Tome 80 — Numéro 8 MONTRÉAL, AOÛT 1951

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

•

**XXIe Congrès de l'A.M.L.F.C., 4 - 6 octobre 1951,
Trois-Rivières**

ADMINISTRATION ET SECRÉTARIAT:
326 est, boulevard Saint-Joseph,
Montréal.

R rebelles

dans les cas

de Vaginites à Trichomonas...essayez

"EXOSULFONYL"

(succinylamido-4-amino-4'-diphénylsulfone)

indiqué dans: vaginites à Trichomonas, métrites, exo et endocervicites d'origine microbienne, leucorrhées banales, vaginites, vulvites, bartholinites, vulvo-vaginites fongiques (moniliase)

ses avantages: bien toléré, ne cause pas d'irritation, se délite très bien, fait rapidement disparaitre les sensations de brûlures, démangeaisons, leucorrhées ("pertes blanches"), facile à employer, ne tache pas le linge

présenté en: COMPRIMÉS VAGINAUX contenant 0.25 Gm. de produit actif
POUDRE à 0.25 Gm. par gramme

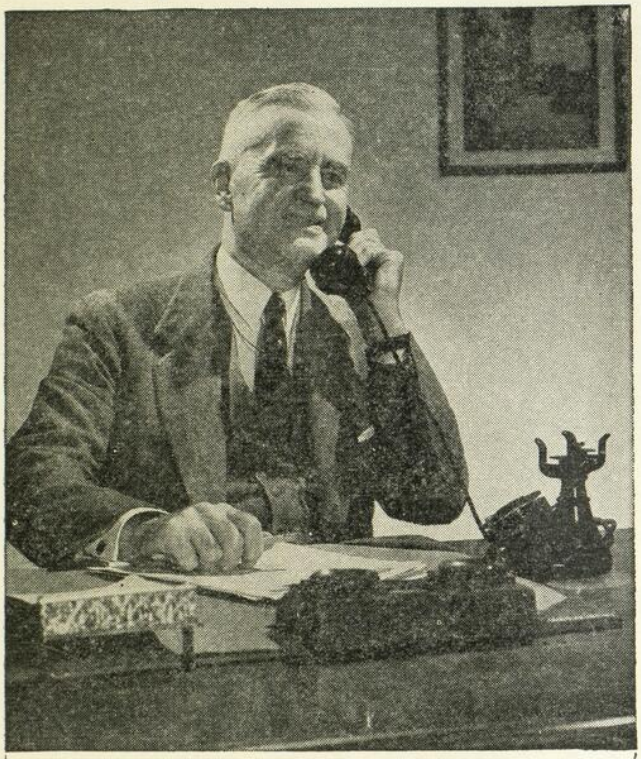
échantillons et littérature sur demande

Poulenc

LIMITÉE, MONTRÉAL

Les activités de l'homme d'affaires ne sont pas interrompues

grâce au soulagement bienfaisant des symptômes urinaires



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

Un soulagement rapide de la pollakiurie dans 85% des cas.

Une diminution de la douleur et du ténesme dans 93% des cas.

*Kirvin, T. J., Lowsley, O. S., et Manning, J., Effects of Pyridium in certain urogenital infections, *A. J. Surg.* **62**: 330-335, décembre 1943.

Plusieurs malades sous traitement pour infections des voies urinaires, continuent de vaquer à leurs occupations habituelles grâce à l'analgésie obtenue par l'administration orale du Pyridium. Le Pyridium peut s'administrer en même temps que les antibiotiques, les sulfamides ou toute autre thérapeutique spécifique.

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

PYRIDIUM®

(Marque de phénylazo-diamino-pyridine ClH)

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

MERCK & CO. LIMITED

Fabricants Chimistes

Montréal - Toronto - Valleyfield

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Paul LETONDAL

L'enseignement médical post-universitaire est-il organisé dans la province de Québec? Un cours de perfectionnement pour le praticien sur les maladies des enfants, du 24 au 28 septembre 1951, à l'hôpital Ste-Justine 909

Le XXIe Congrès 913

• • •

Jean GRATTON et Paul DAVID

La quinidine dans les troubles du rythme — 18 cas 914

L. LAMOUREUX et M. BOURGEOIS-GAVARDIN

La théorie des trois perpendiculaires dans l'infiltration du plexus brachial 927

A.-E. PÂQUET

La stabilité du Ph sanguin 934

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

ESKAPHEN B*

COMBINAISON SÉDATIVE DE THIAMINE ET DE PHÉNOBARBITAL POUR LE MALADE NERVEUX SANS APPÉTIT

Déséquilibres vago-sympathiques
Dyspepsies nerveuses
Insomnies nerveuses
Hyperémotivité

Élixir léger en flacons de 6 et 80 onces liquides (170 cc. et 2 l. 273 environ)

SMITH KLINE & FRENCH INTER-AMERICAN CORPORATION, MONTRÉAL 9

*Marque déposée au Can. Pat. Off.

SOMMAIRE
(Suite)

RECUEIL DE FAITS

Maurice GERVAIS

Un cas de gangrène d'origine veineuse 939

Reginald JOHNSON

Observations sur deux cas de "maladie bleue" 940

J.-A. LAPOINTE

Kératite interstitielle et kératoplastie perforante — Commentaires 945

Hubert TOUGAS

Un cas de rhinophyma opéré 948

M. GAGNIER

Eclampsie et rein gravidique 950

Jacques GAGNON

Hépatite et néphrite gravidiques 953

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

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRES EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

1888 La Théophylline est découverte par Kossel. Cette médication maintenant bien connue et dont l'utilité est induscutable présente toutefois l'inconvénient d'être insoluble et susceptible d'intolérance gastrique.

1933 L'aminophylline est découverte par Gruter. La solubilité de cette association de la Théophylline avec l'éthylène diamine marque un progrès. A l'usage on constate cependant ses inconvénients qui découlent de sa réaction franchement alcaline (d'où causticité) et de son instabilité.

1950 La Neutraphylline est mise à la disposition du Corps Médical canadien à la suite des travaux de recherches et d'une longue expérimentation clinique depuis son introduction par Maney, Jones, Gross et Korns en 1946.

neutraphylline

neutre — stable — soluble

1951

constitue un progrès réel. Elle possède toutes les propriétés de la théophylline sans ses inconvénients. Elle est efficace par voie orale ou rectale aussi bien qu'en injections (indolores).

La Neutraphylline est offerte en comprimés, suppositoires et ampoules. Elle est également présentée avec Phénobarbital et en association avec Papavérine et Phénobarbital.

Documentation détaillée sur demande.

1951 marque pour la maison Rougier Frères le cinquantième anniversaire d'efforts constants pour mettre à la disposition du Corps Médical des spécialités pharmaceutiques de la plus haute qualité.

50 ANNÉES DE PROGRÈS — 1901 Rougier FRÈRES MONTREAL 1951 — 50 YEARS OF ACHIEVEMENT

Rougier Frères, 350, RUE LE MOYNE, MONTREAL 1

SOMMAIRE
(Suite)

•

H. RICARD

Cervicite et endocervicite en rapport avec la pratique gynécologique et obstétricale 957

MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

Jacques DURIVAGE

Evaluation de la marisone en rhumatologie 960

ÉDITORIAL

Henri SMITH

La cortisone dans le traitement de la kératite interstitielle syphilitique 963

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Hon. Paul MARTIN

Récents progrès de la campagne anticancéreuse du Canada 965

Adélard GROULX

Cinquante années de progrès 970

VARIÉTÉS

Rosario FONTAINE

Crime à deux 973

Gabriel NADEAU

Le dernier chirurgien du roi à Québec. Antoine Briault (1742-1760). 981

En devoir 999

• • •

"L'Union médicale du Canada" en 1882 1002

ANALYSES 1004

MÉDECINE

Maladie de Gaucher et mégaloblastose médullaire (1004). **Insuffisance rénale aiguë secondaire aux accidents transfusionnels ou à d'autres causes** (1004). **Formes atypiques de mononucléose infectieuse** (1007). **Hernies diaphragmatiques et anémies** (1007). **Erythroleucémie** (1008). **Porphyrie aiguë** (1008).

CARDIOLOGIE

Localisation des infarctus du myocarde par rapport aux faisceaux musculaires du cœur (1009).

LABORATOIRE

Ma conception des nævus cellulaires (1010).

SOCIÉTÉS 1012

Réunion scientifique du bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 19 avril 1951 (1012).

CONGRÈS

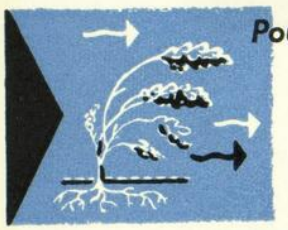
Le congrès annuel de la "Canadian Urological Association" 1017

NOUVELLES 1019

REVUE DES LIVRES 1030

Pour mieux Profiter des Vacances

Les vacances sont rarement *parfaites* . . . aussi faut-il se prémunir contre tous les ennuis qui *peuvent* être maîtrisés. Grâce aux préparations ci-dessous, les personnes prévoyantes qui vous consulteront avant leur départ pour l'été tireront un meilleur parti de leurs vacances.



Pour le Soulagement de la Fièvre des Foins

Le COMPOSÉ "PYRITHEN"

Une préparation antihistaminique

Le Composé Pyrithen présente des avantages particuliers: administration sous forme de doses légères suivies d'effets antihistaminiques plus soutenus et moins susceptibles de provoquer la somnolence, renforcés par les précieux effets d'analgésiques et d'antipyrétiques contre une grand nombre de malaises inhérents à la fièvre des foins.

C.T. Nº 814 "Frosst"

Pyrithen (marque de citrate de chlorothen)	25 mg.
Acétophen (marque d'acide acétylsalicylique)	200 mg.
Phénacétine	150 mg.
Citrate de caféine	30 mg.

POSOLOGIE: de 2 à 4 comprimés par jour.

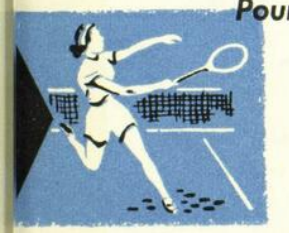
PRÉSENTATION: Tubes de 12, flacons de 40 et de 100.

Le Traitement 'par excellence' des Coups de Soleil

"TAN-GEL"

Vous pouvez recommander Tan-Gel en toute confiance. Cette gelée antiseptique, à l'acide tannique et de consistance non graisseuse, soulage rapidement les malaises causés par les coups de soleil et autres calamités propres à l'été — l'herbe à la puce, les coupures, les éraflures, les piqûres d'insectes. Les mères l'aiment tout particulièrement à cause de sa rapidité d'action dans les cas d'érythème fessier.

PRÉSENTATION: Tubes de 2 et 6 onces.



Pour Eliminer la Mauvaise Haleine et les Odeurs Corporelles

Les COMPRIMÉS "SUDROMA"

C.T. Nº 816 "Frosst"

Chlorophyllines	100 mg.

POSOLOGIE: Pour l'élimination de toutes les odeurs corporelles, prendre une tablette par jour, généralement au déjeuner ou immédiatement après. Les cas opiniâtres peuvent nécessiter 2 ou 3 comprimés les quelques premiers jours.

Pour soulager rapidement les odeurs buccales provenant du tabac, des aliments, des boissons ou de désordres des sucs buccaux (halitose), laisser lentement dissoudre un comprimé dans la bouche. Ne pas escompter d'effets favorables avant au moins une heure après la déglutition du comprimé, laps de temps nécessaire à l'absorption.

PRÉSENTATION: Formats de 12, flacons de 30 et de 100.

Pour le Soulagement des Maux de Tête, Névralgies, Douleurs musculaires et autres.

Les COMPRIMÉS "217"

C.T. Nº 217 "Frosst"

*Acétophen	3½ gr.
Phénacétine	2½ gr.
Citrate de caféine	½ gr.

*(Marque d'acide acétylsalicylique)

POSOLOGIE: Un comprimé 2 ou 3 fois par jour, selon le besoin.

PRÉSENTATION: Tubes de 12, flacons de 40 et de 100.

Il nous fera plaisir de vous adresser notre format régulier de l'un ou l'autre de ces produits pour votre usage personnel. Veuillez tout simplement en faire la demande sur une carte postale portant votre nom et adresse.

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL · CANADA

Traitement des
CARENCES VITAMINIQUES

"Beforte"

Marque de vitamine B additionnée des vitamines C et D

Les maladies par carence sont rarement imputables à l'insuffisance d'un seul facteur. Chaque constituant nutritif doit être évalué. Protides, glucides, lipides, sels minéraux et facteurs accessoires, tous doivent être pesés et considérés dans l'étude de l'intégralité d'un régime alimentaire. On constatera, cependant, que dans la plupart des cas, la carence vitaminique joue le rôle principal et que, en cette occurrence, la carence est multiple et non pas limitée à une seule vitamine.

On recommande Beforte pour suppléer à l'insuffisance du régime alimentaire et pour seconder le traitement de la maladie à sa période aiguë tout comme durant la convalescence. Les vitamines sont présentement ou virtuellement insuffisantes dans le régime des états suivants, et il faut donc le compléter.

RESTRICTIONS DIÉTÉTIQUES

Ulcère peptique, colite, diabète sucré, alcoolisme chronique, anorexie nerveuse, cardiopathie, régimes irrationnels, néphrite, sénilité.

ABSORPTION INADÉQUATE

Colite, maladie coeliaque, dysenterie, cardiopathies avancées.

BESOINS EXTRAORDINAIRES

Hyperthyroïdie, infections aiguës, grossesse et lactation, états pré et post-opératoires, maladies débilitantes—tuberculose, arthrite, asthme chronique, etc.

Beforte s'est avéré utile pour la prévention et le soulagement du mal des rayons. L'administration des tablettes devra commencer 3 ou 4 jours avant la radiothérapie, et continuer durant tout le cours du traitement.

TABLETTES "BEFORTE"

S.C.T. N° 360 "Frosst"

Levure de bière concentrée	150 mg.
Thiamine, ClH. de	3 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	12.5 mg.
Pyridoxine, ClH. de	1 mg.
d-pantothénate de calcium	5 mg.
Vitamine D	500 U.I.
Acide ascorbique	25 mg.

POSOLOGIE
Une à trois tablettes par jour.

PRÉSENTATION
Flacons de 30 et 100 tablettes.

LIQUIDE "BEFORTE"

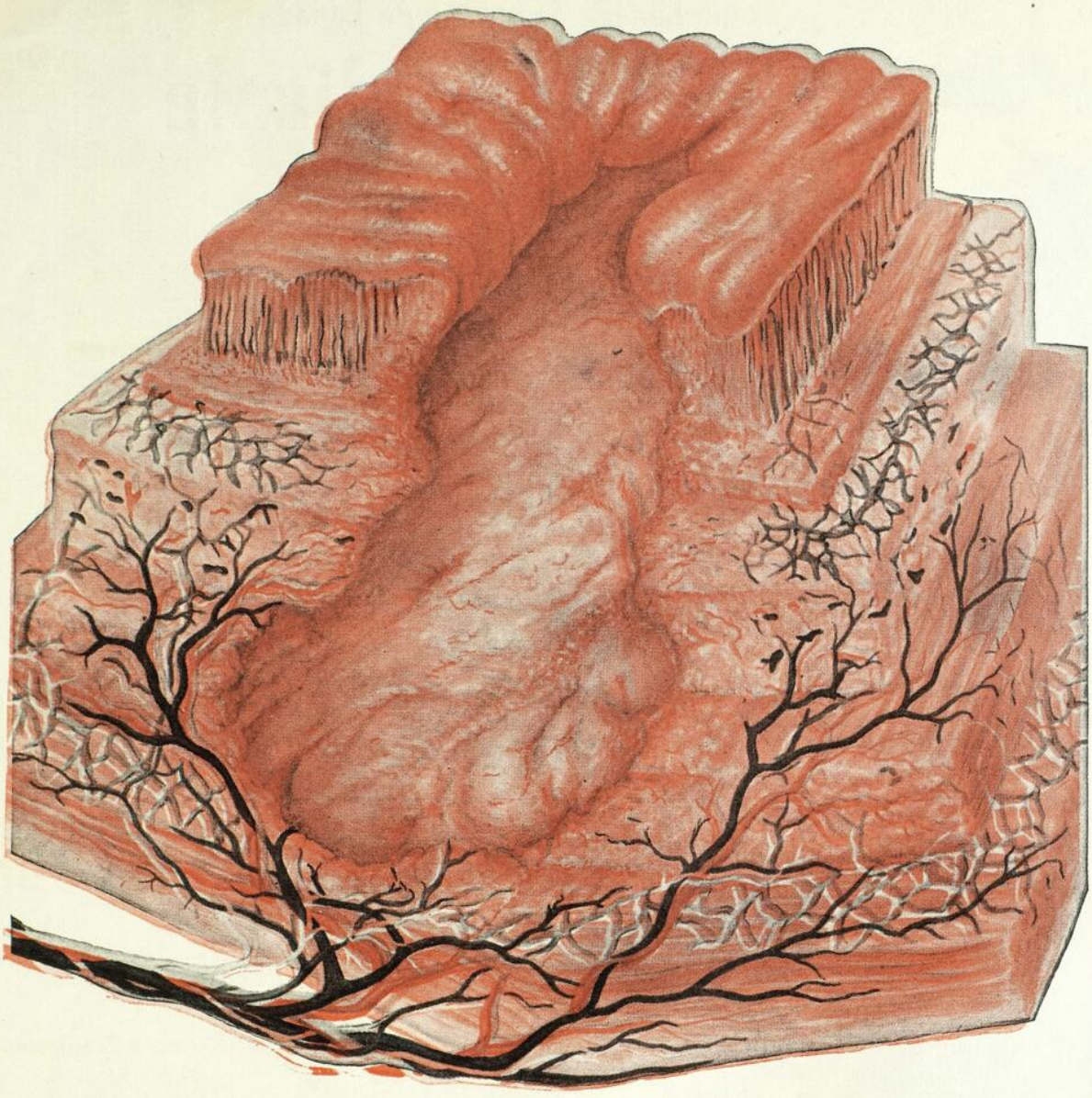
Chaque cuillerée à thé renferme:

Levure de bière concentrée	150 mg.
Thiamine, ClH. de	3 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	12.5 mg.
Pyridoxine, ClH. de	1 mg.
d-pantothénate de calcium	5 mg.
Vitamine D	500 U.I.

POSOLOGIE
Une à trois cuillerées à thé par jour.

PRÉSENTATION
Flacons de 4 et 8 onces.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA



L'Action anticholinergique de la Banthine dans l'ulcère peptique

—diminue la stimulation excessive du vague, caractéristique de la maladie ulcéreuse, en inhibant les stimuli . . .

1. Aux ganglions para-sympathiques et sympathiques.
2. Aux organes récepteurs du système para-sympathique.

Par cette action, la Banthine réduit considérablement l'hypermotilité et, habituellement, l'hyperacidité.

Banthine

BROMURE

MARQUE DE COMMERCE DU BROMURE DE MÉTHANTHÉLINE

Dose suggérée:
Un ou deux comprimés
(50 à 100 mg.)
toutes les six heures.

SEARLE

LA RECHERCHE AU SERVICE DE LA MÉDECINE

G. D. SEARLE & CO., CHICAGO 80, U S A.

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

L'Union Médicale
du Canada

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Roger-R. Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

BUREAU DE COLLABORATION:

MM. Maurice Beaudry, A. Cantero, Roland Cauchon, Fernand Charest, C.-E. Côté, Paul David, F.-X. Demers, R. Doré, Guy Drouin, Paul Dumas, Origène Dufresne, Roger Dufresne, M. Gervais, Pierre Jobin, P. Larivière, Valmore Latraverse, Rosaire Lauzer, Sylvio Leblond, J.-Louis Léger, Jean 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.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

L'examen peut être passé en MÉDECINE, ou en médecine en accentuant sur l'une des spécialités suivantes:

Anesthésie
Dermatologie et syphiligraphie
Neurologie
Psychiatrie
Pédiatrie
Radiodiagnostic
Radiothérapie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE, ou en chirurgie en accentuant sur l'une des spécialités suivantes:

Neuro-chirurgie
Obstétrique et gynécologie
Ophtalmologie
Chirurgie orthopédique
Otolaryngologie
Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

L'examen peut être passé dans une des spécialités suivantes, approuvées pour le certificat:

SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Anesthésie
Dermatologie et syphiligraphie
Médecine interne
Neurologie
Psychiatrie
Pédiatrie
Pathologie
Bactériologie
Médecine physique
Santé publique
Radiodiagnostic
Radiothérapie

SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

Chirurgie générale
Neuro-chirurgie
Obstétrique et/ou gynécologie
Ophtalmologie
Chirurgie orthopédique
Otolaryngologie
Chirurgie plastique
Chirurgie thoracique
Urologie

Copies des Règlements et Normes de Formation post-universitaire Régissant les Examens du Collège à l'Egard du Diplôme d'Associé (Fellow) et du Certificat de Spécialiste, ainsi que des formules de demande et des listes des hôpitaux approuvés au Canada, peuvent être obtenues en s'adressant comme suit:

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

mucilose®

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION PAR UN HYDROGEL

Traitement par la masse de l'hydrogel . . .

dans la constipation due à une alimentation pauvre en résidus

Le vieillard, l'opéré, le convalescent, le malade au régime, sont souvent constipés à cause d'une diète pauvre en résidus.

Mucilose — (hémicelluse hydrophile) — augmente le volume du bol alimentaire, pauvre en résidus, remplit le côlon d'une masse émolliente et favorise le péristaltisme normal.

2 cuillerées à thé . . .
2 fois par jour . . .
avec 2 verres d'eau

Présenté en flocons (Formule concentrée avec dextrose)
4 et 16 onces.
Echantillons envoyés sur demande aux médecins.

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

443 Sandwich Street, West Windsor, Ontario

Mucilose, marque de commerce enregistrée, Etats-Unis et Canada.

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

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT } **326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal.**
PUBLICITÉ: Jacques D. Clerk } **Tél.: LAncaster 9888**

L'hôpital Royal Victoria donnera un cours de cinq jours pour les praticiens de médecine générale, du 8 au 12 octobre. Ce cours portera sur les conditions vues en médecine générale et l'on insistera sur les différentes techniques utilisables dans le cabinet de consultation et ce en médecine, chirurgie, obstétrique et gynécologie. Ce cours est limité à 50 candidats. Le coût est fixé à $50.00.

Pour autre information ou pour enregistrement, écrivez au "Post-Graduate Board", Royal Victoria Hospital, 687 ouest, avenue des Pins, Montréal, P. Q.

Médication efficace
contre de nombreuses infections à bactéries
et à rickettsies et certaines maladies
à protozoaires et à grands virus

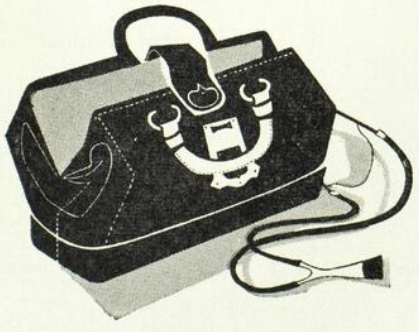
Chlorhydrate cristallisé d'

AUREOMYCINE

Lederle

Le Praticien de Médecine Générale

est le clinicien qui a le plus de chances de constater le premier symptôme d'une maladie infectieuse. Il entreprend de soigner la majorité de ces cas et, souvent, il dirige le traitement de maladies rebelles ou d'étiologie obscure. De plus en plus, le médecin de famille donne la préférence à l'Auréomycine pour traiter de nombreuses maladies infectieuses. Sa vaste gamme d'activité, jointe à l'absence quasi totale d'une tendance à la bactério-résistance et à une faible fréquence d'effets secondaires, sont autant d'avantages précieux qui rendent l'Auréomycine indispensable au praticien affairé.



Conditionnement

Capsules à 50 mg.: Flacons de 25 et de 100 capsules; à 250 mg.: Flacons de 16 et de 100 capsules.
Forme ophtalmique: Fiole de 25 mg. avec compte-gouttes,
solution à préparer extemporanément par addition de 5 c.c. d'eau distillée.

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

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

Donat'en MARION,
326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal.

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Emile BLAIN,
444 est, rue Sherbrooke,
Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel,
Montréal.

SECRÉTAIRE ADJOINT

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

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

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

COMITÉ DU XXIe CONGRÈS

J.-A. DENONCOURT, président.

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

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

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

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,	**Chs. N. DeBLOIS,**	**A.-L. RICHARD,**
J.-H. LAPOINTE,	**J.-A. JARRY,**	**Edmond POTVIN,**
Albert PAQUET,	**Charles VEZINA,**	**J.-A. VIDAL.**
	Richard GAUDET,	

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal ... 1954
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean, P. Q. 1952
BAILLY, Roland, 4339 avenue de Lorimier, Montréal .. 1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta 1954
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-E. 1952
BIBAUD, Barthélémi, Valleyfield, P. Q. 1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec 1952
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont 1954
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. 1954
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec 1952
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1954
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1954
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1954
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal.. 1952
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec .. 1952
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. 1952
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1954
GAUTHIER, J.-D., Shippegan, N.-B. 1954
HURTUBISE, Raoul, Sénateur, 19, rue Durham,
Sudbury, Ont. 1954
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1952
JOBIN, Pierre, 91½, rue d'Auteuil, Québec 1954
LECOURS, J.-A., 538, av. King-Edward, Ottawa, Ont. 1952
LEMIEUX, J.-R., Hôpital Saint-Sacrement, Québec 1952
MANSEAU, Georges, 924, rue St-Aubin, Ville-St-Laurent 1952
MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-E.-Cartier, Montréal .. 1952
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. .. 1952
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P. Q. .. 1952
PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. .. 1952
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1954
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1954
PILON, J.-L., 389 est, boul. Saint-Joseph, Montréal .. 1954
POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. 1954
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. 1954
ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté de Nicolet, P. Q. 1952
SMITH, Pierre, 300, Carré Saint-Louis, Montréal 1954
TETRAULT, Adélard, 411, boul. Laviolette, T.-Rivières 1954
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1954
VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1954

AMPHO-VACCINS
À INGÉRER

INTESTINAL

COLIBACILLES, ENTEROCOQUES, PROTEUS, BACILLUS BIFIDUS, BACILLES PYOCYANIQUES.

AUTO-INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE, ENTÉRITES, APPENDICITES, CHOLÉCYSTITES, SYNDROME ENTÉRO-RENAL, CERTAINS RHUMATISMES, INSUFFISANCE HÉPATIQUE, PRÉPARATION DES MALADES AVANT LES INTERVENTIONS ABDOMINALES.

QUINTIVACCIN

BACILLES DE BORDET ET GENGOU 52%, PNEUMOCOQUES, PNEUMOBACILLES, STREPTOCOQUES, STAPHYLOCOQUES, ENTÉROCOQUES, MICROCOCCUS CATARRHALIS, COCCO-BACILLES DE PFEIFFER, BACILLES PYOCYANIQUES àà 6%.

TRAITEMENT EFFICACE DE LA COQUELUCHE ET DE SES COMPLICATIONS.

PULMONAIRE

PNEUMOCOQUES, PNEUMOBACILLES, STREPTOCOQUES, STAPHYLOCOQUES, ENTÉROCOQUES, MICROCOCCUS CATARRHALIS, COCCOBACILLES DE PFEIFFER, BACILLES PYOCYANIQUES.

GRIPPE, BRONCHITES, PNEUMONIES, BRONCHO-PNEUMONIES, PLEURÉSIES PURULENTES, CERTAINS ASTHMES, SINUSITES, OTITES, CONJONCTIVITES.

URINAIRE

COLIBACILLES, ENTÉROCOQUES, STAPHYLOCOQUES,

TOUTES INFECTIONS DE L'APPAREIL URINAIRE.

LABORATOIRES DES AMPHO-VACCINS

A.-D. RONCHÈSE

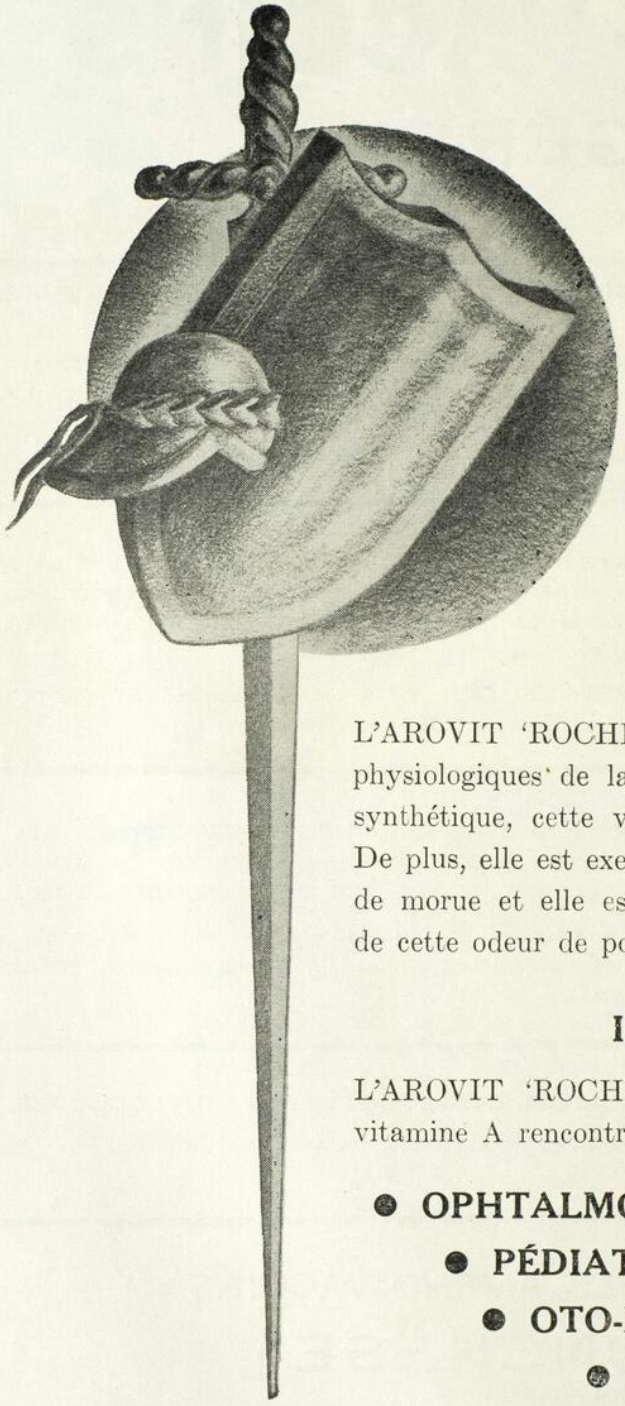
DOCTEUR EN PHARMACIE

ANCIEN CHEF DE LABORATOIRE A L'HÔPITAL COCHIN—LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

AGENTS GÉNÉRAUX

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE

MONTRÉAL CANADA



PROTECTION...

Une vitamine A synthétique

L'AROVIT 'ROCHE'

L'AROVIT 'ROCHE' possède toutes les propriétés physiologiques de la vitamine A naturelle. Sous la forme synthétique, cette vitamine est facilement absorbable. De plus, elle est exempte de ces arrière-goûts des huiles de foie de morue et elle est dépourvue de cette saveur et de cette odeur de poisson désagréables.

INDICATIONS

L'AROVIT 'ROCHE' est recommandé dans les carences en vitamine A rencontrées en

- OPHTALMOLOGIE
- DERMATOLOGIE
- PÉDIATRIE
- GYNÉCOLOGIE
- OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
- MÉDECINE INTERNE

Conditionnement:

Dragées à 50,000 U.I. de vitamine A (environ 17 mg. d'acétate de vitamine A), flacons de 30 et de 200.

Ampoules de 1 cc. contenant 300,000 U.I. de vitamine A (environ 165 mg. de palmitate de vitamine A), boîtes de 3 et de 25.

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE • Montréal

La PYRIBENZAMINE• est indiquée dans

la misère de la FIÈVRE DES FOINS

et autres allergies saisonnières . . .

L'expérience clinique a démontré l'efficacité marquée de la PYRIBENZAMINE• *dans le soulagement symptomatique de la* ***Fièvre des Foins*** *et des autres allergies.*

350 rapports cliniques ont prouvé l'efficacité thérapeutique de la PYRIBENZAMINE• *et la pauvreté d'effets secondaires qui accompagnent son administration.*

•MARQUE DÉPOSÉE

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE, MONTRÉAL

Ciba

Les chaines de la congestion nasale sont brisées . . .

Antistine-Privine*

. . . donne un soulagement frappant de la congestion nasale causée par: rhinite allergique, rhinite vasomotrice, sinusite, etc. La combinaison synergique de l'antihistaminique Antistine et du vasoconstricteur Privine est "le médicament de choix pour application aux muqueuses nasales."[1]

PRÉSENTATION:

1. VAPORISATEUR commode: Emet un aérosol qui fait parvenir la solution directement à la région des symptômes
2. SOLUTION—Flacon de ½ once liquide avec compte-gouttes. Pour instillation dans les narines et dans le cul-de-sac conjonctival dans le traitement des affections allergiques des muqueuses nasales et de la conjonctive.

Ciba COMPAGNIE LIMITÉE • MONTRÉAL

1. Hunter, R.B., et Dunlop, D.M.; Quart. J. Med. 17: 271-290, 1948.

*Marque déposée

pour la douleur rhumatismale qui *disparaît* après le traitement au Pabalate.

L'acide para-amino-benzoïque 0.3 gm. (5 gr.), et le salicylate de soude 0.3 gm. (5 gr.) fournissent une plus forte concentration de salicylate dans le sang avec un dosage *inférieur* en salicylate. — Soulagement clinique prolongé, effets secondaires réduits.

Pabalate®

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

Robins

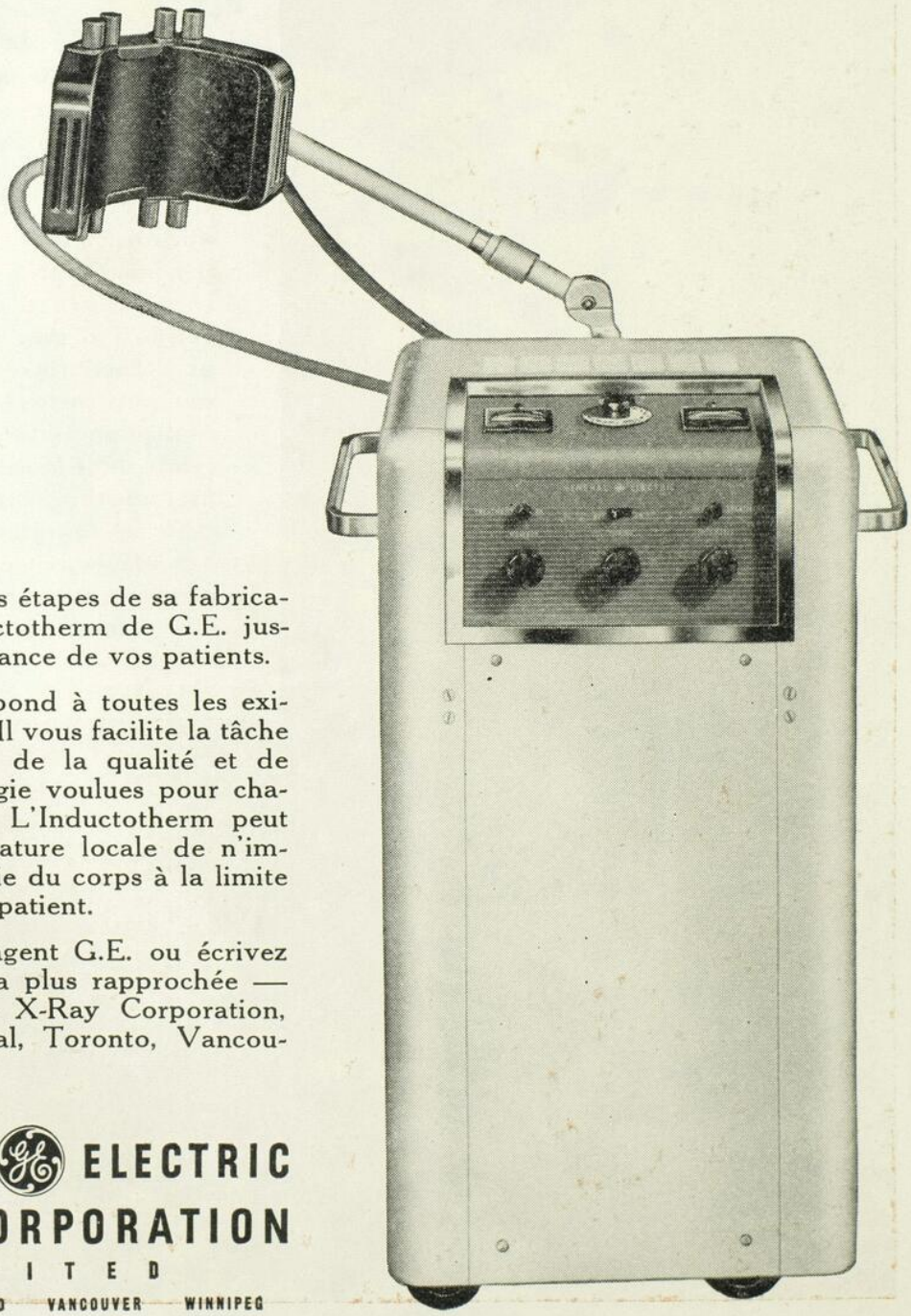
Agents pour le Canada THE LEEMING MILES CO., LTD.
1 Notre Dame St. West, Montreal 1, Quebec

GENERAL ELECTRIC

un nom que vos patients connaissent et respectent!

INDUCTOTHERM

un nom sur lequel vous pouvez compter



Dans toutes les étapes de sa fabrication, l'Inductotherm de G.E. justifie la confiance de vos patients.

De plus, il répond à toutes les exigences cliniques. Il vous facilite la tâche dans l'obtention de la qualité et de l'intensité d'énergie voulues pour chaque traitement. L'Inductotherm peut élever la température locale de n'importe quelle partie du corps à la limite de tolérance du patient.

Voyez votre agent G.E. ou écrivez à la succursale la plus rapprochée — General Electric X-Ray Corporation, Limited, Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg.

GENERAL ELECTRIC
X-RAY CORPORATION
LIMITED
MONTREAL TORONTO VANCOUVER WINNIPEG

PROLONGEMENT de l'activité

C Corophyllin

Corophyllin (Aminophylline M&M) est le vasodilatateur et le diurétique de choix. Sa stabilité et son efficacité assurent un soulagement aux malades souffrant des troubles suivants:

ANGINE DE POITRINE
TROMBOSE CORONARIENNE
SCLÉROSE CORONARIENNE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
ASTHME BRONCHIQUE
ASTHME CARDIAQUE
ÉTAT ASTHMATIQUE

M&M Pharmaceutiques
Mowatt & Moore Ltd
PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX
MONTREAL

Corophyllin peut se prescrire sous forme de solution injectable, comprimés, suppositoires, soit simple ou composée avec Phénobarbital, Pentobarbital, Rutin ou Digitale.
De la littérature avec description complète et des échantillons de ces produits qui vous intéressent particulièrement vous seront envoyés sur demande.

Nouveau...

Efficace...

Economique...

B_{12}

FER

VITAMINES

HÉMABIONE

INJECTABLE EN FIOLES DE 10 C. C.

COMPOSITION

Chaque c. c. de solution aqueuse stérile représente:

VITAMINE B_{12} cristallisée	15	mcg.
FER (citrate ferreux ammoniacal vert)	10	mg.
VITAMINES:		
Niacinamide	25	mg.
*Pyridoxine (B_6)	0.15	mg.
Riboflavine (B_2)	0.15	mg.
**Choline	20	mg.
Alcool benzylique	2%	

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

HEMABIONE s'administre par injection intramusculaire exclusivement. La posologie est variable suivant l'individu. Il importe en tout cas d'administrer une dose suffisante pour provoquer une réaction réticulocytaire idoine, pour normaliser le nombre de globules rouges et le taux d'hémoglobine et pour assurer la disparition des symptômes gastriques et des autres symptômes.

INDICATIONS

ANÉMIE { PERNICIEUSE
HYPOCHROME
CARENTIELLE

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE, INC.

178 est, rue Jean-Talon **Montréal 10.**

"Béminal" FORTIS VITAMINÉ C

No 817

Puissante association des facteurs B à la vitamine C

Chaque capsule dure contient:

Thiamine	25	mg.
Riboflavine	12.5	mg.
Niacinamide	100	mg.
Pyridoxine	1	mg.
d-Pantothénate de calcium	10	mg.
Vitamine C (acide ascorbique)	100	mg.

Flacons de 30 et 100 capsules

USAGE PRÉ ET POST-OPÉRATOIRE

CONVALESCENCE

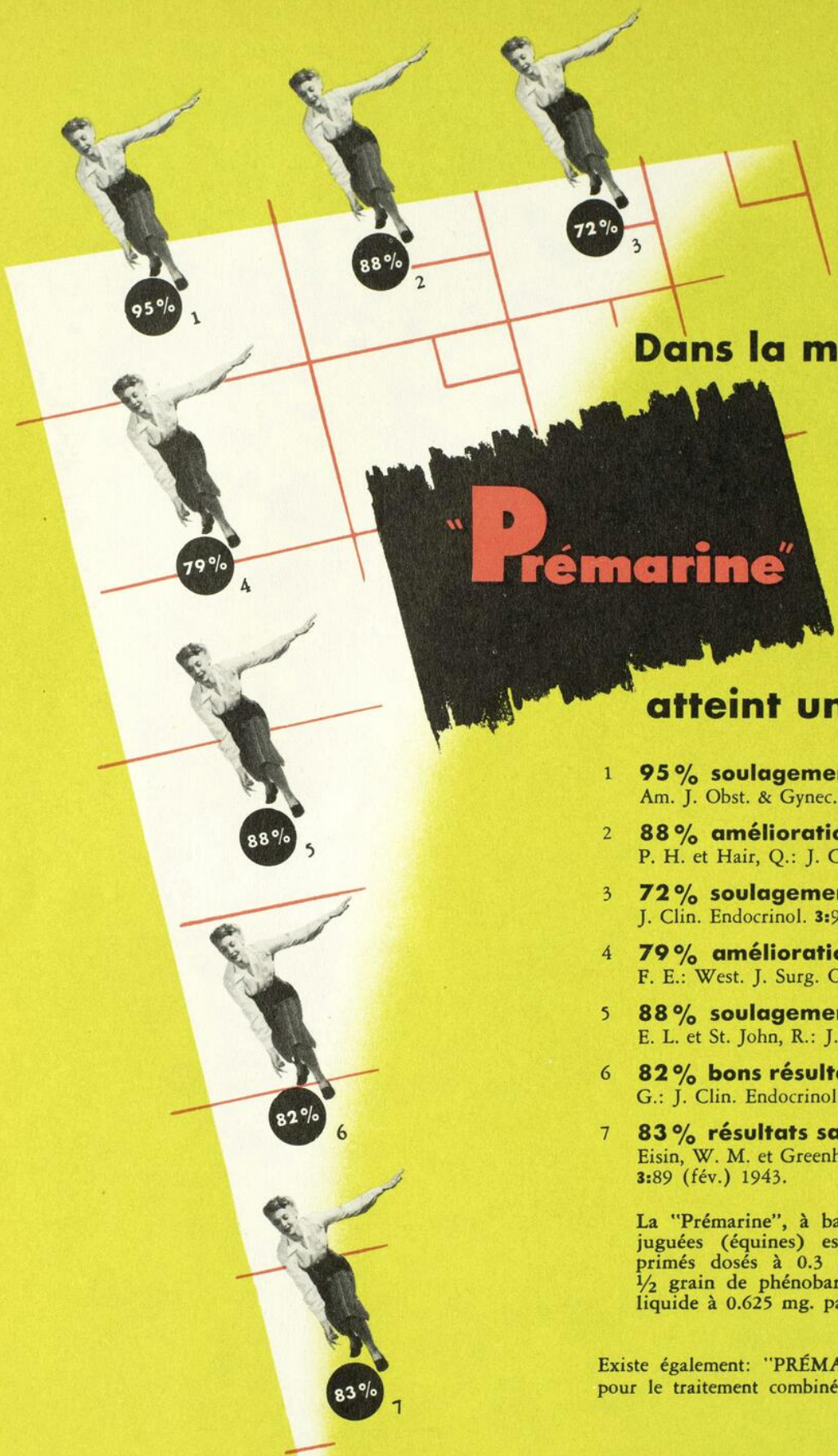
ALCOOLISME CHRONIQUE

SURMENAGE

Existe également toute une gamme de préparations "Béminal"

Ayerst

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



Dans la ménopause

"Prémarine"

atteint une haute moyenne

1 **95% soulagement complet** – Perloff, W. H.: Am. J. Obst. & Gynec. **58:**684 (oct.) 1949.

2 **88% amélioration symptomatique** – Fried, P. H. et Hair, Q.: J. Clin. Endocrinol.**3:**512 (sept.) 1943.

3 **72% soulagement complet** – Gray, L. A.: J. Clin. Endocrinol. **3:**92 (fév.) 1943.

4 **79% amélioration satisfaisante** – Harding, F. E.: West. J. Surg. Obst. & Gynec.: **52:**31 (janv.) 1944.

5 **88% soulagement complet** – Sevringhaus, E. L. et St. John, R.: J. Clin. Endocrinol. **3:**98 (fév.) 1943.

6 **82% bons résultats** – Glass, S. J. et Rosenblum, G.: J. Clin. Endocrinol. **3:**95 (fév.) 1943.

7 **83% résultats satisfaisants** – Freed, S. C., Eisin, W. M. et Greenhill, J. P.: J. Clin. Endocrinol. **3:**89 (fév.) 1943.

La "Prémarine", à base de substances oestrogènes conjuguées (équines) est présentée sous forme de comprimés dosés à 0.3 mg., 0.625 mg. (simple ou avec ½ grain de phénobarbital), 1.25 mg. et 2.5 mg. et en liquide à 0.625 mg. par cuillerée à thé.

Existe également: "PRÉMARINE" avec MÉTHYLTESTOSTÉRONE pour le traitement combiné oestrogènes-androgènes.

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens

Montréal, Canada

Ayerst

Le

SOULAGEMENT

de l'asthme rebelle peut s'obtenir

L'action de blocage unique de l'ACTHAR sur les manifestations complexes de l'hypersensibilité est maintenant bien prouvée. L'ACTHAR produit des résultats particulièrement heureux pour la victime de l'asthme grave, rebelle: la menace des crises asthmatiques est réduite au minimum. Des doses relativement faibles d'ACTHAR peuvent avoir raison rapidement du status asthmaticus qui avait résisté à tous les autres traitements.

L'amélioration marquée, souvent remarquable, produite par l'ACTHAR, fait de celui-ci une thérapeutique vraiment économique dans le traitement difficile de l'asthme grave.

Posologie de l'ACTHAR. — *Dose d'attaque*: Dans les cas peu graves, 12.5 mg. toutes les 6 heures. Les cas chroniques sérieux, y compris le status asthmaticus, peuvent exiger jusqu'à 25 mg. toutes les 2 heures. La dose d'attaque sera continuée pendant 2 à 4 jours, et même plus, dans les cas sérieux. *Diminution de la dose*: Une fois les symptômes enrayés, diminuer la dose de 5 mg. par injection tous les deux jours, jusqu'à ce que le traitement ait duré 10 à 12 jours. *Traitement d'entretien*: Peut être nécessaire dans l'asthme chronique grave; 10 à 20 mg. une ou deux fois par jour. La littérature sur l'ACTHAR, comprenant entre autres le mode d'emploi et les contre-indications, sera envoyée sur demande.

L'ACTHAR se vend en fioles de 10, 15, 25 et 40 U.I. (mg.). L'étalon d'Armour pour l'ACTHAR est maintenant accepté comme Unité Internationale. L'Unité Internationale est égale à 1 milligramme d'ACTHAR.

ACTHAR

HORMONE ADRÉNOCORTICOTROPE (A.C.T.H.) DES LABORATOIRES ARMOUR

THE ARMOUR LABORATORIES

CHICAGO 11, ILLINOIS

LA THÉRAPEUTIQUE PHYSIOLOGIQUE PAR LA RECHERCHE BIOLOGIQUE

BETAGEN

VITAMINE "B" COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

TONIQUE ET ALIMENT NERVIN

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

PRINCIPAUX COMPOSANTS:
VITAMINE B_1 — RIBOFLAVINE — PYRIDOXINE — ACIDE NICOTINIQUE — ACIDE PANTOTHÉNIQUE
LÉCITHINE — AVÉNINE — GLYCÉROPHOSPHATES DE SODIUM, CALCIUM, POTASSIUM, STRYCHNINE
(1/60 gr. à l'once)

SAVEUR AGRÉABLE ● TOLÉRANCE PARFAITE

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

Comprimés Bicalgen-D

A base de Gluconate de Calcium

INOSITOPHOSPHATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM
CÉRIUM OXALATE ● VITAMINE D

Grossesse, Lactation, Vomissements gravidiques

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

Dose — Trois à six comprimés par jour.

Comprimés TRI-SULFA* *0.50 gm.*

Amélioré

ACTION RATIONNELLE DES SULFAS

CHAQUE COMPRIMÉ RENFERME:

● SULFAMÉTHAZINE 37% ● SULFADIAZINE 37%
SULFAMÉRAZINE 26%

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

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

*Marque déposée.

Somenal

(COMPRIMÉ À 0.10 GRAMME)

NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

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

ÉMOTIVITÉ • INSOMNIE • SPASMES • PHOBIE • ANXIÉTÉ

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

La Cie **CANADA DRUG CO.** *Montreal*

Les allergies sont toujours présentes

IL EN EST DE MÊME DE

BENADRYL®

TOUJOURS DISPONIBLE POUR UN SOULAGEMENT RAPIDE ET CONTINU

Janvier vous envoie des malades atteints d'œdème aigu angioneurotique, tandis que juin vous ramène des patients qui cherchent à obtenir un soulagement de leur conjonctivite printanière. Pour nombre de ces sujets, BENADRYL représente très souvent la solution à leurs maux, quelle que soit la nature de l'allergie en cause ou le siège du tissu qui est en état de choc.

D'après des centaines de travaux cliniques, le BENADRYL s'est révélé efficace dans les affections suivantes: l'urticaire aigu et chronique, la rhinite vaso-motrice, la fièvre des foins, la dermatite par contact, l'érythème multiforme, la dermatose prurigineuse, le dermographisme, la sensibilisation médicamenteuse, les réactions à la pénicilline, la maladie sérique et l'allergie d'origine alimentaire.

Pour faciliter la posologie individuelle et lui assurer une plus grande souplesse, le chlorhydrate de BENADRYL (chlorhydrate de diphenhydramine Parke, Davis) est offert sous des formes variées, et notamment en Kapseals(R) à 50 mg., en capsules à 25 mg., en Elixir dosé à 10 mg. par cuillerée à thé et, pour l'administration par voie parentérale, en Stéri-Vials(R) à 10 mg. par c.c.

PARKE, DAVIS & CIE., LTÉE.

MEDICAMENTA VERA — P & CIE.

HÉMOSTYL

Sérum hémopoïétique 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 Dr ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS

Agents pour le Canada: **J. EDDÉ Ltée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal.**

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

DANS LES TROUBLES ALLERGIQUES...

maléate de

Chlor-*Tripolon*

(maléate de chlorprophenpyridamine Schering)

activité extraordinaire

efficace à des doses de 2 à 4 mg.

action presque immédiate

en deça de 10 à 30 minutes

grande tolérance

faible incidence de réactions secondaires

effet prolongé

dure de plusieurs heures à un jour entier

Formes diverses: *comprimés, comprimés à action répétée et sirop.*

Aux Etats-Unis, le chlor-tripolon est connu comme chlor-trimeton.

Schering CORPORATION LIMITED - Montréal

SCHERING

Chlor-Tripolon

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

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

LE VACCIN B C G

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

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

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

— **3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — 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. BAUDOUIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.
A. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

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

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

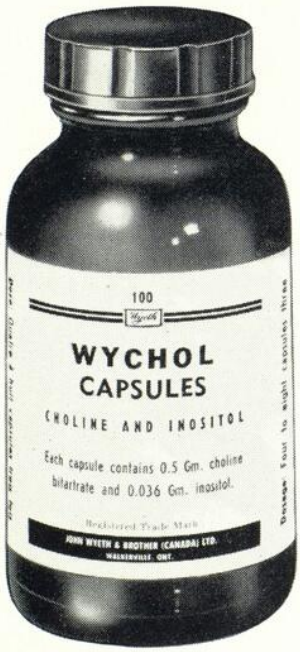
(sans but lucratif)

NOUVEAUTÉ

Le malade ambulatoire dispose désormais du WYCHOL sous forme de CAPSULES

WYCHOL

CHOLINE ET INOSITOL



Sirop de Wychol

Flacons de 16 onces liq. et de ½ Gall. Imp.

Capsules de Wychol

Uniquement en flacon de 100 capsules

Médication lipotrope à haute concentration pour normaliser le métabolisme des lipides

Le Sirop de Wychol est à base de citrate de tricholine. Une once liquide apporte à l'organisme 6 Gm. de choline et une quantité thérapeutiquement efficace d'inositol, soit 900 mg. Sa saveur fruitée est délicieuse. Il n'est que faiblement acide (pH de 5.4 à 5.5), ce qui réduit le risque de malaise gastrique ou de nocivité pour les dents.

La Capsule de Wychol est dosée à 0.5 Gm. de bitartrate de choline et 0.036 Gm. d'inositol. Au point de vue thérapeutique, 4 capsules de Wychol correspondent à 1 cuillerée à thé de Sirop de Wychol.

Wyeth

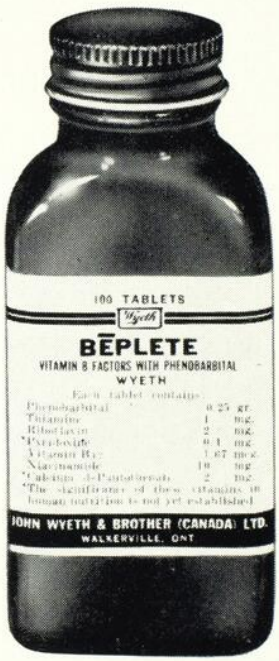
Marque Déposée

NOUVEAUTÉ

Dorénavant offert sous forme de COMPRIMÉS...

BÉPLETE

ELEMENTS VITAMINIQUE B AU PHÉNOBARBITAL



Pour ces innombrables malades qui se plaignent surtout de nervosité, de fatigue, de manque d'appétit, un produit permettant une sédation légère et un apport élevé du elements vitaminique B (y compris la vitamine B_{12}).

ELIXIR

Flacons de 16 onces liq. et de ½ gall. Imp.

Composition:

	Par ml. (c.c.)	Par cuillerée à thé
Phénobarbital	0.062 gr.	0.25 gr.
Thiamine	0.25 mg.	1 mg.
Riboflavine	0.5 mg.	2 mg.
Pyridoxine	0.1 mg.	0.4 mg.
Vitamine B_{12}	0.417 mcg.	1.67 mcg.
Niacinamide	2.5 mg.	10 mg.
Alcool dérivé de l'acide pantothénique	0.5 mg.	2 mg.

COMPRIMÉS

Flacons de 100 et de 1,000 comprimés

Composition d'un comprimé:

Phénobarbital	0.25 gr.
Thiamine	1 mg.
Riboflavine	2 mg.
Pyridoxine	0.4 mg.
Vitamine B_{12} cristallisée	1.67 mcg.
Niacinamide	10 mg.
d-Pantothénate de calcium	2 mg.

Wyeth

Marque Déposée

4 "Génies" au service du médecin

Aussi rapidement et aussi infailliblement que pouvait les obtenir Aladin, le médecin dispose, de quatre puissants "génies" pour simplifier ses diagnostics de routine: *Clinitest, Bumintest, Acetest, Hematest.* Ces comprimés réactifs Ames sont très commodes et très pratiques et permettent des tests rapides, faciles et sûrs. Ils sont complets par eux-mêmes, se transportent facilement et ne requièrent ni chaleur extérieure ni appareils spéciaux.

Comprimés réactifs

CLINITEST*

pour la recherche de la glycosurie

Flacons de 36 comprimés réactifs;
Carton de 24 comprimés réactifs (scellés dans du papier d'étain).
Empaquetages de 1200 et de 3000 pour les institutions.
Nécessaire pour épreuve de glycosurie (No 2106); Nécessaire pour épreuve de glycosurie (No 2155 MODELE UNIVERSEL).

Rapides, commodes, sûrs, pour déceler et contrôler la glycosurie.

Comprimés réactifs

BUMINTEST*

pour l'albuminurie

Flacons de 32, 100 et 500 comprimés réactifs.

Pour déceler l'albumine dans l'urine.

Comprimés réactifs

ACETEST*

pour l'acétonurie

Flacons de 100 et 250 comprimés réactifs.

Commodes, rapides et sûrs pour l'identification de l'acidose imminente ou présente dans le diabète et autres affections.

Comprimés réactifs

HEMATEST*

pour le sang occulte dans l'urine, les fèces et les crachats.

Flacons de 60 et 500 comprimés réactifs avec papiers-filtres.

Ils révèlent la présence de sang occulte dans les fèces, les crachats ou l'urine. Particulièrement précieux pour diagnostiquer les anémies secondaires non expliquées.

NOUVEAU NÉCESSAIRE À DIAGNOSTIC DE AMES

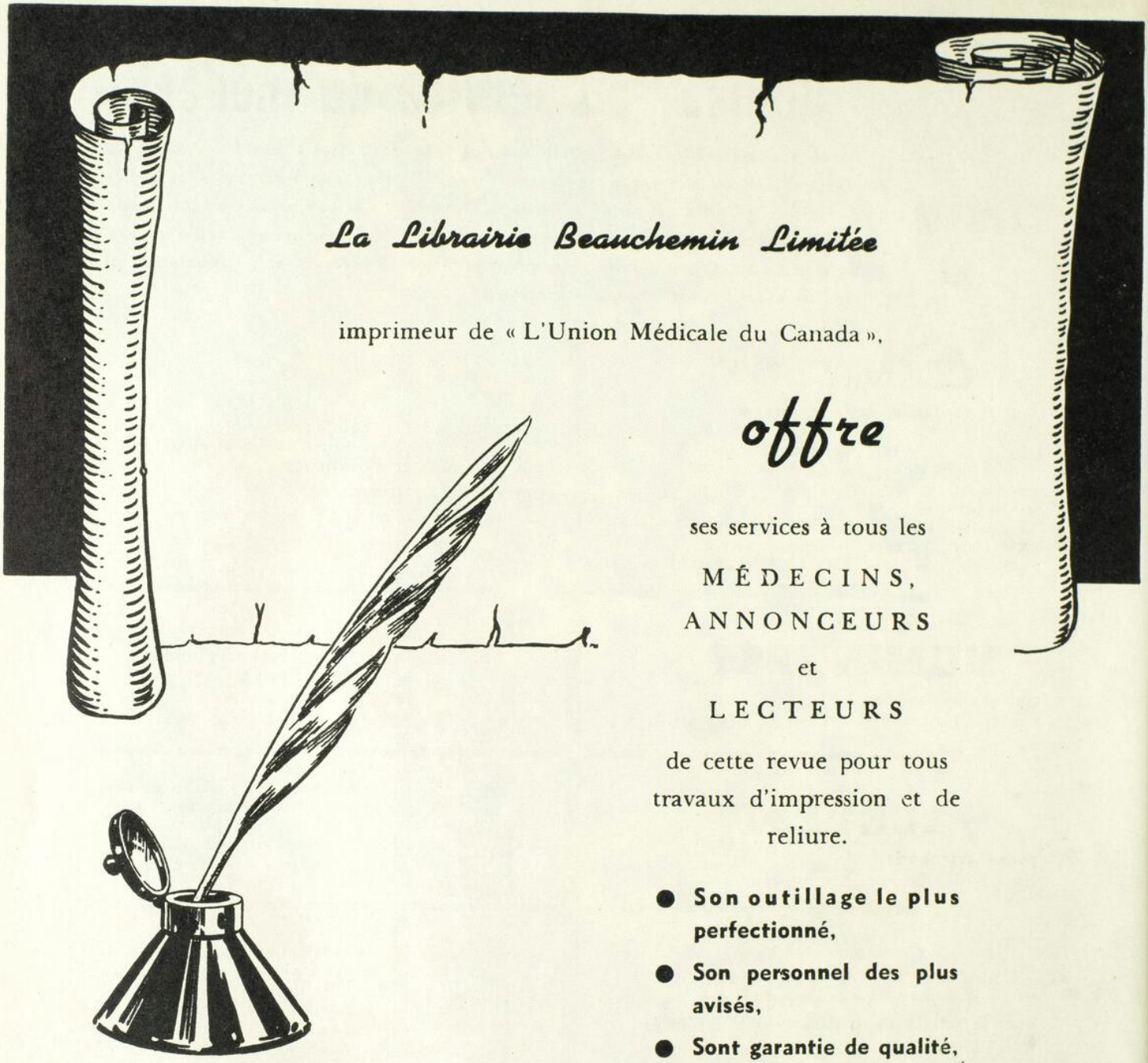
Contient *Clinitest, Bumintest, Acetest* et *Hematest* en une seule unité commode

Avec 6 éprouvettes, 3 compte-gouttes, 1 bouteille à réactif *Bumintest*, 1 bouteille compte-gouttes pour l'eau, 1 support en plastique, 1 tableau colorimétrique avec renseignements.

s'obtiennent chez votre pharmacien ou votre fournisseur habituel

**Acetest, Clinitest, Hematest, Bumintest,* marques de commerce déposées. DI-4

AMES COMPANY OF CANADA, LTD., TORONTO



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

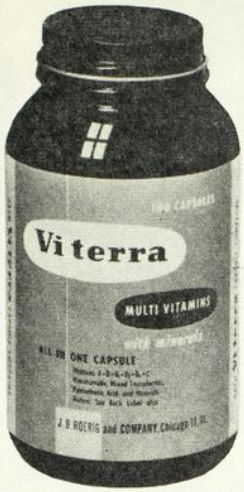
LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

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

11 Sels Minéraux et 9 Vitamines

EN UNE SEULE CAPSULE



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

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

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

Viterra

Chaque Capsule Contient:

Calcium (du phosphate de dicalcium)	213 mg.
Cobalt (du sulfate de cobalt)	0.1 mg.
Cuivre (du sulfate de cuivre)	1 mg.
Iode (de l'iodure de potassium)	0.15 mg.
Fer (du sulfate ferreux)	10 mg.
Manganèse (du sulfate de manganèse)	1 mg.
Magnésium (du sulfate de magnésium)	6 mg.
Molybdenum (du molybdate de sodium)	0.2 mg.
Phosphore (du phosphate de dicalcium)	165 mg.
Potassium (du sulfate de potassium)	5 mg.
Zinc (du sulfate de zinc)	1.2 mg.

Vitamine A	5,000 Unités Int.
Vitamine D	500 Unités Int.
Chlorhydrate de thiamine	3 mg.
Riboflavine	3 mg.
*Chlorhydrate de pyridoxine	334 mg.
Niacinamide	25 mg.
Acide ascorbique	50 mg.
*Acide d'pantothénique	1.67 mg.
*Vitamine E (type VI)	3.34 Unités Int.

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

J. B. ROERIG AND COMPANY (CANADA) LIMITED ROERIG **1255 Phillips Square, Montreal 2, Quebec**

2

NOUVELLES COMBINAISONS DE VERILOID*

INDIQUÉES DANS TOUS LES DEGRÉS DE L'HYPERTENSION

.....spécialement pour ces malades dont la maladie est difficile à traiter

VERILOID AVEC PHENOBARBITAL ET HEXANITRATE DE MANNITOL

Chaque comprimé strié contient:	Veriloid	2 mg.
	Phénobarbital	15 mg.
	Hexanitrate de mannitol	10 mg.

Cette association d'agents hypotenseurs, Veriloid-VPM, donne un excellent résultat dans tous les degrés d'hypertension. Ce produit est particulièrement avantageux dans le traitement de patients qui manifestent une faible tolérance au Veriloid simple, ou lorsqu'on éprouve de la difficulté à régler la dose pour ces malades.

Il est maintenant possible d'aider beaucoup plus de patients — Veriloid-VPM abaisse la tension artérielle par la puissante action hypotensive de Veriloid — un extrait standardisé biologiquement de Veratrum viride — et par les propriétés vasodilatatrices de l'hexanitrate de mannitol. Le phénobarbital contribue à diminuer la tension nerveuse et semble diminuer aussi le seuil d'apparition des nausées.

Avec le Veriloid-VPM, la présence d'effets secondaires est quasi inexistante. Plusieurs patients, qui ne peuvent tolérer le Veriloid simple, peuvent prendre cette nouvelle forme de dosage en quantités thérapeutiques actives.

Mode d'emploi — Bien qu'un dosage individuel soit essentiel pour l'obtention des meilleurs résultats, la dose moyenne d'un à un comprimé et demi, quatre fois par jour après les repas et au moment du coucher, produit habituellement un bon résultat.

VERILOID AVEC PHENOBARBITAL

Contenant 2 mg. de Veriloid et 15 mg. de phénobarbital par comprimé strié, cette combinaison est indiquée lorsque l'action de l'hexanitrate de mannitol n'est pas nécessaire.

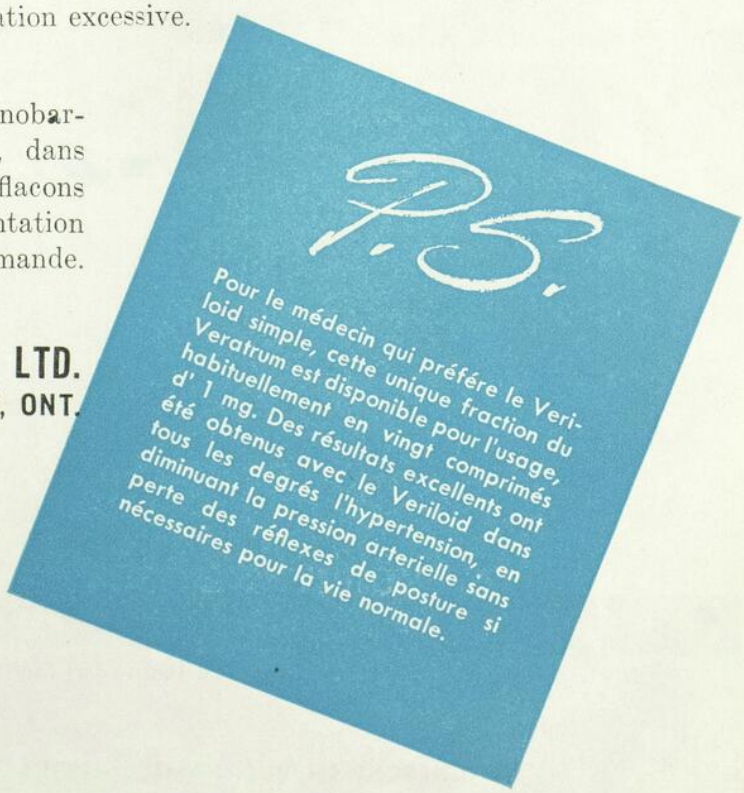
Veriloid avec phénobarbital indique la tolérance supérieure de Veriloid-VPM. Bien toléré, il permet de régler plus facilement la dose et démontre que les effets secondaires sont négligeables. La dose de phénobarbital est faible. évitant ainsi la somnolence et la sédation excessive.

* * * *

Veriloid-VPM et Veriloid avec phénobarbital s'obtiennent sur prescription, dans toutes les pharmacies. Offerts en flacons de 100 comprimés striés. Documentation sur les deux produits envoyée sur demande.

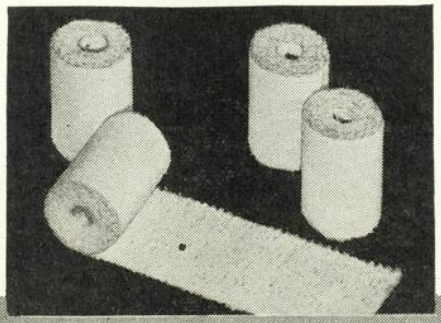
*Nom déposé de Riker Laboratories, Inc.

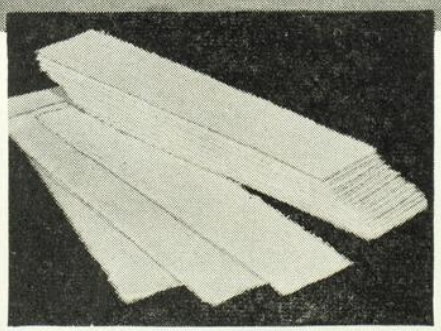
RIKER PHARMACEUTICAL CO., LTD.
68 BROADVIEW AVENUE - TORONTO 8, ONT.



Pionniers *du* progrès

Fondée à l'époque de la fameuse tradition Osler, la Compagnie Bauer & Black s'est toujours efforcée d'offrir, à l'humanité et à la profession médicale, le meilleur service possible. Voilà pourquoi les Recherches et le Développement en regard du produit ont toujours été le souci constant de B & B. Une meilleure technique s'est continuellement améliorée par le travail sans relâche de Bauer & Black, pour présenter des produits spécialisés destinés à des besoins spéciaux.





EMPLOYEZ LES BANDAGES POUR EMPLÂTRES ET LES ATTELLES OSTIC CURITY

UN EFFORT POUR ATTEINDRE UN NOUVEAU DEGRÉ D'EXCELLENCE

LES BANDAGES POUR EMPLÂTRES ET LES ATTELLES OSTIC CURITY sont fabriqués du Plâtre-de-Paris de haute qualité, joint à la Crinoline Ostic. Comme ils sont très imprégnés, ils forment 90% de l'emplâtre même. Ils se modifient, s'ajustent bien, sèchent plus rapidement, forment des emplâtres plus solides avec moins de bandages. Les emplâtres sont plus légers et sont présentés coupés prêts avec les rebords picotés ce qui réduit l'effilochage.

UN PRODUIT EXCLUSIF DE BAUER & BLACK

Division de The Kendall Company (Canada) Limited

Curity
ENRG. AU CANADA
BANDAGES POUR EMPLÂTRES ET ATTELLES OSTIC

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

Pas de réaction due à la belladone...

quand vous soulagez l'indigestion nerveuse avec . . . . .

BENTYLOL

SPASMOLYSE DOUBLE ET SÛRE

Les résultats cliniques [1,2,3] et pharmacologiques indiquent que la double action du BENTYLOL (musculotropique et neurotropique) assure un soulagement complet et plus doux que celle de tous les autres antispasmodiques qui ont été essayés.

POSOLOGIE: Deux capsules trois fois par jour, avant ou après les repas. Si c'est nécessaire, répéter la dose au coucher.

