



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)

XXe congrès de l'A.M.L.F.C., Montréal

les 25, 26, 27 et 28 septembre 1950

**ADMINISTRATION
ET SECRÉTARIAT**

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

SECRÉTARIAT

128, rue Sainte-Anne
Québec

NOUS SOMMES AUSSI RESPONSABLES DES MALADES DES HÔPITAUX

Notre but est de fournir des produits pharmaceutiques de qualité. Les faire parvenir à temps aux malades est tout aussi important que leur fabrication.

Par tout le pays, nos arrangements avec les négociants en gros permettent aux hôpitaux d'obtenir les produits Lilly rapidement et sans difficulté.

Le patient et le médecin sont donc assurés d'une médication sûre — peu importe le moment ou l'endroit.

MYOCHRYSSINE

aurothiomalate de sodium

chrysothérapie efficace dans l'arthrite rhumatoïde

"...la MYOCHRYSSINE donne les meilleurs résultats quand elle est administrée à doses faibles. Cette méthode de chrysothérapie diminue ou écarte totalement les intolérances aux sels d'or tout en assurant leur effet thérapeutique."

L. MANTHA: L'Union Médicale du Canada, janv., fév., mars 1949.

AUTRES RÉFÉRENCES:

FORESTIER, J.: La Revue du Rhumatisme, 3: 485, 1936. — WRIGHT, H. P.: Can. Méd. Ass. J., Vol. 59, No 4, oct. 1948.
HENCH, P. S.: Travail lu à Royal Society of Medicine, Londres, 1948.

PRÉSENTATION

SOLUTION AQUEUSE

SUSPENSION HUILEUSE

EN DIVERSES

CONCENTRATIONS

Demandez notre brochure détaillée

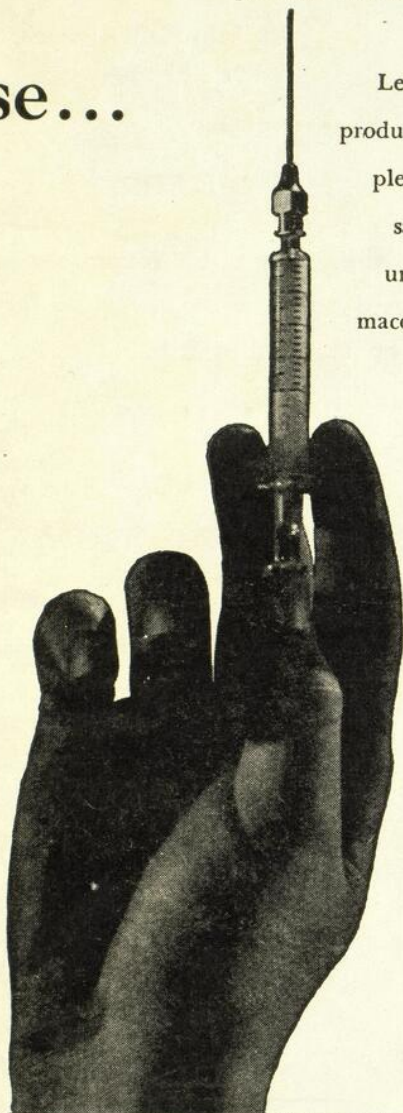


POULENC Limitée

Montréal

Un Remarquable Progrès Contre La Tuberculose...

*Efficacité
Thérapeutique
éprouvée*



Caractérisé par une activité uniforme et un minimum de douleur à l'injection, le Complexe Streptomycine Chlorure de Calcium Merck est devenu, depuis son introduction sur le marché, la forme préférée du précieux antibiotique. Le procédé Merck de cristallisation

garantit un produit chimiquement pur. Le Sulfate de Dihydrostreptomycine Merck, produit par l'hydrogénation catalytique du complexe streptomycine chlorure de calcium sous sa forme cristallisée, constitue par lui-même un produit chimique et une entité pharmacologique distincte d'une pureté et d'une stabilité uniformément élevées.

Ces deux antibiotiques sont de précieux auxiliaires, capables de rendre service dans tous les cas où la streptomycinothérapie peut s'appliquer efficacement.

Streptomycine Merck
Complexe
Chlorure de Calcium



Dihydrostreptomycine
(sulfate)
Merck

SOMMAIRE

Table alphabétique des matières	I
Table alphabétique des analyses	X
Table alphabétique des auteurs	XV

IN MEMORIAM

Jean SAUCIER	
Emile Legrand	1389

BULLETIN

Roma AMYOT	
Une année se termine, mais une autre recommence	1393
Hermile TRUDEL	
Le XXe congrès remis en septembre 1950	1397

• • •

Paul BOURGEOIS	
Leçon inaugurale	1398
Louis LAMOUREUX et M. BOURGEOIS-GAVARDIN	
Considérations sur la rachianesthésie, la technique d'Etherington Wilson	1405

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:

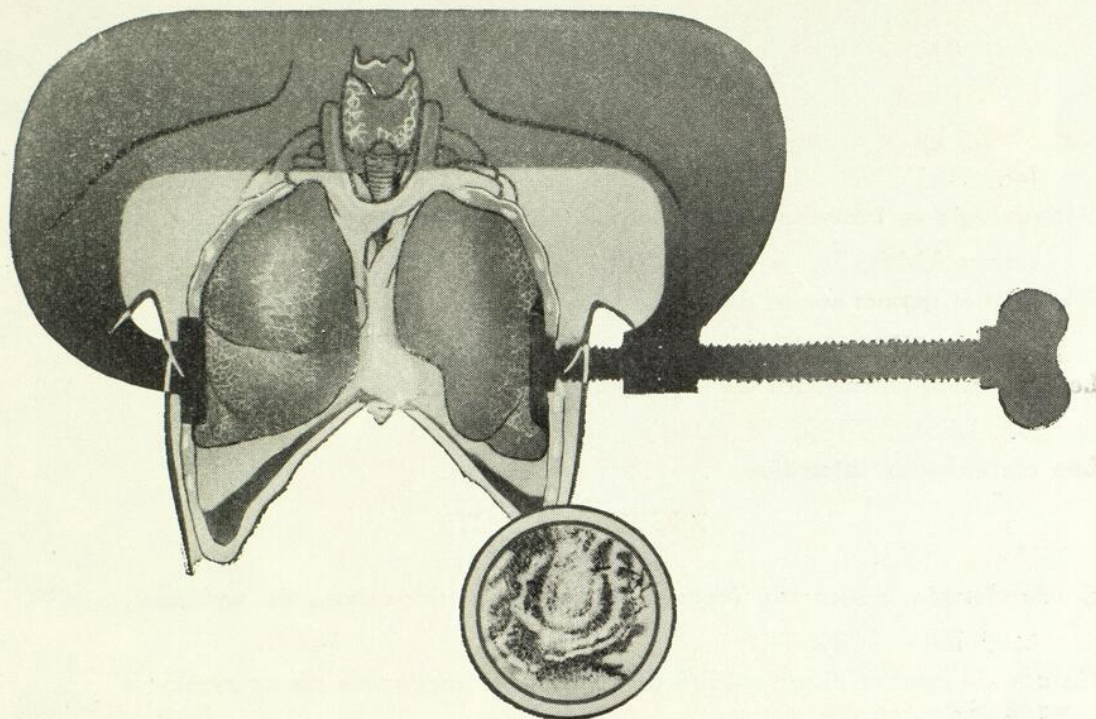
Un verre à jeun.

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.



Un anti-asthmatique

=====**dans une solution stabilisée**=====

L'Eupnogène peut être recommandé à titre de tonique cardiaque pour combattre la dyspnée et stimuler la diurèse. Il est particulièrement efficace dans l'asthme, l'emphysème, la bronchite chronique et l'artériosclérose.

Formule

=====	Iodure de caféine	0 gr. 50	=====
=====	Benzoate de soude	0 gr. 08	=====
=====	Teinture de café	0 gr. 25	=====

par cuillerée à thé

EUPNOGÈNE

ROUGIER FRÈRES • 350, RUE LEMOYNE • MONTRÉAL

Spécialités de prescription médicale.



SOMMAIRE

(Suite)

L'ÉPILEPSIE

Jean SAUCIER	
Séméiologie et traitement pharmacologique de l'épilepsie	1419
Roma AMYOT	
Etiologie et aspect social de l'épilepsie	1425
Claude BERTRAND	
Le traitement chirurgical de l'épilepsie	1432
J.-L. DESROCHERS	
Les convulsions infantiles	1434

RECUEIL DE FAITS

Henri SMITH	
Erythrodermie arsenicale éteinte par B.A.L. et thiosulfate de sodium..	1437
Madeleine LONGTIN	
Un cas de cancer diagnostiqué précocement par l'étude de la cytologie vaginale	1439

Pour le traitement de L'ARTHRITE

COMPOSÉ d'"OSTOFORTE"

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

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

"OSTOFORTE"

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

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

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

FORMULE:

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

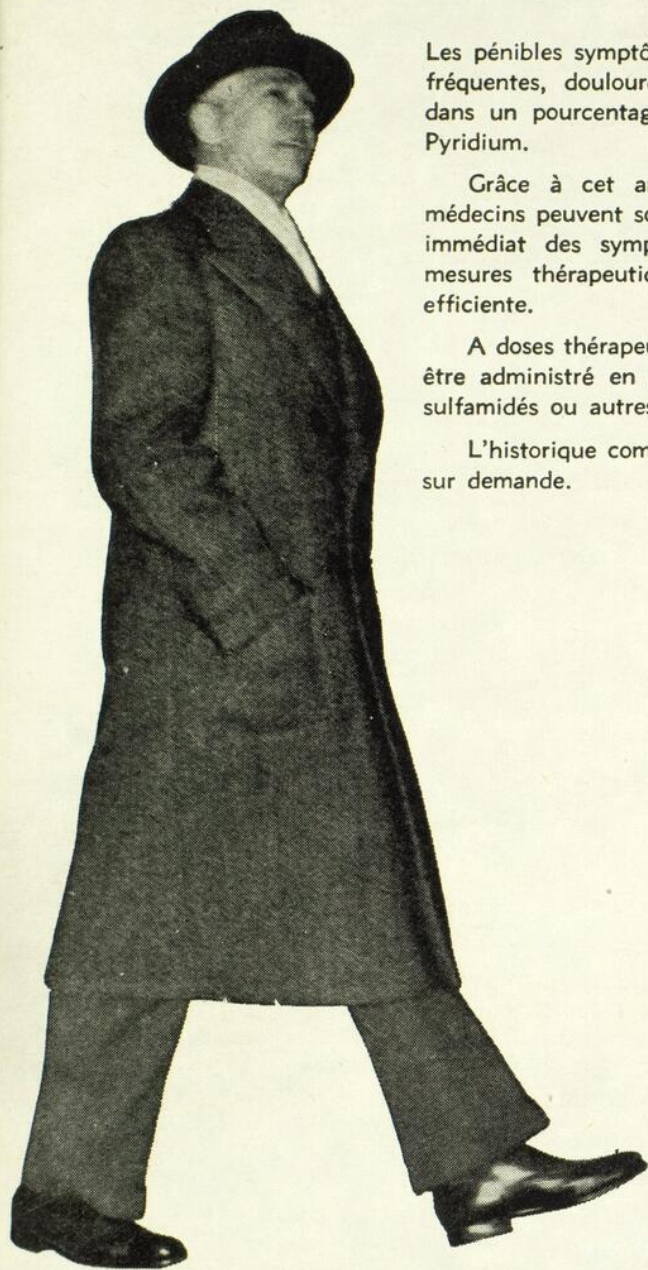
PRÉSENTATION: Boîtes de 50 et 100 capsules (pour ordonnances).

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

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA



Le MALADE sous TRAITEMENT



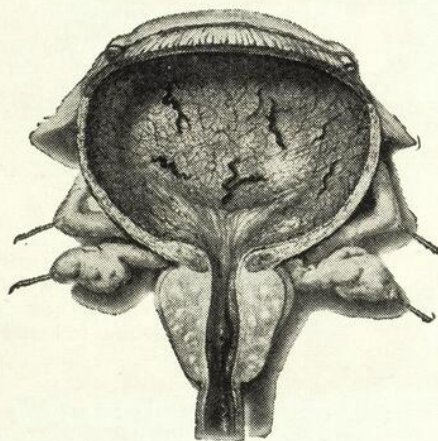
Les pénibles symptômes de l'infection des voies urinaires, tels les mictions fréquentes, douloureuses et cuisantes, peuvent être rapidement soulagés dans un pourcentage élevé de cas par la simple administration orale du Pyridium.

Grâce à cet analgésique urinaire, sûr et facile à administrer, les médecins peuvent souvent procurer à leurs malades le soulagement presque immédiat des symptômes urinaires douloureux, cependant que d'autres mesures thérapeutiques sont mises en œuvre pour corriger l'affection efficiente.

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

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

ÉPROUVE
un soulagement bienfaisant
à ses pénibles
SYMPTÔMES URINAIRES



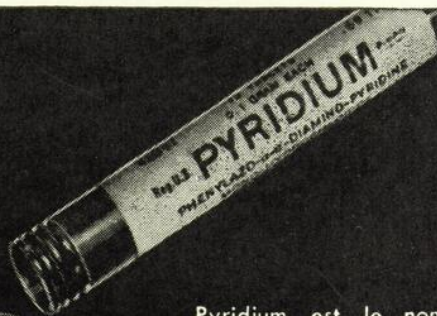
PYRIDIUM[®]

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

MERCK & CO., LIMITED

Fabricants chimistes

MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD



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

SOMMAIRE

(Suite)

•

ÉDITORIAL

Jean LeSAGE

De la nécessité d'une médecine psychosomatique 1444

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Ad. GROULX

Embellissement de la ville 1448

G. CHAREST

Maladies contagieuses et immunisation 1451

CONGRÈS

Jules BRAHY

Quatrième congrès international d'oto-rhino-laryngologie, 18-23 juillet
1949 1454

CORRESPONDANCE

André PLICHET

Lettre de Paris 1460

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1880 1463

ANALYSES 1466

MÉDECINE

Les résultats négatifs de l'emploi du tocophérol dans les maladies cardio-vasculaires (1466). La chrysothérapie intense dans l'arthrite rhumatoïde (1466). Chloromycétine et auréomycine: résultats thérapeutiques (1466). Connaissances actuelles sur la thérapeutique à l'auréomycine (1466).

PHTISIOLOGIE

La prévention de la tuberculose: facteurs environnants (1467).

CARDIOLOGIE

La signification des électro-cardiogrammes normaux chez le vieillard (1467).

NEURO-PSYCHIATRIE

Importance séméiologique de l'électro-encéphalographie dans le diagnostic des crises épileptiques de l'enfant (1467). Cicatrices cérébrales chez les enfants atteints d'hémiplégie infantile (1468).

UROLOGIE

A propos d'une technique de cystectomie totale (1468).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pneumoconiose secondaire aux émanations de la bauxite (1470). Lésions cardiaques dans la poliomyélite (1470).

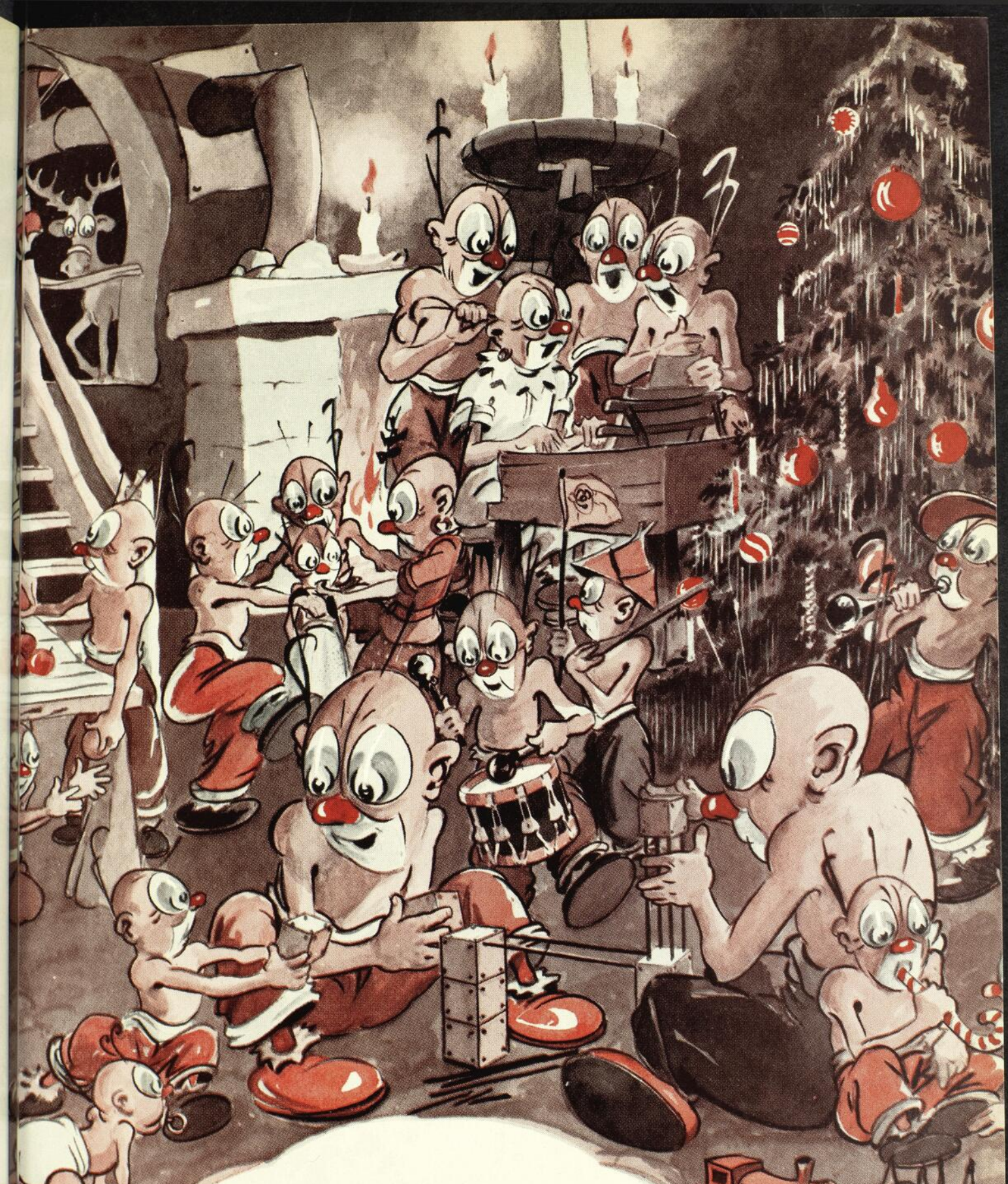
SOCIÉTÉS 1471

Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 2 juin 1949 (1471).

NÉCROLOGIE 1482

NOUVELLES 1485

REVUE DES LIVRES 1491



Noël — Saison de réjouissances et de bienveillance — la saison du houx, du gui, des cadeaux . . . saison qui ne saurait être parfaite sans l'expression d'amitiés d'ami à ami. C'est en nous inspirant de cette coutume consacrée par le temps que nous adressons nos meilleurs vœux de Noël à tous nos amis de la profession médicale.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

Faits
intéressants
à noter

Un anti-histaminique; et une
préparation anti-histaminique,
analgésique, anti-pyrétique,
**POUR LE TRAITEMENT
ABORTIF DU RHUME**

"PYRITHEN"

S.C.T. N° 436 "Frossi"

*Pyrithen..... 25 mg.

LE COMPOSÉ "PYRITHEN"

C.T. N° 814 "Frossi"

*Pyrithen..... 25 mg.
**Acétophen..... 200 mg.
Phénacétine..... 150 mg.
Caféine..... 30 mg.
*Marque "Frossi" de citrate de chlorothen
**Marque "Frossi" d'acide acétylsalicylique

Posologie de l'une ou l'autre de ces préparations:

Une comprimé toutes les 4 heures. Prendre ainsi de 8 à 12 doses. Ce traitement est des plus efficace quand on le commence dès l'apparition des symptômes.

PRÉSENTATION:

Flacons de 12, 100 et 500 comprimés.

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.

UN PROBLÈME QUI NE LAISSE PAS DE REPOS...

... LE RHUME

L'écoulement nasal abondant avec obstruction qui annonce le rhume rappelle tellement les phénomènes présents dans les états allergiques, particulièrement la fièvre des foins, qu'on a émis l'opinion qu'au moins dans ses débuts, le rhume relevait du domaine des réactions allergiques à cause du dégagement local d'histamine. L'agent causal de cet état peut être, ou ne pas être, un virus.

Quoi qu'il en soit, la logique voulait qu'on étudie l'influence des drogues anti-histaminiques sur le cours du rhume. Nous possédons maintenant les résultats d'un bon nombre de recherches, et tous sont unanimes dans leur déclaration que le rhume peut avorter dans une forte proportion de cas, et qu'avec l'administration de drogues anti-histaminiques dès le début des symptômes, les résultats sont remarquables. Les investigations révèlent qu'on peut s'attendre à une "guérison" dans les vingt-quatre heures dans environ 90 p.c. des cas où le traitement est entrepris durant les deux premières heures de la manifestation des symptômes. Le nombre de "guérisons" diminue progressivement et proportionnellement au retard apporté au début du traitement. Néanmoins, même après un délai de douze heures, 70 p.c. des patients observés ont été guéris dans les vingt-quatre heures.

L'administration concomitante d'un composé d'Acétophen avec les anti-histaminiques allège la fièvre et les malaises associés au rhume à ses débuts.

Pyrithen (N, N-diméthyl-N'-(2-pyridyl)-N'-(5-chloro-2-thényl)-citrate d'éthylénédiamine) est une préparation anti-histaminique qui possède des avantages identiques à celles qu'on peut se procurer à l'heure actuelle, les réactions fâcheuses, particulièrement la somnolence, étant rares, et lorsqu'elles ont lieu leur degré est plutôt léger. Règle générale, la préparation Pyrithen est efficace à raison de doses de 25 mg. administrées à intervalles de 4 heures.

LE RÔLE DES DROGUES ANTI-HISTAMINIQUES dans la thérapeutique du RHUME

John M. Brewster
(Captain (MC) U.S.N.)

U.S. Naval Medical Bulletin, 401, 49, No 1, jan.-
fév. 1949.

*Ci-dessous un résumé du texte ainsi que les
conclusions qui en découlent —*

CONCLUSIONS

1. "On croit que le stade initial du rhume est une réaction allergique.
2. "En enrayant cette réaction allergique, les drogues anti-histaminiques peuvent faire avorter le rhume lorsque le traitement est commencé au stade initial.
3. "L'efficacité de ces drogues dans le traitement du rhume ne tient pas à l'effet sédatif plus ou moins commun à toutes les drogues anti-histaminiques.
4. "Deux ou trois doses de ces drogues, à quatre heures d'intervalle, suffisent pour faire avorter les symptômes dans 90 pour cent des cas si le traitement commence dans les quelques heures qui suivent leur apparition. Dans l'absence de cette condition, leur emploi continu à titre de traitement palliatif abrège la période d'état morbide et élimine bien des complications.
5. "Les complications des rhumes doivent être traitées à la pénicilline, aux sulfamides ou au moyen de la chirurgie, selon le cas.
6. "Les drogues anti-histaminiques devraient s'avérer inappréciables dans la répression de la contagion du rhume si on les adopte à l'avenir comme traitement général, ou chez des groupes se prêtant à une surveillance, tels que les forces militaires ou navales."

RÉSUMÉ

"Voici les résultats d'observations portant sur un groupe de 572 patients souffrant de rhume, traités aux drogues anti-histaminiques: sur 21 chez qui le traitement fut institué durant la première heure qui suivit l'apparition des symptômes, 19, soit 90 p.c., furent guéris. 116 (74 p.c.) des patients chez qui le traitement fut commencé dans les 6 heures qui suivirent l'apparition des symptômes furent guéris. L'opinion du groupe traité relativement à la valeur des drogues anti-histaminiques fut des plus favorable. L'efficacité du traitement est inversement proportionnée à la période de temps écoulée entre l'apparition des symptômes et le commencement du traitement. Les résultats d'observations exercées chez des groupes traités au sulfate de codéine et au chlorhydrate de papavérine furent inférieurs.

De tout le groupe observé, un seul patient présenta des symptômes d'une réaction causant une invalidité temporaire à la suite de l'administration, sans direction professionnelle, d'une dose exagérée de drogues anti-histaminiques.

"Les résultats obtenus portent à croire à une réduction considérable du danger de contracter le rhume quand la prescription des drogues anti-histaminiques pour la médication des rhumes dès l'apparition de leurs symptômes deviendra plus générale, comme l'est actuellement l'aspirine. Par leur action, ces nouvelles drogues éliminent l'éternuement, la toux, l'écoulement nasal abondant qui se retrouve maintenant, quoiqu'invisible, sur les poignées de portes, les robinets, les rampes et autres points de contact, de même que dans l'air que nous respirons. Il y a lieu d'espérer que l'usage congru et universel des anti-histaminiques pourra diminuer la fréquence des rhumes presque au point de les faire reléguer dans le domaine de l'oubli.

"L'avortement du rhume est un phénomène si extraordinaire qu'il faut l'expérimenter pour savoir l'apprécier."

Sources à consulter

1. "Antihistaminic Drugs in the Therapy of the Common Cold." Brewster, J.M., U.S. Nav. M. Bull., 49, 1, 1949.
2. "Antihistaminic drugs in the treatment of upper respiratory tract infection." Gordon, J.S., Laryngoscope, 58, 1265, 1948.
3. "The treatment of head colds with an antihistamine drug." Murray, H. G. Industrial Medicine, 18, 215, mai 1949.
4. "Antihistaminic drugs in the therapy of the common cold." Brewster, J.M., Industrial Medicine, 18, 217, 1949.
5. "5-halo-2-thenyl derivatives of N, N-dimethyl-N'-2-pyridyl-ethylenediamine as antihistaminics." Litchfield, J.R., Adams, M.R., Goddard, L., Jaeger, M.S., and Alonso, L., Bull. Johns Hopkins Hospital 81, 55, juillet 1947.
6. "Histamine antagonists. IX. N,N-dimethyl-N'-(2-pyridyl)-N'-(5-chloro-2-thenyl) ethylenediamine hydrochloride (Chlorothen).
A new antihistaminic and antiallergic agent."
Feinberg, S.M., Quart. Bull. Northwestern Univ. M. School, 22, (Spring Quarter) 1948.

Textes descriptifs et échantillons sur demande.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

NOTRE 50^{ÈME}
ANNIVERSAIRE

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872



DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:

Maurice Roch (Genève),
Pasteur Vallery-Radot (Paris),
Edmond Dubé, doyen

Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Charles Vézina, doyen

Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef

Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction

Pierre Smith

Secrétaire adjoint à Montréal

Roger Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

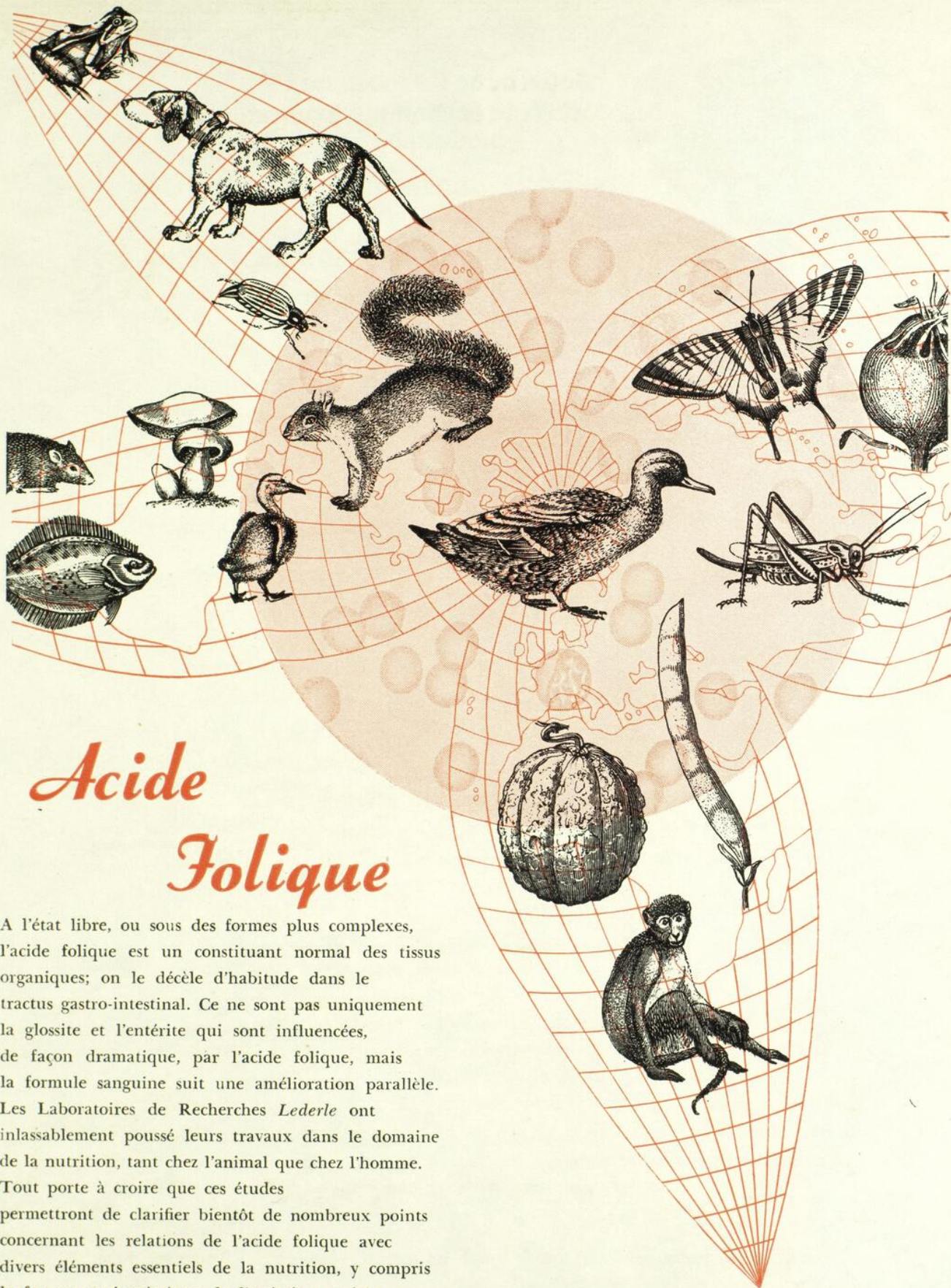
Secrétaire adjoint à Québec

Maurice Beaudry

128, rue Sainte-Anne.

BUREAU DE COLLABORATION

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



Acide Folique

A l'état libre, ou sous des formes plus complexes, l'acide folique est un constituant normal des tissus organiques; on le décèle d'habitude dans le tractus gastro-intestinal. Ce ne sont pas uniquement la glossite et l'entérite qui sont influencées, de façon dramatique, par l'acide folique, mais la formule sanguine suit une amélioration parallèle. Les Laboratoires de Recherches *Lederle* ont inlassablement poussé leurs travaux dans le domaine de la nutrition, tant chez l'animal que chez l'homme. Tout porte à croire que ces études permettront de clarifier bientôt de nombreux points concernant les relations de l'acide folique avec divers éléments essentiels de la nutrition, y compris le facteur anti-anémique de l'anémie pernicieuse et le facteur des protides animaux.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Jean Saucier

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

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

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



ANÉMIES

F - Bé - F RENFERME l'intégralité des éléments reconstituants et modificateurs du sang; il est composé d'extrait de foie de veau, de gluconate de fer (le plus assimilable de tous les sels ferreux), de manganèse à l'état colloïdal et de vitamines B et C. Cette association renforce d'une manière remarquable l'action du protoplasme globulaire et a une heureuse influence sur l'anémie.

PRÉSENTATION

Capsules vertes en flacons de 50, 500 et 1000.

F - Bé - F

PUISSANT RECONSTITUANT GLOBULAIRE ET CELLULAIRE

MILLET, ROUX
MONTRÉAL, 18



& CIE LIMITÉE
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.

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.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,1990 est, rue Rachel,
Montréal.COMITÉ DU XX^e CONGRÈS**J.-A. VIDAL,** président.

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

Pierre SMITH, secrétaire,
300, carré Saint-Louis,
Montréal.**Hermile TRUDEL,** trésorier,
1990 est, rue Rachel,
Montréal.

ANCIENS PRÉSIDENTS

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

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal ..	1950	JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. ..	1952
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q.	1952	LECOURS, J.-A., 538, avenue King Edward, Ottawa ..	1952
BAILLY, Roland, Saint-Pie de Bagot, P. Q.	1952	LEMIEUX, J.-R., 17, rue Sainte-Ursule, Québec	1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta	1950	MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville Saint-Laurent, P. Q.	1952
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-E.	1952	MERCILLE, Jean, 316, Parc C.-Etienne-Cartier, Montréal	1952
BIBAUD, Barthélémi, Valleyfield, P. Q.	1952	MICHAUD, R., 170 est, rue Laurier, Ottawa	1950
BLAIN, Emile, 444 est, rue Sherbrooke, Montréal	1952	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. ..	1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec ..	1952	MORRISSETTE, Pierre, Saint-Georges, Beauce, P. Q. ..	1952
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal	1950	PELLETIER, A., Winchendon, Mass.	1950
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q.	1950	PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q.	1952
CARON, Sylvio, Mastai, Québec	1952	PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q.	1950
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal	1950	PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q.	1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q.	1050	POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q.	1950
DANDURAND, René, 847, rue Cherrier, Montréal	1952	RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q.	1950
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q.	1950	ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté Nicolet, P. Q. ..	1952
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal ..	1952	SORMANY, Albert, Edmundston N.-B.	1950
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec	1952	TANGUAY, Rodolphe, Sudbury, Ont.	1950
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q.	1952	TETRAULT, Adélar, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q.	1950
DUBE, Edmond, 6055, rue Saint-Denis, Montréal	1950	THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q.	1950
GAUTHIER, C.-A., 53 1/2, rue Saint-Louis, Québec	1950	VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont.	1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I.	1950		



LE CERCLE S'ÉLARGIT

Avec chaque nouveau rapport, le cercle des applications cliniques de la PYRIBENZAMINE va sans cesse s'élargissant. Introduit tout d'abord comme un agent efficace dans le traitement de la fièvre des foins saisonnière, sur la foi de preuves qui s'accumulent cet antihistaminique sûr, puissant s'est révélé efficace toute l'année durant dans une grande variété d'autres allergies.

Parmi ses applications 'non-saisonniers' nombreuses il en est une qui prend une importance grandissante, c'est l'atténuation et, dans certains cas, la prévention de certaines réactions secondaires produites par les antibiotiques, les sérums et les vaccins.

Qu'il permette l'usage de ces merveilleux agents thérapeutiques chez des malades qui ne pourraient par ailleurs les tolérer, est un fait digne par lui-même de mention. Il est tout intéressant de remarquer, cependant, que le rôle de la PYRIBENZAMINE s'exerce dans ces allergies et dans d'autres avec tant de sûreté et d'absence presque d'effets secondaires propres que cela en fait l'antihistaminique de choix parmi un nombre sans cesse grandissant de médecins Canadiens durant tout le cours de l'année.

Pyribenzamine*

Chlorhydrate de tripeleennamine "Ciba".

COMPAGNIE

Ciba

LIMITÉE

• MONTRÉAL



Pour un contrôle sélectif

Les modes d'emploi sont pour le médecin ce que les nuances sont pour l'artiste. Plus la gamme en est variée, plus le choix est grand, et plus sûre l'emprise que chacun d'eux exerce sur l'objectif désiré.

Pour le contrôle *des états spasmodiques* Ciba a mis à la disposition de la profession médicale deux formes de son antispasmodique bien connu la NEURO-TRASENTINE. Le choix de NEURO-TRASENTINE ou de son compagnon pharmaceutique NEURO-TRASENTINE "FORTE" dépend en majeure partie de l'intensité que l'on veut donner au traitement.

Dans des proportions différentes*, ils combinent tous les deux les propriétés antispasmodiques de la TRASENTINE avec les effets sédatifs du Phénobarbital, pour mettre rapidement et efficacement fin aux spasmes du tractus gastro-intestinal relevant de facteurs nerveux ou psychiques.

*Chaque comprimé de NEURO-TRASENTINE contient 20 mgm. chacun de Trasantine et de phénobarbital. Chaque comprimé de NEURO-TRASENTINE "FORTE" contient 50 mgm. de Trasantine et 20 mgm. de phénobarbital.

Spécifiez: **NEURO-TRASENTINE****

COMPAGNIE

Ciba

LIMITÉE MONTREAL

LORSQU'UNE SALICYLOTHÉRAPIE INTENSIVE

EST INDIQUÉE ...

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

BEREX — *le produit NON TOXIQUE de choix*

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

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

Bouteilles de 100 et de 500 comprimés.

Déposé en 1949. Fabriqué sous licence des propriétaires.
BEREX est le nom déposé de ce produit.

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

ANTIGRIPPINE

MIDY

MÉDICAMENT COMPLET DE LA GRIPPE

●

COMPOSITION

Phénacétine	100	mg.
Acide Acétylsalicylique.....	300	mg.
Acide Ascorbique	50	mg.
Poudre de Gelsémium	10	mg.
Codéine	7.5	mg.

pour une dragée de 50 ctg.

PROPRIÉTÉS

Supprime la douleur—Arrête la toux—Relève les forces—
Décongestionne les muqueuses respiratoires — Facilite
l'expectoration — Abaisse la température.

INDICATIONS

Traitement de la grippe sous toutes ses formes — Etats
congestifs pulmonaires — Oppressions respiratoires —
Maux de tête — Asthénie grippale.

POSOLOGIE

Une dragée toutes les 4 heures, jusqu'à concurrence de
5 par jour, avec une boisson très chaude et alcoolisée.

PRÉSENTATION

Boîte de 12 dragées de 50 ctg.

●

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

●

LABORATOIRES MIDY - PARIS

Au service du Corps médical depuis 1718

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

JEL-LAX

Laxatif Naturel **AUX FRUITS**

Pruneaux, Figues, Raisins, Séné.
Depuis les temps les
plus reculés, ces fruits
pris ensemble ou séparément
ont constitué le laxatif
naturel offert par dame nature.

Produit de la Pharmacie Mowatt & Moore Ltd. Montréal. Contient des fruits séchés et du séné. Ne pas prendre avec du lait. Contient 15 doses.



Mowatt & Moore Ltd
PRODUITS PHARMACEUTIQUES
DE CHOIX
MONTREAL



OPOBYL

Cholérétiques végétaux
Extraits hépatiques
et biliaires.

*Affections
hépatiques
Constipation*

*1 à 2 pilules
aux repas*

LABORATOIRES A. BAILLY

SPELY-EXPORT

19 RUE DU ROCHER - PARIS

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

"BÉMINAL" avec VITAMINE C (Fortis)

No 817



Préparation recommandée pour corriger le déséquilibre alimentaire causé par l'insuffisance prolongée du régime ou une maladie organique. Pris avant ou après l'intervention chirurgicale, ou durant la phase aiguë ou la convalescence des maladies, le "Béminal" avec Vitamine C (Fortis) peut largement contribuer à hâter la guérison. Il se montre aussi très utile pour rétablir l'équilibre alimentaire chez les alcooliques chroniques.

Chaque capsule dure renferme:

Chlorure de thiamine	25 mg.
Riboflavine	12.5 mg.
Niacinamide	100 mg.
Pyridoxine	1 mg.
d-pantothénate de calcium	10 mg.
Vitamine C (acide ascor- bique)	100 mg.

Bouteilles de 30 et 100 capsules

"BÉMINAL" facteurs de la vitamine B

AVEC FER ET FOIE - CONCENTRÉ - INJECTABLE (FORTIS)
GRANULÉS - COMPOSÉ - INJECTABLE - LIQUIDE - COMPRIMÉS

Ayerst



Dans les états

exigeant la

pénicillothérapie



Dans la quasi-totalité des cas, le traitement pénicillé peut s'administrer au malade non hospitalisé par l'emploi de l'une ou l'autre des préparations "Cillenta". Elles sont à base de Pénicilline G (cristallisée) et entièrement préparées dans les laboratoires de la maison Ayerst. Grâce à leur variété de formes et de dosages, le médecin est en mesure de choisir le produit qui s'adapte aux exigences de son malade.

"Cillenta"

Comprimés

Pommade

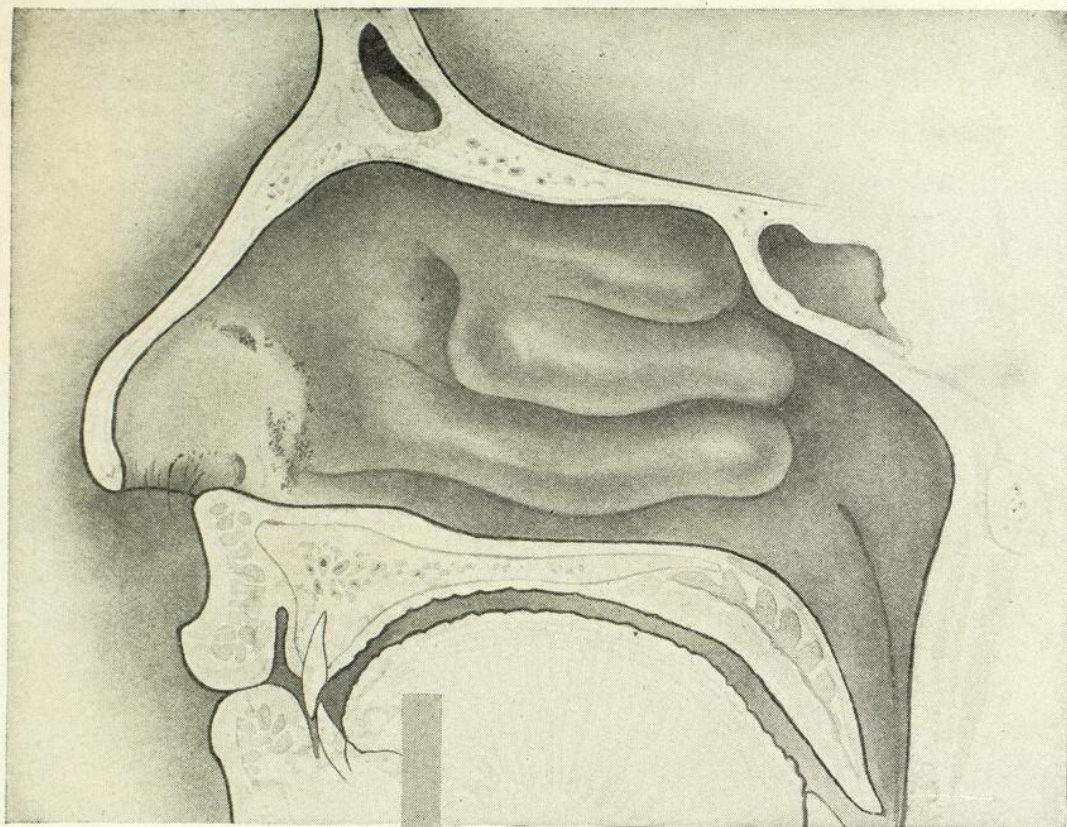
Pastilles pour la gorge

Pommade oculaire

Comprimés (Enfants)

Comprimés solubles





l'activité ciliaire
dans
le **RHUME**
la **SINUSITE**
la **FIÈVRE**
des **FOINS**

La motilité ciliaire a pour effet de débarrasser les voies respiratoires supérieures des reliquats d'exsudation. Cette action ne doit pas être entravée par un médicament servant au traitement d'un rhume banal, d'une sinusite ou de la fièvre des foins.

Les solutions isotoniques de chlorhydrate de Néo-Synéphrine n'empêchent pas l'action efficace des cils vibratiles, tandis que la congestion est diminuée par la vasoconstriction.



NEO-SYNEPHRINE[®] HYDROCHLORIDE

BRAND OF PHENYLEPHRINE HYDROCHLORIDE

Présentation: Solution à ¼% (ordinaire et aromatisée),
flacons de 1 once.
Aussi en solution à 1% (si une concentration plus forte
est nécessaire), flacons de 1 once, et en gelée hydro-
soluble à ½%, tubes de ⅝ d'onc.

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

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

1019 ouest, rue Elliott, Windsor, Ontario.

423 est, rue Ontario, Montréal, P. Q.

Cafergone

(E.C.110)

Traitement Oral

de la crise de Migraine

➔ Le **CAFERGONE** est le premier médicament efficace par voie buccale dans la crise de migraine. Chaque dragée contient:

1 mg. tartrate d'ergotamine
100 mg. caféine (pure).

➔ . . . "Pratiquement tous les malades de ce groupe avaient employé auparavant le tartrate d'ergotamine pour avorter ou soulager leur migraine, et tous constatèrent que E.C. 110 était plus efficace que l'ergotamine employée seule" . . .

(Horton, Ryan & Reynolds, Proc. Staff Meet., Mayo Clin. 23: 105, 1948).

➔ "Quoique E.C. 110 (CAFERGONE) fut développé surtout pour le traitement de la crise de migraine, il est tout aussi efficace et peut être employé dans d'autres céphalées, surtout la céphalée histaminique typique et atypique" . . .

(Hansel, Ann. Allerg. 6: 155 — 161, 1949).

➔ . . . "Le CAFERGONE . . . semble être une préparation excellente pour l'avortement des maux de tête, surtout ceux du type de la migraine et de la céphalée histaminique" . . .

(Ryan, Postgrad. Med., 5: 330, 1949).

*Littérature et échantillons sont à la disposition
du Corps Médical.*



SANDOZ PHARMACEUTICALS LIMITED

391, SAINT-JACQUES OUEST

MONTRÉAL, P.Q.

MAINTENANT...

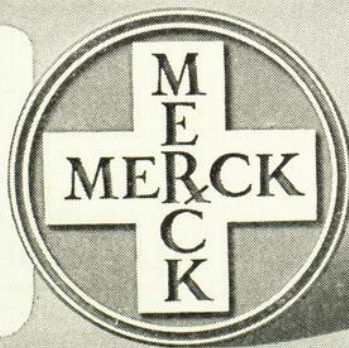


Pour ajouter à l'antibiothérapie de la Tuberculose

L'acide para-aminosalicylique est un précieux synergiste dans le traitement de la tuberculose par la streptomycine et la dihydrostreptomycine. Administré par voie buccale en conjonction avec la médication antibiotique parentérale, il inhibe les souches résistantes ou en retarde l'apparition. Le malade peut alors bénéficier des avantages d'une chimiothérapie de plus longue durée. L'acide para-aminosalicylique administré par voie orale peut être employé comme unique agent chimiothérapeutique lorsque la streptomycine ou la dihydrostreptomycine est contre-indiquée, e. g., lorsqu'il s'est développé des microorganismes résistants.

ACIDE PARA - AMINOSALICYLIQUE

P. A. S.
MERCK



MERCK & CO. LIMITED

Chimistes fabricants

MONTREAL
TORONTO
VALLEYFIELD

Docteur...

Pour obtenir un soulagement immédiat
dans les Toux vraiment opiniâtres

Prescrivez :

* Sirop **BENZOCODE**

et

Suppositoires **RECTOCRINE**

SÉDATIFS
EXPECTORANTS
ANTISEPTIQUES

* Cette préparation contient 1 grain de codéine à l'once.

LES LABORATOIRES

ASGRAIN & HARBONNEAU
Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL

QUÉBEC

MONTREAL

OTTAWA

Vous disposez d'un médicament hors



pair pour traiter la
dépression

On peut se fier sur le Sulfate de Dexédrine pour dissiper chez le patient déprimé cette "fatigue chronique" qui le caractérise; pour produire une sensation d'énergie et de bien-être; et pour ramener l'optimisme, la vivacité mentale et la capacité de travail.

L'effet anti-déprimant du Dexédrine est remarquable en ce qu'il ne comporte pas d'excitation perturbatrice, d'irritabilité, ni de tension nerveuse interne. Il n'agit "qu'en douceur", épargnant ainsi au patient cette sensation inconfortable "d'être sous l'effet des stimulants".

Comprimés de **Sulfate de Dexédrine**

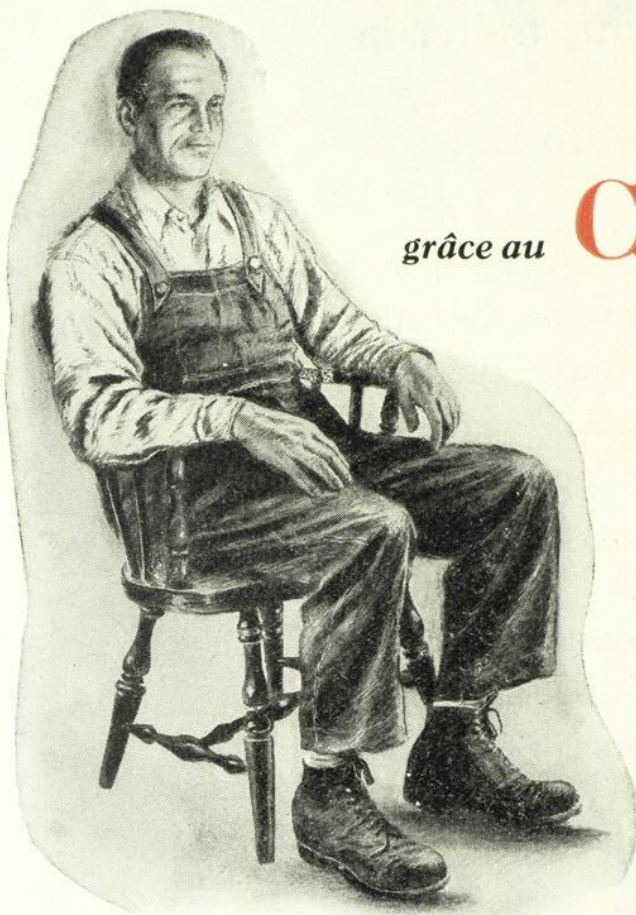
L'anti-déprimant de choix

Smith Kline & French Inter-American Corporation

Concessionnaires pour le Canada: The Leeming Miles Co. Ltd., Montréal

Il retournera plus tôt

au travail . . .



grâce au

Chloromycetin

Il va sans dire que le coût de la médication ne constitue que l'un des items dans les dépenses occasionnées par la maladie, et que les frais les plus élevés proviennent de la durée de l'invalidité et, conséquemment, des heures de travail perdues. Un avantage caractéristique du traitement au CHLOROMYCETIN vient de ce qu'il est fondamentalement économique — réponse clinique rapide, réduction des symptômes morbides, convalescence de plus courte durée et retour plus tôt du malade à son occupation.

On obtient aujourd'hui des résultats particulièrement frappants dans une maladie telle que la fièvre typhoïde, une affection qui suivait autrefois son cours pendant plusieurs semaines en raison du manque de traitement spécifique. Au cours de cette période prolongée, la longue hospitalisation, les soins spéciaux et les mesures adjuvantes contribuaient à augmenter les frais. Mais le CHLOROMYCETIN a changé cela: la durée de la maladie est de beaucoup réduite, la défervescence se produisant en moins de 2 à 3 jours après le début du traitement. L'infection étant sous contrôle, l'amélioration générale est manifeste et la guérison rapide.

On a également démontré que le CHLOROMYCETIN possédait un haut degré d'efficacité dans un certain nombre d'autres affections jusque là irréductibles ou que l'on traitait avec très peu de réussite, telles que la fièvre ondulante aiguë, les infections des voies urinaires, le typhus exanthématique, la méningite cérébro-spinale des Rocheuses et le granulome ulcéreux.



PRÉSENTATION:

Le CHLOROMYCETIN (Chloramphenicol, Parke, Davis) s'obtient en Kapseals de 0.25 gm. Documentation descriptive sur le CHLOROMYCETIN envoyée aux médecins sur demande.

PARKE, DAVIS & CO., LTD.
WALKERVILLE, ONTARIO



Dans la Cholécystite Chronique . . .

D'abord nous avons un dérivé de l'acide biliaire chimiquement pur, présenté pour fins thérapeutiques, et accepté aussi par le Corps Médical depuis 1932; ce dérivé, **Decholin^(R)**, étudié à fond par des centaines de chercheurs, a été l'objet des rapports les plus favorables. **Decholin^(R)** est une préparation d'acide biliaire pour le traitement médical de la cholécystite chronique.

et

Surtout

L'Hydrocholérétique le Plus Puissant,

Decholin multiplie et libère l'écoulement de bile plus fluide du foie. En facilitant ainsi l'évacuation biliaire, et en présentant une analogie étroite avec un drainage physiologique des matières étrangères accumulées dans le canal hépatique et les voies biliaires, Decholin peut diminuer le malaise typique de la cholécystite qui est ressenti à l'épigastre et au côté droit supérieur, améliorer la tolérance du patient pour la nourriture et diminuer les périodes d'incapacité.

Decholin

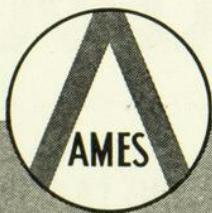
acide déhydrocholique



En comprimés de 3¾ grains, dans des flacons de 25, 100, 500 et 1,000.

Decholin Sodium^(R) (déhydrocholate de sodium) en solution aqueuse à 20%; en ampoules de 3 cc., 5 cc. et 10 cc.; et en paquets de 3 et 20 ampoules.

La Cinquième Edition de "Decholin in Biliary Tract Disturbances" peut maintenant être obtenue sur demande.



AMES COMPANY OF CANADA, LTD.
TORONTO 4, ONTARIO



**LE POINT
FAIBLE**

LE SOULAGEMENT DE LA DÉPRESSION, DE L'INSTABILITÉ ÉMOTIVE ET DES CRISES DE LARMES AU COURS DE LA MÉNOPAUSE AU MOYEN DU DIPROPIONATE DE MEPRANE R & C constitue en pratique médicale, l'une des expériences les plus satisfaisantes. En même temps que se produit le rétablissement de l'équilibre endocrinien, il se substitue aux nerfs "rendus à bout" et à la tension mentale une sensation de paix et de bien-être.

Avec les symptômes cardio-vasculaires, on obtient également une réponse "rapide et complète."¹ On considère que le soulagement des symptômes est comparable à celui qui provient de l'usage d'oestrogènes dérivés de sources naturelles. Les rapports indiquent une absence frappante de réactions désagréables.

Documentation et échantillons sur demande.

POSOLOGIE—Traitement d'attaque — 1 comprimé (1 mg.) t.i.d. après les repas; traitement d'entretien — 1 à 2 comprimés par jour.

PRÉSENTATION—boîtes de 30, 100, 500 et 1,000.

1. Lin, Hazel A. C.: Am. J. Obst. & Gyn. 54:296, août 1947.
2. Sturgis, Somers, H.: Am. J. Obst. & Gyn. 53:678 avril 1947.

COMPRIMÉS DE DIPROPIONATE DE

Meprane

(MARQUE DE DIPROPIONATE DE PROMETHESTROL)

POUR LE BIEN-ÊTRE PENDANT LA MÉNOPAUSE

REED & CARRICK (CANADA) LTD.
64-66 GERRARD ST. E.
TORONTO, ONTARIO, CANADA



Tenir efficacement un ménage exige des nerfs "de fer"

La femme qui "tient" maison, prépare les repas, s'occupe du magasinage et parvient, en outre, à garder la paix parmi les mioches, doit avoir une santé de fer. Rares sont les hommes qui ont les qualités requises pour faire face aux mille et un problèmes d'un ménage qui marche bien.

Sa journée finie, même une "femme de fer" peut se sentir à bout. Lorsque cela se produit, on doit parfois incriminer un manque de fer dans la sang. L'anémie se rencontre du reste très fréquemment chez la femme, qui, par la menstruation, perd du fer au rythme de 10 à 45 milligrammes à chaque période. Les spécialistes en nutrition de l'Université Cornell estimaient récemment que, pour conserver un juste équilibre, une femme doit pouvoir trouver, dans son alimentation, un minimum de 10 à 11 milligrammes de fer. Or, un régime riche en fer n'est pas facile à réaliser. Aussi, quand l'anémie sidéroprique vient saper la résistance de la femme et épuiser son énergie nerveuse, est-il logique de s'adresser aux Plastules Hématiniques qui peuvent faire merveille pour lui rendre son bien-être normal.



*MARQUE DÉPOSÉE

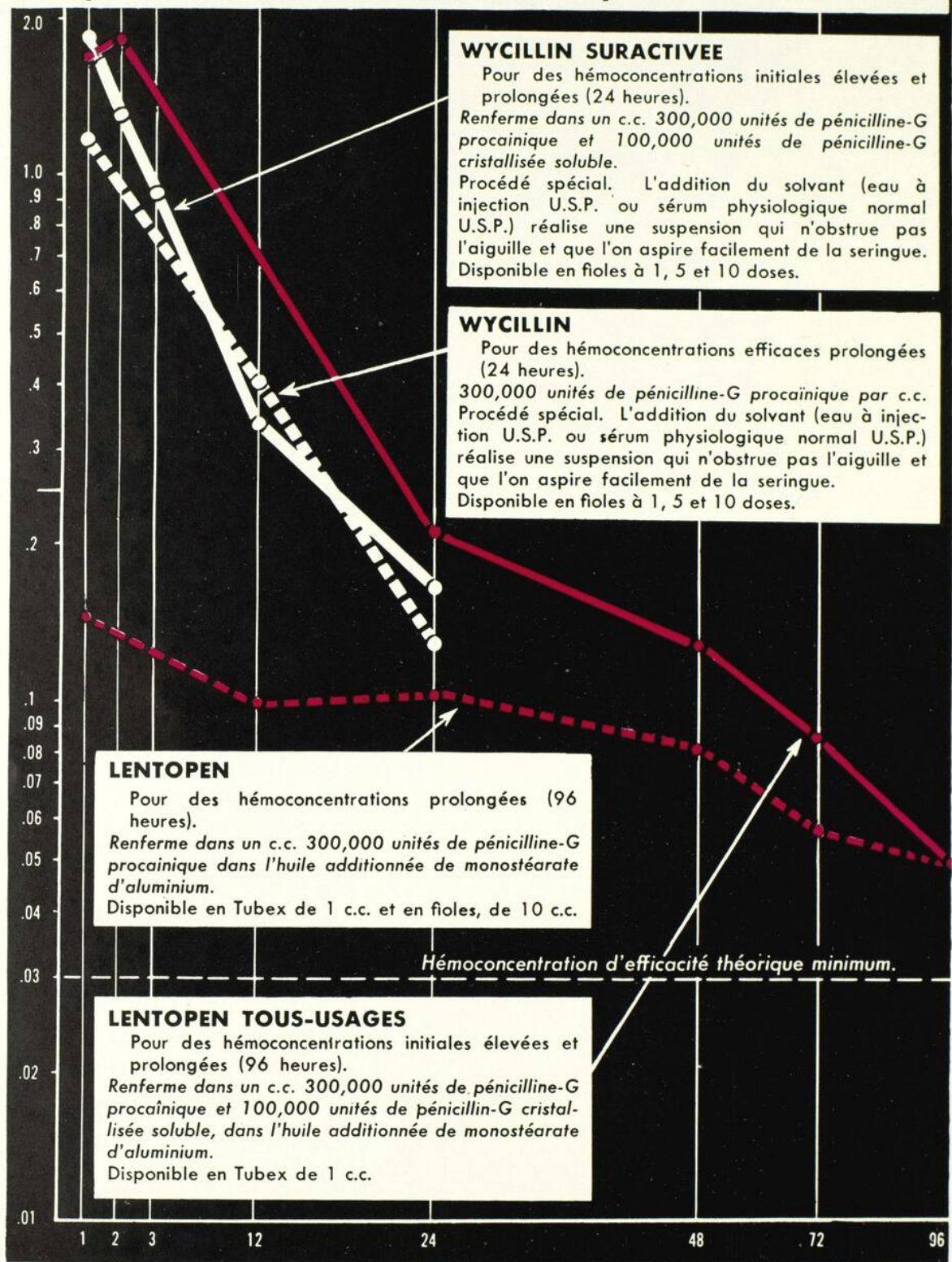
JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED

WALKERVILLE

ONTARIO

Diagramme montrant la comparaison entre les hémococoncentrations produites par des injections de 1 c.c. de Lentopen tous-usages, de Lentopen, de Wycillin suractivée et de Wycillin.

NOMBRE D'UNITES DE PENICILLINE PAR C.C. DE SERUM SANGUIN



WYCILLIN SURACTIVÉE
 Pour des hémococoncentrations initiales élevées et prolongées (24 heures).
 Renferme dans un c.c. 300,000 unités de pénicilline-G procainique et 100,000 unités de pénicilline-G cristallisée soluble.
 Procédé spécial. L'addition du solvant (eau à injection U.S.P. ou sérum physiologique normal U.S.P.) réalise une suspension qui n'obstrue pas l'aiguille et que l'on aspire facilement de la seringue. Disponible en fioles à 1, 5 et 10 doses.

WYCILLIN
 Pour des hémococoncentrations efficaces prolongées (24 heures).
 300,000 unités de pénicilline-G procainique par c.c. Procédé spécial. L'addition du solvant (eau à injection U.S.P. ou sérum physiologique normal U.S.P.) réalise une suspension qui n'obstrue pas l'aiguille et que l'on aspire facilement de la seringue. Disponible en fioles à 1, 5 et 10 doses.

LENTOPEN
 Pour des hémococoncentrations prolongées (96 heures).
 Renferme dans un c.c. 300,000 unités de pénicilline-G procainique dans l'huile additionnée de monostéarate d'aluminium.
 Disponible en Tubex de 1 c.c. et en fioles, de 10 c.c.

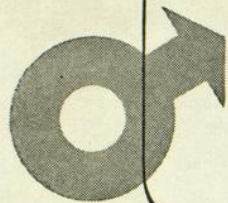
LENTOPEN TOUS-USAGES
 Pour des hémococoncentrations initiales élevées et prolongées (96 heures).
 Renferme dans un c.c. 300,000 unités de pénicilline-G procainique et 100,000 unités de pénicilline-G cristallisée soluble, dans l'huile additionnée de monostéarate d'aluminium.
 Disponible en Tubex de 1 c.c.

Hémococoncentration d'efficacité théorique minimum.

NOMBRE D'HEURES ECOULEES DEPUIS L'INJECTION INTRA-MUSCULAIRE D'UNE SEULE DOSE DE 1 C.C.



JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED
 WALKERVILLE - ONTARIO



“Nos résultats avec le complexe ferreux-molybdène ont été ... frappants ...”

Dieckmann, W. J. et Priddle, H. D.:
Am. J. Obst. & Gynec. 57:541 (1949)

JUSQU'À ces derniers temps, Dieckmann avait, à maintes reprises, déclaré que la véritable anémie hypochrome de la grossesse ne répondait pas d'une façon satisfaisante à l'administration orale de préparations à base de fer.^{1,2}

Aujourd'hui, cependant, depuis sa plus récente recherche — une étude sur la valeur du sulfate ferreux-molybdène (Mol-Iron) — il déclare:

“Nous n'avons jamais eu d'autres sels ferreux aussi efficaces chez les patientes en grossesse. Nos résultats avec le complexe ferreux-molybdène ont été ... frappants ... l'augmentation des taux de l'hémoglobine fut extraordinaire ... et rapide.”³

Cette très récente évaluation du sulfate ferreux-molybdénisé (Mol-Iron) confirme les découvertes des premiers chercheurs qui trouvèrent que le Mol-Iron était:

“...extraordinairement efficace...”⁴

“... un exemple véritable de potentialisation de l'action thérapeutique du fer...”⁵

“...qu'il avait une action hématopoïétique plus rapide...”⁶

tout en étant remarquablement bien toléré.^{5,7}

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. Présenté aussi sous forme d'un liquide de goût très agréable, en flacons de 12 onces fl. (chaque cuillerée à thé équivaut à un comprimé).

1. Adair, F. L., Dieckmann, W. J. et Grant, K.: Am. J. Obst. & Gynec., 32: 560 (1936).
2. Talso, P. J. et Dieckmann, W. J.: Am. J. Obst. & Gynec., 55: 518 (1948).
3. Dieckmann, W. J. et Priddle, H. D.: Am. J. Obst. & Gynec., 57: 541 (1949).
4. Neary, E. R.: Am. J. Med. Sci., 212: 76 (1946).
5. Healy, J. C.: J. Lancet, 66: 218 (1946).
6. Chesley, R. F., et Annitto, J. E.: Bull. Marg. Hague Maternity Hosp., 1: 68 (1948).
7. Kelly, H. T.: Penn. M. J., 51: 999 (1948).

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

UN NOUVEAU JALON IMPORTANT

dans la thérapeutique des affections arthritiques...

Les sources les plus autorisées^{2,3,5,6} sont d'accord que "la guérison [de la fièvre rhumatismale] dépend non seulement de l'obtention mais du maintien d'un niveau salicylé élevé dans le plasma."⁵ La corrélation entre ces niveaux sanguins et l'amélioration symptomatique est indiquée dans le tableau en bas à droite.⁶ Le Pabalate —le produit le plus nouveau résultant des recherches de Robins—aide maintenant à obtenir et à maintenir *des niveaux salicylés plus élevés dans le sang avec des doses plus faibles de salicylate.*

Ce résultat est rendu possible par la réunion dans le Pabalate de l'acide para-aminobenzoïque atoxique et du salicylate de sodium. Ainsi qu'on peut le voir sur le graphique en bas à droite, l'acide para-aminobenzoïque (lui-même un anti-rhumatismal)⁷ exerce une action réciproque lorsque les deux drogues sont administrées simultanément—provoquant une élévation brusque des niveaux salicylés dans le sang (à doses constantes de salicylate),^{1,4} avec augmentation sensible de son propre niveau.⁴

La signification clinique de cette synergie offre un avantage important dans la thérapeutique des affections arthritiques. Le Pabalate 'Robins' est annoncé exclusivement au corps médical. On peut se le procurer dans toutes les bonnes pharmacies.

A. H. ROBINS CO., INC., RICHMOND 20, VA.
Produits pharmaceutiques de qualité depuis 1878

indications: Arthrite rhumatismale; fièvre rhumatismale aiguë; fibrosite; goutte; ostéo-arthrite.

posologie: Deux ou trois comprimés glutinisés toutes les trois ou quatre heures, sans bicarbonate de soude.

composition: Chaque comprimé glutinisé contient: Salicylate de sodium U.S.P. (5 grains) 0.3 gramme; Acide para-aminobenzoïque (sel sodique) (5 grains) 0.3 gramme.

présentation: Flacons de 100 comprimés glutinisés.

Niveau salicylé dans le sang (mg. par 100 cc.)	Vitesse de sédimentation globulaire
Moins de 20 mg.	aucune diminution
20-30 mg.	diminution lente
30-40 mg.	RETOUR À LA NORMALE RÉGRESSION DES SYMPTÔMES CLINIQUES



Pour un niveau salicylé élevé dans le sang avec des doses peu élevées de salicylate—



Pabalate[®]

Les comprimés de Pabalate sont glutinisés pour prévenir l'irritation gastrique et assurer une tolérance optimum.

Agents pour
le Canada

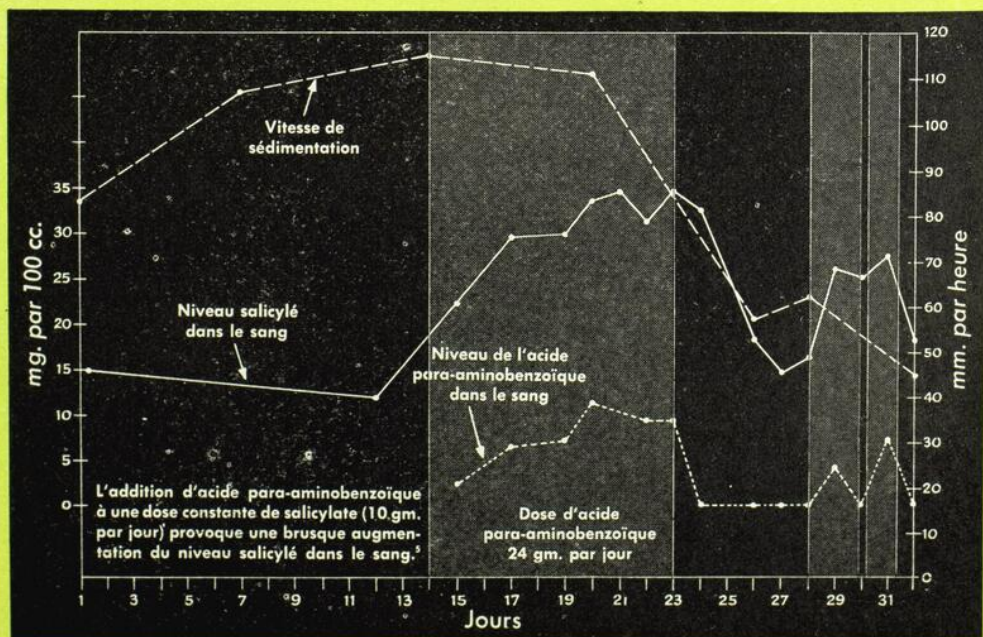
THE LEEMING MILES CO., LTD.

1 Notre Dame St West Montreal 1, Quebec



bibliographie:

1. Bélsis, M.: L'Union Médicale du Canada, 77:392, 1948.
2. Brodie, B. B. et al.: J. Pharmacol. and Exper. Therap., 80:114, 1944.
3. Coburn, A. F.: Bull. Johns Hopkins Hosp., 73:435, 1943.
4. Dry, T. J. et al.: Proc. Staff Meetings Mayo Clin., 21:497, 1946.
5. Editorial: J.A.M.A., 138:367, 1948.
6. Reid, J.: Quarterly J. Med., 17:139, 1948.
7. Rosenblum, H. and Fraser, L. E.: Proc. Soc. Exper. Biol. and Med. 65:178, 1947.



UN NOUVEAU RECORD

dans la régénération maximum de l'hémoglobine établi avec

le

GLYCINATE FERREUX



sans risque de troubles gastriques

LE GLYCINATE FERREUX — MRT APPORTE:

LE RADICAL ACTIF GLYCINE, qui joue un rôle essentiel dans la régénération de l'hémoglobine et, en outre,

des quantités de fer assimilable sensiblement plus considérables que dans n'importe quelle autre préparation à base de fer.

AUTRES AVANTAGES:

L'Elixir de Glycinate ferreux—MRT est si peu astringent qu'il ne fait pas cailler le lait . . . se mélange de façon idéale . . . Particulièrement intéressant chez l'enfant.

Les Capsules de Glycinate ferreux—MRT renferment le glycinate ferreux en suspension dans une huile comestible. Elles sont conçues pour traverser l'estomac sans y provoquer de réaction ni, par conséquent, de malaises gastriques . . . Absorption efficace dans l'intestin.

**Demandez la brochure explicative contenant une bibliographie
comme source de références remarquables, etc.**



RÉFÉRENCES:

Shemin, D. et Rittenberg, D.:
J. Biol. Chem., 159: 567, 1945;
ibid., 166: 621, 1946.
Altman, K. I. et al.: *J. Biol.*
Chem., 176: 319, 1948.

THE WINGATE CHEMICAL COMPANY LIMITED

MONTREAL



après l'amygdalectomie . . .

la mastication de l'**Aspergum**, avant les repas, soulage efficacement la douleur, diminue le spasme musculaire et contribue au bien-être du malade.

DILLARD'S
aspergum

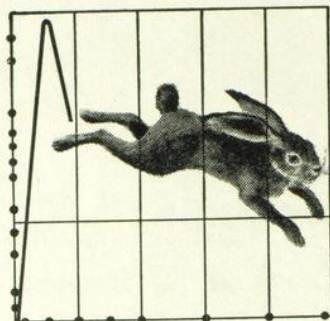
ANALGÉSIE SALIVAIRE

Contient 3½ grains d'aspirine dans chaque comprimé, présenté sous forme de gomme à mâcher de goût agréable — convient tout particulièrement pour l'administration d'aspirine aux enfants et aux malades qui avalent difficilement les comprimés.

