable de vésicule, ainsi qu'un état assez important d'hépatite et d'angiocholite.

Après exploration des voies biliaires un tube de drainage est laissé en place.

Les suites opératoires furent normales et la patiente quitta l'hôpital quinze jours plus tard.

Résumé

Nous avons présenté un cas d'absence congénitale de vésicule biliaire trouvée à l'opération, ainsi que des considérations générales sur le sujet.

Nous attirons l'attention sur la possibilité d'une vésicule intra-hépatique et sur la valeur de la cholangiographie à la table d'opération afin d'éliminer cette hypothèse.

La symptomatologie est variable et le diagnostic pré-opératoire est impossible.

BIBLIOGRAPHIE

1. R. E. GROSS: « Congenital Anomalies of the Gallbladder. » *Arch. Surg.*, **32**: 131-162, 1936.

2. G. G. FINNEY et J. K. OWEN: « The Surgical Aspect of Congenital Absence of the Gallbladder. » *Am. Surg.*, **115**: 736-744, 1942.

3. L. VILLAREAL: « Congenital Absence of the Gallbladder. » *Annals of Surgery*, **127**: 475-750, 1948.

4. W. C. GORDON et D. DROGUTSKY: « Congenital Absence of the Gallbladder and Cystic Duct. » *J. Lab. and Clin. Med.*, **27**: 594-597, 1942.

5. F. K. FALMADGE: « Congenital Absence of the Gallbladder. » *Arch. Path.*, **26**: 1060-1062, 1938.

6. C. F. DIXON et A. L. LICHTMAN: « Congenital Absence of Gallbladder. » *J. A. M. A.*, **114**: 1514-1517, 1940.

7. J. O. BOWER: « Congenital Absence of Gallbladder. » *Annals of Surgery*, **88**: 80-90 (juillet) 1928.

8. J. D. KIRSHBAUM: « Congenital absence of Gallbladder and Extrahepatic Duct. » *Am. J. Dis. Child*, **47**: 1080-1086 (mai) 1934.

9. J. K. MILLER: « Congenital Absence of Gallbladder. » *Amer. J. Surg.*, **33**: 315-316 (août) 1936.

10. G. MACKMULL: « Congenital Absence of Gallbladder in Man. » *Annals of Surgery*, **91**: 789-792 (mai) 1930.

11. C. H. DRENCKHALM et J. C. F. ROGERS: «Congenital Absence of Gallbladder. » *Rev. Gastro-enterol.*, **10**: 128-130 (mars-avril) 1943.

12. BEST et TAYLOR: *Physiologie Basis of Clinical Practice*. 3e édition.

13. M. DANSIS: « Congenital Absence of Gallbladder. » *Am. J. Surg.*, **29**: 202-207 (août) 1935.

14. J. J. HOFFMAN et J. A. JACKSON: « Congenital Absence of the Gallbladder. » *New York Medical J.*, **91**: 338, 1910.

UN CAS DE MALADIE DE LUTEMBACHER

L.-Léon LEBEL et **Ghislaine GILBERT**,
Hôtel-Dieu de Montréal.

Nous rapportons un cas de maladie de Lutembacher, d'une part, pour faire un rappel de ce syndrome consistant en la coexistence d'une sténose mitrale et d'un défaut du septum auriculaire, se présentant assez fréquemment et, d'autre part, parce que le diagnostic est souvent difficile à établir, lorsque nous voyons le malade à la période terminale de la maladie.

Observation clinique.

Mme A.M., 63 ans, admise à l'hôpital le 25 septembre 1949, se présente avec l'histoire suivante:

Le 19 septembre 1949, la malade se plaignit d'une douleur lancinante entre l'omoplate et la colonne vertébrale, avec température à 101°, toux et expectorations rougeâtres et dyspnée. Dans les jours qui suivirent, la température monta à 103°, pendant que la dyspnée s'accentuait et s'accompagnait de cyanose. Au cœur, on notait une tachy-arythmie complète. La malade fut digitalisée et reçut pénicilline, etc. A son arrivée à l'hôpital, le 25 septembre 1949, la malade présente les mêmes symptômes mais la température est redevenue normale, la tachy-arythmie est remplacée par du bigéminisme avec fréquence à 52/min.

Dans les antécédents, on relève une hospitalisation en 1947, pour ménorragie secondaire à une métrite atrophique. Au cours de cette hospitalisation, on avait noté: 1° Une hypertrophie cardiaque — une arythmie complète — un gros souffle systolique avec maximum à la pointe. 2° Une hépatomégalie. 3° Des varices aux membres inférieurs. Les analyses de laboratoire étaient normales, il n'y avait pas eu d'autres examens complémentaires.

Comme antécédents familiaux: père et mère morts de cardiopathie. Frères et sœurs bien portants.

La malade a toujours eu des habitudes de vie régulière. Au repos depuis quelques années, elle suit une diète hypo-graisseuse et hypo-azotée.

Subjectivement: La malade se plaint de céphalée, de nervosité pour laquelle elle prend des sédatifs depuis des années. Au point de vue cardio-vasculaire, elle présente de la dyspnée au moindre effort avec cyanose, des palpitations, un œdème intermittent aux membres inférieurs pouvant être secondaire à des varices importantes. On note aussi des troubles digestifs: anorexie, nausées et gonflement après les repas, constipation opiniâtre avec un amaigrissement progressif. Oligurie depuis quelques mois.

Dans les antécédents gynécologiques de la malade, on relève dix grossesses normales et deux fausses-couches. Ménopausée à 40 ans, la malade présente des méno-métrorragies depuis deux ans. Une biopsie de la muqueuse utérine a révélé qu'il s'agissait de métrite atrophique.

Examen objectif:

Apparence générale: malade décharnée, de stature moyenne et présentant une ossature frêle; elle est hyperémotive et dyspnéique.

Tête: cyanose des lèvres et des pommettes.

Cou: jugulaires turgescentes présentant un double battement systolique et diastolique.

Thorax: seins atrophiques, thorax décharné, la cage thoracique se soulève avec chaque battement cardiaque.

Poumon: percussion — sub-matité à la base gauche, matité à la base droite. Auscultation — râles de congestion au niveau des deux plages pulmonaires. Diminution du murmure vésiculaire, à la base droite.

Cœur: la pointe est abaissée et bat au niveau du 7e espace intercostal gauche, bien

en dehors de la ligne médio-claviculaire, près de la ligne axillaire antérieure. Choc étalé de la pointe — thrill au niveau du 3e espace intercostal s'étendant à la pointe. Claquement du 2e bruit au foyer pulmonaire — bigéminisme — fréquence cardiaque 58/min. T.A. 128/68.

Abdomen: légère circulation collatérale — foie augmenté de volume, dépassant les fausses côtes de 4 travers de doigt, douloureux à la pression. Pouls hépato-jugulaire.

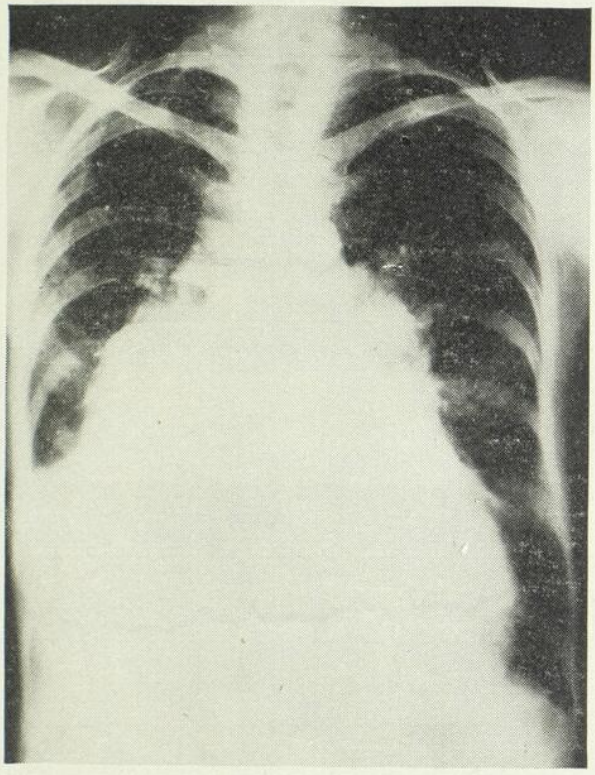


Fig. 1. — Radio pulmonaire.

Membres: inférieurs — œdème plus marqué à droite avec présence de varices importantes.

Analyses de laboratoire:

Cytologie: GR 3 820 000; HB 70%; GB 5 200; VG 0.91; Sédimentation: 7; Prothrombine: normale; Azotémie: normale; Kahn: négatif; Urines: normales.

Radiographie:

Poumons: les deux plages pulmonaires sont très congestionnées surtout à droite. Epanchement à la base droite. Les artères pulmonaires sont augmentées de calibre et le cœur est beaucoup plus gros que normalement. Cette augmentation de volume semble porter sur toutes les cavités cardiaques.

Conclusion: cardiopathie décompensée. (Dr Marcel Longtin)

Electrocardiogramme:

1) Fibrillation des oreillettes.

2) Bloc de la branche droite du faisceau de His.

3) Déviation de l'axe électrique à droite (Dr R. Lefebvre)

Evolution: la malade semblait s'améliorer. Après cessation de la digitale, la fréquence cardiaque était de 70/min. mais l'arythmie complète persistait. La malade décéda subitement le 29 septembre 1949, au cours de son petit déjeûner, soit quatre jours après son hospitalisation.

Le diagnostic clinique était le suivant: maladie mitrale avec fibrillation auriculaire et insuffisance cardiaque, à prédominance ventriculaire droite.

L'examen post-mortem nous révéla une maladie de Lutembacher.

Rapport anatomo-pathologique:

Endocardite fibro-plastique rhumatismale de la mitrale avec maladie mitrale.

Persistance du trou de Botal.

Enorme dilatation du cœur droit.

Hypertrophie du ventricule droit.

Poumons, foie, reins, rate: cardiaques.

Petit hydro-thorax bilatéral.

Petit hydro-péricarde 150 cc.

Ascite (200 cc.).

Arthrite hypertrophique. (Dr Gareau et Riopelle)

Cœur — ventricule droit — 1 centimètre; ventricule gauche — 1 centimètre; valvule mitrale — 8 centimètres; valvule tricuspide — 22 centimètres; valvule pulmonaire — 11,5 centimètres.

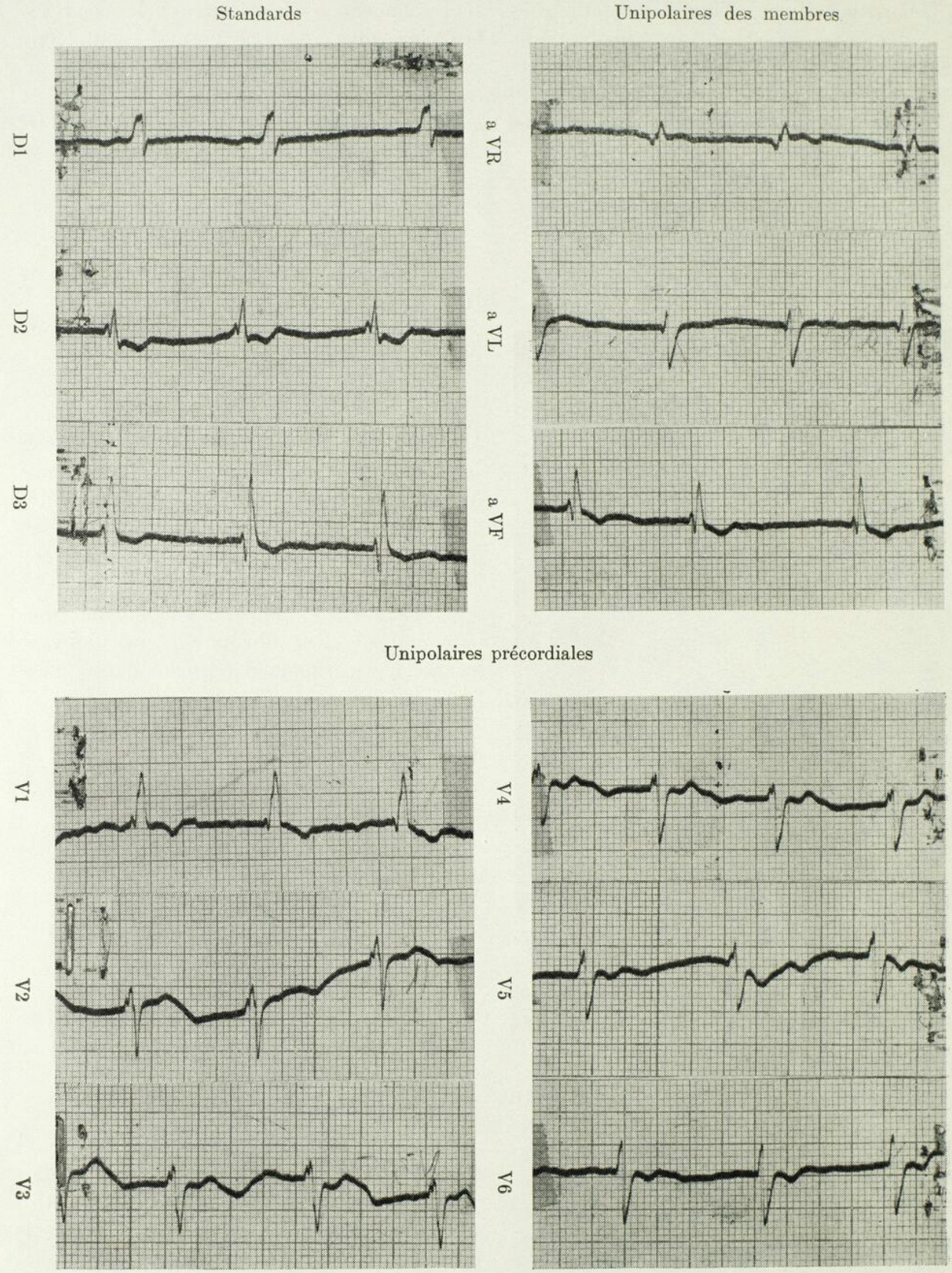


Fig. 2. — Madame A. M..., 63 ans — Electrocardiogramme.

COMMENTAIRES:

Définition: Le syndrome de Lutembacher consiste dans un défaut du septum inter-auriculaire coexistant avec une sténose mitrale congénitale ou acquise.

Historique: dans la littérature médicale, le premier cas a été publié par Martineau en 1865. En 1933, McGinn et White en relèvent 23 cas. Plusieurs auteurs rapportèrent par la suite des cas analogues.

Etiologie: l'ouverture dans le septum est habituellement assez grande (2 à 3 cms de diamètre) et localisée près du foramen ovale. Il peut s'agir d'une persistance du trou de Botal ou encore d'un arrêt dans la croissance du septum primum. Cette condition isolée qui existe dans 5 à 25% des cas selon Helen Taussig ne doit pas être considérée comme une véritable malformation. Aussi longtemps que la pression dans l'oreillette gauche est égale à celle de l'oreillette droite, le cours de la circulation est normal. — La sténose mitrale peut être congénitale ou acquise. Elle cause une augmentation de pression dans l'oreillette gauche.

Fréquence: le syndrome de Lutembacher est une des cardiopathies congénitales les plus fréquentes. Il se rencontre surtout chez la femme.

Physio-pathologie: après la naissance, les pressions auriculaires étant égales, le courant sanguin normal est maintenu, même s'il y a un défaut du septum auriculaire. Avec une sténose mitrale surajoutée, le sang passe forcément de l'oreillette gauche à l'oreillette droite, puis va vers le circuit pulmonaire. Alors le travail du cœur droit est augmenté pendant que le débit du sang est réduit au minimum dans la grande circulation. Conséquemment on a une dilatation et une hypertrophie du ventricule et de l'oreillette droites, tandis que le ventricule gauche est petit.

Malgré la sténose mitrale, l'oreillette gauche est ordinairement de volume normal ou légèrement augmentée, parce que le courant sanguin, bien qu'obstrué au niveau de l'orifice mitral, va librement à travers l'ouverture du septum auriculaire. L'artère pulmonaire est augmentée de volume et dilatée de même que ses branches. L'aorte est souvent hypoplasique.

Signes subjectifs: Il peut n'y avoir aucun symptôme précis durant toute la vie.

Les sujets sont ordinairement frêles, peu développés avec peau fine et ossature fragile. Avec la croissance et les mauvaises conditions de vie, surtout à la suite d'infections respiratoires, des signes tels que dyspnée d'effort, palpitations, fatigabilité apparaissent.

La défaillance du cœur droit qui se manifeste plus ou moins tardivement, donne de l'œdème, un foie hypertrophié, de l'ascite, des hydro-thorax, etc. Au cours de cette maladie, on ne rencontre ordinairement pas de cyanose, car la circulation du sang va du côté artériel au côté veineux du cœur. Une cyanose terminale ou tardive peut cependant apparaître, si la pression dans l'oreillette droite dépasse celle de l'oreillette gauche, par suite de complications pulmonaires, ou de la défaillance cardiaque. On ne rencontre pas de doigts hippocratiques.

Signes objectifs: Dans la maladie de Lutembacher on observe un pouls petit et une P.A. basse, car il y a peu de sang, dans la grande circulation. Les veines cervicales se dilatent. On peut avoir une déformation du côté gauche du thorax due à la pression du ventricule droit contre la paroi. Le cœur est énorme et globuleux. La pointe est déplacée vers le bas et en dehors. L'augmentation de l'oreillette droite donne une matité, à droite du sternum. On peut avoir un thrill au niveau du foyer pulmonaire. A l'auscultation on perçoit parfois un souffle systolique au même niveau ou bien à la pointe. Dans les cas avancés on peut avoir un souffle diastolique d'insuffisance pulmonaire avec claquement du 2e bruit. Dans au moins un tiers des cas on entend le roulement pré-systolique de la sténose mitrale, mais Lutembacher insiste sur la faiblesse du roulement pré-systolique attribuable au petit

volume de l'ondée sanguine qui pénètre dans le ventricule gauche. Le diagnostic est difficile à établir par l'auscultation, car les souffles sont inconstants et ne sont pas toujours caractéristiques.

Les radiographies nous révèlent une saillie de l'arc pulmonaire, une grande dilatation de l'oreillette et du ventricule droits, une aorte petite avec une oreillette gauche normale ou peu dilatée. On a aussi une augmentation des ombres hilaires, car dans le syndrome de Lutembacher les branches de l'artère pulmonaire sont dilatées.

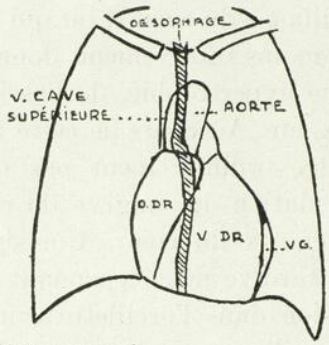


Fig. 3. — Cœur normal.

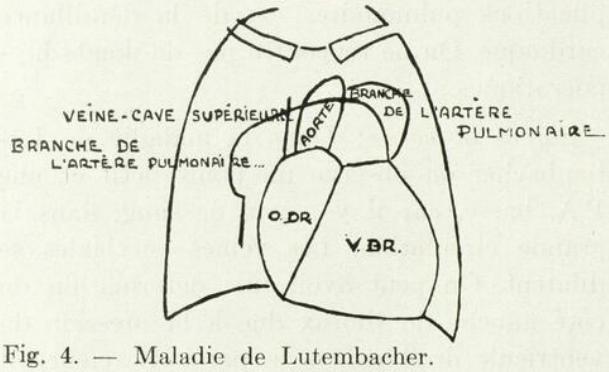


Fig. 4. — Maladie de Lutembacher.

Le fluoroscope nous fait voir la danse des vaisseaux du hile par pulsations exagérées des branches de l'artère pulmonaire; ce dernier fait se rencontre également dans la persistance du canal artériel.

L'électrocardiogramme nous montre une déviation de l'axe électrique à droite. Les complexes QRS peuvent être déformés et de haut voltage, les ondes P, élevées. L'espace PR est souvent prolongé. A la fin de la maladie, la fibrillation auriculaire est fréquente de même que la tachycardie paroxystique. On peut aussi rencontrer des blocs de la branche droite de même que des extra-systoles.

La cathétérisation intra-cardiaque nous indique une concentration en oxygène plus élevée dans l'oreillette droite que dans la veine cave supérieure et une pression plus haute dans l'oreillette gauche que dans la droite.

L'angio-cardiographie, qui est de plus en plus importante, nous révèle, avec plus de certitude que la radiologie, les cavités ou les vaisseaux affectés par la dilatation.

Pronostic: Le pronostic est relativement bon, comparé aux autres lésions congénitales du cœur. La circulation vicariante, en amont de l'obstacle mitral, semble favorable. Si les complications ne sont pas trop sévères, les malades peuvent atteindre la vieillesse. On rapporte le cas d'une malade qui a vécu jusqu'à 74 ans avec onze grossesses.

Complications: Ces malades ne sont pas sujets à des épisodes d'œdème aigu du poumon ou d'hémoptysies, rencontrés dans d'autres cardiopathies. Le sang qui s'échappe par l'orifice du septum interauriculaire exerce un équilibre contre le développement de l'hypertension pulmonaire. Les complications habituelles sont les troubles du rythme tels que tachycardie paroxystique, fibrillation ou flutter auriculaire, extra-systoles et dissociation auriculo-ventriculaire. Les infections pulmonaires, pneumonie, broncho-pneumonie, de même que les infarctus pulmonaires sont aussi rencontrés. Il peut y avoir des embolies même paradoxales, par suite de stase veineuse dans l'oreillette droite. La stase amène en effet la formation de thrombus susceptibles de se détacher et de causer des embolies. L'endocardite bactérienne sub-aiguë se rencontre rarement.

Diagnostic différentiel: Le diagnostic est difficile à établir autant dans l'enfance où l'on n'a, ordinairement, aucun symptôme, que dans la phase terminale. On peut alors confondre cette maladie avec le rhumatisme cardiaque, la persistance du canal artériel, une dilatation idiopathique de l'artère pulmonaire, la tuberculose pulmonaire et les tumeurs médiastina-

les qui donnent un hile chargé comme dans le syndrome de Lutembacher.

Traitement: Des sutures du septum inter-auriculaire ont déjà été tentées. Mais il est surtout intéressant de noter que Blund et Sweek ont récemment trouvé une opération pour les sténoses mitrales avancées dont le procédé repose sur une ouverture dans le septum inter-auriculaire. Il s'agit de créer un shunt veineux identique à celui que la nature a établi dans le syndrome de Lutembacher.

On peut s'étonner, après la lecture de notre observation, que cette affection congénitale n'ait pas ici été diagnostiquée. A la lumière des commentaires rapportés plus haut, nous pensons que le diagnostic aurait pu, sinon être posé, du moins être soupçonné. Le temps nous a cependant manqué pour pratiquer certains examens complémentaires puisque la malade a été dans le service seulement quatre jours.

Il faut signaler aussi que des méthodes telles que l'angiocardiographie et la cathétérisation intra-cardiaque sont d'un grand secours dans le diagnostic des cardiopathies congénitales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Helen TAUSSIG: *Congenital Malformations of the Heart,* pp. 358-384.
2. R. LUTEMBACHER: *Les lésions organiques du cœur,* pp. 151-158, 1936.
3. Charles FRIEDBERG: *Diseases of the Heart,* pp. 644-647.
4. Maud ABBOTT: *Atlas of Congenital Cardiac Disease,* p. 58.
5. SHERF et BOYD: *Cardiovascular Diseases,* p. 199, 1947.
6. Irving INNERFIELD: « Lutembacher's Syndrome. » *Archives of Internal Medicine,* **5**: (mars) 1950.

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

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

Tome 79, No 8 — Montréal, août 1950

LE CANCER DU SEIN

D'année en année, les étapes thérapeutiques dans le cancer du sein se succèdent sans que le résultat définitif éloigné ne paraisse s'en améliorer sensiblement. Les travaux expérimentaux, les observations cliniques et les modalités de traitement s'amoncèlent; il n'en demeure pas moins que le néoplasme du sein demeure un des écueils de la cancérothérapie moderne, parce que très souvent de diagnostic précoce difficile et à cause dans bon nombre de cas d'une approche thérapeutique hésitante, marquée d'une timidité chirurgicale et d'une radiothérapie accessoire mal dirigée et trop faible.

Le diagnostic n'est pas toujours très simple, car la tumeur ne saute pas nécessairement aux yeux et les doigts qui palpent ne peuvent apprécier qu'en toute relativité. La perception des atteintes ganglionnaires de l'aisselle ne permet qu'une appréciation approximative et ne peut porter à un diagnostic ferme que dans les formes avancées, où alors il est tard pour agir avec efficacité; la métastase ganglionnaire est de diagnostic spéculatif dans les lésions qui débutent, et c'est là que l'action curatrice peut se faire valoir.

Quand la tumeur du sein est petite, de constatation récente, non adhérente et bien délimitée, il y a tendance à adopter une attitude optimiste et à pencher vers une tactique opératoire qui se laisse guider par les soucis esthétiques; l'expérience montre que ce genre de tumeurs n'est pas exempt de la transformation néoplasique. C'est pourquoi, pour notre part, nous ne faisons jamais une ablation de tumeur du sein sans qu'une biopsie extemporanée ne soit pratiquée immédiatement par un pathologiste averti et d'un jugement inattaquable; si la réponse, qui ne retarde que très peu l'intervention, indique qu'il s'agit d'une tumeur bénigne, il ne reste plus qu'à terminer l'opération et, dans le cas contraire, nous procédons à l'amputation radicale du sein avec curage axillaire minutieux. La malade n'est pas prise au dépourvu, car elle a été mise au courant de la possibilité d'une exérèse totale, si la tumeur s'avérait à l'histologie comme cancérogène.

L'Ecole de Stockholm [1] est d'avis que la biopsie s'impose et qu'elle n'est pas inquiétante, à condition que la mammectomie radicale soit faite dans les trois jours qui la suivent, quand la réponse histologique indique l'anarchie cellulaire.

Le jour où une méthode infaillible permettra de déceler le cancer du sein au début, la thérapeutique en sera victorieuse. Les causes d'échec sont dues à l'apparition des métastases parfois simultanée, tantôt même antérieure à la connaissance de la lésion primitive.

Certaines conditions aggravent singulièrement le pronostic; parmi celles-ci, il faut noter la grossesse et la lac-

1. Nohrman, Bengt A.: « Some views on the diagnosis and treatment of cancer of the Breast. » *Acta Chirurgica Scandinavica*, **99**: 424 (avril) 1950.

tation. Un travail remarquable de M. Dargent, M. Mayer et A. Archambault le signale, preuves à l'appui, à l'attention du monde médical [2]. S'il est très rare, le cancer du sein est à la période puerpérale très grave. Sur 92 cas relevés par ces auteurs, 7 ont une survie de 5 ans: 7,6%; 4 seulement peuvent être considérés comme guéris sans récidives: 4,3%. S'agit-il d'un « climat hormonal » particulier de la grossesse et certaines hormones ont-elles un rôle cancérogène à ce moment? Le rôle du facteur lait (Bittner, 1936) paraît fort admissible, bien que les tumeurs apparues pendant la grossesse semblent plus graves que celles des suites de couches.

Chez la parturiente, les indications thérapeutiques varient. Dans les premiers mois de la grossesse, l'exérèse large est sans histoire immédiate; une évolution dans le sein opposé ou des métastases à distance peuvent survenir six à sept mois après. Le problème est plus lourd de conséquences dans les derniers mois; affaire d'espèces: ou attendre le retour de couches ou radiothérapie intensive mammaire et susclaviculaire. Les auteurs du *Lyon Chirurgical* résument ainsi leur travail : « Les notions physio-pathologiques sur les modifications hormonales au cours de la grossesse et sur l'action des produits cancérogènes qui peuvent être en circulation à cette période tendent à faire admettre que la sécrétion lactée, lorsqu'elle est installée, apparaît comme un élément frénateur de la poussée cancéreuse. Les observations cliniques semblent corroborer ces conceptions expérimentales. Aussi les solutions d'exérèse hâtive et de sevrage sont-elles à refuser. »

Les travaux de physiologie pathologique apportent des éléments précieux d'espoir en cancérologie mammaire [3]. Ils se consacrent surtout à l'influence thérapeutique des hormones sexuelles.

Histoire ancienne que celle de la stérilisation, puisqu'elle date de 1896 et de Beatson qui le premier fit une ovariectomie pour tenter de guérir un cas de cancer du sein; méthode qu'il continua, tout en la limitant aux femmes non ménopausées et dans les cancers du sein à évolution lente.

Wintz et Ahlbom ont, en 1920, supprimé la fonction ovarienne par la radiothérapie. Grantley Taylor, en 1939, a montré que la stérilisation avait dans le tiers des cas un effet palliatif défini et des résultats probants dans les métastases osseuses.

Si la radiothérapie réussit, il ne faut pas négliger les effets bienfaisants de l'hormonothérapie par l'administration d'œstrogènes et d'androgènes.

Il est vrai que le propionate de testostérone peut donner de l'hirsutisme, un épaississement cutané, de l'acné, la masculinisation du masque facial, une voix grave, mais ces ennuis sont largement compensés par l'amélioration subjective et une transformation objective réelle. Les malades y acquièrent une sensation de bien-être et un renouveau d'activité physique, cependant que les phénomènes douloureux s'amendent; bien plus, on constate la diminution ou la disparition des nodules ou des masses palpables, les ulcérations se regénèrent

2. Dargent, M. Mayer et A Archambault: « Traitement du cancer du sein survenant à l'occasion de la grossesse. Indications et résultats. » *Lyon Chirurgical*, **45**: 434-452 (mai-juin) 1950.

3. C. D. Haagenson: « Surgical physiology of the breast. » *Surg. Clin. N. Am.*, 1664 (déc.) 1949.

et les métastases osseuses deviennent indolores, si elles ne régressent pas.

Il est encore trop tôt pour expliquer en toute clarté le mécanisme des effets bienfaisants de l'hormonothérapie dans le cancer du sein.

Il n'empêche que, si la lésion reste grave, elle n'en demeure que plus digne de toute la perspicacité médicale.

Reconnu au début, le cancer du sein peut guérir, si la procédure choisie est la bonne. Celle-ci demande d'associer à la chirurgie radicale la radiothérapie locale, la stérilisation et l'hormonothérapie; thème général, dosage de chaque méthode à établir par le spécialiste en la matière.

Edouard DESJARDINS.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

DISCOURS PRONONCÉ AU DÎNER ANNUEL DE LA SECTION DE QUÉBEC DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE ET DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL, AU CHÂTEAU FRONTENAC, QUÉBEC, LE VENDREDI 5 MAI 1950

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

1.—Le programme national d'hygiène

C'est un honneur et un privilège pour moi que d'être invité à adresser la parole devant les membres de la Section de Québec de l'Association médicale canadienne, et les étudiants de la faculté de médecine de l'Université Laval qui jouit d'une si haute réputation.

L'occasion est propice, je crois, de traiter devant vous quelques-uns des aspects du programme national de Santé, surtout de ceux qui intéressent plus particulièrement la profession médicale. Ce programme est en bonne part un témoignage rendu à la médecine.

Par ses efforts persévérants et par ses victoires constantes sur la maladie et la mort, cette profession a fait comprendre à toute la nation canadienne l'importance de la santé. Et que dire maintenant des pouvoirs publics qui sont conscients de cette importance et qui reconnaissent avoir pour premier devoir de ne rien épargner. C'est donc en partie, la contribution de la médecine et la conscience des gouvernements qui ont permis ce programme national de santé.

Jusqu'à maintenant, au pays, quelque forme qu'ait revêtu cette aide ou cette participation des pouvoirs publics, toujours ont été respectés les désirs, les vues, le désintéressement, le dévouement, et les plus nobles et légitimes aspirations de la profession médicale. A mon sens, le respect de ces facteurs est la condition essentielle de la pleine efficacité d'un programme national de santé.

Grâce à ce respect aussi, je l'ai déjà dit et le soutiens encore, chacun des médecins sera intéressé à contribuer à ce programme de Santé pour le plus grand bien de la population à qui il est appelé à donner ses services.

Jamais il n'aura à craindre l'empiètement du Gouvernement fédéral dans ce domaine sacré de la médecine qui permet à chaque malade de choisir son médecin ou le médecin son malade. Le caractère privé et privilégié de ce lien est essentiel au maintien de la dignité humaine et toute brèche faite à celle-ci serait le pire attentat commis contre la santé. même sous prétexte de la mieux servir.

A la sauvegarde de ce principe, je tiens à répéter ce que j'ai dit en novembre 1948 en m'adressant au Collège Royal des Médecins et Chirurgiens:

« N'est-ce pas un de nos plus légitimes désirs que les médecins continuent d'être libres de servir leurs malades sans être asservis. »

2.—Le modèle canadien de services d'hygiène.

Le point de départ de notre programme d'hygiène, c'est l'individu. Comme l'organisation de la santé doit tenir compte des conditions de travail et de vie de l'individu, elle sera créée sur place ou par régions. Sauf en ce qui regarde d'anciens services fédéraux d'hygiène comme l'inspection des aliments et des drogues, les services de quarantaine, le traitement des marins et des Indiens malades, il serait absurde de vouloir administrer d'Ottawa des services de santé disséminés dans le Canada tout entier.

L'hygiène publique concerne tout le pays, mais la responsabilité en repose d'abord sur

les provinces. Et il est bon qu'il en soit ainsi. Les services de santé sont établis dans chaque province sur des bases solides; étant donné que ce sont des besoins locaux et des conditions locales qui ont inspiré leur création, il est bon qu'ils relèvent de chaque localité, de chaque province. C'est aussi prudent que sensé. L'administration de la santé au Canada est un vaste réseau de toutes les initiatives prises tant par des organismes bénévoles que par des administrations municipales, provinciales et fédérales.

Si, dans le but d'obtenir des succès illusoires, nous cherchons à centraliser, nous ne ferons que semer la confusion dans le domaine de l'hygiène. Une telle centralisation servirait mal le citoyen canadien.

A ce sujet, qu'il me soit permis d'intercaler ici ce qu'a dit il y a deux semaines le très honorable Louis Saint-Laurent qui représente si dignement votre historique cité.

> « La route que nous voulons suivre est celle de la coopération et non celle de la centralisation... Une telle centralisation découragerait l'initiative généreuse de plus d'un citoyen, qui aujourd'hui consacre gratuitement une partie de son temps à promouvoir la santé publique. »

3.—Aide aux programmes provinciaux d'hygiène.

Il reste, cependant, des tâches importantes qui incombent à tout gouvernement canadien. Par l'entremise du ministère que j'ai l'honneur d'administrer, le Gouvernement fédéral, en plus de maintenir ses propres services, a évidemment le devoir de coopérer avec les administrations provinciales dans le but de coordonner de si généreux efforts qui tendent au progrès de l'hygiène publique au Canada.

Au cours des dernières années, le Gouvernement fédéral a étudié l'ensemble de la situation sanitaire au Canada. Il a constaté partout qu'il y avait progrès. Les provinces ont fait un travail admirable; elles ont multiplié leurs services de santé et agrandi leur pouvoir d'hospitalisation. Mais l'on a constaté que l'aide financière du fédéral serait essentielle pour maintenir et accélérer ce progrès et pour répondre aux besoins des régions les moins bien partagées. C'est pour reconnaître cette responsabilité et s'en acquitter que le programme national de santé a été inauguré en 1948.

Depuis son inauguration, la formule adoptée en guise de programme national de santé a permis au Ministère fédéral de mettre à la disposition des provinces des montants importants.

Avant d'entrer dans le détail des résultats obtenus, dans cette province, je passerai en revue les buts principaux de ce programme et les dispositions prises pour y arriver:

1. On est en train de parachever des enquêtes approfondies et complètes sur la situation sanitaire au Canada. A cette fin, le gouvernement fédéral a accordé en subventions, $625 000.

2. Les services de santé provinciaux sont en voie de consolidation et d'extension. On a encouragé les nouvelles initiatives. Des campagnes concertées ont étendu le champ de la médecine préventive et ont facilité la lutte contre la maladie. Chaque année, des subventions atteignant $23 000 000 permettent d'effectuer des recherches en hygiène publique, de développer l'hygiène générale, de former des hygiénistes professionnels, de venir en aide aux enfants infirmes, de lutter contre les maladies vénériennes, la tuberculose, le cancer et les maladies mentales.

3. Des subventions annuelles de plus de $13 000 000 aux provinces permettent d'accroître de beaucoup les facilités d'hospitalisation. Déjà ces octrois ajoutés à ceux des provinces ont contribué à l'extension et à la construction de 264 hôpitaux et à l'addition de plus de 20 000 lits au Canada.

Pour vous donner une idée de l'ampleur de ce programme, permettez-moi de mentionner que pour l'exercice financier courant des octrois de plus de $10 000 000 sont disponibles pour le Québec. Parmi les plus considérables, notons:

$1 435 000 pour l'hygiène mentale;
$1 437 000 pour la lutte antituberculeuse;
$1 749 000 pour la santé publique en général.

Ces octrois sont accordés en part fédérale exclusive.

De plus, il y a trois subventions données à la condition que la province fournisse un montant égal. Ce sont les subventions à la construction d'hôpitaux, à la lutte antivénérienne et à la lutte contre le cancer. Le plus consi-

dérable de ces octrois est celui dédié à la construction d'hôpitaux. Au cours des deux dernières années, Québec s'est vu allouer au delà de $6 000 000; ce montant a été utilisé à l'établissement de tout près de 6 500 lits.

4.—Deux importants et nouveaux projets d'hygiène.

Le programme national de santé a donc déjà donné des résultats dans le Québec et chaque mois apporte son progrès. A titre d'exemple, j'éprouve un vif plaisir à vous dire que le gouvernement fédéral vient d'approuver deux très importants projets pour l'amélioration de la santé dans la province. L'un a trait à l'hygiène industrielle, l'autre à la lutte anticancéreuse.

a) Une grande expansion des services d'hygiène industrielle du Québec.

La province de Québec est en plein essor industriel et compte maintenant comme un des plus importants centres d'industrie du Canada. Ce développement rapide pose des problèmes dont les principaux sont l'amélioration des conditions de travail et la prévention des maladies propres à certaines industries.

Ces problèmes demandent la réorganisation des services déjà existants en hygiène industrielle. Ils devront pouvoir s'étendre à toute la province, afin d'y atteindre ouvriers et industriels. Une telle expansion demandera des médecins compétents qui trouveront dans ce domaine un champ où exercer un des plus féconds aspects de leur carrière. Le pays ne peut et ne doit se passer de la santé de ses travailleurs.

Votre gouvernement provincial l'a très vite compris et c'est avec joie qu'a été approuvée à même la subvention à la santé publique une somme considérable pour cette réorganisation. En plus du personnel spécialisé, médical ou autre, il permettra d'équiper des laboratoires, et des cliniques fixes ou mobiles et d'accorder des bourses d'étude.

C'est un projet destiné à être soutenu d'année en année et la Division d'hygiène industrielle recevra cette année du gouvernement fédéral $126 431.

b) Nouvel Institut du Cancer à l'Université Laval.

L'autre projet que j'annonce en primeur ce soir concerne plus directement votre université puisqu'il s'agit d'un octroi fédéral d'environ $147 000 à la fondation du nouvel Institut du Cancer de l'Université Laval. C'est une reconnaissance de la valeur de cet Institut en même temps qu'un hommage qui lui est rendu. Cette fondation offre aux malades toutes les garanties de sécurité et leur permet de profiter des acquisitions les plus récentes en cancérologie. Si nos armes contre le cancer deviennent de plus en plus puissantes, leur application ne saurait se passer de certaines garanties.

Avec l'aide du programme national de santé, des cliniques du cancer opéreront dans des hôpitaux non seulement de la ville de Québec, mais dans ceux d'une partie de la province. Des recherches seront poursuivies, des savants étrangers apporteront les dernières découvertes en ce domaine, un équipement moderne pour le dépistage et le traitement sera installé, et les malades, hospitalisés ou non, recevront les soins appropriés.

Cette subvention du programme national de santé à la lutte anticancéreuse s'ajoute à d'autres déjà consenties à Montréal et à Québec.

5.—Appui fédéral aux initiatives sanitaires du Québec.

D'autres réalisations se précisent dans tous les domaines de la santé dans la Province:

—Déjà des bourses d'étude ont été données dans le Québec à près de 200 personnes comprenant 60 médecins, 70 infirmières et aides-infirmières et autres spécialistes;

—Sans parler de la construction d'hôpitaux, trente-deux projets d'envergure ont été approuvés pour accroître la lutte contre la tuberculose, si bien dirigée et si efficace dans cette province. Ces projets ont permis entre autres, l'extension de la vaccination par le B.C.G. et assurent quatorze sanatoria dans la province de l'engagement de directeurs médicaux.

Dans l'expansion du programme national de santé, le nom de l'Université Laval revient fréquemment. Par exemple, votre université administre des octrois fédéraux considérables visant au développement de services et à la poursuite d'un programme intensif de formation en hygiène mentale.

Les chiffres que je viens de citer constituent un témoignage à la vérité des faits, plus qu'à la vaine gloire d'un gouvernement ou d'un parti. Leur valeur absolue nous autorise à s'en servir comme d'un point de comparaison pour permettre l'étalonnage graduel de l'activité dans le domaine de la santé publique. Jamais l'idée ne m'est venue de les opposer à ceux de chacune des provinces en particulier depuis longtemps soucieuses de leurs propres intérêts et dont la générosité à l'endroit de la santé publique n'a jamais été contestée.

Comme tout le monde le sait, le programme national de santé n'en est qu'à sa première étape. Chaque étape nous a permis d'entrevoir les suffisances et les insuffisances dans tout le pays, mais elle nous a surtout révélé que la formule des subventions aux provinces s'était avérée la plus respectueuse de toutes les libertés, la plus contraire à toute centralisation et la plus féconde en réalisation.