Chlorhydrate de BENTYLOL.....10 mg.
pour soulagement doux de l'indigestion nerveuse

Chlorhydrate de BENTYLOL.....10 mg.
avec **PHÉNOBARBITAL**.....15 mg.
quand une sédation synergique est désirée

1. Hock, C. W.: J. Med. Assn. Ga. 40; 22, Jan., 1951
2. Hufford, A. R.: J. Mich. St. Med. Soc. 49; 1308, 1950
3. Chamberlin, D. T.: Gastroenterology 17; 224, Fév., 1951

Merrell
1828
New-York—CINCINNATI—Toronto

"Bentylol," Marque Déposée. Ce produit est distribué aux Etats-Unis sous la Marque "Bentyl."

• L'ACIDE DÉHYDROCHOLIQUE "augmente de 144% le volume de la sécrétion biliaire". Schmidt, C. R. et al.: A. J. Digest. Dis., **4**: 613-616, 1938.

• L'ACIDE DÉHYDROCHOLIQUE "active la circulation dans l'artère hépatique". Ivy, A. C.: J. A. M. A., **117**: 1151, 1941.

• **L'ACIDE DÉHYDROCHOLIQUE**

CONSTITUANT DE

CHOLIBILE FORT ou FAIBLE

MÉDICATION HYDROCHOLÉRÉTIQUE

● **Cholécystite chronique** ● **Angiocholite non lithiasique** ● **Stase**

● **Prévention des infections ascendantes**

CHOLIBILE FORT		**CHOLIBILE FAIBLE**	
Acide déhydrocholique	0.25 gm.	Acide déhydrocholique	0.10 gm.
Cascara sagrada	0.05 gm.	Cascara sagrada	0.02 gm.
Chlor. de Thiamine	5 mg.	Chlor. de Thiamine	2 mg.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE, INC.

178 est, rue Jean-Talon **Montréal 10.**

La Tentation l'accompagne toujours

Seuls les Forts Peuvent Résister

Quand le pouvoir de résistance du patient est notoirement incertain, vous trouverez un allié sur qui vous pouvez compter dans le Chlorhydrate de Desoxyne, qui s'est avéré un excellent anorexique et qui offre certains avantages sur les autres amines sympathicomimétiques. Avec la Desoxyne on peut employer des *doses plus faibles* parce qu'à poids égal elle est plus active. Il suffit généralement d'un comprimé de 2.5 ou de 5 mg. avant le déjeuner et d'un autre environ une heure avant le lunch. Avec les doses recommandées de Desoxyne vous pouvez vous attendre à une *action plus rapide*, à un *effet plus rapide* et à *peu d'effets secondaires*. Essayez-la — dans l'obésité et dans les autres troubles où un stimulant central est indiqué.

prescrivez

CHLORHYDRATE DE *Désoxyne**

(Chlorhydrate de Méthamphétamine, Abbott)

Comprimés	Elixir	Ampoules
2.5 et 5 mg.	2.5 mg. par drachme fluide	20 mg. par cc.

*NOM DÉPOSÉ

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 79:

MM. Amyot (Roma) ; Archambault (Paul-René) ; Autotte (Esdras) ; Baril (Edmond) ; Bassi (Guido) ; Bégin (B.-G.) ; Bélisle (Maurice) ; Bernard (Louis) ; Bernard (René) ; Blanc (Georges) ; Bernier (Alphonse) ; Bertrand (A.) ; Bertrand (Claude) ; Bisson (Christophe) ; Blagdon (Jacques) ; Blais (Ant.) ; Bonnier (Maurice) ; Boucher (Roméo) ; Boulanger (J.-B.) ; Boulez (N.) ; Bourque (Jean-Paul) ; Bouveau (G.) ; Brady (Kay) ; Brault (J.-P.) ; Brissaud (H.-E.) ; Cabana (L.-P.) ; Cantero (A.) ; Cartier (G.-E.) ; Casgrain (Gérard) ; Champy (Christian) ; Charbonneau (Henri) ; Charbonneau (Jean) ; Charest (G.) ; Charland (Richard-A) ; Charpy (J.) ; Chevillotte (R.) ; Cloutier (François) ; Cloutier (Roland) ; Coignet (Jean) ; Collin (Pierre-Paul) ; Comeau (Maurice) ; Crevier (Paul-H.) ; Croisetière (Fernand) ; Dargis (Jean) ; David (Paul) ; Debray (Ch.) ; Debré (Robert) ; Desjardins (Edouard) ; Desmarais (Bernard) ; Desrosiers (Saint-Jean) ; Dion (Yvan) ; Dionne (Jean) ; Dionne (Paul) ; Doray (Maurice) ; Doré (Réal) ; Douville (J.) ; Dubé (Edmond) ; Dubé (L.-F.) ; Dufault (Paul) ; Dufresne (Origène) ; Dufresne (Roger-R.) ; Duhamel (Roger) ; Dumas (Paul) ; Duprat (Gérard) ; Durivage (Jacques) ; Fabre (René) ; Fisher (John) ; Foisy (J.-P.) ; Forget (Ulysse) ; Forté (Lionel) ; Fortier (De la Broquerie) ; Fortin (R.) ; Françon (François) ; Gagnon (E.-D.) ; Gagnon (Jacques-N.) ; Gareau (J.-Roger) ; Gareau (Roland) ; Gariépy (Urgel) ; Gaudry (Dominique) ; Gauthier (Jacques) ; Gérin-Lajoie (Léon) ; Gervais (Maurice) ; Gilbert (Ghislaine) ; Gingras (Gustave) ; Girard (Armand-E.) ; Giraud (Paul) ; Gratton (J.) ; Grignon (Jean) ; Grignon (René) ; Grobon (Pierre) ; Groulx (Ad.) ; Guénette (René) ; Guilbeault (Albert) ; Hamel (Pierre-Claude) ; Hood (A. J. G.) ; Hughes (H. G.) ; Jarry (Gaétan) ; Johnson (Réginald) ; Julien (Lucien) ; Jutras (Albert) ; Kaine (G.) ; Kaplan (S.) ; Kourilsky (Raoul) ; Labbé (Paul) ; Ladouceur (Paule) ; Lafleur (F.) ; Lafond (Guy) ; Lamarre (Léo) ; Lambert (Jacques) ; Landry (Philippe) ; Langevin (Raymond) ; Lapierre (Gaston) ; Lapointe (Donat) ; Lapointe (Jean) ; Laprade (Claude) ; Larivière (Paul) ; Larivière (Paul-M.) ; Latraverse (V.) ; Laurier (R.) ; Lauzé (Simon) ; Lauzer (Rosaire) ; Lavoie (Jules) ; Lebeau (René) ; Lebel (Léon) ; Leblanc (Loyola) ; Leblond (Wilfrid) ; Leclaire (Gérard) ; Leclerc (G.) ; Lecours (Antonio) ; Lefebvre (René) ; Léger (Jean-Louis) ; Léonard (Claude) ; Léonard (Gérard) ; Lépine (Charles) ; Lépine (Edgar) ; LeSage (Albert) ; LeSage (Jean) ; Letendre (Samuel) ; Letondal (Paul) ; Léveillé (Antonio) ; Longpré (Daniel) ; Marcil (Bernard) ; Marcotte (J.-E.-Alexandre) ; Marcoux (Guy) ; Marin (A.) ; Marion (Pierre) ; Martel (J.-Alcide) ; Martin (Hon. Paul) ; McCormick (W. J.) ; Meloche (Bernard-H.) ; Migneault (Gérard) ; Miller (J.-Chs) ; Milot (J.-P.) ; Miloutinowitch (Mme) ; Mondello (Roméo) ; Monfette (Claude) ; Mongeau (Maurice) ; Morin (Gaspard) ; Morissette (Léopold) ; Mouriquand (G.) ; Mozicconacci (P.) ; Nadeau (Gabriel) ; Odinet (Jacques) ; Panet-Raymond (J) ; Paquette (J.-P.) ; Parrot (Paul) ; Pépin (J.-Roméo) ; Pettigrew (Antoine) ; Piette (Jean) ; Pilon (Jean-Louis) ; Pinsonneault (Germain) ; Plichet (André) ; Potvin (Victor) ; Prévost (J.) ; Primeau (Bertrand) ; Poirier (René) ; Prud'homme (Jean) ; Reid (Léonide) ; Ricard (Paul-M.) ; Robillard (Gaston) ; Roch (M.) ; Roux (J.-René) ; Roux (M.) ; Royer (Albert) ; Saint-Martin (Maurice) ; Ségal (S.) ; Séguin (Fernand) ; Simard (Roland) ; Simonnet (H.) ; Smith (Henri) ; Smith (Pierre) ; Starkey (Hugh) ; Tétreault (Ernest) ; Therrien (Emile) ; Thibaudeau (Roland) ; Trudeau (Charles-H.) ; Vallée (Arthur-F.) ; Vasques (J.) ; Vézina (Norbert) ; Vidal (J.-A.) ; Vigneau (Paul) ; Voyer (Armand).

Toutes nos maladies, même les plus discrètes, ont ceci de particulier que, très souvent, même quand elles nous laissent cliniquement guéris, nous restons biologiquement anormaux. Elles créent un homme physiologiquement nouveau qui ne répond plus normalement à certaines sollicitations, qui corrige mal ou ne corrige plus du tout, les incessants déséquilibres vaso-moteurs que la vie quotidienne lui inflige. Sur un terrain ainsi préparé, que survienne une cause pathogène efficiente et la réaction anormale conduit vite à la maladie. Les maladies infectieuses sont un étonnant sujet d'étude à ce point de vue. Après une rougeole ou une scarlatine, nous sommes cliniquement rétablis dans notre intégrité et, cependant, nous restons immunisés contre un retour inoffensif. Cette immunisation nous dit que nous ne sommes plus en état d'innocence humorale. Bien que cet état nous soit favorable, il marque que nous avons perdu notre virginité biologique. Et cela peut servir à montrer combien sont indécises les frontières de la santé et de la maladie.

L'observation nous a donné deux autres leçons qui ne sont pas intégrées comme elles devraient l'être. Elle nous a montré, tout d'abord le rôle essentiel que joue le maintien de l'activité normale dans l'équilibration de la vie des tissus. La reprise immédiate du mouvement est un des bienfaits articulaires et osseux de l'infiltration dans les entorses et dans certaines fractures qui guérissent alors sans séquelles. De même agit le lever précoce dans les suites opératoires. Le sein se trouve mieux de la lactation que d'un repos complet. L'utérus a plus de chance de demeurer normal s'il a servi à la nidation que s'il n'a pas accompli sa fonction. Une alimentation normale, même généreuse, vaut mieux que la restriction.

René LERICHE.

BULLETIN

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL POST-UNIVERSITAIRE EST-IL ORGANISÉ DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC?

Un cours de perfectionnement pour le praticien sur les maladies des enfants, du 24 au 28 septembre 1951, à l'Hôpital Sainte-Justine.

« Le médecin doit être un étudiant toute sa vie. » (MARIEN)[1]

Avec l'évolution incessante et extraordinairement rapide de la médecine, il devient de plus en plus difficile au praticien, toujours sur la brèche, de se tenir au courant aujourd'hui des progrès de son art. Et cette évolution est telle, disait, il n'y a pas longtemps à Montréal, le docteur Morris Fishbein (de Chicago) [2], qu'il y a maintenant une découverte importante tous les six mois.

Quels que soient ses talents et l'étendue de sa culture, qui peut prétendre tout savoir et surtout être capable de discerner dans la masse des publications récentes, ce qu'il faut retenir et ce qu'il a lieu de rejeter? Ce travail de discrimination ne peut être fait que par ceux qui ont suffisamment d'esprit critique pour faire un choix judicieux et suffisamment de valeur scientifique pour contrôler par eux-mêmes, de façon rationnelle, objective, la valeur de ce que l'on considère comme une découverte ou un progrès.

A ceux-là, en particulier, qui ont des postes de commande dans les hôpitaux et à l'Université incombent de telles responsabilités. Leur situation de privilégiés comporte des avantages pour eux-mêmes, mais aussi des obligations vis-à-vis de la profession médicale. Ils se doivent de renseigner leurs confrères, plus spécialement les médecins praticiens, soit sur les grandes questions de l'actualité scientifique, soit sur certains nouveaux procédés de diagnostic et de traitement.

Il y a plus. Ils doivent s'efforcer d'y ajouter ou d'y intercaler les résultats de leurs recherches, de leurs observations, de leurs

1. Amédée Marien (1866-1936) professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, dans une *leçon clinique inédite*. mars 1921.

2. Morris Fishbein, autrefois rédacteur en chef du « Journal of the American Medical Association », lors d'une conférence prononcée le 23 janvier 1950, sous les auspices de *l'Association Nationale de la Santé*.

réflexions et une note personnelle, indispensable pour retenir l'attention de leurs auditeurs.

S'ils procèdent de la sorte, leur enseignement dépassera les frontières de leur pays et contribuera à enrichir la médecine universelle. Telle était la formule que préconisait pour ses compatriotes le regretté professeur Antonio Barbeau, trop tôt disparu, qui a laissé sur ce sujet de si lumineuses directives [3]; tel est l'idéal que nous avons proposé à la jeunesse d'aujourd'hui [4].

Le médecin de clientèle générale, qu'il pratique à la campagne ou dans les quartiers populeux de nos grandes villes, a le droit d'exiger de ses collègues des hôpitaux et de l'Université un tel enseignement et ne devrait pas être obligé d'aller à l'étranger pour suivre un cours de perfectionnement.

A l'heure présente, *nous possédons des compétences* dans presque tous les domaines. *Et pourtant* — nous ne craignons pas de l'affirmer — *l'enseignement médical post-universitaire est encore inorganisé dans la province de Québec* [5].

Nul n'ignore ce qui a été fait jusqu'ici dans certains de nos hôpitaux et dans nos Universités. Mais il s'agit de manifestations isolées, sans lien entre elles.

Le moment nous paraît venu d'agir pour combler cette lacune.

Un organisme est tout indiqué pour prendre la direction du mouvement et coordonner les énergies. C'est le *Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec,* qui a pour mission non seulement de lutter contre les charlatans, mais aussi de maintenir élevé le niveau moral et scientifique de la profession médicale.

Avec un programme bien préparé à l'avance et complet, capable de satisfaire à la fois les praticiens de médecine générale et les spécialistes, rien ne serait plus facile à réaliser. Il suffirait que le Conseil des Gouverneurs consente à nommer un *Comité de Cours de Perfectionnement,* dont le président serait le président du Collège, les vice-présidents, les doyens de nos trois Facultés de médecine et le directeur général, un médecin capable de mener à bien l'entreprise.

---

3. Antonio Barbeau. La croisée des chemins. *Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal,* No 6, novembre-décembre 1944.
4. Voir *l'Action Médicale,* Montréal, septembre 1949.
5. Il ne l'est pas davantage dans les autres provinces du Canada, mais ce n'est pas une raison pour ne rien faire de plus.

Bien entendu, il faudrait le nerf de la guerre, et pour cela faire appel à la coopération des pouvoirs publics et de certaines compagnies d'assurances, qui dans le passé ont versé des dons substantiels pour cette cause, parce qu'un tel enseignement joue un rôle capital pour la prolongation de la vie et la santé publique.

Au début, l'on n'organiserait que des cours pour le praticien. Par la suite, l'on pourrait, avec le concours des associations provinciales dans les différentes branches de la médecine, mettre sur pied un programme d'études pour l'enseignement des spécialités, programme conduisant à l'obtention du certificat de compétence du Collège.

Ainsi seraient conciliés et l'intérêt du Praticien et l'intérêt du Spécialiste.

En attendant que ce projet devienne une réalité, *l'Hôpital Sainte-Justine donnera un Cours de Perfectionnement pour le praticien sur les maladies des enfants, du 24 au 28 septembre prochain.*

Cet enseignement aura un caractère essentiellement clinique. Chaque conférence, d'environ 45 minutes, sera suivie de présentation de malades ou de démonstrations pratiques d'une égale durée, soit au dispensaire, soit dans les salles ou au laboratoire. Afin de permettre aux auditeurs de pratiquer individuellement les examens cliniques et les techniques thérapeutiques, *le nombre des inscriptions est limité.*

Le cours, qui n'aura lieu que le matin de neuf heures à midi, durera une semaine. Il comprendra vingt leçons et portera *sur les nouvelles disciplines de la pédiatrie moderne applicables en clientèle.*

Nous espérons que cet enseignement rendra service à celui qui soigne 75 p. 100 des enfants de cette province: *le praticien.*

Paul LETONDAL,
Secrétaire du Comité des Cours de Perfectionnement à l'Hôpital Sainte-Justine.

Association des Médecins de Langue Française du Canada

BULLETIN DE LOGEMENT

XXIème CONGRÈS AUX TROIS-RIVIÈRES

les 4, 5 et 6 octobre 1951

Comité du logement,
1027, boulevard Laviolette,
Trois-Rivières, P. Q.

Auriez-vous l'obligeance de me réserver une chambre pour le congrès de l'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA (4, 5 et 6 octobre 1951) durant..... jours.

HÔTEL		**CHALET (cabin)**	
Chambre simple	.....	Chambre simple	.....
Chambre avec lit double	.....	Chambre avec lit double	.....
Chambre avec lits jumeaux	.....	Chambre avec lits jumeaux	.....
		Chambre avec 3 places	.....

Je serai accompagné de.....

.....

Ou je partagerai ma chambre avec un autre congressiste,

Docteur .....

J'arriverai aux Trois-Rivières le .....oct., à .....heures a. m. ou p. m.

Je quitterai l'hôtel ou le chalet le .....oct., à .....heures a. m. ou p. m.

Veuillez donner confirmation à .....
(signature)

Docteur .....
(lettres majuscules)

Adresse .....

.....

Secrétariat du Congrès : 1027, boulevard Laviolette, Trois-Rivières, P. Q.

LE XXIème CONGRÈS

Malgré les chaleurs de l'été, conseillères écoutées d'indolence, favorisant le facile farniente, si cher aux paresseux inavoués de tout âge et de tout poids, les rouages de l'organisation du Congrès d'octobre aux Trois-Rivières fonctionnent sans grincher, et nous mèneront sûrement aux plus beaux résultats de nombre et de qualité.

A date, tous ceux qui ont fait parvenir leur demande de logement ont lieu d'être satisfaits. Chacun doit recevoir une confirmation: s'il y a retard anormal, il vaut mieux écrire de nouveau.

Pour ceux qui préfèrent retarder, on s'arrangera sans doute moins bien. Ecrivez sans délai au secrétariat du Congrès, 1027, boulevard Laviolette, Trois-Rivières.

Prenez note pour être libres et vous joindre à vos confrères, à vos amis, pour le bien et le plaisir de tous, les 4, 5 et 6 octobre prochain.

Le Comité.

AVIS DE L'ASSOCIATION

Nous désirons attirer l'attention de nos confrères sur le fait que leur contribution est payable à l'Association et que, pour ceux qui ont acquitté cette cotisation, le Congrès annuel ne comporte aucun frais supplémentaire.

Le Congrès des Trois-Rivières, qui aura lieu les 4, 5 et 6 octobre prochain, est votre Congrès. Les événements se précipitent; il vaut mieux les diriger que d'en subir passivement les inconvénients.

Le comité d'économie de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada prépare un sujet qui vous sera présenté à la soirée du 5 octobre, durant le Congrès des Trois-Rivières. Nous lançons une invitation à tous nos confrères. Cette séance ne manquera pas d'intérêt pour vous.

LA QUINIDINE DANS LES TROUBLES DU RYTHME

— 18 CAS —

Jean GRATTON, interne-résident, et **Paul DAVID**, médecin,

Service de Médecine, section Cardiologie de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Propriétés.

En 1912, un patient de Wenckebach le mit au courant d'une constatation curieuse. Lorsqu'il voyageait dans les pays tropicaux, il utilisait de la quinine contre la malaria. Or ce remède arrêtait les palpitations dont il se plaignait en Europe (1). Cette observation frappa Wenckebach qui demanda à son élève Frey d'étudier les possibilités de cette drogue. Ce dernier isola la quinidine et, avec Wenckebach, l'utilisa, en 1918, dans le traitement de l'arythmie complète ou fibrillation auriculaire. Depuis ce temps, expérimentateurs et cliniciens ont précisé les propriétés physiologiques, pharmacodynamiques et thérapeutiques de la quinidine. Mais le problème demeure encore complexe. Dans son récent précis *Quinidine in disorders of the Heart*, Gold (2) attribue à la quinidine les propriétés suivantes:

1.—Augmentation de la période réfractaire du muscle cardiaque.

2.—Diminution de la conduction dans le muscle.

3.—Action antifibrillatoire par allongement de la période réfractaire.

4.—Diminution de l'excitabilité du muscle cardiaque.

5.—Action dépressive qui diminue la fonction rythmique du cœur.

6.—Allongement de la systole électrique du cœur.

7.—Diminution de la force contractile du muscle cardiaque.

8.—Production possible de tachycardie et même de fibrillation ventriculaire. Cette éventualité représente probablement l'action la plus toxique du médicament.

9.—Action paralysante du vague, comparable à l'atropine, et qui donne une augmentation du rythme ventriculaire.

10.—Action dilatatrice sur les vaisseaux amenant une chute de la pression artérielle. La quinidine agirait ainsi en diminuant l'action de l'adrénaline.

Toxicité.

Comme tout médicament très actif, la quinidine peut rendre de grands services; cependant elle présente des inconvénients et des dangers. Son action sur toutes les fonctions cardiaques peut provoquer des accidents graves et même mortels. Les signes d'intolérance au médicament sont de deux ordres.

1.—*Les signes généraux et digestifs* se manifestent en général par de la céphalée, des vertiges, de la nausée, des vomissements et de la diarrhée. Dans notre expérience, la diarrhée a été le symptôme le plus fréquent.

Une religieuse de 45 ans (cas no 13) présente des crises de palpitations douloureuses avec tachycardie paroxystique dont l'origine sinusale est confirmée par un électrocardiogramme (ecg) fait au cours d'une crise. Elle reçoit de la quinidine à la dose de 40 ctgrs aux deux heures. Après 1 gramme 20, une diarrhée profuse s'installe et nous devons cesser le traitement.

2.—*Les signes cardiaques* sont plus importants que les signes digestifs. Ils se traduisent par des extra-systoles, un bloc auriculo-ventriculaire, de la tachycardie paroxystique et même la mort par fibrillation ventriculaire (3). Mais, par une auscultation attentive à chaque dose et au besoin des électrocardiogrammes en série, on peut prévenir ces accidents graves. Pour cette raison la quinidine doit être utilisée en milieu hospitalier dans la plupart des cas. Nous faisons exception ici du traitement des

---

*Nous avons utilisé dans tous les cas, sauf un, la quinicardine Nativelle.

**Nous remercions Rougier Frères dont une subvention a permis la réalisation de ce travail.

extra-systoles qui demande peu de contrôle parce que les doses requises de quinidine sont en général minimes.

Plusieurs auteurs ont prétendu qu'employée dans la fibrillation auriculaire la quinidine prédisposait à l'embolie. Ils donnent deux raisons pour expliquer ce mécanisme embolique:

1) Le retour à des contractions normales de l'oreillette après un traitement à la quinidine provoquerait le détachement d'un thrombus intra-auriculaire qui se serait constitué pendant la période de fibrillation .

2) On attribuerait une propriété coagulante à la quinidine — ce qui n'est pas prouvé.

Pour ce qui est du thrombus intra-auriculaire, Levine parle de 90 pour cent de caillots dans l'oreillette chez 31 malades fibrillants et 54 pour cent chez 84 malades sans trouble du rythme (4). Dans 62 autopsies de cas de sténose mitrale, il trouve 20 thrombus chez des patients qui avaient fibrillé et 4 thrombus chez des patients qui n'avaient pas fibrillé. Par contre, 3 pour cent des cas traités et 16 pour cent des cas non traités présentaient des thrombus intracavitaires d'après une statistique de White et Viko. Cette étude groupait 484 cas de fibrillation auriculaire (5). White conclut: « L'embolie peut survenir au cours de la fibrillation auriculaire, persistante, isolée et, en fait, survient aussi souvent qu'au moment du retour du cœur à un rythme normal. » De toute façon, un des cas de notre série illustre peut-être ce danger (cas no 4):

Un homme âgé de 44 ans, présentant de la dyspnée et de l'orthopnée depuis plusieurs semaines, est hospitalisé. Un diagnostic de maladie cardiaque rhumatismale avec double lésion mitrale, fibrillation auriculaire et insuffisance ventriculaire gauche est posé. La digitalisation ralentit le rythme cardiaque de 150 à 90 mais la fibrillation persiste. Comme le début des troubles ne remonte qu'à quelques semaines, nous tentons de convertir sa fibrillation en un rythme sinusal. Il reçoit 2 grammes de quinidine le 19 octobre 1949 et, le lendemain avant-midi, il meurt subitement. L'autopsie montre en plus de ses lésions valvulaires, une embolie pulmonaire droite et de multiples infarctus rénaux.

Dosage.

Dans cette étude de 18 cas, nous avons suivi la suggestion de plusieurs auteurs, entre autres White et Levine, qui préconisent de donner une dose initiale de 20 ctgrs de quinidine comme test allergique. L'idiosyncrasie peut produire une éruption cutanée, un purpura ou une crise d'asthme. Gold, dans sa vaste expérience, n'en a jamais observé un seul cas et nous non plus dans cette petite série. A l'avenir, nous ne ferons plus cette épreuve de sensibilité car nous croyons que l'observation du malade nous permettra de découvrir rapidement une telle complication.

Le dosage à employer dépend de l'urgence du cas traité. L'absorption de la quinidine est rapide, son action maxima est obtenue en trois ou quatre heures et l'élimination est complète en 24 heures. Cette notion oblige à donner des doses répétées, à intervalles rapprochées, de façon à obtenir une concentration sanguine de plus en plus élevée. Pour un même trouble du rythme, un patient répondra à une dose peu élevée, tandis qu'un autre exigera une dose beaucoup plus considérable. On ne peut donc pas présenter un plan de traitement défini, car chaque cas particulier définit son traitement.

Nous avons observé une malade (cas no 12) dont la fibrillation auriculaire a été convertie en un rythme sinusal avec une dose de 80 centigrammes en 4 heures, et une autre avec une dose de 3 grammes en 20 heures (cas no 8).

Chaque comprimé contient en général 20 centigrammes de sulfate de quinidine. Dans cette série, nous avons donné 40 centigrammes aux deux heures jusqu'à concurrence de deux grammes pour une journée et ceci tant que des résultats positifs n'étaient pas obtenus.

Avant chaque dose, les malades ont été auscultés et nous cessons le traitement dès que nous obtenons l'effet désiré. A l'avenir, nous basant sur l'expérience de ces 18 cas, nous donnerons 20 centigrammes toutes les heures jusqu'à l'obtention d'un résultat convenable ou de signes d'intolérance, arrêtant

le traitement après 10, 12, 14, 16 ou 20 doses. Ces patients sont examinés toutes les heures et plusieurs électrocardiogrammes sont enregistrés. Un tel traitement, on le conçoit, est presque impossible à domicile.

Après avoir obtenu l'effet désiré, la dose d'entretien est basée sur la quantité qui a été nécessaire à la correction du rythme. Elle sera d'autant plus forte que la dose d'attaque l'aura été. Elle dépasse rarement un gramme et le plus souvent après une semaine ou deux, elle peut être abandonnée sans craindre un nouveau trouble du rythme.

Le cas *no 2* a vu sa fibrillation se changer en rythme sinusal après 1 gramme 20. Depuis un an et demi, ce rythme se maintient sans dosage d'entretien.

INDICATIONS.

Dans notre étude, nous avons traité (cf. tableau):

1. 12 cas de fibrillation auriculaire.
2. 5 cas de tachycardie paroxystique d'origine sinusale.
3. 1 cas de tachycardie ventriculaire.

I.—*La fibrillation auriculaire* est un trouble de conduction auriculo-ventriculaire qui se caractérise: 1. par des excitations auriculaires extrêmement fréquentes (environ 300/min.), et 2. par des réponses ventriculaires irrégulières. Suivant que ces réponses sont rapides ou non les contractions ventriculaires se transmettront au pouls en partie ou en totalité. Selon Lewis, la fibrillation était due à un mouvement circulaire intra-auriculaire dont les voies de conduction variaient d'une excitation à une autre alors que dans le flutter les voies de conduction demeuraient toujours identiques. Prinzmetal, récemment, par la cinématographie, a prouvé de façon concluante qu'un tel mouvement n'existait pas et que

No. du CAS	No. DOSSIER	SEXE	AGE	DIAGN. CLINIQUE	DIAGN. ELECTRO-CARDIOGRAPHIQUE	DOSAGE		RESULTAT THERAPEUTIQUE
						ATTAQUE	ENTRETIEN	
1	4731 - '50	M	49	Cancer poumon gauche	Fibrillation auriculaire paroxystique	2 gms en 10 hres	0.40 pour 5 jrs	Excellent
2	6589 - '49	M	40	Maladie cardiaque rhumatismale, double lésion mitrale.	Fibrillation auriculaire	1.20 gms en 12 hres	non	Excellent
3	10,228 - '49	F	53	Goître toxique.	Fibrillation auriculaire	Doses croissantes pour 22 jours		Excellent
4	10,442 - '49	M	44	Maladie cardiaque rhumatismale, double lésion mitrale.	Fibrillation auriculaire	2 gms en 10 hres	non	Echec (décès)
5	3993 - '50	M	50	Maladie cardiaque rhumatismale. Rétrécissement aortique.	Fibrillation auriculaire	Doses croissantes pour 14 jours		Excellent
6	2789 - '50	M	22	Maladie cardiaque rhumatismale. Sténose mitrale serrée.	Fibrillation auriculaire	1.40 gms en 7 hres	0.20 à 0.80 pour 9 jrs	Excellent
7	2875 - '50	F	44	Maladie cardiaque rhumatismale, double lésion mitrale.	Fibrillation auriculaire	3 gms en 60 hres	0.20 à 0.80 pour 7 jrs	Echec
8	2391 - '50	F	43	Maladie cardiaque rhumatismale. Double lésion mitrale.	Fibrillation auriculaire	3 gms en 20 hres	0.60 pour 5 jrs	Excellent
9	6632 - '50	F	38	Maladie cardiaque rhumatismale. Sténose mitrale serrée.	Fibrillation auriculaire	1.20 gms en 12 hres	0.20 à 0.80 pour 5 jrs	Excellent

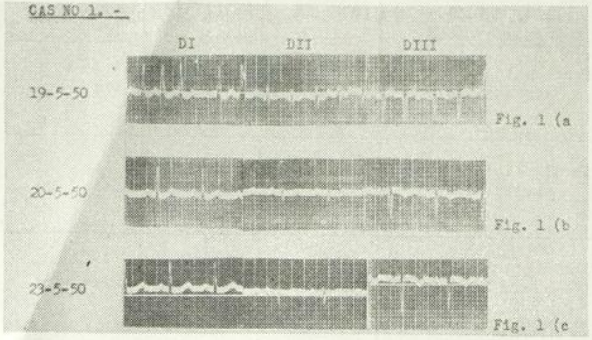
No. du CAS	No. DOSSIER	SEXE	AGE	DIAGN. CLINIQUE	DIAGN. ELECTRO-CARDIOGRAPHIQUE	DOSAGE ATTAQUE	DOSAGE ENTRETIEN	RESULTAT THERAPEUTIQUE
10	9139 - '49	M	32	Maladie cardiaque rhumatismale. Double lésion mitrale.	Fibrillation auriculaire	0.60 grs pour 7 jours	0.60 pour 11 jours	Succès temporaire
11	1290 - '49	F	52	Maladie cardiaque rhumatismale. Sténose mitrale.	Fibrillation auriculaire	3.20 grs en 96 hres	0.80 et 1.20 pour 6 jours	Excellent
12	4883 - '50	F	40	Maladie cardiaque rhumatismale. Double lésion mitrale.	Fibrillation auriculaire	1.60 grs en 8 hres	0.60 pour 6 jrs	Excellent
13	3255 - '50	F	45	Lithiase vésiculaire. Tachycardie paroxystique.	Fibrillation auriculaire	1.20 grs en 6 hres	0.40 à 0.60 pour 2 jrs	Intolérance du médicament
14	9928 - '49	F	42	Tachycardie paroxystique. Déséquilibre neuro-végétatif.	Fibrillation auriculaire	0.60 à dant 3 Total:	0.80 pen-mois 66 grs	Excellent
15	4755 - '50	F	63	Maladie cardiaque hypertensive. Glomérulonéphrite chronique. Tachycardie paroxystique.	Tachycardie paroxystique supra-ventriculaire.	1.20 grs à 2 reprises (6 jrs d'interv.)	non	Excellent
16	3259 - '50	M	54	Thrombose coronarienne. Infarctus du myocarde. Tachycardie paroxystique.	Infarctus antéro-latérel. Tachycardie paroxystique sinusale.	5.2 grs en 72 hres	non	Echec
17	4066 - '50	M	27	Maladie cardiaque rhumatismale. Sténose mitrale.	Tachycardie paroxystique sinusale.	1.8 grs en 5 hres	1.20 pour 1 jour	Bon
18	6345 - '49	M	45	Thrombose coronarienne. Infarctus du myocarde.	Tachycardie paroxysque ventriculaire ou nodale	1.8 grs en 12 hres	0.80 et 1.20 pour 22 jrs	Excellent

la fibrillation était causée par des excitations ectopiques originant dans différents foyers de l'oreillette. Le diagnostic certain repose sur l'électrocardiogramme qui montre un mouvement perpétuel de la ligne de base dû à la succession très rapide des ondes « P » ou auriculaires, et des complexes ventriculaires qui n'ont aucune relation de temps les uns avec les autres.

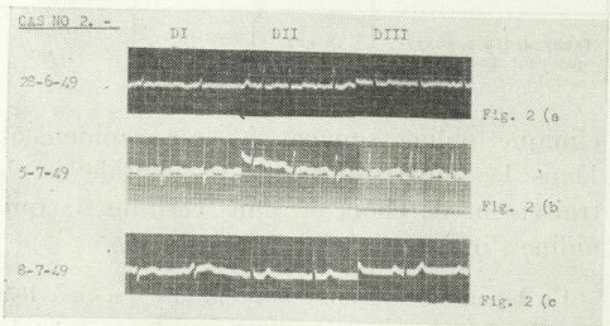
a) *Fibrillation auriculaire paroxystique.*

Dans ces cas, le rythme ventriculaire moyen atteint ou dépasse 140/min. Ce paroxysme débute brusquement. Il est mal toléré par le malade et s'accompagne de palpitations et de malaises de toutes sortes. Il peut conduire rapidement à l'insuffisance cardiaque. Dans certains cas, ce paroxysme conduit à un véritable choc, dû à une chute de la pression artérielle, elle-même causée par un défaut de remplissage du ventricule gauche. Le tableau clinique oblige souvent à agir rapidement. Dans la plupart des cas, la digitale est le traitement de choix et, dans certains, la quinidine s'impose et peut sauver la vie.

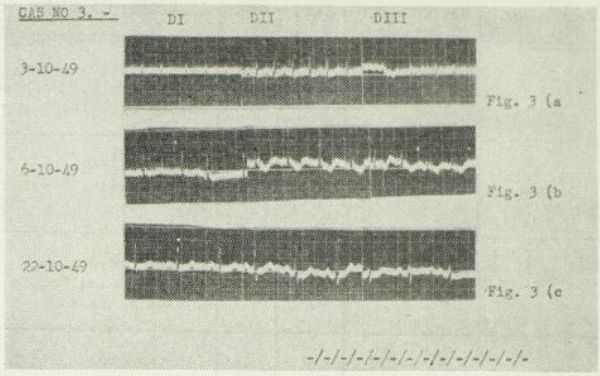
Un homme de 49 ans fut hospitalisé en mai 1950 pour un néoplasme du poumon gauche (cas no 1). Il subit une pneumonectomie et tout va très bien jusqu'à la troisième journée postopératoire, quand il présenta soudainement une douleur thoracique à la toux, une diaphorèse intense, un rythme cardiaque à 140, irrégulier, et une chute considérable de la pression artérielle; en un mot un collapsus cardio-vasculaire. Un électrocardiogramme confirme le diagnostic de fibrillation auriculaire du type paroxystique. Le patient reçoit deux doses intraveineuses de 0,6 mg. de digitaline Nativelle en 4 heures et on réussit à lui faire prendre 10 comprimés de Quinidine, i.e. 2 grammes en 8 heures. En moins de 24 heures, grâce à l'emploi combiné de la digitale et de la quinidine, la fibrillation paroxystique a été convertie en un rythme sinusal régulier à 84. La pression artérielle est remontée à la normale et le patient fut très bien jusqu'à son congé 12 jours plus tard.



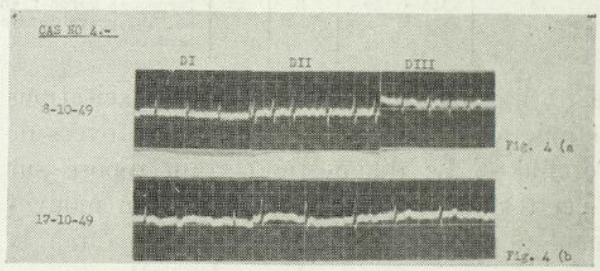
Cas No 1. — Monsieur S. F..., 49 ans, dossier 4731, est hospitalisé pour néoplasme du poumon gauche. Subit une pneumonectomie le 16 mai 1950 et tout va très bien jusqu'à la 3ème journée postopératoire. Il présente alors une diaphorèse intense avec une douleur à la toux, un rythme cardiaque irrégulier à 140 et un collapsus cardio-vasculaire. L'électrocardiogramme du 19 mai montre de la fibrillation auriculaire avec un rythme ventriculaire moyen à 140 (Fig. 1 (a). Injection intraveineuse de 1,2 mg. de digitaline Nativelle et administration de 2 grammes de quinicardine. Le 20 mai, l'ecg montre un rythme sinusal à 80 (Fig. 1 (b). 3 jours plus tard, il demeure sinusal à 84 (Fig. 1 (c). Le patient quitte l'hôpital dix jours plus tard sans autre ennui cardio-vasculaire. Doses d'entretien, excellent résultat.



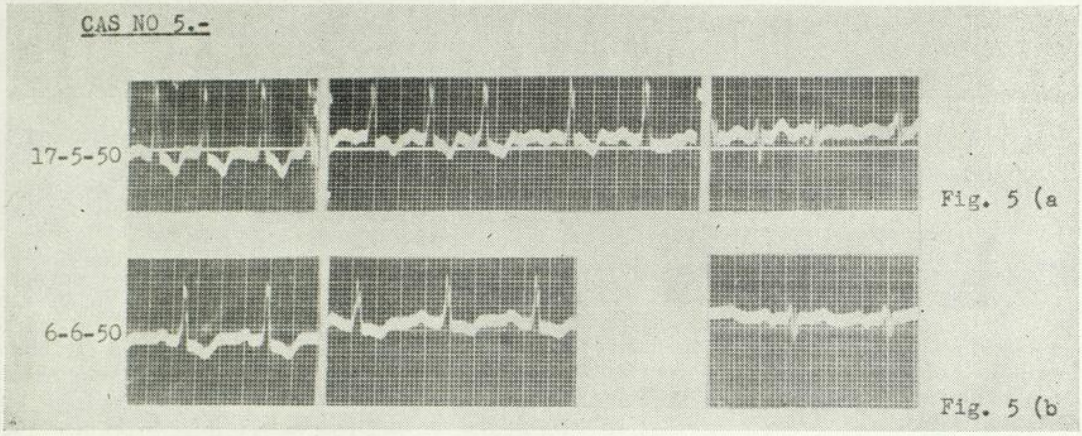
Cas No 2. — Monsieur R. C..., 40 ans, dossier 6589, se plaint de palpitations, douleurs précordiales, asthénie et dyspnée dont l'intensité progresse depuis 10 ans. Depuis 72 heures, les symptômes ont atteint un véritable paroxysme avec des nausées, vomissements et œdème pulmonaire. Rythme cardiaque irrégulier à 140. Maladie mitrale. P.A. 100/80. Râles congestifs aux bases pulmonaires, hépatomégalie et œdème prétibial. Injection intraveineuse de 1,2 mg. de digitaline Nativelle. Le patient est hospitalisé. Le 28 juin 1949, l'ecg, fait 24 heures plus tard, montre de la fibrillation auriculaire avec un rythme ventriculaire moyen à 72 (Fig. 2 (a). La scopie met en évidence une calcification mitrale. Le 4 juillet, il reçoit 1,20 gm. de quinicardine et, le 5, l'ecg montre un rythme sinusal à 84 avec un bloc auriculo-ventriculaire du 1er degré (Fig. 2 (b). Le 8 juillet, le rythme demeure sinusal à 60 et le bloc a disparu (Fig. 2 (c). Un an et demi après cet incident, le rythme était encore sinusal. Ce résultat est excellent.



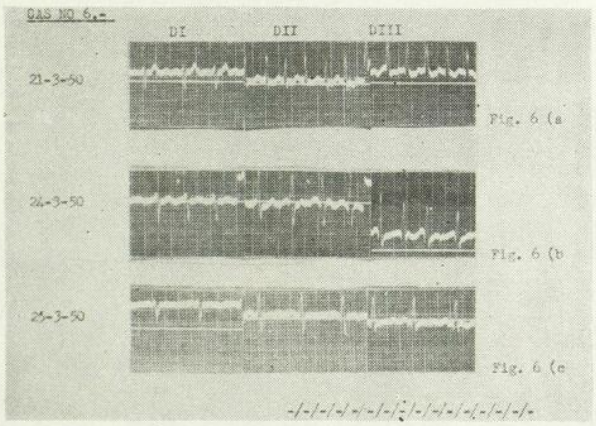
Cas No 3. — Mlle G. L..., 53 ans, dossier 10 228, est hospitalisée d'urgence le 1er octobre 1949. Depuis 24 heures, elle saigne en abondance (hématémèse et méléna). Elle est très agitée, semi-consciente. A l'examen, on découvre un goitre nodulaire, un rythme cardiaque irrégulier, une P. A. à 180/100. L'ecg du 3 montre une fibrillation auriculaire à 180 (Fig. 3 (a). On lui administre par voie I.V. 1,4 mg. de digitaline Nativelle. Le 6, l'ecg montre un rythme cardiaque à 135 avec persistance de la fibrillation (Fig. 3 (b). Des doses croissantes de quinicardine sont données et, le 22, l'ecg montre un rythme sinusal à 90 (Fig. 3 (c). Elle fut, par la suite, opérée de son goitre toxique. La P.A. se fixa à 200/115 et le rythme cardiaque demeura régulier. Doses d'entretien. Excellent résultat.



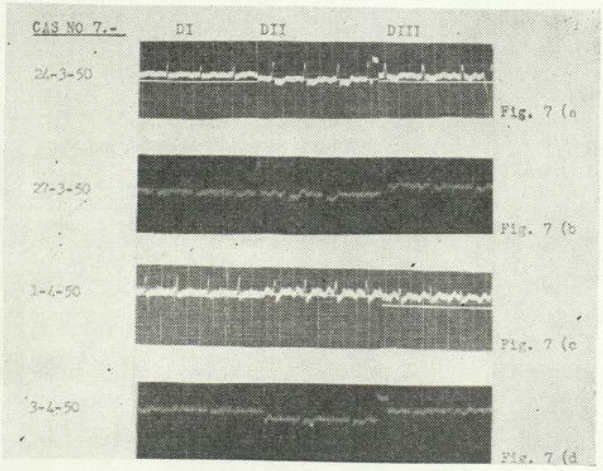
Cas No 4. — Monsieur E. R..., 44 ans, dossier 10,442, est hospitalisé le 6 octobre 1949 pour douleurs au flanc droit et hématurie. De plus, il se plaint de dyspnée et d'orthopnée progressives depuis quelques semaines. A l'examen, nous trouvons un rythme cardiaque irrégulier à 150, une double lésion mitrale, des râles congestifs aux deux poumons. L'ecg du 8 octobre montre de la fibrillation auriculaire et un rythme ventriculaire à 150 (Fig. 4 (a). Il reçoit de la digitaline Nativelle et son rythme se ralentit à 90 (Fig. 4 (b). Nous essayons alors de transformer sa fibrillation et, le 18, il reçoit 2 gm. de poudre de sulfate de quinidine. Le lendemain matin, il meurt subitement. L'autopsie confirme une double lésion mitrale et démontre une embolie massive de l'artère pulmonaire droite et de multiples infarctus rénaux. Echec évident du traitement.



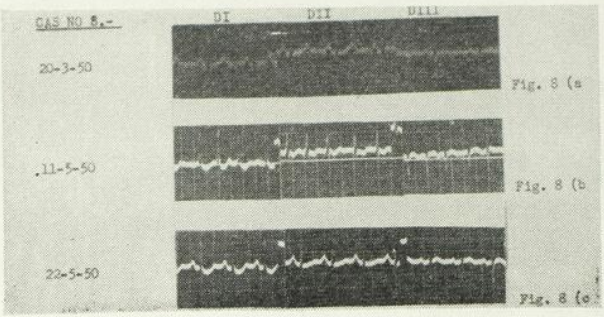
Cas No 5. — Monsieur M.S..., 50 ans, dossier 3993, est hospitalisé en mai 1950 pour des crises de tachycardie paroxystique qu'il fait depuis l'âge de 20 ans. Il est porteur d'une sténose aortique d'origine rhumatismale. Un ecg du 17-5-50 montre de la fibrillation auriculaire avec un rythme ventriculaire à 130 (Fig. 5 (a). On tenta la quinidine à la dose de 1,60 gm. par jour, mais après 2 jours, une diarrhée s'installa et on dut cesser le médicament. On digitalisa le patient avec 70 gouttes de digitaline Nativelle en 7 jours, puis la quinidine fut reprise à une dose variant entre 0,40 et 1,20 gm. Le rythme est redevenu sinusal comme en témoigne l'ecg du 6 juin 1950. Excellent résultat. Dose d'entretien à domicile de 1 gramme par jour.



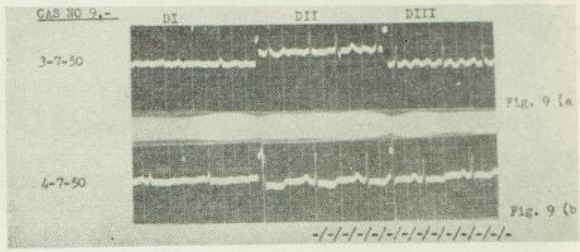
Cas No 6. — Monsieur J. C..., 22 ans, dossier 2789, est hospitalisé d'urgence pour une douleur extrêmement vive du membre inférieur gauche. Rhumatisme articulaire aigu à trois reprises dans l'enfance. Dyspnée progressive. Plusieurs hémoptysies. Quelques crises d'œdème aigu. Le patient fait 102° de température et présente les signes typiques d'une embolie fémorale. Le rythme cardiaque est irrégulier et très rapide aux environs de 160. Auscultation d'une sténose mitrale serrée. L'ecg du 21 mars montre de la fibrillation auriculaire avec un rythme ventriculaire qui varie entre 110 et 210 (Fig. 6 (a). Le 24, la fibrillation auriculaire persiste à 140. (Fig. 6 (b). On lui donne 1,40 gm. de quinicardine et, le 25, le rythme est devenu sinusal à 88 (Fig. 6 (c). Par la suite, le patient reçoit des doses d'entretien pendant une semaine. Doses d'entretien. Excellent résultat.



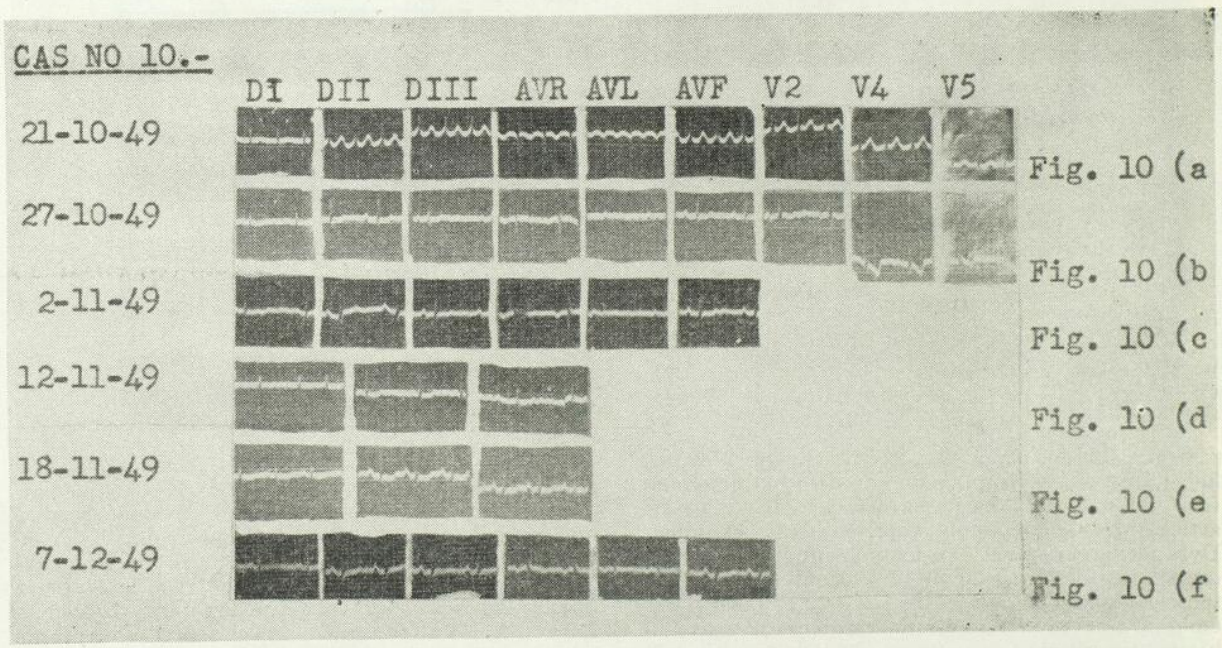
Cas No 7. — Madame A. D..., 44 ans, dossier 2875, est admise pour de la dyspnée très intense et des palpitations douloureuses fréquentes. Rythme cardiaque irrégulier à 140. Double lésion mitrale. P. A. 240/115. Râles congestifs aux deux bases. Foie hypertrophié et douloureux. L'ecg montre, le 24, de la fibrillation auriculaire avec un rythme à 120 (Fig. 7 (a). Après digitalisation progressive, le rythme est ralenti à 90, le 27 (Fig. 7 (b). Elle reçoit 3 gm. de quinicardine et, le 1er avril, l'ecg montre un flutter à 2 pour 1 avec rythme à 130 (Fig. 7 (c). La quinicardine est cessée et le rythme devient irrégulier. L'ecg du 3 avril montre en effet de la fibrillation auriculaire avec rythme ventriculaire à 75 (Fig. 7 (d). Echec du traitement.



Cas No 8. — Madame L. L..., 43 ans, dossier 2391, fut hospitalisée en mars 1950 pour dyspnée d'effort. Orthopnée et œdème malléolaire vespéral. Auscultation typique d'une maladie mitrale. P.A. 160/100. L'ecg montre un rythme sinusal à 80 (Fig. 8 (a). Elle est réadmise d'urgence le 19 mai pour une cholécystite aiguë. Les symptômes d'insuffisance cardiaque se sont aggravés et le rythme cardiaque est irrégulier à 160 - 180 (Fig. 8 (b). Nous donnons 1,2 mg. de digitaline Nativelle et le rythme est ralenti à 112 mais demeure irrégulier. Le 21, nous lui administrons 3 gm. de quinicardine et, le 22, le rythme est sinusal à 112 (Fig. 8 (c). Elle est opérée le 29 mai: cholécystite calculeuse suppurée. Six mois plus tard, la patiente est bien et son rythme est demeuré régulier. Ce résultat est excellent.



Cas No 9. — Madame J. D..., 38 ans, dossier 6632, est admise à l'hôpital pour dyspnée d'effort, orthopnée et palpitations. Elle est digitalisée depuis plusieurs mois. Le rythme cardiaque est irrégulier à 108 et l'auscultation met en évidence une sténose mitrale pure et serrée. L'ecg montre de la fibrillation auriculaire avec un rythme moyen à 108 (Fig. 9 (a). Nous lui donnons 1,20 gm. de quinicardine et le rythme devient sinusal à 76 (Fig. 9 (b). Doses d'entretien, excellent résultat.



Cas No 10. — Monsieur M. A..., 32 ans, dossier 9139, se présente à la clinique externe de cardiologie. Il se plaint de dyspnée intense au moindre effort et de palpitations. A l'examen, rythme cardiaque régulier à 140. Signes typiques d'une maladie mitrale et râles congestifs aux poumons. L'ecg. du 21 octobre 1949, montre un flutter auriculaire à 2 pour 1 avec rythme ventriculaire à 140 (Fig. 10 (a). Nous administrons des doses quotidiennes massives de digitale Nativelle (200 gouttes) et le rythme devient sinusal à 72 (Fig. 10 (b), et se maintient ainsi le 2 novembre (Fig. 10 (c). Le 12 novembre, nous constatons un rythme cardiaque irrégulier et l'ecg. confirme une fibrillation auriculaire avec un rythme à 92 (Fig. 10 (d). Il reçoit 3,80 gm. de quinicardine et le 18 novembre le rythme est sinusal à 92 (Fig. 10 (e), et le 7 décembre, il est encore sinusal à 84 (Fig. 10 (f). Doses d'entretien. Excellent résultat.

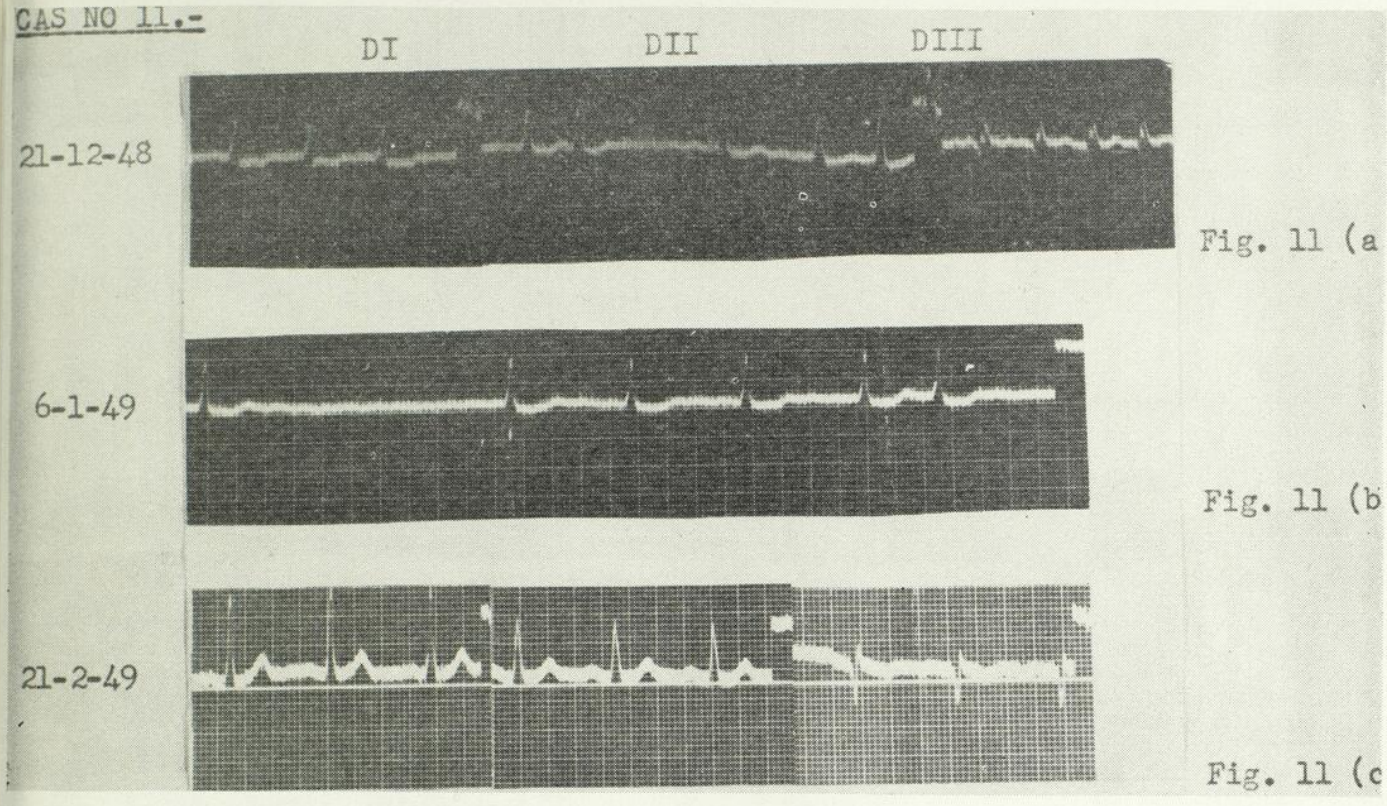


Fig. 11 (a

Fig. 11 (b

Fig. 11 (c

Cas No 11. — Madame W. L..., 52 ans, dossier 12,689, est hospitalisée le 18 décembre 1948 pour dyspnée intense et palpitations. L'auscultation montre une maladie mitrale. Râles congestifs aux bases. L'ecg du 21 décembre montre une fibrillation auriculaire avec un rythme ventriculaire moyen à 120 (Fig. 11 (a). La patiente est digitalisée et le cœur est ralenti à 60 (Fig. 11 (b). Nous administrons 3,20 grammes de quinicardine en 96 heures et, le 21 fév., le rythme est régulier et sinusal à 84 (Fig. 11 (c). Doses d'entretien, excellent résultat.

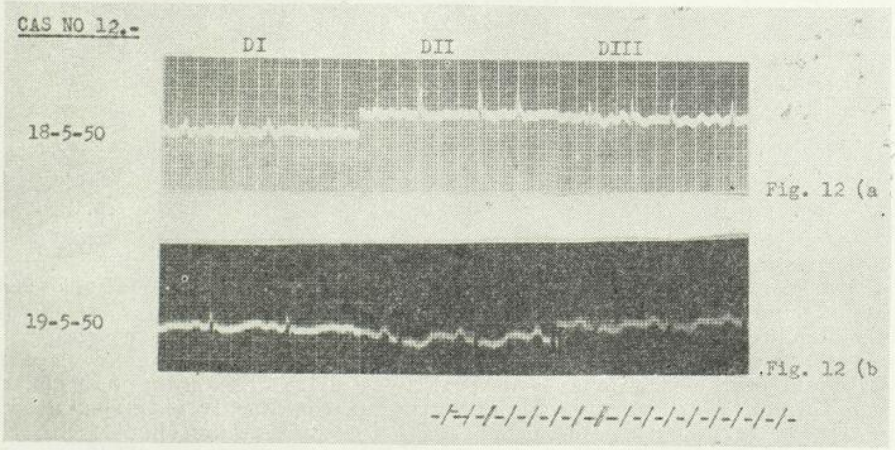
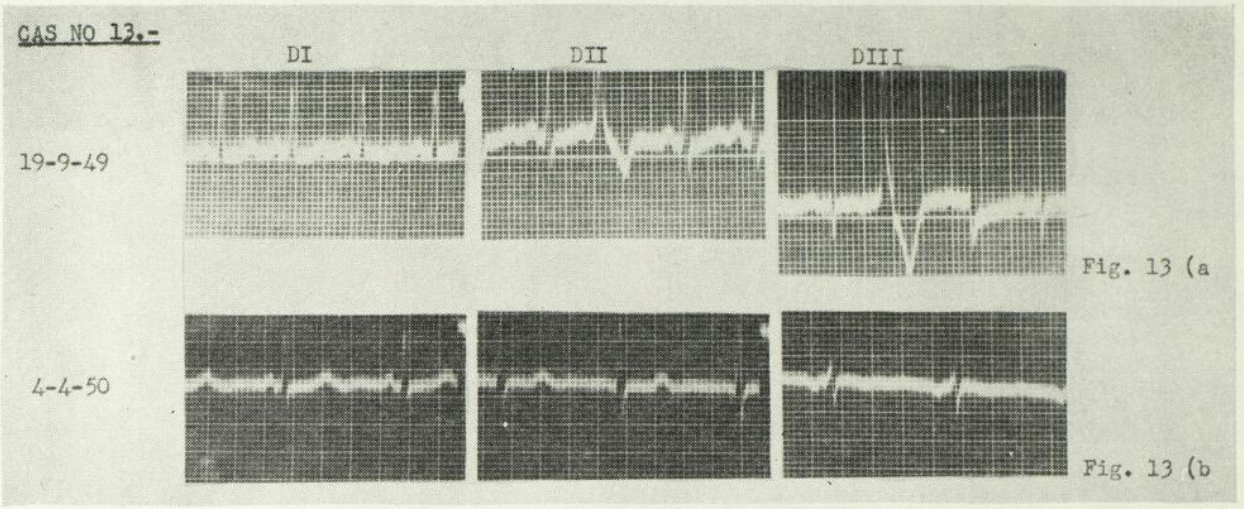


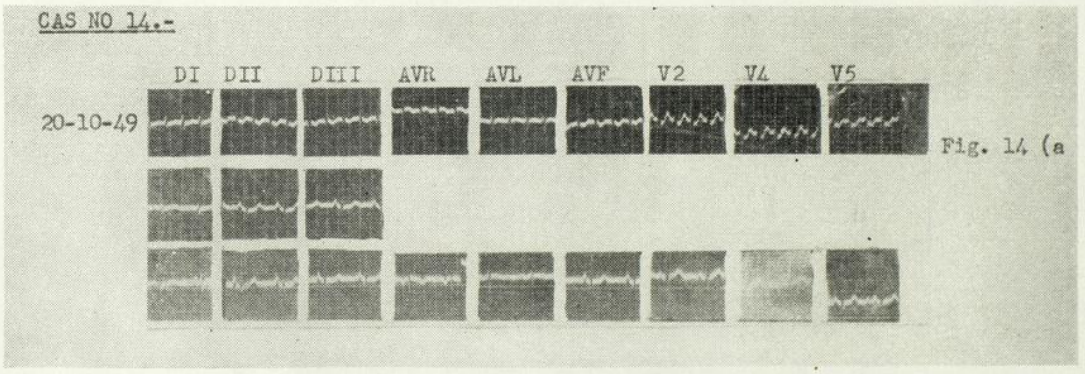
Fig. 12 (a

Fig. 12 (b

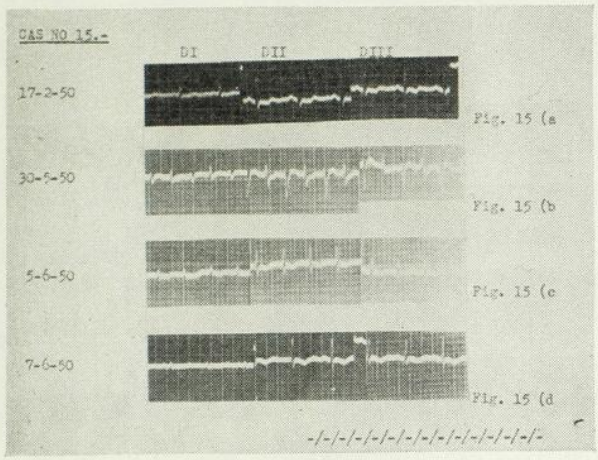
Cas No 12. — Mlle R. P.., 40 ans, dossier 4883, une semaine avant l'admission, elle a fait une hémiparésie droite avec aphasie qui a duré une heure. Depuis, elle se plaint de palpitations et de dyspnée. A l'examen, nous constatons un rythme cardiaque irrégulier à 120 et les signes d'une maladie mitrale. P. A. 110/80. L'ecg. du 18 mai montre de la fibrillation auriculaire avec rythme moyen de 120 (Fig. 12 (a). Elle reçoit 0,80 gm. de quinicardine et le rythme devient régulier et sinusal (Fig. 12 (b). Doses d'entretien. Excellent résultat.



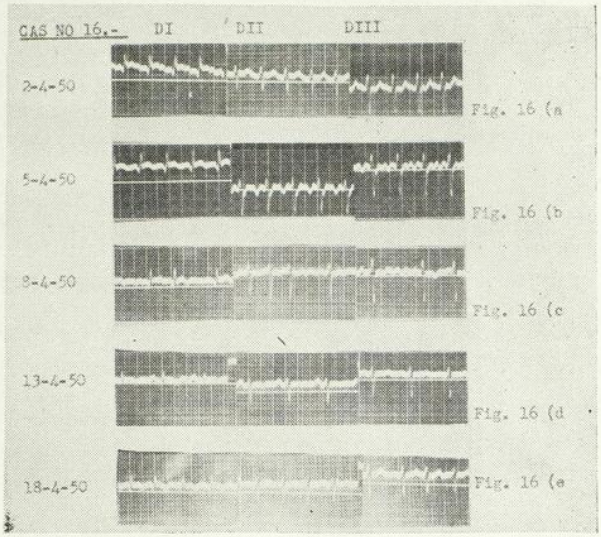
Cas No 13. — Sœur G. B..., 45 ans, dossier 3255, est hospitalisée en septembre 1949 pour lithiase vésiculaire et pour des crises de palpitations douloureuses avec tachycardie. A l'examen, le cœur est de volume normal et le rythme cardiaque varie entre 120 et 140. Il y a de nombreuses extra-systoles. Elle est soumise à la quinidine pour tenter de prévenir les crises. Elle reçoit 40 ctgr. aux deux heures et, après avoir reçu 1,20 gramme, une diarrhée profuse s'installe et nous devons cesser le traitement à cause de l'intolérance de la malade. Ecg au cours d'une crise (Fig. 13 (a). Ecg en dehors des crises (Fig. 13 (b).



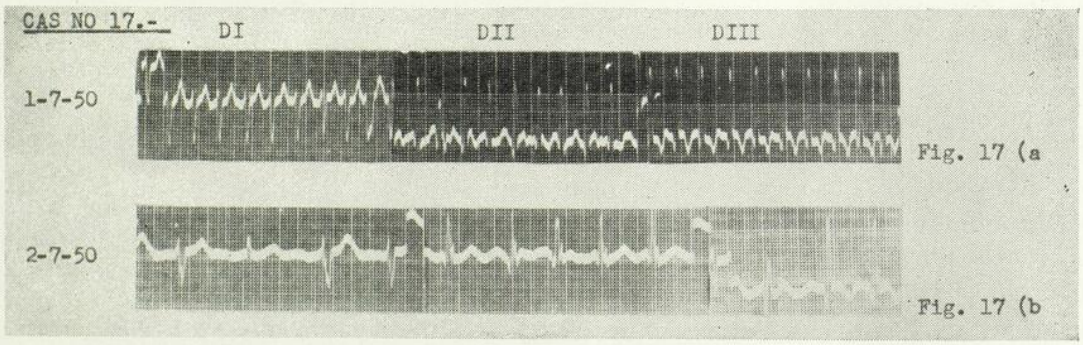
Cas No 14. — Mme R. R..., 42 ans, dossier 9928, fait des crises de palpitations depuis l'âge de 26 ans. Leur nombre et leur intensité ont beaucoup augmenté depuis trois ans. Nous la voyons en septembre, pour la première fois, à l'occasion d'une crise de tachycardie qui cesse avec la compression des globes oculaires. Un bilan complet, fait à l'hôpital, est négatif sauf sur le terrain psycho-somatique. Nous prescrivons de la quinicardine 0,20 gm. trois fois par jour. Un mois plus tard, nouvelle crise. Un ecg. confirme l'origine sinusale de ce paroxysme (Fig. 14 (a). La crise cède à une injection de prostigmine (Fig. 14 (b). Nous augmentons la quinidicardine à 0,80 gm. par jour. Elle continue cette médication pendant sept semaines et, sans nous prévenir, abandonne tout traitement. Sept jours après, nouvelle crise. Avec la quinidine, cette patiente a fait 2 crises en 3 mois alors qu'elle en faisait deux et trois par jour avant le traitement. Nous avons donc considéré ce cas comme une réussite de la quinidine utilisée de façon prophylactique.



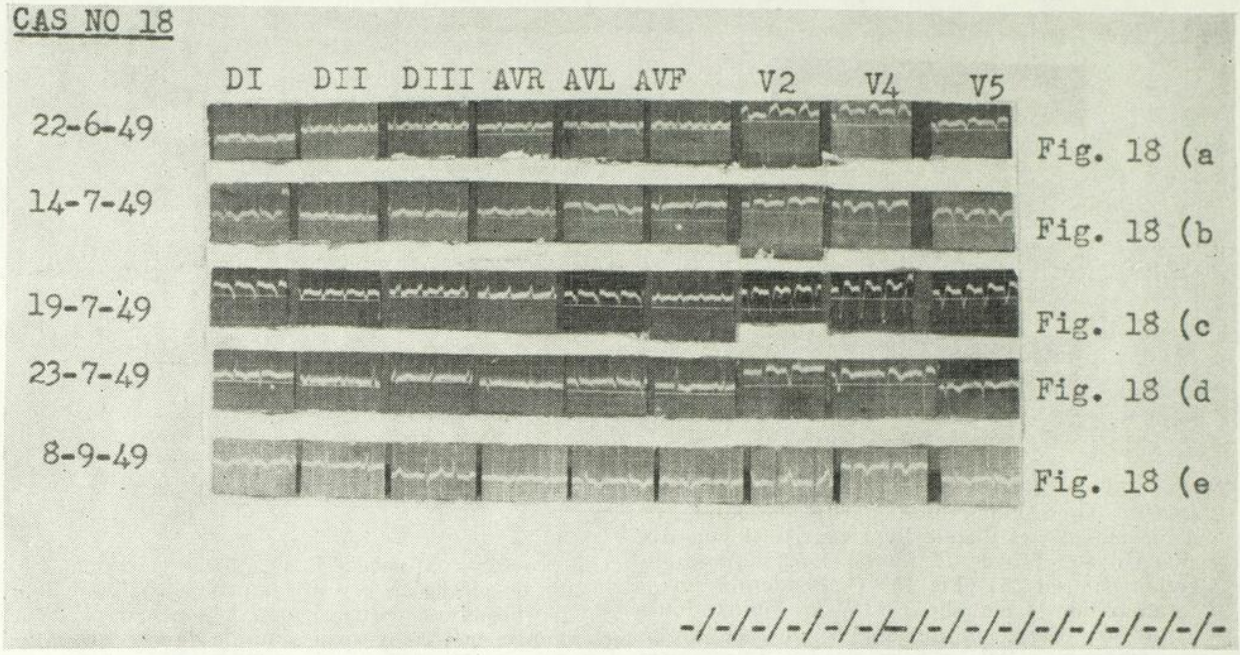
Cas No 15. — Madame C. C..., 63 ans, dossier 4755, souffre d'une glomérulo-néphrite chronique et d'une maladie cardiaque hypertensive depuis dix ans. Un ecg, fait le 17 février 1950, montre un rythme sinusal à 84 (Fig. 15 (a). Pendant la phase terminale de sa maladie, c'est-à-dire quinze jours avant son décès, elle développe une tachycardie paroxystique à 180, et l'ecg montre deux foyers d'excitation (Fig. 15 (b). Elle reçoit 1,20 gm. de quinicardine et le rythme se ralentit à 130 (Fig. 15 (c). Avec l'addition de 1,20 gm., il devient sinusal à 88 (Fig. 15 (d). Excellent résultat thérapeutique.