Présenté à la profession médicale exclusivement.

L'Aspergum se vend à toutes les pharmacies d'ordonnances en flacons de 36 et de 250, et en boîtes de 16.

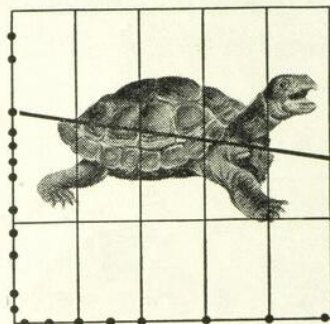
WHITE LABORATORIES OF CANADA, LTD.,
64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ont.



vous pouvez maintenant obtenir
du même coup

un niveau **RAPIDE** et optimum
de pénicillinémie

et



une concentration
thérapeutique **SOUTENUE**

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

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

FLUIDITÉ PERMANENTE

NE NÉCESSITE AUCUNE

AGITATION PROLONGÉE

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

Flo-Cillin "96"⁹⁹ + (SURDOSÉE)

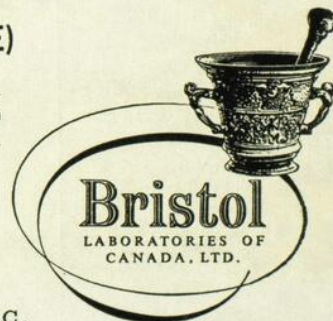
Nom déposé par Bristol Laboratories pour leur pénicilline G procaïnique (300,000 unités/cm³) et pénicilline G potassique (100,000 unités/cm³), dans l'huile avec monostéarate d'aluminium à 2%.

S'obtient en fioles de 10 cm³

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

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

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





CLAY—BY MARION GR

EMPLOYÉ À DE NOMBREUSES FINS...



FAUDRAIT UN ASSEZ GRAND MAGASIN

pour qu'y trouvent place les malades représentant les nombreux états où le NEMBUTAL, barbiturique d'action brève, est efficace

L'expérience acquise pendant près de vingt ans avec le NEMBUTAL, barbiturique d'action brève—décrite dans plus de 490 rapports publiés—a nettement mis en lumière la gamme très étendue de ses applications. Une énumération partielle figure ci-contre. Un coup d'oeil vous suggèrera peut-être quelques nouveaux usages que vous pourriez faire de la drogue. Des doses convenablement choisies de NEMBUTAL, barbiturique d'action brève, peuvent produire n'importe quel degré de dépression cérébrale—depuis la sédation légère jusqu'à l'hypnose profonde. Les doses requises ne sont qu'environ la moitié de celles de beaucoup d'autres barbituriques. L'emploi de petites doses offre plusieurs avantages: moins de drogue à être inactivée par l'organisme, effet de plus courte durée, moins de risque de reliquat d'effet barbiturique, plus grande marge de sécurité et économie marquée pour le patient. Votre pharmacien peut fournir le NEMBUTAL, sous forme de Nembutal Sodique, Nembutal Calcique et Elixir de Nembutal, tous présentés de façon à faciliter l'administration de petites doses. Pour recevoir la brochure intitulée "44 Clinical Uses for Nembutal", faites-en simplement la demande aux LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE, MONTRÉAL 9.



A doses orales égales

aucun autre barbiturique ne réunit

UN EFFET PLUS RAPIDE, PLUS

COURT, PLUS PROFOND que le...

NEMBUTAL

(PENTOBARBITAL, ABBOTT)

44 DES USAGES CLINIQUES DU NEMBUTAL

SÉDATIF

Cardio-vasculaire

Hypertension
Affection coronaire
Asthme
Décompensation
Affection vasculaire périphérique

Troubles Endocriniens

Hyperthyroïdie
Ménopause

Nausées et Vomissements

Affection fonctionnelle ou organique (émotive et gastro-intestinale aiguë)
Mal des radiations
Grossesse
Mal de mouvement

Troubles Gastro-Intestinaux

Cardiospasmie
Pylorospasme
Spasme des voies biliaires
Spasme du côlon
Ulcère peptique
Colite
Dyscinésie biliaire

Troubles Allergiques

Irritabilité
Pour combattre la stimulation de l'éphédrine seule, etc.

Irritabilité Associée aux Infections

Agitation et Irritabilité avec Douleur

Système Nerveux Central

Paralysie agitante
Chorée
Hystérie
Delirium tremens
Manie

Anticonvulsif

Traumatisme
Tétanos
Strychnine
Eclampsie
Status epileptiques
Anesthésie

HYPNOTIQUE

Pour Provoquer le Sommeil

OBSTÉTRIQUE

Nausées et Vomissements

Eclampsie

Amnésie

CHIRURGIE

Sédation Préopératoire

Anesthésie de Base

Sédation Postopératoire

PÉDIATRIE

Sédation pour:

Examens spéciaux
Transfusion de sang
Administration parentérale de liquides
Réactions aux procédés d'immunisation
Petites opérations

Sédation Préopératoire

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 77:

MM. Amyot (Roma); Arcand (Arthur); Archambault (Jules); Archambault (Laurent); Archambault (P.-R.); Autotte (Esdras); Baissette (Gaston); Beauregard (J.-M.); Bélisle (Maurice); Bernier (Alphonse); Bertrand (A.); Boucher (Roméo); Boulais (F.-L.); Boulanger (J.-B.); Boulanger (Jacques); Bourbonnais (Earl); Bourgeois (Paul); Boutin (J.-R.); Brahy (J.); Brien (Jules-A.); Brosseau (Victor); Burckel (Jean); Cabana (J.-Ernest); Cabana (L.-P.); Cantero (Antonio); Caumartin (Paul); Cazal (Pierre); Champoux (G.-Roger); Charbonneau (René); Charest (G.); Charland (Richard-A.); Choquette (G.); Cloutier (G.-E.); Cousineau (A.); Dargis (Jean); David (Paul); Desranleau (Jean-Marc); Desjardins (Edouard); Desrochers (Jean-Louis); Dhotel (Yves); Dionne (Paul); Dorion (J.-Ed.); Duchesne (Laurent); Dufresne (Roger-R.); Dufresne (O.); Dussault (Fernand); Duvalier (François); Faure (Jacques); Foisy (J.-P.); Forté (Lionel); Fortier (Marcel); Frappier (Armand); Fugère (Paul); Gagnon (Jacques); Gariépy (J.-U.); Gariépy (L.-Henri); Gauthier (Bernard); Gauthier (C.-A.); Gauthier (Gérard); Gauthier (Jacques); Gélinas (Réal); Genest (Jacques); Gervais (Maurice); Gingras (Gustave); Grenier (E.-P.); Grignon (R.); Groulx (Ad.); Guilbeault (Albert); Heim de Balsac (R.); Hood (A. J. G.); Jarry (J.-A.); Joly (Pacifique); Joncas (Fernand); Jutras (Albert); Kozlowski (François Bratek); Labelle (Arcade); Lacerte (Jean); Ladouceur (L.);

Lambert (A.); Lamoureux (Louis); Landreville (J.-A.); Laperrière (Vincent); Laplante (Aimé); Laporte (J.-N.); Latraverse (V.); Lauzé (Simon); Lauzer (Rosaire); Leblond (Wilfrid); Leclerc (Georges); Lecours (J.-A.); Legault (Jean-Paul); Legault (Léonard); Léger (Jacques); Léger (Jean-Louis); Léger (Lucien); Léonard (Gérard); Lépine (Edgar); LeSage (Albert); LeSage (Jean); Lessard (Jean-Marc); Letellier de Saint-Just (E.); Longtin (Léon); Lortie (Edouard); Lussier (Roger); Mantha (Léopold); Marchand (J.-C.-A.); Marin (Albéric); Martin (L'hon. Paul); Masson (Anne-Marie); McCormick (W. J.); Meloche (Lorenzo); Ménard (Raymond); Meunier (Robert); Monfette (Claude); Moreno (Manuel); Morissette (Léopold); Nadeau (Gabriel); Panisset (Maurice); Panneton (Philippe); Paquette (J.-P.); Parent (Honoré); Patel (Jean); Pelletier (Emile); Pemberton (Ralph); Perras (C.); Pesant (Julien); Pettigrew (Antoine); Piette (Jean); Plichet (André); Plouffe (Adrien); Poirier (Paul); Prévot (A.-R.); Ricard (Hector); Richard (A.-L.); Riopelle (J.-L.); Robert (Paul); Robillard (Rosario); Rolland (P.-E.); Rouquès (Lucien); Royer (Albert); Saint-Martin (Maurice); Samson (J.-Ed.); Saucier (Jean); Simard (L.-C.); Simard (Roland); Smith (Henri); Smith (Pierre); Thévenard (André); Torrè (Pierre); Tremblay (Jacques); Tremblay (Jean); Trudel (Hermile); Vaillancourt (De Guise); Vallée (A.-F.); Vallée (Ls-Yvan); Valois (A.-B.); Vézina (Norbert); Vidal (J.-A.).

...Corvisart a été en France le fondateur de la médecine clinique. Celle-ci pourtant était née bien avant lui. Si l'on remonte, en effet, le cours des siècles, on la trouve professée au fond de la Perse par les médecins grecs il y a plus de mille ans. Plus tard, les Arabes en recueillent les dogmes presque sacrés et la portent à un haut degré de culture. Ils en font leur bien, s'en attribuent pour ainsi dire le monopole et, dans leur lent et persévérant voyage à travers l'Europe, ils en emportent avec eux les fondements et la formule, qu'ils vont faire connaître aux peuples qu'ils visitent ou qu'ils conquièrent. C'est de la sorte que l'enseignement de la médecine passa avec Rhazès, de Bagdad à Cordoue, où il brilla pendant de longues années.

...En 1788, Corvisart succéda à son maître après avoir refusé le titre de médecin de l'hôpital Necker, par horreur de la perruque que les règlements de l'hôpital lui auraient imposée.

...A partir de ce moment, l'instruction médicale prit un essor inconnu jusqu'alors; le maître qui la dirigeait avait un véritable esprit organisateur. Sous sa direction, les élèves s'exerçaient à l'examen des malades, rédigeaient les observations cliniques et se perfectionnaient ainsi, comme on disait alors, dans l'éducation de leurs sens; l'enseignement de la séméiologie se trouvait créé.

...Tous les contemporains s'accordent à reconnaître l'énorme influence de son enseignement. Sous ce maître, on prit goût à l'observation clinique, à l'exactitude dans les recherches. Ajoutez que, parmi les élèves les plus assidus de cet homme illustre, se trouvaient Laënnec et Bouillaud.

...C'est peu après (1806) que Corvisart publia son traité des maladies du cœur. Ce livre est d'un observateur sagace et attentif. Les diverses lésions que l'anatomie pathologique avait constatées sont étudiées méthodiquement et rangées chacune à sa place. Mais il y est fait une part, qui nous semble aujourd'hui excessive, à l'augmentation du volume du cœur avec dilatation, étudiée sous le nom d'anévrisme.

...L'œuvre de Corvisart ajoutait cependant quelques données exactes à celles qu'avaient léguées ses prédécesseurs. En ce qui concerne, par exemple, la différenciation des lésions du cœur droit de celles du cœur gauche, il indiquait comme bons signes de la gêne circulatoire dans les cavités droites la cyanose, l'essoufflement, la dilatation des veines, la faiblesse et l'irrégularité du pouls.

...Laënnec lui-même ne tira pas, à beaucoup près, de l'auscultation de cet organe un parti comparable à celui qu'il avait su si merveilleusement tirer de l'auscultation des poumons. Il arrivait trop tôt pour son époque; la physiologie du cœur était encore mal connue et, quant à sa pathologie, nous venons de voir que, malgré Corvisart, elle était fort imparfaite aussi.

...Avec Bouillaud, autre élève de Corvisart, la sémiotique du cœur prit un essor nouveau. Vous savez que, le premier, cet auteur indiqua les rapports qui unissent le rhumatisme aux maladies du cœur en général et aux lésions de l'endocarde en particulier; les lois qu'il a établies à ce sujet restent encore vraies à l'heure actuelle. Mais, d'autre part, il connaissait la diversité des affections valvulaires; il s'attachait à distinguer les différents bruits anormaux les uns des autres et à les rapporter à diverses lésions orificielles dont ils facilitent le diagnostic. Sous ce rapport, l'œuvre de Bouillaud fut considérable et exerça sur la pathologie cardiaque une influence qui se continue encore actuellement.

...Il fallut qu'un chimiste de génie, qui n'était même pas versé dans les sciences médicales, ouvrit à la pathologie des voies nouvelles. Grâce aux découvertes de Pasteur, l'étude des processus infectieux sembla renouveler la pathogénie. Nous pouvons maintenant, bien souvent, pénétrer plus avant dans l'étude des causes des maladies et déjà nous prévoyons que la voie n'est pas encore près de se fermer.

POTAIN

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

A

Abcès cérébral. Un cas d' (Georges Laframboise)	289
Agranulocytose. L' (Gaston Lapointe)	1191
Allocution du docteur Edmond Potvin.	1101
Allocution du nouveau président de la Société Médicale de Montréal. (Albert Jutras)	325
"American Goiter Association". Rapport du congrès de l' (Réal Doré)	1117
A. M. L. F. C. Le directeur général de l'A. M. L. F. C. en mission en Europe. (H. Trudel)	910
Anesthésie, analgésie, amnésie en obstétrique. (Jacques Gagnon)	833
Anesthésies. A propos d'un nouveau curarisant de synthèse, le flaxedil (3697 R. P.). Rapport de 50 cas d' (L. Lamoureux et M. Bourgeois-Gavardin)	1164
Anesthésie dans l'obstruction intestinale. L' (J.-Ovila Noël)	988
Anesthésie générale dans les laparotomies basses. L' (Lucien Rinfret)	697
Anesthésie générale. De la mort par stimulation vagale au cours de l' (René Létienne) ..	693
Anesthésie rachidienne segmentaire en chirurgie générale et en obstétrique. (Bernard Paradis)	704
Anévrysmes pariétaux du cœur. Sur l'évolution et le diagnostic radiologique et différentiel des (A. Codounis)	26
Anticoagulants dans le traitement de la thrombose coronarienne. L'emploi des (Paul David)	580
Aorte (coarctation de l'aorte). Sténose de l'isthme de l' (Fernand Séguin)	1088
Appendicite. Etude comparée du diagnostic radiologique, des constatations opératoires anatomo-pathologiques et des résultats cliniques ultérieurs. (L.-P. Bélisle)	1045
A propos d'iatrophagie endémique. (Paul Dumas)	1326
Artériosclérose. Classification ophtalmoscopique de l' (François Henry)	333
Arthrite chronique du genou. (J.-C. Rossignol)	977
Arthrite rhumatoïdale par les sels d'or. Contribution personnelle à l'étude du traitement de l' (Léopold Mantha)	162, 268
Arythmies. Diagnostic clinique des (O. Bédard)	972
Asepsie chirurgicale est née en France. Comment l' (Robert Laulan)	1332
Asphyxie du nouveau-né. Prophylaxie et traitement de l' (De la Broquerie Fortier, Roland Turcot, Gaston Masson)	571

Association Américaine de Neurologie. L' (Roma Amyot)	994
Association des Médecins reçoit à la Maison canadienne. L' (Donatien Marion)	1292

B

Balafrée de la chirurgie. Une (Bernard Bailargeon)	282
Bêtatron, merveille des machines à rayons X. Le (Germain Pinsonneault)	446
Blépharo-conjonctivite et streptomycine. (Jules Brahy)	472
Breuvage lacté au chocolat dans les écoles de Montréal. Rapport concernant la distribution du	306
Bronchectasie. (Ruben Laurier et B.-G. Bégin)	793
Bulletins:	
A Chicoutimi en juin (Hermile Trudel) ..	131
Comment craindre la poliomyélite (Roma Amyot)	1043
De nouveau sur l'aspect financier des hôpitaux. (Roma Amyot)	1161
Excursion à Chicoutimi	257
Jugement sur la chiropratique. (Roma Amyot)	1041
L'aide d'Etat à la médecine: le laboratoire et le praticien. (Paul Letondal)	531
La semaine nationale de santé. (Pierre Smith)	255
L'aspect financier de l'hospitalisation. (Roma Amyot)	645
L'Association des Médecins reçoit à la Maison canadienne. (Donatien Marion)	1292
Le Collège des Médecins et Chirurgiens et les certificats de spécialité. (Roger-R. Dufresne) ..	523
Le deuxième congrès régional à Chicoutimi. (Hermile Trudel)	5, 388, 775
Le directeur général de l'A. M. L. F. C. en mission en Europe. (Hermile Trudel)	910
L'enseignement de la médecine aux Etats-Unis et au Canada. (Roger-R. Dufresne)	1287
Le service de transfusion de la Croix-Rouge canadienne. (Roma Amyot)	129
Les "journées" de la Société Médicale. (Albert Jutras)	392
Le XXème congrès à Montréal en juin 1950. (H. Trudel)	1290
Le XXème congrès remis en septembre 1950. (Hermile Trudel)	1397
L'union qui s'impose plus que jamais. (E-douard Desjardins)	3

Programme du congrès	527	Causalgiques. Traitement actuel des états (Maurice Gervais)	952
Réflexions sur le serment d'Hippocrate. (Léon Gérin-Lajoie)	385	Céphalées: une classification du point de vue neuro-chirurgical. Les (Claude Bertrand) ..	12
Triple deuil pour l'Association. (H. Trudel)	1292	Cérébro-méningées des affections cardio-vasculaires. Principales complications (Roma Amyot)	559
Une année se termine, mais une autre recommence. (Roma Amyot)	1393	Chaulmoogra. Traitement de la tuberculose génito-urinaire par la streptomycine et l'huile de (A. Edouard Desjardins)	429
Un mot d'ordre: à Chicoutimi, les 2 et 3 juin 1949, pour le deuxième congrès régional de l'A. M. L. F. C.	525	Chiropratique. Jugement sur la (Roma Amyot)	1041
Variétés et variations. (Edouard Desjardins)	907	Chirurgie au Canada. La pratique de la (W. E. Gallie)	582
C			
Cancer chez l'enfant: appareil uro-génital. Le (Paul Bourgeois)	206	Chirurgie et gériatrie. (Pierre Smith)	846
Cancer de la bouche. Le traitement du. (Jacques Turcot et François Roy)	259	Choc opératoire. Etude sur le (René Lebeau)	1071
Cancer de la glande thyroïde. Le (R.-E. Valin)	184	Chroniques et l'hôpital N.-D.-de-la-Merci. Les (Edmond Laurendeau)	1328
Cancer de la langue. Le (E.-P. Grenier)	959	Cirrhoses et protéines. Hépatites, (Jean LeSage)	209
Cancer de la vessie. A propos de cinq cas récents de (J.-Paul Legault)	1079	Cœur. Sur l'évolution et le diagnostic radiologique différentiel des anévrismes pariétaux du (A. Codounis)	26
Cancer. De l'effet des rayons X sur la grossesse et de l'effet de la grossesse sur le (G. Pinsonneault)	945	Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Prix annuels du (Roma Amyot) ..	65
Cancer du sein. Le traitement du (Edouard Desjardins)	304	Congrès à Montréal en juin 1950. Le XXème (H. Trudel)	1290
Cancer du sinus maxillaire guéri par la roentgenthérapie. (G. Pinsonneault)	816	Congrès annuel de la "Central Surgical Association". Le 6ème (Ronald Dupuis et Maurice Gervais)	465
Cancer du tube digestif et des organes génitaux chez l'enfant. (J.-Ernest Cabana)	196	Congrès de neuro-radiologie — Symposium neuroradiologicum — Rotterdam, 13-17 septembre 1949. Deuxième (Jean-Louis Léger)	1334
Cancéreuse à la suite d'une biopsie. Transformation d'une lésion précancéreuse en lésion (G. Pinsonneault)	49	Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. Quatrième (Jules Brahy)	1454
Cancer. Nécessité d'une étroite collaboration entre les médecins praticiens et les cliniques spécialisées dans le traitement du (Paul Brodeur)	182	Congrès mexicain de médecine. Mission au 3e (Jean LeSage)	316
Cancer. Quelques propos sur le (Roma Amyot)	991	Congrès régional à Chicoutimi. le Deuxième (H. Trudel)	775
Cancer. Un cas de c. diagnostiqué précocement par l'étude de la cytologie vaginale. (Madeleine Longtin)	1439	Convulsions infantiles. Les (J.-L. Desrochers)	1435
Cancers curables par les traitements mixtes. Les (Paul Bourgeois)	186	Coronarienne. L'emploi des anticoagulants dans le traitement de la thrombose (Paul David)	580
Cancers de la vessie. L'orchiectomie dans les (Auguste Hébert)	192	Curarisant de synthèse, le Flaxedil (3697 R. P.). Rapport de 50 cas d'anesthésies. A propos d'un nouveau (L. Lamoureux et M. Bourgeois-Gavardin)	1164
Cardiopathies. Embolies artérielles au cours des (Maurice Turcotte)	567	D	
Cardio-vasculaires. Principales complications cérébro-méningées des affections (Roma Amyot)	559	Dentisterie. Un nouveau pas dans le progrès de la (Robert Chenevert)	718
Carie dentaire. La (H. Charette)	840	Dermite des plantes. La (Paul Poirier)	990
Cathétérisme du cœur droit. (Réginald Johnson)	1093	Docteur Hood rapporte. Le (A. Groulx)	1224
		Droit supérieur. Considérations sur la paralysie du (A.-R. Corriveau)	980

Dyspnées au cours de certaines scléroses pulmonaires. (J.-Louis Pilon)	949	Erythrodermie arsenicale éteinte par B.A.L. et thiosulfate de sodium. (Henri Smith)	1437
Dyspnée inspiratoire stridoreuse. La (V. Latraverse)	934	Exsanguino-transfusion massive — Méthode de M. Bessis. L' (G. Daguet)	1324
E		F	
Editoriaux:		Fibrosite. La (Léonard L. Tormey)	
A propos des séjours écourtés en sanatorium pour tuberculose pulmonaire. (J.-Philippe Paquette)	1099	Fièvre récurrente. Deux cas de (Albert Bertrand et Claude Léonard)	940
A propos d'iatrophagie endémique. (Paul Dumas)	1326	Flaxedil (3697 R. P.). Rapport de 50 cas d'anesthésies. A propos d'un nouveau curarisant de synthèse, le (L. Lamoureux et M. Bourgeois-Gavardin)	1164
Chirurgie et gériatrie. (Pierre Smith)	846	Fractures du fémur chez l'enfant. Considérations sur les (J.-C.-A. Marchand)	1303
De la nécessité d'une médecine psychosomatique. (Jean LeSage)	1444	G	
Hépatite, cirrhoses et protéines. (Jean LeSage)	209	Gastrique. Exploration biochimique de la fonction (De Guise Vaillancourt)	1173
La dermite des plantes. (Paul Poirier) ..	990	Gaz anesthésiques. Le contrôle de la température des (Eugène Allard)	688
La transfusion intra-artérielle. (Roger Dufresne)	720	Genou. Les dérangements internes du (Antonio Pouliot)	659
La vitamine B ₁₂ serait-elle la principale substance antianémique des extraits de foie? (Roma Amyot)	64	Grand foyer de la médecine contemporaine: la province de Québec. Un (L. Justin-Besançon)	329
Le bêatron, merveille des machines à rayons X. (Germain Pinsonneault)	446	Grossesse. De l'effet des rayons X sur la g. et de l'effet de la grossesse sur le cancer. (G. Pinsonneault)	945
L'emploi des anticoagulants dans le traitement de la thrombose coronarienne. (Paul David)	580	Grossesse interrompue. La (Jacques Gagnon)	1239
Le problème de l'épistaxis nasale. (V. Latraverse)	1208	H	
Le traitement du cancer du sein. (Edouard Desjardins)	304	Hématuries et leur interprétation clinique. Les (J.-P. Bourque)	1081
Prix annuels du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. (Roma Amyot) ..	65	Hémorragies intestinales. Diagnostic des (J. Burckel)	828
Quelques propos sur le cancer. (Roma Amyot) ..	991	Hépatites, cirrhoses et protéines. (Jean LeSage) ..	209
Electroencéphalographie. (J. Panet-Raymond et Gaston Loignon)	966	Hôpitaux. De nouveau sur l'aspect financier des (Roma Amyot)	1161
Embellissement de la Ville. (Adélarde Groulx) ..	1448	Hormonale. Contribution à l'étude de l'hypertension d'origine (Paul Dontigny) ..	416, 538, 670
Embolies artérielles au cours des cardiopathies. (Maurice Turcotte)	567	Hygiène du Canada. Le programme national d' (Hon. Paul Martin)	449
Enseignement de la médecine aux Etats-Unis et au Canada. L' (Roger-R. Dufresne)	1287	Hygiène. Le plan canadien pour le progrès de l' (Hon. Paul Martin)	848
Epilepsie. Etiologie et aspect social de l' (Roma Amyot)	1425	Hypertension. Conception clinique de l' (L. Derome)	1084
Epilepsie. Le traitement chirurgical de l' (Claude Bertrand)	1432	Hypertension d'origine hormonale. Contribution à l'étude de l' (Paul Dontigny) ..	416, 538, 670
Epilepsie. Séméiologie et traitement pharmacologique de l' (Jean Saucier)	1419	Hypertrophie des glandes péri-urétrales. Du diagnostic précoce de l' (Jean-Paul Legault) ..	578
Epithélioma malpighien de la glande sous-maxillaire. Sur un (Lucien Cornil, U. Autoniotti et A. Stahl)	1307	I	
Epistaxis nasale. Le problème de l' (V. Latraverse)	1208	Ictère. Quelques considérations sur le mécanisme de l'i. et une explication de sa présence et de son absence. (Jean-N. Dambassis) ..	1182

K

Kystes des os. (Marcel Fortier) 435

L

Laboratoire au service du praticien. Le (Eugène Robillard) 462

Laboratoire municipal. Les services rendus par le (Adélard Groulx) 854

Leçon inaugurale. (Paul Bourgeois) 1398

Lettres de Paris. (A. Plichet) 215, 469, 596, 857, 1337, 1460

Lithiase de la glande sous-maxillaire. (Ulysse Forget) 51

M

Médecine et chirurgie pratiques:

Blépharo-conjonctivite et streptomycine. (Jules Brahy) 472

Classification ophtalmoscopique de l'artériosclérose. (François Henry) 333

La grossesse interrompue. (Jacques Gagnon) 1239

Nouveau traitement du zona au bureau du praticien. (Louis-Joseph Gobeil) 1237

Sur un traitement général des ulcères variqueux et des plaies atones par les "hormones nerveuses". (Pierre Grobon) 860

Maladies contagieuses et immunisation. (G. Charest) 1451

Masculin ou neutre? (Philippe Panneton) 594

Mastoïde. Chirurgie de la (Marcel Ostiguy) 715

Mauvaises herbes. Comment la ville de Montréal détruit les m. h. et fait la guerre aux mouches. (Roméo Mondello) 1227

Médecin de campagne. Le (L.-J. Gobeil) 1103

Médecin de campagne vs Loi du spécialiste en médecine. (Louis-Félix Dubé) 599

Médecins-praticiens et les hôpitaux. Les (Emile Blain) 722

Métabolisme basal. Le (Rosario Robillard) 439

Mouches. Comment la ville de Montréal détruit les mauvaises herbes et fait la guerre aux mouches. (Roméo Mondello) 1227

Myéломatose multiple — ses formes atypiques. La (A. Codounis) 1059

N

Naevi vasculaires. Les (Germain Pinsonneault) 294

Nourrisson. Les sédatifs dans la thérapeutique du (Daniel Longpré) 982

Nécrologie:

Beaupré. Le docteur A. 1484

Bégin. Le docteur Honorius 1252

Bellerose. Le docteur Antonio (P.-M. Ricard) 1013

Benoît. Le docteur L.-G. 750

Bigué. Le docteur J.-André 750

Boucher. Le docteur J.-A. 750

Chabot. Le docteur F.-E. 1252

Chaussé. Le docteur J.-N. 499

Chevrier. Le docteur Rodolphe 750

Comtois. Le docteur Albert (Edmond Dubé) 1039

Cousineau. Le docteur Azarie (Hector Ricard) 1484

Dandurand. Le docteur René (Paul Dumas) 1482

Delage. Le docteur Cyrille B. 750

Desjardins. Le docteur Joseph 1484

D'Hérelle. Le docteur Félix (Roma Amyot) 749

Dorion. Le docteur Kaiton F. 499

Dussault. Le docteur N.-A. 749

Gendreau. Le docteur Joseph-Ernest. (Origène Dufresne) 1285

Jones. Le docteur Thomas E. (Maurice Gervais) 1365

Lacroix. Le docteur Octave 499

Lambert. Le docteur M.-P. 1252

Lapointe. Le docteur Ernest 1484

Legrand. Le docteur Emile (Jean Saucier) 1389

LeSage. Le docteur L.-C. 749

Lévesque. Le docteur C. 1252

Lewis. Le docteur W. L. 1484

Ouimet. Le docteur J.-W. 750

Parrot. Le docteur L.-Eugène 499

Prévost. Le docteur Guy Beaudry (J.-P. Paquette) 498

Racicot. Le docteur J.-Ernest 1252

Roy. L'hon. Philippe 499

Sabourin. Le docteur Arthur 1484

Sauvé. Le docteur Ls-Ph. 1252

Simard. Le docteur Emile 1252

Smith. Le docteur Frédérick (Edmond Dubé) 1364

Thibaudeau. Le docteur A. A. 1252

Vincent. Le docteur J.-William 1252

Nouvelles:

101, 232, 357, 500, 620, 751, 878, 1017, 1145, 1253, 1366, 1485.

O

Occlusion intestinale. Diagnostic topographique de l' (Lucien Léger et Philippe Massé) 912

Œsophage. Atrésie congénitale de l'o. avec fistule trachéo-œsophagienne. (Paul - M. Ricard et Norbert Vézina) 804

Opéré et ses complications. Maladie de l' (Gilles Marceau) 1196

- Orchiectomie dans les cancers de la vessie. L'**
(Auguste Hébert) 192
- Ostéomyélite aiguë. (J.-C. Rossignol) 712**
- Ostéopériostite spécifique de la paroi de l'or-**
bite gauche. (Jacques Boulanger) 291
- Oxygénothérapie. L'organisation d'une salle de**
réanimation et son complément indispensable: l'
(Louis Lamoureux, Marius Dubeau,
Michel Bourgeois-Gavardin) 394
- P**
- Pancoast — Carcinome bronchique de l'apex**
pulmonaire. Syndrome de (Roma Amyot) .. 1311
- Pancréas. La maladie fibro-kystique. (Simon**
Lauzé) 809
- Pancréatite aiguë à forme péritonitique. La**
(Rosaire Lauzer) 287
- Pédiatres de langue française à Paris. Le dou-**
zième congrès des (Paul Letondal) 1114
- Pentothal-tubocurarine. La solution (Edouard**
Lortie) 701
- Pied. Etude sur les os surnuméraires du (Ray-**
mond Larichellière) 1206
- Pneumothorax bilatéral simultané à l'hôpital du**
Sacré-Cœur. Contribution à l'étude du (J.-P.
Paquette) 780
- Poliomyélite. Comment craindre la (Roma**
Amyot) 1043
- Poliomyélite et l'orientation des recherches. Le**
problème de la (Pierre Lépine) 7
- Ponctions-biopsies dans le diagnostic de la tu-**
berculose pulmonaire. La part des (G. Giraud,
P. Cazal, F. Boyer et J. Mirouze) 1293
- Pratique médicale dans nos hôpitaux. La (J.-R.**
Boutin) 588
- Prostatectomie transurétrale chez le distendu**
urinaire. La (Jean-Paul Bourque) 549
- Psychiatrie. Quelques points de vue physiolo-**
giques en (W. T. Liberson) 648
- Psychosomatique. De la nécessité d'une méde-**
cine (Jean LeSage) 1444
- Rachianesthésie. Considérations sur la r. La**
technique d'Etherington Wilson. (Louis La-
moureux et M. Bourgeois-Gavardin) 1405
- R**
- Radioactivité en biologie. Utilisations récentes**
de la (Léonard-F. Bélanger) 533
- Rayons X sur la grossesse et de l'effet de la**
grossesse sur le cancer. De l'effet des
(Germain Pinsonneault) 945
- Rénale. Concepts modernes sur la physiologie**
(E. V. Newman) 133
- Rétine. Le décollement de la (P.-E. Julien)**
837
- Rhumatismale par les sels d'or. Contribution**
personnelle à l'étude du traitement de l'ar-
thrite (Léopold Mantha) 35
- Röntgenthérapie. Cancer du sinus maxillaire**
guéri par (Germain Pinsonneault) 816
- Revue des livres:**
- P. DELORE. — Homme, quelles sont tes**
exigences? Editions J. Oliven, Paris, 1949.
(Donatien Marion) 1264
- Henry JOLY. — Traitement chirurgical de**
la tuberculose pulmonaire. Vigot Frères,
édit., Paris, 1947. (Jean-Paul Venne) .. 634
- L'Annuaire Médical Pratique (26e année).**
Edit. R. Lépine, Paris, 1948. (Roma Amyot) 244
- A. M. LARMANDE. — La neuro-angiomatose**
encéphalo-faciale. Syndrome hypothalamo-
hypophysaire. Masson et Cie, édit., Paris,
1948. (Roma Amyot) 518
- Lucien LEGER et Jacques OUDOT. — La**
prévention des embolies pulmonaires. Mas-
son et Cie, Paris, 1948. (Maurice Ger-
vais) 518
- A. LEMIERRE, Ch. LENORMANT, Ph. PA-**
GNIEZ, P. SAVY, N. FIESSINGER, L. de
GENNES, A. RAVINA. — Maladies du
système nerveux in Traité de médecine.
Masson et Cie, édit., Paris, 1948. (Roma
Amyot) 768
- Les Cahiers de l'Hôtel-Dieu de Québec. Cli-**
niques Médico-Hospitalières. 2ème année.
Québec, 1947. (Roma Amyot) 244
- L'Examen du malade. Guide clinique de**
l'étudiant et du médecin. Masson et Cie,
édit., Paris, 1948. (Roma Amyot) 518
- M. LUZUY et J.-F. PORGE. — Traitement**
chirurgical de l'hypertension. G. Doin et Cie,
édit., Paris, 1948. (Maurice Gervais) .. 896
- W. W. MORRISON. — Diseases of the ear,**
nose and throat. Appleton-Century-Crofts,
Inc., New-York, 1948. (V. Latraverse) .. 374
- A. NETTER. — Gynécologie. Editions Mé-**
dicales Flammarion, Paris, 1949. (Dona-
tien Marion) 1264
- Robert S. OGILVIE. — Handbook of Electro-**
encephalography. Addison-Wesley Press,
Inc., Cambridge, 1942, Mass., (J. Vas-
quez) 1384
- M. S. VAGLIANO. — La Gelure. Etude cli-**
nique. — Traitement. — Physiologie et
Anatomie pathologiques. Masson et Cie,
Paris, 1948. (Maurice Gervais) 244
- Sang. Les nouveaux traitements des maladies**
du (Donat-Paul Cyr) 822

Santé à Montréal en 1948. La santé des éco- liers. La (Adélarde Groulx)	457	Etude comparée de trois méthodes de dosage de la glycémie: Benedict-Eps- tein-Selfert; Benedict-Myers; Folin- Wu-Florentino. (Paul Riopel)	494
Santé. L'organisation mondiale de la	1210	L'insufflation des surrénales. (René Gri- gnon)	496
Sarcome d'Ewing. (Vincent Laperrière)	707	Séance du 27 janvier 1949:	
Scléroses pulmonaires. Caractère des dyspnées au cours de certaines (J.-Louis Pilon)	949	Sur cinq cas de tumeurs intracrâniennes. (Roma Amyot)	739
Sédimentation. (Gaston Leduc)	1202	Papillite saturnique. (Jules Brault et R. Charbonneau)	746
Sels d'or. Contribution personnelle à l'étude du traitement de l'arthrite rhumatoïdale par les (Léopold Mantha)	35, 162, 268	Myélomes multiples. (Louis Bergeron) ..	747
Sociétés et Congrès:		Séance du 24 février 1949:	
Réunion Scientifique du bureau médical de l'hôpital Notre-Dame:		Diverticule de Meckel de la région om- bilicale. (Alb. Marin et A. Guilbeault) ..	1003
Séance du 28 octobre 1948:		Actinomycose du menton. (Geo. Leclerc et René Marcoux)	1004
Une erreur de diagnostic (Bernard Bail- largeon)	87	Présentation d'un cas de clapet de l'urètre membraneux. (N. Vézina, Paul Bour- geois et Simon Lauzé)	1005
Coma barbiturique traité et rapidement guéri par la picROTOXINE. (Roma Amyot et Jean Prud'homme)	90	Greffes tendineuses. (Geo. Cloutier)	1005
Cas de réinfection par la syphilis. (Albéric Marin et Geo. Leclerc)	92	Médication antihistaminique par aérosols dans la rhinite allergique saisonnière. (Jacques Léger)	1006
Anomalie de la colonne cervicale ou syn- drome de Klippel-Feil	93	Rétrécissement de l'isthme artériel. (Paul David)	1007
Hypothyroïdie et appendicite aiguë. (Jean Grignon)	94	Considérations sur deux cas d'épithélioma du sein. (Léon Gérin-Lajoie)	1010
Deux cas de méningite tuberculeuse traités avec succès. (A. Guilbeault et G. Huard)	96	Anévrisme rupturé de l'aorte abdominale. (J.-Albert Rouleau)	1010
Diagnostic radiologique d'une helminthiase digestive. (Jean Michon)	99	Séance du 24 mars 1949:	
Séance du 25 novembre 1948:		Syndrome de Pancoast — Carcinome bron- chique de l'apex pulmonaire. (Roma Amyot)	1133
Anesthésie à discuter pour un cas d'angine de Ludwig. (Juliette Durocher)	486	126 appendicectomies pratiquées en 1946 et 1947 et 112 examens histologiques. (François Archambault)	1135
La hernie du cul-de-sac de Douglas (Jac- ques Gauthier)	487	Prolapsus transpylorique de la muqueuse gastrique. (Roger Dufresne, Jean Mi- chon et Edouard-D. Gagnon)	1137
Pseudo-hermaphroditisme — hypospadias périnéal. (P. Bourgeois, G. Cloutier et L. Fournier)	488	Clou de Smith-Petersen d'urgence dans les fractures du col fémoral. (Laurent Ar- chambault)	1139
Psoriasis et syphilis secondaire. (F.-L. Boulais)	489	Localisation précise des corps étrangers intra-oculaires avec le verre de contact. (Roland Cloutier)	1140
Aspiration endo-bronchique par sonde molle. (André MacKay)	489	Avantages de l'incision endaurale dans la chirurgie mastoïdienne. (Valmore La- traverse)	1141
Les cancers du sein, de 1942-43-44-45. (François Archambault)	491	Hémorragie ou tumeur cérébrale. (Claude Bertrand)	1142
Séance du 25 décembre 1948:			
Lésion vaccinale précoce et intense de la peau chez des patients atteints de mala- die de Hodgkin. (Louis-Charles Simard)	492		
A propos d'une lésion rénale causée par l'administration de bismuth. (Simon Lauzé)	493		

- Séance du 28 avril 1949:**
- Gastrectomie d'urgence pour hémorragie massive d'origine ulcéreuse. (Marcel Lamoureux) 1354
- Coarctation de l'aorte. (L.-H. Gariépy, F. Joncas et Fabien Parent) 1357
- Electrocardiographie et angine de poitrine. Importance de l'épreuve d'effort. (Paul David et Jacques Fourcand) 1358
- Fractures de jambes et ostéosynthèses. (Roger Champoux) 1362
- Epithélioma spino-cellulaire sur lupus vulgaire. (A. Marin, F. Boulais et R. Caron) 1363
- Séance du 2 juin 1949:**
- Paralysie cubitale tardive secondaire à un traumatisme du coude. (Roma Amyot) 1472
- Un cas de colectomie pour entéro-côlite purulente. (Ed. Gagnon et Léon Béique) 1475
- Malade observé pour troisième épisode de syphilis primaire. (Albéric Marin et G. Leclerc) 1477
- Fistules thyroïdiques (3 cas). (René Grignon) 1478
- Césarienne et anesthésie. (C.-A. Attendu) 1480
- * * *
- Société de Gastro-Entérologie de Montréal.**
- Séance du 11 février 1949:**
- Les signes radiologiques de l'appendicite. (Louis-Ph. Bélisle) 618
- La hernie transpylorique de la muqueuse gastrique. (R. Dufresne, Jean Michon et Edouard Gagnon) 619
- * * *
- Société Médicale de Montréal.**
- Séance du 5 octobre 1948:**
- A propos de sclérose pulmonaire. (J.-L. Pilon) 83
- Sténose inflammatoire des bronches. (M. Bonnier) 83
- Quelques tumeurs du poumon. (Georges Deshaies) 83
- Bronchectasie. (Guy Bégin) 83
- Pneumothorax bilatéral. (J.-P. Paquette) 83
- Réadaptation du tuberculeux. (J.-A. Millet) 84
- Séance du 19 octobre 1948:**
- Le thymus et la néoplasie. (P. Constantinides) 84
- Production of hypertension by the "endocrine kidney" (Helen Stone) 84
- Hypertension expérimentale. (Jacques-R. Leduc) 85
- Dialyse péritonéale. (Roger Guillemin) .. 85
- Lésions cérébrales produites par l'administration prolongée d'acétate de désoxycorticostérone. (Paola S. Timiras) .. 85
- Rôle du système nerveux dans la régulation des phénomènes adaptatifs. (Claude Fortier) 85
- Séance du 2 novembre 1948:**
- Un cas de myélomatose. (Jacques Bernier) 86
- Un cas de néphrose lipoïdique. (Paul Tarte) 86
- La maladie de Besnier-Beck-Sahuman. (Paul Milliez) 86
- La hernie intercostale. (Ivan Vallée) .. 86
- Le diagnostic du diabète sucré. (Rosario Robillard) 86
- A propos d'un cas de stéatonecrose. (Alphonse Bernier) 86
- Néphrite anurique secondaire à une septicémie à bacilles perfringens guérie par exsanguinotransfusion. (Paul Milliez) 86
- Séance du 16 novembre 1948:**
- Un nouveau moyen d'exploration cardiopulmonaire: la cellule radio-électrique. (Raoul Kourilsky) 348
- Encéphalomyélite américaine. (Pierre Lépine) 348
- Séance du 7 décembre 1948:**
- Séance clinique — Hôtel-Dieu 348
- Séance du 21 décembre 1948:**
- La circulation pulmonaire chez l'homme normal et pathologique. (André Courmand) 349
- Séance du 18 janvier 1949:**
- Nouveaux concepts de la physiologie et de la pathologie de la glande thyroïde, en regard de l'iode radioactif. (M. Leblond) 349
- Séance du 1er février 1949:**
- Allergies bactériennes. (Jean Denis) .. 615
- Quelques indications de la splénectomie chez l'enfant. (C. Bisson et A. Royer) 615
- Quelques cas d'atrophie optique bilatérale post-traumatique. (R. Des Troismaisons) 615
- Considérations en marge de la maladie de Hand-Schuller-Christian. (J. - Calixte Favreau) 615
- Le syndrome de Laurence-Moon-Beidl. (J.-Alcide Martel) 616
- Séance du 15 février 1949:**
- Etiologie des sciatiques. (Jean Saucier) 617

- Traitement médical des sciatiques. (René Dandurand et J.-A. Blais) 617
- Séance du 1er mars 1949:**
- La valeur des signes radiologiques dans l'appendicite chronique. (L.-P. Bélisle) 874
- Vingt ans de contrôle expérimental et clinique de la toxicité, de la vitalité et des propriétés allergisantes et immunisantes du B.C.G. (Armand Frappier) 874
- * * *
- Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec.**
- Séance du 5 novembre 1948:**
- Considérations sur un cas d'abcès pulmonaire. (C.-H. Dorval) 350
- Tuberculose laryngo-bronchique et streptomycine. (Jules Hallé et A. Pothier) 350
- Méningite tuberculeuse et streptomycine chez un enfant. (R. Desmeules, M. Giroux et Ph. Richard) 351
- Séance du 19 novembre 1948:**
- Traitement de l'état asthmatique par l'Isuprel. (S. Leblond et Ph. Simard) .. 351
- Greffes intratissulaires de peau et de derme pour la réparation des hernies. (A. Jolicoeur et J.-L. Petitclerc) 351
- Syndromes anxieux. (J.-C. Miller) 352
- Les limites de la pratique psychosomatique. (C.-A. Martin) 352
- Présentation d'un cas de méningo-myélocèle extra-orbitaire. (Jean Sirois) .. 352
- Les angiomes cutanés chez l'enfant. (H. Lapointe) 352
- Intoxication collective par les vapeurs métalliques, aspect médical, aspect médico-social. (W. Leblond) 353
- Considérations sur la pancréatico-duodénectomie. (P. Poliquin) 354
- Séance du 21 janvier 1949:**
- Considérations orthopédiques concernant un cas de maladie de Recklinghausen. (L.-P. Roy, J. Turcot et M. Guay) .. 617
- Deux cas de sarcoïde ou maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. (J. Grandbois et J.-L. Bonenfant) 617
- Tumeur de Pancoast-Tobias. (A.-R. Potvin, Alph. Giguère et R. Lessard) .. 618
- Séance du 4 février 1949:**
- Syndrome de Korsakoff et alcoolisme chronique. (G.-H. Larue et C. Drolet) 875
- La tuberculose à l'hôpital St-Michel-Archange. (Louis Rousseau) 875
- Tuberculomes cérébraux. (S. Caron et A. Beaudry) 875
- Electro-choc et psychonévrose. (C.-A. Martin et L.-H. Lemieux) 876
- Ethmoïdite et méningite. (O. Frenette et J.-R. Vaillancourt) 876
- Myélome multiple. (H. Nadeau et P. Maheux) 876
- Séance du 4 mars 1949:**
- Considérations sur un cas de cancer du poumon. (J.-L. Petitclerc et G. Marceau) 876
- Infiltration continue du sympathique. Technique nouvelle. (Bernard Paradis) 877
- Les accidents encéphalopathiques chez les hypertendus. (Sylvio LeBlond et C. Nadeau) 877
- * * *
- Société de Pédiatrie de Montréal.**
- Séance du 9 décembre 1948:**
- Malformation des voies urinaires chez un nourrisson. (Norbert Vézina) 354
- Traitement de l'infection dans les diarrhées du premier âge. (Gilles Huard) 355
- Les convulsions infantiles. (Gérard Joncas) 355
- Séance du 13 janvier 1949:**
- Hyperlipémie chez une fillette de 4 ans. (J.-P. Bombardier) 484
- Le B.C.G. en U. R. S. S. (Daniel Longpré) 485
- Streptomycine et coqueluche. (Louis-J. Gauthier) 484
- Stéthetron en anesthésie. Technique et avantages du** (Rouville Lamy) 986
- Streptomycine. Blépharo-conjonctivite et** (Jules Brahy) 472
- Streptomycine et l'huile de chaulmoogra. Traitement de la tuberculose génito-urinaire par la** (A.-Edouard Desjardins) 429
- Streptomycine et tuberculose.** (Gérard-O. Tremblay) 1318
- Streptomycine. Guérison rapide d'une infection de l'oreille à pyocyanique par la** (M. Saint-Martin et G. Lasalle) 819
- Streptomycine. Tuberculose laryngo-bronchique et** (Jules Hallé et André Pothier) 787
- Syphilis récente. Considérations sur le traitement actuel de la** (Albéric Marin) 918
- T
- Thyroïde. Glande** (Réal Doré) 54
- Thyroïde. Le cancer de la glande** (R.-E. Valin) 184

Transformateur "J et L". Une nouvelle source de "pouvoir positif pour l'endoscopie": le (J. et L.)	1122	Tuberculose. Streptomycine et (Gérard-O. Tremblay)	1318
Transfusion intra-artérielle. La (Roger Dufresne)	720	Tumeurs cérébrales chez l'enfant. (Jean-Léon DesRochers)	203
Traumatismes crâniens. Le traitement d'urgence des (Claude Bertrand)	1298	Tumeurs intracrâniennes. (Fernand Charest) ..	198
Trichloréthylène en chirurgie dentaire. Le (M. Clermont)	685	Tumeurs primitives de l'uretère. Les (Jean Charbonneau)	555
Triple deuil pour l'Association. (H. Trudel) ..	1292	U	
Tuberculeux. Propos sur la réadaptation du (Joseph Millet)	424	Ulcère de Mooren. La greffe lamellaire de la cornée dans l' (Claude Monfette)	1322
Tuberculose à Montréal. La situation de la (Adélard Groulx)	67	Ulcères variqueux. Sur un traitement général des u. v. et des plaies atones par les "hormones nerveuses". (Pierre Grobon)	860
Tuberculose génito-urinaire par la streptomycine et l'huile de chaulmoogra. Traitement de la (A.-Edouard Desjardins)	429	Ulcus peptique. A propos de perforations d' (J.-Emile Simard)	1188
Tuberculose laryngo-bronchique et streptomycine. (Jules Hallé et André Pothier)	787	"Union Médicale du Canada" en 1880. L' . 73, 221, 338, 477, 604, 729, 865, 997, 1124, 1241, 1343, 1463.	
Tuberculose pulmonaire. A propos des séjours écourtés en sanatorium pour (J.-P. Paquette) ..	1099	V	
Tuberculose pulmonaire chez la femme et deductions thérapeutiques. Importance des troubles du fonctionnement utéro-ovarien pour l'éclosion, le développement et l'évolution de la (Jean Albert-Weil)	154	Variétés et variations. (Edouard Desjardins) ..	907
Tuberculose pulmonaire. La part des ponctions-biopsies dans le diagnostic de la (G. Giraud, P. Casal, F. Boyer et J. Mirouze)	1293	Vitamine B₁₂ serait-elle la principale substance antianémique des extraits de foie? La (Roma Amyot)	64
Tuberculose pulmonaire. Traitement de la t. p. par le thiosulfate de sodium. l'extrait aqueux de pancréas et l'extrait lipidique de rate. (Jean Albert-Weil)	923	W	
		Wilms — Cure de onze ans. Tumeur de (Eugène Gaulin)	1314
		Z	
		Zona. Nouveau traitement du z. au bureau du praticien. (Louis-Joseph Gobeil)	1237

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES

A			
Accidents. Individus prédisposés aux	1351	Auréomycine. Connaissances actuelles sur la thérapeutique à l'	1466
Actinomycose	872	Auréomycine. Chloromycétine et a.: résultats thérapeutiques.	1466
Adénite cervicale et radiothérapie	482	B	
Alcool intraveineux dans le traitement de l'asthme. L'	609	Balanite spécifique. Le problème de la. — La vulvo-vaginite primaire syphilitique	734
Alcoolique? Pourquoi une personne est-elle ..	345	B. C. G. à l'armée. Note sur l'application de la prémunition par le	732
Amputation basse de la cuisse. Technique d'..	225	B. C. G. dans les pays scandinaves. La vaccination contre la tuberculose par le	76
Anémie artérielle orthostatique	1344	B. C. G. La vaccination par le	1245
Anesthésie et les soins pré et postopératoires dans l'opération de Blalock-Taussig. (A propos de 100 cas de maladie de Fallot opérés). L'	1245	Béryllose. Diagnostic de la b. par le dosage de béryllium	1251
Angine de poitrine. La vitamine E dans le traitement de l'	732	Bismuthothérapie orale en dermatologie	1350
Angiocardiographie dans les cardiopathies congénitales. Interprétation. Valeur. Indications. L'	1348	Blocs de branches à propos de 252 cas. Considérations sur les	607
Angiographie cérébrale par l'artère vertébrale.	334	C	
Anneau lymphoïde de Waldeyer. Notions préliminaires sur la radiothérapie de l'	612	Canal artériel. Traitement chirurgical de la persistance du	78
Anxiété. Contre les manifestations somatiques de l'	335	Cancer bronchique coexistant. Tuberculose pulmonaire active et	1131
Appendicite. Traitement prophylactique de l'..	728	Cancer du duodénum	481
Appendiculaires. Lésions a. dans la rougeole au stade d'incubation	872	Cancer du sein. La valeur de la mastectomie simple et de la radiothérapie dans le traitement du	737
Arriération mentale. Causes prénatales de l'..	335	Cancer primitif de l'uretère	871
Artériographie dans les moignons pathologiques. De l'	480	Carcinome du poumon et examen microscopique des crachats	473
Artérites. La place de la surrénalectomie dans le traitement des	870	Cardiopathies congénitales cyanogènes. Importance du cathétérisme du cœur pour leur diagnostic différentiel	869
Arthrite rhumatoïde. La chrysothérapie intense dans l'	1466	Cavum. Symptomatologie des lésions du ...	611
Arthrite rhumatoïde et sels d'or	864	Céphalée après la ponction lombaire	862
Arthrite rhumatoïde. Traitement de l'	862	Chloromycétine et auréomycine: résultats thérapeutiques.	1466
Asthmatique. Rôle des médications sympathicomimétiques dans le déterminisme des états de mal	75	Circulation chez l'homme. Etudes sur la. — Effet du cédilanid (lanatoside C) sur le débit cardiaque et la P. A. dans la circulation pulmonaire chez des patients avec un cœur compensé et décompensé	869
Asthme. L'alcool intraveineux dans le traitement de l'	609	Cirrhose biliaire xanthomateuse	345
Atabrine sur les troubles du rythme. Action de l'	870	Collapsothérapie aux Etats-Unis. Les principes actuels de la	1128
Audition. L'état actuel des épreuves objectives de l'	609	Collapsothérapie. La streptomycine en vue de la	868
Auditive. Insuffisance a. et pseudo-débilité mentale	733	Coma. Le diagnostic d'un	863
Auréomycine en tuberculose pulmonaire. L'emploi de l'	1127		

Coramine à l'électro-choc. Traitement de l'excitation au cours des psychoses par l'association de la	344	Epithélioma baso-cellulaire par injection d'extraits de tissus. Traitement de l'	735
Coronarienne. Observations sur l'action de l'ergonovine sur la circulation c. et son utilisation pour faire le diagnostic d'insuffisance coronarienne	732	Ergonovine. Diagnostic de l'insuffisance coronarienne par l'	606
Coronarienne par l'ergonovine. Diagnostic de l'insuffisance	606	Ergonovine sur la circulation coronarienne et son utilisation pour faire le diagnostic d'insuffisance coronarienne. Observations sur l'action de l'	732
Croups infectieux. Les	734	F	
Cubitus et du radius. Les fractures de l'extrémité supérieure du	344	Facteur Rh, conçu pour tout un Etat. Un plan d'hygiène publique, relativement au	612
Cyanose chez les enfants provoquée par une concentration trop élevée en nitrate dans l'eau de boisson dans la partie rurale de la province de Saskatchewan	605	Fibrillation auriculaire. Cœur normal et	1349
Cyanose des nourrissons par concentration élevée de l'eau en nitrates.	609	Fibrillation ventriculaire paroxystique avec guérison	867
Cycle menstruel sur les troubles fonctionnels des cardiaques. L'influence du	1128	Fibrillation ventriculaire passagère	868
Cystectomie totale. A propos d'une technique de	1468	Fluorescéine dans les artérites des membres inférieurs. Mesure de la vitesse circulatoire segmentaire par la	605
Cyto-hormonale. Etude c.-h. — Les psychoses post-partum	227	G	
D		Gastrectomie. Le syndrome de la	474
Diabète. Implantation sous-cutanée d'insuline dans le traitement du	867	Gastrectomie totale. Incision abdomino-thoracique combinée, spécialement conçue pour les cas de g. t. et d'œsophagogastréctomie.	225
Diabète temporaire produit chez l'homme par l'hormone adrénocorticotrope de l'hypophyse	479	Gaz moutarde dans le traitement des leucémies. Les	1126
Diagnostic. La pathologie de la réinfection. Quelques causes d'erreurs de	1348	Gaz moutarde sur les tissus hématopoïétiques normaux et néoplasiques. Effets histopathologiques du	81
Dihydrostreptomycine contre la tuberculose. La	864	Glomérulo-sclérose intercapillaire	75
Disque intervertébral. Lésion du	342	Glycémie. Une méthode rapide pour connaître la	347
Diurétique mercuriel	864	Glycol. Exploitation commerciale des vapeurs de	612
Duodénite du D ₂ et les problèmes qu'elle soulève. La	77	Greffe veineuse de grande dimension dans les thromboses artérielles étendues. Possibilité de	1129
E		H	
Eclampsie. Le pentothal dans l'	728	Hémangio-endothélioblastome du cœur.	1125
Electrocardiogrammes. La signification des e. normaux chez le vieillard.	1467	Hémiplégie infantile. Cicatrices cérébrales chez des enfants atteints d'	1468
Electro-choc contre l'agitation de certains syndromes mentaux. Action confirmée de l' ..	334	Hémorragies et les ulcérations gastriques par lésions de l'appareil cérébro-spinal. Les ..	76
Electro-choc. Signification pronostique de la reprise du poids des mentaux traités à l' ..	334	Herpétiforme. Eruption h. multiple et persistante.	1250
Electro-choc. Traitement de l'excitation au cours des psychoses par l'association de la coramine à l'	344	Histoplasmine. Observations préliminaires chez un groupe d'écoliers de la province de Québec. Sensibilité à l'	606
Electro-encéphalographie dans le diagnostic des crises épileptiques de l'enfant. Importance sémiologique de l'	1467	Hydrochlorure d'émétine utilisé dans le traitement de l'alcoolisme chronique par réflexe conditionnel. Mort due à une maladie cardiaque après usage d'	1349
Enurésie. Traitement médical de l'	603	Hyperhidrose. Traitement de l'	473
Epidurales rachidiennes non tuberculeuses. Les infections	340		

Hypertendu. Etude psychologique de l'	1002	Méningées. Etude d'une variété particulière de réactions m. cliniques au cours des affections génitales chez la femme; intégrité du L. C.-R. Curabilité immédiate de la méningite par un traitement chirurgical approprié de l'affection pelvienne.	1126
Hypertension artérielle. Le traitement chirurgical de l'	224	Mésentérique. L'occlusion vasculaire	341
Hypertension artérielle. Quoi de neuf en thérapie de l'	727	Moignons pathologiques. De l'artériographie dans les	480
Hypertension. Toxicité du thiocyanate utilisé dans le traitement de l'	1247	Myasthénie grave. Nouveau médicament contre la	727
Hyperthyroïdie et psychisme	228	Myocarde dans l'insuffisance cardiaque progressive. Histo-pathologie du	230
Hypervitaminose D. L'	79		
Hypophyse. Diabète temporaire produit chez l'homme par l'hormone adrénocorticotrope de l'	479		
I			
Ictère catarrhal. Rapports entre le syndrome biologique et l'aspect histologique de la période critique de	222	Néosynéphrine. Traitement de la tachycardie paroxystique supraventriculaire par la	733
Iléite régionale. Une entité pathologique, l'	345	Néphrose du néphron distal. Troubles de la fonction rénale dans la	737
Infarctus du myocarde. La dérivation xyphoïdienne VE2 normale et pathologique. Contribution au diagnostic topographique de l'	1000	Nerf cubital. Paralysie tardive du	602
Infarctus du septum interventriculaire	1248	Nerf honteux interne. Traitement de la névralgie du	862
Infarctus du septum interventriculaire diagnostiquée avant la mort. Perforation d'un	1352	Neurologie. Les acquisitions nouvelles de la	1000
Influenza entre les épidémies et les variantes antigéniques de ces virus. Etude sur la survivance des virus de l'	482	Neurosyphilis par la pénicilline seule ou combinée à la malariathérapie. Le traitement de la	602
Influenza. Importance de la composition antigénique du vaccin contre l'i., en rapport avec la protection obtenue contre la maladie naturelle	738	Nitrates de l'eau de puits. Intoxication par les	609
Insuline protomine modifiée (N P H-50). Expérience clinique avec une nouvelle	1125	Nocardiose purement granulomateuse: une nouvelle maladie à champignons diagnostiquée par le parasite intracellulaire	613
K			
Köhler II. L'importance de l'ostéonécrose dans la maladie de	81	Nutrition influence-t-elle la résistance naturelle aux maladies infectieuses. Oui ou non, la	340
L			
Lésions torpides du sommet? Que faut-il penser des	223		
Liquide céphalo-rachidien: céphalique et rachidien.	602		
Lobotomie. Douleurs intolérables et	862		
Lymphogranulome de Hodgkin. La lésion exsudative du	231		
M			
Maladie de Fallot. L'anesthésie et les soins pré et postopératoires dans l'opération de Blalock-Taussig. (A propos de 100 cas de m. de F. opérés).	1245	Obèses. Considérations d'actualité sur le traitement des	1345
Mastectomie. La valeur de la m. simple et de la radiothérapie dans le traitement du cancer du sein	737	Œsophagogastrectomie. Incision abdomino-thoracique combinée, spécialement conçue pour les cas de gastrectomie totale et d'	225
		Ostéonécrose dans la maladie de Köhler II. L'importance de l'	81
		P	
		Parkinsoniens. Traitement des syndromes p. en clientèle.	1248
		Parkinson. Maladie de P. traitée par le benadryl	473
		Pénicilline-arsénobenzol-bismuth. Traitement mixte et massif de la syphilis par	1130
		Pentothal dans l'éclampsie. Le	728
		Pentothal en goutte à goutte intraveineux. Le	864
		Phéochromocytome malin et hypertension	1250
		Pneumonie lobaire. L'étude comparative de la sulfadiazine, de la pénicilline et de la pénicilline combinée avec la sulfadiazine dans le traitement de la	1346

Pneumoconiose secondaire aux émanations de la bauxite.	1470	Surrénalectomie dans le traitement des artérites. La place de la	870
Pneumopéricarde spontané	869	Syphilis. Développements récents dans le traitement de la	229
Pneumopéritoine artificiel. L'épanchement péritonéal secondaire au	1346	Syphilis récente. Traitement surintensif de la Syphilis. Traitement mixte massif de la s. par pénicilline-arsénobenzol-bismuth.	611 1130
Pneumopéritoine comme traitement de la tuberculose. Le	76	T	
Pneumothorax. Rôle du traumatisme au début d'un	1244	Tachycardie paroxysmale bénigne chez un garçon de 10 ans.	1344
Pneumothorax spontané tuberculeux	1244	Tachycardie paroxystique. Traitement de la t. p. supraventriculaire par la néosynéphrine. . .	733
Poliomyélite avec paralysies. La	734	Thiocyanate utilisé dans le traitement de l'hypertension. Toxicité du	1247
Poliomyélite. Lésions cardiaques dans la	1470	Thrombose du réseau de Chiari	868
Poliomyélite sans paralysie. La	871	Thyrotoxicose. Le traitement de la	727
Ponction lombaire. Dans la céphalée tenace qui suit la	727	Tocophérol dans les maladies cardiovasculaires. Les résultats négatifs de l'emploi du	1466
Procaïne en intraveineuse. La	727	Tomographie simultanée. Théorie et technique de la	481
Psychiatrie dans tout hôpital général. Un service de	863	Toxoplasmose du nourrisson. La	1249
Psychoses du post-partum. Etude cyto-hormonale. Les	227	Transfusions de remplacement pour érythroblastose fœtale. Nécrose massive du foie à la suite de	346
Pulmonaires fugaces. Les infiltrats	1347	Transplantation tendineuse dans la paralysie définitive du nerf radial. La	1349
Pulmonaires. Le diagnostic différentiel des lésions	1346	Tuberculeuse primaire. La prévention de l'infection t. p. chez les étudiants en médecine: l'autopsie, source d'infection.	1347
R		Tuberculose à la croisée des chemins. La ..	1347
Radiologique. Une méthode rapide d'examen r. du grêle.	873	Tuberculose. La prévention de la: facteurs environnants.	1467
Réinfection. Quelques causes d'erreur de diagnostic. La pathologie de la	1348	Tuberculose. Le diagnostic de laboratoire de la ..	613
Relation de cause à effet. Application au diagnostic et au traitement.	75	Tuberculose. Le pneumopéritoine comme traitement de la	76
Relation entre la nutrition et l'infection chez l'enfant.	1351	Tuberculose. Le test tuberculinique, facteur essentiel dans le contrôle de la	1244
Réticulo-endothéliose non lipidique: maladie de Letterer-Siwe.	614	Tuberculose. Le traitement de la t. par la streptomycine.	480
S		Tuberculose par le B. C. G. dans les pays scandinaves. La vaccination contre la	76
Schizophrénie. Traitement de	864	Tuberculose pulmonaire active et cancer bronchique coexistant.	1131
Services médicaux. Amélioration de la qualité des	736	Tuberculose pulmonaire. Le traitement de la t. p. par la streptomycine.	728
Souffle systolique de pointe. Résultats de la confrontation anatomo-clinique dans 171 cas de	607	Tuberculose pulmonaire. Traitement de la t. p. par le thiosulfate de soude, l'extrait de pancréas et de rate.	1244
Splénectomie. Les indications de la	607	Tympaniques. Fermeture des perforations	228
Streptomycine dans le traitement des infections osseuses chroniques. La	226		
Streptomycine en vue de la collapsothérapie. La	868		
Streptomycine. Le traitement de la tuberculose par la	480		
Streptomycine. Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la	728		
Sulfamidothérapie trivalente. La	603		

U	
Ulcère gastro-duodéal. Nouvelles données sur le traitement de l'	731
V	
Vagotomie.	473
Vagotomie. L'aspect physiologique de la ..	472
Vagotomisés. Sur l'évolution des	473
Vasculaires cérébraux chez les jeunes. Les troubles	1129
Veratrum Viride dans l'hypertension artérielle. Le	602
Vitamine A dans les surdités. Emploi de la ..	1352
Vitamine B ₁ dans les anesthésies locale et rachidienne. La	482
Vitamine B ₁₂ dans le traitement de la dégénérescence combinée de la moelle. Efficacité de la	222
Vitamine C et métabolisme du fer	1243
Vitamine E dans le traitement de l'angine de poitrine. La	732
Vulvo-vaginite primaire et syphilitique. La ..	734

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

A		D	
ALBERT-WEIL, Jean	154, 923	DAGUET, G.	1126, 1324
ALLARD, Eugène	688	DAMBASSIS, Jean-N.	1182
AMYOT, Roma	64, 65, 129, 227, 228, 472, 559, 645, 727, 731, 749, 864, 991, 994, 1041, 1043, 1120, 1161, 1311, 1340, 1393, 1425, 1471.	DARGIS, Jean	229, 341, 344, 479, 482, 605, 606, 612, 613, 736, 738, 1351, 1468, 1468.
ARCHAMBAULT, Paul-René	75, 76, 480, 732, 868, 1128, 1244, 1245, 1346, 1347, 1348, 1467, 1467, 1468.	DAVID, Paul	580, 605, 607, 732, 733, 869, 870, 1000, 1245, 1247, 1248, 1348, 1349, 1466, 1467, 1467.
ATTENDU, C.-A.	1479	DEROME, L.	1084
AUTONIOTTI, U.	1307	DESJARDINS, Edouard	3, 304, 429, 907
B		DESROCHERS, Jean-Léon	203, 1434
BAILLARGEON, Bernard	282	DONTIGNY, Paul	416, 538, 670
BEAULIEU, Emile	1233	DORE, Réal	54, 1117
BEDARD, O.	972	DUBE, Edmond	1039, 1364
BEIQUE, Léon	1474	DUBE, Louis-Félix	599
BEGIN, B.-G.	793	DUBEAU, Marius	394
BELANGER, Léonard-F.	533	DUFRESNE, Origène	1285
BELISLE, L.-P.	1045	DUFRESNE, Roger-R.	523, 720, 1287
BELLEFEUILLE, Paul de	609, 733, 734, 871	DUMAS, Paul	1326, 1482
BERTRAND, Albert	940	DUPUIS, Ronald	465
BERTRAND, Claude	12, 1298, 1432	F	
BESANÇON, L. Justin	329	FORGET, Ulysse	51
BLAIN, Emile	722	FORTIER, De la Broquerie	571
BOULANGER, Jacques	291	FORTIER, Marcel	435
BOULANGER, J.-B.	344, 1000, 1002, 1129, 1248, 1345.	G	
BOURGEOIS, Paul	186, 206, 1398	GAGNON, E.-D.	1474
BOURQUE, Jean-Paul	549, 1081	GAGNON, Jacques	833, 1239
BOUTIN, J.-R.	588	GAGNON, Roméo	1231
BOYER, F.	1293	GALLIE, W. E.	582
BRAHY, Jules	472, 1454	GAREAU, J.-Roger	81, 230, 231, 345, 346, 347, 606, 737, 867, 868, 869, 872, 1125, 1243, 1250, 1251, 1344, 1352.
BRAULT, Jean-Paul	871, 1468	GAULIN, Eugène	1314
BRODEUR, Paul	182	GAVARDIN, Michel Bourgeois	394, 1164, 1405
BURCKEL, J.	74, 76, 77, 222, 828	GERIN-LAJOIE, Léon	385
C		GERVAIS, Maurice	78, 224, 341, 465, 480, 482, 607, 870, 952, 1129, 1364.
CABANA, J.-Ernest	196	GIRAUD, G.	1293
CAZAL, P.	1293	GOBEIL, L.-J.	1103, 1239
CHARBONNEAU, Jean	555	GRENIER, E.-P.	959
CHAREST, G.	1451	GRIGNON, René	1477
CHAREST, Fernand	198	GROBON, Pierre	860
CHARETTE, H.	840	GROULX, Adélarde	67, 457, 854, 1224, 1448
CHARLAND, Richard-A.	228, 609	H	
CHENEVERT, Robert	718	HALLE, Jules	787
CLERMONT, Moïse	685	HANDFIELD, J.-P.	1352
CODOUNIS, A.	26, 1059	HEBERT, Auguste	192
CORNIL, Lucien	1307	HENRY, François	333
CORRIVEAU, A.-R.	980		
CYR, Donat-Paul	822		

J		
JARRY, J.-A.	1490	
JEAN, André	1126	
JOHNSON, Réginald	1093, 1128	
JULIEN, P.-E.	837	
JUTRAS, Albert	325, 392	
L		
LAFOND, Guy	342, 344, 1349	
LAFRAMBOISE, Georges	289	
LAMOUREUX, Louis	394, 1164, 1405	
LAMY, Rouville	986	
LAPERRIERE, Vincent	707	
LAPIERRE, Jeanne	1350	
LAPOINTE, Gaston	1191	
LARICHELLIERE, Raymond	1206	
LASALLE, G.	819	
LATRAVERSE, Valmore	611, 934, 1208	
LAULAN, Robert	1332	
LAURENDEAU, Edmond	1328	
LAURIER, Ruben	793	
LAUZE, Simon .. 340, 613, 614, 809, 1470, 1470		
LAUZER, Rosaire	287	
LEBEAU, René	1071	
LECLERC, G.	1476	
LEDUC, Gaston	1202	
LEGAULT, Jean-Paul	578, 1079	
LEGER, Jean-Louis	481, 737, 873, 1334	
LEGER, Lucien	912	
LEONARD, Claude	940	
LEPINE, Edgar	226	
LEPINE, Pierre	7	
LeSAGE, Jean	209, 316, 1444	
LETIENNE, René	693	
LETONDAL, Paul	79, 531, 1114, 1249	
LIBERSON, W. T.	648	
LOIGNON, Gaston	966	
LONGPRE, Daniel	982	
LONGTIN, Madeleine	1439	
LORTIE, Edouard	701	
M		
MANTHA, Léopold	35, 162, 268	
MARCEAU, Gilles	1196	
MARCHAND, J.-C.-A.	1303	
MARIN Albéric	918, 1476	
MARION, Donatien	1292	
MARTIN, Hon. Paul	449, 848	
MASSE, Philippe	912	
MASSON, Gaston	571	
MILLET, Joseph	424	
MIROUZE, J.	1293	
MONDELLO, Roméo	1227	
MONFETTE, Claude	1322	
N		
NEWMAN, E. V.	133	
NOEL, J.-Ovila	988	
O		
OSTIGUY, Marcel	715	
P		
PANET-RAYMOND,	966	
PANNETON, Philippe	594	
PAQUETTE, J.-P. 223, 498, 780, 1099, 1127, 1244		
PARADIS, Bernard	704	
PILON, J.-Louis	949	
PINSONNEAULT, G. 49, 294, 446, 816, 945		
PLICHET, A. .. 215, 469, 596, 857, 1337, 1460		
POIRIER, Paul	990	
POTHIER, André	787	
POTVIN, Edmond	1101	
POULIOT, Antoine	659	
PRUD'HOMME, Jean 75, 222, 477, 867, 1125		
R		
RICARD, Hector	1484	
RICARD, P.-M.	804, 1013	
RINFRET, Lucien	697	
ROBILLARD, Eugène	462	
ROBILLARD, Rosario	439	
ROSSIGNOL, J.-C.	712, 977	
ROY, François	259	
S		
SAINT-MARTIN, M.	819	
SAUCIER, Jean	1389, 1419	
SEGUIN, Fernand	1088	
SIMARD, J.-Emile	1188	
SMITH, Henri .. 611, 734, 735, 1130, 1250, 1437		
SMITH, Pierre	225, 255, 481, 846	
STAHL, A.	1307	
T		
TORMEY, Léonard L.	300	
TREMBLAY, Gérard-O.	1318	
TRUDEL, Hermile 5, 131, 388, 775, 910, 1290, 1292, 1397.		
TURCOT, Jacques	259	
TURCOT, Roland	571	
TURCOTTE, Maurice	567	
V		
VAILLANCOURT, De Guise	1173	
VALIN, R.-E.	184	
VEZINA, Norbert	804	

IN MEMORIAM

ÉMILE LEGRAND
(1896-1949)

Lorsqu'on m'a confié la périlleuse mission de faire l'éloge d'Emile Legrand j'ai accepté immédiatement, à la façon d'un réflexe, sans arrière-pensée, sans consulter et sans discuter.