Un autre point que je désire souligner, c'est que la formule adoptée est très souple. Grâce à elle, il nous a été permis de suivre l'évolution de la médecine qui, de plus en plus, s'oriente vers la prévention. Aujourd'hui, plus que jamais, la santé a pris un aspect positif, c'est-à-dire que l'on cherche plus à conserver la bonne santé qu'à obtenir un traitement trop tardif à un mal plus ou moins permanent.

Les moins jeunes parmi vous ont eu à cet égard le mérite d'avoir pressenti cette évolution et le génie de s'y conformer dans son meilleur. Les plus jeunes, vous aurez vous aussi à subir dans ce domaine plus d'une adaptation. Vous aurez à faire face à des orientations qu'on ne peut pas soupçonner à l'heure actuelle.

Votre Université, qui est en quelque sorte le foyer du savoir universel, vous a déjà fait part de l'évolution de la science, et si vous voulez conserver tous les fruits de votre culture humaniste, vous devez, d'ores et déjà, envisager chez vous une grande souplesse.

Je sais, messieurs les étudiants, que parmi vous un grand nombre feront leur carrière en hygiène publique. Elle a besoin d'hommes compétents. Selon les besoins de l'heure, je puis vous assurer que mon Ministère considérera toujours favorablement ceux parmi vous qui se seront qualifiés.

En cela, ils suivront l'exemple de l'un de vos professeurs qui fait bénéficier mon Ministère de la formation qu'il a reçue à Laval. Je veux parler du docteur Marcel Langlois. Depuis ses deux ans au Ministère, les qualités du docteur Langlois se sont manifestées de si évidente façon qu'un poste important dans l'administration et l'étude du programme de santé vient de lui être confié.

6.—Le progrès social et l'organisation de services d'hygiène.

Votre profession a toujours suivi l'évolution sociale, parce que ses contacts avec les humains et sa culture lui ont tôt permis de se rendre compte que le cadre social n'est pas statique.

C'est en vertu de cette évolution médico-sociale que la seconde étape du programme national de santé ne sera qu'un corollaire de la première.

Il faut venir en aide à tous ceux pour qui la maladie est un fardeau dont le coût s'accroît sans cesse et qui est capable à lui seul de nuire à l'effort productif du pays. Il s'agit aussi de fournir une nouvelle technique à la charité, technique plus conforme aux exigences contemporaines et plus apte à satisfaire aux besoins de l'heure.

N'est-il pas significatif qu'au cours même de cette Année Sainte, Sa Sainteté Pie XII ait inclus, dans sa prière, ces mots:

> « Que votre grâce excite en tous les hommes l'amour pour tant de malheureux, que la pauvreté et la misère réduisent à des conditions de vie indignes d'êtres humaines. Avivez, dans les âmes de ceux qui vous appellent du nom de Père, la faim et la soif de la justice sociale et de la charité fraternelle dans les œuvres et dans la vérité. »

Est-ce que justice et charité exigent que ce soit toujours aux mêmes, médecins et hôpitaux, à supporter l'incapacité croissante qu'ont les gens à rencontrer les frais encourus par la maladie? Quels que soient les facteurs responsables d'un pareil état de choses, le degré d'indigence en regard de la médecine s'accroît de jour en jour.

Serait-ce conforme à la dignité humaine et à la charité bien comprise d'admettre qu'une partie de la société mieux partagée demeurât indifférente à ce qui se passe autour d'elle sans vouloir faire quelque chose pour y remédier.

Une des meilleures et des plus importantes défenses contre le communisme consiste à améliorer le mode de vie au Canada. Qu'on me permette à ce sujet les mots mêmes du Premier Ministre qu'il prononçait à Wallaceburg, Ontario, il y a deux semaines:

> « Je suis convaincu — et j'ai souvent exprimé cette conviction — que lorsque nous sommes assez forts pour résister à une agression venant de l'extérieur, nous avons peu à craindre du communisme. Ceci demeurera vrai aussi longtemps que notre peuple saura que notre libre démocratie constitue un meilleur mode de vie.
>
> « Non seulement nous assure-t-il de la force économique et industrielle et de l'abondance des biens matériels, mais il nous communique un sens de justice sociale et une foi, de nature à inspirer hommes et femmes à vivre ensemble en paix et en toute satisfaction. »

En ce qui a trait à la santé, il est donc du devoir de la nation de voir à ce que quelque-chose soit fait. A cette fin, dans notre pays, deux conditions sont essentielles. En premier lieu, il nous faudra nous assurer de la pleine participation et collaboration de la profession médicale et des professions connexes. En second lieu, chacune des provinces devra rester libre d'exprimer son désir, et de fixer la limite de sa participation, au plus grand bénéfice de la santé de son peuple.

Avant de vous quitter, je veux vous assurer que je me souviendrai toujours de cette soirée, et je tiens à en remercier les deux organisations conjointement responsables.

Votre formation sous l'égide des grands maîtres de la clinique française, dont Bichat et Laënnec ont été le grand exemple, vous place dans une position privilégiée, qui vous permet de subir, de comparer plus d'une discipline et d'en bénéficier pleinement.

A mon sens, et bien qu'il ne fût pas médecin, c'est Pasteur qui a le mieux exprimé cette mystique sociale de la médecine. Aux délégués des nations étrangères, venus de partout pour l'honorer à l'occasion de ses soixante-dix ans, il faisait dire à son fils:

> « Vous m'apportez la joie la plus profonde que puisse éprouver un homme qui croit invinciblement que la science et la paix triompheront de l'ignorance et de la guerre, que les peuples s'entendront, non pour détruire, mais pour édifier, et que l'avenir appartiendra à ceux qui auront le plus fait pour l'humanité souffrante. »

Puissent ces mots prophétiques toujours conserver leur pleine valeur.

PROGRÈS DE L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE[1]

H. C. HUGHES, A.R.I.B.A., M.R.A.I.C.,
Chef du Service des plans d'hôpitaux,
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

L'histoire de l'art de guérir les maladies en est une de conservatisme, car c'est avec lenteur que les changements sont survenus dans ce domaine. La science et la compréhension ont fait peu à peu leur chemin à travers les courants de la superstition et de la magie.

Nous savons que les Egyptiens, il y a quatre ou cinq mille ans, exerçaient la médecine.

C'était, il est vrai, un mélange de religion, de superstition et de certaines mesures d'ordre pratique. Par exemple, s'ils faisaient des opérations grossières, comme l'éclissage d'os fracturés, ils croyaient aussi qu'on devenait rusé en mangeant certains organes internes du renard, ou brave en mangeant du lion.

Cependant. ils avaient un grand nombre de drogues, y compris l'opium. Ils donnaient du bouillon de crapauds à ceux qui souffraient d'affections du cœur. Nous savons aujourd'hui que la peau du crapeau renferme un certain montant de digitaline, drogue qui, me dit-on, soulage les cardiaques.

On sait que la civilisation minoenne de Crète, vers l'an 4 000 avant J.-C., possédait des établissements de refuge où l'on essayait de guérir les maladies par des moyens médicaux. Aux Indes, les vieux livres de loi hindous mentionnent que chaque village doit avoir un hôpital, et que cet hôpital sera bien aéré, à l'abri de la poussière, des odeurs et du bruit. Ils demandent que la salle d'opération soit propre et bien éclairée, le chirurgien taciturne et expéditif. Il est intéressant de remarquer que les chirurgiens de cette époque avaient jusqu'à 125 instruments divers à leur disposition, alors que le français Paré, l'un des plus grands chirurgiens de tous les temps, qui a vécu au XVIe siècle, ne disposait que de 5 instruments différents.

Avant l'ère chrétienne, les hôpitaux étaient la plupart du temps des temples des dieux de la médecine.

Il était tout naturel que le christianisme, qui enseigne l'amour et la charité envers le prochain, s'occupât du soin des malades. Il était naturel, également, que les premiers chrétiens fussent plus portés aux soins infirmiers et à la religion que vers la science et la médecine.

L'Hôtel-Dieu de Paris, fondé il y a 1 290 ans, est le plus vieil hôpital, et ses portes sont toujours ouvertes. Il avait quatre salles principales, de 36 pieds de large par 240 de long. On mettait de 3 à 6 malades par lit, et il n'était pas rare de voir un malade étendu auprès d'un cadavre, jusqu'au moment où celui-ci soit découvert et retiré du lit.

Les soins hospitaliers ont fait beaucoup de chemin depuis cette époque reculée, mais ce n'est que depuis une date assez récente que l'on a fait des changements radicaux.

Le premier hôpital du nouveau monde a été construit par Cortez, il y a 425 ans, dans la ville de Mexico, à l'intention de ses soldats. Mais c'est dans notre cité historique que le premier hôpital général a été édifié. Il n'est pas nécessaire de vous faire l'historique de l'Hôtel-Dieu, qui dessert la population de Québec depuis 1869, ni celui de l'Hôtel-Dieu de Jeanne Mance qui, depuis 1644, rend des services semblables à la population de Montréal.

Ce n'est pas avant l'avènement de la révolution industrielle du 19ème siècle que l'organisation hospitalière a fait de réels progrès. Car c'est à cette époque que les inventions modernes, dans le domaine de la mécanique, ont donné, par exemple, le chauffage à vapeur, les ascenseurs, les stérilisateurs, et fait comprendre ce que l'on pouvait tirer de la ventilation mécanique. Il était donc naturel que nos hôpitaux profitassent de ces découvertes, découvertes qui donnent plus de latitude aux

1. Causerie prononcée à l'assemblée de l'Association des hôpitaux catholiques, à Québec, le 27 juin 1950.

architectes et les libéraient des entraves qui, dans le passé, avaient paralysé leurs confrères.

Bien entendu, ces changements ne sont pas survenus tous ensemble, et nos hôpitaux n'en ont pas tous profité immédiatement. A ce sujet, il est intéressant de mentionner la description que feu le docteur F. J. Shepherd nous a faite de ce qu'était, en 1867, l'Hôpital Général de Montréal.

Il nous dit qu'à cette époque les hôpitaux étaient, en général, des endroits où les gens venaient mourir. Dans cet hôpital, il y avait peu d'air frais, mais il n'était pas rare de trouver des rats dans les salles. La qualité des soins infirmiers était très médiocre; les chirurgiens faisaient leurs opérations avec des mains et des instruments sales. Ils avaient l'habitude d'opérer revêtus de leur redingote qui, dit le docteur Shepherd, était arrosée du sang de leurs victimes.

Plans d'hôpitaux

Au début du siècle présent, les plans de nombre d'hôpitaux avaient été conçus dans le but de présenter une façade agréable et souvent extravagante, au détriment du confort intérieur. On aurait dit que leurs plans avaient été tracés autant pour frapper les passants et satisfaire l'orgueil municipal que pour servir les malades et faciliter le travail du personnel hospitalier.

On a fait, sous ce rapport, des progrès certains. Aujourd'hui, nous comprenons tous que, pour tracer les plans d'un hôpital, il faut commencer par déterminer le nombre de lits destinés aux malades et intégrer convenablement tous les départements divers qui constituent un hôpital moderne. Cette manière de préparer les plans d'un édifice, en tenant compte des besoins de l'intérieur et, en même temps, de l'orientation, du profit de l'emplacement et des possibilités d'expansion future, est, je crois, l'une des plus grandes contributions qui aient été faites à l'amélioration actuelle des hôpitaux et qui aient marqué de notre part un progrès considérable.

Avec l'avènement d'ascenseurs rapides et aussi du coût élevé de l'immeuble dans beaucoup de nos villes, il était tout naturel de projeter la construction en hauteur de quelques-uns de nos hôpitaux les plus importants.

Tout d'abord, ce genre de construction a l'avantage d'économiser, dans une grande mesure, le temps du personnel, qui peut se rendre en quelques secondes dans n'importe quelle salle (à condition qu'il y ait un nombre suffisant d'ascenseurs); ensuite, il y a économie à installer, en hauteur plutôt qu'en largeur, le matériel mécanique comme le matériel de plomberie, de chauffage et de ventilation; il faut aussi moins de terrain et, probablement, le panorama est plus joli et l'air plus pur quand on se trouve à une certaine hauteur au-dessus des rues des villes.

D'autre part, dans le cas d'un édifice à plusieurs étages, l'architecte doit se conformer à une disposition générale, commune à chaque étage, qui empêche souvent de réserver l'aménagement idéal à un département en particulier. Il est difficile d'ajouter une aile à une construction de ce genre, et il y a un manque de flexibilité qui est si désirable dans tout hôpital qui veut et qui doit se tenir au niveau des perpétuelles exigences du progrès médical.

Les architectes, en consultation avec les autorités hospitalières et la profession médicale, ont trouvé d'innombrables solutions au problème de la meilleure forme à donner aux plans d'hôpitaux. Les plans ont pris la forme d'un T, d'un L, d'un U, d'un X, d'un H, d'un double H, de carrés et de combinaisons de ces formes. Il y a aussi les hôpitaux qui comprennent de nombreux édifices, dont le plus typique est peut-être l'hôpital Rudolph Virchow, de Berlin, avec ses 59 bâtiments distincts.

Au Canada, la majorité de nos hôpitaux ont moins de 50 lits. Il vaut mieux, dans le cas des hôpitaux de cette grandeur, que l'accommodation pour les malades et les facilités de diagnostic se trouvent sur le même étage. Pour eux, le plan le plus commode, c'est un plan en forme de croix.

Dans la majorité de nos centres, l'idéal, ce sont probablement des hôpitaux de 100 à 250 lits, et nous constatons que, dans leur cas,

des édifices de 4 à 6 étages sont très satisfaisants. La forme que prendra un édifice dépend d'un certain nombre de facteurs, mais l'on constate habituellement qu'on a beaucoup plus besoin d'espace au rez-de-chaussée qu'aux étages supérieurs.

En traçant les plans d'un hôpital moderne, il faut s'efforcer de prévoir ce qu'on attendra de cet hôpital dans l'avenir, à la suite du progrès perpétuel de la science médicale et, aussi, de l'évolution de notre société, qui comprend de mieux en mieux les avantages de la médecine préventive et de l'hygiène publique en général.

De plus en plus, nous regardons nos hôpitaux comme des centres préposés à la santé collective. On recommande que nos hôpitaux les plus importants étudient la possibilité d'admettre les malades qui doivent recourir, pendant une brève période de temps, aux services d'un psychiatre et que l'on pourrait soumettre à un traitement actif, ce qui épargnerait ainsi à ces malades la flétrissure de devenir pensionnaires d'une maison de santé provinciale.

Malades chroniques

A mesure que la médecine continue de prolonger la durée de notre vie, le problème des vieillards et des infirmes devient de plus en plus difficile à régler. Ne serait-ce que pour des motifs égoïstes, nous devrions mettre des aménagements à la disposition des malades chroniques, afin de libérer les lits qu'ils occupent à l'heure actuelle dans nos hôpitaux généraux.

On peut donner de bons soins à ces malades dans des hôpitaux organisés à ces fins, et à un taux beaucoup plus bas que le tarif quotidien des hôpitaux généraux. On pourrait les installer dans une aile d'hôpital général ou dans un endroit rapproché où ils pourraient recevoir les soins médicaux requis.

Un hôpital de ce genre fonctionne à Windsor (Ont.), à un tarif quotidien de $3.91 par malade. La modicité de ce prix s'explique de plusieurs façons. L'effectif du personnel est moins élevé, mais on ne lésine pas sur les salaires. Au contraire. Le chef, par exemple, reçoit $350 par mois. Plus de 40 menus différents donnent de la variété aux repas. On achète tout ce qu'on peut directement des manufacturiers, des fabricants de salaisons et de conserves.

Des appareils de télévision sont installés dans toutes les salles occupées pendant le jour et dans la salle des enfants. Ils sont très populaires et permettent d'amener le monde extérieur auprès de ces malades qui, autrement, n'auraient pas d'autres horizons que les terrains de l'hôpital. Ce n'est peut-être là qu'un avant-goût de ce que nous pouvons attendre dans l'avenir, spécialement dans les hôpitaux où les malades restent longtemps.

Des hôpitaux des Etats-Unis télévisent les opérations chirurgicales, parfois en couleurs. On est en train de fabriquer une lampe spéciale qui permettra de prendre des films en couleurs d'opérations chirurgicales.

La thérapeutique de la musique

La musique a une valeur thérapeutique. Des recherches et des expériences récentes poursuivies aux dispensaires de l'Université de Chicago démontrent que la musique qui parvient aux malades au moyen d'écouteurs, dans les salles d'opération, aide à réduire la crainte et réussit à étouffer les bruits malencontreux de la salle d'opération. L'anesthésiste s'aperçoit que le malade est moins agité et qu'il emploie moins d'anesthésique. Les chirurgiens constatent que les malades sont plus calmes, ce qui facilite leur travail. Ils peuvent aussi faire plus facilement de l'enseignement à haute voix. Il s'agit, bien entendu, des anesthésies locales et rachidiennes.

L'expérience dira peut-être s'il faut faire appel plus souvent à la musique dans nos hôpitaux.

Accommodation des malades

On bâtit des hôpitaux pour servir la population, et c'est le malade qui est la personne

la plus importante dans un hôpital. C'est pour le bien des malades, quels que soient les détours que l'on prenne, que nous devons nous efforcer d'améliorer nos institutions. La tranquillité, le repos et la bonne nourriture feront beaucoup pour guérir les malades.

Nous avons fait du progrès en ce qui regarde les plans des chambres de malades. Nous n'aimons plus à nous voir en présence de grandes salles. On préfère des chambres d'au plus quatre lits, où les lits sont parallèles au mur extérieur et où il n'y a pas plus de deux lits éloignés de la fenêtre. Le malade jouit ainsi de plus d'intimité. C'est plus tranquille, et l'hôpital peut ainsi accommoder plus facilement les malades. L'unique argument en faveur des anciennes grandes salles, c'est le coût. Elles coûtent moins cher à construire et à munir de personnel.

Nous avons fait du progrès en ce qui regarde la disposition des cabinets réservés aux malades. Un grand nombre d'hôpitaux projettent, à l'heure actuelle, d'installer des cabinets juste à côté de chaque salle, ce qui mettra un terme au défilé des bassins de lit dans les corridors. C'est là un facteur important, puisqu'on fait lever vite les malades, mais il ne faut pas oublier que l'infirmière est souvent obligée d'aider les malades à se rendre aux cabinets. Par conséquent, il ne faut pas que cet espace soit trop étroit. Deuxième point: les cabinets modernes sont installés à 16 ou 18 pouces, au plus, du plancher, ce qui est trop bas pour ceux qui ont subi certaines opérations abdominales ou pour les gens qui sont très faibles. On pourrait facilement installer les cabinets sur une élévation de 2 ou 3 pouces en tuile ou en ciment. On pourrait aussi installer des barres d'appui de chaque côté des cabinets.

Service de commissionnaire et système d'appel

On a fait beaucoup de progrès, au cours des dernières années, en ce qui regarde les systèmes d'appel des médecins et des infirmières. Deux principaux systèmes reposent sur la vue et le son. Il y a ensuite des systèmes qui combinent les deux. Beaucoup d'hôpitaux de cette province ont installé des systèmes sonores de communication entre malades et infirmières, et tous ceux qui les ont utilisés sont enchantés des résultats. *Hospitals*, livraison de mai, contient un intéressant article sur l'installation d'un système sonore au « St. Luke's Hospital », de Cleveland. Ce système permet à l'infirmière de replacer le haut-parleur à deux sens, sans se rendre au chevet du malade.

Le malade appuie sur le bouton d'appel; la veilleuse du lit, la lumière du corridor au-dessus de la porte et la lumière du signal au poste des infirmières s'allument en même temps. En apercevant la lumière du malade dans la boîte de contrôle, l'opératrice ferme le circuit et parle avec le malade afin de savoir ce qu'il veut et de dépêcher auprès de lui la personne qu'il faut.

Les malades aiment ce système parce que la promptitude avec laquelle on leur répond apaise leur esprit, même s'il n'est pas possible de leur rendre immédiatement le service qu'ils demandent. L'hôpital est également satisfait parce qu'il y a moins de va-et-vient dans les corridors et, aussi, parce que la moitié des appels ont trait à des services qui peuvent être rendus par une autre personne qu'une infirmière diplômée et consistent en questions auxquelles la secrétaire de la salle peut répondre de vive voix.

L'ambiance de l'hôpital doit être aussi familiale et riante que les conditions le permettent. Par exemple, le « Charlottetown Hospital », dans l'Ile du Prince-Edouard, qui a fait récemment d'importants agrandissements, a mis dans toutes les salles un papier-tenture spécial à dos de toile et à surface en plastique. Quand vous sortez de l'ascenseur, l'ambiance qui vous accueille est très agréable et comme familiale.

Isolement acoustique

Aujourd'hui, l'isolement acoustique est indispensable dans un hôpital bien conçu. Les corridors et tous les endroits d'où vient du

bruit doivent être à l'épreuve du son. On ne voit pas pourquoi les salles d'opération et d'accouchement ne seraient pas isolées. De fait, beaucoup d'hôpitaux, aux Etats-Unis, ont isolé ces salles.

La seule précaution à prendre, c'est de poser les matériaux isolants, sur les plafonds de ces salles, avec des attaches et non pas seulement avec de la colle.

Plancher conducteur

L'usage de plus en plus fréquent de gaz anesthésiques explosifs crée un risque d'explosion à l'endroit où on les utilise. Le danger le plus fréquent vient de l'électricité statique. On y remédie en égalisant le potentiel électrique de tout ce qu'il y a dans la salle, y compris les membres du personnel. C'est au moyen du plancher qu'on y arrive logiquement. Aussi s'est-on livré à beaucoup de recherches à l'aide de diverses substances, afin de satisfaire aux normes établies par la « National Fire Protection Association ».

Récemment, à la « Upper Midwest Hospital Conference », un membre du comité nommé pour étudier le problème nous a dit que, jusqu'ici, les Laboratoires des assureurs avaient approuvé les trois matériaux de parquetage suivants:

1. *Conducote* — Manuf.: W. G. Legge Co., 101 Park Ave., N. Y. 17.
2. Plancher conducteur en matière plastique à l'épreuve de l'électricité statique: Federal Flooring Corp., 82 West Dedham Street, Boston 18, Mass.
3. Une sorte de peinture conductrice.

Vous noterez que le plancher de tuiles quadrillées n'est pas inclus.

Tout, dans la salle, doit être relié au plancher. Si vous voulez avoir des détails sur cette question, je vous renvoie à la brochure No 56, intitulée *Recommended Safe Practice for Hospital Operation Room*, 1949, acceptée par la « N. F. P. A. » et la « N. B. of F. U. » Elle se vend au prix de 25¢ et on peut se la procurer en s'adressant à la « N. F. P. A., 60 Batterymarch Street, Boston 10, Mass. »

Un mot d'avertissement: faire les choses à moitié sous ce rapport est inutile; de plus, même en prenant toutes les précautions voulues, il faut surtout que le personnel de la salle d'opération soit en constant état d'alerte devant le risque d'explosion.

A la suite des rapides progrès de la science chirurgicale et d'une meilleure appréciation des techniques aseptiques, les plans des salles de chirurgie se sont améliorés. Les hôpitaux de 150 lits et plus devraient inclure dans leurs plans une salle de rétablissement située dans les pièces réservées à la chirurgie. Un personnel expérimenté surveille les malades pendant la période critique; l'oxygène et l'appareil aspirateur sont à portée de la main et, en cas d'urgence, il est facile de mander l'anesthésiste.

Approvisionnement central

Un endroit central réservé à la stérilisation des accessoires de tout l'hôpital donne de meilleurs résultats, car le personnel qui s'y trouve est spécialisé dans cet ouvrage. La responsabilité se trouve concentrée dans un même endroit, et on économise sur le matériel d'autoclave, qui est dispendieux. Il convient qu'un centre de stérilisation et d'approvisionnement soit contigu aux salles de chirurgie, car c'est ce département qui emploie le plus d'articles stérilisés. On fabrique maintenant des autoclaves avec parois isolées, ce qui permet de ne pas les enchâsser dans les murs.

Un des plans les plus récents de ce service, prenant exemple sur l'industrie, place le bureau de l'infirmière responsable dans un endroit central, d'où elle peut voir et surveiller toutes les opérations du département. On recherche en ce moment le moyen de fabriquer un équipement qui permettra à cette infirmière de surveiller de son bureau, entièrement et directement, toutes les opérations des autoclaves.

Nouveaux matériaux

On a découvert, au cours des dernières années, de nouveaux matériaux de construction, surtout en ce qui regarde le fini.

L'industrie du bâtiment a connu, au cours des âges, une longue et lente évolution, alors que de nouvelles méthodes sont venues se greffer sur le recours traditionnel aux matériaux et méthodes de base. L'emploi de solives préfabriquées, de nouveaux métaux, de béton léger, de planches murales, de panneaux en contreplaqué, de verre et de matière plastique de construction est, dans tous les cas, de date assez récente dans l'industrie du bâtiment, bien que nous les regardions, à l'heure actuelle, comme d'usage courant.

Risques d'incendie

Il y a ensuite le progrès accompli dans le domaine des peintures ignifuges, qui sont très bonnes et qui ont décidément leur place dans tous les petits hôpitaux qui ne sont pas à l'épreuve du feu.

Il n'est pas nécessaire que j'insiste auprès de cet auditoire sur les risques d'incendie dans nos hôpitaux, quand vous avez encore présents à la mémoire des incendies comme ceux d'Effingham et du « Mercy Hospital » de Davenport, Iowa.

L'idéal, c'est une construction résistante à l'action du feu, tout en prenant le moyen de découvrir un incendie à ses débuts et de le combattre avant qu'il ait fait des progrès. Il faut ensuite une méthode sûre de déménager les malades si l'incendie devient incontrôlable. Il est aussi très important d'installer dans les hôpitaux des coupe-feu, surtout pour préserver les appartements des malades de la fumée et de la chaleur. Un bon système de gicleurs, surtout dans le sous-sol, où les incendies sont susceptibles d'éclater, est une grande protection. Il devrait y avoir au moins deux issues distinctes à chaque étage et dans chaque section distincte d'étage, et les escaliers intérieurs devraient être isolés et construits de matériaux résistants à l'action du feu.

Il y a à l'heure actuelle, sur le marché, plusieurs excellents systèmes d'alarme actionnés par la chaleur qui vous aideront à assurer aux malades la protection voulue. Vous ne voulez pas vous permettre de risquer leurs vies. On a fait beaucoup de progrès en ce qui regarde le matériel de lutte contre l'incendie, mais ce qui importe surtout sous ce rapport, c'est que le personnel de l'hôpital surveille toujours les risques possibles d'incendie.

Oxygène

Un hôpital moderne devrait avoir une canalisation d'oxygène. Une installation de ce genre paiera ses frais avec les années, en économisant le gaz ainsi que la main-d'œuvre obligée de transporter de lourds cylindres d'un bout à l'autre de l'hôpital. Elle élève le coût initial de la construction, mais elle économise les frais d'exploitation dans une mesure telle que, au bout de quelques années, l'argent épargné aura défrayé le coût de la canalisation.

Je recommanderais une canalisation d'oxygène dans les endroits suivants:

salles d'opération et d'accouchement;
salles de rétablissement;
pouponnière de prématurés et de suspects;
département des cas d'urgence,

et certaines salles, spécialement celles de médecine et de pédiatrie.

Aspiration

On devrait établir un endroit central d'aspiration dans les salles d'opération et d'accouchement, les salles de rétablissement; le département des cas d'urgence; les pouponnières de prématurés; le département d'oto-rhino-laryngologie, et les laboratoires.

Tubes pneumatiques

L'efficience d'un hôpital dépend, en grande partie, de la minutie et de l'exactitude de travaux de bureau qui doivent être transmis d'un département à l'autre. L'installation d'un système de tubes pneumatiques, surtout dans nos hôpitaux les plus importants, constitue un service rapide et fiable de commissionnaire

qui épargne au personnel du temps et du travail.

Lampes ultra-violettes

On a beaucoup discuté sur l'utilité et le danger de recourir aux lampes ultra-violettes pour réduire les miasmes qui flottent dans l'air, surtout dans les pouponnières. Il est intéressant de souligner ce qu'on a décidé sous ce rapport au nouvel hôpital pour enfants malades, à Toronto. On continuera à cet hôpital, dans les cas des jeunes enfants jusqu'à l'âge de deux ans, de traiter chaque cas individuellement.

Les salles de ce groupe d'âge sont divisées par des cloisons de 7 pieds qui descendent jusqu'au plancher et dont la partie supérieure est vitrée. Les lampes germicides ultra-violettes sont installées sur le dessus des cloisons et jettent de rayons horizontaux dans l'espace supérieur du compartiment, tandis qu'une autre lumière située en haut de la porte jette un rideau de lumière de haut en bas de la porte. On a mis ce système à l'essai dans cet hôpital, avec le résultat que, dans les endroits où ces lampes sont installées, la fréquence de l'infection par contamination est deux fois moindre que dans les endroits non protégés.

On emploie également ces lampes dans les réfrigérateurs afin d'empêcher la formation de moisissures sur les aliments. Une installation de ce genre que j'ai vu au « Bethseda Naval Hospital » de Washington donne de bons résultats.

Département de la diététique

Enfin, j'aimerais à dire un mot sur le progrès que l'on a réalisé pour assurer une bonne nourriture aux malades et aux membres du personnel.

On admet qu'il est de première importance de dresser les plans de la cuisine en fonction de l'emplacement du magasin, des salles à manger, et du transport rapide aux garde-manger des salles. Le tracé des plans de la cuisine, que l'on divisera en fonction des diverses phases de la préparation des aliments: cuisson, réfrigérateurs, lavage de vaisselle, récurage des casseroles, bureaux des diététiciennes et succursales du magasin, est aussi d'une très grande importance. Si l'espace alloué est trop étroit, il y aura inefficacité et sautes d'humeur; s'il est trop vaste, il y aura gaspillage de temps et d'énergie.

Aujourd'hui, dans le plan des cuisines d'institutions modernes, on trouve moins de compartiments, plus de lumière naturelle et d'aération, ce qui facilite la surveillance. On réserve moins d'espace pour les régimes spéciaux, car il y a tendance à utiliser davantage les aliments ordinaires et à rapprocher le plus possible les régimes spéciaux des régimes normaux.

On se sert de plus en plus de métaux inoxydables pour les fours, les réfrigérateurs, les fourneaux à vapeur, etc. La mode est au matériel aux angles arrondis et aux pattes tubulaires ajustables. Les manufacturiers fabriquent sans cesse du nouveau matériel afin d'aider à préparer les aliments de la manière la plus efficace possible.

Au récent congrès de la « National Restaurant Association », à Chicago, on a montré un grand nombre de nouveaux articles d'équipement, par exemple:

a) des fours tournants qui distribuent la chaleur plus également;

b) des bouilloires à vapeur complètement recouvertes, qui donnent un meilleur rendement, avec une pente intérieure qui facilite l'écoulement;

c) des autoclaves à vapeur automatiques dont chaque compartiment est contrôlé par un chronomètre électrique;

d) une nouvelle sorte de laveuse de vaisselle mécanique qui, au lieu de paniers, a une courroie sans fin; les plats sont séchés à l'air et ensuite retirés de la courroie;

e) une nouvelle laveuse et sécheuse entièrement automatique pour l'argenterie, qui lave, rince, stérilise et sèche. En 3 minutes et demie, elle complète toute la besogne.

On nous a montré une nouvelle sorte de poêle-combinaison; une machine à nettoyer la batterie de cuisine, mue à l'électricité; un écailleur électrique de poissons et jusqu'à une machine pour faire les petits pâtés à la viande, au taux de 20 à la minute, tous de 4 pouces de diamètre.

Il y avait aussi des nouvelles sortes de chauffe-plats à chaleur radiante pour les cafétérias, des wagonnettes chauffées pour le transport des aliments cuits, des fontaines à café et des tables pour le transport des plats chauds. Ceux qui fabriquent ce genre de matériel, aiguillonnés par la concurrence, s'efforcent sans cesse de produire un meilleur outillage; aussi constatons-nous du progrès dans ce domaine particulier des besoins hospitaliers.

Radiologie

A la suite de l'augmentation spectaculaire des tensions dans le domaine de la thérapeutique radiologique et de l'utilisation des isotopes radioactifs pour le traitement médical, la protection contre les effets malfaisants de la radiation constitue un problème de plus en plus important. Afin d'éviter le haut coût de cette protection, il faudra peut-être installer sous terre les départements de radiologie.

Il est difficile de prévoir quels seront, dans l'avenir, les besoins de la radiologie. On trouvera peut-être le moyen de guérir le cancer, ou le moyen d'utiliser d'autre façon la thérapeutique radiologique, ainsi que les isotopes radioactifs. Dans cette sphère particulière, le progrès, nous le savons, est continuel. On propose, en prévision de l'avenir, de placer le département de radiologie entre des services qu'il ne serait pas trop difficile ou trop dispendieux de transporter ailleurs, au cas où une expansion s'imposerait.

Je ne saurais terminer sans mentionner un progrès qu'aucun d'entre nous n'est heureux de constater, je veux dire l'évaluation du coût de presque tout ce qui a rapport à la construction et à l'exploitation des hôpitaux.

Le coût élevé des soins hospitaliers oblige tous les établissements à bien calculer, afin de les rendre plus efficaces. C'est vrai surtout en ce qui regarde la liste de paie des membres du personnel, qui retient 60 pour cent de chaque dollar.

Les difficultés commencent quand l'architecte et le surintendant de l'hôpital étudient leurs plans, car ils doivent fournir un édifice qui répondra sous tous les rapports à ce qu'on attend de lui; mais ils doivent surtout empêcher que ceux qui dirigent l'hôpital et soignent les malades gaspillent leur énergie.

On doit étudier les divers économiseurs de travail que l'on a trouvés au cours des dernières années, et comparer leur coût à l'économie que leur exploitation réalisera. Il s'agit de comparer le coût initial à celui du maintien ou de l'exploitation, car on ne peut les séparer l'un de l'autre.

Avant de conclure, je tiens à rendre un hommage sincère aux hommes et aux femmes des hôpitaux confessionnels de tout le pays, qui consacrent leur vie à la noble cause de l'allègement des souffrances humaines. Ils savent les grands progrès que les soins médicaux ont réalisés, comme le prouvent les nombreux et magnifiques hôpitaux qu'ils ont édifiés, mais ils n'ont pas oublié non plus ce que représentent les bons soins donnés au chevet des malades. C'est là que l'on voit le dévouement aller de pair avec le progrès.

VARIÉTÉS

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DANS LA NOUVELLE-FRANCE

L'Alkermès et le Kermès minéral

Gabriel NADEAU

Un chercheur, qui signait G.A., posait en 1922 la question suivante aux lecteurs du *Rapport de l'Archiviste*: «L'alkermès ou aurifique de Glauber est-il un remède, une composition scientifique quelconque? Le 2 décembre 1721, le Conseil de Marine s'occupait d'une lettre de MM. de Vaudreuil et Bégon où il était question de ce remède. Ceux-ci informaient le Conseil que le docteur Sarrazin et un Frère Jésuite travaillaient à faire ce remède. Comme ils n'étaient pas certains de réussir dans leur composition, ils demandaient d'en faire venir au moins une livre. Le Conseil de Marine décida gravement d'en acheter une livre à l'hôpital de Rochefort et de l'envoyer à M. de Beauharnois. Celui-ci devait en faire la distribution au prix coûtant à ceux qui en auraient besoin dans toute l'étendue de la colonie» (1).

Sous les deux lettres de G.A. se cachait le Dr Georges Ahern, de regretté mémoire, qui a compilé en collaboration avec son père cet ouvrage si utile, les *Notes pour servir à l'Histoire de la Médecine dans le Bas-Canada, depuis la fondation de Québec jusqu'au commencement du XIXe siècle.* Comme sa question est restée sans réponse, nous allons faire connaître ce qu'on entendait par Alkermès et par Aurifique de Glauber.

Le Kermès minéral

En 1720, sur le conseil de Gilles-François Boulduc, apothicaire à la Cour, le Régent achetait un remède secret, connu sous le nom de *Poudre des Chartreux*, et en faisait publier la composition.

Cette poudre s'appelait aussi *Alkermès minéral, Kermès minéral, Poudre aurifique, Aurifique de Glauber, Panacée universelle.* C'était un sulfate d'antimoine.

Cette préparation remonte à Glauber, célèbre chimiste du XVIe siècle qui vécut à Amsterdam. Un de ses disciples, apothicaire à Landau, ville d'Allemagne, en donna la formule à Chastenai, Lieutenant du roi, et cet officier à son tour la transmit au chirurgien La Ligerie.

« N. de la Ligerie, écrit Eloy, se fit un grand nom par la publication d'un remède dont il possédait le secret. C'est le *Kermès Minéral.* La découverte de cette poudre fait une sorte d'époque dans la Médecine; on a souvent tiré bon parti de ce médicament dans les maladies les plus graves. Voici ce qu'on lit, au sujet du Kermès, dans l'Histoire de l'Académie des Sciences de Paris, année 1720. Il parut, en 1714, un remède nouveau qui fit beaucoup de bruit dans la Capitale et qui continue d'y être en vogue. On l'appelle la Poudre des Chartreux, parce qu'un certain *Dominique,* frère de cet Ordre, étant tombé dans ce tems-là dans une grosse fluxion de poitrine qui alloit enfin l'emporter, malgré tous les remèdes connus et placés avec toute l'attention possible, le frère *Simon,* du même Ordre, demanda en grâce que, puisqu'on n'espéroit plus rien, il lui fût permis de faire prendre au malade le nouveau remède dont il avoit fait l'acquisition, et qui réussit alors si parfaitement, que bientôt après le frère *Dominique* se trouva guéri au grand étonnement des assistans qui avoient été témoins de sa situation. Ce remède étoit auparavant entre les mains de M. *De La Ligerie,* de qui le frère Chartreux reconnoît de bonne foi qu'il le tient; mais faute de quelque cure brillante, en un mot de quelque concours heureux de circons-

tances, la poudre n'avoit pas fait alors la même fortune qu'elle a faite depuis entre les mains du Chartreux. Comme le remède ne tarda pas à se répandre, le secret de sa composition fut bientôt découvert par d'habiles Médecins, entre autres par *Lémery,* qui compta si fort sur son efficace, de même que sur la certitude de sa découverte, qu'il l'employa, en 1718, pour la guérison du Marquis de Bayers qui en ressentit tous les meilleurs effets possibles. Cette cure qui surprit par l'état dangereux dans lequel avoit été le malade, acquit une si grande réputation à la poudre, que le Roi acheta enfin le secret de M. *De La Ligerie* en 1720, et le rendit public » (2).

C'est Louis Lémery qui se chargea de faire connaître à l'Académie des Sciences, dont il était membre, la composition du kermès minéral (3).

Le court historique que nous venons de résumer corrige une erreur du P. Le Jeune dans son *Dictionnaire général du Canada,* erreur commise d'abord par Edouard Richard dans un *Rapport sur les Archives canadiennes,* et que plus tard, à sa suite, répéta Régis Roy dans le *Bulletin des recherches historiques.* Le P. Le Jeune attribue à Simon Boulduc ou à son fils Gilles-François l'invention du Kermès minéral. « C'est lui, écrit-il en parlant de Gilles-François, lui ou son père, qui inventa en 1721, avec un certain La Serre, une poudre nommée *Alkermès* ou *Aurifique de Glauber,* spécifique pour les fièvres, les vertiges, l'hydropisie, etc. » (4).

Le rôle de Gilles-François Boulduc et de La Serre s'est borné simplement à l'étude du Kermès, de sa préparation, de son emploi.

Il convient de nous arrêter ici un moment sur Simon Boulduc et son fils. Le frère de Simon, Louis, passé au Canada vers 1664, fut l'ancêtre de nos Bolduc. Pierre Boulduc, leur père, était maître apothicaire de Paris. Simon, apothicaire lui aussi, fut démonstrateur de chimie au Jardin des Plantes et membre associé de l'Académie royale des sciences. Gilles-François fut apothicaire de Louis XV et, comme son père, enseigna la chimie au Jardin des Plantes. Ami de Saint-Simon, il est souvent question de lui dans les mémoires du temps. Il a lu à l'Académie royale des sciences, dont il était membre, des mémoires sur les purgatifs, sur le frai des grenouilles, sur le sel d'Epsom, sur le sel polychreste de Seignette, sur les eaux de Passy, de Bourbon-l'Archambault et de Forges. Il mourut à Versailles le 17 janvier 1742 (5).

Le souci du Régent, en achetant le secret du kermès minéral, était d'en faire profiter le public. On s'empressa donc de distribuer des instructions sur la manière de le préparer. Ces imprimés furent envoyés dans les ports de mer, aux chirurgiens majors des armées, jusque dans les colonies, avec demande de faire connaître les résultats que l'on obtiendrait.

Le 25 octobre 1720 le Conseil de Marine adressait au gouverneur de Vaudreuil et à l'intendant Bégon un exemplaire de ces instructions, pour l'usage du Médecin du roi, Michel Sarrazin. Le gouverneur et l'intendant, dans une lettre conjointe, répondaient l'année suivante:

« Nous avons reçu cette année la lettre que le Conseil nous a fait l'honneur de nous écrire, le 25 octobre de l'année dernière, avec un imprimé qui contient la manière de composer l'Alkermès ou l'Aurifique de Glauber.

« Le sieur Sarrazin, à qui nous en avons donné une copie, nous a dit qu'il travailleroit incessamment à en faire, et qu'un frère jésuite, qui est ici, lui a aussi promis d'y travailler, mais que n'étant pas assuré qu'ils puissent, l'un ou l'autre, réussir dans cette composition, il seroit nécessaire d'en faire venir, l'année prochaine, au moins une livre, ce remède lui paroissant très utile.

« Le sieur Bégon en demandera cette année une livre de l'hôpital de Rochefort à M. de Beauharnois dont il fera faire la distribution au prix coûtant à ceux qui en auront besoin dans toute l'étendue de cette colonie, suivant les avis du dit sieur Sarrazin » (6).

Cette lettre, lue au Conseil de Marine le 2 décembre 1721, fut apostillée: « Approuvé l'envoi d'une livre ».

Avant d'aller plus loin, disons que le Frère Jésuite qui assistait Sarrazin dans la préparation du kermès, était Jean-Jard Boispineau, appelé aussi Boispineau l'Ancien, pour le distinguer de son frère (7).