Cas No 16. — Monsieur E. O..., 54 ans, dossier 3259, est hospitalisé à la suite d'un syndrome typique de thrombose coronarienne. A son arrivée, l'ecg montre une tachycardie sinusale du type paroxystique à 150 et un infarctus de la paroi antérieure (Fig. 16 (a). A cause d'une insuffisance gauche qui s'installe rapidement, nous lui donnons des doses massives de digitaline et de quinicardine. Après 5,20 gm. de quinidine en trois jours, s'installe un flutter à 2 pour 1 (Fig. 16 (b). Nous cessons la quinidine et, le 8, le rythme est irrégulier et l'ecg montre une fibrillation auriculaire avec un rythme moyen à 88 (Fig. 16 (c). Cinq jours plus tard, le rythme est sinusal et régulier à 96 (Fig. 16 (d). Mais, le 18 avril, nouvel accès de fibrillation avec rythme moyen à 140 (Fig. 16 (e). Le 26 avril, il meurt subitement. Echec du traitement.



Cas No 17. — Monsieur B. P.., 27 ans, dossier 4066, est admis à l'hôpital pour dyspnée, orthopnée, hémoptysie. L'examen montre tous les signes d'une sténose mitrale serrée. Commissurotomie le 28 juin 1950. Les suites opératoires sont normales lorsque, soudainement le 1er juillet, il devient très dyspnéique et anxieux. Il a des nausées et des vagues douleurs abdominales. Le rythme cardiaque est excessivement rapide et la pression est à 80/40. L'ecg confirme cette tachycardie paroxystique à 220 (Fig. 17 (a). Echec de la pression des oculaires et des sinus carotidiens et de deux injections de 25 mg. de mécholyl. Nous administrons 40 centigrammes de quinicardine toutes les heures et, cinq heures plus tard, le rythme est irrégulier à 90 (Fig. 17 (b). Nous continuons 20 ctgrs toutes les quatre heures, mais bien que le rythme demeure contrôlé, la pression ne remonte pas et le patient meurt quarante-huit heures après le début de l'accès.



Cas No 18. — Monsieur C. H. O..., 45 ans, dossier 6345, est hospitalisé pour thrombose coronarienne et un ecg montre un infarctus de la paroi antérieure du myocarde (Fig. 18 (a). Péricardite qui persiste pendant longtemps. Trois semaines après l'accident, l'ecg montre une évolution électrique typique (Fig. 18 (b). Le 19 juillet, soit près d'un mois après l'admission, crise de palpitations et l'ecg montre une tachycardie paroxystique à 180 d'origine ventriculaire (Fig. 18 (c). Il reçoit 1,6 mg. par voie I. V. de digitaline Nativelle sans succès Nous lui donnons de la quinicardine et, après 1,8 gm., le rythme devient sinusal à 96 avec présence de contractions prématurées (Fig. 18 (d). Nouvel incident également réduit à la quinidine. Pour éviter de nouveaux accès, nous maintenons des doses d'entretien de 1,20 gm. En tout, il a reçu 50 grammes de quinidine. L'ecg du 1er septembre 1949 montre un rythme sinusal à 90 (Fig. 18 (e). Excellent résultat.

b) *Fibrillation auriculaire non paroxystique.*

C'est la plus fréquente et représente une complication éventuelle de toute sténose mitrale, d'un certain nombre d'hypertendus, de coronariens et de cœurs thyroïdiens. Dans ces cas, le rythme ventriculaire ne dépasse pas 150. Encore ici, la digitale est le traitement de choix pour ralentir le rythme cardiaque, mais, à elle seule, elle le régularise rarement. Il nous semble important de convertir le rythme lorsque la fibrillation est récente (3 mois au plus), quand le cœur n'est pas trop augmenté de volume et que les signes d'insuffisance cardiaque ne sont pas de vieille date.

L'intérêt de cette conversion réside dans les faits suivants:

1) La disparition des palpitations qui incommodent le patient.

2) Le rythme dans l'ensemble lorsque le sinusal a une tendance à être moins rapide.

3) On prévient le danger des accès paroxystiques de fibrillation.

4) On peut éviter pendant longtemps l'emploi de digitale qui, autrement, serait nécessaire pour contrôler la vitesse du rythme.

Dans la sténose mitrale, certains prétendent qu'on retarde seulement l'échéance d'une évolution normale, et que le traitement par la quinidine donne pour un temps tellement court qu'il n'est pas justifié.

Notre expérience sur les 12 cas traités prouve le contraire. Nous avons été frappés par la persistance, pendant des mois et même des années, d'un rythme sinusal. Le cas no 2 déjà cité, ne fibrille plus depuis un an et demi; le cas no 3, depuis un an, et plusieurs depuis environ 6 mois (cas numéros 6, 8, 9). Sur les onze cas de fibrillation non paroxystique traités à la quinidine, nous avons obtenu huit

succès permanents, un succès temporaire et deux échecs. Il faut bien prendre note que les résultats sont analysés en milieu hospitalier, et prouvés par l'électrocardiographie. Ils représentent les conversions que nous avons eues sans tenir compte de l'évolution ultérieure de la maladie.

Cette statistique, bien que très modeste, prouve que, dans des cas bien choisis, on peut espérer des succès presque constants.

II.—*Tachycardie paroxystique d'origine sinusale.* On appelle ainsi tout rythme cardiaque régulier au-dessus de 140 où l'électrocardiogramme montre un complexe ventriculaire précédé d'une onde auriculaire. Cliniquement, le diagnostic est en général facile. Le début est brusque. Il est ou non accompagné de palpitations, d'oppression, d'angoisse, de lipothymie. Le paroxysme peut durer de quelques minutes à plusieurs jours. Le rythme est rapide et régulier avec des bruits bien frappés. Habituellement, le cœur est sain et normal en dehors des crises. La quinidine représente le traitement de choix lorsque les moyens ordinaires ont échoué, c'est-à-dire:

a) la compression des globes oculaires ou des sinus carotidiens;
b) ou une injection de prostigmine ou de mécholyl.

La quinidine peut aussi prévenir des accès chez les patients dont les crises sont fréquentes.

Dans quatre cas, nous l'avons employée pour tenter de contrôler un accès, et dans un cas pour les prévenir.

La réponse la plus évidente nous est donnée par le cas d'un patient de 27 ans (cas no 17) qui est porteur d'une sténose mitrale pure et serrée, mal tolérée. Le docteur Edouard Gagnon opère le patient (commissurotomie) le 28 juin 1950 et les suites opératoires furent normales jusqu'à la quatrième journée. Il se plaint alors subitement de dyspnée, de nausée et de douleurs vagues à l'abdomen. Il est pâle et anxieux; sa respiration est rapide et superficielle à 40/min. Son pouls est incomptable et sa pression artérielle se lit à 80/40.

Un électrocardiogramme montre une tachycardie paroxystique auriculaire à 180 avec de petits accès de tachycardie ventriculaire. La pression des globes oculaires et des sinus carotidiens échouent. On donne deux injections de mécholyl de 25 mg. sans succès. 40 ctgrs de quinidine sont administrés à toutes les heures pendant quatre heures. Le rythme cardiaque se ralentit à 104 mais la pression artérielle demeure basse à 60/30. Le patient meurt tout de même 24 heures plus tard. Nous avions vaincu son paroxysme mais la pression artérielle n'est jamais redevenue normale et le patient demeura dans son collapsus cardio-vasculaire.

Dans quatre cas où la crise de tachycardie paroxystique a été traitée à la quinidine, nous obtenons 2 échecs (cas numéros 13, 16) et deux succès (cas numéros 15, 17). Dans le cas où la dose fut donnée pour éviter les crises trop fréquentes d'une patiente, nous n'avons noté aucun accès paroxystique pendant 6 mois (cas no 14).

III.—*Tachycardie paroxystique ventriculaire.* On appelle ainsi tout rythme cardiaque au-dessus de 140 où l'électrocardiogramme montre des complexes ventriculaires déformés non précédés d'une onde P. Cette tachycardie est très dangereuse et met la vie du malade en danger. Elle représente un état préfibrillatoire et oblige à un traitement rapide. La quinidine est sans contredit le traitement de choix.

Le cas no 18 de notre série présente cette éventualité.

Il s'agit d'un homme de 45 ans, hospitalisé pour thrombose coronarienne compliquée de péricardite avec épanchement. Un mois après l'accident, il présente subitement une tachycardie paroxystique. Un électrocardiogramme prouve l'origine ventriculaire de cette tachycardie. Nous digitalisons le patient avec un milligramme de Digitaline Nativelle par voie intraveineuse et, quelques heures plus tard, un autre 6/10 de milligramme. Comme nous n'obtenons aucun succès, nous le soumettons à la quinidine et, en 12 heures, après avoir reçu 1,8 gramme, le rythme s'est ralenti à 96 et les complexes ventriculaires ont repris une forme normale. Un nouvel accès nous obligea à continuer une dose d'entretien d'environ 1,20 gramme par jour. Il a reçu en 2 mois 50 grammes de quinidine et son rythme s'est maintenu aux environs de 84.

Il est bon de se rappeler que de tels cas sont justifiables de doses massives. Plusieurs exemples dans la littérature montrent des cas désespérés sauvés par la quinidine grâce à l'audace des médecins traitants. Gold rapporte

un cas qui a pris un total de 2 654 grammes, soit une moyenne de 3 grammes par jour comme dose d'entretien pendant plus de 800 jours. Reich (6) cite un cas chez qui il dut donner 12 grammes en 36 heures avant de rétablir un rythme normal. Levine et Fulton ont donné (7) 7,5 grammes en 24 heures dans un cas semblable.

Nous n'avons pas couvert tout le champ des indications de la quinidine. Nous avons limité notre étude aux cas que nous avons personnellement traités.

Nous n'avons pas encore eu l'occasion d'utiliser la quinidine dans le flutter auriculaire car la digitale seule, mais à doses massives, nous a toujours donné de bons résultats jusqu'à présent.

Quant aux extra-systoles, elles sont rarement du ressort de la quinidine et, sauf exception, elles doivent être traitées par le mépris, la psychothérapie et les sédatifs. Nous faisons exception des extra-systoles survenant à la suite d'une thrombose coronarienne où l'emploi de la quinidine, à doses en général peu élevées, est à conseiller.

Conclusion.

Nous vous avons décrit notre expérience sur l'emploi de la quinidine dans les dix-huit cas traités d'octobre 1947 à juillet 1950.

1.—La quinidine a sa place dans la thérapeutique des maladies cardio-vasculaires.

2.—Une fois l'indication posée, il faut l'employer en milieu hospitalier.

3.—Dans certains cas, il faut se rappeler que c'est le seul traitement qui puisse éviter une mort certaine.

4.—Nous avons l'impression que, surtout dans la fibrillation auriculaire, cette thérapeutique est trop souvent oubliée ou négligée.

5.—Nous annexons à cette étude un résumé de l'histoire de chaque patient et les électrocardiogrammes qui appuient nos diagnostics et confirment nos résultats.

BIBLIOGRAPHIE

(1) WILLINS et DRY: *A history of the Heart and the Circulation.* Page 343.

(2) Harry GOLD: *Quinidine in disorders of the Heart.* Paul B. Hoeber Inc., 1950.

(3) J. A. CARLOTTI: « Usage de la Quinidine. » *Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux,* (mai-juin) 1948.

(4) J. A. LEVINE: « Etude des thrombus cardiaques muraux non infectés. » *Am. J. of Med. Sc.,* **180**: 365, 1930.

(5) Marvin VIKO et P. D. WHITE: « Etude clinique de l'usage du sulfate de Quinidine. » *Arch. of Int. Med.,* **31**: 345, 1923.

(6) REICH: *Am. Heart Journal,* **28**: 256-260, 1944.

(7) S. A. LEVINE et M. M. FULTON: « The effect of Quinidine sulfate on ventricular tachycardia. » *J. A. M. A.,* **92**: 1162, 1929.

BEST et TAYLOR: *Physiological Basis of Medical Practice.* 3e édition.

SOLOMON: *Pharmacology — Materia Medica and Therapeutics.* 5e édition.

PARKINSON et CAMPBELL: « Traitement par la Quinidine de la fibrillation auriculaire. » *Quart J. Med.,* **22**: 281, 1929.

Jean LENEGRE: *Séméiologie cardio-vasculaire.*

LINENTHAL et Stone FREEDBERG: « Measures used in the prevention and treatment of cardiac arythmias. » *New Eng. J. of Med.,* 13-20 (oct.) 1949.

LA THÉORIE DES TROIS PERPENDICULAIRES DANS L'INFILTRATION DU PLEXUS BRACHIAL

L. LAMOUREUX et **M. BOURGEOIS-GAVARDIN**,
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

La première anesthésie du plexus brachial fut faite le 28 mai 1897, par William Crile de Cleveland, Ohio, chez un patient en état de choc. Elle consistait, après une infiltration locale de la peau le long de la clavicule, en une incision des plans superficiels, qui permettait de découvrir le plexus brachial et d'injecter une solution de cocaïne dans chacune de ses racines.

L'école allemande (Braun, Hirschfeld, Kullenkampf), fut la première à faire l'anesthésie régionale à l'aveugle que nous connaissons maintenant. Puis, l'école de Victor Pauchet en 1912, avec Laborde, Sourdat et le plus célèbre de tous, Gaston Labat, améliorèrent et simplifièrent la méthode. En 1924, Labat publia à New-York et à Paris son volume sur les infiltrations régionales, qui est encore aujourd'hui l'évangile de tout anesthésiologiste.

Comme il n'y a rien de nouveau sous le soleil, et que l'histoire se répète sans que changent nos réactions, en 1940, pour les mêmes raisons qu'en 1897, Patrick et ensuite Mac-Intosh d'Oxford, donnèrent un essor nouveau à cette forme d'anesthésie, et les choqués du temps de guerre en furent les heureux bénéficiaires. C'est ainsi que nous eûmes l'opportunité de voir, d'apprendre, puis de modifier cette technique d'anesthésie du plexus brachial.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Le plexus brachial est formé par les branches antérieures des quatre derniers nerfs cervicaux et du premier nerf dorsal, qui quittent le rachis en se dirigeant entre les scalènes antérieurs et moyens, croisent la face supérieure de la première côte, passent au-dessous de la clavicule et pénètrent dans le bras. Ce groupe de racines reçoit aussi un rameau de la quatrième cervicale que l'on nomme préfixe, et également un rameau de la première dorsale que l'on nomme postfixe.

Les cinquièmes et sixièmes cervicales s'unissent sur le bord externe du scalène moyen pour former le tronc supérieur ou premier tronc primaire. La septième cervicale reste isolée pour former le tronc moyen ou deuxième tronc primaire. La huitième cervicale et la première dorsale s'unissent en arrière du scalène antérieur pour former le tronc inférieur ou troisième tronc primaire.

Les trois troncs primitifs donnent chacun une branche antérieure et une branche postérieure. De ces branches, les trois postérieures se réunissent pour former le tronc secondaire postérieur qui donnera le nerf circonflexe et le nerf radial. Les branches antérieures des deux premiers troncs primitifs s'unissent pour former le tronc secondaire antéro-externe qui donnera le musculo-cutané et la racine externe du médian. La troisième branche antérieure, issue du tronc primitif inférieur ou troisième tronc primaire, constituera à elle seule le tronc secondaire antéro-interne, d'où naîtront le brachial cutané interne, le cubital, et la racine interne du médian.

Dans son ensemble, le plexus brachial représente un triangle placé en partie dans le triangle sus-claviculaire, en partie dans l'aisselle, et croisé transversalement par la clavicule. Sa base s'appuie sur la colonne vertébrale, son sommet tronqué descend dans le creux de l'aisselle. Ses branches collatérales et terminales sont au nombre de 18.

La première côte se trouve située dans un plan presque horizontal, légèrement incliné en bas et en avant; elle croise habituellement la clavicule vers son tiers interne et forme avec cet os un angle ouvert en dehors et en arrière,

qui est généralement un angle aigu ou un angle droit.

Le plexus brachial presque constitué, quitte le rachis, se dirige en dehors et un peu en avant entre les scalènes, croise la face supérieure de la première côte et passe au-dessous de la clavicule qu'il vient croiser presque à angle droit à sa partie moyenne. Superficiellement le prolongement de la veine jugulaire externe marque ce point d'entrecroisement claviculaire avec assez de précision.

L'artère sous-clavière, en émergeant de l'orifice supérieur du thorax, passe aussi entre les scalènes, appuyée sur la face supérieure de la première côte, longeant en avant et en bas le plexus brachial, et croise la clavicule en son milieu; elle la croise plus obliquement que le plexus. On la sent battre la plupart du temps à ce niveau, elle est en général mieux perçue à droite. Ce paquet vasculo-nerveux est presque sous la peau dont il est séparé seulement par le peaucier et l'aponévrose cervicale moyenne. Il ne faudra donc pas s'attendre à le trouver en situation très profonde.

L'artère scapulaire postérieure ou cervicale transverse, très flexueuse, traverse ordinairement le scalène postérieur et le plexus d'avant en arrière, pour disparaître sous le trapèze; mais elle passe quelquefois tout à fait en avant. L'artère cervicale transverse superficielle suit un trajet parallèle, mais est sous-aponévrotique. Elle passe à deux centimètres environ au-dessus de la clavicule, elle est ordinairement grêle, mais peut suppléer la cervicale transverse, elle est alors de plus gros diamètre.

L'artère sus-scapulaire croise en avant le scalène antérieur, suit le bord postérieur de la clavicule et parcourt la base du triangle sus-claviculaire pour se rendre à l'échancrure coracoïde. Elle est rarement intéressée dans notre technique.

La veine jugulaire externe est un vaisseau généralement volumineux très visible sous la peau, qui prend son origine dans la région parotidienne et disparaît en profondeur, à un travers de doigt au-dessus de la clavicule, à mi-chemin entre l'articulation sterno-claviculaire et l'articulation acromio-claviculaire.

Certaines fibres sympathiques s'unissent à la cinquième et sixième cervicale par un rameau communicant blanc qui va au ganglion cervical moyen. Les septième et huitième racines reçoivent des rameaux communicants du ganglion cervical inférieur. La première dorsale reçoit un rameau gris du premier ganglion thoracique. Le ganglion cervical inférieur uni au premier ganglion thoracique forme le ganglion stellaire ou étoilé, qui, par ce que nous venons de dire, est uni intimement au plexus brachial.

Le plexus cervical donne trois branches qui sont intéressantes dans l'anesthésie du plexus brachial, lorsque l'on veut obtenir l'anesthésie complète de l'épaule. Ce sont la branche sus-acromiale, la branche sus-claviculaire et un rameau de la cinquième racine cervicale qui se perd dans les téguments postérieurs. Il est à noter également qu'une branche postérieure de la première dorsale innerve les téguments postérieurs de l'épaule et aussi que les deuxième et troisième dorsales, en passant dans l'aisselle, s'anastomosent avec l'accessoire du brachial cutané interne.

De toute cette description anatomique, il convient de retenir les faits qui auront le plus d'intérêt pour nous lorsque nous infiltrerons le plexus brachial.

— La localisation de la veine jugulaire externe, qui apparaît sous la peau, du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la clavicule, avant de plonger dans les plans profonds.

— La position de la première côte, passant en-dessous de la clavicule à mi-chemin entre l'articulation sterno-claviculaire et l'articulation acrimio-claviculaire.

— La direction générale de la première côte, qui, après plusieurs études sur le cadavre, nous a paru strictement perpendiculaire à la clavicule. Ceci est d'ailleurs prouvé par les radiographies, si l'on fait abstraction de la courbe que prend la première côte lorsqu'elle passe

sous la clavicule. C'est l'une des perpendiculaires que nous avons introduites, dans un but didactique, dans notre technique de l'infiltration du plexus brachial.

— Le trajet de l'artère sous-clavière qui descend avec le paquet nerveux, et passe exactement au milieu de la clavicule, en décrivant un demi-cercle.

— L'étroite liaison du ganglion étoilé avec le plexus brachial qui explique que l'infiltration s'accompagne quelquefois d'un syndrome de Bernard-Horner.

— L'existence de trois racines thoraciques dont l'une se dirige vers la partie postérieure, et les deux autres passent dans l'aisselle et s'anastomosent avec l'accessoire du brachial cutané interne. L'existence également de la cinquième branche cervicale postérieure, et les deux rameaux sus-claviculaire et sus-acromial, qui tous, entrent en jeu dans l'anesthésie de l'épaule.

TECHNIQUES

Depuis cinquante ans que l'anesthésie du plexus brachial est découverte, plusieurs méthodes ont été expérimentées et décrites. Nous citerons ici, en les résumant brièvement, les plus répandues.

— La voie postérieure ou paravertébrale de Kappis. L'aiguille est introduite latéralement à l'apophyse épineuse et dirigée sur le rebord postérieur de l'apophyse transverse, de façon à atteindre les racines nerveuses à leur sortie du trou de conjugaison.

— La voie sous-claviculaire. L'introduction de l'aiguille est faite antérieurement, en regard de l'apophyse coracoïde, et de ce point nous poussons l'aiguille en-dessous de la clavicule, en direction de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale.

— L'approche axillaire de Hirschfeld. L'aiguille est insérée dans l'aisselle et introduite de façon à rejoindre le plexus brachial, lorsqu'il passe au-dessus de la première côte, et en-dessous de la clavicule.

La voie axillaire modifiée par Pitkin. L'aiguille est mise en place dans l'aisselle, est dirigée vers le plexus, en passant en-dessous de la clavicule, de façon à atteindre l'apophyse transverse de la sixième cervicale. Une deuxième aiguille est insérée en-dessous du plexus, de façon à passer en arrière de lui, au-dessus de la première côte, se dirigeant vers l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale.

— La voie latérale. L'aiguille est insérée sur le rebord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, à un pouce et demi au-dessus de la clavicule, de façon à pouvoir atteindre l'apophyse transverse de la septième cervicale et de la première dorsale, en changeant la direction de l'aiguille suivant les vertèbres que l'on veut atteindre.

— La route sus-claviculaire de Kulenkampf ou de Quénu. C'est la méthode que nous pratiquons et enseignons. Nous allons en exposer les différents temps.

Différentes étapes de la méthode de Kulenkampf ou de Quénu.

— Faire coucher le malade sur la table en lui tournant la tête du côté opposé à celui de l'infiltration.

— Mesurer exactement le milieu entre l'articulation sterno-claviculaire et l'articulation acromio-claviculaire, et le repérer sur la peau.

— Observer le prolongement de la veine jugulaire externe qui donne l'emplacement de l'artère sous-clavière.

— Repérer l'artère sous-clavière avec le doigt, et en percevoir les battements.

— Faire placer l'épaule en extension forcée, pour rassembler les racines du plexus.

— Se représenter la côte comme étant strictement perpendiculaire à la clavicule dans un plan horizontal: la côte allant dans une direction antéro-postérieure, la clavicule étant dirigée de dedans en dehors.

— Faire un bouton dermique à un centimètre et demi (un travers de doigt) au-dessus de la clavicule, à l'endroit où les battements de l'artère sous-clavière sont les plus intenses.

— Faire également deux autres boutons, lorsque l'on désire avoir l'anesthésie de l'épaule, l'un à la partie la plus élevée de l'épaule, c'est-à-dire au niveau de l'extrémité externe de l'acromion, l'autre sur le rebord antérieur du grand pectoral, au niveau du pli de l'aisselle, lorsque le bras est en extension à 90°.

— Repousser l'artère sous-clavière avec le doigt, en bas et en dedans.

— Introduire l'aiguille strictement perpendiculaire au plan horizontal de la côte et de la clavicule (On doit voir les battements de l'artère transmis à l'aiguille). Nous soulignons ici, qu'au lieu de définir la position de l'aiguille comme MacIntosh et Mushin, qui indiquent l'orientation de l'aiguille « en dedans, en bas, et en arrière, nous avons voulu définir la théorie des trois perpendiculaires pour faciliter le travail des élèves, la clavicule et la côte formant un angle droit, la côte et l'aiguille formant un deuxième angle droit. Cette description nous a semblé plus claire et donne au débutant une plus grande sûreté dans l'introduction de son aiguille.

— Une fois que le contact osseux a été établi, il faut varier la direction de l'aiguille pour infiltrer toutes les racines du plexus. Lundy cite la méthode de Ralph T. Knight, qui, dans ce but, met en place trois aiguilles. Nous nous contentons de faire varier la direction de la pointe de l'aiguille à un demi travers de doigt au-dessus et au-dessous du point où elle a pris contact avec la côte, de façon à obtenir l'anesthésie des racines du médian, de celles du cubital qui sont plus près de l'artère sous-

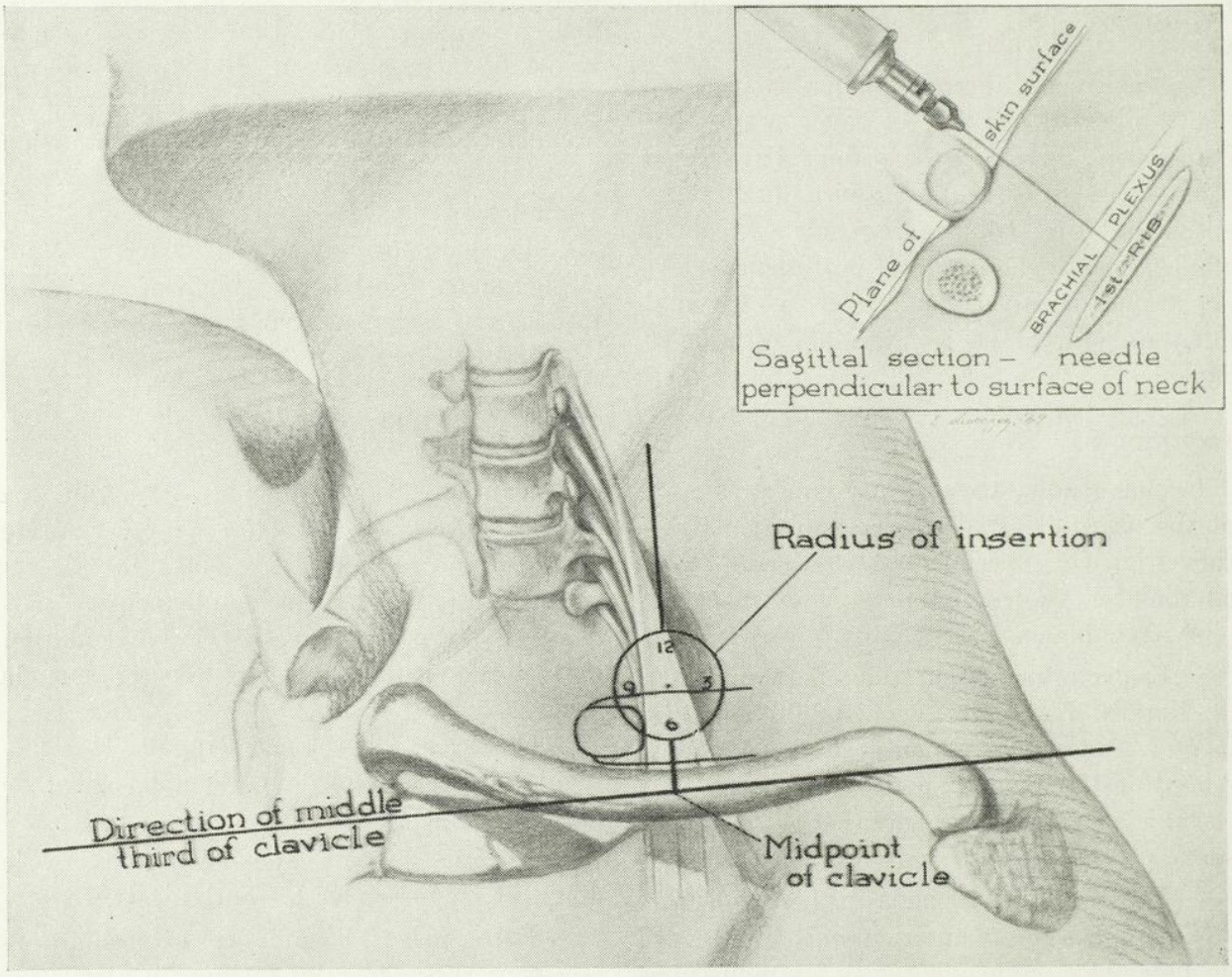


Fig. 1. — Nous voyons, d'une façon schématique, les trois perpendiculaires décrites dans le texte ci-dessus, l'une l'aiguille; les deux autres la côte et la clavicule.

clavière, et de celles du radial, situées au-dessus et en dehors de celles du médian.

— Pour infiltrer le plexus dans son épaisseur, nous donnons à l'aiguille durant l'injection un mouvement de va et vient continu, de haut en bas.

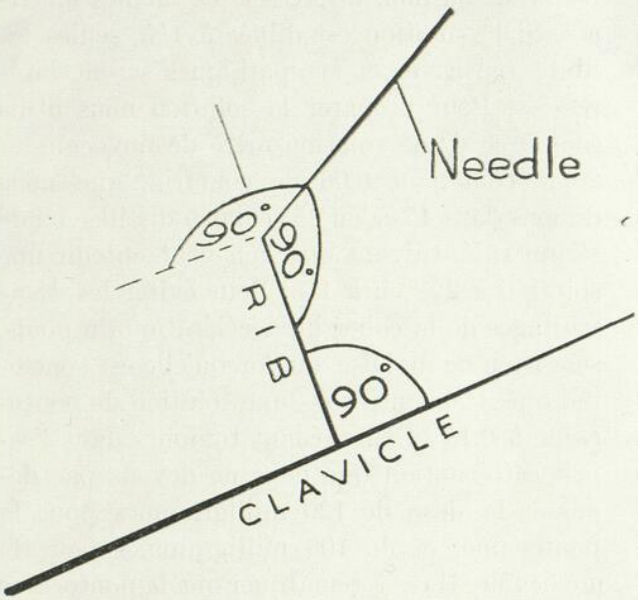


Fig. 2. — Application des trois perpendiculaires (aiguille, côte, clavicule) telle qu'elle doit être faite sur le patient. Coupe sagittale et coupe frontale.

— Ne pas rechercher les paresthésies.

— Injecter la solution anesthésique, 30 ou 40 cc d'une solution de novocaïne à 1 ou 2% ou de pontocaïne à 0,15%, en aspirant fréquemment pour éviter une injection intra-vasculaire.

— L'infiltration du plexus brachial seul ne donne une anesthésie que jusqu'au tiers supérieur du bras. Pour avoir l'anesthésie complète de l'épaule, on doit faire, avec une aiguille longue de 12 cm., une infiltration en forme de V à partir du bouton dermique élevé au niveau de l'acromion: l'aiguille est poussée parallèlement à la peau sur la partie supérieure de la clavicule jusqu'au sternum; on ramène ensuite l'aiguille à son point d'introduction et on l'insère cette fois suivant une direction parallèle au bord supérieur de l'omoplate, de façon à anesthésier la première branche thoracique postérieure et les branches du plexus cervical ce qui donnera une anesthésie parfaite de l'épaule.

— Lorsque l'anesthésie de l'épaule n'est pas nécessaire, mais qu'un garrot ou un tourniquet doit être placé à la partie supérieure du bras, on exécutera un bracelet anesthésique ou infiltration circulaire au tiers supérieur du bras, de façon à allèger la pression constante du garrot.

— Faire une injection sous-cutanée au bord inférieur du grand pectoral au niveau du pli de l'aisselle, en suivant la peau d'avant en arrière, de façon à infiltrer tout le plancher de l'aisselle.

Infiltration continue du plexus brachial.

Le technique de Gordon de Toronto réalise une anesthésie continue qui peut être prolongée pendant plusieurs heures.

A l'aiguille mise en place suivant la technique habituelle, il connecte un tube caoutchouté à l'extrémité duquel se trouve une seringue contenant une solution de novocaïne. La première injection est de 30 cc, les suivantes sont de 15 à 20 cc, renouvelées toutes les heures environ. Cette technique séduisante peut certainement être utile, mais expose à des lésions des racines nerveuses du plexus, soit en raison du contact prolongé avec l'aiguille, soit en raison des mouvements inopinés de celle-ci.

ASPECT PHYSIOLOGIQUE

Le plexus présente des branches sensitives et des branches mixtes. Les branches sensitives sont le brachial cutané interne, et son accessoire. Les branches mixtes sont le musculo-cutané, le médian, le cubital, le circonflexe et le radial.

« La cinquième cervicale donne la sensibilité aux téguments du moignon de l'épaule, de la partie externe du bras et de l'avant-bras. Les sixième et septième cervicales ont pour territoire cutané la partie moyenne des faces antérieure et postérieure du bras et de l'avant-bras, et toute la partie de la main située en dehors d'une ligne passant par l'axe longitudinal de

l'annulaire. Enfin la huitième cervicale et la première dorsale innervent la peau de la partie interne du bras, de l'avant-bras et de la main.

Chaque muscle reçoit des fibres de deux racines au moins. La quatrième cervicale contribue à l'innervation des muscles deltoïde, sus-épineux, sous-épineux, petit-rond, biceps, coracho-brachial et long supinateur. Les cinquième et sixième cervicales innervent les muscles de l'épaule, les muscles de la région antérieure du bras, le long et le court supinateur et les muscles pronateurs. La sixième innerve encore le grand dentelé, le triceps, le grand pectoral et le grand dorsal. Les septième et huitième cervicales ont pour territoire le chef sterno costal du grand pectoral, le grand dorsal, le triceps brachial, les muscles extenseurs de la main et les doigts, les fléchisseurs de la main, et innerve les fléchisseurs des doigts. La première dorsale innerve les muscles de la main et contribue à l'innervation des fléchisseurs et extenseurs des doigts. » (Rouvière)

La sensibilité est encore complétée par les branches sus-claviculaire et sus-acromiale du plexus cervical, qui cheminent dans la couche cellulo-adipeuse, au-dessus de la clavicule et donnent l'anesthésie cutanée de la partie antérieure de l'épaule. Une branche postérieure de la cinquième cervicale donne l'anesthésie cutané interne et une troisième branche inter- Trois branches intercostales interviennent également; la première complète l'anesthésie postérieure de l'épaule, la deuxième, rameau perforant latéral, s'unit à l'accessoire du brachial cutané interne, et une troisième branche intercostale donne l'anesthésie de la partie superointerne du bras.

Le ganglion stellaire peut être touché dans l'anesthésie du plexus brachial, en raison des communications des racines du ganglion stellaire avec celles du plexus brachial. Il se produira alors un syndrome de Bernard-Horner.

En résumé, l'infiltration du plexus brachial stricte nous donnera l'anesthésie de la main, de l'avant-bras et du bras jusqu'à son tiers supérieur.

AGENTS ANESTHÉSIQUES EMPLOYÉS

Les substances médicamenteuses que nous employons généralement pour l'anesthésie du plexus brachial sont essentiellement la novocaïne et la pontocaïne. La novocaïne peut être employée en solution à 2% ou 1% suivant que l'on veut ou non, intéresser les racines motrices. Si la solution est diluée à 1%, seules les fibres sensitives et sympathiques seront intéressées. Pour préparer la solution nous utilisons 5 cc d'une solution-mère de novocaïne à 20%, contenant 0,06 de cobefrin, que nous diluons dans 45 cc ou 95 cc d'eau distillée ou de serum salé, suivant que l'on veut obtenir une solution à 2% ou à 1%. Pour éviter les désavantages de la cobefrin, accélération du pouls, sensation de malaise, ou, lorsqu'elle est contre-indiquée, nous utilisons une solution de pontocaïne à 0,15%, en gardant toujours dans l'esprit cette notion que nous ne devons pas dépasser la dose de 120 milligrammes pour la pontocaïne, et de 100 milligrammes pour la novocaïne. Il est à remarquer que la pontocaïne a une action anesthésique retardée par rapport à celle de la novocaïne. Celle-ci nous a toujours donné de bons résultats, avec un faible nombre d'anesthésies incomplètes. La nupercaïne, la métycaïne, la xylocaïne peuvent être aussi employées mais nous avons peu d'expérience avec ces agents. Rappelons qu'un mélange de nupercaïne à 1/3 000 avec la novocaïne à 0,5% permet d'utiliser une plus grande quantité de solution anesthésique. Ce procédé est employé par un grand nombre de chirurgiens dans leurs infiltrations locales (Bohémier).

INDICATIONS GÉNÉRALES

L'infiltration du plexus brachial est particulièrement indiquée chez les patients ambulatoires, qui peuvent ainsi rentrer chez eux sans ressentir les malaises qui suivent une anesthésie générale. L'action de l'anesthésique sur les fibres sympathiques améliore la circulation et permet une meilleure guérison dans les cas de greffes, et dans certains cas d'orthopédie. Dans

les réparations de tendons, la fonction motrice peut être conservée par l'emploi d'une solution à 1%, ce qui permet au chirurgien de reconnaître facilement les tendons intéressés. Enfin l'anesthésie du plexus brachial est très efficace dans les cas de réduction de fracture et de luxation, et elle est l'anesthésie de choix chez les malades en état de shock, puisqu'elle évite l'anesthésie générale, parfois préjudiciable au patient.

COMPLICATIONS

Pour prévenir les complications, il est recommandé de faire l'infiltration sur le malade en position couchée. On évite ainsi les crises de lipothymie, et la sensation de faiblesse qu'éprouve souvent le malade est ainsi minimisée. La sensation de faiblesse est plus fréquente après l'injection de novocaïne, qu'avec la pontocaïne. La perforation de la plèvre est en général causée par l'introduction trop profonde de l'aiguille... Elle entraîne un pneumothorax que l'on fera confirmer radiologiquement, et qui se résorbera dans les trois ou quatre semaines suivantes, en laissant le malade au repos, au lit. La ponction de l'artère sous-clavière est assez rare. L'aspiration de sang dans la seringue est dûe le plus souvent à la ponction des artères secondaires que nous avons mentionnées plus haut. La ponction vasculaire est d'ailleurs sans danger si l'on a soin d'utiliser une aiguille très fine de calibre 22 ou 24. Il suffit alors de retirer l'aiguille et de changer sa direction. La cobefrin ou l'adrénaline, mélangées à la solution, tout en causant une vasoconstriction protectrice et en prolongeant l'action du médicament, donnent la plupart du temps certains malaises passagers au patient, tels que, accélération du pouls, élévation de pression artérielle, sensation de suffocation, respiration plus rapide, mais ces malaises ne sont que passagers et disparaissent dans les quinze minutes qui suivent l'injection. L'intolérance à l'agent anesthésique lui-même est une complication heureusement assez rare. Il faut savoir reconnaître ces réactions dès les premières secondes, et si un doute subsiste, on injectera cependant un barbiturique intraveineux comme le pentothal à 2,5% par exemple, et l'on administera immédiatement de l'oxygène. En conséquence, aucune anesthésie régionale utilisant un médicament analogue à la novocaïne, ne sera entreprise, sans avoir à portée de la main une solution de pentothal prête à être injectée, et un appareil à oxygène prêt à fonctionner. Ces deux précautions sont inappréciables lorsqu'on doit agir vite.

Conclusions.

Nous avons fait plus de 1 200 infiltrations du plexus brachial, et nous pouvons dire qu'un résultat parfait a été atteint dans 95% des cas. L'échec, dans l'infiltration du plexus brachial, est toujours dû au manque d'habileté et d'expérience de l'opérateur, plutôt qu'à la résistance du malade au médicament, ou à la mauvaise qualité de la solution. Par conséquent, pour bien réussir cette infiltration, il faut la pratiquer souvent, et toujours selon la même technique.

La théorie des trois perpendiculaires nous a permis dans 800 cas de montrer à l'élève, dès la première infiltration, la position de la côte qui est tout le secret dans l'introduction de l'aiguille. Lorsque l'étudiant peut imaginer, et garder présente dans son esprit cette notion que la côte est strictement perpendiculaire à la clavicule, et que son aiguille doit être strictement perpendiculaire, il atteint immédiatement les troncs nerveux du plexus brachial, et réalise une anesthésie complète.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. ADRIANI: *Chemistry of anesthesia.* Ch. C. Thomas, édit., Springfield, Ill.
2. J. ADRIANI: *Techniques and procedures of anesthesia.* Ch. C. Thomas, édit., Springfield, Ill.
3. L. BAZY et S. BLONDIN: *Anesthésie et analgésie,* **1**: 190-198, 1935.
4. H. BRAUN: *Local anesthesia.* London, 1924.
5. G. W. CRILE: *Cleveland Med. Journ.,* **2**: 355, 1897.
6. G. W. CRILE: *Trans. Ohio Med. Soc.,* 90-93, 1897.
7. A. M. DOGLIOTTI: *Anesthesia.* Chicago 1939.
8. F. T. EVANS: *Modern practice in anesthesia.* Butterworths Med. Publ., 1949.

9. R. A. GORDON: Communication personnelle.
10. G. HIRSCHEL: *Munch. Med. Wschr.*, **58**: 1555-1556, 1911.
11. KAPPIS: cité par G. Labat, *ibid.*
12. D. KULENKAMPF: *Dtsch. Med. Wschr.*, **38**: 1878-1880, 1912.
13. D. KULENKAMPF et M. A. PERSKY: *Ann. Surg.*, **87**: 883-891, 1928.
14. G. LABAT: *Regional anesthesia.* Philadelphie, 1930.
15. J. S. LUNDY: *Clinical anesthesia.* Saunders, édit., Philadelphie.
16. MacINTOSH et MUSHIN: *Local anesthesia — Brachial plexus.* Oxford-Blackwell scientific publications Ltd.
17. R. MATAS: *John Hopkins Hosp. Bull.*, **36**: 4, 1925.
18. J. PATRICK: *Brit. J. Surg.*, **27**: 734-739, 1940.
19. H. ROUVIERE: *Anatomie humaine.* Masson et Cie, éditeurs, Paris.
20. B. SHERWOOD-DUNN: *Regional anesthesia.* Philadelphie, 1920.

LA STABILITÉ DU Ph SANGUIN

A.-E. PÂQUET.

L'équilibre merveilleux dans lequel se maintient l'intégrité physiologique du corps humain provient de multiples réactions biochimiques. Ces transformations, pour certaines extrêmement rapides, sont contrôlées par:

A. L'action des tampons; et toutes les substances ineffectives qui en découlent sont éliminées par

B. L'excrétion rénale.

A — ACTION DES TAMPONS

'4' grands systèmes dirigent ces opérations:

1. bicarbonate, acide carbonique
2. phosphates mono. et disodiques
3. action de l'hémoglobine
4. transport du CO_2

1 — *Carbonate acide carbonique*

Lorsqu'un acide fort est ajouté à du bicarbonate de Na, il se produit la réaction suivante:

$$NaHCO_3 + HCl \longrightarrow NaCl + H_2CO_3$$

L'acide fort est transformé en acide faible et il se produit un sel neutre. Cette réaction abaisse le nombre d'ions hydrogène libres. Le tampon ici permet la régulation rapide des modifications plasmatiques, puisque le bicarbonate est constamment formé au cours du métabolisme tissulaire. L'acide carbonique qui résulte de sa réaction peut être éliminé facilement en tant qu'anhydride carbonique (CO_2) par les voies respiratoires.

En somme le CO_2 se libère à la suite du « Chloride Shift » par l'action de l'acide fourni par les globules suivant les réactions,

$$1.— \ 2\ CO_3HNa \longrightarrow CO_3NA_2 + H_2O + CO_2$$
$$2.— \ CO_3Na_2 + HCl \longrightarrow NaCl + H_2O + CO_2$$
$$3.— \ CO_3H_2 + HCl \longrightarrow NaCl + H_2O + CO_2$$

2 — *Phosphates mono-disodiques*

Ce système est basé sur l'utilisation du phosphate monosodique (de réaction faiblement acide) et du phosphate disodique qui réagit

faiblement alcalin, afin de neutraliser des acides forts. Dans la réaction du phosphate disodique, ce dernier est transformé en sel monosodique de la façon suivante,

$$1.— \quad Na_2HPO_4 + HCl \rightleftharpoons NaCl + NaH_2PO_4$$
$$2.— \quad NaH_2PO_4 + NaOH \longrightarrow Na_2HPO_4 + H_2O$$

Ces tampons opèrent surtout dans les tissus. Le système ne peut pas compenser les modifications de la concentration en ions hydrogènes (H^+) aussi rapidement que le système bicarbonate, parce que le phosphate acide n'a pas d'autres voies d'élimination que la voie rénale, procédé plus long que l'élimination pulmonaire.

3 — *Action de l'hémoglobine*

L'hémoglobine est un tampon très important de l'acide carbonique ($CO_3H—$), car la formation dans les globules rouges, du bicarbonate à partir d'anhydride carbonique est une phase du mécanisme respiratoire.

L'anhydride carbonique (CO_2) est absorbé dans les vaisseaux capillaires des tissus et diffusé dans les globules rouges. A l'intérieur de la cellule,

1. le CO_2 est transformé en acide carbonique (HCO_3) à l'aide du ferment carboxylase.
2. au moment où l'hémoglobine cède l'oxygène, le produit réduit devient faiblement acide et une partie du potassium (K) de la cellule se libère pour se combiner avec l'acide carbonique.

$$1.— \quad CO_2 + H_2O \longrightarrow CO_3H_2$$
$$2.— \quad CO_3H_2 + Hb\,K \longrightarrow CO_3\,HK + H\,Hb$$

3. le potassium (K) est alors lié au bicarbonate au lieu de l'être à l'hémoglobine non-diffusible.

4. il se manifeste alors la tendance d'équilibrer la concentration en ions bicarbonates à l'intérieur des cellules avec celles du plasma. Les ions bicarbonates en excès quittent les globules rouges, mais les ions potassium (K) ne pouvant s'échapper à cause de l'imperméabilité de la membrane cellulaire, permettent aux chlorures du plasma de pénétrer dans les globules rouges.

5. le bicarbonate des globules rouges crée un équilibre avec le sodium qui était primairement associé au chlorure du plasma. Et ainsi l'équilibre est maintenu — Si par contre le sodium est éliminé dans des proportions plus grandes qu'il n'est réabsorbé, le volume du liquide dans l'espace extra-cellulaire doit diminuer.

4 — *Transport du gaz carbonique*

On sait que le CO_2 ne peut se dissoudre à l'état tel, dans le sang que pour un pourcentage de 5 Vol. % — Or il existe normalement dans le sang dans une proportion de 34 à 68 Volume % — Donc il se trouve aussi à l'état combiné.

1 — *Dans le globule*

Il passe des tissus (pression de 60 mm. Hg) vers le globule à cause de la pression basse de ce dernier (43 mm. Hg) — Il se combinera par une réaction très rapide sous l'action du catalyseur anhydrase carbonique de la façon suivante:

Le CO_2 se combine donc aux bases faibles dans le globule pour donner des bicarbonates — Ces bases faibles sont des protéinates et surtout des protéinates d'hémoglobine car,

(1) l'hémoglobine constitue les ¾ des protéines globulaires.

(2) l'hémoglobine a plusieurs fonctions acides faibles retenant beaucoup de bases.

(3) l'hémoglobine réduite au niveau des cellules a une grande affinité pour le CO_2 qui vient se fixer sur des groupements aminés (carbomino-réactions) — réaction très rapide.

(a) l'acide HbH que contiennent les globules d'une part

(b) et par l'oxygène dans les globules, qui y joue aussi un rôle très important

1.— Protides $NH_2 + CO_2 \longrightarrow$ Protides $N \begin{matrix} N \\ COOH \end{matrix}$ (carbamino-réaction)

2.— $CO_3HK \longrightarrow CO_3H^- + K^+$ (qui s'ionise aussitôt)

Les opérations que l'on vient de décrire provoquent,

1. une augmentation de la pression osmotique qui
2. provoque un appel d'eau du plasma vers les globules
3. qui amène avec elle du Cl—
4. le CO_3H— sort alors en partie et les bases des globules augmentent pour recevoir encore d'autre gaz carbonique. Ce CO_2 qui se forme à la suite de ces réactions devra finir par être libéré. Il le sera par l'action de

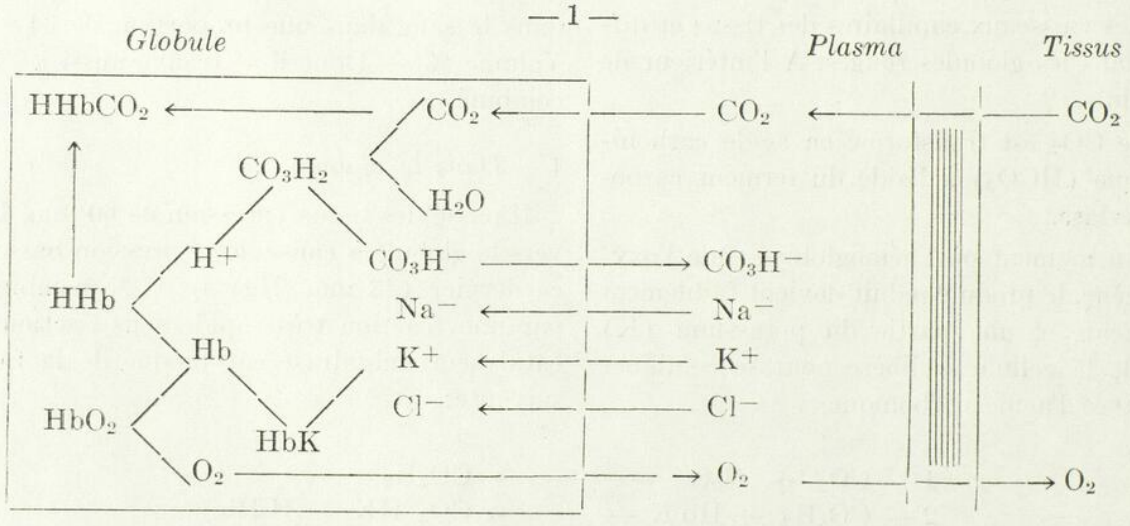
sous forme d'oxyhémoglobine.

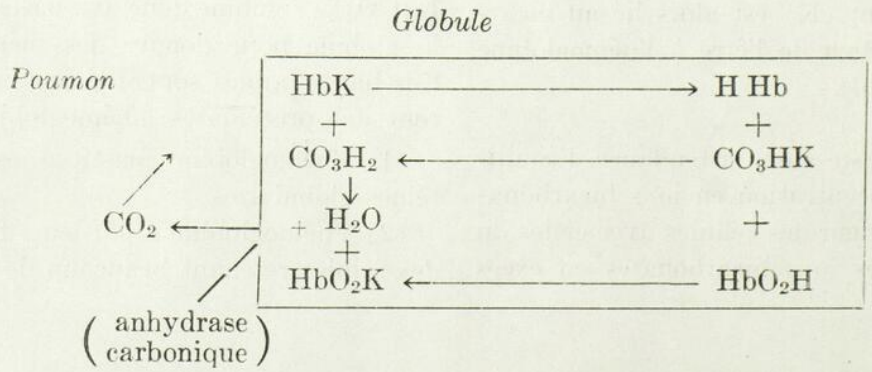
En effet, cet oxyhémoglobine est un acide plus fort que l'hémoglobine. Or, si l'hémoglobine fournit plus de bases au CO_3H_2 pour la formation des bicarbonates comme nous l'avons vu plus haut, l'oxyhémoglobine au contraire décompose une partie des bicarbonates et plus de CO_2 sera libéré, comme le démontre la réaction suivante:

$$CO_3\,HK + HbO_2H \longrightarrow HbO_2K + H_2O + CO_2$$

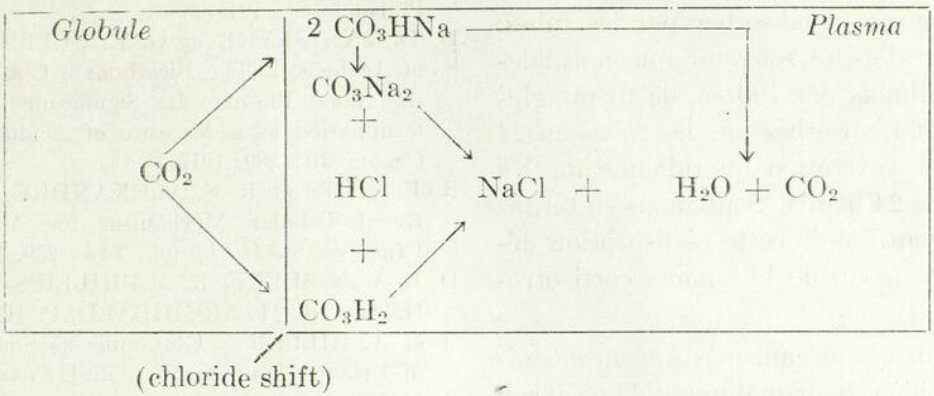
Enfin, le CO_2 qui n'aura pas été utilisé sera dégagé au niveau des alvéoles pulmonaires.

Si l'on veut schématiser les réactions, voici quelques exemples:





— 3 —



Enfin, la stabilité du Ph sanguin pendant tout le transport du CO_2 s'évalue par les équations bien connues de Henderson-Hasselbach:

$$Ph = PK + Log. \frac{R^-}{Rh}$$

$$1.— \quad Ph = PK_{CO_3H_2} + Log. \frac{[CO_3H^-]}{[CO_3H_2]} = 6{,}1 + Log. \frac{20}{1} = 6{,}1 + 1{,}3 = 7{,}4$$

$$2.— \quad Ph = PK_{HHbO_2} + Log. \frac{[HbO_2^-]}{[HHbO_2]} = 6{,}62 + Log. \frac{6}{1} = 6{,}62 + 0{,}778 = 7{,}398$$

$$3.— \quad Ph = PK_{HHb} + Log. \frac{[Hb^-]}{[HHb]} = 8{,}18 + Log. \frac{1}{17} = 8{,}8 + 1{,}23 = 7{,}4$$

B — EXCRÉTION RÉNALE

L'équilibre du Ph sanguin, pour se maintenir à la suite des transformations bio-chimiques déjà décrites, dépend aussi très intimement de la fonction rénale. Cette fonction est basée sur le Ph urinaire.

Le Ph urinaire varie de 4 à 8 et cette grande variation, en contraste avec le Ph sanguin, est due à l'habileté des tubes à résorber l'acide carbonique et le bicarbonate en quantité variable.

1 — *Excrétion des phosphates*

Les phosphates sont excrétés soit sous forme alcaline soit sous forme acide dépendant du Ph urinaire. Avec un Ph à 5 presque tous les phosphates sont excrétés comme phosphates de Sodium monosodiques (NaH_2PO_4), tandis qu'avec un Ph alcalin à 8, les phosphates sont excrétés sous forme de Phosphate de Na disodique (Na_2HPO_4). La glande thyroïde règlerait considérablement cette excrétion pour le moins lorsqu'il s'agit de la phase alcaline.

2 — *Formation de bicarbonates d'ammonium*

Le deuxième rôle des reins est la formation au niveau des tubes de bicarbonate d'ammonium. Dans la lumière des tubes l'ion ammonium est remplacé par l'ion sodium et ce dernier réabsorbe comme bicarbonate de Na; tandis que l'excès d'ions ammonium est excrété sous forme de sel d'ammonium. Par ailleurs ces ions ammonium n'ont aucune valeur dans l'équilibre acide-base.

3 — *Excrétion du Na*

S'il se produit par accumulation un excès d'ions Na, les tubes alors réabsorbent moins de bicarbonates, permettant ainsi au Na d'être excrété, combiné aux tampons acides.

La concentration du « Na » dans le filtrat

glomérulaire est approximativement celle du plasma, de sorte que, si le Na du plasma tombe, le rein devra le réabsorber par les tubes. On doit donc alors se souvenir que normalement 13,3 millinols par 100 cc. de filtrat glomérulaire sont réabsorbés par les tubes en 24 heures et que l'excrétion quotidienne du Na est de 6 gr. par 24 heures. Soulignons en terminant que le contrôle de cette réabsorption dépend pour beaucoup de l'hormone corticotropique.

Et ainsi tous ces mécanismes s'agencent admirablement bien, pour maintenir d'une façon constante un Ph sanguin à 7, résultat d'un merveilleux travail de coordination.

BIBLIOGRAPHIE

James L. GAMBLE: *Chemical Anatomy, Physiology and Pathology of Extracellular Fluid; A Lecture Syllabus,* Ed. 5. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1947.

D. C. DARROW: « Tissue Water and Electrolyte. » *Ann. Rev. Physiol.,* **6**: 95, 1944.

W. E. ABBOTT: « Review of the Present Concepts on Fluid Balance. » *Am. J. M. Sc.* **211**: 232, 1946.

A. M. BUTLER et N. B. TALBOT: « Medical Progress: Parenteral Fluid Therapy; Estimation and Provision of Daily Maintenance Requirements. » *New England J. Med.,* **231**: 585, 1944.

R. A. McCANCE et W. F. YOUNG: « Secretion of Urine by the Newborn Infant. » *J. Physiol.,* **99**: 265, 1941.

C. H. BEST et N. B. TAYLOR: *The Physiological Basis of Medical Practice.* Ed. 4. Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1945.

J. P. PETERS et D. D. VAN SLYKE: *Quantitative Clinical Chemistry.* Vol. 1: *Interpretations.* Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1931.

Abraham CANTAROW et Max TRUMPER: *Clinical Biochemistry.* Ed. 3. W. B. Saunders Co., Philadelphie, 1945.

D. D. VAN SLYKE et G. E. CULLEN: « Studies of Acidosis, I. The Bicarbonate Concentration of the Blood Plasma; Its Significance and Its Determination as a Measure of Acidosis. » *J. Biol. Chem.,* **30**: 289, 1917.

R. F. PITTS et R. S. ALEXANDRE: « Nature of Renal Tubular Mechanism for Acidifying the Urine. » *Am. J. Physiol.,* **144**: 239, 1945.

D. D. VAN SLYKE, R. A. PHILLIPS, P. B. HAMILTON, R. M. ARCHIBALD, P. H. FUTCHER et A. HILLER: « Glutamine as Source Material of Urinary Ammonia. » *J. Biol. Chem.,* **150**: 481, 1943.

C. A. MOYER: « Fluid and Electrolyte Balance. » *Surg., Gynec. and Obst.,* **84**: 586, 1947.

Jacques LUSSIER: Physiologie de la respiration. Cours de Physiologie de l'Université de Montréal.

H. YANNET et D. C. DARROW: « Effect of Depletion of Extracellular Electrolytes on Chemical Composition of Skeletal Muscle, Liver and Cardiac Muscle. » *J. Biol. Chem.,* **134**: 721, 1940.

D. C. DARROW, M. M. Da SILVA et S. S. STEVENSON: « Production of Acidosis in Premature Infants by Protein Milk. » *J. Pediat.,* **27**: 43, 1945.

W. O FENN: « Role of Potassium in Physiological Processes. » *Physiol. Rev.,* **20**: 377, 1940.

J. P. PETERS: « Water Exchange. » *Physiol. Rev.,* **24**: 491, 1944.

J. P. PETERS: « Water Balance in Health and Disease. » Chapter VI in *Garfield Duncan's Diseases of Metabolism: Detailed Methods of Diagnosis and Treatment.* Ed. 2 W. B. Saunders Co., Philadelphie, 1947.

H. B. STEINBACH: « Intracellular Inorganic Ions and Muscle Action. » *Ann. New York Acad. Sc.,* **47**: 849, 1947.

D. C. DARROW: « Changes in Muscle Composition 1946.
in Alkalosis. » *J. Clin. Investigation,* **25**: 324,

RECUEIL DE FAITS

UN CAS DE GANGRÈNE D'ORIGINE VEINEUSE

Maurice GERVAIS,
Chirurgien à l'Hôpital Général de Verdun (Montréal).

L'observation que nous présentons tire son intérêt de l'existence d'une complication exceptionnelle des thrombophlébites, la gangrène, ainsi que de la localisation atypique de cette gangrène.

Observation.

Madame E.B. âgée de 43 ans est admise à l'Hôpital Général de Verdun, le 18 mai 1950. Il y a une semaine, le 11 mai, elle a mis au monde son huitième enfant et elle nous est envoyée parce qu'elle souffre d'une thrombophlébite étendue au membre inférieur gauche. La fièvre est à 101 F avec pouls à 140, elle accuse des frissons et son état général est médiocre. Elle nous avoue que son membre est devenu enflé depuis 24 heures et que depuis son accouchement, elle se plaint de lourdeur dans la cuisse et la jambe.

A l'examen, nous notons à gauche un œdème dur, énorme et diffus qui occupe le pied, la jambe et toute la cuisse. La douleur nous semble plus accentuée que chez les autres cas de thrombophlébite. Le membre entier est chaud mais il existe une cyanose étendue plus marquée au pied et à la jambe jusqu'à la cuisse. L'œdème et la douleur rendent la recherche des pulsations des artères superficielles difficile mais nous sentons tout de même un pouls faible à la pédieuse et à la tibiale postérieure. En raison des douleurs, il est impossible d'appliquer le brassard de l'oscillomètre. Nous sommes en présence vraisemblablement d'une thrombophlébite fémoro-iliaque gauche post-partum avec blocage veineux massif, syndrome pour lequel Grégoire (1) a créé le terme de phlébite bleue ou *phlegmatia cœrulea dolens*.

Nous commencons aussitôt la médication anticoagulante au moyen du phenyl-indanedione (Danilone). Nous faisons élever le membre inférieur et nous demandons à la patiente de faire des mouvements de flexion et d'extension du pied le plus souvent possible. La patiente reçoit en outre des antibiotiques.

Le 19 mai, l'état est stationnaire, la fièvre est encore à 101 F et les signes locaux au membre, l'œdème, la chaleur, la cyanose et la douleur ne varient pas.

L'examen clinique des poumons dénote une diminution de la respiration au sommet gauche.

Le 20 mai, la fièvre est à 99,5 F. La prothrombinémie est à 26% de la normale.

L'état général s'améliore légèrement mais le membre est toujours violacé et très douloureux.

Le 21 mai, aucun changement mais le 22 mai, nous notons l'apparition d'un placard noirâtre de 7cm par cm à la face interne du 1/3 inférieur de la cuisse et d'un autre identique légèrement plus petit à la face externe du 1/3 supérieur de la cuisse.

Le 24 mai, ces placards montrent des phlyctènes hémorragiques et des zones de gangrène cutanée. La température est à 99 F. La patiente se plaint beaucoup moins et la coloration violacée du membre est disparue. L'œdème diminue. Nous continuons les anticoagulants jusqu'au 31 mai, l'état général s'améliore de jour en jour, l'œdème diminue graduellement.

Le 8 juin, la patiente se lève et quitte l'hôpital deux jours plus tard avec un bas élastique.

Les placards de gangrène s'éliminèrent mais

la cicatrisation définitive des plaies prit six mois.

Nous venons de revoir la patiente, le 12 février, elle n'accuse qu'un léger œdème vespéral post-phlébitique.

La gangrène d'origine veineuse est rare et très peu de cas sont cités. C'est le deuxième cas que nous voyons. En 1947, nous avons vu et suivi pendant quelques semaines un cas du Professeur René Fontaine (2). Il s'agissait d'un homme de 41 ans qui avait présenté de la gangrène aux deux pieds comme complication d'une thrombophlébite bilatérale post-opératoire. Michael De Bakey, Alton Ochsner (3) et Henry Haimovici (4) firent récemment d'excellentes revues des cas publiés de phlébite bleue et de gangrène d'origine veineuse et citèrent quelques cas personnels.

D'après ces auteurs, la gangrène serait due à un blocage complet de la circulation veineuse de retour par thrombose veineuse massive, empêchant le sang artériel oxygéné de se rendre aux tissus et causant ainsi de l'ischémie et de la gangrène. Le spasme artériel, souvent très marqué, ne serait que secondaire.

Le traitement de la phlébite bleue consiste à diminuer le spasme, à éviter l'étendue de la thrombose veineuse par la médication anticoagulante, à élever le membre et à faire des exercices des pieds. Si la gangrène apparaît, il ne faut oublier que celle-ci peut demeurer superficielle et amputer seulement quand les signes de toxémie surviennent. Le pronostic est toujours très grave.

BIBLIOGRAPHIE

(1) R. GREGOIRE: « La phlébite bleue (plegmatia caerulea dolens). » *Presse Médicale*, **46**: 1313-1315, 1938.
(2) R. FONTAINE et E. FORSTER: « Deux nouvelles observations de gangrène des membres d'origine veineuse. » *Lyon Chir.*, **41**: 173, 1946.
(3) M. DeBAKEY et A. OCHSNER: « Plegmasia cærulea dolens associated with thrombophlebitis. » *Surgery*, **26**: 16, 1949.
(4) H. HAIMOVICI: « Gangrene of the extremities of venous origin. » *Circulation*, **1**: 225, 1950.

OBSERVATIONS SUR DEUX CAS DE "MALADIE BLEUE" [1]

Reginald JOHNSON (Montréal).

On donne communément aux maladies congénitales du cœur, type cyanogène, l'appellation non spécifique de « *Maladie Bleue.* » Cette appellation, quoique très descriptive, demeure toujours très imprécise puisqu'il existe plusieurs variétés de malformations congénitales du cœur *pouvant donner lieu à de la cyanose;* et parmi ces diverses classes, les unes peuvent être corrigées chirurgicalement alors que les autres ne connaissent pas d'indication chirurgicale.

En plus, la technique opératoire, le taux de mortalité opératoire et le pronostic n'étant pas les mêmes pour les différents types de malformations améliorables par la chirurgie, l'établissement du diagnostic précis est d'importance capitale.

C'est pourquoi, dans certains cas non typiques, en plus de l'histoire et l'évolution cliniques de l'étude des signes physiques, fluoroscopiques, radiologiques et électriques, et de certains examens cliniques, il faut avoir recours à des examens plus élaborés tels que l'angiocardiopathie et le cathétérisme du cœur et des gros vaisseaux.

Les deux cas de « Maladie Bleue » qui font l'objet de cette présentation vont illustrer ces faits puisqu'il s'agit d'un cas de tétralogie de

1. Communication à la Société Médicale de Montréal, le 17 avril 1951.

Fallot, candidat à l'opération et un cas d'Eisenmenger qui ne connaît pas d'indication opératoire.

*
* *

1 — LA TÉTRALOGIE DE FALLOT résulte de la combinaison de 4 anomalies:

a) une sténose de l'infundibulum de l'A.P. ou atrésie de l'A.P.;
b) une dextroposition de l'aorte avec chevauchement sur les deux ventricules;
c) une communication entre les deux ventricules;
d) une hypertrophie du ventricule droit.

Physiologie

Ces anomalies anatomiques causent une perturbation importante de la circulation sanguine intra-cardiaque.

Le passage du sang non oxygéné du côté droit du cœur au côté gauche, directement par la communication entre les deux ventricules, et indirectement dans l'aorte, à cause de sa dextroposition, ceci avec la diminution du volume sanguin perfusant les poumons de par la sténose pulmonaire explique les deux symptômes les plus importants de cette maladie: *dyspnée* et *cyanose.*

Histoire clinique

La cyanose apparaît dès la naissance au au courant de la première année de vie.

La dyspnée est fonction du degré de la sténose pulmonaire.

Examen physique

La cyanose se voit surtout aux lèvres, sur le pavillon des oreilles et aux ongles. L'hippocratisme digital (doigt en baguette de tambour) apparaît plus tardivement et est fonction du degré de polycythémie.

Les conjonctives sont ordinairement injectées.

Le souffle systolique au cœur varie en intensité avec le degré de la sténose pulmonaire et son maximum d'intensité s'entend entre le 3e et le 4e espace intercostal gauche.

Fluoroscopie et Radiographie

L'examen radiologique et fluoroscopique est d'un aide très précieux dans l'établissement du diagnostic. Le cœur est ordinairement petit. Le bord gauche présente une concavité marquée au niveau du segment de l'A.P.

Dans les obliques, on note la présence d'une fenêtre claire aortique et une hypertrophie ventriculaire droite.

Les champs pulmonaires périphériques sont clairs et à la *fluoroscopie, fait très important à retenir,* les artères pulmonaires paraissent plus petites que la normale et surtout non pulsatiles. (Ceci témoigne de la sténose pulmonaire)

Electrocardiogramme

L'hypertrophie du *ventricule droit,* qui fait partie intégrante de la tétralogie de Fallot se reflète à l'E.C.G. qui en plus a un axe électrique dirigé vers la droite.

Laboratoire

Il existe toujours un certain degré de polycythémie et le temps de circulation est ordinairement raccourci.

Angiocardiogramme

L'injection de Diodrast dans une veine du bras et la prise de plaques radiographiques nous permet de suivre la substance opacifiante dans le cœur et les gros vaisseaux. Dans un cas de Fallot, les deux gros vaisseaux s'opacifient presque simultanément et l'A.P. paraît petite.

Cathétérisme du cœur

L'introduction d'une sonde, type urétéral, dans les cavités du cœur, suivant le trajet des veines du bras, de la veine sous-clavière et de la veine cave supérieure nous permet d'enregistrer les pressions et de faire le dosage de l'oxygène dans les cavités du cœur et les gros vaisseaux. La pression dans l'A.P. dans le

Fallot, est toujours basse par rapport à la pression intra-cavitaire droite.

Observation 1.

R.M. 6 ans, cas de tétralogie de Fallot.

Histoire clinique

Enfant de 6 ans, nous a été référé pour diagnostic le 21 février 1951. Il nous a été impossible de connaître le début de la cyanose. Les parents ont toujours noté que l'enfant était plus débile que ses petits frères, qu'il devenait facilement dyspnéique et qu'il était sujet aux rhumes.

L'enfant n'a jamais pris la position accroupie lorsqu'il était essoufflé (position fréquente des enfants bleus)

Examen physique

Enfant de constitution fragile, arriéré mentalement, dyspnéique au moindre exercice mais non au repos.

La cyanose modérée au repos mais intense à l'effort intéresse les lèvres, les muqueuses buccales, les doigts et les orteils. L'hippocratisme et la cyanose sont sensiblement le même aux doigts et aux orteils.

Le thorax est légèrement bombé (en coque de bateau)

Au cœur, il existe un souffle systolique, râpeux entendu à tous les foyers avec maximum d'intensité au foyer pulmonaire. Aucun souffle diastolique audible. Pas de Thrill. Le cœur n'est pas augmenté de volume à la percussion.