Un panégyrique dicté par l'amitié et dont la rédaction s'inspire avant tout de facteurs affectifs ne peut réunir les qualités d'ordre et le souci d'exactitude chronologique — tou-



J'ai obéi au fort instinct de l'amitié, à la joie de revivre par le souvenir les bons moments que nous avons passés ensemble et au devoir de mieux faire connaître à ceux qui n'ont pas été à son contact assidu ce parfait exemple de la bonne santé mentale.

jours un peu triste et ennuyeux — d'un éloge académique. Le lecteur aura vite fait de remarquer la spontanéité d'expression, l'absence d'emphase et de solennité. Ce mode de présentation et cet avertissement étant présents, admis, pardonnés et bien compris, je

tourne le dos à l'apparat — qu'il aimait si peu — et je donne libre cours à mes commentaires sans autre ordre que celui que pourra réaliser le jeu des associations mnésiques.

Je connaissais Legrand depuis l'université. Il était de la promotion immédiatement antérieure à la mienne. Je conserve de lui, malgré le tragique des circonstances de sa mort, un souvenir où dominant sa gaîté, son entrain, son fort tonus affectif et sa joie de vivre. Il me semble qu'un récit qui se propose pour thème un abrégé de la carrière d'Emile Legrand ne doit pas être déprimant et je ne vois aucun paradoxe à résumer sa vie sous l'angle de la bonne humeur car ce précieux attribut n'est pas l'antithèse du chagrin. On sait, par ailleurs, que la tristesse, verbale ou plastique, n'est pas une garantie de sincérité.

Dès sa troisième année de médecine il m'avait fait part de son choix. Ses lectures, ses goûts, tendances et amitiés l'orientaient vers la neuro-psychiatrie et vers la médecine légale psychiatrique. Un an d'internat au sanatorium Prévost scella définitivement son destin psychiatrique.

On se souvient qu'il fut boursier de la Province. Il étudia en France avec Claude, de Clérambault, Logre, Heuyer, Souques et Babinski. Il obtint le titre de médecin-légiste de l'Université de Paris. Il me paraît important et opportun de signaler que dès 1923 il se lia d'amitié avec l'excellent psychiatre Albert Brousseau, alors chef de clinique de Claude, et, circonstance assez spéciale aux yeux des initiés, également disciple bien-aimé de de Clérambault. C'est assurément au contact de Brousseau qu'il se familiarisa avec la sémiologie psychiatrique. C'est à son école qu'il apprit les bonnes lectures, les rédactions médico-légales définitives, les subtilités de l'interrogatoire, les imprévus du prétoire, bref, la technique de l'expertise psychiatrique.

Chez Claude il connut la psychiatrie traditionnelle, nuancée et mise à jour par les commentaires de Brousseau. Chez de Clérambault, il discerna l'importance des phénomènes psycho-sensoriels et il observa à loisir le comportement des malades atteints de psychoses

toxiques. A la Salpêtrière et à la Pitié il acquit la formation clinique qui fit de lui un bon neurologue. Il a toujours conservé dans la suite le goût de la bonne sémiologie française, chère à Chaslin et à tous ceux qui continuent d'aimer ce qui est limpide.

* * *

De retour au Canada il fit rapidement autorité auprès des tribunaux et ses témoignages d'expert représentent probablement la partie la plus importante de son œuvre scientifique. A peine commençait-on à le connaître un peu que le titulaire de neurologie, Albert Prévost, mourut accidentellement en 1926. La Faculté demanda immédiatement à Legrand de donner les leçons de neurologie. Je sais qu'il s'acquitta admirablement de cette tâche et il assura l'intérim jusqu'à ce qu'on lui offrit la chaire de psychiatrie quelque dix ans plus tard. Grâce à ce concours de circonstances et grâce aussi à son attachante personnalité il vit rapidement accourir à sa consultation un nombre toujours croissant de malades neuro-psychiatriques et cette clientèle, qui devint vite énorme, lui demeura fidèle jusqu'à sa mort.

Dès 1926, la Commission des Accidents du Travail lui confia les expertises industrielles neuro-psychiatriques. Ce nouveau poste représentait un travail considérable, mais il semble qu'il intégra tout naturellement cette nouvelle responsabilité à sa besogne quotidienne et que ce supplément fut absorbé allègrement. L'intérêt d'un litige médico-légal avait pour effet de déterminer chez lui une extraordinaire facilité de rédaction qui allégeait sa tâche. Ses rapports médico-légaux sont des modèles de finesse, d'exactitude et de prudence. S'il n'avait été médecin il fut devenu un avocat remarquable. Il était assez sévère dans ses appréciations d'invalidité mais il était aussi très équitable devant les justes revendications. Il était impitoyable pour les simulateurs qu'il se plaisait à prendre au piège et à confondre. Legrand était solidement bâti et, loin de l'abattre, le travail le stimulait.

On sait qu'il dirigeait à la Faculté l'enseignement de la psychiatrie et ses proches se rappellent combien cette responsabilité lui tenait à cœur. Ceux qui le connaissaient peu ont pu demeurer sous l'impression que sa psychiatrie était trop traditionnelle, un peu vieillotte et dépourvue du dynamisme sur lequel insistent tant les écoles issues de la doctrine freudienne. Les observateurs superficiels ont peut-être cru qu'il était demeuré partisan du seul enseignement descriptif, qu'il n'insistait pas suffisamment sur l'importance des tests psychologiques et qu'il était opposé aux procédés psychanalytiques de diagnostic et de traitement. Rien n'est plus inexact. On peut admettre qu'il n'a pas accepté d'emblée de faire table rase du passé et cette attitude de prudence ne peut être que louée, mais il faut ajouter qu'il était parfaitement au courant de l'évolution psychiatrique et qu'il utilisait couramment les tests psychologiques. Quant au psychodiagnostic et à la psychothérapie purement psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique il ne s'y est jamais opposé, à ma connaissance, mais je sais qu'il faisait des réserves — justifiées à ses yeux de légiste entraîné à l'appréciation des faits concrets — lorsqu'il s'agissait d'admettre la totalité des mécanismes invoqués pour interpréter et expliquer la genèse, puis la guérison de certains états psychopathiques. On n'ignore pas qu'il a organisé les diverses cliniques psychiatriques de la ville à partir des conceptions les plus récentes, acceptant ainsi les avantages de toutes les méthodes de l'investigation psychiatrique moderne. On doit aussi accepter de croire qu'il n'a jamais refusé d'utiliser les méthodes et techniques qui ont fait leurs preuves et je sais qu'il était en train d'organiser, peu de temps avant sa mort, un enseignement post scolaire qui devait donner à toutes les écoles psychiatriques l'assurance de s'exprimer librement. Je sais encore qu'il a toujours laissé à ses collaborateurs la liberté la plus entière dans leur enseignement pourvu qu'ils accordassent à la psychiatrie la primauté et le rang hiérarchique qu'il n'entendait pas qu'elle perdît. Envisagé sous cet éclairage, Legrand était un professeur judi-

cieux, toujours prêt à admettre les suggestions justifiables, mais justement intransigeant lorsqu'on essayait de déplacer les valeurs ou d'assimiler la médecine psychiatrique à une science plus ou moins fantaisiste ou simplement non médicale.

* * *

Après la mort du Professeur Barbeau, on lui offrait le poste de psychiatre de la prison de Bordeaux. Comme il ne savait pas refuser il accepta encore cet écrasant fardeau. On se rappelle avec quelle habileté il conduisit ses enquêtes et avec quelle sûreté il défendit ses opinions, habituellement inattaquables.

Sait-on encore que Legrand avait obtenu de Québec et d'Ottawa des prérogatives du plus haut intérêt, et pour la psychiatrie et pour l'essor des jeunes psychiatres canadiens. Au moment où j'écris ces lignes, je ne puis dire exactement l'étendue de son action féconde, mais j'ai de bonnes raisons de croire, à la suite des dernières conversations que nous eûmes ensemble, qu'il avait déjà accompli beaucoup. Nous serons mieux en mesure de juger dans quelques mois.

Nos collègues anglo-saxons le connaissaient bien et ils ont reconnu en lui aussi bien le neurologue que le psychiatre. L'Institut neurologique de Montréal l'appelait, dès 1934, à faire partie du groupe de ses neurologistes consultants et l'« American Psychiatric Association » lui demanda d'organiser chez les psychiatres francophones de la Province l'apport scientifique canadien-français à son congrès de mai dernier dont les assises se tenaient à Montréal.

* * *

J'ai déjà dit que Legrand avait une clientèle fantastique. Ses malades occupaient une large part des lits du sanatorium Prévost. Il en avait également à l'Hôtel-Dieu, à Notre-Dame, à St. Mary, pour ne mentionner que ces colonies les plus importantes. Que dire maintenant de sa consultation de la rue Cherrier? Pour bien imaginer ce qui s'y passait, il est nécessaire de situer Legrand en quelques traits sur le plan affectif et social. Il était un des hommes les plus charitables que l'on puisse

rencontrer. Il était pourvu d'une bonté inénarrable, dont on a souvent abusé. Ses intimes savent combien il était bohème; du bohème, il avait les petits défauts et les grandes qualités. L'argent le laissait assez indifférent. Il était animé d'un zèle extraordinaire lorsqu'il s'agissait de rendre service à un ami et, parfois même, à un indifférent. Il était éminemment affable. Il était constamment de bonne humeur et son optimisme communicatif se traduisait extérieurement par ce sourire mobile et nuancé que ses malades n'ont pas oublié. Il n'avait pas d'ennemis sérieux. Il aimait la vie et les détails mesquins ne l'arrêtaient jamais longtemps. Le tact et l'esprit d'à-propos étaient chez lui tellement instinctifs qu'on ne remarquait pas ces dons précieux, innés et affinés au cours d'une longue expérience des actions et réactions humaines, à la cour, à la ville et chez les détenus.

Ces quelques remarques expliquent suffisamment l'affluence des malades qui accouraient à sa consultation. Celle-ci fut jusqu'à la fin un défilé incessant de malades psychiatriques de tous les milieux, présentant toute la gamme de l'angoisse, de l'excitation, de la revendication, de la niaiserie, de l'amour de soi et de la sincérité, se renouvelant ou récidivant tous les jours, avec ou sans rendez-vous, avec ou sans les émoluments conventionnels. Il n'était pas rare qu'à son salon d'attente un juge fut le voisin d'un boxeur, qu'une péripatéticienne fut assise en face d'une enfant de Marie et qu'une grande dame attendît son tour auprès d'un ivrogne maculé. Tous ces individus, de matricules sociaux et spirituels différents répondaient au dénominateur commun de la névrose ou de l'accident neurologique. A son contact, la plupart repartaient rassérénés, conquis, presque heureux. Je me demande si Legrand adressait des notes d'honoraires. A quel moment eût-il pu le faire? Ses loisirs étaient encore accaparés par sa besogne de secrétaire de la Faculté, par ses voyages d'expert, par ses missions toujours plus fréquentes à Québec et à Ottawa et par les quelques heures qu'il accordait à la détente proprement dite. Certains cyniques de ses amis ont dit qu'il n'aurait jamais trouvé le temps de se marier.

On imagine qu'un homme aussi vibrant, aussi vivant, n'était pas étranger aux beautés de l'art et de la nature. Il allait à la chasse et à la pêche, non pas pour tuer du gibier ou pour capturer des poissons, non pas non plus pour satisfaire au sadisme indirect que peuvent être ces deux sports, mais par goût de la nature. Il était un fidèle assidu des Concerts Symphoniques, il possédait de jolies toiles et il avait réussi de belles reliures. Il était devenu sportif par hygiène mais sans excès. Il avait conservé un mauvais souvenir de l'équitation. Il aimait passionnément le hockey. Des esprits chagrins verront peut-être à ce goût une faiblesse et un certain puérilisme. Ceux-là comprennent mal le besoin de la détente chez un gros travailleur et ils ignorent que les combats de boxe réunissent au premier rang des magistrats, beaucoup de médecins, des présidents de société de bienfaisance et jusqu'à des jeunes filles timides.

* * *

On connaît mieux la portée de l'œuvre de Legrand depuis qu'il est mort. On disait couramment qu'il était parfaitement renseigné sur une foule de questions mais on voit mieux aujourd'hui comme il analysait bien les situations, comme il savait utiliser les circonstances et comme il n'était pas facile de l'influencer lorsqu'il avait pris une décision. Il est bon de souligner aussi qu'il savait demander conseil et qu'il écoutait les bons avis. Il ne prenait jamais de décisions importantes sans consulter ceux qu'il jugeait ses amis et ses fidèles collaborateurs.

Il ne faudrait pas séparer chez lui, d'une part, le compagnon aimable, toujours dévoué, toujours souriant, toujours enclin au badinage et à la solution optimiste et, d'autre part, l'organisateur, l'expert intelligent et sérieux, l'enseignant soucieux de sa tâche et le neuropsychiatre à la fois traditionnel et ouvert à tous les courants de la pensée. Legrand était tout cela à la fois. Je m'associe à l'affliction de ses amis, de ses parents, de ses malades et surtout au chagrin de son frère Hervé, qui a perdu en lui le compagnon de tous les jours et j'offre à tous l'hommage indéfectible de la vieille amitié que m'unissait à lui.

Jean SAUCIER.

BULLETIN

UNE ANNÉE SE TERMINE, MAIS UNE AUTRE RECOMMENCE

Un autre tour de piste tire à sa fin.

On a parcouru une fois de plus le chemin tracé; le même, toujours le même, accompagné de son petit monde de pensées, de sentiments, d'appétits, de projets, d'espoirs, de joies et de peines, de préjugés et parfois d'idéals.

On a vieilli d'une année dans le petit monde de sa maison, de sa famille, du cercle étroit de ses amis, de son village, de sa ville, bien souvent uniquement de son quartier sans avoir réussi à reculer les limites de ses horizons, sans avoir réussi à assimiler les modalités de penser et les modes de vie des hommes qui ne sont pas de son petit monde. Sans avoir pu avec plus de succès prévenir le malaise qu'on ressent à vivre dans un monde inusité, dans un milieu étranger par la langue, les coutumes et surtout par la façon de penser et de sentir.

Cette marche en rond, quelle est monotone si elle n'est sublimée par la charité, par le désir de servir, de comprendre, de juger peu et d'excuser beaucoup, enfin par l'espoir que ce périple en circuit fermé n'est pas l'unique destinée de l'homme.

Au point de départ pour 1950, nous souhaitons aux amis de notre Journal, que la santé leur permette d'atteindre ces objectifs qui leur procureront le moins éphémère des bonheurs, le plus pur, sans artifice aucun et sans amertume du lendemain.

Mais portons notre attention sur des considérations plus objectives, et tâchons de formuler des vœux plus adaptés à notre statut médical.

Le hasard de quelques lectures nous aidera à cette fin.

D'abord ces paragraphes du Prof. Eric Martin, de Genève, dans un article à l'éloge de la Médecine d'expression française et en introduction au dernier Congrès français de médecine dont il fut le secrétaire général:

«...La médecine d'expression française n'est pas seulement représentée par « la somme des travaux écrits en langue française. Elle ne se limite pas à « l'apport quantitatif des médecins français, belges, canadiens ou suisses. C'est

« tout autant une orientation propre de la pensée médicale, fruit d'une longue tradition, une manière d'enseigner, de former les étudiants et de sélectionner les élites... »

« ...La médecine de la personne humaine, telle que nous devons l'enseigner, ne peut être limitée au triomphe du laboratoire ou au succès du diagnostic automatique fourni par une équipe de spécialistes anonymes... »

« ...Pour maintenir cette tradition médicale, pour y introduire nos élèves, nos méthodes européennes ne sont pas périmées. La préparation sérieuse que nous demandons à nos étudiants, le culte des humanités que nous cherchons à leur inculquer, l'intérêt que nous portons dans nos enseignements aux problèmes de pathologie générale, le contact avec les malades, que nous leur facilitons au cours de stages prolongés, sont la meilleure manière de les initier à une médecine scientifique et, en même temps, profondément humaine... »

Médecine et Hygiène, Genève, 1 oct. 1949.

Et puis quoi, sinon que les disciplines de la médecine d'expression française représentent un fait réel et une valeur incontestable; sinon que ce fait et cette valeur méritent d'être sauvegardés, d'être assimilés et vécus. C'est qu'elles représentent beaucoup plus qu'une véritable tradition.

L'Ecole française mérite d'avoir ses prosélytes, ses disciples parce qu'elle est avant tout humaine, qu'elle enseigne une application qui exige le contact immédiat entre le médecin et le malade, des rapports directs et personnels entre les deux.

Tout en reconnaissant la valeur indiscutable du laboratoire, elle ne lui attribue pas systématiquement la priorité et ne le dispose jamais de façon à ce que le malade en soit dissimulé aux sens et à l'entendement de son médecin.

Nos vœux sont que cet aspect de l'enseignement et de l'exercice de la médecine, non exclusivement mais bien symbolisée par la médecine d'expression française, ne se perde pas dans l'esprit de nos gens.

* * *

Le Prof. Maurice Roch fut le président du 27^{ème} Congrès français de médecine. Nous extrayons ces quelques passages de son discours d'inauguration¹.

« ...Il s'agit tout simplement de se remettre à pratiquer avec sérieux et conscience l'examen clinique comprenant l'interrogatoire du malade, l'obser-

1. Nous publierons le mois prochain le discours en entier du prof. Roch. Il est une leçon de mesure et de bon sens, appliqués à la compréhension de la médecine, et de juste appréciation des valeurs dans son enseignement et sa pratique.

« tion attentive des symptômes qu'il présente, la recherche des signes faits tout
« d'abord avec les moyens les plus simples, les plus directs et le moins d'appareils
« possible: une serviette, un stéthoscope, un appareil à mesurer la tension arté-
« rielle, une montre marquant les secondes et une épingle, n'oublions pas l'épin-
« gle; on le voit, il n'est besoin que d'outils que tout médecin possède, mais dont,
« trop souvent, il néglige de se servir comme il néglige d'exercer ses yeux, ses
« oreilles et ses mains... »

« ...Cette technique de l'examen clinique, on néglige trop de l'enseigner
« aux étudiants qui ne cachent pas leur mépris pour ces procédés élémentaires
« et qui cessent de les employer dès qu'ils savent lire une radiographie, inter-
« prêter un frottis de moelle, voir des microbes agglutinés sur la platine d'un
« microscope... »

« ...En bien des cas, l'interrogatoire apporte des renseignements essentiels
« et suffisants à l'établissement du diagnostic. »

« ...Est-il possible d'estimer numériquement cette valeur? Un cardiologue
« américain de grande réputation, P. D. WHITE, l'a tenté: il accorde 54% aux
« anamnestiques, 30% à la recherche des signes physiques, 10% à l'électro-
« cardiographie, 5% aux examens radiologiques, le 5% restant aux diverses
« analyses, épreuves fonctionnelles, etc. Bien entendu, il s'agit d'une appré-
« ciation toute personnelle qui concerne les cardiopathies et rien d'autre. Malgré
« les idées que je professe, j'aurais moi-même été moins généreux que White... »

« ...Quant au problème de l'enseignement, la revalorisation de l'examen
« clinique doit permettre aux professeurs des grandes disciplines médicales de
« voir dans le malade un tout, un ensemble d'organes étroitement dépendants
« les uns des autres, en corrélation constante non seulement par contiguïté,
« mais encore par l'intermédiaire du système nerveux et des humeurs circulantes... »

Médecine et Hygiène, Genève, 15 oct. 1949.

Cela signifie-t-il que seul l'examen clinique, que l'enseignement clinique uniquement sont à intégrer dans notre conception de la médecine actuelle? Que non pas. Ce serait rétrograder désespérément. Mais, bien plutôt, il s'agit d'établir une hiérarchie des valeurs, de disposer les moyens selon leur importance respective, autant auprès du malade, qu'au milieu d'un groupe d'étudiants qu'on est chargé d'instruire et de former.

Nous souhaitons qu'on n'oublie jamais que la clinique est la première avenue qui conduit à l'identification du syndrome ou de la maladie et conséquemment au traitement approprié.

* * *

Enfin, le docteur Pierre Lépine accordait récemment une entrevue à l'un de nos confrères. Voici ce qu'il disait entre autres vérités:

«...Evidemment, la recherche pure n'est pas toujours immédiatement « payante ». Mais il faut comprendre qu'investir dans les laboratoires est « encore le meilleur des placements. Par exemple, on dépense des sommes considérables dans le traitement de la poliomyélite. Si utiles et indispensables « que soient ces dépenses du point de vue social, elles n'avancent cependant en « rien la solution du problème. Tandis que les sommes utilisées par les laboratoires de recherches pour la prévention de la maladie nous apporteront un « jour des résultats qui, tout en faisant avancer la science, rendront inutiles « les sommes énormes qu'exige aujourd'hui le traitement de cette terrible maladie... »

«...Voilà ce qu'il importe d'inculquer dans l'esprit des gens. Et voilà « dans quel sens qu'il faut développer les universités... »

L'Information médicale et paramédicale, Montréal, 1er novembre 1949.

Il paraît facile d'être logique et conséquent. Et pourtant que d'illogismes, que d'enthousiasmes irréfléchis; parfois simulés et intéressés, chez les hommes en général et même chez les médecins. L'ignorance, l'irréflexion, l'insouciance et l'incurie font qu'on ne voit pas l'essentiel et qu'on se laisse fasciner et éblouir par des idées ou des actes dont l'importance et la portée sont accessoires. Un seul coup de marteau sur la tête d'un clou l'enfonce dans la pièce de bois, de multiples coups sonores, impressionnants appliqués à côté ne produisent aucun effet. Qu'on pratique le culte de la réflexion et de l'essentiel dans tous les domaines et plus particulièrement en biologie, en biochimie, en médecine et que de recherches seront abrégées ou aiguillées vers d'autres objectifs, que de campagnes seront conduites dans le public avec plus de modération et de raison!

Nous souhaitons que la recherche bien orientée, parfaitement mûrie conduise nos laboratoires canadiens, et plus particulièrement ceux de nos universités, vers des découvertes qui créeront plus de bonheur et de sécurité parmi nous.

Roma AMYOT.

LE XXème CONGRÈS REMIS EN SEPTEMBRE 1950

Dans la dernière livraison de l'Union Médicale, nous vous annonçons pour juin prochain la tenue du XXème congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. Mais, depuis, nous avons été placés, contre notre gré, dans la stricte obligation de le retarder. Et nous pouvons vous dire que la date en a été définitivement fixée aux 25, 26, 27 et 28 septembre 1950, et les séances se tiendront en l'hôtel Mont-Royal à Montréal.

Nous avons été forcés par certaines circonstances hors de notre portée de prendre cette attitude et les officiers du XXème congrès continuent à travailler ferme de façon à rendre cette réunion scientifique intéressante pour les médecins praticiens qui sont invités à nous faire tenir leurs précieuses suggestions.

Le docteur J.-A. Vidal, président, se remet de l'accident qu'il a subi récemment et, de sa couche d'hôpital, il continue à suivre de très près toute l'organisation qu'il veut aussi parfaite que possible. Et les confrères qui le supportent dans sa tâche ne cessent de se dévouer malgré ce contretemps.

Nous disons contretemps que plusieurs regardent déjà comme une bonne chose car, paraît-il, les épouses des médecins n'y voient pas là une épreuve insurmontable, la saison d'automne se prêtant bien à une échappée des devoirs quotidiens.

Soyons assurés que le XXème congrès n'en perdra pas en ampleur ni en développement.

Hermile TRUDEL,
secrétaire trésorier général

LEÇON INAUGURALE¹

Paul BOURGEOIS,

Professeur titulaire de la chaire d'Urologie, Université de Montréal.

En ce jour qui marque officiellement l'ouverture des cours théoriques d'Urologie, pour l'exercice 1949-1950, je suis très ému de vous témoigner, Monsieur le Doyen et Messieurs les Membres du Conseil, ma reconnaissance la plus sincère pour l'honneur que vous me faites en m'appelant à la Chaire de Spécialité.

Vouloir cacher sous une froide indifférence la joie que j'en ressens me paraît absolument impossible, car cet événement réalise l'une de mes ambitions les plus chères. L'effort que j'ai fourni et les nombreux sacrifices que j'ai imposés à mes parents, à ma femme et à mes enfants trouvent pour ainsi dire, dans ce couronnement, la récompense attendue.

En 1938, la Faculté de Médecine continuant son programme d'expansion, décidait de créer une chaire d'Urologie, soulignant par ce geste l'importance que prenait, dans l'univers entier, le développement de la médecine moderne.

Comme premier titulaire, elle y appelait l'homme de l'heure, celui dont le nom était sur toutes les bouches, Oscar Mercier. Sa renommée internationale était déjà faite, son prestige grandiose et cette nomination semblait garantir, à l'Université de Montréal toute entière, un pas de plus dans la voie de la célébrité.

La Providence ne l'a pas voulu ainsi; le 21 septembre 1945, une terrible nouvelle jetait dans la consternation la profession médicale canadienne-française. Une tragédie de l'onde ravissait en pleine gloire un homme d'une robustesse à toute épreuve.

N'ayant pas eu l'honneur d'être son assistant ou son élève, je n'ai pu pénétrer dans l'intimité de son service, mais cependant je considère qu'il est de mon devoir de lui rendre, aujourd'hui, le tribut que lui doit et lui devra

longtemps l'Urologie canadienne et surtout l'Urologie canadienne-française.

Après de longues études à Paris, sous la direction de Gustave Marion, Mercier se découvre l'ambition de devenir un pionnier; il décide de rentrer au Canada et de commencer la lutte pour ériger en spécialité reconnue, cette branche de la chirurgie qui marche alors à pas de géant. Il connaît à l'avance les difficultés qu'il lui faudra vaincre ou contourner pour atteindre son but. Habitué qu'il est de travailler fermement et de ne jamais reculer, même devant ce qui paraît un grand sacrifice, il n'hésite pas à rompre avec ses attaches sentimentales, pour aller ailleurs semer et récolter.

En 1928, soit à 30 ans, il devient chef du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu; son travail acharné, ses publications nombreuses, qui ne se limitent pas simplement aux journaux de la métropole mais s'étendent aux revues américaines et au *Journal d'Urologie*, lui amènent, de bonne heure, des collaborateurs dévoués. Des conférences aux différentes associations de praticiens, des présentations de cas intéressants, des résultats heureux lui attirent la sympathie et l'encouragement de la clientèle.

De plus, l'exécution, apparemment simple et facile, de certaines techniques reconnues jusque là hasardeuses, éveille la curiosité des chercheurs et c'est ainsi que, dès le début, le nom de Mercier se répand comme une traînée de poudre et les cadres de son service ne font que grandir.

Au bout de quelques années, le nombre de lits s'est multiplié par dix et, de partout, les malades affluent pour bénéficier des soins compétents du jeune Maître déjà grand.

A Paris, au cours de rencontres de nos Maîtres réciproques, Marion et Papin, j'avais entendu parler d'Oscar Mercier. Il était fort souvent question de lui. Marion en parlait avec admiration et le reconnaissait comme

1. Prononcée le 2 novembre 1949 à l'Université de Montréal.

l'un de ses plus brillants élèves. De son côté, Mercier avait conservé pour son Maître une affection qu'il ne manqua jamais de manifester et, même durant les jours sombres de la dernière Grande Guerre, il a su trouver le moyen de rester en correspondance avec lui.

En différentes occasions, il nous fut donné de le rencontrer au chevet de malades qui, par un caprice bien légitime, désiraient soumettre à son approbation l'opinion que nous avions émise. Sa grande modestie, son coup d'œil rapide et sa franchise savaient en quelques minutes convaincre l'intéressé et lui faire entrevoir, sous un jour favorable, le résultat espéré.

La respectueuse considération, que lui témoignaient ses collègues anglais, était le fruit de la reconnaissance professionnelle que la valeur scientifique impose. Il leur avait fait comprendre l'importance clinique de l'Ecole Française à tel point qu'à la moindre réunion à Montréal d'un groupe d'urologues canadiens, ceux-ci souhaitaient toujours être invités à l'Hôtel-Dieu. Ils étaient assurés, en plus d'une cordiale réception, d'un programme technique des plus intéressants.

Le traitement chirurgical des affections des reins en fer à cheval, de l'urétrorrapie circulaire après résection du rétrécissement traumatique, un procédé personnel pour la cure de l'épispadias féminin représentaient, pour un grand nombre d'entre eux, des nouveautés de première importance.

Dans les rencontres à l'étranger, Mercier jouissait également d'une popularité remarquable; dans les discussions subséquentes aux présentations de travaux, il était toujours écouté religieusement et ne craignait pas d'exposer ouvertement son opinion.

Et c'est ainsi qu'il devint, par sa compétence honnête et son mérite personnel, le porte-parole des urologues canadiens-français. Il fit partie d'un comité de trois membres chargés, par le Collège Royal des Chirurgiens du Canada, d'étudier les qualifications au certificat de spécialité. Il a été l'un des fondateurs de la « Canadian Urological Associa-

tion » et il était membre actif d'un grand nombre de sociétés internationales.

Comblé d'honneurs, arrivé encore jeune au sommet de la Profession, Mercier aurait pu, en raison de son épuisant labeur quotidien, ignorer les problèmes de ceux qui le suivaient. Cependant, il nous accueillait toujours favorablement et nous encourageait à la persévérance même aux moments troublés de notre vie professionnelle.

Il a su, par l'exemple, imposer à ceux de son école une discipline rigoureuse. La ponctualité, la précision et le travail d'équipe lui ont permis de faire de son service un centre comparable à ceux des grands maîtres de notre Histoire.

Et lorsque la mort est venue le ravir trop prématurément à ceux qui l'entouraient, il avait accompli une tâche formidable; il laissait à sa famille le nom d'un grand chrétien et d'un grand patriote; à ses successeurs, une responsabilité colossale, celle de maintenir bien haut ce qu'il incarnait aux yeux du Continent: l'Urologie française.

Les hommes passent, le temps demeure et l'enseignement doit continuer. C'est pourquoi voilà qu'à mon tour je dois assumer la responsabilité du professorat.

Dès 1929, lors de mon internat senior, j'avais commencé à trouver dans l'urologie cet attrait qui nous attire vers ce qu'il y a de clair et facile à comprendre. Il me semblait qu'en face des moyens dont disposait alors cette fille aînée de la chirurgie, il était facile d'expliquer la clinique et le diagnostic. Peu de spécialités du temps pouvaient contrôler, de visu, la lésion responsable des symptômes fonctionnels ou physiques. L'importance de la cystoscopie et de la pyélographie n'était plus à démontrer et la marche rapide des événements ouvrait un vaste champ à nos jeunes aspirations.

Mon enthousiasme ne rencontra pas partout l'encouragement qu'il attendait; on me répétait que, pour arriver dans ce domaine, il fallait absolument une forte préparation en chirurgie générale, si bien qu'au moment

de mon départ pour l'Europe, on me dirigeait vers les grands services de France pour y faire des stages successifs.

A l'automne de 1929, je me retrouvais à Strasbourg dans les cliniques considérables et très achalandées des Professeurs Stolz et Leriche. Mes débuts y furent presque héroïques. Le contact du malade, rendu des plus difficiles par le manque de connaissance de la langue, m'obligea à des cours d'allemand et, malgré tous mes efforts et ma bonne volonté, malgré les propositions qui paraissaient se dessiner, je décidai, au temps des fêtes, de revenir à Paris pour me sentir plus à l'aise et tirer profit de mon séjour à l'étranger.

A Lariboisière, dans le service du Professeur Georges Labbey, il me fut donné d'assister à des démonstrations peu ordinaires en chirurgie abdominale. Les amputations du rectum, les hystérectomies totales, les gastrectomies s'exécutaient avec la régularité et l'élégance de ces merveilleux manuels que nous connaissons tous: « Les précis de techniques opératoires des Prosecteurs de la Faculté de Paris ». A tel point que nous avions l'impression d'entendre le chirurgien réciter sur place les pages qu'il avait écrites quelques années auparavant. Mais, là encore, malgré cet entourage des princes du temps, je ne me sentais pas tout à fait dans mon milieu et, aux jours de congé, je m'empressais d'aller dans le service voisin admirer timidement l'homme qui demeure aujourd'hui, l'une des grandes figures que la chirurgie ait connues, le Professeur Gustave Marion.

Sa grande réputation attirait chez lui nombre d'étrangers venant de toutes les parties du monde. On y retrouvait des Français, des Américains du Sud, des Egyptiens, etc... Aux jours de clinique magistrale, aux visites du pavillon Civiale et aux séances opératoires, il fallait jouer des coudes et même des pieds pour se dénicher une place de premier plan, si bien que je désespérais de pouvoir un jour me plaire à cet endroit.

Durant l'été de 1930, une entrevue avec le Professeur Albert LeSage, de Montréal, m'informait que les Chefs de Notre-Dame cro-

yaient le temps venu de me diriger, pour mes deux dernières années, vers un Service d'urologie, si l'idée m'en souriait encore.

Je vous prie de croire que je ne me fis pas, par deux fois, répéter l'invitation et, dès le lendemain, je m'arrangeai à cet effet.

Me rappelant les recommandations que m'avaient faites mon frère, le Professeur B.-G. Bourgeois, de ne pas revenir au Canada sans avoir retrouvé celui qui, dès 1903, lui avait enseigné les principes de la cystoscopie, j'allai directement vers l'hôpital Saint-Joseph, rue Pierre-Larousse, pour y rencontrer celui qui demeure toujours pour moi le Maître, Edmond Papin.

Il me semble que c'était hier qu'eut lieu notre premier contact. Conduit par une infirmière vers la salle d'opérations, j'arrivai juste au moment où Papin terminait une néphrectomie. Un beau sourire, un coup d'œil inquisiteur des assistants et fini, tout le monde sort de la pièce. Sans avoir eu le temps de dire un mot, me voilà seul avec la religieuse. Déconcerté, je m'informai si le programme continuait. La religieuse un peu surprise m'annonça que « si ».

Pendant ce temps-là, une discussion s'élevait dans le corridor. (On émettait des hypothèses sur ma nationalité; on voulait bien connaître mon nom. Je me rappelle encore De Berne Lagarde qui répétait à qui voulait l'entendre: « Je vous dis que c'est un Boche » et les commentaires de continuer. Il fallait croire que ma tête carrée et mes cheveux courts ne leur revenaient pas. Et le patron de dire: « C'est bien simple, offrez-lui de signer son nom. »

Je vois encore la porte s'ouvrir lentement; l'interne Patry, poussé par les autres, s'avancer avec circonspection pour me demander: « Monsieur, voulez-vous vous enregistrer? » Et moi, ébahi, répondre d'une voix de stentor: « Certainement. » Ce simple mot suffit pour les faire tous accourir, regarder dans le livre et s'exclamer: « C'est un Canadien. »

Tout était consacré. En quelques minutes, l'accueil le plus chaleureux était terminé et je devenais membre de cette grande famille

qui comprenait : Papin, De Berne Lagarde, Verliac, Huas, Busser, Simkov, Bordas et tant d'autres.

Edmond Papin, chirurgien des Hôpitaux, chef du Service de chirurgie urinaire de l'hôpital Saint-Joseph, avait été le dernier chef de Clinique de celui que l'on considérera toujours comme le fondateur de l'Urologie, Félix Guyon. Il était demeuré son disciple préféré et, comme lui, se faisait un devoir de transmettre à tous ses élèves les fruits de ses hautes connaissances et de son expérience. Son œil doux, son sourire invitant faisaient disparaître toutes nos inquiétudes à taxer sa patience ou à l'importuner. En plus de me traiter comme un fils, il m'a tracé un programme bien défini. Il était parfaitement au courant du rôle que nous, Canadiens de langue française, sommes appelés à jouer dans le rapprochement de nos deux grandes races. Sa largeur d'esprit lui avait conquis tous les cœurs : ses invitations à l'étranger, notamment aux Etats-Unis, les rencontres que nous avons faites dans son service de Lichtenberg, de Berlin, de Waltman Walters, de la Mayo Foundation, de Shivers, de Philadelphie, de Collings, de New-York, et d'autres, sont à l'appui de la renommée que ses travaux lui ont acquise. Il a été le père de la pyélographie, il demeure incontestablement l'autorité sur la classification et le traitement chirurgical des anomalies rénales, il a été le créateur de l'urétérostomie iliaque et le promoteur de l'énerivation rénale. Il a laissé un grand nombre de techniques personnelles qui, pendant longtemps encore, rendront de grands services à l'humanité souffrante.

Pendant plus de deux ans, j'ai eu l'insigne honneur de travailler, sans bruit, sous sa directive. L'intimité de l'hôpital Saint-Joseph, différente des centres de l'assistance publique, nous permettait d'entrer en relation avec des Maîtres qui, bien qu'ils ne semblaient pas faire partie des noms à la mode, n'en restaient pas moins des hommes de première valeur. A certains jours du mois, nous fraternisions sans cérémonie avec Ambard, de Strasbourg, Chauvin, de Marseille, Jeanbreaux, de Montpellier,

Lepoutre, de Lille, Maisonneuve, du Val de Grâce, et bien d'autres. Tous, à Paris, pour l'assemblée mensuelle de la Société d'Urologie, commençaient par venir l'avant-midi faire un brin de causette avec leur ami Papin. L'atmosphère était des plus agréables, des plus affables et servait de prélude aux discussions de l'après-midi.

C'est avec un vif sentiment de fierté et de gratitude que j'offre à mon Maître, rappelé par l'Eternel le 26 janvier 1946, l'honneur qui m'échoit aujourd'hui. Je le remercie de l'enseignement qu'il m'a inculqué et je ferai tout en mon possible pour le continuer.

En 1932, je revenais à l'hôpital Notre-Dame, rempli d'enthousiasme et de projets. J'étais immédiatement attaché, à titre de bénévole, au Service de Chirurgie. Pendant trois longues années, je dus, comme tous mes prédécesseurs, commencer par faire mon jour de garde et me plier à la discipline du service.

Depuis 17 ans, j'ai été en mesure de réaliser l'extrême importance d'un début surveillé. J'ai compris, comme le dit Lecène, que la clinique et l'honnêteté doivent rester la base de toute chirurgie digne de ce nom. « Il faut savoir pour appliquer et non pas intervenir pour le plaisir d'opérer. »

A tous mes Maîtres, Harwood, Trudeau, Bourgeois, Gagnon, Blagdon, Gariépy, qui m'ont instruit, à tous mes collègues qui m'honorent de leur confiance et à tous mes amis de Notre-Dame qui m'ont soutenu de leurs conseils et de leur encouragement, je profite de la circonstance pour leur dire, aujourd'hui, merci.

Ma reconnaissance leur est acquise et mon concours assuré!

L'urologie, spécialité qui s'occupe exclusivement des maladies chirurgicales de l'appareil urinaire de l'homme, de la femme et de l'enfant et qui se complète par l'étude et le traitement des affections de l'appareil sexuel masculin, a pris naissance, si l'on peut dire, au cours du siècle dernier.

Condenser dans cette leçon les différentes étapes qui ont marqué les progrès fantastiques depuis son humble début, représente une

tâche impossible à réaliser en regard de la justice et de la vérité.

Nous sommes réellement bien loin du jour où Guyon déclarait, au cours d'une description magistrale du lithotriteur: « Cet instrument merveilleux qui nous a permis d'atteindre au summum l'art d'examiner la vessie. »

La lampe froide d'Edison, le perfectionnement incroyable de l'optique, l'onglet d'Albaran, le développement du bistouri électrique sont autant de facteurs responsables aujourd'hui de cette récente chirurgie appelée transurétrale. L'imagination créatrice de nos prédécesseurs et de nos contemporains nous permet d'être fiers de l'arsenal endoscopique qui rend possible actuellement la pratique journalière courante.

Le résectoscope, né des travaux de MacCarthy, modifié par Stern et Collings, consacre de nos jours ce que Luys, 20 ans plus tôt, n'avait pu imposer. Sa haute précision ajoute à son utilité premièrement conçue et son emploi universel donne l'espoir de services sans limitation.

L'endoscopie urologique reste la mère de toutes les autres et continue de paver la route aux spécialités qui, dans l'exploration de certaines cavités, utilisent ce que nous appelons les voies naturelles.

L'extraction des corps étrangers, le broiement des calculs vésicaux et les manœuvres instrumentales, considérées il y a quelques années comme des actes difficiles d'exécution ou impossibles à réaliser, deviennent, avec le recul du temps, de simples affaires de routine.

La qualité du matériel employé ne laisse plus de craintes aux hasards dangereux et l'aide précieuse de l'industrie nous permet d'entrevoir une conception encore plus pratique de l'instrumentation.

Mais en plus de cet avancement qui émerveille même les profanes, l'évolution de l'urologie reste étroitement liée aux progrès de la chirurgie en général.

La découverte de l'anesthésie en 1850, par Long et Morton, les travaux de Lister, de Pasteur, de Halsted, de Chaput avaient donné

le coup de fouet à l'effort gigantesque d'un siècle.

« Maîtres de la douleur qu'ils étaient parvenus à abolir, maîtres aussi de l'infection par la pratique de l'asepsie, les chirurgiens voyaient s'ouvrir devant eux le champ merveilleux d'une action thérapeutique dont les ressources semblaient illimitées. »

En moins de 50 ans, la chirurgie d'exérèse était pratiquement réglée, du point de vue technique, et la période contemporaine y a peu ajouté. La guerre de 1914-1918 en apportait la démonstration et laissait croire que l'on devrait pendant longtemps rester sur place, près du sommet, à tel point qu'au soir de sa vie, un des chirurgiens français les plus prestigieux, dont le talent avait le mieux aidé à régler la technique moderne des opérations gynécologiques, pouvait, jetant un regard complaisant sur les réalisations brillantes de son époque, déclarer à peu près, avec un mélange de fierté et de profond scepticisme: « Nous avons fait la chirurgie moderne. Il ne restera guère à nos successeurs et le champ de leurs efforts ira vraisemblablement s'amenuisant. »

Voulant témoigner par ces paroles que l'homme n'est pas éternellement perfectible, Jean-Louis Faure demeurait étranger à une chirurgie merveilleuse et magnifique qui naissait sous ses yeux et dont le domaine allait s'étendre de si féconde manière: la chirurgie physiologique.

Ce passage, emprunté à Jean Sénèque, avait déjà été pressenti par Lecène, en 1923, alors qu'il insistait sur la souveraineté de la physiologie en médecine. Il affirmait que le chirurgien doit penser en physiologiste qui répare de son mieux ce qu'il a pu faire de dégâts en opérant, et non plus seulement en anatomiste qui dissèque rapidement, coupe et s'en va triomphant.

Ces notions déjà lointaines ont été bien comprises. Elles ont stimulé la recherche et nous ont conduits à une chirurgie moins agressive et moins brutale. Elles ont ouvert le champ aux interventions à visée fonctionnelle

et permis la réversibilité d'états pathologiques qui semblaient du seul ressort de la médecine interne. Elles ont érigé en principe fondamental la connaissance du bilan du malade et prévenu, dans certains cas, des désastres imminents.

La chimie, la biologie ont également fourni un ensemble d'évaluations qui permettent de varier la condition générale du futur opéré, d'apercevoir les insuffisances ou encore les altérations fonctionnelles et le sens des corrections à apporter.

La physiologie a introduit et fait adopter en chirurgie les examens pré et postopératoires systématiques; elle a étudié la maladie opératoire et son traitement; nous lui devons, dans un grand nombre de cas, la paix à nos alarmes.

En résumé, la Médecine expérimentale et les sciences de base sont peut-être la clef de voûte de nos succès, quelquefois incroyables, et traduisent tout simplement la nécessité de leur connaissance pour la prolongation de la moyenne de la vie.

La gravité de l'acte opératoire s'efface de jour en jour. L'art merveilleux qu'est devenue l'anesthésie, par son développement prodigieux et l'extrême variété de ses moyens, offre à l'opéré l'assurance de l'insensibilité, souvent indifférente, et le maximum de sécurité. La précision de son contrôle a fait disparaître les opérations héroïques et n'oblige plus à la rapidité exécutoire des siècles passés.

La radiologie n'est pas restée étrangère au progrès apporté au chapitre du diagnostic. La mise au point de l'urographie descendante de Lichtenberg donne des renseignements de plus en plus précis, non seulement par l'image évidente de la lésion, mais aussi sur la valeur fonctionnelle des reins. Son interprétation en position debout, couchée ou latérale, supprime, dans un grand nombre de cas, la crainte de l'instrumental.

Et tout dernièrement, malgré le luxe fabuleux de la thérapeutique d'aujourd'hui, la découverte de la pénicilline, par Fleming, présageait le rôle extraordinaire de ces pro-

duits sensationnels que vous connaissez tous, les « Anti-Biotiques ».

Si bien qu'en 1949, malgré l'accomplissement qui tient presque de la perfection, malgré ses exigences rigides et sévères, l'urologie demande à ses adeptes de continuer la marche en avant. Elle entrevoit d'un œil rempli d'espérance l'utilisation des ondes ultrasoniques dans le traitement des tumeurs malignes; elle attend du rein artificiel des sauvetages dignes de ce nom et elle utilise de la plastique les éléments ou principes nécessaires à la correction des infirmités.

A plusieurs elle redonne le complexe de la joie de vivre; pour tous elle demeure l'une des gloires les plus brillantes de la spécialisation en médecine.

* * *

Cette trop courte revue du parachèvement que nous connaissons à l'heure actuelle ne doit pas vous pousser à un enthousiasme exagéré. Nous ne devons pas perdre de vue que les élèves de quatrième année ont d'abord pour première ambition de devenir des médecins. Suivant certaines circonstances, la majorité d'entre eux devra s'adonner à la pratique générale et ce n'est que le petit nombre qui poursuivra le long et ardu programme de l'entraînement postscolaire.

Le premier objet de notre enseignement n'aura donc pas en vue la formation de spécialistes, mais celui de vous faire l'exposé le plus simple possible des données et des applications ayant rapport à l'urologie dite médicale.

Nous nous rappellerons que l'étude de la douleur, des troubles de la miction et des modifications pathologiques des urines restent toujours à la base du diagnostic des maladies de l'appareil urinaire; que la vue, le palper et le toucher sont encore les moyens physiques les plus précieux que la clinique nous fournisse dans la classification des maladies; que le cathétérisme est une manœuvre intelligente, qui a pour but de conduire à travers l'urètre un instrument bien choisi, et que, malgré son apparente simplicité, il n'exige

pas moins de la douceur, du lubrifiant et de la patience.

Le petit nombre d'heures qui nous est concédé à l'horaire de la Faculté nous obligera à condenser fortement la vaste matière qui nous intéresse; il est plus que probable que nous pourrons faire des oublis, mais je prends la liberté de vous assurer que les professeurs agrégés, les assistants et les chargés de travaux pratiques demeureront toujours à votre service, pour vous aider du fruit de leur expérience.

Leur concours sincère et dévoué, que je me plais publiquement à reconnaître, joint à leurs qualifications incontestables, allège, à l'avance, le souci que nous avons tous de bien faire.

Si nous semblons, à certains moments, vous tenir loin de l'unité de cystoscopie ou du champ opératoire, ne croyez pas que nous voulons garder pour nous le secret de l'inconnu ou le monopole de l'exploitation.

Nous croyons qu'il vous sera plus utile de savoir que, souvent, celui qui se plaint du mal de reins n'en a jamais souffert; que le rétentionniste peut aussi bien être un médullaire; que le cancer du rectum peut laisser croire à des troubles prostatiques.

Le médecin se départit trop facilement et trop vite de certains malades qui lui reviennent de droit. Malgré la tendance moderne et louable de la thérapeutique dite spécifique, le massage de la prostate, la dilatation de l'urètre, les injections vésicales et les instillations demeurent des moyens utiles, efficaces et nécessaires. Dans le traitement des infections urinaires, la chirurgie cède une grande partie de ses droits et privilèges anciens aux antibiotiques. Leur application, facile d'accomplissement et bien dirigée, vous fera con-

naître des succès profitables au recrutement d'une clientèle lucrative.

Nous voulons simplement, en un mot, vous rappeler qu'en face du malade, le rôle de l'urologue se borne à celui d'être votre complément.

Pénétrés de la responsabilité qui nous incombe, fidèles au Serment d'Hippocrate qui formule: « Tous les médecins seront tes Frères », obéissant au code du Collège Royal des Chirurgiens du Canada, respectueusement soumis à la morale médicale, nous entreprendrons de vous guider dans l'étude des principes généraux de notre spécialité.

Nous espérons, avec votre diligence intéressée, atteindre notre but et démontrer que la compétence et la dignité constatée chez nos médecins praticiens demeurent toujours le plus beau fleuron à l'enseignement reçu.

Monsieur le Doyen,
Messieurs les Membres du Conseil,
Mesdames,
Mesdemoiselles,
Messieurs,

Les obligations toujours croissantes du lourd fardeau que nous imposent nos devoirs hospitaliers m'ont empêché d'apporter à cette leçon inaugurale toute l'attention que vous étiez en droit d'espérer.

Je compte sur votre compréhension et votre indulgence pour voir dans ces prémices une autre preuve de mon esprit de collaboration.

J'espère que l'avenir me permettra de demeurer digne de votre confiance et de rester un professeur dévoué pour l'élève, un travailleur assidu pour la Faculté et un défenseur jaloux de l'Université de Montréal.

CONSIDÉRATIONS SUR LA RACHIANESTHÉSIE LA TECHNIQUE D'ETHERINGTON WILSON

Louis LAMOUREUX, et **M. BOURGEOIS-GAVARDIN,**
 Directeur du service d'Anesthésiologie, Anesthésiste,
 du "Queen Mary Veterans' Hospital", Montréal.

La rachianesthésie fut une découverte accidentelle lorsqu'en 1885, J. L. Corning, de New-York, injecta par hasard de la cocaïne dans l'espace sous-arachnoïdien d'un chien. L'Allemand Bier, en 1898, se fit injecter à lui-même de la procaine dans le canal rachidien et se livra à la première étude expérimentale et clinique de la question. Tuffier et Reclus, en France, introduisirent la méthode, et la mirent au point en tant qu'anesthésie chirurgicale.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Nous ne rappellerons pas ici l'anatomie de la moelle épinière et de la colonne vertébrale que décrivent les traités d'anatomie; nous nous bornerons à rappeler certaines particularités utiles à l'anesthésiste.

Le sommet de la courbure lombaire sur le sujet en décubitus dorsal est la troisième vertèbre lombaire. Le point le plus bas, par contre, est la quatrième vertèbre dorsale.

En décubitus ventral, la quatrième vertèbre dorsale est le sommet de la colonne vertébrale, alors que la troisième vertèbre lombaire en est le point le plus bas situé.

Les dix vertèbres dorsales inférieures ont leur apophyse épineuse au niveau du corps de la vertèbre sous-jacente. Au niveau de la première vertèbre lombaire, l'apophyse épineuse correspond au niveau de l'espace intervertébral sous-jacent. Toutes les autres apophyses épineuses lombaires sont horizontales et découvrent ainsi l'espace intervertébral qui se trouve perpendiculaire au plan de la peau.

La longueur de la ligne inter-iliaque à la septième vertèbre cervicale est de 16 à 22 pouces.

La moelle se termine au bord inférieur de la première vertèbre lombaire chez l'adulte et

au niveau de la troisième lombaire chez l'enfant.

La moelle donne naissance à 31 nerfs spinaux dont le niveau d'origine sur la moelle et le niveau d'émergence du canal vertébral sont intéressants à connaître pour l'anesthésiste.

TABLEAU I

<i>Niveau de sortie du canal</i>	<i>Origine à la moelle</i>
C 1-8	C 1-7
D 1-4	D 1-3
D 5-12	D 4-10
L 1-5	D 10-12
S 1-5	D 12 et LI

Le tableau suivant indique les nerfs que doit intéresser l'anesthésie suivant le siège de l'opération.

TABLEAU II

<i>Niveau de l'anesthésie</i>	<i>Nerfs intéressés</i>
Périnée	Nerfs sacrés inférieurs
Au ligament de Poupart	LI et en dessous
A l'ombilic	D10 et en dessous
A l'appendice xyphoïde	D6 et en dessous
Au mamelon	D4 et en dessous
A la clavicule	D1 et en dessous

La distance D1 — C4 est d'environ 5 cm. Elle représente la marge de sécurité.

Il faut rappeler cependant que lorsqu'on fait monter une anesthésie rachidienne jusqu'au niveau de la première vertèbre dorsale, l'anesthésie de la peau au niveau des premiers espaces intercostaux peut être incomplète en raison des rameaux cutanés que donnent jusqu'au troisième espace intercostal les branches du plexus cervical.

Le liquide rachidien a un volume de 20 à 35 cc. dans la moelle. Sa circulation est négligeable, sa densité varie entre 1.001 et 1.010, elle est en moyenne de 1.006.

Dans le sac dural, on rencontre les racines antérieures et postérieures du nerf spinal, ainsi que les rameaux communicants blancs.

CONSIDÉRATIONS PHYSIQUES

Le comportement de la substance injectée dans le canal médullaire dépend de plusieurs facteurs.

1) La dispersion dépend de la force de l'injection qui agit sur l'extension du médicament dans le canal.

2) La convection. Ce terme désigne le déplacement que subit, in toto, la solution injectée, dans le canal rachidien, du fait de sa densité.

3) La diffusion. Une fois que la solution a atteint dans le canal le niveau que lui donne sa densité, on appelle diffusion le mélange moléculaire graduel qui se fait à ce niveau entre la solution anesthésique et le liquide céphalo-rachidien, jusqu'à fixation complète du médicament.

Mais le contrôle de l'action de la solution anesthésique dans le canal rachidien s'effectue surtout d'après les facteurs densité, position du malade, concentration de la solution.

1) *La densité.* Elle est le plus important de tous ces facteurs, car elle contrôle le niveau de l'anesthésie rachidienne par le jeu de deux variables:

A) Le poids spécifique de la solution anesthésique par rapport à celui du liquide céphalo-rachidien. Il existe:

— Des solutions isobares qui ne se déplacent pas.

— Des solutions hyperbares, plus lourdes, qui se déplacent vers le point déclive.

— Des solutions hypobares, plus légères, qui se déplacent vers le point le plus élevé.

B) La position donnée au malade qui suivant le poids spécifique de la solution permet de la diriger et de la fixer sur un segment donné de la moelle, durant les premières minutes qui suivent l'injection de la solution. (Pitkin)

2) *La concentration* de la solution anesthési-

que que nous étudierons plus loin avec la pharmacologie.

PHARMACOLOGIE

Les solutions anesthésiques employées ont une action élective sur la fibre et la cellule nerveuse. Cette action est réversible et ne s'accompagne d'aucune action irritante sur les tissus voisins, ni sur la cellule nerveuse elle-même.

Les facteurs qui influencent l'intensité et la durée de l'anesthésie sont les suivants:

A) La nature chimique des médicaments qui sont, soit des dérivés de l'acide paraminobenzoïque, soit des dérivés de la quinoléine, ou de la pipéridine.

B) La durée du contact.

C) La concentration, suivant qu'elle est faible, moyenne ou forte, permet à l'anesthésique d'agir sur les fibres sympathiques, sur les fibres sensitives, sur les fibres motrices, ou sur les trois à la fois.

Deux facteurs rendent les fibres difficiles à anesthésier, ce sont la quantité de myéline et le diamètre de la fibre. Les fibres sympathiques, qui sont fines et dépourvues de myéline, seront anesthésiées avec une concentration de novocaïne de 0.2%. Les fibres sensitives nécessiteront une concentration de 1%, et les fibres motrices, une concentration de 2%. Si on utilise une solution à 10%, on s'expose à une paralysie définitive.

En pratique, la concentration joue donc un rôle important dans l'anesthésie chirurgicale où il faut réaliser une paralysie sensitive et motrice. Elle est fondamentale dans la rachianesthésie différentielle.

Au cours de l'anesthésie, les fibres sont paralysées dans l'ordre suivant: — fibres sympathiques — fibres sensitives — fibres motrices. D'une façon plus précise, on peut dire que la paralysie affecte les fonctions dans l'ordre suivant: — vaso-constriction — sensibilité thermique — sensibilité à la douleur — motricité — sensibilité profonde — sensibilité à la pression — sensibilité au toucher.

Mais il résulte de travaux récents que, soit les fibres sympathiques, soit les fibres transmettant la sensation de piquûre d'épingle, peuvent être intéressées les premières.

SUBSTANCES EMPLOYÉES

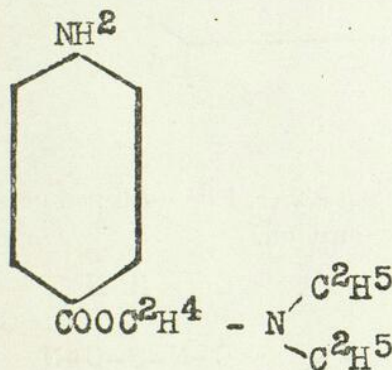
Les anesthésiques locaux comprennent trois principaux groupes.

A) Le groupe des alcools ou hydroxydes dont le type est la butyn. Aucun d'entre eux ne nous intéresse en rachianesthésie.

B) Le groupe des esters dont nous retiendrons trois composés: la procaïne, la pontocaïne, la métycaïne.

C) Un groupe de substances diverses dont le principal anesthésique local est la nupercaïne.

La *procaïne* ou novocaïne, est un ester soluble de l'acide paraminobenzoïque. C'est le chlorhydrate du paraminobenzoyl-diéthylaminoéthanol, de formule:



Elle fut introduite par Einhorn en 1905. C'est un agent anesthésique stable, non irritant, résistant à la chaleur. Elle pénètre les fibres nerveuses, et elle pénètre la moelle sur un quart de millimètre. Employée en solution concentrée, elle affecte les rameaux gris. Elle pénètre la moelle par les artérioles et les capillaires, après avoir été absorbée par les villosités de l'arachnoïde.

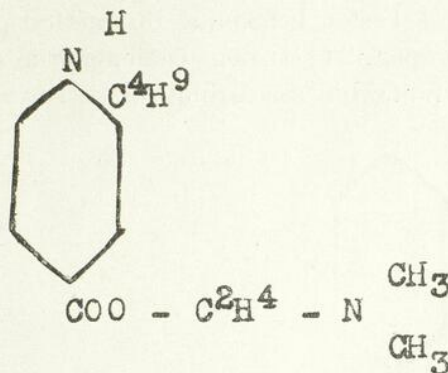
Dosage. Elle est employée en solution à 5 — 7%, à la dose de 50 à 300 mgms. Elle est légèrement hyperbare.

La fixation est assez rapide, de 5 à 15 minutes.

La durée d'action est d'une heure.

C'est un agent sûr qui a peu d'effet postopératoire. La chute de tension artérielle est minime, les nausées, les vomissements, les maux de tête, sont rares. (Pitkin Maxson)

La *pontocaïne* ou pantocaïne est aussi un ester soluble de l'acide paramino-benzoïque. C'est le chlorhydrate du butylaminobenzoate du diméthylaminoéthanol, de formule:



C'est un agent stable et résistant à la chaleur.

Dosage. On réalise une solution à 0.5%, en utilisant les ampoules à 1% qui, diluées avec un volume égal de liquide céphalo-rachidien, donnent une solution légèrement hypobare. Diluée dans le dextrose à 10%, la pontocaïne donne une solution hyperbare (Sise). Les doses sont de 10 à 20 mgms.

On peut également réaliser une solution hypobare en utilisant la pontocaïne « Niphanoïd », qui se présente en cristaux blancs facilement solubles dans l'eau ou le liquide céphalo-rachidien. On utilise en général une solution à 0.1% dont la gravité spécifique est de 1.003 à 37°C. Les doses varient de 10 à 20 mgms, dissous dans une quantité d'eau distillée, variant de 10 à 20 cc.

La fixation de la pontocaïne est rapide.

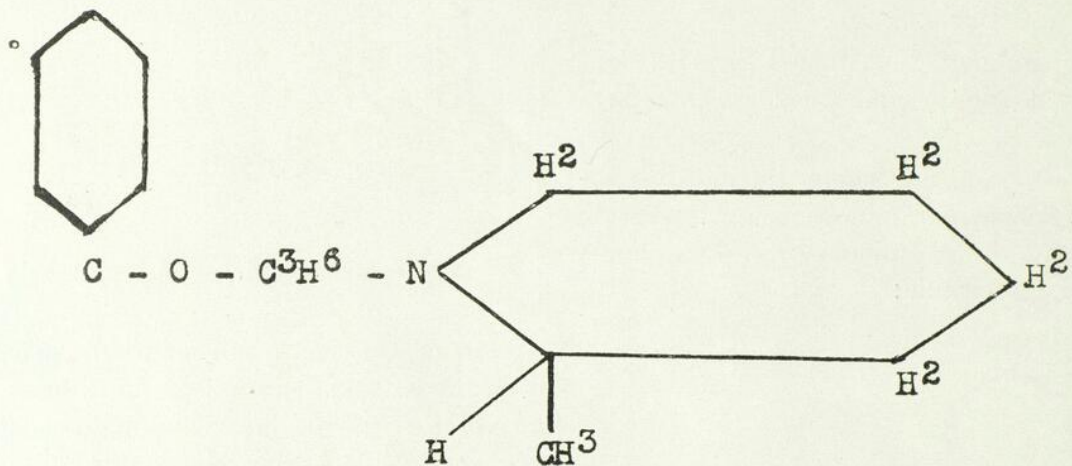
La durée d'action est de 1.5 à 2 fois celle de la novocaïne. Elle est en moyenne de deux heures.

La pontocaïne peut donner plus de baisse de tension artérielle que la novocaïne, mais elle affecte moins les rameaux blancs et leur permet d'exercer une certaine vaso-constriction.

Elle donne plus de nausées, de vomissements et de maux de tête que la novocaïne. (Pitkin Lamoureux)

Aux doses toxiques, la pontocaïne, comme la procaïne, a une action dépressive sur les centres nerveux supérieurs. Ces deux substances s'opposent en cela à la nupercaïne, qui, comme nous le verrons, possède une action cardiaque, aux doses toxiques.

La métycaïne est un ester de l'acide benzoïque. C'est l'ester benzoïque du méthyl-pipéridino-propanol. C'est donc également un dérivé de la pipéridine. Sa formule est la suivante:



Elle est sensiblement plus toxique que la procaïne, mais elle est environ une fois et demie plus puissante et plus durable dans son action.

On l'utilise en solutions variant de 0.5 à 1%. Les solutions à 2% entraînent la nécrose des tissus et devront être évitées.

On a établi qu'une dose de 150 mgms de métycaïne équivalait sensiblement à 200 mgms de procaïne.

La nupercaïne ou percaïne est une amine complexe dérivée de la quinoléine. C'est le chlorhydrate de l'amide butyl cinchoninique de la méthyl éthylène diamine.

Elle fut découverte par Miesscher en 1929 et introduite par Howard Jones en 1931.

C'est un agent non irritant, résistant à la chaleur mais décomposé et précipité par les alcalins.

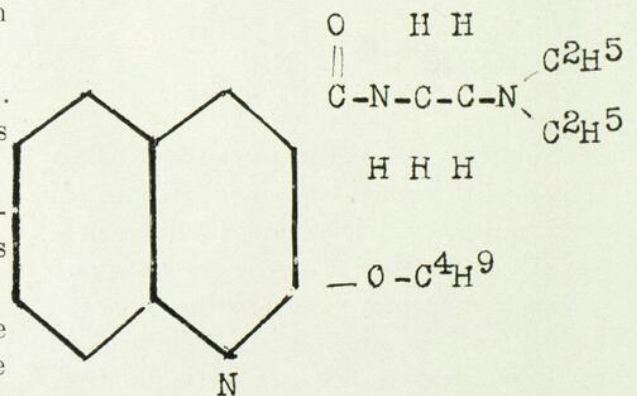
Il est vingt-cinq fois plus toxique que la procaïne, mais il agit à des dilutions faibles auxquelles il est moins toxique.

Dosage. On emploie une solution hypobare dont la densité est de 1.0035, soit 1/1500 pour adulte, à la dose de 10 à 20 cc., soit à 1/2000 ou 1/2500 en anesthésie infantile.

Il existe une solution hyperbare dans le glucose, au 1/200 en ampoule de 3 cc. dont on emploie 1.5 à 3 cc. (Silverton).

Il existe enfin une solution isobare (buffered) au 1/200 que l'on emploie sans glucose à

la dose de 0.5 à 2 cc. Elle est à peu près abandonnée aujourd'hui.



La fixation est lente lorsque la solution est froide. Elle est rapide, si on prend soin de réchauffer l'ampoule au préalable.

La durée d'action est longue, de 3 à 4 heures.

Aux doses toxiques, la nupercaïne a une ac-

tion sur le cœur et la circulation; elle entraîne la mort par arrêt du cœur en diastole. La dose mortelle est de 4 mg. par kilo.

Elle entraîne peu de baisse de tension artérielle, peu de nausées et de vomissements, peu de maux de tête, d'après nos statistiques.

Toxicité des substances employées

Le tableau suivant indique la toxicité comparée de la procaïne, de la pontocaïne et de la nupercaïne rapportée à celle de la cocaïne, en fonction du pouvoir analgésique et du pouvoir de pénétration de ces différentes substances.

TABLEAU III

	Toxicité	Pouvoir anesthésique	Pouvoir pénétrant
Cocaïne	100%	100%	Bon
Procaïne	15%	100%	Faible
Pontocaïne	250%	1500%	Bon
Nupercaïne	500%	2000%	Bon

Ces chiffres sont basés sur la dose mortelle pour le lapin par voie hypodermique et sur la dose minima requise pour produire l'anesthésie.

Toxicité relative

La toxicité n'a d'importance qu'en fonction de la dose de médicament employée par rapport au poids. Nous préférons donc insister sur la toxicité relative qui est exprimée par le rapport entre la dose thérapeutique et la dose toxique.

Expérimentalement, on établit le rapport de la dose mortelle minimum avec la dose anesthésique minimum. C'est le rapport D. M. M. sur D. A. M. qui nous donne le coefficient thérapeutique du médicament.

Il est évalué de la façon suivante pour la novocaïne et la nupercaïne:

Nupercaïne: 2.1/0.2 mg. par kilo, soit un coefficient thérapeutique de 10.5.

Novocaïne: 18/2.5 mg. par kilo, soit un coefficient thérapeutique de 7.2.

Il va de soi que plus le coefficient est élevé,

plus l'écart entre la dose anesthésique et la dose mortelle est grand. Il en résulte une bonne évaluation de la marge de sécurité du médicament.

PHYSIOLOGIE DE LA RACHIANESTHÉSIE

La rachianesthésie met en jeu un certain nombre de mécanismes physiologiques que l'anesthésiste doit connaître pour surveiller son malade et prévenir les incidents.

L'action physiologique de l'anesthésie rachidienne porte principalement sur le système circulatoire et l'appareil respiratoire, par l'intermédiaire des paralysies sympathique et motrice, qu'elle exerce au niveau des racines rachidiennes.

Ses effets directs sur le système circulatoire sont les suivants:

1) Une paralysie des fibres vaso-constrictives qui font partie du système sympathique. Cette paralysie est proportionnelle au nombre de segments lombaires et thoraciques intéressés par l'action anesthésique.

Elle comprend: a) une paralysie de la vaso-motricité du système veineux entraînant une perte du tonus et une baisse de la pression veineuse; b) une paralysie de la vaso-motricité artérielle entraînant une perte du tonus, une diminution de la résistance périphérique et en conséquence une baisse de pression artérielle.

D'après certains auteurs, cette paralysie artérielle serait compensée par le système nerveux autonome périsvasculaire et n'intéresserait la baisse de tension artérielle qu'en cas d'hémorragie surajoutée ou de shock.

2) Lorsque la paralysie sympathique atteint le niveau de la vertèbre dorsale, elle affecte les racines des nerfs splanchniques d'une façon suffisante pour entraîner leur inhibition. Celle-ci entraîne à son tour:

a) Une paralysie des fibres se rendant aux capsules surrénales avec diminution de la sécrétion d'adrénaline. (Pitkin)

b) Une vaso-dilatation viscérale avec dilatation de la rate jusqu'à 5 ou 6 fois son volume

et une augmentation de la circulation dans tout le lit vasculaire abdominal.

3) Lorsque le niveau de l'anesthésie dépasse le niveau de la 5^e vertèbre dorsale, la paralysie intéresse les trois ganglions sympathiques qui s'échelonnent de la 5^e à la 1^{ère} vertèbre dorsale. Cette paralysie abandonne la régulation cardiaque à la prédominance du vague et il s'ensuit un ralentissement du pouls et une diminution du débit du cœur.

4) Paralysie des muscles volontaires dans la région intéressée qui diminue l'action de pompe des muscles sur la circulation et qui diminue et ralentit le retour du sang veineux au cœur droit. Certains travaux modernes tendent à accorder plus d'importance à cette paralysie des muscles qu'à la paralysie vaso-constrictive dans la production de l'hypotension.

La paralysie vaso-motrice serait en effet compensée par le système nerveux propre des artères et des veines.

5) Paralysie des muscles intercostaux qui a pour conséquence de diminuer la pression négative intrathoracique à l'inspiration et de retarder ainsi le retour du sang veineux au cœur droit. Ce facteur ne jouerait qu'un rôle mineur, d'après Co Tui.

Les deux grandes conséquences de ces différents mécanismes sont la baisse de tension artérielle et la diminution de la circulation cérébrale.

L'anesthésie rachidienne agit sur le système respiratoire, soit directement par action sur le centre au niveau du plancher du 4^{ème} ventricule, mais cette action bulbaire est exceptionnelle et ne se rencontre que dans les études expérimentales, soit par action indirecte sur les muscles de la respiration.