L'intendant de Rochefort, en 1721, était M. de Beauharnois, qui avait occupé le même poste à Québec. A Rochefort il remplaçait Michel Bégon, père de notre intendant et qui a donné son nom à la plante des *bégonias* (8).

Le premier médecin de l'hôpital de Rochefort était Jean Cochon-Dupuy. Son fils, Gaspard, docteur régent de la Faculté de Paris et successeur de son père comme premier médecin à Rochefort, devait plus tard, en 1753, épouser la veuve de Charles des Herbiers, qui avait été gouverneur de l'Ile Royale ou Cap Breton.

Jean Cochon-Dupuy avait reçu lui aussi de la Cour des instructions sur la préparation du kermès. « En 1720, écrit Lefèvre, M. Dupuy remit à l'autorité un rapport sur l'emploi d'une nouvelle préparation d'antimoine qu'on désignait sous le nom de poudre des Chartreux (kermès minéral, hydrosulfate d'antimoine), dont le Régent avait acheté le secret. On en avait fait expédier une certaine quantité dans les ports, accompagnée d'une instruction sur les moyens de la préparer et de l'employer. On signalait ses effets favorables particulièrement dans le traitement des fièvres intermittentes, et on la vantait comme un puissant sudorifique. Le rapport de M. Dupuy fut favorable à l'emploi du nouveau remède; il constatait les bons résultats qu'on avait obtenus de son administration dans le traitement des maladies habituelles au climat de Rochefort pendant l'hiver. » (9)

Quels résultats Sarrazin obtint-il, lui, avec le kermès que Dupuy lui fournit? Nous ne le savons pas. De même que nous ignorons si le Médecin du roi et Boispineau finirent par fabriquer eux-mêmes de ce remède à Québec. Quelques années plus tard il en vint dans la colonie, avec les médicaments que Jean-Claude-Adrien Helvétius faisait distribuer (10).

Un auteur qui écrivait peu après la fin du régime français, va nous dire quelles étaient les propriétés du kermès minéral et ses indications.

« Le kermès minéral est une panacée universelle qui convient dans tous les cas où il faut fondre et atténuer les humeurs. Il est diaphorétique, altérant, diurétique; on dit qu'il suit la nature dans ses mouvements, c'est-à-dire, qu'il est vomitif, purgatif ou sudorifique, suivant que la nature est disposée à pousser par quelqu'une de ces excrétions. Cela est en quelque façon vrai, je m'explique: si un malade a quelques acides et saburre dans l'estomac, le kermès s'y combine et devient vomitif; si ces acides sont dans les intestins, il est facile de voir qu'il sera purgatif; et s'il n'en trouve ni dans l'estomac ni dans les intestins, il passe dans nos humeurs, les atténue, et pousse par la transpiration. Malgré toutes ces vertus, je ne trouve pas son usage sûr dans tous les cas; par exemple, la sueur se manifeste chez un malade, on lui donne le kermès pour le soutenir; qu'arrive-t-il? Comme dans les maladies les digestions sont viciées, il y aura des acides végétaux dans l'estomac, le kermès deviendra vomitif; ainsi au lieu de faciliter la sueur, elle est entièrement supprimée...

« Le kermès convient dans les maladies inflammatoires, comme pulmonie, pleurésie, péripneumonie, et la fausse pleurésie spécialement, quand on a désempli les vaisseaux, détendu les fibres, délayé les humeurs; alors il atténue la lymphe, facilite le crachement, et procure autant d'avantages, spécialement dans la fausse pleurésie, que la saignée trop multipliée y fait de mal. On ne le prescrit pas à forte dose, de crainte qu'il ne devienne émétique; mais on en met un demi-grain à la fois dans la tisane du malade, et on réitère quatre fois par jour: si on en donne un grain, on ne réitère que trois fois.

« Il convient dans les maladies longues, jaunisse, squirrhe, tumeurs lymphatiques, obstructions du bas ventre: Huxham et Schroder le recommandent dans les fièvres intermittentes; pour moi je le fais entrer à petite dose

dans mes opiats fébrifuges, quand je soupçonne les viscères engorgés. Il est bon dans la cachexie, les pâles couleurs, la suppression des règles, et dans les métastases de l'extérieur à l'intérieur. » (11)

Les remèdes ont la vie dure, plus que les maladies peut-être. Croirait-on qu'on pouvait lire encore en 1890, dans le *Traité élémentaire de Matière médicale* des Sœurs de la Providence, la composition du kermès minéral ou poudre des chartreux, avec ses qualités, propriétés, usage et dose? (12)

L'Alkermès

L'alkermès, bien plus ancien que son homonyme minéral, n'a guère de commun avec lui que sa couleur qui est d'un rouge foncé éclatant. Ce mot vient de l'arabe et a fini par se transformer en celui de cramoisi.

L'Alkermès simple a longtemps passé pour un produit végétal, parce qu'il était tiré de la cochenille qu'on prenait pour une graine ou pour un fruit.

« On use de la cochenille presque dans les mêmes maladies pour lesquelles on se sert du kermès [minéral]; elle est néanmoins plus stimulante, et bien moins astringente; elle chasse vivement le gravier des reins et de la vessie. On en use très rarement en substance, et quand on le fait, c'est depuis quelques grains jusqu'à un demi-scrupule; mais on la fait ordinairement entrer en petite quantité dans les poudres, les électuaires, les pilules, les infusions, dans le vin et l'eau. Les femmes grosses, menacées d'avortement, usent quelquefois avec succès du kermès [minéral], en apportant toutes les précautions nécessaires, à cause de sa médiocre vertu astringente: mais il convient de s'abstenir entièrement de la cochenille, parce que sa qualité stimulante est plus dangereuse que celle du kermès [minéral]. » (13)

On l'employait aussi contre l'ischurie, contre les diarrhées, dans les maladies cachectiques, enfin dans l'incontinence d'urine.

Cette drogue se prescrivait surtout sous forme de deux préparations: le *sirop d'alkermès* et la *confection royale d'alkermès.*

Pour le sirop, on mêlait la pulpe avec du sucre en poudre du Brésil, qu'on faisait fondre. La confection royale comprenait entre autres du jus de pomme reinette, de l'eau de rose, de la soie « crue, mondée et incisée bien menue », du sucre blanc, de la poudre de perle orientale, du bois de santal, de la cannelle, de l'or en feuille (14). « Cette confection, dit Charras, est sans contredit un des meilleurs cordiaux, que la médecine Galénique ait jamais inventé; car elle répare et recrée les esprits vitaux et animaux; elle fait cesser les palpitations de cœur et les syncopes, elle fortifie beaucoup le cerveau et toutes les parties nobles, elle est ennemie de la pourriture, conserve la chaleur naturelle, rétablit les forces languissantes, chasse la mélancolie et la tristesse, remet et entretient le corps et l'esprit en fort bon état » (15).

L'alkermès semble avoir été d'un usage plus fréquent chez nous que son parent, le kermès minéral. Du moins, nous trouvons plus d'exemples de son emploi.

Dans un « Estat des medicamens necessaires qu'il faut faire venir de France pour les troupes qui sont en Canada », état daté de Versailles le 8 mars 1688, nous relevons: 2 livres de Confection de khermes, au prix de 64 livres (16).

Dans un « Mémoire des Medicaments necessaires pour les trouppes du Roy en Canada a envoyer en 1692 A achepter des fonds faits pour ce pays », nous trouvons: 1 livre de confection alkermes Royalle et 2 livres de Sirop l'alkerme (17).

Le 13 septembre 1707, Jacques Duguay, chirurgien des Trois-Rivières, poursuit en justice Noël Carpentier pour la somme de 8 livres, « pour être allé le visiter à Champlain, lui avoir saigné le pied et lui avoir donné une poudre d'Alkermès » (18).

Féret, apothicaire de Dieppe, était le fournisseur de l'Hôtel-Dieu de Québec. En 1734 Sœur Duplessis de l'Enfant-Jésus, dépositaire des pauvres, lui adresse un « Memoire des remedes ou drogues Compose que monsieur feret aura la bonté d'envoyer sur le compte des

pauvres de lhotel dieu de Quebec en 1735 ». Nous notons dans cette liste: 3 livres de sirop de Kermes (19).

Les Anglais employaient eux aussi l'alkermès. Citons-en un exemple. On connaît la désastreuse expédition de Sir William Phips contre Québec en 1690. Un chirurgien du nom de Jackson l'accompagnait. A son retour à Boston, Jackson rédige un « Acco of Medecions used out of the Chest of George Jackson, chyrurgeon in the expedition to Canada, August, 1690 », et à la fin de ce mémoire on lit: « Lost at the Campe Confectio Alkenne 2 oz and several spirits » (20). Il évalue cette perte à une livre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pierre-Georges ROY: *Rapport de l'Archiviste de la Province de Québec pour* 1921-1922, Québec, 1922, 398-399.
2. N.-F.-J. ELOY: *Dictionnaire historique de la Médecine ancienne et moderne,* Mons, 1778, III, 75.
3. *Mémoires de l'Académie des sciences de Paris,* année 1720, p. 542. Cité par Kurt SPRENGEL: *Histoire de la Médecine,* Paris, 1815, V. 515. Louis Lémery fut l'élève de Tournefort, le correspondant de Michel Sarrazin.

   Pour l'histoire du kermès on peut aussi consulter une étude de M. BOUVET, intitulée: « La Poudre des Chartreux », dans *Paris Médical,* 1929, 72: annexe, 589.
4. LE JEUNE: *Dictionnaire général du Canada,* à l'article Bolduc. Voir aussi: Edouard RICHARD: *Supplément du Rapport du Dr Brymner sur les Archives canadiennes,* 1899, Ottawa, 1901, 121. Et *Bulletin des recherches historiques,* 1920, 13.
5. JOURDAN: *Dictionnaire des sciences médicales. Biographie médicale,* Paris, 1820, II, 446-467.
6. *Documents historiques. Correspondance échangée entre les Autorités françaises et les Gouverneurs et Intendants,* Vol. I (le seul paru), Québec, 1893, 178. Le 8 juin 1721, un long mémoire du roi à Vaudreuil et à Bégon contient un passage sur le kermès, que Richard résume ainsi (*Loc. cit.*): « Détail de la composition d'une poudre très estimée dans les maladies. Vient d'être rendue publique. (Alkermes ou Aurifique de Glaubec, préparée par Bouldue et La Serre, appothicaires du roi). Vertu et usage de la dite poudre, doses pour les fièvres, l'hydropisie, les vertiges, l'apoplexie, la dysenterie, la gravelle, la petite vérole, etc., etc. » C'est sans doute à ce mémoire que réfèrent Vaudreuil et Bégon dans leur réponse au Conseil de Marine. Le 1er juin 1722, le Conseil approuve Bégon d'avoir demandé à M. de Beauharnois « une livre d'Alkermes ou d'aurifique de Glanbec ». (RICHARD: *Rapport concernant les Archives canadiennes pour l'année* 1904, Ottawa, 1905, 37).

   L'imprimé sur l'alkermès, envoyé à Sarrazin, ne se retrouve pas dans l'inventaire de ses livres.
7. AHERN: *Notes pour servir...,* 57.
8. Yvonne BEZARD: *Fonctionnaires maritimes et coloniaux sous Louis XIV. Les Bégon,* Paris, 1932.
9. Amédée LEFEVRE: *Histoire du Service de santé de la Marine militaire et des Ecoles de médecine navale en France, depuis le règne de Louis XIV jusqu'à nos jours,* 1666-1867, Paris, 1867, 63-64.
10. Gabriel NADEAU: « Les Remèdes des Helvétius dans la Nouvelle-France », *L'Union Médicale du Canada,* mai 1945, 621 ss. Chaque envoi d'Helvétius contenait deux gros « d'Alkermès ou Poudre Aurifique, à la manière de Glauber, dans les Pleurésies, Fluxions de Poitrine, etc. ».
11. *Dictionnaire raisonné-universel de matière médicale,* Paris, 1773, I, 346-347.
12. *Traité élémentaire de matière médicale et Guide pratique des Sœurs de Charité de l'Asile de la Providence,* 3e édition, Montréal, 1890. On trouve le kermès jusque dans la littérature. Flaubert, dans *L'Education sentimentale,* fait prendre une « potion kermétisée » à l'enfant de Mme Arnoux, qui se meurt du croup.
13. *Dictionnaire raisonné-universel,* II, 95-96.
14. Pierre POMET: *Histoire générale des drogues, traitant des plantes, des animaux et des minéraux,* Paris, 1694. Laurent Catelan, apothicaire de Montpellier, fit paraître en 1609 un ouvrage qui avait pour titre: *Démonstration des ingrédiens de la confection alchermès.* C'était un libelle dirigé contre Jacques Fontaine qui avait écrit un traité sur le même sujet en 1601.
15. P.-E. LE MAGUET: *Le Monde médical parisien sous le Grand Roi,* Paris, 1899, 371.
16. RICHARD: *Supplément du Rapport du Dr Brymner...,* 272.
17. RICHARD: *Ibid,* 281. Voir aussi Arthur VALLEE: *Un Biologiste canadien, Michel Sarrazin,* Québec, 1927, 272 ss.
18. AHERN: *Notes pour servir...,* 193.
19. *Nova Francia,* juillet-août 1929, 237.
20. Ernest MYRAND: *Sir William Phips devant Québec,* Québec, 1893, 296.

TROIS HOMMES — TROIS THÉORIES
TROIS ERREURS?

Rottot et la théorie cellulaire

Il n'est pas nécessaire de regarder bien loin pour se rendre compte qu'il faut changer d'idée, de temps à autre, sur l'art de découvrir puis de guérir les maladies.

Si nous comparons le passé, pas très loin, avec le présent, il est facile de constater que la médecine n'est pas demeurée dans le « statu quo » d'il y a cinquante ans. Comme toutes les autres branches de l'activité humaine, l'industrie, les arts, les sciences, elle a évolué et fait des pas de géants depuis un demi-siècle.

Parmi les grandes figures canadiennes de la médecine que nous avons connues, en est-il une plus intéressante, plus instructive que celle du professeur Rottot, il y a cinquante ans? Instructive pour la belle raison que le professeur Rottot avait vu naître, évoluer puis disparaître plusieurs théories médicales et, vers notre époque, il était encore saturé des idées de Virchow.

Il se trouvait, en quelque sorte, coincé à la bifurcation de la théorie cellulaire de Virchow et de la théorie microbienne de Pasteur.

Nous avons présent à la mémoire les visites, peu fréquentes, mais toujours appréciées, du distingué ex-doyen de la faculté de médecine Laval-Montréal.

Le professeur J.-P. Rottot logeait sur la rue Sainte-Catherine, près de la rue Saint-Denis. Il venait, de temps à autre, à l'hôpital Notre-Dame, alors près de la gare Viger. Il parlait peu, mais en imposait par toute la dignité de sa personne. Il ne donnait plus de clinique. Il se contentait de palper le pouls du malade pendant que le professeur Demers donnait la clinique.

Le professeur Rottot, vers 1900, était encore partisan convaincu de la théorie cellulaire de Virchow et un expert en les qualités du pouls. Nous ignorons s'il croyait, même un petit peu, à la théorie microbienne. Il ne disait « pas de mal » contre Pasteur, mais il ne pouvait admettre que le microbe fût la seule cause de toutes les maladies. « Ce n'est certainement pas nuire à la réputation de Pasteur, disait-il, que d'écrire ou déclarer que les microbes ne peuvent pas servir de base à une théorie médicale, parce que les microbes ne sont qu'une cause de maladie, et il y en a plusieurs ».

« A l'avenir, disait-il, tout ce qu'il faudra pour pratiquer sera un microscope et du sérum. » Toujours est-il qu'il nous déclarait en avoir vu bien tomber des théories et que celle des microbes pourrait bien y passer... avec un petit air de... « Attendez un peu »...

Migneault et la théorie des localisations cérébrales.

Qui de nous a oublié la brillante théorie des localisations cérébrales, enseignée et prônée avec tant de brio par Broca, Charcot et leurs élèves, à Paris, que nous étudiions avec tant d'ardeur il y a quelque cinquante ans, à Laval-Montréal.

C'était le regretté et savant professeur Migneault, alors professeur d'anatomie, qui avait la tâche de nous enseigner et de nous détailler tous les plis, toutes les scissures, toutes les bosses et dépressions, sans oublier le plus important *les circonvolutions du cerveau*, lequel il allait « pêcher » au fond d'un bocal rempli d'alcool. Il nous indiquait, avec un petit crochet qu'il tenait entre le pouce et l'index, et en se mettant la bouche en c... (il prononçait son français à l'anglaise) : « ici, mesciés, on trouve le centre du langage articulé... voyez... la troisième circonvolution frontale à gauche »... et toutes les têtes s'avançaient pour bien voir ce fameux centre. Tous nous faisions *Oui* de la tête, et pourtant, pas un ne voyait ce fameux centre puisqu'il n'existait pas.

Bélanger, J. E., qui avait son siège sur la première rangée de l'amphithéâtre, s'avançait

davantage et, invariablement, posait une question au professeur Migneault.

Dufresne Eug., allait voir de plus près et revenait à son siège pas très convaincu d'avoir vu le centre.

Martin, Aug., jurait qu'il l'avait vu et qu'il fallait prendre la parole du professeur comme une vérité.

Et le soir, les quatre copains se réunissaient dans notre chambre, où toutes les objections étaient passées au *crible séparateur de la critique* et, l'étude du sujet épuisée, le centre du langage resplendissait dans tout son éclat *de vérité* (??)...

Lorsque le professeur Migneault expliquait la *localisation* et les rapports de tel ou tel centre nerveux, il avait une manière à lui de lancer un pan de sa toge, en arrière, et le temps que durait ce manège, nous ne voyions que son toupet frisé et les deux touffes de barbe, à la Farabeuf, qu'il conservait avec fierté, et nous, nous pensions aux *Voices of the night*.

Le regretté professeur Migneault, lui si chrétien, il était bien loin de penser que Charcot, Broca et toute l'Ecole de la Salpêtrière d'alors en était une de matérialistes qui cherchaient Dieu dans le neurone qu'ils découvraient au bout de leur scalpel.

Peu de temps après la disparition de Charcot un de ses élèves les plus brillants — *Pierre Marie* — dans un rapport devant les sociétés médicales et de l'Académie de Médecine, à Paris, renversa la théorie des localisations cérébrales du langage articulé avec preuves irréfutables. Ce fut un beau tapage, quasi une révolution. Il fallait rengainer devant la vérité.

Aujourd'hui, la fameuse théorie de Charcot, de Broca, du centre du langage n'est plus qu'un souvenir lointain qui nous a coûté bien des soirées d'études. Le temps a tout balayé: la théorie, les circonvolutions, le centre du langage avec tout le matérialisme et l'athéisme de la Salpêtrière d'alors.

On nous informe que dans nos Ecoles de Médecine, dans notre Province, on enseigne encore cette histoire à dormir debout, de centre du langage articulé. Si c'est vrai, des réformes s'imposent et ça presse!...

Pelletier et la théorie de la désinfection.

Médecins de campagne, chers confrères, qui de nous a oublié l'organisation de la lutte aux maladies contagieuses, « il y a cinquante ans ». Un bouton suspect!... mon vieux, je crois que c'est la « picote »... (Nous n'avions pas vu un seul bouton de variole tout le long de nos études médicales.) Vite, nous inoculions toute la maisonnée même ce bon vieux grand-père de 85 ans qui nous criait dans les oreilles: « Moé, la picote d'aujourd'hui, j'ai pas peur de ça. » Puis, suivant la leçon sur l'observance de la quarantaine, avec texte de la Loi en mains, il fallait parler au gardien à travers les vitres de la fenêtre. Les effets que le gardien allait quérir au village, il les déposait sur la « galerie ». Arrivé au placard à poser, ici, les cris avec les menaces.

Le pis, c'est qu'il fallait y retourner, pour faire soi-même la désinfection des personnes et des lieux... au soufre S. V. P. Généralement le gardien nous avertissait que « chez Baptiste tout le monde se porte bien ».

Le matin nous partions en « buggy », emportant: un sac de soufre, un pot à colle, des ciseaux et un rouleau de papier-gazette, un thermomètre et un baromètre.

Le médecin ne restait pas témoin, dans le grenier, du bain général de toute la famille, dans l'unique baquet familial.

Il fallait prendre une chance et supposer que tous les microbes cu-tannés étaient *bel et bien* noyés dans le jus. Un chaudron au milieu de la « place » posé sur trois cailloux, un peu de papier et 25 à 50 livres de soufre.

Avant de mettre le feu au soufre, il fallait faire l'examen des murs et des planchers à la découverte des « cracks » et des trous. Toutes les fissures du bas et celles du haut étaient passées à la colle et avec les ciseaux nous découpions une lisière de papier que nous « collions » sur les trous du plancher. Il ne fallait pas perdre une « goutte » de gaz.

Ainsi le voulait ce regretté et cher docteur Elzéar Pelletier, alors secrétaire *des maladies contagieuses,* assis dans son *bureau d'hygiène,* d'où, *seul,* il contrôlait toutes les maladies contagieuses de la Province. Mais il fallait suivre à la lettre ses infaillibles calculs : maison tant de long, tant de large, tant de haut, ça prend tant de soufre pour produire tant de gaz, pour tuer tant de microbes.

Nous ignorons où il avait puisé ce mode de calcul. Il avait dû l'inventer dans ses moments de loisir. Tout est prêt, il fallait vérifier la température au thermomètre et l'humidité au baromètre. Il ne restait plus qu'à mettre le feu au soufre, de fermer la porte et de laisser fumer tant d'heures.

Ça!... c'était la vraie désinfection, celle des gens et celle des lieux. Si les punaises ne mouraient pas toutes, toutes étaient frappées!

Aujourd'hui, avec l'hygiène pratiquée à la moderne on nous a « garroché » toutes nos belles théories par les fenêtres avec tout le « bataclan » qui accompagnait la mise en opération de notre désinfection.

Aujourd'hui, une fesse « piquée » et quelques gouttes de sérum ont remplacé tout ça...

Tout de même, si notre désinfection n'était pas parfaite (nous suivions les règlements) il fallait bien avouer, pour être franc, une grande amélioration si nous comparions avec la méthode du Colonel Calvert, lors de l'épidémie de typhus en 1847. Lui, il imbibait ses malades, jour et nuit, d'une solution de nitrate de plomb. Résultat: il en enterra 10 000, *lui avec,* durant l'été, à Grosse-Isle.

Pour notre part, nous avons toujours regretté ce bon, ce beau, ce brillant soufre, le dieu des désinfectants d'il y a un demi-siècle. Pour sûr nous ne pouvions spéculer sur le prix de vente, car le forgeron du coin contrôlait tout le « stock » de la région et « s'obstinait » à le vendre trois sous la livre. Aujourd'hui, il paraît que c'est différent et que l'on use de noms scientifiques en « syls » etc... après avoir détrôné la formaline. Est-ce que tout ceci est appelé à disparaître? pour être remplacé par l'humble piqûre?

Qu'en résultera-t-il, dans un quart de siècle, de ces organismes sensibilisés? D'autres réfractaires? avec des bacilles résistants? ou hypersensibles? ou même indifférents!...

Conclusion

Nous n'aurions pas besoin d'écrire une conclusion aux remarques à l'égard des trois théories que la plupart de nous avons étudiées durant nos études médicales. Il paraît que c'est plus élégant, que c'est plus fini. Pour notre part, nous avons toujours craint les fins de discours.

La plus belle conclusion que nous pourrions tirer est que l'on est encore loin de la vérité sur quantité de questions médicales et qu'il faut être très prudent dans nos affirmations.

Il ne fut pas si facile que cela de démontrer que la théorie cellulaire de Virchow était erronée. Virchow, médecin allemand, contemporain de Pasteur, n'était pas le premier venu, et, à cette époque, jouissait d'une grande renommée. Il fallut, ni plus ni moins, que le génie de Pasteur pour abattre tout cet échafaudage. La théorie pasteurienne, une fois comprise et prouvée, renversa tout sur son passage. En peu d'années, Pasteur triomphait.

La théorie des centres du langage et de tous les autres centres du cerveau est née, a évolué et est classée depuis belle lurette comme une utopie. Nous ne pouvons comprendre que des professeurs perdent leur temps à ergoter sur ces balivernes et fassent perdre un temps précieux à leurs élèves à écouter leurs sornettes.

En ce qui regarde la théorie de la « Désinfection Pelletier » nous pouvons dire qu'elle était admise mais elle a évolué depuis, et rapidement, dans les procédés à employer pour arriver au but que l'on recherche. La dégringolade fut si rapide que l'on n'a même pas eu le temps ni d'amender la loi, ni de changer les règlements au Service provincial d'hygiène.

Il ne faut pas croire, cependant, que, si les règlements au sujet de la désinfection, à la suite des maladies contagieuses, n'ont pas changé, nous en sommes encore au mode de procéder d'il y a 50 ans! Loin de là. Depuis vingt-cinq ans, l'Etat a organisé des bureaux

connus sous le nom de *Unité Sanitaire* dans la presque totalité des comtés de la Province. Un des premiers devoirs des *Unités Sanitaires* fut de s'organiser pour la recherche des contagieux. L'Etat a donc créé un *Service Central d'examens bactériologiques* pour toute la Province. A ce bureau sont expédiés, pour examens, tous les échantillons: sang, liquides, urines, membranes, etc., susceptibles de fixer un diagnostic. La chose se fit, sans bruit, dans le but de venir en aide au médecin de campagne, disait-on!...

Mais le praticien rural s'aperçut, très tôt, que les rapports du laboratoire central étaient adressés, *en premier lieu,* directement à l'officier en charge de l'Unité Sanitaire du comté au lieu de les faire tenir au médecin traitant. Quand ce dernier recevait le rapport du laboratoire, il y avait bien, en certains cas, de 24 h. à 36 h. que l'officier de l'Unité Sanitaire était au courant, s'était emparé de votre malade et que toute la maisonnée était vaccinée.

En d'autres termes, l'Etat, par le truchement du Bureau bactériologique, s'était emparé de votre malade, de toute la maisonnée et d'une partie du faubourg.

Telle fut la méthode employée pour venir en aide au *Médecine de Campagne.* Mais quelle réaction auprès du corps médical de la Province?

Quelle réaction?... mais nulle! auprès du corps médical des villes. A peu près nulle, à la campagne, à part *quelques braillards*... j'étais du nombre...

Au lieu de protester le médecin de campagne préféra s'adresser ailleurs. Il faut avouer que depuis quelques années, il y eut des améliorations dans le mode de procéder, ce qui nous permet, en certains domaines, de jouer notre rôle de médecin de campagne, non celui d'indicateur.

Louis-Félix DUBÉ.

VARIATIONS SUR UN THÈME DE MAURICE CHEVALIER

René GUENETTE,
Secrétaire adjoint de la Commission des Ecoles catholiques de Montréal.

Les chansons françaises ne sont pas toutes, tant s'en faut, stupides ou immorales. Il en est qui témoignent d'un humanisme authentique et qui dégagent, pour la conduite de la vie, des leçons profondes et d'autre part si simples que le peuple peut les comprendre et en faire son profit. Celle-ci, par exemple, de Maurice Chevalier:

Il faut rester, mesdames et messieurs,
Tels que nous a faits le Bon Dieu.
On est comme on est,
On est beau, on est laid,
On est gras ou maigrelet,
C'est à ça qu'on nous reconnaît.

On a, c'est selon,
Un nez court, un nez long,
On a des petits petons
Ou bien de très gros ripatons.

Pourquoi modifier?
Pourquoi rectifier?
Au lieu de se glorifier
De ce dont on nous a gratifiés.
On est comme on est,
On est beau, on est laid,
Faut rester comme l'on est.

Votre dévoué président, le docteur Dufresne, m'a demandé une causerie humoristique. « L'humour, dit Larousse, c'est une gaîté qui se dissimule sous un air sérieux et qui est pleine d'ironie, d'imprévu. » Une causerie humoristique est une forme de discours assez périlleuse, et le moniteur des cours d'apprentissage de la parole publique à la Chambre de Commerce des Jeunes et à l'école d'Hygiène ne saurait en ignorer les dangers. Gresset, dans la comédie « Le Méchant », a écrit ce que tout le monde va répétant: « L'esprit qu'on veut avoir gâte celui qu'on a », et l'auteur des « Lettres persanes » a dit à son tour: « Quand on court après l'esprit on attrappe la sottise ».

Je vous raconterai, assez brièvement, quelques épisodes de la vie d'un homme que je connais, plutôt que je crois connaître, car le conseil du Sage: « Connais-toi toi-même », toujours d'actualité, reste quand même d'application difficile.

Il naît — pas Socrate mais mon héros — dans les dernières et paisibles années de ce siècle que Léon Daudet a qualifié de stupide. Et, heureusement pour la maman, quelques jours avant Noël, exactement à la Saint-Thomas, l'apôtre incrédule, celui qui sera le patron de tous ceux qui ne croient à une chose qu'à bon escient, après s'être assurés par eux-mêmes de sa réalité. Pourvu qu'elle demeure dans les limites autorisées, cette attitude est une des conditions du progrès. Au baptême, on ne lui donne pas, ainsi qu'il arrive souvent dans les pays de langue espagnole, le nom de Jésus bien que, plus tard, dans un langage trop cher à nos compatriotes, ses amis ou ses ennemis le traiteront parfois de « p'tit Chr... ». Au lendemain des élections de 1896 qui ont hissé Laurier au pouvoir, il passe à un cheveu de s'appeler comme le grand homme. Mais le bon sens des parents l'a emporté sur leur idolâtrie politique. Les noms célèbres, pensent-ils, sont bien lourds à porter.

Comme tous les enfants, il va à l'école, celle de son village, le plus beau des Laurentides, au nord de Montréal, mais qui ne connaîtra la véritable gloire que le jour encore lointain, il faut l'espérer, où l'on érigera une plaque commémorative aux lieux de sa naissance dont l'inscription, j'imagine, sera ainsi conçue:

Ici, en l'an de grâce 1897, naquit
le plus petit et le plus grand tout à la fois
des enfants de Saint-Jovite,

x. y. z.

On n'est jamais mieux servi que par soi-même.

Au couvent des Filles de la Sagesse que fréquentent naturellement des fillettes, notre Don Juan en herbe s'éprend d'elles toutes. Habitude qui lui sera fatale. Adulte, il ne se décidera jamais à se marier. Un peu comme dans cette autre chanson française: « Y a des jours où toutes les femmes sont jolies », lui les trouve toutes jolies, tous les jours. Plus tard, il aimera jusqu'aux femmes de ses amis les plus chers auxquelles il adressera des sonnets dans le genre de celui-ci et qui feront loucher les maris:

J'ai lu dans un auteur qu'un bourgeois gentilhomme,
Epris d'une marquise et de ses jolis yeux,
Se torturait l'esprit pour dire de son mieux
Les élans de son cœur. Je te comprends, pauvre [homme!
L'histoire a retenu le nom de ce bonhomme,
Monsieur Jourdain, puis des six tours ingénieux
Qu'imagine le cœur, quand il est amoureux.
Mais de l'amour, ce soir, n'écrivons pas la somme.

Madame Bruchési, je voudrais bien pourtant
Vous dire et répéter, je suis impénitent,
Que parmi ces messieurs, il n'est pas de plus digne

De vous, de vos charmes, de ce grisant carmin
Que moi. Ils vous offrent des fleurs. Faveur insigne,
Permettez qu'en leur nom, je vous baise la main.

Mais les éducatrices de l'enfant, qui sont d'authentiques religieuses françaises que l'exil a amenées sur les rives canadiennes, lui inoculent le désir d'aller un jour voir cette France qu'elles ne cessent d'aimer, même si elle ne les reconnaît plus pour ses enfants. Et une bonne fois, l'écolier confiera à ses parents abasourdis le rêve qu'il a formé de voir la France. Il s'agit bien d'un rêve, pensent les auteurs de ses jours. Même si le papa est un marchand général, dont les affaires grandissent au rythme du développement des pays d'En-haut, il reste que la France est trop loin, comme le répétaient les Polonais au moment des guerres napoléoniennes, que personne dans sa famille n'a voyagé, qu'un pareil déplacement représente un luxe que seuls les Masson, de Terrebonne, ou les Prévost, de Saint-Jérôme, peuvent se payer. Heureux enfant: ses père et mère, au lieu de se révolter ou tout simplement de s'esclaffer, s'étonnent, sans rien dire, ou plutôt laissent les religieuses le marquer plus profondément encore de leur influence de Françaises. Si bien que, contrairement à toutes les prévisions, le rêve, vingt ans plus tard, deviendra une réalité.

Messieurs et chers parents, ce n'est pas à des hommes de votre culture et de votre milieu qu'un éducateur de profession devrait rappeler qu'il est criminel de souffler sur les enthousiasmes, même les plus étourdissants, des enfants, pour ravager ces enthousiasmes, les tuer. Mais ouvrez donc les pages de notre histoire. Repassez donc l'histoire de votre propre vie. Il n'y a pas de honte à l'avouer, les Canadiens français, à une ou deux générations près, sont fils d'habitants ou d'ouvriers. A mon avis, il n'est qu'une aristocratie véritable, celle de l'intelligence et du cœur. Nos pères en étaient indiscutablement. Et c'est pour cela que partis de rien, les Canadiens français, chacun suivant ses aptitudes, ses goûts, ses ambitions, ont donné et continuent de donner à l'Eglise et à l'Etat, aux professions libérales, à l'industrie, à la finance et au commerce, dans le monde des lettres, des sciences et des arts, au haut fonctionnarisme et à l'éducation, des hommes de haute valeur et d'un rare mérite. L'orientation qui entre peu à peu dans les mœurs scolaires tiendra un compte encore plus exact des ressources humaines de notre peuple et en indiquera une plus rationnelle utilisation.

Mais revenons au petit garçon de tout à l'heure. Dans ce couvent où avec la permission des religieuses il va partout, de la cuisine jusqu'au dortoir (mais s'il mange avec les sœurs il ne va pas toutefois jusqu'à dormir chez elles), il est inévitable qu'il prenne goût au sacerdoce. Il joue au prêtre. Son excellente mère lui a confectionné à même des pièces d'indienne du magasin des vêtements liturgiques. Nouvelles diaconesses, ses compagnes de classe qu'il a revêtues de surplis et de soutanes, prises dans les vestiaires de la sacristie, font office d'enfants de chœur. Avec elles, il chante la messe, fait des processions, organise même des

cérémonies extraordinaires comme ces baptêmes de cloches... à vaches que lui prête son père inimaginablement bon. Les fameuses campagnes politiques de l'époque sont aussi une occasion pour le gamin de rencontrer dans le salon de son père, devenu maire, des personnages considérables: libéraux, conservateurs, voire nationalistes avant le nom. L'éloquence du lion du nord, Tit-Jean Prévost, fait une formidable impression sur l'enfant et lui donne l'envie d'entrer plus tard dans la politique. Comme il manifeste aussi certaines aptitudes musicales, il apprendra le piano. Sacerdoce, politique, arts, quelle voie prendra cet enfant non pas prodigieux, non pas extraordinaire, mais tout simplement semblable à des milliers d'autres enfants de chez nous dont une plus grande observation dans la famille, une orientation plus scientifique à l'école primaire et au collège pourraient découvrir les aptitudes afin de les mettre plus tôt et plus sûrement sur la vraie voie de leur avenir; que des sacrifices encore plus généreux de la part des parents, de la parenté, de mécènes, de l'Etat, acheminaient vers le plein épanouissement des qualités morales et intellectuelles.

Le temps est donc venu de placer l'enfant au collège. Par bonheur, les parents n'ont pas lésiné. De son côté, le rejeton profite de ses études si lui ne profite pas.

Phénomène assez étrange, il ne grandit pas, il ne grandira pas. Problème d'hérédité? Mais non, ses parents ont une taille normale et même son père et la plupart de ses oncles et tantes, du côté paternel comme du côté maternel, mesurent six pieds ou peu s'en faut. Vraisemblablement une question de glandes. La médecine du temps n'avait pas encore compris leur rôle dans le développement de la charpente humaine. On en sait davantage maintenant sur le sujet. Aussi, devant les résultats étonnants de la recherche scientifique et particulièrement dans le domaine médical, il importe que le public, comprenant la nécessité de cette recherche, encourage les savants et fonde des laboratoires qui aideront à pénétrer les mystères de la vie et, partant, à résoudre les problèmes parfois très douloureux que ces mystères présentent.

Un éducateur de profession ne saurait se désintéresser de l'avenir de la nation. Le développement de la personnalité de l'enfant est une des responsabilités de l'école. Or, toutes sortes d'éléments font obstacle à ce développement. Par exemple, des troubles d'ordre physiologique, souvent occasions d'émotions périlleuses pour la santé de l'esprit et la paix de l'âme, compromettent ou du moins retardent l'épanouissement de la personnalité. A cause d'un insignifiant grain de sable dissimulé dans l'engrenage, trop de gens non seulement n'auront pas donné ce que la société pouvait en attendre mais l'auront plutôt desservie par leur inaptitude à s'adapter, à s'incorporer. Que de souffrances morales la médecine est appelée à guérir peut-être, à soulager sûrement, pourvu qu'on facilite ses recherches et que le peuple bénéficie de ses découvertes!

A défaut de la famille, trop souvent ignorante ou distraite, l'école doit s'intéresser tous les jours à la santé des écoliers. Mais comme il n'est ni de son ressort ni dans ses aptitudes de découvrir leur tares physiques, l'école doit s'en remettre à des médecins et à des infirmières. Or, plus les uns et les autres seront nombreux et compétents, plus efficace sera le dépistage des défectuosités d'ordre physiologique plus prompt et plus sûr leur traitement, voire leur guérison. Partant, meilleure sera la santé des enfants. Ils auront ainsi plus de chances de progresser intellectuellement et moralement. Dans la vie, au lieu d'être un fardeau pour la société, ces enfants seront un actif. La médecine devra donc pousser ses recherches dans les domaines assez nouveaux de la pédiatrie, de la psychiatrie et autres sciences que j'ignore. Et une opinion publique éclairée encouragera de son argent les recherches dans cet ordre d'idées. La mobilisation de toute une armée de savants occupés à ces travaux, la création de riches laboratoires ne sont pas, pour une nation, une occasion de nouvelles dépenses mais plutôt l'assurance de nou-

velles conquêtes de l'homme au bénéfice de l'homme.

Les années passent — comme d'ailleurs le temps qui m'est alloué —. Le collégien a terminé ses études. Rare distinction, il sera le seul de tous ses confrères et même de tous ses condisciples à les avoir toutes faites... en culottes. Et, pour se déplacer de la maison au collège et du collège à la maison, au tarif de 10 billets pour trente sous. Heureuse époque! A la fin de ses études, se croyant destiné au sacerdoce, notre philosophe entre au Grand Séminaire. Il est encore évidemment le plus petit des grands-séminaristes. Et tout le temps des dix-huit mois qu'il passera rue Sherbrooke, pas une seule fois, le préposé aux cérémonies liturgiques, M. François, sulpicien pieux mais pas psychologue pour deux sous, ne l'admettra à servir à la grand'messe, même comme acolyte.

« T'es ben trop petit mon ami!
T'es ben trop petit, dame oui! »

Le séminariste en vient à se demander comment, une fois devenu sous-diacre, diacre et prêtre, s'ajusteront à sa petite taille les vêtements sacerdotaux dont la confection doit sans doute se faire selon des mesures communes et moyennes. Il se voit déjà tout embarrassé dans les aubes, les chasubles, les chapes surtout. Une solution. Il aura sa propre garderobe. C'est une dépense. Et il faudra la transporter chaque fois qu'il se déplacera. C'est bien pesant. A moins qu'il ne soit nommé évêque et peut-être cardinal. Ces hauts dignitaires ecclésiastiques ont, évidemment, secrétaire, camérier, gentilhomme.

Dieu l'appelle ailleurs. Les études et l'ardeur qu'il y met, la règle austère qu'il suit en toute conscience ont ébranlé sa santé. Il quitte le séminaire. Vite remis, il entre dans l'enseignement. Première année, fiasco monumental. Certes, l'instituteur ne connaît pas encore à fond son métier et d'ailleurs il comprend trop les gosses qu'il a devant lui pour user à leur endroit des méthodes traditionnelles de discipline: « Assis-toé, pis té-toé ». La véritable raison de son congédiement, par deux fois, s'il vous plaît, c'est que le Visiteur ecclésiastique de son district a considéré le gringalet de la hauteur de ses six pieds et de la majesté de sa bedaine. A quoi peut tenir la destinée! Des imbéciles aux postes de commande, quel malheur pour les individus et quel dommage pour la société! Heureusement que la Commission scolaire n'a plus de semblables Visiteurs à son service. Et heureusement qu'il n'y a pas qu'un district scolaire dans cette vaste Commission. Le jeune instituteur passe dans un autre arrondissement et, après quelques années, ses études à l'étranger l'ayant servi, il est promu à l'enseignement primaire supérieur où il enseignera le français à des grands garçons de 17, de 18 et même de 20 ans.

Chaque première journée de l'année scolaire va mettre à l'épreuve l'autorité du petit professeur. Les élèves, dont chaque année renouvelle le nombre et la physionomie, le caractère et les aptitudes, les tours aussi — les enfants en ont des milliers dans leur sac — les élèves, dis-je, se promettent bien, à leur premier contact avec lui, de lui en faire voir de toutes les couleurs. Mais, connaissant les jeunes, il a deviné leurs intentions. Aussi se hâte-t-il, dès sa première classe, de donner son plein rendement. Il ne s'exprime pas trop mal; il connaît assez bien sa matière, il a lu, voyagé. Il a quelque expérience de la vie. Surtout il aime la jeunesse. Dans l'art bien délicat d'élever les hommes, il n'est pas de moyen plus puissant que de les aimer, quelles que soient leurs déficiences. Et les jeunes, plus perspicaces qu'on ne le croit généralement, se prendront eux aussi à aimer leur petit professeur, à lui obéir presque à la lettre, au grand étonnement de supérieurs préjugés, à la grande confusion de certains collègues, je dirais... inquiets, pour ne pas être méchant.