Radiographie et fluoroscopie

Le cœur est petit et quelques faits importants sont à noter:

1 — en A.P. et O.A.D. absence de conus pulmonaire.

2 —L'A. pulmonaire droite est bien visible, de dimension moyenne, mais aucune pulsation n'est visible à la fluoroscopie. L'A. pulmonaire gauche est plus petite et surtout moins distincte.

3 — Les plages pulmonaires périphériques sont très claires.

4 — En O.A.D. le ventricule droit se projette en avant et est hypertrophié.

5 — L'arc aortique se dessine à gauche.

Electrocardiogramme

L'électrocardiogramme confirme le diagnostic radiologique d'hypertrophie ventriculaire droite et l'axe électrique est dévié à droite.

Laboratoire

Hémoglobine à 123%; Globules rouges, 5 000 000; Hématocrite, 51%. Temps de circulation, 6 secondes.

Ces données cliniques, physiques, chimiques, électrique et surtout radiologique, nous permettent de placer cette Maladie Bleue dans la catégorie des malformations cardiaques congénitales avec sténose pulmonaire, par conséquent améliorable par la chirurgie. Le diagnostic très probable de tétralogie de Fallot fut posé et pour confirmer ce diagnostic, nous avons référé l'enfant au Dr Grégoire de l'Institut Lavoisier qui doit sous peu pratiquer chez lui un cathétérisme du cœur et des gros vaisseaux. Si cet examen est en accord avec le diagnostic clinique, l'enfant sera immédiatement soumis à la chirurgie.

*
* *

2 — CAS DE EISENMENGER

Le deuxième cas, cas de complexe d'Eisenmenger, qui fait l'objet de cette présentation, entre dans la catégorie *des Maladies bleues* qui ne connaissent *pas l'indication opératoire.*

Anatomie

On donne le nom de complexe d'Eisenmenger à l'ensemble des malformations suivantes:

1 — Dextroposition de l'aorte avec chevauchement sur les deux ventricules.

2 — Communication haute entre les deux ventricules.

3 — Anomalie fréquente de la valvule aortique.

4 — Une artère pulmonaire de volume normal ou augmenté.

L'Eisenmenger diffère donc essentiellement du Fallot par le volume de l'artère pulmonaire. Contrairement au Fallot, dans L'Eisenmenger, il existe une circulation pulmonaire adéquate et même très souvent *augmentée.* Ce seul fait nous explique la contre-indication opératoire dans ce cas, puisque le seul but de l'anastomose d'une artère (par exemple, sous-clavière gauche) à l'une des deux branches de l'Artère Pulmonaire est d'augmenter le volume de la circulation sanguine au niveau des *poumons.* Dans le Fallot, la circulation pulmonaire étant inadéquate, l'anastomose artério-veineuse augmente le volume de la circulation pulmonaire, et corrige ainsi partiellement les effets de la malformation. Une anastomose de cette nature dans le complexe de Eisenmenger non seulement serait inutile, mais aussi, à cause de la surcharge pulmonaire déjà existante (hypertension pulmonaire) risquerait de provoquer une défaillance aiguë du cœur droit.

Physiologie, circulation

On ne comprend pas très bien pourquoi il existe de la cyanose dans un cas d'Eisenmenger. Qu'il suffise de dire que la présence dans ces cas d'altérations intra-pulmonaires de nature indéterminée susceptible de nuire à l'échange gazeux intra-pulmonaire pourraient expliquer la présence de la cyanose.

Signes cliniques et physiques

La cyanose, en règle générale, fait son apparition plus tardivement que dans les cas de Fallot; souvent même vers l'âge de 10-12 ans. Mais, comme dans le cas à l'étude, la cyanose peut apparaître à peine quelque temps après la naissance.

La dyspnée au début est toujours marquée.

L'hippocratisme digital est discret.

Le cœur est augmenté de volume.

Il existe un souffle systolique à la base du cœur.

On note parfois des signes d'insuffisance aortique ou d'insuffisance pulmonaire (souffle diastolique à la base.)

La présence d'arythmie cardiaque est fréquente.

Rayons X et fluoroscopie

Les signes distinctifs entre l'Eisenmenger et le Fallot se voient surtout à la *radiographie* et à la *fluoroscopie.*

Le cœur est le plus souvent augmenté de volume.

Lorsque l'A.P. est augmentée de volume, (les deux ventricules) comme c'est souvent le cas, le conus pulmonaire, sur le rebord gauche du cœur, est proéminent, les hiles sont chargés et les plages pulmonaires sont sales.

Fait *très important,* l'A.P. au niveau du conus pulmonaire et les deux branches de l'A.P. au niveau des hiles sont *pulsatiles.*

Electrocardiogramme

L'électrocardiogramme n'offre rien de caractéristique et n'aide pas beaucoup dans le diagnostic.

Angiocardiogramme

A l'angiocardiographie les deux gros vaisseaux A.P. et Aorte s'opacifient simultanément comme dans les cas de Fallot, et le diagnostic différentiel ne s'établit que par différence du volume de l'A.P. et ses branches dans les deux cas.

Le cathétérisme de l'A.P. montre une courbe de pression élevée contrairement aux cas de cyanose avec sténose pulmonaire.

Observation 2.

H.B. *Eisenmenger probable.*

Histoire clinique. H.B., jeune fille âgée de 29 ans, 88 livres, 5'1". Cette malade nous a été référée par un médecin de Sherbrooke pour *diagnostic.*

Cyanose. La cyanose est apparue peu de temps après la naissance. Ceci est exceptionnel pour un Eisenmenger, et pose un doute dans notre esprit. Cette cyanose est actuelle-

ment très marquée, surtout après un exercice même léger.

Dyspnée. Pendant son enfance, elle était limitée dans ses activités; aucun jeu ne lui était possible à cause de cette dyspnée que le moindre exercice provoquait. Mais elle n'était pas dyspnéique au repos. Elle a dû cesser ses classes à l'âge de 7 ans (après 15 mois d'études) à cause de la dyspnée que provoquait la marche de chez elle au couvent, surtout l'hiver (elle demeurait à deux minutes du couvent.)

Jusqu'à l'âge de 29 ans, elle a fait plusieurs stages dans les hôpitaux pour différents troubles indépendants de sa condition cardiaque.

A 15 ans, appendicectomie; 20 ans, colique rénale (Rein en fer à cheval); 21 ans, ovariectomie droite; 25 ans, *laparotomie exploratrice*: absence de vésicule biliaire; 26 ans, radiographie du rein: hypertrophie rénale droite.

Actuellement, à 29 ans, elle réussit à travailler 7 à 8 heures par jour, de peine et d'effort et par nécessité. Depuis un an, elle accuse des symptômes cérébraux importants tels que céphalées fréquentes et persistantes et étourdissements répétés. Au moindre exercice, elle devient très dyspnéique et cyanosée.

Examen physique. A l'examen physique de la patiente, on note de la cyanose des lèvres, des doigts, orteils, pavillon des oreilles. Il existe un degré d'hippocratisme digital marqué. Cette jeune fille est le vrai type.

Examen cardio-vasculaire. La T.A. est à 120/70 aux deux bras. Il existe un souffle systolique CR 111 à la pointe, avec irradiation vers l'aisselle. Un souffle diastolique piaulant s'entend le long du bord gauche du sternum avec maximum d'intensité dans le deuxième espace intercostal gauche: ce souffle s'irradie vers la région cervicale gauche. Le deuxième bruit au foyer pulmonaire est élagué. Les plages pulmonaires sont libres. Le foie n'est pas hypertrophié et non pulsatile.

Radiographie et fluoroscopie. L'examen radiologique et fluoroscopique du cœur tranche partiellement le diagnostic par trois faits importants:

1 — proéminence du segment de l'A.P.

2 — battements vigoureux au niveau de cette proéminence et de l'A.P. gauche.

3 — le champ pulmonaire droit apparaît très irrigué.

Ces trois caractéristiques éliminent d'emblée une sténose pulmonaire.

En oblique antérieure droite, le ventricule droit paraît hypertrophié et le segment artériel pulmonaire est proéminent et très pulsatile.

En oblique antérieure gauche, le ventricule gauche paraît légèrement hypertrophié demandant une rotation d'environ 60° pour libérer la colonne vertébrale.

Absence de fenêtre claire aortique. L'arc aortique est à gauche. Les oreillettes ne paraissent pas augmentées de volume.

Electrocardiogramme. L'électrocardiogramme montre un hypertrophie ventriculaire droite marquée avec un axe électrique dévié à gauche.

Discussion. Ce sont les caractéristiques radiologiques et fluoroscopiques qui classent ce cas dans le groupe complexe des maladies cardiaques congénitales type cyanogène non améliorable par la chirurgie.

Pour ne pas prolonger plus longuement cette présentation, qu'il me suffise de dire qu'après avoir étudié à la lumière des résultats de cathétérisme (pratiqué par le Dr Arnold Johnson, du *Children's Memorial*) nous en sommes venus à la conclusion qu'il s'agissait le plus probablement d'un complexe d'Eisenmenger.

KÉRATITE INTERSTITIELLE ET KÉRATOPLASTIE PERFORANTE COMMENTAIRES

J.-A. LAPOINTE,
Ophtalmologiste à l'hôpital Sainte-Justine (Montréal).

Observation.

M. J.-Baptiste F., 43 ans, admis à l'hôpital Ste-Justine le 29 sept. 1949, sorti le 8 nov. 1950. Guéri. Présente une acuité visuelle de l'œil gauche 1/6, avec correction Sph-13 provisoire.

Diagnostic

Kératite chronique récidivante avec Pannus et persistance de petits vaisseaux cornéens.

Antécédents personnels

Rougeole à l'âge de trois ans. Troubles oculaires, secondaires. Depuis cette période, bonne santé générale.

Antécédents héréditaires

Père et mère décédés.

Maladie actuelle

Les troubles oculaires actuels ont débuté à l'âge de trois ans à la suite de rougeole. A 7 ans le patient subissait une énucléation de l'œil droit à la suite de panophtalmie. La vision depuis l'âge de trois ans fut pratiquement nulle. Le 30 sept. 1950, le patient subissait une greffe de la cornée de l'œil gauche, avec succès.

Evolution et minute opératoire

Opéré pour cornée leucomateuse de l'œil gauche. Transplantation cornéenne o.g. d'une cornée prélevée immédiatement après la mort, vers 7.15 hrs a.m. et greffée, 24 hrs après, vers 10.30 hrs a.m., le 30 sept. 1950. Médicaments prescrits: morphine ¼ — atropine 1/200 — Injection intra-veineuse. Anesthésie locale: cocaïne 5% en installation et injection rétrobulbaire de novocaïne à 2%. Asepsie: argyrol 10%, sérum, pénicilline et pommade abocilin. Durée, 9.50 hrs à 11.50 a.m. Pansement binoculaire renouvelé après 48 hrs. Etat satisfaisant. Pénicilline 600 000 (unités) durant trois jours et continuer 300 000 durant trois jours. Vitamine rodoxon 3 f. p.j. Sulfadiazyn 3 f. p.j. Diète lacto-végét. Pansements quotidiens. Points enlevés le 5 oct. sous anesthésie locale. Pansement renouvelé; huile de foie de morue stérilisée et abbocilin et atropine. On note: chambre ant. normale. Pas de synéchies et cornée transparente.

Tension oculaire normale. L'œil droit nous inquiète passablement; suppuration abondante favorisée par occlusion et pansement binoculaire depuis cinq jours. L'infection chronique de cet œil dure depuis très longtemps et n'a jamais guéri complètement. Une nouvelle intervention sera pratiquée aussitôt que possible: exploration de l'ancienne cavité opératoire et traitement approprié.

Evolution

Le 30 sept. — Etat satisfaisant du patient le soir. Aucune douleur oculaire. Aucune douleur lombaire. Pas de fièvre. Prescrit: nembutal 1 gr. ½ — pénicilline 600 000 (unités).

Le 1er oct. — Patient repose bien. Douleurs moins intenses. Aucune douleur oculaire. Pas de fièvre. Immobilisation et docilité du patient s'obtiennent facilement.

Le 3 oct. — Insomnie. Tousse légèrement. Examen médical. Prescrit: Potion lombaire no 90. Frictions thoraciques. Pansement renouvelé.

Le 4 oct. — Va beaucoup mieux. Tousse moins. Pas de fièvre.

Le 5 oct. — Points enlevés. Insomnie. Douleurs. Prescrit: sédatif. Pansement binoculaire renouvelé tous les jours.

Etat satisfaisant. Cornée transparente. Pronostic excellent. Repos au lit.

Le 25 oct. — Lever. Pansement œil gauche seulement. Continuer masque pour la nuit et le jour pansement monoculaire avec masque

percé ou perforé pour l'œil droit. Désinfection et pommade Abbocilin pour o.d. Evolution normale du 5 au 25 oct. 1950.

Toutefois, le patient est gardé sous observation à l'hôpital jusqu'au 8 nov. 1950. Départ et doit se rapporter à la clinique tous les quinze jours.

L'état de ce patient s'améliore jusqu'à la date de cette communication où il semble en voie de guérison définitive avec une acuité visuelle améliorée. Correction temporaire A.V. o.g.: Sph: 13v: 1/6.

Aspect clinique

A trois reprises et intervalles assez rapprochés, nous sommes consultés pour ce patient qui présente depuis trois mois des signes de kératite interstitielle à l'état aigu; injection conjonctivale et périkératique, infiltration cornéenne intense, vascularisation cornéenne, douleur et photophobie, larmoiement. Le diagnostic étiologique n'a jamais été précisé. Ce patient nous était particulièrement recommandé pour une greffe de la cornée de la part de l'« Institut Canadien pour les Aveugles »; nous n'avons pu nous procurer le dossier. Nous notons cependant que ce patient n'a jamais complètement guéri de cette affection cornéenne antérieure — depuis plusieurs années — que l'opération a été remise à chaque fois qu'il vint nous consulter étant donné l'irritation continuelle de cet œil presque toujours souffrant. Par ailleurs le pronostic était nécessairement réservé et aggravé par une infection conjonctivale concomitante chronique du côté droit, à la suite d'une énucléation ancienne. Dans le courant de l'année précédente ce patient devait suivre le traitement médical prescrit et se présenter dans de meilleures conditions. De toute façon si l'occasion se présentait d'obtenir des yeux, nous l'avertirions immédiatement, lui laissant entendre que nous pourrions peut-être tenter une opération. Sur demande de la part du patient et de l'« Institut National Can. pour les Aveugles », nous opérions ce patient il y a trois mois, — avec succès. En présence de ces signes de kératite chronique interstitielle, de l'amblyopie progressive, de la perte totale de l'œil unique à brève échéance, n'ayant pas le choix des patients actuellement d'une part, et la vision étant presque nulle d'autre part, nous avons cru rendre service à ce malade et nous décidâmes de pratiquer une greffe cornéenne dans un but thérapeutique, c'est-à-dire afin de terminer ce processus infectieux et d'arrêter l'affection cornéenne progressive. Nous avons fait pour le mieux et nous sommes satisfaits du résultat obtenu.

ASPECT BIOLOGIQUE ET EXPÉRIMENTAL

De nombreuses expériences corneo-sclérales ont été pratiquées; étant donné la rareté du matériel humain, les greffistes se servent parfois d'une même cornée pour plusieurs transplantations et il arrive parfois qu'une partie du limbe ou de la sclérotique y soit adhérente. On remarque une vascularisation du greffon et la formation d'une cicatrice; la réaction locale est plus marquée et comme conséquence la plupart du temps, la greffe s'opacifie totalement. Si l'on discute encore l'évolution biologique du greffon, sa substitution ou non, la persistance de tissu conjonctif, la vascularisation, l'œdème sont ici des causes d'irritation qui amèneront l'opacification de la greffe. D'où ces greffes ont été jugées moins bien réussies que les autres. L'expérimentation sur 16 lapins, pratiquée par R. Castroviejo et A.T. Elliott, démontre la nécessité de n'employer que des greffons libres de toute adhérence avec la conjonctive ou la sclérotique. (Contre indication opératoire présente. Communication de ce soir. Impossibilité d'enlever le leucome dans sa totalité. Greffe totale).

Parmi les constatations que l'on a faites à la suite de ces expériences, nous énumérons les principales au point de vue pathologique, soulignées dans un article de ces auteurs que nous consultions récemment et désirons attirer votre attention sur leurs conclusions que nous résumons en général.

CONSTATATIONS — ASPECT MICROSCOPIQUE.

1 L'union du greffon avec la cornée se fait

assez bien en partant des couches profondes; l'insuffisance de cicatrisation du début dans les couches superficielles, dans la région sclérale, se compléta graduellement après quelques jours, aux dépens de la cornée environnante.

2 La transparence du greffon ne se maintient pas; pannus et opacification du greffon.

3 Œdème du greffon.

4 Vascularisation et du greffon et de la cornée, avec pannus.

5 Œdème ou état nébuleux de la cornée du receveur.

6 Réaction ou injection conjonctivale intense pendant trois semaines.

7 Aspect histo-pathologique. L'épithélium du greffon disparaît rapidement et est remplacé aussitôt par l'épithélium de l'hôte.

8 Prolifération marquée de fibroblastes sub et endothéliaux. Il n'existe pas normalement de démarcation entre la partie sclérale et cornéenne généralement; dans ces greffes cornéo-sclérales on a noté cette observation assez fréquemment. De l'absence ou la présence de la membrane de Descemet on peut différencier le tissu scléral ou cornéen.

Des vaisseaux envahissent le greffon et forment un riche plexus sur les bords de la greffe.

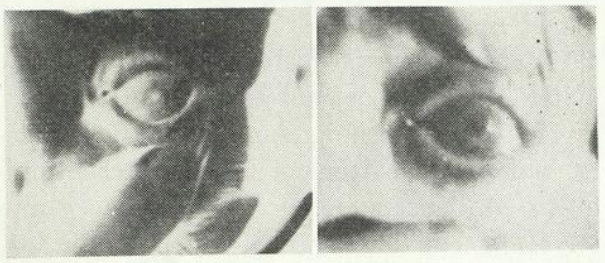
9 La membrane de Descemet se déforme.

La greffe cornéenne prend bien mais elle est toujours imparfaite. La greffe cornéo-sclérale a les caractéristiques d'une greffe hétérogène; i.d. que l'épithélium du greffon est remplacé par l'épithélium de la cornée de l'hôte; cet épithélium est supporté par des fibro-blastes venant de la cornée réceptrice. Enfin un plexus vasculaire très marqué se forme. La membrane de Descemet se déforme. D'où l'inclusion de sclérotique est indésirable et doit être évitée (Castroviéjo-Elliott).

Parmi les conditions absolument nécessaires qu'il faut respecter pour réussir une transplantation cornéenne, nous venons de vous en décrire une très importante, celle de la bio-architectonie cornéenne — cette dernière devant être considérée sous deux aspects.

a) Couches cornéennes, résultat de la biomécanique.

b) Lentilles cornéennes, résultat de la biooptique. « L'interférence imparfaite des rapports anatomo-biologiques entraînant la non formation d'un ensemble harmonieux de la cornée dans sa physiologie générale. » Carapancea.



a b

Fig. 1. — Kératite interstitielle. Kératoplastie. (a) Avant l'opération. (b) Après l'opération.

ASPECT THÉRAPEUTIQUE ET INDICATION OPÉRATOIRE

L. Paufique nous donne trois indications principales sur les greffes lamellaires.

a) Optique.

b) Préparatoire; lésions graves avec cornée très opaque et vascularisée, péritomie et kératectomie, technique du leucome adhérent.

c) *Thérapeutique*: affections cornéennes progressives. Etant donnés les risques opératoires multiples par des opérations successives: péritomie, greffe lamellaire totale et peut-être greffe transfixiante ultérieure, nous avons préféré recourir immédiatement à une greffe pénétrante, non pas dans un but optique ou fonctionnel mais dans un but thérapeutique, pour arrêter l'évolution (Tissue Therapy - Filatov) remettant à plus tard une greffe définitive.

Conclusion.

Ce cas nous a semblé intéressant à présenter tout particulièrement en raison des circonstances actuelles dans lesquelles nous étions placés. Le choix ou sélection des patients est très difficile, puisqu'il n'existe pas encore de clinique de kératoplastie. Une publicité nécessaire

mais mal interprétée (Paton), tant par la profession médicale que par le public place l'ophtalmologiste dans une situation difficile, critique et même désespérée; — souvent pressé, influencé par la famille du patient, par des sociétés ou individus intéressés qui finissent par le convaincre de tenter l'impossible pour ces malheureux patients atteints de cécité, et qui parfois ont parcouru de longues distances dans l'espoir d'être opérés (Paton). Un médecin praticien, leur médecin de famille aurait pu éviter ces déplacements et dépenses inutiles. Le choix d'une technique opératoire particulière, le pronostic extrêmement réservé, l'œil unique, sont d'autres facteurs qui devaient compter également dans notre décision. Enfin connaissant le résultat inévitable d'un leucome incomplètement excisé ou la non viabilité d'un greffon environné de tissu cicatriciel d'après les recommandations d'auteurs reconnus et s'exposant à ne pas respecter ces conditions biologiques démontrées (Cartroviego-Elliott), nous croyons devoir opérer quand même parce qu'il faut admettre qu'il y a toujours lieu d'espérer que cette opération doit être tentée si elle peut « être indispensable pour conserver au malade une utilité sociale. » (Sourdilles-Paufique).

Telle était notre intention et nous devons être fiers du résultat obtenu puisque d'une A.V. inférieure à 1/800 (perception mouvements de la main) on a pu obtenir 1/6 avec sph.-13. Ce patient peut lire l'heure sur sa montre. Quant au point de vue esthétique, la cornée est parfaitement transparente.

UN CAS DE RHINOPHYMA OPÉRÉ[1]

Hubert TOUGAS,
Hôpital Général de Verdun (Montréal).

Etiologie

Le rhinophyma est une tumeur bénigne du type spécial d'acné rosacée, à forme hypertrophique, siégeant sur le nez. Malgré qu'on attribue à l'alcool la cause prédisposante la plus fréquente, on est généralement d'accord pour admettre une déficience de Vitamine B complexe comme cause directe.

L'acné rosacée est une maladie chronique de la peau de la face caractérisée par de l'hypertrophie cutanée et de la télangiectasie, associée souvent à des lésions acnéiques, se terminant parfois par une énorme hypertrophie des tissus de la face, particulièrement le nez. Outre ces caractères, on rencontre dans cette maladie, une séborrhée prononcée, des pustules acnéiques et des ouvertures de glandes vraiment débordantes de sécrétions sébacées.

Dans le rhinophyma, les tissus deviennent épais, le nez augmenté de volume, la séborrhée marquée et les vaisseaux sanguins plus nombreux et plus gros. Dans un cas extrême, l'hypertrophie produit des masses lobulées de grosseur variable donnant au nez l'aspect d'une grappe de pommes de terre. Inutile d'insister sur la difformité repoussante que de telles lésions peuvent produire. Cette tumeur se rencontre surtout chez l'homme malgré que Ginsburg en 1935 ait rapporté un cas chez une femme d'âge moyen.

Caractères pathologiques

Les lésions intéressent surtout les régions inférieures et antérieures du nez, respectant les bords libres des cartilages inférieurs, décroissent en sévérité de bas en haut s'étendant rarement plus haut que la glabelle ou plus bas que les cartilages inférieurs. Elles sont caractées. Seuls les tissus mous sont atteints; les

1. Communication à la Société Canadienne d'Ophtalmo-otolaryngologie, le 26 septembre 1950.

térisées par des élévations irrégulières séparées par des fissures remplies de matières sébacos propres du nez, les cartilages et la muqueuse nasale restent intacts.

Traitement

Le traitement du rhinophyma à son début reste la propriété exclusive du dermatologiste. Lorsque la tumeur atteint des proportions considérables, le seul traitement est chirurgical. Dans un magnifique travail publié en 1931, Maliniak a exposé les diverses méthodes d'ablation concluant qu'il avait autant de procédés chirurgicaux qu'il y avait de tumeurs de ce genre. Il a alors présenté un cas où la galvanocautérisation fut employée. Les autorités éminentes en radiothérapie sont d'accord que les rayons X et le radium ont peu de valeur comme traitement de cette tumeur. D'après Grattan, Maliniak, Eller et autres, la décortication semble être le traitement de choix. Ceci s'effectue facilement et simplement en pelant les masses avec un rasoir ou un scalpel. On doit à tout prix, cependant, conserver une mince couche de tissus sous-cutané et la membrane fibreuse qui recouvre la charpente ostéo-cartilagineuse. L'épiderme nouveau fournit un résultat satisfaisant. L'épithélisation se fait aux dépens de l'épithélium glandulaire profond. La greffe cutanée après exérèse semble superflue et elle n'améliore pas, en général, le résultat final.

Observation.

Monsieur A.J., âgé de 65 ans, a été admis à l'Hôpital Général de Verdun, le 16 juin 1949. Il nous a donné l'histoire suivante: depuis son jeune âge il a constamment souffert de troubles de la peau localisés principalement à la face, au front, aux oreilles, au cuir chevelu et au cou. En 1947, soit 2 ans avant son hospitalisation, il a remarqué que son nez devenait gros, irrégulier et bosselé, le tout débutant vraisemblablement par une petite pustule à la pointe du nez.

Quelques mois plus tard, il y avait augmentation considérable du volume du nez avec formation de plusieurs masses sessiles de couleur rouge-violacée. Quelques jours avant son

Fig. 1. — Photo préopératoire. Vue de face.

Fig. 2. — Photo préopératoire. Vue sous-nasale.

entrée à l'hôpital il consulta le Dr Henri Smith et le symptôme prédominant dont se plaignait le malade était l'obstruction nasale causée directement par un nez tellement massif et pendant qu'il était presque impossible de respirer par cet organe. Le patient était devenu conscient de sa difformité à un tel point qu'il osait à peine quitter sa maison se rendant compte qu'il était une source de ridicule et la proie de commentaires peu charitables.

Les antécédents personnels et héréditaires n'offraient rien de pertinent.

Habitudes: gros fumeur et chiqueur de tabac fort. Gros buveur d'alcool surtout de bière.

Examen physique

L'examen local révèle un nez énorme, multilobé, pendant, mesurant 3¼ pouces dans son axe horizontal et 3 pouces dans l'axe vertical. Les parties molles seulement du nez sont prises à partir de l'union des os propres du nez et des cartilages latéraux. On compte au moins 12 lobes de dimension variable séparés par des fissures bien définies et remplies d'un débris jaunâtre, d'odeur fétide. Le malade ne peut se moucher sans soulever cette masse pendante qui obstrue les deux narines. La face est le siège de multiples lésions dermatologiques.

Les examens de laboratoire sont bons, n'offrant aucune contre-indication à la chirurgie.

Opération

Le 20 juin 1949, sous anesthésie générale au penthotal sodium, une décortication des lobes du côté droit est pratiquée par électro-cautérisation. On tente autant que faire se peut, de conserver la couche sous-cutanée et la membrane fibreuse qui recouvre le nez. Après hémostase, la plaie est recouverte de Jelonet et un pansement sec compressif est appliqué.

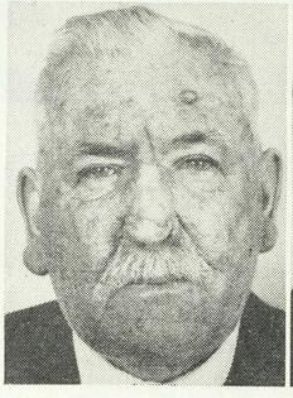


Fig. 3. — Photo post-opératoire. Vue de face.

Fig. 4. — Photo post-opératoire. Vue latérale droite.

Le 28 juin, soit huit jours après la première opération, la masse du côté gauche est enlevée *in toto* de la même façon qu'au premier temps.

Il n'y eut aucun incident post-opératoire fâcheux. Pour prévenir l'infection secondaire, la pénicilline 100 000 unités fut donnée tous les jours pendant 13 jours. Le pansement fut changé tous les deux jours. Le malade quitta l'hôpital le 2 juillet.

Le rapport histo-pathologique de la pièce fut comme suit: on note un épithélium discontinu, ulcéré par endroits, limitant un conjonctif où on remarque des glandes sébacées hyperémiées et en rétention, des culs-de-sac pileux

Fig. 5. — Photo post-opératoire. Vue latérale gauche.

distendus contenant une substance d'aspect granuleux, des zones d'inflammation assez étendues où prédominent les lymphocytes et des capillaires congestionnés. Diagnostic: *rhinophyma.*

ÉCLAMPSIE ET REIN GRAVIDIQUE

M. GAGNIER (Montréal).

On sait quelle place tiennent, en pathologie obstétricale, l'éclampsisme, l'éclampsie, l'albuminurie et les néphrites. Notre intention n'est certes pas de passer en revue les diverses pathogénies de l'éclampsie, mais plutôt d'attirer l'attention sur d'intéressants travaux publiés récemment par les Hollandais Van Bouwdijk Bastiaanse (1) et Mastboom (2), professeurs à l'Université d'Amsterdam.

Selon ces auteurs, la toxémie de la grossesse ne vient pas primitivement du rein, même si l'on a décrit des cellules afibrillaires avec granulations, dans les artérioles préglomérulaires, témoignage selon Goormaghtigh de la production de rénine, ces phénomènes sont secondaires à une hypertension déjà existante.

D'où vient alors cette hypertension?

Depuis 1942, Van Bouwdijk Bastiaanse a enseigné que l'hypertension de l'éclampsie (et de la prééclampsie) était d'origine placentaire.

Mastboom, dans sa thèse soutenue en 1948, souligne l'importance du facteur vasculaire dans la genèse de l'éclampsie. Becker avait déjà émis l'hypothèse qu'au cours de la grossesse, pour assurer une circulation suffisante dans les utérus distendus, il devait exister une vasoconstriction périphérique réflexe. Que cette vasoconstriction réflexe dépasse les limites de la normale, et nous arrivons à l'hypertension artérielle de la toxémie gravidique. Un argument clinique d'importance vient appuyer ce point de vue. Le syndrome éclamptique est beaucoup plus fréquent dans les grossesses gémellaires, dans les cas d'hydramnios et chez les primipares (surtout celles conservant un certain degré d'infantilisme). On a signalé aussi des manifestations éclamptiques dans des cas de môles hydatiformes où, en plus de l'hydramnios, le nombre très considérable des villosités tend à diminuer l'irrigation sanguine utérine.

Cependant, Bastiaanse considère comme insuffisant l'élément mécanique « distension » de la théorie de Becker pour expliquer le phénomène biologique de la toxémie gravidique. Cette toxicose s'expliquerait plutôt par une *circulation insuffisante au niveau des espaces intervilleux du placenta,* laquelle conditionnerait la vasoconstriction périphérique. C'est pourquoi, l'hypotension de la toxémie gravidique se manifeste plus tôt lorsqu'elle s'ajoute à un trouble vasculo-rénal préexistant, parce que la réserve circulatoire périphérique est déjà très diminuée.

Par contre, l'on a constaté en Hollande, durant la dernière guerre mondiale, une diminution nette des toxémies de grossesse. Les rations alimentaires étaient très insuffisantes, environ 500 calories par jour, et le montant total des protéines ne dépassait pas 19 grammes. Il ne faudrait pas cependant attribuer la diminution de fréquence de l'éclampsie à ce régime pauvre en protéines, mais bien à une baisse générale de la tension artérielle due au jeûne. Cette chute de tension s'explique par la diminution de tonus de la musculature artériolaire, cela entraînant une augmentation de la réserve circulatoire.

Si l'on considère l'aspect endocrinologique du problème, on y trouve de nouveaux arguments. Voilà déjà quelques années, les Smith avaient noté l'augmentation de gonadotrophines ainsi que la baisse des œstrogènes et de la progestérone dans le sang des éclamptiques. Ils avaient constaté par ailleurs des modifications identiques avant l'accouchement. Ils concluaient alors que la sénilité précoce du placenta était le terrain sur lequel évoluait la toxémie de la grossesse.

De plus immédiatement avant et pendant la menstruation, l'excrétion urinaire des œstrogènes et de la progestérone est aussi fortement diminuée. Et l'expérimentation leur avait démontré que l'englobuline du sang menstruel contenait une protéine spécifique très toxique responsable de modifications vasculaires au niveau de la muqueuse utérine. Dans les cas de toxémie gravidique, ils attribuaient les altérations vasculaires (vasoconstriction, augmentation de la perméabilité capillaire, œdème, hémorragies et nécrose) à la même protéine toxique provenant de la destruction du tissu placentaire. L'insuffisance hormonale au niveau du contenu utérin était la cause de cette destruction placentaire. Les travaux des Smith laissent supposer qu'il y a une relation étroite entre l'apport sanguin au placenta et la sécrétion des hormones stéroïdes (œstrogènes et progestérone). Ils concluaient que la vascularisation adéquate de l'utérus gravide est essentielle à la production et au métabolisme normal des œstrogènes et de la progestérone et inversement, que ces mêmes hormones sont nécessaires au développement normal du système vasculaire utérin.

Comment expliquerons-nous la physiologie de l'hypertension éclamptique? C'est la résistance périphérique vasculaire qui détermine et maintient l'hypertension. Mais où trouvera-t-on la cause de cette vasoconstriction? Le mécanisme est très probablement humoral d'abord, mais il est possible qu'un facteur neurogène s'y ajoute. Le facteur hypertensif prend son origine dans le placenta ischémié, même si secondairement le rein, la surrénale ou l'hypophyse entrent pour une part dans la

genèse de l'hypertension. L'agent hypertensif placentaire pourrait alors sensibiliser le système vasculaire à l'action des hormones circulantes.

Enfin, Mastboom a apporté un argument expérimental à la théorie de l'ischémie placentaire. A l'aide de clamps de Goldblatt appliqués sur les artères utérines, après ligature des artères ovariennes, il produit une ischémie qui dura de 1' 30" à 3' 30" chez huit chiennes non gravides et de 5' 15" à 12' 15" chez huit chiennes gravides. Les tensions artérielles sont enregistrées à la carotide à l'aide d'un manomètre en communication avec un kymographe. L'élévation de tension atteint de 30 à 40 mm. de mercure chez les chiennes gravides et est à peu près nulle chez les chiennes non gravides. Ogden, Halbebtnd et Page, en 1940, firent des expériences identiques avec des résultats semblables.

Reste à considérer la valeur fonctionnelle du rein pendant la grossesse et après la grossesse. Dans une grossesse normale, la fonction rénale est normale. Dans l'éclampsie, l'urée sanguine augmente quelquefois mais après une diminution très marquée de la sécrétion urinaire. L'on constate une baisse souvent importante de l'albumine plasmatique attribuable aux pertes urinaires mais aussi en relation avec l'augmentation de la perméabilité capillaire extra-rénale. La diminution de la pression oncotique qui s'ajoute à l'hypertension artérielle explique l'apparition des œdèmes. De plus, il semblerait que la filtration glomérulaire est quelque peu diminuée.

Est-ce que l'éclampsie laisse des séquelles? Mastboom a publié les résultats d'un relevé de toutes les patientes éclamptiques et prééclamptiques qui ont accouché au département d'obstétrique de l'Université d'Amsterdam entre 1938 et 1946. Chez 25% des éclamptiques et chez 52 % des prééclamptiques, il releva une hypertension résiduelle (supérieure 140/90) et une insuffisance rénale variable, chez 12,7 % des éclamptiques et 16,2 % des prééclamptiques. Cependant, chez ses propres patientes où l'investigation a été plus poussée, il semblerait que la majorité des cas où il y avait hypertension résiduelle, il y avait aussi des troubles vasculo-rénaux préexistants.

Reste le problème de la grossesse chez les néphritiques chroniques. Sur 51 cas de néphrite chronique, on a noté une baisse de la valeur fonctionnelle du rein chez 64 pour cent des patientes, et des convulsions éclamptiques sont apparues chez 9 femmes. On a cependant constaté quelquefois une amélioration temporaire avec baisse de l'hypertension, au cours de grossesses normales chez des néphritiques chroniques. Ceci serait dû au relâchement artériolaire conditionné dans certains cas par la progestérone, dans d'autres par une diète sévère.

Comment pourrait-on réduire les séquelles des néphropathies gravidiques? Il faut d'abord considérer que ce n'est pas tellement la gravité, mais la durée de la toxémie qui causera le plus de mal. En effet, les artérioles préglomérulaires ne seront altérées définitivement qu'après un certain laps de temps, quand leurs réserves seront dépassées. En pratique, selon Van Bouwdijk Bastiaanse, toute grossesse devrait être interrompue avant que la toxémie ait duré trois semaines. Dans le cas de néphrite chronique qui s'aggrave au cours de la grossesse, l'évacuation de l'utérus est souhaitable.

Il faut donc être très prudent, surveiller de près la tension artérielle, le poids de la patiente. Il faut répéter les examens d'urine, les dosages des protéines, de l'urée, de l'acide urique du sang. Il faut faire, à répétition, des tests de la valeur fonctionnelle du rein.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Van BOUWDIJK BASTIAANSE: « Kidney and Pregnancy. » *Gynecologia*, **103**: 1 (janv.) 1949.

(2) J. S. MASTBOOM: « De frequentie van Eclampsie in Oorlogstijd Med. Tijdschrift voor Oeneeskunde. » *Jaargang*, **22**: 45 (6 nov.) 1948.

VEROORZAAKT DE ZUIVERA ZWANGERSCHAPS: « Toxicose restverschijnselen. » *Ned. Tijd. voor Geneeskunde Jaargang* **93**: 3 (15 janvier) 1949.

« Ischemia of the Gravid Uterus in Dogs. » *Gynecologia*, **127**: 1 (janvier) 1949.

Eclampsie in haar ontstaan en gevolgen. *Thèse* 1948, *Amsterdam*.

HÉPATITE ET NÉPHRITE GRAVIDIQUES

Jacques GAGNON,
Médecin à l'hôpital de la Miséricorde (Montréal).

Observation.

Madame L..., primipare, 36 ans, nous est envoyée à 10 heures a. m., le 4 janvier 1951, par un médecin remplaçant son médecin traitant, avec les instructions suivantes: patiente à terme, en travail depuis deux heures a. m., à dilatation complète, présentation du siège, dystocie du bassin, œdème généralisé.

A son arrivée à l'hôpital, la patiente est dans un état de grande fatigue.

A l'examen, nous trouvons: état psychique: patiente consciente et très coopérante. Œdème généralisé, particulièrement la face, les membres inférieurs et supérieurs, les régions suspubienne et fessières. Vision légèrement trouble. Langue saburrale, sensation de soif intense. Poumons: légère dyspnée. Cœur: T. A. 220/130, pouls régulier, légère tachycardie, 104 par minute, bruits cardiaques frappés. Abdomen: tissus sous-cutanés très œdématiés. L'utérus, à 34 cm. au-dessus du pubis, est allongé ; contractions régulières d'intensité moyenne, peu douloureuses. Présentation en Sida. Pelvimétrie externe: le bassin est légèrement rétréci, androïde.

Examen vaginal : promontoire proéminent, le segment inférieur est allongé, mince, le siège fœtal est amorcé, le col agglutiné. Un tout petit pertuis est finalement repéré dans la portion postérieure : l'agrandissement est facilement effectué jusqu'à 25 sous. Bruits du cœur fœtal, 120 par minute. Les membranes sont rupturées depuis deux heures du matin et il s'écoule, par la voie vaginale, du méconium et du liquide amniotique teinté de sang. Etat nauséeux et de grande fatigue. Le cathétérisme vésical ramène 300 cc. d'urine et les rapports du laboratoire se lisent comme suit:

Urines. Réaction : acide; densité : 1 030; albumine: présence; sucre: absence; acétone: absence; ac. diacétique: absence; urobéline: absence; chlorure: 9,36 mg. %. Aspect du dépôt: trouble; épithélium: nombreux; leucocytes: présence; pus: absence; sang: rares globules rouges; cylindres hyalins: présence; cyl. granuleux: nombreux; bactéries: cocci., présence; bacilles, absence; cristaux: absence.

Sang. Hémoglobine: 94,2% ; valeur globulaire: 1; poly.: 93% ; mono.: 0% ; baso.: 0% ; globules rouges: 4 770 000; globules blancs: 15 600; lymphocytes: 8% ; éosinophiles: 0%.

Urée sanguine: 48,4%.

Nous sommes, sans contredit, devant un cas d'éclampsie en menace de crises convulsives. L'examen clinique nous permet de faire passer au second plan la dystocie osseuse fœto-pelvienne, celle-ci étant de moindre importance qu'on ne l'avait d'abord soupçonnée.

A notre avis, cette patiente requiert une thérapeutique médicale d'urgence adéquate, lui permettant de subir une épreuve de travail de contrôle et, le cas échéant, la césarienne. Le traitement suivant fut donc institué: sulfate de magnésie à 50%, 8 cc. I. M., immédiatement, répété après une demi-heure, puis aux quatre heures; soluté glucosé à 20%, 50 cc., suivi d'un B-Clysyl 500 cc.; Démérol, 2 cc. I. M. et au besoin; Abbocyline D.C., 600 000 U. I. M. Dosage des liquides ingérés et excrétés des 24 heures. Douche vaginale iodée.

Evolution.

A une heure de l'après-midi, donc trois heures après l'arrivée de la patiente à l'hôpital, la T. A. est 180/100, pouls régulier. La dilatation cervicale, 50 sous; les contractions utérines sont diminuées d'intensité et peu douloureuses. La patiente repose. Le travail reprend spontanément vers 6 heures p. m. Démérol, 2 cc. I. M., à 7.25 heures et à minuit et demi. Nuit calme.

Le *lendemain matin* à 8.30 *heures a. m.*, le 5 janvier 1951, l'état général est meilleur. T. A., 180/100, pouls régulier à 100 par minute. Les contractions utérines sont fortes, la

dilatation cervicale est demeurée à 50 sous. Début d'engagement de la présentation. La patiente absorbe café et Jell-O.

Liquides ingérés: 950 cc. Mictions libres: 550. Vomissements: 75 cc. (durant la nuit). Bruits du cœur fœtal: 128 par minute. Dosage des albumines urinaires: 3 grammes par litre.

A 11 heures a. m., nous demandons une radiographie du bassin dont voici le rapport: Etat de grossesse aux abords du terme. Le fœtus est apparemment bien constitué et est actuellement en présentation du siège, non décomplété. La tête fœtale est logée en regard des trois dernières côtes droites maternelles. La colonne fœtale est plutôt rectiligne. Le bassin maternel est régulier, symétrique, mais relativement petit. Les mensurations de la tête par rapport à celles du bassin sont légèrement au-dessus de la limite normale; d'ailleurs l'engagement au détroit moyen n'est pas encore amorcé. L'issue physiologique est donc fort compromise, et, à notre avis, seule la césarienne pourrait avoir des résultats heureux.

Devant l'amélioration de l'état général, la présence de bonnes contractions utérines supportables, et, après consultations, nous décide continuer l'épreuve du travail. Beclysil, 500 cc.

A 8.15 heures p. m., Démérol, 2 cc. I. M.

A 10.30 heures p. m., les contractions sont toujours douloureuses, la T. A. 200/100, pouls 120, réapparition des signes de fatigue. Dilatation cervicale à pièce française, col mince et très rigide. Bruits du cœur fœtal, 130 par minute.

A cause de cette dystocie du col, la césarienne est exécutée à minuit. Extraction d'un enfant vivant, ranimé par respiration artificielle.

Faits particuliers à noter et les premiers qui nous aient mis sur la piste d'une atteinte hépatique prononcée: l'anesthésie, qui a duré 25 minutes, n'a nécessité que quelques cc. de pentothal I. V. De plus, à l'ouverture de l'abdomen, présence d'ascite. A noter aussi, un utérus cylindriforme qui persiste dans cette forme même après les sutures, dénotant une anomalie des fibres longitudinales et obliques utérines en faveur des fibres circulaires.

Au retour de la salle d'opération, T. A. 145/95, pouls 92. La patiente repose toute la nuit.

Liquides ingérés: 1 350 cc.; liquides excrétés: 775 cc. (miction libre).

Le 6 janvier 1951, à 9.30 heures a. m., état général très amélioré. T. A. 188/100, pouls 104; peu de douleur, légère diminution des œdèmes. Emission d'une urine brunâtre.

Prescription: soluté glucosé 10%, 500 cc.; Sédol, au besoin; Stibilium *per os;* Anedemin, 6 cc. par jour; sulfate de Mg. à 50%, 4 cc. aux 3 heures; Abbocylin D. C., 600 000 unités, continué; suppositoire Nembutal, gr. 2, matin et soir.

A 9.30 heures p. m., l'interne de garde constate: T. A. 210/100, tachycardie, souffle systolique aortique bien marqué. La digitaline régularise le phénomène.

A minuit 35, le bébé meurt après avoir présenté, depuis sa naissance, des alternances de périodes de dyspnée et de respiration saccadée.

A 8 heures a. m., le 7 janvier 1951, bon état général, T. A. 225/95, pouls régulier, disparition du souffle aortique, persistance des œdèmes.

Liquides ingérés: 1 330 cc. Liquides excrétés: 950 cc. (miction libre). Analyse d'urine révèle la présence d'albumine et de sang. L'évacuation intestinale est laborieuse.

Le 8 janvier à 10 heures a. m., la patiente présente une légère anxiété. T. A. 230/95, pouls 100, avec légère arythmie; aucun souffle cardiaque.

Liquides ingérés: 1 550 cc. Liquides excrétés: 1 175 cc.

A 1.30 heures p. m., mort subite, exactement deux jours et demi après la césarienne.

Le rapport d'autopsie fut le suivant:

Bébé L...

« Nouveau-né bien constitué, ne présentant pas de malformations extérieures. Le cœur est

de volume normal; il ne présente pas de malformation. Poumon: le poumon gauche est atélectasique; la poumon droit est le siège de suffusion sanguine dans son lobe inférieur. Abdomen: les organes n'offrent rien de particulier à la macroscopie; ils sont dans un état d'autolyse trop avancé pour l'examen histologique. *Conclusion*: atélectasie et apoplexie pulmonaire. » (Dr Lauzé).

Madame L...

« Cadavre d'une femme d'âge moyen dont les membres inférieurs présentent de l'œdème marqué. Le tronc et les membres supérieurs sont moins œdématiés. Présence d'incision récente médiane sous-ombilicale (césarienne). Les organes intrathoraciques sont enlevés en bloc et une dissection soignée de l'artère pulmonaire est faite afin de déterminer s'il n'y a pas embolie. Aussi loin qu'elle a pu être faite, il n'y a pas d'embolie. Les poumons sont d'ailleurs bien aérés et légèrement congestifs. Cœur: la cavité péricardique contient environ 100 cc. de liquide. Les valvules et notamment l'aortique n'offrent pas de lésions. Le myocarde gauche mesure 2 cm. d'épaisseur, il est de coloration brun foncé et d'aspect translucide. Les coronaires sont perméables et souples. Abdomen: il contient environ 1 500 cc. de liquide. Tube digestif: rien à noter. Pancréas: rien à noter. Foie: il est de volume normal. En surface, il est parsemé de points hémorragiques (surtout le lobe gauche). En coupe, il est jaune et également parsemé de points hémorragiques (hépatite éclampsique). Rein: les deux reins pèsent 120 grammes. En coupe, le cortex tranche avec grande netteté par sa teinte uniformément jaune clair. Ce cortex est plus épais que normalement (lésions dégénératives généralisées à tout le cortex). Utérus: l'incision longitudinale de l'utérus est nette. Absence de phlébite autour de l'utérus (l'utérus mesure 10 pouces de hauteur). Surrénales: rien à noter. Rate: pèse 120 grammes, rien à noter. Le cerveau n'a pas été ouvert. *Conclusion.* 1. Néphrite toxique marquée. 2. Hépatite toxique. 3. Lésions dégénératives du myocarde. 4. Œdème généralisé. »

(Dr Lauzé).

Examen histologique.

Foie. Le foie est parsemé de minuscules foyers de nécrose fibrinoïde du tissu hépatique. Lorsque ces foyers ont un certain diamètre, ils sont parsemés de lymphocytes et de polynucléaires. Ces foyers n'ont pas de topographie spéciale.

Reins. Du côté des artères et des artérioles de moyen calibre, nous notons un remplacement de la musculeuse par des cellules fibrocytaires. Du côté des petites artérioles glomérulaires, on note un certain degré de dégénérescence fibrinoïde de la paroi. Parmi les glomérules, il en est qui sont transformés en boules de sclérose, il en est d'autres plus gros et plus richement cellulaires que la normale et où il existe un épaississement de la membrane basale. La lumière des tubes contient une urine albumineuse et, occasionnellement, des cylindres hyalins et granuleux: *glomérulonéphrite chronique au premier stade.*

Pancréas. Le parenchyme pancréatique n'offre rien de notable, notons cependant que les artères sont atteintes d'un certain degré de sclérose.

Rate. Il s'agit d'une rate très congestive, richement infiltrée de macrophages et de polynucléaires éosinophiles.

Myocarde. Les fibres myocardiques sont légèrement hypertrophiques et elles montrent un certain degré de dégénérescence graisseuse. Il existe un œdème marqué entre les fibres myocardiques.

Le fait le plus notable de cette autopsie est la lésion hépatique qui caractérise l'éclampsie.

(Dr S. Lauzé)

COMMENTAIRES.

En résumé, malgré nos efforts thérapeutiques, cette patiente avait atteint le stage des phénomènes irréversibles rénaux et hépatiques, et devait mourir.

Cependant, devant ces faits, nous nous sommes demandés:

1) La thérapeutique fut-elle adéquate?

2) Ces lésions dégénératives aussi prononcées pouvaient-elles être décelées?

3) A quoi est attribuable le phénomène de mort subite?

Parce que la cause de l'éclampsie reste encore la grande inconnue, tout traitement demeure évidemment empirique.

Les données chimiques généralement acceptées sont les suivantes: 1. Dans l'urine: a) l'émission moindre de l'urée et des chlorures; b) l'apparition de l'albumine. 2. Dans le sang: a) une augmentation de l'urée; b) une baisse du pH; c) une chute brusque de la glycémie, immédiatement avant une crise convulsive.

Dans le rein, il se produit des spasmes artériolaires et, secondairement, une ischémie rénale, cause primaire de l'hypertension. Certains chercheurs ont même touché la question hormonale; et pourtant les auteurs français, anglais et américains s'en tiennent encore aujourd'hui au contrôle symptomatique des différentes manifestations rénales, hépatiques et cardio-vasculaires.

En premier lieu, le contrôle de l'hypertension et la prévention des crises convulsives avec l'aide des barbituriques par voie rectale (chlorale, suppositoires nembutal), intramusculaires (somnifène), ou intraveineuses, du sulfate de magnésie à haute dose et de la morphine ou du Démérol.

Puis le rétablissement et le maintien de l'équilibre osmotique et humoral par le contrôle des liquides excrétés et ingérés: ceux-ci ne devant pas dépasser, pour 24 heures, 1 200 à 1 500 cc. par voie I. V.

Enfin, le contrôle des composants chimiques protéiniques et de la rétention chlorurémique par l'administration des solutés glucosés à 10 ou à 20%, le plasma, les diurétiques et les laxatifs.

Malgré le respect de toutes ces données dans notre thérapeutique, nos efforts furent vains. Et la présence de l'ascite abdominale, durant la césarienne, le défaut d'absorption hépatique du pentothal au moment de l'anesthésie ; puis, durant les jours subséquents, l'absence de fonte des œdèmes, la lenteur d'amélioration de l'état général, malgré la persistance d'une diurèse quotidienne convenable, les accidents du rythme cardiaque, les oscillations de la tension maxima, l'apparition de l'urine brunâtre et des cylindres hyalins et granuleux, devenaient autant de phénomènes propres à déceler l'existence d'une atteinte organique sévère hépatique et rénale, sans cependant craindre une échéance fatale imminente.

Et, pourtant, celle-ci se produisit brusquement, subitement sans prodrome, très probablement sous l'action foudroyante des produits toxiques, accumulés dans la circulation, et ne pouvant plus être éliminés par les émonctoires naturels, eux-mêmes atteints d'un déséquilibre irréversible et irrémédiable.

Depuis déjà longtemps, les lésions organiques dégénératives hépatiques, rénales et cardio-vasculaires s'étaient installées: la grossesse, en les accentuant, les précipita vers une apogée qui ne pouvait être autrement que fatale.

CERVICITE ET ENDOCERVICITE EN RAPPORT AVEC LA PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE

H. RICARD (Montréal).

Les lésions inflammatoires du col utérin sont souvent négligées, exception faite de la cervicite gonococcique, parce que en général, elles ne causent que peu de troubles durant la période aiguë de la maladie. Leur importance repose sur le fait qu'elles laissent des séquelles qui peuvent jouer un rôle non négligeable pour le bonheur et la santé de la patiente dans les années qui suivront.

Il est généralement reconnu qu'un col infecté est un danger en puissance pour la future accouchée et qu'une infection chronique du col joue un rôle important dans l'étiologie des tumeurs de cet organe. Dans la grande majorité des cas, nous trouvons que l'exocervicite et l'endocervicite se rencontrent chez les patientes qui ont eu un ou plusieurs enfants avec des lacérations plus ou moins importantes du col utérin, permettant un accès facile pour les microbes dans le canal cervical. L'infection une fois établie dans la muqueuse cervicale peut y demeurer indéfiniment par suite de la structure à prédominance glandulaire. L'infection dans cette région peut être située très profondément d'où la difficulté de la cure radicale.

La leucorrhée est probablement le symptôme le plus fréquent et résulte de l'invasion du canal cervical par les différents microbes. Cette leucorrhée peut à son tour produire des changements au niveau du vagin et de la vulve.

En effet, durant la période aiguë de l'infection, l'acidité de la sécrétion vaginale est en partie neutralisée par la sécrétion cervicale qui est fortement alcaline. Il en résulte une destruction de la bactérie vaginale qui produit de l'acide, le bacille de Doderlein.

Les autres symptômes sont la sensation de brûlement, le prurit, la douleur à la miction, tous ces symptômes ne disparaissent pas tant que l'infection du col n'est pas éliminée.

Ces lésions cervicales accompagnées de leucorrhée sont très fréquemment une cause de stérilité en faisant un obstacle à l'entrée des spermatozoïdes dans la cavité utérine ou en diminuant l'activité des spermatozoïdes par suite de la modification de la flore microbienne du vagin.

De nombreux lymphatiques se rencontrent au niveau du col utérin, ils communiquent avec ceux de la partie supérieure du vagin et se déversent dans les ganglions iliaques. Par ce fait, il se produit une induration des ligaments utéro-sacrés, qui deviennent douloureux et une douleur aiguë est ressentie par la patiente au niveau de la région lombaire. Ce fait peut être mis en évidence en touchant le col ulcéré avec un produit chimique tel le nitrate d'argent par exemple; très souvent la patiente nous dit qu'elle ressent exactement la douleur pour laquelle elle est venu nous consulter. Cette douleur peut également être mise en évidence en poussant le col antérieurement, ce qui détermine une tension sur les ligaments utéro-sacrés.

Observation 1.

Comme exemple je vous présente le cas de Mme L.P., âgée de 26 ans, elle vient à la consultation pour une leucorrhée qui est apparue six semaines après la naissance de son enfant. Elle se plaint également de douleur lombaire, de dysurie. Pour sa douleur lombaire, elle a reçu différents traitements. Des dents cariées et de l'amygdalite chronique furent éliminés comme agent causal, par l'opération. Une retro-version utérine avait été constatée et l'opération recommandée. A l'examen de la patiente, il est facile de constater un écoulement muco-purulent au niveau du col. L'examen microscopique fait au Laboratoire Provincial donne comme rapport: leucocytes nombreux.

Le col est œdématié et ulcéré et une légère déchirure bilatérale est présente. Les deux ligaments utéro-sacrés sont indurés et douloureux. L'utérus est augmenté de volume en retroversion et légèrement douloureux à la mobilisation. En introduisant le doigt dans le cul-de-sac postérieur et en refoulant le col antérieurement, la patiente ressent une douleur typique à la région lombaire.

Une électro-coagulation du col lui est conseillée. A sa dernière visite du 5 novembre, la leucorrhée est disparue, l'utérus est à peu près de volume normal, et la retro-version est presque disparue. Elle ne souffre plus de sa douleur lombaire.

L'histoire de cette patiente prouve que les lésions cervicales qui entraînent une augmentation de volume de l'utérus peuvent également produire une retro-version due à l'augmentation de poids de cet organe. Cette retroversion détermine chez la patiente une sensation de pression intra-pelvienne parfois de la dysménorrhée, symptômes qui disparaissent par la guérison des lésions cervicales.

Chez la parturiente, la cervicite et l'endocervicite présente une gravité tout à fait exceptionnelle. En voici quelques exemples.

Observation 2.

Gracia Marie, primipare de 18 ans. Cette patiente a été menstruée à 12 ans, cycle irrégulier, pas de douleur. Elle a tenté de s'avorter après un mois de grossesse en s'introduisant quatre pilules de permanganate de potasse dans le vagin. La dernière menstruation date du 20 février 1950. Elle se plaint de leucorrhée abondante. L'examen objectif ne révèle rien de particulier.

L'examen vaginal fait au dispensaire rapporte une exocervicite s'étendant sur tout le pourtour du col utérin. Cette patiente accouche le 5 décembre 1950. La durée complète du travail est de 14 heures. Il s'agit d'un accouchement absolument normal, aucun médicament propre à activer la contraction n'a été employé et il n'y a eu aucune intervention. De même il n'y a pas eu de déchirure du vagin ni du périnée. Après la délivrance, et malgré une bonne contraction utérine, la patiente saigne abondamment. On lui donne une ampoule d'ergométrine par voie intra-veineuse de même que 5 cc de coagulen; la patiente saigne quand même. C'est alors qu'à l'examen vaginal, il est possible de se rendre compte qu'il y a une déchirure assez importante du col. Il aurait été indiqué de réparer immédiatement cette déchirure, mais les tissus sont tellement friables, qu'il est impossible d'abaisser le col. Un paquetage vaginal à l'aide d'une mèche de 2½ pouces arrête cette hémorragie plutôt grave.

La patiente reçoit du sérum mixte. L'examen du sang donne un taux d'hémoglobine de 53%, globules rouges de 3 000 000. Les suites de couche sont normales et l'examen vaginal fait au bout de 10 jours laisse voir une légère déchirure sur un col anormal.

Observation 3.

Gemma Marie, primipare de 24 ans. L'interrogatoire nous apprend que la mère est morte de cancer, qu'une de ses sœurs souffre d'un néo du col. Menstruée à 13 ans, régulière tous les 30 jours. Aucune tentative d'avortement. Dernière menstruation le 23 janvier 1950. La patiente souffre de leucorrhée et elle a été traitée pour gonorrhée au dispensaire de l'hôpital.

L'examen du col: col granuleux, gros, bourgeonnant, leucorrhée jaune verdâtre. L'accouchement survient le 5 décembre 1950 après 14 heures de travail, tout se passe normalement, pas de déchirure vaginale ni périnéale. L'enfant pèse 7 livres et 4 onces. Après l'expulsion du placenta, malgré une bonne contraction utérine, la patiente saigne abondamment. L'examen direct du col laisse voir des déchirures multiples du col. Etant donné l'état de la patiente, le col n'est pas réparé et un paquetage vaginal arrête l'hémorragie. Sérum mixte 500 cc.

Le départ de la patiente, avant le temps prévu, ne nous a pas permis de faire l'examen du col 10 jours après l'accouchement.

Conclusion.

Ces trois observations démontrent:

1° Que l'exocervicite et l'endocervicite sont à l'origine de nombreux malaises gynécologiques et qu'en traitant cette lésion on évite souvent des opérations majeures, ajoutons des opérations souvent inutiles.

2° Que les hémorragies qui surviennent après l'accouchement et qui sont dues à une déchirure du col peuvent être parfois évitées, si la cervicite a été convenablement traitée en temps et lieu.

3° Comme les déchirures du col utérin représentent la cause principale de la cervicite, il est à se demander si on doit réparer ces déchirures immédiatement après l'accouchement ou attendre quelques jours. Les opinions sont partagées. Baer, Schumann et Kosmak croient que le risque d'infection dépasse l'avantage limité d'une suture immédiate. Il est généralement admis qu'il y a toujours un certain danger. Quoiqu'il en soit, il faut suivre tous les principes de l'aseptie chirurgicale, si l'on fait une suture des déchirures du col immédiatement après la délivrance.

MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

ÉVALUATION DE LA MARISONE EN RHUMATOLOGIE

Jacques DURIVAGE,
Institut du Rhumatisme, Hôtel-Dieu de Montréal.

La Marisone* est un stéroïde conjugué, hydro-soluble, extrait de l'urine de jument gravide. Cette substance est présentée sous forme de capsule dosée à 200 milligrammes.

Deux lots de Marisone, de composition chimique différente, furent soumis à l'épreuve thérapeutique. Des substances estrogéniques sont associées à la Marisone « B » tandis que la Marisone « A » en est entièrement dépourvue.

L'investigation clinique suivante est basée sur l'étude de 29 cas dont: 22 atteints d'arthrite rhumatoïde, 3 de spondylite rhumatoïde (rhizomélique) et d'arthrite goutteuse et 1 cas de fièvre rhumatismale. (cf. Tables I et II)

MÉTHODE D'INVESTIGATION

Toute médication analgésique et sédative ayant été prohibée pendant les 24 heures précédant l'administration de la Marisone, celle-ci fut subséquemment prescrite à raison de 3 capsules le premier jour, de 6 pendant la deuxième journée et de 9 capsules le troisième et les jours suivants. Deux patients reçurent, temporairement, un total de 15 capsules par jour, soit 3 grammes. Les quantités totales ingérées varient de 3 à 96,6 grammes et ont été prises pendant des périodes de 3 à 70 jours consécutifs. Chez la plupart de ces patients, le taux de la sédimentation et la cytologie furent déterminés au moins une fois par semaine.

Les divers stades de l'arthrite rhumatoïde ainsi que l'évaluation de l'effet thérapeutique de la Marisone sont établis d'après les standards de l'Association américaine du Rhuma-

* Marisone est un produit Ayerst, McKenna & Harrison, gracieusement fourni par son directeur médical, le docteur J. B. Jewell.

TABLE I

ARTHRITE RHUMATOÏDE

		Age	*Stade*	*Quantité*	*Amélioration*	*Intolérance*
Marisone "A"	Femmes	19	I	20,0	IV	0
		60	III	40,0	IV	0
		53	III	26,4	III	0
		29	IV	75,6	III	0
		43	IV	29,4	IV	0
		35	IV	96,6	II	0
	Hommes	26	I	30,0	IV	0
		37	I	40,0	IV	0
Marisone "B"	Femmes	50	I	11,0	III	+
		51	I	40,0	III	0
		54	I	20,0	II	0
		37	II	59,0	IV	+
		50	III	20,0	IV	0
		62	III	14,0	IV	+
		43	III	60,0	IV	+
		43	III	24,2	IV	0
		55	III	87,0	IV	+
		43	IV	76,4	III	+
		46	IV	28,8	II	0
	Hommes	55	I	31,8	IV	0
		66	IV	23,4	IV	+
		32	IV	40,0	IV	0

TABLE II

Marisone "B"

Age	*Sexe*	*Quantité*	*Amélioration*	*Intolérance*
		SPONDYLITE RHUMATOÏDE		
46	H	15,6	IV	0
29	H	40,0	IV	+
42	H	19,2	IV	+
		ARTHRITE GOUTTEUSE		
48	H	3,0	IV	0
62	H	19,8	IV	0
48	H	12,6	IV	0
		FIÈVRE RHUMATISMALE		
60	F	12,0	IV	0

tisme (Comité de l'investigation des critères en thérapeutique). Il est important de se rappeler, en référant aux tableaux I et II, qu'une amélioration ou réponse grade-I est à l'inverse du stade-IV de l'arthrite rhumatoïde.

Résultats

Les cas de spondylite rhumatoïde, d'arthrite goutteuse et celui de fièvre rhumatismale n'ont pas répondu favorablement à la Marisone.

Aucun des 5 hommes atteints d'arthrite rhumatoïde n'a bénéficié de cet agent thérapeutique.

Parmi les 17 autres cas, toutes des femmes atteintes d'arthrite rhumatoïde, 9 ont semblé réagir favorablement à la Marisone. L'amélioration s'est présentée chez celles-ci suivant un même tableau clinique: disparition des arthralgies et des malaises généraux en deça des sept premiers jours; diminution du gonflement et de la sensibilité articulaires, suivie d'une augmentation de la mobilité des articulations au cours de la deuxième semaine; persistance de la raideur.

La quantité minima requise pour amorcer ou entretenir une amélioration chez ces patientes a été de 1,8 gramme par jour, à raison de 3 capsules 3 fois par jour. Une diminution de cette dose provoqua, infailliblement, la réapparition de la douleur. L'augmentation de la dose à 3 grammes par jour n'apporta aucune amélioration aux deux cas soumis à cette épreuve.

Six patientes ont manifesté une amélioration grade-III. Les signes inflammatoires régressèrent partiellement et la disparition de la douleur accrut l'amplitude des mouvements articulaires. Par contre, la sédimentation rapide des hématies et l'anémie normochrome ne furent influencées d'aucune façon.

Les trois autres patientes ont présenté les critères d'une amélioration grade-II. L'état général et celui des articulations malades furent améliorés au point de permettre à ces patientes de reprendre leurs activités quotidiennes sans handicap physique important. Aucune d'elles n'a présenté les signes d'exacerbation de la maladie au cours des mois (de 2 à 12) qui suivirent l'administration de la Marisone. L'anémie, l'hyperthermie légère et la sédimentation rapide effectuèrent un retour vers la normale mais sans jamais en atteindre les limites. La sédimentation, chez une patiente, varia selon qu'elle ingérait ou non de la Marisone.

Des signes d'intolérance à la Marisone « B » furent accusés par 10 des 21 patients qui en reçurent. Ces patients se plaignirent d'anorexie et de nausée, d'instabilité psychique et d'insomnie. Il fut possible de pallier à l'intolérance gastrique en recommandant l'absorption d'aliments en même temps que celle des capsules mais les signes d'irritabilité nerveuse furent rebelles au point d'avoir à discontinuer l'épreuve. La période des menstruations fut devancée chez deux patientes.

L'ingestion de Marisone « A » ne provoqua aucune manifestation inattendue et fut bien tolérée par tous.

Parmi les patients qui reçurent de la Marisone un cas d'arthrite rhumatoïde présentait des lésions psoriasiformes et un autre cas dut subir une intervention chirurgicale. Il a été possible, ainsi, de noter que la Marisone semble n'avoir aucune influence sur les lésions psoriasiformes et sur la formation de tissu de granulation.

Commentaires

L'évolution de l'arthrite rhumatoïde peut être ralentie ou même arrêtée par le repos au lit, le changement de milieu social ou, encore, par l'apparition d'une rémission naturelle. Les substances estrogéniques ont, aussi, le pouvoir de diminuer, parfois, les douleurs articulaires et musculaires qui accompagnent les arthrites du type « rhumatoïde » apparaissant au cours de la ménopause.

Les 9 patientes qui ont manifesté quelque amélioration pendant l'emploi de la Marisone furent toutes soumises, également, à l'un ou

l'autre de ces facteurs susceptibles de provoquer une amélioration. Deux des trois patientes qui ont montré une réponse thérapeutique grade-II ont reçu de la Marisone « B » alors qu'elles étaient au stade de la ménopause. La troisième, soumise à la Marisone « A », était au stade pré-ménopause. Toutes trois étaient alitées pendant l'épreuve thérapeutique.

On est enclin à penser, logiquement, qu'un médicament qui aurait le pouvoir de masquer ou d'arrêter l'évolution d'une pathologie rhumatismale serait efficace dans les cas chroniques comme dans les cas aigus, chez les patients alités aussi bien que chez les patients ambulants et, surtout, sans égard pour le sexe.

La Marisone fut effective chez trois patientes alitées, souffrant d'arthrite rhumatoïde au stade chronique. Six autres patientes ont accusé une amélioration clinique grade-III qui, d'après les normes de l'Association Américaine du Rhumatisme, n'a aucune valeur significative quant à l'évaluation d'un agent thérapeutique.

Conclusions

La Marisone est une préparation *per os* d'un stéroïde conjugué. Nous l'avons employée chez un nombre restreint de cas. Les cas de spondylite rhumatoïde, d'arthrite goutteuse, de fièvre rhumatismale ainsi que les mâles atteints d'arthrite rhumatoïde n'ont manifesté aucune amélioration. Trois femmes atteintes d'arthrite rhumatoïde ont été améliorées de façon remarquable mais cette réponse thérapeutique à la Marisone suscite plus ample considération.

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

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

Tome 80, numéro 8 — Montréal, août 1951

LA CORTISONE DANS LE TRAITEMENT DE LA KÉRATITE INTERSTITIELLE SYPHILITIQUE.

Il semble bien que la cortisone ait définitivement acquis droit de cité dans l'arsenal thérapeutique des ophtalmologistes. De jour en jour s'allonge la liste des affections oculaires qui bénéficient des bons effets du nouveau médicament.

En ces derniers mois, plusieurs travaux ont paru qui démontrent l'efficacité de la cortisone appliquée localement dans certaines maladies du segment antérieur de l'œil. Parmi ces dernières, la kératite interstitielle syphilitique a fait l'objet d'un certain nombre de publications dans des revues spécialisées.

Certains auteurs se servent d'une solution préparée en diluant un volume de la suspension saline de cortisone dans quatre volumes de sérum isotonique. D'autres emploient une pommade contenant 25 mg. du médicament par c.c.

Deux gouttes de la solution sont instillées dans le sac conjonctival inférieur à toutes les heures le jour, à toutes les 2 heures la nuit. La pommade s'emploie également en instillations à toutes les 3 heures le jour, à toutes les 6 heures la nuit.

Il ressort des travaux publiés à date que les applications locales de cortisone sont pour le moins aussi efficaces que les injections intramusculaires. Elles sont faciles d'application, bien tolérées par le malade et ne connaissent apparemment aucune contre-indication.

Simpson et al [1] rapportent 9 cas de kératite interstitielle syphilitique qu'ils ont traités par des instillations locales de cortisone. Dans presque tous les cas on nota une amélioration nette après 24 heures et la guérison est obtenue en 11 jours en moyenne.

McLean et Woods obtiennent une guérison spectaculaire chez 6 de leurs malades, tandis que 4 autres sont considérés comme des échecs.

D'après ces auteurs, et cette opinion est confirmée par ailleurs, les échecs sont dus au fait que le traitement a été commencé à une période trop tardive de la maladie.

Il est reconnu aujourd'hui que le traitement de la kératite interstitielle par la cortisone a d'autant plus de chances de réussir qu'il est institué plus près du début de la maladie.