Co Tui a montré que dans certains cas, en injectant une solution hyperbare et en plaçant le sujet tête basse, le centre respiratoire était paralysé avant les racines du nerf phrénique. Selon lui, une faible concentration peut paralyser le centre sans affecter les racines du nerf phrénique. C'est ainsi que le centre peut être paralysé avant les muscles intercostaux

et le diaphragme par la progression, à la partie postérieure du canal rachidien, d'un mince filet de solution hyperbare qui progresse vers le haut avant d'être fixé. (Co Tui)

Nous considérons que, dans l'anesthésie clinique, le diaphragme et les muscles respiratoires accessoires dont l'origine est au niveau de la colonne cervicale ne sont pas intéressés. Les muscles intercostaux, par contre, qui naissent de la 1^{ère} à la 6^e vertèbre dorsale vont être intéressés au premier chef.

La solution anesthésique va entraîner une paralysie des muscles intercostaux avec diminution de la ventilation pulmonaire, partiellement compensée par une expansion plus grande du diaphragme.

L'action de la rachianesthésie sur le système respiratoire sera donc un certain degré d'hypoxie.

En pratique:

Dans les rachianesthésies basses, il n'y a pas d'effet appréciable sur la respiration, car les intercostaux n'étant pas atteints par la paralysie, la mécanique respiratoire reste normale.

Il n'y a pas de chute de tension artérielle, car il se produit une vaso-constriction compensatrice au-dessus du niveau de l'anesthésie par le jeu du corpuscule carotidien et du mécanisme sinu-aortique.

Dans les rachianesthésies hautes, par contre, les différents mécanismes physiologiques que nous venons d'étudier entrent en jeu. Nous les résumons de la façon suivante.

TABLEAU IV

<i>Respiration</i>	<i>Circulation</i>
Paralysie des intercostaux	Paralysie sympathique Paralysie musculaire générale
Diminution de la ventilation pulmonaire	Vaso-dilatation Chute de pression artérielle
Hypoxie (anoxie anoxique)	Diminution de la circulation cérébrale (anoxie stagnante).
	Anoxémie des centres

Cette anoxémie des centres à son tour, par

inhibition du centre respiratoire et du centre vaso-moteur, va déclencher un cercle vicieux qu'il est nécessaire de rompre en un point. Nos trois principaux moyens d'action seront, comme nous le verrons, les médicaments vaso-constricteurs qui agissent en rendant leur tonus aux vaisseaux intéressés, la position de Trendelenburg qui évite passagèrement l'ischémie cérébrale et surtout l'administration d'oxygène qui permet de lutter contre l'anoxie.

MÉTHODES

L'anesthésie rachidienne est aujourd'hui contrôlable essentiellement par la densité du médicament et la position donnée au malade. Nous avons vu également l'importance de la concentration dans la rachianesthésie chirurgicale et la rachianesthésie différentielle.

Nous allons exposer en quelques mots les méthodes que nous avons coutume d'employer dans le département d'anesthésiologie du « Queen Mary Veterans' Hospital » de Montréal et nous décrirons plus particulièrement la technique d'Etherington-Wilson à la nupercaïne hypobare.

Au point de vue clinique, la hauteur et le degré d'anesthésie dépendent des facteurs suivants: le dosage, le volume de la solution, la force, employée à pousser l'injection, le niveau de la ponction, mais surtout la densité de la solution injectée et de la position du malade pendant l'injection, immédiatement après, et même dans les vingt minutes qui suivent.

Nous omettons volontairement la technique iscbare à la novocaïne dont la faible durée d'action est un écueil constant.

1) Techniques hyperbares

A) Rachianesthésie à la pontocaïne et glucose suivant la technique de Sise. Elle permet la chirurgie des membres inférieurs et du périnée, ainsi que la chirurgie abdominale haute et basse. La ponction est faite en décubitus latéral, on règle le niveau d'anesthésie par inclinaison de la table et la dose à employer qui varie de 8 à 20 mg. avec un égal volume de glucose à 10%.

B) Rachianesthésie à la nupercaïne 1/200. On l'utilise en solution à 6% dans la glucose, suivant la technique de Silverton, sans soustraction de liquide céphalo-rachidien et sans barbotage, ou encore suivant la technique de Quarella.

2) Techniques hypobares

A) Technique de Howard Jones. Cet auteur effectue la ponction lombaire au niveau de L2 ou L3 sur le sujet placé en décubitus latéral, tête basse. Lorsque la région à opérer est située dans une des moitiés latérales du corps, le côté à opérer est placé en position supérieure.

Howard Jones utilise 15 à 18 cc. d'une solution de nupercaïne à 1/1500, de façon que l'anesthésie atteigne le niveau de D4. Dès que l'aiguille est retirée, on place le patient pendant 5 à 10 minutes sur le ventre, en maintenant un oreiller sous le thorax pour surélever la zone vertébrale D4 — D5, qui se trouve ainsi être le point culminant de la colonne. La tête est maintenue en position basse de l'autre côté de l'oreiller. Le patient est ensuite re-placé sur le dos, la table étant inclinée en léger Trendelenburg.

B) Les techniques hypobares en décubitus latéral. Elles sont dérivées de la technique de Howard Jones et peuvent s'appliquer à toutes les interventions ne portant que sur un côté du corps, telles que néphrectomies, ou interventions sur la paroi thoracique.

En chirurgie rénale, le malade est couché sur le côté opposé à celui qui doit être opéré. On actionne le mécanisme de la table d'opération, de façon à faire saillir vers le haut le segment vertébral correspondant au siège de l'intervention.

La ponction lombaire est faite au niveau de L2-L3 et l'on injecte 15 c.c. de nupercaïne au 1/1500 pour un individu normal.

En chirurgie thoracique, le principe est identique. On surélève la région thoracique en maintenant la tête du sujet en position basse. On pratique la ponction lombaire aussi près

que possible du siège de l'intervention. (Dogliotti)

C) Techniques hypobares en décubitus ventral. Nous employons cette technique pour les cas de laminectomies ou de hernies discales.

Le malade est placé en décubitus ventral sur la table de neuro-chirurgie de Cohn. Le mécanisme de cette table permet de soulever la région de l'opération en ouvrant les espaces intervertébraux. La ponction lombaire est pratiquée dans le voisinage du siège de l'opération. La dose à injecter pour un adulte de taille moyenne est de 15 cc. de nupercaïne au 1/1500.

Dans ces différentes techniques hypobares, il est possible d'employer, au lieu de la nupercaïne au 1/1500, la solution hypobare de pontocaïne à 0.1%.

Les doses à employer sont sensiblement les mêmes.

15 à 18 cc. de pontocaïne à 0.1% pour la chirurgie abdominale haute.

14 ou 15 cc. de pontocaïne à 0.1% pour la chirurgie rénale.

12 à 16 cc. de pontocaïne à 0.1% pour la chirurgie thoracique.

14 à 16 cc. de pontocaïne à 0.1% pour la chirurgie vertébrale.

D) Technique en position assise ou technique d'Etherington-Wilson.

LA TECHNIQUE D'ETHERINGTON-WILSON

Le travail expérimental

Etherington-Wilson expérimenta longuement sur des tubes de verre courbés qui étaient des répliques exactes de la colonne vertébrale et qu'il remplissait avec un liquide de densité égale à celle du liquide céphalo-rachidien, soit 1.007. Il introduisait ensuite différentes solutions et enfin une solution de nupercaïne colorée au bleu de méthylène de densité 1.003. Les deux liquides étant à égale température, Etherington-Wilson étudia dans différentes circonstances le comportement des solutions injectées. Après avoir constaté tout d'abord qu'une solution hypobare monte et qu'une solution

hyperbare descend, Etherington-Wilson renversa le tube, montrant ainsi que les solutions changent d'extrémité sans se mélanger.

Il injecta ensuite 10 cc. de nupercaïne en 35 secondes, le tube étant incliné à un angle de 45°. Un niveau dense s'établit au siège de la ponction, qui se prolongeait vers le haut, suivant en une ligne mince le bord supérieur du tube, et atteignant ainsi rapidement un niveau élevé.

Etherington-Wilson fit alors la même injection de 10 cc. de nupercaïne mais l'introduisit en 70 secondes, le tube étant tenu vertical. Il s'ensuivit un mélange égal et dense sur toute la largeur du tube et une ascension plus lente.

La même solution de nupercaïne injectée dans les mêmes conditions, mais refroidie au préalable, occasionnait une perte de liquide dans la région sacrée, une ascension faible, tardive, et surtout irrégulière, laissant des îlots et des traînées.

De ces constatations expérimentales, Etherington-Wilson conclut à la sécurité de la position verticale qui lui avait donné des temps d'ascension absolument constants et assez lents pour être aisément contrôlables.

En clinique, il est possible de réaliser, suivant ce procédé, une anesthésie basse atteignant le niveau de la 1ère vertèbre lombaire, une anesthésie moyenne atteignant la 4e vertèbre dorsale.

Bourne et ses collaborateurs utilisèrent la technique d'Etherington-Wilson en chirurgie thoracique en portant le niveau de l'anesthésie à la 1ère vertèbre dorsale. Ils réalisèrent tout d'abord des troisièmes stades de thoracoplastie et passèrent progressivement au deuxième, puis au premier stade en faisant monter chaque fois le niveau de leur anesthésie.

La technique

Elle comporte l'observation de quelques points particuliers de grande importance pour éviter les causes d'échecs.

1) Il faut réchauffer l'ampoule de nupercaïne dans un bain d'eau stérile de façon qu'au

moment de l'injection, la solution soit à une température supérieure de 1° à celle du malade.

2) Il faut utiliser exclusivement des seringues et des aiguilles lavées et rincées avec une eau non alcaline, car la nupercaïne, comme nous l'avons vu, est précipitée par les alcalins et perd son pouvoir anesthésique.

3) Avant de remplir la seringue de nupercaïne, il faut la rincer avec 1 cc. de la solution.

Après les précautions d'asepsie d'usage pour l'anesthésiste (brossage des mains, gants stériles) et pour l'opéré (asepsie du champ de la ponction à la teinture d'iode et à l'alcool, champ stérile), la ponction est effectuée en position assise au point d'élection qui est le 3e espace lombaire.

Nous avons l'habitude de faire au préalable une anesthésie locale comportant un bouton dermique et l'infiltration de l'espace avec une solution de procaine-éphédrine. L'aiguille à ponction lombaire est ensuite mise en place jusqu'à l'espace sous-arachnoïdien.

La solution de nupercaïne est injectée à raison de 1 cc. par seconde et le temps d'ascension calculé commence au moment où la solution est poussée dans l'espace.

L'injection terminée, le malade est redressé par les infirmiers qui veillent à ce que le dos soit aussi vertical et rectiligne que possible. Le malade reste dans cette position durant le temps prévu et est ensuite placé en décubitus dorsal, sans oreiller, la table étant inclinée en position de Trendelenburg à 8°. Cette position est maintenue quelques minutes et peut être ramenée ensuite à 4 ou 5°.

Zone thoracique	D1 C7
Zone haute	D4
Zone moyenne	D8
Zone basse	D12

Ces doses sont susceptibles de modification en plus ou en moins, suivant la longueur du dos calculée par mensuration, et compte tenu de la vitesse d'ascension de la nupercaïne dans

Dosage et temps d'ascension

Ils sont fonction du niveau d'anesthésie désiré et nous distinguons avec Bourne les quatre zones suivantes.

Zone basse — D 12-L1 — membre inférieur et bassin

Zone moyenne — D9-D10 — région sous-ombilicale

Zone haute — D4 jusqu'au mamelon

Zone thoracique — D1 jusqu'à la clavicule.

A l'origine, Etherington-Wilson, qui n'envisageait que les 3 premières zones, employait une dose fixe de 13 à 14 cc. de nupercaïne 1/1500. Seul le temps d'ascension variait, qu'il calculait de la façon suivante. Il mesurait la longueur du dos sur le malade en position de flexion pour la ponction lombaire, de la 4e vertèbre lombaire à la 4e vertèbre dorsale. Connaissant la vitesse de progression de la nupercaïne dans le liquide céphalo-rachidien qui est de 5 secondes pour 1 pouce, la longueur D4 — L4 multipliée par 5 lui donnait en secondes le temps nécessaire pour une anesthésie haute à D4. Pour une anesthésie de la zone moyenne, il calculait les trois quarts de ce temps et la moitié pour une anesthésie de la zone basse.

L'école de Montréal, avec Wesley Bourne, qui employait au début des doses comparables, a été amenée par expérience à augmenter le temps d'ascension et le dosage d'anesthésique. Les doses et temps d'ascension que nous utilisons nous-mêmes à l'heure actuelle sont les suivants pour un adulte de taille moyenne.

Clavicule	20 cc.	70 sec.
Mamelon	18 cc.	65 sec.
Rebord costal	15 cc.	50 sec.
	12-13 cc.	40-45 sec.

le canal rachidien qui est d'autant plus rapide que la quantité injectée est importante (5 secondes par pouce pour 14 cc.)

La technique d'Etherington-Wilson, comme

les autres techniques hypobares, peut être réalisée avec la solution hypobare de pontocaïne à 0.1%. L'injection est faite également sur le malade en position assise, à raison de 1 cc. par seconde. Le temps d'ascension, en raison de la densité plus faible de la pontocaïne, est sensiblement plus court qu'avec la nupercaïne. Il est en moyenne de 45 à 60 secondes pour la chirurgie abdominale haute, de 25 à 40 secondes pour la chirurgie sous-ombilicale. Dans un travail récent Etherington-Wilson rapporte son expérience avec la spinocaïne (Pitkin) dont la durée d'action est de une heure à une heure et demie.

Il existe actuellement d'autres techniques modernes de rachianesthésie. Elles ont toutes pour but d'augmenter à volonté la durée de l'anesthésie, comme la rachianesthésie continue avec l'aiguille de Lemmon et la technique de Tuohy avec le cathéter urétéral, qui permet une rachianesthésie continue ou fractionnée. Nous ne pouvons exposer ici ces deux techniques, faute de place, et nous proposons d'y revenir dans un travail ultérieur.

Prémédication et narcose supplémentaire

Etherington-Wilson dans ses travaux recommande l'usage de la prémédication de façon à rendre le patient inconscient au moment de l'anesthésie. Il conseille dans ce but la scopolamine et déconseille la morphine qui déprime trop la respiration. Certains auteurs préfèrent donner une forte prémédication consistant en deux injections, deux heures et une heure avant l'anesthésie, d'une grosse dose de morphine-scopolamine, qui les dispense d'administrer au cours de l'opération une narcose supplémentaire.

Personnellement, nous utilisons deux heures avant l'opération une injection de morphine de 1/8, 1/6 ou 1/4 de grain suivant la force, le poids et l'âge du sujet, suivie une heure après d'une deuxième injection de morphine associée à 1/150 ou 1/100 d'hyoscine.

Au cours de l'anesthésie, la longueur de l'intervention, l'agitation possible de l'opéré, la

nécessité du masque à oxygène nous ont conduits à adopter une narcose supplémentaire légère.

Dans les cas simples, nous avons recours à l'injection de Demerol de 100 mgms, dont 50 intraveineux et 50 intramusculaires, qui suffit en général, ou à l'injection de Nembutal intraveineux à la dose de 5 grains pour 5 cc. Plus souvent, nous recourons à un goutte à goutte intraveineux réglable de Pentothal en solution à 0.1% qui nous permet d'obtenir aisément l'inconscience de notre patient.

Lorsque la liberté des voies respiratoires est difficile à obtenir, pour pouvoir insérer une canule bucco-pharyngée, nous recourons à une faible dose de cyclopropane qui permet une bonne respiration, apporte le calme complet, en donnant une oxygénation large.

Réanimation per-anesthésique

Dans le cas des rachianesthésies basses où la paralysie vaso-motrice se trouve compensée, l'anesthésiste garde aisément le contrôle de la physiologie de son malade. Son rôle se borne à une surveillance qui doit cependant être une expectation armée avec son appareil à anesthésie à portée de la main, dans la salle d'opération et non dans le couloir, de façon à assurer dans le plus court délai l'oxygénothérapie si elle est nécessaire.

Dans les rachianesthésies hautes, les modifications physiologiques que nous avons étudiées exigent un certain nombre de mesures.

Oxygénothérapie

Elle doit être systématique et mise en œuvre dès que le malade est remis à plat sur la table.

Elle peut être réalisée: par cathéter nasal qui, avec un débit de 5 à 6 litres par minute, assure une oxygénation de 35%; par le masque de l'appareil à anesthésie, qui appliqué de façon étanche sur le visage, réalise avec un débit de 1 litre à la minute une oxygénation de 90 à 100%.

Elle peut être assurée également au moyen d'un tube intratrachéal. Bourne pratique sys-

tématiquement dans ce but une intubation endotrachéale sous anesthésie locale lorsque l'état du patient semble constituer un mauvais risque.

Thérapeutique intraveineuse

Il est absolument essentiel pour l'anesthésiste de s'assurer avant l'intervention une voie d'accès pratique au système veineux de l'opéré, en mettant en place une ou deux aiguilles suivant les appareils de réinjection dont il dispose. Dans la règle, les interventions qui justifient une rachi haute, telles que thoracoplasties, gastrectomies, cholécystectomies, s'accompagnent d'une transfusion de 500, 1,000 cc. ou plus de sang conservé en goutte à goutte.

Il est bon d'y adjoindre un flacon de 1,000 cc. de sérum physiologique ou de plasma, soit en utilisant un tube en « Y » dans le système de réinjection, soit une 2^{ème} aiguille.

Mais il ne faut pas s'abuser sur la valeur thérapeutique des liquides intraveineux dans le choc neurogénique particulier à la rachianesthésie. Le choc de la rachianesthésie et l'hypotension qui s'ensuit sont dus en effet à la vaso-dilatation périphérique qui a pour conséquence la stagnation du sang aux extrémités et dans le lit vasculaire abdominal.

L'injection de sérum physiologique ou de sérum glucosé, qui sont des solutions cristalloïdes à petites molécules, ne fera qu'augmenter le passage du liquide dans les espaces tissulaires. L'injection d'un liquide iso-visqueux comme le plasma ou le sang ne fera qu'augmenter la stagnation dans le lit vasculaire.

Le traitement étiologique du choc neurogénique de la rachianesthésie consiste à rétablir la vaso-constriction par un analeptique.

Analeptiques

L'usage systématique d'un analeptique préventif, même pour une rachianesthésie haute, n'est pas une règle absolue. Certains auteurs la négligent systématiquement, et n'injectent d'analeptique que s'il est indiqué en cours d'intervention.

Ces mêmes auteurs considèrent une pression

maxima à 60 millimètres de mercure comme normale, à 50 ou 40 comme devant être surveillée, et ne se servent d'analeptique que si la pression descend au-dessous de ces niveaux. Nous devons reconnaître que cette attitude leur donne de façon constante d'excellents résultats, mais nous ne nous reconnaissons pas un sens clinique assez éprouvé pour les imiter et préférons user d'une injection systématique d'éphédrine au moment de l'anesthésie de la peau.

Les chiffres de tension artérielle que nous acceptons comme normaux au cours d'une rachianesthésie haute à D4 ou D1 se maintiennent aux environs de 100 pour la maxima. Accidentellement, si la maxima descend au-dessous de 60, nous recourons à un analeptique. Trois d'entre eux ont nos préférences:

La Néo-Synéphrine, qui a l'avantage d'avoir une action strictement périphérique et de pouvoir être répétée plusieurs fois avec succès. Nous la donnons à raison de 2 à 3 gouttes par voie intraveineuse et $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ cc. par voie intramusculaire.

La mixture de Melville ou Ephedrin-Pitresin à parties égales donne constamment des réactions est plus durable que celle des autres sultats durables. La méthédrine semble être un des plus puissants analeptiques modernes. Son analeptiques; en associant l'injection intraveineuse et intramusculaire, il est possible de ramener la pression artérielle à son niveau normal pour plusieurs heures. Son action est progressive et n'est pas suivie de chute secondaire. On l'emploie à la dose de 10 à 20 mgms par voie intraveineuse, de 15 à 30 mgms par voie intramusculaire. La méthédrine augmente également le rythme et l'amplitude de la respiration.

Réanimation post-anesthésique

Elle est inexistante chez les opérés ayant eu des rachianesthésies basses, qui sont les seuls de nos patients à ne pas passer dans la salle de réanimation.

Dans le cas de rachianesthésies hautes, les

opérés séjournent à la salle de réanimation où ils sont maintenus tête basse et les pieds du lit surélevés. La pression artérielle et le pouls sont vérifiés périodiquement, tous les quarts d'heure au début, toutes les demi-heures ensuite. La liberté des voies respiratoires est vérifiée constamment, ainsi que le rythme et l'amplitude de la respiration, la présence de sécrétions, les signes d'anoxie, s'ils apparaissent.

Les cas de chirurgie abdominale haute reçoivent de l'oxygène au masque en permanence, accompagné de CO₂ à raison de 5 minutes du mélange gaz carbonique-oxygène, toutes les heures ou plus souvent si la respiration est déprimée. Ils reçoivent le mélange hélium-oxygène s'il est indiqué. Un personnel expérimenté les entraîne à des exercices de toux et de respiration profonde et veille au changement de position périodique.

L'opportunité d'administrer le gaz carbonique au malade opéré sous rachianesthésie a été discutée par Co Tui et par nombre d'auteurs. Il est certain qu'il paraît illogique de donner du gaz carbonique à des opérés dont la respiration est déprimée et qui par conséquent ont une élévation de la teneur du sang en gaz carbonique. Co Tui rapporte que le gaz carbonique possède dans la rachianesthésie une toxicité spéciale car il abaisse la pression artérielle par dilatation des capillaires périphériques. Cet auteur le contre-indique formellement dans ce cas comme stimulant de la respiration. Nous n'avons pas une opinion aussi formelle et, si nous n'administrons jamais de gaz carbonique au cours de la rachianesthésie, nous le prescrivons souvent dans les soins postopératoires qui sont donnés à la salle de réanimation. Le gaz carbonique est administré à nos opérés sous surveillance de la respiration du pouls et de la tension artérielle, et dans la plupart des cas, il en résulte cliniquement une amélioration notable de l'amplitude respiratoire.

Les cas de chirurgie thoracique justiciables d'une rachi, qui dans notre service sont repré-

sentés uniquement par les thoracoplasties, gagnent la salle de réanimation des tuberculeux. Ils reçoivent de l'oxygène au masque jusqu'à leur réveil complet et sont ensuite placés dans la tente à oxygène pour plusieurs jours. Dans les intervalles où le malade ne peut séjourner dans la tente, on évite d'interrompre l'administration de l'oxygène en le donnant à l'aide du masque ou du cathéter.

Nous nous limitons volontairement à la réanimation purement anesthésique. Il va sans dire que les mesures de réanimation particulières au type de l'intervention et à la physiologie propre de l'opéré seront mises en œuvre en même temps dans le cadre de la salle de réanimation.

Contre-indications

La gamme des agents et des méthodes dont dispose aujourd'hui l'anesthésiste doit l'inciter à choisir son anesthésie en fonction du type d'intervention projeté et de l'état de santé de son malade. Aussi bien la rachianesthésie doit-elle être écartée dans les cas que nous allons envisager:

Contre-indications d'ordre général

Au premier rang de celles-ci, nous plaçons le refus du patient. Quelle que soit la raison de ce refus, préjugé, complication d'une rachianesthésie antérieure ou simple préférence personnelle, l'anesthésiste se gardera d'insister et proposera une autre méthode.

Les opérations courtes ne doivent pas s'accompagner d'une rachianesthésie. Dans certaines écoles dont les chirurgiens opèrent rapidement, elle verra donc ses indications se limiter.

Les mauvaises conditions de travail sont une contre-indication formelle. Le succès de la rachianesthésie et de ses suites repose en effet sur une infinité de détails que seuls un personnel expérimenté et un matériel complet et un ordre de marche peuvent aider l'anesthésiste à respecter. Dans cet ordre d'idée, on s'abstiendra de pratiquer une rachianesthésie haute si l'on n'a pas sous la main un appa-

reil d'anesthésie à système clos et un matériel à intubation intratrachéale complet pour permettre d'instituer une respiration artificielle efficace.

Les extrêmes d'âge sont en principe une contre-indication. Chez le vieillard, seule une étude approfondie de l'état du patient peut la faire accepter ou écarter.

Elle était classiquement contre-indiquée chez l'enfant ou le nourrisson. En réalité, à l'heure actuelle, il est des anesthésistes expérimentés qui l'appliquent couramment à l'un et à l'autre. La procaine, la pontocaïne; la nupercaïne sont employées avec des dosages et des méthodes appropriés.

Contre-indications d'ordre infectieux

Les infections cutanées de la région lombaire.

Les septicémies.

Contre-indications d'ordre nerveux

L'état psychique du patient.

Les malades sujets aux céphalées.

La syphilis nerveuse.

Contre-indications d'ordre anatomique

Les maladies ou difformités vertébrales.

Contre-indications d'ordre cardio-vasculaire

La décompensation cardiaque.

L'anémie sévère.

La déshydratation.

Le choc.

L'hémorragie.

Contre-indications d'ordre respiratoire

Toutes les affections qui diminuent la ventilation pulmonaire.

Conclusions.

La méthode que nous exposons date d'une dizaine d'années. Nous la proposons dans certains cas bien précis et ne la conseillons qu'à des anesthésistes expérimentés possédant la physiologie complète de la rachianesthésie.

La ponction de l'espace sous-arachnoïdien et l'injection de la solution anesthésique sont

le temps mineur de l'anesthésie, car c'est à ce moment que commence la tâche la plus difficile. De tout son sens clinique, de toutes ses connaissances, l'anesthésiste devra s'efforcer de maintenir la physiologie de son opéré aussi près que possible de la normale.

Dans ces conditions, cette anesthésie, que nous pratiquons quotidiennement depuis trois ans au "Queen Mary Veterans' Hospital" de Montréal, nous a toujours donné des résultats excellents, aussi bien du point de vue du chirurgien que de la physiologie de l'opéré.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. ADRIANI: *Pharmacology of Anaesthetic Drugs*. Chas. C. Thomas Publisher, Springfield, Ill., 1942.
2. J. ADRIANI: *The Chemistry of Anaesthesia*. 2e édit. Chas. C. Thomas, Springfield, Ill., 1948.
3. « Les analeptiques. » *Revue générale. Laval Méd.*, septembre 1946.
4. A. T. ANDREASEN: « Etherington-Wilson Technique of Intrathecal Nerve Root Block. » *Indian. Med. Gazette*, **70**: 683, 1935.
5. J. G. ARROWOOD et F. S. FOLDES: « A Continuous Drop Method for Sub-arachnoid Analgesia. » *Prel. Report Anesth.*, **5**: 465-69, 1944.
6. A. L. BARACH: *Principles and Practices of Inhalational Therapy*. Lippincott, Montréal.
7. BEST et TAYLOR: *Physiological Basis of Medical Practice*. 4e édit. Williams & Wilkins, Baltimore, 1945.
8. N. DuBOUCHET: *Manuel d'anesthésie*. Ed. Méd. Flammarion, Paris, 1947.
9. W. BOURNE et O'SHAUGHNESSY: « Etherington-Wilson Technique in Intrathecal Anaesthesia. » *Can. Med. Journal*, **35**: 536, 1936.
10. W. BOURNE, M. D. LEIGH, A. N. INGLISS et G. R. HOWELL: « Spinal Anaesthesia for Thoracic Surgery. » *Anesth.*, **3**: 272-281 (mai) 1942.
11. W. BOURNE: Communications personnelles.
12. CIBA CO.: *Light and Heavy Nupercaïne*.
13. *Cours d'anesthésie - Réanimation* de la Faculté de Médecine de Paris. Librairie des Escholiers, Paris.
14. CO TUI: « Spinal Anaesthesia. » *Arch. of Surgery*, **33**: 825-847, 1936.
15. CO TUI: « Physiology of Spinal Anaesthesia. » **17**: 146-153 et 181-188 (mai-août) 1938.
16. A. M. DOGLIOTTI: *Anaesthesia*. S. B. Debours Pub., Chicago, Ill., 1939.

17. E. A. DOUD et E. A. ROVENSTINE: « Change in the Velocity of Blood Flow during Spinal Anaesthesia. » *Anesth.*, **1**: 82-88 (juillet) 1940.
18. ETHERINGTON-WILSON: « Intra-Thecal Nerve Root Block. » *Proc. Roy. Soc. Med.*, **27**: 223, 1934.
19. ETHERINGTON-WILSON: *British Journ. of Anaesthesia*, **11**: 43-45 (janv.) 1934.
20. ETHERINGTON-WILSON: « Spinal Anaesthesia in the very young and Further Observations. » *Proc. Roy. Soc. Med.*, **38**: 109-115, 1945.
21. H. R. GRIFFITH: Communications personnelles.
22. F. B. GURD, A. M. VINEBERG et W. BOURNE: « Our Experience in the Employment of Spinal Anaesthesia for Thoracoplasty. » *Journal of Thor. Surg.*, **7**: 506 (juin) 1938.
23. F. B. GURD, A. M. VINEBERG et W. BOURNE: « Further Experience in the Use of Spinal Anaesthesia for Thoracoplasty. » *Ann. of Surg.*, **110**: 872-877 (nov.) 1939.
24. C. HEYMANS, J. J. BOUCKAERT et P. BERT: « Mécanisme du collapsus circulatoire. Influence des traumatismes et de la rachianesthésie sur les réflexes circulatoires sinu-carotidiens. » *C. R. Soc. Biol.*, **112**: 714-716, 1938.
25. F. HUDON et B. PARADIS: « La méthédrine et le choc opératoire. » *Laval Méd.* (février) 1945.
26. H. JONES: « Spinal Analgesia. A new Method and a New Drug.: Percaine. » *Brit. J. Anesth.*, **7**: 99-113 (avril) et **7**: 146-156 (juillet) 1930.
27. H. JONES: « Spinal Anaesthesia. Respiratory Paralysis, Fallacies and methods. » *Anesth. & Analgesia*, **11**: 224 (sept.-oct.) 1932.
28. H. JONES: « Spinal Analgesia with Nupercaine. » *Med. Press and Circ.* (octobre) 1934.
29. H. KOSTER: « Spinal Anaesthesia and Surgical Shock. » *Arch. Surg.*, **42**: 795-800 (avril) 1941.
30. H. KOSTER: « Spinal Anaesthesia with Special Reference to Its Use in Surgery of the Head, Neck and Thorax. » *Am. Journ. of Surg.*, **5**: 554, 1928.
31. L. LAMOUREUX, M. DUBEAU, F. McCAF-FREY et M. BOURGEOIS-GAVARDIN: « La salle de réanimation et son complément indispensable: l'oxygéno-thérapie. » *L'Union Méd. du Can.*, **78**: (avril) 1949.
32. D. LEIGH et K. BELTON: *Pediatric Anesthesia*. MacMillan Co., New-York, 1948.
33. W. T. LEMMON: « A Method for Continuous Spinal Anaesthesia. » *Ann. Surg.*, **3**: 141-144, 1940.
34. P. C. LUND et A. C. RUMBALL: « Hypobaric Pontocaine in Spinal Anesthesia. 1,640 Consecutive Cases. » *Anesth.*, **8**: 180-199 (mars) 1947.
35. P. C. LUND et J. D. CAMERON: « Hypobaric Pontocaine: A New Technique in Spinal Anaesthesia. » *Anesth.*, **6**: (nov.) 1945.
36. L. H. MAXSON: *Spinal Anaesthesia*. Lippincott Co., New-York et Montréal.
37. K. I. MELVILLE: « Combined Ephedrin-Pitres-sin Extract (Posterior Lobe) Therapy in Shock. » *J. Pharmacol. & Exper. Ther.*, **44**: 279-293 (mars) 1932.
38. B. PARADIS: « Anesthésie intrarachidienne par la méthode des doses successives et fractionnées. » *Laval Méd.* (avril) 1947.
39. B. PARADIS: « Anesthésie rachidienne segmentaire. » *Laval Méd.* (sept.) 1948.
40. PITKIN: *Conduction Anaesthesia*. Lippincott Co., New-York et Montréal.
41. Post-Graduate Course in Anaesthesia, McGill Univ. « Pharmacology of Local Anaesthetics ».
42. Post-Graduate Course in Anaesthesia, McGill Univ. « Spinal Anaesthesia, Drugs and Methods ».
43. Post-Graduate Course in Anaesthesia, McGill Univ., « Anaesthesia for Thoracic Surgery ».
44. Post-Graduate Course in Anaesthesia, McGill Univ., « Methedrine ».
45. J. J. SARNOFF et J. G. ARROWOOD: « Differential Spinal Block. » *Surg. St. Louis*, **20**: 150-159 (juillet) 1946.
46. O. O. SCHUBERTH: « On the Disturbance of the Circulation in Spinal Anaesthesia. An Experimental Study. » *Acta. Chir Scandin.*, **78**: supp. 43, 1936.
47. H. SEEVERS et R. M. WATERS: « Respiratory and Circulatory Changes During Spinal Anaesthesia. » *J. A. M. A.*, **99**: 961-968, 1932.
48. H. W. SMITH, E. A. ROVENSTINE, W. GOLD-RING, H. CHASIS et H. A. RANGES: « The Effects of Spinal Anaesthesia on the Circulation in Normal Unoperated Man with Reference to the Autonomy of the Arterioles and Especially those of the Renal Circulation. » *J. Clin. Invest.*, **18**: 319-341 (mai) 1939.
49. L. F. SISE: « Pontocaine-Glucose Solutions for Spinal Anaesthesia. » *Surg. Clin. North America*, (décembre) 1935.
50. E. B. TUOHY: « Continuous Spinal Anaesthesia: Its Usefulness and Techniques Involved. » *Anesth.*, **5**: 142-148, 1944.
51. F. ULLMANN: « La percaïne. » *Arch. Intern. de Pharmacodynamie et de Thérapie*, vol. 36, Fasc. 3.
52. WINTHROP CHEMICAL Co.: Pontocaine Hydrochloride. Prolonged Spinal Anaesthesia.
53. WINTHROP CHEMICAL Co.: Novocaine Crystals and 10% Solution.

L'ÉPILEPSIE

SÉMÉIOLOGIE ET TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE L'ÉPILEPSIE¹

Jean SAUCIER,

Chef du service de Neurologie, Hôtel-Dieu de Montréal.

On observe des crises épileptiques depuis l'Antiquité et, pourtant, rien n'est plus difficile que de définir cette étrange maladie. La plupart des définitions sont incomplètes, obscures, tendancieuses ou fantaisistes. Les épithètes fort imagées et parfois saugrenues dont on a souvent affublé le substantif *épilepsie* révèlent une fois de plus combien notre pensée est plus souvent mise en branle et colorée par nos émotions qu'elle n'est orientée par la logique. Les renseignements tirés de l'étymologie ne rendent compte que des manifestations extérieures et encore se bornent-ils à ne signaler, par analogie, que la chute et les convulsions. Enfin, le mot *épilepsie* a fait fortune et ne sera probablement jamais remplacé, à moins que le public ne s'habitue à la dénomination, plus académique, de *dysrythmie cérébrale* — ce qui est très improbable.

On peut dire aujourd'hui qu'une crise épileptique est un état provoqué par une *décharge neuronale anormale et excessive au sein du système nerveux central* et que l'épilepsie est la tendance à la répétition de ces crises. On saisit aisément que l'épilepsie ainsi comprise peut être produite par une très grande variété de causes et que ses manifestations varieront selon le siège de la décharge neuronale. Il n'y a donc pas *une* épilepsie mais *des* épilepsies. Mieux encore, l'épilepsie n'est que la traduction symptomatique, clinique et électro-encéphalographique, d'un état sous-jacent. Le docteur Amyot vous parlera de ces divers états sous-jacents lorsqu'il fera la revue des causes qui peuvent déclencher de telles crises et le docteur Liberson envisagera l'aspect élec-

tro-encéphalographique de la question. On m'a confié l'exposé symptomatique et le traitement médical et je m'en tiendrai à ces deux chapitres. Je n'aurai le temps, du reste, de n'essayer que des généralités.

Du point de vue symptomatique on a l'habitude de parler de grand mal, de crises jacksoniennes, de petit mal et d'épilepsie psychique. Cette division a le mérite de la simplicité et de la synthèse didactique. Elle exprime des ensembles symptomatiques. Si elle doit embrasser toutes les manifestations épileptiques, il faut la compartimenter, la subdiviser et la commenter. C'est ce que je vais essayer de réussir au cours des 15 ou 20 minutes qui sont mises à ma disposition. Les commentaires et explications que je m'efforcerai de rendre brefs et très objectifs sont la conséquence logique des progrès de la neurochirurgie et des données récentes de l'électro-encéphalographie. On ne peut plus parler de quatre variétés d'épilepsies quand il en existe au moins une quinzaine et peut-être davantage.

Je vais essayer d'intégrer les multiples visages de la crise épileptique dans les quatre cadres classiques en me posant la question: où est le foyer épileptique? Le docteur Amyot répondra à cette autre question: quelle est l'étiologie responsable de cette crise?

* * *

Et, d'abord, qu'est-ce que le grand mal? Je ne vous ennuierez pas, Messieurs, avec la description de la grande crise convulsive que vous connaissez tous et qui constitue le grand mal épileptique. J'ajouterai que le grand mal prend parfois des proportions insoupçonnées, en durée et en intensité, et nous sommes alors en présence de l'*état de mal épileptique* ou du

1. Communication aux « Journées Médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1949.

status epilepticus. Le grand mal est un état convulsif généralisé et représente la participation de tout le cortex moteur. Les choses se passent trop rapidement pour permettre l'observation parfaite des phénomènes initiaux et la perte de connaissance est habituellement précoce et subite; enfin, la crise est suivie d'amnésie.

Les crises jacksoniennes ou crises motrices localisées sont des convulsions qui se manifestent au niveau d'une partie du corps: côté droit ou gauche de la face, du bras ou de la jambe, d'où elles gagnent, selon une progression dit jacksonienne, les parties voisines par diffusion de la décharge neuronale de haut en bas de la circonvolution frontale ascendante ou inversement. Les crises peuvent demeurer conscientes pendant toute leur durée comme elles peuvent se généraliser et se terminer à la manière de la crise de grand mal vulgaire, comportant la perte de connaissance et tous les autres signes de la grande crise convulsive classique.

Comme corollaire aux crises d'expression essentiellement motrice que je viens de signaler, les neurochirurgiens ont l'habitude d'insister, au double point de vue clinique et localisateur, sur les crises masticatrices, sur les rotations unilatérales de la tête et du corps et sur les crises toniques de posture. Je les mentionne, sans plus insister, à cause de leur valeur localisatrice et parce qu'elles sont, conformément à notre définition de la crise épileptique, des manifestations comitiales aussi authentiques que la crise de grand mal. Leur description les assimile un peu aux crises jacksoniennes mais la netteté de leur production et la constance de leur signification localisatrice sont telles que les neurochirurgiens sont d'accord pour attribuer à chacune d'elles une valeur symptomatique isolée et bien définie.

* * *

Au point où nous en sommes, Messieurs, vous vous demandez, sans doute, pourquoi je n'ai pas fait mention des auras épileptiques. Je ne l'ai pas encore fait parce que je les considère trop importantes pour ne leur ac-

corder qu'une brève mention au début de la crise de grand mal. Les auras méritent au moins quelques paragraphes.

Vous savez ce qu'est l'aura, cet avertissement qui annonce parfois la crise épileptique. L'aura était et est encore classiquement intégrée dans la description de la crise de grand mal à titre de phénomène initial fréquent. L'aura est plus qu'un avertissement et, si nous nous en rapportons à notre définition de la crise épileptique, l'aura constitue en soi une crise épileptique, en ce sens qu'il s'agit d'une décharge neuronale anormale au niveau des centres sensitifs, sensoriels, viscéraux ou psychiques. Par conséquent, l'aura renseigne tout autant que la crise jacksonienne et sa description est souvent aussi jacksonienne que celle de la crise motrice. Environ la moitié des épileptiques ont des auras. Il faut bien le savoir et ne pas se priver de cette source importante de renseignements localisateurs. Parfois, la seule aura et une certaine obnubilation représentent toute la crise. Plus souvent l'aura est le prologue de la crise classique.

L'aura sensitive est caractérisée par des sensations diverses, habituellement localisées, de durée variable et progressant souvent à la façon jacksonienne. Elle prend naissance au niveau de la circonvolution pariétale ascendante. La décharge sensitive a tendance à irradier à la circonvolution frontale ascendante alors que l'inverse est rare.

L'aura visuelle est provoquée par des décharges uni ou bioccipitales. Elles consistent en désordres variés, subits et transitoires de la vision allant de l'éblouissement à la cécité. L'aura visuelle n'a rien à voir avec l'hallucination visuelle qui reconnaît un autre mécanisme de production et une autre localisation.

L'aura auditive est la perception de simples bruits, habituellement localisés au niveau de l'oreille opposée. L'hallucination auditive est tout autre chose et correspond à une localisation beaucoup moins circonscrite.

L'aura vertigineuse est une sensation d'insécurité statique et d'étourdissement. Cette

sensation est habituellement si brusque et si courte que le malade ne peut se rappeler le sens de la rotation ou de la latéropulsion. Ces deux dernières auras originent au niveau du lobe temporal.

L'aura olfactive est caractérisée par la perception d'odeurs désagréables; elle a pour point de départ une altération de la circonvolution du crochet. C'est cette aura que les auteurs anglo-saxons dénomment « uncinata fits ».

Les auras viscérales ou crises du système nerveux autonome prennent naissance au niveau du diencéphale. On sait combien l'aura viscérale est fréquente. Combien de crises, en effet, ne commencent-elles pas par une sensation désagréable à l'estomac, par de la tachycardie, par de la pâleur des téguments, par une sensation de constriction thoracique, par des modifications pupillaires, par la production de chair de poule, etc. Lorsque la grande crise convulsive suit, on dit conventionnellement que le malade a eu une aura viscérale, mais la crise peut aussi ne pas dépasser les proportions de cette aura et c'est alors qu'il nous faut bien accepter l'existence de la crise viscérale authentique. Cette crise n'est pas dans le classement traditionnel.

Permettez-moi, Messieurs, avant d'aller plus loin, d'insister encore sur l'importance des auras. Les auras sont plus que des avertissements, ce sont des crises authentiques. Lorsqu'une crise de grand mal fait suite à une aura, cette crise n'est que l'expression de la diffusion de la décharge neuronale qui s'était d'abord manifestée par l'aura.

* * *

Le petit mal, ou absence, est trop fréquent et vous est trop connu pour que je m'étende longuement sur sa description. C'est la suspension momentanée de la conscience, survenant surtout chez les enfants, ne s'accompagnant ni d'auras, ni de convulsions, ni de chute. Le petit mal est souvent prémoniteur d'une épilepsie convulsive ultérieure. La répétition des crises de petit mal varie de quelques unes à plusieurs centaines par jour. La plus petite crise convulsive ne doit pas être

appelée du petit mal. Il arrive fréquemment au cours du petit mal que la tête du malade se fléchisse brusquement sur sa poitrine mais cette dissolution rapide et momentanée du tonus musculaire n'a rien d'assimilable à une convulsion. Le malade ne conserve pas le souvenir de ce qui s'est passé pendant l'absence mais il a souvent la notion que quelque chose d'étrange s'est produit. Dans beaucoup de cas, cependant, le sujet peut continuer une conversation ainsi interrompue sans se douter de la fissure chronologique.

Il existe un état voisin du petit mal qui fait encore l'objet de nombreuses discussions et qui n'est pas encore officiellement classé dans les cadres de l'épilepsie: cet état est la *pycnolepsie*, du grec *pycnos* qui signifie *fréquent*. Le neurologue anglais Adie a donné en 1924 une définition de cette maladie qui fait encore autorité. Il s'agit « d'une maladie débutant subitement entre 4 et 12 ans, caractérisée par des crises épileptiformes très légères, très fréquentes et très courtes, semblables les unes aux autres, se répétant tous les jours pendant des semaines, des mois et des années, non influencées par la médication antiépileptique, n'empêchant pas le développement psychique et finissant par cesser spontanément pour ne jamais revenir ». Il s'agit d'une maladie assez rare et au sujet de l'identité de laquelle il faut être assez prudent car les malades qui en sont atteints présentent un E. E. G. à peu près identique à celui du petit mal.

Les crises de petit mal, enfin, auraient une localisation temporale.

* * *

L'épilepsie psychique, dont on peut difficilement séparer le petit mal a aussi sa localisation épileptogène dans les lobes temporaux. Elle comprend, en outre, les crises oniriques dites « dreamy states », les phénomènes d'automatisme encore appelés crises psychomotrices et les psychoses épileptiques.

Les crises oniriques, autrefois appelées auras intellectuelles, comprennent les illusions et les hallucinations qui surviennent brusquement et au cours desquelles la conscience est

momentanément diminuée ou supprimée. Ces crises ont une durée variable. Elles ont des traits de similitude avec le rêve et le petit mal et elles peuvent se reproduire par la stimulation électrique du cortex temporal. Le théâtre, le roman et le cinéma ont habilement exploité les situations qui résultent de cet onirisme: rappelez-vous le Procureur Hallers et le Dr. Jekyll and Mr. Hyde.

Lorsque la décharge neuronale se produit à un niveau cortical très différencié, très intellectualisé et, pour parler le langage de Jackson, très intégré, l'individu est privé du contrôle de la conscience et se conduit comme un automate. C'est la crise d'automatisme d'emblée ou crise psycho-motrice, au cours de laquelle le malade exécute de façon coordonnée des actes qui n'ont aucune signification définie et aucun rapport pragmatique avec le moment présent. Lorsque cet onirisme automatique survient après une crise de grand mal, c'est la crise d'automatisme, non plus d'emblée, mais secondaire à l'ébranlement cortical massif qui a déterminé la grande crise convulsive. Ces crises sont toutes amnésiques. On prévoit les conséquences médico-légales de telles manifestations.

Les états psychosiques, enfin, expriment la conséquence d'altérations répétées et chroniques du cerveau à la suite de crises graves, fréquentes et anciennes. Ils ne font pas partie de l'épilepsie psychique au sens dynamique de cette variété mais à titre de témoins fixés.

* * *

Il existe, Messieurs, d'autres états qui s'apparentent à l'épilepsie et qui, ou bien ne sont pas encore classés, ou bien ne sont pas authentiquement épileptiques. Il serait trop long d'en établir la nomenclature complète. Parmi ceux-ci, il convient de signaler les convulsions infantiles dont vous parlera le docteur Desrochers et la migraine qu'a bien étudiée Wm Lennox.

Avant de passer au chapitre de la thérapeutique médicale de l'épilepsie, je me permets d'insister de nouveau sur l'intérêt qu'il y a de bien observer chez les épileptiques les

caractères des manifestations initiales et de faire décrire minutieusement, chez les sujets qui présentent des auras, les particularités détaillées de ces avertissements. C'est en procédant ainsi que vous pourrez le mieux répondre à la question: où est la lésion?

* * *

Le traitement médical de l'épilepsie se bornera, faute de temps, au seul aspect pharmacologique.

Ce traitement sera constamment dirigé par le médecin qui pourra le modifier ou le suspendre, selon les cas. Celui-ci sera bien avisé d'engager son malade à ne pas régler lui-même ses doses et à ne jamais se laisser prendre au piège des réclames des quotidiens. Il l'invitera à dresser un calendrier de ses crises, majeures et mineures, afin de mieux guider le dosage et le choix du médicament. Ce procédé a encore l'avantage de démontrer au malade, par la méthode très objective du graphique, les progrès réalisés en même temps qu'il lui rappelle de songer à prendre à heure fixe le comprimé prescrit.

La thérapeutique pharmacologique moderne de l'épilepsie est relativement récente. Des épileptiques aussi célèbres que Jules César, Pierre le Grand, Mahomet et Napoléon ont dû être soumis à l'une ou plusieurs des 52 mixtures qu'a relevées Delasiauve dans son volume publié en 1854 sur le traitement du mal caduc. Une de ces préparations était faite de crâne humain pulvérisé en suspension dans de l'urine!

Les quatre grands médicaments de l'épilepsie qui ont aujourd'hui fait leurs preuves sont les bromures, appliqués pour la première fois dans l'épilepsie par Sir Charles Locock, en 1857; le phénobarbital, dû à l'Allemand Alfred Hauptmann et livré au commerce en 1912 sous le nom de luminal; le diphénylhydantoïate de sodium, découvert en 1937 par Putnam et Merritt et, enfin, le tridione, présenté en 1945 par Wm. Lennox. Il va sans dire que cette médication pharmacologique de l'épilepsie ne s'applique qu'aux cas dont la cause nous échappe et à propos desquels tous les tests de diagnostic n'ont pas réussi à

mettre en évidence une étiologie qui pourrait ressortir à la neurochirurgie, ou encore aux cas neurochirurgicaux qui présentent à nouveau des crises après l'opération. Dans ces conditions, la médication symptomatique doit être entreprise mais avec l'arrière-pensée de continuer quand même la recherche de l'épine organique opérable par des examens périodiques complets, par une nouvelle description des auras et par un interrogatoire sérieux sur les petits signes d'hypertension intracrânienne.

Lorsqu'un malade, longtemps soumis à la médication épileptique, ne présente plus de crises, peut-on dire que le traitement, de palliatif qu'il était au début, est devenu curatif? Il existe des cas où nous pouvons l'affirmer et d'autres où nous ne le pouvons pas. Lorsque la suppression de la médication ramène les crises, le traitement n'était évidemment que palliatif et, dans ce cas, il devra être repris avec toutes ses exigences. Lorsque, par ailleurs, la diminution, puis la suppression de la médication n'influencent pas le retour des crises et que le tracé de l'E. E. G. révèle une succession d'ondes normales ou voisines de la normale on peut parler de guérison. Les choses se passent alors comme si le médicament avait modifié de façon définitive l'intensité et la qualité de la décharge neuronale.

Et, maintenant, quel est le meilleur médicament de l'épilepsie? A cette difficile question je puis répondre que tel produit qui sera excellent pour un malade n'amènera aucun soulagement chez un autre, ce qui revient à dire que chaque malade a ses susceptibilités et affinités individuelles et que, pour tout épileptique, il faudra d'abord procéder par tâtonnements jusqu'à ce que le choix du médicament ou de l'association de médicaments et leur dosage soient définitifs.

Les bromures sont maintenant abandonnés parce qu'ils produisent trop de somnolence et parce qu'ils déterminent le plus souvent une acné fort désagréable. On peut dire qu'en général, le phénobarbital et le diphényl-hydantoïate de sodium maîtrisent bien le grand mal, que le diphényl-hydantoïate de sodium

est le meilleur agent contre les crises psychomotrices et que le tridione est le médicament de choix dans le petit mal.

Chez les malades qui ne présentent que du grand mal, le phénobarbital est un bon médicament. Il présente l'inconvénient de produire de la somnolence lorsqu'il faut recourir à des doses un peu fortes. Dans les cas où il ne réussit pas à enrayer les convulsions, on peut lui associer le diphényl-hydantoïate de sodium. Le phénorbabital est rarement efficace dans l'épilepsie psychomotrice et dans le petit mal. On doit retenir qu'il ne doit pas être livré en grandes quantités à des mélancoliques anxieux qui pourraient l'utiliser à des fins de suppression définitive. Son dosage: 0.10 g. peut être répété deux ou trois fois par jour.

Le diphényl-hydantoïate de sodium est efficace dans le grand mal et dans l'épilepsie psychomotrice et il ne produit pas de somnolence. Par contre, il arrive que les malades qui sont soumis à cette médication présentent des étourdissements, un peu d'incoordination, parfois un rash scarlatiniforme, assez souvent un gonflement important des gencives et, assez rarement, de l'érythème hémorragique. Cette dernière manifestation le contre-indique formellement. Les autres s'amendent en réduisant les doses, qui sont celles du phénobarbital, mais répétées jusqu'à 3 et 4 fois par jour.

Le tridione, enfin, est le médicament du petit mal. Il n'a pas d'action sur les autres manifestations épileptiques. Il se donne en comprimés dosés à 0.30 g. à raison de 3 par jour. Son inconvénient le plus marqué est la photophobie que son administration entraîne parfois, pas souvent.

Comme plusieurs épileptiques sont à la fois atteints de grand mal et de petit mal, il est souvent nécessaire d'associer les 2 ou les 3 médicaments précités. Ces cas sont difficiles et demandent une période de tâtonnements et d'adaptation assez longue mais dans l'ensemble les crises sont favorablement influencées.

* * *

De nouveaux médicaments sont toujours à l'étude et déjà nous connaissons les effets, bons ou médiocres, d'autres produits employés exclusivement ou associés.

L'acide éthylméthylbarbiturique ou mébaral est un barbiturique parfois substitué au phénobarbital. L'hydantoin de Sandoz, connu au Canada sous le nom de mésantoin, est plus efficace que le diphényl-hydantoïate de sodium dans le grand mal. L'acide glutamique a donné des résultats contradictoires dans le petit mal et les crises psycho-motrices. Le café et la caféine auraient une action frénatrice sur les crises de petit mal. Enfin, l'association de la benzédrine aux médicaments antiépileptiques donne parfois des résultats insoupçonnés, notamment dans le petit mal et dans les épilepsies d'expression morphéique, bien étudiées par Delmas-Marsalet.

Messieurs, je vous ai fait un exposé bien

incomplet de deux chapitres de l'épilepsie parce que j'ai dû me restreindre à des généralités. J'espère avoir suffisamment souligné quelques particularités pour vous engager à les approfondir. Vous aurez retenu de cette présentation que la neurophysiologie moderne nous a ouvert sur l'épilepsie des horizons imprévisibles au siècle dernier et qu'il est maintenant relativement facile de localiser le foyer épileptogène et de traiter convenablement les crises des malades à étiologie dite essentielle, ou mieux, cryptogénique. Vous avez compris que les épileptiques sont peut-être les plus intéressants des malades parce que chacun d'eux soulève une multitude de problèmes individuels à des points de vue divers.

Bien comprendre l'épilepsie nous récompense largement du travail accompli pour parvenir à cette connaissance.

ÉTIOLOGIE ET ASPECT SOCIAL DE L'ÉPILEPSIE¹

Roma AMYOT,

Chef du service de Neurologie à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Traiter de l'étiologie des épilepsies est une tâche difficile et facile à la fois. Elle est facile pour certaines d'entre elles, parce que leur cause immédiate est très apparente, que l'on peut en situer l'installation dans le temps, qu'on en connaît la nature et même sa localisation assez exacte.

Pour ce qui est du contingent le plus important des manifestations comitiales, on peut réduire le problème à sa plus simple expression en affirmant qu'on ne sait à peu près rien de leur raison d'être et du mécanisme intime de leur survenue.

Mais, si on désire pénétrer plus intimement le processus des accès, de quelque type qu'ils soient, connaître les facteurs biochimiques qui les déclenchent chez certains sujets aux conditions pathologiques identiques à celles d'autres personnes qui ne souffrent pas par ailleurs d'épilepsie, on se trouve dans un grand embarras et une profonde obscurité. Un très mince filet de lumière traverse cette nuit; il comporte les enseignements encore rudimentaires de l'électro-encéphalographie. Tâche facile si on s'en tient aux notions superficielles, aux apparences des faits; tâche onéreuse, si on s'efforce de comprendre ce qui se passe dans l'intimité des tissus et des humeurs.

Quoi qu'il en soit, notre office est de vous présenter en synthèse, sur les épilepsies, les notions étiologiques actuellement accréditées et les conceptions les plus usuelles concernant l'aspect social.

* * *

Etiologiquement, on classe *les épilepsies en symptomatiques et idiopathiques ou cryptogénétiques.*

1° Et c'est passer du plus simple au plus complexe que de commencer cette étude en traitant de *l'épilepsie symptomatique.*

Admettons que la fréquence de l'épilepsie dans la population en général est de 1/2%; il y aurait donc au Canada environ 60.000 épileptiques. De ce nombre 20% seraient l'objet d'une épilepsie symptomatique, c'est-à-dire d'une épilepsie provoquée soit par une lésion cérébrale décelable, soit par une lésion ou un trouble de fonction à distance, mais à répercussion sur l'activité cérébrale, par une infection, par une intoxication, enfin par un ralentissement important ou un arrêt momentané de la circulation sanguine.

Parmi les lésions cérébrales pouvant déclencher des crises épileptiques, les plus communes sont: une tumeur, un abcès, un hématome, une cicatrice par traumatisme crânien ou infection cérébrale, un kyste secondaire à un processus d'hémorragie ou de ramollissement, l'artériosclérose et la syphilis cérébrales, des foyers d'atrophie cérébrale ou de microgyrie par compression ou infection, certaines autres lésions congénitales ou dégénératives moins fréquentes.

Ces lésions très objectives peuvent provoquer des crises de caractères très variés parmi lesquels les accès tonico-cloniques, localisés ou généralisés, occupent la première place de fréquence.

Dans d'autres cas, des épisodes nerveux et itératifs, avec inconscience subite et momentanée, avec convulsions même, à allure typiquement comitiale, sont causés par des poussées d'hypoglycémie comme au cours de l'évolution d'un adénome pancréatique; par une intoxication comme l'éthylisme; par l'hyperexcitabilité d'un sinus carotidien qui, à la moindre excitation comme la compression d'un col un peu serré ou un peu haut, à l'occasion de certains mouvements du cou, ralentit profondément le rythme cardiaque ou abaisse la pression artérielle ou enfin trouble directement la circulation intracrânienne; par un syndrome

1. Communication aux Journées Médicales de la Société Médicale de Montréal, le 19 mai 1949.

bradycardique de Stokes Adams ou une tachycardie paroxystique.

Tous ces facteurs agissant à distance du cerveau sont de nature à exercer une influence importante sur sa nutrition et sa circulation dont les déviations soudaines favorisent l'apparition d'accidents à caractère comitial.

A condition de connaître ces différentes causes et de les évoquer systématiquement en présence de tout épileptique, à condition aussi d'en rechercher l'existence par un interrogatoire et un examen complets, le diagnostic de l'épilepsie symptomatique n'offre pas de réelles difficultés. Mais il faudra, à l'examen clinique ajouter la ponction lombaire et l'examen du liquide, la pneumo-encéphalographie, l'électro-encéphalographie; on devra explorer le fonctionnement du cœur, établir l'excitabilité carotidienne par un massage prudent du sinus et, dans certains cas, évaluer le dosage du glucose sanguin et plus particulièrement à l'occasion des crises.

2° Sans plus de préambule, nous abordons maintenant l'étude de l'épilepsie dite *idiopathique ou cryptogénétique*. Cette dernière épithète, cynique dans sa véracité, devrait nous imposer silence, mais les auteurs continuant de dissenter, nous sommes conséquemment tenus de rapporter leurs propos et au besoin de les commenter.

80% des épileptiques appartiennent à cette catégorie. Jusqu'au début de ce siècle et depuis la plus haute antiquité, la croyance voulait que l'épilepsie et surtout celle dont il s'agit maintenant, qui s'installe le plus souvent à la puberté et qui évolue sans changement et surtout sans complications neurologiques durant toute la vie du sujet, la croyance voulait qu'elle fut héréditaire. Il ne s'agissait pas, il va sans dire, d'une hérédité systématiquement similaire, mais d'une influence mal définie et polymorphe, passant d'une génération à l'autre sous forme d'épilepsie, bien sûr, mais aussi sous forme de tares mentales les plus variées et dépendant de facteurs morbides tellement divers chez les procréateurs qu'on aurait pu

considérer avec autant de vraisemblance « l'état de santé comme un état dégénératif dû à une défectuosité ancestrale » (Myerson).

Mais une réaction s'opéra à la fin du siècle dernier et, en France tout particulièrement, elle fut due aux travaux et publications de Pierre Marie à partir de 1897. Cet éminent neurologue tenait toute épilepsie comme organique et symptomatique d'une lésion cérébrale, en majeure partie secondaire aux traumatismes obstétricaux et aux toxi-infections de l'enfance. Cette conception prévalut, du moins en France, jusqu'à tout dernièrement et Abadie, dans son rapport à la XIIe Réunion neurologique internationale de la Société Neurologique de Paris, en 1932, et au Congrès Neurologique International tenu à Londres en 1935, affirmait que l'hérédité similaire directe ou indirecte de l'épilepsie est exceptionnelle, que toute épilepsie est une affection ou un syndrome symptomatique d'une lésion cérébrale, qu'elle est personnelle et acquise.

Cette opinion marquait sinon une conception unanime, du moins une tendance de l'époque à juger l'origine de l'épilepsie tout à l'opposé de ce qu'on croyait dans le passé et tout à fait dans la discipline organiciste qui découlait des grands travaux anatomo-pathologiques de l'Ecole française encore tout imprégnée de l'influence créatrice de l'équipe de Charcot. Cependant, des auteurs comme Claude, Pagniez, ne rejetaient pas un certain apport héréditaire, au moins de prédisposition, dans l'épilepsie commune ou idiopathique. Certaines enquêtes statistiques montraient un quotient héréditaire faible, mais réel. Ainsi, celle de Calvert Stein effectuée en 1933 qui trouva dans la parentèle de 1.000 épileptiques une proportion de 18.17% d'accès comitiaux comparativement à 4.6% chez 722 sujets de contrôle; un pourcentage de 3.7% chez les très proches parents de ces 1.000 épileptiques comportant 6.572 sujets par rapport à 1.3% chez les 4.684 proches parents des 722 sujets de contrôle.

Une histoire d'épilepsie familiale aurait été

obtenue par de nombreux auteurs chez 20 à 30% de sujets épileptiques et seulement chez 4% d'individus non épileptiques.

Conrad étudiant, en 1936, 253 paires de jumeaux trouva que l'épilepsie se rencontrait chez les deux jumeaux monozygotiques dans 86.3% des cas et seulement dans 3% des cas chez des jumeaux bi-vitellins, ce qui concorde d'ailleurs assez bien avec les constatations ultérieures de Lennox et des Gibbs (1940).

Voilà autant de faits connus qui démontreraient un apport héréditaire dans l'épilepsie, d'importance relative il est vrai, mais réelle et qui tempérent l'absolutisme de la conception faisant de l'épilepsie une affection ou un syndrome toujours individuel et acquis.

Puis l'électro-encéphalographie apporta des données qui renforcèrent la conception héréditaire de l'épilepsie dite idiopathique que Lennox va jusqu'à dénommer l'épilepsie génétique.

Depuis la publication des travaux de Gibbs et de Lennox, en 1937, et par les enseignements recueillis de cette nouvelle méthode d'exploration cérébrale, voici certaines notions qui concernent l'étiologie de l'épilepsie et qui ne doivent pas être ignorées.

Dix pour cent (10%) de la population en général présenteraient un tracé électro-encéphalographique comportant des ondes caractéristiques de l'épilepsie. D'autre part, si on se rappelle ce que nous avons déjà dit, 5% seulement de ces 10% présentent des crises comitiales, soit 1 personne sur 20. Par ailleurs, 80% des épileptiques présentent un électro-encéphalogramme anormal.

Si on examine les proches parents d'épileptiques, on observe un tracé de type épileptique chez 60% environ de ces sujets; dans 94% des cas le père ou la mère offre un tracé de ce type, observé chez les deux procréateurs dans 28% des cas.

Lennox affirme avoir constaté un électro-encéphalogramme anormal dans 100% des jumeaux univitellins dont un des deux souffrait de mal comitial.

En regard de cet aspect bioélectrique du cerveau propre à l'épilepsie qui aurait une propension familiale et héréditaire, que Lennox appelle dysrythmie cérébrale, voyons ce que nous offre l'observation des faits cliniques.

Nous avons déjà cité le résultat de la grande enquête de Stein: 3.7% de comitialité chez les proches parents d'épileptiques comparativement à 1.3% chez les contrôles; dix pour cent de dysrythmie dans la population comparativement à 0.5% pour les manifestations cliniques. Selon Lennox et les Gibbs, 60% de dysrythmie chez les familles d'épileptiques en regard de 2.8% de troubles comitiaux chez les procréateurs, les sœurs, frères et enfants d'épileptiques, ce qui constitue un rapport de 25 à 1. Ces dernières compilations ont été établies par Lennox après avoir effectué une investigation sur 12.119 proches parents de 2.130 sujets épileptiques.

Confrontons, une fois de plus, ce pourcentage de 2.8% à 0.5% qui se rapporte à la population en général en fait de manifestations cliniques, et les 60% de dysrythmie cérébrale pour les parents d'épileptiques au 10% de la population en général pour bien juger de l'écart important qui se trouve entre les faits cliniques et les phénomènes bio-électriques.

Ajoutons ces derniers chiffres qui expriment des valeurs statistiques basées sur des enquêtes sérieuses: une personne sur 200 parmi les proches de sujets normaux, aurait de l'épilepsie; une personne sur 60 des proches de sujets à convulsions après traumatisme crânien présenterait des crises comitiales; une personne sur 40 des proches de sujets à épilepsie dite idiopathique serait l'objet de manifestations épileptiques. Ces derniers rapports ont été établis par l'interrogatoire d'un groupe important de sujets normaux, d'un nombre aussi imposant de soldats à blessures du crâne et d'un groupe à nombre égal de malades à épilepsie dite idiopathique.

On pourrait enfin terminer cette énumération de pourcentages et de rapports en disant que des manifestations comitiales existent chez

un autre membre de la famille d'un épileptique dans une famille sur 10.

Et que signifie tout cela?

Que conclure de toutes ces données et de ces confrontations?

On peut affirmer d'abord que la dysrythmie cérébrale, phénomène apparemment héréditaire et familial, n'est pas l'épilepsie. Par ailleurs et jusqu'à nouvel ordre, on peut la considérer comme une prédisposition aux manifestations comitiales. Elle paraît abaisser le seuil d'excitabilité cérébrale et rendre épileptogènes des influences qui par elles seules ne le seraient pas. Dans les épilepsies symptomatiques, on peut identifier ces influences, elles sont des lésions cérébrales ou ces troubles de fonction à distance qui retentissent sur la nutrition ou la circulation du cerveau. A ce dernier sujet, on doit croire que certaines lésions encéphaliques sont assez importantes et efficaces pour provoquer seules et exclusivement les accidents comitiaux; ailleurs, la prédisposition dysrythmique concourt à les déclencher en association avec l'élément organique acquis.

Pour ce qui est de l'épilepsie idiopathique, il est difficile actuellement de refuser à la dysrythmie un certain rôle permanent, auquel s'ajoute un ou des facteurs biochimiques que nous ne connaissons pas encore. Cette influence de la dysrythmie demeure cependant latente, dans 95% des cas.

Il existe il est vrai des conjonctures nocives à activité irrégulière et surtout dont on ne connaît qu'imparfaitement et superficiellement le mécanisme d'efficiences: ce sont par exemple l'éthylisme, les troubles digestifs, les émotions, l'hydratation qui modifie la perméabilité cellulaire, les menstruations dont la suppression n'apporte pas de changement univoque dans l'allure de l'épilepsie, la puerpéralité qui peut par ailleurs, assez rarement cependant, déclencher de l'épilepsie faisant suite à des crises d'éclampsie sévère; certaines influences musico-géniques et photogéniques et combien d'autres causes éventuellement favorisantes dont

on ne voit qu'une facette, celle qui est tournée vers nous.

Nous ne pouvons clore ce chapitre de l'étiologie des épilepsies sans dire un mot des rapports qui se posent entre les convulsions infantiles et l'épilepsie.

D'après l'opinion de nombreux auteurs qui ont étudié cette question et en établissant une moyenne des chiffres énoncés, il serait raisonnable d'affirmer que l'on trouve, dans le passé des épileptiques, des convulsions infantiles selon un pourcentage de 25% environ alors qu'elles apparaissent dans celui de sujets non épileptiques dans la proportion d'à peu près 5% (Thom, Patric et Levy, Lennox).

En contre-partie, les convulsions infantiles évolueraient vers l'épilepsie dans 14 à 44%, selon les statistiques d'auteurs; Lennox donne le chiffre de 25% qui versent dans l'épilepsie et l'arriération mentale.

Tous cela paraît relier en partie ces deux ordres de phénomènes. Nous ne pouvons étudier plus longuement les conditions de nature variée qui modifient le pronostic des convulsions infantiles eu égard à leur passage dans l'épilepsie.

Penfield et Erickson, dans leur monographie sur l'épilepsie, dressent un tableau qui comporte les causes probables de l'épilepsie, selon l'âge auquel elle s'est installée chez le sujet; pour chaque âge ces causes sont énumérées selon un ordre décroissant de fréquence et conséquemment de probabilité:

Jusqu'à 2 ans — Traumatisme obstétrical; anomalie congénitale; processus dégénératif.

2 à 10 ans — Traumatisme obstétrical — thrombose infectieuse, trauma crânien — cryptogénétique.

10 à 20 ans — Cryptogénétique — trauma crânien.

25 à 35 ans — Trauma crânien — tumeur endocrânienne.

35 à 55 ans — Tumeur endocrânienne — Artériosclérose.

55 à 70 ans — Artériosclérose — tumeur endocrânienne.

Il est intéressant de constater le déplacement des valeurs étiologiques en passant d'une

décade à l'autre; ce tableau est, de plus, instructif et expose plus éloquemment et plus objectivement que toute argumentation ce fait que l'épilepsie est un syndrome relié à de multiples causes, dont une dénomination d'importance extensive paraît être la dysrythmie cérébrale.

* * *

Nul ne peut contester que l'épilepsie comporte un aspect social de première valeur. Si elle ne se développe pas par le contact interhumain comme certaines maladies infectieuses, elle peut constituer, sinon par elle-même du moins par les circonstances qui entourent les accès qu'elle déclenche, un grave danger pour autrui et pour le moins une occasion d'émoi, de désordre et même de panique. Voyons donc les principaux éléments du problème social de l'épilepsie.

Si l'épilepsie est seule en cause, la responsabilité légale n'implique les actes délictueux que si ces derniers ont été commis *au cours d'un accès comitial*. Dans la très grande majorité des cas, l'accès épileptique s'accompagne d'inconscience et on comprend que l'irresponsabilité s'ensuive, mais dans certaines rares occasions, assez difficiles d'ailleurs à éclaircir et à rendre inéluctables, des crises larvées pourraient se produire en toute conscience de l'individu, mais avec une telle irrésistibilité que le sujet ne peut vaincre l'impulsion morbide. Le médecin et les hommes de loi doivent connaître cette dernière éventualité.

A tout épileptique doit être interdit tout travail et toute occupation pouvant mettre sa propre vie et celle des autres en danger: la conduite des ascenseurs, des autobus, des tramways, des convois et des trains, des avions, le travail auprès de machines ou outils mécaniques dans des usines ou ateliers, la fonction d'ingénieur, le travail en altitude ou dans les mines, etc. Peut-on envisager certaines circonstances atténuantes qui peuvent adoucir cette règle rigide? Des sujets qui n'ont des crises que la nuit, d'autres qui sont avertis par une aura d'une durée utilisable et

caractéristique d'une crise imminente, d'autres enfin parfaitement contrôlés par la médication, pourraient jouir d'une tolérance qui leur permettrait de travailler dans des conditions où le danger ne pourrait exister que pour eux-mêmes. Le respect de la vie d'autrui ne peut envisager une dérogation plus complète à une règle imposée par le sens social et la justice et tant qu'on n'a pas démontré péremptoirement que le sujet est guéri de son épilepsie.

Un épileptique peut se baigner sous surveillance sur la plage, en eau peu profonde ou dans sa baignoire. Le plongeon, le canotage, la natation en eau profonde devraient être défendus.

Tous les sports violents exposant aux traumatismes et exigeant un contrôle musculaire constant doivent être prohibés tels que la boxe, le football et le rugby, l'équitation et peut-être même la bicyclette pour la majorité.