Mais on le reconnaîtra, ce n'est pas toujours chose commode d'être petit.

Dans les tramways, dans les autobus, aux heures d'affluence, notre bout d'homme ne voit rien du paysage, du mouvement des rues; alors il se contente de regarder des voyageurs

en général assez quelconques, ou se plaît à examiner les jambes des voyageuses! Quand il a repéré une place, il s'empresse de s'en emparer et la garde, au risque de passer pour un malappris — sauf quand une vieille dame ou une jeune maman ou une religieuse se trouvent là debout. Aussi, pour éviter tous les inconvénients du tram et de l'autobus, s'est-il procuré une voiture; mais là encore, comme il ne pouvait rejoindre les pédales, il a dû les faire hausser.

Dans les nombreux hôtels où il descend, si les lits sont toujours trop grands, les penderies, les glaces sont toujours trop hautes. Et quand il lui faut se faire la barbe, c'est par un effort étonnant d'imagination et d'industrie qu'il réussit à se monter une installation pas trop chancelante, pas trop dommageable non plus pour le propriétaire.

Dans la rue, les enfants font des réflexions sur son passage: Oh! le petit monsieur! regarde le petit nomme! pourquoi t'es petit, toi? Jusqu'à sa nièce, une fillette délurée, qui dit à ses petites amies: « Mon oncle est haut comme trois pommes ». Comme les mamans en compagnie de marmots bavards se sentent embarrassées, gênées! Elles rougissent, elles tâchent de faire taire les espiègles ou veulent expliquer... « Mais, madame, votre enfant n'est pas aveugle que je sache? Eh bien! il voit ce qu'il voit et il dit ce qu'il voit. » La maman est toute rassérénée.

Parfois des jeunes gens et des jeunes filles font des commentaires, plus crus et plus indigestes. Le petit monsieur serait porté à en prendre du chagrin s'il ne savait pas depuis longtemps que la jeunesse n'est pas méchante mais irréfléchie. Il faut quand même faire son éducation dans la famille et à l'école, la mettre en garde contre toutes les tentations qu'elle peut éprouver de faire de la peine en donnant, par exemple, des sobriquets, quelquefois drôles et de bonne frappe, la plupart du temps cruels et indélébiles.

Dans les réunions publiques: à l'église, au théâtre, à moins de se placer tout à fait en avant, le petit monsieur ne voit rien ou presque. Les larges carrures, les tailles élancées, les chapeaux de ces dames font écran. Si, à des dîners officiels, on l'a invité à la table d'honneur, il s'y rend immanquablement encadré de deux colosses qui font figure de gardes du corps. Mais, dans les convois funèbres, les journalistes ne s'inquiètent pas de lui demander ses noms et qualités.

Dans les magasins: merciers, bottiers, gantiers, chemisiers, on n'a jamais sa pointure. Heureusement qu'il a fini par découvrir un excellent tailleur. Chez les marchands d'articles de sport, il trouvera, évidemment, des raquettes de tennis, des skis, des patins, ...mais au rayon des enfants. Une fois, il s'est fait faire une paire de bottes d'équitation — c'est, évidemment, un petit cheval qu'il monte — mais une fois terminées, ces bottes eussent plutôt accommodé un homme de taille moyenne. Quelle chose que la compétence en toute espèce de domaine!

Dans les salons, dans les clubs, il ne peut s'asseoir comme tout le monde, c'est-à-dire n'importe où. Les chesterfields sont trop profonds, les chaises droites trop hautes. Pour qu'il soit confortable, il lui faudrait apporter son fauteuil... Il aime passionnément la danse. Si, pour la valse, il est libre de choisir sa partenaire, il ne se risque jamais à danser un « paul jones ». Et l'on citera de lui cette réplique plutôt mordante, alors qu'une jeune fille à qui il a demandé la faveur d'une danse lui a cruellement répondu qu'elle ne dansait pas avec un enfant: « Pardon, mademoiselle, je ne savais pas que vous étiez enceinte. »

Au téléphone ou à la radio, les gens qui ne le connaissent pas ou qui ne l'ont jamais rencontré pensent volontiers qu'il mesure au moins six pieds. C'est une revanche. Ses photos, quand elles ne présentent que le buste, le font ressembler à Camilien Houde ou au défunt Fernand Rinfret..., en mieux, évidemment.

Au fond, tous ces désagréments, que je viens de vous narrer, ne sont pas si pénibles qu'il faille en gémir plus qu'il ne convient. Car si toute médaille a son revers, c'est parce qu'elle a un avers. Certes, au jour de sa jeu-

nesse, quand le bonhomme s'est rendu compte qu'il ne grandissait pas, pis qu'il ne grandirait pas, il en éprouva du chagrin et même une certaine angoisse. Quel serait son avenir? Mais, se ressaisissant, il se fera à lui-même la gageure de changer ce handicap en atout. Et c'est ce tour de magie qu'il faut enseigner aux gens, en particulier, à la jeunesse encline à se décourager parce qu'il y a des obstacles à la poursuite de son bonheur. « L'épreuve est plus moralisante que la bonne fortune », a dit Lacordaire. La souffrance physique et surtout la souffrance morale sont des sortes de bienfaits. « Ceux qui n'ont pas souffert ne savent rien, lisons-nous dans Télémaque; ils ne connaissent ni les biens ni les maux; ils ignorent les hommes; ils s'ignorent eux-mêmes. » A plus forte raison quand, par ailleurs, il y a des raisons d'espérer.

On a eu la chance de faire des études? Pourquoi ne pas les poursuivre toute sa vie pour pouvoir devenir un jour un homme cultivé? On est entré dans la carrière par la petite porte, comme il convient? On n'aura de cesse qu'on en sorte par la grande. Les voyages contribuent à l'épanouissement de la personnalité? Pourquoi ne pas voyager? On n'a pas toujours compris la jeunesse? Educateur, on voudra devenir l'un de ses amis les plus fidèles, les plus désintéressés, les plus attentifs. Et, par un juste retour des choses, on conquerra la confiance des jeunes, leur gratitude, leur dévouement. La jeunesse nous rendra peut-être le service de nous garder jeune, même sous nos cheveux blancs... ou du moins ce qu'il en reste.

On blaguera, évidemment, et tous les jours que le Bon Dieu amène, sur votre étonnante petite taille. Vous garderez votre bonne humeur et vous vous ferez ainsi de nombreux amis dans tous les milieux.

Et puis, après tout, l'histoire enseigne qu'un certain nombre de grands hommes furent plutôt petits: Napoléon, surnommé le Petit Caporal, devint l'Empereur. On disait de Thiers, libérateur du territoire français après 1870, qu'il était le tiers d'un homme; il était haut comme un jockey. Windthorst, petit et illustre politique allemand, tint tête, pour défendre les droits de l'Eglise, au haut et puissant chancelier de fer, Bismarck. L'Autriche garde pieusement le souvenir du petit chancelier Dolfuss qu'Hitler fît lâchement assassiner. Et notre Tit-Coq?

Et puis, après tout, la promesse du ciel vaut pour les petits comme pour les grands. On se souvient de la chanson de Botrel: « Le petit Grégoire », qui

« A seize ans est haut tout comme
Notre huche à pain ».

Quand il mourut, frappé d'une balle entre les deux yeux, Jésus

« Entr'ouvrit son manteau rose
pour qu'il s'y cachât,

et dit:

« Mon ciel de gloire,
En vérité, je vous le dis,
Est pour les petits,
Dame oui! »

De son vivant même, le Christ eut des attentions pour eux. Vous vous souvenez de Zachée, ce petit publicain, qui était monté dans un sycomore — une variété d'érable — pour voir Jésus traversant Jéricho. Jésus, rapporte l'Evangile, ayant levé les yeux, lui dit: « Zachée, hâte-toi de descendre car il me faut aujourd'hui même loger dans ta maison... Et, continue le Christ, aujourd'hui le salut est entré dans cette maison, parce que celui-ci aussi est fils d'Abraham. » Le même Seigneur Jésus-Christ aux disciples qui lui demandaient: « Quel est donc le plus grand dans le royaume des cieux? » et Jésus, ayant placé un petit enfant au milieu d'eux, de répondre: « En vérité, je vous le dis, si vous ne vous convertissez et ne devenez comme des petits enfants, vous n'entrerez point dans le royaume des cieux. »

Messieurs, voilà plus de raisons qu'il n'en faut pour être content de son sort.

On est comme on est,
On est beau, on est laid,
Faut rester comme l'on est.

"L'Union Médicale du Canada" en 1881

Fracture composée du crâne, avec dépression.

Hôpital Notre-Dame, Montréal,
Service du Dr Brosseau.

Août 1881.

E. St-H..., âgé de 35 ans, est, le 13 avril, vers 6 h. p.m., frappé à la tempe par une pièce de bois lancée par une machine. Il y a lacération des téguments et du muscle temporal et fracture du frontal à peu près au niveau de la suture qui unit cet os au pariétal gauche. La fracture a environ un pouce et demi de longueur et le frontal est déprimé de toute l'épaisseur de l'os. En introduisant le doigt dans la plaie on constate parfaitement cette dépression et l'on touche le bord rugueux du fragment postérieur qui paraît soulevé. Le malade a perdu complètement connaissance lors de l'accident. Cependant, étant ensuite un peu revenu à lui, il a pu recevoir les derniers sacrements et se confesser, puis est retombé de nouveau dans un état d'insensibilité complète pendant lequel il a eu quelques mouvements convulsifs ressemblant à de légères contractions tétaniques. Au bout d'une heure le malade reprend ses sens et vomit abondamment. Il est alors transporté à l'hôpital (salle Saint-Joseph, no 13, service du Dr Brosseau). Le pouls est petit filiforme, la respiration affaiblie. Il n'y a aucun symptôme de paralysie. Pas d'intolérance de la lumière ou des sons. Mais le malade est dans l'impossibilité absolue de parler. L'aphasie est complète. Le malade cependant comprend et entend bien. Il peut écrire aussi, mais d'une façon peu intelligible. Ainsi il commence à écrire une phrase et ne la termine pas, il répète souvent les mêmes mots. Il veut donner l'adresse de ses parents, à Québec. Il indique le nom de ceux-ci, mais s'embrouille sur le nom de la rue. Pouls normal, ainsi que la température. Vu l'absence de symptômes de compression on n'intervint pas autrement que pour panser la blessure par un simple morceau de charpie sèche et exercer un peu de compression pour arrêter l'hémorragie qui est assez considérable. Comme le pouls reste toujours petit et faible, on donne du Brandy de demi-heure en demi-heure, jusqu'à ce que le pouls se soit relevé.

14 *avril.* Le pouls est redevenu meilleur et plus fort. Température 99 degrés. En demandant au malade de montrer sa langue, on constate qu'il y a une légère déviation de cet organe. Mais comme le patient fait mouvoir celui-ci à volonté et des deux côtés, il est facile de voir que la paralysie n'est pas considérable. L'aphasie continue toujours. Le malade écrit d'une façon plus intelligible qu'hier. Ainsi, après la visite du chirurgien de service il écrit ce qui suit: « *Si vous ne choisissez est pour satisfaire j'aimerais à ce que j'avais... s'il n'y a rien de quelque danger.* »

7 *heures p.m.* — Il y a eu consultation au sujet du malade cette après-midi et l'on a cru à propos de ne pas intervenir encore, vu l'absence à peu près complète de signes de compression. Pouls 80. Température 100 degrés. La respiration est un peu faible encore. Pas de convulsions, ni de nausées, ni vomissements. On ne constate pas non plus d'intolérance des sons ou de la lumière. L'examen ophtalmoscopique ne révèle rien autre chose qu'une congestion assez forte des veines de la rétine. La pupille n'est pas œdématiée. Les milieux de l'œil sont intacts. On remarque que l'œil gauche est dévié en dedans, et le malade écrit qu'il ne voit rien que d'un seul œil, ainsi: « Je ne vois rien du *seul* que je louche. » Cependant en interrogeant ses amis, on apprend qu'il s'est toujours plaint d'une diminution de l'acuité de la vision dans l'œil dévié.

On prescrit des applications froides sur la tête; les sinapismes aux pieds, et 15 gr. de bromure de potassium toutes les 3 heures. Le malade peut marcher dans la salle. Il se lève de temps à autre.

15 *avril, a. m.* — Le malade a dormi cette nuit, n'a eu ni vomissement, ni mouvements convulsifs, il urine bien. Pas d'autres signes de paralysie que ceux constatés hier à la langue et aux yeux. L'aphasie continue. Le patient écrit d'une manière plus comprise qu'hier et semble plus affaissé. Pouls 74. Temp. 100 degrés. On continue les applications froides à la tête. L'ophtalmoscope ne révèle rien de plus qu'hier. On prescrit 10 grains de calomel suivi d'un purgatif salin après deux heures.

Soir. — Etat général à peu près le même. Pouls 92. Temp. 101 degrés. Le purgatif a produit un bon effet. Pas de symptômes de paralysie. L'aphasie continue. Le malade dort bien. On continue les applications froides et le bromure.

16 *avril, a. m.* — Nuit a été assez bonne. Le malade s'est levé ce matin. L'intelligence semble plus libre. Le malade écrit ces mots: « J'aimerais d'avoir du bouillon. » Il est toujours aphasique. Pas de vomissements ni de convulsions. La blessure qui rend maintenant du pus est pansée à l'acide phénique au 40e. L'examen ophtalmoscopique donne encore des résultats négatifs. Pouls 74. Temp. 98 degrés. Le malade sourit.

Après-midi. — Même état que ce matin. Pouls 82. Température 100 degrés.

17 *avril, a. m.* — Bonne nuit. Sommeil. Pouls 74. Température 98 degrés. L'aphasie continue. Le malade mange et boit bien. On continue le froid à la tête. Etat général le même.

Après-midi. — Pouls 82. Température 101 degrés. Même état.

18 *avril, a. m.* — Pouls 84. Température 98,3 degrés. Toujours aphasique. On prescrit une diète généreuse. De plus: Pot Bromid, 10 g. et Pot Iorlid, 7 g. à prendre trois fois par jour, avec 3i de Tinct. Cinchonoe. Pansement phéniqué pour la plaie à la tempe.

Après-midi. — Même état: pouls 84; température 100,3 degrés.

19 *avril, a. m.* — Même état se continue. Le malade mange mieux et avec plus de goût, mais il est toujours aphasique. A l'ophtalmoscope on voit les veines du fond de l'œil gonflées, tandis que les artères sont filiformes. Il n'y a pas d'œdème de la papille. On introduit dans la plaie un tube à drainage, par lequel on fait les injonctions à l'acide phénique. Pouls 86. Température 98,3 degrés.

Après-midi. — Pouls 96. Température 100,3 degrés.

20 *avril,* — Le pouls est à 80 le matin et à 96 le soir. La température à 98,2 degrés le matin et 99,3 le soir. Le malade est toujours aphasique.

21 *avril.* — Le malade dit *oui* et *non* très distinctement. L'état général s'améliore considérablement depuis deux jours. Le pouls est à 74 et la température à 98,3 degrés.

Du 22 au 26, l'état général s'est de plus en plus amélioré, le pouls est revenu à 72 et la température se montrait entre 98,3 et 99,2 degrés. La parole revient peu à peu et le 26 le patient parle fort bien. Les facultés mentales sont intactes. L'œil gauche reste toujours dévié comme il l'était, du reste, avant l'accident. La plaie suppure abondamment, on y introduit des crins de cheval pour établir le drainage, et le malade laisse l'hôpital le 28.

Un mois et demi après son départ le patient se présente à la clinique. En examinant la plaie on aperçoit au fond de celle-ci un point qui offre une certaine résistance et qui est évidemment un corps étranger. On en tente l'extraction et on retire trois morceaux de *feutre* d'environ un pouce carré en tout, et un petit morceau de ruban, le tout faisant partie du chapeau que le malade portait lors de l'accident et que le morceau de bois avait enfoncé dans la profondeur du muscle temporal. Depuis l'ablation de ces corps étrangers, la plaie s'est fermée rapidement.

La guérison du patient est complète.

Dr H. E. Desrosiers,
Médecin interne de l'hôpital Notre-Dame.

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

Arthur C. CURTIS et Robert H. GREKIN. — **Sarcoïdose.** *(Sarcoidosis.)* "Medical Clin. of North America", **3:** 31 (janv.) 1949.

Voici la définition adoptée par la Conférence sur la sarcoïdose sous les auspices du Conseil National des Recherches à Washington: « La sarcoïdose est une maladie d'étiologie inconnue, caractérisée au point de vue microscopique par des tubercules à cellules épithélioïdes avec ou sans nécrose apparente survenant dans n'importe quel organe ou tissu, et par la présence fréquente de corps réfringents ou apparemment calcifiés dans les cellules géantes des tubercules. Les lésions peuvent être remplacées par de la fibrose, de l'hyalinisation ou par les deux à la fois.

« Cliniquement, les lésions peuvent être très répandues. Les tissus ordinairement atteints sont les ganglions lymphatiques, la peau, les yeux et les os (surtout aux extrémités. C'est une maladie à évolution chronique affichant peu ou pas de symptômes. Toutefois, il peut y avoir des phases aiguës caractérisées par un malaise accompagné de fièvre, avec présence possible de symptômes provenant des organes atteints. Le test à la tuberculine est fréquemment négatif. Les globulines plasmatiques sont fréquemment augmentées. L'évolution de la maladie peut se faire vers la « résolutio ad integrum », vers la perte fonctionnelle de l'organe ou vers la chronicité. » C'est réellement un résumé de la maladie...

Etiologie: inconnue, mais d'aucuns ont voulu l'apparenter à la tuberculose, la lèpre, la leishmaniase, ou en faire une complication de traumatisme avec présence de silice dans les plaies.

Caractéristiques cliniques:

Fièvre: rare sauf dans l'uvéo-parotidite.

Perte de poids, douleur, symptômes pulmonaires, rares.

Malaise général, et *fatigabilité,* parfois chez ceux qui font de l'hypercalcémie ou une élévation de l'azote non protéique.

Tissu lymphoïde: le plus souvent atteint. Les ganglions peuvent s'hypertrophier au point d'apparaître sous forme de tumeurs visibles. Distribution capricieuse.

Rate: souvent hypertrophiée.

Les *poumons* sont souvent infiltrés, et les ganglions bronchiques hypertrophiés.

La peau: on y distingue trois groupes de lésions: le sarcoïde de Boeck, le sarcoïde de Darier-Roussy, et le lupus pernio de Besnier.

Il faut aussi mentionner la fièvre *uvéo-parotidienne* et le *syndrome de Mikulicz.* Ce dernier consiste en l'atteinte bilatérale des glandes lacrymales et salivaires.

Os: lésions connues sous le nom de Osteitis tuberculosa multiplex cystica. En un mot tous les organes peuvent être pris.

Examens de laboratoire:

Le plus souvent, monocytose, élévation de la fraction globuline, d'où une augmentation des protéines totales et une inversion du rapport sérum-globuline. L'azote non protéique, le calcium et le phosphore sériques sont souvent élevés. L'urea clearance test est souvent diminué. La sédimentation est fréquemment accélérée durant les stades actifs de la maladie.

Seul le diagnostic *microscopique* est certain. Peut-être y aura-t-il plus tard un test cutané

basé sur l'antigène de Kveim quand les travaux seront complétés.

Traitement: empirique... Calciferol ou Dihydrotachystérol à hautes doses.

J.-Roger GAREAU.

EDITORIAL. — **La streptomycine dans la tuberculose méningée.** *(Streptomycin in Tuberculous Meningitis.)* "British Medical Journal", No 4605; 628 (9 avril) 1949.

Il s'agit d'un rapport intérimaire d'un comité écossais où l'on rapporte 81 cas de tuberculose méningée et son traitement. Chez 77 malades, on est parvenu à isoler le bacille dans le L.C.R. Des 81 malades 45 sont morts, 5 ont eu des rechutes, tandis que 31 ont guéri. A noter cependant que ces cas n'ont pas été uniquement traités par la streptomycine parce que la streptomycine seule ne semblait pas agir favorablement. Tout le monde paraît d'accord sur ce sujet.

Paul-René ARCHAMBAULT

Ivar KALLQUIST. — **Traitement de la tuberculose intestinale par le P.A.S.** *(Para-aminosalicylic acid therapy in intestinal tuberculosis.)* "Amer. Rev. of Tuberculosis", **61**: 621 (mai) 1950.

L'auteur rapporte 22 cas de tuberculose intestinale traités avec le P.A.S. à l'hôpital Soderley. Le diagnostic radiologique fut obtenu dans chaque cas.

Une régression complète des images intestinales pathologiques fut obtenue dans 10 cas et une régression presque complète dans 1 cas. Il y eut régression considérable dans 7 cas.

Après une période d'observation variant de 8 à 16 mois, 13 patients n'ont aucun symptôme, 3 présentent de légères douleurs abdominales, 5 sont décédés. Des 5 morts, 1 mourut de leucémie aiguë à monocytes non attribuable au traitement par le P.A.S. Les 5 étaient améliorés quant à leurs symptômes abdominaux lors de leur décès.

L'auteur conclut que le P.A.S. est la médication de choix dans le traitement de la tuberculose intestinale. Il la préfère à la streptomycine surtout s'il considère que la résistance au P.A.S. ne s'établit pas avant 6 mois et que cette médication est presque toujours bien tolérée et inoffensive.

Maurice DORAY.

AMYES, RAY et BROCKMAN. — **Anoxie par le monoxyde de carbone.** *(Carbon monoxide anoxia.)* "J. A. M. A.", **142**: 1054 (8 avril) 1950.

Justin Besançon et Laroche en France avaient employé avec avantage la procaïne par voie intraveineuse dans le coma dû au monoxyde de carbone.

Aux Etats-Unis, comme on constatait que le traitement déjà employé n'était pas satisfaisant, on tenta l'essai de la nouvelle thérapeutique.

A Los Angeles, l'on administra 500 cc de soluté glucosé à 5%, ou 500 cc de solution isotonique dans laquelle on avait mêlé 500 mg. de procaïne par la voie intraveineuse durant deux heures. Auparavant l'on avait tâté la sensibilité du patient par des épreuves cutanées à la procaïne.

Des 23 patients qui furent l'objet de cette étude (tous amenés inconscients à l'hôpital) 17 reprirent conscience et manifestèrent des signes évidents d'amélioration de quelques minutes à une heure après le début du traitement.

Il n'y eut aucune réaction (convulsion, allergie, etc.,) durant l'administration du traitement. On n'administra jamais cependant d'épinéphrine avec la procaïne.

Les effets du traitement se manifestèrent d'autant plus vite qu'on avait administré la procaïne plus rapidement après le début des symptômes.

La procaïne est un analeptique et un anesthésique local et doit exercer son action comme stimulant respiratoire.

Maurice COMEAU.

LEVINE, GOLDSTEIN et GERHARDT. — **Cancer et tabac.** *(Cancer and tobacco smoking.)* "J. A. M. A.", **143**: 336 (27 mai) 1950.

Durant les années passées, une revue de la littérature nous montre qu'on a tenté vainement de mettre en évidence une relation de cause à effet entre l'usage du tabac et le cancer.

Sur cette question, les auteurs étudièrent 1650 cas d'admission au Roswell Park Memorial de Buffalo chez qui une histoire de cas détaillait la variété de tabac, la quantité consommée et la façon de le consommer (pipes, cigares, cigarettes).

Voici ce que révèlent leurs statistiques: le cancer de la lèvre serait beaucoup plus fréquent chez le fumeur de pipes et cigares que chez les fumeurs de cigarettes. D'un autre côté, on a rencontré deux fois plus de cancers du poumon chez les fumeurs de cigarettes que chez les autres et aussi deux fois plus chez ceux qui fument depuis 25 ans que chez les autres fumeurs ou non fumeurs du même âge. La variété de tabac ne modifierait en rien l'apparition du cancer.

De ces statistiques les auteurs mettent au moins un point en évidence, et c'est celui du facteur associé, i.e. si le tabac est consommé sous forme de cigares, cigarettes ou pipes, sur le site d'apparition du cancer.

Maurice COMEAU.

J. H. MIDDLEMISS. — **L'érythème noueux.** *(Erythema nodosum.)* "British Journal of Radiology", **22**: 375 (juillet) 1949.

L'auteur a observé 124 cas d'érythème noueux dont 99 sont considérés comme des tuberculeux. Parmi ces 99, on a pu les classer comme des cas d'infection tuberculeuse primaire. Un fait particulier à noter; il y avait 2 fois plus de femmes atteintes de cette maladie que d'hommes. Il est généralement admis aujourd'hui que l'érythème noueux n'est pas une maladie spécifique, mais plutôt une réaction non spécifique à diverses infections et à divers agents toxiques. Elle survient le plus souvent en association avec une infection tuberculeuse primaire. Il faut se méfier, car il y a parfois des cas où l'érythème noueux survient secondairement à l'emploi des sulfamides et à une maladie que l'on appelle coccidioidomycose.

Paul-René ARCHAMBAULT.

J. B. McDOUGALL. — **L'Organisation Mondiale de la Santé et la tuberculose.** *(WHO and Tuberculosis: World Health Organization.)* "Brit. Med. Journal", No 4623: 379 (13 août) 1949.

Cette Organisation Mondiale de la Santé considère la tuberculose comme un problème de très grande importance et recommande au monde entier des programmes de très grande envergure. Chaque pays doit faire un relevé de l'étendue de son propre problème, de ses moyens de lutter contre cette terrible maladie. Pour aider efficacement cette lutte on a distribué 34 bourses d'études pour atteindre la cinquantaine bientôt. On choisit les officiers seniors qui ont une situation-clef auprès des gouvernements. On s'efforce aussi de les mettre au courant des efforts qui se fait dans chaque pays puis, avec le temps, on cherche à améliorer la lutte antituberculeuse aussitôt que le personnel bien entraîné peut se qualifier.

C'est ainsi que 8 000 000 d'Européens ont pu avoir un test à la tuberculine tandis que l'on en a vacciné au B.C.G. 3 000 000. Ce comité mondial veut travailler conjointement avec l'Office International contre la T.B. au moyen d'une agence internationale. Ce qui est fort louable.

Paul-René ARCHAMBAULT.

PHTISIOLOGIE

COMITÉ DES ESSAIS THÉRAPEUTIQUES DE L'ASSOCIATION NATIONALE SUÉDOISE CONTRE LA TUBERCULOSE. — **P. A. S. et tuberculose pulmonaire, étude clinique.** *(P. A. S. treatment in Pulmonary Tuberculosis. Comparison between 94 treated and 82 untreated cases.)* "American Rev. of Tuberculosis", **61**: 597 (mai) 1950.

Le comité rapporte les expériences faites avec le P.A.S. chez 94 patients souffrant de tuberculose pulmonaire. 82 patients servant de contrôle reçurent des placebos. Même les médecins chargés d'administrer le médicament ne savaient pas quel patient recevait le P.A.S. ou le placebo. La dose employée fut de 10 grammes par jour par voie orale sous forme de granulé. La durée du traitement fut de 3 mois. Les expériences portèrent sur la température, le poids, la sédimentation globulaire, la quantité et la positivité des expectorations, la formule sanguine et la radiographie pulmonaire.

Dans tous les cas, les patients traités avec le P.A.S. s'améliorèrent beaucoup plus rapidement que ceux du groupe contrôle et les résultats sont très significatifs.

Maurice DORAY.

NEURO-PSYCHIATRIE

Edwin O. WHEELER, Paul O. WHITE, Eleanor W. REED, Mandel O. COHEN, Boston. — **L'asthénie neuro-circulatoire.** *(Neurocirculatory asthenia — anxiety neurosis, effort syndrome, neurasthenia.)* "J. A. M. A.", **142**: 878 (25 mars) 1950.

L'asthénie neuro-circulatoire (névrose d'angoisse, syndrome d'effort ou neurasthénie) est une maladie fréquente.

Bien qu'elle ait été l'objet de nombreuses publications plus ou moins récentes, la littérature médicale n'avait pas abordé, à date, l'étude de cette maladie sous l'aspect particulier de l'évolution médicale et médico-sociale des patients chez qui le diagnostic en avait été posé.

La présente étude est le fruit des informations recueillies auprès de 173 patients, chez qui le diagnostic d'asthénie neuro-circulatoire avait été porté vingt ans auparavant et qui n'avaient alors été soumis à aucune autre thérapeutique si ce n'est celle de la sédation médicamenteuse et du réconfort ou soutien moral.

Du point de vue médical, cette étude tend à démontrer que ces patients se sont comportés raisonnablement bien et qu'ils n'ont pas été plus que leur prochain sujet à d'autres maladies. Du point de vue familial et social, ils ont semblé être des citoyens convenablement bien adaptés.

Une question se pose: ces patients souffraient-ils bien de la même maladie que celle appelée par les psychiatres neurose d'angoisne, état anxieux et neurasthénie?

La revue de la littérature sur ce sujet a amené les auteurs du présent travail à la conclusion que les différents termes employés s'appliquaient à la même maladie.

De plus, c'est l'impression de l'un des auteurs (M.E.C.), un psychiatre, qu'il est incapable de faire la distinction entre les patients chez qui le diagnostic d'asthénie neuro-circulatoire a été posé par des cardiologues et ceux chez qui le diagnostic de névrose d'angoisse ou de neurasthénie a été porté par des psychiatres.

T. A. Ross, dans un article paru en 1936 dans *La Presse universitaire* de l'Université de Cambridge, Mass., et s'intitulant « Enquête sur le pronostic des névroses » avait démontré qu'un bref traitement psychothérapique produisait d'aussi bons résultats qu'un traitement prolongé.

La présente étude va plus loin dans ces conclusions et soutient qu'une psychothérapie encore moins profonde, soit le simple réconfort aidé du facteur temps, peut amener d'aussi bons résultats que le traitement abrégé de psychothérapie préconisé par Ross.

Plus encore, l'on est porté à penser que toutes les études faites à date sur cette maladie, même la présente, indiqueraient beaucoup plus l'évolution naturelle de la maladie que les résultats obtenus par l'une ou l'autre des formes de psychothérapie.

Que l'anxiété soit à l'origine de nombreuses maladies, chez les humains, c'est une hypothèse sur laquelle l'on spécule beaucoup de nos jours.

Ainsi, certains pensent que l'ulcère peptique, l'asthme, l'arthrite rhumatoïde, la colite ulcéreuse, l'hypertension artérielle et le diabète sont les résultats d'une entité mal définie que l'on appelle anxiété.

En ce qui concerne cette théorie, il faut noter que dans le groupe des patients qui ont souffert durant 20 ans de symptômes d'appréhension, de nervosité, de palpitations, de tremblements, tous symptômes classiquement considérés par les psychiatres comme des manifestations d'anxiété, il n'y a pas eu, du moins à un degré évident, aucune de ces maladies que l'on aurait dû s'attendre à voir se développer chez eux.

Dans ce groupe, le taux de mortalité a même été plus bas que dans la population en général. Ce fait pourrait s'expliquer de deux façons: ces patients appartenaient à un groupe social dont l'éducation et les revenus dépassaient la moyenne et peut-être aussi portaient-ils plus d'attention à leur santé que l'individu ordinaire.

Ces faits concernant le pronostic au sujet de la santé et de la mortalité peuvent être employés à réconforter les patients inquiétés par les symptômes qu'ils présentent.

En résumé, cette étude faite auprès de 173 patients et portant sur une période de 20 années d'observation, apporte les conclusions suivantes:

1 — L'asthénie neuro-circulatoire (neurasthénie — syndrome d'effort — névrose d'angoisse) est une maladie le plus souvent chronique, qui ne cause ni ne précipite la mort, et qui n'a pas de répercussion importante sur la vie familiale et sociale des patients non plus que sur leur travail.

Cette conclusion s'appuie sur le fait que, des 173 patients faisant l'objet de ce travail, 12% ont guéri, 35% ont présenté des symptômes mais son incapacité, 38% ont présenté des symptômes s'accompagnant d'une légère incapacité, et seulement 15% ont présenté des symptômes s'accompagnant d'une incapacité modérée ou considérable.

2 — Cette étude ne permet pas d'affirmer que ces patients atteints d'asthénie neuro-circulatoire ont développé, avec une fréquence particulière, des maladies telles que l'ulcère peptique, l'asthme, l'arthrite rhumatoïde, la colite ulcéreuse, l'hypertension artérielle.

Cependant, ces patients ou un groupe étaient tous des anxieux.

Il faudrait donc affirmer qu'il n'est pas évident que ces maladies soient le fruit de l'anxiété.

3 — L'asthésie neuro-circulatoire ne comporte pas une élévation du taux de mortalité.

4 — Les résultats publiés, concernant des cas semblables, soumis à un traitement prolongé de psychothérapie, à la méthode psychoanalytique, et à d'autres traitements tels le traitement électro-convulsif, le tartrate d'ergotamine, l'énervation des surrénales, ne permettent pas de conclure que les patients ainsi traités se sont mieux comportés par suite que ceux qui n'ont reçu que le simple traitement de sédation et de réconfort aidé du facteur temps.

Les auteurs signalent qu'il est toujours possible quand on veut bien recourir aux moyens nécessaires (indiqués dans l'article original) de localiser les patients et de s'assurer leur collaboration même 20 ans après le premier examen et diagnostic.

Ernest-R. TETREAULT.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Paul A. O'LEARY. — **Dermatomyosite.** *(Dermatomyositis.)* "Medical Clinics of North America", Chicago, No 21 (janv.) 1949.

Le syndrome connu sous le nom de dermatomyosite est une entité complexe caractérisée par une inflammation non suppurée accompagnée de dégénérescence de plusieurs muscles

squelettiques. De plus, il y a présence ou absence de lésions cutanées qui, si elles sont présentes peuvent varier de la petite tache d'érythème ou d'œdème à un genre de poikilodermie généralisée.

Le début peut coïncider avec un processus infectieux quelconque tel que amygdalite.

Cas bénins: Les muscles sont d'abord fermes, pâteux, puis ils s'atrophient et il y a alors cessation de la douleur et diminution de l'érythème et de l'œdème.

Cas graves: Douleur musculaire généralisée et mouvements douloureux et limités. Plaques érythémateuses sur la peau, la pigmentation succède à l'érythème; elle se caractérise par une couleur brunâtre et des lividités.

Evolution finale: Les muscles sont réduits à des bandes fibreuses. Les articulations se fixent alors en flexion plus ou moins marquée ce qui donne une allure grotesque. Parfois mort par la paralysie diaphragmatique.

Symptômes spéciaux à certaines localisations musculaires: Dysphasie ou raucité de la voix ou dysphagie.

Dyspnée (muscles intercostaux et diaphragme) avec évolution possible vers la pneumonie.

Parésie des muscles de l'expression.

Manifestations constitutionnelles.

Foie: Hépatomégalie légère parfois.

Rate: Parfois, splénomégalie légère.

Cœur: Myocardite avec hypertrophie cardiaque qui cause parfois la mort.

Vaisseaux: Troubles du type Raynaud.

Anatomie pathologique.

Biopsie: Région de l'épaule. Grand pectoral. Gastrocnémien.

Lésions: Prolifération des noyaux des faisceaux musculaires, effacement de la striation transversale, séparation des myofibrilles et occasionnellement, coagulation ou hyalination du sarcoplasme. Plus tard, fragmentation des fibres, dégénérescence granuleuse, fibrineuse et vacuolaire des fibres, métachromasie basophile, et phagocytose par de gros histiocytes. L'infiltration cellulaire peut être infime même dans les cas graves.

Dans les cas évoluant depuis longtemps, la destruction cellulaire est considérable et étendue. On observe des collections de lymphocytes, d'histiocytes, de « plasma cells » et de fibroblastes situés autour des vaisseaux ou envahissant diffusément. Les vaisseaux sont dilatés et congestifs. Dans les cas évoluant depuis longtemps, la sclérose apparaît.

Peau: Lésions atypiques pouvant s'accompagner d'homogénéisation et de condensation du tissu conjonctif (sclérodermie) ou de coloration homogène du collagène avec léger œdème qui en sépare les fibres (sclérédème des adultes).

Etiologie: Inconnue.

Diagnostic différentiels: Sclérodermie diffuse, sclérédème des adultes, trichinose, lupus érythémateux disséminé, pellagre.

Parfois: polynévrite, myasthénie grave, érésypèle, maladie d'Addison, rhumatisme articulaire aigu, périartérite noueuse, etc.

Traitement: Symptomatique.

Vitamines, repos au lit mitigé. Prévenir la fixation des jointures, Néostigmine. Vaccin si la culture est positive. Pyrétothérapie.

J.-Roger GAREAU.

LABORATOIRE

Armand FRAPPIER et Roland GUY. — **Une épreuve nouvelle et pratique de cuti-réaction au B.C.G. pour déceler l'allergie tuberculeuse totale.** "Can. J. of P. H.", **41:** 72, 1950.

Les auteurs décrivent et proposent une épreuve cutanée, nouvelle et pratique, la cutiréaction au BCG, pour déceler l'état d'allergie totale, c'est-à-dire, l'allergie à la tuberculine, l'allergie aux corps et aux protéines bacillaires et l'allergie infratuberculinique.

Cette épreuve est basée sur l'accélération de la réponse locale à l'introduction transcutanée de BCG chez des individus allergiques à la tuberculine ou en état d'allergie infratuberculinique. Elle consiste à faire simultanément

deux scarifications cutanées, la première comme contrôle, l'autre à travers une goutte d'une émulsion spéciale de BCG, et à comparer la réaction due au BCG seulement et celle due au seul traumatisme, toute différence en faveur de la première, à 24 ou 48 h., étant considérée comme une forte présomption de spécificité. 72 heures après l'épreuve, la réaction spécifique persiste encore à l'endroit de la scarification vaccinale alors que la réaction à l'endroit de la scarification contrôle est disparue.

La concentration optimum de BCG, vivant ou tué, pour les besoins de l'épreuve, — c'est-à-dire la concentration suffisante pour provoquer une réaction chez les individus les moins sensibles, incluant ceux qui ne présentent qu'une allergie infratuberculinique, mais incapable de provoquer des réactions cicatricielles parmi les sujets fortement allergiques — n'est pas moins de 10 mg. et pas plus que 25 mg. par cm^3, préférablement moins. Chez 626 individus négatifs à la dose forte de tuberculine (0,005 mg. P.P.D.), 22,9% étaient encore positifs à la cuti-réaction au BCG, montrant par là un état d'allergit infratuberculinique, c'est-à-dire une réaction locale accélérée à l'introduction cutanée du BCG, et le phénomène de Willis (raccourcissement de la période antéallergique et intensification de la réactivité à la tuberculine). Quelques auteurs ont rapporté semblables résultats après avoir utilisé la méthode intradermique ou la méthode par piqûres multiples.

Ces cuti-réactions au BCG pourraient être employées pour les fins suivantes: recherche de l'allergie infratuberculinique, enquête épidémiologique sur la distribution absolue de l'infection tuberculeuse, et comme un substitut économique et efficace aux épreuves sériées à la tuberculine, en vue d'une vaccination immédiate par le BCG.

Les auteurs, employant leur cuti-réaction au cours d'un vaste programme de vaccinations par le BCG, ont trouvé bon de vacciner immédiatement avec le BCG (6 scarifications d'un centimètre) tous ceux qui ne montraient, après 24 heures, qu'une réaction de 2 mm. ou moins à la cuti-réaction au BCG.

L'emploi de BCG vivant pour la cuti-réaction peut servir vraisemblablement de dose de rappel chez les sujets déjà allergisés, particulièrement chez ceux dont l'allergie tuberculinique, faiblement positive, reprend ainsi une plus grande intensité et chez ceux dont l'allergie évanouie, mais à l'état infratuberculinique, réapparaît dans un délai plus précoce que chez les sujets absolument non allergiques. Probablement que la résistance elle-même se trouve alors renforcée.

L. R.

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.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 26 janvier 1950

Présidence de M. Georges Hébert.

Diagnostic d'élimination.

M. Jean TREMBLAY

Madame Sarah P., âgée de 59 ans, entre à l'hôpital Notre-Dame le 5 septembre 1949.

Elle se présente pour ballonnement, troubles digestifs vagues et pour tumeur abdominale qui s'est développée depuis environ quatre mois.

Pas d'amaigrissement mais elle sent quelques douleurs et quelques malaises abdominaux.

Antécédents:

Rien à signaler sauf une constipation légère, l'appétit est bon, il n'y a pas d'intolérance des graisses, aucune maladie.

Questionnaire gynécologique:

Quatre grossesses à terme, ménopause depuis quatre ans, aucune perte. L'examen gynécologique est demeuré négatif.

Examen:

Bonne apparence, pupilles égales, pas d'adénopathie, pression artérielle 120/80. Le cœur: les bruits sont réguliers, pas de souffle.

Abdomen:

Il y a ballonnement abdominal par tuméfaction, ventre en obusier sans péristaltisme, il y a matité dans le cadran supérieur gauche de l'abdomen.

Examens demandés:

1° — Le 9 septembre 1949, lavement baryté: « Le remplissage du côlon est impossible. La malade renvoie la plus grande partie du baryum sur la table. Nous ne parvenons pas à dépasser l'angle splénique du côlon. La partie injectée c'est-à-dire les côlons gauches sont le siège de multiples images diverticulaires avec état identique au niveau du sigmoïde. L'on note de plus une augmentation de la densité abdominale avec refoulement de certaines anses grêles vers la droite. Le transverse est également relevé vers l'hypocondre. Il semble donc s'agir d'une importante stase extra-colique. Les ombres rénales ne sont pas identifiables et nous suggérons de pratiquer une urographie.