D'une manière générale nous pouvons dire que la cortisone a un effet marqué sur les phases inflammatoires et exsudatives de certaines maladies de l'œil. Or, la kératite interstitielle débute par une infiltration du stroma de la cornée avec exsudation cellulaire et plasmatique. C'est à cette phase inflammatoire et exsudative que la

1. Simpson, Rosemblum, Woods et Stammer: *The Journal of Venereal Diseases Information*, mai 1951.

cortisone doit être administrée. Plus tard se produisent des phénomènes de nécrose avec vascularisation et réaction fibroblastique. A ce moment la cortisone n'a que peu ou pas d'effet.

La cortisone toutefois, parce qu'elle n'a aucune action sur le tréponème, ne constitue pas à elle seule tout le traitement de la kératite interstitielle syphilitique, il faut y adjoindre la pénicilline.

L'association pénicilline - cortisone serait, d'après la plupart des auteurs modernes, le meilleur traitement de la kératite interstitielle syphilitique.

Henri SMITH.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

RÉCENTS PROGRÈS DE LA CAMPAGNE ANTICANCÉREUSE DU CANADA[1]

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

1.—Campagne d'avril de la Société Canadienne du Cancer.

Je vais vous parler ce soir des progrès récents et encourageants réalisés au Canada contre le terrible fléau du cancer. Le 1er avril, la Société Canadienne du Cancer lancera sa campagne annuelle pour obtenir des fonds. Je veux souligner combien il importe de donner à cette campagne un vigoureux appui.

Le cancer est toujours d'actualité. De 1939 à 1945, ces masses de cellules anarchiques ont tué deux fois plus de Canadiens que les bombes et les balles de la Deuxième guerre mondiale. Au cours des quelques dernières années, les gouvernements fédéral et provinciaux, les hygiénistes et les organismes bénévoles tels que la Société Canadienne du Cancer et l'Institut national du Cancer du Canada ont vivement intensifié leurs efforts pour enrayer cette maladie insidieuse.

2.—Nouveau centre anticancéreux de l'Ontario.

L'atmosphère de pessimisme qui, pendant de si longues années, a pesé si lourdement sur la lutte anticancéreuse a fait graduellement place à une ambiance d'espoir et de confiance. Des événements tels que le projet d'Institut de Radiothérapie de Toronto, et la nouvelle « bombe de cobalt radioactif » élaborée par les physiciens fédéraux à Chalk River, sont des indications encourageantes de la campagne intensifiée que l'on mène contre le cancer.

Le gouvernement fédéral accordera une subvention importante pour aider à défrayer la construction de l'Institut de Radiothérapie que l'on édifiera sur le terrain de l'hôpital Wellesley, à Toronto. Ce nouveau centre qui fournira d'excellentes facilités pour le diagnostic et le traitement du cancer et pour la recherche en matière de prophylaxie et de guérison de cette maladie, représente la sorte de progrès auquel les autorités fédérales songeaient lorsqu'elles ont institué la subvention fédérale à la lutte anticancéreuse en 1948.

Cet Institut constituera le centre nerveux d'un réseau de plus petites unités de traitement situées à divers endroits de l'Ontario. On peut attendre de l'Institut de Radiothérapie de Toronto qu'il prenne sa place aux premiers rangs des centres de thérapie du cancer dans le monde.

3.—L'envergure du problème.

Le cancer, au contraire de la plupart des maladies contagieuses, se produit d'après une fréquence assez constante. 200 nouveaux cas environ, par 100 000 âmes de notre population, surviennent chaque année. Un médecin de famille qui s'occupe de 2 000 personnes environ dans sa localité, peut s'attendre à quatre nouveaux clients cancéreux par année. Par conséquent, on ne saurait dire du cancer que c'est une maladie bien répandue, bien qu'elle soit terrible.

Si le cancer n'est pas une maladie commune, il apparaît surtout chez ceux qui appartiennent aux groupes les plus âgés. Depuis que la science médicale a prolongé la vie humaine d'une moyenne de quelque 20 ans, au cours du dernier demi-siècle, le nombre global des cas de cancer augmente chaque année. Ce facteur, ajouté à un diagnostic plus précis, explique probablement l'augmentation que l'on signale dans le taux de mortalité par cancer, lequel taux dans les vingt années écoulées entre 1921 et 1941, a passé de 70,1 à 116,8 par 100 000 âmes.

Mais on a la preuve, ce qui est encourageant, que le taux de mortalité par cancer — surtout chez les femmes — a, au cours des plus récentes années, commencé enfin à baisser. Un relevé récent, entrepris par une grande compagnie d'assurance-vie auprès de ses milliers de détenteurs de polices révèle une diminution de 11 pour cent dans le taux de mortalité chez les femmes assurées, au cours de la période de dix ans terminée en 1948. Chez les hommes, le taux de mortalité par cancer est resté comparativement stable pendant la même période — ce qui est un contraste frappant avec la tendance prononcée à la hausse au cours d'un grand nombre d'années précédentes. N'était, dit-on, le nombre croissant de cas de cancer qui sont déclarés aujourd'hui comme la cause de décès, le taux de mortalité chez les hommes aurait eu aussi une tendance à la baisse.

4.—Le cancer — croissance anarchique.

Qu'est-ce que le cancer? Afin d'essayer de com-

1. Traduction d'un discours prononcé à la réunion mixte des clubs Kiwanis et Rotary de Chatham, le 27 mars 1951.

prendre la nature du cancer, nous devons nous reporter aux principes fondamentaux de la croissance humaine. La cellule est l'unité fondamentale de la vie. Dans un organisme sain et normal, la croissance découle de la division des cellules. Les cellules se multiplient en se divisant — une cellule se divise en deux, ces deux en quatre, ces quatre en huit, et ainsi de suite. Quand l'organisme a atteint sa maturité, cette division générale des cellules prend fin et la croissance est terminée. Alors, seules se forment les nouvelles cellules qui sont nécessaires pour maintenir l'organisme en bon état.

Mais il arrive, dans certains cas, qu'une ou plusieurs cellules se rebellent contre cette loi normale de la croissance. Sans aucune raison apparente, les cellules continuent de se diviser et de se multiplier, pour former un amas de cellules — connu sous le nom de tumeur — qui n'a aucune utilité. Cette masse incontrôlable de cellules devient maligne et est désignée du nom de cancer lorsqu'elle se met à dépouiller les cellules saines et normales de leur provision de nourriture et de sang. La menace des cellules cancéreuses, c'est qu'elles ne remplissent aucunes fonctions utiles et qu'elles entravent les opérations de celles qui ont un rôle à remplir.

A ses débuts, quand le cancer est localisé, il est souvent possible de le traiter avec succès ou de recourir à une intervention chirurgicale. Mais, à mesure que la maladie progresse, les cellules cancéreuses ne cessent jamais de croître, et il arrive que quelques-unes d'entre elles s'échappent de la tumeur et sont portées par le flot sanguin vers d'autres parties de l'organisme. De nouvelles tumeurs peuvent se développer dans tous les endroits où ces tumeurs malignes viennent se loger.

Lorsque les cellules cancéreuses se sont répandues dans les diverses parties de l'organisme, il est difficile d'essayer d'en faire l'ablation par intervention chirurgicale; mais on peut les traiter au moyen des rayons X ou du radium, éléments qui ont tendance à détruire la cellule cancéreuse elle-même. En recourant à ces dernières formes de traitement, on prend grand soin d'adapter la puissance de la dose, afin de faire le plus de tort possible aux cellules cancéreuses et le moins possible à celles qui sont saines et normales.

Ce n'est que depuis vingt ans que nous avons réalisé une certaine mesure d'unité d'efforts dans nos tentatives en vue de faire quelque chose pour résoudre le problème du cancer au Canada. A mon avis, il y a six importantes mesures qui font ressortir l'œuvre que nous avons accomplie en vue d'enrayer ce fléau:

— *1931*: l'Association médicale canadienne nomme un comité pour l'étude du cancer;
— *1935*: inauguration de la Caisse anticancéreuse du Jubilé d'argent du roi George V;
— *1938*: formation de la Société canadienne du Cancer;
— *1938*: formation du département de la lutte anticancéreuse, au sein de l'Association médicale canadienne;
— *1947*: formation, sur les instances du gouvernement fédéral, de l'Institut national du Cancer du Canada;
— *1948*: décision que prend le gouvernement fédéral d'inclure dans le Programme national d'hygiène une subvention annuelle de $3 500 000 pour la lutte anticancéreuse.

5—Progrès réalisés sous l'égide du programme national d'hygiène.

Le Programme national d'hygiène est en vigueur depuis moins de trois ans et déjà des deniers fédéraux au montant de plus de $3 600 000 ont été engagés par les gouvernements provinciaux dans leur campagne contre le cancer. Comme il s'agit d'une subvention à participation égale, en vertu de laquelle le Gouvernement fédéral partage le coût des programmes provinciaux à parts égales avec les provinces, les dépenses globales des gouvernements fédéral et provinciaux, au cours de cette période, ont dépassé de beaucoup les sept millions de dollars.

On a utilisé de bien des manières les subventions fédérales à la lutte anticancéreuse. Elles ont permis aux provinces d'étendre leurs services de laboratoire et de pathologie, d'employer et de former un plus grand nombre de spécialistes, d'acheter une plus grande quantité de radium, d'étendre leurs services gratuits de biopsie, d'instituer des registres provinciaux des cas, et d'intensifier leurs programmes d'enseignement de l'hygiène si essentiels au succès dans la lutte contre cette maladie.

La plupart des provinces ont également assigné une portion de leur subvention fédérale à l'Institut national du Cancer afin d'appuyer son programme intensif de recherche sur le cancer. Ce dernier reçoit, de plus, une contribution importante puisée à même les fonds recueillis chaque année auprès du public par la Société canadienne du Cancer. L'année dernière, l'Institut national du Cancer a pu consacrer plus de $300 000 à des recherches fondamentales.

Permettez-moi de passer rapidement en revue, province par province, quelques-unes des réalisations les plus marquantes rendues possibles par les subventions fédérales en vertu du Programme national d'hygiène.

1.—*Terre-Neuve.*

Des services provinciaux anticancéreux sont établis à l'hôpital général de Saint-Jean où des traitements radiologiques sont donnés maintenant gratuitement, au moyen du matériel fourni par les subventions fédérales. L'an dernier, plus de 1 300

personnes ont reçu gratuitement des traitements thérapeutiques. Le laboratoire public du ministère de la Santé effectue aussi l'examen des tissus pour les cancéreux.

2.—*Ile du Prince-Edouard.*

Des subventions fédérales ont permis d'établir deux cliniques de diagnostic et un bureau d'inscription des cas. Pour élever le niveau du diagnostic du cancer, on a aussi améliorer les services de laboratoire des hôpitaux généraux de la province. On forme un médecin pour en faire le directeur du Service de la lutte anticancéreuse, et un autre pour lui confier les services de radiologie.

3.—*Nouvelle-Ecosse.*

En Nouvelle-Ecosse, la lutte anticancéreuse se concentre à la clinique de diagnostic de l'hôpital général Victoria, de Halifax, qui reçoit des subventions fédérales pour aider à l'hospitalisation des cancéreux. Le travail est sous la direction d'une équipe composée de chirurgiens, de médecins, d'un radiologiste, d'un physicien et d'un pathologiste. On a acheté du matériel radiographique pour la clinique, et une subvention à l'Institut pathologique permet d'améliorer les services de laboratoire aidant au diagnostic du cancer.

4.—*Nouveau-Brunswick.*

Au Nouveau-Brunswick, il y a dix cliniques et hôpitaux de diagnostic, dont plusieurs ont été fondés depuis 1948. L'examen des tissus se fait sans frais pour les malades des cliniques, et l'on projette d'assumer les frais d'hospitalisation pour les malades soumis aux examens de biopsies. On a aussi consacré des fonds fédéraux à l'achat de radium et à la formation de plusieurs médecins destinés à participer au programme poursuivi par le Service de la lutte anticancéreuse, au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

5.—*Québec.*

Les subventions fédérales ont aidé à établir, à munir de personnel et à outiller des cliniques dans dix hôpitaux et universités du Québec. On a aussi accordé une assistance fédérale à l'Institut du cancer de Montréal et à l'Institut du Radium de la même ville. On prépare plus de 35 médecins et techniciens que la Province pourra utiliser dans sa lutte contre le cancer; et le gouvernement fédéral défraie maintenant une partie considérable de l'hospitalisation des cancéreux.

6.—*Ontario.*

En plus de la subvention fédérale très élevée qui doit être accordée au nouveau centre anticancéreux de l'hôpital Wellesley, à Toronto, on en a aussi octroyé d'autres à l'*Ontario Cancer Treatment and Research Foundation* qui dirige deux cliniques anticancéreuses et subventionne huit cliniques régionales.

7.—*Manitoba.*

Des subventions fédérales ont été accordées au *Cancer Relief Research Institute* qui coordonne toutes les initiatives prises dans la Province en matière de cancer. Le programme comprend le diagnostic, le tri, et l'expansion du service de biopsies gratuites pour tous les médecins et hôpitaux qui ne disposent pas de leur propre service pathologique, l'établissement de cliniques diagnostiques aux hôpitaux généraux de Winnipeg et de Saint-Boniface; la fourniture gratuite de radiothérapie à tous les résidents de la Province en dehors du Grand-Winnipeg; la fourniture d'un service de radium en vue de la radiumthérapie gratuite dans les zones rurales; et la conservation d'un registre de tous les cancéreux.

8.—*Saskatchewan.*

Depuis l'inauguration du Programme national d'hygiène, le Gouvernement fédéral a attribué une somme de $700 000 pour venir en aide au Programme de lutte anticancéreuse de la Saskatchewan, dirigé par la Commission du Cancer de la Saskatchewan. Tous les résidents de cette province ont droit à des soins médicaux et hospitaliers gratuits, ce qui comprend toutes les formes de diagnostic, de traitement, de chirurgie et d'examens posthospitaliers aux deux cliniques provinciales de Regina et de Saskatoon. On conserve un registre des cas, et de temps à autre on fait revenir les malades pour fins de contrôle et d'examen. La Société canadienne du Cancer emploie un travailleur social spécialisé en médecine pour desservir chaque clinique, tandis que le *Victorian Order of Nurses* fournit les soins à domicile.

9.—*Alberta.*

En Alberta, le gouvernement fédéral contribue à la moitié du coût global du programme provincial de lutte anticancéreuse. Cet argent sert aux soins hospitaliers, à des fins de diagnostic et de traitement médical aux cliniques du gouvernement à Edmonton et à Calgary, à l'hospitalisation des vieillards pensionnés atteints de cancer, et pour des mesures éducatives et autres mesures préventives.

10.—*Colombie-Britannique.*

Depuis deux ans et demi, l'aide fédérale à la *British Columbia Cancer Foundation* s'est élevée à un quart de million de dollars. Des deniers fédéraux ont permis à la Fondation de fournir un service gratuit de biopsies et de cytologie aux cancéreux. Les principaux hôpitaux généraux ont reçu de l'aide afin d'acheter du matériel pour le diagnostic et le traitement du cancer. Des subventions fédérales ont également été accordées au *British Columbia Cancer Institute* afin d'aider au fonctionnement d'une mai-

son de soins pour les cancéreux, tandis qu'on assure une formation à deux médecins et à trois techniciens de la radiothérapie.

6.—Le progrès de la lutte contre le cancer.

Le malade atteint de cancer devrait obtenir la meilleure forme de traitement que la science médicale puisse lui fournir; c'est à cette fin que les subventions fédérales contribuent à combler les lacunes des facilités et des services actuels. Le défaut principal de nos programmes de lutte contre le cancer n'est plus le manque de connaissances scientifiques suffisantes, ni la pénurie d'appareils spécialisés, ni l'insuffisance de personnel professionnel, mais plutôt le besoin de coordonner les facilités dont on dispose.

A l'heure actuelle, il est généralement admis qu'il est essentiel de centraliser les services de traitement afin de procurer aux malades les meilleurs traitements possibles tout en économisant le personnel, l'espace et le matériel. Un centre unique, mais important, de radiothérapie, desservant toute une province ou davantage, tout comme le nouvel Institut de radiothérapie qu'on se propose d'ériger à Toronto, devrait constituer le centre d'un réseau de petites cliniques et de centres de dépistage distribués dans toute la province.

Les experts en lutte anticancéreuse me disent que c'est au moyen du centre anticancéreux ordinaire qui dessert une population d'un million d'âmes environ que l'on peut obtenir la plus grande efficacité, tout en économisant sur les frais généraux. Dans un tel centre, il est possible de réunir des équipes de thérapistes et autres spécialistes, de leur fournir un nombre suffisant de cas afin de leur donner de l'expérience et des sujets de recherche, et d'obtenir d'eux le plus haut rendement possible. Comme avantages supplémentaires, cette concentration de thérapistes permet de créer l'émulation que donne le travail en commun avec des collègues qui font le même travail et de bien former de nouveaux thérapistes.

7.—Programme en cinq points.

Si nous devons continuer à connaître les progrès encourageants des quelques dernières années, nos programmes de lutte anticancéreuse, le fait est universellement reconnu, doivent comporter cinq éléments:

1. Education du public.
2. Education professionnelle.
3. Diagnostic le plus précoce possible.
4. Traitement efficace par la radiothérapie ou la chirurgie.
5. Bons systèmes d'examens posthospitaliers et d'archives.

Permettez-moi d'exposer brièvement chacun de ces points:

(1) *Education du public.*

Un programme de lutte contre le cancer n'a de chances de succès que si le public en est informé et y collabore. Il faut enseigner aux gens à reconnaître les symptômes précoces du cancer et à ne pas tarder à consulter leur médecin à ce sujet. La crainte, l'inquiétude, la temporisation ou l'inertie retiennent les gens de consulter leur médecin, bien plus que l'insuffisance de moyens financiers. On m'assure que le cancer n'est pas infailliblement douloureux; il ne faut donc pas, si quelques symptômes de cancer se manifestent, qu'en l'absence de douleur le malade se laisse envahir par un sentiment de fausse sécurité. Quiconque se croit atteint de cancer aurait profit à suivre le conseil de Marie Curie, qui a découvert le cancer:

« On ne doit rien craindre dans la vie —
il suffit de comprendre. »

La Société canadienne du Cancer a déjà beaucoup fait pour renseigner le public sur les symptômes et le traitement du cancer. Cette Société, qui travaille la main dans la main avec tous les groupements intéressés au problème du cancer, subsiste principalement grâce à des dons bénévoles. En 1950, sa campagne annuelle lui a assuré près de $1 000 000. Afin de répondre aux besoins croissants que crée l'expansion de son programme d'envergure nationale, la Société fera de nouveau appel à la générosité du public, le mois prochain. J'ai pleine confiance que, comme dans le passé, les Canadiens lui accorderont leur généreux appui .

(2) *Education professionnelle.*

Lutte efficace contre le cancer implique la formation de nombreux spécialistes en chirurgie, en radiologie, en pathologie et dans les domaines connexes. Par bonheur, il n'y a pas au Canada une grande pénurie de personnel exercé, surtout depuis l'inauguration du Programme national d'hygiène. Mais notre personnel nécessite une plus grande spécialisation et un travail d'équipe plus généralisé.

La formation de nos médecins ordinaires est tout aussi importante que celle des spécialistes. Il faut aider les médecins de famille à déceler le cancer à ses débuts et à le soumettre, au besoin, à un centre de traitement spécialisé. Tout bureau de médecin constitue une clinique virtuelle pour le dépistage du cancer; et les médecins envoient de plus en plus les personnes se faire traiter, comme ils le font depuis quelques années, pour les tuberculeux.

(3) *Diagnostic le plus précoce possible.*

Notre grand besoin, c'est non seulement de trouver un remède, mais de déceler le cancer alors qu'on peut le guérir. On me dit que beaucoup de formes de cancer sont guérissables, si on les traite à leurs premières périodes. Avec les années, grâce à la meilleure compréhension du public, aux progrès du

diagnostic et à la formation perfectionnée des praticiens, nos chances de diagnostiquer le cancer pendant les phases où la guérison est possible se multiplient sans cesse.

La science a déjà produit un grand nombre de méthodes de déceler l'existence du cancer. Si aucune épreuve disponible à l'heure actuelle n'est tout à fait parfaite, chaque test nouveau ajoute à la sécurité des autres. On a mis à point au moins six épreuves différentes pour aider au diagnostic.

La plupart des provinces font aujourd'hui l'examen pathologique des tissus, afin de favoriser l'exacte analyse du mal. Au laboratoire fédéral d'hygiène, nous avons établi un Bureau central d'inscription des tumeurs, lequel assure un service important aux pathologistes provinciaux. Ce Bureau accordera aussi une assistance précieuse au programme de l'Institut national du Cancer en classifiant les tumeurs et cancéreuses et bénignes. La question entière du diagnostic précoce repose sur la coopération et l'entente entre le médecin et le malade, le spécialiste et le médecin ordinaire, une province et l'autre, les gouvernements et les organismes bénévoles.

(4) *Traitement efficace par la radiothérapie ou la chirurgie.*

Plusieurs méthodes efficaces de traitement sont maintenant d'emploi général et vont de pair avec le développement de nos connaissances dans le diagnostic du cancer. On reconnaît actuellement trois de ces méthodes: l'ablation radicale par la chirurgie, l'emploi du radium et le traitement radiologique. Ces traitements peuvent s'employer seuls ou en combinaison. Le traitement par le radium ou les rayons X peuvent le mieux s'effectuer dans les grands centres où l'on peut s'occuper d'un grand nombre de cas. La bonne thérapie par la radiation dépend de la précision et du jugement clinique avec lesquels on l'applique et les thérapistes doivent avoir à leur disposition, dans leur travail, le matériel et le personnel les meilleurs possibles.

Le traitement du cancer a fait de grands progrès depuis le commencement du siècle. Il faut se rappeler que la chirurgie moderne a à peine plus de 75 ans, tandis que le radium n'a été isolé par les Curie qu'en 1898 — vers le même temps où Roentgen découvrait les puissants rayons X. On expérimente actuellement de nouvelles méthodes de traiter le cancer. Ces formes de thérapie, toutefois, sont encore au stade expérimental et ne seront communiquées pour usage clinique que lorsque leur efficacité aura été amplement démontrée.

(5) *Bons systèmes d'examens posthospitaliers et d'archives.*

Bien que le traitement du cancer ait souvent pour résultat une cure définitive, il faut suivre les résultats en examinant les malades de temps à autre après leur exéat, afin d'assurer qu'il ne se produise pas de récurrence de la maladie. De fait, on me dit que toute personne qui a déjà été traitée pour un cancer devrait se soumettre à des examens périodiques pour le restant de ses jours.

Plusieurs provinces ont déjà établi de bons sytèmes d'archives afin que l'on puisse rappeler systématiquement aux cancéreux la nécessité d'un examen posthospitalier. Les services du Bureau canadien des tumeurs, au Laboratoire d'hygiène fédéral, sont à la disposition des provinces afin d'aider ces dernières à constituer les archives et à classer les tumeurs.

8.—Importance de la recherche.

La victoire ultime sur le cancer doit être gagnée dans le laboratoire, car les secrets du cancer sont les secrets de la cellule tissulaire — de la vie elle-même. La découverte de la cause et de la cure du cancer est devenue le but des gouvernements, des millionnaires, du commun des hommes et des femmes qui donnent ce qu'ils peuvent donner pour appuyer les campagnes annuelles de souscriptions.

Le Canada est aux premiers rangs de la recherche anticancéreuse dans le monde. Dans les hôpitaux, les universités, les cliniques et les laboratoires du pays tout entier, les savants canadiens cherchent les réponses à ces trois questions vitales: « Quelle est la cause du cancer? Comment peut-on le dépister plus aisément? Comment peut-on le mieux exterminer les tumeurs cancéreuses? ».

Parmi tous les projets de recherche actuellement en voie d'exécution avec l'appui des subventions fédérales, sous la direction de l'Institut national du Cancer, cinq pour cent peut-être donneront-ils des résultats positifs. Nous ne devons pas oublier, toutefois, que même les constatations négatives ne représentent pas une perte de temps. Il se peut que l'on doive procéder par voie d'élimination, pour découvrir les secrets du cancer. Ce ne sera peut-être qu'après avoir éliminé toute autre possibilité que nous parviendrons enfin à découvrir les faits fondamentaux et la vérité au sujet du cancer.

Pendant que nous devons attendre que la science nous fournisse la réponse ou les réponses ultimes au cancer — en supposant que l'humanité puisse se libérer à jamais de cet esclavage — nous ne devons pas manquer de profiter des connaissances et des techniques actuelles pour le dépistage et le traitement de cette maladie. Au cours des dernières années, le Canada a réalisé de louables progrès dans la campagne contre le cancer. Ces progrès, et les efforts des savants, où qu'ils soient, font espérer que la génération montante sera mieux protégée que la nôtre contre cette maladie. La campagne annuelle de la Société canadienne du Cancer, qui s'ouvre la semaine prochaine, donne à chacun de nous l'occasion de participer à la lutte contre le fléau du cancer.

CINQUANTE ANNÉES DE PROGRÈS[1]

Ad. GROULX, M.P.H.,
Directeur du Service de Santé de la Ville de Montréal.

Il est probable que l'on n'a enregistré dans aucun autre secteur, au cours du demi-siècle qui vient de se terminer, plus d'amélioration que dans le champ de la santé publique et les statistiques très favorables de l'année 1950, concernant l'état de santé de la population de Montréal, le démontrent abondamment.

Les journaux signalaient, ces jours derniers, en commentant le dernier rapport annuel du Ministère fédéral de la santé, que la longévité moyenne de la vie chez les Canadiens avait été accrue de 20 ans au cours des 50 dernières années. Aussi, suis-je heureux de profiter de la généreuse hospitalité du poste CKAC, à son émission du « Quart d'heure de Concordia » pour vous présenter notre bilan-santé de 1950.

Créé officiellement en 1877, le Service de santé municipal de Montréal avait, en *1900,* une organisation bien sommaire consistant surtout dans l'inspection sanitaire et ses responsabilités concernaient l'élimination de certaines nuisances. Au cours des cinquante dernières années, il a vu se multiplier ses activités et ses responsabilités. S'il a eu à lutter contre les grandes épidémies d'influenza de 1918 et de typhoïde en 1927 et, plus récemment, contre celles de la poliomyélite en 1946 et 1949, d'un autre côté, nous avons assisté à l'adoption de mesures sanitaires essentielles pour la sauvegarde de la santé publique, comme celle de l'approvisionnement d'eau potable, par la filtration et la chlorination de l'eau, de l'inspection et la pasteurisation du lait, du développement de la disposition des eaux usées et des déchets domestiques.

Le Service de Santé s'est surtout développé au cours de ce demi-siècle, des activités nouvelles ont été ajoutées graduellement à ses attributions et des divisions et sections ont été créées, selon les besoins et les solutions à trouver aux problèmes de l'heure. Le personnel a aussi augmenté, il est aujourd'hui de 492 employés, dont 56 médecins, 17 dentistes, 7 ingénieurs et architectes, 185 infirmières, 24 médecins vétérinaires, 104 inspecteurs sanitaires, 7 employés des laboratoires, les employés de bureau et autres.

La Division des maladies contagieuses date de 1905, celles de l'inspection sanitaire et des aliments de 1912 et la Division de l'hygiène de l'enfance, de 1918; l'inspection médicale des écoles a été organisée dès 1906; la lutte contre la mortalité infantile a commencé en 1901, avec l'organisation des « Gouttes de lait »; celle contre la tuberculose vers 1910 et 1911 par la création de l'Institut Bruchési et du Royal Edward Laurentian Hospital, complétée par la création de la Ligue antituberculeuse de Montréal, Inc. et l'établissement des hôpitaux-sanatoriums Sacré-Cœur et, plus récemment, St-Joseph de Rosemont.

Au cours de la dernière décennie, nous avons assisté à l'établissement de divisions ou sections additionnelles de la tuberculose, des maladies vénériennes, de la carte de santé, du nursing, de l'hygiène mentale, de l'hygiène dentaire — et à la décentralisation du Service par la création des districts sanitaires et d'une division spéciale qui en assure l'organisation et le fonctionnement.

Le budget actuel du Service de santé est de *$1,730,000.00,* alors qu'il était en 1919 de $83,493.00 et de $553,171.08 en 1937, pour les fins de la santé, p.d. pour l'hygiène publique la Ville dépense donc $1.60 environ par tête de population. A ce montant, il faudrait ajouter le sommes dépensées par les organisations bénévoles de santé, créées au cours de ce demi-siècle et qui s'élèvent à $900,000.00, ce qui veut dire qu'il se dépense environ $2,630,000.00

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », lundi, le 22 janvier 1951.

par année à Montréal pour la sauvegarde de la santé publique.

Dans ce laps de temps, l'administration et l'organisation du Service ont fait l'objet d'études spéciales et de nouveaux programmes intéressants qui ont donné suite à des améliorations importantes; je citerai, en particulier, l'enquête faite, en 1927, sur l'hygiène publique à Montréal et le « Survey » plus récent fait par un sous-comité technique nommé par la Province.

Le travail d'éducation entrepris par le Service de santé auprès de la population a éveillé de plus en plus son attention et créé un grand intérêt parmi toutes les classes des citoyens pour tout ce qui concerne la santé publique et ainsi nous a assuré la collaboration du public. C'est notre rôle d'aller à la population; de plus en plus, elle fait appel à nous et à notre personnel qui, réellement devient insuffisant à la tâche.

Je n'ai fait que souligner quelques faits essentiels qui ont permis d'obtenir les résultats encourageants au cours de l'année 1950.

La mortalité générale a atteint son taux le plus bas jamais enregistré à Montréal, soit *9,2* par 1 000 de population et il y a eu une diminution de 270 dans le nombre des décès cette année comparativement à l'an dernier; en 1900, ce taux était de 28 par 1 000 de population. Si ce taux avait prévalu en 1950, 30 016 personnes seraient décédées au lieu de 9 789, soit un gain annuel de 20 227 habitants. Ce seul énoncé illustre bien les progrès locaux réalisés au cours de ce demi-siècle.

Ces résultats n'ont pu être obtenus que grâce à la diminution de certaines causes de décès, en particulier: ceux attribuables à la mortalité maternelle, à la mortalité infantile, à la mortalité attribuable aux maladies contagieuses, en particulier la tuberculose, la diphtérie, la scarlatine, la coqueluche, la typhoïde, la variole, la syphilis.

La mortalité maternelle atteint en 1950 le taux de *0,9* décès par 1 000 naissances vivantes, soit une nouvelle diminution; elle était de 1,72 en 1949. Elle a causé 22 décès en 1950, comparativement à 26 en 1900.

La mortalité infantile accuse une nouvelle diminution avec un taux de *50,4* par 1 000 naissances vivantes, comparativement à 52,8 en 1949. Depuis un demi-siècle, elle a fait de grands progrès, son taux de mortalité était de 301 par 1 000 naissances vivantes en 1900. Cependant, depuis quelques années, son taux reste à peu près stationnaire, variant au cours des cinq dernières années entre 60 et 50. Le taux le plus bas, 49,2, avait été atteint en 1946. Cette situation est particulièrement due au maintien à des taux élevés des décès de 0-1 an, attribuables aux causes congénitales et intranatales durant les deux premiers mois de la vie — en particulier la prématurité qui, à elle seule, cause environ 30% de ces décès.

La diarrhée et l'entérite, dans ce même groupe d'âge 0-1 an, qui avaient accusé une augmentation en 1949 avec un taux de décès de 7,7 par 1 000 naissances vivantes, sont descendues en 1950 au taux de *3,3*; en 1920, ces causes de décès chez les nourrissons étaient au premier rang avec un taux de 84,4 par 1 000 naissances vivantes.

Les maladies contagieuses n'ont causé aucune épidémie sérieuse en 1950. La mortalité attribuable à ces maladies a été la plus basse jamais enregistrée à Montréal. Il y eut seulement 28 décès avec un taux de *2,6* par 100 000 de population. Seule, la rougeole a causé un plus grand nombre de décès, soit 11 comparativement à 9 en 1949, et a sévi à l'état épidémique; les autres maladies ont accusé une régression marquée. Il y a eu 14 418 cas déclarés de maladies contagieuses en 1950, comparativement à 16 096 en 1949.

Il y a eu, en 1950, 36 cas et 4 décès par *diphtérie*, comparativement à 48 cas et 8 décès en 1949, soit un taux de mortalité de *0,4 par 100 000 de population*, comparativement à 0,8 en 1949; en 1900, ce taux était de 48,7. Toutefois, le nombre de cas et de décès est encore trop élevé dans notre ville avec les mesures de protection mises à la disposition du

public et dont tous devraient profiter sans hésitation et délai.

La coqueluche a eu un taux de mortalité de *0,6 par 100 000 de population,* avec 6 décès seulement et 879 cas; en 1900, le taux des décès était de 49,5 par 100 000 de population. Dans ce cas, l'immunisation combinée généralisée depuis quelques années a contribué à sa diminution.

La scarlatine et la variole ont fait des progrès marqués depuis 1900, alors que ces maladies causaient respectivement 69 et 4 décès, elles n'ont causé aucun décès en 1950; la variole est complètement disparue.

La typhoïde avait en 1900 un taux de mortalité qui s'élevait à 46,8 par 100 000 de population; en 1950, il est de *0,1* par 100 000 de population. Cette maladie qui a longtemps inquiété le public et les hygiénistes n'est plus un problème à Montréal.

Il n'y a eu, en 1950, que 28 cas de *poliomyélite,* avec 2 décès, soit un taux de mortalité de *0,2* par 100 000 de population.

Le taux de la *mortalité par tuberculose* est baissé à *34,1* par 100 000 de population; c'est aussi le taux le plus bas jamais atteint à Montréal. En 1900, il s'élevait à 263,5 par 100 000 de population. Ces chiffres marquent les résultats encourageants de la lutte entreprise contre cette maladie, grâce aux efforts du Service de santé et la coopération des organismes bénévoles.

Le taux de la mortalité par *syphilis* accuse, en 1950, une nouvelle diminution avec un taux de 6,0 par 100 000 de population, comparativement à 8,7 en 1949. De plus, cette diminution est marquée aussi par une baisse de 160 dans le nombre de cas de syphilis récente (primaire et secondaire) qui représente les cas nouveaux déclarés en 1950, soit 233 comparativement à 393 en 1949.

Parmi les autres causes de décès qui accusent une diminution, nous signalons les *néphrites* et les *pneumonies* qui occupent en 1950 les 4e et 7e rangs, avec des taux respectifs de mortalité de 44,0 et 34,9 par 100 000 de population en 1950 au lieu des 3e et 6e rangs avec des taux de 107,6 et 42,8 en 1949. Le diabète a un taux de mortalité de *16,8* par 100 000 de population en 1950, comparativement à 29,5 en 1949.

Par contre, les taux de mortalité attribuable aux *maladies du cœur,* 337,4 par 100 000 et au *cancer,* 147,9 par 100 000 de population *sont augmentés* et occupent les *deux premiers rangs* parmi les causes de décès.

Malgré ces résultats, il reste encore plusieurs grands problèmes de santé publique auxquels il faut trouver des solutions et qui nécessitent de la part du Service de santé un travail incessant et accru; leur solution requerra l'application de mesures sanitaires additionnelles telles la vaccination par le BCG, la lutte contre la prématurité, le cancer, la prévention des maladies de l'âge adulte, etc., et l'emploi d'un personnel additionnel surtout chez les dentistes, les infirmières et les inspecteurs sanitaires.

Cependant, les progrès de la médecine et son enseignement, les découvertes nombreuses dans le domaine des produits biologiques et de plusieurs drogues des plus efficaces, les travaux de recherches dans tous les secteurs de la science qui se sont produits avec rapidité, surtout au cours des 20 dernières années, ont grandement contribué aux résultats obtenus et nous permettent d'envisager l'avenir avec confiance et d'espérer qu'un jour il nous sera possible de vaincre la maladie, d'assurer à chacun une existence exempte de souffrances physiques et de prolonger sensiblement la durée de la vie.

VARIÉTÉS

CRIME À DEUX [1]

Rosario FONTAINE,
Professeur de médecine légale à l'Université de Montréal.

La roue du progrès, comme celle du temps, écrase et détruit inexorablement des habitudes et des choses qui nous sont chères, mais elle nous débarrasse en même temps d'institutions incohérentes, telle que cette police judiciaire d'autrefois dont l'unique technique consistait à entretenir des mouchards et assommer les suspects.

A l'époque où fut fondé le laboratoire médico-légal, la police judiciaire était une de ces détestables institutions: les quelques hommes qui la composaient et à qui l'on confiait les enquêtes criminelles étaient d'une magnifique ignorance; mal préparés pour le rôle que l'on exigeait d'eux, ils s'arrêtaient souvent aux indices qui ne pouvaient pas servir et passaient à côté de ceux qui auraient pu donner la clef de l'énigme; aussi les échecs étaient-ils fréquents. A la suite d'un échec assez retentissant où le criminel s'était moqué de la police et avait réussi à glisser entre ses doigts, un quotidien de Montréal publiait une petite histoire assez rosse qui résumait d'une façon pittoresque ce qui se disait dans le public.

Cette histoire, si j'ai bonne mémoire, s'intitulait: « Histoire d'un crime » et se résumait à peu près comme ceci:

Hier M. X., chef de la Sûreté, s'est présenté au directeur du Théâtre National — Après avoir décliné ses noms et qualités, l'habile policier s'est exprimé en ces termes:

« M. le directeur, mes fonctions me laissant de nombreux loisirs, j'ai cru bon de les consacrer à la composition d'un drame qui fera sans nul doute la fortune de votre théâtre — et la mienne. »

Je ne demande pas mieux, répondit poliment M. Gauvreau.

« Naturellement j'ai choisi un sujet que, mieux que personne, j'étais à même de traiter avec toute l'exactitude qu'exige le théâtre moderne. »

— Vous avez bien fait.

—Mon drame a pour titre: « L'histoire d'un crime ».

— Parfait, parfait!

— Je crois inutile de vous le lire et il me suffira, je pense, de vous indiquer le nom des tableaux pour que vous le receviez avec enthousiasme.

— Mais, au fait, à quelle époque se passe votre action?

— A la nôtre.

— Bon! tant mieux! les costumes ne coûteront pas cher.

— Je vous dis que c'est du bon naturalisme, écoutez plutôt.

Et le chef dépliant un manuscrit se mit à lire:

Premier acte — Le crime se commet.

Deuxième acte — La police recherche l'assassin.

Troisième acte — L'assassin reste introuvable.

Quatrième acte — La police cherche toujours.

Cinquième et dernier acte — L'assassin échappe définitivement.

Le chef replia son rouleau et ajouta, avec un sourire de triomphe: « Hein! est-ce assez vécu? »

1. Conférence aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mais 1951.
« Crime à deux » n'est pas une fiction; c'est une observation médico-légale authentique; seuls sont travestis les noms des lieux et des personnages.

Cette légende, vous en conviendrez, ne manquait pas de rosserie, mais elle était quelque peu injuste, comme le sont d'ailleurs presque toutes les légendes.

Le chef X n'était peut-être pas le chef idéal, mais il n'était pas non plus dépourvu d'intelligence; il lui manquait, cependant, cette activité physique sans laquelle la chasse aux malfaiteurs est impossible et aussi, ce goût du pittoresque, cet instinct artistique, passez-moi le mot, qui fait qu'un homme de police ne vit plus, avant d'avoir découvert la solution du problème qu'il doit résoudre. Enfin, il avait une formidable dose de prétention qui lui interdisait de rechercher l'aide du laboratoire médico-légal. Il détestait, d'ailleurs, le Dr Derome qui, un jour, lui avait vertement reproché d'avoir saboté par sa fatuité et sa maladresse une affaire qui, pourtant, avait été bien engagée.

Depuis cette époque lointaine, où la violence et la délation constituaient les seuls moyens d'investigation judiciaire, les choses ont bien changé et la police a évolué. Or, dans cette évolution, notre laboratoire a joué un rôle de premier plan, non seulement en mettant à la disposition des policiers des méthodes vraiment scientifiques pour le dépistage des malfaiteurs, mais aussi, en leur inculquant des méthodes psychologiques pour le traitement et l'interrogatoire des prévenus et surtout en les incitant à pratiquer les raisonnements analytiques.

Les enseignements de notre laboratoire, commencés il y a quarante ans et poursuivis sans relâche depuis, ont réussi à former toute une phalange de jeunes policiers enthousiastes et fiers de leur métier et possédant une technique certaine. Il va de soi que pour faire des recherches, il faut de l'inspiration, mais il faut aussi de la technique.

C'est un de ces jeunes techniciens enthousiastes et possédant le feu sacré, l'inspecteur Leclerc, que je veux vous présenter aujourd'hui, parce qu'il est le héros du drame que je vais vous conter et dans lequel je n'ai joué que le rôle de spectateur et de conseiller, sans m'immiscer dans la direction de l'enquête, laissant toute initiative à mon jeune détective.

Au physique, l'inspecteur Leclerc est grand, dégingandé — une asperge couronnée d'une invraisemblable toison de cheveux d'un noir d'ébène. Aux autres points de vue, c'est le type même du policier, passionné pour son métier, rusé, finaud et en même temps d'une bravoure sans pareille. Quand il prend une affaire, ce n'est jamais avec timidité, ce n'est jamais du bout des doigts, mais il l'attaque et l'empoigne avec entrain et vigueur.

« Ne frappe pas étourdiment un nid de guêpes,
« Mais si tu frappes, frappe fort ».

Ces mots incomparables de Goethe, vrais pour tous les hommes, le sont surtout pour les policiers, aussi Leclerc, en a-t-il fait sa devise; ce qui ne l'empêche pas de suivre avec beaucoup de patience et de logique une affaire de longue haleine comme celle que j'ai intitulée: « Un crime à deux » et que j'aurais pu appeler avec autant de raison et d'une façon plus romanesque: « La photographie accusatrice », car c'est l'étude d'une simple photographie qui nous permit de découvrir qu'un crime avait été commis. Cette photographie fut le premier anneau qui nous permit de reconstituer toute la chaîne des faits.

L'affaire débuta un matin de novembre de l'année 1942 alors que l'inspecteur Leclerc se présenta à mon bureau, au laboratoire médico-légal et me tendit une photographie en disant:

« Docteur, voulez-vous jeter un coup d'œil sur ceci et me dire ce que vous y voyez et ce que vous pensez? Je vous dirai auparavant, poursuivit-il, que le cadavre de l'homme que montre cette photographie, est celui d'un garagiste de Pointe à l'Orme, du nom de Paul Lefebvre, trouvé au mois d'avril dernier dans un endroit isolé, le long d'une montée peu fréquentée, à 1½mille de sa demeure. Le coroner dans cette affaire rendit un verdict de suicide, sur la foi de témoins qui déclarèrent que la victime, qui était un buveur invétéré, avait manifesté quelque temps avant sa mort l'idée d'en finir avec la vie ».

La photographie que me tendait le détective mesurait 5 pouces par 7 et me paraissait quelque peu floue. Elle montrait le cadavre d'un homme d'âge moyen, couché sur le dos, sur un sol couvert d'une maigre broussaille; l'homme portait à la tempe droite un trou d'entrée de projectile d'arme à feu. Le coup avait été tiré à bout portant comme l'indiquait un tatouage de poudre assez discret encerclant la plaie.

L'examen à la loupe me permit de faire des constatations d'un extrême intérêt: le veston était boutonné à gauche et au revers droit se voyait un bouton insigne qui normalement aurait du être à gauche.

Il n'y avait pas de doute, l'image photographique était inversée. Et alors, cette plaie d'entrée de projectile d'arme à feu que l'on voyait à la tempe droite, sur la photographie, se trouvait en réalité à la tempe gauche sur le cadavre.

Il fallait donc, pour que l'on puisse accepter la possibilité du suicide, que Lefebvre fut gaucher. Jamais, en effet, on ne vit un droitier se suicider en se tirant une balle dans la tempe gauche; le contraire est également impossible.

En outre, une traînée noire, vraisemblablement constituée par du sang desséché, partait de la tempe blessée, remontait vers le front pour se perdre à la région médiane de celui-ci.

Cette dernière constatation nous indiquait d'une façon incontestable que la victime après avoir été frappée par le projectile meurtrier avait saigné, alors qu'elle avait la tête baissée.

Enfin, près du genou droit du cadavre, du genou gauche sur la photographie, un revolver, vraisemblablement l'arme meurtrière.

J'en étais là de mes observations, lorsque Leclerc qui, malgré son impatience nerveuse était resté coi jusque là, me chuchota d'un ton suppliant: « dites-moi donc docteur, ce que vous en pensez! »

« Mon cher Leclerc, lui répondis-je, si tu m'as apporté cette photographie, c'est que tu y avais vu avant moi quelque chose de singulier qui t'a convaincu que Lefebvre ne s'est pas suicidé, mais qu'il a été assassiné. Ma conviction ne s'éloigne pas de la tienne. Cette affaire promet d'être intéressante et peu ordinaire; cependant, avant d'en saisir la Justice, la logique et la prudence exigent qu'on élucide deux points, à savoir si Lefebvre était gaucher et si son cadavre avant d'être photographié fut déplacé. »

« Ces deux points ont été élucidés, me rétorqua Leclerc, d'un ton triomphant. Lefebvre était droitier et le photographe de Pointe à l'Orme m'a assuré, qu'il photographia le cadavre avant que personne ne l'eût touché. Je suis heureux, poursuivit-il, que vous interprétiez de la même façon que moi la direction de ce filet de sang sur la tempe et le front de la victime et la position paradoxale de l'arme à feu, à gauche de la victime, alors que la plaie d'entrée du projectile se trouve à droite. Ce sont là, vous n'en disconviendrez pas, deux éléments qui sont fortement en faveur du meurtre.

Je compris immédiatement que Leclerc, dont l'esprit d'observation est pourtant rarement en défaut, n'avait pas saisi le point important; il n'avait pas compris que l'impression photographique était inversée et que la plaie d'entrée était à la tempe gauche de la victime.

Après que je l'eus mis au courant de ce fait et après qu'il eut fini de me manifester d'une façon plutôt véhémente sa surprise et sa satisfaction, Leclerc reprit la photographie et, d'un petit ton narquois, me dit: « Voyez ces chaussures, docteur, voyez comme elles sont propres, on n'y voit aucune marque de boue, même sur les semelles. Sont-ce là les chaussures d'un homme qui a dû parcourir un mille et demi à pied dans un chemin boueux et rempli de fondrières pour se rendre de chez lui à l'endroit où son cadavre fut retrouvé? »

C'était là une constatation d'importance et je fus bien forcé d'avouer à l'habile détective qu'il marquait un bon point sur moi.

Le meurtre semblait donc bien établi sur des bases sérieuses et solides, aussi la théorie du suicide devait-elle être définitivement écartée.

Bien que sept mois se fussent écoulés depuis le drame, Leclerc trépignait d'aise à la pensée de la chasse au meurtrier qu'il allait entreprendre. L'aspect dramatique de cette affaire, qui avait pourtant été si déplorablement engagée, fascinait son intelligence et son imagination. Sans penser aux difficultés qu'il pourrait rencontrer sur sa route, convaincu qu'il surmonterait tous les obstacles, il partit sur l'heure pour Pointe à l'Orme, me promettant d'en revenir dans quelques jours avec le cliché de la précieuse photographie et avec une masse de renseignements qu'il viendrait débrouiller avec moi si, bien entendu, je voulais lui prêter mon concours.

De huit jours, je n'eus de lui aucune nouvelle, puis, un soir il m'arriva l'air fatigué, harassé, la figure émaciée, mais l'œil plus vif que jamais. Je vis cependant à l'expression de son visage que tout n'avait pas marché selon ses désirs.

« Docteur, me dit-il, en se laissant tomber sur une chaise, il me plait de vous dire que vous aviez raison au sujet de la photographie que je vous ai montrée l'autre jour, elle était bel et bien inversée comme me l'a admis le photographe. Je vous apporte, aujourd'hui, un agrandissement du même cliché dont l'impression est cette fois directe et qui confirme l'exactitude de nos constatations.

Je n'ai pas encore trouvé la solution au problème qui nous intéresse, poursuivit-il, mais j'ai tout au moins formé un faisceau des faits principaux sur lesquels semble reposer tout le mystère. Je vais vous les énumérer, car rien ne contribue à rendre une affaire claire dans mon esprit comme de la dérouler aux yeux d'une autre personne. D'ailleurs, je ne pourrais guère compter sur votre concours, si je ne vous communiquais pas toutes les données du problème.

D'abord, je dois vous faire part d'un second drame qui vient se greffer sur le premier et qui, j'en ai peur, retardera la marche de notre enquête. Dolorès Lefebvre, la veuve de Paul Lefebvre, s'est suicidée au mois de juillet dernier, en se précipitant dans une citerne remplie d'eau, dans la cave de sa demeure. A côté de la citerne, on trouva une note écrite par la victime où elle exprimait son désespoir de se voir seule dans la vie et sa décision d'y mettre fin.

J'avoue, poursuivit-il, qu'il m'est difficile de comprendre cet acte désespéré de la part de la « Belle Dolorès », comme on se plaisait à la désigner à Pointe à l'Orme, d'autant plus qu'elle détestait son mari, coureur et ivrogne, qui depuis 10 ans n'avait cessé de la brutaliser et ne lui avait jamais donné une minute de bonheur. Tous les témoignages recueillis au cours de mon enquête s'accordent sur ce point, comme ils s'accordent sur la beauté et la grâce de cette superbe créature, grande et bien faite, dont le sourire, paraît-il, avait un charme infini. Chercha-t-elle pendant ses dix années de vie conjugale des consolations en dehors de son foyer? Rien ne le laisse supposer. Quelle femme étrange que cette Dolorès qui, avant son mariage, était insouciante et rieuse, ne semblant vouloir prendre à la vie que ses joies et qui, après son mariage à Lefebvre, une brute qui jamais ne la comprit, se replia sur elle-même, ne livrant son état d'âme à personne!

Comment comprendre que la mort de cet homme l'ait si profondément bouleversée?

Depuis la mort de son mari, me confiait l'épouse du notaire, qui était son amie la plus intime, elle avait le regard d'une personne qui vit dans un rêve, à moitié inconsciente, les yeux fixes de terreur ou de folie, elle s'usait et fondait à vu d'œil, se confinant à son domicile et n'en sortant que périodiquement pour aller au cinéma.

Dans les trois jours qui précédèrent son suicide, elle se rendit quatre fois à la même salle de cinéma pour y voir quatre fois le même spectacle et chaque fois, son attitude et sa démarche, à la sortie, étaient celles d'une somnambule.

Quant à Paul Lefebvre, comme je vous l'ai déjà dit, c'était un coureur, un buveur et un querelleur et comme il était doué d'une force

physique peu commune, il avait ordinairement le dessus dans les querelles et les bagarres qu'il se plaisait à déclencher, ce qui n'était pas sans lui créer de solides et nombreuses inimitiés. Bref, il était généralement détesté et nombreux étaient ceux qu'il avait mis mal en point et qui avaient juré d'en tirer vengeance. Parmi ceux-là se trouvait un jeune bûcheron, du nom de Poirier, qui avant son départ pour les chantiers d'Ontario avait promis qu'à son retour il aurait la peau de Lefebvre. Ce jeune homme, on le vit rôder à Pointe à l'Orme et dans les villages avoisinants, dans les jours qui précédèrent le meurtre; mais on ignore aujourd'hui où il se trouve et, malgré toutes mes recherches, je n'ai pas encore réussi à le retracer, mais je le retrouverai, foi de Leclerc.

Un autre individu sur qui mes soupçons se sont portés est un marchand de la place dont la femme eut une aventure amoureuse avec Lefebvre, au mois de février dernier, soit deux mois avant le meurtre; cet individu, après avoir répudié son épouse infidèle, aurait proféré des menaces à l'adresse de Lefebvre et malgré qu'il m'ait fourni un alibi qui semble inattaquable, j'entretiens encore des soupçons sur sa personne.

Leclerc continua ainsi pendant des heures à me faire le récit de toutes ses démarches et à me communiquer tous ses soupçons pour finalement me dire:

Vous tenez maintenant, docteur, dans le creux de votre main tous les faits révélés par mon enquête, abstraction faite des conjectures auxquelles j'ai pu me livrer. Je confesse que nous nous trouvons devant une pléthore de soupçons et d'hypothèses et qu'il est très difficile d'en tirer des indications précises et d'en dégager le fait lui-même, le fait brutal de tout ce qui l'encadre. Je n'en reste pas moins convaincu que le bûcheron Poirier peut être le vrai coupable. Je reconnais, néanmoins, que pour en arriver à cette conviction, je ne me suis basé que sur des probabilités et que de nouvelles recherches et de nouvelles découvertes peuvent tout modifier.

Mon cher Leclerc, lui dis-je, je crois au contraire, que nous sommes en présence d'un de ces cas dans lesquels le mérite du chercheur est d'approfondir tous les détails, de les passer au crible, plutôt que de se mettre en quête de nouveaux indices. Analysons donc ceux que nous avons.

Que ce soit le chagrin de la mort de son mari, qu'elle détestait, qui ait poussé la belle Dolorès au suicide, il y aurait lieu de s'en étonner, mais que ce soit l'aiguillon du remords qui l'ait porté à cet acte désespéré, y aurait-il lieu de s'en émouvoir? Le remords autant et même plus que le chagrin peut être le mobile d'un suicide.

Vous m'avez dit, Leclerc, que l'on avait trouvé une note laissée par la femme près de la citerne où elle se suicida. Cette note l'avez-vous?

Je n'en ai pas l'original me répondit le détective, mais j'en ai fait faire une copie photostatique que voici:

La note qui consistait en deux lignes, d'une écriture ferme et élégante se lisait comme suit: « Je t'aime trop pour vivre sans toi. Pardonne-moi! » et c'était signé « ta Dolorès ».

Je lus et relus cette note et plus je la lisais moins j'étais convaincu qu'elle s'adressait au mari défunt. Les mots « Je t'aime trop » auraient-ils été écrits au présent si l'être aimé n'eut plus été de ce monde? N'étaient-ils pas plutôt destinés à l'amant qui après le crime aurait pris la fuite sans regarder en arrière?

Et que signifiait ce signe au début de la première ligne de la note, ce signe que l'on avait sans doute pris pour un crochet sans importance mais qui pouvait fort bien être un V? Ne serait-ce pas là l'initiale de la personne à qui la note d'adieu était destinée, l'initiale de l'amant?

Je fis part de mes constatations à Leclerc qui, s'emparant nerveusement du papier, se mit à son tour à l'observer.

Vous avez raison, me dit-il, il s'agit bien d'un V. Mais alors! *V* ce pourrait être Victor! Victor Gosselin, l'homme de confiance de Le-

febvre, l'homme qui depuis deux ans avait la direction de son garage, l'homme qui sauva son patron de la ruine. Victor Gosselin qui ne compte que des amis à Pointe à l'Orme? Non, c'est impossible et pourtant, n'est-ce pas lui qui a déclaré au coroner qui enquêtait sur la mort de Lefebvre que ce dernier lui avait exprimé en maintes circonstances son idée d'en finir avec la vie? n'était-ce pas là le meilleur moyen d'empêcher que l'idée du meurtre ne germât dans l'esprit de l'enquêteur, contribuant ainsi à ce qu'un verdict de suicide soit rendu?

Le vrai coupable, celui qui a tué Lefebvre, c'est à n'en pas douter, Victor Gosselin. Je comprends maintenant pourquoi il s'empressa de quitter Pointe à l'Orme dès que l'enquête sur la mort de son patron fut terminée malgré tous les efforts que l'on fit pour l'y retenir.

Je confesse, docteur, que jamais je n'eus l'ombre d'un soupçon que cet homme pouvait être le meurtrier, on m'en avait dit tant de bien! Et, pourtant, tout me semble maintenant si clair! si lumineusement clair!

Eh! oui, Leclerc, repris-je, tout s'éclaire; nous sommes en face d'un crime passionnel, d'un crime à deux dont l'instigatrice à n'en pas douter fut la belle Dolorès. Reste à établir le mobile qui a poussé cette femme au suicide. Demandons-nous pourquoi, après avoir supprimé par le crime le seul obstacle qui se trouvait sur la route qui devait la mener au bonheur, elle a préféré à celle-ci, celle de la mort.

Il me vient tout à coup à l'esprit l'idée que nous trouverions réponse à notre question dans cette pièce de cinéma que Dolorès revit au moins quatre fois avant de se suicider reprit Leclerc. Cette pièce je n'en ai malheureusement que le titre « La rose noire ».

Mais cette pièce, repris-je, je la connais! C'est l'histoire d'une femme qui réussit à faire assassiner son mari par son amant, et qui plus tard se voyant abandonnée de celui-ci se suicide en se noyant dans une piscine de son jardin.

Quelle tragique similitude entre les deux drames, celui de l'écran et le nôtre! La belle Dolorès a vu se dérouler devant elle sur l'écran le roman effrayant de sa vie; il n'y manquait que l'épisode de la fin, qu'elle a voulu y ajouter par son suicide.

L'énigme était résolue — grâce à une photographie tombée accidentellement dans les mains d'un policier intelligent et sagace et grâce aussi à une simple note d'adieu laissée par la complice avant son suicide. Si la photographie avait été le premier anneau qui nous avait permis de reconstituer la chaîne des faits, la note d'adieu en avait été le dernier. La chaîne était maintenant complète.

Les évènements devaient dorénavant se précipiter à une allure vertigineuse. Dès le lendemain Leclerc me revenait accompagné de Victor Gosselin qu'il était allé cueillir dans un garage de l'Ouest, où il était employé comme mécanicien depuis qu'il avait quitté Pointe à l'Orme.

Je regardai avec le plus vif intérêt cet homme sous le coup d'une accusation capitale. Il était grand, blond, beau, mais d'une beauté fade avec des yeux bleus effacés, la bouche faible et timide. Il pouvait avoir 25 ans; sa tenue et son maintien étaient ceux d'un homme bien élevé.

Après l'avoir invité à s'asseoir et avant que nous ayons eu la chance d'échanger un seul mot, Leclerc jugea à propos de lui dire le motif de son arrestation et de lui faire la mise en garde légale.

Victor Gosselin lui dit-il, scandant chacun de ses mots, nous vous accusons d'avoir le 17 avril dernier, assassiné à Pointe à l'Orme, votre patron Paul Leclerc. Nous désirons vous poser des questions en rapport avec cet assassinat, mais vous n'êtes pas forcé d'y répondre, et sachez bien que tout ce que vous nous direz pourra servir contre vous devant le Tribunal.

Le jeune homme qui pourtant devait s'attendre à ce qui lui arrivait, parut stupéfié, ses traits étaient bouleversés et d'une pâleur mortelle, ses yeux étaient hagards; son regard

alla de l'un à l'autre pour s'arrêter sur le parquet.

Désirez-vous que nous vous posions des questions continua le détective? Non, reprit Gosselin, non c'est inutile, je vous dirai tout; puis d'une voix faible saccadée, par phrases hachées et rapides, pendant plus d'une heure il parla, nous racontant ses amours avec Dolorès, qui durèrent près de deux ans, depuis le jour où il la rencontra pour la première fois à Montréal jusqu'au 17 avril, jour du meurtre. C'est elle qui le décida à se rendre à Pointe à l'Orme pour y solliciter la charge de mécanicien dans le garage de son mari; c'est elle qui lui procura une chambre chez une vieille dame qui habitait seule une maisonnette tout à côté de la demeure des Lefebvre. C'est cette vieille femme, l'âme damnée de Dolorès, chez qui cette dernière pouvait se rendre à l'insu de tous, qui favorisait leurs rendez-vous amoureux. Rarement le mari, qui était joueur et coureur, se trouvait-il chez lui le soir et lorsqu'il y était, Dolorès favorisait de toutes les façons son ivrognerie excessive afin de ne pas manquer à ses rendez-vous amoureux.

Cette femme m'avait hypnotisé nous répétait-il, j'obéissais à ses ordres comme un chien obéit à son maître. L'empire qu'elle avait sur moi n'avait pas de bornes, elle pouvait me faire accepter tout et comme elle était fantasque et névrosée, elle réussit un jour à me convaincre de mourir avec elle, d'être uni à elle pour l'éternité; mais au dernier moment, je réussis à me ressaisir ou peut-être est-ce le courage qui me manqua. Puis ce fut l'idée du meurtre de son mari qui vint l'assaillir, cette idée qu'elle me communiqua me fit horreur et je réussis à m'arracher à elle, à m'enfuir, mais les lettres qu'elle m'adressa alors étaient si passionnées si ardentes que je revins.

J'étais bel et bien hypnotisé. Cette idée d'hypnotisme revenait constamment comme un leitmotiv dans sa conversation. Il nous conta enfin tous les plans qu'ils élaborèrent ensemble pour supprimer l'homme qui constituait le seul obstacle à leur bonheur.

« Il tua Lefebvre un soir que ce dernier était ivre et qu'il était assis sur le marchepied de sa voiture à l'endroit précis où plus tard on trouva son cadavre.

La mort de Lefebvre ajouta-t-il me délivra, non pas de ce pauvre homme qui ne m'avait rien fait, mais de Dolorès qui était la cause de tous mes malheurs. Je ne la revis jamais. J'appris son suicide par les journaux et je n'en ressentis aucun chagrin. Je réalisai alors que je ne l'aimais plus et que je ne l'avais peut-être jamais aimée.

Vous savez tout maintenant finit-il, faites de moi ce que vous voudrez ».

Je crois nécessaire ici de mettre le mieux possible en lumière la psychologie de ce crime, d'observer la diversité des caractères des deux amants et de suivre la route plus ou moins longue de la suggestion criminelle; car il s'agit ici non pas d'hypnotisme, comme le répétait l'accusé, mais d'un phénomène de suggestion; phénomène qui a été largement étudié depuis que le monde scientifique a reconnu l'existence de la suggestion à l'état de veille à côté de la suggestion hypnotique.

A 18 ans, ayant perdu son père, Dolorès est poussée par une mère ambitieuse, dans les bras d'un homme de 25 ans plus âgé qu'elle et qu'elle n'aime pas. La vie après le mariage est malheureuse, le mari est coureur, ivrogne et brutal; la femme reste seule à la maison, déçue dans ses illusions, abandonnée sans guide et sans appui, aux mauvais conseils de l'ennui, aux incitations d'une imagination romanesque et d'un tempérament fantasque. Cette vie triste, grise, sans amour se continua durant 8 ans, puis un jour elle rencontre un beau jeune homme de 22 ans, elle s'en éprend éperdument, fougueusement. Ne se contentant pas de l'adultère dont le mari n'avait pas l'ombre d'un soupçon, jalouse de son amant, elle voulut être sûre de l'avoir à elle et pour toujours. Elle l'entraîne à elle, en fait son esclave, lui fait oublier sa dignité d'homme en se servant de toutes les armes que la nature a mises à sa disposition. C'est un sugges-

tionné que cet homme qui ne manque ni d'intelligence, ni d'honnêteté et qui pourtant se laisse aller dans un filet dont les mailles deviennent plus étroites chaque jour et dont il ne peut se délivrer. Il se révolte parfois mais un regard, une caresse de la femme fatale suffisent à le faire se courber à ses pieds comme un fauve sous le regard de sa dompteuse. Il oublie tout et tous car sa pensée s'est polarisée dans les désirs et les caprices d'une personne comme l'hypnotisé dans la volonté de l'hypnotiseur.

Or si la suggestion a une telle puissance il est tout naturel qu'elle puisse conduire deux amants au suicide. L'idée du suicide germe dans la pensée de Dolorès, puis se communique à l'autre et par une suggestion lente et continuelle finit par se faire accepter.

« Soyons unis dans la mort comme nous l'avons été pendant la vie » lui répétait-elle. Cependant, au dernier moment, le sacrifice de la vie répugne au jeune amant par la force de l'instinct de conservation.

C'est alors qu'elle rêve de l'épouser quand elle sera veuve. Veuve! cette idée ne la quitte plus. Elle en parle d'abord timidement à son amant, sans oser lui exposer clairement son projet, puis peu à peu son audace grandit, sa détermination s'affirme. Un jour son parti est pris. Lefebvre constitue un obstacle à son bonheur, Lefebvre disparaîtra. Victor dominé par cette femme, voluptueuse, déséquilibrée qui l'avait séduit, mais timide et apeuré par la pensée du crime, ne s'associe que faiblement à ce sinistre projet. Il tente de secouer l'envoûtement, il fuit, mais les lettres ardentes de sa maîtresse ont vite raison de sa révolte.

« Mon corps ne peut vivre sans ton corps, j'ai soif de tes caresses, reviens et ensemble nous effacerons le passé et le souvenir de tout » lui écrivait-elle.

Victor Gosselin, qui appartient à la catégorie des faibles, dont l'honnêteté ou la perversité dépend du milieu où ils vivent, des influences bonnes ou mauvaises qui peuvent s'exercer sur eux, revient à sa maîtresse. Pendant trois mois encore il lutte contre la force qui le maîtrise et qui de jour en jour se fait plus pressante. « J'avais beau me débattre, je ne m'appartenais plus. Que de fois n'ai-je voulu fuir comme je l'avais fait une fois, mais je n'en avais plus la force ». Puis un jour il céda, il obéit aux ordres que lui donnait la femme qui l'avait complètement subjugué, hypnotisé. Il tua Lefebvre mais il réalisa aussitôt toute l'horreur de son acte insensé et la folie de cette femme qu'il ne voulut plus jamais revoir.

Puissance de la suggestion criminelle qui est arrivée à pervertir une âme honnête, jusqu'à lui faire commetre le plus horrible des crimes!

Le drame eut son dénouement aux assises criminelles de Montréal.

Leclerc qui avait déjà donné un compte-rendu complet de son enquête au Jury fut rappelé par l'avocat de l'accusé comme témoin à décharge et, malgré lui, simplement parce qu'il lui semblait que cela était juste, raconta l'influence néfaste exercée sur l'accusé par sa maîtresse appelant ainsi l'indulgence du Jury sur le malheureux jeune homme.

Le procureur de la Couronne le fit appeler au moment de la suspension d'audience et lui adressa en ma présence des reproches aigres-doux. Comme le savant avocat s'étonnait de voir un détective témoin à décharge, je me permis de lui faire remarquer que le premier devoir d'un policier était de dire la vérité, de témoigner suivant sa conscience et non de faire condamner un pauvre diable aux abois qui méritait toute pitié.

Cet incident m'attrista car j'ai toujours estimé que les individus arrêtés sont des vaincus pour lesquels on doit avoir de l'indulgence, mais il me confirma aussi quelque chose que je savais: il n'est que trop vrai que beaucoup de procureurs de la Couronne considèrent comme un échec personnel l'acquittement. La vérité, du reste, c'est que ces avocats ne sont point tout à fait responsables de cet état d'âme particulier. Ce sont les habitudes, les préjugés de la société actuelle qui l'ont crée.

Dans le monde du Palais, on blague l'avocat de la Couronne qui n'obtient pas une condamnation. Cependant, que de progrès accomplis depuis quelques années dans ce domaine, chez la jeune génération!

Beaucoup d'entre vous peuvent se dire: « En voilà une étrange sensiblerie chez un médecin légiste et chez un détective dont le métier est d'arrêter et de faire condamner les criminels! » Ils ne connaissent point ceux-là l'état d'esprit du chasseur, passionné pour la chasse, qui ne mange pas de son gibier.

Le policier qui a passé des nuits sans sommeil quand l'assassin ou le voleur se dérobait à ses recherches, pousse un soupir de satisfaction quand il a pris son gibier; et cette satisfaction lui donne tout de suite beaucoup d'indulgence pour le pauvre diable désarmé qu'il tient en son pouvoir. Son devoir est accompli et son amour-propre est satisfait.

Celui de l'avocat se met seulement en jeu à ce moment et il consiste à obtenir la tête du coupable.

Quand il l'a obtenue — c'est souvent lui qui demande la grâce du condamné.

Il n'y a que le bourreau qui, lui, ne tient qu'à faire de la belle besogne... jusqu'au bout. Et dans cette affaire c'est lui qui eut le dernier mot puisque le malheureux jeune homme qui avait été condamné à la peine capitale fut exécuté un an et 12 jours après son crime.

LE DERNIER CHIRURGIEN DU ROI À QUÉBEC ANTOINE BRIAULT

1742-1760

(*suite*)

Gabriel NADEAU (Rutland, Mass.).

Chapitre II (suite)

III — LES ÉDITS ET LES ORDONNANCES QUI RÉGLEMENTAIENT LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE.

Les édits, arrêts, ordonnances, lettres-patentes et règlements qui, de près ou de loin, concernent l'exercice de la médecine et de la chirurgie dans la Nouvelle-France, forment un *corps de lois* considérable. Cette législation s'applique à nos hôpitaux et à trois groupes différents de praticiens: ceux qui étaient établis à demeure, ceux qui séjournaient avec les troupes, d'autres enfin qui abordaient dans les ports, les chirurgiens de marine.

Commenter chacun de ces actes qui émanent tantôt de la métropole, tantôt des autorités coloniales, dépasserait l'objet de cette monographie, comme d'examiner la question tant discutée de savoir si l'enregistrement par le Conseil supérieur était nécessaire pour donner force de loi aux ordonnances royales. Qu'il suffise de dire qu'on ne peut comprendre l'organisation de la médecine dans la colonie, celle de la pratique civile et celle des services de santé naval et militaire, sans faire état des actes royaux qui régissaient en France cette même pratique, ces mêmes services.

A — *Les Chirurgiens de marine.*

Les premiers chirurgiens qui vinrent en Amérique furent des chirurgiens de navires, engagés pour la pêche. Dès le XVe siècle, les Basques et les Normands s'aventuraient jusqu'aux rivages de Terre-Neuve. En 1517, plus de cent navires français se livraient à la « Grande Pêche » dans ces parages et l'année suivante, le baron de Lézy tentait un établissement sur l'île.

Plus tard, avec les découvreurs et les explorateurs, des chirurgiens traversèrent l'Atlantique aussi et, quand les postes de traite et des établissements stables de colonisation se fondèrent en Acadie et sur le Saint-Laurent, plus d'un, liant son sort à celui de la colonie naissante, abandonna le service de la mer. Mais pour le reprendre parfois après quelques hivernements, ou pour aller chercher fortune ailleurs, dans une autre colonie, aux Antilles par exemple.

A cette époque il était relativement facile au chirurgien de quitter le service de son navire; après 1681 les ordonnances le lui défendront sous des peines sévères.