La question de la fréquentation de l'école est du plus grand intérêt pratique. L'école spéciale pourrait résoudre les difficultés d'ordre purement matériel, mais comporte un désavantage psychologique en rassemblant trop catégoriquement tout un groupe d'enfants ou d'adolescents, en les isolant du reste de la société et en risquant de leur imposer un sentiment de méfiance, de dépit et d'infériorité que leur infirmité incite préalablement à cultiver.

A tout événement, tout enfant épileptique doit être retiré momentanément de l'école dès le début de ses accidents comitiaux. Il est impérieux qu'on le traite énergiquement, afin de supprimer les accès le plus rapidement possible et qu'on le remette à l'école aussitôt qu'on aura la quasi-certitude que son épilepsie est contrôlée. Tout cela, afin de ne pas entraver et retarder son instruction et afin de lui éviter l'infirmité morale inhérente à un régime de peur, à une réclusion qui le priverait de la vie commune à l'école et à l'affirmation réitérée des faits qu'il est rejeté de la société.

L'épileptique peut-il conduire son auto? Catégoriquement non. Cependant, s'il s'agit d'une

forme légère, sans manifestations *depuis deux ans* chez un sujet sérieux qui s'astreint très régulièrement à son traitement, on ne devra pas être jugé trop sévèrement si on tolère qu'un tel sujet conduise son automobile, quoique cette tolérance ne soit pas systématiquement recommandable.

Seule une incapacité réelle physique, intellectuelle et morale à satisfaire aux responsabilités, aux obligations et aux devoirs du mariage peut empêcher un épileptique de se marier.

Le problème devient plus sérieux quand il s'agit de la procréation.

Rappelons-nous les chiffres déjà mentionnés, rappelons-nous aussi que la dysrythmie n'est pas l'épilepsie et nous ferons découler nos conclusions des seules considérations suivantes:

1° On a constaté la présence de l'épilepsie dans la famille d'un individu sain chez 1 sujet sur 200, dans la famille d'un malade à épilepsie symptomatique chez un sujet sur 60, dans la famille d'un malade à épilepsie idiopathique chez un sujet sur 40.

2° L'épilepsie acquise franchement symptomatique, comporte très peu de restriction quant à la procréation.

3° Un sujet à épilepsie dite idiopathique ayant une ascendance épileptique de une ou deux générations comporte un risque réel pour les enfants éventuels.

4° Si le conjoint d'un épileptique est épileptique lui-même ou s'il a des parents épileptiques ou à tendance épileptique, un risque plus sérieux encore existera pour la descendance.

5° Enfin, on doit recommander à toute personne qui désire épouser un épileptique et avoir des enfants, comme à tout conjoint d'épileptique avant de se décider à procréer, de se soumettre à une électro-encéphalographie. De la sorte, si on découvre une dysrythmie cérébrale, on devra l'instruire du danger d'épilepsie que certains de ses enfants pourront courir.

On pourrait aussi affirmer que deux sujets, homme et femme, cliniquement normaux mais porteurs tous deux d'une dysrythmie cérébrale caractéristique constitueront également un danger d'épilepsie pour leurs enfants, sans pouvoir cependant préciser avec plus d'exactitude, mais peut-être bien en envisageant une valeur du risque égale à celui encouru par la conjonction d'un épileptique et d'un sujet normal.

On doit conclure que la dualité épilepsie-procréation est une question d'individualité, que chaque cas doit être étudié séparément et jugé en regard de certains principes généraux et des notions actuellement accréditées. Une règle trop sévère risquerait de causer plus de tort que de bien, autant pour le maintien d'une bonne morale des individus, que d'un bon équilibre mental, troublé par la privation du plus réconfortant bienfait de la vie: des enfants au foyer. De la complaisance par ignorance, par mollesse et par optimisme irréféchi, d'autre part, encourrait des conséquences malheureuses pour les individus et pour la société.

En terminant, nous désirons corriger l'impression qu'a pu donner la série de restrictions nommées plus haut. L'épileptique est un malade, il est vrai, mais il n'est pas un être à réprocher. Il doit vivre dans la société, admis au même rang que les autres et soumis à la même ration sociale. Les rapports des individus avec lui doivent être amicaux, sympathiques, pas plus ni moins qu'avec les autres. Il ne doit pas constamment sentir son infirmité et surtout suspecter et encore moins comprendre qu'on s'éloigne de lui ou qu'on le repousse. Ainsi un bon équilibre émotionnel chez lui sera maintenu, son affectivité ne ressentira aucune secousse du contact social, la charité humaine sera satisfaite et l'épileptique lui-même bénéficiera dans sa maladie du plein épanouissement de sa personnalité, autant que quiconque, comme c'est son droit le plus entier.

Résumé

La fréquence de l'épilepsie dans la population en général est d'environ 0.5%, ce qui signifie qu'une personne sur 200 présente des manifestations épileptiques. De ce demi de un pour cent, 20% des malades comportent une lésion, habituellement au cerveau, comme une tumeur, un abcès, une cicatrice d'un traumatisme crânien, d'un foyer infectieux ou d'un foyer hémorragique, d'une lésion, disons-nous, qui cause directement les crises comitiales. Il s'agit alors d'une épilepsie secondaire à une lésion, d'une épilepsie symptomatique. D'autre part, dans la plupart des cas, soit chez 80% des épileptiques, on ne parvient pas à trouver des signes cliniques d'une lésion cérébrale même par des examens les plus approfondis; bien plus, le cerveau en main, on ne peut déceler la moindre anomalie anatomique. Cette épilepsie sans lésion est nommée idiopathique ou encore de source inconnue, ou pour employer une épithète rébarbative, cryptogénétique.

Cette épilepsie semble se développer chez les individus porteurs d'une prédisposition à potentiel héréditaire sérieux qui peut être découvert par l'électro-encéphalographie. Cette dernière investigation consiste à recueillir des ondes électriques qui se dégagent du cerveau et qui s'enregistrent. Dix pour cent de la population présente des ondes anormales de type épileptique. Cela constitue de la dysrythmie cérébrale selon l'expression heureuse de Lennox, éminent épileptologue américain. Cette dysrythmie n'est pas de l'épilepsie, mais une prédisposition, qu'un ou des facteurs biochimiques encore inconnus, développeraient en phénomènes franchement épileptiques.

Sur le plan social, l'épilepsie occupe une position de première grandeur. Que ce soit à l'égard du mariage, de la procréation, de l'occupation ou du travail, de la fréquentation des écoles, de la pratique des sports, de la responsabilité légale des délits, pour ne mentionner que les principales têtes de chapitre, l'épilepsie pose des problèmes qui confrontent chaque jour les malades, leurs parents et le praticien. Ils doivent les résoudre en pensant à la sécurité pu-

blique et à celle du malade; ils doivent, en ce faisant, ne jamais oublier la notion de dignité humaine inhérente à ces malades, comme à toute autre personne, et éviter de leur imposer un mode de vie ou de penser qui en ferait des êtres moralement infirmes pour toujours.

TRAVAUX CONSULTÉS

1. ABADIE, Jean: «Conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies.» *R. N.*, **1**: 1048 (juin) 1932.
2. ABADIE, Jean: «Etiologie générale de l'épilepsie commune.» *R. N.*, **2**: 461 (octobre) 1935.
3. CLAUDE, Henri: *in* «Discussion des rapports.» *R. N.*, **2**: 1264 (juin) 1932.
4. COBB, Stanley: *Foundations of Neuro-Psychiatry*. The Williams & Wilkins Co., édit. 1948.
5. LENNOX, W. G.: *Science and seizures*. Harper & Brothers, édit., 1945.
6. LENNOX, W. G.: «The Genetics of Epilepsy.» *Am. J. Psychiatry*, **103**: 457, 1947.
7. LENNOX, W. G., E. L. Gibbs et F. A. Gibbs: — Inheritance of cerebral dysrhythmia and epilepsy. *Arch. Neur. Psy.*, **44**: 1155 (décembre) 1940.
8. LENNOX, W. G., E. L. Gibbs et F. A. Gibbs: — «Twins, brain and epilepsy.» *Arch. Neur. Psy.*, **47**: 702 (avril) 1942.
9. NATTRASS, F. J.: «Clinical and Social problems.» *Brit. Med. Journ.*, **1**: 1 (1 jan.) 43 (8 jan.) 1949.
10. PAGNIEZ, Ph.: *in* «Discussion des rapports.» *R. N.*, **2**: 479 (oct.) 1935.
11. PENFIELD, W. et ERICKSON, T. C.: «Epilepsy and Cerebral localization.»
12. PUTNAM, Tracey J.: *Convulsive seizures*. J. B. Lippincott Co., édit. 1945.
13. Report of the Committee for the investigation of sterilization of the Am. Neur. Association, 1935.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ÉPILEPSIE ¹

Claude BERTRAND,

Neuro-chirurgien à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Ce sont plutôt les indications de traitement chirurgical dans l'épilepsie que les techniques opératoires qui doivent être discutées ici. Les données modernes permettent de concevoir l'épilepsie comme une dysrythmie, une vague d'excitation qui diffuse à travers le cerveau. On doit penser à la chirurgie 1° si la thérapeutique médicale n'est pas satisfaisante; 2° si le point de départ, le foyer, est assez bien localisé; 3° si ce foyer n'englobe pas une région fonctionnelle indispensable ou trop profondément située; 4° de plus, dans toute épilepsie nouvelle ou progressive, surtout après l'âge de vingt ans, il faut éliminer la possibilité d'une masse intracrânienne: tumeur, abcès, angiome ou hémorragie.

Sauf pour les signes grossiers, cicatrices extérieures ou calcifications intracrâniennes, les deux meilleurs indicateurs d'un foyer localisé sont l'aura et l'électro-encéphalogramme.

Si l'aura, le signe prémonitoire, fait défaut, c'est que la perte de connaissance se produit précocement dans la crise. La vague atteindrait dès le début les centres de la couche optique et du mésencéphale où l'on croit située la conscience. C'est le propre des épilepsies essentielles, bien que celles-ci soient souvent précédées d'une aura épigastrique. D'ailleurs, la perte subite de connaissance n'exclut pas une lésion localisée car elle est fréquente dans les décharges du lobe frontal. Si la lésion siège en arrière, dans ce lobe, la crise pourra commencer par une déviation de la tête et des yeux du côté opposé. Ainsi, les phénomènes du début de la crise ne sont pas moins significatifs s'ils sont observés rigoureusement. Plus postérieurement, dans la frontale ascendante, la crise débutera par une décharge motrice dans l'une des extrémités ou dans la face. Les manifestations psychiques telles que l'automatisme, les fugues et les mouvements stéréotypés ont aussi été

attribuées au lobe frontal. Toutefois, actuellement, il existe une discussion sur ce point et plusieurs auteurs les reportent dans le lobe temporal. Le large faisceau fronto-temporal qui fait rapidement diffuser les ondes d'un lobe à l'autre rend la distinction difficile entre ces deux foyers d'origine. Par contre, les illusions et les hallucinations visuelles ou auditives semblent nettement l'apanage de la partie postérieure du lobe temporal. On réserve au lobe occipital les manifestations visuelles simples telles que couleurs, lumières. Le cortex postcentral, la région pariétale ascendante donnent des sensations, des fourmillements. Point n'est besoin d'insister sur ces points déjà élaborés par le docteur Jean Saucier.

L'électro-encéphalographie enregistre les modifications du rythme cérébral et elle démontre son origine. A notre point de vue, ce procédé sert aussi à voir si le foyer est unique ou s'il en existe plusieurs et, encore, s'il y a diffusion rapide à d'autres régions. Ainsi, un foyer temporal, surtout s'il est profond, éveille facilement son homologue de l'autre côté. Personnellement, chaque fois qu'il y a diffusion facile et surtout s'il existe d'autres petits foyers, je suis circonspect quant aux résultats de la chirurgie. Dans ces cas, une fois le chef de file disparu, il se dresse souvent un ou plusieurs successeurs dans ces régions anormales. Alors, il ne faut avoir recours à la chirurgie qu'après avoir épuisé le traitement médical. Du reste, il faut toujours avoir essayé les possibilités de l'arsenal médical, maintenant très étendu et bien dirigé par l'électro-encéphalogramme, avant d'envisager une excision corticale.

Si le foyer est situé profondément, c'est-à-dire près du centre, les chances d'une exérèse sont minimales et les dangers opératoires sont beaucoup plus grands. C'est malheureux, puisque les travaux de Jasper et de ses associés suggèrent fortement que les crises si fréquentes du petit mal naissent près de la commissure grise. Chose certaine, on peut produire

1. Communication des « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1949.

des crises analogues par stimulation de cette région. Pour le moment, on s'attaque surtout aux lésions de la convexité des hémisphères. Du côté droit du cerveau chez un droitier, seul le cortex moteur du bras et de la jambe ne peut être enlevé. A gauche, il faut aussi protéger le cortex moteur pour la parole ainsi que les centres d'expression situés au niveau du carrefour pariéto-temporal. En plus de ces considérations, il semble plus facile d'isoler complètement et d'enlever un foyer situé au niveau d'un des pôles, frontal ou occipital. Heureusement, les lésions frontales sont assez nombreuses. Dans un tel cas, lorsque le foyer est unique, les chances de guérison sont bien supérieures au chiffre de 50% qu'on applique à tous les cas traités chirurgicalement, sans distinction. Inversement, une lésion temporale, située près d'un centre de la parole et diffusant du côté opposé, offre des possibilités beaucoup moins encourageantes.

Si les crises augmentent en nombre et à plus forte raison s'il existe des signes d'hypertension intracrânienne tels que céphalée entre les crises, somnolence, il faut penser à éliminer une tumeur, surtout chez les plus de vingt ans. C'est pourquoi la radiographie simple du crâne ne sert pas simplement à démontrer de vieux accidents, une anomalie, un développement inégal ou encore une calcification, mais elle peut déceler des signes d'hypertension. Il ne faut pas croire que ce diagnostic est toujours facile. Ainsi, il y a quelques années, j'ai vu un cas de méningiome bifrontal traité par un neurochirurgien d'une autre grande ville pour épilepsie essentielle. Les tumeurs qui produisent des crises épileptiformes sont ordinairement bénignes puisqu'elles agissent par irritation corticale. Je revoyais dernièrement un patient chez qui les crises commençaient toujours de la même façon. Il se levait pour se laver les mains puis il commençait à présenter des mouvements cloniques du membre supérieur droit. A l'opération, nous avons enlevé une énorme masse dans la région frontale gauche. C'était un gliome à évolution très lente. Parfois, de tels patients présentent des troubles purement mentaux.

Ainsi une femme opérée dernièrement avait des périodes d'euphorie ou de dépression telles que son mari était sur le point de la faire interner.

Pour terminer ce bref aperçu, voici quelques faits au sujet du traitement chirurgical actuel. Après l'examen clinique et la radiographie du crâne, on localise plus spécialement la zone anormale par l'électro-encéphalographie et le pneumo-encéphalogramme. Les cas les plus favorables sont ceux où le pneumo-encéphalogramme montre une anomalie bien nette au niveau d'un des pôles telle qu'une atrophie corticale dans une région frontale. Dans certains cas spéciaux, on pourra placer des électrodes sous la dure-mère, puis refermer la peau de façon à pouvoir faire des tracés directs des ondes corticales à plusieurs reprises. De tels cas n'offrent évidemment pas le meilleur pronostic. Lors de l'intervention, après avoir exposé une large région de cortex, on place des électrodes directement sur le cerveau pour procéder à l'électro-corticogramme. En effet, il semble que le foyer épileptogène se trouve au pourtour des cicatrices et cette méthode a pour but de les déceler. Ceci fait, on stimule le cerveau afin de trouver la zone motrice qui doit être sauvegardée. On procède à l'exérèse de la cicatrice de toutes les zones épileptogènes qui l'entourent et qui ne sont pas situées dans des régions indispensables comme le centre de la parole. Enfin, on prend un nouvel électro-corticogramme afin de voir s'il persiste encore quelque foyer anormal. Ce dernier examen est d'une valeur bien relative puisque l'ablation pratiquée par le chirurgien n'est pas sans causer quelques perturbations.

Il semble de plus en plus évident que la chirurgie de l'épilepsie sera remplacée un jour par un traitement médical approprié qui permettra d'éviter complètement les décharges paroxystiques du cerveau. Jusqu'à ce jour, la chirurgie faite à bon escient continuera à soulager ceux dont la lésion est circonscrite, superficielle et à une distance suffisante des quelques centres indispensables du cerveau.

LES CONVULSIONS INFANTILES ¹

J.-L. DESROCHERS (Montréal).

On m'a demandé de traiter devant vous de la question des convulsions infantiles. Cette question est évidemment d'un intérêt primordial tant à cause de la fréquence de ce phénomène chez l'enfant qu'à cause de la gravité de son pronostic dans certains cas. Il est également important, pour le praticien, de pouvoir reconnaître facilement les différentes causes de convulsions chez l'enfant, afin d'appliquer le traitement adéquat aussitôt que possible; en effet, on ne peut laisser durer impunément des convulsions, quelle qu'en soit la nature, car on risque, si les crises se prolongent outre mesure, qu'il se produise au niveau de la cellule nerveuse cérébrale, par augmentation du métabolisme cellulaire et accumulation de toxines, durant la crise, un état d'épuisement qui peut entraîner des lésions irréversibles et définitives.

Je vous prierai ici de bien vouloir m'excuser s'il m'arrive de répéter des notions qui vous ont déjà été clairement exposées par d'autres rapporteurs; mais il est impossible de traiter des convulsions infantiles, de leur étiologie, de leur traitement et de leur pronostic, sans empiéter un peu sur le terrain du voisin, sans parler un peu de l'épilepsie.

Toutes les causes générales, susceptibles de donner chez l'adulte un grand frisson, peuvent chez le très jeune enfant produire une convulsion. Ce phénomène évidemment peut se produire aussi lorsqu'une lésion grave touche localement le cerveau et les méninges, et dans tous les cas d'intoxication endogène et exogène.

Le diagnostic de la crise convulsive est facile. Il s'impose, même aux gens les moins renseignés. Il n'en est pas de même du diagnostic étiologique où souvent l'on doit se perdre en conjectures pendant un certain temps, avant d'en venir à une conclusion certaine. Pour ce

faire, il est important de connaître l'âge de l'enfant, il faut faire subir aux parents un questionnaire poussé sur le régime alimentaire de l'enfant, sur le fonctionnement des intestins, sur ses habitudes de vie; sur son état de santé précédent, sur ses antécédents familiaux, sur son accouchement; il faut ensuite rechercher toute trace de traumatisme, d'infection, d'intoxication; en un mot enfin, faire subir à l'enfant un examen général complet et neurologique sans oublier l'examen ophtalmologique et l'examen spécialisé, comme la ponction lombaire, les radiographies de crâne et même l'encéphalographie gazeuse et l'électro-encéphalographie.

Je disais tout à l'heure que l'âge de l'enfant est important pour nous aider à déterminer la cause de la convulsion. Si, en effet, les convulsions se produisent durant les trois premiers mois de la vie, du 6^e au 18^e mois, ou après 2 ans, le facteur étiologique n'est habituellement pas le même.

I — De la naissance au 3^e ou 4^e mois de la vie, une crise convulsive chez un nourrisson devra nous faire penser en premier lieu:

a) *A un traumatisme obstétrical*, et cela d'autant plus, que l'accouchement aura été plus long et plus difficile, qu'on aura appliqué un forceps, ou que la mère souffrait de dystocie. La procidence du cordon et l'asphyxie du nouveau-né sont d'autres facteurs. Dans les cas d'accouchement laborieux, on trouve souvent des lacérations de la tente du cervelet, des hématomes sus ou épiduraux; parfois des fractures avec enfoncement et lacération du cerveau. Dans ces cas, l'examen de la tête, la ponction lombaire et même la ponction des fontanelles, ou la ponction ventriculaire pourront nous montrer la présence d'hypertension et de sang dans le liquide céphalo-rachidien.

b) On doit penser également à la diplégie cérébrale infantile ou maladie de Little avec

1. Communications aux Journées médicales de la Santé médicale de Montréal, mai 1949.

ses diverses manifestations cliniques, hémiplé-gie ou diplégie spastique, par lésion corticale atrophique ou autre, associée ou non à une lésion des corps striés et du cervelet; dans le premier cas, on note une choréo-athétose et dans le second une atonie et une laxité ligamentaire qui font penser à l'amyotonia congénita.

La dégénérescence cérébro-maculaire ou idiotie amaurotique familiale doit également être éliminée dans les cas de convulsions du début de la vie. Cette maladie, qui est plus fréquente chez les Juifs, consiste dans une diplégie progressive accompagnée de convulsions et d'idiotie progressive, et de dégénérescence maculaire avec atrophie optique.

c) En troisième lieu l'hydrocéphalie congénitale, qui doit être recherchée, est habituellement causée par une atrésie de l'aqueduc de Sylvius ou une agénésie.

Cliniquement, la tête est grosse, et les fontanelles bombées. Plus tard s'installent les convulsions, la détérioration psychique, la paralysie spasmodique, le nystagmus et l'atrophie optique.

d) Enfin si les convulsions se produisent dans les premiers mois, il faut penser à la syphilis héréditaire. Dans ces cas, on a habituellement chez les parents une histoire de spécificité, chez la mère de nombreuses fausses couches, et chez l'enfant même les stigmates de syphilis héréditaire bien connus (éruptions, marasme, nez en selle, dents d'Hutchison, etc.). Les examens biologiques, le Bordet-Wassermann tranchent le diagnostic.

B) Les convulsions qui se produisent du 6e au 18e mois sont causées le plus souvent par: (a) la tétanie qui accompagne souvent le rachitisme. A l'examen, on trouve les symptômes connus du rachitisme; retard de dentition, marche retardée, faiblesse excessive, au point que parfois l'enfant ne peut s'asseoir, troubles gastro-intestinaux, bronchite, transpiration de la tête; les épiphyses des os longs sont augmentées, grosses et carrées, l'abdomen globuleux pour ne nommer que les plus connus.

b) De six à 18 mois, des troubles digestifs variés peuvent produire des convulsions: la constipation, par exemple; le régime alimentaire inadéquat, la trop grande absorption d'aliments, un régime trop riche.

c) Toutes les maladies infectieuses et les infections locales sont susceptibles de produire des convulsions chez l'enfant; c'est d'ailleurs parfois le signe du début, et la crise convulsive chez l'enfant serait parfois l'analogue du frisson chez l'adulte; mentionnons la broncho-pneumonie, les otites, les mastoïdites, les oreillons, les amygdalites, les infections urinaires.

d) Les infections cérébrales et méningées. Les méningites aiguës et chroniques.

La polio-encéphalite.

Les encéphalites à virus accompagnant parfois ou suivant les maladies contagieuses comme la varicelle, la scarlatine. Les encéphalites post-vaccinales.

e) Les convulsions qu'on dit d'origine réflexe; et, parmi celles-ci, il y a les convulsions qui accompagnent parfois la dentition; celles qui sont causées par les différents parasites intestinaux, oxyures, ascaris taenia ou Giardia et Lambliia.

f) Enfin de 6 à 18 mois, il arrive parfois que des crises convulsives peuvent se produire par congestion veineuse cérébrale, à l'occasion de quintes de toux, dans la coqueluche.

Chez les enfants de plus de 2 ans, qui semblent en santé par ailleurs et chez qui l'examen général est négatif, il faut penser presque toujours à l'épilepsie.

Je n'insisterai pas davantage sur les différents procédés de diagnostic qui n'entrent pas dans le cadre de cette communication. Je me contenterai de parler du traitement de la convulsion.

Lorsqu'on est appelé à traiter un cas de convulsion, il est urgent d'arrêter d'abord les crises convulsives pour éviter les lésions cérébrales définitives toujours possibles, si l'état de

mal épileptique ou la convulsion se prolongent outre mesure.

Il faut d'abord prendre la température rectale de l'enfant, puis on recommande l'immersion de l'enfant dans un bain chaud de mou-tarde durant 10 ou 15 minutes, après quoi on lui administre un lavement évacuant ou un suppositoire à la glycérine. On peut injecter 5 à 10 cg. de gardéнал sodique intramusculaire ou, si l'on veut agir plus vite, faire respirer à l'enfant quelques bouffées de chloroforme qui réussissent presque toujours à faire avorter les convulsions aussitôt. On peut enfin donner à l'enfant, en lavement, 4 grains d'hydrate de chloral et 5 grains de bromure de sodium.

Lorsque la crise convulsive a cessé, il faut en rechercher la cause. On questionne l'en-

tourage sur la diète de l'enfant, en insistant sur les excès d'alimentation et on demande si l'enfant est habituellement constipé. On examine ensuite le bébé complètement pour tenter de découvrir des signes de rachitisme, de syphilis, de lésions cérébrales, infectieuses ou non. On recherche les éruptions cutanées, les infections de la gorge et des oreilles, le strabisme, le Kernig. Et enfin il faut, quand on le peut, faire faire une analyse du sang, des urines et des selles, et pratiquer, s'il y a lieu, une ponction lombaire.

Le traitement causal donne toujours les meilleures résultats et le pronostic, vous le comprenez, varie avec la gravité de cet agent causal et avec la durée de la convulsion.

RECUEIL DE FAITS

ÉRYTHRODERMIE ARSENICALE ÉTEINTE PAR B.A.L. ET THIOSULFATE DE SODIUM

Henri SMITH,

Chef du service de Dermato-syphiligraphie de l'Hôpital Général de Verdun (Montréal).

Au début de la dernière guerre, des travaux de recherche furent entrepris conjointement par des Anglais, des Américains et des Canadiens dans le but de découvrir un antidote aux gaz de combat arsénisés du type lewisite.

Ces travaux établirent d'une façon satisfaisante les données suivantes:

1. — La toxicité des arsenicaux est due au fait qu'ils forment avec les dithiols de certains groupes cellulaires des combinaisons stables qui bloquent la fonction physiologique de ces cellules.

2. — Certains produits dithiolés forment avec l'arsenic des composés cycliques plus stables que le composé arsenic-dithiol cellulaire. Ces produits ont une affinité plus grande pour l'arsenic que les dithiols des tissus.

Un tel dithiol est le 2, 3-dimercaptopropanol qui a été créé par Stoken, Thompson et Peters^{1, 2} dans le laboratoire de biochimie de ce dernier à l'Université Oxford. Il a reçu le nom de British Anti-Lewisite ou B.A.L.

Introduit dans l'organisme, le B.A.L. s'empare de l'arsenic des tissus, se combine et s'élimine avec lui par les urines; d'où la désintoxication. Il agit aussi bien dans les intoxications arsenicales médicamenteuses que dans les empoisonnements par la lewisite.

3. — Les monothiols comme la cystéine et le glutathion peuvent quelquefois, et à un degré moindre, renverser la combinaison arsenic-dithiols cellulaires.

1. R. A. Peters, L. A. Stoken et R.H.S. Thompson: "British anti-lewisite (B.A.L.)" *Nature* 156: 616 (1945).

2. R. A. Peters, L. A. Stocken et R. H. S. Thompson: "Traitement de l'intoxication arsenicale par B.A.L. (British anti-lewisite)" *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1: 15 (janvier) 1947.

Cette dernière constatation nous permet de penser que, dans l'intoxication arsenicale traitée par le B.A.L., il pourrait y avoir intérêt à augmenter la teneur de l'organisme en monothiols. Ceci, d'après Binet³, Desaux⁴ et autres, peut être réalisé par les injections de thiosulfate de sodium.

C'est pourquoi, dans un cas d'érythrodermie grave que nous avons observé au début de l'année, nous avons associé B.A.L. et thiosulfate de sodium.

Observation.

Mme E. D., âgée de 37 ans, est admise dans notre Service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Général de Verdun, le 3 janvier dernier, pour une éruption cutanée généralisée.

La maladie a débuté par du prurit le 23 décembre 1948, 24 heures après une injection de 0,75 cg. de novarsénobenzol, la 7ème d'une première série destinée à traiter une syphilis latente ancienne.

Le 24, apparurent sur les 2 bras des placards érythémateux qui s'agrandirent lentement en même temps que s'installaient d'autres rougeurs sur la face, le tronc et les membres inférieurs. La généralisation progressive de l'éruption s'accompagna de malaises, sensation de fatigue et frissons répétés.

A l'examen le 3 janvier, on note que la peau est rouge de la tête aux pieds. Un œdème dur, surtout marqué à la face, aux bras et aux jambes, sous-tend la rougeur. Disséminées sans ordre sur les membres et le tronc, on remarque

3. Binet: Cité par A. Desaux dans *Traitement des Dermatoses Communes*. p. 328. Masson et Cie. 1948.

4. A. Desaux: *Traitement des Dermatoses Communes*. p. 527. Masson et Cie. 1948.

de nombreuses vésicules et quelques bulles. Les membres supérieurs sont le siège d'une desquamation assez importante.

Le prurit est généralisé, très intense, et empêche le sommeil. La malade est fatiguée, anxieuse, agitée. La température est à 99° F.

Les examens de laboratoire ne révèlent rien de particulier si ce n'est une éosinophilie à 7%. Le B. W. est positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien est normal. Le poids de la malade est de 130 livres (59 kilogrammes).

Le 4 janvier fut institué le traitement suivant:

Thiosulfate de sodium: 10 c.c. de la solution à 20% en injection intraveineuse tous les jours pendant quelques jours, puis tous les 2 jours;

B.A.L. 2,5 milligrammes par kilogramme de poids corporel (1,5 c.c. de la solution huileuse à 10%) 6 fois par jour pendant 3 jours, puis 4 fois par jour pendant 7 jours. Ensuite 2 injections à 3mg. par kilo chacune (1,8 c.c.) 2 fois par jour pendant 7 jours.

Après 3 jours de ce traitement conjugué, on constate une amélioration nette portant surtout sur le prurit qui est très diminué. Dix-sept jours après le début du traitement, nous cessons les injections: la malade est considérée comme guérie. Elle doit cependant prolonger quelque peu son séjour à l'hôpital parce que la dernière injection de thiosulfate de sodium a été faite, accidentellement et en partie, à côté de la veine.

La tolérance au B.A.L. a été parfaite en tout temps. Des examens d'urine répétés à 4 reprises différentes durant le traitement n'ont rien révélé d'anormal.

* * *

Les observations d'érythrodermie arsenicale traitées avec succès par le B.A.L. seul

sont aujourd'hui assez nombreuses. Mais le médicament n'est pas dépourvu de toxicité et les doses thérapeutiques sont très voisines des doses toxiques. De plus, tous les auteurs s'accordent à dire que le traitement, pour avoir quelque chance de succès, doit être aussi précoce que possible. Les échecs, qui sont de l'ordre de 20%, sont attribuables pour la plupart au fait que le traitement a été commencé trop tard.

Dans l'observation que nous venons de rapporter, le traitement a été commencé alors que la maladie évoluait depuis 13 jours. Malgré ce retard, les résultats ont été excellents, comparables en tout point à ceux que l'on peut obtenir quand le B.A.L. est administré seul au tout début de la maladie.

Au cours du traitement, nous n'avons jamais observé chez notre malade le moindre signe d'intolérance au B.A.L., bien que nous nous soyons écartés quelque peu de la posologie proposée par Eagle⁵ en 1946 et suivie par la plupart des auteurs: soit 2,5 mg. à 3 mg. par kilo de poids corporel à toutes les 4 heures pendant 2 jours, à toutes les 6 heures le 3ème jour, puis 2 fois par jour pendant 10 jours ou plus.

Nous ne pouvons naturellement porter un jugement définitif sur la valeur d'un traitement d'après un seul cas. Tout au plus pouvons-nous dire que l'association B.A.L. — thiosulfate de sodium nous paraît intéressante dans certains cas d'érythrodermie arsenicale. Nous avons tout lieu de croire également que l'ictère post-arsenical pourrait de même bénéficier du traitement.

5. H. Eagle. "The systemic treatment of arsenic poisoning with B.A.L. (2, 3 - dimercaptopropanol)". *The Journal of Venereal Diseases Information*, 27: 114 mai 1946.

UN CAS DE CANCER DIAGNOSTIQUÉ PRÉCOCEMENT PAR L'ÉTUDE DE LA CYTOLOGIE VAGINALE

Madeleine LONGTIN (Montréal).

Les maladies qui, actuellement, gênent le plus souvent l'efficacité de la science médicale sont bien le cancer et les divers troubles cardio-vasculaires; nombreuses sont, en effet, les vies qui, sauvées par l'insuline, l'extrait hépatique, les sulfamidés ou la pénicilline sont bientôt après supprimées par l'un ou l'autre des deux troubles précités, lesquels d'ailleurs causent plus de 50% de toutes les mortalités et cela, très souvent, d'une manière si précoce ou si brutale que nous avons alors l'impression d'assister à une espèce d'accident bien plus qu'à une manière naturelle de mourir.

Ces deux maladies sont donc justement redoutables et nos moyens de lutter contre elles très limités. Du cancer cependant, en dépit de la panique qu'il peut causer, disons qu'il est curable à condition d'être dépisté et traité à temps; mais comme nos possibilités de diagnostic précoce nous font le plus souvent défaut, chaque année, dans chaque pays, il fait mourir des milliers de personnes. Et, puisque c'est le cancer des organes génitaux chez la femme qui va nous retenir dans ce travail, disons qu'il est celui qui cause le plus de victimes; sont atteintes surtout des femmes entre quarante et soixante ans qui auraient sûrement vécu de longues années encore, si elles avaient pu être traitées dès le début; malheureusement, ici comme dans tout cancer des organes profonds, le dépistage précoce n'est pas facile. Le mal, d'une part, évolue d'habitude sans bruit et sans symptômes, très souvent jusqu'au moment où il constitue bel et bien une tumeur extensivement envahissante et, partant, inopérable, perdant parfois dit-on, 4% de chance de curabilité à chaque semaine. Quand une femme vient consulter pour des pertes vaginales sanguines ou sanguinolentes d'un caractère persistant, si ces pertes proviennent d'une tumeur maligne, il est souvent trop tard pour pratiquer

une intervention décisive. D'autre part, avant ce temps, les signes cliniques sont restreints; à l'examen objectif, au bureau, comment distinguer entre un épithélioma du col naissant et une simple cervicite? La biopsie et le curetage ne sont pas toujours praticables, ils ne sauraient être recommandés de routine et les biopsies, de plus, ne peuvent être faites sans orientation et à tout hasard. Depuis quelques années, cette situation déconcertante s'est améliorée grâce à l'introduction d'un moyen de diagnostic précieux et facile tout à la fois; nous voulons parler de la cytologie vaginale pratiquée d'après la méthode de Papanicolaou. Cette méthode permet dans les conditions requises, la reconnaissance de cellules cancéreuses trouvées dans les sécrétions vaginales et provenant d'une néoformation maligne existant dans le tractus génital.

Dès 1928, alors qu'il s'adonnait à l'étude de la cytologie vaginale en rapport avec les phases du cycle menstruel, Papanicolaou nota la présence de cellules cancéreuses dans certaines des sécrétions vaginales. Il reconnut bientôt que ces cellules desquamaient à partir d'un cancer existant en amont ou dans les environs. Il fit alors part de ses découvertes au monde médical sans parvenir à éveiller aucun enthousiasme. Plus tard cependant, il reprit le travail abandonné, associé, cette fois, au pathologiste Traut et fut suivi dans cette voie par plusieurs groupes importants aux Etats-Unis d'abord, puis au Canada, en Angleterre et ailleurs. Citons en passant les travaux de Meigs, Jones, Warren et E. Ayres, où les expériences furent pratiquées sur des centaines de sujets susceptibles ou non d'atteinte cancéreuse; donc pris indifféremment. Les erreurs s'élevèrent en moyenne à 6% et portèrent sur des cas particulièrement difficiles, cas de cancer du fond utérin ou des annexes.

Ce procédé d'investigation peut se diviser en deux phases: la première, qui comprend le prélèvement et la fixation, est très simple et peut bien se pratiquer au bureau; la deuxième, qui consiste dans la coloration et le diagnostic cytologique, est beaucoup plus délicate et doit être réservée aux laboratoires spécialisés. Le prélèvement peut se faire à l'aide d'une canule en verre recourbée à l'une de ses extrémités et munie d'une poire en caoutchouc à l'autre; cette canule introduite dans le vagin ou dans l'orifice du col utérin sert à l'aspiration des sécrétions. Le docteur E. Ayres, de Montréal, suggère l'emploi d'une spatule spéciale en bois servant à cureter légèrement la surface du col utérin, opération qu'il désigne sous le nom de « biopsie de surface ». Ces sécrétions sont étalées sur une lame et immédiatement plongées dans un mélange à parts égales d'éther et d'alcool à 90% où elles peuvent demeurer pour fixation de cinq minutes à deux semaines.

La technique de coloration est très élaborée, à base d'hématoxyline Harris d'une solution d'orange G et enfin d'une troisième teinture appelée E. A. 36.¹

L'identification sûre des cellules cancéreuses est souvent difficile et laborieuse requérant parfois plusieurs heures de travail pour l'étude d'une seule lame; il est évident qu'elle demande une patience guidée par une longue expérience et une connaissance solide de la cythologie vaginale tout au moins. Les caractères de la cellule cancéreuse décrits au début par Papanicolaou sont les critères dont on se sert encore aujourd'hui. Ces cellules présentent surtout une grande variation de forme et de dimensions non rencontrées dans la cellule normale ou même dans les coupes anatomo-pathologiques de la tumeur dont elle proviennent. Dans un même groupe, les dimensions et les formes varient de cellule à cellule, elles sont vacuolées ou non, le cytoplasme est tantôt basophile, tantôt acidophile suivant le pH vaginal; le noyau cellulaire est extrêmement variable lui aussi de forme et de volume et ordinairement considérable par rapport au cytoplasme, lequel

lui fait souvent une mince bordure. Ce noyau soutient souvent des agglomérations de chromatine intensément colorée. La cellule peut contenir plusieurs noyaux. Au voisinage des cellules cancéreuses, on trouve toujours des polynucléaires, des globules rouges ou des débris de globules rouges.

Cet examen est relativement nouveau et doit par conséquent subir le sort réservé aux innovations avant d'entrer dans la pratique courante. Il est évident que, pour porter un diagnostic aussi grave de conséquence que celui de cancer des organes génitaux, on ne doit s'appuyer que sur des données sérieuses et valables et non pseudo-scientifiques. Dans le cas présent, il est assez rare que l'on n'admette pas la valeur réelle de cet examen, si on se donne la peine de l'étudier sérieusement. Quand on a examiné plusieurs frottis minutieusement préparés et que l'on a appris à distinguer ces cellules impressionnantes recueillies dans diverses sécrétions vaginales, l'on se rend compte de toute la portée de ce procédé qui possède ce privilège de pouvoir être employé précocement et quand la guérison est encore possible. Avec les années il prouve de plus en plus sa valeur. L'on discute plutôt maintenant sur la conduite à tenir en face d'un frottis positif de cancer. Règle générale, on adopte une conduite prudente; on tient à ce que les frottis soient répétés et le diagnostic appuyé par les autres moyens comme la biopsie ou le curetage. Oserons-nous poser la question de savoir si cette biopsie ou ce curetage sont vraiment indispensables? Serait-il téméraire d'intervenir chirurgicalement sans y recourir quand rien ne s'oppose à leur emploi? Dans les cas particuliers nous pouvons toujours recourir à cette mesure, utile dans les décisions à prendre en médecine et qui consiste à supposer un instant que nous sommes nous-mêmes la malade à traiter. Ces préliminaires étant posées, nous aimerions faire part d'un cas qui, d'après nous, a trouvé la guérison grâce à un diagnostic précoce assuré par la cytologie vaginale qui a permis le traitement adéquat.

Observation.

Au mois d'avril 1949, Madame R. L. venait nous consulter pour le première fois. La malade est une femme de quarante ans, mariée depuis 17 ans, elle est la mère de quatre enfants âgés de six à seize ans, en bonne santé. Cette malade se plaint de troubles vagues d'ordre digestif et nerveux auxquels s'ajoutent une certaine sensibilité abdominale et d'autres malaises assez flous.

L'examen subjectif ne révèle rien si ce n'est que les menstruations n'ont débuté qu'à dix-sept ans, les règles sont actuellement régulières et l'ont toujours été, d'abondance modérée sauf quelques rares exceptions. Les grossesses et les accouchements se passèrent normalement et sans incidents. Pour ce qui est de la digestion, la malade est sans appétit et souffre fréquemment de brûlements épigastriques quelque temps après les repas.

Les antécédents personnels sont peu importants. La mère est morte diabétique et une sœur est décédée de cancer du sein.

A l'examen objectif, la malade nous apparaît pâle et amaigrie, déprimée et anxieuse surtout; les différents organes semblent en bon état. Nous pratiquons un toucher vaginal qui est négatif, l'utérus est petit, mobile, facilement déplaçable et peut être palpé à travers la paroi abdominale, la consistance de cet organe nous paraît moins souple que la normale, les culs-de-sac sont libres, le col est celui d'une multipare. Mais rien de plus.

Quelques semaines plus tard, la malade nous revient avec un peu moins de troubles digestifs mais non moins nerveuse; cette fois nous constatons qu'elle entretient une quasi-terreur du cancer, elle a mal interprété les paroles d'un autre médecin récemment consulté et est à peu près convaincue qu'elle est gravement atteinte d'une tumeur des organes génitaux. Ce fait ajouté à celui d'un utérus plus dur qu'à l'ordinaire nous décide de demander au docteur J. E. Ayres, du McGill, de lui faire une cytologie vaginale.

Bientôt après, le docteur J. E. Ayres nous disait que des cellules du type cancéreux

avaient été trouvées dans les sécrétions vaginales prélevées.

Des biopsies répétées du col étaient donc à conseiller, mais nous étions convaincus qu'une telle proposition serait à coup sûr rejetée par notre malade, dont la nervosité grandissait, et nous avons craint de la voir se retirer définitivement, laissant s'aggraver un cancer presque sûr et au tout début.

D'autre part, nous connaissions la qualité des travaux du docteur Ayres dont l'expérience en la matière porte déjà sur des milliers de cas. Nous avons donc discuté avec lui de la possibilité d'opérer notre malade immédiatement et sans passer par la biopsie, laquelle d'ailleurs aurait dû être pratiquée au hasard puisqu'il n'existait aucune lésion externe pouvant nous guider. En conséquence, il fut décidé que la malade serait ovario-hystérectomisée. L'intervention fut pratiquée avec succès par le docteur Ayres. L'opération eut lieu sans incident, les pièces enlevées furent bien examinées, elles étaient apparemment saines, le col ne montrait aucune tuméfaction, aucune ulcération visible macroscopiquement; tel qu'on peut le voir sur la fig. no 1 repré-



FIG. 1.—Apparence du col de la matrice immédiatement après l'ablation chirurgicale. Aucune lésion pouvant révéler l'existence d'un néoplasme n'était évidente sur le col utérin. La lésion n'était pas dans l'orifice du col, mais elle fut trouvée au point limite de l'épithélium et du tissu glandulaire à 1 ou 2 cm. de distance de l'orifice du col.

sentant une photographie en blanc et en noir prise immédiatement après l'ablation. On pratiqua des coupes microscopiques qui révélèrent la présence d'un tout petit cancer, un épithélioma du col utérin avec infiltration au tout début. (Voir fig. 2 et 3.)

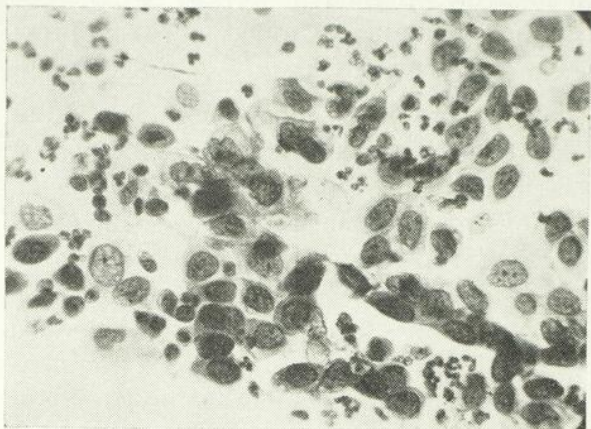


FIG. 2. — Région choisie par le docteur J.-E. Ayres et montrant des cellules du type cancéreux d'un frottis vaginal pratiqué avant l'intervention chirurgicale.



FIG. 3. — Spécimen chirurgical moyen grossissement. La biopsie porte sur la muqueuse de type endocervical à proximité de l'orifice externe du col. L'épithélium superficiel normalement cylindrique simple apparaît ici remplacé par un revêtement pavimenteux stratifié; à ce grossissement on ne voit pas les cell. individuelles mais on note que dans la moitié droite de la fig. ce revêtement est plus sombre qu'ailleurs et qu'il se prolonge vers la profondeur le long des glandes muqueuses du col.

Après l'intervention, la malade s'est rétablie rapidement, elle s'est remise de son état dépressif; nous l'avons revue dernièrement en bonne santé morale et physique, des cytologies vaginales ont été pratiquées à intervalles réguliers et ont toutes donné des résultats négatifs. Il est logique de croire que les

chances de guérison radicale sont ici de 100%, puisque l'ablation fut faite avant que la tumeur eut envahi l'épithélium.

* * *



FIG. 4. — Sp. chirurg. fort grossissement. Détail d'une partie de la fig. 3. Le cliché intéresse le revêtement épithélial anormal décrit précédemment ainsi que ses prolongements. Dans la présente fig. on constate que l'épithélium multi stratifié est constitué de cell. à noyaux de taille et de forme irrégulières, beaucoup plus riches en chromatine que normalement; une mitose est visible à gauche du placard, une autre à droite. La membrane basale est conservée. Vers la droite on note un bourgeon qui s'enfonce vers la profondeur; ses contours sont bien délimités et l'on voit à son pourtour une membrane basilaire. Cette formation est en réalité un prolongement le long d'une glande muqueuse endocervicale. Au centre de la fig. on note une coupe transversale d'un bourgeonnement semblable qui se propage sous l'épithélium glandulaire en le décollant. A noter dans le coin inférieur gauche, un autre bourgeonnement intra glandulaire décollant et atrophiant l'épithélium. Le chorion est le siège d'une infiltration inflammatoire chronique diffuse.

Qu'y a-t-il à retenir du point de vue pratique en l'occurrence? Est-il exagéré, étant donné l'état actuel de la science concernant le cancer, d'affirmer qu'un moyen permettant le dépistage d'une tumeur maligne non encore visible est un moyen extrêmement précieux en médecine et marque un progrès médical important dans ce domaine? Le cas présent n'est pas unique. Plus d'une fois l'étude cytologique, surtout celle de la cytologie vaginale, a permis de dépister un néoplasme encore *in situ*. Toutes les écoles qui la pratiquent couramment ont à leur compte un certain nombre de cancers au début et ainsi diagnostiqués, en premier lieu, par cette méthode qui jouit surtout

du grand privilège de pouvoir être utilisée à un moment où le cancer est encore curable. Aussi longtemps que nous n'aurons pas connu le cancer dans ses causes ou dans son traitement spécifique, il faut attacher une importance très grande à tous les moyens susceptibles d'en signaler de bonne heure l'existence avec un grand pourcentage de certitude. Il est regrettable que certains groupes de médecins considèrent l'étude cytologique vaginale comme un procédé entaché d'empirisme; espé-

rons que leur nombre se réduira progressivement et que la valeur réelle de cet examen sera de plus en plus reconnu à mesure que l'on se familiarisera avec elle pour permettre la guérison plus fréquente d'un mal qui abrège vraiment trop de vies.¹

1. On trouvera les détails de la technique pour la coloration, ainsi que la formule de la teinture appelée E. A. 36 dans un article publié par J. V. Meigs dans le journal «Surgery, Gynecology and Obstetrics», en novembre 1943.

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 78, No 12 — Montréal, décembre 1949

**DE LA NÉCESSITÉ D'UNE
MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE**

Le terme psychosomatique est relativement neuf en médecine, mais l'exercice de cette méthode d'examen remonte aux époques les plus lointaines. En quoi consiste-t-elle? Sans doute, de par l'étymologie du mot, dans l'étude de l'esprit (psyché) et du corps (soma), mais bien davantage dans le diagnostic et la thérapeutique des maladies du corps produites par les perturbations de l'esprit et, plus spécialement, dans la recherche des causes de perturbations psychiques ayant entraîné quelque déséquilibre. On a dit aussi que la médecine psychosomatique, en tant que science, doit chercher à préciser la nature des relations et des conflits qui se jouent et se meuvent entre les émotions et les fonctions du corps.

Les fondements de cette médecine ne sont pas arbitraires. Ils reposent sur les résultats de l'expérimentation physiologique sur l'animal d'une part et, d'autre part, sur les découvertes de la psychanalyse. Claude Bernard est probablement le principal instigateur de ces recherches comparées et restera à l'avant-garde de la médecine psychosomatique expérimentale. Dans le domaine de la psychanalyse, il faut remonter beaucoup plus loin: il est reconnu, par

exemple, que les relations entre les troubles de l'esprit et les désordres gastro-intestinaux ont été longuement étudiées depuis Hippocrate, dont on rapporte, en l'an 640 avant le Christ, la guérison du roi Perdicas de Macédoine par l'analyse des rêves de ce dernier.

Comme le soulignent Weiss et English, l'expérience de la première guerre et, plus encore, de la deuxième guerre, a établi la psychiatrie sur des bases scientifiques en l'intégrant dans la médecine générale. "Quand l'intégration sera complète", disent-ils, "il ne sera peut-être plus nécessaire de nous servir du terme psychosomatique, car, alors, toute bonne médecine sera, automatiquement, psychosomatique.

Quand on sait le besoin, la demande énorme et croissante de psychiatres dans les temps actuels et l'impossibilité où ils sont de suffire à la tâche, on trouve le moment venu de faire appel aux médecins en les invitant à une étude psychique plus approfondie de leurs malades. Nous en sommes convaincus: si la psychiatrie relève du psychiatre, il existe des multitudes de cas où le médecin général et le spécialiste en diverses matières peuvent éclaircir les difficultés diagnostiques après des études renouvelées de psychiatrie appliquée à leur domaine médical. Dans les situations plus complexes, dans les cas de doute, il appartiendra toujours au médecin d'appeler le psychiatre en consultation.

Je me hâte d'ajouter qu'il relève des psychiatres, en groupe, de définir quelles sont les connaissances suffisantes qu'un médecin doit acquérir pour avoir le droit d'exercer de la bonne médecine psychosomatique. Il semble juste de croire que cette division du travail où

les cas de médecine psychosomatique proprement dite seraient, et sont d'ailleurs en bien des endroits, distingués des cas de psychiatrie pure, rendrait des services signalés aux psychiatres, car ceux-ci sont débordés. Ceux-ci, même s'ils ont encore le temps de faire le partage des cas par une consultation, ne l'auront plus bientôt pour accorder à tous les malades qui se présentent des séances suffisantes d'analyse et de psychothérapie. Il appartient donc dès maintenant, au médecin général et aux divers spécialistes, de faire une étude plus approfondie de leurs malades.

Car le problème se pose quotidiennement. On admet aujourd'hui que l'on peut arbitrairement diviser, en dehors des cas de psychiatrie pure, les malades de médecine à l'hôpital et, encore plus, au bureau de consultation, en trois groupes :

1° Ceux qui ne présentent aucune atteinte *physique* après un examen complet mais des *troubles fonctionnels purs* et qui comptent pour environ *un tiers*.

2° Un deuxième groupe composé de malades qui, à part de souffrir de lésions organiques, sont atteints de toute une variété de *troubles émotifs* et qui comptent pour un *deuxième tiers*.

3° Un ensemble de malades affligés d'une maladie physique ou organique, relevant d'une *atteinte du système nerveux végétatif*, comme la migraine, l'asthme, l'hypertension essentielle...

Il est possible que, dans un avenir rapproché, selon Weiss et English, on établisse les relations entre ces différents groupes et que l'on adopte le schéma suivant :

Une perturbation psychologique provoque des troubles fonctionnels; ceux-

ci donnent naissance à une maladie cellulaire qui, en dernière répercussion, établira une atteinte structurale.

Si l'on reprend le problème du groupe No 1°, qui comprend celui des fonctionnels, n'est-il pas exact de dire qu'il est traité, même en clientèle, un peu "par-dessus la jambe"? Le scénario n'est-il pas à peu près le suivant: ou on ne trouve rien d'organique chez tel malade et on le congédie "honnêtement" après lui avoir dit que tout s'arrangera puisqu'on ne lui trouve aucune lésion organique; ou bien on lui offre ce plat: « Pourquoi vous tracasser? les examens les plus complets n'ont rien trouvé! Vos troubles sont purement psychiques, n'y pensez plus, rassurez-vous; il n'y a aucun danger. » Est-ce que le danger n'est pas précisément que cette classe de malades, sortant des mains de ces médecins, n'aillent chercher consolation auprès d'un charlatan ou d'un guérisseur? à moins que, de guerre lasse, ils ne posent des actes désespérés ou criminels. Et ne vaut-il pas mieux que le médecin s'habitue à reconnaître chez ces malades les principales atteintes bien connues de la manie dépressive, de la paranoïa, de la schizophrénie, etc. pour les passer au psychiatre, et qu'il sache ailleurs, découvrir, derrière les *symptômes somatiques* de son malade, comme le dit Hamman, « une foule d'excuses pour battre en retraite en face de situations difficiles ou désagréables ». Ce sont ces derniers états qu'un médecin de famille bien averti doit diagnostiquer, car lui surtout connaît mieux la grande et la petite histoire de famille, et l'histoire du milieu...

Il est sûr que tous ces états peuvent être facilement reconnus à condition que l'*histoire du cas* soit bien faite et le questionnaire du malade *mieux orien-*

té et plus poussé. Une enquête et un examen des différents appareils, des examens radiologiques, des examens de laboratoire, soit! mais cela ne suffit pas. Il faut faire un retour dans le passé du malade, il faut discrètement établir le bilan de la situation morale du malade, camper sa personnalité.

* * *

Le champ de la médecine psychosomatique est trop vaste et il n'est pas du ressort de ce court article d'exposer la technique d'examen ni les méthodes thérapeutiques qu'elle utilise. Je veux simplement, avant de terminer, insister sur la haute fréquence des perturbations psychiques en pathologie gastro-intestinale et, à cet effet, rappeler quelle interprétation la méthode psychosomatique donne à quelques-uns des troubles fonctionnels et lésions de cet appareil.

Faut-il mentionner quelques statistiques bien triées? Dans une étude (clinique et radiologique) de 3.000 cas, Dwyer et Blackford ont trouvé que les symptômes gastriques ne révélaient de lésions gastriques ou duodénales que dans 15% des cas (les autres étant des fonctionnels). A la Clinique Mayo, sur 15.000 malades souffrant de *dyspepsie chronique*, on a trouvé 15,5% d'ulcères peptiques, environ 2,6% de cancers gastriques, soit 18% de grosses lésions gastriques et duodénales et Eusterman, en commentaire, ajoute que les dyspepsies réflexes, ou issues d'un autre organe, rendent compte de 30 à 40% des autres cas, mais que, à son avis, *les névroses s'élèvent à 25% du total.* Rivers et Ferreira, de la même clinique étudiant 4.223 cas de dyspepsie chronique, relèvent 25% de névroses gastriques.

Voilà bien qui constitue un diagnos-

tic par exclusion mais la médecine psychosomatique va plus loin. Elle dit: les névroses gastriques ont des traits distinctifs qu'il faut découvrir par une étude de la personnalité du malade, par un examen direct.

Que dire de l'*ulcère gastrique*? Stevenson, dans une enquête sur 150 malades, remarque qu'à tout coup la fatigue nerveuse, les phénomènes d'anxiété précèdent les récurrences d'apparition de l'ulcère « peptique ». Zane, faisant une étude critique de 85 malades, vétérans de la première et de la deuxième guerre, souffrant d'ulcère gastrique ou duodénal, souligne que, dans chaque cas, il a trouvé un conflit intérieur commun (common conflict), où la tension émotionnelle constante était née du « désir inconscient d'attachement, de dépendance combattu par un effort de réaction en faveur d'un état d'indépendance », conflit qui remonte, dans l'histoire de chaque cas, à *l'enfance*. Entre ses mains, les meilleurs traitements ont consisté dans le changement de milieu, la détente, une diète peu sévère. Il semble que le facteur médication ait moins d'importance que l'établissement d'une confiance dans le traitement et, en particulier, d'une diversion de l'« overconsciousness », si propre à cette classe de malades.

On pourrait en dire autant de la *côlite ulcéreuse* où l'idéalisme semble exagéré et la conception de l'amour, puérile. Dans six cas étudiés par Gröen, la côlite aiguë a été déclenchée par une situation externe que le malade se croyait incapable de régler.

Que dire des cas où la *constipation* relève d'une anxiété ancienne en société, des *vomissements nerveux* dus à des conflits conjugaux et à l'éternel re-

foulement, des douleurs de type appendiculaire complètement disparues chez l'un dans un ménage à deux après la disparition d'une mère tyrannique? Qui n'a pas sa série de malheurs de ce genre. Nous en publierons.

La technique de l'histoire de cas, en médecine psychosomatique, varie peu. En général, l'histoire des symptômes remonte à l'enfance; elle comprend l'histoire de la famille pour se terminer par l'histoire complète de la vie actuelle. Le malade s'explique en quelque sorte par lui-même, le médecin l'aide à se mieux comprendre et des cures, insoupçonnées jusque là, sont obtenues.

Nous en passons...

Je ne saurais trop conseiller aux médecins d'étudier comme violon d'Ingres,

cette méthode relativement nouvelle d'examen du malade. Sur chaque individu elle ouvre des horizons nouveaux et donne la clef de névroses auparavant incomprises et mal traitées. Elle évite des traitements médicaux prolongés, voués à l'insuccès, et elle sauve de la chirurgie une multitude de malades, qui seraient autrement des balafrés découragés et décourageants pour le chirurgien. Surtout, elle sauve le malade. Mais, de grâce, ne faisons pas de la médecine psychosomatique une spécialité. *Intégrons cette méthode à notre médecine quotidienne et dans l'enseignement de la pathologie médicale de nos Universités.*

Jean LE SAGE

HYGIENE ET MEDECINE SOCIALE

EMBELLISSEMENT DE LA VILLE ¹

Ad. GROULX, M.P.H.,

Directeur du Service de Santé, Ville de Montréal.

C'est l'une des fonctions de l'hygiène que d'exercer un contrôle sur les milieux où l'homme vit afin de les rendre plus favorables au développement physique normal de l'individu et partant à la conservation de sa santé.

D'autre part, la santé individuelle est intimement liée à la salubrité qui est surtout une question d'ordre et de propreté. Tout ce qui tend à vulgariser les préceptes contribue au maintien de la santé publique et mérite notre encouragement.

Si vous me le permettez, nous jetterons un coup d'œil rapide sur la mise en pratique des différents préceptes de la salubrité. Vous savez d'abord que, pour sa part, la Cité se charge de fournir une eau saine et potable, libre de germes, grâce à un système élaboré d'emmagasinage et de purification; d'évacuer loin des habitations et le plus rapidement possible par un réseau de canaux appropriés les eaux usées; de ramasser à intervalle fréquent les déchets de toute nature pour les enfouir dans ses dépotoirs ou les brûler dans ses incinérateurs; de tenir autant que possible les voies publiques en bon état de propreté; d'entretenir les jardins publics et les nombreux terrains de jeux; de détruire les mauvaises herbes; de surveiller la qualité et la manipulation des produits alimentaires et en particulier du lait; d'édicter et de mettre en vigueur une foule de règlements dont le but est d'assurer la salubrité des habitations et de leur entourage; en un mot, de rendre le milieu où nous vivons plus sain.

Seule, cependant, la Cité ne peut atteindre cet objectif, elle a besoin pour y arriver du concours de tous les citoyens de la ville. Cette

dernière ne sera propre que dans la mesure où ses habitants le voudront bien et prendront les moyens nécessaires à cet effet.

Là où doit d'abord s'exercer la propreté, c'est sans contredit sur la personne et à la maison. Soyons donc des adeptes de l'hygiène personnelle, de la propreté du corps, des mains, des dents, etc., portons des vêtements propres, ayons une mise soignée. Que les maîtresses de maison visent à rendre leurs foyers coquets et attrayants pour tous les membres de la famille.

Le soleil et l'air pur sont indispensables à la conservation de la vie, laissons-les pénétrer à flots dans nos demeures, évitons de masquer les fenêtres par de lourdes tentures qui ne laissent filtrer qu'un mince filet de lumière. Ne couchons jamais dans une chambre noire dépourvue de ventilation.

Si vous possédez une propriété, prenez-en un soin jaloux, car la pénurie de logements sévit toujours à l'état critique. De l'eau s'accumule dans la cave, les murs sont humides ou décrépis, un balcon menace ruine, le toit coule, les appareils de plomberie fonctionnent mal, un tuyau d'eau ou un drain n'est pas étanche, n'hésitez pas, il faut procéder immédiatement à la réparation qui s'impose, la propriété conservera toujours sa pleine valeur locative et les occupants l'entoureront de plus de respect. Les propriétaires doivent s'assurer également qu'ils ne possèdent aucun bâtiment inutile, parfois dangereux, ne servant qu'à y amasser des déchets ou à obstruer l'éclairage naturel des pièces d'habitation.

La propreté à l'intérieur des habitations se reflète invariablement à l'extérieur, dans les cours, les espaces libres et les abords des maisons. Habitons-nous à envelopper les ordu-

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC », « Quart d'heure de Concordia » le 17 mai 1949 à 10 heures 30 du soir.

res ménagères dans du papier, à les déposer dans des poubelles étanches, munies d'un couvercle et placées aux heures réglementaires aux endroits fixés par l'autorité compétente. Cette excellente habitude tient les rats et les mouches à distance, surtout si nous prenons soin en plus de garnir les châssis de moustiquaires et les soupiraux de caves de grillages appropriés pour les empêcher de pénétrer à l'intérieur des bâtisses et de venir y causer des ravages. C'est un fait bien connu que la vermine et les insectes peuvent parfois transmettre des germes de maladies infectieuses aux humains dans leurs pérégrinations.

Le secouage des vadrouilles et le battage des tapis en plein air suscitent de nombreuses plaintes de la part des voisins; il faut les éviter et prendre l'habitude de se retirer à l'écart dans le hangar par exemple, ou d'utiliser une boîte fermée pour nettoyer ces articles. Les animaux domestiques, en particulier les chats et les chiens, causent souvent des ennuis: on doit les surveiller.

Les caves recèlent souvent des matériaux inflammables susceptibles de provoquer des incendies graves. Il faut les tenir propres et libres de toute accumulation. A l'approche de l'été débarrassons-nous de ces mille et une chose entassées au cours de l'hiver.

Au printemps, le soleil découvre, dans les cours et aux abords des maisons, des accumulations de déchets et de débris de toute espèce jusque-là ensevelis sous la neige et dont il faut se débarrasser promptement. Il faut procéder à un nettoyage général de tout ce qui peut traîner et est inutile sinon nuisible.

L'eau s'amasse souvent dans les cours dont le sol n'offre pas une pente convenable à l'égouttement et qui sont dépourvues de puisards ou dont les puisards sont obstrués; elle s'accumule également sur les lots vagues. Il faut s'en débarrasser à tout prix en nivelant le terrain, en l'asséchant, en comblant les endroits trop bas et les dépressions, en construisant des puisards si c'est nécessaire. L'eau morte constitue un endroit de prédilection pour les

moustiques aux jours chauds et une invitation aux enfants à venir y jouer et à s'y mouiller les pieds en contractant souvent un bon rhume qui peut parfois dégénérer en pneumonie.

Les enfants sont, par nature, irréfléchis et enclins à ne pas respecter la propriété d'autrui; dans leurs ébats il leur arrive de piétiner le gazon, d'écraser les fleurs, de crayonner les murs, de renverser les clôtures; il faut leur enseigner le respect de la propriété et leur inculquer des notions de civisme en leur prêchant par l'exemple. Il faut éviter de jeter dans la rue ou sur les trottoirs des papiers, des bouts de cigarettes, des rebuts de toute sorte; la ville dispose des récipients à cet effet un peu partout dans les parcs et au coin des rues, utilisons-les. On ne doit pas cracher par terre: ce serait se faire inconsciemment les propagateurs de maladies.

La peinture rehausse l'apparence d'une maison, elle protège en plus les revêtements contre l'ardeur des rayons du soleil l'été et offre à l'eau une surface lisse où cette dernière peut glisser facilement sans s'introduire à l'intérieur; c'est une excellente habitude d'en recouvrir les édifices de temps à autre. La verdure, les arbres et les fleurs donnent un cachet sans pareil aux habitants et ajoutent à la joie de vivre. Pour se distraire, tout en se procurant un bon exercice physique, on peut cultiver un petit jardin de légumes potagers, on ne saurait croire toute la satisfaction qu'on peut en retirer et tout l'orgueil qu'on peut y prendre. Toutes ces choses concourent à rendre une ville coquette et attrayante et plus appréciée par les étrangers et les touristes.

De plus en plus la population et les autorités s'intéressent à la propreté de l'air et à la salubrité industrielle. La fumée et la suie qui s'échappent des hautes cheminées des industries et des locomotives à vapeur souillent et tachent tout ce qu'elles atteignent, elles pénètrent à l'intérieur des édifices, arrêtent les rayons ultra-violetts du soleil et annulent leurs propriétés germicides, affectent les muqueuses

déliçates des voies respiratoires du conduit nasal et sont une source d'ennui pour tout le monde. L'atmosphère de certaines usines est souvent chargée de poussières provenant des machines à broyer ou à polir, ou de vapeurs nocives qui se dégagent des réactions chimiques. Poussières et vapeurs, lorsque respirées à doses répétées et pendant des années, peuvent occasionner des maladies professionnelles souvent mortelles. Nous invitons les industriels à porter une attention toute spéciale à la qualité de l'air dans leurs usines et nous les encourageons fortement à prendre les moyens nécessaires pour maintenir cette qualité aux

standards de purification requis au moyen d'une ventilation adéquate ou de procédés appropriés. Quant à la fumée, on doit tendre à la supprimer dans la mesure du possible en employant des combustibles de bonne qualité, en rajeunissant les systèmes de chauffage et en exigeant des préposés aux fournaies qu'ils accomplissent bien leur travail.

Mesdames, messieurs, je vous invite tous, chacun dans votre sphère, à collaborer avec les organisateurs de cette campagne et le Service de santé, pour faire de Montréal une ville propre, une ville saine et une ville où il fait bon de vivre.

MALADIES CONTAGIEUSES ET IMMUNISATION ¹

G. CHAREST, M.P.H.,

Surintendant de la Division des maladies contagieuses,
Service de Santé de la Ville de Montréal.

Bien que la Semaine Nationale d'immunisation soit terminée, il est utile de rappeler à la population que cette campagne, qui est lancée chaque année dans le but de remémorer aux parents leurs devoirs dans le domaine de la prévention des maladies contagieuses, se continue grâce aux activités du Service de santé de la Ville de Montréal durant chaque semaine de l'année.

Les médecins et les infirmières du Service de santé (celles-ci au nombre de 185), tant dans les cliniques et les consultations qu'en se rendant dans les familles, et cela chaque jour et à chacune des occasions qui se présentent, s'efforcent de faire l'éducation des parents afin que tous les enfants soient protégés contre les plus graves de ces maladies: la variole, la diphtérie, et la coqueluche.

La première de ces maladies contagieuses dont je veux vous entretenir est la variole ou grosse picote qui est aujourd'hui disparue grâce à la vaccination obligatoire dans notre province. Le dernier cas a été signalé à Montréal en 1930 et le dernier décès remonte à 1919, mais ce magnifique résultat ne peut être maintenu qu'en vaccinant chaque enfant dès le troisième mois après la naissance, tel que mentionné dans la loi d'Hygiène Publique de la Province de Québec et en ne permettant à aucun enfant d'âge scolaire de fréquenter l'école à moins d'avoir une marque de vaccin efficace, tel que le prescrit le règlement municipal no 324 de Montréal.

Cette protection n'est valable que pour une moyenne de 7 ans environ et il est utile de vacciner, avant l'entrée au collège et à l'université, tous les étudiants et étudiantes qui poursuivent leurs études.

Dans une grande ville comme Montréal, qui sert de terminus aérien pour les voyageurs venant de pays éloignés, il est toujours possible que la variole soit réintroduite, même s'il existe des mesures de quarantaine fédérale, parce que la période d'incubation de la maladie qui est de 14 jours est beaucoup plus longue que le temps exigé pour faire un voyage à partir de pays où l'infection sévit encore. Pendant la période d'incubation, il est impossible de s'apercevoir si la personne qui a été en contact avec un cas de variole demeurant à l'étranger va développer ou non la maladie, car elle ne présentera encore aucun symptôme apparent à son arrivée. D'ailleurs tous ceux qui voyagent dans différents pays savent que l'on exige un certificat de vaccination récente c'est-à-dire ayant été faite depuis moins de 3 ans.

La diphtérie est également une maladie qui est en train de disparaître mais, comme l'immunisation n'est pas obligatoire, il existe encore un nombre assez important d'enfants qui ne sont pas protégés, soit par négligence des parents, soit par leur manque de coopération avec les hygiénistes et les médecins de famille qui recommandent cette mesure pour sauvegarder la santé publique.

La diphtérie est une maladie sournoise, d'abord parce que le microbe peut être introduit dans n'importe quelle famille sans manifester sa présence au début et ensuite parce qu'il attaque l'enfant non immunisé sans provoquer de température élevée et en laissant passer dans le sang cette toxine ou poison qui agit rapidement et amène la mort à brève échéance. Le bacille de la diphtérie peut également provoquer la mort par asphyxie à cause de l'extension de la fausse membrane, ou couenne fibrineuse, qu'il élabore au niveau de la gorge et qui vient à bloquer les conduits de l'arbre res-

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC » — « Quart d'heure de Concordia » le 19 septembre 1949 à 10 heures 30 du soir.

piratoire: le larynx, la trachée et les bronches, provoquant le croup ou diphtérie laryngée.

Cette maladie est donc grave parce qu'elle a un double mode d'action: en produisant un poison qui va toucher des organes à distance comme le cœur et le système nerveux et, localement, en obstruant l'entrée de l'air dans les poumons.

Cette année, en 1949, durant les 8 premiers mois, 3 décès par diphtérie sont survenus chez des enfants non immunisés et il est toujours pénible de constater en ces occasions que la simple administration de 3 injections d'anatoxine de Ramon à l'âge de 6 mois et de deux doses de rappel la première vers l'âge de 2 ans et la seconde à 6 ans, avant l'entrée à l'école, aurait suffi pour sauver la vie de ces enfants. Il faut donc entourer chaque enfant de cette « armure invisible » qui l'aidera à se défendre contre cette maladie si grave, qui a semé tant de ravages à l'époque où il n'y avait ni sérum ni vaccin pour lutter contre la diphtérie, comme en font foi les écrits de Pierre Bretonneau, ce grand clinicien français qui, au début du XIXième siècle, a le premier donné à cette maladie le nom qu'elle porte aujourd'hui.

Les décès par diphtérie sont plus rares de nos jours grâce aux 20 années de propagande et d'efforts du Service de santé, qui tient ouvertes, à la disposition du public, 59 cliniques réparties à travers la ville. Deux associations bénévoles, la Child Health Association et les Gouttes de lait paroissiales, ont également des cliniques où l'on immunise contre la diphtérie et la coqueluche, la première au nombre de 8 et la seconde au nombre de 18, ce qui donne un grand total de 85 cliniques. De plus les médecins de famille sont également en possession du vaccin contre la diphtérie et la coqueluche qu'ils injectent à tous les enfants que les parents amènent à leurs bureaux. A date plus de 340,000 enfants ont été immunisés contre la diphtérie depuis 1928.