Conclusion: Stase extra-colique et sigmoïdite diverticulaire. »

2° — Le 10 septembre, repas baryté: « Conclusion: Le transverse ainsi que plusieurs groupes d'anses iléales se trouvent refoulés par une masse extra-colique occupant et débordant le flanc gauche. Une urographie a été suggérée à la suite du lavement baryté. »

3° — Le 15 septembre, urographie I.V. « Sur le cliché avant l'injection I.V., l'on note que l'intestin semble refoulé de bas en haut et de gauche vers la droite par une masse qui occuperait le flanc gauche, cependant les deux images des psoas-iliaques sont assez bien visibles et on a même l'impression d'une bonne visibilité de la loge rénale gauche. De nombreuses petites images, type diverticulaire de stases barytées sont notées à gauche, portion périphérique, c'est-à-dire vraisemblablement dans le côlon descendant. »

« Début d'excrétion bilatérale sur le cliché 5 minutes après I.V. à gauche, l'uretère n'est assurément pas dévié. Il est en grande partie visible. A droite, nous n'avons pas d'image de l'uretère. »

« Sur les clichés 10 et 20 minutes après injection I.V. et alors qu'il y a compression du petit bassin par le ballon, l'on obtient des images de réplétion très incomplète du bassinet et des calices des deux reins. Traces de colorant dans la vessie. Le cliché en position debout ne révèle pas de ptose des images rénales et il y a évacuation complète du colorant. »

« Enfin le dernier cliché pris en position couchée montre deux images rénales de forme, de situation et de contours tout à fait normaux. Le côlon descendant est visible sous la forme d'un mince cordon aérique, en même temps qu'on y note de multiples petites images type diverticulaire de stases barytées. »

D'après ces examens nous portons le diagnostic de tumeur rétropéritonéale ou de tumeur du mésentère. Il peut s'agir également d'un kyste ou d'un pseudo kyste du pancréas. Pour éliminer ce diagnostic nous demandons un examen de la vésicule biliaire le 19 septembre. « Il y a bonne coloration de la vésicule après administration de 6 grammes de Priodax. Elle est de petit volume et semble accolée à la face inférieure du foie. Après repas gras, elle évacue environ 10% de son contenu. Elle ne paraît pas contenir d'image suspecte de calcul. »

Examens de laboratoire:

Globules rouges 4 800 000 — globules blancs 10 750 hémoglobine 82% — polynucléaires 88% — glycémie 100 mg. — azotémie 38 mg.

Urines:

Traces d'albumine — présence d'acétone.

Alors nous sommes demandés en consultation pour voir cette malade et nous portons le diagnostic de tumeur du mésentère.

Kyste: a) congénital ou acquis;

b) une tumeur solide: sarcome ou lympho-sarcome ou lymphadénome ou sarcome mélanique.

Alors escomptant sur la radio-sensibilité des tumeurs du mésentère, la patiente est soumise à cinq séances de radiothérapie profonde, il n'y a aucun changement de la tumeur. Il nous reste à proposer une intervention chirurgicale et nous annonçons une laparotomie pour tumeur du mésentère.

Opération:

Le 5 octobre 1949, rachis pento.

Laparo-para-médiane gauche sus et sous-ombilicale.

A l'ouverture, nous trouvons une cavité péritonéale, cloisonnée par des membranes formant de nombreux kystes multiloculaires contenant du liquide brunâtre, visqueux, gélatineux par endroit. Nous isolons un petit kyste qui est individualisé au complet, pièce au labo. Les anses sont bridées. L'appendice est amputé, filiforme, prélèvement à un bout de celui-ci pour analyse. Nous retirons en tout la valeur de deux gallons de liquide dans l'abdomen. La vésicule est cloisonnée mais de coloration normale. Les organes génitaux semblent normaux. L'intestin présente des granulations par endroit. Drainage par Mickulicz. Fermeture en trois plans.

Evolution:

L'évolution est normale et nous recevons, le 13 octobre, le rapport du laboratoire d'anatomie pathologique au sujet de la pièce enlevée: « Nous avons prélevé deux tranches au niveau de la pièce kystique. Nous avons aussi prélevé l'appendice ainsi que quelques tranches au niveau des fragments de péritoine. »

Rapport anatomo-pathologique:

« La paroi du kyste est constituée par un tissu conjonctif bordé à l'intérieur par des cellules monstrueuses atypiques, la plupart du temps très grandes et à noyaux multiples. Ces cellules sont souvent en mitoses et quelquefois picnotiques. Dans le cytoplasme d'un

certain nombre existent des granulations noires de toutes dimensions. Dans d'autres, il se creuse des cavités qui sont bordées de cils. Ces cellules infiltrent diffusément le tissu conjonctif. L'intérieur du kyste est rempli par une substance gélatiniforme.

L'appendice est oblitéré sur toute sa longueur par du tissu conjonctif et le péritoine appendiculaire est recouvert d'une couche de ces mêmes cellules qui infiltrent de dehors en dedans. Enfin, les fragments séparés de péritoine contiennent la même infiltration.

Il s'agit très certainement d'une tumeur maligne très atypique, probablement d'un mésothéliome. »

Il s'agit donc de mésothéliome, c'est-à-dire d'une tumeur maligne du péritoine.

La patiente quitte l'hôpital vingt jours plus tard, l'état général est toujours satisfaisant.

Pour les tumeurs du péritoine. Classification: Traité Pathologie Externe — les agrégés (Patel).

A) Tumeurs bénignes:

1° — Solides: lipome et fibrome.

2° — Tumeurs bénignes liquides: angiomes, tumeur vasculaire, lymphangiomes.

3° — Kystes: dermoïdes, hématiques, chyleux et séreux.

B) Tumeurs malignes:

1° — Les tumeurs épithéliales secondaires sont fréquentes.

2° — Les tumeurs mésodermiques généralement primitives: endothéliomes, c'est-à-dire cancer primitif du péritoine.

Les endothéliomes se développent aux dépens de l'endothélium lamelleux péritonéal ou de l'endothélium des lymphatiques, c'est le lymphangio-endothéliome.

Formes: aiguë, chronique.

Traitements: laparotomie en général, exploratrice.

symptomatique: ponction d'ascite.

la radiothérapie ne donne pas de résultat.

Bibliographie:

Le seul cas que nous avons trouvé, rapporté depuis dix ans, est celui publié en 1946 par le docteur Jan Hamilton dans le Medical Journal of Australia.

Discussion.

M. Jean-Louis Léger. Radiologiquement, c'est une tumeur multicentrique. Le petit bassin est occupé par une masse. Tous les organes du bassin sont refoulés par cette masse. Ce n'est pas une tumeur rétro-péritonéale.

M. Léon Gérin-Lajoie demande si l'utilisation du fil de plomb pour encercler la tumeur n'aurait pas aidé à une localisation plus précise de celle-ci et à une estimation de son volume.

M. Louis-Charles Simard fait des remarques au sujet de la classification des tumeurs du péritoine. Il suggère une classification d'hyperplasies et de tumeurs du mésothélium lui-même.

Voici la classification du docteur L.-C. Simard:

Hyperplasies et tumeurs du mésothélium
Lésions hyperplasiques

Hyperplasies du revêtement péritonéal au contact ou au voisinage de foyers d'irritations, (inflammations, hémorragies).

Tumeurs néoplasiques bénignes

Mésothéliomes bénins, surtout de la sphère génitale (utérus, testicule, trompe).

Tumeurs néoplasiques malignes

Mésothéliomes malins (de la plèvre et du péritoine).

M. Jean Tremblay répond au docteur L. Gérin-Lajoie qu'au lieu d'employer un fil de plomb on a fait une application de ballon pour voir si la tumeur était péritonéale ou rétro-péritonéale.

Artériographies cérébrales
(1er juin 1949 au 31 décembre 1949).

M. Jean-Louis LÉGER

a) Percutanées 69
b) Dissections 16

Total 85 (nombre de malades)
Echec 11 (toutes percutanées)

Total 74

N.B.: — Au moins 15 malades ont eu deux et même trois artériographies.

Artères opacifiées

Carotide externe	71
Cérébrale antérieure	60
Cérébrale moyenne	70
Communicante post.	18
Basilaire	6
Méningée moyenne	14

Lésions expansives — tumeurs ou abcès

Glioblastomes	14
Astroblastomes	2
Astrocytome	1
Métastases	3
Méningiomes	2
Cranio-pharyngiomes	2
Papillome choroïdien (IV ventricule)	1
Epithélioma de l'hypophyse	1
Pinéalome ectopique	1
Abcès	2
Tumeur calcifiée (infundibulum)	1
Oligodendrogliome	1
Total	31

Résumé des constatations artériographiques

1. — *Tumeurs vascularisées*:
type glioblastome 5 dont un astroblastome
type méningiome 2 dont une métastase

7

2. — *Tumeurs localisées*: 22 (15 plus 7)
1 cranio-pharyngiome
1 tumeur du IV ventricule
1 de la base - calcification

9

3. — *Négatives*: 9-4 occipitales
2 frontales

Résultats d'après localisation des tumeurs hémisphériques

Frontales	13	dont 2 manquées
Pariétale	1	dont 0 manquée
Temporales	8	dont 0 manquée
Occipitales	4	dont 4 manquées
	26	6

Hématomes ou anomalies vasculaires

Hématomes intra-cérébraux:	5
Anévrysmes artériels :	5
Hématomes sous-duraux :	3
Thromboses :	3
Anévrysme artério-veineux:	1
Total	17

N.B.: — 26 autres artériographies ont été négatives, pratiquées chez des malades où le diagnostic varie de la sclérose en plaques à l'épilepsie généralisée, etc.

Discussion.

Dans cette communication il s'agit de statistiques sur les artériographies cérébrales faites par le rapporteur entre juin 1948 et décembre 1949. Il est à noter que sur 8 tumeurs temporales, 8 ont été localisées par la radiographie. Sur 4 tumeurs occipitales, 4 ont été manquées par la radiographie.

M. Roger Dufresne demande au docteur J.-L. Léger quelles sont les raisons de faire une artériographie plutôt qu'une encéphalographie ou une ventriculographie. Y a-t-il des accidents ou des incidents?

M. Jean-Louis Léger répond au docteur R. Dufresne que les neurochirurgiens préfèrent l'artériographie lorsqu'il y a des signes de localisation. S'il n'y en a pas, on fait, de préférence, une encéphalographie qui va donner la localisation. Les malades supportent beaucoup mieux l'artériographie que l'encéphalographie. Certains dangers existent, mais ici nous n'a-

vons eu aucun accident grave tel que mortalité ou hémiplégie transitoire. Ce qui évite les accidents, c'est le fait que l'artériographie telle que pratiquée dans notre institution se fait sous anesthésie générale au Pentothal.

Ophtalmoplégie par anévrysme carotidien.

M. Roma AMYOT

L'histoire de cette malade de 52 ans est brève et sans complexité. La voici en quelques mots.

Elle n'a jamais eu de maladie importante. Depuis un an, elle éprouvait occasionnellement de la diplopie accompagnée d'une légère ptose de la paupière supérieure gauche avec diplopie passagère. Elle croit que la fatigue provoquait ce phénomène oculo-palpébral passager. Puis, vers le milieu d'octobre 1949, s'installa une céphalée violente ressentie du côté gauche du crâne. Trois jours plus tard, s'ajoutèrent des vomissements et apparut une paralysie du globe oculaire gauche couplée à une ptose de la paupière supérieure et à de la diplopie. Lorsque je l'examinai, environ 15 jours plus tard, la céphalée persistait, à localisation fronto-pariétale gauche, les vomissements avaient cessé et je notai les signes oculaires suivants: ptose complète de la paupière supérieure gauche: ophtalmoplégie gauche portant sur tous les muscles et plus particulièrement sur le droit externe qui ne bougeait plus; une pupille gauche plus grande que la droite; un réflexe photo-moteur très diminué à gauche aussi bien par éclairage direct que par illumination de l'œil droit.

L'acuité visuelle semblait normale et surtout symétrique. Le fond de l'œil était normal bilatéralement. Il n'y avait pas d'hémianopsie. La sensibilité des globes était intégralement conservée. Dès lors, un anévrysme intracrânien fut suspecté.

La malade fut hospitalisée pour examens complémentaires comprenant: ponction lombaire, radiographie du crâne et artériographie intracrânienne.

La ponction lombaire ne révéla aucune anomalie.

La radiographie du crâne montra des signes discrets, accessibles cependant à un œil exercé comme celui du Dr J.-L. Léger, et d'un grand intérêt. Voici son rapport et je vous montrerai les clichés: « Rien à signaler aux os de la voûte du crâne, la glande pinéale n'est pas calcifiée. Il existe un souminement de l'apophyse clinoïde antérieure à gauche. Il existe également une érosion de la petite aile gauche du sphénoïde tout près de son insertion. Cette érosion agrandit la moitié interne de la fente sphénoïdale... le diagnostic d'anévrysme au niveau du siphon carotidien gauche est fort plausible étant donné le souminement de l'apophyse clinoïde antérieure et l'érosion de la petite aile gauche du sphénoïde. Nous conseillons une artériographie. »

Notre impression clinique était renforcée par les constatations radiographiques. Il faut ajouter que ces indices décelés méritent d'être soulignés comme pouvant dépendre d'un anévrysme de la région, mais qu'ils ne sont pas spécifiques de cette lésion.

Une artériographie fut effectuée dans le but d'apporter, *si possible*, une preuve incontestable. Nous disons « si possible » car un anévrysme, très rarement cependant, pourrait se trouver et ne pas révéler sa présence par l'artériographie cérébrale.

A tout évènement, nous avons demandé au Dr Claude Bertrand de procéder à une injection intra-carotidienne de Diodrast en vue de l'artériographie. Voici le rapport du Dr J.-L. Léger: « L'injection révèle la présence d'un important anévrysme de l'artère carotide interne au niveau du coude antérieur du siphon. Il est situé du côté externe par rapport à la carotide. »

Nous vous ferons voir ces clichés qui sont une illustration parfaite d'une telle lésion vasculaire.

La preuve devenait dès lors incontestable. Que devions-nous conseiller comme traitement? Soit l'exclusion de l'anévrysme par liga-

ture intracrânienne ou la ligature extracrânienne de la carotide interne.

En vue de quel objectif ce traitement? Surtout en vue de prévenir une complication sérieuse, trop souvent mortelle, de l'anévrysme intracrânien: l'hémorragie sous-arachnoïdienne, parfois l'hémorragie cérébro-méningée, par rupture du fuseau ou du sac anévrysmal, beaucoup plus que pour faire régresser les accidents de paralysie oculo-motrice comme on les trouvait dans notre cas.

Notre malade fut donc confiée au Dr Claude Bertrand qui jugea, vu la situation de l'anévrysme, d'effectuer une ligature extracrânienne de la carotide interne. Ce genre d'opération moins radicale abaisse pratiquement à néant la circulation sanguine dans le segment anévrysmal et d'autant la pression intra-artérielle et de ce fait concourt à prévenir la rupture.

Mais encore faut-il agir avec grande précaution et par gradation; une ligature d'emblée de la carotide interne pourrait, surtout chez un sujet d'un certain âge, déclencher une encéphalomalacie par thrombose; l'accident a été observé assez fréquemment pour la craindre avec raison. Aussi le Dr C. Bertrand exigea-t-il, comme mesure pré-opératoire et pour éprouver la tolérance du cerveau gauche à des arrêts passagers de circulation carotidienne, que l'on exerçât une compression digitale sur la carotide, deux fois par jour, pendant une semaine. Aucun incident notable ne s'étant produit, il opéra d'abord une ligature partielle de la carotide interne puis il la rendit totale deux jours plus tard. Auparavant, il avait exécuté une artériographie intracrânienne à droite, afin de se rendre compte du degré de communication sanguine entre les régimes artériels droit et gauche et de la suppléance que le cerveau droit pouvait apporter au cerveau gauche une fois privé de sa circulation carotidienne.

Tout se passa sans incident. La malade quitta l'hôpital 14 jours après l'opération. La céphalée pré-existante montra une régression importante quelques jours avant le congé; la ptose était presque totalement disparue, les mouvements oculaires se faisaient bien dans les directions de la contraction des muscles innervés par le moteur oculaire commun, seule persistait encore la paralysie du droit externe innervé par le 6e nerf crânien (moteur oculaire externe).

Les anévrysmes intracrâniens sont connus depuis longtemps, les investigations nécropsiques les avaient mis en lumière. Ils siègent presque toujours sur le réseau de l'hexagone de Willis ou sur ses branches primitives, sur la carotide interne et, dans presque les 3/4 des cas, sur la moitié antérieure de l'hexagone.

On admet que leur origine est congénitale, et ils se développent aux points de bifurcation artérielle.

Depuis l'usage de l'artériographie cérébrale, on est généralement d'opinion que la très grande majorité des hémorragies sous-arachnoïdiennes est due à une rupture d'un anévrysme intracrânien le plus souvent de genèse congénitale, parfois d'origine artério-scléreuse, dans d'autres cas par embolie infectieuse et artérite segmentaire.

L'angiographie cérébrale a également placé l'anévrysme intracrânien à un rang d'importance dans l'étiologie des paralysies oculomotrices et plus particulièrement de la paralysie de la 3e paire. Quand cet accident se produit selon des conjonctures comme celles qui furent observées chez notre malade, la clinique seule peut déclarer l'intervention d'un anévrysme intracrânien.

A cet effet voici la pensée de deux auteurs américains, émise à l'occasion d'une communication récente à la « Philadelphia Neurological Society »: « Experience with over 60 verified cases of aneurysm has indicated that the diagnosis is based on two factors: (1) The history of recurrent bouts of head pain, usually unilateral and often frontal or supraorbital and (2) the development of progressive or acute paralysis of cranial nerves, associated often with head pain and involving one or more of these oculomotor nuclei. So charac-

teristic is this clinical picture in our experience that its occurrence in 2 suspected cases of cerebral aneurysm led to exploration for this disorder, despite negative evidence in the arteriogram » (Bernard J. Alpers et James J. Ryan).

Telle fut l'histoire de notre malade qui confirme bien l'opinion de ces auteurs.

Discussion.

M. Roma Amyot montre les clichés radiographiques de ce malade.

M. J.-Urgel Gariépy: Y a-t-il déplacement du 4e ventricule droit?

M. Roger Dufresne: Il est surprenant que le malade ait présenté un épisode aigu. Qu'est-ce qui a provoqué cet épisode? Y a-t-il eu augmentation de l'anévrysme?

M. Roma Amyot répond au docteur J.-U. Gariépy qu'il ne croit pas qu'il y ait déplacement du 4e ventricule droit.

Au docteur R. Dufresne: s'il y a eu aggravation, c'est probablement parce qu'il y a eu expansion de l'anévrysme.

Traitement du zona par la Protamide.

M. Georges LECLERC

Premier cas

Histoire — Jean-Baptiste- Duf..., homme âgé de 76 ans, s'est présenté au dispensaire de dermatologie de l'H.N.-D. le 5 janvier 1950 pour éruption cutanée à l'hémithorax gauche avec de vives douleurs sous la peau. L'éruption était apparue dix jours auparavant et la douleur avait débuté le lendemain.

Examen — (5 janvier 1950). On note sur la peau du dos, à gauche des vertèbres D5, D6 et D7, quatre petits placards érythémateux avec groupes de lésions nécrotiques et croûteuses secondaires à des vésicules desséchées. L'éruption se prolonge le long des côtes, en une bande d'environ 3 travers de doigts, jusqu'à la région de la pointe du sternum. Elle consiste en groupes de vésicules et de petites bulles à contenu semi-purulent avec base érythémateuse diffuse.

Diagnostic — Zona intercostal gauche.

Evolution — Le malade est hospitalisé et traité au moyen de la vitamine B^1, acide acétyl salicylique et lotion à la calamine. Le 10 janvier, il ne ressent plus de douleur à la peau de la région paravertébrale gauche, mais il accuse encore une douleur exquise à la peau de la région thoracique antérieure gauche. Tous les médicaments sont discontinués et on donne au malade une injection I.M. de 1,3 cc de protamide. Le lendemain, la douleur à la peau de la région thoracique antérieure gauche disparaît complètement. On donne une deuxième injection de protamide. Dans les jours qui suivent, le malade ne ressent aucune douleur et les lésions cutanées guérissent graduellement.

Deuxième cas

Histoire — Alfred Pay..., homme âgé de 52 ans, est sous traitement pour syphilis-latente-ancienne, au dispensaire de dermato-syphiligraphie de l'H.N.D. depuis le 25 mai 1948. Il a reçu sa dernière injection de Novar (0,75) le 27 décembre 1949 et sa dernière injection de sous-salicylate de Bismuth le 5 janvier 1950. Le 12 janvier, il présente une éruption à la nuque et à l'épaule droite ayant débuté le 6 janvier.

Examen — (12 janvier 1950). Au côté droit de la nuque, au côté droit du cou, à l'épaule droite, à la partie tout à fait supérieure du dos, à droite, à la région sterno-cléido-mastoïdienne droite, au menton et à la joue droite, on note une trentaine de petits placards caractérisés par des groupes de vésicules à contenu semi-purulent sur une base érythémateuse.

A la région occipitale et à la nuque plusieurs lésions ont un centre nécrotique. Le malade accuse une vive douleur au côté droit du cou et une raideur marquée de la nuque.

Diagnostic — Zona cervical droit.

Evolution — Le traitement consiste en une injection intramusculaire quotidienne de 1,3

cc de protamide durant 4 jours. Le lendemain de la première injection, la douleur du cou et la raideur de la nuque disparaissent complètement pour ne plus revenir. Le 14 janvier, on note plusieurs bouquets de vésicules nouvelles sur le bord droit de la région de la base du sternum et à la joue droite, mais il n'y a aucune douleur, ni même aucune sensation de brûlure. Le 21 janvier, l'éruption est en bonne voie de guérison.

Troisième cas

Histoire — Laurent Trot..., homme âgé de 48 ans, est sous traitement pour syphilis-nerveuse-asymptomatique, au dispensaire de dermato-syphiligraphie de l'H.N.-D. depuis 1943. Il a reçu sa dernière injection de Novar (0,75) le 10 janvier 1950. Le 17 janvier, il présente, à la cuisse gauche, une éruption cutanée ayant débuté 4 jours auparavant. Le deuxième et le troisième jours, il avait éprouvé une sensation de piqûre et de brûlure à la peau de la cuisse gauche.

Examen — A la face antérieure et à la face externe de la cuisse gauche, on note des agglomérations de vésicules et de petites bulles disposées en petits placards sur base érythémateuse. Les placards ont une tendance à disposition parallèle au pli inguinal gauche. Quelques lésions à la partie supéro-interne de la cuisse gauche, de même que sur la hanche gauche et à la fesse gauche. Le malade n'accuse aucune sensation subjective.

Diagnostic — Zona crural gauche.

Evolution — Le malade *n'a pas* reçu de protamide et il n'a pas eu de douleur à la cuisse gauche. Le 23 janvier, toutes les lésions étaient en voie de guérison.

Commentaire

La « Protamide » est une solution aqueuse colloïdale d'un enzyme protéolitique. Cette préparation a été recommandée pour le soulagement des douleurs fulgurantes du Tabes dorsal et des douleurs du Zona.

Dans le premier cas rapporté ci-haut, il semble que la protamide ait contribué au soulagement d'une douleur exquise à la région thoracique antérieure gauche. Mais, comme le zona durait déjà depuis deux semaines et comme la douleur de la région paravertébrale gauche avait disparu quelques jours auparavant, il est fort possible que la douleur de la région thoracique antérieure aurait été soulagée spontanément, même si le malade n'avait pas reçu de protamide.

Dans le deuxième cas, il n'y a pas de doute que la protamide ait apporté un soulagement rapide à la douleur du cou et à la raideur de la nuque. De plus, dans les jours qui ont suivi, les nouvelles lésions qui sont apparues n'ont pas été accompagnées de symptômes subjectifs.

Dans le troisième cas, les symptômes subjectifs ont été soulagés avant même que l'on ait eu le temps de donner la protamide.

Discussion.

M. Roma Amyot: Est-ce que d'autres auteurs ont rapporté des résultats dans le traitement du Zona par la Protamide? Quel est le mécanisme d'action?

M. André Mackay: Est-ce que le résultat du traitement par Protamide se compare avec celui du traitement par radiothérapie? La Protamide agit-elle dans les cas de douleurs tardives?

M. Jules Brault: La Protamide est-elle effective dans les cas de Zona ophtalmique?

M. L. Morissette: Y a-t-il des inconvénients dans l'administration de la Protamide?

M. Esdras Autotte fait remarquer qu'il y a beaucoup de Zonas sans douleur.

M. Albéric Marin: Il est toujours difficile de déterminer la valeur d'un médicament employé pour le soulagement de symptômes subjectifs tels que la douleur. Dans le Zona, la radiothérapie donnée au début amène généralement un soulagement de la douleur.

M. J.-Urgel Gariépy fait remarquer qu'il y eut dernièrement, dans l'Union médicale du Canada, un article publié par un auteur qui

préconisait l'injection intra-dermique de procaïne pour le soulagement de la douleur du zona.

M. Georges Leclerc répond au docteur R. Amyot que la protamide est un nouveau médicament qui a été employé pour le soulagement des douleurs fulgurantes du Tabes. Parmi les malades il y en avait deux qui avaient fait du zona et dont la douleur du zona aurait été soulagée par l'injection de protamide. Il ajoute qu'il ne croît pas qu'il y ait eu, jusqu'à date dans la littérature, des articles sur le traitement du zona par la protamide. Le mécanisme d'action n'est pas expliqué.

Il dit au docteur A. Mackay que le docteur A. Marin a répondu à sa question.

Au docteur J. Brault: auucun cas de zona ophtalmique n'a été traité ici jusqu'à présent.

Groupes sanguins — Développements récents — Système C.D.E.

M. Albert BERTRAND

Discussion.

M. Albert Bertrand résume l'état actuel du programme des groupes sanguins.

Il existe actuellement 7 systèmes différents de groupes sanguins qui sont:

1 — A.B.O.
2 — Rh.
3 — M.N.S.
4 — P.
5 — Lewis.
6 — Kell.
7 — Lutheran.

Le docteur Bertrand donne quelques explications sur chacun de ces systèmes.

Le secrétaire adjoint du bureau médical

Docteur Georges LECLERC

NÉCROLOGIE

ALPHONSE BERNIER

Jamais nous avions ressenti, avec autant de douleur peut-être, ce mot que François de Malherbe écrivait à un gentilhomme d'Aix, à l'occasion d'un deuil cruel qui le frappait. « La Mort a des rigueurs à nulle autre pareilles. » Jamais nous n'avions compris, avec autant d'amertume peut-être, l'impuissance où nous sommes parfois de protéger contre elle ceux qui nous sont chers, ceux qu'elle vient fruster des années pendant lesquelles ils se seraient plus parfaitement réalisés, tant pour eux-mêmes que pour la science, la société et le pays tout entier. Jamais nous n'avions senti, avec autant d'angoisse peut-être, le vide immense que vient de créer autour de nous la disparition de notre collègue, le docteur Alphonse Bernier.

En effet, il nous a quittés! Il n'est plus! Ce départ s'est accompli dans des circonstances d'une brutalité jusqu'ici inconnue. Tous en ont été consternés. Il avait quitté l'hôpital plein de vie et plein d'espoir, pour préparer les vacances de sa famille à la campagne, sur les bords du lac Saint-Louis. Quelques heures plus tard, on le transportait d'urgence à l'hôpital, où malgré tous les soins, malgré toutes les amitiés, où malgré tout, et tout, il s'éteignait doucement, alors que son cœur pourtant si généreux, si ardent, si dévoué pour tout et pour tous, refusa brusquement de lui continuer le miracle de la vie.

Il n'est plus! Nous aussi, nous voulons refuser de le croire. Et pourtant, nous trouvons la place vide derrière les filtres, les étuves, les mortiers; au-dessus des microscopes où il passait les plus longues heures de sa vie. Alphonse Bernier est mort à deux pas du laboratoire témoin de son activité intense, témoin aussi des services immenses qu'il a su rendre à tous, tant à l'hôpital Saint-Luc, qu'à la science en général, et à de nombreux confrères et collègues, dans diverses sphères de la science médicale.

Il avait très vite compris qu'il deviendrait le collaborateur immédiat du chirurgien, le protecteur inconnu de quantité de patients qui ne seraient pas opérés, grâce à ses diagnostics précis, et aussi, par un juste retour des choses, le sauveteur de quantité d'autres qu'il confierait au chirurgien pour être opérés, l'ultime moyen de leur conservation à la vie. Il jouait donc, auprès de malades qu'il ne connaissait pas toujours, un double rôle de « *pour ou contre l'opération* », lorsque la science pathologique était mise à contribution pour guider le chirurgien, l'éclairer, le rassurer sur un doute, ou le confirmer dans une certitude.

C'est en 1929 qu'il prêta le serment d'Esculape. Tous ceux qui l'ont connu savent jusqu'à quel point il a été fidèle à ce serment. Jamais son intérêt personnel, ses loisirs, son repos, ne furent un obstacle à son devoir. Si le mal est venu le frapper, sournoisement, à sa maison de campagne, c'est qu'il venait à peine d'y arriver après une semaine de travail écrasant à l'hôpital. Il avait amplement droit à ce repos au sein de la verte campagne, auprès du lac Saint-Louis, toujours agité par le moindre vent, au milieu de son jardin qu'il chérissait comme un maraîcher, avec sa famille qu'il aimait d'un amour fier et spontané.

Alphonse Bernier avait reçu sa première formation pathologique à l'école du professeur Pierre Masson. Il ne négligea rien pour atteindre au sommet de cette science. Il étudia à Strasbourg et à Paris, de 1932 à 1934. Cette science, il la posséda si bien qu'il devait, une fois de retour au pays, l'enseigner à d'autres. Il fut donc professeur de pathologie à l'université de Montréal et, en même temps, pathologiste à l'hôpital Notre-Dame.

C'est en 1943 que l'hôpital Saint-Luc l'accueillait. Il en devenait le pathologiste attitré.

Dans la période de transition, il sut conserver tous les amis qu'il avait à l'hôpital Notre-Dame et s'en faire de nombreux autres à Saint-Luc. Il avait le don de se faire des amis. Il n'a jamais eu la maladresse de se faire un ennemi. Il savait comment travailler. Homme d'ordre, il trouvait facilement ce qu'il cherchait. Il cherchait avec ténacité ce que d'autres ne trouvaient pas. Ce médecin-pathologiste était doublé d'un homme du monde dont on recherchait la compagnie. On pouvait être sûr de le trouver à deux places, deux seules: au laboratoire ou chez lui, auprès des siens.

S'il dérogeait à cette magnifique ligne de conduite, c'était peut-être en temps de période électorale. Ardent libéral, défenseur de cette cause et de ses principes, il s'adonnait bien à discourir pour ce parti auquel il croyait et adhérait de toute sa vigueur et de toute sa conviction.

Fin causeur, linguiste, conférencier à ses heures, il était aussi à l'aise dans une bibliothèque, un salon, un meeting de polyglottes, que dans son laboratoire.

Il croyait aussi à la famille, la première cellule de la société. Il était le père de sept enfants. Il consacrait à leur éducation les heures qu'il *arrachait* à la science et aux malades, car il lui était toujours pénible de quitter son premier devoir pour s'absorber en l'autre, aussi important, aussi méritoire, aussi magnifique.

Alphonse Bernier possédait donc l'une de ces personnalités saisissantes, admirables, je dirais même accaparantes, si l'on peut s'exprimer ainsi! Nous ne savons pas si nous pourrons nous habituer à ne plus le voir au-dessus de ses microscopes, à ne plus l'entendre dire d'une voix ferme, autorisée: « C'est un cancer! »

Nous ne savons pas si nous pourrons nous habituer à ne plus l'entendre discuter de médecine, de littérature, de politique, et autres sujets qu'il touchait avec une facilité déroutante. Non, vraiment, nous ne le savons point.

Mais ce que nous savons, c'est que son souvenir ne périra jamais! Il nous a montré — *en un temps relativement court* — ce que c'est qu'une présence comme la sienne. Il nous aura aussi montré ce que c'est que la perte d'un ami.

Devant sa tombe à peine refermée, nous déposons l'hommage de notre plus amical et plus fervent respect, avec notre admiration profonde pour ce qu'il a été, pour ce qu'il restera.

Louis BERNARD.

NOUVELLES

LE BUREAU DES GOUVERNEURS DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Suivant les dispositions de sa nouvelle charte, l'Université doit avoir un Bureau de douze gouverneurs, dont quatre nommés par l'archevêque de Montréal, quatre par le Lieutent-gouverneur en conseil et quatre choisis par les huit premiers désignés. Le Bureau des Gouverneurs est ainsi composé: Le chancelier de l'Université, l'archevêque de Montréal, S. Exc. Monseigneur Paul-Emile Léger, l'évêque de Joliette, S. Exc. Monseigneur Papineau, l'évêque de Saint-Hyacinthe, S. Exc. Monseigneur Douville et le recteur, Monseigneur Olivier Maurault, l'honorable Alphonse Raymond, l'honorable Olier Renaud, le notaire Poirier, le docteur Donatien Marion, S. Exc. Mgr Percival Caza, auxiliaire de Valleyfield, l'hon. Wilfrid Gagnon, M. Etienne Crevier et l'hon. Esioff Patenaude.

LE COMITÉ EXÉCUTIF DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

En vertu de la nouvelle charte, le Comité exécutif de l'Université de Montréal se compose du recteur et de quatre autres personnes désignées par le conseil ou bureau des gouverneurs et choisies parmi ses membres.

L'exécutif vient d'être désigné. Il comprend Mgr Olivier Maurault, S. Exc. Mgr Percival Caza, l'hon. Olier Renaud, le docteur Donatien Marion et M. Etienne Crevier.

LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION DES ÉTUDES DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La Commission des études, qui se compose du recteur, du vice-recteur, du secrétaire général, du directeur des études de chaque faculté ou école ou de son substitut et de quatre autres personnes choisies par le conseil des gouverneurs parmi le personnel dirigeant ou enseignant des écoles affiliées.

La Commission des études, sous la surveillance du conseil, a pour rôle d'assurer la coordination, sur le plan pédagogique, de toutes les forces intellectuelles de l'Université.

Les directeurs des études de chacune des facultés ou écoles appelés à siéger à la Commission sont: théologie, M. Roland Fournier, p.s.s.; philosophie, le T. R. P. Ceslas Forest, o.p.; droit, Me Maximilien Caron; médecine, le docteur Wilbrod Bonin; lettres, M. le chanoine Arthur Sideleau; sciences, M. Abel Gauthier; pharmacie, M. Alfred-F. Larose; chirurgie dentaire, le docteur Ernest Charron; Ecole d'hygiène, le docteur Armand Frappier; polytechnique, M. Ignace Brouillet; Ecole des Hautes Etudes commerciales, M. Esdras Minville; arts, M. J.-Paul Laurence, p.s.s.; optométrie, M. Armand Messier.

Cette commission des études a été constituée le 13 juillet.

Comme le stipule la charte, le directeur des études doit être doyen ou vice-doyen.

LE DOCTEUR ARMAND FRAPPIER À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE PARIS

Récemment, la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, sur la proposition de son Conseil d'Administration, a élu à l'unanimité le docteur Armand Frappier, au titre de membre correspondant étranger.

C'est le professeur Pasteur Valléry-Radot, président de la Société, qui a fait part de cette nouvelle. C'est à l'occasion du Centenaire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, l'une des plus anciennes sociétés médicales françaises, que l'on a honoré notre compatriote.

Le docteur Frappier est directeur de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal. Il est professeur à la Faculté de Médecine, membre de la Société Royale du Canada, « Fellow » de la Société américaine d'Hygiène Publique, Officier de l'Ordre de l'Empire Britannique et membre de nombreuses autres sociétés scientifiques nationales et internationales. Le docteur Frappier et ses collègues de l'Institut et de l'Ecole d Hygiène ont, par leurs publications, leurs travaux et leurs œuvres, contribué à répandre la réputation de ces institutions et à la porter hors des frontières de notre pays.

Le docteur Frappier devait se rendre en septembre prochain à Copenhague, au Congrès de l'Union Internationale de la Tuberculose, où il avait été invité comme co-rapporteur. Malheureusement, lui et ses collègues seront empêchés de participer à ce Congrès.

NOUVEAU DOYEN À L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Les journaux d'Ottawa nous apprennent la nouvelle de la nomination récente d'un nouveau doyen à la Faculté de Médecine de l'Université d'Ottawa.

C'est l'ancien secrétaire de cette Faculté, le professeur A. L. Richard qui a été choisi comme doyen.

FORMATION DES ANESTHÉSISTES

Le docteur Harold Griffith, qui vient d'être nommé directeur du département d'anesthésie de l'Université McGill en remplacement du professeur Wesley Bourne, admis à la retraite, a déclaré au Congrès d'Halifax en juin 1950 qu'en matière d'anesthésie, on a plus besoin d'anesthésistes que de nouveaux médicaments.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR JACQUES DURIVAGE

Lors de sa réunion tenue à San-Francisco, le 23 juin 1950, l'« American Rheumatism Association » a élu parmi ses membres le docteur Jacques Durivage, de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Le docteur Jacques Durivage, ancien élève du docteur Richard Freyberg, de New-York, vient également d'être nommé secrétaire de la Société du Rhumatisme, filiale de la « Montreal Medico-chirurgical Society ».

Le docteur Durivage est membre de l'Académie des Sciences de New-York.

LE CANADA AU CONGRÈS INTERNATIONAL DU CANCER

Le Canada a été représenté largement lors du Congrès International du Cancer qui s'est tenu à Paris en juillet 1950. 24 médecins canadiens étaient au nombre des congressistes; plusieurs même étaient dans les rangs des rapporteurs. Le docteur Origène Dufresne, était délégué du Ministère provincial de la Santé. Le docteur Louis-Charles Simard, de l'Institut du Cancer de Montréal, était au nombre des participants.

LE CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE DE LONDRES

Un grand congrès international d'Ophtalmologie s'est tenu en juillet 1950 à Londres. Parmi les centaines de congressistes, on notait le docteur François Henry, de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

FORMULE À DÉCOUPER DE RÉSERVATIONS POUR LE XXe CONGRÈS DE L'A. M. L. F. C.

Hôtel Mont-Royal, Montréal les 25, 26, 27 et 28 septembre 1950

Vous êtes priés de réserver immédiatement vos chambres surtout si vous désirez être logés à l'Hôtel Mont-Royal. Vous n'avez qu'à utiliser cette page et la faire parvenir à qui de droit.

Monsieur le Gérant de l'Hôtel Mont-Royal,
rue Peel,
Montréal, Canada.

Auriez-vous l'obligeance de me réserver une chambre pour le congrès de l'*Association des Médecins de Langue Française du Canada* (25, 26, 27 et 28 septembre 1950), durant .....jours.

Chambre simple .....

Chambre avec lit double.....

Chambre avec lits jumeaux.....

Je serai accompagné de.....

.....

.....

Ou je partagerai ma chambre avec un autre congressiste, Dr.....

J'arriverai à Montréal le..... sept. à .....hres a.m. ou p.m.

Je quitterai l'hôtel le..... sept. à .....hres a.m. ou p.m.

Veuillez confirmer à.....
(signature)

Dr .....
(lettres majuscules)

Adresse .....

.....

HONNEUR POUR L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

L'hospitalière en chef de l'Hôtel-Dieu de Montréal, la révérende Sœur Jeanne Mance, a été élue membre titulaire de l'« American College of Hospital Administrators ».

LE DOCTEUR GASTON LEDUC, NOMMÉ À MONTRÉAL

Le docteur Gaston Leduc, assistant surintendant du Sanatorium Saint-Michel de Roberval depuis 1942, vient d'être nommé directeur médical adjoint du Sanatorium Saint-Joseph de Rosemont, à Montréal.

LE 6e CONGRÈS DE RADIOLOGIE À LONDRES

Le 6e congrès international de radiologie s'est tenu à Londres du 24 au 28 juillet. Les délégués de l'Association Canadienne des Radiologistes au Congrès de Londres étaient les docteurs A. C. Singleton, de Toronto, Origène Dufresne, de Montréal, D. Wheeler, E. M. Crawford, de Montréal, C. M. Jones, de Kingston, délégués en titre, et Edmour Perron, de Québec, E.-A. Petrie, de Saint-Jean, N.-B. et J. W. McKay, substituts des délégués.

INAUGURATION DE L'HÔPITAL DE MATANE

Dimanche, le 23 juillet, eut lieu l'inauguration solennelle de l'Hôpital Général du Saint-Rédempteur de Matane. C'est un édifice de 6 étages et comprenant 150 lits.

RÉUNION D'ANESTHÉSISTES À LUCERNE

La Société Canadienne d'Anesthésie a tenu en juin une réunion au Club Seigneurial de Lucerne en Québec.

A l'issue des séances scientifiques, on a présenté au docteur Harold Griffith une magnifique peinture de lui-même faite par A. Sherriff Scott, R.C.A. Le tableau a été présenté par le docteur Moïse Clermont, président de la Division de Québec de la Société Canadienne d'Anesthésie.

LE DOCTEUR LUCIEN-L. COUTU, BOURSIER

M. J. K. MacDonald, président du Comité de la Santé Publique de la « Canadian Life Insurance Officers Association » a récemment annoncé l'octroi d'une bourse au docteur Lucien-L. Coutu. Celui-ci fait des recherches depuis septembre 1949 sur l'arthrite rhumatoïde.

COMITÉ FRANCO-CANADIEN DES MÉDECINS POUR ENFANTS

La suggestion de créer un Comité franco-canadien de pédiatres est maintenant une réalité. Le président de l'Association des pédiatres de la province de Québec, le docteur Paul Letondal, vient de recevoir une lettre du professeur Robert Debré, titulaire de la chaire de clinique médicale des enfants à l'Université de Paris et président de l'Association des pédiatres de langue française où il se dit heureux de la suggestion venue du Canada et donne les noms des membres français désignés sur le comité.

La section française du comité franco-canadien aura donc comme représentants les docteurs Edmond Lesné, président de l'Académie de médecine; Louis Ribadeau-Dumas, membre de l'Académie de médecine, et Jacques Odinet, secrétaire de l'Association des pédiatres de langue française, qui assurera le secrétariat. La section canadienne qui a pris cette heureuse initiative en mars dernier, comprend les docteurs Paul Letondal, de la Broquerie Fortier et Albert Guilbeault, respectivement président, secrétaire et directeur de l'Association des pédiatres de la province de Québec.