Quelles capacités, quelles connaissances possédaient ces chirurgiens? Pas grandes ni très étendues, on peut l'affirmer sans crainte. C'étaient des chirurgiens civils pour la plupart, en quête de clientèle, courant l'aventure, recevant la même solde que les matelots, mangeant la même nourriture, en un mot vivant à bord dans les mêmes conditions de misère que le commun de l'équipage. Ce n'est pas la conversion des Sauvages, la diffusion de l'Evangile qui les attirait vers le Nouveau-Monde. Les ordonnances d'alors enjoignaient aux capitaines, pour les voyages au long cours, « de faire choix d'un très bon chirurgien, bien entendu et fort fidèle » (10), mais en définitive le chirurgien demeurait « l'homme du capitaine », qui le prenait où il voulait et l'engageait sans examen préalable de ses capacités, sans inspection des instruments et des remèdes que contenait son coffre.

C'est en 1668 qu'apparaît le premier essai de réglementation. Le 24 août de cette année, Colbert du Terron, intendant de la Généralité de La Rochelle, rend une ordonnance qui défend aux chirurgiens de composer eux-mêmes leurs coffres de remèdes. Ce soin est laissé à des maîtres-apothicaires de la ville, nommés à cette fin. L'ordonnance était promulguée, disait Colbert, « sur les plaintes qui nous sont journellement faites, que plusieurs chirurgiens tout à fait ignorants en la pharmacie, s'ingèrent de fournir les médicaments tant simples que composés, nécessaires pour les coffres de marine, tant dans les vaisseaux du Roi, de la compagnie des Indes, que des marchands, ce qui est tout à fait contraire aux statuts des maîtres apothicaires de cette ville, au service du Roi et du public ».

Il ne s'agit pas d'une ordonnance royale, applicable à tout le royaume. Pourtant elle nous regarde, car La Rochelle fut de bonne heure le point de départ d'un trafic considérable entre la France et Québec et l'Acadie. On a relevé dans les archives de l'amirauté et dans les minutes notariales de cette ville, 143 départs de navires marchands entre 1632 et 1670, et 144 entre 1671 et 1695, soit un total de 287. Pour la période de 1715 à 1741, une seule étude, celle de Soulard, fournit 21 départs (11).

Cependant, on commençait à entretenir des chirurgiens de carrière dans les ports, mais pour le service du roi seulement. On les choisissait pour leurs connaissances et pour leur habileté; mais à bord du navire ils restaient confondus avec les matelots. En 1673, on trouve six de ces chirurgiens dans chacun des ports de France et, le 16 mars de cette année, une ordonnance royale élevait leur position à celle d'officiers mariniers, obligeant les capitaines à les entretenir sur le pied de ces officiers. Lorsqu'ils étaient employés dans les ports, ils recevaient 50 livres par mois et jouissaient de certaines exemptions, comme celles de la taille, de l'octroi, du logement des gens de guerre, de la garde et autres charges publiques. Quant aux aides-chirurgiens des navires, ils continuèrent à être de simples praticiens civils qu'on prenait de levée, lorsqu'on appareillait pour une expédition. « On les retenait, écrit Lefèvre, ou on les remerciait selon les nécessités. Leur solde était fort modique et leur position à bord des plus humbles ».

1 — *L'Ordonnance royale de la marine, du mois d'août 1681.*

C'est avec la grande ordonnance de 1681, dite Ordonnance de la Marine, que commence

la réglementation véritable des chirurgiens de vaisseaux, ceux de la marine de guerre comme ceux de la marine marchande. Cette ordonnance nous concerne de deux façons. D'abord, elle soumettait à des règlements les chirurgiens qui abordaient dans la colonie en nombre considérable chaque année. Ces chirurgiens se mêlaient de pratique civile et parfois s'établissaient au Canada. Ensuite, en 1717, Québec devint siège d'amirauté et, en 1723, arsenal maritime. Les vaisseaux construits et frétés chez nous tombaient donc sous le coup de l'ordonnance.

Le titre VI du livre II se rapportait au chirurgien du bord. En voici les articles:

Article I — Dans chaque navire, même dans les vaisseaux pêcheurs, faisant voyage de long cours, il y aura un ou deux chirurgiens, eu égard à la qualité des voyages et au nombre des personnes.

Article II — Aucun ne sera reçu pour servir en qualité de chirurgien dans les navires, qu'il n'ait été examiné et trouvé capable par deux maîtres chirurgiens, qui en donneront leur attestation.

Article III — Les propriétaires de navires seront tenus de fournir le coffre du chirurgien garni de drogues, onguens, médicaments et autres choses nécessaires pour le pansement des malades pendant le voyage, et le chirurgien, les instruments de sa profession.

Article IV — Le coffre sera visité par le plus ancien maître chirurgien du lieu, et par le plus ancien apothicaire, autre néanmoins que celui qui aura fourni les drogues.

Article V — Les chirurgiens seront tenus de faire faire la visite de leur coffre, trois jours au moins avant que de faire voile; et les maîtres chirurgiens et apothicaires, d'y procéder vingt-quatre heures après qu'ils en auront été requis, à peine de trente livres d'amende et des intérêts du retardement.

Article VI — Faisons défenses aux maîtres [des vaisseaux], à peine de cinquante livres d'amende, de recevoir aucun chirurgien pour servir dans leur vaisseau, sans avoir copie en bonne forme des attestations de sa capacité et de l'état de son coffre.

Article VII — Enjoignons aux chirurgiens des navires, en cas qu'ils découvrent quelque maladie contagieuse, d'en avertir promptement le maître, afin d'y pourvoir, suivant l'exigence du cas.

Article VIII — Leur faisons défenses de rien exiger ni *recevoir* des mariniers et soldats malades ou blessés au service du navire, à peine de restitution et d'amende arbitraire.

Article IX — Ne pourra le chirurgien quitter le vaisseau dans lequel il sera engagé, que le voyage entrepris n'ait été achevé; à peine de perte de ses gages, cent livres d'amende, et de pareille somme d'intérêt envers le maître.

2 — *Le Règlement du roi, du 10 juin 1683.*

Ce règlement d'abord créait un maître-apothicaire à l'hôpital de Rochefort, qui devait y établir une boutique « à l'instar de celle de l'Hôtel des Invalides dans laquelle il composerait tous les remèdes nécessaires en présence du médecin et du chirurgien-major et des chirurgiens entretenus. Il devait en outre fournir à l'intendant les états des médicaments nécessaires aux besoins du service; garnir les coffres de médicaments d'après la durée présumée des campagnes. On lui faisait enfin une obligation d'entretenir deux garçons apothicaires avec lesquels il devait résider dans l'hôpital ».

« Ce même règlement, continue Amédée Lefebvre, prescrivait au chirurgien de chaque bâtiment de donner un reçu du coffre de médicaments, après s'être assuré des objets qu'il contenait. Outre la serrure qui fermait ce coffre, on devait y ajouter un cadenas dont l'aumônier ou l'écrivain devait avoir la clef. Une autre obligation était imposée aux chirurgiens, c'était de tenir un journal de la nature des maladies qui pouvaient se présenter à leur observation pendant la campagne et des médicaments qu'ils auraient consommés. Ce journal devait être visé par l'aumônier et par l'écrivain ».

La disposition la plus importante de ce règlement était certes celle qui obligeait le chirurgien de tenir un journal. Mentionnons ici celui de Chardon de Courcelles, premier médecin du port de Brest, qui accompagna l'expédition du duc d'Anville au Cap Breton en 1746.

Le 14 février 1686, une ordonnance du roi, ampliative du règlement de 1683, enjoignait aux chirurgiens des navires de guerre et à ceux des vaisseaux marchands armés en temps de guerre, de tenir « un registre sur lequel ils inscriraient, journellement, les noms des malades qu'ils auraient traités, la nature de leur maladie, la dose de chaque remède qu'ils prescriraient. Au désarmement, les coffres devaient être portés au magasin général pour être visités par le médecin et le chirurgien du port. Les remèdes altérés devaient être jetés à la mer et les autres portés à l'hôpital pour le service des malades ».

Par une autre ordonnance royale, celle du 13 avril 1689, le personnel chirurgical des navires de guerre était augmenté. Désormais, sur les vaisseaux de premier et de second rang il devait y avoir un chirurgien-major, des aides-majors en proportion de l'équipage, un apothicaire, des aides-chirurgiens, des infirmiers. Sur les frégates et sur les flûtes, un chirurgien et des aides-chirurgiens.

3 — *Le Règlement du roi, du 5 juin 1717.*

Les capitaines de navires marchands ayant prétendu que les articles de l'ordonnance de 1681, relatifs aux chirurgiens, s'appliquaient plutôt à la marine de guerre qu'à la marine marchande, le roi fit un règlement qui renouvelait les dispositions de son ordonnance en les complétant. Ce règlement est d'importance capitale, comme l'ordonnance de 1681 d'ailleurs.

Parmi les chirurgiens de marine abordant à Québec chaque année, il en était qui restaient au pays sans avoir déserté leur poste. Par exemple, un bâtiment arrivait en rade avec son équipage décimé par une épidémie et y trouvait d'autres navires désemparés comme lui. A même ces équipages réduits l'intendant en refaisait d'autres au complet, qui ramenaient en France autant de bâtiments que possible. Il pouvait donc arriver que des chirurgiens, devenus surnuméraires, étaient mis en disponibilité. Ou bien encore, un chirurgien pouvait être malade lui-même, en ville ou à l'Hôtel-Dieu, au moment du départ de son navire, départ qui pressait à cause de la saison avancée. Ce chirurgien devait attendre le retour des vaisseaux le printemps suivant. Parfois alors, ayant pris goût au pays pendant cet hivernement forcé, il décidait de quitter le service de la mer.

Jacques Dénéchaud, pour ne mentionner que celui-là, était chirurgien de marine avant de s'établir à Québec. Il avait été examiné à La Rochelle. « En exécution du règlement du Roy du cinq juin mil sept cent dix-sept, disait son certificat d'attestation, il a subi l'examen devant les sieurs Fontanelle et Puiperoux, maîtres chirurgiens jurés et examinateurs au présent siège, pourvus de commission de son Altesse Sérénissime Monseigneur l'Amiral, pour examiner ceux qui voudront s'embarquer sur les navires marchands, en qualité de chirurgiens ».

Le règlement de 1717 fut rendu exécutoire par lettres-patentes le 8 juin de la même année. En voici le texte (12):

> Sa Majesté étant informée qu'au préjudice de l'ordonnance de la marine du mois d'août 1681, titre des chirurgiens, article deuxième, portant qu'aucun ne sera reçu pour servir en qualité de chirurgien dans les navires, qu'il n'ait été examiné et trouvé capable par deux maîtres chirurgiens qui en donneront leur attestation, on reçoit dans les vaisseaux marchands, même dans ceux qui sont destinés aux plus longs voyages, des gens sans aveu ni expérience, qui prennent la qualité de chirurgien sans avoir été examinés par ceux du port où ils s'embarquent, s'étant établi par un très mauvais usage de les recevoir sur de simples certificats de chirurgiens d'une autre province non légalisés, et qui souvent n'ont pas été donnés pour ceux qui les produisent, ce qui expose les équipages et officiers des dits vaisseaux à périr faute de secours lorsqu'ils sont blessés, ou qu'ils tombent malades. A quoi étant nécessaire de pourvoir et d'expliquer en tant que besoin le dit article 2, du titre des chirurgiens de l'ordonnance de la marine, du mois d'août 1681, Sa Majesté, de l'avis de Monsieur le duc d'Orléans, son oncle, régent, a résolu le présent règlement ainsi qu'il suit:
>
> *Article I* — Aucun chirurgien ne pourra s'embarquer à l'avenir pour en faire les fonctions dans

un vaisseau, qu'il n'ait été examiné et trouvé capable par deux maîtres chirurgiens qui en donneront leurs attestations, lesquelles demeureront enregistrées au greffe de l'amirauté.

Article II — Les chirurgiens examinateurs seront nommés dans tous les ports du royaume, par l'amiral de France, et seront pris dans le nombre des chirurgiens jurés; ils seront tenus de prêter serment à l'amirauté où ils feront enregistrer leur commission.

Article III — Aucuns chirurgiens que ceux qui seront pourvus par l'amiral, n'entreprendront de donner les dites attestations, sous peine de nullité et de trois cents livres d'amende, si ce n'est en cas de mort, d'absence, de maladie, ou cause légitime de récusation des chirurgiens nommés par l'amiral, auquel cas le juge d'amirauté en pourra nommer d'office.

Article IV — Les dits chirurgiens-examinateurs recevront cinq livres à partager entr'eux, pour l'examen de chaque chirurgien qui s'embarquera dans un vaisseau du port de cent cinquante tonneaux et au-dessus, et trois livres seulement pour l'examen de celui qui s'embarquera sur tout autre vaisseau de moindre port que cent cinquante tonneaux; défend Sa Majesté aux dits chirurgiens-examinateurs d'exiger ni percevoir de plus grands droits que ceux énoncés ci-dessus, à peine de restitution, de trois cents livres d'amende, et d'être privés de leur commission.

Article V — Les chirurgiens qui s'embarqueront en second seront examinés en la même forme et manière qui est prescrite ci-dessus, mais ils ne payeront pour leur examen que la moitié des droits que doit payer le premier chirurgien.

Article VI — Le coffre du chirurgien sera visité par les chirurgiens et apothicaires qui seront nommés à cet effet par l'amiral, et il ne sera payé que vingt sols pour la dite visite à chacun des dits chirurgiens et apothicaires.

Article VII — Les bâtiments qui auront vingt hommes d'équipage et au-dessus, seront obligés de prendre un chirurgien pour toute navigation qui ne sera point cabotage.

Article VIII — Et pour ce qui est des vaisseaux destinés pour les voyages de long cours, même pour les pêches, il y aura toujours un ou deux chirurgiens, eu égard à la qualité du voyage et au nombre d'équipage, en sorte qu'il y ait toujours un chirurgien au moins pour cinquante hommes, et deux lorsque le dit équipage excédera le nombre de cinquante hommes à quelque quantité qu'il puisse monter.

Article IX — Veut Sa Majesté que l'ordonnance de 1681 soit observée suivant sa forme et teneur, en tout ce qui n'est point contraire au présent règlement.

B — *La lutte aux chirurgiens de marine.*

Depuis longtemps dans les ports de France, dans les villes d'amirauté surtout, les chirurgiens civils nourrissaient des griefs contre les chirurgiens de marine. A l'arrivée du vaisseau, le chirurgien débarquait pour employer son congé à soigner les habitants. On préférait ses services, souvent gratuits, à ceux des praticiens de la ville, qui manquaient d'habileté quelquefois ou qui se défilaient par insouciance, au mépris de leurs devoirs.

Dans les ports où le roi avait fondé des écoles de santé, comme à Toulon, à Brest, à Rochefort, vivaient des médecins et des chirurgiens de marine sédentaires, obligés de loger en ville par suite de leurs fonctions professorales. Eux non plus n'étaient pas censés exercer leur art parmi la population. Du moins, les chirurgiens civils le prétendaient.

Aux colonies, les mêmes sujets de plaintes existaient, renforcés par d'autres sentiments de rivalité professionnelle que soulevaient les chirurgiens militaires. On ne peut invoquer ici la vieille *invidia medicorum* contre les chirurgiens civils. Leurs griefs étaient raisonnables. L'été, ils voyaient leur clientèle rognée par les chirurgiens des navires et, l'hiver, par ceux des troupes se reposant de la campagne qu'ils venaient de terminer.

Cependant, aucune maîtrise, pas un seul corps de chirurgiens, ni en France ni dans les colonies, n'avait encore fait entendre de protestations auprès des autorités compétentes. Les chirurgiens de Québec furent les premiers à réclamer formellement contre les chirurgiens de marine. L'occasion s'en offrit en 1710.

1 — *L'Ordonnance de l'intendant Raudot, de 1710.*

Un navire des Antilles, la *Belle Brune*, apporta pendant l'été une maladie qui prit bientôt les caractères d'une épidémie. C'était la redoutable fièvre jaune, connue alors sous le nom de *Mal de Siam*. On soupçonna ce vaisseau « d'être infecté de peste, raconte la Mère Juchereau de Saint-Ignace, parce que quatre

ou cinq hommes y étaient morts depuis peu, en moins de vingt-quatre heures. On y trouva des chirurgiens qui visitèrent les malades et qui, par ignorance ou pour avoir touché quelque argent, comme on les accusa depuis, assurèrent qu'il n'y avait rien à craindre. Après cette déclaration, on leur permit de débarquer leur monde, et nous reçûmes de ce navire plusieurs malades dans notre hôpital, dont un entr'autre fut brûlé d'une ardente fièvre pendant plusieurs semaines et mourut enfin, ayant beaucoup souffert d'un mal qui était presque inconnu, et qui a fait bien voir dans la suite combien il était dangereux par le ravage qu'il a causé dans cette colonie, où il est encore. L'expérience nous a appris que c'était la maladie de Siam, que l'*Oriflamme* porta aux Iles, il y a quelques années ».

Le capitaine de la *Belle Brune* s'appelait Patrick French; lui et son équipage étaient irlandais. Par l'ordonnance royale de 1708 il était fait défense expresse au capitaine d'un navire portant des contagieux de mettre son équipage à terre ou ses passagers. Il devait les garder à bord et faire avertir le médecin du roi.

A l'été de 1710, Sarrazin, parti en France pour faire la cure aux eaux de Forges, n'était pas encore revenu au pays. Alors, qui fut chargé de visiter les malades de la *Belle Brune?* Jean Coustard remplissait les fonctions de chirurgien du roi; mais on ne le voit pas figurer dans cette affaire. Etait-il malade ou absent? Nous l'ignorons. Ces mots de la Mère de Saint-Ignace, *on y trouva des chirurgiens,* semblent indiquer que ce furent ceux de la *Belle Brune* eux-mêmes et non des praticiens de la ville qui, sur des certificats délivrés par ignorance ou fournis frauduleusement, induisirent en erreur les autorités civiles.

Quoi qu'il en soit, les chirurgiens de la *Belle Brune* furent blâmés. Profitant de cette occasion, les chirurgiens de Québec, Gaspard Emery, Simon Soupiran, Jean-Baptiste Cardinet, Jean de Mosny, ayant à leur tête Jourdain Lajus qui venait de recevoir ses lettres de lieutenant du Premier Chirurgien du Roi, requirent des mesures contre les chirurgiens de marine et contre ceux de nationalité étrangère.

Là-dessus Raudot, le 7 juillet, rend une ordonnance « qui fait défense à tous chirurgiens de vaisseaux venant de France ou d'ailleurs, ensemble à tous chirurgiens étrangers de quelques nations qu'ils soient, autres que ceux établis dans les villes de ce pays et dans les côtes [c'est-à-dire dans les paroisses], de panser et médicamenter les malades sous quelque prétexte que ce soit, sous peine de cinquante livres d'amende applicable aux Sœurs de la Congrégation de Québec et de confiscation des instruments et remèdes dont ils se trouveront saisis applicable au corps des chirurgiens, et ce pour la première fois, et de plus grosse peine en cas de récidive ».

Cette ordonnance fut promulguée six jours plus tard.

2 — *L'Arrêt du 27 juin 1712.*

L'ordonnance de 1710 resta lettre morte. Le 25 avril 1712, Jourdain Lajus présente, cette fois au Conseil supérieur et en sa qualité seule de lieutenant du Premier Chirurgien du Roi, une autre requête qui avait deux objets. D'abord, rendre la maîtrise d'accès plus difficile en limitant à quatre le nombre des maîtres — et cette restriction visait sûrement à la formation éventuelle d'une Communauté de Chirurgiens à Québec. Ensuite, empêcher les chirurgiens de marine de pratiquer dans la colonie. « Qu'il plaise à la Cour, disait la requête, ordonner que dorénavant il n'y aura que quatre maîtres chirurgiens en cette dite ville pour exercer la profession de chirurgie, sans néanmoins préjudicier au nombre qui y est présentement, auxquels il sera permis d'en continuer l'exercice jusqu'à leur décès ou à leur départ de cette ville. Et en conséquence faire défense à tous chirurgiens qui pourraient venir sur les navires, tant d'Europe et des pays étrangers que d'ailleurs, d'y traiter, panser et médicamenter aucunes personnes, ni même vendre ni détailler aucuns remèdes, sous quelque prétexte que ce puisse être, à peine de deux

cents livres d'amende et de confiscation de tous leurs remèdes, instruments et médicaments, mais seulement de les vendre en gros ».

Le Conseil, estimant qu'il était hors de sa compétence de limiter le nombre des chirurgiens dans la colonie, se récusa. Cette décision était du 27 juin 1712. Ce jour-là, peut-être sur les instances de Lajus, un arrêt fut rendu qui portait contre les chirurgiens de marine les mêmes défenses que l'ordonnance de 1710.

3 — *Les Arrêts de 1716 et de 1737.*

Le 3 août 1716, un autre arrêt défendait toute pratique civile aux chirurgiens de vaisseaux et, le 13 avril 1737, un troisième réitérait les mêmes défenses (13).

Ici il convient de faire un retour en arrière pour dire quelques mots de la lutte que soutenaient, à la suite de leurs confrères de Québec, les chirurgiens civils de Rochefort et des Antilles.

A Rochefort, siège d'une école de médecine navale, une hostilité sourde régnait depuis longtemps entre les praticiens de la ville et ceux qui relevaient du service de la mer. « En 1718, les maîtres chirurgiens voulurent s'opposer à ce que les chirurgiens de la marine, et plus spécialement le chirurgien-major du port [François Bouchillon dit Fondalon], exerçassent leur art dans cette cité. En conséquence, la communauté [des chirurgiens] actionna M. Fondalon et l'instance fut portée devant le lieutenant de police. Au jour fixé, les parties comparurent. Le chirurgien-major de la marine soutint que lui et ses collègues ne visitaient, pansaient et médicamentaient les habitants qu'à défaut ou sur le refus des maîtres chirurgiens de la ville, et qu'ils n'exigeaient point d'honoraires pour ces soins; il demanda à être maintenu dans la possession de ce droit de pratique charitable de leur profession. Le 6 octobre 1718, sentence du lieutenant de police, 'maintenant Fondalon dans la possession paisible dans laquelle il avait toujours été, lui et ses confrères du port, de faire, au refus des maîtres chirurgiens de la ville, des visites, pansements et médications chez les pauvres de la ville ou chez d'autres que les maîtres chirurgiens refuseraient de servir à première réquisition, et aussi de visiter, panser et médicamenter tous autres habitants, pourvu que ce fût gratis et sans rétribution. »

« Les maîtres chirurgiens, mécontents de cette décision, firent appel devant le Parlement de Paris. Un arrêt du 7 août 1722, de ce tribunal, mit l'appellation à néant et ordonna que la sentence du 6 octobre 1718 aurait son plein et entier effet » (14).

Les chirurgiens de Rochefort cependant continuèrent à réclamer et ils firent si bien que, le 25 octobre 1738, ils obtenaient du Conseil d'Etat un arrêt dont voici le premier article:

> Les chirurgiens entretenus par Sa Majesté dans la marine, qui ne seront point aggrégés aux Communautés des Maîtres Chirurgiens des Villes où ses Arsenaux sont établis, ne pourront y travailler et panser que les Officiers entretenus, Soldats, Matelots, Ouvriers ou autres Habitants des dites Villes, actuellement employés et attachés au service de la Marine; leur défendant Sa Majesté, sous peine de cinq cents livres d'amende, pour la première fois, s'il y écheoit, de faire aucuns Pansements ni autre Opération de Chirurgie sur les autres Habitants des dites Villes, qui ne sont point employés et attachés au service de la Marine.

Des copies de cet arrêt furent adressées à Gigot de la Peyronie, Premier Chirurgien du Roi, pour qu'il les transmît à ses lieutenants dans les villes où des arsenaux de marine existaient.

Aux Antilles, les chirurgiens établis ne toléraient pas non plus sans murmures leurs compétiteurs de la marine, qui, abandonnant leur navire, souvent disparaissaient dans l'intérieur des terres. Ces îles avaient été jadis le royaume de la flibuste et des corsaires; la désertion y restait chose facile.

En 1711 donc, les chirurgiens du Cap, à Saint-Domingue, réclamaient des mesures restrictives et, le 5 mai, le Conseil du Cap rendait en conséquence un arrêt « touchant les chirurgiens de navires et autres », dont voici les conclusions:

Vu par le Conseil la requête des chirurgiens du Cap avec les conclusions du procureur général du roi et y faisant droit, fait très expresses défenses à tous chirurgiens, tant de navires marchands qu'autres, non privilégiés dans l'étendue du Cap, de travailler, à peine de 1.000 livres d'amende.

Le 11 janvier 1726, la Compagnie des Maîtres-Chirurgiens du Petit Goave à son tour présente au Conseil souverain de Saint-Domingue une « requête expositive qu'au mépris d'un arrêt rendu le 7 septembre 1711, ils reçoivent tous les jours des plaintes publiques des fautes que commettent nombre de chirurgiens soi-disant qui désertent des vaisseaux et vont s'établir où il leur plaît, exerçant l'art de la chirurgie sans avoir donné aucune preuve de la capacité requise et si utile au bien public, méprisant même avec audace les avertissements qu'on leur donne sur cela, ce qui cause un dommage notable à la colonie et déshonore la Compagnie, la privant de se grossir de meilleurs sujets, qui se feraient honneur d'y donner leurs services, s'ils ne trouvaient les places prises par ces sortes de gens dont les habitants ne se défont pas aisément par les grands besoins qu'ils ont » (15).

4 — *L'Ordonnance de la Jonquière et Bigot, du 12 juin 1750.*

Il semble que rien n'ait été moins absolu que la monarchie absolue. En France, la volonté du roi a besoin pour s'imposer d'édits, d'ordonnances, de règlements cent fois répétés. Il en est de même dans les colonies où les intendants, délégués du pouvoir royal, ne sont obéis qu'à grand'peine.

L'ordonnance de Raudot contre les chirurgiens de marine est restée lettre morte, comme les arrêts qui l'ont suivie. Mais les chirurgiens de Québec reviennent sans cesse à la charge. C'est à leurs démarches sans doute qu'il faut attribuer l'ordonnance de 1750. En juin de cette année-là, le gouverneur et l'intendant rendent une ordonnance commune, qu'un auteur a appelée « le code de la profession de médecine au Canada ». Un code fait d'une ordonnance unique! C'est plutôt le dernier d'une suite d'actes émanés de l'autorité civile et tous relatifs à la profession médicale sous le régime français.

L'ordonnance de 1750 était plus ample dans ses dispositions que les actes qui l'avaient précédée. Reconnaissant l'impossibilité de confiner entièrement les chirurgiens de marine dans leurs navires, on voulait régulariser au moins leur pratique civile en les obligeant à subir un examen. Dans ce but l'ordonnance établissait des *bureaux d'examinateurs* dans les trois gouvernements de la colonie.

L'ordonnance regardait aussi les chirurgiens étrangers. Qui pouvait-elle viser? Parmi les trois qui pratiquaient à cette date, nous savons que Feltz était naturalisé français. Spagniolini et La Croix (von Kreuz) détenaient-ils leurs lettres de naturalité? Nous l'ignorons. Un autre étranger, Timothée O'Sullivan, avait exercé à Montréal; mais il s'était fait recevoir sujet du roi.

L'ordonnance se composait d'un préambule et de deux articles.

Sur le compte qui nous a été rendu que malgré les défenses ci-devant faites, plusieurs personnes inconnues, venant d'Europe et d'ailleurs, s'ingéraient d'exercer la chirurgie, tant dans les villes que dans les campagnes de cette colonie, sans aucune permission; que ces étrangers, dont la capacité n'est point connue, traitent les malades avec peu de soin, ne leur procurent aucun soulagement, débitent de mauvais remèdes qu'ils donnent souvent à contretemps, n'ayant pas toute l'expérience nécessaire.

Et étant de la dernière conséquence de pourvoir à un abus aussi préjudiciable à la conservation des sujets du Roi, Et pour prévenir le mal que l'entêtement de plusieurs pour la nouveauté pourrait causer, nous avons jugé à propos de faire le présent règlement.
Premièrement:

Nous faisons défense à tous chirurgiens de vaisseaux venant de France ou d'ailleurs, ensemble à tous chirurgiens étrangers de quelques nations qu'ils soient, autres que ceux qui sont établis dans les villes de ce pays et dans les côtes, de panser et médicamenter, sous quelque prétexte que ce soit, les malades de ce dit pays, sans au préalable avoir subi un sérieux examen sur l'art

de la chirurgie et avoir été jugés capables de l'exercer, ainsi qu'il est dit au second article du présent règlement ci-après; à peine contre les contrevenants de deux cents livres d'amende applicable aux hôpitaux du gouvernement où la contravention aura été commise, et de confiscation des instruments et remèdes dont ils se trouveront saisis, applicable aux chirurgiens du dit gouvernement, et ce, pour la première fois, et de plus grande peine en cas de récidive.
Secondement:

Ceux de cette profession qui voudront l'exercer seront tenus de subir un examen sérieux par devant le médecin du Roi à Québec, présence du lieutenant général de la prévôté, pour ceux qui voudront s'établir en la dite ville; ceux qui voudront exercer la dite profession dans les côtes de ce gouvernement seront examinés par devant le dit médecin, présence d'un des subdélégués de M. l'intendant, duquel examen il sera dressé acte qui constatera la capacité de celui qui se sera présenté, afin qu'il puisse exercer en sûreté; il en sera de même pour ceux qui voudront exercer la dite profession soit dans les villes de Montréal et Trois-Rivières ou dans les gouvernements de ces villes; en observant par eux de subir l'examen par devant le chirurgien du Roi, présence du lieutenant général de la juridiction, pour ceux qui sont destinés pour la ville, et par devant le dit chirurgien, présence du subdélégué de M. l'intendant dans les dites villes, à l'égard de ceux qui voudront s'établir dans les côtes. Mandons aux lieutenants généraux des trois villes de cette colonie, aux médecin et chirurgiens du Roi et aux subdélégués de M. l'intendant dans les dites villes de tenir la main, chacun en droit soi, au présent règlement qui sera lu, publié et affiché dans les dites trois villes, et partout ailleurs où besoin sera, à ce que personne ne l'ignore (16).

C — *Les Chirurgiens militaires.*

Dans cette longue lutte de nos chirurgiens contre les intrus qui n'appartenaient pas à la colonie, un fait est digne de remarque. C'est l'impunité dont jouit toujours une autre classe de chirurgiens non établis, ceux de l'armée. Les chirurgiens militaires ne faisaient pas plus partie de la population que les chirurgiens de vaisseaux; pourtant ils exerçaient leur art parmi elle sans que jamais une plainte, pas la moindre revendication ne se fît entendre contre eux. Pourquoi?

D'abord, les chirurgiens de la pratique civile étaient pour la plupart d'extraction militaire. Anciens *fraters* licenciés, susceptibles de reprendre le service à l'appel des autorités, ils conservaient un certain attachement pour leurs confrères des troupes. L'esprit de corps existait toujours.

Le chirurgien militaire ensuite vivait en contact plus intime avec les habitants. Il logeait chez eux avec sa compagnie; parfois il courtisait une fille de l'endroit. Ces colons-soldats, à la vie familiale desquels il participait, il leur devait ses soins quand, formés en bandes de milice, ils partaient pour une campagne à la suite de l'armée. Dans ces conditions, comment empêcher le *frater* d'exercer son art autour de lui, surtout si la paroisse se trouvait dépourvue de praticien?

Et puis, à la différence des gens de mer, matelots comme officiers mariniers, les gens de guerre jouissaient d'une plus grande facilité à quitter le service pour s'établir à demeure dans la colonie. Même on les encourageait à prendre cette détermination. Exercer la médecine, la chirurgie dans une paroisse, c'était s'habituer à la vie des habitants et finir par l'adopter.

L'organisation de la médecine dans les trois villes de la colonie enfin était toute militaire, ou plutôt mi-militaire, mi-civile. Le chirurgien militaire en chef, dit chirurgien-major des troupes, qui résidait habituellement à Montréal, exerçait de par son brevet des fonctions triples: il était chirurgien de toute l'armée, chirurgien de la place et chirurgien des habitants. Ceux des deux autres places, Québec et Trois-Rivières, comme lui soignaient les habitants et les soldats.

1 — *Les Chirurgiens-majors.*

Ailleurs cependant, dans d'autres colonies, on tenait pour douteux le droit des chirurgiens-majors à exercer en dehors de l'armée et on voulut en conséquence leur faire interdire toute pratique civile. Ces prétentions, portées à la Cour, furent rejetées. Le 23 août 1723, le roi rendait une ordonnance « sur l'exercice de

la chirurgie dans les colonies par les chirurgiens-majors brevetés, et l'examen des aspirants à exercer la chirurgie par les dits chirurgiens-majors ». Avant d'en citer le texte, remarquons qu'elle concernait les chirurgiens-majors brevetés par le roi, non ceux qui ne détenaient leur brevet que de l'intendant.

> Sa Majesté étant informée que les Chirurgiens établis dans ses Colonies, prétendent que les Chirurgiens-Majors des troupes, ayant brevet de Sa Majesté, sont obligés de subir un examen devant eux, et de se faire recevoir dans les Colonies pour pouvoir exercer l'Art de Chirurgie pour le Public; voulant ne point priver les Habitants de secours, et Sa Majesté désirant pourvoir, non seulement à ce qu'il ne soit plus fait de pareilles difficultés aux Chirurgiens-Majors des troupes des dites Colonies, mais encore remédier aux abus qui pourraient naître à l'occasion des Sujets qui se présentent dans les dites Colonies pour exercer la Chirurgie; Elle a ordonné et ordonne que les Chirurgiens-Majors de ses troupes, pourvus par brevet de Sa Majesté, seront examinateurs-nés, conjointement avec le Médecin de Sa Majesté aux dites Colonies, de tous les Sujets qui se présenteront pour s'y établir, lesquels seront par eux examinés avec les autres Chirurgiens des dites Colonies; veut et entend Sa Majesté que les dits Chirurgiens-Majors puissent exercer la Chirurgie pour le Public lorsqu'ils seront appelés, et qu'ils pourront y vaquer, sans manquer au service qu'ils doivent aux troupes; et qu'en conséquence leurs rapports soient reçus en Justice, de même que ceux des autres Chirurgiens; faisant Sa Majesté très expresses inhibitions et défenses aux dits Médecins, Chirurgiens-Majors et autres Chirurgiens établis dans les autres Colonies, d'exiger, pour raison des examens et réceptions qui seront faits à l'avenir des dits Chirurgiens, aucun droit de bienvenue ni repas, sans quelque dénomination ou prétexte que ce puisse être, nonobstant tous Arrêts, Règlements et Usages à ce contraire.

Cette ordonnance ne fut pas appliquée chez nous parce que, comme nous l'avons dit, les chirurgiens civils ne tentèrent jamais de résister aux empiètements des chirurgiens militaires. Mais s'ils s'étaient mis en tête de le faire, l'ordonnance de 1723 eût sûrement été invoquée. Retranchés derrière cette autorité, les chirurgiens des troupes auraient été en plus nantis d'un droit d'examen sur les chirurgiens de la colonie.

2 — *Les Fraters.*

L'ordonnance de 1723 ne concernait que les chirurgiens-majors brevetés par le roi. Elle ne disait rien des *fraters,* ces barbiers-chirurgiens bêtes noires des majors, toujours prêts à « prendre du galon » dans l'armée et à se donner la qualité de chirurgiens dans le civil. L'article XCV des Statuts et Règlements généraux du 24 février 1730 les confinait expressément au service de la troupe. Il ne modifia en rien cependant les habitudes de nos *fraters,* ce dont il faut se réjouir, car autrement les villes et les paroisses eussent été fort dépourvues.

> Défenses à tous Particuliers, Chirurgiens-Soldats servant dans quelques Régiments ou Compagnies que ce soit, d'exercer la Chirurgie, lorsqu'ils seront dans une ville, si ce n'est pour les Soldats des Régiments. Il leur est pareillement fait défenses d'avoir des Garçons ni d'autres demeures que celles du quartier de leurs Compagnies; comme aussi d'autres marques extérieures de Chirurgiens que celles d'un seul Bassin attaché à la fenêtre de leur Chambre sans aucune saillie, indication ni autre étalage; et en cas que leur logement soit marqué dans une Boutique ou Salle basse qui ait vue sur la rue, ils ne pourront exposer dehors aucun Bassin, ni avoir à l'ouverture des Salles ou Boutiques aucune marque extérieure de Chirurgien; et sera l'ouverture, d'un seul chassis de papier posé sur l'appui en-dedans, avec un seul carreau de verre de la grandeur d'un pied en quarré, sans que les Chirurgiens-Soldats puissent avoir dans la Boutique, Salle ou Chambre aucunes portes vitrées, ni que personne puisse y travailler en leur absence; le tout à peine de trois cents livres d'amende, et de plus grande peine s'il y échet.

D — *Les Chirurgiens établis.*

Sous ce chef nous réunirons quelques actes relatifs aux chirurgiens civils, à la médecine légale et aux sages-femmes. Mais disons d'abord un mot de la pratique de la médecine. Puisqu'il n'y avait pas de docteurs en médecine dans la Nouvelle-France, nulle part sauf à Québec, comme nous l'avons déjà expliqué, qui faisaient les fonctions de docteurs? C'étaient surtout les chirurgiens, mais aussi quelques membres du clergé et des particuliers qui

mêlaient au folklore médical apporté de France des connaissances acquises des Sauvages et d'autres remèdes empiriques. « Tout le monde en Canada est médecin et le plus ignorant en compromis avec le plus habile », s'écriait Joseph Benoist en refusant le brevet de médecin du roi, qu'il avait pourtant sollicité.

Cet état de chose allait à l'encontre des défenses royales et n'eût pas été toléré en France. La déclaration de Louis XIV en date du 19 juillet 1696, par exemple, stipulait expressément que « nul ne pouvait exercer la médecine s'il n'avait été reçu docteur en quelque université ». Mais les docteurs manquaient absolument au Canada! Alors, dans une situation aussi anormale il fallait tolérer forcément une pratique médicale irrégulière.

1 — *Les Chirurgiens civils.*

Quelques articles des Statuts et Règlements généraux de 1730 s'appliquaient également au royaume et aux colonies. Le premier concernait les droits et prérogatives du Premier Chirurgien du Roi et de ses lieutenants.

> Les Statuts, Privilèges et Ordonnances accordés au Premier Chirurgien du Roi, ses Lieutenants et Commis; Arrêts et Règlements donnés en vertu d'iceux, seront observés: en conséquence le Premier Chirurgien du Roi, en qualité de *Chef et Garde de Chartes, Statuts et Privilèges de la Chirurgie*, continuera par lui, ou par ses Lieutenants d'exercer sa *jurisdiction* sur toutes les Communautés de Chirurgiens du Royaume, sans exception d'aucune Province, ni *Colonies;* comme aussi sur tous les Chirurgiens non établis en Corps de Communautés, et d'avoir *ses droits utiles* à chaque réception d'Aspirant.

Par l'article IX les chirurgiens de Québec avaient la faculté de se grouper en communauté, puisqu'un lieutenant du Premier Chirurgien du Roi exerçait ses fonctions dans cette ville. Mais, nous l'avons déjà signalé, il n'exista jamais de Communauté de Chirurgiens à Québec. L'obstacle le plus grand à la formation d'une telle communauté, comme d'ailleurs à l'avancement de la profession de chirurgien, fut toujours le manque d'hôpitaux civils, c'est-à-dire d'institutions non seulement consacrées au service de la population civile seule, mais constituées par des praticiens civils dans leurs cadres chirurgicaux. L'Hôtel-Dieu restait avant tout établissement militaire et de marine, régi sur ce pied par le roi et pour le roi, d'où son nom *d'hôpital du roi.* Son administration relevait de l'intendant; le « bureau médical » en était à la nomination du ministre; on y soignait la troupe et les gens de mer de préférence aux habitants. Cette situation prévalait dans toutes les colonies, au Canada comme en Louisiane et à l'Ile Royale. C'était éminemment de la médecine d'état. Il aurait donc fallu aux chirurgiens de Québec un hôpital où le contrôle des services de chirurgie leur eût appartenu entièrement, avec un service de médecine dirigé par un docteur en médecine. Libérés de ces deux fonctionnaires, le médecin du roi et le chirurgien du roi, n'ayant pas non plus à partager leur clientèle avec les chirurgiens de l'armée et avec ceux de la marine, groupés enfin en communauté sous l'autorité du lieutenant du Premier Chirurgien du Roi, ils auraient évolué en toute autonomie; surveillant eux-mêmes les intérêts de leur profession, améliorant la pratique de leur art et, partant, l'enseignement qu'ils dispensaient à leurs apprentis. Voici cet article IX:

> Dans toutes les Villes où il y aura un Lieutenant du Premier Chirurgien, le Lieutenant et les Maîtres Chirurgiens de ces Villes formeront, en vertu des présents Statuts, une Communauté qui aura les mêmes Privilèges que les autres Communautés.

Les articles XXXIII et XXXIV concernaient les apprentis et les aspirants à la maîtrise.

> Aucun des Maîtres d'une Communauté ne pourra avoir plus d'un Apprentif à la fois, et ne lui sera libre d'en prendre un second que deux années après avoir pris le premier, à moins que le premier ne soit sorti pour juste cause, ou n'ait quitté son Apprentissage; et sera l'*Apprentif obligé de demeurer chez le Maître*, à peine de nulleté de son Apprentissage.

Quant à l'aspirant, avant d'être reçu maître il devait avoir été l'apprenti d'un maître reconnu, et continuer ensuite à travailler pendant trois ans sous un maître de la ville, ou pendant deux ans sous un chirurgien-major des armées, ou pendant deux ans dans un hôpital du roi, ou pendant un an soit à l'Hôtel-Dieu de Paris, soit aux Invalides, soit à la Charité de Paris.

Un dernier article des Statuts enfin touchait à la déontologie.

> Il est enjoint, sous les peines portées par les Ordonnances et Règlements, à tous Maîtres Chirurgiens qui seront appelés pour visiter les Blessés ou Malades, d'en faire donner avis aux Curés des Paroisses dans lesquelles ils demeureront, ou aux Prêtres par eux préposés, aussitôt que leurs maladies ou blessures paraîtront dangereuses.

Cet article étendait aux chirurgiens les défenses du 8 mars 1712 portées contre les médecins « qui n'ont pas averti les malades de se confesser ou qui ont continué à les voir sans qu'ils se soient confessés ».

Le 23 avril 1743, le roi faisait une déclaration qui fut saluée comme un événement libérateur par toutes les communautés de France, bien qu'elle ne concernât que la Communauté des Maîtres-Chirurgiens de Paris. Cette déclaration signala la reprise des hostilités entre les chirurgiens et la Faculté de Paris. Arrêts et factums se multiplièrent; il en vint jusqu'au Canada. Verrier, procureur du roi à Québec, possédait douze de ces imprimés dans sa bibliothèque (17).

La déclaration de 1743 élevait le métier de chirurgien au niveau de profession libérale. Désormais, tout aspirant devait être maître ès-arts. Défense était faite aux chirurgiens de pratiquer la barberie et aux barbiers d'exercer la chirurgie. En 1756, les privilèges accordés aux chirurgiens de Paris, de même que les défenses qui touchaient l'exercice de leur profession, furent étendus à tous les chirurgiens au royaume.

La situation des chirurgiens ne changea pas du jour au lendemain. Il faut du temps aux lois pour modifier les mœurs. La déclaration de 1743, comme les lettres-patentes de 1756, devait, pour avoir son plein effet, changer des habitudes, des manières de penser, des usages, des préjugés qui duraient depuis des siècles. Pendant longtemps donc des barbiers s'adonnèrent encore à la chirurgie, des chirurgiens firent le poil et la barbe, et les docteurs en médecine continuèrent à se considérer à cent coudées au-dessus des chirurgiens.

Voici la déclaration de 1743:

> *Article I* — Aucun de ceux qui se destinent à la Profession de la Chirurgie, ne pourra à l'avenir, et à compter du jour de l'enregistrement de notre présente Déclaration, être reçu Maître en Chirurgie pour l'exercer dans notre bonne Ville et Fauxbourgs de Paris, s'il n'a obtenu le grade de Maître-ès-Arts dans quelqu'une des Universités approuvées de notre Royaume, et s'il ne justifie préalablement de cette qualité par la représentation de ses Lettres expédiées en bonne forme, auxquelles seront annexées ses attestations de temps d'étude; Voulons qu'il soit fait mention tant des dites Lettres de Maître-ès-Arts que des dites attestations dans les Lettres de Maître Chirurgien qui lui seront accordées; le tout à peine de nullité de sa réception et des Lettres obtenues en conséquence.
>
> *Article II* — N'entendons néanmoins que la disposition de l'Article précédent ait lieu à l'égard de ceux qui se sont fait immatriculer, pour se présenter aux examens, et aux autres épreuves établies par les Statuts des Chirurgiens de notre dite Ville et Fauxbourgs de Paris, pour parvenir à la Maîtrise; ni pareillement à l'égard de ceux qui servent actuellement dans les Hôpitaux de la dite Ville et Fauxbourgs de Paris pour y gagner la Maîtrise. Voulons que les uns et les autres soient admis suivant l'usage ordinaire, s'ils sont trouvés suffisants et capables, encore qu'ils n'aient pas la qualité de Maître-ès-Arts.
>
> *Article III* — Voulons que tous ceux qui auront été reçus Maîtres Chirurgiens pour en faire la fonction dans la Ville et Fauxbourgs de Paris, soient tenus de l'exercer sans mélange d'aucun Art non libéral, commerce ou Profession étrangère au dit Art; au moyen de quoi ils jouiront des mêmes droits, honneurs et privilèges dont les Chirurgiens de Saint-Côme étaient en possession avant l'union du corps des Barbiers à celui des dits Chirurgiens, ordonnée par Lettres-Patentes du mois de Mars 1656.
>
> *Article IV* — Voulant expliquer nos intentions

sur la dite union, ordonnons que tous ceux des Chirurgiens de notre bonne Ville et Fauxbourgs de Paris, qui voudront renoncer au droit d'exercer la Barberie, seront tenus d'en faire leur déclaration par écrit, et signée d'eux en présence de notre Premier Chirurgien ou de son Lieutenant, après quoi, il ne leur sera plus permis de faire l'exercice de la Barberie, à peine contre les contrevenans d'être déchus des Lettres de Maîtrise par eux obtenues.

Article V — N'entendons empêcher que ceux qui n'auront pas fait la dite déclaration ne continuent d'exercer la Chirurgie et la Barberie conjointement pendant leur vie, ainsi qu'ils l'ont fait ou pu faire jusqu'à présent en conséquence des dites Lettres-Patentes du mois de Mars 1656. Voulons, qu'après la mort du dernier des dits Chirurgiens, les dites Lettres-Patentes cessent d'avoir leur effet, et qu'il ne puisse y avoir dans notre dite Ville et Fauxbourgs de Paris aucun Barbier-Chirurgien.

Article VI — Après que la Profession des Barbiers-Chirurgiens aura été ainsi totalement éteinte, Ordonnons que l'exercice de la Barberie appartienne exclusivement à la Communauté des Maîtres Barbiers-Perruquiers Baigneurs-Etuvistes établie dans notre dite Ville et Fauxbourgs de Paris, lesquels ne pourront exercer aucune partie de la Chirurgie, à peine de privation de leurs Charges, et de telle amende qu'il appartiendra.

Article VII — Confirmons au surplus et maintenons notre premier Chirurgien et son Lieutenant en la Chirurgie dans la possession et jouissance de tous les droits, prééminences, prérogatives, fonctions et privilèges attachés à la Charge de notre premier Chirurgien, et à la place de son Lieutenant, en ce qui concerne l'Art de la Chirurgie et ses dépendances, dont notre dit premier Chirurgien demeurera le Chef ainsi que par le passé. Voulons aussi que notre dit premier Chirurgien continue de jouir de tous les droits, fonctions, prérogatives et privilèges dont il est en possession, en ce qui regarde l'exercice de la Barberie, et de la profession de Perruquier-Baigneur-Etuviste, et ce, sous le titre *d'Inspecteur et Directeur-Général par Nous commis;* lui enjoignons de veiller à ce qu'aucun des dits Corps n'entreprenne sur l'autre. (18)

2 — *La Médecine légale.*

C'est l'ordonnance royale sur la procédure criminelle, de 1670, qui réglait les expertises médico-légales nécessaires à la justice, comme aussi l'application de la question ordinaire et extraordinaire. On suivait chez nous les instructions de cette ordonnance pour les rapports en justice. Nous le savons par une lettre de l'intendant Hocquart, en date du 28 septembre 1739, qui, expliquant au ministre que l'emploi de *commis aux rapports* est inutile dans la colonie, ajoutait: « Quand la nécessité le demande, et cela est très rare, les juges se conforment à ce qui est prescrit par l'Ordonnance criminelle, au titre des Rapports des médecins et chirurgiens ».

Ce titre, dont parle Hocquart, est le cinquième de l'ordonnance et se divise en trois articles.

Article I — Les personnes blessées pourront se faire visiter par médecins et chirurgiens qui affirmeront leur rapport véritable, ce qui aura lieu à l'égard des personnes qui agiront pour ceux qui seront décédés; et sera le rapport joint au procès.

Article II — Pourront néanmoins les juges ordonner une seconde visite par médecins ou chirurgiens nommés d'office, lesquels prêteront le serment dont sera expédié acte, et après leur visite, en dresseront et signeront sur-le-champ leur rapport pour être remis au greffe et joint au procès, sans qu'il puisse être dressé aucun procès-verbal, à peine de cent livres d'amende contre les juges moitié vers nous, moitié vers la partie.

Article III — Voulons qu'à tous les rapports qui seront ordonnés en justice, assiste au moins un des chirurgiens commis de notre premier médecin ès lieux où il y en a, à peine de nullité des rapports. (19)

Pour comprendre l'article III il faut savoir qu'un édit de janvier 1606 permettait « au Premier Médecin du Roi de commettre des chirurgiens pour faire les visites et rapports des malades et blessés ». Une déclaration du roi, en date du 22 août 1671, confirmait ce droit au Premier Médecin.

Par un édit de février 1692 cependant, les privilèges du Premier Médecin du Roi étaient révoqués et des chirurgiens-jurés héréditaires créés « pour faire les visites et rapports dans les villes et bourgs ». Il devait y en avoir deux dans les villes ayant parlement, évêché, présidial, un seulement dans les autres villes et bourgs.

Hocquart se trompait en assurant que la nécessité des rapports en justice était très rare et, sans nous prononcer sur les capacités de Jourdain Lajus, nous dirons que ce chirurgien avait raison de demander la création d'une charge de *commis aux rapports* à Québec.

C'est pour n'avoir pas suivi les règles de procédure telles qu'indiquées dans l'ordonnance de 1670, que Fleury Deschambault, lieutenant général de Montréal, fut relevé de ses fonctions de juge en 1703.

Au mois de juin, cette année-là, un nouveau-né ayant été trouvé mort sur la grève de la Pointe-aux-Trembles, une femme mariée du nom de Louise De Saintes, dont le mari, Bertrand Arnault, vivait à Détroit depuis deux ans, fut soupçonnée d'infanticide. Le 21, sur les onze heures du soir, Raimbault, substitut du procureur du roi, se présente chez elle de la part du lieutenant général, avec Le Pailleur, notaire et huissier, et Frontigny-Méchin, huissier. Le chirurgien Antoine Forestier et la sage-femme Marie Lancognet les accompagnaient. Suivait aussi un détachement de trois ou quatre soldats, pour leur prêter main forte au besoin. Une vraie situation à la Maupassant, une situation toute faite pour un conte drolatique! Raimbault nous fait songer au brigadier Sénateur et à son gendarme Lénient. Sauf qu'ici ce n'est pas le lapin de Maître Lecacheur, *l'gros gris,* qu'on cherchait.

Le substitut trouva la dame Arnault au lit, malade de la picote depuis six jours. On s'assit et on fit la jasette. Vers une heure après minuit, Raimbault se décide enfin à faire connaître à son hôtesse ce qui l'amène avec la troupe à une heure aussi insolite. Il y a des indices qu'elle a accouché dernièrement et que le nouveau-né recueilli sur la grève est son propre enfant. Et pour s'assurer de la vérité du fait, le sieur Forestier et la sage-femme vont pratiquer leur examen séance tenante.

A ces paroles Louise De Saintes « s'écria avec toute la force de voix qui lui restait, qu'elle demanderait justice de l'insigne affront qu'on lui faisait. Alors le dit Raimbault lui dit qu'elle ne devait pas s'alarmer et que, pourvu qu'il eût un rapport du chirurgien et de la sage-femme en sa faveur, il serait content. Mais comme elle vit que ce rapport ne pouvait être donné qu'en souffrant cette honteuse visite, elle s'y résolut d'autant mieux que, connaissant son innocence et pour confondre ses parties [adverses], elle ne crut pas s'y devoir opposer, protestant toujours d'en demander justice. En effet, le dit chirurgien et la dite sage-femme visitèrent la dite De Saintes comme il leur plut et comme il plut au dit Raimbault, ce qui augmenta tellement sa fièvre qu'elle pensa mourir la même nuit ».

Ces messieurs de la justice ne furent pas longs à s'apercevoir qu'ils avaient commis un impair, car en plus d'être innocente, la dame Arnault se trouvait des mieux apparentées. L'affaire fut portée devant le Conseil supérieur, qui suspendit le juge de ses fonctions pour un mois. Et ces vacances forcées, on lui recommandait, comme à un écolier qui n'a pas appris sa leçon, de les consacrer à l'étude des ordonnances. « Il sera tenu, concluait le jugement, d'étudier les ordonnances de Sa Majesté et le style sur icelles, touchant l'instruction des matières criminelles ».

L'ordonnance de la marine, du mois d'août 1681, dont nous avons cité plus haut les articles relatifs aux chirurgiens de vaisseaux, touchait à un point de médecine légale, l'examen des noyés. Cet examen était de la compétence des juges de l'amirauté. Le rapport médico-légal devait être fait par le chirurgien-juré de l'amirauté. A son défaut, le cadavre était visité par un autre chirurgien, nommé d'office et assermenté; puis il était enterré dans la paroisse du lieu où on l'avait trouvé. « Feront la levée des corps noyés, disait l'article VIII du titre II (livre I), et dresseront procès-verbal de l'état des cadavres trouvés en mer, sur les grèves ou dans les ports; même de la submersion des gens de mer, étant à la conduite de leurs bâtiments dans les *rivières navigables* ».

3 — *Les Sages-femmes.*

Une ordonnance épiscopale réglait le choix et l'assermentation des sages-femmes dans les paroisses de la colonie. Nous en ignorons la date et si elle émanait de Mgr de Laval ou de Mgr de Saint-Vallier. C'est l'extrait suivant des registres de Boucherville qui nous la fait connaître:

> Acte de serment qu'a fait, en ma présence, Catherine Guertin, sage-femme.
>
> Aujourd'hui, le douzième jour du mois de février de l'année mil sept cent treize, Catherine Guertin, femme de Denis Verono, de cette paroisse, âgée d'environ 46 ans, a été élue dans l'assemblée des femmes de cette paroisse, à la pluralité des suffrages pour exercer l'office de sage-femme et a fait serment entre mes mains conformément à l'ordonnance de Monseigneur l'évêque de Québec, en foi de quoi j'ai signé, ce 12 février 1712 (*sic*). — C. DAUZAT, ptre.

E — *Les Hôpitaux.*

Nous parlerons succinctement ici des hôtels-Dieu de la colonie, de la Charité de Louisbourg et des hôpitaux ambulants.

1 — *Les Hôtels-Dieu de la colonie.*

Ça été le souci constant des rois de France de fonder des hôpitaux dans leur royaume. Un édit de 1662 portait « qu'il sera établi un hôpital en chaque ville et bourg du royaume pour les pauvres malades, mendians et orphelins ». Chez nous, c'est dès les commencements de la colonie que des institutions hospitalières virent le jour.

Les trois hôpitaux du roi servaient à la population civile et à l'armée; mais le soldat avait préférence sur l'habitant, surtout en temps de guerre ou d'épidémie. L'Hôtel-Dieu de Québec était en outre hôpital de port, comme la Charité de Louisbourg. Tous ces hôpitaux, administrés par l'intendant ou par le commissaire-ordonnateur, obéissaient aux ordonnances qui réglaient en France le fonctionnement des hôpitaux du roi. Parlant des Religieux de la Charité, le commissaire-ordonnateur Prévost écrivait au ministre le 27 octobre 1753: « Il est nécessaire de les contenir dans les règles établies dans les hôpitaux de Sa Majesté et que l'administration de celui-ci soit suivie en conformité des ordonnances de la Marine qui sont expresses à cet égard ».

Si l'on en croit Joseph Benoist, chirurgien-major des troupes, les Religieuses de Montréal ne se souciaient guère, pour ce qui regardait le service médical, d'observer les ordonnances du roi. Il mandait un jour au ministre: « Mon fils qui fait les fonctions de mon emploi quand je suis indisposé, ces Dames veulent l'obliger que ce soit lui qui donne les anodins quand il [en] est ordonné, ou son garçon chirurgien, pendant qu'elles ont un garçon apothicaire qui est pour cela. J'ai représenté plusieurs fois à Madame la Supérieure que ce n'était point les intentions du roi, qu'elle n'avait qu'à lire les ordonnances à ce sujet. Elle m'a toujours répondu qu'elle n'en connaissait point auxquelles elle fût sujette, que quand le roi leur donnerait mille écus de rente, que pour lors cela ferait une différence ».

Parmi les ordonnances de la marine c'est surtout celle du 13 avril 1689 qui concernait les hôpitaux des armées navales et ceux des ports, leur administration et leur fonctionnement.

Le titre I du livre XX était consacré aux navires-hôpitaux qui suivaient les escadres. Le titre VII se rapportait aux fonctions du chirurgien-major des ports. Il touche par conséquent tous les chirurgiens que le roi a entretenus à Québec et ceux de Louisbourg, Lagrange et Bertin. Selon ce titre VII, le chirurgien-major « devait panser avec soin tous les officiers mariniers entretenus, gens des équipages et ouvriers servant dans les ateliers, soit qu'ils fussent dans des maisons particulières, dans l'intérieur de l'hôpital ou à la boutique que le roi prescrivait d'entretenir dans le port; il devait se trouver deux fois par jour avec le médecin pour le pansement des blessés ».

Les troupes de la colonie relevaient du ministère de la marine, d'où leur nom de troupes de la marine. Les ordonnances de la marine

s'appliquaient donc à elles, celle de 1689 en particulier, qui précisait la juridiction des officiers dans les affaires criminelles concernant ces troupes. Rapportons un procès au cours duquel elle fut invoquée.

En décembre 1714, Jean d'Aillebout d'Argenteuil et un autre officier, Louis-Hector de Malleray, parent, notons-le en passant, de Picoté de Belestre docteur-régent de la Faculté de Paris et fondateur de sa bibliothèque, se battaient en duel en pleine rue de Montréal. Malleray, blessé à mort, fut porté à l'Hôtel-Dieu et pansé par Joseph Benoist. Il expirait le lendemain. Aux termes de l'ordonnance de 1689, l'affaire n'était aucunement du ressort des tribunaux civils. « Comme il n'y a point de partie [adverse] contre le dit Sieur d'Argenteuil, écrivaient Bégon et Ramezay au ministre le 15 novembre 1715, le major de la place a informé le même jour de ce crime en conséquence de l'ordonnance de 1689, livre 4, titre 1er, art. 21, portant que les officiers de marine connaîtront les crimes entre les officiers, matelots et soldats ».

Cependant, les officiers de la justice civile avaient voulu instruire le procès. Le juge et le procureur du roi étaient toujours Fleury Deschambault et Raimbault, que nous avons vus mêlés naguère à cette affaire d'infanticide. Ils ne paraissent pas avoir été plus au fait des ordonnances à cette date que dix ans auparavant. Le 26 mars 1715, le Conseil supérieur leur enjoignait de se désister de la poursuite.

Voici les trois actes principaux d'après lesquels l'administration et le fonctionnement de nos maisons hospitalières se réglaient:

a — *Ordonnance du 10 juillet 1691.* Disposition sur le séjour des militaires aux hôpitaux.

b — *Règlement du 12 décembre 1698.* Sur l'administration des hôpitaux.

c — *Ordonnance du 20 avril 1717.* Sur les hôpitaux et les soldats malades.

On verra par le détail, dans les chapitres que nous consacrons à l'Hôtel-Dieu de Québec, comment fonctionnait un hôpital du roi au Canada.

2 — *La Charité de Louisbourg.*

Les Hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu, dits Frères de la Charité, pratiquaient la médecine, la chirurgie et l'apothicairerie. Par lettres-patentes en date du mois d'août 1628, Louis XIII les avait autorisés à soigner « ceux qui sont affligez de fièvres chaudes, de la pierre, gravelle, ruptures, descentes de boyaux, et membres pourris et gâtez » (20).

En France, ils possédaient 34 hôpitaux; leur couvent de Paris constituait la maison-mère de l'ordre. Ils avaient aussi en Amérique plusieurs établissements: un à la Guadeloupe, un à la Martinique, deux à Saint-Domingue (au Cap Français et à Léogane).

En 1716, trois membres de l'ordre sont à l'Ile Royale (Cap Breton) et servent en qualité de chirurgiens à Louisbourg, à Port-Dauphin et à Port-Toulouse. L'année suivante, celui de Port-Toulouse rejoignait son confrère de Louisbourg et peu après, Descouts ayant été nommé chirurgien entretenu à Port-Dauphin, les trois Religieux se trouvèrent réunis à l'hôpital de Louisbourg, que l'ordre dirigea jusqu'à la prise définitive de la ville en 1758. Les lettres-patentes qui établissaient les Hospitaliers à l'Ile Royale leur avaient été accordées en 1716 (21).

Comme en France, les Frères de Louisbourg pouvaient pratiquer sur leurs malades, qui n'étaient que du sexe masculin, « toutes les opérations nécessaires pour leur entière et parfaite guérison ».

Une fois nommé à la charge de Premier Chirurgien du Roi, Georges Mareschal, qui de ce fait se trouvait nanti des prérogatives de chef de la chirurgie du royaume, voulut interdire les opérations de chirurgie aux Frères de la Charité. Après de longs procès mêlés de polémiques acerbes, il obtenait enfin, le 24 juin 1724, un arrêt du Conseil d'Etat qui défendait aux Religieux « de pratiquer la taille et les autres opérations de chirurgie ». Cet arrêt fut rendu exécutoire par lettres-patentes de Louis XV en septembre de la même année. Par ces lettres il était fait « très expresses inhibitions et dé-

fenses à tous les frères de la Charité qui sont établis dans notre royaume, pays, terres et seigneuries de notre obéissance, d'exercer l'art de chirurgie, ni de faire aucunes opérations, soit dans les maisons particulières, soit dans les hôpitaux, en quelque manière et sous quelque prétexte que ce puisse être, à peine contre les supérieurs qui l'auront souffert d'être traités comme désobéissants et rebelles à nos ordres, et, contre les contrevenants, de confiscation de leurs instruments et ustensiles servant à la chirurgie, et sous telles peines qu'il appartiendra ».

Les Frères de Saint-Jean-de-Dieu s'inclinèrent devant la volonté royale. En 1725, le lithotomiste Ledran était nommé chirurgien en chef de leur hôpital de Paris. Sauveur Morand, petit-neveu de Mareschal, succéda à Ledran en 1730. C'est sous Morand que Claude Benoist, de Montréal, étudia la chirurgie pendant trois ans.

Partout en France des laïcs remplacèrent les Religieux à la tête des services de chirurgie. Certains de ces praticiens se feront remarquer par leur science et leur habileté. La Charité de La Rochelle, pour signaler un exemple qui se rattache à notre histoire, eut comme chirurgien en chef Jacques-Simon Goujaud, prévôt de la Corporation des Chirurgiens, professeur et démonstrateur à l'Ecole de Chirurgie et chirurgien du roi. Le père de Goujaud, qui était maître-apothicaire, avait épousé Madeleine-Elisabeth Levasseur, originaire de Québec. Jacques-Simon Goujaud eut un fils qui fut médecin et qui a laissé un grand nom dans l'histoire de l'Amérique du Sud. Il explora ce continent avec le savant allemand Humboldt, qu'il avait connu chez Corvisart, et il mourut au Brésil comblé d'honneurs.

Vers la même époque servait aussi à la Charité de La Rochelle Charles-René Girard de Villars, doyen du Collège des Médecins, savant naturaliste, ami de Réaumur et ancien correspondant de Gauthier de Québec, qui lui avait fourni des oiseaux, des poissons, divers animaux du Canada pour ses cabinets d'histoire naturelle.

A Louisbourg, les Frères de la Charité continuèrent à pratiquer la chirurgie. « Ils sont uniquement occupés à traiter et razer les habitants et les particuliers de la ville, rapporte Saint-Ovide au ministre en 1726, ce qui fait que les soldats et matelots malades à l'hôpital sont presque toujours sans chirurgien ». En 1730, le supérieur refusait de laisser entrer le chirurgien-major Lagrange à l'hôpital pour y faire ses visites. Peu à peu cependant le commissaire-ordonnateur réussit à imposer aux Religieux un chirurgien du dehors et Lagrange, ensuite Bertin, tous deux sortis de Rochefort, furent chargés du service de chirurgie. Quant aux Frères, ils pratiquaient toujours, mais en seconds, comme aides-chirurgiens, sous la surveillance du chirurgien-major.

3 — *Les hôpitaux ambulants.*

Dès 1629 une ordonnance royale prescrivait « qu'à la suite des armées seront entretenus des hôpitaux pour secourir les soldats en leurs blessures ou maladies ». Le règlement général du 1er janvier 1747 organisait sur un pied nouveau le service de santé des armées de terre. Les services de médecine et de chirurgie dans les troupes qui viendront au Canada en 1755 seront affectés par ce règlement.

Pendant la Guerre de Sept Ans, la régie des hôpitaux ambulants sera donnée à *l'entreprise*, sous la direction du commissaire des guerres, comme cela se pratiquait en France. On alla même plus loin. Copiant ce qui se faisait dans certaines provinces, dans le Roussillon par exemple, c'est à un chirurgien-major qu'on accorda *la gestion à l'entreprise* des services hospitaliers. Cet entrepreneur, André Arnoux, devait voir à la fourniture des remèdes, des aliments, des ustensiles, même à l'engagement des chirurgiens.

Voilà les plus importants des actes relatifs à la médecine au Canada sous le régime français. Ils englobent les trois classes de praticiens qui exerçaient dans la colonie: les chirurgiens qui étaient établis et ceux des armées de terre et de la marine, qui ne l'étaient pas. Il eût convenu de s'étendre davantage sur les chirurgiens militaires, car c'est parmi eux que nos chirurgiens se recrutaient surtout. Et sur les hôpitaux, dont le fonctionnement conforme à celui des hôpitaux de France obéissait aux mêmes règlements. Mais ce sommaire historique suffit amplement pour l'objet qui nous occupe.

(*à suivre*)

EN DEVOIR

MAINTENANT, AGISSONS!

La formation des Services Médicaux Trans-Canada fut le sujet discuté le plus important lors des assises du 82e congrès annuel de l'Association Médicale Canadienne, tenues à Montréal. Cette proposition fut aussi populaire qu'elle est importante. Des journaux renommés, parmi ceux-là mêmes qui avaient critiqué notre attitude passée à l'égard de la médecine sociale, ont fait des éloges de cette nouvelle réalisation. L'honorable Premier Ministre lui-même a bien accueilli cette nouvelle en disant: « Ce serait la solution la plus heureuse si la profession médicale acceptait l'administration et la responsabilité d'un plan qui donnerait des soins médicaux payés d'avance à tout Canadien qui en a besoin. » Le Ministre de la Santé et du Bien-Etre Social ajouta en parlant des services médicaux organisés dans tout le Canada, que ce projet peut être considéré « comme un effort réel et sincère de la profession médicale pour résoudre un problème dont elle réalise l'importance autant que nous. »

Les efforts considérables de la profession en regard d'un plan d'assurances sociales pour la santé ont souvent été méconnus. Il est donc agréable cette fois de recevoir des compliments de partout. Tout de même l'on ne peut s'arrêter aux félicitations. La presse et le gouvernement nous donneront des éloges aussi longtemps que nous continuerons nos efforts pour atteindre le but proposé. En constituant des Services Médicaux Trans-Canada nous avons en mains une entreprise de longue envergure. Nous avons donné aux Canadiens un plan encore incomplet, mais un plan qu'ils désirent voir réaliser. C'est à nous maintenant d'agir.

Un travail immense

Ce sera très difficile et le public n'est pas au courant de la difficulté que suscite un projet aussi élaboré. Voilà pourquoi certaines gens diront peut-être « Vous nous avez promis telle ou telle autre chose, mais qu'avons-nous? » D'aucuns s'attendront sans doute de recevoir plus d'avantages du Service Médical Trans-Canada que celui-ci est en mesure de leur donner immédiatement.

Le Service Médical Trans-Canada n'est pas actuellement un plan complet et national pour des soins médicaux payés d'avance à tous les Canadiens bien que ce soit le but visé. Quel est alors le Service Médical Trans-Canada maintenant? Il s'agit d'un comité d'organisation avec des membres comprenant sept organismes sanitaires sous la direction de médecins engagés par les gouvernements provinciaux. Nous espérons que les deux organismes pour les soins médicaux dans les provinces de Québec et des Maritimes, sous la direction des associations d'hôpitaux, se joindront bientôt au Service Médical Trans-Canada. Ce nouveau groupement n'est pas une partie de l'Association Médicale Canadienne. Ce n'est pas la mission de l'AMC de s'occuper d'un plan d'assurance pour la santé, mais elle fera tout en son pouvoir pour aider le Service Médical Trans-Canada dans la poursuite de son but. Ce nouveau groupe d'ailleurs a été formé sous les auspices du Comité de l'AMC s'occupant de l'Economie Médicale. Dans une large mesure, le Service Médical Trans-Canada est le fruit du Président de ce comité, le Dr C. C. White de Chatham, Ontario. Notre part ne devient pas moindre maintenant que l'initiative a été lancée et que la responsabilité repose sur un groupe établi. L'Association Médicale Canadienne sera représentée dans le Service Médical Trans-Canada par l'entremise du Président du Comité s'occupant de l'Economie Médicale, le Dr Roy Richardson de Winnipeg où le groupe aura ses quartiers généraux.

Le Service Médical Trans-Canada aura peu d'effet actuellement pour le Canadien en général. De même qu'il est parfois difficile pour le gouvernement fédéral d'arriver à une entente complète avec les gouvernements provinciaux, de même le Service Médical Trans-Canada a eu et aura quelques difficultés dans l'unification des plans et des méthodes des organismes provinciaux qui constituent ses

membres. Ainsi, la valeur immédiate du Service Médical Trans-Canada peut paraître petite dans l'ensemble.

Quatre valeurs immédiates:

1. Les employeurs importants dans tout le pays pourront rédiger des contrats pour couvrir les employés dans plusieurs provinces par l'entremise du Service Médical Trans-Canada plutôt que par des services individuels. Ce fait devrait encourager une participation plus grande.