Il y a une autre maladie, la coqueluche, contre laquelle le Service de santé a entrepris

une campagne d'extermination. Depuis septembre 1944 l'emploi d'un vaccin combiné agissant à la fois contre la diphtérie et la coqueluche a permis dans une même série de 3 injections de protéger l'enfant contre la diphtérie et la coqueluche. En 1944, lors d'une épidémie de coqueluche qui s'étendit sur une période de 13 mois, il y eut 36 décès attribués à cette maladie mais le cycle de cette maladie nous ramenait une autre épidémie en juin 1948 et jusqu'à la fin de juillet 1949 il y eut 30 décès seulement pour la même durée de temps.

L'amélioration est assez encourageante mais, parmi ces 30 décès, il se trouve que 50% de ces enfants, ce qui veut dire une quinzaine, auraient pu survivre s'ils avaient reçu le vaccin combiné dès l'âge de 6 mois.

La différence entre le nombre des cas rapportés durant l'épidémie 1944-45 et ceux de l'épidémie 1948-49 fut de 450 cas moins élevés durant la dernière épidémie. La plupart de ceux qui, tout en ayant été immunisés, ont eu la coqueluche ont fait une maladie bénigne, qui n'a occasionné aucun surmenage physique de la part des mères de famille qui, autrement, sont obligées de se lever pour secourir les enfants qui sont atteints de cette toux suffoquante qui est plus intense durant la nuit.

Il y a pratiquement 5 ans ce mois-ci que le Service de santé a entrepris l'immunisation contre la coqueluche; plus de 97,000 enfants ont reçu les 3 injections recommandées: il est également important que les doses de rappel soient administrées pour renforcer l'immunité contre cette maladie vers l'âge de 2 ans et vers l'âge de 6 ans. La coqueluche a été reconnue à juste titre aussi meurtrière que la diphtérie, car dans cette maladie le jeune enfant est gravement atteint dans son développement physique vu que les quintes de toux compliquent l'alimentation et qu'il ne peut garder la nourriture qu'il absorbe.

L'emploi de ces 2 antigènes dans un même vaccin, c'est-à-dire le mélange de l'anatoxine diphtérique avec les bacilles tués de la coqueluche, a démontré qu'il est préférable de les

injecter ensemble plutôt que séparément et il est même possible d'y adjoindre un troisième antigène l'anatoxine tétanique.

Enfin qu'il me soit permis en terminant de mentionner le vaccin B.C.G., bacille Calmette Guérin, du nom des 2 savants français qui l'ont découvert, lequel constitue un autre agent d'immunisation qui a été employé depuis 1926 dans la Province de Québec contre la tuberculose. Ce vaccin a conquis maintenant sa place parmi les mesures de prévention et de lutte contre cette maladie, qui est responsable d'un trop grand nombre de décès, non seulement chez les enfants mais surtout chez les jeunes adultes entre 20 à 30 ans et parmi tous les groupes d'âge depuis l'adolescence jusqu'à la vieillesse.

La tuberculose pulmonaire, en particulier, cause dans la ville de Montréal une moyenne de 35 décès chaque mois actuellement et, malgré que ce chiffre accuse une diminution notable sur les années précédentes, il est nécessaire de se servir de tous les moyens que la science moderne met à notre disposition pour combattre ce fléau.

Le vaccin B.C.G. doit être administré au nouveau-né dès les premiers jours après la naissance soit par la bouche, soit en pratiquant des scarifications sur la peau du bras comme c'est le cas pour le vaccin contre la variole. Le vaccin B.C.G. peut être administré à différentes autres époques de la vie s'il n'a pas été donné au nourrisson, à condition que l'enfant ou l'adulte ne réagisse pas à la tuberculine, c'est-à-dire qu'il n'ait pas été infecté antérieurement.

Cette pratique consiste à inoculer dans l'organisme des bacilles tuberculeux non virulents qui y provoquent une sensibilisation spéciale. Ce phénomène, nommé allergie, permet à l'enfant, qui pourrait venir en contact avec

un parent ou un ami souffrant de tuberculose, de réagir contre des germes virulents et de se défendre. Si la vaccination par le B.C.G. est indiquée pour toute la population, elle l'est davantage pour les enfants qui vivent au contact de parents déjà traités pour la tuberculose ou dont les examens radiologiques ont révélé la possibilité d'une infection tuberculeuse.

Comme c'est le cas pour les autres maladies contagieuses aiguës la protection conférée par le vaccin B.C.G. diminue graduellement d'année en année.

C'est pourquoi au point de vue pratique, il est nécessaire de temps à autre de faire le test à la tuberculine chez les vaccinés au B.C.G. afin de voir s'il est temps de les revacciner. Le nourrisson qui a reçu le B.C.G. à la naissance a besoin d'être réinoculé avec le B.C.G. de nouveau vers l'âge de 2 à 3 ans, une seconde fois à l'époque de l'entrée à l'école, une troisième fois vers l'âge de 16 ans.

L'immunisation contre la scarlatine n'est pas reconnue comme d'utilité générale pour toute la population infantile mais peut être employée dans certains cas particuliers. Depuis plusieurs années, nous n'avons plus à enregistrer que de rares décès dûs à cette maladie et l'emploi des sulfamidés et de la pénicilline est utile non seulement pour traiter la scarlatine mais également pour la prévenir.

En conclusion, j'adresse aux parents au nom du Service de santé de la ville de Montréal dont je suis le porte-parole ce soir, un dernier conseil: faites immuniser vos enfants contre la diphtérie et la coqueluche, faites-les vacciner contre la variole et la tuberculose, et vous aurez procuré à vos familles une protection, qui vous apportera du contentement et de la joie lorsque vous les verrez croître et grandir en santé.

CONGRÈS

QUATRIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

18-23 juillet 1949

Le quatrième congrès international d'oto-rhino-laryngologie a tenu ses assises à Londres en juillet dernier et des représentants de trente-six pays s'y étaient réunis, dont sept Canadiens.

Ceux qui ont l'habitude d'organiser une petite assemblée quelconque se rendront facilement compte de l'immense tâche que s'étaient imposé nos amis les Anglais et dont ils ont su s'acquitter d'une façon magistrale: le magnifique résultat obtenu en est garant, tant au point de vue scientifique que mondain.

L'OTOLOGIE

Le programme de l'otologie était imposant; la discussion des différents travaux présentés exigerait plusieurs volumes. Qu'il nous suffise donc d'en énumérer les titres:

1. « L'audiologie, la science de l'audition » — Dr Norton Canfield, Etats-Unis.
2. « Des aspects pratiques d'un programme de conservation de l'ouïe dans les écoles » — Dr Charles E. Kinney, Etats-Unis.
3. « Un nouvel audiomètre à seuils continus » — Dr H. A. E. van Dishoeck, Hollande.
4. « L'audiométrie de la parole: discrimination par conduction osseuse » — Dr J. M. Tato, Argentine.
5. « Rapports entre la physiologie de l'audition, les phénomènes de 'recrutement' et la prescription d'appareils destinés à améliorer l'audition » — Dr J. L. Veckmans, Belgique.
6. « Le phénomène du renforcement (recruitment) comme aide du diagnostic différentiel » — Dr E. P. Fowler, Sr., Etats-Unis.
7. « Quelques remarques au sujet de la fatigue auditive » — Dr Borge Larsen, Danemark.
8. « Aspects neurochimiques de l'activité de la 8ème paire crânienne » — Dr C.-A. Hamberger, Suède.
9. « Réponses électriques du saccule et de son nerf aux excitants mécaniques » — Dr A. Ledoux, Belgique.
10. « Mécanisme de l'ouïe » — Prof. A. Gyergyay, Sr., Roumanie.
11. « Phénomènes électriques de l'oreille » — Dr A. Gyergyay, Jr., Roumanie.
12. « Transmission du son dans l'oreille moyenne » — M. T. G. Wilson, Irlande.
13. « Action de la physostigmine sur la faculté microphonique du limaçon » — Dr L. Gisselsson, Suède.
14. « L'histopathologie du vertige auriculaire » — Prof. F. R. Nager, Suisse.
15. « Le traitement du vertige auriculaire » — Prof. C. Nylén, Suède.
16. « Le traitement du vertige auriculaire » — Dr W. J. McNally, Canada.
17. « Fenestration: techniques et expériences » — Dr H. Vetter, Suisse.
18. « Le traitement chirurgical de l'otosclérose » — Dr F. Antoli-Candela, Espagne.
19. « Traitement chirurgical de l'otospongiose » — Prof. M. Sourdille, France.
20. « La restauration de l'audition dans les otites chroniques » — M. O. Popper, Afrique du Sud.
21. « Quelques développements de la technique de la chirurgie de l'oreille » — M. T. E. Cawthorne, Angleterre.
22. « La greffe et la suture du nerf facial dans l'os temporal, dans les paralysies traumatiques faciales » — Dr Karsten Kettel, Danemark.
23. « Plastique du conduit auditif externe dans les cas d'atrésie congénitale, combinée avec une fenestration dans le but d'améliorer l'audition » — Pro. U. Siirala, Finlande.
24. « Le 8ème nerf dans la symptomatologie des tumeurs intra-crâniennes » — Dr A. Laskiewicz.
25. « Fonction de la fenêtre ronde » — Prof. Piero Brisotto, Italie.
26. « L'encéphalite otogénique non-purulente » — Dr G. V. Th. Borries, Danemark.
27. « Le traitement des abcès otogéniques du cerveau » — Dr J. A. Harpman, Angleterre.
28. « Tumeurs du genre 'corps carotidien' dans l'oreille moyenne » — Dr N. Lundgren, Suède.

29. « L'influence des hormones sexuelles sur la presby-acoustique » — Prof. G. Hofer et Dr Franz Kroath, Autriche.
30. « Etudes expérimentales sur le mécanisme physiologique du nystagmus » — Prof. M. Arslan, Italie.
31. « La signification clinique de la cupulométrie (fonction des canaux semi-circulaires) » — Prof. A. A. J. van Egmond, Hollande.
32. « Problèmes cliniques, et électro-physiologie de l'ouïe » — Dr L. F. Fiori Ratti, Italie.
33. « Recherches expérimentales sur la physio-pathologie du 'déséquilibre vestibulaire aigu', d'origine allergique » — Dr P. Filippi et Dr C. Ricci, Italie.
34. « Les symptômes vestibulaires en corrélation avec le choc anaphylactique chez le cobaye » — Dr G. Herberts, Suède.
35. « Recherches expérimentales sur les modifications de la capacité d'absorption des muscles, modifications résultant d'une destruction opératoire du labyrinthe » — Dr N. P. Conostas, Grèce.
36. « Contribution à l'étude du métabolisme de l'eau et des composants inorganiques du muscle, après destruction opératoire d'un labyrinthe » — Dr J. Chryssikos et Dr N. P. Conostas, Grèce.
37. « Recherches en vue de déterminer la valeur relative de la pression endo-labyrinthique » — Dr D. Van Caneghem, Belgique.
38. « La chirurgie du système nerveux autonome en rapport avec le traitement de certains types de vertige aural, de tintement d'oreilles et de surdité nerveuse » — M. E. R. Garnett Passe, Grande-Bretagne.
39. « Contribution au traitement de la maladie de Ménière » — Prof. Frederico Brunetti, Italie.
40. « Indications d'une carence vitaminique comme cause du syndrome de Ménière » — Dr Miles Atkinson, Etats-Unis.
41. « L'ossiculotomie comme traitement pour le vertige » — M. E. Watson-Williams, Grande-Bretagne.
42. « Les vaisseaux sanguins et la structure histologique des osselets auditifs chez l'homme » — Dr Jan Szymanski, Pologne.
43. « L'épreuve rotatoire, sans appui ni pour la tête ni pour le corps, dans le vertige auriculaire » — Prof. J. Miodonski, Pologne.
44. « Phylogénie de la fosse épitympanique » — Dr J. Gerrie, Grande-Bretagne.
45. « La prévention de la surdité par la radium-thérapie » — Dr G. Cambrelin, Belgique.
46. « Emploi d'une solution de sulphydryle pour les brûlures qui affectent l'oreille, le nez, la gorge et la bouche, ou les tissus avoisinants » — Dr A. E. Cruthirds, Etats-Unis.
47. « Résultats thérapeutiques du traitement des vertiges auriculaires par les rayons X » — Dr T. D. Demetriades et Dr St. Goritsas, Grèce.
48. « L'iontophorèse dans le traitement des vertiges » — Dr A. Mitrinowicz, Pologne.
49. « Approche du défilé antro-adico-tympanal par voie transméatique » — M. A. Tumarkin, Grande-Bretagne.
50. « Technique pour l'abord de la caisse du tympan par voie transméatique et pour la chirurgie de l'appareil de transmission » — Prof. G. Cornelli, Italie.
51. « L'incidence III et ses premiers éléments de sémiologie (approche du défilé antro-adico-tympanal) » — Dr C. Chaussé, France.
52. « Traitement de la mastoïdite aiguë des enfants, par la pénicilline » — M. J. I. Munro Black, Grande-Bretagne.
53. « Evaluation de l'ouïe au moyen d'épreuves par la conversation à voix basse » — Dr Aram Glorig, Jr., Etats-Unis.
54. « Tuberculose de l'oreille moyenne » — Dr N. Rh. Blegvad, Danemark.
55. « Diagnostic préclinique et clinique de l'otosclérose » — Dr E. P. Fowler, Etats-Unis.
56. « Dix années d'expérience en fenestration » — Dr J. A. Sullivan, Canada.
57. « Le traitement de la maladie de Ménière par l'ouverture du sac endolymphatique » — Prof. G. Portmann, France.
58. « L'audition dans les sections partielles du nerf auditif, au cours de la maladie de Ménière » — Dr M. Ombredanne et Dr M. Aubry, France.
59. « Traitement du vertige auriculaire par les ondes supersoniques » — Prof. C. Wiethe, Autriche.
60. « Effets des ondes supersoniques sur les tissus, en rapport spécial avec l'appareil vestibulaire » — Dr E. Vyslonzil, Autriche.

A part ces travaux écrits et lus, il y eut un bon nombre de démonstrations diverses, telles que: procédé du 'peep-show', méthode de construction des moules plastiques pour appareils acoustiques, exercices de la tête et d'équilibre pour combattre le vertige traumatique, méthode d'étudier le sens de l'ouïe chez les nouveau-nés et les jeunes enfants, etc.

Il convient de citer l'exposition très intéressante de livres, d'instruments, etc., se rapportant à l'histoire de l'oto-laryngologie, et d'autres expositions d'instruments chirurgicaux, de produits pharmaceutiques, d'appareils acoustiques et de livres, comme la chose

se fait ici pendant nos congrès. On pouvait également y voir des pièces anatomiques, pathologiques, des pièces d'anatomie comparée, etc.

Enfin, il ne faudrait pas terminer le sujet de l'otologie, sans parler des films. Il y en avait plusieurs sur la fenestration: un de France (Aubin), un d'Angleterre (Cawthorne), un de Belgique (Hicquet et van Eyck), et un des Etats-Unis (Shambaugh et Holinger). Un autre film (Sullivan - Canada) a démontré la technique d'emploi d'une nouvelle substance (plasma) pour rapprocher les deux extrémités d'un nerf traumatisé, technique qui s'applique très bien au nerf facial. Le film qui a, cependant, remporté le plus grand succès fut celui de Kobrak (Etats-Unis) sur « la fonction de l'oreille, à l'état normal et pathologique » (« The Function of the Ear, in Health and Disease »); il a fallu le montrer deux fois. On y a filmé les vibrations de l'oreille résultant de la stimulation par le son, en utilisant l'agrandissement optique combiné à l'éclairage stroboscopique.

LA RHINOLOGIE (y compris les sinus)

Le programme offrait également un bon nombre d'articles fort intéressants sur le nez et les cavités annexes, soit les sinus de la face:

1. « Les antibiotiques et la chimiothérapie dans le traitement des sinusites de la face et de ses complications » — Sir Alexander Fleming, Grande-Bretagne.
2. « La chimiothérapie de la sinusite nasale » — Sir Lionel Whitby, Grande-Bretagne.
3. « La chimiothérapie et les antibiotiques dans le traitement de la sinusite nasale et de ses complications » — Prof. Carlos Larroudé, Portugal.
4. « Traitement opératoire de la sinusite frontale chronique » — M. R. R. Woods, Irlande.
5. « Traitement de la rhinite bactérienne par les antibiotiques » — Dr Mateo Jimenes Quesada, Espagne.
6. « Le traitement des sinusites maxillaires par la pénicilline intra-nasale » — Dr M. Arkum, Turquie.
7. « La chirurgie conservatrice des sinusites et l'antibiotico-chémothérapie locale » — Dr E. Giuffrida, Italie.
8. « Traitement local de la sinusite frontale et maxillaire par la pénicilline » — Prof. A. Dobrzanski, Pologne.
9. « La pression négative dans le traitement des sinusites postérieures » — Dr M. Bouchet et Prof. J.-M. LeMée, France.
10. « Contribution à la statistique et à la thérapie de la sinusite » — Dr G. E. Yannoulis, Egypte.
11. « Opérations extra-nasales sur les sinus frontaux et chémo-thérapie » — Dr D. L. H. Hohlbrugger, Autriche.
12. « La sinusite chez les enfants souffrant d'allergie respiratoire: analyse de 2.600 cas » — Dr C. W. Bullard, Etats-Unis.
13. « Le catarrhe chronique du nez; son traitement et ses rapports avec l'asthme » — Dr R. J. Whiteman, Australie.
14. « Localisation atypique du rhinosclérome » — Prof. A. Dobrzanski, Pologne.
15. « Le sang dans le rhinosclérome » — Dr Henryk Czarnecki, Pologne.
16. « L'origine de la sinusite caséuse » — Dr F. Tetera, Tchécoslovaquie.
17. « Ostéite fibreuse des cellules ethmoïdales » — Dr D. Ioannovich.
18. « Résultats du traitement de l'ozène par implantations de méthacrylate de méthyle, au point de vue fonctionnel, histologique et bactériologique » — Prof. T. Gremán, Hongrie.
19. « L'émotivité et les glandes endocrines: sources de pathologie nasale » — Dr W. L. Post, Etats-Unis.
20. « Le mécanisme de la respiration par la bouche, malgré l'absence d'obstruction nasale » — M. E. Gwynne-Evans, Grande-Bretagne.
21. « L'importance du vestibule nasal, au point de vue respiratoire » — Prof. E. Zorzoli, Italie.
22. « Etiologie de l'ouverture (cleft) latérale du nez » — Prof. W. Stupka, Autriche.
23. « Les adénoïdes chez les adultes » — Dr Barney M. Kully, Etats-Unis.
24. « Recherches expérimentales sur la physiologie des amygdales » — Prof. L. Cojazzi, Italie.
25. « Sur la structure de la crypte de l'amygdale, dans l'embryon et chez l'adulte » — Prof. E. Pallestrini, Italie.
26. « Anesthésie régionale externe pour l'amygdale » — Dr T. D. Demetriades et Dr C. Iliades, Grèce.
27. « Chordome malin du naso-pharynx » — Prof. Fausto Brunetti, Italie.
28. « La décharge du liquide céphalo-rachidien à travers la muqueuse nasale saine et enflammée. (Physiologie, pathologie et thérapeutique, particulièrement en rapport avec les méningites arachnoïdiennes) » — Prof. A. Bronzini, Italie.

29. « Chirurgie plastique du nez » — Dr J. Hoffmann, France.
30. « Sur la genèse diphtérique de la rhinite atrophique, de l'ozène, de la rhino-pharyngite et de la pharyngite sèche » — Prof. A. Trimarchi, Italie.
31. « Résultats obtenus dans les abcès du sac lacrymal opérés par voie endonasale » — Dr B. de Almeida, Portugal.
32. « Traitement chirurgical et antibiotique de l'abcès cérébral » — Prof. G. Vidau, Italie.
33. « Expériences de l'application du radium dans le naso-pharynx des enfants » — Dr Maurice A. Sher, Etats-Unis.
34. « Soulagement de la rhinophonie ouverte par la pharyngoplastie » — Dr S. Podvidec, Yougoslavie.
35. « Deux cas de sinusite frontale chronique compliquée d'ostéomyélite » — Prof. E. B. Tezel, Turquie.
36. « Transition actuelle en ostéomyélite crânienne » — Dr J. B. Shannon, Etats-Unis.
37. « Considérations sur les sinusites » — Prof. M. Silvagni, Italie.
38. « Inflammation sous-durale, comme complication intracrânienne en rhinologie et en otologie » — Dr R. Singer, Etats-Unis.
39. « L'étiologie et la pathologie des complications intracrâniennes » — Prof. P. Caliceti, Italie.
40. « L'hypophyse, sujet sur les limites de la rhinologie et de la chirurgie crânienne » — Dr J. J. Biber, Grande-Bretagne.
41. « Localisation dans les voies respiratoires supérieures de la réaction allergico-hyperergique » — Dr F. Fabbi, Italie.
Nombreux films intéressants.
42. « Facteurs d'ordre psychique dans le catarrhe nasal » — Dr E. P. Fowler, Jr., Etats-Unis.
43. « Recherches de physiologie nasale — l'importance de la catalase » — Prof. V. Fortunato, Italie.
44. « Caractéristiques de la chromotropie de la muqueuse respiratoire » — Dr A. Maggio, Italie.
45. « Les effets de l'air pollué sur l'appareil respiratoire » — Dr E. G. Gill, Etats-Unis.
3. « Possibilités chirurgicales dans le cancer du larynx, après échec de la radiothérapie » — Dr P. Huet, France.
4. « Technique de laryngectomie totale » — Dr A. Moulonguet, France.
5. « La radiothérapie de contact pour le cancer du larynx, à travers une fenêtre dans le cartilage thyroïde » — Prof. L. Horbst, Autriche.
6. « Correction chirurgicale de la paralysie bilatérale des nerfs laryngés récurrents » — Dr Fletcher Woodward, Etats-Unis.
7. « Opération pour le soulagement de la paralysie bilatérale des cordes vocales » — Prof. A. Réthi, Hongrie.
8. « La laryngoscopie directe — technique simplifiée » — Dr Sam E. Roberts, Etats-Unis.
9. « Présentation d'un directoscope qui permet l'examen du larynx grandeur naturelle, agrandi, ou reflété sur un écran avec un appareil photographique » — Prof. A. Trimarchi, Italie.
10. « Reconstruction des voies respiratoires dans la sténose traumatique du larynx » (démonstration de la voix par disques de gramophone) — Prof. Yrjö Meurman, Finlande.
11. « Hémi-laryngectomie — indications — méthode de conserver une voie respiratoire utile, de même que la voix » — Dr H. M. Goodyear, Etats-Unis.
12. « Carcinome primitif de la trachée — rapport sur cinq cas » — Dr Wm A. Lell, Etats-Unis.
13. « Laryngocèle — étude de quatre cas » — Prof. F. Casadesus et Dr G. Capella, Espagne.
14. « L'arbre bronchique — classification et nomenclature » — Dr D. Kassuy, Hongrie.
15. « Nomenclature des bronches et de leurs segments pulmonaires » — Dr Truls Leegaard, Norvège.
16. « Bronchoscopie dans le traitement des maladies du poumon » — Dr A. J. Cracovaner, Etats-Unis.
17. « Bronchoscopie dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose ganglionnaire chez les enfants » — Dr R. P. Vinals (en collaboration avec le Prof. Casadesus et le Prof. Ramos), Espagne.
18. « Le stop sur le bronchogramme » — Dr E. Huizinga, Hollande.
19. « La bronchographie dans le diagnostic des maladies pulmonaires » — Dr C. R. Versteegh, Hollande.
20. « Le rôle du vague dans l'innervation du voile du palais » — Dr W. Messerklinger, Autriche.
21. « Les sténoses non malignes de l'œsophage thoracique et leur traitement » — Prof. J. Terracol, France.

LARYNGO - ŒSOPHAGOLOGIE

En laryngologie, les principaux sujets traités furent les suivants:

1. « Trente cas de cancer du larynx, guéris par la radiothérapie » — Dr M. Cusi, Espagne.
2. « Cancer du larynx » — Dr Chevalier L. Jackson, Etats-Unis.

22. « Les rétrécissements non malins de l'œsophage thoracique et leur traitement » — Dr P. G. Gerlings, Hollande.
23. « La photographie endoscopique en oto-laryngologie et en broncho-œsophagologie » — Dr P. H. Holinger, États-Unis.
24. « Statistiques de vingt ans d'expérience dans les rétrécissements de l'œsophage thoracique, d'origine non cancéreuse » — Dr A. Soulas, France.
25. « Sonde dilatatrice pneumatique pour le traitement des sténoses bénignes de l'œsophage » — Dr A. da Costa Quinta, Portugal.
26. « Notes sur quatre cas de sténose congénitale de l'œsophage » — Prof. D. Filipo, Italie.
27. « Traitement chirurgical du rétrécissement cicatriciel de l'œsophage: œsophagotomie interne avec isolement à la cellophane » — Dr J. Danielewicz, Pologne.
28. « Directives thérapeutiques nouvelles dans le traitement des brûlures récentes de l'œsophage » — Prof. S. Unterberger, Autriche.
29. « Rétrécissements de l'œsophage causés par les caustiques et leur traitement » — Dr G. Koleszár, Hongrie.
30. « Diathermo-coagulation avec une électrode 'vis sans fin', comme traitement dans les sténoses œsophagiennes » — Prof. H. Lewenfisz-Vojnarowski, Pologne.
31. « Sur la dilatation progressive rétrograde de l'œsophage » — Prof. G. Ferreri, Italie.
32. « Contribution à l'étude du traitement des sténoses cicatricielles de l'œsophage chez l'enfant, survenues à la suite de brûlure par caustiques » — Dr André Bloch, France.
33. « Œsophagectomie pour le carcinome de l'œsophage cervical. Rapport de cinq cas » — Dr G. de Vido, Italie.
34. « Les spasmes permanents de la bouche de l'œsophage (étude anatomo-clinique) » — Prof. A. Montandon, Suisse.
35. « Cas d'une pièce de monnaie dans l'œsophage » — Dr E. B. Tezel, Turquie.
36. « Mobilisation de corps étrangers de l'œsophage, par l'ingestion de médicaments spasmolitiques » — Dr M. A. Casanuova, Italie.
37. « Le traitement chirurgical du cancer du carrefour aéro-digestif et de la base de la langue, par voie trans-laryngée » — Prof. G. Portmann, France.
38. « Injections sclérosantes pour varices œsophagiennes » — M. R. G. Macbeth, Grande Bretagne.
39. « Sténose bronchique d'origine inflammatoire, probablement non spécifique » — Dr Tage Kjaer, Danemark.
40. « Contribution à l'étude des rapports entre l'amygdale et la glande thyroïde » — Prof. N. Metziano et Dr Copelma, Roumanie.
41. « L'anémie tonsillaire » — Prof. D. di Lauro, Italie.
42. « Recherches expérimentales sur la physiopathologie des amygdales » — Prof. L. Cojazzi, Italie.
43. « Au sujet de la structure des cryptes amygdaliennes, dans le fœtus et chez l'adulte » — Prof. E. Pallestrini, Italie.
44. « Anesthésie locale des amygdales par voie externe » — Dr T. D. Demetriades et Dr C. Iliades, Grèce.
45. « Sténoses non-malignes de l'œsophage thoracique et leur traitement » — Dr Gabriel Tucker, États-Unis.
46. « Traitement chirurgical endoscopique du diverticule hypo-pharyngien » — Dr G. Dohlman, Suède.
47. « Trois cents cas d'atélectasie du cardia, traités par dilatation » — Dr E. A. Ferrer, Espagne.
48. « Quelques cas intéressants de rétrécissement œsophagien » — Dr G. Kalocsay, Hongrie.

En laryngologie, nous avons eu le privilège de voir d'excellents films sur la laryngectomie totale ou partielle, d'observer sur l'écran le mouvement plus ou moins accéléré et la réponse des cordes vocales aux différents efforts d'un individu pour produire un son d'intensité ou de tonalité variée.

MONDANITÉS

Si le programme scientifique était excellent, bien organisé et bien réussi, les fêtes mondaines n'ont pas fait défaut et le « carnet social » était bien rempli.

Ce fut tout d'abord le fait que Sa Majesté le Roi avait accordé son patronage au congrès dont l'ouverture officielle fut faite par Son Altesse Royale, la Duchesse de Kent, qui y a certainement apporté un grand éclat.

Tous les soirs, les membres étaient invités à une grande réception, parmi lesquelles il faut mentionner celle du Président, Mr V. E. Negus, dans les jardins de la « Zoological Society », un banquet avec danse à l'hôtel Dorchester, la réception du Gouvernement de Sa Majesté au « Victoria and Albert Mu-

seum », la réception donnée conjointement par le président de la « Royal Society of Medicine » et les présidents des sections d'otologie et de laryngologie, la réception au « Royal College of Surgeons of England », etc., etc.

Les membres associés (épouses et enfants des congressistes) avaient également le choix

d'un grand nombre de divertissements et de visites à Londres même et dans les environs.

Les « Women's Voluntary Services » se sont acquis toute notre gratitude pour le tact et le dévouement que leurs membres — dames et jeunes filles bénévoles — ont su prodiguer aux visiteurs, lors de cette semaine mémorable.

Jules BRAHY, (Montréal)

CORRESPONDANCE

LETTRE DE PARIS

La reprise de l'activité médicale à l'automne est marquée chaque année par la réunion à Paris des grands Congrès. Mais, cette année spécialement, l'Association des Médecins de langue française a tenu à Genève son XXVII^e Congrès, du 29 au 1^{er} octobre.

Il y avait 41 ans que Genève n'avait vu se dérouler une telle réunion. Disons tout de suite que le Congrès fut particulièrement réussi tant par la qualité des rapports que par son organisation impeccable.

Le discours d'ouverture du Président, le Professeur Maurice Roch, fut des plus brillants. Montrant tout d'abord l'intérêt de ces assises où se réunissent en une communauté linguistique : Canadiens, Belges, Français, Luxembourgeois, Suisses romands, il salua la présence de médecins qui, comprenant la langue française, se sont réunis sous le signe de la culture médicale française.

« L'art de guérir, dit-il, se trouve à un moment critique d'une évolution qui en modifie beaucoup les conditions. Des problèmes angoissants se présentent devant chacun de nous, particulièrement devant ceux qui sont en contact journalier avec les malades. Ces causes sont la spécialisation, le développement de la médecine sociale, le crédit toujours croissant accordé par le public aux réclames les plus éhontées et aux âneries charlatanesques les plus niaises.

« L'impossibilité de se tenir au courant dans tous les domaines a provoqué des spécialisations qui se fractionnent d'ailleurs de plus en plus, on en arrive ainsi à pratiquer avec des œillères une médecine parcellaire qui risque d'entraîner des erreurs regrettables.

« La médecine collective est née du développement de la civilisation actuelle. On assiste maintenant à l'extension des vaccinations préventives si nombreuses, si variées, à des traitements omnibus, à des entorses toujours plus fréquentes à la règle millénaire du secret professionnel et, dans bien des cas, à

l'impossibilité pour beaucoup de malades de s'adresser au médecin de leur choix.

« Ces mesures collectives, le médecin, individualiste par vocation, les tient pour détestables et pourtant il n'ose ni ne doit s'insurger contre elles, tant leurs conséquences pour la santé publique sont favorables. Il faut néanmoins le reconnaître que ces mesures ont contribué à faire perdre aux relations entre malades et médecins le caractère amical qui les rendait autrefois si agréables et si bienfaitantes.

« Pour éloigner ces malaises, il n'est rien de tel que de se remettre à pratiquer avec sérieux et conscience l'examen clinique comprenant l'interrogatoire du malade, l'observation attentive des symptômes qu'il présente, la recherche des signes, faite tout d'abord avec les moyens les plus simples. Il n'est besoin d'autres outils que ceux que le médecin possède mais dont, trop souvent, il néglige de se servir comme il néglige d'exercer ses yeux, ses oreilles et ses mains.

« L'examen clinique étant terminé, des précisions, des confirmations peuvent être nécessaires, mais ces suppléments d'information ne doivent être demandés qu'à bon escient et non par routine, « pour avoir tout fait ». Il en résultera une épargne appréciable pour les finances et pour la force de résistance du sujet.

« Il est possible que momentanément, par suite du manque de crédits, la vieille Europe se soit laissée distancer dans les recherches savantes. Mais des signes indiquent une résurgence des trouvailles scientifiques des médecins de langue française. En tous cas, ils ont maintenu très haut le niveau de la pratique médicale parce que, dans l'ensemble, ils n'ont pas négligé l'examen clinique et la dialectique intelligente dans la discussion du diagnostic... »

* * *

Quatre rapports sur les protéines du sérum étaient à l'ordre du jour de la première jour-

née: les protéines du plasma sanguin humain normal, par le Dr Machebœuf (de l'Institut Pasteur), l'ultracentrifugation et l'hyperglobulinémie, par le Pr. Waldenström (Upsal), les hyperprotéïnémies, par le Pr. W. Löffler, les Drs Wurhmann et Ch. Wunderly (de Zurich), les hypoprotéïnémies, par le Pr. H. Tayaueu et E. Neuzil (Bordeaux).

La deuxième journée était consacrée aux hyperthyroïdies et on entendit un rapport des Pr. J. P. Höet et J. A. Lederer (Louvain) sur les hyperthyroïdies d'origine ovarienne, du Pr. Basténié (de Bruxelles) sur l'histophysiologie de la thyroïde normale et pathologique, du Pr. Langeron (Lille) sur les hyperthyroïdies d'origine nerveuse, des Pr. G. Bickell et E. Rustilhauser (Genève) sur le foie des hyperthyroïdiens, du Pr. Guy Laroche et du Dr Yves Barré sur les traitements modernes de l'hyperthyroïdie.

La troisième journée fut consacrée au traitement du cancer par les hormones. Le Pr. A. Lacassagne, dont on connaît l'autorité en matière de cancérologie, fit un rapport sur les résultats expérimentaux du traitement des cancers par les hormones.

On entendit ensuite un rapport du Pr. Cibert et du Dr J. Perrin (Lyon) sur les résultats cliniques du traitement hormonal des cancers de la prostate.

Le traitement hormonal des cancers de la prostate, pour ces auteurs, a une évidente efficacité. Il soulage la plupart des troubles déclenchés par l'évolution d'un cancer prostatique; il diminue notamment les douleurs. La durée moyenne du cancer de la prostate était de trois ans; actuellement, avec le traitement hormonal, la survie est de quatre ans et cette survie est plus confortable. Les auteurs conduisent le traitement de la façon suivante: période d'attaque avec des doses de 15 à 30 milligr. d'œstrogène par jour pendant une dizaine de jours, puis doses d'entretien avec des doses plus faibles (1 à 3 milligr. par jour). Plus tard, lorsque l'action s'épuise, des doses plus considérables (8 et 10 milligr. par jour) doivent être prescrites et cela par voie parentérale.

Le Pr. L. de Gennes et le Dr Claude Laroche, dans leur rapport sur le traitement hormonal des cancers du sein, concluent en disant que l'hormonothérapie ne peut constituer qu'une mesure thérapeutique de complément; elle ne doit pas retarder la mise en œuvre de la cure radicale du cancer du sein. Par contre, elle peut être utilisée, après l'ablation chirurgicale, dans un but prophylactique et constituer, dans les cancers avec métastases ou au cours des récidives, la seule chance de prolonger la vie des malades et de diminuer leurs souffrances pendant un laps de temps d'ailleurs imprévisible.

* * *

Au cours de ces journées d'études, les congressistes eurent l'occasion de visiter le Comité International de la Croix-Rouge et le Palais de la Société des Nations dont ils purent admirer l'architecture grandiose, les salles splendides et silencieuses et les puissantes peintures décoratives de José-Maria Sert représentant la peine des hommes à travers les âges.

Et, pour terminer ce congrès qui se déroula sous le signe de la plus grande amitié, un banquet réunit les congressistes à l'Hôtel des Bergues. Le Pr. Le Sage, au nom des médecins canadiens, le Pr. Roskam, au nom des médecins belges, le Pr. Lemierre, au nom des médecins français, félicitèrent le Pr. Maurice Roch de la haute tenue scientifique de cette réunion et le remercièrent de la cordialité si réconfortante de sa cité.

* * *

Du 3 au 8 octobre 1949, le 52ème Congrès de l'Association française de Chirurgie a tenu ses assises à Paris. La séance inaugurale s'est déroulée dans le cadre habituel du grand amphithéâtre de la Faculté. Dans son discours d'ouverture, le Pr. Mathieu a envisagé l'avenir de la chirurgie française qui souffre encore d'avoir été isolée pendant près de cinq ans. En effet, la France, après avoir longtemps tenu la tête en technique chirurgicale, s'est trouvée éclipsée par les pays libres et le Pr. Mathieu préconise la création plus indispen-

sable que jamais d'une Ecole de Chirurgie dont il trace les grandes lignes en un exposé très clair et très documenté.

La première question à l'étude était le traitement radical du cancer du pancréas dont les rapporteurs étaient le professeur agrégé Lucien Léger (Paris) et le Dr Bréhant (Oran).

Après avoir discuté le diagnostic d'opérabilité souvent délicat — l'adhérence aux vaisseaux mésentériques supérieurs et à la veine porte constituant une contre-indication formelle — les auteurs décrivent l'opération de la duodéno-pancréatectomie. Le temps d'exrèse comprendra les manœuvres suivantes : extériorisation du pancréas et ouverture de l'arrière-cavité, section de l'estomac assez à gauche, clampage; section de l'isthme et pincement du Wirsung; libération et section du cholédoque susduodéal, pincement du bout proximal; section et clampage en deçà et au delà de l'angle duodéno-jéjunal à la demande.

Le temps de réparation comprendra: la réparation de la tranche pancréatique, à moins qu'on ne fasse une exrèse totale; la continuité digestive sera rétablie par un des nombreux procédés classiques d'anastomoses gastro-jéjunales. Reste à rétablir l'évacuation biliaire dans le tractus digestif, soit en anastomosant le moignon cholédocien avec le jéjunum ou l'estomac, soit en le ligaturant et en se servant de la vésicule biliaire aux mêmes fins.

Le taux de mortalité de la duodéno-pancréatectomie établi dans le service de Orr (1945) se fixait aux alentours de 30% que l'intervention fût pratiquée en un ou deux temps. D'après les statistiques établies en colligeant les cas de duodéno-pancréatectomie faits par des chirurgiens non spécialisés, la mortalité est de 37%.

La deuxième question était le traitement de l'ostéomyélite aiguë à staphylocoque doré dont les rapporteurs étaient G. Laurence (Paris) et M. Salmon (Marseille).

Le dogme, longtemps classique, de l'intervention d'urgence a vécu. A l'heure actuelle, la thérapeutique rationnelle poursuit trois

but: 1° ne pas entraver les réactions de défense, temporiser en somme et immobiliser le membre malade; 2° agir sur les microbes par la pénicilline à la dose de 800.000 à 1.000.000 d'unités par jour, par la pénicilline locale dont la pénétration peut être facilitée parfois par des anticoagulants et des vasodilatateurs; 3° enfin, agir sur le foyer par des interventions évacuatrices quand le pus est collecté, par des interventions d'exérèse en ménageant le périoste.

La troisième question à l'ordre du jour rapportée par les Drs Heitz-Boyer (Paris) et Fredet (Chartres), était l'électro-chirurgie en dehors de son utilisation cérébro-médullaire et urinaire, véritable problème d'instrumentation.

Signalons encore qu'au cours de ce congrès, le professeur agrégé Lucien Léger a présenté au nom du professeur Thorek un très beau film en couleurs: « Œsophagectomie thoracique pour cancer par voie gauche avec décroissement aortique » et que les Drs Robert et Jean Judet ont présenté, en télévision, pour la première fois en France, une opération de reconstruction de l'articulation coxo-fémorale à l'aide d'une cupule en résine acrylique.

* * *

En même temps que le Congrès de Chirurgie, se tenait, comme à l'accoutumée, le Congrès français d'Urologie, sous la présidence du professeur E. Chauvin.

La question à l'ordre du jour traitée par le professeur agrégé Roger Couvelaire était: la cystectomie totale pour tumeur.

* * *

Enfin, pour terminer, disons que pour 1950 le programme du Congrès de Chirurgie est le suivant: traitement des tumeurs malignes des os longs, rapporteurs: Delannoy (Lille), Padovani (Paris); indication de la gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac, rapporteurs: J. L. Lortat-Jacob (Paris) et Lefèvre (Bordeaux); thromboses veineuses, pathogénie et traitement. Conférence par le Professeur Leriche (Paris).

André PLICHET.

“L'Union Médicale du Canada” en 1880

Société Médicale de Montréal

Séance du 22 octobre 1880

décembre 1880

Présidence du Dr J. W. Mount.

Le secrétaire donne lecture de son rapport pour l'année 1878-80.

Ce rapport est adopté.

M. le président, au nom du comité chargé de s'assurer un autre local pour les séances de la Société, fait rapport qu'il a eu, à ce sujet, une entrevue avec M. l'abbé Sentenne et que celui-ci a bien voulu mettre à la disposition de la Société une des salles de l'école Saint-Jacques.

Le rapport du comité est adopté et il est en conséquence résolu que désormais les séances de la Société Médicale se tiendront à l'école Saint-Jacques, No 119, rue St-Denis, coin de la rue Ste-Catherine.

Les élections annuelles étant à l'ordre du jour, M. le président propose qu'elles soient remises à vendredi prochain, 29 octobre courant, afin de permettre à un plus grand nombre de membres d'y prendre part.

Adopté.

Le Dr Dagenais propose ensuite que la Société Médicale de Montréal, répondant à l'appel du comité de Paris, chargé de recueillir des souscriptions pour élever un monument à la mémoire du professeur Claude Bernard, souscrive à cet effet la somme de cent (100) francs comme témoignage de reconnaissance et d'admiration pour les travaux de l'illustre physiologiste qui a tant fait pour l'avancement des sciences médicales, et que cette somme soit transmise par le trésorier au Dr E. C. Séguin, délégué du comité pour les Etats-Unis.

Le Dr E. P. Lachapelle seconde cette motion qui est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée.

Séance du 29 octobre 1880

Présidence du Dr J. W. Mount.

Le procès-verbal de la dernière assemblée est lu et adopté.

L'élection des officiers étant à l'ordre du jour, les Drs E. P. Lachapelle et J. A. Laramée sont nommés scrutateurs sur proposition du Dr Dagenais.

Le dépouillement du scrutin donne le résultat suivant:

Président: Dr E. P. Lachapelle; 1er Vice-Président: Dr L. A. E. Desjardins; 2ème Vice-Président: Dr A. Lamarche; Secrétaire-Trésorier: Dr H. E. Desrosiers (réélu); Assistant Secrétaire-Trésorier, Dr L. J. V. Cléroux.

Comité de régie: Drs J. W. Mount, A. Dagenais, F. X. Trudel, C. M. Filiatrault, J. B. Bouchard et L. Laberge.

Après quelques remarques du Dr Mount, le Dr E. P. Lachapelle prend le fauteuil de la présidence.

Le Dr A. Dagenais propose, secondé par le Dr A. Richard, que des remerciements soient votés aux officiers sortant de charge, pour le zèle et l'habileté déployés dans l'accomplissement de leurs fonctions. Adopté.

Sur proposition du Dr S. Lachapelle secondé par le Dr J. B. Bouchard, des remerciements sont aussi votés aux journaux *L'Union Médicale*, *la Minerve*, *La Patrie*, *le Nouveau Monde* et *le Courrier de Montréal* qui ont bien voulu publier les comptes rendus des séances de la Société.

Le Dr J. W. Mount propose enfin, secondé par le Dr Casgrain, que des remerciements soient également votés à la Faculté de Médecine de l'Université Laval pour l'usage d'une salle de cette institution pendant l'année qui vient de s'écouler. Adopté.

Sur motion du Dr A. Lamarche, secondé par le Dr A. T. Brosseau, M. le Dr P. Carrière, de Montréal, est admis membre actif de la Société Médicale.

Le Dr S. Lachapelle s'engage à donner une lecture à la prochaine séance.

MM. les Drs Dagenais, Fafard, Filiatrault, Mount, Brosseau, Berthelot, Lamarche, E. P. Lachapelle, Ricard, Brossard, Lamoureux et Desrosiers s'inscrivent aussi pour donner des lectures dans le cours de l'année 1880-81.

M. le Président, après avoir remercié la Société pour l'honneur qu'elle vient de lui conférer, exprime l'espoir que l'appui de tous les membres lui est assuré dans la direction de la Société Médicale. Il engage les sociétaires à faire tous les efforts pour rendre les séances aussi intéressantes que possible. Il insiste sur le fait qu'il n'est pas toujours besoin de travaux de longue haleine pour bien remplir le temps de nos séances. De temps à autre certains cas pratiques peuvent être rapportés avec profit, des pièces pathologiques peuvent être exhibées et la discussion qui devra s'en suivre suffira souvent à rendre nos réunions des plus utiles et des plus intéressantes. Ce qu'il faut avant tout pour assurer notre succès, c'est le concours actif de tous et de chacun. Il est à regretter qu'un si grand nombre de médecins, autrefois membres de la Société, aient jugé à propos de se séparer de nous. Plus regrettable encore est l'apathie de certains membres actuels que nous ne voyons jamais aux séances. Cela ne doit cependant pas nous décourager. Sachons au contraire travailler, pour notre part, plus sérieusement et activement que jamais

pour les progrès de la science et l'avancement de notre association.

Et la séance est levée.

Séance du 12 novembre 1880

Le Dr E. P. Lachapelle, Président, au fauteuil.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, le Dr S. Lachapelle, à la suggestion du Président, donne avis qu'à la prochaine réunion il proposera que les procès-verbaux des séances ordinaires de la Société Médicale de Montréal, ne soient pas à l'avenir publiés dans les journaux quotidiens.

Le Dr S. Lachapelle présente ensuite à l'examen de la Société un cas de pleurésie purulente chez lequel il a pratiqué avec succès la thoracocentèse. Il relate l'histoire du cas et donne un exposé clinique des circonstances qui ont précédé et suivi l'opération. (Nous publions ce travail dans le présent numéro).

Cet exposé est suivi d'une discussion à laquelle prennent part M. le Président et MM. les Drs Dagenais, Fafard, Carrière, Filiatrault et H. E. Desrosiers.

Le Dr Dagenais informe la Société qu'à la prochaine séance il présentera un travail sur la craniotomie.

La séance est levée.

Un cas de pleurésie purulente guérie par l'empyème.

(Lu devant la Société Médicale)

M. M... est âgé de trente ans. Tempérament sanguin, organisation puissante, a toujours joui d'une excellente santé.

Dans le cours de l'hiver dernier, faisant partie d'un club de raquettes, il a fait de longues marches, d'autant plus forcées que son caractère ne lui permettait pas de *trainer*, selon l'expression des amateurs. C'est dans une de ces marches faite vers la fin de la saison, qu'il contracta un rhume sérieux qu'il ne jugea pas à propos, cependant, de soumettre au traitement de son médecin. Il toussa donc toujours plus ou moins, jusqu'au sept mai époque à laquelle il me fit demander vers quatre heures du matin.

Je le trouvai souffrant d'une douleur forte à l'épaule droite, particulièrement dans la région scapulaire. La respiration était gênée, le teint légèrement cyanosé; toux fréquente, crachement de mucus taché de sang vermeil; l'auscultation donne un râle muqueux à grosses bulles; pouls 95, d'une force assez facilement dépressible.

Les symptômes de douleur et le crachement existaient depuis la veille au soir vers cinq heures.

Diagnostic: congestion du poumon et de la plèvre. J'ordonnai immédiatement l'émétique à forte dose nauséuse. Je pratiquai une saignée locale étendue, le pouls ne me paraissant pas être réellement inflammatoire, quelques heures plus tôt je lui eus trouvé probablement ces caractères.

J'aidai à ma médication antiphlogistique, faite par l'émétique, par les sudorifiques pris en grande quantité sous forme d'infusion chaude, de graine de lin, baume et camomille. Je visite mon patient toutes les trois heures, les mêmes symptômes continuent moins le crachement qui arrête vers midi. Je continue la même médication jusqu'au lendemain, 8 mai. Les symptômes sont plus graves; la gêne de la respiration augmente avec la douleur, le pouls est à 100.

Le Dr Rottot demandé en consultation confirme le diagnostic et le traitement; conseille le calomel et la morphine avec contre irritants, ce que je prescrivis tout en continuant l'émétique.

Le 9, mêmes symptômes, même traitement, pas de toux.

Le 10, la douleur descend à la base du mamelon, la respiration un peu moins gênée, la figure moins anxieuse, mais le pouls est plus fréquent et plus petit, je continue l'émétique, morphine et brandy.

L'auscultation répétée tous les jours donne une diminution graduelle du bruit respiratoire et la percussion, augmentation de la matité. L'œdème apparaît aux pieds et monte assez rapidement. Je prescrivis le jaborandi le sixième jour et je le continue jusqu'au dixième. L'effet sur les glandes salivaires est très marquant. Néanmoins les symptômes locaux s'aggravent, la douleur est plus étendue, le souffle bronchique presque nul à la base du poumon, la matité plus considérable; l'œdème augmente, est parvenu jusqu'en haut des cuisses; le scrotum et le pénis sont œdémateux.

J'analyse les urines, point d'albumine.

J'ausculte le cœur, rien d'anormal.

L'œdème vient confirmer mon diagnostic; j'avais un épanchement considérable qui pressait sur la veine cave. L'enlèvement du liquide ou du pus fera disparaître l'enflure, et guérira peut-être mon patient qui en est rendu à son 17ème jour de maladie. En conséquence j'appelle MM. les Drs Rottot et Alloway — que j'avais aussi rencontré en consultation, — j'appelle, dis-je, ces messieurs pour pratiquer l'opération. Le Dr Alloway seul put venir et la ponction ou plutôt l'incision fut faite au moyen du bistouri entre la 6e et 7e côte en arrière du mamelon, ce qui donna passage à l'écoulement d'une quantité considérable de pus.

Un tube à drainage en caoutchouc est ensuite introduit dans la cavité pleurale à une bonne longueur et le lavage est fait tous les jours. Injection d'eau phéniquée au moyen d'une forte seringue, puis pansement compressif.

L'opération ne fut suivie d'aucune quinte de toux qui arrive souvent par le déplissement des vésicules pulmonaires.

L'œdème disparut rapidement, grâce aussi aux scarifications multiples pratiquées sur toute son étendue, afin de prévenir la gangrène, qu'il faut redouter alors, quand sa persistance est trop longtemps continue.

Au bout de douze jours, l'écoulement étant complètement tari, l'ouverture fut fermée au moyen d'une simple cautérisation.

Néanmoins, l'état fébrile du malade ne s'amendait guère; à cette époque même l'appétit disparut; une auscultation minutieuse me permit de diagnostiquer une quantité considérable de mucus: un râle fort l'annonçait clairement; je me permis de prédire à

mon patient qu'un crachement considérable devant survenir serait la crise salutaire et finale. Il avait besoin d'une prophétie de ce genre pour relever son moral abattu. En effet, une toux fréquente survint, accompagnée d'un crachement de muco-pus fétide d'abord, puis sans odeur. Ce crachement dura quatre jours; l'appétit revint bientôt et, le 1er juillet, mon pleurétique put participer aux amusements de la fête.

J'ai continué depuis l'huile de foie de morue sans interruption. Vers la mi-juillet, il retourna à l'ouvrage, qu'il n'a pas discontinué depuis. Une petite toux survint au commencement d'août, ne dura que quelques jours et n'a point reparu depuis.

Tel est, MM., le cas de pleurésie aiguë guéri parfaitement par l'empyème, dont je voulais vous donner connaissance.

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

C. K. DONEGAN, A. L. MESSER, E. A. ORGAIN et J. M. RUFFIN. — **Les résultats négatifs de l'emploi du tocophérol dans les maladies cardiovasculaires.** (*Negative results of tocopherol therapy in cardiovascular diseases.*) "American Journal of Medical Sciences", 217: 294 (mars) 1949.

Les auteurs ont étudié 21 malades souffrant de troubles cardio-vasculaires. Ils ont contrôlé les résultats cliniques par des tests de laboratoire afin d'évaluer les effets du tocophérol. Ils se sont servis de 3 groupes de malades. Sept malades avec hypertension sans hypertrophie du cœur. Sept cardiaques hypertendus avec hypertrophie du cœur. Enfin sept autres souffrant d'angine de poitrine classique.

Ces malades ont été vus régulièrement à au moins un mois d'intervalle durant une période de 5 à 20 mois.

Conclusion: le tocophérol ne s'est pas montré efficace ni subjectivement ni objectivement, alors que l'administration buccale a donné une concentration sanguine suffisante.

Paul-René ARCHAMBAULT.

H. H. FRIEDMAN et O. STEINBROCKER. — **La chrysothérapie intense dans l'arthrite rhumatoïde.** (*Intensive chrysotherapy in rheumatoid arthritis.*) "New England Journal of Medicine", 240: 362 (10 mars) 1949.

Les auteurs ont traité 18 malades souffrant d'arthrite rhumatoïde à différents stades de la maladie. Seize rhumatisants ont reçu du Lauron, tandis qu'un a reçu du Solgonal, et qu'un autre a eu de la Myochrisine.

Le dosage a été de 0.9 à 10 grammes. Ces doses ont été données durant 6 à 8 semaines. Résultats. Cure complète: 1 cas; amélioration légère: 2 cas; aucune amélioration: 15

cas. Devant ces insuccès, les auteurs ne sont pas impressionnés, même si les fortes doses employées n'ont pas donné de graves réactions.

Paul-René ARCHAMBAULT.

T. E. WOODWARD. — **Chloromycétine et auréomycine: résultats thérapeutiques.** (*Chloromycetin and Aureomycin: therapeutic results.*) "Ann. Int. Med.", 31: 53-80 (juillet) 1949.

Ces deux nouveaux antibiotiques ont l'avantage d'être efficaces par voie orale. L'auréomycine provoque souvent une irritation gastro-intestinale modérée. En ce qui concerne les maladies rencontrées chez nous, les deux antibiotiques donnent d'excellents résultats dans la pneumonie primitive atypique. La chloromycétine est le médicament de choix dans la fièvre typhoïde. Les deux ont une efficacité nette dans la brucellose.

Paul DAVID.

M. FINLAND, H. S. COLLINS, T. M. GOCKE et E. B. WELLS. — **Connaissances actuelles sur la thérapeutique à l'auréomycine.** (*Present status of Aureomycin therapy.*) "Ann. Int. Med.", 31: 38-52 (juillet) 1949.

Les auteurs étudient tous les rapports qui ont été publiés sur cet antibiotique nouveau. Il s'agit particulièrement bien dans plusieurs infections rickettsiennes, dans la pneumonie primitive atypique, dans les pneumonies bactériennes y compris la pneumonie grippale, dans les infections à staphylocoques et dans la brucellose.

Les résultats sont favorables dans la moitié des cas de fièvre typhoïde. Quant aux infections urinaires, son action est comparable à celle d'autres agents antibiotiques, mais souvent l'association streptomycine et auréomycine donne d'excellents résultats, alors qu'individuellement les deux antibiotiques étaient sans effet.

Pour la plupart des infections, le dosage optimum et la durée du traitement n'ont pas encore été déterminés. Au début, on peut administrer 1 g. toutes les 4 ou 6 heures et réduire à 0,5 g. toutes les 6 heures lors-

qu'il y a amélioration clinique. La voie intramusculaire est très douloureuse et ne donne aucun résultat supérieur. La voie intraveineuse ne doit servir qu'exceptionnellement et le médicament peut être administré à raison de 0,50 g. dans 500 ou 1.000 cc. de soluté glucosé.

Les auteurs n'ont noté aucun effet toxique important. Cependant, le médicament est irritant et donne souvent des troubles gastro-intestinaux: nausées, vomissements, diarrhée. Pour cette raison, il semble préférable de l'associer à un alcalin et de l'administrer pendant les repas.

Paul DAVID.

PHTISIOLOGIE

D. Wyndham LLOYD (Editorial). — **La prévention de la tuberculose: facteurs environnementaux.** (*Prevention of tuberculosis: Environmental factors.*) "British Medical Journal", No 4584: 870 (13 nov.) 1948.

La tuberculose n'est pas seulement une maladie, mais c'est aussi un mal économique-social. Pour prévenir la propagation de cette terrible maladie, il faut d'abord dépister ceux qui sont tuberculeux. Aussitôt trouvé, le malade doit être traité, éduqué de telle sorte qu'il ne soit plus un danger pour les autres. La source principale de l'infection venant des crachats, on lui dira de prendre des précautions de ce côté. Il faut se méfier d'étiqueter du mot « bronchite » tout toussueur d'âge moyen.

Il est bon de prendre soin du lait. Il faut faire le test à la tuberculine des troupeaux de vaches. Il est nécessaire d'examiner toutes les personnes qui sont venues en contact, pour d'abord remonter à la source du microbe causal, pour ensuite faire l'éducation de tous.

L'examen radiologique en masse est chose classique. Il est essentiel de s'enquérir du logement, de l'eau, de la ventilation, de l'agglomération et des taudis. Une des causes qui favorise la propagation tuberculeuse, c'est aussi l'insécurité sociale.

Même si les résultats paraissent parfois décevants, il ne faut pas lâcher, parce qu'en Angleterre, entre 1914 et 1943, le taux de la mortalité par T. B. pulmonaire a été réduit de cinquante pour cent.

Paul-René ARCHAMBAULT.

CARDIOLOGIE

T. T. FOX. — **La signification des électrocardiogrammes normaux chez le vieillard.** (*On the significance of the normal electrocardiogram in old age.*) "Ann. Int. Med.", 31: 120-124 (juillet) 1949.

L'auteur a suivi cent pensionnaires d'une institution pour gens âgés (60 ans et davantage) qui, au début, présentaient un électrocardiogramme absolument normal. Après deux ans, 22 cas avaient des électrocardiogrammes normaux; après quatre ans, 36 cas; après sept ans, 47 cas.

Si, en même temps, on analyse les décès, il semble que l'âge, la pression artérielle et l'hypertrophie cardiaque jouent un rôle important. Il ne fait aucun doute qu'un électrocardiogramme anormal assombrit le pronostic, mais le facteur le plus important semble être la présence d'un cœur augmenté de volume.

Paul DAVID.

NEURO-PSYCHIATRIE

CORNIL, CREMIEUX et GASTAUX. — **Importance séméiologique de l'électro-encéphalographie dans le diagnostic des crises épileptiques de l'enfant.** "La Semaine des hôpitaux", 25: 88-93 (juillet) 1949.

Qu'apporte au médecin ou au neuro-chirurgien l'E. E. G.?

(a) Le diagnostic clinique est-il déjà certain? Dans 90% des cas, l'E. E. G. confirmera la clinique.

1° Il pourra avoir une valeur pronostique en mettant en évidence un processus de souffrance cortical généralisé ou encore des malformations dysgénétiques irréparables.

2° Il peut mettre en évidence une forme clinique très particulière traduite par des absences banales fréquentes et des absences larvées du type de « black out » visuel. Cette forme ne peut être diagnostiquée que par l'E. E. G. Il est d'autant plus intéressant de la découvrir que les traitements avec barbituriques l'aggravent, tandis qu'elle s'améliore ou guérit par le traitement au sulfate d'amphétamine.

3° L'E. E. G., en mesurant l'étendue des dégâts, en précisant leur localisation, aide beaucoup la neuro-chirurgie à choisir les cas qui peuvent profiter d'une intervention.

Ainsi, les anomalies électriques traduisent-elles un processus général de dégénérescence corticale? la chirurgie n'y peut rien. Traduisent-elles un processus dysrythmique venant des régions diencéphaliques? les interventions chirurgicales sont actuellement impossibles. Enfin traduisent-elles des lésions localisées? on peut envisager la possibilité d'une intervention.

4° L'E. E. G. peut être utile dans le contrôle du traitement — car, en général, quand le traitement est efficace, les tracés anormaux disparaissent.

(b) Le diagnostic clinique d'épilepsie est-il douteux? L'E. E. G. peut mettre en évidence des tracés pathologiques qui rendent très probable l'épilepsie. Il peut donner aussi des tracés suffisamment pathognomoniques pour permettre d'affirmer l'épilepsie.

(c) Voici quelques chiffres de ces auteurs: 184 cas étudiés.

138 cas cliniquement certains. Dans 90% des cas, l'E. E. G. produit des tracés qui permettent de confirmer le diagnostic clinique 46 cas cliniquement douteux.

6 tracés nettement pathologiques qui rendent l'épilepsie probable.

23 tracés suffisamment pathognomoniques pour affirmer l'épilepsie.

Jean DARGIS.

M. R. KLEIN. — **Cicatrices cérébrales chez les enfants atteints d'hémiplégie infantile.** "Semaine des hôpitaux", 25: 132-139 (juillet) 1949.

Une plaie cérébrale détermine la formation d'une cicatrice. Un trouble fonctionnel suit généralement la destruction tissulaire. Mais on a noté, chez les blessés de guerre, qu'une fois la cicatrice formée, les troubles fonctionnels continuent d'augmenter et de s'étendre, comme si la cicatrice entraînait non seulement un arrêt de fonction dans la partie intéressée par elle, mais déterminait une atrophie progressive de tout l'hémisphère en cause.

Enlever le tissu cicatriciel ou même seulement l'isoler, arrête la progression de la maladie et, si l'intervention est faite assez tôt,

il peut y avoir retour des fonctions secondairement intéressées par l'atrophie à la normale.

Il semble qu'un phénomène analogue se produise chez certains enfants qui, vers 4 mois à 2 ans, commence par une hémiplégie un syndrome qui deviendra progressivement une hémiplégie, associée à de l'arriération mentale, des crises convulsives, des mouvements anormaux, de l'aphasie.

Dans ces cas, l'E. E. G. prouve souvent des cicatrices cortico-sous corticales, de cause inconnue, que la chirurgie retrouve à l'opération.

La ventriculographie montre un ventricule très agrandi, un hémisphère cérébral atrophié. Si on opère sur la cicatrice, on voit la progression des troubles cesser et certains troubles fonctionnels régresser.

Jean DARGIS.

UROLOGIE

T. MILLIN et F. MASINA. — **A propos d'une technique de cystectomie totale.** (Considération of a technique: Total cystectomy.) "British Journal of Urology", 21: (juin) 1949.

Se basant sur des principes anatomo-pathologiques, les auteurs décrivent une technique détaillée de cystectomie totale dont les indications sont la papillomatose et le cancer de la vessie. La fixité de la tumeur vésicale ou sa très grande malignité contre-indiquent l'intervention.

Selon les cas, ils préconisent l'opération en deux temps ou en un seul temps. Dans le but d'éviter l'ensemencement néoplasique, les auteurs conseillent la résection de la partie distale des deux uretères jusqu'au point de section pour anastomose urétéro-colique ainsi que la résection de l'uretère postérieur jusqu'au veru montanum chez l'homme. Chez la femme, la lésion située à la base de la vessie, papillaire ou infiltrante, exige l'exérèse de l'urètre ou d'une portion du vagin. Ils suggèrent également l'excision du tissu conjonctif para-vésical, la mise à nu et la résection des ganglions de la région hypogastrique.

Après avoir exposé les avantages et les désavantages des autres techniques de cystectomie totale, ils s'en tiennent à l'exposé

de leur procédé, soit la voie abdominale ascendante.

Tous leurs malades cystectomisés reçoivent une transfusion de sang total au cours de l'intervention. Ils laissent un cathéter de fort calibre dans la vessie pendant l'opération jusqu'au moment de la section de l'urètre.

Le champ opératoire s'étend de l'ombilic au périnée inclusivement. Chez la femme, le vagin est désinfecté. L'incision para-médiane gauche s'étend de l'ombilic et descend assez bas pour découvrir le pubis.

Au point de vue technique, Millin et Masina attirent l'attention sur deux points importants: 1° isoler la vessie, 2° libérer la ligne médiane en dernier.

Comme première étape: entrer dans l'espace rétro-pubien latéral, libérer cet espace jusqu'à mettre à nu, les vaisseaux et nerfs obturateurs. Il faut éviter de disséquer l'espace rétro-pubien sur sa ligne médiane. Incision du fascia pelvien pariétal de façon à demeurer dans le plan para-prostatique. Section et ligature du canal déférent, de l'artère hypogastrique obturée qui le croise en avant et du pédicule vésical supérieur adjacent. En suivant le trajet du canal déférent en dedans et en bas, on arrive à l'uretère qu'il faut sectionner entre deux ligatures. Immédiatement en dehors et en bas passent les vaisseaux vésiculo-déférentiels qui se dirigent vers la vésicule séminale et qu'on sectionne entre deux ligatures. La mobilisation de la vessie, point important au cours de cette intervention, est facilitée par l'élévation du bord externe de la vésicule séminale.

En glissant les doigts latéralement sous le péritoine, en se dirigeant vers la ligne médiane, on bute contre la partie non décollable du péritoine d'avec la vessie. Les auteurs désapprouvent la dissection du péritoine d'avec la vessie en ce point, parce que la présence de lymphatiques sous-péritonéaux et juxta-vésicaux la rend illogique au point de vue pathologique. Cette dissection entraîne le danger de perforation de la vessie.

On incise donc le péritoine sur le pourtour de cette portion adhérente de la vessie. On

sectionne l'ouraqué sur lequel on place une pince hémostatique qui sert de traction sur la vessie avec les deux canaux déférents.

En exerçant une bonne traction sur la vessie, sur le péritoine et le rectum, on trouve le plan de déclivage entre la prostate et le rectum.

De cette façon, on libère la face postérieure de la prostate sur les deux côtés jusqu'au pédicule vésical inférieur qu'on ligature. Ensuite, il faut bien identifier l'apex de la prostate et libérer le rectum de son fascia lâche qui le sépare de la prostate en dedans du fascia de Denonvillier, toujours dans le plan para-prostatique.

Il suffit maintenant de sectionner les ligaments pubo-prostatiques latéraux. On cautérise la veine dorsale de la verge puis on sectionne le ligament pubo-prostatique médian, et ce n'est qu'alors qu'on sent la vessie se libérer et sortir de deux à trois centimètres de la cavité pelvienne.

En attirant la prostate vers le haut, on sectionne l'urètre au delà d'une pince placée sur lui.

La masse prostato-vésiculo-vésicale est maintenant libérée et enlevée. Fermeture du péritoine. Suit l'inspection de la chaîne ganglionnaire lymphatique le long des vaisseaux iliaques et sa diathermo-cautérisation.

Drainage de la cavité avec tube de caoutchouc par voie sus-pubienne. Les soins post-opératoires comprennent: 1° la mise en place d'un tube rectal qui permet l'évacuation plus facile des urines pendant les deux ou trois premières journées après l'opération; 2° la position demi-assise qui permet l'oblitération de l'espace mort pelvien; 3° l'emploi de liquides intraveineux.

Chez la femme, l'artère hypogastrique oblitérée sert: 1° à limiter le plan péritonéal d'avec les tissus extrapéritonéaux; 2° à marquer la limite latérale du mésentère paravésical; 3° à identifier le pédicule vésical inférieur et les vaisseaux iliaques internes.

On identifie l'uretère au niveau où il croise l'artère utérine: après avoir ligaturé le pédicule vésical inférieur, on enlève sans difficulté la vessie d'avec les deux tiers de l'urètre.

Une lésion infiltrante ou suspecte de la moitié inférieure de la partie postérieure de vessie exige une hystérectomie totale avec résection partielle du vagin, totale de l'urètre.

Une lésion de l'urètre constitue une indication pour abdomino-vaginale avec deux équipes.

Les auteurs terminent en disant que cette technique opératoire leur a apporté des résultats très encourageants: Millin rapporte une statistique de 43 cas opérés pour cystectomie totale avec 2.4 pour cent de mortalité seulement.

Jean-Paul BRAULT.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

J. P. WYATT et A. C. R. RIDDELL. — **Pneumoconiose secondaire aux émanations de la bauxite.** (*The morphology of bauxite-fume pneumoconiosis.*) "The Am. Jour. of Path.", 3: 447 (mai) 1949.

Six cas de mort après exposition aux émanations de l'aluminium chauffé à 2.000° C. sont rapportés. (Les six travailleurs étaient des préposés aux cuves.) Comme symptômes, on a noté: la dyspnée, la cyanose, un malaise rétrosternal et des pneumothorax spontanés (par rupture de bulles d'emphysème). La radiographie est assez remarquable, elle montre des ombres granuleuses diffuses irrégulières et entrelacées: le médiastin est grandement élargi.

Le temps de l'exposition aux gaz varie de 3 à 11 ans.

Macroscopiquement, les poumons sont fermés, caoutchoutés, et recouverts d'une zone d'emphysème.

Au microscope les septa sont le siège d'une fibrose ancienne et abondante qui se dispose avec prédilection autour des vaisseaux et des bronches. Il existe également une fibrose interalvéolaire marquée. Alvéoles et fibrose sont chargées d'une poussière noire.

Là où la sclérose est moins abondante, on note des zones d'atélectasie et d'emphysème.

A l'examen chimique (fait dans 5 cas), on a trouvé de 21.2% à 40.5% d'alumine dans les cendres des poumons.

Les auteurs croient qu'il s'agit d'une pneumoconiose d'un type particulier.

Simon LAUZE.

T. E. LUDDEN et J. E. EDUARDO (Mayo Clinic). — **Lésions cardiaques dans la poliomyélite.** (*Carditis in poliomyelitis.*) "The Amer. Jour. of Pathology", 3: 357 (mai) 1949.

Les constatations portent sur trente-cinq cas de poliomyélite aiguë. Macroscopiquement, dans 24 cas, on a trouvé un cœur augmenté de volume légèrement. Dans trois cas, le cœur était atteint d'une lésion notable: 1) perforation de la paroi postérieure de l'antrum droit avec hémopéricarde; 2) endocardite mitrale verruqueuse et, 3) végétation friable implantée sur le canal artériel.

A la microscopie, les lésions du myocarde que l'on a observées (dans 14 cas sur 35) ne sont pas d'égale importance: (3 cas) ce sont des lésions banales de manque d'affinité pour les colorants, perte de striation, gonflement, vasolisation protoplasmique et, finalement, exsudat interstitiel contenant des lymphocytes rares.

Quatre cœurs montrent, en plus, des infiltrats de polynucléaires dans les cellules dégénérées.

Dans six examens les cœurs sont le siège de phénomènes inflammatoires essentiellement identiques mais à un degré beaucoup plus marqué. (Larges aires de nécroses infiltrées de polynucléaires.) Le 14e cas a été classifié à part comme étant une myocardite guérie: la région postérieure du ventricule gauche était constituée de tissu fibreux sans fibre musculaire.

L'endocarde et principalement les valvules aortiques et mitrales sont constamment touchés à un degré plus ou moins marqué. Il s'agit d'un œdème et d'une dégénérescence fibrinoïde de la valvule. Dans le cas mentionné de valvulite, la lésion est constituée de fibrine chargée de polynucléaires et de lymphocytes. La végétation du canal artériel est du même ordre. Dans ces deux derniers cas, on n'a pas trouvé de bactéries.

Simon LAUZE.

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 2 juin 1949

Présidence de M. P.-M. Ricard.

Paralysie cubitale tardive secondaire à un traumatisme du coude.

M. Romα AMYOT

Il est rare d'observer les effets d'une névrite mécanique par traction, élongation ou arrachement, par contusion, dilacération ou section plus ou moins complète, au delà d'une période qui se mesure en jours et parfois en semaines.

Tel n'est pas le fait d'un type de névrite du cubital par traction, de tension répétée ou d'enserrement dans sa gouttière épitrochléenne consécutive à un traumatisme du coude. Le plus souvent ce traumatisme a entraîné une fracture produite durant l'enfance; ailleurs il s'est produit plus tard et peut entraîner les mêmes conséquences neurologiques éloignées, même si on ne découvre pas sur les clichés radiographiques une image typique d'ancienne fracture du coude, plus précisément d'une fracture sus-condylienne de l'humérus.