Il n'est pas sans intérêt de souligner que le Comité franco-canadien inaugura ses activités le 18 juillet, à l'occasion d'une séance spéciale de la Société de pédiatrie de Paris, organisée pour les pédiatres canadiens, auxquels se joignaient tous les Nord-Américains se rendant au sixième congrès international de pédiatrie, qui a eu lieu cette année à Zurich, Suisse, du 21 au 31 juillet, sous la présidence du professeur G. Fanconi.

Grâce à ce comité, les pédiatres canadiens ont été mis au courant des déplacements des pédiatres français et pouvaient les inviter, à leur tour, à prononcer des conférences ou à présenter des communications en notre pays.

POUR UN INSTITUT DE PÉDIATRIE

Le docteur Albert Guilbault vient de faire une causerie au Kiwanis Saint-Laurent, où il préconise la fondation d'un Institut de Pédiatrie. Sa causerie a paru dans l'hebdomadaire *Notre Temps*, les 8 et 15 juillet 1950.

LE DOCTEUR FRANK BURNET À MONTRÉAL

Le docteur Frank Burnet, professeur de médecine expérimentale à l'Université de Melbourne, Australie,

et directeur de l'Institut Walter et Eliza Hall, de Melbourne, a été récemment l'invité d'honneur de l'Institut de Microbiologie de l'Université de Montréal, dirigé par le docteur Armand Frappier, et du laboratoire de bactériologie de l'Université McGill, placé sous la direction du professeur J. O. Murray.

JUBILÉ DU DOCTEUR IRMA LEVASSEUR

Le docteur Irma Levasseur, qui a l'honneur d'avoir été la première femme à exercer la médecine dans la province de Québec, vient de fêter le cinquantenaire de son admission à la pratique médicale. A cette occasion, elle a été nommée membre à vie de l'Association des Femmes diplômées de l'Université Laval de Québec. Le docteur Levasseur a collaboré à la fondation de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal et à celle de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec.

ÉLECTIONS DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Lors du Congrès de l'Association Médicale Canadienne à Halifax se sont tenues également les réunions annuelles de nombreuses sociétés spécialisées. La Société Canadienne d'Oto-rhino-laryngologie a tenu à cette occasion, ses élections. Le docteur W. J. McNally a été élu président et le docteur Jules Brahy, secrétaire; tous deux sont de Montréal.

PASSAGE À MONTRÉAL DU PROFESSEUR A. GINGLINGUET

Le docteur A. Ginglinguet, professeur agrégé d'obstétrique et de gynécologie de l'Université de Strasbourg, a profité de son passage à Montréal, en juillet, pour visiter les principaux hôpitaux de cette ville, ainsi que les laboratoires de ses deux Universités. L'Institut de Médecine et de Chirurgie expérimentales de l'Université de Montréal, le laboratoire du docteur Ayre, de McGill et du Victoria, l'hôpital Notre-Dame, l'Hôtel-Dieu et les deux divisions du « Montreal General Hospital » ont fait l'objet de son voyage d'études.

LE DOCTEUR J.-ÉDOUARD MORIN À LA SOCIÉTÉ ROYALE DU CANADA

Le docteur J.-Edouard Morin, chef des laboratoires de l'hôpital du Saint-Sacrement de Québec, et professeur de bactériologie à l'Université Laval, vient d'être élu membre de la Société Royale du Canada, dans la section de biologie.

NOUVEAU POSTE POUR LE DOCTEUR EUGÈNE THIBAULT

Les autorités de l'Hôpital Général du Christ-Roi de Verdun viennent d'annoncer la nomination comme directeur médical de cet hôpital du docteur Eugène Thibault, président du Comité exécutif et chef du service de médecine. Le docteur Thibault, qui est président de la Fédération des Sociétés Médicales, doit dorénavant consacrer tout son temps à la direction médicale et scientifique de l'hôpital de Verdun.

OCTROI À L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Le premier ministre de la province de Québec, l'hon. Maurice Duplessis, vient d'annoncer que son ministère a accordé une subvention de six cent mille dollars à l'Hôtel-Dieu de Montréal, en vue de permettre à cette institution la lutte contre le rhumatisme et les maux qui l'engendre.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

Le docteur J.-A. L'Espérance, directeur médical et surintendant de l'hôpital Laval, vient d'être élu président de la Société Médicale de Québec. Le docteur Charles Laflamme a été choisi comme secrétaire.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR GEORGES DUMONT, DE CAMPBELLTON, N.-B.

Le Consul de France à Halifax vient de décorer le docteur Georges Dumont, de Campbellton, d'une médaille de bronze en reconnaissance de sa contribution à la diffusion de la langue française dans les provinces maritimes.

BOURSE ACCORDÉE AU DOCTEUR ANDRÉ DESMARAIS

La Fondation Rockefeller a décerné une bourse d'études en biologie humaine au docteur André Desmarais, de l'Université Laval. Celui-ci s'inscrira à l'Université Harvard.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR ALBERT KIMPTON

Le docteur Albert Kimpton, spécialiste agréé du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec en maladies pulmonaires et tuberculose et chef de service au Sanatorium Saint-Georges de Mont-Joli, vient d'être nommé « fellow » de l'« American College of Chest Physicians », lors du Congrès de cette Association tenu à San-Francisco, les 22, 23 et 24 juin dernier.

LE 4e CONGRÈS PANAMÉRICAIN D'OPHTALMOLOGIE

On nous fait savoir que le 4e Congrès Panaméricain d'Ophtalmologie se tiendra dans la ville de Mexico du 6 au 12 janvier 1952.

Les organisateurs de ce congrès, le directeur de la publicité, le docteur Teodulo Aguadis et le secrétaire général, le docteur Luis Sanchez Bulnes comptent sur la participation de tous les ophtalmologistes du continent américain.

NOUVEAUX ÉLUS DU CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

Le Conseil Médical du Canada annonce que les médecins dont les noms suivent ont subi avec succès les examens tenus à Montréal en juin 1950 pour les candidats de langue française:

Armand Arsenault, Ruisseau-le-Blanc, P.Q.; René Auger, Québec; Louis Beaudoin, North Bay, Ont.; Dominique Bédard, Québec; Jean-Marie Bélanger, Québec; Raymond Bélanger, La Sarre, P.Q.; Jean-Jacques Bernier, Notre-Dame-du-Nord, P.Q.; Marcel Boisvert, La Sarre, P.Q.; Alcide-Alfred Casaubon, Verner, Ont.; René Chagnon, Trois-Rivières, P.Q.; Paul Charbonneau, Hawkesbury, Ont.; Benoît Cloutier, Notre-Dame-du-Lac, P.Q.; Bernard Comtois, Sudbury, Ont.; Dollard-Camille Cormier, Saint-Joseph, N.-B.; Jean-Marie Côté, Saint-Augustin, P.Q.

Laurent Croteau, Sherbrooke, P.Q.; J.-Eugène-Maurice Dubois, Hawkesbury, Ont.; J.-M.-Armand Dufresne, Hull, P.Q.; Jean Francœur, Sillery, P.Q.; Camille Gagnon, Saint-Denis, P.Q.; Pierre-Paul Gagnon, Charny, P.Q.; Robert Garneau, Québec; Claude Gaudreau, Saint-Léonard, N.-B.; Gilles Gosselin, Montréal; Lucien-Albert Huot, Québec; Jean-Guy Laurin, Montréal; Joseph-Alphonse-Clément Lavoie, Dupré, Man.; G.-Anatole Lebel, Aylmer, P.Q.

Gilles Leduc, Montréal; Eugène Léger, Memramcook Ouest, N.-B.; Paul L'Espérance, Québec; Ivan Lessard, Rivière-du-Loup, P.Q.; Louis Levasseur, Québec; Joen Tche Lou, Kowloon, Hong Kong; Jean Mathieu, Montréal; James Roderick McDougall, Brandon, Man.; Ovila-J.-Paul Millette, Sherbrooke; Sask.; Lomer Monty, Montréal; Fernand-William Normandeau, Moncton, N.-B.; Edmond Paquet, Québec.

Yves Piette, Joliette, P.Q.; Alcime Pineau, Kent Junction, N.-B.; Pierre Pomerleau, Loretteville, P. Q.; J.-Raoul Roberge, Québec; Jean-Yvan Rouleau, Outremont, P.Q.; Edgar Roy, Saint-Anselme, P.Q.; Lucien Roy, Québec; Adrien Ruel, Montmagny, P. Q.; Hubert Saint-Pierre, Drummondville, P.Q.; Gaston Sauvé, Montréal.

Charles-Henri Schmidt, Calgary; Roger Séguin, Hawkesbury, Ont.; Léopold Sirois, Rivière-du-Loup, P.Q.; Elie Therrien, Saint-Patrice, P.Q.; Armand Trépanier, Montréal.

ASSOCIATION DES MÉDECINS CANADIENS EN FRANCE

MAISON CANADIENNE

31 boul. Jourdan (Cité Universitaire)

Nous rappelons, pour tout médecin canadien devant travailler à Paris, que l'Association des Médecins Canadiens en France est actuellement organisée pour pouvoir, avec l'aide de professeurs français, faire sur place l'orientation des médecins canadiens vers les différents services, les différentes spécialités dans lesquels ils doivent travailler.

Quelles que soient leurs recommandations initiales, l'Association des Médecins Canadiens en France demande instamment aux médecins canadiens de prendre contact avec elle, dès leur arrivée à Paris, à la Maison Canadienne où ils verront le Président de l'Association. L'orientation ainsi faite leur fera gagner beaucoup de temps, car ils seront dirigés en fonction des certificats de spécialité ou du fellowship qu'ils doivent acquérir. De plus, il nous fait plaisir de vous apprendre que le Directeur de la Maison Canadienne est entièrement à la disposition des nouveaux arrivants pour leur trouver une chambre ou un logement. En lui écrivant à l'avance, il peut même faire les réservations nécessaires.

Pour tous renseignements à ce sujet, s'adresser à 326, boul. Saint-Joseph, à Montréal (Canada), à l'Association des Médecins de Langue Française du Canada — HArbour 8076.

LE MÉDECIN DE FAMILLE ET LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

L'efficacité de la lutte antituberculeuse pose une première condition fondamentale: le dépistage. Pour avoir son importance réelle, le dépistage doit s'exercer sur le plus grand nombre possible de personnes. C'est la raison des cliniques pulmonaires où sont examinés gratuitement ceux qui se sentent malades et ceux qui ont des doutes sur leur état, ceux qui sont venus en contact avec un tuberculeux.

C'est la raison des dépistages massifs dans des agglomérations humaines importantes, coups de rateau qui amènent tout pour un premier triage. Raison aussi de la radiographie pulmonaire inaugurée dans plusieurs hôpitaux généraux pour tous les malades qui s'y présentent. Des statistiques récentes établissent que dans les hôpitaux des Etats-Unis, où cette pratique est courante depuis plusieurs années, le pourcentage des cas de tuberculose dépistés parmi des malades de tous genres varie de 7 à 8,1.

Il y a cependant un autre champ plus riche que tout autre pour le dépistage des tuberculeux: le bureau de consultations du médecin de famille. Y passent au cours d'une année bien des tuberculeux qui ne présentent aucun symptôme, bon nombre de cas de contact dans des familles tuberculeuses, bien des gens qui ne se sentent pas en bonne santé mais ignorent où siège leur mal. Il est reconnu que parmi ces consultants le taux de morbidité tuberculeuse est plus élevé que dans la population en général.

Le médecin de famille a une merveilleuse occasion de collaborer à la lutte contre la tuberculose, en participant lui aussi dans une grande mesure au dépistage. L'intérêt de ses consultants réclame cette participation. Le médecin doit toujours penser à la tuberculose; même quand il s'agit d'autres affections. Dépister un tuberculeux au tout début de sa maladie est beaucoup plus efficace que de diagnostiquer un bacillaire qui mourra bientôt et qui a déjà contaminé bien du monde dans son entourage. De même que dans les hôpitaux, les examens radiographiques pulmonaires ont causé des surprises dans le bureau du médecin, un rayon X révèlera souvent une autre voie à suivre.

Il y a donc intérêt à ce que chaque malade qui passe à sa consultation ait dans son dossier une radiographie ou un rapport radiographique. Il est clair que le médecin ne peut pas avoir tout l'outillage d'une clinique spécialisée. Il n'est pas encore entraîné à l'interprétation exacte et complète d'un film. De même, il n'a pas sous la main les possibilités d'un laboratoire et il ne peut non plus toujours compter sur son examen, pour poser un diagnostic différentiel. Mais, c'est aussi pour l'aider dans l'examen et le diagnostic de ses clients que la clinique pulmonaire existe et qu'elle lui offre sa collaboration la plus entière. Du reste cette collaboration mutuelle que nous avons réussi à établir entre les médecins de famille et l'Institut Bruchési, s'est avérée très féconde Nous avons tout mis en œuvre pour donner satisfaction. Nos radiographies sont interprétées et discutées aussitôt qu'elles quittent la chambre noire et les rapports médicaux sont envoyés au plus tard le lendemain. Les examens de laboratoire nécessaires sont commencés et, à la demande du médecin, continués pour établir un diagnostic décisif. Quand l'image radiographique du consultant laisse un doute sérieux, le rapport médical en fait mention et nous sommes toujours prêts à faire les examens subséquents nécessaires pour arriver à une certitude. L'on fait trop de tuberculeux. On en fait aussi trop peu. Il existe un milieu qui serre de très près la réalité. Tout de même faut-il pour cela épuiser dans une mesure raisonnable tous les moyens de recherches et de diagnostic. Le médecin peut attendre de nous cet effort total. La participation du médecin de famille à la lutte contre la tuberculose consistera encore à rechercher à son bureau de consultation, les cas qui ne répondent pas à la réaction tuberculinique.

Il y a aujourd'hui un grand nombre d'enfants et même d'adolescents qui n'ont jamais été en contact avec des tuberculeux. Leur manque d'allergie les expose toujours, surtout à l'époque de la puberté et du travail, à être dangereusement contaminés. Il importe de tarir la source de la tuberculose pour la vaincre; chez les tuberculeux, par un diagnostic et un traitement précoces; chez les non contaminés, par la vaccination au B.C.G.

Aujourd'hui les réactions tuberculiniques sont très faciles. Il y a lieu de commencer par le Vollmer, collé sur le bras comme un simple diachylon, le Mantoux au 1000ème et au 100ème sera réservé pour obtenir plus de certitude chez les réacteurs négatifs. La vaccination par le B.C.G. est également de pratique facile. Mais si le médecin de famille ne peut pas commodément la faire, nous lui offrons l'aide de notre clinique du B.C.G. Au reste cette offre a déjà été faite il y a quelques mois à tous les médecins de Montréal. Nous la renouvelons.

Le médecin doit être convaincu qu'il a comme tout citoyen, une part à faire dans la lutte contre la tuberculose, part proportionnée à ses connaissances et à ses possibilités, part déterminée par ses fonctions de clinicien et d'hygiéniste. Sa double responsabilité est de rechercher le tuberculeux parmi les malades et de prévenir la maladie chez ceux qui n'ont pas encore été contaminés.

Gaétan JARRY,
Directeur médical.

* * *

Il est bien reconnu, mais pas assez largement apprécié, que le médecin de famille est, dans sa pratique quotidienne, une des plus grandes forces, sinon la plus importante dans le contrôle de la tuberculose.

Herman E. HILLEBOE,

Assistant chirurgien général,
Bureau des Statistiques des Etats-Unis.

CENTRE FRANÇAIS DE DOCUMENTATION SCIENTIFIQUE

Section française de l'Association Claude Bernard

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada recevait récemment du docteur F. Bourlière, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris et secrétaire du centre de documentation scientifique Claude Bernard, une lettre exposant les buts que cette organisation poursuit: « faciliter les contacts personnels et l'échange de documentation bibliographique entre personnes s'intéressant à la recherche médicale dans les pays latins de l'Amérique et du Nouveau Monde ».

Durant son séjour à Paris, le docteur Emile Blain, président de la section canadienne du comité médical conjoint France-Canada, avait rencontré le docteur Bourlière qui l'avait mis au courant de cette organisation.

Les renseignements qu'on veut obtenir du centre sont envoyés rapidement par microfilms. Et de plus, nous pourrons obtenir sous peu des « digests » sur certains problèmes d'actualité susceptibles d'intéresser médecins et biologistes.

Les Laboratoires Pharmaceutiques français ont contribué à la diffusion en Amérique latine de quelques ouvrages biologiques et médicaux récents de langue française (2 600 exemplaires pour le compte du Canada).

Tous les médecins de l'Association qui sont désireux d'entrer en relation avec le Centre français de documentation scientifique peuvent s'adresser directement au professeur agrégé:

F. BOURLIERE,
19, rue Picot, Paris (XVIe), France.

LE "SALON DES MÉDECINS" À HALIFAX

C'est dans la ville de Halifax que s'est tenue avec succès la sixième édition du « Physicians' Art Salon », une exposition de photographies et de peintures, œuvres de médecins et étudiants en médecine canadiens, que commandite chaque année la maison Frank W. Horner Limited, fabricants de produits pharmaceutiques à Montréal.

Cette année, plus de cent participants, médecins et étudiants en médecine, avaient soumis leurs travaux dans trois sections différentes, à l'étude d'un jury de sélection composé de monsieur Donald Mackay, A.N.S.C.A., de monsieur W. R. MacAskill et du docteur J. W. Reid. Les pièces d'exposition furent montrées en l'hôtel Nova Scotian, alors que des centaines de délégués purent visiter le Salon durant la semaine du 19 juin.

Cette année marquait l'inauguration d'un nouveau groupe d'exposants surnommé « Palette Club ». Dans cette classe, exposaient les médecins et étudiants en médecine qui s'étaient vu décerner un premier prix aux cours d'éditions précédentes de ce Salon. Le « Palette Club » comprenait des peintures, des photographies en blanc et noir et des photographies translucides.

Des prix et mentions furent décernés dans les trois sections à des gagnants originaires de différentes parties du Canada. La présentation fut faite par Madame Angus L. MacDonald, lors du garden-party, qui eut lieu le 21 juin.

Tout comme en 1949, les œuvres primées seront reproduites par la maison Frank W. Horner Limited, sous forme d'un calendrier quadricolore qui sera distribué à chaque médecin du Canada pour orner sa table de travail. L'an prochain, le 7ème « Physicians' Art Salon » aura lieu à Montréal conjointement avec la convention annuelle de la « Canadian Medical Association ».

Voici la liste des gagnants de 1950:

Peintures

1er prix: M. D. G. Watson, Port Credit, Ont. — The Mill, Meadowvale.

2ème prix: Dr F. Dean Kemper, Toronto, Ont. — Cinderella.

3ème prix: Dr T. E. Brown, Lethbridge, Alta — Snow Fence.

Mention honorable: Dr G. H. H. Booth, Agassiz, B. C. — Deserted Village Street.

Mention honorable: Dr Nathan Freedman, Montréal, P. Q. — Rockport Beach.

Mention honorable: Dr J. K. Moss, Dundas, Ont. — Newfoundland Scene.

Mention honorable: Dr James Calder, Edmonton, Alta — Roche Miette, Jasper.

Mention honorable: Dr L. R. Morse, Lawrencetown, N.-S. — Fishing Village, Port Lorne.

Photographies monochromes

1er prix: Dr A. L. Murphy, Halifax, N.-S. — Crisis.

2ème prix: Dr F. E. Wait, Saskatoon, Sask. — Farm in Wales.

3ème prix: Dr E. V. Spackman, Lethbridge, Alta — Morning Shadows.

Mention honorable: Dr W. K. Blair, Oshawa, Ont. — Tools of the Apothecary.

Mention honorable: Dr A. B. Walter, West Saint John, N.-B. — Harvest Evening.

Mention honorable: Dr B. S. W. Brown, Granby, P. Q. — Silver Birches.

Mention honorable: Dr L. J. Notkin, Montréal, P. Q. — Snow Fantasy.

Mention honorable: Dr Wm. P. Goldman, Vancouver, B. C. — Mountain Majesty.

Photographies translucides.

1er prix: Dr H. S. Everett, St. Stephen, N.-B. — Rainbow.

2ème prix: Dr R. Matiko, Port Alice, B.-C. — Winter Quiet Storm Approache.

3ème prix: Dr Hugh Stansfield, Vancouver, B.-C. — Promise.

Mention honorable: Dr E. A. Petrie, Saint John, N.-B. — Seining a Cove.

Mention honorable: Dr R. E. Ives, Stayner, Ont. — Luna Moth.

Mention honorable: G/C A. A. G. Corbet, Ottawa, Ont. — Master Painter.

Mention honorable: Dr W. W. Hughes, Embro, Ont. — Oceans of Gold.

Mention honorable: Dr Harold D. Ames, Beaverton, Ont. — Poinsettia.

CORTISONE À LA DISPOSITION DES HÔPITAUX

Merck & Co. Limited, chimistes fabricants, ont annoncé qu'on est en train de mettre à la disposition des hôpitaux du Canada la cortisone sous le nom commercial de « Cortone ». Cette compagnie manufacture actuellement « Cortone » dans son usine canadienne de Valleyfield, dans la province de Québec, a-t-on également annoncé. La première synthèse chimique de cette hormone si importante a été réalisée aux Laboratoires Merck.

Temporairement, « Cortone » ne sera fournie qu'aux hôpitaux munis d'un minimum de facilités confiées à des techniciens d'expérience soumis à la surveillance de médecins qualifiés. On trouve de ces hôpitaux dans toutes les grandes villes et dans plusieurs petites villes canadiennes.

Tel qu'indiqué dans la posologie qui accompagne chaque fiole de « Cortone », ce remède ne doit, durant la période initiale du traitement, être prescrit qu'aux patients hospitalisés dans les institutions précitées. On considère, dans le monde des autorités médicales canadiennes, que cette mesure est essentielle pour le moment à un usage sûr de ce produit.

A la suite d'une quatrième réduction dans le prix, « Cortone » se vend maintenant au Canada pour $110.00 le gramme, ce qui est environ la moitié du prix original, lors des recherches cliniques d'il y a un an.

La production croissante de « Cortone » et les données qu'on a acquises sur son usage pour l'arthrite rhumatismale, certains malaises des yeux qui engendrent la cécité, certains symptômes asthmatiques et autres maladies, ont permis cette distribution restreinte.

Bien que la nature chimique complexe de cette substance et que la rareté des matières premières aient créé des difficultés de fabrication sans pareilles, l'approvisionnement de ce médicament est plus que suffisant à l'heure actuelle pour répondre à tous les besoins de recherches cliniques et autres. Dans le domaine des traitements, il faut malheureusement dire que les quantités en réserve et la production de ce composé sont loin de suffire au traitement de tous les patients atteints de maladies contre lesquelles « Cortone » est efficace.

Depuis la publication des résultats impressionnants obtenus à la clinique Mayo, « Cortone » a fait l'objet de recherches actives de la part de toutes les écoles médicales canadiennes et des hôpitaux associés. De même, plusieurs spécialistes des sciences fondamentales, grâce à des fonds obtenus à la suite du programme canadien de la Santé nationale, ont étudié ce produit. Le résultat de tout ce travail, on le trouve dans plusieurs données précieuses recueillies sur l'action biologique et sur les usages thérapeutiques de cet agent médicinal.

CONSTRUCTION D'HÔPITAUX DANS ONTARIO ET QUÉBEC

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que le nouvel hôpital municipal de North Bay, Ont. et le « Catherine Booth Mother's Hospital » de Montréal viennent de recevoir des subventions en vertu du plan fédéral destiné à encourager la construction d'hôpitaux.

A North Bay, on construit un nouvel hôpital pour le traitement des maladies aiguës. Cet hôpital offrira les soins les plus modernes en médecine, en chirurgie et en obstétrique à la population d'environ 35 000 âmes de North Bay et de la région avoisinante. Cette institution, dont les travaux de construction doivent être terminés le printemps prochain, aura 93 lits et une pouponnière de 20 moïses. Le « Queen Victoria Hospital » actuel, une fois rénové et les risques de feu éliminés, abritera 44 lits pour malades chroniques. La « North Bay Hospital Commission » administrera ces deux hôpitaux comme une seule unité. Les gouvernements fédéral et provincial contribuent chacun $132 666; le solde sera payé par la ville de North Bay et au moyen de dons privés.

Au troisième étage du « Catherine Booth Mother's Hospital », de Notre-Dame-de-Grâce de Montréal, on fera disparaître les appartements des infirmières pour y loger 19 nouveaux malades. Cet hôpital, sous la direction de l'Armée du Salut, n'admet que des cas de maternité. Les gouvernements fédéral et provincial contribuent chacun $19 000 aux frais de construction.

Le gouvernement fédéral verse, pour encourager la construction d'hôpitaux, une subvention égale à la contribution provinciale, jusqu'à concurrence de $1 000 par lit dans le cas des hôpitaux réservés au traitement des maladies aiguës, et de $1 500 par lit quand il s'agit des hôpitaux où l'on soigne les malades chroniques.

68 484 ENFANTS BÉNÉFICIENT DES UNITÉS SANITAIRES

Plus de soixante-huit mille enfants ont profité des leçons d'hygiène et des cliniques de puériculture au cours du mois de mai 1950, mois pour lequel le ministère provincial de la Santé vient de publier un rapport. Durant cette période, les médecins hygiénistes des Unités sanitaires ont tenu 823 cliniques de puériculture, examiné 15 774 enfants d'un an ou moins et 10 052 enfants de six ans ou moins. Ils ont visité à domicile 16 943 nourrissons et 25 715 enfants d'âge préscolaire.

L'enseignement de l'hygiène de l'âge scolaire a nécessité 1 163 conférences auxquelles assistèrent 34 901 personnes. Plus de douze mille enfants subirent soit l'examen physique, soit l'examen médical, 2 537 reçurent l'immunisation antidiphtérique complétée et 4 557 l'immunisation de rappel.

Hygiène maternelle

L'hygiène maternelle, outre qu'elle a donné lieu à toute une série de conférences et causeries, a fait l'objet de 2 056 démonstrations à domicile et de 2 311 visites prénatales.

Tuberculose

Au cours de mai, il y a eu dans les territoires desservis par des Unités sanitaires 233 cliniques antituberculeuses auxquelles se présentèrent 11 831 personnes et 10 198 subirent l'épreuve à la tuberculine. Par ailleurs, dans les Unités sanitaires du ministère provincial de la Santé, on procéda à la vaccination antituberculeuse (B.C.G.) de 5 635 personnes.

EMPLOI D'UNE NOUVELLE DROGUE CONTRE LA TUBERCULOSE DANS LE QUÉBEC

Le Gouvernement fédéral vient d'affecter une somme de $60 000, prise à même ses subventions à l'hygiène, pour aider à lutter contre la tuberculose dans la province de Québec. Avec cette somme, on achètera de l'acide para-aminosalicylique, drogue nouvelle que l'on emploie avec la streptomycine dans le traitement de la tuberculose.

C'est ce que vient d'annoncer, à Ottawa, l'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, qui a ajouté que cette subvention fait suite à un projet inauguré au cours du dernier exercice financier, et dont le coût s'élevait à près de $50 000.

Les médecins du ministère fédéral de la Santé déclarent que l'emploi d'acide para-aminosalicylique — ordinairement désigné par l'abréviation P.A.S. — constitue maintenant une méthode bien établie dans le traitement de la tuberculose. Bien que les recherches sur la totalité de son effet se poursuivent encore, les derniers rapports indiquent que le P.A.S. ralentit le développement du bacille de Koch. L'emploi de cette substance avec la streptomycine a plus d'effet que l'administration de chaque produit séparément. Par conséquent, si l'on se sert du P.A.S., les doses de streptomycine peuvent être plus faibles et la possibilité d'effets toxiques de cet antibiotique est moins à craindre.

En vertu du plan fédéral pour l'expansion des mesures de lutte antituberculeuse, la streptomycine est déjà mise gratuitement à la disposition des sanatoriums de tout le pays pour le traitement des malades qui pourraient en bénéficier. Quelques provinces, y compris l'Ontario, la Saskatchewan et l'Alberta, emploient aussi des deniers fédéraux pour acheter du P.A.S.

CONSTRUCTION D'HÔPITAL À SAINT-JEAN (QUÉBEC)

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que l'hôpital Saint-

Jean, de Saint-Jean, P. Q., recevra une subvention fédérale pour fins de construction d'hôpitaux, au montant de $11 000, afin de l''aider à accroître ses facilités.

On a construit une nouvelle résidence à l'intention des garde-malades, et les anciens appartements de ces gardes sont mis à la disposition des malades. Cet hôpital, dirigé par les Sœurs Grises de Montréal, dessert une population d'environ 50 000 âmes de Saint-Jean, d'Iberville et des comtés environnants.

Ce projet a été recommandé à Ottawa par l'hon. Dr J.-H.-A. Paquette, ministre de la Santé de la province de Québec, conformément aux dispositions du plan fédéral d'hygiène.

NOMINATIONS

Le docteur Georges Leclerc a été nommé président de la « Montreal Dermatological Society », à sa dernière réunion tenue à l'Hôtel-Dieu, le 22 avril 1950.

Le docteur Emile Gaumond, de Québec, a été nommé président de la « Canadian Dermatological Association », et le docteur Paul Poirier, de Montréal, vice-président, à sa dernière réunion tenue à Québec en juin 1950.

UN DEMI-SIÈCLE DE PROGRÈS SANITAIRE

Un prolongement de 20 années dans la longévité moyenne des Canadiens depuis 1900 démontre le remarquable progrès que le Canada a accompli dans le domaine de la santé, au cours de la première moitié du vingtième siècle. C'est ce que l'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a déclaré récemment en portant la parole à l'occasion de l'assemblée annuelle de la Ligue de santé de Vancouver et de la banlieue.

On enregistre aussi, au cours de ces 50 années, une diminution d'un tiers dans le taux général de mortalité, tandis que, au cours des 25 dernières années, le taux de la mortalité infantile a baissé de 50 pour 100, et celui de la mortalité maternelle de 60 pour 100.

Ce progrès réalisé dans le domaine de la santé n'est qu'une manifestation du progrès social général, puisque la santé et le bien-être sont choses inséparables.

M. Martin poursuit: « En même temps que l'hygiène publique, orientant ses formes vers de nouvelles directions et élargissant ses horizons, embrassait tout ce qui touche à la vie humaine, nous en sommes venus à la conclusion que le bien-être social est une condition indispensable et fondamentale d'un état de vie sain. Le progrès réalisé à la faveur de nos divers programmes d'hygiène vient s'ajouter à la contribution importante apportée par des mesures sociales qui permettent à nombre de Canadiens de mieux s'alimenter, de se procurer de meilleurs services de santé, d'être mieux logés, habillés et soignés. »

Abordant la question du progrès sanitaire au Canada pendant le demi-siècle, M. Martin énumère un grand nombre de découvertes faites par la science médicale — sulfamidés, insuline, antibiotiques, radium, radiographies et immunisations collectives, cortisone et ACTH — qui ont aidé à triompher de la maladie. Grâce au perfectionnement de la science médicale et de meilleures facilités, le taux de la tuberculose a baissé de 80 pour cent depuis 1900. Il a diminué de 40 pour 100 environ, au cours des six dernières années, chez les Indiens et les Esquimaux. Il y a eu réduction de 40 pour cent dans le taux des maladies vénériennes au cours des cinq dernières années, et l'immunisation a réduit le taux de mortalité par la diphtérie, pendant le dernier quart de siècle, de 80 pour 100.

On estime que les gouvernements canadiens, dans leur ensemble, consacreront cette année un montant de 200 millions de dollars et plus aux hôpitaux et aux soins d'hygiène publique. Quant au Programme national d'hygiène, que dirige le ministère dont M. Martin est titulaire, il a permis aux dix provinces, depuis son inauguration il y a deux ans, d'examiner de nouveau toutes leurs positions dans le domaine de l'hygiène publique ainsi que de consolider leurs services hospitaliers et sanitaires. Il leur a permis de retenir les services de plus de 2 000 nouveaux préposés à l'hygiène et d'en former environ 1 500 autres. Les subventions fédérales pour fins de construction d'hôpitaux aident à installer 21 000 lits de plus. Plus de 3 000 projets provinciaux ont bénéficié de subventions se chiffrant à 38 millions de dollars.

Au sujet de la précieuse contribution fournie par les professions médicales et connexes de même que par les organismes bénévoles, M. Martin fait allusion à cette « grande valeur humanitaire du service bénévole sur laquelle on ne peut pas légiférer et qui est sans prix. Il ne faut jamais que l'ampleur des efforts des gouvernements rejette dans l'ombre ce qu'accomplissent les organismes bénévoles d'hygiène ».

« A cette moitié du siècle, dit M. Martin, en terminant, le progrès de l'hygiène publique au Canada a atteint un point culminant. Nous pouvons espérer, en veillant constamment à l'orientation de notre action sanitaire, maintenir nos programmes, dans une société en perpétuelle évolution, au diapason des besoins de notre population. »

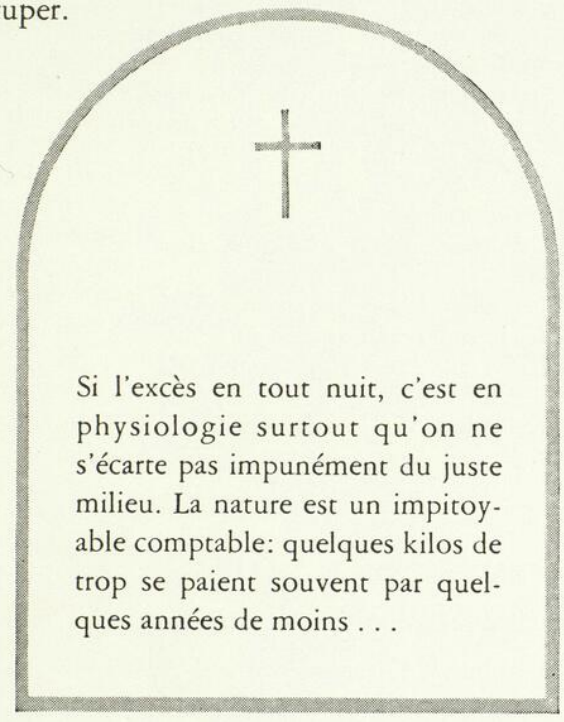
SUBVENTION FÉDÉRALE D'HYGIÈNE POUR LES ENFANTS ARRIÉRÉS

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale, annonce aujourd'hui que, dans le but d'améliorer

"Un surcroît de poids de quelques kilos . . .

et après?"

C'est pourtant manquer de prévoyance que de ne pas s'en préoccuper.



Si l'excès en tout nuit, c'est en physiologie surtout qu'on ne s'écarte pas impunément du juste milieu. La nature est un impitoyable comptable: quelques kilos de trop se paient souvent par quelques années de moins . . .

Réduire son poids—ne serait-ce que de quelques livres—est souvent le meilleur moyen de prévenir la maladie et de prolonger sa vie.

Smith Kline & French Inter-American Corporation • Montréal 9

le Sulfate de 'Dexedrine'

Produit des plus efficaces pour diminuer l'appétit.

comprimés

élixir

les services de traitement destinés aux enfants mentalement retardés dans la province de Québec, le Gouvernement fédéral accorde une subvention d'hygiène de plus de $122 800 à l'Institut médico-pédagogique de Mont-Providence, à Rivière-des-Prairies, près de Montréal, institution qui possède actuellement plus de 1 200 lits pour le soin des enfants arriérés.

Cette subvention fédérale pourvoira au paiement du traitement d'un psychiatre et d'un psychologue, de deux travailleurs sociaux, de six infirmières et de 30 instituteurs spécialisés, tous employés d'une façon permanente. Elle servira aussi à rémunérer les services intermittents d'un psychiatre, d'un médecin, de deux chirurgiens, d'un dentiste et de spécialistes en anesthésie, en radiologie et en affections des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge. De plus, la subvention pourvoit aux traitements de 12 nouveaux membres du personnel, dont quelques-uns sont employés dans le département de la thérapeutique professionnelle.

On a dépensé plus de $8 500 en matériel de thérapeutique professionnelle, comme des outils de jardinage, de couture, de charpenterie, de menuiserie et de cordonnerie.

M. Martin fait remarquer que les progrès de la thérapeutique professionnelle non seulement aident beaucoup à la guérison des enfants, mais aussi permettent souvent à ces enfants d'apprendre des métiers qui les aident à gagner leur vie, une fois qu'ils sont retournés chez eux.

L'INSTITUT BRUCHÉSI DE MONTRÉAL

L'observation clinique des cas suspects.

Le diagnostic de la tuberculose n'est pas toujours si facile qu'on puisse le poser avec certitude en 48 heures ou même en 8 jours. A l'examen radiographique certaines images portent d'emblée la signature de la tuberculose. C'est, en général, dans les cas de lésions avancées. Pour d'autres qui ont des images discrètes, avec les marques d'une apparente bonne santé il est prudent de ne pas hâter les conclusions. Il est possible que nous tombions alors sur des consultants qui manifestent un symptôme plutôt anodin, dont ni l'histoire antérieure ni l'histoire de famille ne renseigne sur quelque épisode tuberculeux ou pleurétique ou sur l'existence d'un contact familial. Peut-être avons-nous sous la main un tuberculeux. C'est possible; mais ce n'est pas sûr. Et s'il n'est pas tuberculeux, avons-nous le droit de jeter dans sa vie ce grave souci au risque de le détromper dans la suite?

Nous avons fait un relevé de 131 consultants portant aux premiers examens une étiquette de « suspects » et qui ont dans la suite porté un diagnostic de tuberculose. Ce diagnostic a été posé en moyenne 7 mois et 25 jours après, avec une moyenne de 2½ visites. Ces diagnostics vont de la tuberculose minime à la tuberculose modérément avancée. Le temps est compris entre deux mois et deux ans. Au dispensaire, ce n'est pas comme à l'hôpital, l'observation s'espace forcément sur plusieurs semaines. Le consultant ne peut pas toujours revenir à la date fixée. Quand il demeure à la campagne, il ne bouge pas toujours au premier appel. Dès lors qu'il ne porte pas un diagnostic défini, le doute ne l'inquiète pas. Et cela explique que des patients auraient pu être informés de leur état bien longtemps avant cette limite de deux ans que nous avons signalée, s'ils avaient consenti à répondre à l'appel de notre service de poste.

Les examens de laboratoire en série exigent du temps. Une culture de liquide gastrique ne livre pas son résultat avant un mois, un mois et demi. Les modifications pulmonaires ne sont pas tellement rapides qu'on soit justifié de faire des radiographies tous les mois pour les contrôler. Il y a aussi la question d'activité: pour la déterminer, à part les symptômes évidents et les examens cliniques et de laboratoire, il y a les observations comparatives. Normalement elles exigent un laps de temps convenable.

Il faut aussi, bien se rendre compte que dans le diagnostic de la tuberculose comme dans celui de beaucoup d'autres maladies, la collaboration du médecin et du patient est nécessaire. Devant un cas douteux, réservons notre jugement. C'est sage. Le consultant s'attend à une décision de son médecin, c'est pour cela qu'il vient le consulter. A ce moment, l'éducation doit donc commencer. Il faut expliquer le doute, en donner les raisons, faire naître une sage inquiétude qui ne sera calmée qu'avec une décision future et faire consentir le consultant à revenir à la clinique ou au bureau, aussi longtemps qu'il le faudra pour confirmer ou détruire ce doute.

Le malade n'a pas l'impression, quand on le renvoie à son médecin de famille, avec la recommandation de le garder sous observation, qu'une épée de Damoclès puisse être suspendue sur sa tête. Et c'est ce qui fait qu'un grand nombre de suspects ne reviennent jamais plus se faire examiner. Sur le nombre, les tuberculeux évolués sont plus tard repris dans le triage d'un dépistage massif et c'est heureux pour eux, quand ce n'est pas trop tard.

En conclusion la prudence conseille de ne poser que des diagnostics certains et pour cela de prendre le temps voulu, mais un temps d'action employé à multiplier les observations, les examens cliniques et de laboratoire.

Il n'est pas permis au médecin par une insouciance quelconque, de mettre en danger de se perdre ou de s'amoindrir les chances de guérison des malades. Il faut se convaincre que les moyens mécaniques

HEMO-BEX

TONIQUE COMPLET

pour

bébés et enfants

▼

▼

▼

chez

l'adulte aussi

DONNE DE L'ÉNERGIE

et

ACCROÎT LA RÉSISTANCE



ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE, MONTRÉAL, 18

dont dispose le médecin ne déterminent pas automatiquement un diagnostic de tuberculose. La radiographie est nécessaire; mais elle doit être interprétée non seulement selon les données de la phtisiologie mais en fonction d'une observation méthodique et prolongée.

Le médecin praticien, notre collaborateur de toujours veut avoir un rapport sans délai et nous sommes en général en mesure de le faire la journée même qu'il nous envoie son client à la consultation. Mais de là à pouvoir lui affirmer immédiatement qu'il y a ou n'y a pas de tuberculose c'est une autre histoire. Nous demandons un délai et une période d'observation raisonnable afin de ne porter préjudice à qui que ce soit.

Gaétan JARRY, M.B.E.,
Directeur médical.

UN COMITÉ ENTREPREND L'ÉTUDE DES AFFECTIONS CARDIAQUES

Le Gouvernement fédéral vient d'accorder, au Comité ontarien de cardiologie, une subvention prise à même les deniers de la santé nationale en vue d'aider à élaborer un programme visant à réduire le taux de la mortalité attribuable aux affections cardiaques.

C'est ce que vient d'annoncer, à Ottawa, l'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, qui a ajouté que ce projet avait été recommandé par le ministère ontarien de la Santé comme partie du programme national d'hygiène.

La subvention paiera les appointements du médecin et du personnel de bureau, qui seront chargés de coordonner, développer et étendre les recherches cliniques ainsi que l'éducation publique et professionnelle en ce qui concerne les maladies de cœur. Le médecin en charge collaborera avec le comité de cardiologie, le ministère provincial de la Santé, la profession médicale, les chirurgiens, les organismes de recherche et le grand public.