2. Un changement de province imposé aux gens rendra possible le transfert du contrat sans perte des privilèges établis par le plan.

3. Le Service Médical Trans-Canada peut agir pour donner des renseignements, des statistiques, et comme conseil administratif et adjoint aux organismes provinciaux.

4. Dans les discussions avec le gouvernement fédéral, le Service Médical Trans-Canada peut agir comme représentant de ces organismes.

Ce projet ne semble peut-être pas étonnant dans l'ensemble? Non, mais l'organisation immédiate du Service Médical Trans-Canada est plus importante pour le moment que ce qu'il peut accomplir. Le comité a travaillé depuis des années avant d'atteindre une solution semblable. Souvent la création d'un plan d'assurance de médecine sociale a semblé aussi loin à atteindre que l'organisation actuelle a dû sembler aux Pères de la Confédération. Comme pour le pays, le premier pas fut le plus difficile et ce sera ainsi pour le Service Médical Trans-Canada. Il y aura même des difficultés dans la suite. En essayant d'établir un plan d'assurance nationale de santé, nous devons penser à des sommes d'argent considérables, à des problèmes d'administration qui confondraient les directeurs les plus avisés d'une corporation importante, nous devons transiger avec des différences régionales qui doivent être reconnues et admises, et en plus nous devons transiger avec des millions de gens avec des millions d'opinions. Surtout, nous nous occupons d'un sujet qui ne pourrait souffrir des erreurs, la santé nationale.

Trop lent?

A la suite de toutes ces circonstances, notre progrès sera sans doute plus lent que nous l'espérons et certainement plus lent que les Canadiens le désirent. Quel sera le résultat? Serons-nous accusés d'inaction ou de fausse sincérité dans nos réclamations? Comment pourrions-nous accomplir une entreprise dont l'envergure dépasse nos mesures actuelles? Avons-nous trop entrepris?

Pour contrebalancer cette critique, voici deux réponses que nous pouvons offrir:

1. Nous pouvons tous individuellement et par l'entremise de nos organisations médicales, faire tout notre possible pour hâter la réalisation de notre projet dans le domaine de l'assurance pour la médecine sociale. Il s'agit donc pour chaque médecin d'être un ardent supporteur du Service Médical payé d'avance qui peut être disponible pour chacun de ses patients.

2. Nous devons essayer de renseigner le public au sujet des problèmes que nous confrontons dans la poursuite de notre but. Au fur et à mesure que nous progresserons, il faudra le dire au public mais par contre si nous subissons des difficultés et des retards, il faudra le dire aussi. Si le public comprend l'importance du travail que nous avons entrepris, il sera plus sympathique à l'égard de nos problèmes. En plus, le public peut réellement nous aider à atteindre notre but car ce problème concerne tous les gens du Canada. C'est à eux et aux gouvernements qui les représentent que le succès de ce plan profitera le plus.

Aucun antagonisme

Dans certains milieux, l'on semble croire que le Service Médical Trans-Canada était organisé pour accaparer la médecine sociale ou pour devancer le gouvernement dans ce domaine. Cela est vrai dans un sens limité. Les médecins canadiens croient qu'ils peuvent développer un meilleur système que si le Service Médical était sous l'égide des gouvernements. Nous ne désirons cependant combattre aucun gouvernement. Nous ne désirons pas non plus voir imposer un système de médecine so-

ciale aux médecins comme l'ont subi les médecins en Grande-Bretagne. Nous ne croyons pas d'ailleurs que les Canadiens croiraient recevoir des meilleurs soins médicaux sous un tel arrangement. Il ne s'agit pas non plus d'entreprendre un antagonisme comme il existe aux Etats-Unis entre les médecins et le gouvernement. Tout de même l'on ne peut nier que le gouvernement aura son mot à dire sur la forme finale de notre plan national d'assurance pour la santé. En parlant du Service Médical Trans-Canada, l'Honorable Premier Ministre a dit: « tous les services du gouvernement seront heureux de voir cette entreprise atteindre le succès, et de considérer quelle part le gouvernement peut fournir pour aider à l'accomplissement de ce projet et en faire bénéficier toute la population. » Notre politique énoncée demande que les gouvernements paient pour ceux qui sont incapables de payer leur prime d'assurance pour la santé. On ne peut donc nier au gouvernement le droit d'avoir son mot à dire dans ce domaine. Les médecins et les gouvernants cependant sont d'accord pour savoir ce qui est mieux pour la population dans le domaine de la santé.

Le Canada n'a pas besoin de suivre l'exemple de tout autre pays concernant l'assurance pour la santé. Peut-être que dans ce domaine, nous pourrons accomplir un fait très remarquable, celui de la coopération entre les médecins, les citoyens et les gouvernants, pour donner aux Canadiens les meilleurs soins médicaux dans le monde entier. Si ce but n'est pas atteint, au moins, il ne sera pas dit que les médecins n'ont pas essayé.

QUELQUES OPINIONS DE JOURNAUX

« Le plan d'assurance pour la santé proposé par l'Association Médicale Canadienne est très recommandable puisqu'il répond aux besoins du peuple pour des soins médicaux à des prix moins élevés... Il est agréable de remarquer que l'attitude de l'AMC envers le principe de la médecine sociale diffère radicalement de celle de l'Association Médicale Américaine » — *The Daily Star, Toronto.*

« Un plan aussi élaboré que le Service Médical Trans-Canada, bien qu'il offre un service utile et approprié, aidera par son administration même à augmenter le nombre de médecins et leur permettra de vivre convenablement dans toutes les régions du pays. Ce plan est beaucoup plus sage que l'adoption aveugle d'un plan de médecine sociale à la merci d'un parti politique. » — *The Globe & Mail, Toronto.*

« Si les médecins peuvent réussir à développer les Services Médicaux Trans-Canada pour atteindre toute la population du pays, la cause de la liberté médicale au Canada sera aussi protégée que la santé des gens. »

The Herald, Montreal.

« Par son geste, l'Association Médicale Canadienne reconnaît qu'il existe un domaine où les soins médicaux ne sont pas tout à fait aussi étendus qu'ils devraient l'être. Si ce besoin reçoit le support des médecins eux-mêmes, il existera moins de demandes pour que le gouvernement s'occupe de cette lacune. »

The Montreal Daily Star.

« L'attitude la plus encourageante et la plus intelligente à l'égard de la médecine d'Etat a été prise par les médecins Canadiens... Il existera beaucoup de difficultés à surmonter, mais l'acceptation du principe par lequel la profession accepte une protection réelle en faveur des Canadiens aux prises avec des dépenses médicales onéreuses, est un grand pas accompli... Sur la même base que l'assurance sur la vie, contre le feu et autres accidents, il est à espérer que nous pourrons compter sur la protection des traitements médicaux sans ajouter un autre service bureaucratique au gouvernement. Ce sera un triomphe si ce fait peut être accompli. » *The Hamilton Spectator.*

Ceux qui applaudissent aux progrès autonomistes de notre pays seront heureux d'apprendre qu'ils se manifestent comme ailleurs. dans le domaine médical par des initiatives de grande portée. Par exemple, l'établissement d'un organisme canadien pour déterminer les standards des hôpitaux, ou bien encore, la création d'un bureau spécial qui s'occupera d'appliquer un plan national capable de fournir à tous les Canadiens des soins médicaux plus satisfaisants, plus économiques, que ceux que pourrait donner une politique d'assurance-maladie patronnée par l'Etat.

L'Association Neurologique Américaine.

Séance des 21, 22 et 23 juin 1882.

Août 1882.

Présidence du docteur W. A. Hammond (New-York).

Le docteur Bannister, de Chicago, donne lecture d'une note sur les *symptômes de manie aiguë* se produisant durant le cours de la médication bromurée, dans le traitement de l'épilepsie.

D'après l'expérience du Dr B... ces symptômes ne sont manifestés dans un cinquième des cas d'épilepsie traités par les bromures.

Le Dr S. G. Weber communique quelques observations sur la *paralysie saturnine* et conclut que cette forme de paralysie ne dépend pas d'une lésion de la moelle, mais est, dès le but, le résultat d'une névrite. Le pronostic doit être considéré comme favorable dans les cas récents.

Certains cas d'intoxication saturnine simulent à s'y méprendre l'inflammation de la moelle épinière.

Le Dr Chs. K. Mills, de Philadelphie, rapporte douze cas de tumeur cérébrale, et appuie sur les signes diagnostiques suivants:

1. *Céphalalgie*: fut présente dans tous les cas. La douleur était continuelle, d'une intensité persistante, et toujours caractérisée par de violentes exacerbations.

2. *Percussion du crâne*: fut pratiquée dans trois cas et l'on put constater que la douleur était aussi augmentée au point correspondant au siège de la tumeur. Le Dr M... croit que la percussion du crâne doit aider beaucoup à localiser la maladie.

3. *Vomissements*: se montrèrent dans huit cas; furent absents dans les cas où la tumeur occupait la région frontale.

4. *Vertiges*: ce symptôme, y compris les étourdissements, la démarche chancelante et l'impossibilité de se tenir debout sans danger de tomber, fut remarqué dans dix cas.

5. *Les troubles* du côté de l'intelligence se montrèrent dans tous les cas et furent surtout d'un caractère *émotionnel*.

6. *Anesthésie*: fut observée dans sept cas.

7. La névrite optique se montra dans cinq cas; dans trois autres il y eut névrite descendante.

— Dans tous les cas, la température de la tête était élevée.

Le Dr M... en vient aux conclusions suivantes:

a) Le diagnostic général d'une tumeur intracrânienne peut être fait avec plus de certitude que celui de toute autre maladie intracéphalique, ce diagnostic étant basé sur l'existence de la céphalalgie, du vertige, des vomissements, de l'œdème papillaire, et sur la percussion de la tête; b) un diagnostic local peut être fait d'une façon assez certaine en certains cas par l'observation des symptômes présents, en d'autres par voie d'exclusion; c) les tumeurs de la zône motrice corticale peuvent être diagnostiquées de bonne heure; d) les tumeurs des lobes frontaux peuvent être diagnostiquées en procédant par voie d'exclusion; e) les tumeurs des lobes pariétaux et occipitaux peuvent être reconnues par la présence des symptômes du côté des sens; f) le siège précis des tumeurs considérables du pont de varole peut être déterminé; g) de même on peut localiser de petites tumeurs siégeant dans une des quatre parties enfin, elles aussi, être reconnues d'une manière assez sûre.

Le Dr Putnam est d'avis que la distinction faite par le Dr M... entre la névrite et l'œdème papillaire (*choked disk*) n'a aucun sens réel ni pratique.

Le Dr A. D. Rockwell rapporte un cas où le malade ayant offert des symptômes positifs de tumeur cérébrale, on ne trouva absolument aucune lésion de ce genre à l'autopsie.

Le Dr Séguin reconnaît l'importance de la céphalalgie comme élément de diagnostic, cependant il a pu observer deux cas où ce symptôme manquait. Quant à la névrite optique et à l'œdème papillaire, il ne les a constatés qu'une fois sur dix cas de tumeurs *cérébrales*, mais ils existaient dans tous les cas de tumeur de la base ou du cervelet.

Plusieurs de ses patients souffrant de tumeur cérébrale étaient doués d'une susceptibilité particulière pour le chloral, que l'on fut obligé de remplacer par la morphine pour soulager la douleur.

Le Dr Mills termine la discussion en disant que, d'après lui, dans les cas de tumeur intracranienne, il y a soit névrite optique, soit simple œdème papillaire, suivant la position qu'occupe la néoplasie.

Suivant l'expérience qu'il en a, les tumeurs intracraniennes ont généralement pour siège les membranes du cerveau. La céphalalgie est un symptôme d'irritation des méninges, et si on ne la constate pas dans un cas donné de tumeur intracranienne on peut augurer que la tumeur ne siège pas dans les méninges.

Le Dr F. T. Miles, de Baltimore, rapporte un cas d'*hémorragie siégeant dans le pont de varole*. La malade, âgée de 40 ans, devint subitement hémiplégique. Il y eut perte de connaissance, pannus de l'œil gauche et surdité complète de l'oreille gauche. Ce qu'il y eut de remarquable dans ce cas, c'est que le nerf de la 5ème paire fut épargné, que la paralysie de la sensibilité fut limitée seulement à une

branche de la 5ème paire, la destruction de l'œil commençant presque aussitôt; enfin que l'hémorragie siégeait trop en dehors des couches pyramidales pour expliquer l'héplégie du côté droit.

Le Dr Spitzha émet l'opinion que la lésion existait également dans les couches pyramidales.

Le Dr W. J. Morton, de New-York, donne lecture d'un travail sur les *usages thérapeutiques de l'électricité statique*.

Après avoir mentionné les diverses améliorations apportées dans la fabrication des appareils et dans leur mode d'emploi, le docteur Morton en vient aux conclusions pratiques suivantes. L'électricité statique rend des services en général dans les cas de paralysie ayant résisté aux courants galvaniques et faradiques, dans les névralgies, l'irritation spinale, le rhumatisme et l'hystérie sous toutes ses formes. Le docteur M... a employé l'électricité statique avec succès contre l'anesthésie hémiplégique ou hystérique, la névrite, l'atrophie musculaire progressive, l'angine de poitrine, l'aphonie hystérique, l'asthme spasmodique, la paralysie de Bell, la paralysie diphtérique, etc. Dans la choriée, les résultats n'ont pas été satisfaisants; dans l'ataxie locomotrice, quelques symptômes ont été améliorés, mais c'est tout, aucun effet permanent n'en est résulté.

Le Dr P. W. Amidon est d'avis que l'électricité statique n'a aucun avantage spécial sur l'électricité dynamique; tout au plus agit-elle comme léger contre-irritant ou même comme tonique ou stimulant. Cette méthode rend surtout service quand il s'agit de frapper l'imagination des malades, comme dans la plupart des cas d'hystérie. Mais alors on a à sa disposition une foule d'autres moyens plus faciles.

Le Dr G. M. Hammond rapporte quatre cas d'atrophie musculaire progressive ayant bénéficié assez considérablement de l'usage de l'électricité statique.

ANALYSES

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

MEDECINE

M. KRIM, A. SAWITSKY, D. KROHN et L. M. MEYER. — **Maladie de Gaucher et mégaloblastose médullaire.** *(Gaucher's disease with megaloblastic bone marrow.)* "Arch. Int. Med.", **87:** 418 (mars) 1951.

Le diagnostic de la maladie de Gaucher est ordinairement basé sur les signes typiques suivants: hépatosplénomégalie, xanthomes des conjonctives, pigmentation de la portion inférieure des jambes, lésions osseuses prédominant au crâne et aux fémurs, cholestérol sanguin normal. A ceci, s'ajoutent, le plus souvent, anémie hypochrome, leucopénie et thrombocytopénie. Le diagnostic est certain si la moelle sternale laisse voir les cellules multinucléées de Gaucher.

Certains auteurs ont déjà tenté de traiter cette maladie avec l'extrait de foie mais les résultats obtenus ne furent que transitoires.

Les A. publient la première observation d'un malade atteint de Maladie de Gaucher associée à une anémie macrocytaire et mégaloblastique où le traitement spécifique antipernicieux ait donné d'excellents résultats. Il s'agit d'un malade juif de 48 ans chez qui, en 1938, on porta le diagnostic de Maladie de Gaucher confirmé par la ponction sternale et la radiologie. Un de ses frères a succombé à cette maladie. En juin 1949, il est hospitalisé: état cachectique, hépato-splénomégalie, œdème important, purpura, anémie hyperchrome, leucopénie, thrombocytopénie et mégaloblastose médullaire.

Sous l'influence de l'administration parentérale de foie de veau, les signes généraux et hématologiques s'amendent assez rapidement 6 mois plus tard. Une seconde rechute, rebelle à la même thérapeutique, ne résista pas aux injections d'acide folique.

Les A. pour expliquer la mégaloblastose médullaire croient qu'il s'agit ici d'une forme voisine des anémies nutritionnelles par carence d'acide folique, associée à une maladie de Gaucher. Ils se demandent si l'acide folique n'aggravera pas le Gaucher comme on l'a rapporté au cours du traitement, par ce même médicament, de l'anémie de type pernicieux associée à une leucémie.

Gilles GOSSELIN.

E. E. MUIRHEAD, A. E. HALEY, S. HABERMAN et J. M. HILL. — **Insuffisance rénale aiguë secondaire aux accidents transfusionnels ou à d'autres causes.** *(Acute renal insufficiency due to incompatible transfusion and other causes.)* "Blood" (numéro spécial), 101-138 (janvier) 1948.

L'insuffisance rénale aiguë peut survenir à la suite de diverses circonstances, dont les accidents transfusionnels de type hémolytique, l'hypotension prolongée, les blessures par écrasement, les brûlures, les sulfamidés et l'intoxication par le tétrachlorure de carbone. Les lésions rénales, qui, dans ces cas, se présentent sous des formes analogues, sont le plus souvent réversibles. On peut attribuer à 2 causes principales les résultats peu satisfaisants obtenus jusqu'à date: 1) la gravité des blessures qui dépasse les moyens thérapeutiques à notre disposition, 2) une conduite thérapeutique non-physiologique, moins souvent utile que nuisible aux malades.

A) *Accidents transfusionnels*:

Ceux-ci sont beaucoup moins nombreux depuis le typage systématique des groupes san-

guins, du facteur Rh et de leurs sous-groupes. L'évolution clinique des accidents hémolytiques peut se diviser en 3 phases:

1) 1er stade: choc réactionnel: le début est le plus souvent brutal et caractérisé par de l'anxiété, des sensations vagues de picotements au niveau de la peau, constriction thoracique, lombalgie intense, dyspnée, cyanose et confusion mentale. Un frisson solennel avec hyperthermie et hypotension sont habituels. La durée de cette chute tensionnelle varie suivant l'adjonction de certains facteurs tels la quantité de sang perdu, l'agent anesthésique, l'anémie, le genre d'intervention, etc. Cette hypotension, si elle se prolonge, participe à l'apparition des troubles rénaux. Une tendance aux hémorragies est fréquente après cette réaction.

Le malade peut recevoir 40 à 500 cc de sang incompatible avant que les symptômes ne se manifestent. De façon générale, chez l'individu de taille normale, il faut quelque 40-60 cc de sang hémolysé pour libérer suffisamment d'hémoglobine dans le plasma circulant et faire apparaître secondairement cette hémoglobine dans les urines.

2) 2e stade: celui de l'insuffisance rénale.

L'oligurie est importante mais non constante, et l'on voit à chaque jour, le volume urinaire augmenter. L'anurie ne survient que dans de rares cas. Associé à cette oligurie il existe une nette diminution de l'excrétion des éléments solides par le rein et leur concentration dans les urines baisse notablement. Ainsi celle de l'urée urinaire atteint difficilement 5-20% de la normale. Durant les premiers jours, les urines contiennent des éléments anormaux: l'hémoglobine libre donne, aux premiers spécimens émis, une coloration rouge foncé ou brunâtre. Au bout de 24-48 heures, disparaissent à la fois l'hémoglobinémie et partant l'hémoglobinurie. Par contre, l'albuminurie persiste plus longtemps: au début de 500-1 000 mg par 100 cc d'urine, elle accuse quelques jours plus tard, une diminution progressive à 50-100 mg %. La présence de cylindres hématiques est pathognomonique. La densité urinaire est faible au cours des premiers jours (1,005 - 1,010) et le demeure un certain temps durant la convalescence. A côté de ces modifications urinaires, l'azotémie augmente graduellement et en même temps apparaît une hypertension modérée. Le taux des électrolytes plasmatiques et sanguins est modifié par le processus: en effet rapidement, le taux du potassium sérique s'élève, probablement à cause de la destruction des globules rouges, cellules riches en potassium. Par contre on note une diminution du sodium sérique, des chlorures plasmatiques et de la réserve alcaline. L'intensité de ces variations dépend naturellement de la gravité de l'atteinte rénale et du traitement institué jusque-là.

Ce stade d'insuffisance rénale dure de 8-12 jours et se termine soit par la mort (par urémie ou autres complications diverses) soit par la guérison après diurèse abondante.

3) 3e stade: diurèse et perte de sel (salt losing diuresis phase)

Le volume des urines et l'élimination des substances de déchets augmentent conjointement, et sont les témoins d'une guérison progressive des éléments rénaux atteints. Au même moment, l'excrétion de ClNa par les urines atteint un taux excessivement élevé (20-40 gms par jour) capable d'entraîner la mort par déshydratation aiguë. Ceci indique que les tubules rénaux, s'ils sont assez régénérés pour permettre une augmentation du volume urinaire, ne peuvent encore assurer la conservation de l'eau et des sels. La perte d'ions Cl et d'ions Na ne dure que quelques jours sauf si d'autres complications surviennent. Cette phase de « salt losing nephritis » implique donc qu'il faut à ce stade remplacer adéquatement les pertes en eau et en sels par l'introduction dans l'organisme de quantités correspondantes de ces substances.

Les lésions rénales:

Le rôle de certains facteurs dans la production de ces lésions importantes reste encore mal connu aujourd'hui et l'on ne saurait affirmer que l'hémolyse à elle seule ou la libéra-

tion, dans les vaisseaux, de certains produits nocifs à partir des globules rouges hémolysés soient les seules causes à l'origine du processus. Les études expérimentales et la clinique se sont chargées de le prouver. Ces facteurs probables qui concourent à l'apparition des lésions rénales semblent les suivants 1) hypotension, 2) vasoconstriction des vaisseaux rénaux, 3) diminution de la circulation rénale 4) baisse de la réserve alcaline et 5) sécrétion de grandes quantités d'hémoglobine ou de ses dérivés dans une urine acide.

Les modifications morphologiques que subit le rein ont reçu diverses dominations (néphrose hémoglobinurique, néphrose du néphron-distal, etc.) Les reins sont le plus souvent augmentés de volume et pèsent 1½ ou 2 fois le normal. Le cortex est pâle, la médullaire est foncée, noirâtre et d'aspect strié. A la section, la saillie de la surface coupée laisse présumer une augmentation de la tension sous-capsulaire. Les coupes histologiques montrent que la portion basse du néphron est surtout atteinte: dégénérescence ou nécrose de l'épithélium tubulaire à distribution segmentaire, avec foyers inflammatoires autour de la nécrose, thrombose des veinules voisines, cylindres hématiques sous forme de substance granuleuse, brunâtre ou éosinophilique, dans les segments distaux des tubes, œdème interstitiel, hyperhémie tubulaire dans la médulla. Les segments supérieurs sont le siège de dégénérescence parenchymateuse aiguë et souvent graisseuse. Le passage de protéines plasmatiques à travers la membrane glomérulaire est facilement mis en évidence.

La régénérescence des segments distaux survient vers le 8e ou 10e jour et les cellules endommagées tombent dans la lumière pour être remplacées par d'autres, qui sont d'abord aplaties mais qui, graduellement, prennent une forme cubique.

Les A. illustrent leur exposé en présentant 18 observations du malade ayant accusé une insuffisance rénale aiguë post-transfusionnelle.

B) *Autres causes*:

Hypotension prolongée (4 cas)

Résection prostatique avec irrigation à l'eau distillée (4 cas)

Intoxication par le tétrachlorure de Carbone (1 cas)

Brûlures étendues (1 cas)

L'étude comparative de ces 28 cas permet d'apporter certaines conclusions.

1) Courbe oligurie-diurèse:

L'oligurie se modifie graduellement du 5e-10e jour et la diurèse devient intense du 10e-18e jour. Cette courbe est à ce point constante qu'on peut s'en servir pour évaluer le temps nécessaire à la régénérescence des tubules rénaux et pour apprécier le progrès et le pronostic d'un cas donné. De plus, les thérapeutiques les plus variées ne précipitent pas l'apparition de la diurèse et souvent l'abus de fluides la retarde ou dirige la malade vers l'exitus.

2) Concentration de l'urée vs celle des chlorures dans les urines.

La concentration de ces 2 substances est identique dans la phase d'insuffisance rénale mais à la phase de diurèse la concentration de l'urée urinaire dépasse notablement celle des chlorures.

3) 4 erreurs peuvent être commises au cours du traitement de ces malades.

a) l'administration inadéquate de sang chez les malades dont les globules rouges et le volume sanguin sont abaissés au cours de la phase de choc réactionnel.

b) L'administration exagérée de fluides divers, en vue de « forcer » le rein à excréter durant la phase d'oligurie, est responsable des œdèmes et de leurs complications.

c) L'administration inadéquate de sels au cours de la période de diurèse intense.

d) L'absence d'étude et de dosage des électrolytes plasmatiques ou sanguins.

Traitement

Doit être adapté aux changements morpho-

logiques rénaux et à certaines circonstances cliniques i.e. aux 3 phases évolutives du syndrome. Les points principaux sont les suivants:

1) l'anémie et la diminution du volume sanguin avec hypotension seront corrigés par l'administration de sang total compatible ou de plasma.

2) La seconde phase comporte 4 points:

a) Ne pas forcer le rein et limiter l'ingestion de liquide à la somme des pertes ordinaires et du volume des urines (1 000-1 800 cc par 24 heures plus volume équivalent au volume des urines).

b) donner 1 500-1 800 calories.

c) vitamines C et B par voie intra-veineuse.

d) dosages fréquents de Na, K et réserve alcaline. Corriger l'acidose et l'hyponatrémie par le sérum bicarbonaté. Tenter de maintenir la réserve alcaline au-dessus de 50% et le sodium aux environs de 135 m Eq/L.

3) à la phase de « salt losing diuresis », il s'agit de remplacer l'eau et les sels perdus dans les urines. A ce stade, les grandes complications (urémie, hypertension, anorexie, modifications du taux des électrolytes) sont disparues, mais persiste le danger d'une déshydratation aiguë.

Avec la période de convalescence, le rein parvient à conserver l'eau et les sels: le malade peut alors déterminer lui-même les quantités de liquides qui lui sont nécessaires.

Gilles GOSSELIN.

D. A. GOLDTHWAIT et J. W. ELIOT. — **Formes atypiques de mononucléose infectieuse.** *(Confusing aspects of infectious mononucleosis.)* "Amer. Journal Med. Sciences", **221:** 264 (mars) 1951.

Les auteurs rapportent une épidémie de mononucléose infectieuse à forme bénigne chez des militaires en expédition dans l'Arctique. On trouva chez les 26 membres de ce groupe des cellules mononucléées anormales. Seuls, cinq des militaires accusèrent des symptômes et des signes cliniques particuliers (1 cas avec ictère et hépatosplénomégalie). La réaction de Paul et Bunnell fut positive chez ce dernier malade seulement. Chez les 5 malades avec signes cliniques, on nota l'apparition de cellules atypiques de 30 à 131 jours avant le début des symptômes.

Les trois critères ordinairement acceptés en faveur du diagnostic positif de la M.I. (hyperplasie réticulo-endothéliale, cellules mononucléées anormales et réaction d'agglutination hétérophile positive) ne sont pas toujours rencontrés concomitamment chez tous les malades.

Les auteurs discutent de la valeur spécifique des cellules lymphocytaires atypiques et ils concluent que seulement l'augmentation de nos connaissances relativement à l'agent causal et aux relations agent-hôte nous permettront de classifier plus nettement la mononucléose infectieuse.

Gilles GOSSELIN.

Y. BRUGGER, R. de SANTA et R. S. MACK (Genève). — **Hernies diaphragmatiques et anémies.** "Praxis", **38:** 883 (6 oct.) 1949.

44 observations de hernie diaphragmatique ayant entraîné une anémie ferriprive. Dans les 44 cas, il s'agit de femmes, âgées de 48 à 78 ans, atteintes d'anémie hypochrome ou normochrome récidivante et réagissant bien sous l'influence du fer, d'extrait de foie et d'acide ascorbique. A propos de ces observations il est fait un historique de nos connaissances sur les anémies, conséquences de hernies diaphragmatiques. Age moyen varie, selon statistiques publiées, de 51-69 ans; s'observent surtout chez les femmes. Le diagnostic ne peut être fait que par la radiologie car, cliniquement, cette maladie ne provoque aucun symptôme caractéristique. On constate seulement des troubles gastriques fonctionnels, des vomissements, des régurgitations, de l'aérophagie, des signes de compression au cœur et aux poumons, des lésions de la muqueuse gastrique provoquant des troubles allant jusqu'aux

hématémèses et à l'incarcération de la paroi gastrique. Ces anémies sont hypochromes, et dans quelques cas plus exceptionnels, hyperchromes avec fortes réactions érythroblastiques. Des mégaloblastes ont été parfois observés; la thérapeutique martiale a des effets spectaculaires probablement parce qu'il y a déperdition constante des réserves de fer à la suite des hémorragies occultes.

Gilles GOSSELIN.

E. K. BLACKBURN et L. G. LAJTHA. — **Erythroleucémie.** *(Erythroleukemia.)* "Blood", **6:** 261 (mars) 1951.

On peut rencontrer une anémie rebelle associée à l'image sanguine érythroleucémique dans plusieurs affections dont la carcinomatose, les leucémies au début, la maladie de Hodgkin, l'anémie aplastique d'origine toxique, l'anémie hémolytique, la myélosclérose, le myélome, la syphilis, la tuberculose, l'hépatite toxi-infectieuse et la leishmaniose.

Les A. présentent l'observation détaillée d'un cas où la clinique et les investigations de laboratoire permettaient d'exclure la plupart de ces entités morbides. La moelle osseuse et les résultats, apportés par la culture *in vitro* de cette moelle selon la méthode modifiée d'Osgood et Brownlee, ont semblé indiquer qu'il s'agissait d'une dyscrasie sanguine primitive.

Il existe tout un groupe de maladies du sang caractérisées par des anomalies simultanées des lignées érythrocytaire et myéloïde. Tous les degrés peuvent se voir depuis l'érythromyélose jusqu'à la leucémie myéloblastique, mais le cas décrit ici n'appartient à aucune de ces deux affections.

On peut, avec intérêt tout académique, tenter de différencier une anémie aplastique vraie, une phase aplastique initiale d'une leucémie et les formes néoplasiques mixtes du groupe érythroleucémique. Dans ces cas, les érythroblastes prennent une allure mégaloïde, peut-être à cause d'une déficience relative en certains facteurs nutritionnels. Ainsi, ces mêmes cellules que l'on rencontre dans les leucémies aiguës, si elles sont cultivées, *in vitro*, dans du serum physiologique, reprennent leur aspect normal et se transforment en érythroblastes. Même évolution pour les cellules au cours de l'anémie aplastique toxique. Mais cependant, si, après culture, ces mêmes cellules conservent un aspect nettement anormal et néoplasique, on doit diriger les investigations vers des affections où est troublée directement la maturation des cellules de lignée érythrocytaire.

L'observation présentée par les A. nous laisse voir une anémie progressive et rebelle avec leucoérythroblastose périphérique; la moelle osseuse montre une diminution considérable du rapport leuco-érythrocytaire avec prédominance relative des formes jeunes et présence de cellules blastiques atypiques. Les cultures de moelle osseuse ont établi que la maturation des 2 lignées (érythrocytaire et myéloïde) était anormale, quoique de façon moins marquée du côté érythrocytaire.

A cause de ces résultats les auteurs se croient justifiés d'affirmer qu'il s'agit d'érythroleucémie.

Gilles GOSSELIN.

A. M. GOLDMAN et M. H. KAPLAN. — **Porphyrie aiguë.** *(Acute porphyria.)* "Ann. Int. Med.", **34:** 415 (février) 1951.

Les A. passent en revue la littérature récente sur le sujet, et présentent quatre cas personnels. Ils définissent cette entité morbide comme un trouble constitutionnel ou toxique du métabolisme des porphyrines, caractérisé par des douleurs abdominales, des symptômes nerveux et mentaux et l'excrétion exagérée de porphyrines dans les urines. Maladie héréditaire, survenant surtout chez les femmes.

Suivent d'intéressantes considérations biochimiques et physiopathologiques de même que les éléments diagnostiques fournis par la clinique et le laboratoire dont les plus importants sont 1) l'examen spectroscopique 2) le test de Watson-Schwartz 3) le point de fusion des méthyl-esters des porphyrines urinaires 4) la couleur rosée caractéristique des urines après exposition aux rayons ultra-violets.

Les quatre cas rapportés par les auteurs, étaient, contrairement aux faits habituels, tous des hommes qui bénéficièrent de rémissions cliniques de durée indéfinie, à la suite de l'administration parentérale de fortes doses de vitamines et d'extrait de foie.

Le diagnostic précoce suivi d'un traitement intensif devrait améliorer le pronostic, si bien que l'on se doit de rechercher l'existence de la porphyrie lorsque des malades présentent des douleurs abdominales dont la cause reste indéterminée, et des signes neuropsychiatriques.

Gilles GOSSELIN.

CARDIOLOGIE

William B. WARTMAN et John C. SOUDERS (Chicago). — **Localisation des infarctus du myocarde par rapport aux faisceaux musculaires du cœur.**
cardial Infarcts with Respect to the Muscle Bundles of the Heart.) "Arch. of Path.", **50:** 329 (septembre) 1950.

J'ai toujours ressenti un attachement nostalgique pour la classification électrocardiographique des infarctus du myocarde et ça se comprend un peu. On s'habitue à une nomenclature à force de s'en servir et vient un moment où on ne veut même plus s'en séparer. J'avais donc adopté le vocabulaire des cardiologues pour les protocoles d'autopsies, tout en déplorant de sacrifier à la physiologie plutôt qu'à l'anatomie. Voici un article qui ouvrira peut-être des horizons nouveaux, aidera certainement à la bonne compréhension de la localisation des lésions cardiaques et réconciliera l'anatomie avec la physiologie.

Le cœur humain ne se compose pas d'une seule masse musculaire, mais de plusieurs faisceaux séparés qui peuvent se nécroser individuellement. La preuve, c'est que dans les parois des anévrysmes cardiaques, de petites cicatrices séparées marquent la place de chaque faisceau musculaire. Ce renseignement est précieux, car certains auteurs ont récemment décrit des infarctus sous-endocardiques lamellaires du ventricule gauche qui produisent un dessin électrocardiographique assez typique pour permettre un diagnostic clinique présumé.

Anatomie normale des faisceaux musculaires du cœur. Au moins 5 faisceaux musculaires composent la paroi des ventricules, mais on ne s'occupera ici que des 4 principaux: le sinospiral superficiel, le bulbo-spiral superficiel, le sinospiral profond et le bulbo-spiral profond. Le muscle en « rouleau » (scroll muscle) sera oublié car il ne peut être mis en évidence par la technique des auteurs. Le *ventricule droit* comprend 3 muscles: le bulbo et le sinospiral superficiels et le sinospiral profond. Le *ventricule gauche* se compose de 4 muscles: les deux profonds et les deux superficiels. Les *deux oreillettes* comprennent un faisceau très superficiel et un faisceau profond.

Les auteurs ont découvert 72 infarctus dans 50 cœurs et tous avaient un contour semblable à celui des faisceaux cardiaques. Parfois, un seul faisceau était pris, tantôt deux, tantôt trois, tantôt les quatre.

L'infarctus n'atteint généralement qu'une partie d'un faisceau musculaire; par exemple, le segment postérieur des deux muscles profonds, mais pas la circonférence complète de ces muscles.

25 infarctus dans 21 cœurs intéressaient un seul faisceau musculaire. Les faisceaux superficiels étaient intéressés, seuls ou en compagnie d'un muscle profond, dans 74% des infarctus. La portion interne des muscles superficiels étaient intéressés trois fois plus souvent que la portion externe.

Les muscles profonds étaient intéressés, seuls ou en compagnie d'un muscle superficiel dans 51% des cas. Le sinospiral l'était beaucoup moins fréquemment que n'importe quel autre muscle.

On trouva dans 42% des cœurs des infarctus auriculaires, mais toujours associés à des infarctus ventriculaires. La plupart étaient récents et situés dans l'oreillette droite, ce qui tend à faire croire qu'ils ont contribué à causer le décès.

Il y a trois sortes d'infarctus quant à l'é-

paisseur de paroi intéressée: 1 — ceux qui intéressent toute l'épaisseur de la paroi; 2 — les infarctus massifs qui n'intéressent pas toute l'épaisseur de la paroi; 3 — les infarctus lamellaires. Ces derniers n'affectent qu'un, et jamais plus de deux faisceaux musculaires.

Les *infarctus rupturés* étaient tous récents et intéressaient toujours toute l'épaisseur de la paroi. *L'anévrysme* est plus fréquent dans les infarctus massifs que dans les infarctus lamellaires.

Les thromboses pariétales se retrouvent souvent dans les anévrysmes ventriculaires, les infarctus intéressant toute l'épaisseur de la paroi et l'infarcissement des faisceaux musculaires superficiels sous-endocardiques.

Le pronostic est plus mauvais lorsque plusieurs muscles sont intéressés, mais il semble indifférent au fait que ce soient les muscles superficiels ou profonds qui subissent la nécrose.

J.-Roger GAREAU.

LABORATOIRE

P. MASSON. — **Ma conception des nævus cellulaires.** *(My Conception of Cellular Nevi.)* "Cancer", Vol. 4, No 1, janvier 1951.

Le mélanoblaste est une cellule rameuse de la couche basale épidermique contenant de la mélanine. Cette cellule, au terme de sa vie fonctionnelle, perd sa mélanine et est emportée dans le mouvement ascensionnel des cellules épidermiques: elle est alors appelée cellule de Langerhans. Le mélanoblaste se reproduit par division directe et par mitose. Les nævus ont une évolution: les « nævi incipientes » de Unna peuvent être de trois sortes:

a) mélanogénèse plus active que normalement sans augmentation du nombre des mélanoblastes.

b) mélanogénèse hyperactive avec augmentation du nombre des mélanoblastes (junctional nevus des américains.)

c) le « compound nevus»: les mélanoblastes multipliés effondrent la basale et tombent dans le derme comme des gouttes de pluie. Profondément dans le derme, il existe une hyperplasie des cellules de Schwann des nerfs, hyperplasie cellulaire qui fait céder la membrane de Henle et qui donne lieu à une dispersion des cellules dans le tissu conjonctif. Ces deux proliférations (la mélanoblastique et la schwannienne) s'affrontent et s'entre-mêlent pour former une seule structure.

Evolution du nævus: jusqu'à (ou après) la puberté, le nævus s'accroît et devient protubérant. La pluie de mélanoblastes de l'épiderme cesse; c'est le nævus intra-dermique.

Parmi les mélanoblastes qui entrent dans la constitution du nævus, seuls ceux de la région superficielle conservent leur activité mélanogénétique; les autres sont amélanogénétiques et ne se différencient pas des cellules provenant de la portion nerveuse du nævus.

Dans le nævus de l'enfant, il y a lieu de considérer deux plans de tissu nævique: le superficiel (sous-épidermique) et le profond (dans le derme). Dans le premier on note les cellules pigmentaires disposées en amas qui se fragmentent par la pénétration de fibres du réticulo-collagène. Dans le plan profond, le tissu nævique commence à subir la différenciation foliacée.

Chez l'adulte, la partie superficielle du nævus est constituée de cellules polygonales isolées ou groupées en cordons. Dans le plan profond, les cellules deviennent ovales ou allongées.

Caractères des cellules nævíques. Le noyau est grand et possède un dessin chromatinien délicat dans lequel apparaît un ou plusieurs nucléoles qui sont souvent hydropiques. Ce noyau est ovalaire et quelquefois fissuré. Les cytoplasmes sont vitreux, purement acidophiles; ils se joignent entre eux par de fines anastomoses; ils sont renforcés par une délicate membrane de réticulo-collagène.

Ces cellules, qu'elles soient polygonales ou allongées sont toutes syncitiales et bien que leur origine soit différente, elles sont équivalentes et possèdent des propriétés évolutives identiques.

Ce symplasme nævique est capable de se différencier en organites comparable aux corpuscules de Wagner-Meissner. Une cellule nævique, tout en conservant ses attaches avec ses voisines, s'élargit (lame foliacée), se clive par de fines résilles de réticulo-collagène en des lames protoplasmiques plus petites, tandis que le noyau se multiplie; l'ensemble prend l'aspect d'un corpuscule de Wagner-Meissner. Les lames foliacées se trouvent plus fréquemment dans la profondeur du nævus, mais se rencontrent également dans la partie superficielle: ce qui illustre la capacité de différenciation de toutes les cellules næviques en tissu nerveux.

D'autre part, les cellules næviques polygonales (épithélioïdes) ressemblent aux cellules épidermiques des terminaisons nerveuses de Ranvier appelées les cellules de Merkel. Comme ces dernières cellules sont associées aux corpuscules de Wagner-Meissner en anatomie normale et que des éléments semblables à la cellule Merkel (cellules épithélioïdes du nævus) apparaissent associés aux homologues du corpuscule de Wagner-Meissner à l'état pathologique, l'auteur en vient à conclure que les cellules épithélioïdes du nævus sont des homologues de la cellule de Merkel.

Ainsi compris, le nævus serait une aggrégation du système satellite des nerfs tactiles déplacés dans le derme; hypothèse qui trouve une preuve de plus dans les relations des neurites avec le tissu nævique, car le nævus est parcouru de nombreux neurites provenant du nerf qui lui a donné naissance et ces neurites ont les mêmes relations avec les éléments nævi-ques que les nerfs normaux ont avec le syncitium schwannien.

Simon LAUZÉ.

A la séance du comité d'économie médicale du 5 octobre dans la soirée, au cours du Congrès des Trois-Rivières, ne seront admis que des médecins membres de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. Les questions qui y seront présentées doivent ne l'être d'abord qu'en leur présence.

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 19 avril 1951.

Présidence de M. Léopold Morissette.

Rapport sur les tumeurs du grêle et de son méso, examinées durant les trois dernières années.

M. Simon LAUZÉ

Les tumeurs du grêle sont relativement rares et pour cette raison, elles sont peut-être oubliées. Nous rapportons ici, les tumeurs du grêle survenues au cours des années 48-49-50, en y incluant les tumeurs de son mésentère parce que du point de vue clinique, elles s'y rattachent assez intimement.

Durant ces trois années, 11 interventions ont été pratiquées sur le grêle pour néoplasme dont la nature s'établit comme suit:

	Lipome	*Lymphangiome*	*Epithélioma*	*Carcinoïde*	*Lymphosarcome*
No	2	2	4	1	2
Loc.	Iléon	Mésentère	Duo. 3 Iléon 1	Iléon	Mésentère
Age	57 et 67	4 et 7	(49-46-60) (69)	86	51 et 45 (?)

1. — Remarques:

Les deux lipomes, bien que prenant naissance à partir de la graisse sous-péritonéale, faisaient saillie du côté de la lumière intestinale.

2. — Epithélioma:

a) les quatre épithéliomas sont du type glandulaire;

b) il est à noter que trois de ces épithéliomas prennent naissance dans le duodénum.

Le lieu d'origine exact de ces tumeurs a pu être établi parce qu'il s'agissait de cas chirurgicaux d'extension encore restreinte. Quand cet épithélioma a évolué depuis un certain temps, il envahit la tête du pancréas et il devient impossible de faire le partage entre le pancréas et le duodénum comme lieu d'origine, et à ce point de vue, l'histologie n'est d'aucune aide.

En corollaire, on peut affirmer que nombre d'épithéliomas étiquetés « de la tête du pancréas », sont des épithéliomas du duodénum.

3. — Carcinoïde:

Ce carcinoïde provenant du grêle a entraîné la mort par destruction du parenchyme hépatique par des métastases.

Le carcinoïde du grêle n'est pas d'une si grande rareté qu'on le croit généralement (Cliché).

Le carcinoïde est une tumeur maligne même si l'évolution de la tumeur est relativement lente (Clichés sur l'histogénèse du carcinoïde).

Discussion.

Simon Lauzé: Le carcinoïde du grêle est une tumeur qui siège généralement dans l'appendice. Le terme carcinoïde comporte un certain degré de malignité. Cette tumeur peut

être située ailleurs sur l'intestin grêle. Au point de vue histogénèse, elle provient des cellules argentaffines de l'intestin grêle.

Le docteur Lauzé explique la pathogénie au moyen d'un schéma sur le tableau noir. Il démontre comment le carcinoïde se distingue nettement de l'épithélioma. Dans l'épithélioma la cellule épithéliomateuse se divise et donne naissance à des cellules qui forment des bourgeonnements dans toutes les directions et il est possible de faire la topographie rétrospective de la tumeur. Dans le cas de la tumeur carcinoïdienne, la tumeur peut siéger très loin du lieu d'origine.

Le carcinoïde n'est pas aussi bénin qu'on le croyait. C'est une tumeur d'évolution très lente et la chirurgie peut donner du succès.

M. Léopold Morissette: Est-ce que les cellules argentaffines sont des cellules épithéliales qui revêtent les cellules de l'intestin ou est-ce que ce sont des cellules qui ont été surajoutées à l'extérieur de la base des cellules de l'intestin.

M. Bernard Baillargeon: quelle différence y a-t-il entre la tumeur carcinoïde et le carcinome?

M. Jean Grignon: quel est le tableau clinique et radiologique de cette tumeur?

M. Simon Lauzé répond au docteur Morissette: la cellule originelle du carcinoïde est une cellule normale du revêtement du tube digestif. Les cellules argentaffines sont trouvées en assez grand nombre dans la paroi de l'intestin.

Au docteur B. Baillargeon: le carcinoïde est un épithélioma d'allure lente et relativement bénin comportant la présence de cellules argentaffines. « Carcinome » est un terme anglais désignant un épithélioma.

Au docteur J. Grignon: le tableau clinique est très grave. On note de la diarrhée, de la constipation et de l'empâtement de la cavité abdominale. Dans quelques cas, il y a des signes de subocclusion ou d'occlusion. L'image radiologique montre la plicature de la paroi de l'intestin grêle.

M. Jean-Louis Léger: je ne crois pas que l'on puisse radiologiquement faire le diagnostic de tumeur carcinoïde, on peut faire le diagnostic d'occlusion. La fragmentation de l'intestin se rencontre dans plusieurs maladies. Tout ce que la radiologie peut faire c'est de dépister la présence de la pathologie sans en préciser le diagnostic.

Nos résultats dans le traitement chirurgical de la sténose mitrale.

MM. Edouard-D. Gagnon et P. David.

Commentaires:

1) Nous avons cru bon de présenter nos statistiques de cette opération nouvelle pour corriger l'impression chez nos médecins que le risque opératoire est prohibitif.

2) La mortalité opératoire totale se chiffre à 2 cas sur 11 opérés. Donc 18,2%. Ce qui se compare d'une façon très satisfaisante avec d'autres opérations — même de moindre envergure.

3) Les résultats sont excellents chez 7 de nos malades. A noter que le 6e cas n'a eu qu'une exploration sans commissurotomie. Les cas d'insuffisance marquée pourront, à l'avenir, bénéficier d'une cure chirurgicale, mais au moment de notre intervention sur cette malade, nous n'étions pas au courant de la technique.

4) Le premier décès est attribuable à une erreur technique qui ne peut se répéter car nous ne faisons plus de section à la commissure médiane. Bailey l'a aussi abandonnée à cause de ses dangers.

5) Le deuxième décès est réellement dû à des facteurs émotifs, durant la troisième journée post-opératoire, qui ont occasionné chez le malade une arythmie complète incontrôlable. L'autopsie, chez ce malade, n'a révélé aucune autre cause de décès, les sections commissurales étant bien orientées et tout à fait satisfaisantes.

6) Le recul du temps et l'évolution de ces opérés du cœur nous encouragent à continuer

ce traitement chirurgical de la sténose mitrale. Le risque opératoire est bien loin d'être exagéré (mortalité totale 18,2%).

Les deux mortalités sont survenues respectivement les troisième et quatrième journées post-opératoires.

M. Simon Lauzé demande une explication au sujet du cas où le degré d'insuffisance a empêché toute commissurotomie.

M. Bernard Baillargeon aimerait avoir des détails sur la signification du terme « résultat excellent ».

M. Edouard-D. Gagnon répond au *docteur*

Résultats du traitement chirurgical de la sténose mitrale.

Cas	*Initiales*	*Age*	*Sexe*	*Risque*	*Date opération*	*Recul du temps* (au 15 avril '51)	*Résultat actuel*
1	N. F.	17 ans	M	Médiocre	27 février 1950	14 mois	Excellent
2	L. L.	22 ans	M	Mauvais	8 mars 1950	13 mois	Excellent
3	C. C.	34 ans	M	Mauvais	11 mai 1950	11 mois	Décédé (erreur technique)
4	B. P.	27 ans	M	Bon	28 juin 1950	9 mois	Décédé (collapsus cardio-vasculaire)
5	J. C.	22 ans	M	Mauvais	13 nov. 1950	5 mois	Excellent
6	I. L.	25 ans	F	Bon	28 déc. 1950	4 mois	Le degré d'insuffisance a empêché toute commissurotomie.
7	C. St-P.	28 ans	F	Mauvais	10 janvier 1951	3 mois	Médiocre
8	A. L.	27 ans	M	Bon	12 février 1951	2 mois	Excellent.
*9	Mc.	36 ans	M	Bon	14 mars 1951	1 mois	Excellent.
10	W. P.	37 ans	F	Bon	2 avril 1951	2 semaines	Excellent.
11	S. E.	22 ans	F	Médiocre	9 avril 1951	1 semaine	Excellent.

* Malade opéré à l'hôpital Queen Mary des Anciens Combattants.
Cardiologue consultant: Dr Palmer.

Discussion.

M. Edouard-D. Gagnon: la raison de cette présentation est de corriger l'impression que la mortalité du traitement chirurgical de la sténose mitrale est prohibitive. Il est à espérer qu'à la suite de ce travail l'on n'entendra plus dire que la mortalité est de 100%.

M. Jean Grignon: y a-t-il possibilité qu'à la suite de l'intervention il se produise des cicatrices vicieuses qui pourraient amener une dynamique aussi mauvaise que la sténose mitrale?

M. Pierre Turgeon désire savoir comment on envisage le risque pré-opératoire.

Jean Grignon qu'il n'y a pas de danger de cicatrices vicieuses. Cette affirmation est faite à la suite des recherches de Bailey surtout chez le chien. Il a autopsié des chiens deux ans après commissurotomie. Au niveau de ces commissurotomies il n'y avait pas de cicatrices. Dans tous les cas autopsiés il n'y a pas eu de soudure de la section. La section se fait dans du tissu scléreux. Il n'y a pas tendance vers la réparation. Il y a une pression assez forte pour garder les feuillets de section séparés.

Au docteur P. Turgeon: la classification du risque est faite selon: 1 — l'âge de la maladie; 2 — l'état du cœur. Les contre-indications

sont les cas où le cœur droit a flanché et les cas de fibrillation auriculaire. Les indications sont la sténose mitrale, les crises subintrantes d'œdème aigu, les hémoptysies répétées.

Au docteur S. Lauzé: dans le 6e cas il y avait à la fois une sténose et une insuffisance. Nous croyions que l'insuffisance était le résultat d'une sténose très avancée. A l'exploration, l'orifice mitral était rigide mais béant. Il donne d'autres explications sur la technique des diverses opérations nouvelles qui ont été préconisées dernièrement.

Au docteur B. Baillargeon il explique la signification du terme « résultat excellent » par quelques exemples. Il donne le cas d'un malade qu'il a vu courir après un autobus et qu'il a arrêté pour noter qu'il n'était pas essoufflé.

Un autre cas avait fait de nombreuses hémoptysies foudroyantes avant son opération et depuis il n'a pas craché de sang. Un autre cas a été hospitalisé pour une crise de tachycardie paroxystique parce que la veille il avait gagné un concours de natation. Le cas no 5, avait passé 5 ans à l'hôpital avant son opération. Depuis l'opération, il circule et cherche un emploi.

Pyélite, uretérite, cystite glandulaire et kystique.

MM. J.-P. BRAULT et M. LAMOUREUX

La localisation au bassinet, à l'uretère et à la vessie de cette maladie kystique et glandulaire est d'une extrême rareté (10 cas environ de rapportés dans la littérature médicale).

Il s'agit d'une entité bien définie présentant un grand intérêt quant à sa pathogénie.

La théorie de l'école française: inclusions embryonnaires est aujourd'hui sérieusement mise en doute par Stoerk, Zukerkandl, Patch, Rhea, Sterling Ash et autres qui favorisent la théorie de la métaplasie.

La première étape dans la formation de ces glandes dans la vessie consiste dans l'apparition de bourgeons épithéliaux qui plongent dans la sous-muqueuse et qui sont connus aujourd'hui sous le nom de nids de Von Brunn.

La seconde étape comporte la formation d'une lumière dans le centre de ces nids épithéliaux par processus dégénératif (Lumbarsch, AscLoff) ou sécrétoire (Patch, Rhea). Effectivement ces glandes sécrètent de la mucine qu'on retrouve dans l'urine.

L'épithélium de transition de la vessie montre une tendance marquée vers la métaplasie en deux directions.

Muqueuse transitionnelle: leucoplasie... cancer à cellules squameuses; transformation glandulaire — adénocarcinome.

Etiologie: infection chronique de l'appareil urinaire.

Incidence: plus fréquente dans les cas d'extrophie vésicale, infection causée par Schistosomia hematobium.

Caractère de la maladie: l'état général n'est pas touché; la capacité vésicale ne change pas.

Moyens diagnostiques: vessie: par cystoscopie; uretère et bassinet: par radiographie.

Le laboratoire nous montre la présence de pus et de sang dans l'urine ainsi que la présence de mucine (ce qui est pathognomonique).

Traitement: traiter l'infection; emploi de nitrate d'argent comme caustique.

Evolution: possibilité de transformation néoplasique. Les lésions ne régressent pas mais s'arrêtent par le traitement. Amélioration subjective habituelle après traitement.

*
* *

Monsieur E. B..., 54 ans, dossier 02600 — 1951.

Crises subaiguës de coliques néphritiques droites et gauches (environ 10 dans 25 ans). Episodes d'hématurie accompagnant ces crises (5-6 fois). Ces crises sont toujours rentrées dans l'ordre après traitement médical. Episodes de cystite à répétition depuis l'âge de 16 ans. Dysurie initiale. Pas d'amaigrissement.

Antécédents: appendicectomie à 42 ans; gastrectomie à 53 ans (août '50).

Le malade est référé en urologie, à l'occasion d'une admission pour appréciation du résultat de la gastrectomie subtotale.

Examen objectif: type nerveux; cœur: T.A. 90/60; poumons: nil; abdomen: douleur à la palpation de la partie supérieure de la cicatrice (para-médiane gauche) de la gastrectomie; loges rénales: non palpables.

Cystoscopie: lésions mamelonnées, arrondies, les unes transparentes, les autres charnues, localisées sur le trigone et au pourtour des orifices urétéraux les masquant partiellement.

Pyélographie rétrograde: films.

Cystographie: films.

Laboratoire: urines: albumine x — densité 1012 — Ph. 8,5 — pus — globules rouges — présence de mucine (Paul Riopel).

Division des urines: *rein droit*: pus, rares cellules épithéliales, proteus morganii; *rein gauche*: idem.

Urée: 43 mgs %

Glucose: 90 mgs %

Biopsie de la vessie: rapport histo-pathologique: cystite glandulaire.

Traitement: no 3Ag 4% dans les deux bassinets. Sulfa, pénicilline.

Evolution: peu d'amélioration.

Pronostic: réservé.

Conclusion: toute hématurie et toute cystite qui ne répondent pas immédiatement au traitement doivent être cystoscopées.

Discussion.

M. Jean-Paul Brault fait une démonstration de clichés radiologiques et une projection sur l'écran de la coupe histo-pathologique.

M. Louis-Charles Simard fait remarquer que le malade présenté ressemble à celui qui avait été présenté en 1931 par les docteurs Rae et Patch.

Un cas de syndrome de Cushing opéré.

MM. C.-E. GRIGNON, Jean GRIGNON, René GRIGNON et Paul DONTIGNY

Depuis quelques années, la profession médicale est assaillie par différents malades qui voudraient bien qu'on leur administre les drogues qu'ils croient merveilleuses: l'ACTH et la Cortisone.

Une foule de médecins nous demandent chaque jour des questions concernant l'action de ces médicaments, les dangers de leur emploi, etc.

En mars 1950, il s'est présenté, fort heureusement pour nous, une jeune patiente qui avait toutes les caractéristiques du Syndrome de Cushing avec une tumeur surrénalienne. Vous savez, sans doute, que ce syndrome équivaut à l'image clinique que l'on peut obtenir par l'action prolongée de l'ACTH.

Cette patiente fut opérée avec succès. Au cours des mois qui ont suivi nous avons vu son syndrome disparaître progressivement jusqu'à la normale.

Une étude assez détaillée de cette malade avant son opération et depuis ce temps, nous permet de saisir les principaux changements biologiques que l'on obtient avec l'ACTH.

Cette étude vous est présentée au moyen de transparents.

Discussion.

M. Jean Grignon donne des détails sur l'histoire clinique qui est typique du syndrome de Cushing. Il nous fait voir une série de transparents.

M. Paul Maheux demande si on a fait l'exploration des ovaires.

M. Jean Grignon répond qu'il n'y avait aucune indication de faire l'exploration des ovaires. La malade a des menstruations régulières.

Le secrétaire adjoint du bureau médical
Georges LECLERC

CONGRÈS

LE CONGRÈS ANNUEL DE LA "CANADIAN UROLOGICAL ASSOCIATION"

A la fin de juin dernier avait lieu au Mont Tremblant Lodge, la réunion annuelle de la Canadian Urological Association. Près de 60 membres de l'Association, une trentaine d'invités américains et un nombre important d'épouses des congressistes venus de tous les coins de notre pays firent monter à 120 le nombre des inscriptions.

Durant trois jours dans le décor majestueux des Laurentides, le programme scientifique et récréatif se déroula avec la plus grande régularité et dans la plus franche des camaraderies.

Au cours des trois avant-midis des travaux extrêmement intéressants furent présentés et donnèrent lieu à des discussions amicales et constructives.

L'ouverture officielle eut lieu à six heures le dimanche soir par un coquetel organisé par le comité du Congrès; cet évènement permit à tous de revoir de vieux amis. Voici le programme détaillé:

Lundi, 18 juin:

8.00 a.m. Inscription

9.00 Agénésie rénale — Dr. W. P. Hogart, Fort William — En discussion: Dr. W. E. Collins, Ottawa.

9.20 Quelques aspects de la maladie calculeuse — Dr. John F. MacIntosh, Montreal — En discussion: Dr. A. B. Hawthorne, Montréal.

10.00 L'Aortographie rénale. Son innocuité et sa valeur diagnostique — Dr. Parke G. Smith, Cincinnati, Ohio — En discussion: Dr. N. E. Berry, Kingston, Ont.

11.00 Café. Intermission.

11.15 Certains problèmes anesthésiques en urologie — Dr. R. J. B. Gilbert, Montréal — En discussion: Dr. John D. Leishman, Regina, Sask.

12.00 L'Incision à volet dorso-lombaire dans la chirurgie urinaire — Dr. George R. Nagamatsu, New York City, N.-Y.

Mardi, 19 juin:

8.00 a.m. Films scientifiques.

9.00 Torsion de l'hydatide de Morgagni — Dr. J. M. Campbell, Saskatoon, Sask.

9.20 Recherches bio-chimiques dans le domaine du Cancer — Professeur J.-M. Quastel, Université McGill.

10.30 Intermission. Café.

10.45 Le traitement des tumeurs épithéliales de la vessie — Professeur Victor F. Marshall, Cornell Medical Center, New-York.

11.30 Les résultats de la cystectomie totale dans le cancer de la vessie — Professeur Fletcher H. Colby, Harvard University, Boston, Mass. — En discussion: les Drs. Robin Pearse, Toronto, C. B. Stewart, Winnipeg.

12.30 Réunion générale annuelle.

Les rapports des minutes des dernières assemblées du Comité Exécutif furent lues et adoptées.

Le comité des nominations fit alors son rapport et les docteurs Charles Edouard Jacobson, Hartford, Connecticut; Eastwood Landa, Vancouver, B. C.; F. Gordon Mack, Halifax; Lawrence R. Mackey, Winnipeg; Williams Evans Ortved, Toronto; Melville J. Swartz, Winnipeg, furent élus membres actifs de l'association. Le docteur Leslie J. Calvert, Peterborough, Ont., fut élu membre correspondant.

On procéda ensuite à l'élection des officiers

pour l'exercice 1951-1952 avec le résultat suivant: président: Paul Bourgeois, Montréal; président élu: C. B. Stewart, Winnipeg; Secrétaire: S. A. MacDonald, Montréal; Trésorier: R. H. Elliott, Hamilton. Comité Exécutif: J. C. McClelland, Toronto, J.-P. Bourque, Montréal; J. Balfour, Vancouver.

Mercredi, le 20 juin:

8.00 a.m. Films scientifiques.

9.00 Cancer de l'urètre — Dr. Gordon N. Ellis, Edmonton — En discussion: D. J. Russell, Toronto.

9.20 Métaplasie squameuse de la prostate à la suite d'œstrogénothérapie — Dr. Ray Bainborough, McGill University — En discussion: Dr. D. Mitchell, Toronto.

9.20 Le traitement moderne de la tuberculose urogénitale — Dr. J. K. Latimer, Columbia University — En discussion: Dr. J. C. McClelland.

10.30 Intermission. Café.

10.45 Les résultats éloignés de la prostatectomie transurétrale — Dr. N. F. Berry, Kingston General Hospital, Kingston, Ont. — En discussion: Dr. J. P. Bourque, Montréal.

11.45 Critique analytique de la prostatectomie rétropubienne — Dr. Clarence Gosse, Dalhousie University, Halifax — En discussion: Dr. C. M. Spooner, Toronto — Adresse du président sortant de charge le docteur J. C. McClelland, Toronto.

1.00 Intronisation du nouveau président pour 1951-52: le docteur Paul Bourgeois.

Au cours des après-midis des excursions en bateau, en montagne et en autocar aux alentours permirent à tous ceux qui y participèrent de goûter les beautés de notre nord laurentien. Un tournoi de golf organisé par le docteur A. Edouard Desjardins rencontra également le plus vif succès.

Une nouveauté de l'Ecran gracieusement offerte par la compagnie Paramount fit passer une agréable soirée. Le dîner annuel, suivi de la danse, termina le mardi soir la partie récréative du congrès. Tous se séparèrent agréablement satisfaits de l'évènement et conserveront longtemps un souvenir touchant de l'hospitalité du Québec.

La ponctualité à toutes les séances du Congrès accommode grandement les conférenciers et contribue à augmenter l'intérêt des auditeurs.

NOUVELLES

ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE DE LA PÉDIATRIE
Hôpital Sainte-Justine, 6055, rue Saint-Denis, Montréal.

Cours de Perfectionnement sur les Maladies des enfants,
du 24 au 28 septembre 1951.

La pédiatrie du praticien

Un enseignement post-universitaire de la pédiatrie pour le médecin praticien sera donné à l'hôpital Sainte-Justine, du 24 au 28 septembre prochain. Cet enseignement, d'une durée d'une semaine, aura lieu le matin, de 9 heures à midi, à l'amphithéâtre des Cliniques. Il est spécialement destiné aux médecins de pratique générale, désireux d'être mis au courant des derniers procédés de diagnostic et de traitement applicables, en clientèle, chez les enfants.

Chaque conférence d'environ 45 minutes, sera suivie de présentation de malades ou de démonstrations pratiques, d'une égale durée, soit au dispensaire, soit dans les salles ou au laboratoire. Afin de permettre aux médecins d'examiner individuellement les malades et de s'entraîner aux examens complémentaires (otoscopie, ophtalmoscopie, interprétations de radiographies, analyses de laboratoire), ainsi qu'aux techniques thérapeutiques (lavage d'estomac, gavage, goutte-à-goutte intraveineux, oxygénothérapie, transfusion), le *nombre des inscriptions est limité.*

Les auditeurs recevront avant chaque leçon un plan détaillé de la conférence et un certificat sera décerné aux médecins régulièrement inscrits.

Programme des cours.

L'infection chez l'enfant du premier âge. Formes cliniques. Etiologie et prophylaxie. La mortalité néo-natale. Pathologie du nouveau-né. Les prématurés. Etat actuel de la chimiothérapie et des antibiotiques en pédiatrie. Les infections des voies respiratoires. Les broncho-pneumonies. La pneumonie atypique. Les troubles digestifs du nourrisson. Les affections abdominales aiguës. Indications du traitement chirurgical. Les troubles de la croissance et les maladies des glandes endocrines. Diagnostic et traitement des méningites aiguës. Syndromes hémorragiques. Anémies et leucémies. Le strabisme chez l'enfant. Etude clinique et thérapeutique.

Programme des cliniques et démonstrations pratiques.

L'examen clinique de l'enfant. Présentation de malades et interprétations de radiographies. Soins aux nouveau-nés et aux prématurés. Fonctionnement des couveuses ou incubateurs. Mode d'alimentation. Gavage. Analyses et épreuves biologiques d'usage courant en clinique infantile. Technique de l'oxygénothérapie, du lavage d'estomac et des injections de sérums artificiels. Installation d'un goutte-à-goutte intraveineux. Soins pré et post-opératoires. Mode d'emploi des anesthésiques. Opothérapie clinique. — Pneumo-encéphalographie. Nouveaux médicaments sédatifs et toniques du système nerveux chez l'enfant. Technique de la ponction sternale, de la transfusion et de l'exsanguino-transfusion. Pratique de l'otoscopie et de l'ophtalmoscopie. Paracentèse du tympan. Technique de la mastoïdectomie chez le nourrisson.

Inscription.

Comme le nombre des inscriptions est limité, les praticiens désireux de suivre cet enseignement sont priés d'en informer, *dès maintenant*, le docteur Paul Letondal, secrétaire du Comité des Cours de Perfectionnement à l'hôpital Sainte-Justine. Droit à verser: cinq dollars.

LE DOCTEUR ADÉLARD GROULX, VICE-DOYEN DE L'ÉCOLE D'HYGIÈNE

Les autorités universitaires annoncent la récente nomination du docteur Adélard Groulx, directeur du Service de Santé de la Ville de Montréal, au poste de vice-doyen de l'Ecole d'Hygiène de l'Université de Montréal. Le docteur Groulx est aussi professeur et Chef du Département d'Administration de la Santé publique et de Médecine sociale à l'Ecole d'Hygiène.

LE DOCTEUR ALBERT BERTRAND AU CONSEIL NATIONAL DE RECHERCHES

Le docteur Albert Bertrand, professeur titulaire à l'Université de Montréal et chef des laboratoires de l'hôpital Notre-Dame, vient d'être nommé par le Conseil National de Recherches pour un second terme de trois ans.

ÉLECTION COMME PRÉSIDENT DU DOCTEUR JULES BRAHY

La Société Canadienne d'Oto-rhino-laryngologie a tenu son assemblée annuelle, fin de juin, au Manoir Richelieu, à La Malbaie. Les élections se tinrent

à cette occasion. Le docteur Jules Brahy, de Montréal, a été élu président en remplacement du docteur J. W. McNally, également de Montréal; le docteur D. E. S. Wishart, de Toronto, est le nouveau vice-président. Le trésorier est le docteur T. J. Haughton, de Regina, et le docteur W. Ross Wright, de Fredericton, a été choisi comme secrétaire.

NOUVEAUX MEMBRES DU CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

Voici la liste des candidats qui ont passé, cette année, avec succès, les examens du Conseil Médical du Canada.

Les candidats heureux, de la province de Québec, sont les docteurs Jacques Allaire, Joliette; Jean-Luc Beaudoin, Trois-Rivières; Claude Bélanger, Québec; Jacques Bergeron, Québec; Maurice Bernier, Sherbrooke; J.-M. Bordeleau, Montréal; Willie Brunet, Québec; P.-A. Chevalier, Sherbrooke; Jacques Côté, Québec; Robert Côté, Québec; G.-A. Daigle, Tring Junction; F.-G. Delaney, Québec;Eliane Depeyre, Québec; Marcelle Dorion, Sillery; Maurice Drolet, Québec; René Drouin, Québec; H.-A. Durand, Québec; Paul Gagnon, Québec; Claude-P. Gendron, Montréal; Marc Girard, Sherbrooke; Léo Goulet, Fabre-Station; Pierre Grondin, Cap-de-la-Madeleine; Peter Lou Hong, Chicoutimi; M.-H. Héon, Shawinigan-Sud; J.-J. Houde, Lauzon; R.-E. Huot, Charny; J.-L. Laberge, Valleyfield; Martin Laberge, Québec; Vincent Lapointe, Québec; B.-G. Lavoie, Québec; Gaston Legault, Laverlochère; J.-M. Loiselle, Québec; G.-C. Lorange, Montréal; Martial Lupien, Saint-Léon; Fernand Madore, Chicoutimi; J.-E. Maltais, La Malbaie; Ennio Melillo, Montréal; Lucien Mercier, Québec; Jean Mignault, Québec; Benoît Morin, Québec; Gaston Morissette, Ville Montmorency; Bernard Parent, Matane; René Pion, Québec; Florian Poirier, Carleton Centre; P.-C.-L. Régnault, Montréal; J.-T. Robert, Québec; Roland Roy, Québec; Romulus Saint-Laurent, Québec; R. Samson, Beauceville-Est; Raymond Savoie, Louiseville; J.-P. Tremblay, Drummondville.

Les candidats heureux du Nouveau-Brunswick sont les docteurs J.-J.-R. Boulay, Campbellton; Isabelle-Yolande Bourgeois, Tracadie; Claude Desjardins, Saint-Jacques; R.-F. Gagnon, Edmundston; Omer Gallant, Shediac; Blair Gautreau, Moncton; Roger Guerrette, Edmundston; Alphonse Leblanc, Moncton; L.-P.-J.-E. Léger, Memramcook-Ouest; Paul Léger, Moncton; Etienne Lévesque, Grand Falls; Claude Paulin, Tracadie; L.-J. Richard, Richibucto; Euclide Rioux, Grand Falls.

Les candidats heureux, des autres centres, sont les docteurs Reginald Champagne, Brandon, Man.; Claude Corbeil, Sainte-Anne-de-Prescott, Ont; T. P. Dodd, Pembroke, Ont.; A.-P. Laferrière, North Bay, Ont.; R.-P. Leblanc, Gravelbourg, Sask.; J.-A.-A. Mandin, Duck Lake, Sask.; Saint-Firmin Monestime, Ottawa; Paul Quenneville, Tilbury, Ont.; Louis Saint-Arnaud, Gravelbourg, Sask.; J.-B. Truelle, Regina, et P.-E. Vachon, Chute-à-Blondeau, Ont.

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE

La cinquième réunion du Conseil d'Administration du Centre International de l'Enfance s'est tenue les 21 et 22 mai 1951, au Château de Longchamp, à Paris, sous la présidence du Professeur Robert Debré, et avec la participation du docteur Rajchman (Pologne), vice-président, du Professeur Aujaleu, trésorier, des Professeurs Carneiro, représentant du Brésil à l'UNESCO, Fanconi (Zurich), Guest (Cincinnati) et Wallgren (Stockholm), ainsi que de M. Arthur Wauters, ancien ministre du Travail en Belgique, ministre plénipotentiaire et ancien directeur général du CIE, et du docteur Gaud, secrétaire général.