A tout événement, nous présentons, par ce court article, deux exemples d'un tel syndrome neurologique par névrite du cubital très tardive, secondaire à un traumatisme du coude.

Observation 1.

Delphis Rob..., 70 ans. Sans occupation.

Malade admis dans le service pour faiblesse et amyotrophie de la main droite. Ces phéno-

mènes ont débuté il y a un an environ par des picotements et engourdissements ressentis à la main.

Il fut victime d'un accident il y a 35 ans, au cours duquel il lui fut infligé un traumatisme sérieux au coude droit.

A l'examen neurologique, il fut constaté une limitation importante de l'extension de l'avant-bras et une impossibilité du mouvement de supination, actif ou passif.

Il existait une déformation prononcée du coude dont l'olécrâne se projetait anormalement en arrière.

Il fut noté de l'atrophie des interosseux de la main et des muscles hypothénariens. Les mouvements d'adduction-abduction des doigts étaient très difficilement exécutés. Les trois derniers doigts étaient maintenus en demi-flexion.

Le signe du journal était présent. Les dernières phalanges des doigts montraient une certaine faiblesse dans leur mouvement d'extension. Le cubital antérieur se contractait avec vigueur et les sensibilités étaient normales à la main. Les réflexes osso-périostés étaient présents et symétriques aux deux membres supérieurs.

Le B. W. du sang fut négatif.

Le liquide céphalo-rachidien était normal. L'azotémie et la glycémie étaient également normales.

L'acide chlorhydrique gastrique fut trouvé en concentration normale.

Radiographie du coude droit.

Elle révéla une image d'une ancienne fracture du coude droit très incomplètement réduite avec productions exophytiques marquées autour des surfaces articulaires et une pseudarthrose permettant un certain degré de

flexion de l'avant-bras sur le bras. (Résumé du rapport du Dr P. Brodeur.)

Conclusion. Paralyse incomplète du nerf cubital droit. Ancienne fracture — luxation du coude droit, avec déformation de l'articulation.

Ce malade fut soumis à un traitement galvanique localement appliqué. La paralysie cubitale était améliorée de moitié après 30 séances d'électrothérapie.

* * *

Observation 2.

Emile P..., 35 ans. Manœuvre.

Malade admis à Notre-Dame pour faiblesse et amyotrophie de la main droite. Les troubles localisés ont débuté il y a un an par des engourdissements dans le petit doigt. Quelques mois plus tard, le malade constatait une diminution de force dans sa main droite. Depuis deux mois, il observa un amaigrissement des muscles de sa main.

Il y a une vingtaine d'années, il fut d'objet d'un accident qui traumatisa sévèrement son coude droit.

A l'examen neurologique, on trouva les signes d'une paralysie incomplète du cubital avec amyotrophie des interosseux et des hypothenariens, sans position vicieuse des doigts. Le signe du journal était présent, les mouvements d'adduction-abduction des doigts étaient difficiles; il existait une hypoesthésie à la main dans le domaine d'innervation cubitale. La supination était impossible et l'extension de l'avant-bras était limitée.

Le muscle cubital antérieur se contractait plutôt normalement. Les réflexes osso-périostés étaient d'intensité normale et symétriques.

Le coude était déformé avec saillie de l'olécrâne.

Radiographie du coude.

Elle révéla des signes d'arthrite hypertrophique avec de multiples exostoses marginales sur tout le contour osseux. On signala la présence de fines petites images de soustraction ou ostéoporose sur le condyle huméral externe et dans les tissus mous; en regard de

ce dernier, existe un tout petit ossicule de la grosseur d'une tête d'épingle qui semble y être libre. (Résumé du rapport du Dr P. Brodeur.)

Conclusion. Paralyse incomplète du cubital droit. Ancien traumatisme du coude droit, ayant occasionné une déformation de l'articulation.

Le malade fut confié au Dr Claude Bertrand pour traitement chirurgical. Ce dernier découvrit un épaississement du cubital au niveau de l'épitrôchlée. Cette partie du nerf fut libérée et ramenée légèrement plus en dedans; un fragment d'aponévrose et la partie supérieure du muscle cubital antérieur servirent à former un nouveau lit au nerf.

Commentaires

Ces deux observations relatent deux syndromes identiques: une paralysie cubitale partielle. Et ce qui les rapproche encore plus intimement réside dans l'étiologie. Les deux malades subirent un traumatisme du coude il y a plusieurs années. En fait, chez l'un le traumatisme remonte à 35 ans, chez l'autre à 20 ans. Ce traumatisme a provoqué dans les deux cas un bouleversement important de l'articulation, apparent maintenant par des séquelles morphologiques et dynamiques: la déformation comportant surtout la saillie de l'olécrâne, la limitation de l'extension de l'avant-bras et l'impossibilité de la supination. Que la lésion du cubital siège bien au coude, l'intégrité fonctionnelle du cubital antérieur concourt à la confirmer, car c'est le propre de la lésion moyenne de ce nerf de respecter la fonction de ce muscle et du fléchisseur profond des doigts du moins dans ces faisceaux internes. Dans nos deux cas, la névrite du cubital fut une conséquence tardive du traumatisme du coude, nous le croyons.

Le phénomène est connu. On a rapporté des cas où le traumatisme remontait à 30, 40 ans dans le passé et, tout récemment, Mouchet rapportait un tel syndrome apparu 59 ans après la fracture du coude.

C'est d'ailleurs cet auteur qui attira le premier l'attention sur cette paralysie tardive

du nerf cubital, dans sa thèse de Paris, en 1898.

Des publications ultérieures confirmèrent, depuis, l'existence de ce type et surtout de ce mécanisme assez surprenant de névrite. Il semble bien, dans l'opinion de Mouchet, que, dans la majorité des cas, il s'est agi d'une fracture humérale sus-condylienne et plus particulièrement du condyle externe. Cette fracture s'effectuerait avec prédilection durant l'enfance et le cubitus-valgus proviendrait en très grande partie d'une ostéogénèse ultérieurement désaxée. Cependant tout traumatisme du coude provoquant un bouleversement anatomique important qui amène la formation ultérieure d'ostéophytes, d'un cal ou d'un processus fibreux qui rétrécissent la gouttière épitrochléo-olécrânienne, compriment le cubital ou encore qui déterminent une élongation constante du nerf par le cubitus-valgus, peut causer le processus névritique.

Les tractions répétées sur le nerf au cours des mouvements de l'avant-bras et plus spécialement les mouvements de flexion, les frictions, les frôlements réitérés pendant des années finissent par entraîner une réaction fibreuse du périnèvre et de l'endonèvre aboutissant à la souffrance des fibres nerveuses elles-mêmes.

Au cours de l'intervention effectuée sur le second malade, il fut constaté un épaississement du nerf au niveau même de la gouttière qui correspond bien à cette réaction fibreuse secondaire aux micro-traumatismes fréquemment et longtemps répétés.

D'autant plus que, dans certains cas, le nerf est littéralement tendu sur le chevalet que devient la gouttière épitrochléenne en conséquence du déplacement du cubitus.

Le traitement de ce genre de névrite, si elle est peu sévère, s'il se trouve chez un sujet non soumis à un travail physique et qui peut donner du repos à son membre, pourrait être palliatif et physiothérapique. Dans notre premier cas, sujet âgé, à sa retraite, un traitement galvanique a amélioré la condition d'au moins 60% et nous n'envisageons pas d'autre thé-

rapeutique pour le moment en conseillant au malade de n'imposer à son membre aucune fatigue inutile.

Dans d'autres cas, si on désire intervenir d'une façon plus radicale, on pourra recourir à la chirurgie.

On a conseillé la transposition du nerf en avant sur les muscles épitrochléens, afin de supprimer la traction du nerf au cours des mouvements de flexion et l'ostéotomie cunéiforme sus-condylienne de l'humérus, afin de corriger le cubitus-valgus et conséquemment de libérer le nerf de la tension à laquelle il était soumis du fait du déplacement articulaire.

Chez notre second malade dont le coude n'offrait pas une déformation excessive et dont l'articulation ne montrait pas de perturbation morphologique trop marquée, on a effectué une intervention chirurgicale moins complète qui a consisté dans une simple libération du tronc nerveux. Il est possible qu'elle ne soit pas suivie d'amélioration sensible. Il faudra, dans cette dernière éventualité, pour ce sujet jeune obligé à un travail physique quotidien, faire plus et recourir à un de ces deux types d'interventions mentionnées plus haut et plus électivement à la transposition antérieure du nerf.

Discussion.

M. ROMA AMYOT montre le cliché radiographique du coude des deux malades.

M. EDOUARD-D. GAGNON. Ce cas montre l'importance de la réduction parfaite des fractures du coude dans le jeune âge.

Il demande pourquoi on n'a pas fait la transposition antérieure. Il rappelle deux cas où après une opération comme dans le cas présenté, il y eut récurrence et il fallut réintervenir pour faire la transposition antérieure.

M. GEORGES HÉBERT demande si en cour de justice ce malade pourrait obtenir une compensation. Serait-il nécessaire de faire d'autres radiographies pour démontrer qu'il n'y a pas d'exostose ailleurs qu'au coude?

M. ROMA AMYOT répond au docteur E. Gagnon que le choix du genre d'opération a été laissé à la discrétion du chirurgien.

Il répond au docteur G. Hébert qu'en cour de justice le malade aurait probablement une bonne chance d'obtenir un jugement favorable.

Un cas de côlectomie pour entéro-côlite purulente.

MM. E.-D. GAGNON et Léon BÉIQUE

1. Histoire clinique.

Madame H. R., 32 ans, se présente pour méno-métrorragies et douleurs à la fosse iliaque droite depuis deux ans. La douleur est peu prononcée, occasionnelle et sous forme de pesanteur. La malade est traitée depuis deux ans par son médecin pour « kyste ».

Appareils. Rien de particulier, sauf système digestif: sang dans les selles à l'occasion. (On note au dossier que les renseignements fournis par la malade peuvent être mis en doute car elle présente souvent des manifestations hystériques fugaces.)

Antécédents. Dépressions nerveuses multiples. Crise d'« indigestion aiguë » il y a 4 ans, nécessitant le repos au lit pendant une semaine avec douleurs abdominales et vomissements.

Laboratoire. Urée: 35% mgr.; glycémie: 88% mgr.; numération globulaire: globules rouges: 3,750,000; globules blancs: 10,750; hémoglobine: 82%. Formule leucocytaire: poly. neutro.: 76%; grands mono.: 4%; lymphocytes: 19%; poly. éosino.: 1%.

Examen gynécologique (Docteur Raymond Simard). Col: de nullipare, régulier et mobilisable. Corps: en antéversion et rétroposition, de volume normal, très mobile. A gauche: au niveau de la corne, on palpe une masse très dure, irrégulière, du volume d'un gros citron, se mobilisant facilement avec l'utérus. A droite: la fosse iliaque est remplie par une masse également dure du volume d'un gros pamplemousse, légèrement mobile et semblant irrégulière. Le toucher rectal est négatif.

Examen général. Normal sauf la masse de la fosse iliaque droite déjà mentionnée (cf. examen gynécologique).

2. Première laparotomie (Docteur Raymond Simard).

Diagnostic préopératoire: tumeurs ovariennes.

A l'ouverture, on constate une masse du volume d'une grosse orange au niveau du cæcum, très dure, coiffée par des anses grêles très adhérentes. Le cæcum est libre sur son méso mais adhérent à la paroi iliaque droite. Cette masse est très dure et irrégulière. Les anses grêles sont épaissies de même que les mésos. Dans le méso, on palpe 3 petits ganglions. Le foie est lisse et la vésicule biliaire est libre de calculs et se vide bien.

Biopsie au niveau du cæcum et prélèvement d'un ganglion au niveau du méso iléo-cæcal.

Au niveau du fond utérin, près de la corne gauche, on remarque une tumeur dure, du volume d'un citron et pédiculée. Résection. A la coupe de cette tumeur, on constate qu'il s'agit d'un fibromyome.

Fermeture en 4 plans après consultation avec le docteur E. Gagnon.

P. S. Diagnostic différentiel: 1. Diverticule de Meckel. 2. Maladie de Crohn. 3. Cancer du cæcum. 4. Typhlite (T. B. cæcale).

Suites postopératoires sans incidents. Rapports histo-pathologiques.

« 1. Il s'agit d'un fibromyome qui repousse la séreuse péritonéale. Cette dernière est épaissie et infectée de macrophages et de polynucléaires picnotiques; il s'agit là d'une péritonite sub-aiguë.

« 2. La biopsie prise au niveau du cæcum est constituée d'un tissu de granulation tapissé par de fausses membranes purulentes.

« 3. Le ganglion mésentérique présente un aspect de ganglion inflammatoire. » (Dr S. Lauzé).

3. Lavement baryté 5 jours après la première laparotomie. (Dr J.-L. Léger)

Présence d'un rétrécissement circulaire et anfractueux du cæcum s'étendant du bas-fond cæcal jusqu'à 7 centimètres au-dessus et débordant largement la valvule iléo-cæcale. Cette valvule est cependant perméable. Il y a dilatation de la dernière anse iléale. Le diag-

nostic différentiel à faire est celui de néoplasme du cæcum ou de tuberculose cæcale. Il n'existe aucun signe secondaire au côlon pouvant nous faire croire qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse. Nous sommes donc plus enclins à croire qu'il s'agit d'une néoplasie.

4. *Deuxième laparotomie.* 18 jours après la première et après préparation.

Présence de nombreuses adhérences des intestins à la cicatrice récente. Ces adhérences sont œdémateuses, friables et facilement décollables au doigt. Au niveau du cæcum, on tombe sur une masse du volume d'un pamplemousse, libre à la paroi antérieure, adhérente à la paroi postéro-latérale et le cæcum lui-même est fixé à droite et en bas par une large adhérence organisée.

La masse est constituée par le cæcum et les anses grêles terminales intimement adhérentes à ce dernier. La paroi cæcale est épaissie bosselée, rouge-vin avec un méso épaissi et œdémateux. La recherche de l'appendice est laborieuse. On prélève un cordon fibreux long de 8 pouces environ, accolé à la face antérieure du mésentère du grêle et se dirigeant de bas en haut vers la racine du mésentère. Ce cordon est envoyé au laboratoire pour examen extemporané; la réponse est douteuse quant à son identité.

Au cours de la dissection pour la recherche de l'appendice, le cæcum est rupturé en son bas-fond. Devant le mauvais état de la paroi, la côlectomie droite est décidée et complétée. Abouchement bout-à-bout de l'iléon au transverse gauche.

Suites postopératoires sans incident et congé la dixième journée.

Rapport histo-pathologique.

« Nous avons reçu 20 pouces de grêle et 8 pouces de côlon ascendant. Le grêle sur une longueur de 14 pouces à partir de la valvule iléo-cæcale possède une muqueuse très œdémateuse. La lumière de la valvule iléo-cæcale est très rétrécie par l'œdème de la muqueuse. Le cæcum possède une paroi épaissie, blanchâtre et cartonnée.

« La formation cylindrique qui ressemblait à un appendice est constituée par une artère entourée d'un manchon graisseux circonscrit à sa périphérie par une bandelette conjonctivo-musculaire. Il ne s'agit donc pas d'un appendice; d'un autre côté, nous n'avons pas retrouvé autre chose pouvant ressembler à l'appendice.

« Les parois du cæcum ou du grêle offrent une image histologique semblable. La muqueuse est ou ulcérée ou infiltrée de pus. La celluleuse et la musculuse sont très œdémateuses et livrent passage à des coulées de pus à l'intérieur desquelles on trouve quelquefois des corps étrangers. La sous-séreuse est très œdémateuse; elle contient de nombreux granulomes de corps étrangers et elle est enduite d'une membrane fibrino-purulente.

« Comme certains granulomes de corps étrangers en imposent quelquefois pour des follicules tuberculeux, nous avons fait des Zeihl: ils sont restés négatifs. Nous avons recherché la présence d'*amœba coli* et de grains actino-mycotiques: nous n'en avons pas retrouvé.

« Le ganglion lymphatique attenant au côlon possède des sinus lymphatiques béants chargés de plasmocytes et de polynucléaires: adénite sub-aiguë.

« Conclusion: entéro-côlite purulente. »

(Dr S. Lauzé)

5. *Discussion.*

Nous sommes en présence d'un processus inflammatoire intéressant le cæcum et la portion terminale de l'iléon. De plus, ce processus simule une néoplasie, anatomiquement et radiologiquement. Il est étrange que la malade présentait si peu de troubles cliniques, et même qu'elle s'est présentée se plaignant de métroménorragies sans, apparemment, de troubles digestifs.

Le diagnostic d'entéro-côlite purulente, une fois la pièce en main, doit être accepté, mais encore quelle est la nature de cette infection? L'on peut songer à une infection appendiculaire ayant provoqué un abcès chronique, ils existent certainement car nous en avons ren-

contrés simulant des tumeurs cœcales, mais alors où est l'appendice? Était-ce le cordon fibreux que nous avons prélevé courant du cœcum vers la racine du mésentère? Impossible de dire.

La maladie de Crohn se présente parfois sous ce jour, ayant progressé de l'iléon au cœcum, mais il manque l'image histologique d'ulcération de la muqueuse et de sténose cicatricielle des lumières. Le processus inflammatoire, d'un autre côté, semble trop aigu, histologiquement pour entrer dans les cadres de la tuberculose.

Nous n'avons retrouvé dans la littérature qu'une affection un peu semblable à notre cas: il s'agit de ce qu'on appelle « ulcère chronique non-spécifique du cœcum ». Il n'y a que très peu de cas rapportés à date et le dernier l'a été en janvier 1949 dans le *British Journal of Surgery*. On trouve habituellement un ulcère à bords sous-minés du bas-fond cœcal et un épaissement marqué de la paroi qui est infiltrée de pus. L'anatomopathologiste n'a pu retrouver d'ulcère du bas-fond cœcal sur notre spécimen, étant donné que nos manœuvres chirurgicales du cœcum l'avaient endommagé.

Discussion.

M. EDOUARD-D. GAGNON résume l'observation en comparant le cliché radiographique de son malade avec ceux d'un cas récemment rapporté dans la littérature.

M. J.-LOUIS LÉGER. Le cas présenté et le cas rapporté dans le *British Journal of Radiology* ne se ressemblent pas beaucoup. Dans le cas rapporté dans le *British Journal of Radiology* on a une image de niche encastrée. N'importe quel radiologiste aurait parlé de néoplasie. Dans le cas rapporté, il s'agit de rétrécissement. Radiologiquement, il est impossible de faire le diagnostic différentiel d'une maladie tumorale de la région iléo-cœcale. C'est l'histo-pathologie qui tranche la question.

M. S. LAUZÉ. Il est fait mention d'hypothèse d'ulcères multiples du côlon. Y a-t-il possibilité de faire un diagnostic différentiel

entre la maladie de Crohn et les ulcères multiples du côlon?

M. GEO. HÉBERT. Y a-t-il eu un examen médical avant la première laparotomie? Avec un examen médical complet, on aurait peut-être évité une intervention chirurgicale.

M. ED.-E. GAGNON répond au docteur G. Hébert que l'examen médical avait été fait par le service de gynécologie et qu'on avait cru qu'il s'agissait d'une tumeur ovarienne.

Il répond au docteur S. Lauzé que la maladie de Crohn est mentionnée dans les conclusions. Plusieurs chirurgiens y ont pensé. Dans cette maladie on devrait trouver de la fibrose de la région iléo-cœcale.

Malade observé pour troisième épisode de syphilis primaire.

MM. Albéric MARIN et G. LECLERC

Premier épisode. Conrad Ba..., homme âgé de 26 ans, s'est présenté au dispensaire de dermatologie pour lésion à la verge, en février 1943. Un diagnostic de syphilis-acquise-primaire séro-positif a été posé le 12 février 1943. Du 12 février 1943 au 13 avril 1945, le malade a reçu 39 injections de Novarsenobenzol et 47 injections de Bismuth. Le traitement a été suivi régulièrement durant les 4 premiers mois et irrégulièrement ensuite. Les épreuves Wassermann et Kahn sont devenues négatives le 27 avril 1943 et sont demeurées négatives jusqu'au 5 juillet 1946. Le liquide céphalo-rachidien était normal le 4 juin 1945.

Deuxième épisode. En juillet 1946, le malade s'est présenté pour une autre lésion génitale située à un site différent de la première. Un diagnostic de syphilis-acquise-primaire séro-négative a été posé le 26 juillet 1946. Le malade a reçu 2,400,000 unités de pénicilline amorphe en solution aqueuse (40,000 u. q. 3 h.), 20 injections de mapharsen et 10 injections de bivitol en 35 jours. Les épreuves sérologiques de la syphilis sont devenues faiblement positives durant le traitement pour ensuite devenir et demeurer né-

gatives. Le liquide céphalo-rachidien était normal le 11 septembre 1947.

Troisième épisode. Le 14 mars 1949, le malade s'est présenté à la clinique à cause d'une petite érosion superficielle à la base du pénis à gauche. La recherche du tréponème pâle à l'ultra-microscope fut infructueuse à plusieurs reprises. Frottis pour *Hemophilus Ducreyi* négatifs, mais présence de nombreux staphylocoques. Les épreuves sérologiques de Wassermann et Kahn furent négatives à 4 reprises du 14 mars au 31 mars 1949. L'exulcération est graduellement devenue plus grande et il s'est produit un gonflement diffus de la région inguinale gauche. Le 5 avril 1949, le Wassermann et le Kahn ont commencé à se positiver. Un diagnostic de syphilis-acquise-primaire séro-positif a été posé le 5 avril 1949. Traitement par pénicilline-mapharsen et bismuth du 7 avril au 19 mai 1949. Le malade a reçu 2,400,000 unités de pénicilline amorphe en solution aqueuse (40,000 u. q. 3 h.), 20 injections de mapharsen et 10 injections de bivatol en 42 jours.

Epreuves sérologiques de la syphilis

14-3-49	Wassermann	----	----	Kahn	----
31-3-49	Wassermann	----	----	Kahn	----
5-4-49	Wassermann	-xxx	xxxx,	Kahn dil 1/4,	16 unit.
7-4-49	Wassermann	-xxx	xxxx,	Kahn dil 1/16,	64 u.
15-4-49	Wassermann	128	unités	Kahn dil 1/32,	128 u.
25-4-49	Wassermann	--x	xxxx,	Kahn dil 1/16,	64 u.
5-5-49	Wassermann	----	xxxx,	Kahn dil 1/8,	32 u.
10-5-45	Wassermann	----	--xx,	Kahn dil 1/8,	32 u.
16-5-49	Wassermann	----	--xx,	Kahn dil 1/4,	16 u.

Discussion.

M. GEORGES LECLERC. Ce malade a eu trois infections de syphilis primaire avec localisations différentes. La première fois, le chancre était près du méat urinaire. Lors de la deuxième infection, le chancre était localisé sur le prépuce. La troisième fois, le chancre était situé à la base du pénis. Si on considère les habitudes sexuelles de ce malade il est surprenant qu'il n'ait pas fait plus d'épisodes de syphilis primaire.

M. ROMA AMYOT. Y a-t-il possibilité de réinfection avec sérologie positive?

M. GEORGES LECLERC répond au *docteur R. Amyot* que théoriquement la réinfection avec sérologie positive est possible, mais que dans ce cas il existe souvent un élément de doute qui nous oblige à considérer le cas comme une récurrence infectieuse plus que comme une réinfection.

Fistules thyrogllosses.

(3 cas)

M. René GRIGNON

Premier cas.

Monsieur R. L..., âgé de 23 ans, se présente pour une fistule cervicale médiane sous-hyoïdienne. Ce patient avait été opéré, en 1940, pour un kyste thyrogllosse suppuré et fistulisé; il avait eu une ablation du kyste avec résection de la fistule. Lors de la première opération, le rapport anatomo-pathologique se lisait comme suit:

« Cavité de revêtement stratifiée présentant çà et là des follicules lymphoïdes. Par places, au voisinage de ce revêtement, on trouve, dans le tissu conjonctif, de petits amas de tissus thyroïdiens embryonnaires ou adultes. »

(Dr L.-C. Simard).

Le patient sembla guéri pour quelques mois puis il nota, au même niveau, la présence d'une petite tuméfaction qui se fistulisa de nouveau. Il se présente pour traitement, 6 années et demie après la récurrence.

Opération 23-7-47. Anesthésie: pentothal, éther, intratrachéale.

Coloration de la fistule.

Résection de la cicatrice, dissection du trajet fistuleux lequel est indépendant du lobe pyramidal de la glande thyroïde et remonte vers le milieu de l'os hyoïde. Résection de la partie médiane de cet os à travers lequel passe la fistule. Résection en masse du septum lingual jusqu'à la base de la langue. Drain sous-hyoïdien — fermeture de la membrane hyoglossienne — agrafes sur la peau.

Les suites opératoires sont sans incident. Le drain est retiré le 4^{ème} jour et les agrafes enlevées. Congé le 5^{ème} jour avec une plaie guérie. Pas de récurrence.

Deuxième cas.

Mademoiselle J. B..., âgée de 22 ans, se présente pour une fistule cervicale médiane sous-hyoïdienne qui existe depuis l'âge de 5 ans. On note à ce niveau, une cicatrice horizontale mais la patiente prétend n'avoir jamais été opérée.

Opération 1-4-48. Anesthésie: pentothal, éther, C3H6 intratrachéale.

Coloration de la fistule.

Incision horizontale sous-hyoïdienne, après la section du peucier du cou, à cause de la diffusion du colorant dans les tissus mous. La dissection de la fistule, rendue possible par la traction, nous conduit à l'os hyoïde. Résection de la partie médiane de celui-ci ainsi que du septum lingual jusqu'à la base de la langue. Drainage sous-hyoïdien — fermeture de la membrane hyoglossienne. Soies sur la peau.

Les suites opératoires sont sans incident si ce n'est un léger suintement aqueux qui dura quelques jours.

Le drain est retiré le 4ème jour et les points enlevés. La patiente quitte l'hôpital le 6ème jour avec une plaie en voie de guérison. Pas de récurrence.

Troisième cas.

Monsieur A. L..., âgé de 23 ans, m'est dirigé pour kyste sébacé infecté, cervical, médian, sous-hyoïdien, qui suppure depuis 6 mois. Avant la suppuration, le patient avait noté la présence d'une tuméfaction du volume d'une petite olive puis survint de la rougeur, de la douleur et finalement de la suppuration qui persista jusqu'à maintenant.

Opération, 24-8-48. Anesthésie: pentothal — C3H6.

Coloration du trajet fistuleux.

Incision cutanée en V englobant la fistule et une petite dépression cutanée qui remonte à la déglutition. Dissection de la fistule qui nous conduit en bas jusqu'au lobe pyramidal de la glande thyroïde et en haut jusqu'à l'os hyoïde. La partie supérieure est oblitérée mais

la traction nous permet de suivre facilement le trajet. Résection de la partie médiane de l'os hyoïde ainsi que du septum lingual jusqu'à la base de la langue. Drainage sous-hyoïdien — fermeture de la membrane hyoglossienne. Soies sur la peau.

Les suites opératoires sont sans incident. Les points sont enlevés le 3ème jour et le drain retiré. Le patient quitte l'hôpital le 5ème jour. Pas de récurrence.

Anatomo-pathologique.

Examen. Quatre coupes ont été prélevées au niveau de la pièce opératoire:

La première, au niveau de la fistule, révèle un tissu conjonctivo-musculaire et adipeux. Je n'ai pu mettre de fistule en évidence à ce niveau.

La deuxième, prise à la partie supérieure près de l'os hyoïde, montre un cordon fibreux dense.

La troisième, prise à la partie inférieure près du lobe pyramidal, montre un petit trajet fistuleux entouré d'une réaction inflammatoire chronique et d'un tissu conjonctif dense.

La quatrième, prise au niveau du petit récessus cutané, montre que ce récessus est le point d'arrivée d'une fistule dont les bords sont constitués par un tissu de granulation en réaction inflammatoire chronique abondante. Le tissu conjonctif du pourtour est dense et en réaction inflammatoire chronique.

(Dr Claire Gélinais-Mackay)

Les lésions chirurgicales du cou les plus fréquentes sont les fistules et les tumeurs. Selon leur topographie, elles peuvent être divisées en 2 groupes:

Lésions médianes	}	Thyroïdes non descendues.
		Kystes thyroïdiques.
		Fistules thyroïdiques.
		Lobes pyramidaux.
		Adénome de l'isthme thyroïdien.

Lésions latérales	Uniques	{	Kystes branchiaux.
			Fistules branchiales.
	Multiples	{	Thyroïdes aberrantes.
Glande T. B.			
Uniques ou Multiples	{	Glandes inflammatoires non spécifiques.	
		Inflammations variées.	
			Goitres.

Traitement.

Chirurgical.

S'il s'agit d'un kyste non infecté, on peut tenter de le disséquer avec son vestige embryonnaire jusqu'à la base de la langue. Si le kyste est suppuré, il vaut mieux faire une petite incision, drainer et le réséquer plus tard.

S'il y a fistule, après coloration du trajet, c'est la dissection complète jusqu'à la base de la langue sans oublier l'exploration vers le lobe pyramidal de la glande thyroïde; ainsi, on aura une chance de guérison complète et définitive.

Considérations.

1. Bien examiner les tuméfactions et les supurations cervicales médianes afin d'éviter les erreurs de diagnostic.

2. Dans tous les cas, la dissection doit au moins dépasser, après résection de la partie médiane, l'os hyoïde sinon se rendre jusqu'au foramen cæcum.

3. Ne jamais oublier d'explorer vers le lobe pyramidal de la glande thyroïde.

4. La chirurgie du cou, en général, doit être faite minutieusement, avec les instruments adéquats et l'anesthésie appropriée; on évitera ainsi les récidives quand ce ne sera pas des complications quelquefois irréparables.

PAS DE DISCUSSION.

Césarienne et anesthésie.

M. C.-A. ATTENDU

L'anesthésie à employer au cours de la césarienne présente certains problèmes bien particuliers: intervention majeure souvent pratiquée chez une malade surmenée par un long travail ou affaiblie par l'hémorragie; sécurité du bébé qui dépend, pour son oxygénation, de la circulation maternelle.

Certains prétendent que dans les circonstances il faut une anesthésie par inhalation et que la rachi-anesthésie est trop dangereuse pour la femme enceinte en vertu d'une sus-

On se souvient que la glande thyroïde naît d'un diverticule du plancher du pharynx dont le vestige adulte est le foramen cæcum. Ce diverticule s'allonge vers le bas et en arrière, forme un tube, le canal thyroïdique qui se bifurque plus bas pour former les lobes thyroïdiens. Durant sa descente, le canal passe dans ou en arrière d'un endroit où sera situé l'os hyoïde.

La partie distale correspond au lobe pyramidal de la glande thyroïde. Ce canal épithélial s'atrophie généralement durant la 6^{ème} semaine de la vie fœtale. Nous avons alors le ligament suspenseur de la thyroïde si l'oblitération est fibreuse, le muscle « Levator glandulæ thyroïdæ », si l'oblitération devient musculaire et, en 3^{ème} lieu, si le canal ne s'atrophie pas et s'ouvre au foramen cæcum, on a une fistule thyroïdique borgne interne; si le canal s'oblitére à l'extrémité interne et ne s'oblitére pas ou en partie sur le reste du trajet, on a un kyste thyroïdique pouvant s'infecter et se fistuliser spontanément ou chirurgicalement à la peau, on a alors une fistule thyroïdique borgne externe. Il est possible d'avoir une fistule complète, à la suite d'une infection d'une fistule borgne interne, après ouverture spontanée ou chirurgicale à la peau.

ceptibilité spéciale de la femme gravide pour les complications de la rachi.

D'autres, au contraire, assurent que l'anesthésie régionale par la méthode épidurale (caudale) ou rachidienne, lorsqu'elle est bien faite, est la moins dangereuse pour l'enfant et ne cause aucun risque spécial à la mère.

C'est pour nous faire une idée personnelle de la valeur de l'une et l'autre méthode que nous avons, avec la permission des gynécologues de la maison, compilé les résultats dans 49 cas de césarienne (cette série comprend des cas de 1946, 47 et 48) :

Dans 42 cas, on a employé la rachi-anesthésie avec anesthésie légère complémentaire —

3 mères sont décédées par la suite et 4 bébés :

2 patientes sont décédées, une 5 jours, l'autre 10 jours après, de complications abdominales.

La troisième patiente a eu 2 anesthésies — la malade est montée en état de choc, on lui a fait une rachi; ensuite on l'a jugée en trop mauvais état; on a donc différé l'opération. Après plusieurs heures, on a fait une deuxième rachi complétée au gaz et la patiente est morte quelques heures après. (Bébé mort-né, macéré.)

Des 4 bébés: 1 est né macéré; le second avait 7 mois — placenta prævia. La mère avait reçu $\frac{1}{4}$ gr. de morphine avant; le troisième est arrivé en criant et est mort $6\frac{1}{2}$ h. après sa naissance — syndrome hémorragique du nouveau-né; le quatrième était mort-né et la mère souffrait de rupture utérine depuis plusieurs heures.

Résultat.

Une mère décédée, à la suite de l'anesthésie et un bébé prématuré qui aurait pu avoir plus de chance de survie si on n'avait pas administré de morphine au préalable.

Dans les 7 autres cas, on a donné de l'anesthésie générale simple au cyclopropane ou au protoxyde avec pentothal:

Décès: 1 mère — décédée 6 jours après l'intervention.

4 bébés — 2 hydrocéphales mort-nés, dans un cas, liquide aminotique fétide; le troisième était vivant avant l'opération. La mère a reçu du sédol. Il s'est écoulé 25 minutes entre l'anesthésie et l'extraction. Le bébé a été extrait mort. Atélectasie pulmonaire; le quatrième — grossesse à 8 mois. Bébé mort 12 heures après sa naissance — syndrome dyspnéique. La mère avait reçu morphine, $\frac{1}{4}$ gr. et atropine, $\frac{1}{150}$. Il s'est passé 17 minutes entre l'anesthésie et l'extraction.

Conclusion.

Chez une femme dont l'état général est bon, il n'y a guère plus de risque à faire une rachi-anesthésie qu'une anesthésie générale; la rachi aurait pour avantage de permettre au chirurgien d'opérer moins précipitamment.

Dans les cas extrêmes, où il y a eu hémorragie, choc, épuisement de la malade, l'anesthésie rachidienne peut faire pencher la balance du côté défavorable.

Dans les cas de complications pulmonaires, toxiques, la méthode rachidienne offre des avantages.

Dans les cas de décompensation cardiaque, il faut juger la situation au mérite: on emploiera la méthode qui permettra la meilleure oxygénation et l'on évitera les variations exagérées de pression, soit en plus ou en moins.

La contractilité utérine, au cours de la réparation de la plaie utérine, est meilleure avec la rachi qu'avec l'anesthésie générale, moins de risques d'hémorragie.

Il nous semble bien démontré que l'anesthésie rachidienne simple soit la moins dangereuse pour le bébé: aucune substance anesthésique ne passe dans sa circulation et le temps qui s'écoule entre le début de l'anesthésie et l'extraction du bébé peut être prolongé au gré de l'opérateur, suivant les difficultés opératoires.

Si l'on emploie la rachi avec complément de gaz ou Pentothal, on ne doit donner qu'une quantité minimale de complément jusqu'au moment de l'extraction du fœtus.

Si l'on emploie l'anesthésie générale, on ne devrait commencer l'administration que le plus tard possible, lorsque les champs sont disposés et le chirurgien prêt à inciser la peau. La dose doit être minimum et l'on ne doit pas viser à un relâchement abdominal absolu (vu que la paroi abdominale est amincie et que les muscles droits sont écartés de la ligne médiane).

On ne devrait donner aucune prémédication sédatrice pré-opératoire, et ceci est très important, afin de ne pas déprimer le centre respiratoire du bébé et de le laisser en pleine possession de ses chances de survie.

Résumé

L'étude de cette série de césariennes nous démontre:

1) Que la méthode généralement employée à l'Hôpital est très satisfaisante et que les décès maternels, sauf un, sont sans rapport avec la technique employée.

2) Que dans les cas extrêmes, il y a lieu de choisir au mérite la méthode à suivre.

3) Qu'il y a moyen d'améliorer le taux de la mortalité infantile en ne donnant aucune sé-

dation pré-opératoire et en donnant le moins d'anesthésique général possible, avant l'extraction du bébé.

N.-B.: — Nous tenons à remercier les gynécologues de l'Hôpital de nous avoir permis de consulter leurs dossiers.

Discussion.

M. C. A. ATTENDU. Le principe de l'anesthésie en obstétrique est que le bébé doit recevoir la plus petite dose d'anesthésique possible. Il faut donc endormir la malade à la dernière minute.

M. ROMA AMYOT. Couramment on emploie le démérol et les barbituriques dans un accouchement ordinaire.

Dans le cas de la césarienne, l'accouchement est beaucoup plus rapide que par les voies naturelles et l'enfant devrait, par le fait même, recevoir moins d'anesthésique.

M. C. A. ATTENDU répond au *docteur R. Amyot* que dans l'accouchement ordinaire on donne des doses plutôt réduites. Dans l'accouchement par césarienne, on doit faire l'anesthésie complète. Dans tous les cas on ne devrait donner que la quantité minimum de sédatifs.

NÉCROLOGIE

RENÉ DANDURAND

1906-1949

René Dandurand a vécu semble-t-il avec la prénotion obscure de sa fin prématurée. Sa physionomie, son sourire étaient constamment embués de tristesse et il ne connut jamais d'enthousiasme ni de joie qui ne fussent tempérées par la mélancolie ou l'inquiétude. Il avait le vertige des lieux élevés et le mystère des eaux profondes lui inspirait de l'effroi comme s'il avait pressenti qu'il devait périr dans un avion désemparé qui s'écrase, dans les ténèbres, au fond d'un lac. Il mit un si fiévreux empressement à brûler les étapes de sa carrière précipitée qu'on l'eût dit obsédé par la hantise de l'inéluctable rendez-vous auquel la mort l'avait précocément assigné.

* * *

Il avait eu des débuts difficiles dont le souvenir le poursuivit toute sa vie. Né d'une nombreuse famille de Valleyfield, qui compte des représentants distingués dans les professions libérales et le clergé, et orphelin de bonne heure, il connut jeune les épreuves de l'existence. Après avoir pu terminer ses études secondaires au séminaire de sa ville natale grâce au dévouement de ses sœurs aînées, il s'inscrivit à la faculté de médecine de l'université de Montréal et, à l'instar de tant de médecins, réputés, il dut travailler le soir, après ses cours, pour défrayer le coût de ses études.

Reçu docteur en médecine en 1933, il entra la même année à l'Hôtel-Dieu en qualité d'interne-résident et il en devenait chef-interne en 1934. C'est dans cet hôpital que ce grand garçon timide et silencieux devait s'illustrer par la suite. C'est là que nous l'avons connu en 1933: il était alors attaché au service de nutrition du professeur J.-Roméo Pépin auprès duquel nous remplissions nous-mêmes les fonctions d'interne-stagiaire. Le professeur Pépin et son assistant le docteur Nadeau furent ses premiers maîtres et lui inculquèrent la curiosité pour les maladies de la nutrition en même temps qu'un peu de confiance en soi.

Pendant ses années d'internat il rédigea son

livre sur « la Diététique » lequel, pour des raisons que nous avons toujours ignorées, devait paraître sans nom d'auteur en 1937 et auquel collaborèrent aussi MM. Paul Larivière, Omer Manseau, Gaspard Morin et Paul Poirier. Dans cet ouvrage il s'efforçait de coordonner les contributions les plus récentes des écoles américaines et européennes à la science de l'alimentation.

Boursier du gouvernement provincial en 1936, il alla poursuivre à Paris son étude des maladies de la nutrition sous la direction du professeur Rathery, à l'hôpital de la Pitié. Il y demeura un an et demi. A Paris, où nous nous étions rendus ensemble, nous avons vécu dans son intimité et nous avons maintes fois recueilli les confidences de ses aspirations et de ses espoirs. Il songeait dès 1937 à fonder l'Institut du Rhumatisme, il avait à cœur de réussir dans sa profession et dans la vie universitaire, il rêvait de s'illustrer dans le champ de la découverte médicale. Le contact avec la civilisation européenne déclencha en lui un véritable débordement d'enthousiasme. Il déplorait que les nécessités de la vie l'eussent empêché de se cultiver davantage. Nous eûmes l'occasion de lui donner quelques indications en matière littéraire et artistique et nous trouvâmes en lui un esprit singulièrement réceptif. Il avait de ce côté de riches possibilités natives; deux de ses frères se sont en effet distingués dans le journalisme et la critique littéraire. C'est à Paris encore qu'il épousa la charmante compagne de sa vie et que nous eûmes l'honneur de lui servir de père pour la circonstance.

A son retour d'Europe il fit un bref séjour chez le maître américain de la rhumatologie, le professeur Ralph Pemberton, puis il revint se fixer à Montréal pour y exercer son art et y renouer ses attaches avec l'Hôtel-Dieu. Servi par ses qualités de clinicien et par une ambition tenace, servi aussi par les amitiés précieuses et agissantes qu'il avait su se conquérir dans le milieu hospitalier, il occupa bientôt une place de premier plan dans le personnel médical de la maison.

Consultant recherché et débordé de clientèle, il n'en collabora pas moins assidûment à l'enseignement clinique et ce conférencier, empoisonné par le trac, devenait au chevet des malades un clinicien éloquent et très écouté des étudiants. Professeur agrégé à la chaire de pathologie interne de la faculté de médecine dès 1945, membre de la Société Médicale de Montréal, de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, de l'Association Médicale Canadienne, il était élu vice-président de la « Canadian Rheumatism Association » en 1946 puis membre du bureau de direction et du conseil médical de la « Canadian Arthritis and Rheumatism Society » et il fondait enfin, en 1948, l'Institut du Rhumatisme en collaboration avec Albert Jutras. Il n'aura pas eu la joie de voir se matérialiser cet Institut dans lequel il se proposait de travailler à l'étude et au traitement d'une catégorie de malades déshérités et désespérants entre tous, les rhumatisants et les arthritiques.

En plus de son ouvrage de vulgarisation sur la diététique, René Dandurand a collaboré, au début de sa carrière surtout, à nos journaux médicaux, le *Journal de l'Hôtel-Dieu* et *L'Union Médicale*. Il y a traité tour à tour des facteurs physio-pathologiques des hyperglycémies, de l'emploi du glucose et de l'insuline dans les suites opératoires, de l'indice chromique résiduel comme test de l'insuffisance glycolitique, des aspects médicaux des chclécytites, des avitaminoses, des médicaments de la douleur, des sulfamidés et le numéro spécial du *Journal de l'Hôtel-Dieu* qu'il consacra au diabète, en collaboration avec le professeur J.-Roméo Pépin et Roland Dussault, demeura pendant la guerre un guide inestimable pour les étudiants privés de livres français. Pressé par la besogne, il n'a consacré que deux courts articles, l'un dans le *Journal de l'Hôtel-Dieu*, l'autre dans la *Revue Canadienne de Biologie*, à la lombo-sacralgie dans l'ulcère duodénal et au traitement du diabète par le jus d'orange, deux sujets de recherches qu'il avait esquissés et sur lesquels il avait accumulé plusieurs observations. Il n'eut pas non plus le loisir de publier ses conceptions originales sur le rhu-

matisme et il ne lui aura pas été donné d'assister à l'essor prodigieux imprimé à la rhumatologie par les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie expérimentale.

La médecine fut la passion de sa vie. De cœur, il eut préféré être plutôt thérapeute, la nécessité l'obligea à devenir surtout diagnosticien. Sur le plan doctrinal, il croyait avant tout à la chimie et il eut foi en la médecine de groupe; il dut pourtant la plus belle part de son succès au dynamisme de sa personnalité. Beaucoup de gens se sont demandé par quel sortilège ce médecin d'allure modeste et au verbe peu abondant pouvait exercer tant d'emprise sur ses malades. Sans doute eut-il des voix dévouées pour servir sa renommée. Il émanait cependant de lui une sorte de magnétisme personnel qui faisait naître la sympathie et entretenait la confiance. Le malade reconnaissait en lui l'autorité d'un médecin compétent et sûr de soi, il trouvait auprès de lui la compréhension et la chaleur humaines indispensables à tout acte médical et qui sait si d'autres facteurs plus subtils, l'inflexion et le timbre de la voix, la transparence marine des prunelles, ce mélange de nonchalance et de certitude souriante, ne concouraient pas aussi à créer le climat mystérieux dans lequel le malade conquis allait s'abandonner à la guérison.

Il était doué d'un sens d'observation très vif et d'une mémoire auditive extraordinaire. Il possédait aussi cette faculté intuitive si précieuse, le flair clinique.

Grâce à ses dons, grâce à son travail et à l'amour fervent de son art il aura parcouru jeune encore une carrière brillante et il aura réussi à réaliser une partie de ses rêves.

Il avait une nature attachante et toute en contrastes. Sous ses dehors indolents, c'était un volontaire qui apportait autant de détermination à la réalisation de ses projets que de persévérance obstinée à la poursuite de la vérité diagnostique et des victoires thérapeutiques.

Malgré l'autorité et l'assurance qui lui vinrent avec le succès, il garda toujours la fidélité dans l'amitié, il demeura toujours un

sensible et un inquiet. Toute ascension comporte une lutte, nulle ascension ne se fait sans heurts. De penser que ceux qu'il avait écartés plus ou moins volontairement de sa route pussent nourrir envers lui la moindre animosité lui causa toujours une douloureuse et secrète blessure.

L'Hôtel-Dieu si durement éprouvé déjà et dans des circonstances identiques par le départ du professeur Oscar Mercier, perd en René Dandurand une de ses figures les plus représentatives.

Il a été fauché en pleine jeunesse et ses camarades immédiats restent consternés d'avoir senti passer l'aile de la mort qui est venue leur ravir si tôt et si brutalement un ami cher en même temps qu'un collègue éminent.

Mais c'est peut-être dans le cœur de ses malades que son souvenir restera le plus vivace puisqu'en somme la trace la moins éphémère et la plus durable que l'homme laisse de son passage dans le monde, c'est la mémoire, du bien qu'il a fait à ses semblables.

Les directeurs et les rédacteurs de l'Union Médicale tiennent à offrir à la famille de René Dandurand et au personnel de l'Hôtel-Dieu l'expression de leur sympathie attristée.

Paul DUMAS.

AZARIE COUSINEAU (1899-1949)

Dans ce décor des Laurentides qu'il aimait tant, par un soir brumeux d'automne, il mourrait accidentellement et, quand ils apprirent la foudroyante nouvelle, les siens, les amis eurent beaucoup de mal à accepter le fait brutal, à se convaincre qu'il n'était plus.

Le docteur Azarie Cousineau, spécialiste en obstétrique, médecin de l'hôpital de la Miséricorde depuis 16 ans, était aussi un de mes confrères de classe. Sans être un timide, le docteur Cousineau ne cherchait pas les honneurs: son travail accompli était sa meilleure récompense.

Ponctuel, travailleur, ne comptant que des amis, il s'était acquis une solide renommée à l'hôpital, dans le service de la maternité, com-

me professeur de cliniques obstétricales et au sein de la profession médicale.

Fauché en pleine force de l'âge, il était loin d'avoir donné toute sa mesure et sa disparition sera longtemps sensible dans le monde de la médecine.

A madame Cousineau, à sa fille Louise et à tous les membres de sa famille nous exprimons nos plus profondes et sincères condoléances.

Hector RICARD

LE DOCTEUR W. L. LEWIS

Le docteur Walter L. Lewis est décédé récemment à l'âge de 78 ans, à Lachine où il pratiquait depuis 1909. Il avait terminé ses études médicales à Québec en 1895 et fondé en 1912 l'hôpital St-Joseph de Lachine. Nos condoléances à son fils le docteur Georges A. Lewis.

LE DOCTEUR ARTHUR SABOURIN

Le Dr N.-Arthur Sabourin est décédé dernièrement à St-Jean d'Iberville à l'âge de 79 ans. Diplômé de l'Université Laval de Montréal, le docteur Sabourin, en plus d'une pratique active, s'était occupé de politique municipale et provinciale. Il était coroner pour le district de St-Jean depuis 15 ans.

LE DOCTEUR ERNEST LAPOINTE

Le Dr Ernest Lapointe est décédé subitement à l'âge de 56 ans. Il avait fait ses études au Séminaire de Ste-Thérèse et à l'Université de Montréal. Nos condoléances à son frère, le docteur Wilfrid Lapointe.

LE DOCTEUR A. BEAUPRÉ

Le Dr A. Beaupré est décédé récemment à l'âge de 87 ans. Il avait fait ses études de médecine à l'Université Laval de Montréal, exercé à Malone pendant 20 ans et à Montréal pendant 45 ans.

LE DOCTEUR JOSEPH DESJARDINS

Le Dr Joseph Desjardins est mort au cours de l'été dernier. Diplômé de l'Université Laval de Québec en 1918 il avait pratiqué à St-Marc des Carrières pendant plus de vingt ans.

NOUVELLES

LE DOYEN DUBÉ, ÉLU VICE-PRÉSIDENT DU COLLÈGE ROYAL

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada a tenu ses assises annuelles à Toronto, le vendredi 25 et le samedi 26 novembre 1949.

En plus des séances scientifiques et de la cérémonie d'intronisation des nouveaux associés (fellows), il y eut élection. Le doyen Edmond Dubé de l'Université de Montréal a été choisi comme vice-président de la section de chirurgie.

Le nouveau président est le professeur Sclater Lewis, du Royal Victoria Hospital de Montréal, et le vice-président de la section de médecine est le docteur John Hepburn, de Toronto. Le docteur John Plunkett d'Ottawa demeure secrétaire honoraire et le docteur J. A. Lecours d'Ottawa remplace comme trésorier honoraire le docteur Eugène Valin qui a rempli ces fonctions depuis la fondation du collège.

NOS MÉDECINS AU PROGRAMME DU COLLÈGE ROYAL

Parmi les rapporteurs au programme scientifique de l'assemblée annuelle du Collège Royal des Chirurgiens et Médecins du Canada, tenue à Toronto les 25 et 26 novembre, on note les noms de nos confrères les docteurs Euchariste Samson (prix 1949), Antonio Samson, Jean Saucier, Edouard Gagnon et Jean Michon.

NOUVEAUX MEMBRES ASSOCIÉS DU COLLÈGE ROYAL

La proclamation des nouveaux membres associés du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada a été faite samedi le 26 novembre. — Ceux-ci sont au nombre de plus d'une centaine; la prédominance est beaucoup plus grande dans la section de chirurgie que dans celle de médecine.

Parmi les élus, on peut relever les noms des professeurs William Boyd de Toronto, P. L. S. Brownie du Royal Victoria Hospital de Montréal et Edouard Desjardins de l'Université de Montréal; ainsi que ceux des docteurs W. W. Lynch de Sherbrooke, André Mackay, Maurice Bélisle, U. Frenette, V. Laperrière, C.-E. Lépine, R. Champoux, Marcel Lamoureux, Jean-Léon Desrochers, Laurent Archambault et Léon Béique de Montréal, J.-M. Bécotte d'Arthabaska.

NOUVEAU BUREAU POUR LA SOCIÉTÉ DU RHUMATISME

Les officiers de la Division de Québec de la Société Canadienne d'Arthritisme et du Rhumatisme annoncent l'ouverture d'un bureau au numéro 3703 de la rue Dupuis. Mlle Irène Bonnier, diplômée de l'École de Service-Social de l'Université de Montréal a été choisie comme secrétaire.

Les officiers de la Société (section de Québec) sont: M. Paul Vaillancourt, président, docteur H.-P. Wright et M. N.-A. Voizard, vice-présidents, les docteurs Roland Dussault, Gaston Gosselin et Eugène Robillard, conseillers.

LE DOCTEUR ROLAND DUSSAULT, ÉLU PRÉSIDENT

L'Institut du Rhumatisme de l'Hôtel-Dieu a tenu récemment une réunion en vue de choisir un successeur au docteur René Dandurand, à la présidence. Le choix s'est porté sur le collaborateur le plus dévoué de celui-ci, le docteur Roland Dussault.

LE DOCTEUR LOUIS-PHILIPPE MOUSSEAU, ÉLU PRÉSIDENT

Le docteur Louis-Philippe Mousseau d'Edmonton a été élu, le 22 novembre, président de l'Association Canadienne-Française de l'Alberta à l'issue d'un congrès de deux jours qui a réuni quelque 200 délégués et représentants du Comité permanent pour la survivance française en Amérique. — Le docteur Mousseau est un membre correspondant de l'Union Médicale du Canada.

CONFÉRENCES DU DOCTEUR HENRI SIMONNET

Le docteur Henri Simonnet, professeur invité de l'École d'Hygiène de l'Université de Montréal, a donné trois conférences publiques le 10, 17 et 24 novembre 1949 sur des sujets d'intérêt médical.

ÉLECTIONS AU SANATORIUM DE MONT-JOLI

Le Sanatorium Saint-Georges, de Mont-Joli, a en fin de novembre son assemblée annuelle. Le docteur

J.-A. Couillard, démissionnaire, a été remplacé par le docteur Herman Gauthier comme directeur médical.

Le bureau de direction se compose maintenant des directeurs suivants: M. P.-E. Gagnon, c.r., le docteur J.-E. Lavoie, MM. Paul Desrochers, Léonard Hamel, le docteur Jacques Dubé, M. L.-J. Gagnon, c.r., le docteur Herman Gauthier, M. Roméo Gagné et M. Geo.-H. Dechamplain.

SÉANCE D'ÉTUDES À SAINTE-JUSTINE

Samedi le 26 novembre, il y eut séance d'études à l'Hôpital Sainte-Justine — Au programme; le docteur Edouard Laberge: *Les néphrites*; le docteur Willie Major: *Points d'interrogation autour de la maladie de Bouillaud*; le docteur Maurice Bonnier: *La segmentation broncho-pulmonaire en clinique*; le docteur Réal Doré: *Goitres infantiles, formes cliniques (médicale ou chirurgicale)*.

L'HÔTEL-DIEU D'AMOS

Monseigneur J.-A. Desmarais bénissait dernièrement le nouvel hôpital d'Amos. Cet immeuble d'une capacité de 125 lits est l'œuvre des RR. SS. Grises de Nicolet et de Montréal qui ont bénéficié de généreux octrois du gouvernement provincial et d'un don du ministère fédéral de la Santé.

A l'occasion de cette fête, le docteur Edmond Bourgault remplissait les fonctions de maître de cérémonie.

LEÇON INAUGURALE DU DOCTEUR PAUL BOURGEOIS

Le docteur Paul Bourgeois, professeur titulaire d'urologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, fit sa leçon inaugurale à l'université, le mercredi 2 novembre, à 4 heures p.m.

NOUVEAU SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ DE MONTRÉAL

Le Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, lors de sa séance du 16 novembre, a procédé au choix d'un nouveau secrétaire en remplacement du regretté professeur Emile Legrand. Le professeur Charles-Emile Grignon, médecin de l'Hôpital Notre-Dame a été élevé au poste de secrétaire.

CONGRÈS MÉDICAL À LISBONNE

Le bureau international pour la transfusion du sang s'est réuni à Lisbonne, sous la présidence du

docteur Arnault Tzanck, directeur de l'Institut national du sang, de Paris, en présence de plusieurs spécialistes français, suisses, italiens, belges, espagnols, hollandais et portugais. Le but de cette réunion était notamment de préparer un grand congrès international de transfusion du sang à Lisbonne, en 1950.

NOUVEAU SECRÉTAIRE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAVAL

La faculté de médecine de Laval aura un nouveau secrétaire en la personne du docteur Rosaire Gingras, qui a été nommé à ce poste lors de la dernière séance du conseil de la faculté. Le docteur Gingras succède au docteur Roméo Blanchet, qui, après avoir été secrétaire de la faculté pendant trois ans, vient de démissionner pour se consacrer à la pratique de la médecine et à son enseignement de la physiologie.

ASSOCIATION DES PÉDIATRES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

La prochaine assemblée trimestrielle de l'Association des Pédiatres de la Province de Québec aura lieu samedi le 17 décembre prochain, au Cercle Universitaire de Montréal, sous la présidence du docteur Paul Letondal.

Pour répondre à un vœu du Collège des Médecins, les membres de l'Association étudieront « les qualifications nécessaires et exigibles pour l'obtention du Certificat de Spécialiste en Pédiatrie ». Ils seront également invités, à la demande du Ministère de la Santé, à faire des suggestions au gouvernement provincial pour la formation d'un nombre suffisant de compétences en cette spécialité dans l'intérêt de la santé publique.

A l'heure présente, seuls font partie de l'Association des pédiatres certifiés du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, pratiquant dans la Province de Québec.


DISCUSSION SUR LES PRÉMATURÉS À LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE MONTRÉAL

Le 3 novembre dernier, les membres de la Société de Pédiatrie de Montréal se réunissaient, au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur Paul Letondal, pour discuter le grand problème de l'heure: la question des prématurés.

Cette discussion faisait suite aux deux rapports présentés sur le sujet à des réunions précédentes par les docteurs René Foisy et Bertrand Primeau.

On sait que la prématurité ou débilité congénitale est maintenant considérée comme la cause la plus importante de la mortalité infantile. Pour abais-

Cette
association pénicilline-vasoconstricteur
permet—



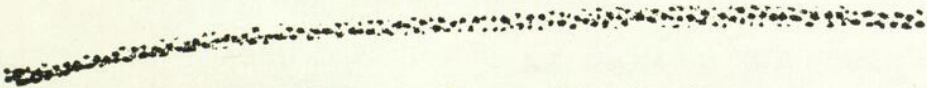
une constriction rapide et prolongée

Le Par-Pen renferme la 'Parédrine aqueuse', l'un des deux seuls vasoconstricteurs spécialisés qui aient été cités avantageusement dans un rapport destiné au personnel médical de la "Mayo Clinic".



un puissant effet bactériostatique

Le Par-Pen renferme aussi la pénicilline sodique cristallisée, forme aujourd'hui adoptée comme la plus intéressante de ce puissant antibiotique. Une stabilité accrue constitue un important avantage de ce nouveau composé de pénicilline. Le Par-Pen ne doit pas être conservé au réfrigérateur. Même après une semaine de séjour à la température de la chambre, le Par-Pen aura gardé sa teneur de 500 unités de pénicilline par c.c., c'est-à-dire la concentration considérée comme optima dans les topiques.



PAR-PEN comme
topique
intra-nasal

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 1

ser cette mortalité, il faut, d'une part, diminuer le plus possible le nombre des naissances avant terme et, d'autre part, améliorer les soins à donner aux prématurés, par une étroite collaboration du praticien de médecine générale avec les obstétriciens et les pédiatres.

Des vœux rédigés dans ce sens furent adoptés et transmis aux autorités compétentes.

♦♦

SYMPOSIUM À LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE MONTRÉAL SUR LES DYSPEPSIES GASTRO-INTESTINALES INFEC- TIEUSES SPÉCIFIQUES

La Société de Pédiatrie de Montréal tenait le 1er décembre 1949, au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur Paul Letondal, une séance entièrement consacrée à l'étude des dyspepsies gastro-intestinales infectieuses spécifiques, plus particulièrement des diarrhées aiguës spécifiques du nourrisson.

Les acquisitions récentes sur cette question d'actualité en pédiatrie furent exposées, sous forme de symposium, de la façon suivante:

- a) Diagnostic clinique et classification: docteur Norbert Vézina;
- b) Etude bactériologique: docteur Maurice Saint-Martin;
- c) Traitement par la streptomycine: docteur Albert Guilbeault.

♦♦

CONFÉRENCE PUBLIQUE DU DOCTEUR PIERRE LÉPINE

Le docteur Pierre Lépine, chef du service des virus à l'Institut Pasteur de Paris, virologue de réputation internationale et professeur invité à l'École d'hygiène de l'Université de Montréal a donné à l'amphithéâtre H4 une conférence intitulée: « Qu'est-ce qu'une protéine »?

♦♦

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

Le programme de la Société du 9 novembre 1949 de la Société de Chirurgie de Montréal comportait deux communications; l'une du docteur Charles Bohémier intitulée: *Tumeur axillaire*; l'autre du docteur Lucien Julien: *Le volvulus de l'estomac*.

♦♦

AU COLLÈGE ROYAL

Le docteur Maurice St-Martin, bactériologiste du Ministère de la Santé, a passé avec succès les examens du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada et un certificat de Spécialiste en Bactériologie lui a été décerné.

CONSULTATION GÉNÉRALE DE LA CLINIQUE DES MALADIES DU THORAX

Hôpital Notre-Dame

Le 28 octobre 1949

T. B. pulmonaire, osseuse et génitale par les Drs J. Prévost et R. Lafleur.

Abcès pulmonaire par les Drs J. Prévost et Dionne.
Angio-cardiographie. Syndrome de la veine cave supérieure par le Dr P. David.

Vendredi, le 4 novembre 1949

Œsophage court par les Drs V. Latraverse et R. Rolland.

T. B. pulmonaire par le Dr Jacques Léger.
Hamartome pulmonaire par les Drs E.-D. Gagnon et A. Mackay.

Démonstration. Nouvel appareil à aérosol.

Le 11 novembre 1949

Anévrisme de la sous-clavière par les Drs P. David et J. Gratton.

Cancer du sein par le Dr Y. Chaput.
Anévrisme de l'aorte et lues par les Drs P. Dontigny et J. Smith.

Abcès pulmonaire par les Drs G. Barry, E.-D. Gagnon et R. Lapointe.

Vendredi, le 18 novembre 1949

Tumeur intra-thoracique par les Drs J. Prévost et P. Brodeur.

Cas pour diagnostic par le Dr J.-D. Langlois (Institut Bruchési.)

Epithélioma bronchique par le Dr S. Lauzé.
Tumeur intra-thoracique par les Drs Mackay et J. Dionne.

Traumatisme thoracique par les Drs A. Mackay et J. Dionne.

♦♦

1.339 CLINIQUES DE PUÉRICULTURE DURANT AOÛT

4.000 mères bénéficient des conseils des hygiénistes.

Au cours du mois d'août, plus de 4.000 mères de famille, habitant les régions québécoises pourvues d'unités sanitaires, ont bénéficié directement des conseils des hygiénistes de nos 67 bureaux de santé. L'hygiène maternelle, on le sait, est une des branches les plus importantes de l'hygiène générale; on ne saurait trop faire pour conserver l'existence si précieuse de celles qui donnent le jour à nos enfants. Bonne alimentation, air pur, exercice, sommeil, repos,

HEMO-BEX

*afin . . .
qu'ils resplendissent
de santé*

Tonique efficace et agréable au goût,
spécialement indiqué pour enfants.

VITAMINE "D" Sels de Calcium,
Glycérophosphate de Fer, Manganèse
plus facteurs de **VITAMINE "B"**.

"Santé et Maladie"



ANGLO-FRENCH DRUG Cie, Ltée,
Montréal 18, P. Q.

Généreux échantillons à Messieurs les Médecins.

propreté, élimination régulière, soin des dents, vêtements appropriés sont autant de facteurs qui influencent la santé de la mère de famille.

Grâce à 1.835 visites pré-natales et à 1.809 démonstrations à domicile, les hygiénistes des unités sanitaires ont fait connaître à de nombreuses mères de famille les avantages et les bienfaits d'une bonne diète au temps de la grossesse de même que durant la période post-natale. Ces leçons furent complétées par de nombreuses conférences et démonstrations publiques auxquelles assistèrent un grand nombre de mères de famille.

Plus de 1.339 cliniques de puériculture furent tenues dans la province au cours du mois d'août. De plus, les visites pré-natales ont atteint le nombre de 1.835. C'est là, aussi, une partie importante de l'hygiène maternelle. Pendant la période pré-natale, la ration alimentaire n'a pas besoin d'être augmentée durant les quatre premiers mois, disent les hygiénistes, mais les aliments consommés doivent produire deux choses: assurer une santé robuste et fournir certaines substances nécessaires au développement des tissus et des os de l'enfant. Si la ration alimentaire n'est pas bien composée, les substances nécessaires au bébé seront arrachées aux tissus de la mère, et ce, au détriment de sa santé. A compter du cinquième mois, cependant, il est bon d'augmenter la ration peu à peu, et cette augmentation doit être réalisée par une plus grande consommation de fruits et de légumes.

86.795 PERSONNES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE EN 1948

Au cours de 1948, les dispositions de la loi de l'assistance publique de la province de Québec ont permis à 86.795 personnes de bénéficier des avantages que leur offre nos quelque 250 institutions d'assistance publique. « Une nation ne mérite de prendre place parmi les collectivités de haute culture que le jour où la protection de la santé publique, a dit un hygiéniste français, a été proclamée par les citoyens à l'unanimité comme le plus impérieux des devoirs. » Elle demeure alors, de la part du pouvoir politique, l'objet d'un effort constant et méthodique.

La province de Québec possède un système d'assistance publique dont notre population a retiré de grands bienfaits. Chaque année, des milliers et des milliers de personnes sans fortune en ont profité; plusieurs des institutions qui les hébergent n'existeraient plus si elles n'avaient pas reçu les octrois qui découlent des dispositions de notre loi d'assistance publique. L'an dernier, 25.153 lits étaient à la disposition de nos indigents et la division de l'Assistance publique, qui relève du ministère provincial de la

Santé, a dû pourvoir aux frais nécessités par 7.961-684 jours d'hospitalisation.

Orphelins, enfants abandonnés, invalides, tuberculeux, malades pauvres de toutes catégories ont profité de ces avantages. Si l'on tient compte du nombre des familles de tous ces hospitalisés, on peut conclure et prétendre que l'Assistance publique a servi un dixième de la population québécoise.

En somme, c'est une protection efficace pour cette partie de notre population qui n'a pas les ressources financières suffisantes pour défrayer le coût de ses maladies. L'assistance publique répond à un besoin primordial de la nation. C'est pourquoi le ministère provincial de la Santé, que dirige l'honorable J.-H.-A. Paquette, m.d., en oriente la gestion avec un soin méticuleux et prévoyant.

L'INSTITUT BRUCHÉSI DE MONTRÉAL, Inc. La tuberculose après 45 ans.

L'évolution tuberculeuse, chez les personnes de 45 ans et plus, se trouve confirmée de plus en plus par les phthisiologues et les statisticiens. Les débuts de la maladie passent inaperçus, il faut le dépistage massif pour qu'ils soient découverts. Quand le malade se présente chez son médecin ou à la clinique, pour l'examen, les symptômes d'affaiblissement, d'essoufflement et de fatigue accusent déjà une certaine évolution.

De tels cas ne sont pas si rares; qu'on examine les statistiques de la mortalité tuberculeuse et l'on verra que les décès de personnes au-dessus de 45 ans sont un peu plus nombreux que ceux des jeunes adultes. Une statistique pour la province donne 521 décès pour les jeunes hommes de 15 à 40 et 527 pour les adultes de 40 ans et plus. Si nous avons les pourcentages comparatifs des différents groupes d'âge, dans notre population, il serait facile de voir que la mortalité est proportionnellement plus élevée dans le groupe des plus de 40 ans. L'on constate de plus que chez les jeunes la tendance de la mortalité est de baisser régulièrement, tandis que chez les personnes âgées, la tendance est de monter.

Ces tuberculoses de début nous étonnent, sans doute, puisque ces personnes ont bien dû, au cours de leur existence, venir en contact avec des tuberculeux contagieux. L'on comprendrait qu'il s'opère dans leur organisme un réveil d'une ancienne lésion: comment se fait-il que leur allergie ne les ait pas défendus contre l'invasion nouvelle des bacilles tuberculeux? L'on a raison de croire que cette allergie est disparue avec l'élimination de bacilles, de l'organisme. Cela correspond d'ailleurs aux constatations faites chez nos voisins, qui ont trouvé de 13 à 50% de cas radiographiquement tuberculeux avec une

RHUMATISME • GOUTTE •
GOUTTE • SCIATIQUE • RHUM
RHEUMATISM • SCIATICA
SCIATI

 **UROPRAZINE**

*Prendre 2 cuillerées à thé
dans un demi-verre d'eau
tiède, deux fois par jour,*

Ruin Summers M.D.

Préparée par
LES LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, France

Distributeurs exclusifs au Canada:
HERDT & CHARTON, INC. - Montréal

RHUMATISME • GOUTTE •

réaction tuberculique négative. L'attitude de l'adulte de 45 ans et plus vis-à-vis d'une nouvelle contamination est identique à celle du jeune homme qui ne réagit pas à la tuberculine. La différence entre les deux se trouve dans le terrain: l'un jeune et plein de possibilités de défense l'autre épuisé par l'âge, le travail et les soucis.

Devant ces faits le médecin doit se faire une conviction et ainsi:

1° — Ne plus continuer de croire qu'après 45 ans on ne devient plus tuberculeux. Les temps ont changé.

2° — Faire partager cette conviction à ses malades âgés et les considérer comme les sujets possibles d'une évolution tuberculeuse.

3° — Rechercher chaque fois, d'une façon systématique, la présence ou l'absence d'allergie, au moyen de la réaction tuberculique.

4° — Considérer les débuts de tuberculose très sérieusement afin de ne perdre aucune chance d'arrêter l'évolution par un repos temporaire.

Si de nombreux tuberculeux âgés meurent aujourd'hui, c'est parce que nous n'avons pas toujours eu l'œil ouvert sur ce danger nouveau, parce que notre méthode, bonne autrefois quand la tuberculose restait dans la ligne classique, n'est plus tout à fait applicable aux faits nouveaux.

La lutte contre la tuberculose réclame, aujourd'hui, davantage du médecin qu'il ne cesse de veiller sur les jeunes adultes et qu'en même temps son attention se porte sérieusement sur les possibilités d'évolution fortuite et rapide chez les personnes âgées, surtout chez les hommes.

Un conseil aux étudiants.

Les élèves de nos grandes écoles et de nos Facultés ont abordé ou repris leurs cours. Que sera cette année pour eux? — Au point de vue santé, j'entends — Chaque année un certain nombre échoue devant l'épreuve de la maladie, de la tuberculose en particulier. Les précautions suffisantes ont-elles été prises? L'étudiant qui débute a-t-il été examiné par son médecin? Une réaction tuberculique a-t-elle été faite? Si elle s'est montrée positive, a-t-il eu un examen radiographique? Si elle a été négative a-t-il été prémuni par le B.C.G.? Le jeune homme est-il et se sait-il apte à fournir une année de dur travail?

Voilà bien des points d'interrogation qu'il faut se poser au début de l'année universitaire. Pour la raison bien simple que l'on constate une mortalité tuberculeuse trop grande chez les étudiants. Il y a, à cette situation, de multiples raisons; d'abord un

grand nombre n'ont pas été touchés par le Bacille de Koch, parce qu'ils n'ont pas rencontré dans leur famille où à la campagne, où au collège de tuberculeux contagieux. Or, dans la grande Cité, dans la promiscuité plus grande de leurs compagnons de cours, dans leur internat, ils rencontreront très probablement un foyer de contamination et, alors, se déclencheront ces agressions tuberculeuses qui les trouveront sans défense.