Les maladies de cœur sont au premier rang des causes de décès au Canada, a fait observer M. Martin, et dépassent même le cancer. Elles sont aussi une des principales causes d'invalidité totale ou partielle, surtout chez les plus de 50 ans. Plusieurs progrès ont été réalisés, cependant, dans le traitement de ces affections, et la subvention servira en partie à mettre ces renseignements à la disposition des médecins. On élaborera également un programme éducatif à l'intention du grand public sur les précautions à prendre pour éviter la maladie de cœur et en atténuer l'invalidité résultante le cas échéant.

Le comité ontarien de cardiologie est commandité par la section de cardiologie de l' « Ontario Medical Association ». La subvention fédérale, cette année, dépassera $12 000.

ÉVITEZ COUPURES, POISONS, BRÛLURES ET BLESSURES

« Il survient plus d'accidents dans nos demeures que sur les places publiques et dans nos cuisines, que sur nos grandes routes, il ne se passe pas vingt-quatre heures sans que les journaux ne nous rapportent qu'un enfant a été ébouillanté ou qu'une mère de famille s'est brisé une jambe en tombant », observent les hygiénistes du ministère provincial de la Santé. On l'oublie trop fréquemment au cours de la vie quotidienne.

C'est pourquoi les hygiénistes du département mettent la population en garde contre quatre dangers qui reviennent chaque jour: les coupures et blessures légères qui peuvent s'infecter, les brûlures et les poisons.

Ni les allumettes, ni le pétrole, ni les insecticides, ni les polis ne doivent être laissés à la portée des enfants. On ne doit pas non plus placer les poudres à base de poison auprès du sucre, du sel, du poivre, de la farine ou de la poudre à pâte, de crainte qu'une distraction ne vienne opérer un mélange funeste.

« N'oubliez pas, disent les hygiénistes, le vieux proverbe qui dit qu'il ne faut pas jeter d'huile sur le feu; quand il s'agit de précautions cet axiome est plus vrai que jamais: tenez donc le pétrole loin du poêle, en dehors de la cuisine si possible. Que les allumettes, les chandelles, les lampes ne soient jamais à la portée des enfants. Dans les villes, qu'il ne leur soit pas permis d'aller à la cave où les gaz de fournaise abondent trop souvent. Attention à l'ouvre-boîte qui pique et aux couteaux sur lesquels on se blesse si vite. Ne laissez jamais de morceaux de verre sur le plancher; si vous brisez une porcelaine, ramassez les débris et enveloppez-les avant de les jeter à la poubelle. Faites-en autant des lames de rasoir.

« Ce sont là des conseils qui paraîtront superflus à plusieurs, concluent les hygiénistes, mais de récents accidents dont le dernier épisode s'est souvent déroulé à l'hôpital démontrent que, dans certains milieux, on oublie par trop souvent, les notions élémentaires de la prudence et de la circonspection. »

VERTAVIS

une nouvelle préparation dans le traitement de l'hypertension essentielle

Chaque tablette contient 10 Unités Craw de **Veratrum Viride contrôlé biologiquement** par les Laboratoires de recherches Irwin Neisler & Co., Decatur, Ill.

Les expériences faites dans de nombreuses cliniques ont démontré que le Veratrum Viride titré biologiquement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. (The Medical Clinics of North America, septembre 1948; Doctor Freis, page 1253.) Les tablettes Vertavis doivent être prises à une heure d'intervalle et de préférence après les repas. La dose doit être augmentée ou diminuée graduellement selon les résultats obtenus.

POSOLOGIE:

Donnez une tablette VERTAVIS (10 unités Craw) aux heures ci-dessous mentionnées:

SEMAINE	VERTAVIS	MATIN	SOIR	Dose quotidienne Unités Craw
1ère semaine	1 tablette à	7 heures	7 heures	20
2ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 heures	30
3ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 & 8 heures	40
4ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7 & 8 heures	50
5ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7, 8 & 9 heures	60

Documentation complète et échantillon envoyés à MM. les médecins sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER CO., Decatur, Ill., U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

OSMOPAK

localise sûrement l'infection

FORMULE:

OSMOPAK est un pansement osmotique émollient composé de 58% de sulfate de magnésie, de 1-2% de benzocaïne et de 1-25,000 de vert brillant, dans une base miscible à l'eau.

OSMOPAK est recommandé dans tous les cas d'infection en général, clous, furoncles, plaies diabétiques, etc., et dans le traitement d'inflammation ou d'infections locales purulentes des mains, des pieds ou de tout autre tissu sous-cutané. L'OSMOPAK procure le maximum de drainage avec un minimum de perte de tissu. Il est aussi recommandé dans la cervicite et la vaginite.

Présentation: Pots de 115 et 577 grammes.

Echantillon médical et documentation sur demande.

Manufacturé par Irwin Neisler Co., Decatur, Ill. U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

REVUE DES LIVRES

Edmund BERGLER, M. D. — **The Battle of the Conscience. — Psychiatric Study of the Inner Working of the Conscience.** — Washington Institute of Medicine, Washington, D. C., 1950.

L'auteur se propose d'abord une définition plus précise du Super Ego: celui-ci comporte deux tendances opposées correspondant aux instincts de la vie et de la mort: l'Ego Idéal et le « Daimon » (Socrate). Cette distinction ressort d'une conception de la conscience intime qui en fait une manifestation de la dualité Eros-Thanatos (Freud).

L'*Ego Idéal* — L'Ego Idéal, surtout à base de narcissisme, est l'œuvre d'Eros. Grâce à Eros une partie de l'instinct destructeur de la mort est projetée à l'extérieur, sur les parents.

Le Daimon. Les forces d'agression qu'Eros n'a pas réussi à projeter au dehors, Thanatos les dirige de nouveau sur l'Ego. Par quel procédé? C'est toujours en se servant de l'Ego Idéal que le Super Ego punit l'Ego. Toute sa vie il le punira en lui montrant du doigt l'écart entre lui, l'Ego, et l'Ego idéal, idéal formé durant la petite enfance, dans l'ignorance des difficultés de la vie. L'adulte aura à payer bien cher l'illusion, si brève, qu'a eu l'enfant d'être le maître du monde.

La psychiatrie a été lente à reconnaître l'importance dans la névrose du sentiment de culpabilité; c'est que dans l'analyse on a d'abord insisté sur le contenu sexuel du Id. (l'instinct). Le Super Ego était le censeur que la névrose trompait en déguisant l'impulsion réprimée sous un symptôme névropathique. Ce n'est que plus tard qu'on en vint à attacher plus d'importance au Super Ego et à l'Ego mécanisme de défense.

L'auteur nous expose par quel enchaînement d'expériences il s'est vu forcé à la conclusion suivante: *Dans la névrose le symptôme ne satisfait jamais le désir refoulé mais bien la défense contre ce désir.*

C'est l'action du Super Ego dans sa tendance auto-destructrice qui déclenche la névrose. Le névropathe tente désespérément de distraire le Super Ego par des combats spécieux. (Notons que chez le névropathe le Super Ego ne fait aucune distinction entre le désir et l'action.)

L'auteur donne ici une description subtile et difficile à comprendre pour les non initiés, mais qui peut être exposée schématiquement de la façon suivante: dans l'élaboration du symptôme de névrose, un désir du Id est manifesté, le Super Ego proteste, l'Ego oppose une défense, le Super Ego proteste contre la défense, l'Ego oppose une seconde défense et c'est le symptôme névropathique.

Mais plutôt que de renoncer à la satisfaction défendue le névropathe accepte inconsciemment le châtiment: c'est l'auto-punition, phénomène bien connu. Cependant il ne faut pas oublier que le névropathe a, comme moyen de défense dans ce dernier retranchement, la sexualisation du châtiment, — c'est-à-dire que de la souffrance même il tirera une jouissance, et nous avons le masochisme.

Toute sa vie le névropathe projette dans sa vie extérieure le motif (pattern) du conflit émotionnel qu'enfant il n'a pu résoudre. De là son manque à peu près complet d'objectivité devant la vie. De là ses conflits perpétuels avec son entourage. Or ces pseudo-combats nous le révèlent sous la tyrannique domination de son Super Ego car il devient vite évident qu'il ne s'engage dans ces combats que dans le seul but de perdre; par des rationalisations, en se payant de fausses raisons, il fait servir les circonstances extérieures à son besoin d'auto-punition.

Il est bon de se rappeler également qu'entre celui que l'on appelle normal et le névropathe la différence n'est qu'une question de degré.

EBSAM
E.B.S.

l'hydrolysat de protéine amélioré

Beaucoup des premiers efforts entrepris pour le traitement de l'ulcère de l'estomac en utilisant les hydrolysats de protéine ont échoué pour l'une des deux raisons suivantes:

1 La dose n'était pas suffisamment élevée. Peu de médecins se rendaient compte que la dose minimum d'hydrolysat de protéine requise pour le traitement efficace de ce genre d'ulcère est de 150 grammes par jour.

2 Beaucoup de médecins aussi employaient des hydrolysats incomplets, en ce sens que certains des amino-acides essentiels faisaient défaut ou manquaient d'efficacité.

pour le traitement de l'ulcère de l'estomac

Avec Ebsam E. B. S., il est possible d'administrer toute la dose quotidienne requise de 150 grammes, parce que c'est un hydrolysat de protéine qui est presque pur, non dilué par des véhicules ou des substances ayant pour but de masquer le goût de protéine.

En outre, Ebsam E. B. S., dans la dose quotidienne recommandée de 150 grammes, fournira au moins 100% de la ration quotidienne requise de chacun des amino-acides essentiels connus.

Pour les autres carences de protéines aussi, Ebsam E. B. S. constitue un excellent moyen d'assurer l'équilibre protéique. Il est non seulement recommandé pour les ulcères d'estomac, mais aussi dans les cas de fractures compliquées, plaies et brûlures profondes — dans tous les cas où un suintement considérable de plasma menace de causer une hypoprotéinémie.

Présenté sous forme granulaire, en bouteilles de 16 onces.

Si vous ne l'avez pas encore reçue, écrivez pour recevoir la brochure descriptive intitulée: "Ebsam".

THE E.B.S. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

AN ALL CANADIAN COMPANY . . . SINCE 1879

Représentants:

M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q.
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont Saint-Denis, Wolfesfield, P. Q. — M. A. A. Summers, Morrisburg, Ont.
M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.

Tout le monde subit donc la domination du Super Ego mais, chez le névropathe, à l'Ego faible, Eros n'offre pas une résistance adéquate. Que l'instinct de la mort soit un élément actif de l'inconscient voilà qui explique la disproportion à priori inexplicable que l'on peut si souvent constater chez le malade entre les causes insignifiantes auxquelles il attribue consciemment ses souffrances et l'intensité de celles-ci: dépression, angoisse, obsessions, etc. Le fonctionnement de la conscience est selon l'auteur une preuve éclatante de la plausibilité de la théorie Eros-Thanatos.

Le sentiment de culpabilité au niveau de l'inconscient se retrouve dans toutes les innombrables manifestations de la névrose, de l'hystérie théâtrale au suicide sérieusement tenté. Ici l'auteur fournit d'abondantes études de cas à l'appui; la technique de l'analyse confirme la formule énoncée plus haut de l'élaboration du symptôme de névrose. L'application qu'il en fait donne des résultats dans l'ensemble intéressants au point de vue thérapeutique.

Fort heureusement l'instinct de la mort n'aboutit pas souvent au suicide. Il peut dévier de sa direction naturelle, l'auto-destruction. Ainsi, la souffrance inhérente à une grave maladie, à un malheur subi, peuvent se substituer pour les fins de l'auto-punition au sentiment de culpabilité (qui s'affaiblira ou disparaîtra). D'autres dérivatifs — les mêmes que pour la libido — s'offrent encore pour l'utilisation des forces d'agression transformées en forces de destruction. Ces dérivatifs sont entre autres le travail, l'art, l'amour et en particulier les rationalisations. Il s'agit toujours de déplacer le danger, de le porter au dehors.

Ces rationalisations, entre autres avantages importants, contribuent à maintenir chez le malade le contact avec la réalité et servent à son intégration dans la société. Chez l'individu normal la conscience intime est subordonnée à la conscience collective à laquelle la relie l'appareil logique qu'il appelle sa conscience. Ainsi chez lui les actions immorales ou criminelles sont arrêtées à la source. Il n'en est pas de même chez le névropathe. Mais ce n'est qu'en désespoir de cause qu'il est asocial et il en souffre. Autant que possible il cherche à tout concilier, à satisfaire en même temps à son inconscient déséquilibré et aux lois communes. Dans un grand nombre de cas cela devient possible au moyen de compromis et au moyen des rationalisations (ou fausses raisons). Grâce encore aux rationalisations, le névropathe, jouet de ses conflits, se croit guidé par sa raison, illusion précieuse pour lui, évidemment. Comme autres moyens de défense, l'auteur cite encore les « identifications » et les rêves réussis, c'est-à-dire les rêves qui accordent par un mécanisme symbolique la réalisation du désir sexuel émanant du Id.

La théorie de Bergler, que nous venons de résumer, est ingénieuse mais, comme toutes les théories bâties sur une hypothèse, elle cherche trop à ramener les problèmes psychiatriques à une même cause. Disons cependant qu'au point de vue pratique le psychothérapeute a souvent besoin de se rattacher à une théorie. Mais le succès du psychothérapeute n'est pas nécessairement la preuve que sa théorie est juste, car des théories très différentes ont apporté des succès thérapeutiques identiques. Le livre de Bergler demeure très intéressant et peut ouvrir le chemin à beaucoup d'autres hypothèses et à de nouveaux modes thérapeutiques. Il est sans doute difficile à lire même pour des initiés et on peut souvent reprocher à l'auteur de tomber dans la casuistique psychanalytique et d'oublier le côté pratique. Mais ces réserves faites il reste que *The Battle of the Conscience* est un des livres les plus vivifiants qui ont été écrits en psychiatrie. Un lecteur attentif, même s'il ne suit pas toujours toutes les sinuosités de la pensée de l'auteur, en tirera grand profit pour la compréhension du mystérieux problème de la pathogénie des névrosés.

Paul LARIVIERE.

Nouveau Traitement Scientifique

pour les

ULCÈRES GASTRIQUES

et DUODÉNAUX

ROBUDEN

VOIE BUCCALE et INJECTABLE

Dragées à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE, préparés de diverses méthodes

Ampoules injectables à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE. préparés de diverses méthodes

Société suisse de gastro-entérologie

Genève 22-23 juin 1946

(Voir Médecine et Hygiène, no 78)

Suite des résumés des communications

II

P.-d. Dr H. Kapp (Bâle)

1. Le traitement de l'ulcère gastrique et duodénal par le Robuden.

L'accroissement, ces dernières années, des ulcères gastriques et duodénaux a contribué au fait que de nombreux cas ont dû être traités ambulatoirement. L'étude de nombreux médicaments dans des conditions graves a été ainsi rendue possible.

Rapport sur le traitement avec le Robuden.

Sur 30 cas d'ulcères gastriques, la niche, après le traitement, avait disparu dans 21 cas, persisté dans 9 cas et récidivé dans 5 cas. On constate donc un succès temporaire dans les deux tiers des cas et un succès durable dans environ la moitié des cas traités.

Sur 34 cas d'ulcères duodénaux, la niche, après le traitement, avait disparu dans 29 cas, persisté dans 5 cas et récidivé dans 5 cas. Succès temporaire, cinq sixièmes des cas et succès durable, deux tiers des cas.

On peut conclure sur la base de ces recherches que le traitement ambulatoire avec le Robuden fournit des résultats comparables à ceux du traitement par le repos et la diététique.

Documentation et échantillon médical envoyés sur demande.

Préparé par

LES LABORATOIRES ROBAPHARM SOC.

BÂLE, SUISSE

Représentants exclusifs au Canada

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL - MONTRÉAL

Gaston RAMON. — **Le principe des anatoxines et ses applications.** — Masson et Cie, édit., Paris, 1950.

Ce livre du grand savant français Ramon paraît moins d'un an après la commémoration, à Paris, du 25e anniversaire de la découverte des anatoxines. L'auteur laisse savoir que c'est le premier d'une série de volumes qui seront consacrés à l'exposé de l'ensemble de ses travaux.

Cet ouvrage se divise en deux parties. La première partie traite de la découverte du principe des anatoxines et de ses conséquences d'ordre théorique. Les propriétés essentielles des anatoxines, innocuité, stabilité, irréversibilité, valeur antigénique intrinsèque et spécificité, sont souvent rapidement de même que leur mode d'action et le mécanisme de l'immunité provoquée. Dans la deuxième partie, sont énumérées les applications d'ordre pratique: les vaccinations simples contre la diphtérie et le tétanos et les vaccinations associées contre la dipthérie, le tétanos les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes et la coqueluche. Les résultats de l'immunisation chez les humains et les animaux, obtenus dans tous les pays du monde, sont compilés avec soin.

L'auteur consacre ensuite quelques pages à l'emploi de l'anatoxine staphylococcique dans la thérapeutique des affections dues au staphylocoque et à la séro-anatoxithérapie des toxi-infections diphtérique et tétanique.

Une brève étude immunologique sur les anavirus de la vaccine et de la fièvre aphteuse est suivie de quelques lignes sur l'usage courant des anatoxines pour la production des sérums antitoxiques.

En conclusion, l'auteur considère que le principe des anatoxines constitue la base principale de tout un système immunologique dont les différentes parties ont été édifiées au fil des années.

Finalement, on trouve la liste des 622 publications de Ramon, parues de 1922 à 1949.

Voilà un livre d'immunologie à la portée de tous ceux qu'intéressent la médecine et l'hygiène.

Lionel FORTE.

Planches d'Hématologie Sandoz. — Sandoz S. A., Bâle, Suisse, 1949. Un volume de 93 pages, avec 228 illustrations et 38 planches en couleur. Prix: $5.00, chez Sandoz Pharmaceuticals Limited, 391 ouest, rue Saint-Jacques, Montréal 1.

Robertson PRATT, Ph.D., et Jean DUFRENOY, D.Sci. (Paris) — **"Antibiotics".** — Un volume. J. B. Lippincott Co., édit., 1949.

Les intéressés qui se procureront ce livre s'en féliciteront sûrement. La lecture en est facile, le style, clair et simple. Les nombreux schémas, graphiques et tableaux facilitent la bonne compréhension du texte.

Les gens de laboratoire dans la clinique, la recherche, l'enseignement ou l'industrie, les médecins, les pharmaciens, les médecins vétérinaires, les étudiants peuvent tous tirer profit de cet ouvrage.

Le livre débute par l'exposé des principes généraux: définition de l'antibiose, étude de l'influence biologique subie par les êtres vivants lorsqu'ils sont dans le champ d'influence d'autres vivants et de l'altération de la vie par les accélérateurs ou les inhibiteurs de croissance. Ce premier chapitre se termine par des données sur l'importance des doses optima pour une action antibiotique efficace.

Le chapitre suivant est consacré à la production industrielle et au contrôle des antibiotiques. Successivement, la préparation de l'inoculum, ou semence, la biosynthèse, l'extraction et la purification et les diverses épreuves de contrôle du produit sont étudiées. Les auteurs indiquent ensuite les exigences légales de la mise sur le marché des produits de cette industrie.

A cet exposé d'ordre plutôt général, fait suite l'étude des antibiotiques connus à date.

Chaque antibiotique fait l'objet d'une monographie particulièrement détaillée. Les auteurs étudient successivement la pénicilline

Pendant la grossesse et la lactation, il est de bonne coutume d'ajouter au régime alimentaire de la mère un supplément de *fer*, de *calcium*, de *phosphore* et de *vitamine D*. Les Comprimés CADROSON, une nouvelle préparation de Sharp & Dohme, fournissent tous ces éléments en proportion et en teneur appropriées, en outre d'une autre substance minérale essentielle . . . le fluor . . . reconnu d'importance dans la prophylaxie efficace de la carie dentaire. De plus, le supplément de fluor s'est montré d'une grande valeur pour enrayer la névralgie dentaire, les crampes et les douleurs aux jambes pendant la grossesse.

Des Minéraux pour la Mère



Cadroson

SHARP & DOHME

Chaque comprimé contient:		Six comprimés contiennent:
0.250 Gm.	*Calcium*	1.5 Gm.
0.125 Gm.	*Phosphore*	0.75 Gm.
0.083 mg.	*Fluor*	0.5 mg.
2.500 mg.	*Fer*	15.0 mg.
166 U. I.	*Vitamine D*	1,000 U. I.

Les Comprimés *Cadroson* sont offerts en flacons de 100 et de 1,000.
Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 13, Ontario.

et ses dérivés, la streptomycine et ses dérivés, la chloromycétine, l'auréomycine, la polymyxine, la tyrothricine et un grand nombre d'autres antibiotiques de moindre importance. Plus de cent cinquante pages sont consacrées à ces monographies.

L'avant-dernier chapitre rassemble d'une façon rationnelle les données actuellement acquises sur le mécanisme de l'action antibiotique.

Les auteurs terminent le livre par une vue historique de la question des antibiotiques et montrent aux chercheurs quelques voies vers l'inconnu qui s'élargit inexorablement devant le flot des découvertes.

Bernard MARCIL.

Dr. Maurice ROCH: **Dialogues cliniques,** Xe série. — Un volume de 128 pages, 14 x 22, broché. — Librairie Payot, édit., Lausanne.

La Xe et dernière série des Dialogues prouve que le champ de la médecine et de la pathologie est encore loin d'être exploré entièrement. Les lecteurs du Docteur Roch seront heureux de le voir ajouter un chaînon à cette œuvre d'une valeur à la fois scientifique et humaine. Dans sa postface, également dialoguée, l'auteur nous fait part de quelques réflexions émouvantes sur le vieillissement et fait un plaidoyer en faveur de la pratique clinique. On retrouve dans cette dixième série les qualités qui ont fait le succès des précédentes; même intelligence dans l'examen de chaque cas et la recherche du diagnostic, et même façon spirituelle et vivante de conduire la discussion. Aux médecins elle apportera des faits nouveaux et des considérations sur des affections très diverses; certains chapitres, tels que « Maladie de Friedreich », « Succès et méfaits de la streptomycine » montrent que ces dernières histoires de malades ont fourni à l'auteur l'occasion de s'appuyer sur les expériences les plus récentes faites en pathologie. Mais ces Dialogues ne s'adressent pas qu'au spécialiste. L'étudiant y apprendra beaucoup de choses et pourra se convaincre des progrès réalisés en médecine et du souci qu'a le clinicien d'aboutir à des conclusions aussi proches que possible de la réalité, tant pour le bien du malade que pour l'honneur de la science.

Emile SERGENT et MM. Francis BORDET, P. COTTENOT, Paul GEORGE, René HAZARD, Raoul D'HEUCQUEVILLE, Clément LAUNAY, Camille LIAN, René MIGNOT, Pierre OURY, Pierre PRUVOST, L. RIBADEAU-DUMAS. — **Traité élémentaire d'exploration clinique médicale** — Quatrième édition entièrement revue, avec la collaboration de MM. R. Benda, R. Coliez, P. Fabiani, Y. Kerbrat, Ch. Ribadeau-Dumas, Mme Roux-Berger-Blanchy, Guy Tardieu. — Un volume de 1.310 pages, 556 figures, 8 planches en couleurs; broché en 2 vol., cartonné en 1 vol. — Masson et Cie, édit., Paris, 1950.

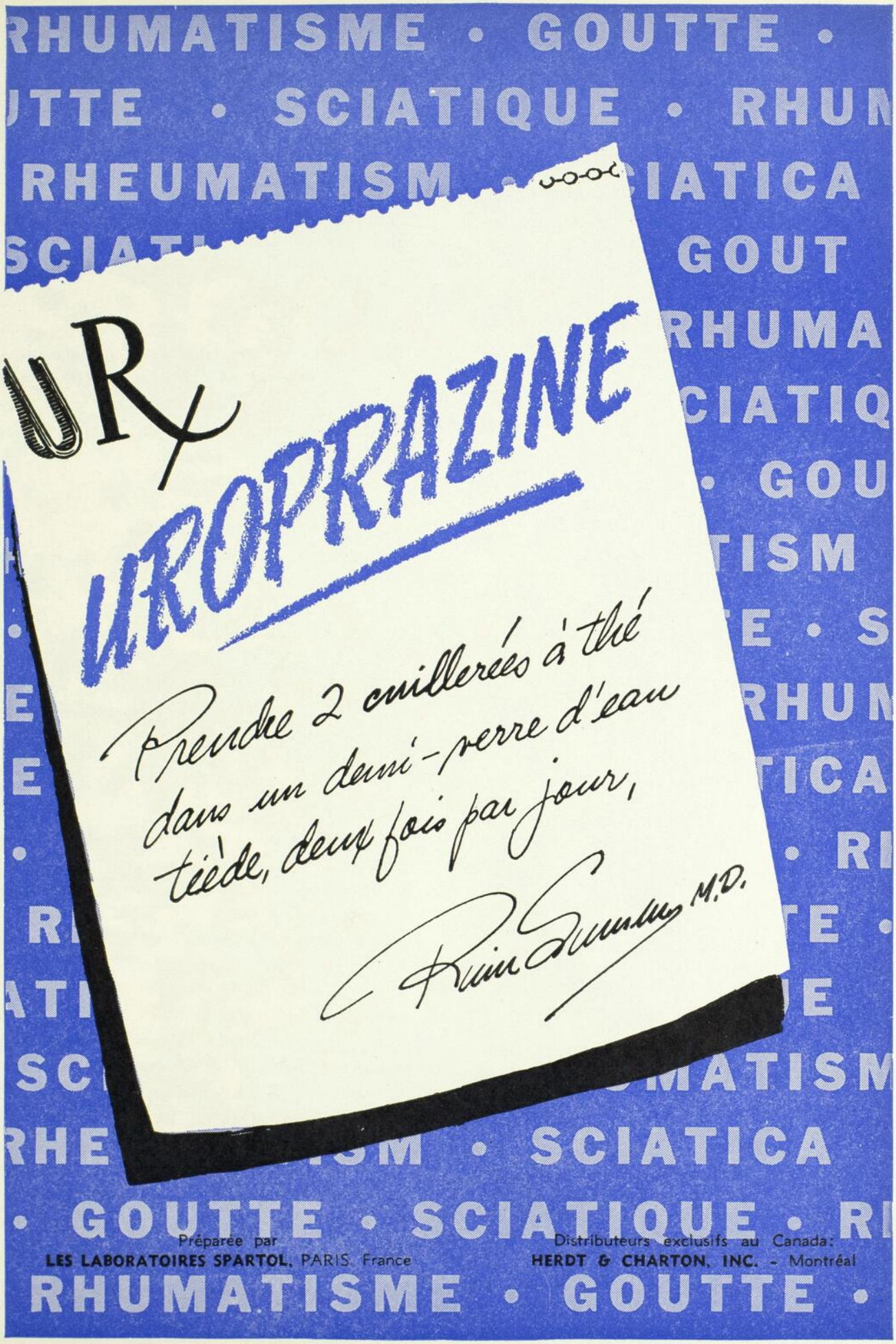
S'il est un ouvrage qu'un long succès a trop fait connaître pour qu'il soit nécessaire de le présenter, c'est bien celui du Professeur Sergent. Au cours de sa carrière, il a pu changer de nom et croître en importance, mais l'esprit avec lequel le grand clinicien l'avait conçu, et qui fit dès le début son succès, s'est toujours maintenu. C'est à cet esprit que sont restés fidèles les nouveaux collaborateurs qui sont venus s'ajouter, pour cette édition, aux anciens élèves de l'Auteur.

On ne pourrait mieux exposer les idées et les intentions du Professeur Sergent qu'en citant ces quelques phrases extraites de sa préface à l'édition de 1936:

« L'enseignement clinique élémentaire, tel que je le comprends et tel que je me suis efforcé de le réaliser dans mon service, comporte deux parties:

« D'abord, l'enseignement de la technique, c'est-à-dire des procédés d'examen dont l'ensemble constitue ce qu'on pourrait appeler l'arsenal de l'exploration clinique, tant au lit du malade qu'au laboratoire.

« Ensuite, l'enseignement de la séméiologie, c'est-à-dire de la signification des signes et


RHUMATISME • GOUTTE •
UTTE • SCIATIQUE • RHUM
RHEUMATISM
IATICA
GOUT
RHUMA
CIATIQ
GOU
TISM
E • S
RHUM
TICA
RI
TE •
E
MATISM
SCIATICA
GOUTTE • SCIATIQUE • RI
RHUMATISME • GOUTTE •
℞
UROPRAZINE
Prendre 2 cuillerées à thé
dans un demi-verre d'eau
tiède, deux fois par jour,
M.D.
Préparée par
LES LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, France
Distributeurs exclusifs au Canada:
HERDT & CHARTON, INC. - Montréal

des symptômes morbides observés au lit du malade et des constatations faites au laboratoire.

« Il doit viser, en un mot, non pas l'étude descriptive des maladies réservée à la pathologie, mais l'étude des procédés d'exploration qui permettent d'en rechercher et d'en constater les signes et les symptômes ».

Cette 4e édition a été entièrement revue afin de tenir compte des dernières acquisitions. Les nouveaux auteurs ont apporté les compléments ou les nouveaux chapitres qui s'imposaient, en mettant à contribution leur expérience et leur recherches personnelles.

Divisions de l'ouvrage

I. Appareil respiratoire, par E. Sergent. Bronchoscopie, par Mme Roux-Berger-Blanchy. Radiologie de l'appareil respiratoire, par P. Pruvost. Examen radiologique en coupe, par P. Cottenot. — II. Appareil circulatoire, par C. Lian. Méthodes nouvelles d'examen radiologique, par P. Cottenot. — III. L'abdomen, par R. d'Heucqueville. — IV. Appareil digestif, par R. d'Heucqueville et P. Oury. — V. Foie et fonctions hépatiques, par L. Ribadeau-Dumas et G. Tardieu. Radiologie du foie et des voies biliaires, par R. Coliez. — VI. Le pancréas, par Francis Bordet. — VII. Rate et ganglions, par R. Benda. — VIII. Rein et fonctions urinaires, par L. Ribadeau-Dumas et G. Tardieu. Radiologie des reins, des uretères et de la vessie, par R. Coliez. — IX. Système nerveux, par P. George et Cl. Launay. Séméiologie neuro-chirurgicale, par Ch. Ribadeau-Dumas. Système nerveux sympathique, par R. Mignot. — X. Glandes endocrines, par Cl. Launay et P. Fabiani. — XI. Les tégûments cutanés, par F. Bordet. — XII. Examen du sang, crase sanguine, éléments figurés et centres hématopoïétiques, par R. Benda. Analyse chimique du sang, par R. Hazard. Particularités biologiques propres à certaines maladies, par P. Pruvost et F. Bordet. Recherches bactériologiques et parasitologiques, par P. Pruvost et F. Bordet. — XIII. Recherches élémentaires faites au laboratoire, par P. Pruvost et Y. Kerbrat. — XIV. Examens para-cliniques et méthodes de laboratoire appliquées aux affections de l'appareil digestif, par P. Oury. — XV. Analyse des urines, par R. Hazard. — XVI. Radiologie des membres et de la colonne vertébrale, par P. Pruvost. — XVII. Tomographie du squelette, par P. Cottenot.

Index.

Ch. LAUBRY, professeur de clinique cardiologique à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, et P. SOULIE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des Hôpitaux de Paris. — **Les maladies des coronaires — l'infarctus du myocarde, l'insuffisance coronarienne** — Deuxième édition entièrement refondue. Un volume de 618 pages, avec 299 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1950.

La première édition de cet ouvrage parut en 1943, durant l'occupation. En dépit des difficultés qui avaient accompagné sa réalisation et de l'isolement intellectuel dans lequel les Auteurs avaient dû travailler, l'ouvrage fut très favorablement accueilli.

Cette seconde édition reflète bien l'essor qu'a pris depuis dix ans la technique électrocardiographique sous la poussée irrésistible de l'Ecole américaine et principalement de Wilson.

Entièrement refondu, son chapitre électrocardiographique témoigne des immenses répercussions des théories électrophysiologiques soutenues par le Cardiologue d'Ann Arbor et ses élèves. Les Auteurs, tout en reconnaissant les éternelles fluctuations et les critiques qui sont le lot de toute pathogénie, soulignent que, sur le plan pratique, l'exploration semi-directe unipolaire cadre avec la quasi totalité des vérifications.

Le chapitre électrocardiographique n'est pas le seul à subir une argumentation serrée et minutieuse. Les innombrables aspects du problème coronarien sont tour à tour abordés. A chaque page, qu'il s'agisse de l'anatomie « utilitaire » des vaisseaux cardiaques, de leur vasomotricité, de la clinique surtout, le lecteur trouvera l'exposé impartial des données classiques qu'il convient de critiquer avec circonspection et des acquisitions nouvelles, toujours séduisantes, mais qui invitent à la prudence.

En matière d'étiologie, les Auteurs mettent en garde contre l'effet « de masse » des statistiques écrasantes et soulignent le rôle capital des facteurs neurotoniques et allergiques.

A la clinique, qu'il s'agisse de l'infarctus ou de l'insuffisance coronaire, c'est le cadre noso-

Naturellement . . . le produit de choix

VIBELAN B.D.H.

LE COMPLEXE VITAMINIQUE B

ENTIER

Naturel

(non renforcé)

"Pas essentiellement en raison de la teneur en thiamine, niacine et riboflavine, mais bien plutôt comme source d'autres éléments nutritifs du Complexe Vitaminique B pas encore synthétisés." — *Jolliffe, Norman, J. A. M. A.*, 129: 9, 613.

Chaque dose quotidienne de trois cuillerées à thé de Vibelan B. D. H. représente des quantités proportionnées de tous les facteurs qui se rencontrent dans les sources naturelles suivantes:—

teneur standardisée:

Son de riz	**300 gm.**	**Thiamine naturelle**	**1.80 mg.**
Foie frais	**15 gm.**	**Riboflavine naturelle** ..	**2.25 mg.**
Levure de bière	**3 gm.**	**Nicotinamide naturelle**..	**15.0 mg.**

POSOLOGIE : Une cuillerée à thé trois fois par jour.

Vendu en flacons de 4 et 16 onces liquides.

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED

TORONTO CANADA

logique d'une affection « fleuve » qui est mis en question, sans esprit partisan, afin de mettre en garde le lecteur contre la mode actuelle qui voit partout la maladie coronarienne sous l'influence de la dictature instrumentale, rançon de nos progrès techniques. S'ils ont d'immenses mérites, ils ne doivent en aucune façon inhiber l'esprit critique du clinicien et lui faire oublier l'extrême complexité de la douleur cardiaque.

Au chapitre des lésions, à côté des descriptions classiques, les Auteurs s'attachent particulièrement à l'histo-pathologie des premiers signes de souffrance de la cellule myocardique, à un stade où la destruction du muscle n'est pas encore consommée, et rénovent ainsi un chapitre apparemment fixé, en fait indissociable de celui qui est consacré au trouble vaso-moteur.

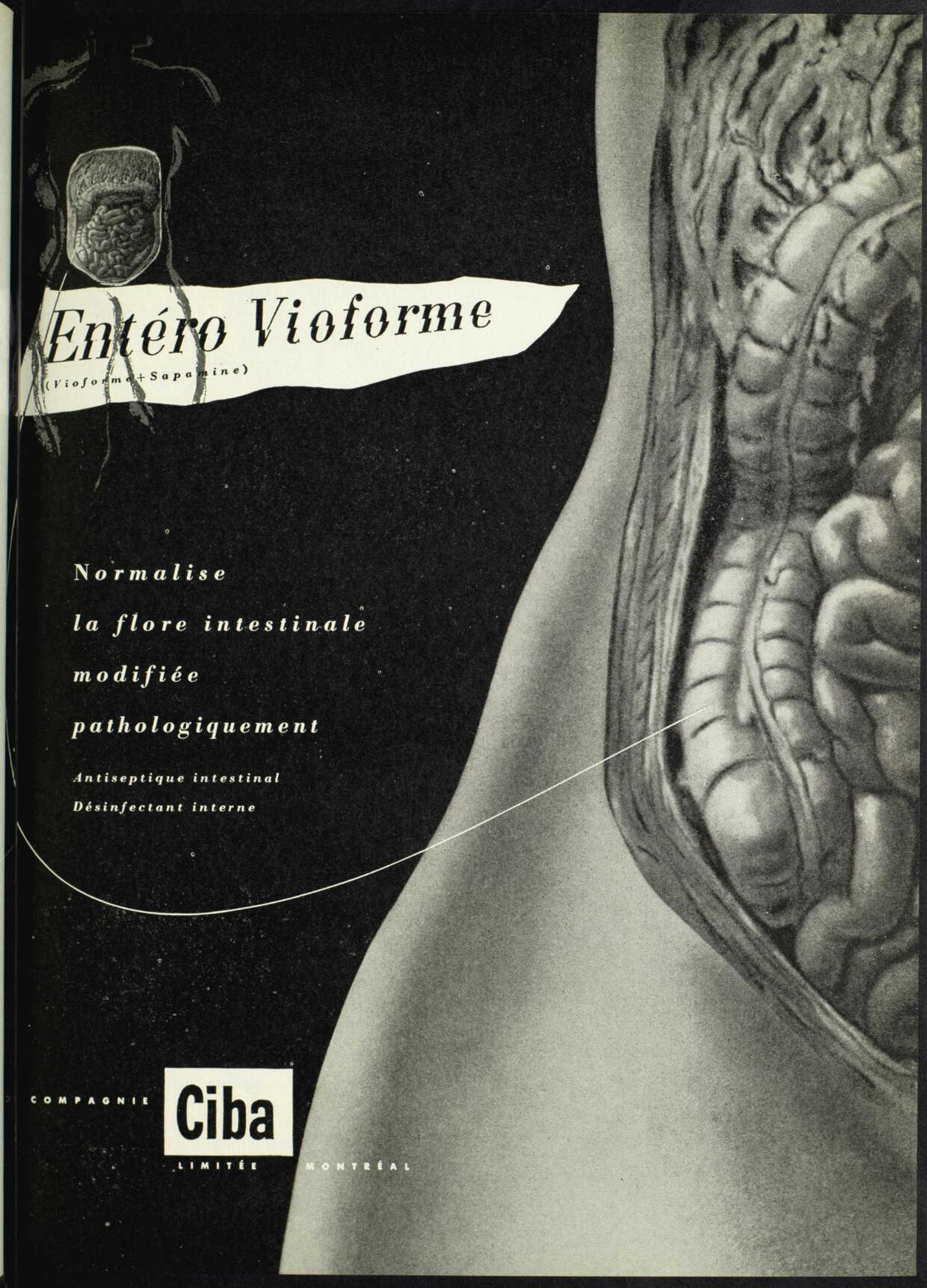
Le même esprit caractérise la conclusion thérapeutique et s'efforce d'établir un juste milieu entre les acquisitions de la pharmacodynamie moderne et les audaces de la chirurgie cardiaque. Une large place est réservée au traitement prophylactique de la maladie coronarienne et surtout aux considérations hygiéno-diététiques qu'inspire la fréquence inquiétante des formes précoces et redoutables de l'infarctus. A notre époque, où l'anxiété et la vie trépidante de chaque jour soumettent le moteur humain à un régime épuisant, ce chapitre met en valeur la série des prescriptions de cette période prémonitoire et qui concernent la discipline de la vie, de l'horaire, de l'activité professionnelle, du régime et des diverses intoxications. Tous ces facteurs efficients ou déclenchants d'une usure artérielle précoce sont longuement discutés avant l'exposé critique des médicaments proprement dits de la paroi vasculaire et de son appareil vasomoteur .

Grandes divisions de l'ouvrage

1. Rappel anatomique et physiologique de la circulation coronarienne; 2. Etudes étiologique, clinique et électrique des syndromes coronariens; 3. Etude physio-pathologique de l'obstruction coronarienne et de la douleur angineuse; 4. Anatomie pathologique des diverses variétés de sclérose; 5. Thérapeutique des syndromes coronaires.

À VENDRE À HULL, par suite de décès, un important cabinet de médecin oculiste et oto-rhino-laryngologiste, en plein centre des affaires. Bureau très spacieux, entièrement équipé à neuf il y a 3 ans et demi.

S'adresser soit à Me A. Lesage, notaire, rue Principale, Hull, P. Q., soit à Madame Vve Alphonse Barabé, Deschaillons, P. Q.



Entéro Vioforme

(Vioforme + Sapamine)

Normalise
la flore intestinale
modifiée
pathologiquement

Antiseptique intestinal
Désinfectant interne

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE MONTRÉAL

Libby, McNeill & Libby of Canada Limited.
Journaux médicaux.

EXTRAITS D'UN COMPTE RENDU D'ÉTUDES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR LA VALEUR NUTRITIVE DES FRUITS, DES LÉGUMES ET DES CÉRÉALES HOMOGÉNÉISÉS EN ALIMENTATION INFANTILE

par le docteur John A. KILLIAN, Ph. D.

Deuxième partie

Le fait que l'homogénéisation augmente la digestibilité des fruits, des légumes et des céréales, s'appuie sur les nombreuses séries d'expériences que l'on a faites in vitro et en alimentation humaine et animale. Les paragraphes suivants passent brièvement en revue quelques-unes de ces expériences.

TAUX COMPARATIFS DE LA DIGESTION DES AMIDONS

(1) Aux laboratoires du docteur Carlson, on a comparé les taux de digestion des amidons des légumes tamisés et homogénéisés en se servant de la méthode in vitro de Wohlgemuth. A certains intervalles, au cours de la période d'incubation des légumes avec de la pancréatine ou de la salive, on a prélevé des échantillons qu'on a passés au tamis afin de déterminer la proportion d'amidon non digéré. Les taux de digestion déterminés par cette méthode prouvèrent que l'amidon des légumes homogénéisés était digéré plus rapidement que celui des légumes tamisés. Après une incubation de 40 ou de 45 minutes, la quantité d'amidon non digéré dans les légumes homogénéisés était environ la moitié de celle qui se trouvait dans les légumes tamisés.

(2) La première série d'expériences in vitro qu'on a entreprises dans les laboratoires Killian afin de déterminer les taux comparatifs de la digestion des amidons contenus dans les aliments homogénéisés est semblable aux expériences de Carlson, exception faite des trois modifications suivantes: (1) Les légumes subirent l'incubation en présence d'échantillons de liquide prélevé dans le duodénum humain. (2) Au cours de l'incubation, on préleva à certains intervalles des échantillons de ces mélanges qui furent mis sur des lames pour examens microscopiques, qui furent tamisés et microphotographiés. (3) On acheta au hasard des légumes tamisés en conserves pour les comparer ensuite aux légumes homogénéisés de Libby. Les légumes, sous les deux formes, et contenant à peu près la même quantité d'amidon, furent soumis à des essais comparatifs. Grâce à ces études, on découvrit que presque tout l'amidon des légumes tamisés restait enveloppé dans des cellules végétales intactes et qu'il fallait de 2 à 4 heures pour obtenir la digestion complète de cet amidon. Par contre, dans les légumes homogénéisés, on ne put découvrir de cellules intactes. Tout l'amidon était extra-cellulaire et, en moins d'une heure, la digestion en était complètement terminée.

(3) En plus d'avoir été prouvé par ces expériences in vitro, le fait que la digestibilité des amidons des légumes homogénéisés soit plus grande que celle des légumes tamisés a été confirmé en clinique par le docteur Giblin et ses associés au cours de leurs essais en alimentation à l'hôpital New York Foundling. Au cours d'une période de 2 mois pendant laquelle l'alimentation se composait de de légumes homogénéisés, le docteur Giblin a fait des examens microscopiques de 1712 selles provenant de 143 enfants. Il ne trouva aucune cellule ou fibre végétale entière et ne découvrit de dextrines ou d'amidon que dans 0.14 pour cent des selles. Par contre, 6.5 pour cent des 793 selles provenant de 57 enfants nourris aux légumes tamisés contenaient de l'amidon ainsi que des cellules et des fibres végétales entières.

MISCIBILITÉ DES LÉGUMES HOMOGÉNÉISÉS AVEC LE LAIT

Des expériences faites dans les laboratoires Killian ont démontré que les légumes homogénéisés de Libby, ajoutés à du lait, passent à travers des tétines adaptées à des bouteilles pour bébés, tout comme s'il s'agissait d'un mélange homogénéisé à du lait. A l'hôpital New York Foundling, le docteur John Giblin a maintenant adopté cette méthode de donner des légumes homogénéisés aux bébés de 4 à 8 semaines. Les résultats obtenus au cours de ces expériences en alimentation seront discutés dans une partie subséquente de ce rapport. Le docteur Giblin et ses collègues ont trouvé qu'il était impossible de donner des légumes tamisés dans les mêmes conditions.

(A suivre)

Sécurité Absolue...



Plus de deux milliards — tel est le nombre de tampons TAMPAX achetés au cours des douze dernières années. Ces achats renouvelés, ajoutés à des essais cliniques intensifs*, confirment pleinement la sécurité inhérente à ces tampons de ouate à usage intravaginal. TAMPAX ne cause ni érosion, ni vaginite et n'enraye pas le flux menstruel.
Offert en trois degrés d'absorption (Régulier, Super, Junior), TAMPAX répond facilement à tous les besoins particuliers. Il est merveilleusement confortable, commode et efficace.

*West. J. Surg, Obstet. & Gynec., **51**: 150, 1943; J.A.M.A., **128**: 490, 1945; Am. J. Obst. & Gynec., **48**: 510, 1944, etc.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.,
BRAMPTON, ONTARIO



La protection menstruelle interne de choix **TAMPAX**

Echantillons et notices descriptives sur demande.

PUBLICITÉ ACCEPTÉE PAR THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Un cas intéressant pour tout médecin

On ne connaît aujourd'hui dans le monde qu'environ 18 groupes de quadrijumeaux.



Joan Dianne, Joyce Carol, Janice Barbara et Jennifer Ann Hargreaves (photographiées à l'âge de 4 mois). Nées le 13 octobre 1949, à Sault-Sainte-Marie, Ont. Seul le médecin de famille s'est toujours occupé des enfants.

Les quatre jumelles Hargreaves sont nourries avec des Aylmer Baby Foods... riches en vitamines et en sels minéraux

Pesant à peine au-dessus de trois livres à la naissance, étant nées plusieurs semaines prématurément, les jumelles Hargreaves furent tenues 7 semaines dans des incubateurs. Bien qu'encore en-dessous de la moyenne, leur gain de poids fut très satisfaisant, et toutes les quatre sont très bien, selon les derniers rapports.

Des infirmières entraînées s'en occupèrent dès le début; mais Madame Hargreaves a pris une part active dans le soin de ses filles. Et elle fut enchantée lorsqu'on leur recommanda les Aylmer Strained Baby Foods, car ses deux aînés avaient profité largement des produits Aylmer.

Les Aylmer Baby Foods sont préparés quelques heures après que les plus beaux fruits et légumes canadiens sont cueillis... frais et savoureux. La cuisson et la vapeur sous pression retient également les vitamines et les sels minéraux essentiels à la croissance et à la bonne santé. Les produits Aylmer tamisés au 27/1000 de pouce, sont des aliments très faciles à assimiler.

Les futurs citoyens du Canada méritent la qualité Aylmer

CANADIAN CANNERS LTD., HAMILTON, ONT.



LA FORMULE D'ALIMENTATION DES JUMELLES

comprendra bientôt la plupart de ces

VARIÉTÉS AYLMER

SOUPES

Asperges — tomates — légumes — foie — bœuf et légumes.

VIANDES

Poulet, légumes et farine — bœuf gratté avec farine — agneau.

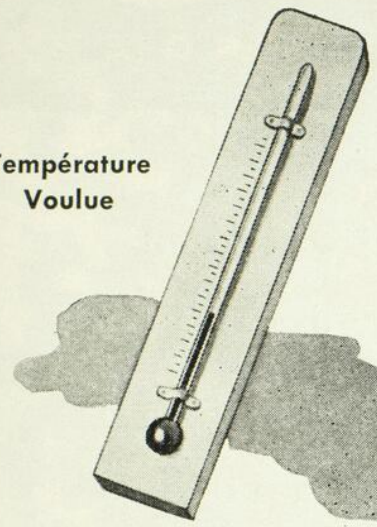
LÉGUMES

Betteraves — carottes — haricots verts — pois — pois et carottes — épinards — citrouille et carottes — tomates et farine — haricots jaunes — jus de tomate.

DESSERTS

Compote de pommes — pêches — poires — pruneaux — crème à l'orange — crème à l'ananas — crème aux pruneaux — crème aux abricots.

La Température Voulue Ne Suffit Pas!

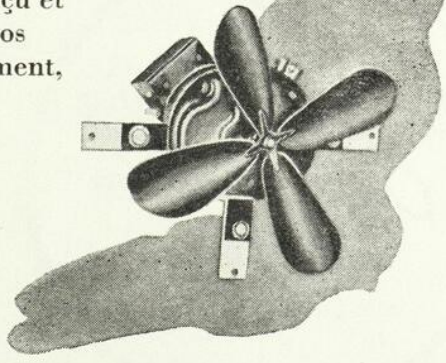


Température Voulue

La température voulue ne répond qu'à l'une des trois exigences d'un système de réfrigération parfaitement adéquat. Il faut aussi une humidité proportionnée et une circulation d'air appropriée.

Frigidaire voit à vous fournir les trois!

Humidité appropriée



Circulation d'air requise

La gamme la plus complète de produits commerciaux dans l'industrie

Il n'y a jamais de gaspillage dû à l'à peu près, lorsque vous installez un système de réfrigération Frigidaire. En effet, dans toute l'industrie, c'est Frigidaire qui offre l'assortiment le plus complet de produits commerciaux! La suprématie Frigidaire est un atout pour vous puisque vous obtenez l'équipement approprié à vos exigences. Frigidaire peut spécifier à la lettre ce dont vous avez besoin, ni plus ni moins.

L'assortiment complet de produits Frigidaire comporte un autre avantage énorme. Il vous vaut un équipement conçu et construit pour donner un rendement économique, de tout repos grâce à l'harmonisation parfaite des unités. Et naturellement, en tout et partout, vous bénéficiez de la qualité Frigidaire.

Renseignez-vous dès maintenant

Obtenez de votre marchand local Frigidaire de réfrigération commerciale des renseignements complets sur l'équipement Frigidaire le plus récent. Ou postez ce coupon aujourd'hui. Frigidaire Products of Canada Limited, Montréal, P.Q.

= FRIGIDAIRE

Fabriqué exclusivement par General Motors

ADRESSEZ CE COUPON POUR AVOIR TOUS LES DÉTAILS

FRIGIDAIRE PRODUCTS OF CANADA, LIMITED,
Dépt. 51
Montréal, P.Q.

Veuillez me renseigner sur l'équipement de réfrigération requis pour.....

.....(usage)

Nom.....

Firme.....

Adresse.....

Ville.....Prov.....

Y239BF

BETAGEN
VITAMINE B COMPOSÉE
ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B_1
(chlorure de Thiamine)
Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B complexe
B_2, B_4, B_5, B_6
Lécithine d'œufs
Avénine

Glycérophosphates
de Sodium
de Calcium
de Potassium
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

Saveur agréable — Tolérance parfaite.

La Cie **CANADA DRUG CO.,** *Montréal*

"La Chaleur d'un Cataplasme"
dans les douleurs musculo-articulaires

Dans les douleurs musculo-articulaires et tendineuses, la chaleur prolongée d'un cataplasme se montre d'une valeur réelle.

Le CATAPLASME D'ANTIPHLOGISTINE est un produit éprouvé par le temps; son application sur la région affectée apporte un soulagement rapide de la douleur et des courbatures. Il contribue à diminuer la tuméfaction et favorise le rétablissement fonctionnel normal.

Le CATAPLASME D'ANTIPHLOGISTINE peut être employé associé à la physiothérapie.

ARTHRITE — BURSITES
ENTORSES — FOULURES

Antiphlogistine
PANSEMENT ET CATAPLASME MÉDICAMENTEUX

Le cataplasme au kaolin et glycérine le plus largement employé au monde.

The Denver Chemical Mfg., Co., Montréal, P. Q.

Carnation donne un contrôle uniforme de l'alimentation dans ses 3 phases



1. PHASE DE LA FORMULE — Carnation permet d'associer lait, eau et hydrates de carbone, pour répondre aux besoins de chaque bébé — avec la garantie que le Lait Evaporé Carnation ne **varie jamais.** Et vous savez qu'il est de toute sécurité. Car il n'est pas seulement pasteurisé, mais également stérilisé après que la boîte est scellée. Il n'y a pas d'inconnu dans la formule qui puisse amener des complications à ce stage critique de la vie de l'enfant.



2. PHASE DE L'ALIMENTATION SANS FORMULE — Le système digestif délicat des petits peut facilement être dérangé lorsque la formule est abandonnée. C'est pour cette raison que l'uniformité absolue de Carnation continue d'être une importante sauvegarde. Et Carnation, dilué avec une égale quantité d'eau, est un lait entier nutritif, sous sa forme la plus digestible. Car Carnation est homogénéisé et épuré par la chaleur. C'est un lait qui coagule d'une façon facilement assimilable pour le bébé.



3. PHASE DU GOBELET — Voici quelque chose que les médecins (et les mères) apprécient : Le goût familier de Carnation permet la transition radicale du biberon au gobelet, avec beaucoup moins de résistance. Et, ici encore, la teneur constante de Carnation en matières grasses, en minéraux, en principe coagulant et en viscosité, est un facteur certain d'éliminer toute possibilité de troubles digestifs.

Un contrôle complet, voici le secret de l'uniformité absolue de Carnation. Chaque goutte provient de vaches examinées par les propres inspecteurs de Carnation . . . est analysée dans les postes de réception de Carnation . . . et est pasteurisée et manipulée avec la précision d'une ordonnance, dans les usines d'évaporation de Carnation. Il n'y a pas de lait plus agréable et plus sûr pour les enfants. Aucun ne donne un aussi bon contrôle des trois phases de l'alimentation du bébé. Lorsque vous recommandez Carnation par son nom, vous mentionnez le lait qui a été le modèle pour tous les médecins, depuis plus d'un demi-siècle.

PRODUIT DANS LE QUÉBEC



Le Lait Que Tout Médecin Connaît

"Provenant de vaches bien nourries"

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG CO. MONTREAL

LACTOGEN®

SE RAPPROCHE ÉTROITEMENT DU LAIT HUMAIN



℞

LACTOGEN + EAU = ALIMENT PRÉPARÉ

1 cuillerée à table rase (40 cal.) | 2 onces liq. | 2 onces liq. (20 cal. par once liq.)

ACCEPTED COUNCIL ON FOODS AND NUTRITION AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

LA PUBLICITÉ DE CE PRODUIT N'EST FAITE QU'AUPRÈS DU CORPS MÉDICAL

ÉCHANTILLONS ET IMPRIMÉS ENVOYÉS DÈS RÉCEPTION D'UNE FEUILLE BLANCHE DE VOTRE CARNET DE PRESCRIPTIONS.

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LIMITED • METROPOLITAN BUILDING, TORONTO, ONTARIO

COMPRIMÉS

TRI-SULFA

SODIUM BICARBONATE

ASSOCIATION RATIONNELLE DES SULFAS.

CRISTALLISATION ET CALCUL RÉNAL ÉVITÉS PAR L'ALCALINISATION DE LA FORMULE:

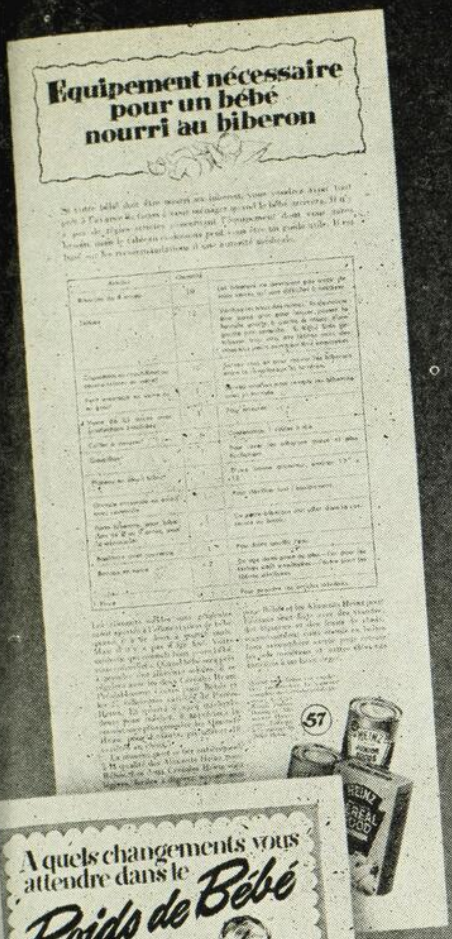
Aussi TRI-SULFA en suspension contient 0.30 gram. par cuillerée à thé.

SULFATHIAZOLE
SULFAMÉRAZINE
SULFADIAZINE

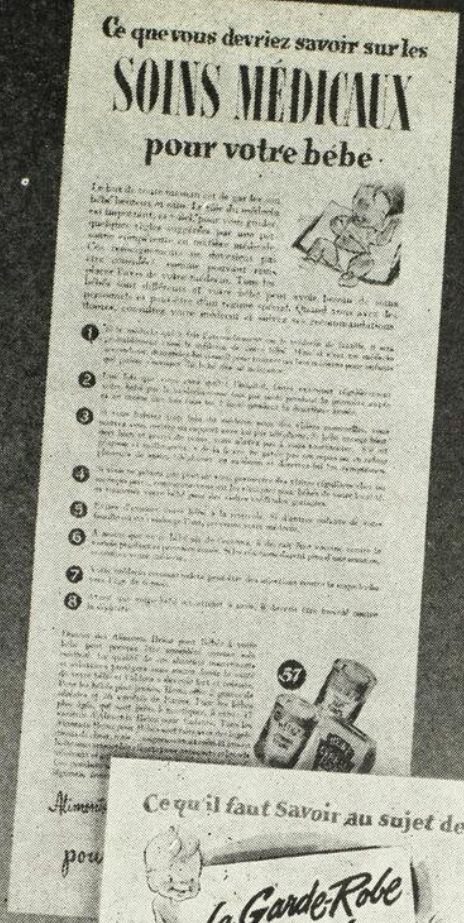
0.50 gram. du mélange par comprimé.

Aussi TRI-SULFA sans bicarbonate, à 0.50 gram. par comprimé et 0.30 gram. par comprimé pour enfant.

La Cie CANADA DRUG CO., Montréal













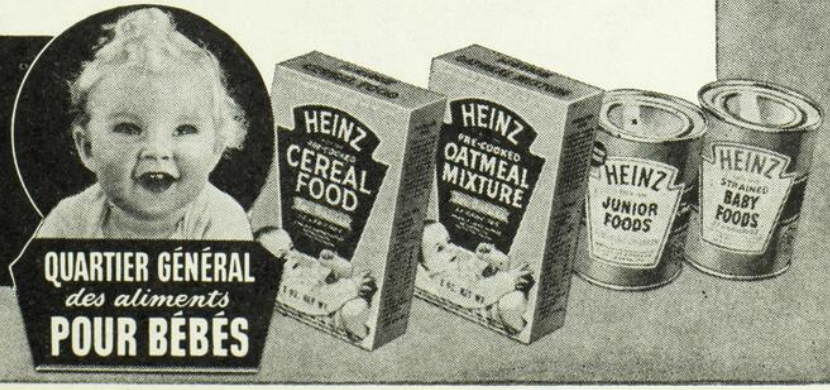
La publicité éducative Heinz, aide votre profession

Sur cette page figurent quelques-unes des annonces éducatives publiées par Heinz au cours des derniers mois dans une liste complète de magazines canadiens. Aucun autre fabricant d'Aliments pour Bébés n'a continué cette publicité tous les mois, toute l'année pendant plus de cinq ans comme l'a fait Heinz.

Nous sommes sûrs que vous serez d'accord pour dire que ce genre de publicité a épargné bien du temps et des ennuis aux médecins et infirmières qui donnent des conseils aux mamans. En même temps, Heinz a toujours recommandé qu'en cas de doute les mamans consultent les médecins et suivent leurs recommandations.

Des échantillons et des données sur la nutrition seront envoyés sur demandes adressées à H. J. Heinz Company of Canada Ltd., Dept. S.P. 6465 rue Durocher, Montréal, P.Q.

Aliments HEINZ pour 57 Bébés



Timarol Astier

Acide Dehydrocholique,
dl-Methionine, Inositol, Methenamine

réduit le taux du cholestérol sanguin

une synergie médicamenteuse qui rétablit le bon fonctionnement du métabolisme des lipides

le Timarol est indiqué dans les

- cirrhoses et infiltration graisseuse du foie
- cholécystites et angiocholites
- intoxications (professionelles et médicamenteuses)

Demander littérature et échantillons à

ROUGIER FRÈRES, 350 rue Le Moyne, Montréal 1
Fabricants et Concessionaires au Canada pour les
Laboratoires du Dr. P. Astier, Paris, France

Lunettes
verres ophtalmiques

— o —

Examen de la vue

— o —

ALBANY PHILIE. O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS
BUREAU CHEZ
Dupuis Frères
LIMITÉE
MONTREAL

Pour réaliser une douce sensation subjective de confort oculaire

L'EFFET des Solutions de drogues introduites dans le cul-de-sac conjonctival est modifié par plusieurs facteurs, parmi lesquels les trois suivants doivent être pris en considération:

1. La dilution immédiate de la solution par les larmes qui se trouvent dans le cul-de-sac.

2. La précipitation de la drogue par les substances présentes dans les larmes qui se trouvent dans le cul-de-sac — ou sa combinaison chimique avec ces substances. Ce facteur est particulièrement important en présence d'une sécrétion riche en albumine, ainsi qu'en témoigne le précipité blanc d'albuminate d'argent qui se forme lors de l'application de nitrate d'argent sur des paupières recouvertes d'une sécrétion purulente. Cette combinaison rend naturellement inactive la majeure partie de la drogue.

3. Le facteur le plus important de tous est la réaction du tissu et des larmes avec les solutions employées. Il a été démontré que la réaction des collyres d'usage courant est le principal facteur de l'irritation ressentie lorsqu'ils sont introduits dans le cul-de-sac. La réaction des solutions est beaucoup plus importante que leur pression osmotique. La réaction de la sécrétion conjonctivale normale correspond à un pH de 7.2 à 7.4. Dans certaines formes d'irritation chronique ou de conjonctivite, le pH varie de 6.8 à 6.9. La simple instillation d'un collyre à réaction alcaline suffit pour calmer les symptômes d'irritation.

Une forme simple de solution tampon est un véhicule idéal pour les gouttes dans les yeux. Une solution alcaline est moins irritante et constitue un milieu convenable pour certaines drogues. Une simple solution tampon alcaline est un collyre non irritant qui convient bien pour nettoyer l'œil. A cause de son pH favorable, elle diminue le choc et augmente l'efficacité.

La Murine, collyre isotonique moderne, rencontre tous les desiderata précités. En outre, la Murine est isotonique avec les larmes, et c'est vraiment une solution tamponnée. La formule de la Murine comprend les ingrédients suivants: Bicarbonate de Potassium, Borate de Potassium, Acide Borique, Chlorhydrate de Berbérine, Glycérine, Chlorhydrate d'Hydrastine, « Merthiolate » (Ethyl Mercurisalicylate de Sodium, Lilly) 0.001 pour cent, en solution dans de l'eau stérilisée. Tout cela contribue à faire de la Murine un produit doux et d'une efficacité thérapeutique unique comme nettoyeur dans les irritations légères de l'œil.

THE MURINE COMPANY
TORONTO, Ontario

TRAITEMENT LOCAL EFFICACE ET NON TOXIQUE DE LA

Fièvre des Foins

En exerçant une action anti-congestive et adoucissante sur les membranes irritées...

Estivin

apporte un soulagement rapide et efficace aux symptômes douloureux de la fièvre des foins — à l'éternuement, à l'écoulement nasal, au brûlement des yeux, au larmoiement, etc.

Une goutte dans chaque œil au lever, avant le déjeuner et après le déjeuner. aura pour effet de maintenir le malade dans un état de bien-être et de confort toute la matinée durant.

Estivin ne cause pas de somnolence ou de dépression, ce qui permet de l'employer aussi souvent que nécessaire.

Echantillons et documentation sur demande.

Concessionnaires pour le Canada

LAURENTIAN AGENCIES LTD.

429, rue Saint-Jean-Baptiste
Montréal

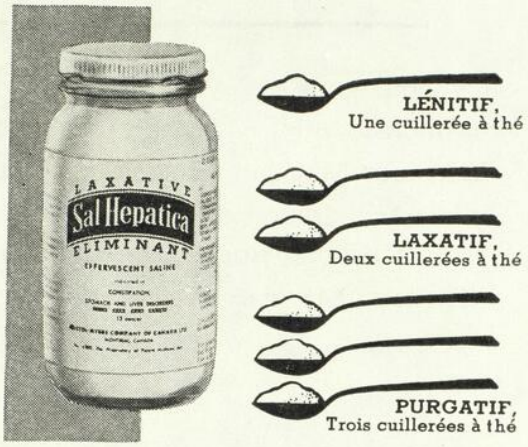
Schieffelin 1794 Quality Integrity Service

Schieffelin & Co.

Pharmaceutical and Research Laboratories

20 Cooper Square New York 3, N.Y.

Commode pour vous . . . pour votre patient le laxatif salin—



Que votre patient ait besoin d'un laxatif, d'un lénitif ou d'un purgatif, vous conviendrez qu'il est plus commode de prescrire du Sal Hepatica et d'en indiquer le dosage. Sal Hepatica supprime la nécessité de spécifier tous les ingrédients de trois formules différentes.

Vos patients aussi apprécieront la commodité de Sal Hepatica. Ils aimeront son goût agréable, son effervescence—et, il va sans dire, son action rapide et efficace.

Un produit BRISTOL-MYERS

POUR DES ÉCHANTILLONS GRATUITS DE SAL HEPATICA, VEUILLEZ ADRESSER CE COUPON À:
Bristol-Myers Company of Canada Ltd.,
3035 rue St-Antoine, Montréal 30, P.Q.

Nom.....
D-6

Adresse.....

Ville.....

Province.....

Fabricants de Bufferin—analgésique antiacide.

Nomination chez X-Ray and Radium

La compagnie X-Ray and Radium Industries Limited a annoncé la nomination de monsieur H. M. Maclean au poste de gérant des ventes pour l'Ontario. Monsieur Maclean s'occupe de l'industrie des rayons X depuis 1940; il jouit d'une très grande expérience technique et pratique en radiographie générale et dans les domaines spéciaux de la radiographie pulmonaire et neurologique. Monsieur Maclean est avec la compagnie X-Ray depuis sa fondation.



Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.

UN MÉLANGE LACTÉ
de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND"
et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de maïs... un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

The CANADA STARCH CO., Ltd.
Montréal

Veuillez m'envoyer
- ☐ CALCULATEUR
- ☐ Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- ☐ TABLETTES DE FORMULES
- ☐ La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- ☐ La brochure: "DEXTROSOL"

Nom .....

Adresse .....

.....



Dans

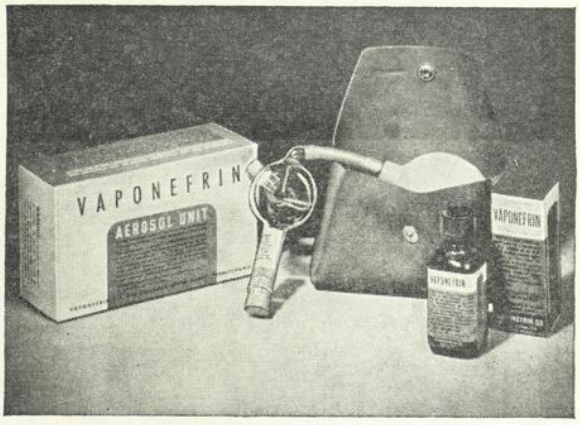
L'ASTHME BRONCHIQUE

L'utilisation précoce de la thérapeutique la plus efficace assure non seulement un soulagement mais encore un regain de confiance chez le malade.

- **PROMPTE ACTION LOCALE DANS LES BRONCHIOLES ET LES ALVÉOLES**
- **SOULAGEMENT RAPIDE DU BRONCHOSPASME**
- **AUGMENTATION DE LA CAPACITÉ VITALE**
- **PEU OU PAS D'EFFETS SECONDAIRES**
- **COÛT RELATIVEMENT PEU ÉLEVÉ (2¢ PAR TRAITEMENT)**

La trousse AEROSOL VAPONEFRIN

contient le nébuliseur breveté VAPONEFRIN et une demi-once de solution VAPONEFRIN.



Disponible à :

MONTRÉAL :
S. S. Brooks
Cape's
Leduc (Saint-Denis)
Leduc (Wellington)
Macy's
Medical Arts Drug Store
Melrose
Pharmacie Montréal
A. Sarrazin et Choquette
J. E. Tremble Reg'd.
Pharmacie Sainte-Rose

QUÉBEC :
W. Brunet et Cie
J. E. Livernois et Cie
Pharmacies Jolicœur
Pharmacie Pelletier
Pharmacies Soucy

TROIS-RIVIÈRES :
Pharmacie Poliquin
Pharmacie Royale
Pharmacie Saint-Maurice

SOREL :
Pharmacie Lessard

DRUMMONDVILLE :
Pharmacie G. Pépin
Pharmacie Lafontaine

GRAND'MÈRE :
Pharmacie Grimard

SHAWINIGAN FALLS :
Pharmacie Cyr

OTTAWA :
Medical Arts Dispensary

HULL :
A. R. Farley

HAWKESBURY :
J. O. Pagé

LACHUTE :
Beaton's Pharmacy Reg'd.

ST-HYACINTHE :
Pharmacie Lanctôt

VALLEYFIELD :
Pharmacie Laroche

et dans toutes pharmacies d'ordonnances au Canada.

VENTE EN GROS POUR TOUT LE CANADA :

VAPONEFRIN COMPANY

2515, VAN HORNE MONTRÉAL



1er MANGEUR DE VIANDE

(5 ans plus tard)



Bill Purvy à un an. Il a participé aux premiers essais d'alimentation carnée de Swift à l'âge de 4½ mois.

Bien avant que les Viandes Swift's pour Bébés soient en vente, le petit Bill Purvy en mangeait tous les jours. Il a commencé à 4½ mois. Il y a plus de cinq ans maintenant—pendant les essais originaux d'alimentation carnée de Swift. Avant le développement des Viandes Swift's pour Bébés, l'âge habituel auquel on commençait à donner de la viande aux bébés était d'au moins *six* ou *neuf* mois. Et la préparation de la viande était si compliquée que la plupart des bébés devaient s'en passer.

"C'est un garçon bien portant"

dit la maman de Bill, et la photo de Bill ci-dessus le prouve. Sa maman dit qu'il a aimé les Viandes Swift's pour Bébés dès le début.

Aujourd'hui, n'importe quel bébé peut avoir le même début dans la vie que Bill a eu. Les médecins recommandent maintenant les Viandes Swift's pour Bébés dès les premières semaines—pour fournir les protéines complètes de haute qualité et le fer dont tous les bébés ont besoin tous les jours.

Les viandes Swift's pour Bébés sont parées et cuites d'une façon experte—pour enlever une partie du gras et préserver au maximum les éléments nutritifs.

Etudes Cliniques en Cours sur l'Alimentation Carnée

RAPPORT NO 4

EFFETS DE LA VIANDE DANS L'ALIMENTATION DES BÉBÉS ET DES ENFANTS

Les résultats de ces études indiquent que la viande aide à la formation d'hémoglobine et d'érythrocytes. Ces découvertes ont été révélées dans un rapport précédent publié par le J.A.M.A. (134:1215) (1947). Les études actuelles sont une continuation du travail mentionné dans cet article.

Cette étude fait partie d'un programme de recherches cliniques intensives faites actuellement grâce aux subventions de la maison Swift.





ACCEPTED COUNCIL ON FOODS AND NUTRITION AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Toutes les déclarations concernant l'alimentation qui sont contenues dans cette annonce ont l'approbation du Comité des Aliments et de la Nutrition de l'Association Médicale Américaine.

UN PRODUIT DE QUALITÉ SWIFT

SWIFT... *la première marque en fait de viandes... la première maison à préparer et à éprouver au point de vue clinique les Viandes 100% pour Bébés.*

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott, Laboratories (Chlorhydrate de Désoxyne) .. XLI - XLII
American Sterilizer Co. (Equipement "American") XX
Ames Company of Canada Ltd. (Clinitest) — (Acetest) — (Hematest) XXIX
Anglo-French Drug, Co. (Hemo-bex) XLIV
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Alphamette aqueux) — (Gouttes Supplavite) — (Béminal) ..... XXI - XXII
Barnes Co., Limited, A. C. (Argyrol) XXIV
Bristol-Myers Company of Canada Ltd. (Resistab) XXV
Bristol-Myers Company of Canada Ltd. (Sal Hepatica) .. LXI
British Drug Houses (Canada) Limited, The (Vibelan B.D.H.) L
Canada Drug Co. (Betagen) LVI
Canada Drug Co. (Pavéral) LVIII
Canada Drug Co. (Tri-Sulfa) LVIII
Canada Starch Co., Limited (Sirop de maïs) LXII
Canadian Tampax Corporation Limited (Tampax) LIII
Canadian Canners Limited (Aliments tamisés) LIV
Carnation Co. Limited (Lait évaporé) LVII
Compagnie Ciba Limitée (Pyribenzamine) — (Antistine-Privine) ..... XV - XVI
Compagnie Ciba Limitée (Entéro-Vioforme) LI
Denver Chemical Mfg., Co., The (Antiphlogistine) LVI
Dupuis Frères (Examen de la vue) LX
Eddé, J., Limitée (Desanxyl) — (Artichobyl) — (Pancrinol) XXXIII
Eddé, J., Limitée (Sterogyl 15) — (Neurinase) — (Alepsal) XXX
Eli Lilly and Company Limited ..... Première page de la couverture
Frigidaire Products of Canada, Limited LV
Frosst, Charles E. & Co. (Trulfa-zine) — (Trulfa) — (Composé Pyrithen) ..... VII - VIII
Frosst, Charles E. & Co. (Composé Questrin) IV
Heinz Co. of Canada Limited, H. J. (Aliments pour bébés) LIX
Herdt & Charton, Inc. (Vertavis) — (Osmopak) XLV
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) XLIX
Herdt & Charton, Inc. (Robuden) XLVII
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II
Hoffmann - Laroche Limitée (Prostigmine "Roche") .. XXXVII

Pages

Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) XXVIII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Neurophen) XL
Laboratoires Desbergers Limitée (Nevro-denal) ..... Quatrième page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Porfirine) — (Triglobine) .. XXXVI
Laboratoires Jean Olive (Passitonyl) — (Rec.ca) XXXVIII
Lederle Laboratories (Auréomycine) XI
Libby, McNeil & Libby of Canada Limited (Homogénéisation) LII
Librairie Beauchemin Limitée XXXIV
Mead Johnson & Company of Canada Limited (Vitamines) ..... Troisième page de la couverture
Merck & Company Limited (Cortone) I
Millet, Roux & Cie (Toni-Spasmyl) XIII
M M Bureau (Perception de comptes) LXV
Mowatt & Moore Limited (Neuro-Spasex) XIX
Nestlé's Milk Products (Canada) Limited (Lactogen) .. LVIII
Parke, Davis & Co. (Caladryl) XVII
Pfizer & Company Inc., Chas. (Terramycin) XXXV
Poulenc Limitée (Phénergan) Deuxième page de la couverture
Rougier Frères (Dyspne-Inhal) V
Rougier Frères (Timarol Astier) LX
Sanatorium Prévost XXVI
Schering Corporation Limited (Chlor-Tripolon) IX
Schieffelin & Company (Estivin) LXI
Sharp & Dohme (Canada) Limited (Cadroson) XLVIII
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Ebsam) XLVI
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskel) III
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Dexamyl) XXXIX
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Sulfate de Dexedrine) XLIII
Swift Canadian Co. Limited (Viandes pour bébés) LXIV
Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor).. LXVI
Vaponefrin Company (Vaponefrin) LXIII
White Laboratories of Canada Limited (Mol-iron) XXIII
Wingate Chemical Co. Limited, The (Alumina Gel - M R T) XXVII
Winthrop-Stearns Inc. (Neo-Synefrin) XVIII
Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Amphojel) — (Tubex de pénicilline) ..... XXXI - XXXII
X-Ray and Radium Industries Limited (Nomination) LXII

Nous offrons, à Messieurs les Médecins et Chirurgiens, un service compétent et confidentiel dans la

PERCEPTION DE COMPTES

TAUX SPÉCIAL ET MÉTHODE UNIQUE POUR TOUS LES MEMBRES DU CORPS MÉDICAL.

RAPPORT MENSUEL ASSERMENTÉ — BUREAUX LÉGAUX DE RÉPUTATION RECONNUE.

M M BUREAU Enr.,

266 ouest, rue NOTRE-DAME, Montréal — Ch. 41 — HA. 6419

MARCEL MARISSEAU, prop.-gérant

Sal-Iodum Valor

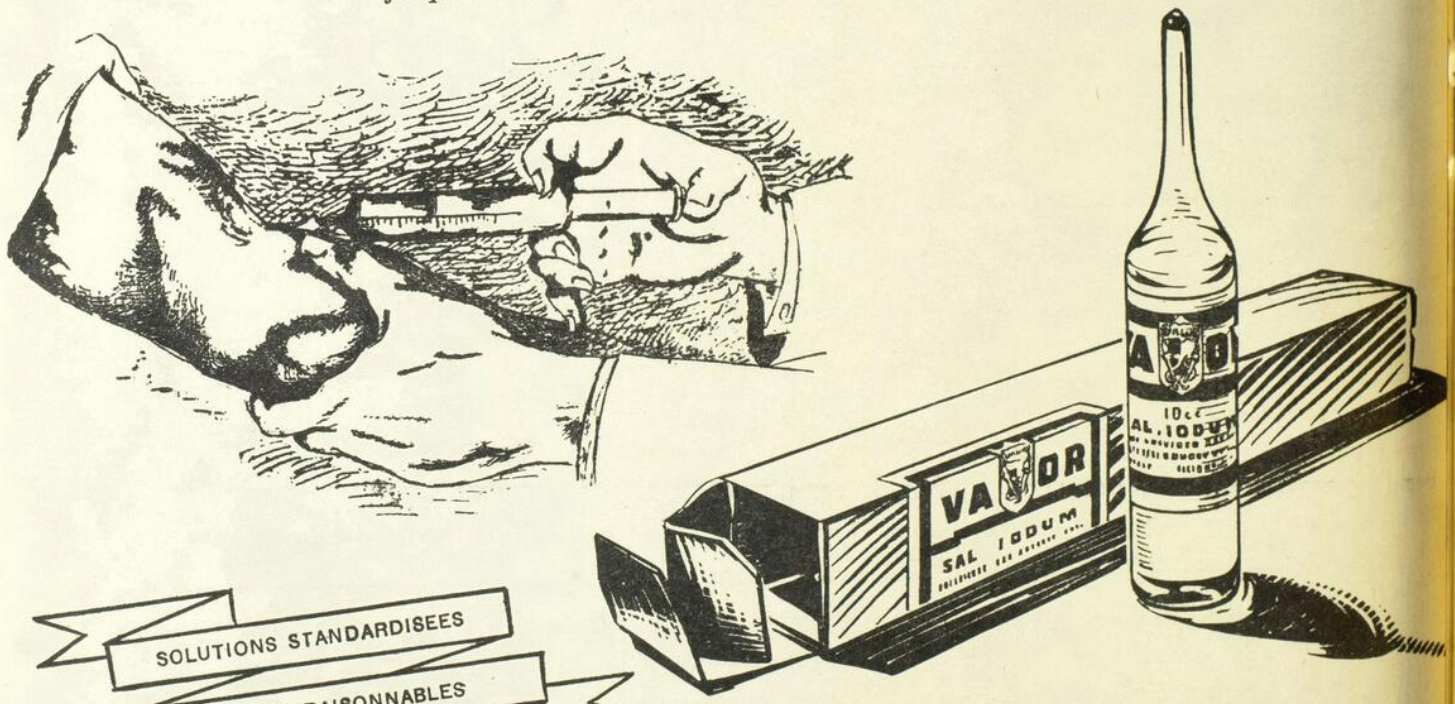
UN SPECIFIQUE DU RHUMATISME

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore *et* sans danger, *les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.*

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, *dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.*

Posologie: *Une injection* (20 cc.) *peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.*



SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

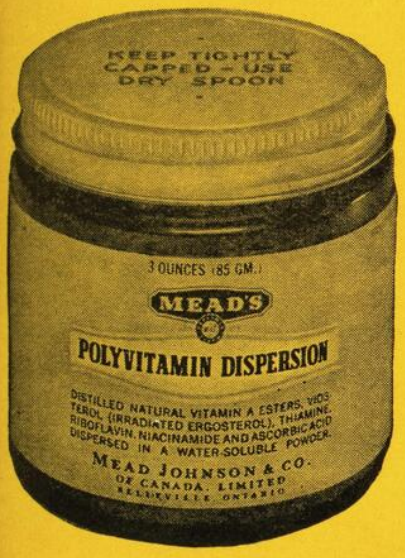
USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

VALOR

PRINTED IN CANADA — IMPRIMÉ AU CANADA

MEAD JOHNSON & CO.
présente deux nouvelles
preparations à vitamines multiples



← Mead's Polyvitamin Dispersion

Une cuillerée à thé (2.8 Gm.) fournit :

Vitamine A	5000 unités int.
Vitamine D	1000 unités int.
Acide Ascorbique	50 mg.
Thiamine	1 mg.
Riboflavine	0.8 mg.
Niacinamide	5.0 mg.

Mead's
Mixed Vitamins Capsules →

Chaque capsule fournit :

Vitamine A	10.000 unités int.
Vitamine D	1.000 unités int.
Acide Ascorbique	100 mg.
Thiamine	3 mg.
Riboflavine	4 mg.
Niacinamide	25 mg.



Judicieusement formulées
comme complément sûr et commode du régime

Pour les bébés et les jeunes enfants . . .

MEAD'S Polyvitamin Dispersion

6 vitamines importantes minutieusement dispersées dans une poudre soluble à l'eau.

Facilement mélangée avec la formule, du jus de fruit, des céréales ou autres aliments solides.

Dose journalière suggérée: 1 cuillerée à thé pour les bébés; de 1 à 2 cuillerées à thé pour les enfants.

Disponible en pots de 3 onces.

Pour enfants plus âgés et adultes . . .

MEAD'S Mixed Vitamins Capsules

Quantités supplémentaires généreuses de 6 vitamines importantes.

Destinées aux malades dont l'ingestion diététique de vitamines est insuffisante.

Une capsule par jour répond aux exigences de la plupart des malades.

Disponible en flacons de 50 capsules.

La publicité de ces produits vitaminiques ne parait que dans les journaux professionels.

MEAD'S

MEAD JOHNSON & COMPANY
OF CANADA, LIMITED
BELLEVILLE, ONTARIO

MEAD'S

NEVRO-DENAL

MÉDICATION SÉDATIVE et ANTI-SPASMODIQUE

NON-DÉPRESSIVE



Tubes de 30 et flacons de 100 dragées

FORMULE POUR UNE DRAGÉE

Sulfate de Spartéine	10 mgm.
Extrait de passiflore	60 mgm.
Extrait de crataegus	30 mgm.
Tr. de belladone	50 mgm.
Phenyl-Ethyl-Barbital	20 mgm.

INDICATIONS :

Tous les éréthismes nerveux et spasmes organiques tels que: nervosité, anxiété, neurasthénie et émotivité. NEVRO-DENAL est aussi indiqué comme médication symptomatique de certains troubles digestifs, troubles respiratoires, palpitations, nausées fréquentes d'origine nerveuse ainsi que dans les cas d'insomnie nerveuse.

POSOLOGIE :

COMME SÉDATIF : Une ou deux dragées après les repas.

CONTRE L'INSOMNIE : 2 à 4 dragées le soir au coucher.

DESBERGERS Limitée

Pharmaciens — *Chimistes* — *Biologistes*

MONTRÉAL CANADA