A leur intention, je cède à l'agréable tentation de reproduire une page d'Etienne Bernard, ce trait d'une leçon inaugurale à la Faculté de Médecine en 1946, qu'il a intitulé: « La Doctrine et le Mouvant »:

« Ces oscillations de doctrine ne risquent-elles pas de jeter le doute dans les esprits? Surtout parmi vous, les étudiants, à qui l'on impose au début de votre scolarité une cuti-réaction, et qui êtes en droit de nous demander: « Oui ou non, vaut-il mieux avoir une cuti-réaction positive ou négative? »

« Je dois vous répondre. Il est certes préférable pour vous d'aborder vos études de médecine avec une cuti-réaction positive, accompagnant un aspect radiologique normal de votre thorax, non pas tant parce que cet état d'allergie vous confère une immunité certaine, — nous avons vu ce qu'il en faut penser — mais parce que cet état témoigne que vous avez subi victorieusement l'agression première et que vous serez encore en possession de cet état de résistance, et même légèrement accru, lors des agressions nouvelles, et puis, surtout, parce que vous êtes dans des conditions qui vous sont particulières. A peine êtes-vous frappés par une première agression, et elle risque d'être massive et hyper-sensibilisante, que vous êtes exposés à une agression nouvelle qui, déroulant ses effets sur un terrain sensibilisé, vous fera passer en un court laps de temps de l'infection à la maladie. Il y a un décalage entre la sensibilisation et l'immunité de surinfection, celle-ci toujours plus tardive. Vous risquez de subir la première sans bénéficier de la seconde, en abordant vos stages hospitaliers avec une cuti négative. »

« Vous avez heureusement le moyen de renverser les choses. Le B.C.G., le vaccin de Calmette et Guérin. en vous allergisant sans risque et en vous sensibilisant au minimum, vous confère avec bonheur une prémunition à l'égard des premiers germes virulents qui pénétreront dans votre organisme. La résistance qu'il vous confère, s'ajoutant à votre résistance naturelle, élèvera la digue qui doit vous protéger. Allergisé par le B.C.G., votre poumon bloquera sur place ces germes virulents et empêchera leur diffusion qui porte à son actif, vous le savez, la méningite tuberculeuse. »

J. A. JARRY
directeur médical

L'hypertension est une affection complexe exigeant

un
traitement
complet



LE TENSOL E.B.S.

Fournit:

Des nitrites pour dilatation vasculaire;
Des "adjuvants" pour régulation
cardiaque;
Du "Neurobarb" pour détente nerveuse.

Cette association fait que le TENSOL E.B.S. est un agent sûr pour le traitement de l'hypertension.

Continuellement employé par le corps médical depuis des années, le TENSOL E.B.S. a prouvé à maintes reprises ses avantages pour le traitement efficace de l'hypertension artérielle.

Pour vos patients hypertendus, employez le TENSOL E.B.S.—C.C.T. No 371.

Lorsque la fragilité des capillaires présente une complication, ordonnez le TENSOL avec RUTINE E.B.S. — S.C.T. No 371C.



C.C.T. No. 371
TENSOL E.B.S.

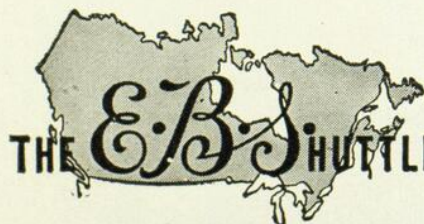
Each tablet represents:

Sodium Nitrite	-	1 gr.
Neurobarb E.B.S. (Phenobarbital)	-	1/4 gr.
Tinct. Strophanthus	-	2 mins.
Tinct. Digitalis	-	2 mins.
Nitroglycerin	-	1/500 gr.

With Crategus Oxycanthus

Directions: One or two tablets four times a day.

Control



THE E.B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

AN ALL CANADIAN COMPANY . . . SINCE 1879

Représentants:

M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q. — M. A. A. Summers, Morrisburg, Ont.
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont Saint-Denis, Wolfesfield Park, P. Q.
M. Léon Viens, 9510, rue Saint-Hubert, Montréal, P. Q. — M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.

ONZE NAISSANCES DE TRIPLETS EN SIX MOIS DANS NOTRE PROVINCE

Répartition des naissances selon l'origine ethnique.

Durant les six premiers mois de 1949, il y a eu, dans la province de Québec, onze naissances de triplets, ce qui forme un total de 33 enfants dont vingt-sept sont nés vivants. Par ailleurs, il y a eu 602 naissances de jumeaux dont 1149 sont nés vivants. Tels sont les chiffres que vient de publier le ministère provincial de la Santé, dans son rapport démographique semestriel.

Naissances selon l'origine ethnique.

Si l'on étudie le nombre des naissances survenues au cours des six premiers mois de 1949, selon l'origine ethnique, on constate qu'elles se répartissent comme suit: origine française: 47.544; origine anglaise, écossaise et irlandaise: 3.237; origine juive: 685; slave: 93, indienne: 151; autres: 2.481. En outre, il y a eu au cours de cette période 144 naissances d'enfants appartenant à des familles n'habitant pas d'ordinaire notre province.

Enfin, 31.473 naissances ont eu lieu dans des demeures et 22.718 dans des hôpitaux. Il y a eu 1.365 morts-nés. Quant à la répartition par sexe, elle nous apprend qu'il est né dans le Québec, durant les six premiers mois de 1949, 28.030 enfants mâles et 26.161 fillettes. On peut rapprocher ces chiffres de celui des décès: 8.835 hommes et 7.534 femmes sont morts durant ce laps de temps.

UN DEMI-MILLION POUR LA CONSTRUCTION D'HÔPITAUX

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que le Gouvernement fédéral vient d'assigner plus d'un demi-

million de dollars de ses subventions nationales à l'hygiène dans le but d'aider quatre hôpitaux à agrandir leurs installations.

L'hôpital, pour les affections mentales et nerveuses, de St-Jean, Terre-Neuve, recevra \$411.000; l'hôpital de l'Enfant-Jésus, de Québec, \$159.300; l'hôpital de la Miséricorde, de Haileybury (Ont.), \$26.600, et l'Hôpital Général, de Regina (Sask.), \$75.000. Ces quatre subventions serviront à agrandir les édifices actuels.

L'agrandissement de l'hôpital de St-Jean, pour affections mentales et nerveuses, permettra d'installer 274 lits de plus. On installera aussi une salle de récréation, des salles de thérapeutique professionnelle pour hommes et femmes, ainsi qu'un dispensaire. En plus de la subvention fédérale, la province qui dirige cet hôpital subvient aux frais de construction.

A Québec, l'hôpital de l'Enfant-Jésus construit une aile qui abritera 182 lits. Les travaux seront terminés l'an prochain.

L'hôpital de la Miséricorde, de Haileybury, transforme la chapelle et les appartements du personnel en installations hospitalières, au bénéfice surtout du département d'obstétrique, ce qui donnera 26 lits de plus.

L'Hôpital Général de Regina ajoutera 192 lits de traitement actif et 62 pour les malades chroniques. On agrandira aussi le café-tertiaire et le groupe générateur. Les travaux seront complétés cet hiver. La subvention fédérale est égale à la quote-part de \$75.000 versée par le gouvernement provincial de la Saskatchewan.

L'aide fédérale à la construction d'hôpitaux est égale à celle des provinces jusqu'à concurrence de \$1.000 par lit de traitement actif, et de \$1.500 par lit pour les hôpitaux qui soignent les affections chroniques. Si, comme à Québec et à Regina, les travaux étaient en marche au moment de l'inauguration, en 1948, du plan fédéral d'hygiène, les versements sont établis sur une base proportionnelle.

CHANGEMENT D'ADRESSE

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph — LANCASTER 9888, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

VERATRITE

Dans l'hypertension

FORMULE:

Chaque tablette contient: **Veratrum Viride** (titré biologiquement), 3 Unités Crow, Nitrite de Soude, 1 gr., Phénobarbital, ¼ gr.

ACTION:

Il est aujourd'hui prouvé que le **Veratrum Viride** administré oralement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. Le **Veratrum Viride** produit un effet plus constant et de plus longue durée. (Dr. Edouard D. Freis, Medical Clinic of North America, Boston, numéro septembre 1948).

La vaso-dilatation neurogénique, observée en premier lieu par Wilson & Smith, relativement à l'action du **Veratrum Viride**, est d'un avantage considérable dans le traitement de l'hypertension.

POSOLOGIE:

Administrer une tablette 2 heures après chaque repas durant la première semaine. Augmenter ou diminuer la dose selon la réaction du patient.

Documentation et échantillons envoyés aux médecins sur demande.

Fabriqué par IRWIN NEISLER & CO., Decatur, Ill., U.S.A.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,
2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

CHOBILE

Acide cholique
+
Acide déhydrocholique

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DES TABLETTES CHOBILE

- 1 L'acide déhydrocholique augmente la fraction aqueuse de la bile et nettoie les canaux biliaires.
- 2 Les sels biliaires naturels contenus dans les tablettes CHOBILE augmentent la concentration de sels biliaires.
- 3 Du petit intestin 90% des sels biliaires purifiés et de 15% à 50% de l'acide déhydrocholique sont récupérés et retournent ensuite au foie par la veine porte.
- 4 Les sels biliaires naturels émulsionnent les graisses, facilitent la digestion et maintiennent l'équilibre aqueux du côlon par osmose.
- 5 Les tablettes CHOBILE augmentent la sécrétion biliaire, empêchent le dépôt de cholestérol, combattent la stase biliaire et préviennent l'infection.

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLON ENVOYÉS SUR DEMANDE

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,
2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

REVUE DES LIVRES

Lyon P. STREAN, M.Sc., Ph.D., F.A.P.H.A. — *Oral Bacterial Infection. Diagnosis and treatment. (Infection bactérienne de la bouche. Diagnostic et traitement.)* — Dental Items of Interest Pub. Co. Inc., édit., Brooklyn, 1949.

Le titre de ce livre de 185 pages laisse supposer que l'auteur accorde une attention particulière aux infections microbiennes de la bouche et, de ce fait, destine son ouvrage surtout aux dentistes.

En réalité, tel que présenté, le bouquin est plutôt un résumé de nos connaissances actuelles de la bactériologie en général. On y trouve, décrites sommairement, la plupart des bactéries pathogènes susceptibles de causer non seulement des infections buccales mais encore des infections dues à des rickettsies, à des virus ou à des champignons dont le siège de prédilection n'est pas nécessairement la cavité buccale.

Il faut reconnaître cependant que l'auteur signale en maints chapitres le rôle de tel ou tel organisme dans la carie dentaire. Ainsi au chapitre XIX (*Lactobacillus*) on retrouve certaines notions sur l'étiologie de la carie dentaire.

On trouve également dans ce livre un chapitre consacré aux antibiotiques, pénicilline, streptomycine, tyrothricine et à leur rôle dans le traitement des affections dentaires.

En résumé ce livre qui n'a pas la prétention d'être un grand traité de bactériologie peut cependant être très utile aux chirurgiens dentistes comme guide dans le diagnostic, le traitement ou la prévention des infections microbiennes de la cavité buccale. Il peut également être consulté avec avantage par le médecin et surtout par l'étudiant qui a besoin de revoir rapidement sa bactériologie.

Albert BERTRAND

O. LAMBRET, P. RAMEZON et P. DECOULX. — *Technique de la chirurgie du sympathique et de ses infiltrations.* Un volume de 240 pages, avec 106 figures. — Doin et Cie, édit., Paris, 1948. 3^e édition revue et corrigée.

Ce livre a pour but de permettre aux chirurgiens intéressés à la chirurgie du sympathique de trouver rapidement les différentes techniques des sympathectomies et des infiltrations à tous les niveaux, de la région cervicale à la région sacrée. En plus nous trouvons dans ce livre des chapitres sur la chirurgie du corpuscule inter-carotidien, de la surrénale et du sympathique viscéral de l'abdomen.

Les auteurs n'ont rien laissé au hasard et toutes les techniques sont décrites, quoique plusieurs de ces interventions soient aujourd'hui très peu pratiquées ou même abandonnées.

Nous trouvons plusieurs précisions sur les opérations tentées dans le traitement de l'hypertension essentielle, sur la sympathectomie dorsale haute qui n'étaient pas dans la deuxième édition de 1944. Nous déplorons toutefois quelques inexactitudes glissées dans la description de ces techniques.

Notons la description de la sympathectomie dorsale haute par voie cervicale selon la méthode de M. Jean Kunlin. C'est une intervention délicate mais ingénieuse.

Ce livre, dont la forme est claire, est illustré de nombreux dessins de Wagner. Il nous apporte des descriptions qui aideront, sans aucun doute, tous les intéressés à la chirurgie du sympathique.

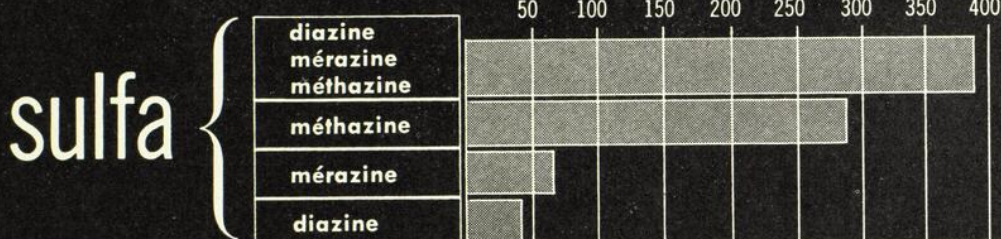
Maurice GERVAIS.

nouvelle

suspension liquide
trisulfamidée . . .

réduit la Cristallurie

Solubilité des Sulfamidés: mg./100 cc. (pH 6, 37°C.)



A cause de la faible solubilité caractéristique des sulfamidés l'emploi de ces précieuses drogues comporte un risque sérieux de cristallurie et d'obstruction rénale. Ce danger peut être considérablement réduit par l'alcalinisation de l'urine, et il est virtuellement supprimé par l'emploi simultané de plusieurs sulfamidés. C'est exactement ce que fait le CREMOTRES-A, la nouvelle suspension trisulfamidée alcalinisée de Sharp & Dohme. Le CREMOTRES-A contient par 100 cc.:

Sulfamérazine	2 gm.
Sulfadiazine	4 gm.
Sulfaméthazine	4 gm.
Lactate de Sodium	33.3 gm.

D'après les résultats d'études cliniques il semblerait que l'emploi d'un mélange trisulfamidé évite complètement le risque de cristallurie.* L'efficacité thérapeutique n'est pas affectée. *Dose pour adultes:* 2 cuillerées à table (3 gm. de sulfamidés) et ensuite 2 cuillerées à thé (1 gm.) toutes les 4 heures. Pour les enfants, diminuer la dose proportionnellement au poids. Présentée en flacons Spasaver de 16 onces fluide. Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 5, Ontario.

*British Med. J. 1:7, 1947;
Svenska Lakartidn, 43:1816, 1946.

Cremotres-A

Suspension Plurisulfamidée Alcalinisée



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

AGRIPPOL



ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE

INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

COMPOSITION

Acétophénétidine Acide acétylsalicylique
Chlorhydrate d'aminoxide-atropine



ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

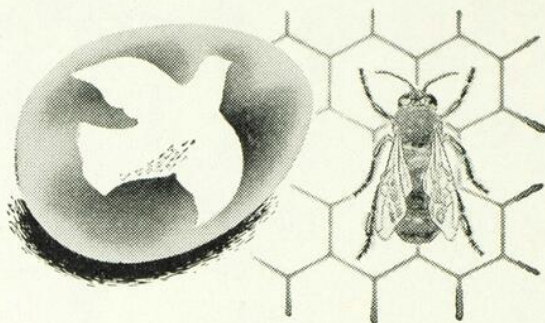
HERDT & CHARTON, INC.

“MÉDICAMENTS DE MARQUE”

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

— MONTREAL

Hormones sexuelles



B. D. H.

ANDROGÈNES, PROGESTÉRONES & ŒSTROGÈNES

pour administration orale et parentérale

L'assortiment des spécialités à base d'hormones sexuelles B.D.H. comprend la gamme complète des produits essentiels à ce genre de thérapeutique.

ANDROGENS

Propionate de testostérone B.P.
Méthyle testostérone B.D.H.

PROGESTOGENS

Progestin B.D.H. (injection de progestérone B. P.).
Ethistérone B.D.H.
(Progestin oral)

ŒSTROGENS

Dienœstrol B.D.H.
Comprimés d'Œstroform
(Comprimés d'Œstrone B.P.).

Ampoule d'Œstroform
(Injection d'Œstradiol monobenzoate B.P.).

Stilbœstrol B.D.H.

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED

TORONTO, CANADA

AMYGDALITES — PHARYNGITES
INFECTIONS DE LA GORGE

Cèdent à **2** suppositoires

Néo-Laryngobis

SEL BISMUTHIQUE DE L'ACIDE DIPROPYL ACÉTIQUE

Traitement complet: Deux (2) suppositoires adultes
ou enfants à intervalles de vingt-quatre (24) heures.
Enfants (de 3 à 6 ans) un demi ($\frac{1}{2}$) suppositoire par
vingt-quatre (24) heures.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

SOULAGER LA DOULEUR

EN

LEVANT LE SPASME

avec

NEUROPHEN

Antispasmodique, sédatif et analgésique

SANS TOXICITÉ

PRINCIPALES INDICATIONS:

Le NEUROPHEN est indiqué pour soulager la douleur spastique, les états anxieux, les malaises et la céphalée présente dans les cas suivants: dysménorrhée, coliques biliaire et rénale, ulcères peptique et duodéal, hyperchlorhydrie, spasme du pylore, entéro-spasme et colites de diverses natures.

FORMULE

Chaque comprimé contient:

Novatropine (Méthylbromure d'homatropine)	1 mgm.
Phénobarbital	20 mgms.
Acide Acétylsalicylique	150 mgms.
Menadione (Vitamine K)	0.25 mgm.

POSOLOGIE

Un comprimé toutes les 2 ou 3 heures.
Ne pas dépasser 6 comprimés par jour.

Il est important de noter que la toxicité de la Novatropine (méthylbromure d'homatropine) est $\frac{1}{30e}$ de celle de l'Atropine.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

VITAMINE

B₁₂

EBS

Le facteur de foie contre l'anémie
pernicieuse depuis longtemps recherché, sous
une forme pure, cristallisée

1. Efficace contre toutes les manifestations de l'anémie pernicieuse, y compris les complications neurologiques.
2. Bien tolérée et efficace chez les patients sensibles à toute préparation de foie.
3. Un composé pur, cristallisé, d'une teneur extrêmement élevée et par conséquent efficace à très faibles doses.
4. Non seulement efficace dans les cas d'Anémie Pernicieuse, mais aussi dans les cas d'Anémie Macrocytique d'origine nutritive, et certains cas d'Anémie Macrocytique Infantile et dans la Sprue.

Dose:

INITIALE :

Dix à quinze microgrammes par voie intramusculaire une ou deux fois par semaine jusqu'à rémission des symptômes.

ENTRETIEN :

Cinq microgrammes une ou deux fois par semaine, par voie intramusculaire, se révèlent habituellement suffisants.


Présentation:

Vitamine B₁₂ EBS
en ampoules de deux teneurs.

No A-133, Vitamine B₁₂ EBS 15 mcg.
par c.c., en ampoules de 1 c.c.

No A-134, Vitamine B₁₂ EBS 5 mcg.
par c.c., en ampoules de 1 c.c.

En boîtes de 6 ou 12.


THE E.B.S. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA
AN ALL CANADIAN COMPANY . . . SINCE 1879

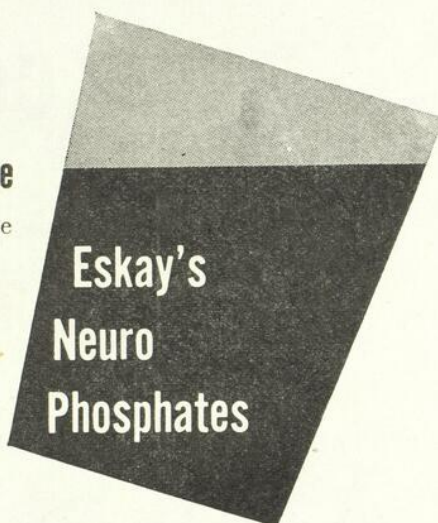
Représentants:

M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q. — M. A. A. Summers, Morrisburg, Ont.
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont Saint-Denis, Wolfesfield Park, P. Q.
M. Léon Viens, 9510, rue Saint-Hubert, Montréal, P. Q. — M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.



**Ce que signifie
un bon tonique pour
votre patiente d'un certain âge**

Le bénéfice qu'on retire d'un bon tonique n'est pas entièrement dû à ses effets apéritifs ou tonifiants. La plupart des médecins savent parfaitement combien la petite cérémonie de la prise, répétée avant chaque repas, d'une dose de Neuro-Phosphates Eskay peut égayer la vie "routinière, interminablement terne et quotidienne" de sa patiente âgée. De plus—et ceci est non moins important—"son tonique" est un symbole tangible du fait reconfortant et rassurant qu'elle est "suivie par son médecin".



*Smith Kline & French
Inter-American Corporation,
Montréal 1*

il est si largement prescrit parce qu'il est si efficace

Une dose pour adulte—2 drachmes liq. (2 cuillerées à thé)
renferme:

Alcool	10 pour cent
Glycérophosphate de strychnine, anhydre	1/64 grain
Glycérophosphate de sodium	2 grains
Glycérophosphate de calcium	2 grains
Acide phosphorique à 75%	1.7 minimes

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

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

LE VACCIN BCG

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

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



ALBERT CALMETTE
1863 - 1933

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

R. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

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

2900, boulevard du Mont-Royal,

Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

Que recherchez-vous dans un antiarthritique ?



L'EFFICACITÉ?

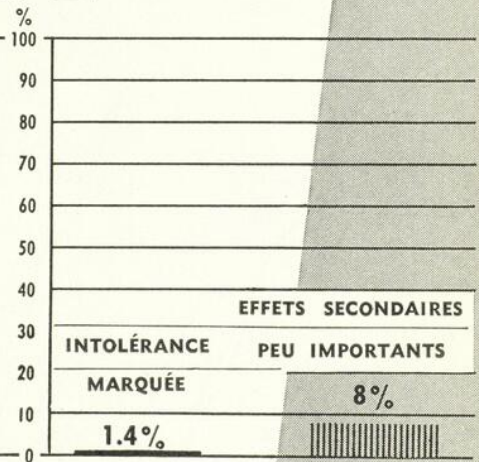
Avec l'Ertron on a rapporté une amélioration locale ou générale chez 701 d'un groupe de 852 arthritiques; c'est-à-dire que 82 pour cent bénéficièrent du traitement et celui-ci n'échoua complètement que dans 17.8% des cas. Dans une affection aussi réfractaire que la polyarthrite déformante, c'est là une thérapeutique vraiment efficace.¹ "On ne prétend pas que l'Ertron est une thérapeutique spécifique. Toutefois, une substance qui est atoxique et qui, par son action générale, améliore le bien-être, diminue la tuméfaction des tissus mous, soulage la douleur, améliore la force musculaire et permet au malade de gagner sa vie, devrait être employée dans le traitement des arthritiques."²

ERTRON

COMPLEXE STÉROÏDE WHITTIER

LA TOLÉRANCE?

La tolérance de l'Ertron est élevée chez des malades tenus périodiquement sous observation. Les réactions secondaires fâcheuses sont rares.³ Dans un groupe de 1,020 arthritiques, une intolérance marquée nécessitant l'arrêt de la thérapeutique ne se manifesta que chez 1.4 pour cent, tandis que des effets secondaires de peu d'importance, tels que nausées, troubles gastro-intestinaux, maux de tête, etc., se rencontrèrent chez environ 8 pour cent. "Ces petits troubles digestifs disparaissent presque immédiatement après l'interruption de l'administration de l'Ertron et généralement ne reparaisent pas quand elle est reprise."⁴



L'Ertron est présenté en flacons de 50, 100 et 500 capsules, et l'Ertron injectable en emballages de six ampoules de 1 cm³. Chaque capsule contient 5 milligrammes de produits d'activation possédant une activité antirachitique de cinquante mille unités internationales. Chaque ampoule contient des produits d'activation possédant une activité antirachitique de cinq cent mille unités internationales, dans l'huile de sésame. Titré biologiquement.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Magnuson, P. B.; McElvenney, R. T., et Logan E. E.: J. Michigan M. Soc., **46**: 71, 1947.
- (2) Levinthal, D. H.; Logan, C. E.; Kohn, K. H., et Fishbein, W. I.: Indust. Med., **13**: 337, 1944.
- (3) Cohen, A., et Reinhold, J. G.: Indust. Med., **17**: 442, 1948.
- (4) Farley, R. T.; Spierling, H. F., et Kraines, S. H.: Indust. Med., **10**: 341, 1941.

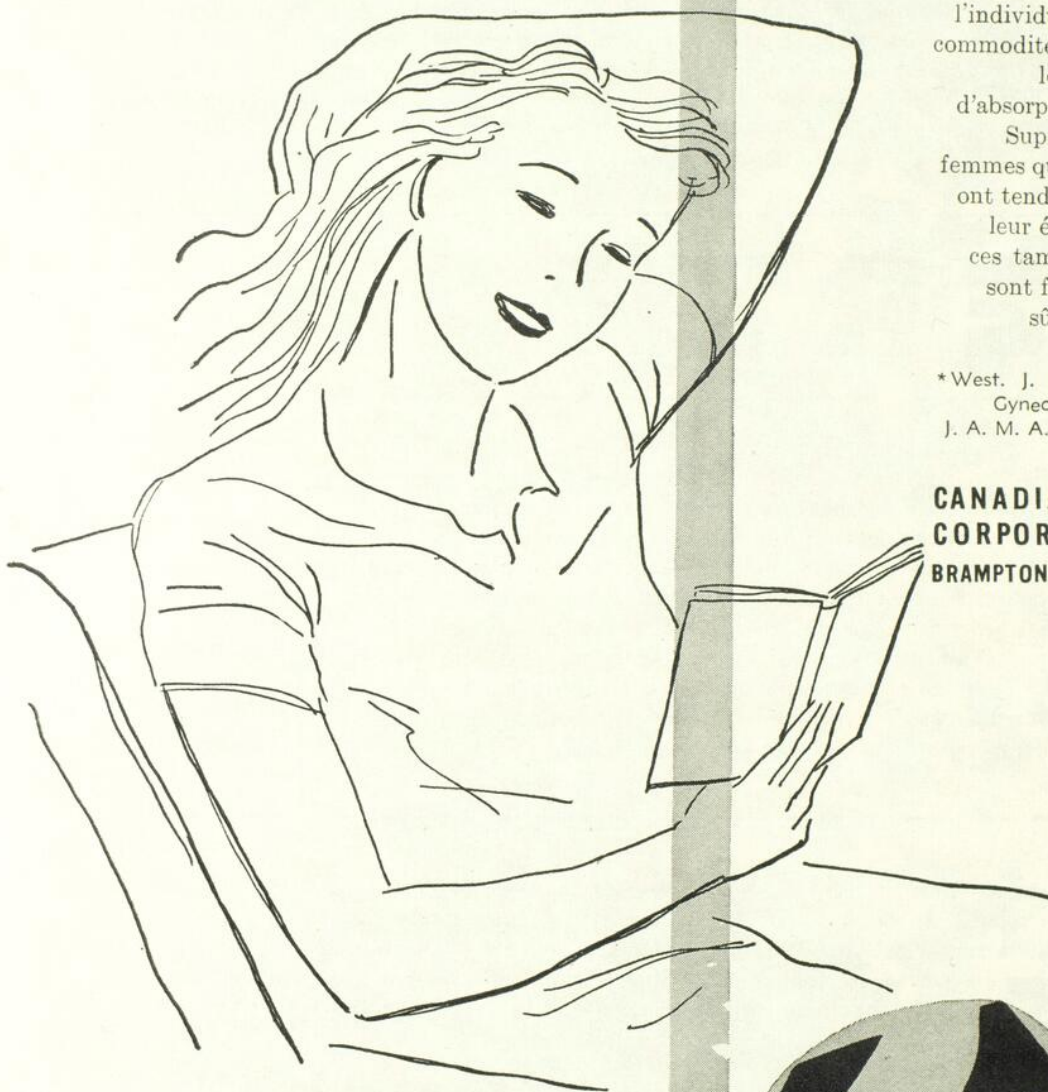
Whittier

LABORATORIES • DIVISION NUTRITION RESEARCH LABORATORIES, CHICAGO 30, ILLINOIS



Distributeurs canadiens: Laurentian Agencies, Reg'd., Montréal 1, P. Q., Canada.

si confortable



...tant au point de
vue *physique* que
psychologique.
Les tampons offrent une
méthode de protection
menstruelle interne
merveilleusement
confortable. Ils ne peu-
vent causer d'odeur,
d'irritation périnéale ni
d'infection provenant du
rectum. Et, grâce à
l'individualité et à la
commodité que procurent
les trois degrés
d'absorption (Régulier,
Super, Junior), les
femmes qui y ont recours
ont tendance à "oublier
leur état".* De plus,
ces tampons de ouate
sont faciles d'emploi,
sûrs et efficaces.

*West. J. Surg., Obstet. &
Gynec., 51: 50, 1943;
J. A. M. A., 128: 490, 1945.

**CANADIAN TAMPAX
CORPORATION LTD.,
BRAMPTON, ONTARIO**

TAMPAX

La protection menstruelle interne de choix.

Echantillons professionnels
envoyés sur demande.



- SUPPRIMER L'IRRITATION GASTRIQUE
- AUGMENTER LA TOLÉRANCE

avec les
comprimés

Acet - Aminophylline

GLYCINATE DE THÉOPHYLLINE SODIQUE

- ASTHME CARDIAQUE
- THROMBOSE CORONARIENNE
- ANGINE DE POITRINE
- ASTHME BRONCHIQUE — CÈDÈME PULMONAIRE

PHARMACOLOGIE:

L'**ACET-AMINOPHYLLINE** exerce une action stimulatrice directe sur le myocarde, dont il améliore le rendement. Par action spécifique sur le centre respiratoire cérébral, il normalise la respiration du Cheyne-Stokes. Les artères coronariennes et périphériques subissent une dilatation temporaire. L'**ACET-AMINOPHYLLINE** relâche les fibres de la musculature lisse, spécialement des bronchioles. Il possède une action diurétique prononcée.

PRÉSENTATION ET POSOLOGIE RECOMMANDÉE:

Comprimés à 5 grains: Un ou deux comprimés trois fois par jour.
Chez l'enfant: proportionnellement à l'âge et au poids.

SOURCES À CONSULTER:

1. Bubert, H. M. et Cook, S.: J. South. Med. Ass., **41**: 146, 1948.
2. Bubert, H. M. et Cook, S.: Bull. School of Med., Univ. of Maryland, **32**: 175, 1948.
3. Paul, W. D. et Montgomery, A. E.: J. Iowa State M. S.
4. Krantz, Holbert et al.: J. A. Ph. A., **36**: 8, 1947.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

Un nouveau comprimé offrant



1 un soulagement plus rapide avec 2 une meilleure tolérance gastrique

BUFFERIN, le nouvel analgésique antiacide de Bristol-Myers, soulage plus rapidement la douleur que l'acide acétylsalicylique seul parce qu'il est plus vite absorbé dans le courant sanguin. Des essais cliniques ont démontré que 10 minutes seulement après l'ingestion de **BUFFERIN**, les niveaux sanguins de salicylate sont approximativement 20% plus élevés que 20 minutes après l'ingestion d'acide acétylsalicylique seul.

BUFFERIN est mieux toléré, particulièrement chez les patients qui ont déjà subi des embarras gastriques occasionnés par l'acide acétylsalicylique seul.

INDICATIONS: — Pour le soulagement des céphalées et névralgies simples, des douleurs musculaires et des malaises éprouvés au cours de la grippe, des rhumes, des infections légères, *et particulièrement* pour ces cas de rhumatisme et d'arthritisme qui exigent une salicylo-thérapie intensive et prolongée.

BUFFERIN ne contient pas de sodium. On peut le prescrire sans crainte aux malades astreints à un régime exempt de sodium.

Un comprimé de **BUFFERIN** associe 5 grains d'acide acétylsalicylique à des proportions optima de carbonate de magnésie et de glycinate d'aluminium.

BUFFERIN est offert en fioles de 15 et de 45 comprimés. Échantillons gratuits et documentation descriptive sur demande.

BUFFERIN est un nom déposé par BRISTOL-MYERS Company of Canada Limited

Un produit de BRISTOL-MYERS — 3035 rue St-Antoine, Montréal 30, P.Q.

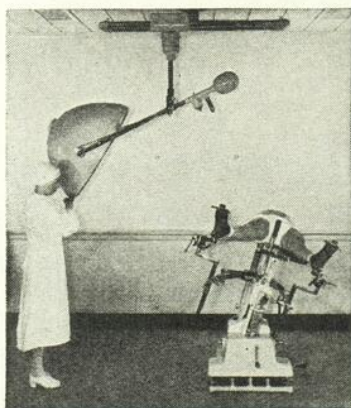
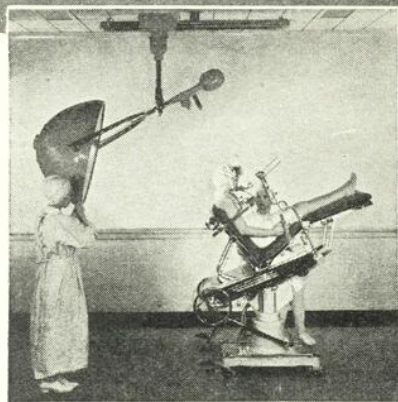
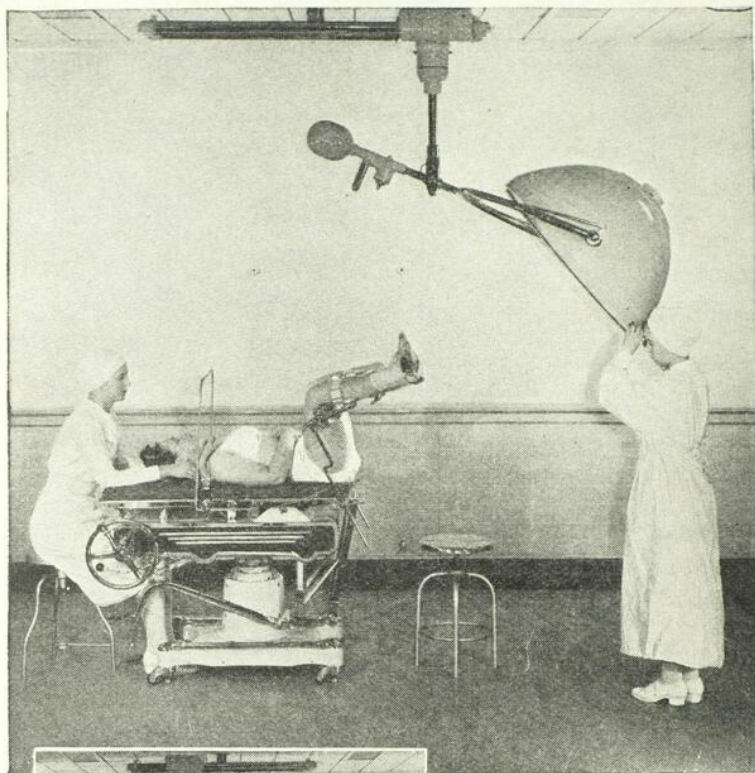
Le Sirop 'Roche' au Thiocol

le médicament classique des affections des voies respiratoires



Hoffmann-Lo Roche Limitée
Montréal

Convient également pour les
ÉTUDES GYNÉCOLOGIQUES • NEURO-CHIRURGICALES • ORTHOPÉDIQUES



Le

LUMINAIRE

"AMERICAN" d'après-guerre
 (Modèle DMCA)

est le seul à offrir une combinaison unique de rail avec montage décentré que permet le réglage en hauteur du niveau opératoire et la plus grande souplesse d'illumination de tout angle désiré dans un plan vertical aussi bien qu'horizontal.

L'importance d'une horizontalité parfaite et d'une illumination d'intensité uniforme à différentes hauteurs de la table est évidente. Ces triomphes de construction ne se trouvent que dans le Luminaire "American."

ÉCRIVEZ AUJOURD'HUI pour recevoir des notices décrivant les autres avantages que réunit cet appareil —

- Choix d'intensités lumineuses avant et pendant l'opération
- Diminution insurpassée des ombres
- Réglage de couleur pour le diagnostic
- Réglage scientifique de la chaleur
- Commande double et réglage de la tête

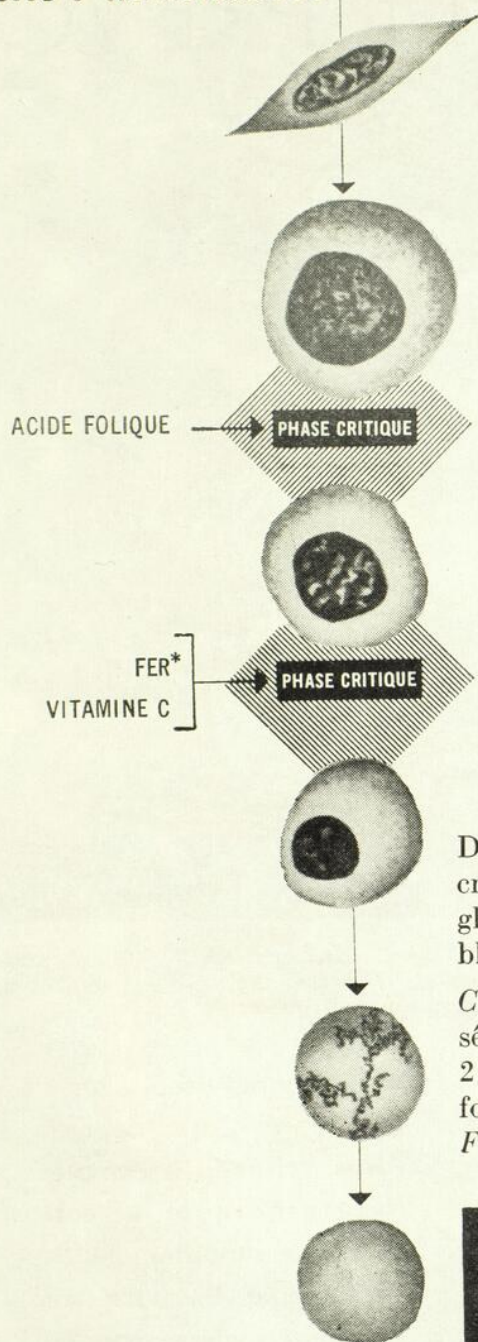


AMERICAN STERILIZER COMPANY

Erie, Pennsylvanie

DESSINATEURS ET CONSTRUCTEURS DE LAMPES, TABLES ET STÉRILISATEURS CHIRURGICAUX

Dans l'anémie...



D'après Haden, il y a deux "phases critiques" dans le développement du globule rouge: les phases du mégalo-blaste et du normoblaste.*

Chaque capsule Liafon contient: foie des-séché, 0.5 Gm.; sulfate ferreux évaporé 2 gr.; acide ascorbique 50 mg.; acide folique 1.67 mg. 1 ou 2 capsules t.i.d. Flacons de 100 capsules.

LIAFON

*'LIAFON' EST UNE MARQUE DÉPOSÉE DE E. R. SQUIBB & SONS
*PRINCIPES D'HÉMATOLOGIE ED. 3, 1946, P. 31

E. R. Squibb & Sons of Canada, Limited
2245 rue Viau, Montréal

SQUIBB fabricants de produits chimiques pour le corps médical depuis 1858

SANATORIUM PRÉVOST



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

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

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

BUREAU MÉDICAL

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

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

4455 OUEST, BOULEVARD GOUIN.

TÉLÉPHONE: BYwater 2405 ★

Atriphos

**Triphosphate d'adénosine
Vasodilatateur.**

**Crampes des coronaires et des
vaisseaux périphériques.**

**Thrombose des coronaires — infarctus —
Thrombo-artérite oblitérante**

Boîtes de 6, 20 et 100 ampoules de 1 cc.



COEUR

Corhormone

Extrait de cœur d'embryon.

**Régularise le cœur en régénérant
le muscle cardiaque.**

**Toute atteinte du cœur, directe ou
indirecte, au cours d'une maladie.**

**Réactive les cœurs réfractaires
à la digitale.**

Boîtes de 10 et 100 ampoules de 1 cc.

Biochimici S. A., Zürich — Laboratoires Jean Olive — Montréal.



Test de l'immersion au Laboratoire de Recherches sur la peau de Procter & Gamble

Pour sauvegarder davantage la peau délicate du bébé!

Physiologiquement, la peau constitue l'un des plus importants organes du corps humain; il est par conséquent essentiel que le savon que l'on emploie pour ses soins soit fabriqué selon des données scientifiques et soumis à de nombreuses épreuves.

Quand ce pain de savon est particulièrement destiné à la peau tendre du bébé (comme la chose se produit des millions de fois par jour pour Ivory), il est important que chaque pain de savon soit uniformément pur et doux.

C'est pourquoi Procter & Gamble prennent tant de précautions pour assurer la pureté et la douceur au savon Ivory.

Par exemple, dans le Laboratoire de Recherches sur la peau de P & G, des études se poursuivent constamment sur la peau humaine, spécialement quand elle est sujette à des réactions aux savons et aux ingrédients qui entrent dans leur composition.

Ces recherches conduisent au choix judicieux des ingrédients qui composent la formule de fabrication de l'Ivory. Et, pendant les diverses phases de sa fabrication, le savon Ivory est soumis à 216 épreuves diverses... afin de s'assurer que chaque pain de savon Ivory possède le plus haut degré de qualité pour répondre aux recherches effectuées.



**Le traitement Ivory est le
plus merveilleux traite-
ment pour la peau
dans l'univers!**

99 ⁴⁴/₁₀₀ % pur

Il flotte



Fabriqué au Canada

GÉNÉSÉRINE

Sédatif des troubles sympathiques

POLONOVSKI et NITZBERG.

Composition: Salicylate de Génésérine.

Indications: Hypo-acidité gastrique, Syndrome solaire, Dyspepsie atonique
Palpitations et tachycardie des cœurs nerveux.

Posologie: La dose moyenne est de 4 à 6 granules par jour. Si l'on prescrit les gouttes, on en donnera 20 avant chaque repas, 60 par jour. Les injections sous-cutanées sont surtout indiquées dans les cas de crises douloureuses intenses, contre l'angoisse et l'insomnie persistante des dyspeptiques. Injecter une ampoule tous les jours pendant cinq jours, puis une ampoule tous les deux jours.

Présentation: Granules au 1/2 mgr., flacon de 60 granules.
Gouttes, solution au millième, flacon de 20 cc.
Ampoules dosées à 2 mgr., boîte de 10 amp. de 1 cc.
Note: Chaque unité correspond à dix jours de traitement à dose journalière maximum.

—♦♦—
Laboratoires AMIDO — PARIS

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

L'AMINOPHYLLINE FRANÇAISE

C A R É N A

SÉDO-CARÉNA

COMPRIMÉS

Caréna — Phénobarbital — Papavérine

Neurodystonies cardiaques

Spasmes vasculaires, Algies des cardiaques.

C A R É N A

INTRAMUSCULAIRE

Théophylline-éthylène-diamine

Syndromes cardiaques

Syndromes Cardio-rénaux

Œdèmes cardiaques, rénaux et hépatiques.

Dyspnées

CARÉNA-OUABAÏNE

AMPOULES I. V. — COMPRIMÉS

VASO-DILATATEUR — CORONARIEN

Défaillance cardiaque, cœur sénile

TRINITRINE-CARÉNA

COMPRIMÉS

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

Laboratoires DELAGRANGE — Paris

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

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINÉ
ANESTHÉSINE
EX^t DE MARRONS
D'INDE FRAIS STABILISÉ



4
PRINCIPES
ACTIFS

HÉMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY, 67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, (France)

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



PIPÉRAZINE

MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE"

2 à 4 cuillères à café par jour.



LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY - PARIS

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

Le traitement de l'Infection Para-nasale



...Decongestion Sans Contre-Coup

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

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

La Technique Argyrol*

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

Son Triple Effet*

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



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

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

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



premier choix...

Traitement local
analgésique
et décongestif

NUMOTIZINE

— dans les états inflammatoires, l'engorgement glandulaire, les contusions, entorses, foulures, furonculoses, abcès.

- Soulage la douleur.
- Augmente la circulation dans la région affectée.
- Absorbe les exsudats.
- Diminue l'enflure.
- Facile à appliquer et à enlever.



Présentée en pots
de 4, 8 et 30
onces.

Fabriquée au Canada.

Représentants:

Wingate Chemical Co. Ltd.,
378 ouest, rue St-Paul,
Montréal.

HÉMOSTYL

Sérum hémopoiétique frais de cheval

FLACONS - AMPOULES

Anémies
Convalescences
Hémorragies

1 à 2 ampoules le matin à jeun dans 1/4
de verre d'eau, par voie buccale.

SIROP

Anémies des enfants
Chloro-anémies

1 cuillerée à potage (enfants une cuillerée
à café) avant les trois principaux repas.

Laboratoires du D^r ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS

Agents pour le Canada : J. EDDÉ L^{ée}, New Birks Bldg., MONTRÉAL

NEURINASE
SOLUTION ET COMPRIMÉS
amorce le
sommeil naturel
INSOMNIES - TROUBLES NERVEUX

ALEPSAL
ÉPILEPSIE
CONVULSIONS
INFANTILES
10 ctg. 5 ctg. 1 1/2 ctg.
simple, sûr, sans danger

LAB. GENÉVRIER
45, Rue Michélis
NEUILLY-PARIS

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

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

L'examen peut être passé en MÉDECINE, ou en Médecine en accentuant l'une des spécialités suivantes:

Dermatologie et syphiligraphie	Pédiatrie
Neurologie et/ou psychiatrie	Radiologie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE, ou en Chirurgie en accentuant l'une des spécialités suivantes:

Neuro-chirurgie	Chirurgie orthopédique
Obstétrique et gynécologie	Otolaryngologie
Ophthalmologie	Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

Les Spécialités approuvées pour le certificat sont les suivantes:

Spécialités médicales:

Anesthésie	Pédiatrie
Dermatologie et syphiligraphie	Pathologie
Médecine interne	Bactériologie
Neurologie et/ou psychiatrie	Médecine physique
	Santé publique
	Radiologie: Diagnostique et/ou thérapeutique

Spécialités chirurgicales:

Chirurgie générale	Chirurgie orthopédique
Neuro-chirurgie	Otolaryngologie
Obstétrique et/ou gynécologie	Chirurgie plastique
Ophthalmologie	Chirurgie thoracique
	Urologie

Copies des règlements concernant les examens pour le titre d'Associé et pour le certificat de spécialiste, de même que des bulletins de demande, peuvent être obtenus en s'adressant au:

Secrétaire honoraire,

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

BETAGEN

VITAMINE B COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B₁
(chlorure de Thiamine)
Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B complexe
B₃, B₄, B₅, B₆
Lécithine d'œufs
Avénine
Glycérophosphates
de Sodium
de Calcium
de Potassium
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

Saveur agréable — Tolérance parfaite.

La Cie **CANADA DRUG CO.**, Montréal

*Pharmacies***SARRAZIN & CHOQUETTE**ARTHUR SARRAZIN
Bachelier de l'Université de MontréalLUC CHOQUETTE
Docteur en Pharmacie de l'Université de Paris

921 EST, RUE STE-CATHERINE. Tél.: PLateau 9622

VACCINS SÉRUMS • ORTHOPÉDIE • OPTIQUE • LABORATOIRE D'ANALYSES

Succursales

ANGLE ST-DENIS ET MONT-ROYAL • 6511, ST-HUBERT PRÈS BEAUBIEN

Monsieur le docteur,

Faites-vous de la médecine générale?

Si oui, nous pouvons vous rendre service. Vos patientes sont rarement intéressées à se rendre au laboratoire d'un hôpital. Mais parfois un certain retard dans les menstruations peut troubler leur quiétude.

Certes, vous avez beaucoup d'expérience, mais, actuellement, un zondek coûte seulement \$4.00. Pourquoi ne pas confirmer votre diagnostic par la véritable épreuve d'Aschheim-Zondek. Savez-vous que cette véritable épreuve se fait avec des rates et non des lapines?

Cependant, il ne faudrait pas oublier qu'une môle hydatiforme, un chorio-épithéliome ou une sécrétion exagérée de gonado-tropes, au début de la ménopause, peuvent donner un résultat positif sans qu'il y ait grossesse? Par contre, un zondek négatif en élimine toute possibilité.

Nous allons chercher à domicile les spécimens d'urine sur un simple appel téléphonique. Un médecin, aidé de gardes-malades techniciennes, procède à l'épreuve d'Aschheim-Zondek. Quarante-huit heures plus tard, on vous téléphone le résultat. Le lendemain, une lettre confirmant le rapport de l'épreuve vient s'ajouter au dossier de votre patiente.


SARRAZIN & CHOQUETTE.

par

Jacques Noisieux,

interne des hôpitaux, attaché au laboratoire d'analyses.

FORMULE	DOCTEUR,	PRÉSENTATION
Extrait hépatique Extrait orchitique Extrait splénique Méthylarsénate de soude Chlorure de magnésium Chlorure de manganèse Acide phosphorique Peptonate de fer	Si votre patient est ÉPUISE, ANÉMIQUE ou DÉPRIMÉ, nous vous recommandons les Ampoules buvables <h2 style="text-align: center;">CRINHÉMOL</h2> Chaque ampoule équivaut à environ UNE LIVRE de FOIE frais. Dépositaire: MAISON GALLO 207 ouest, rue Notre-Dame, Montréal — HArbour 4658	Boîte de 20 ampoules POSOLOGIE Une ampoule le matin et le midi avant les repas.



Pour combattre la flatulence dans les cas de putréfaction et de fermentation intestinales

EUCARBON®

Chaque comprimé contient: extrait de rhubarbe, séné, soufre précipité, huile de menthe poivrée et huile de fenouil, dans un excipient formé de charbon de saule suractivé.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Laxatif doux, adsorbant et carminatif. Indiqué dans les cas d'indigestion, d'hyperacidité, de ballonnement et de flatulence.
 1 ou 2 comprimés par jour, une demi-heure après les repas. En flacons de 100.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC. 1123 Broadway, New York

Distributeur au Canada: **LYSTER CHEMICALS, Ltd. 222 Hospital St., Montreal 1, Canada**



Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.

UN MÉLANGE LACTÉ de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés



Les sirops de maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession 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.

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

.....

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.

Hydroxyl

Régulateur de la digestion. De grande valeur et de saveur agréable

Il agit contre les fermentations et l'acidité. Il ne produit pas de gaz douloureux et, à ce point de vue, son action est plus efficace que celle des carbonates et des bicarbonates.



Renferme par once fluide:

Papaïne	1 grain	Magnésie hydratée
Pancréatine	1 grain	(fraîchement précipitée) représentant en magnésium l'équivalent de
Diastase	1 grain	Carbonate de magnésium
Oxyde de bismuth hydraté (fraîchement précipité) représentant en bismuth l'équivalent de Salicylate de bismuth..	4 grains	100 grains
		Sulphocarbonate de Soude
		5 grains

DOSE: Une à deux drachmes.

La Compagnie J. F. HARTZ Limitée

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

Toronto

-

-

Montréal

Demandez les Produits pharmaceutiques HARTZ

Halifax

Support Sûr

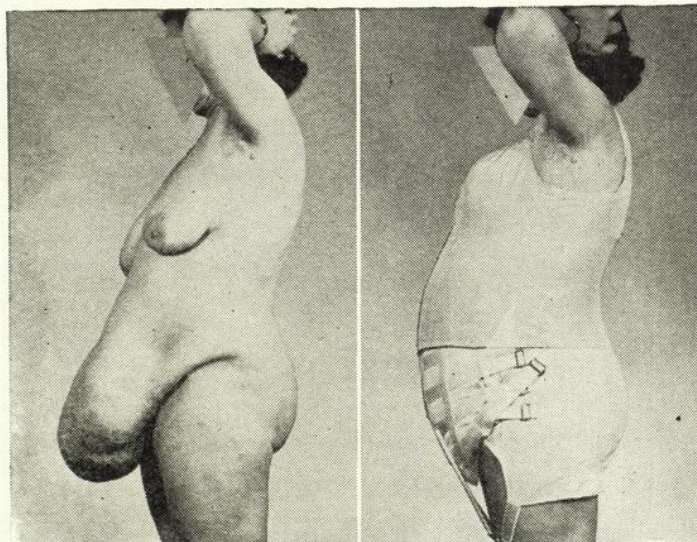
pour ce cas de hernie

Un Spencer, tel qu'illustré, fut appliqué en janvier 1947. En moins de six mois, la résolution de la hernie et la disparition du gonflement étaient telles que la malade portait des robes de taille 44 au lieu de 52. Elle mène maintenant une vie active et apprécie les résultats esthétiques.

Individuellement dessinés pour ses besoins spécifiques, ses Spencers améliorent son maintien, soutiennent sa paroi abdominale, relèvent son diaphragme et ses seins ptosés. Fait de tissu qui ne s'étire pas, le support ne cèdera ni ne glissera sous la tension, assurant le maximum de *sûreté*. Les avantages sont constants car chaque Spencer est garanti NE PAS perdre sa forme. Un support qui perd sa forme, en s'étirant ou autrement, perd son efficacité.

Les Supports Spencer pour hommes, femmes et enfants sont individuellement dessinés pour chaque malade.

Pour atteindre une marchande de Supports Spencer, consultez le bottin du téléphone, sous "Corsetière Spencer" ou "Salon de Supports Spencer", ou écrivez-nous directement.



SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED,
Rock Island, Québec.

Aux États-Unis: Spencer, Inc., New Haven,
Conn.

En Angleterre: Spencer (Banbury) Ltd.,
Banbury, Oxon.

Veillez m'adresser la brochure "Les Supports
Spencer dans la pratique médicale moderne".

Nom....., M. D.

Rue.....

Ville et Province 151-12-49

SUPPORTS DE DESSIN INDIVIDUEL SPENCER

pour l'abdomen, le dos et les seins

"La Chaleur d'un Cataplasme"

dans les affections
respiratoires

RHUME DE POITRINE
PLEURÉSIE
BRONCHITE
PNEUMONIE

La chaleur humide d'un CATAPLASME D'ANTI-PHLOGISTINE est d'une réelle valeur dans le soulagement des symptômes pénibles qui accompagnent les affections des voies respiratoires. Toux — douleur musculaire et pleurétique — constriction rétrosternale — douleur de poitrine.

LE CATAPLASME MÉDICAMENTÉ D'ANTI-PHLOGISTINE est prêt à employer. Il maintient une chaleur humide calmante pendant plusieurs heures.

Antiphlogistine

MEDICATED
POULTICE
DRESSING

Le cataplasme au kaolin le plus largement employé dans l'univers

The Denver Chemical Mfg. Co., Montréal, P. Q.



Sédation et
euphorie pour
les patients
nerveux et
irritables

VALERIANETS-DISPERT®

Chaque comprimé contient 0.05 Gm. d'extrait de valériane finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité. Sans odeur et sans goût. N'est pas sujet à accoutumance.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Un léger calmant du système nerveux central. Indiqué dans les cas de troubles émotifs, états d'anxiété, insomnie nerveuse, ainsi que dans le syndrome nerveux de la ménopause et dans certains cas d'artériosclérose.

1 ou 2 comprimés au besoin ou 3 comprimés au coucher. En flacons de 50, 100 et 500.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC.

1123 Broadway, New York

Distributeur au Canada: LYSTER CHEMICALS, Ltd. 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

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

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

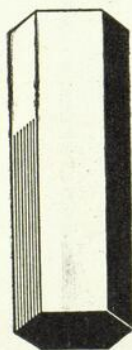
Passitonyl est à la fois un tonique et un sédatif du système nerveux destiné à ramener rapidement un équilibre normal. Les éléments toniques de la formule évitent les sensations de lassitude et de dépression que peuvent donner les sédatifs, même légers.

CALME et TONIFIE

Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée, Montréal.

LABORATOIRES JEAN OLIVE — 200, rue Vallée — MONTRÉAL, P. Q.

Le Calcium Jol réalise une combinaison de trois chlorures souvent prescrits séparément : chlorure de calcium, de magnésium, de manganèse. Ils se complètent et se renforcent mutuellement. Le véhicule employé permet une absorption facile — ses indications générales sont: recalifiant, hémostatique, anti-anaphylactique, neuro-sédatif — une à quatre cuillerées à soupe par jour.



**CALCIUM
JOL**

DIURÉSE
RECALCIFICATION
NERVOUSME

3 chlorures: de calcium (cinq pour cent), de magnésium, de manganèse, présentés sous forme de sirop. Le goût désagréable du chlorure de calcium est complètement masqué, ce qui en permet la prescription, surtout chez les enfants où le Calcium Jol agit comme un neuro-sédatif remarquable.

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

Lunettes
verres ophtalmiques

— o —
Examen de la vue
 — o —

ALBANY PHILIE. O.D.
 ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
 ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

Dupuis Frères
LIMITÉ

MONTREAL

Prêts Personnels

Si vous avez momentanément besoin d'argent, consultez le gérant de l'un de nos 540 bureaux. Il examinera avec plaisir votre proposition et, s'il la juge acceptable, il vous soumettra, au besoin, un plan de remboursement par versements faciles.

La Banque Canadienne Nationale fait tous les jours, à des taux raisonnables, de petits prêts à des particuliers solvables, offrant des garanties suffisantes.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Actif, plus de \$400,000,000

ARTICHOBYL

Extrait de feuilles fraîches d'artichaut

Traitement des affections du foie

Aucune contre-indication

Pilules

PLURIGLANDINE

Extrait glandulaire total en proportions physiologiques

Traitement des déficiences glandulaires

Pilules

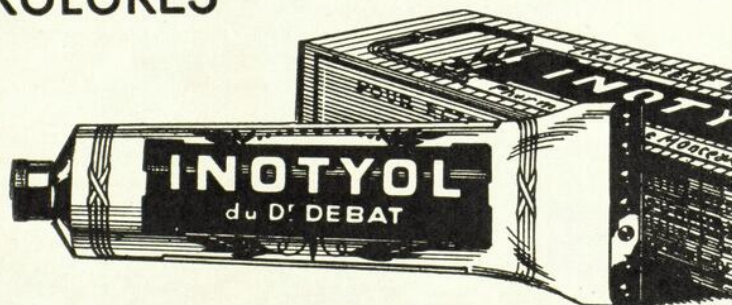
J. EDDÉ Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

ECZÉMAS

ULCÈRES - BRÛLURES

Lésions et
Irritations
de la Peau

Agent Général
J. EDDÉ Ltée
MONTRÉAL



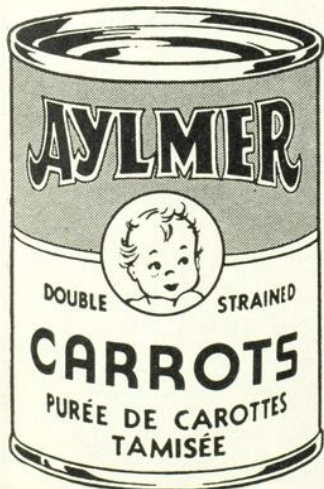
Pommade **INOTYOL**

J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks, MONTRÉAL, Agents pour le Canada.

“Docteur, quelles sont les meilleures carottes pour bébé?”



Voici les
carottes
choisies par
AYLMER



Pour échantillons gratuits,
écrire...

Canadian Cannery Ltd.
Hamilton, Canada.

VOUS AVEZ PARFAITEMENT RAISON, DOCTEUR! C'est la carotte bien mûre et bien colorée qui est riche en *carotène*... la substance qui contient la plus grande partie de la vitamine A fournie par la carotte.

C'est pourquoi Aylmer a préposé des surveillants qui vérifient constamment les récoltes d'un groupe choisi de producteurs canadiens — de sorte que la purée de carottes tamisée de Aylmer puisse être préparée dès que les carottes ont atteint leur plus haute teneur en vitamines et en sels minéraux.

Ces carottes croquantes, parfaitement mûres, sont alors soumises à l'épluchage et au lavage mécaniques dans une conserverie Aylmer des plus modernes. Elles sont coupées à la main et lavées de nouveau. Puis elles sont cuites à la vapeur sous pression dans des chaudières en acier inoxydable pendant *juste assez de temps pour les attendrir* et conserver le plus possible de leurs précieux éléments nutritifs.

Aylmer tamise alors ces carottes avec une exactitude scientifique... à 27/1000ièmes de pouce... de sorte qu'elles soient de consistance douce, qu'elles aient un goût délicieux et que les bébés puissent en manger et les digérer facilement.

OUI, N'oubliez PAS — Les experts en produits alimentaires de Aylmer s'appuient sur les conseils de médecins canadiens de premier plan — et ils travaillent la main dans la main avec vous afin de donner aux bébés canadiens ce qu'il y a de mieux en fait d'aliments.

ALIMENTS TAMISÉS

AYLMER

POUR BÉBÉS

Les futurs citoyens canadiens ont droit à la qualité Aylmer

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages	Pages	
Abbott Laboratories (Nembutal)	XLI - XLII	Lederle Laboratories (Acide folique)	XI
American Sterilizer Co. (Luminaire)	LXI	Leeming Miles Co., Ltd., The (Pabalate)	XXXIV - XXXV
Ames Company of Canada Ltd. (Decholin)	XXIX	Librairie Beauchemin Limitée	XLIX
Anglo-French Drug Co. (Hemo-bex)	XLIV	Mead Johnson & Company of Canada Ltd.	
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Béminal)	XXI	Troisième page de la couverture	
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Cillenta)	XXII	Merck & Co. Ltd. (Dihydrostreptomycine)	I
Banque Canadienne Nationale	LXXVII	Merck & Co. Ltd. (Acide para-aminosalicylique)	XXV
Barnes Company Ltd., A. C. (Argyrol)	LXVIII	Merck & Co. Ltd. (Pyridium)	V
Berex Pharmacal	XVII	Millet, Roux & Cie (F-Bé-F)	XIII
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Flo-Cillin "96")	XL	Mowatt & Moore Ltd. (Jel-Lax)	XIX
Bristol-Myers Company of Canada Ltd. (Bufferin)	LIX	Parke, Davis & Co. Ltd. (Chloromycetin)	XXVIII
British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Hormones sexuelles B.D.H.)	LI	Poulenc Ltée (Myochryesine)	
Canada Drug Co. (Betagen)	LXXI	Deuxième page de la couverture	
Canada Drug Co. (Pavéral)	LXXV	Procter & Gamble (Ivory)	LXV
Canada Drug Co. (Tri-Sulfa)	LXXVII	Reed et Carrick (Canada) Ltd. (Meprane)	XXX
Canada Starch Co., The (Un mélange lacté)	LXXIII	Rougier Frères (Eupnogène)	III
Canadian Cannery Ltd. (Aliments Aylmer pour bébés)	LXXIX	Sanatorium Prévoist	LXIII
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax)	LVII	Sandoz Pharmaceuticals Ltd. (Cafergone)	XXIV
Casgrain & Charbonneau Ltée (Benzocode) — (Recto- crine)	XXVI	Sarrazin & Choquette (Avis spécial)	LXXII
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis)	LXXI	Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Cremotres-A)	XLVIII
Compagnie Ciba Ltée (Pyribenzamine) — (Neuro- Trasentine)	XV - XVI	Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Tensol E.B.S.)	XLVI
Denver Chemical Manufacturing Co., The (Antiphlo- gistine)	LXXV	Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Vitamine B ₁₂ E.B.S.)	LIII
Dupuis Frères (Examen de la vue)	LXXVII	Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Sulfate de Dexédrine)	XXVII
Eddé, J., Ltée (Neurinase) — (Alepsal) — (He- mostyl)	LXX	Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Par-Pan) ..	XLIII
Eddé, J., Ltée (Artichobyl) — (Pluriglandine) — (Inotyol)	LXXVIII	Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskacillin) ..	XXXVII
Eli Elly and Company (Canada) Ltd.		Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Neuro- Phosphates Eskay)	LIV
..... Première page de la couverture		Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) ..	LXXIV
Frosst, Charles E. & Co. (Pyrithen)	VII - VIII - IX	Squibb & Sons of Canada, Ltd., E. R. (Liafon)	LXII
Frosst, Charles E. & Co. (Ostoforte)	IV	Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Valerianets-Dispert) ..	LXXV
Gallo, Maison (Crinhémol)	LXXIII	Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Eucarbon)	LXXIII
Hartz Ltée, La Compagnie J. F. (Hydroxyl)	LXXIV	Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor) ..	LXXX
Herd & Charton, Inc. (Veratrite) — (Chobile)	XLVII	Vinant Limitée (Généserine) — (Aminophylline fran- çaise Caréna)	LXVI
Herd & Charton, Inc. (Uroprazine)	XLV	Vinant Limitée (Pommade Midy) — (Pipérazine Midy) ..	LXVII
Herd & Charton, Inc. (Aggripol)	L	Vinant Limitée (Opobyl)	XX
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	II	Vinant Limitée (Antigrippine Midy)	XVIII
Hoffmann-La Roche Ltée (Sirop au Thiocol Roche)	LX	White Laboratories of Canada (Aspergum)	XXXIX
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG)	LV	White Laboratories of Canada (Mol-Iron)	XXXIII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Acet-Aminophylline)	LVIII	Whittier Laboratories (Division Nutrition Research Laboratories) (Ertron)	LVI
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Néo-Laryngobis) — (Neurophen)	LII	Wingate Chemical Co. Ltd. (Numotizine)	LXIX
Laboratoires Désautels (Passadine)	XXXVI	Wingate Chemical Co. Ltd. (Glycinate ferreux)	XXXVIII
Laboratoires Desbergers Ltée (B-Totum)		Winthrop-Stearns Inc. (Néo-Synéphrine)	XXIII
..... Quatrième page de la couverture		Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Plastules hématiniques)	XXXI
Laboratoires Jean Olive (Atriphos) — (Corhormone)	LXIV	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Wycillin) — (Lentopen)	XXXII
Laboratoires Jean Olive (Passitonyl) — (Calcium Jol) ..	LXXVI		

SAL-IODUM VALOR

UN

SPECIFIQUE

DU

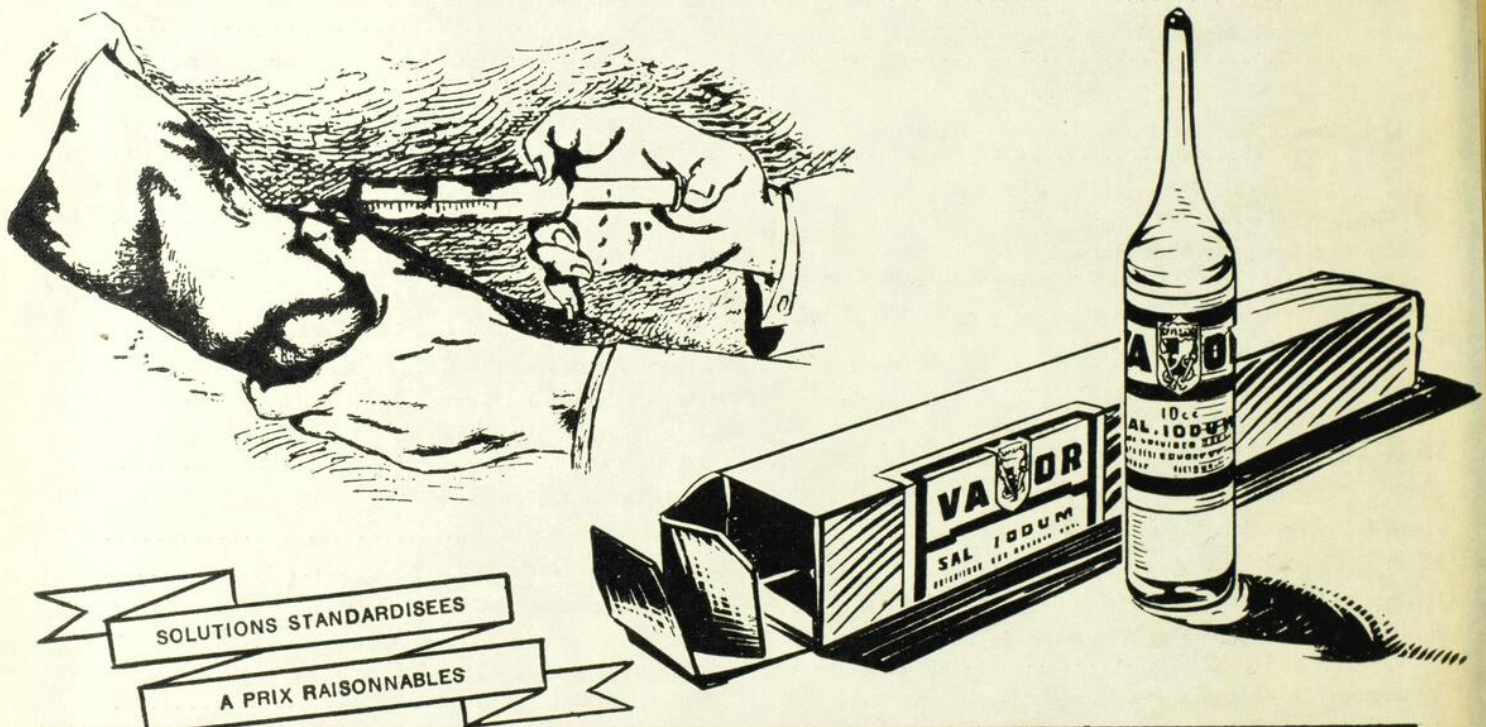
RHUMATISME

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.

Posologie: Une injection (20 cc.) peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.



USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTREAL



RÉTROSPECTIVE

1 LB. NET

MEAD'S
DEXTRI-MALTOSE

A product consisting of maltose and dextrans, resulting from the enzymic action of barley malt on cereal starch.

WITH SODIUM CHLORIDE 2%

D M

SPECIALLY PREPARED FOR USE IN INFANT DIETS

MEAD JOHNSON & CO.
OF CANADA, LTD.
BELLEVILLE, ONT.

KEEP THIS PACKAGE TIGHTLY CLOSED AS A PROTECTION AGAINST MOISTURE

DO NOT REMOVE CONTENTS WITH A WET SPOON—KEEP DRY

L' du lait de vache, de l'eau et des hydrates de carbone mélangés représente la méthode unique d'alimentation infantile qui, sans interruption, depuis plus de trois décades, a été favorablement accueillie par les pédiatres. Aucun hydrate de carbone employé dans cette méthode d'alimentation infantile ne jouit d'un passé aussi riche et fécond, en expérience clinique renommée, que le Dextrin-Maltose de Mead.

VITAMINE B COMPLEXE + ARSENIC
ET ACIDE NUCLÉINIQUE

ELIXIR B-TOTUM DESBERGERS

FORMULE: chaque ml contient:

Chlorure de Thiamine50 mgm.
Riboflavine10 mgm.
Niacinamide	2.20 mgm.
Chlorure de Pyridoxine04 mgm.
Pantothénate de Calcium20 mgm.
Méthylarsinate de Sodium002 gm.
Acide Nucléinique002 gm.
Alcool, 20% en volume	

POSOLOGIE:

2 cuillerées à thé, 3 fois par jour après les repas, avec ou sans eau.

PRÉSENTATION:

Flacons de 12 onces.

“Délicieux au goût”

HAUTE CONCENTRATION DU COMPLEXE VITAMINIQUE “B”
SUPPLÉMENTÉE PAR 160 MGM. DE VITAMINE “C” PAR COMPRIMÉ

B-TOTUM CONCENTRÉ et VITAMINE “C”

FORMULE: chaque dragée contient:

Chlorure de Thiamine	7.5 mgm.
Riboflavine	7.5 mgm.
Niacinamide	20.0 mgm.
Chlorure de Pyridoxine5 mgm.
Pantothénate de Calcium	2.0 mgm.
ACIDE ASCORBIQUE (VITAMINE C)	160.0 mgm.

INDICATIONS:

Toutes les manifestations nerveuses digestives, cutanées imputables directement ou indirectement à la déficience des vitamines B et C, telles que névrites, perte d'appétit, perte de poids, etc.

POSOLOGIE:

1 - 3 dragées par jour.

PRÉSENTATION:

Flacons de 50 dragées.

DESBERGERS
MONTREAL *Limitée* CANADA

388 OUEST, RUE SAINT-PAUL