Le secrétaire général a rendu compte au Conseil de l'installation du Centre au Château de Longchamp et fait le point de la situation financière et budgétaire du Centre.

Il a donné des renseignements sur les activités du Centre au cours de l'année 1951. En ce qui concerne l'Enseignement, le Cours de Pédiatrie Sociale et le Cours de Réadaptation des enfants atteints d'infirmité motrice, celui-ci réservé aux auxiliaires médicaux, fonctionnent actuellement; les deux autres cours prévus, l'un sur les vaccinations contre les maladies contagieuses de l'enfance, l'autre pour médecins spécialisés dans les soins à donner aux enfants atteints d'infirmité motrice, auront lieu pendant le second semestre de l'année, tandis qu'un colloque sur les maisons et villages d'enfants se tiendra à Megève du 27 juin au 7 juillet. Les recherches et études se poursuivent par ailleurs ainsi qu'il a été prévu, et comprennent d'une part les activités de la Station Pilote BCG, des recherches immuno-biologiques et des études sur la vaccination contre la coqueluche, et d'autre part des études sur la carence des soins maternels, sur la psychologie de l'enfant et sur les Bibliothèques d'enfants.

Le secrétaire général a tracé, en outre, les grandes lignes des activités prévues pour le CIE au cours de l'année 1952. L'enseignement comprendrait un cours de Pédiatrie Sociale et un cours de Réadaptation des enfants infirmes moteurs pour auxiliaires médicaux, un colloque sur les établissements pour enfants privés de famille, un cours de vaccination par le BCG, un colloque sur les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux, qui se tiendrait en pays tropical et de préférence en Afrique, enfin un *seminar* sur l'utilisation des antibiotiques dans les maladies de l'enfance. Le Conseil a approuvé ces projets.

SULFATE de DEXEDRINE*

l'anti-asthénique de choix

Dépressions nerveuses

Asthénies

Obésité

Dépression alcoolique

Comprimés de
0g. 005 en flacons de 100 et 500

SKF

SMITH KLINE & FRENCH
INTER-AMERICAN CORPORATION
MONTREAL 9

*Marque Déposée au Can. Pat. Off.

En ce qui concerne les études et recherches, le Conseil a estimé que l'activité de la Station Pilote BCG devrait être étendue et les recherches sur la vaccination anticoquelucheuse poursuivies, ainsi que les études sur la carence des soins maternels. La reconduction du programme consacré aux études sur la psychologie de l'enfant qui n'ont pas encore été entreprises a été décidée, ainsi qu'une expérience sur les Bibliothèques d'enfants.

Le Président a indiqué que certains pays de l'Afrique et du Moyen-Orient seraient désireux d'obtenir l'aide du Centre, et éventuellement de l'OMS et de l'UNICEF pour engager une campagne contre le trachome, maladie de l'enfance, contre les conjonctivites saisonnières qui augmentent considérablement la gravité du trachome et contre les mouches qui sont le principal vecteur de ces maladies; ces questions seront soumises à la prochaine réunion du Conseil.

Le Conseil a demandé que des monographies touchant les cours et les travaux du Centre, ainsi que des sujets d'actualité se rapportant aux problèmes du néo-natalisme, de la naissance et de l'enfance soient publiés en complément du *Courrier;* il a exprimé l'avis que la formule actuelle de cette revue devrait être maintenue, une place plus grande étant toutefois réservée aux articles de fond et aux analyses intéressant le secteur social.

En ce qui concerne enfin l'Exposition, « la première année de la vie », qui s'est ouverte dans le parc du Château de Longchamp, le Conseil a témoigné sa satisfaction pour son heureuse réalisation et approuvé l'organisation du voyage de cette Exposition à partir du 15 juillet prochain dans un certain nombre de villes de France et d'autres pays. Déjà Lille, Nancy, Strasbourg, Tours, Tunis et Bruxelles ont demandé à l'accueillir et ont offert de supporter tous les frais de transport et d'exposition.

Une Exposition de l'enfance « Pour les enfants » sera préparée pour 1952: les projets seront soumis au Conseil lors de sa prochaine réunion qui se tiendra à Paris au mois d'octobre prochain.

LE DOCTEUR HENRI EY, DANS UNE SÉRIE DE CONFÉRENCES AU SANATORIUM PRÉVOST

Les autorités du Sanatorium Prévost ont l'avantage et l'honneur d'annoncer que le docteur Henri Ey, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, France, prononcera, au cours d'octobre prochain, une série de 12 conférences sur des questions psychiatriques d'actualité, et deux causeries hors série pour le grand public. Ces leçons intéresseront le monde de la neuro-psychiatrie parce qu'elles refléteront la pensée psychiatrique française contemporaine et, plus particulièrement, l'interprétation que donne un maître de la psychiatrie moderne à la psychopathologie et à la thérapeutique des affections mentales.

Le docteur Ey est déjà connu au Canada par les jeunes psychiatres qui ont suivi son enseignement en France et par ses ouvrages. Ses *Etudes Psychiatriques* sont lues et commentées dans le monde entier et ses contributions à l'*Evolution Psychiatrique* et aux *Annales Médico-psychologiques* représentent l'important complément de son enseignement et de son œuvre à la fois novatrice et traditionaliste. Le docteur Ey sera entendu en exclusivité au Sanatorium Prévost. Le programme de ses leçons se passe de commentaires. La plupart des questions à l'ordre du jour des récents congrès de psychiatrie sont inscrites. Voici les dates et les titres de ses leçons:

3 octobre: Position de la Psychiatrie dans l'évolution des sciences médicales.

5 octobre: Les mouvements doctrinaux dans la Psychiatrie contemporaine.

8 octobre: La conception organo-dynamiste de la Psychiatrie.

10 octobre: Evolution des idées sur la Schizophrénie.

12 octobre: La pensée et la personne du Schizophrène.

15 octobre: Les « expériences délirantes primaires ».

17 octobre: Les organisations délirantes chroniques.

19 octobre: Les névroses.

22 octobre: L'angoisse pathologique.

24 octobre: Hystérie et Médecine Psycho-Somatique.

26 octobre: Les problèmes théoriques et pratiques de la Psychanalyse.

29 octobre: Nécessité et limite de la Psychothérapie.

Hors série:

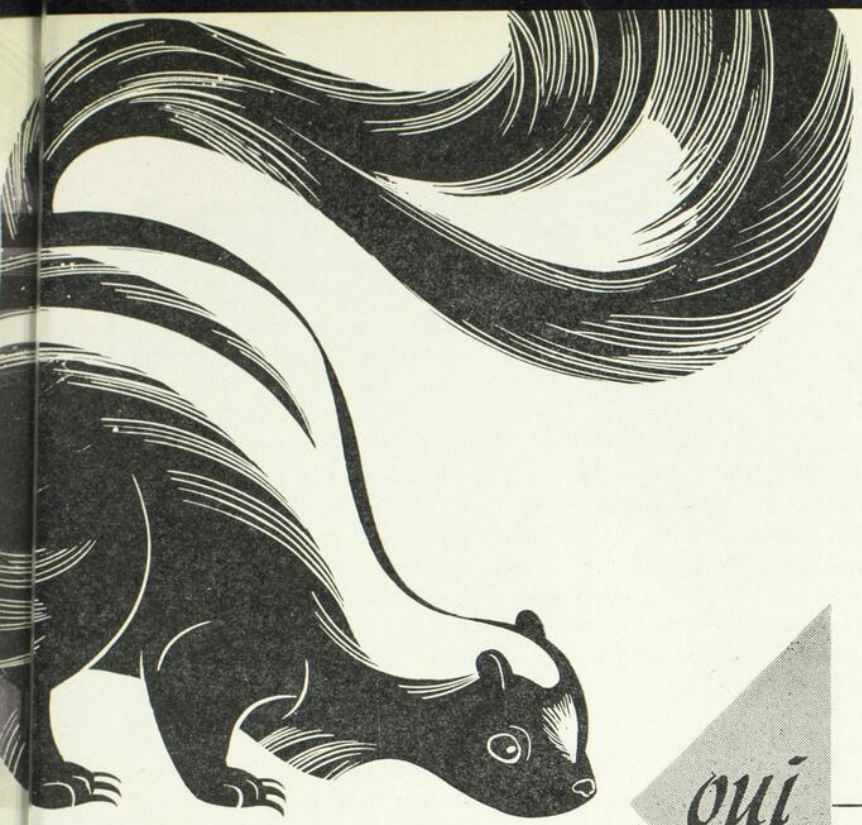
11 octobre: La Psychiatrie devant la Morale.

18 octobre: La Psychiatrie française du XXème siècle.

LAURÉATS DU SALON D'ART DES MÉDECINS

Avec un total d'environ 600 pièces d'exhibition, le *Physicians' Art Salon* vient de se terminer à Montréal après s'être déroulé du 18 au 22 juin; y ont pris part un grand nombre de médecins exposant des peintures et des photographies dont une bonne proportion seront reproduites dans le calendrier 1952 du *Physicians' Art Salon;* ce dernier sera adressé à tous les médecins du Canada vers la fin de cette année par le commanditaire du salon, la maison Frank W. Horner Limited.

Le salon, qui se joint chaque année au congrès de la *Canadian Medical Association,* réunissait cette année un choix encore plus étendu de pièces exposées



oui

élixir gabail *non*

non, **la valériane de l'Elixir Gabail n'a pas d'odeur, parce qu'elle est complètement désodorisée par un procédé spécial de préparation. Ce procédé ne masque pas simplement le goût et l'odeur insupportables de cet excellent modérateur du nervosisme, mais les supprime vraiment sans nuire à son action thérapeutique.**

Chaque c.c. contient:	
Ext. de valériane	20 mg.
Ac. valérianique	5 mg.
Carbonate d'ammonium	12 mg.
Hydrate de chloral	20 mg.
Brom. de strontium	20 mg.
Sirop d'écorce d'oranges	0.5 c.c.
Eau distillée ad	1.0 c.c.

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE, MONTRÉAL 18

par les membres de la profession médicale. Le 7ème salon annuel occupait une large portion de la Mezzanine de l'Hôtel Mont Royal, à Montréal, et fut visité par plusieurs centaines de délégués et leurs amis et tous ont fait preuve d'un intérêt considérable dans cette large collection d'œuvres artistiques.

Parmi les commentaires recueillis au hasard, le plus prépondérant tend à exprimer que le salon, cette année, avait pris une « allure moderne ». Jusqu'à un certain point, cette remarque fut juste, car on remarquait, à l'exposition, un nombre imposant d'études impressionnistes. Parmi les plus remarquables, il faut mentionner une peinture intitulée « Marrakech », présentée par M. Claude Jutras, de Montréal, qui s'est vu décerner un premier prix dans la section des beaux-arts. Les juges ont déclaré en allouant cette mention que M. Jutras avait fait preuve « d'un sens de l'abstrait très significatif ». M. Jutras, étudiant en médecine à l'Université de Montréal, et fils du docteur Albert Jutras, a établi un record dans les cadres du salon en recevant également une mention honorable pour son travail photographique. L'étude primée ayant pour titre « Joan », au dire des membres du jury, « avait un caractère d'impersonnalité et d'illimitation de temps ».

Le docteur L. J. Notkin, un autre montréalais, reçut le premier prix dans la section des photographies monochromes pour sa scène de neige intitulée « Taps ». Comme commentaires sur cette œuvre, les juges ont déclaré qu'elle possédait « une qualité importante et une composition virile, exprimées dans des tons obscurs ».

Le premier prix dans la classe des photographies translucides fut alloué au docteur A. J. Grace, de London, Ont., pour sa photographie « Untimely Winter ». Et sur cette œuvre les juges ont commenté « un artiste sensible, une composition délicate munie d'un charme cohésif ».

Les juges pour le salon de cette année étaient des personnalités éminentes dans leurs champs respectifs. Le jury de sélection comprenait les artistes canadiens bien connus, le docteur Arthur Lismer et M. Sheriff Scott, aussi bien que le photographe et critique renommé, M. Raymond Caron.

L'attention générale fut particulièrement attirée cette année par le panneau spécial destiné à recevoir les contributions artistiques des gagnants de premiers prix des autres années. L'ensemble de leurs œuvres fut groupé sous le titre de « Palette Club » et fut exhibé hors concours.

Une note nouvelle fut ajoutée, cette année, alors qu'on a institué le « prix de popularité » pour les deux sections de peinture et photographie monochrome et qui fut basé sur le résultat de votes soumis par les visiteurs du salon. Les gagnants furent le docteur J. B. Maxwell, de Toronto, pour sa peinture « Birch Lake », et le docteur Norbert Vézina, d'Outremont, pour sa photographie « L'enfant au manteau noir ».

La présentation des prix et mentions fut faite à ceux des 22 gagnants qui étaient présents le 21 juin au Chalet de la Montagne lors du *Garden Party* de la C. M. A.

Le comité d'organisation du salon a déjà entamé ses projets pour l'exposition de l'an prochain qui aura lieu à Banff, en Alberta, et l'on doute fort qu'il y ait des changements majeurs dans la structure même du salon. Les membres du corps médical seront avisés des nouveaux développements pour 1952 par la maison Frank W. Horner Limited.

Enumérés plus bas, sont les gagnants du salon:

Pièces exposées

1er prix: M. Claude Jutras, Montréal, P.Q. — « Marrakech » (Etude impressionniste).

2ème prix: Dr W. D. S. Cross, London, Ont. — « Reflections » (Landscape).

3ème prix: M. Talbot Déry, Québec, P. Q. — « Nature morte ».

Mentions

Dr M. C. Mooney, Farnham, P. Q. — « Undauneed » (Portrait).

Dr L. J. Notkin, Montréal, P. Q. — « Gourds » (Still Life).

Dr W. J. Hart, East Kildonan, Man. — « Floral » (Still Life).

Dr R. F. Ross, Truro, N.-E. — « Off Cape Sable » (Landscape).

Dr John Parnell, Vancouver, C.-B. — « Howe Sound, B. C. » (Landscape).

Dr Paul Larivière, Montréal, P. Q. — « Variations » (Abstraction).

Photographie monochrome

1er prix: Dr L. J. Notkin, Montréal, P. Q. — « Taps » (Landscape — Snow Scene).

2ème prix: Dr Max O. Klotz, Rockliffe, Ottawa, Ont. — « Our Life is closed — Our Life begins » (Portrait).

Mentions

M. Claude Jutras, Montréal, P. Q. — « Joan » (Portrait).

Dr A. B. Walter, Saint John, N.-B. — « Freedom » (Nature Study).

Dr B. S. W. Brown, Granby, P. Q. — « I'm Mr. Doyle » (Character Study).

Photographies translucides

1er prix: Dr A. J. Grace, London, Ont. — « Untimely Winter » (Landscape).

2ème prix: Dr F. E. Wait, Saskatoon, Sask. — « Bow Village » (Landscape).

"LE FRÉNATEUR DU VAGUE"

VAGO-FRENAL

Chaque comprimé contient:

Boro-potassium tartrate	0.20
Phénobarbital	0.05
Extrait de hyocyamus	0.005

INDICATIONS

Maladies nerveuses, épilepsie, névrose, danse de St-Guy, convulsions. Modérateur de l'éréthisme nerveux. Traitement préventif du mal de mer, du mal d'auto, du mal d'avion.

POSOLOGIE

1 à 3 comprimés par jour.

PRÉSENTATION

Tube de 20 comprimés.
Flacon de 100 et 500 comprimés.

Echantillon médical et documentation complète envoyés aux médecins sur demande.

Préparé par les Laboratoires Mexyl, Genève, SUISSE.

Représentants exclusifs pour le Canada: **HERDT & CHARTON, INC.** 2027, Ave. du Collège McGill Montréal

3ème prix: Dr S. J. Navin, Caramat, Ont. — « Long Lac, Ontario » (Landscape).

Mentions

Dr L. E. Jaquith, Toronto, Ont. — « Birds of Paradise » (Fantasy).

Dr A. F. Perl, Sarnia, Ont. — « Prairie Road » (Landscape).

Dr Helen McKinley, Toronto, Ont. — « Enchanted Evening » (Seascape).

Dr W. W. Hughes, Embro, Ont. — « Nature's Music » (Seascape).

Dr R. M. Taylor, Deep River, Ont. — « Dunster Cottage » (Landscape).

ÉTUDES SUR LA SCLÉROSE EN PLAQUES À L'INSTITUT NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL

L'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que l'Institut neurologique de Montréal poursuit des recherches sur le diagnostic et le traitement précoces de la sclérose en plaques.

Des études préliminaires révèlent une anormalité du plasma sanguin chez les personnes atteintes de la sclérose en plaques. On étudiera ces altérations avec soin et en détail; puis on comparera les résultats obtenus avec ceux que donnent les recherches sur le plasma normal. On espère trouver, de cette façon, le moyen de découvrir à son début la sclérose en plaques et, également, de suivre de près et d'évaluer les méthodes de traitement.

La caractéristique de la sclérose en plaques, c'est le durcissement de parties du tissu conjonctif, dans le cerveau ou la moelle épinière, ou bien dans les deux, ce qui gêne la transmission des impulsions des centres nerveux. La débilité et le manque de coordination sont des symptômes de cette affection. Elle peut, quand elle a fait beaucoup de progrès, causer la paralysie totale. On ignore, à l'heure actuelle le moyen de la guérir.

On connaît, ajoute M. Martin, l'existence de plus de 9 000 cas au Canada; mais les autorités d'hygiène publique croient que le nombre réel est beaucoup plus élevé.

Les recherches, croit-on, dureront deux ans. Elles sont sous la direction du docteur Roy L. Swank, neuropathologiste adjoint de l'Institut neurologique et professeur adjoint de neurologie expérimentale à l'Université McGill, assisté de Mlle Aagot Grimsgaard. Les observations cliniques se poursuivront à l'Institut neurologique et à la clinique externe de l'hôpital Royal Victoria.

La subvention fédérale, pendant l'année financière présente, est de $6 000.

CONGRÈS DE STOMATOLOGIE

Le XIIème Congrès Français de Stomatologie se tiendra à Paris, du 8 au 13 octobre 1951, dans les locaux de l'Institut Eastman.

Deux rapports seront présentés par:

MM. les docteurs Hennion et Bataille sur « Les parotidites chroniques »; M. le docteur Friez sur « Le traitement des pyorrhées ».

Deux questions seront mises en discussion par:

M. le Professeur agrégé Carlier et M. le docteur Goudaert sur « L'hémostase en stomatologie »; MM. les docteurs Jacowski et Grignon sur « Le traitement chirurgical des communications bucco-sinusales » (en remplacement du Professeur agrégé Houpert).

De nombreux confrères français et étrangers ont bien voulu déjà répondre à notre appel en nous promettant leur participation de principe et en nous annonçant leurs communications. Nous comptons que vous vous joindrez à eux et le secrétaire général serait heureux d'avoir *dès maintenant* les titres exacts de vos communications éventuelles si vous désirez qu'ils figurent sur le programme imprimé qui sera adressé ultérieurement à tous les congressistes.

Pendant la durée du Congrès, les matinées seront consacrées dans les hôpitaux et à l'Institut de Stomatologie de la Faculté de Médecine de Paris à des présentations cliniques, à des interventions et à des démonstrations de techniques modernes de la spécialité. Enfin une exposition de matériel professionnel, de produits pharmaceutiques, de livres récents aura lieu au voisinage des Salles de Conférences.

La semaine du Congrès coïncide également avec le Salon de l'Automobile et le séjour à Paris toujours apprécié trouvera encore des attraits supplémentaires dans les festivités du Bimillénaire.

Dans le cadre même du Congrès, les distractions n'ont pas été négligées. En dehors du Banquet traditionnel, il sera organisé une excursion en Champagne. Le comité des Dames se chargera des visites chez les grands couturiers et dans diverses expositions du moment.

Docteur P. FRIEZ.

DEUXIÈME CONGRÈS EUROPÉEN DE RHUMATOLOGIE

Ce Congrès aura lieu à Barcelone (Espagne) du 24 au 27 septembre prochain. Son Excellence le Ministre de l'Intérieur lui a conféré un caractère officiel en raison de l'importance et de l'utilité des questions qui y seront traitées.

L'organisation de ce congrès est très avancée; des centaines de médecins de toutes les parties du monde se sont déjà inscrits. Un tel Congrès sera non pas seulement un simple Congrès européen, mais un événement mondial.

Le docteur Philip S. Hench, de la Clinique Mayo (Rochester), Prix Nobel 1950, sera l'invité officiel du gouvernement espagnol et l'invité d'honneur de notre pays. Plusieurs personnalités éminentes du monde médical ont aussi exprimé le désir d'assister à ce Congrès.

PRÉPARATION
ANTIHISTAMINIQUE
POSSÉDANT UNE GRANDE
EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

DANS LA FIÈVRE DES FOINS
LE PRURIT
LE CORYZA
LES ALLERGIES DE TOUT GENRE

EMPLOYEZ

dipane E.B.S.

(Maléate de pyranisamine)

UN ANTIHISTAMINE POUR USAGE GÉNÉRAL

UN PRODUIT ÉTHIQUE POSSÉDANT
UN FACTEUR DE SÉCURITÉ ÉLEVÉ*

*Documentation sur demande

présentation:

DIPANE S.C.T. No 312
AVEC AMPHOS E.B.S.

Chaque comprimé contient 50 mg. de Dipane et 5 mg. de phosphate d'amphetamine.

DIPANE C.T. No 321
AVEC EBSAL CO. E.B.S.

Chaque comprimé contient 25 mg. de Dipane, 3½ gr. d'acide acétylsalicylique, 2½ gr. de phénacétine et ½ gr. de citrate de caféine.

ONGUENT DIPANE E.B.S.

Contient un pour cent de Dipane dans un excipient hydrosoluble.

ELIXIR DIPANE E.B.S.

Contient, dans 4 c.c., 50 mg. de Dipane.

THE E.B.S. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

UNE COMPAGNIE ENTIÈREMENT CANADIENNE . . . DEPUIS 1879

Représentants:

M. Maurice Phaneuf, 1510, rue Chambly, Montréal, P. Q. M. Gaudias Lamontagne, 2317 Regent Ave., N.D.G., Montréal, P. Q.
M. J. L. Vallerand, 23, rue de l'Eglise, Québec, P. Q.

ENQUÊTE SUR LA POLLUTION DE L'AIR DE TORONTO

Des hommes de science attachée à l'Ecole d'Hygiène de l'Université de Toronto sont en train de faire une enquête sur la pollution de l'air de Toronto et de la région environnante ainsi que sur les répercussions de cette pollution sur la santé. C'est ce que nous apprend l'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, qui ajoute que le gouvernement fédéral attribue au financement de ce projet une subvention d'hygiène au montant de $7 400.

Pendant une année au moins, on fera régulièrement des prélèvements d'air, à une vingtaine d'endroits divers de la région de Toronto. Deux de ces postes seront en mesure de donner des renseignements détaillés sur les principaux agents de pollution de l'atmosphère ainsi que toutes les données sur les conditions atmosphériques influant sur la pollution de l'air.

On poursuivra à l'Ecole d'Hygiène des enquêtes de laboratoire afin de déterminer les conséquences, s'il en est, des concentrations d'agents de pollution sur la santé.

Le docteur D. Y. Solandt, professeur d'hygiène physiologique, dirige l'ensemble du projet, avec le concours de deux techniciens qui ont de l'expérience des travaux de laboratoire et de génie. On choisira les postes de prélèvement en collaboration avec le professeur E. A. Allcut, président d'un comité de la pollution de l'atmosphère au Canada, et M. L. J. Cudbird, inspecteur de la fumée à Toronto.

Le docteur H. M. Barret, de l'Ecole d'Hygiène, avait déjà, en 1936-37, fait une enquête sur la pollution de l'atmosphère à Toronto, déclare M. Martin. L'enquête actuelle en est la continuation. Les hommes de science qui l'entreprennent bénéficieront aussi des études poursuivies au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, où le brouillard de fumée de Los Angeles et le désastre de Denora ont stimulé d'importantes recherches.

La subvention fédérale de $7 400 sera attribuée aux salaires des techniciens, au coût des prélèvements d'air et d'autre matériel technique nécessaire au projet.

CONFISCATION DE 22 516 LIVRES D'ALIMENTS IMPROPRES À LA CONSOMMATION

Le dernier rapport mensuel des Unités sanitaires de la province de Québec révèle que les inspecteurs sanitaires ont dû confisquer au cours du dernier mois 22 516 livres d'aliments impropres à la consommation. Afin d'exercer une surveillance attentive sur les établissements de manipulation de denrées alimentaires, les inspecteurs ont visité 173 boulangeries, 1 776 épiceries, 883 restaurants, 2 583 boucheries, 190 marchés publics sis dans les territoires pourvus d'Unités sanitaires, c'est-à-dire dehors de l'île de Montréal, de la ville de Québec et de quelques autres centres.

Les inspecteurs ont également conduit une forte campagne de protection dans les établissements de produits laitiers.

264 CLINIQUES ANTITUBERCULEUSES

Pendant le mois qui vient de se terminer, les cliniciens ambulants chargés de la surveillance épidémiologique antituberculeuse et du dépistage ont examiné plus de treize mille personnes au cours de 264 cliniques tenues dans les différentes régions pourvues d'Unités sanitaires. Les hygiénistes par ailleurs, ont en outre examiné plus de dix mille (10 059) contacts et cas suspects de maladies infectieuses. Par suite de ces recherches, ils ont également immunisé contre la diphtérie 2 568 enfants et conféré 4 402 immunisations de rappel. C'est-à-dire que les hygiénistes du ministère provincial de la Santé exercent une surveillance bienfaisante dans toutes les régions du Québec.

PARENTS, PRENEZ GARDE AUX TUBERCULEUX

Si nous voulons réduire notre mortalité par tuberculose à un taux minimum, le concours de chaque famille et de chaque individu est indispensable. La surveillance des enfants doit se poursuivre depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte. Les organisations antituberculeuses de la Province sont impuissantes à assurer seules cette surveillance. Combien de mères de famille exigent en temps normal un certificat de compétence et d'honnêteté de la domestique qu'elles engagent sans seulement s'informer de son état de santé? Et pourtant, à cette domestique qui peut être tuberculeuse, on confiera le soin de ses enfants avec lesquels elle aura des contacts immédiats et répétés. Quand l'enfant a grandi, s'occupe-t-on assez de l'état de santé de ses petits compagnons de jeux?

Si l'on considère que malheureusement il existe encore, dans notre province, de nombreux foyers affectés par la tuberculose, beaucoup d'enfants échappent difficilement à la contamination qui les guette. Ils y réussiront d'autant mieux que nous saurons leur préparer un organisme vigoureux, et c'est le but de la vaste campagne pour une saine alimentation qui se poursuit actuellement. Une bonne hygiène préventive et une alimentation raisonnée permettront à vos enfants de se défendre contre les microbes qui menacent de les contaminer, ou qui vivent à l'état latent dans leur organisme et n'attendent qu'une déficience générale pour se réveiller et se multiplier au point de créer la maladie. Tels sont les conseils que donnent les hygiénistes du ministère de la Santé que dirige l'honorable Albini Paquette, m.d., ministre de la Santé.

MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE, POLYVALENTE ET CHOLAGOGUE

PEPTALMINE

(dragées et granulé)

FORMULE: Peptone de Viande et de Poisson
Extrait de lait et Extraits d'œufs.
Magnésie et Excipients.

INDICATIONS: Fortement recommandée dans le traitement des Migraines, Urticaire, Strophylus, Eczémas, Prurits, Troubles digestifs par assimilation défectueuse, somnolence après les repas.

POSOLOGIE: Prendre, une heure environ avant chacun des trois repas, 4 à 6 dragées, soit à sec, soit de préférence avec un peu d'eau tiède. Enfants: demi-dose.

PRÉSENTATION: Flacons de 50, 500 et 1000 dragées. Granulé: boîte de 130 grammes.

Documentation et échantillon sur demande.

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL • MONTRÉAL, P. Q.

SULPHO-LAC

(pommade ne contenant aucun corps gras)

FORMULE: Soufre Colloïdal — Sulfure de Calcium
Sulfate de Zinc — Glycérine.

INDICATIONS: Acné, Séborrhée huileuse, couperose, Lupus érythémateux, Dermites de cause vénénifique.

MODE D'EMPLOI: En application locale le soir au coucher.

PRÉSENTATION: Pots de 1 oz. — 2 ozs — 4 ozs et 16 ozs.

Documentation et échantillon sur demande.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL • MONTRÉAL, P. Q.

REVUE DES LIVRES

Mental Hospital 1950. — American Psychiatric Association, 1624 Eye Street, N. W., Washington 6, D. C. ($2.50).

Les comptes rendus de la seconde Consultation sur les hôpitaux psychiatriques, tenue à St-Louis en octobre 1950, viennent d'être publiés. Elle fut sous les auspices du Service des hôpitaux psychiatriques de « l'American Psychiatric Association ». Cette consultation (Mental Hospital Institute) fut réalisée sous le mode de forum pour chaque question traitée et où prirent part un nombre imposant de psychiatres américains et de quelques aliénistes canadiens.

Cette publication contient des renseignements d'une utilité éminemment pratique portant sur un nombre de sujets qui couvrent le vaste champs d'opération en hospitalisation des malades mentaux. Les problèmes sont abordés objectivement, d'une façon dénuée de tout académisme et traités en relation avec les besoins actuels. Qu'on s'en rende compte par l'énumération des sujets examinés et discutés: l'architecture; la technique des rapports statistiques; l'inspection et la classification; les hôpitaux et la défense civile; le directeur médical; les thérapies de groupe; le stage de jours à l'hôpital (day hospitals); le contrôle de la tuberculose; les gratifications gouvernementales au Canada; les gardes-malades; les aides psychiatriques; les psychologues, les auxiliaires sociales, les préposés à la thérapie par le travail et l'occupation; les psychiatres; les rapports entre l'hôpital et le centre communautaire; les relations entre les hôpitaux et le public; les éléments facilitant l'aide gouvernementale en faveur des hôpitaux psychiatriques; les hôpitaux privés; les services psychiatriques dans les hôpitaux généraux; les écoles pour arriérés mentaux; les hôpitaux fédéraux.

Bien entendu, en 215 pages on ne peut effectuer une étude exhaustive de ces nombreux et importants problèmes, mais, encore une fois, on en discute les points essentiels, pratiques, vus à la lumière des besoins d'aujourd'hui et à celle des exigences de plus en plus accusées de la psychiatrie aussi bien dans le champ de la médecine que dans le domaine de la population en général. Ce condensé en science hospitalière et en regard des mentaux devrait être porté à la connaissance de tout psychiatre et de tout administrateur d'hôpital psychiatrique.

Roma AMYOT.

Volume des Rapports et Discussions — Premier Congrès International du Climatisme Social, Villard-de-Lans, mars 1949. — Un volume de 514 pages. — Imprimerie Guérinand, 27 bis, cours Berriat, Grenoble.

Table des matières

Première partie:

Rapports sur le Climatisme social en France.

1. Bases scientifiques du Climatisme social, par M. le Professeur Bert, M. Striffling.

2. Bases cliniques du Climatisme social, par M. le Professeur Delore, M. le docteur Milhaud.

3. Ce que médecins et malades doivent savoir du Climatisme social, par M. le docteur Huber, M. le docteur Rouèche.

4. Le point de vue de l'Assistante Sociale en matière de Climatisme social, par Mlle Fritsch.

5. Les besoins de l'enfance en matière de Climatisme social, par M. le Professeur Rohmer, M. le Professeur Caussade.

6. Climatisme social pour enfants tuberculeux, par M. le Professeur Dufourt, M. le docteur Lowys.

7. Climatisme social pour adultes tuberculeux, par M. le Professeur Etienne Bernard, M. le docteur Dumarest.

8. Prévention de la tuberculose dans les populations saines des stations sanatoriales, par M. le docteur Davy.

9. Préventoriums, aériums, maisons d'enfants, par M. le docteur Kaplan.

10. Climatisme social dans les affections respiratoires non tuberculeuses de l'enfance, par M. le Professeur Mouriquand, M. le Professeur agrégé Jeune.

—Un vaso-dilatateur coronarien—

rempli de promesses

KHELLIN B.D.H.

Khellin est le principe actif de la graine de Khella, plante sauvage du bassin méditerranéen. On le trouve actuellement dans le commerce sous forme cristallisée pure, pour usage oral dans la prophylaxie et le traitement de l'angine de poitrine.

USAGE CLINIQUE :

Khellin B.D.H. possède, sur les nitrites et autres vaso-dilatateurs réputés, l'avantage d'avoir une action sélective sur les vaisseaux coronariens. Son action, bien que plus lente, est plus prolongée que celle des nitrites. A doses efficaces, il n'abaisse pas la tension artérielle. A ce sujet, selon Anrep et al (Amer. Heart J., 37: 531, 1949) "on peut considérer l'action de Khellin sur les vaisseaux coronariens comme une action aussi sélective que possible."

Des essais comparatifs indiquent que le Khellin est un peu plus faible que la nitroglycérine, mais il agit plus longtemps. Quant à son action sur la musculature bronchique et coronaire, elle vaut quatre fois celle de l'aminophylline.

POSOLOGIE :

On administre deux comprimés de Khellin B.D.H. (40.0 mg.) 3 ou 4 fois par jour. Quand la réponse clinique est manifeste, on peut réduire la dose à un niveau d'entretien qui peut être continuée indéfiniment, le médicament n'étant pas sujet à accoutumance.

EFFETS SECONDAIRES :

L'incidence des réactions est faible, mais on a rapporté des effets secondaires tels que diarrhées, nausées et insomnie. On peut réduire ces effets en commençant par des doses faibles au moment des repas.

Présenté en flacons de 50 et de 100 comprimés de 20.0 mg. chacun.

THE BRITISH DRUG HOUSES

(CANADA) LIMITED

TORONTO CANADA

11. Climatisme social pour enfants non tuberculeux, indemnes d'affections des voies respiratoires, par M. le Professeur Chaptal, Madame le docteur Pognan.

12. Climatisme social pour adultes non tuberculeux, par M. le Professeur Justin-Bezançon, M. le Prof. Ch. Debray.

13. Organisation et hygiène des stations dans le sens du Climatisme social, par M. le docteur Aujaleu, M. le Prof. Merklen, M. le docteur Rouèche.

14. L'expérience de Villard-de-Lans, par M. le docteur Lefrançois, M. le docteur Terrel, M. le docteur Jacqueson.

15. Législation et rapports avec la Sécurité sociale, par MM. Michel et Breton.

16. Climatisme social et Etablissements d'enseignement, par M. le Prof. Lelong, M. le Prof. Douady.

17. Colonies sanitaires temporaires, Colonies de vacances, par M. le docteur Armand-Delille, Madame le docteur Cuenin, M. Lebel.

18. Résumé du bilan des possibilités actuelles du Climatisme social en France, par M. le docteur Choffe.

Deuxième partie:

Rapports sur le Climatisme social à l'étranger.

1. Angleterre: M. le docteur MacCarthy, Londres.
2. Autriche: M. le docteur Thalamer, Vienne.
3. Belgique: M. le Prof. Michez, Bruxelles.
4. Grèce: M. le Prof. Spyropoulos, Athènes, et Madame le docteur Eugénie Tombrou.
5. Italie: M. le Prof. Lolli. Les Instituts Hospitaliers de Santa-Corona, à Pietra Ligure (prov. de Savona), par M. le Prof. Scotti Douglas.
6. Luxembourg: M. le docteur Molitor, Luxembourg.
7. Pays-Bas: M. le Prof. Van Greveld et M. le docteur J. J. Dalmeijer.
8. Roumanie: M. le docteur Louis Copelman, de Bucarest.
9. Suisse: M. le docteur Press, Genève.

Antonio PRUDENTE et Henrique MELEGA. — **Nouvelles techniques opératoires dans la chirurgie du cancer.** Un volume de 296 pages, avec 180 figures. 2 500 francs. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.

Dans ces dernières années ont été tentées des opérations de plus en plus « élargies » contre le cancer, à un tel point que certains auteurs arrivent à parler d'opérabilité « absolue ».

Malgré les objections qu'on a voulu opposer à ces opérations, parfois excessivement mutilantes, les résultats obtenus justifient l'attitude audacieuse de quelques chirurgiens. Mais, en dépit des déjà nombreuses publications qui ont été faites sur ces opérations « élargies », ces dernières n'ont pas paru aux Auteurs convenablement réglées. C'est pourquoi ils ont voulu systématiser quelques nouvelles techniques opératoires, en cherchant à les présenter de la meilleure façon possible en ce qui concerne la documentation graphique. Ils ne visent pas seulement à présenter des techniques originales, mais aussi des systématisations personnelles de techniques déjà connues.

L'opération en monobloc, c'est-à-dire la dissection en continuité des tissus envahis par le cancer, a, en quelque sorte, constitué la ligne de conduite de leurs recherches.

Les chirurgiens prendront un grand intérêt à cette nouvelle contribution au traitement des néoplasies malignes, dont l'illustration abondante, réalisée à une échelle qui ne laisse rien dans l'ombre, a été particulièrement soignée.

Divisions de l'ouvrage

Exentération de l'orbite avec parotidectomie et évidement ganglionnaire cervico-facial. — Ethmoïdectomie électro-chirurgicale. — Résection mento-labio-ganglionnaire en monobloc. — Hémi-résection du maxillaire inférieur avec évidement ganglionnaire total du cou. — Exérèse électro-chirurgicale des grandes tumeurs ulcérées du cou. — Exérèse axillo-inguinale en monobloc. — Evidement ganglionnaire inguino-iliaque avec résection de l'arcade fémorale. — Œsophago-gastro-duodéno-spléno-pancréatectomie par la voix abdomino-thoracique. — Evidement de la cavité pelvienne chez l'homme; chez la femme. — Scapulectomie. — Amputation interscapulo-manno-thoracique. — Désarticulation coxo-fémorale avec évidement ganglionnaire iliaque externe. — Amputation inter-ilio-abdominale.

G HEMMELER. — **Métabolisme du fer — Physiologie — pathologie — traitement.** Préface du Professeur M. POLONOVSKI. Un volume de 258 pages, avec 47 figures. 1 500 francs. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.

C'est une monographie complète sur la physiopathologie du fer que présente l'Auteur. On sait l'importance de cet élément « unique »

VERATRITE

Dans l'hypertension

FORMULE:

Chaque tablette contient: Veratrum Viride (**titré biologiquement**) 3 Unités Craw, 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 échantillon envoyés aux médecins sur demande.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,
2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

ANABILE-CHO

(CHOBILE)

Acide cholique
+
Acide déhydrocholique

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DES TABLETTES ANABILE-CHO (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 ANABILE-CHO 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 ANABILE-CHO 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.

dans le métabolisme général, et les répercussions de ses moindres déviations qualitatives ou quantitatives dans le jeu normal des réactions auxquelles il participe.

Les particularités du fer, en particulier la possibilité qu'il a d'être bi ou tri-électrovalent, son hexacoordinance, ses propriétés magnétiques spéciales, le désignent à l'attention du biochimiste.

Dans la première partie sont décrites les méthodes de recueil du sérum et de dosage du fer, bases analytiques indispensables à toute étude valable des échanges normaux ou morbides de cet élément. Puis l'Auteur éclaire les apparences polymorphes du fer au sein de la cellule vivante: fer « actif » héminique des pigments et des enzymes, fer sérique de « transport », convoyé par une globuline plasmatique particulière fer « stocké » sous forme de ferritine — et définit ses diverses formes analytiques: fer « labile » sous l'action de l'acide chlorhydrique dilué, fer extractible ou non par le pyrophosphate de sodium. C'est ensuite l'histoire biologique de cet élément depuis son assimilation, aux modalités spéciales grâce à l'affinité singulière de l'apoferritine des villosités intestinales, jusqu'à son élimination, très mesurée.

C'est en pathologiste et en thérapeute que l'Auteur traite les deux autres grandes parties de l'ouvrage, tout en conservant l'accent sur les données physio-pathologiques. Sont tour à tour décrits les états d'hyposidérose, au cours de la grossesse, chez le fœtus et le nourrisson, par suite de carence alimentaire, de troubles de résorption, ou d'hémorragies, ainsi que le métabolisme troublé du fer dans les infections aiguës ou chroniques. Le dernier chapitre est consacré aux indications du traitement par le fer.

C'est en clinicien averti et en praticien que le Dr Hemmeler scrute certains problèmes, comme celui des anémies: soit que celles-ci proviennent d'un apport insuffisant de fer, ou qu'elles résultent de « lésions biologiques » au cours des différents stades de l'hématopoièse; comme aussi la question, toute récente, des variations du fer sérique.

Divisions de l'ouvrage

I. *Les méthodes de dosage du fer.* Dosage de la sidérémie. Détermination du fer dans différents liquides de l'organisme. Détermination du fer tissulaire. — II. *Physiologie du métabolisme du fer.* Quantité, répartition et rôle du fer dans l'organisme. Pertes en fer dans l'organisme. Les besoins. La résorption du fer. — III. *Pathologie du métabolisme du fer.* Les états d'hyposidérose. Métabolisme du fer dans les infections aiguës et chroniques. Hémochromatose. Maladies s'accompagnant d'une hypersidérémie. Le fer sérique dans diverses autres affections. — IV. *Le traitement par le fer.* Indications du traitement par le fer. Choix du mode d'administration. Traitement per os. Le traitement martial parentéral. Effets et durée du traitement. Bibliographie.

André CALAME. — **Le syndrome de Morgagni-Morel — Etude anatomo-clinique. Hyperostose frontale interne. Adiposité, virilisme et troubles neuro-psychiques.** Préface du Dr E. Rutishauser. Un volume de 154 pages, avec 27 figures, dont 13 planches. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.

L'étude de l'hyperostose frontale interne (syndrome de Morgagni-Morel) s'est révélée d'une très grande complexité. D'importants travaux y ont été consacrés, mais la variété des syndromes décrits rend la recherche malaisée.

L'Auteur a voulu aborder le problème par l'étude systématique de quelques points particuliers souvent discutés, mais pourtant bien mal connus. En particulier, il a étudié sur plusieurs cas l'histologie de l'os frontal modifié, de même que le rôle de l'hypophyse.

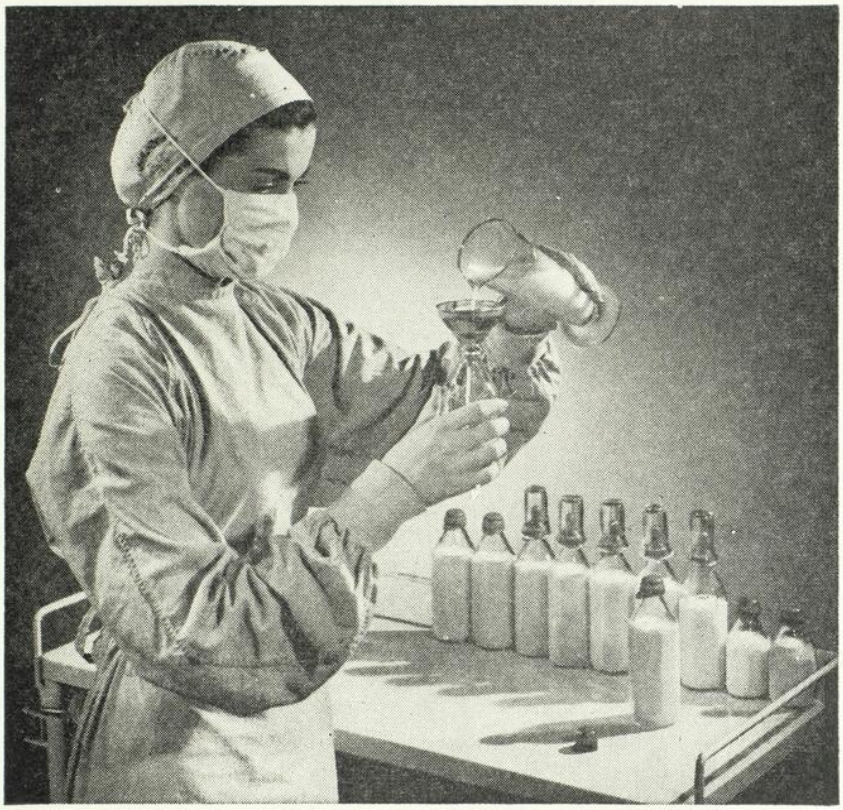
L'ensemble de l'étude porte sur l'examen de soixante cas d'hyperostose frontale interne: les uns provenant de la salle d'autopsie, les autres étudiés cliniquement.

L'examen anatomo-pathologique de cas provenant de services hospitaliers a permis à l'Auteur de rechercher l'histoire clinique du patient et de vérifier le diagnostic établi avant le contrôle anatomique. C'est le hasard et le dépistage qui lui ont d'autre part fourni l'oc-

Diarrhée

TRAITEMENT TRIPLE

dans la DIARRHÉE spécifique et non spécifique



Ennui, Menace *La diarrhée est un ennui*, "l'un des plus communs symptômes de maladie chez l'être humain . . ."* C'est aussi *une menace réelle*, puisque aux Etats-Unis, en 1946, on lui attribua près de un pour cent des décès rapportés. *Dans dix Etats du Sud*, en 1946, on signala que la diarrhée avait été responsable de plus de décès que n'en ont causé ensemble la typhoide, la scarlatine, la coqueluche, la dyphtérie, la malaria, la rougeole et la poliomyélite!*

*Southern Med. J.: 43:320, Avril 1950

Triade efficace, commode *Cremosuxidine* est d'un goût agréable et elle constitue une triade exceptionnellement efficace pour enrayer les diarrhées spécifiques et non spécifiques: la *Sulfasuxidine* puissant agent bactériostatique, très peu toxique; la *Pectine* détoxicante, et le *Kaolin* adsorbant et protecteur.

On peut administrer la *Cremosuxidine* dans les cas de dysenterie bacillaire, la paradysenterie, la salmonellose, la diarrhée du nouveau-né et la diarrhée estivale.

Cremosuxidine

Cremosuxidine **se vend en flacons Spasaver de 16 onces liquides**
Sharp & Dohme Canada (Ltd.)
Toronto 13, Ontario

suspension de

1	Succinylsulfathiazol sulfasuxidine, 10.0%
2	Pectine, 1.0%
3	Kaolin, 10.0%

casion de suivre des cas vivants en lui permettant d'orienter ses recherches cliniques et de laboratoire.

Cette double étude montre la réalité de l'existence du syndrome, et permet de préciser nombre de points, en faisant en quelque sorte la synthèse des directions suivies par les divers groupes de chercheurs: psychiatres, internistes, pathologistes, radiologues — dont ce syndrome complexe relève.

Division de l'ouvrage

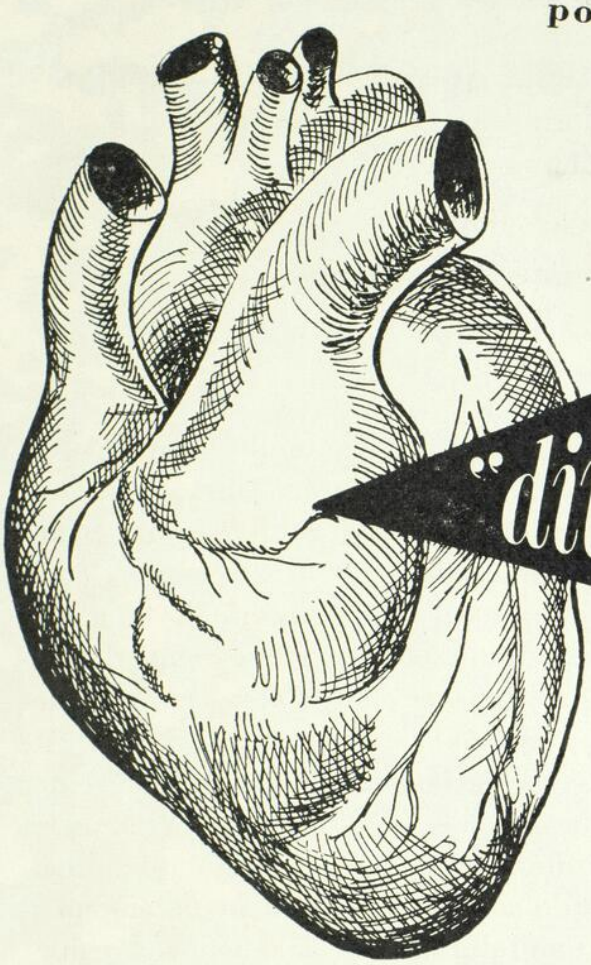
Introduction. — Historique.

Observations personnelles. — Etude histologique de 24 cas d'H. F. I. — Description de 20 cas d'H. F. I. trouvés à la salle d'autopsies. — Etude clinique de 16 malades atteints d'H. F. I. — Discussion des symptômes cardinaux du syndrome de Morgagni-Morel. — Pathogénie du syndrome de l'H. F. I. — Essai d'interprétation étiologique du syndrome de Morgagni-Morel.

Conclusions. Bibliographie.

Un diurétique mercuriel de formule améliorée

pour injections sous-cutanées



"diucardyne"

sodique

Marque de
Mercaptomérine sodique

Quasi dénuée de toute toxicité cardiaque — Des expériences sur les animaux ont permis de démontrer que la mercaptomérine sodique est de 160 à 200 fois moins toxique pour le coeur que d'autres diurétiques mercuriels.

Efficace pendant de plus longues périodes — Certains diurétiques mercuriels peuvent provoquer une réaction plus rapide et une diurèse plus abondante, mais l'action diurétique de la mercaptomérine paraît être de plus longue durée. Cette action contribue à diminuer la nycturie et les crampes musculaires provenant d'une déshydratation trop poussée.

No 424 — *La "Diucardyne" existe en deux modèles:*

le nécessaire, contenant 1 flacon de 1.4 g. de poudre et 1 ampoule de 10 cc. de solvant stérile.

le modèle hôpital (sans solvant) soit un flacon de 4.2 g. de poudre à diluer à l'aide de 30 cc. d'eau bi-distillée, stérilisée.

Sans danger par voie sous-cutanée — absence quasi complète de réactions secondaires.

Ayerst

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

782F

le problème consistait . . .

À OBTENIR UN ANALGÉSIQUE NEUTRE ET SOLUBLE SOUS FORME DE COMPRIMÉ

**L'acétylsalicylate de calcium offre,
en thérapeutique, des avantages
que la littérature médicale a maintes fois soulignés.**

Substance acide et peu soluble, l'acide acétylsalicylique est susceptible d'irriter la muqueuse gastrique. L'acétylsalicylate de calcium pur, au contraire, est très soluble et classé comme sel neutre, mais c'est un composé instable, et la science pharmacologique a longtemps recherché le moyen de le présenter sous la forme d'une préparation pure, stable et agréable au goût.

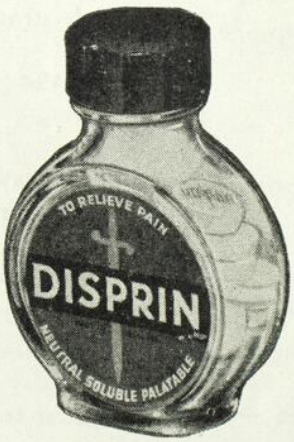
Le DISPRIN a enfin résolu le problème qui consistait à donner à l'acétylsalicylate de calcium la forme d'un composé stable et d'une saveur agréable.

Le DISPRIN possède toutes les précieuses qualités de l'acide acétylsalicylique: propriétés analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismales. De plus, comme il est soluble, il s'absorbe plus vite et son action thérapeutique est par conséquent plus rapide. Le DISPRIN offre donc à la fois les avantages de l'acide acétylsalicylique et de l'acétylsalicylate de calcium, sans présenter les inconvénients qui limitaient auparavant l'utilité de ces deux préparations. En mettant du DISPRIN dans l'eau on obtient aussitôt une solution remarquablement neutre, stable et agréable au goût.

TAB RCL 3

Pour fins de prescription Disprin s'obtient en comprimés sans identification auxquels on a donné le nom de TAB RCL 3. Il s'obtient en format spécial contenant 100 comprimés, en conditionnement hermétique afin de leur garder toutes leurs propriétés thérapeutiques.— Il est en vente dans toutes les pharmacies.

soluble, agréable au goût,

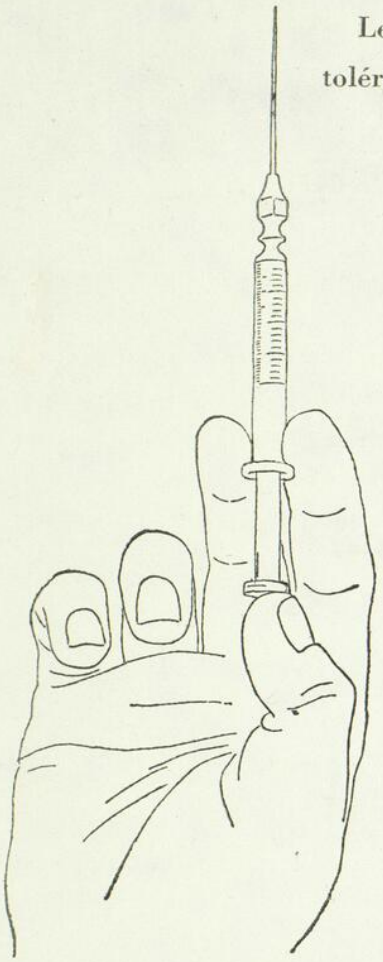


franchement neutre

acétylsalicylate de calcium

Reckitt & Colman (Canada) Limited, Division des produits pharmaceutiques, Montréal

Sulfate de Dihydrostreptomycine premier choix du médecin ET du malade



Le Sulfate de Dihydrostreptomycine est parfaitement bien toléré, et il est rarement cause d'irritation au point d'injection. Il est maintenant le plus largement employé de toutes les préparations à la streptomycine.

Des études comparatives effectuées par des cliniciens de renom confirment que

LE SULFATE DE DIHYDROSTREPTOMYCINE —

est aussi efficace que la streptomycine [2, 9, 13-15]

est moins toxique pour l'appareil vestibulaire [1-15]

diminue au minimum la douleur et l'enflure au point d'injection [6, 10]

permet un schème de dosage plus élevé et un traitement prolongé [3, 11]

. . . même chez des patients manifestant une réponse allergique à la streptomycine [2, 9, 10, 11]

Des études expérimentales très poussées [16, 17] **ont démontré que le**

SULFATE DE DIHYDROSTREPTOMYCINE MERCK —

est beaucoup moins toxique pour le système vestibulaire. "Les pourcentages d'irritation" furent trouvés 50 pour cent au-dessous de ceux d'autres préparations à la streptomycine.

Fourni par Merck sous la forme la plus pure.

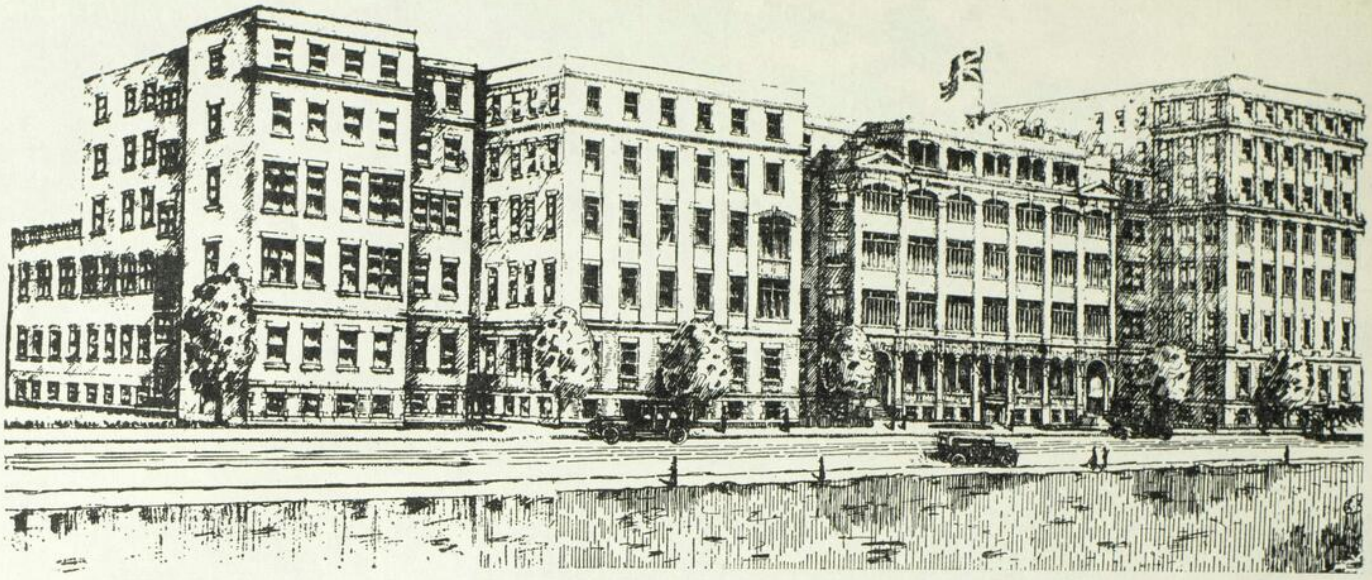
SULFATE DE DIHYDROSTREPTOMYCINE MERCK

Le Sulfate de Dihydrostreptomycine cristallisé Merck est offert en fioles commodes de 1 gm. et 5 gm.

MERCK & CO. LIMITED
Chimistes fabricants
MONTRÉAL • TORONTO • VALLEYFIELD

BIBLIOGRAPHIE

(1) Tompsett, R., et McDermott, W., Am. J. Méd. 7: 371-381, sept. 1949. (2) Tompsett, R., Ann. Otol., Rhin. & Laryng. *57*: 181, mars 1948. (3) Sweany, H. C., Dis. Chest *15*: 631-656, juin 1949. (4) Lincoln, S., Science News Letter *55*: 307, 14 mai 1949. (5) Semans, J. H., J. M. A. Georgia *38*: 477-480, nov. 1949. (6) Domon, C. M., Kilbourne, P. C., et King, E. Q. Amer. Rev. Tuberc. *60*: 564, 575, nov. 1949. (7) Nagley, M. M., Brit. M. J. *1*: 248, 28 janv. 1950 (correspondance). (8) Committee on Medical Research and Therapy, American Trudeau Society, Am. Rev. Tuberc. *61*: 436-440, mars 1950. (9) Carr, D. T., Hinshaw, H. C., Pfuetze, K. H., et Brown, H. A., Dis. Chest *16*: 801-815, déc. 1949. (10) Odell, J. M., Dis. Chest *16*: 818, déc. 1949. (11) (Editorial) New England J. Med. *240*: 736, 5 mai 1949. (12) Keefer, C. S., Ann. Int. Med. *33*: 582-589, sept. 1950. (13) Marsh, D. F., W. Va. Med. J. *45*: 280-284, oct. 1949. (14) Johnson, H. M., J. Invest. Dermat. *15*: 61-66, juillet 1950. (15) Hinshaw, H. C., Communication personnelle. (16) Hawkins, J. E., Transactions 9th Streptomycin Conference, Veterans Administration, Washington, D. C., *1950*: 109. (17) Hawkins, J. E., J. Pharmacol. *100*: 38, sept. 1950.



CLINIQUE INFANTILE DE L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE DE LA PÉDIATRIE

Cours de perfectionnement sur les maladies des enfants

du 24 au 28 SEPTEMBRE 1951

"Un enseignement pour le praticien"

- Sur les nouvelles disciplines de la pédiatrie moderne applicables en clientèle, comprenant la pathologie du nouveau-né et du nourrisson, l'endocrinologie, la neuro-psychiatrie, l'hématologie, l'O.-R.-L. et l'ophtalmologie infantiles, ainsi que les techniques thérapeutiques (goutte-à-goutte intraveineux, transfusion, oxygénothérapie, etc.).
- Durée: 5 jours (du 24 au 28 septembre 1951).
- Le matin seulement: de neuf heures à midi.
- Conférences d'environ 45 minutes, suivies de présentations de malades et de démonstrations pratiques d'une égale durée.
- Nombre limité d'inscriptions pour permettre aux médecins de pratiquer individuellement les examens cliniques et les techniques thérapeutiques.
- Un certificat est décerné à l'issue du cours aux médecins régulièrement inscrits.

N.B. — *Les médecins, qui désirent suivre cet enseignement, sont priés d'adresser leur formule d'inscription, dès maintenant.* **au docteur Paul Letondal, Secrétaire du Comité des Cours de Perfectionnement, Hôpital Sainte-Justine, 6055, rue Saint-Denis, Montréal.**

FORMULE D'INSCRIPTION

Je, soussigné, désire assister au Cours de Perfectionnement qui aura lieu, à l'hôpital Sainte-Justine, du 24 au 28 septembre 1951.

Veuillez trouver, ci-joint, mon chèque ou mandat-poste, au montant de cinq dollars, pour frais d'inscription.

Nom .....

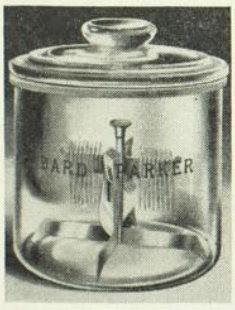
Adresse .....

si vous spécifiez

LE GERMICIDE A L'ALDEHYDE FORMIQUE (formol) DE BARD-PARKER

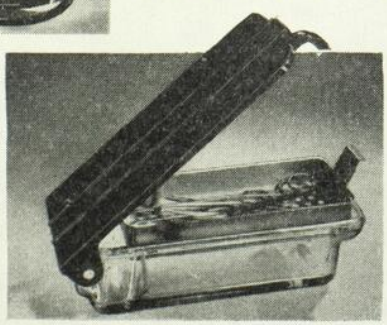
Contenant HEXACHLOROPHENE (G-11*)

. . . parce qu'il atteint le niveau le plus élevé parmi les solutions employées pour la désinfection chimique des instruments de chirurgie. Il détruit les bactéries et les sporozoaires en 5 minutes, et les spores elles-mêmes en 3 heures. (Voyez le tableau ci-dessous). De plus, il est économique de l'employer, puisque l'immersion prolongée d'instruments d'acier n'amènera pas de rouille et n'endommagera pas les surfaces tranchantes. La solution conserve longtemps son pouvoir de désinfection si elle n'est pas diluée ni souillée. * Nom déposé de Sindar Corp.



PARKER, WHITE & HEYL, INC. • Danbury, Connecticut

Nous vous suggérons le choix de bocaux B-P, conçus pour être utilisés avec la solution.



Voyez ces chiffres pour apprécier le pouvoir du nouveau germicide.

SPOROZOAIRES	50% DE SANG DESSÉCHÉ.	PAS DE SANG.
Cl. tetani	3 heures	3 heures
Cl. welchii	2 heures	2 heures
B. anthracis	1½ heures	1½ heures
BACTERIES		
Staphylocoque doré	5 min.	15 sec.
E. coli	3 min.	15 sec.
Strept. hémolytique	2 min.	15 sec.

Renseignez-vous auprès de notre vendeur.

Quand vous recherchez d'abord la VALEUR NUTRITIVE

Vous pouvez toujours faire confiance à Gerber, quand vous recommandez aux jeunes mamans des nourritures prêtes à servir, car la qualité et la valeur nutritive des nourritures Gerber sont insurpassables. Leur fabrication est soumise à un système rigoureux de contrôle de la qualité.

Seuls des ingrédients de première qualité entrent dans la préparation des nourritures Gerber. Les purées Gerber sont cuites dans des autoclaves afin d'en conserver les vitamines et les sels minéraux naturels que laisse perdre, le plus souvent, la cuisson à la maison. Toutes les bouillies Gerber sont additionnées de substances qui les rendent encore plus nourrissantes que les céréales complètes dont elles sont faites. Des agronomes, des docteurs et des experts en alimentation s'assurent, à tous les stages de fabrication, que les nourritures Gerber gardent leur valeur nutritive.

Le contrôle de la qualité Gerber se poursuit même chez les épiciers, dont les stocks sont vérifiés régulièrement.

Le grand nombre de ses purées et de ses bouillies permet à Gerber d'offrir au public, pendant toute l'année, des produits variés de haute qualité. C'est pourquoi les jeunes mamans peuvent facilement suivre vos instructions même quand ce n'est pas la saison des légumes et des fruits fraîchement cueillis.

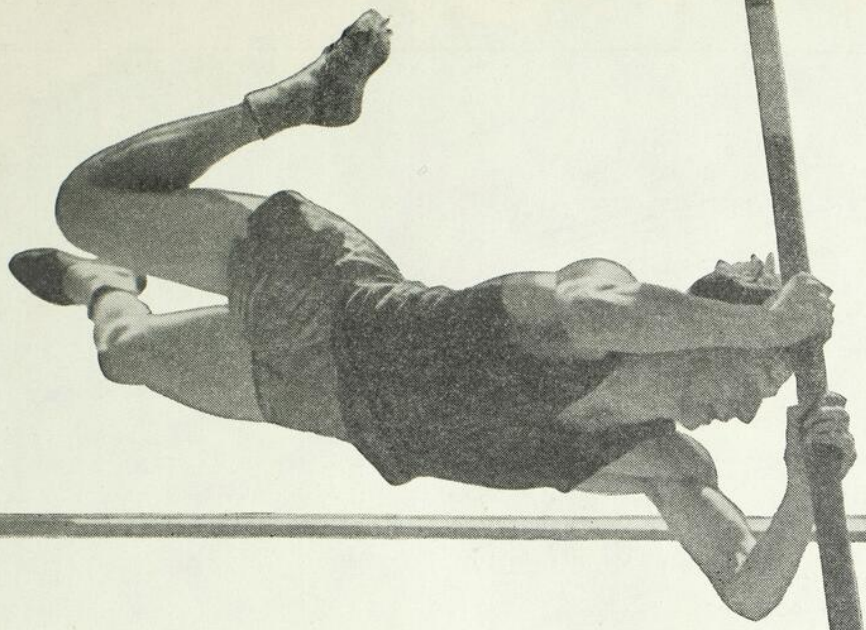
Nous nous occupons uniquement de l'alimentation des bébés

Maintenant en vente dans de bons magasins partout au Canada.

Gerber

Nourritures pour bébés

GERBER-OGILVIE BABY FOODS, LTD., NIAGARA FALLS, CANADA



Il y a un médecin qui est fier de ce garçon! C'est peut-être vous ce médecin . . . le médecin qui l'a mis au monde . . . qui a veillé à sa santé avec un soin jaloux . . . qui a surveillé son alimentation . . . qui l'a vacciné contre diverses maladies . . . qui l'a soigné lorsqu'il souffrait . . . qui a protégé sa santé et sa force physique durant toute sa croissance. Aujourd'hui, grâce à un corps d'homme bien portant, à des os solides, à des muscles souples, il occupe une place de vedette dans le monde athlétique.

Des milliers de médecins peuvent, comme vous-même, être fiers du rôle important qu'ils ont joué dans la formation des hommes de notre nation. Chez Heinz, nous sommes fiers aussi de notre modeste contribution à l'amélioration des aliments pour tout-petits. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir reconnu notre haut standard de qualité. Il nous a permis d'obtenir facilement la confiance des mamans, qui se fient aux produits que nous vendons pour les enfants et aux renseignements que nous donnons au sujet de leur alimentation.

Votre confiance sera toujours bien fondée. La maison Heinz n'a pas prêté le serment d'Hippocrate, mais elle tient à respecter sa longue tradition de qualité et d'intégrité. Grâce à des méthodes scientifiques, à des recherches approfondies en diététique, à des expériences de laboratoire, à un contrôle rigoureux de la qualité, nous espérons respecter toujours cette tradition qui nous tient tant à coeur.

Heinz

Fabricants de céréales pour bébés • de purées • d'aliments pour enfants

BFM-31F

CONSTIPATION
AUCUNE ACCOUTUMANCE

à base de :

- POUDRE DE MUQUEUSE INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

ACTION RÉGULIÈRE ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour aux repas ou au coucher
Commencer par deux comprimés

LABORATOIRES
LOBICA
25, RUE JASMIN — PARIS

Agent: J. EDDÉ Ltée, MONTRÉAL

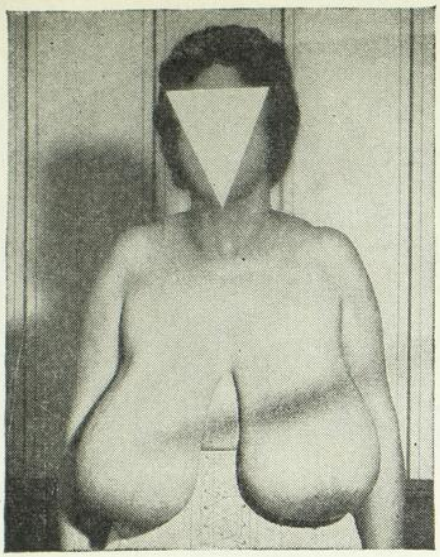
TAXOL

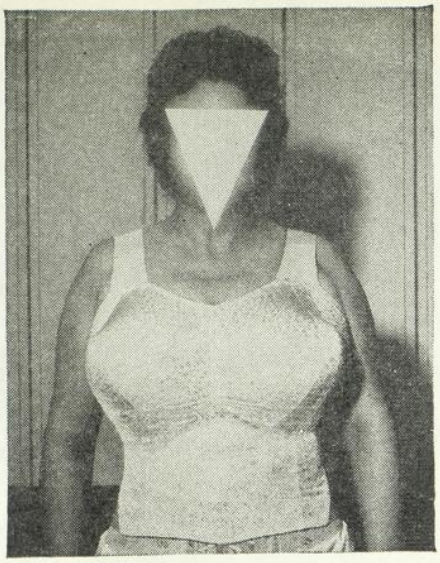
Toutes les Indications de
l'IODE et des IODURES

IODOGÉNOL
PÉPIN

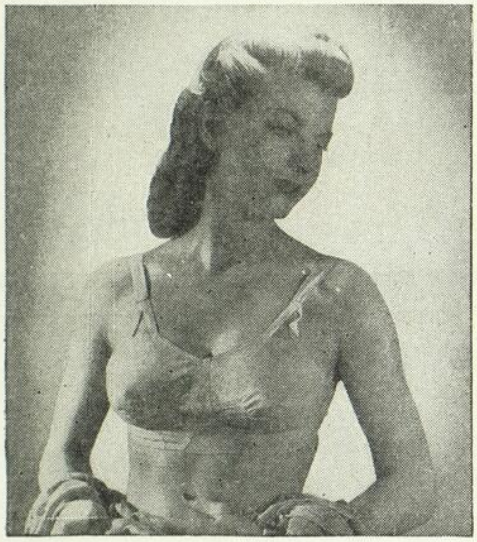
Pas d'Iodisme

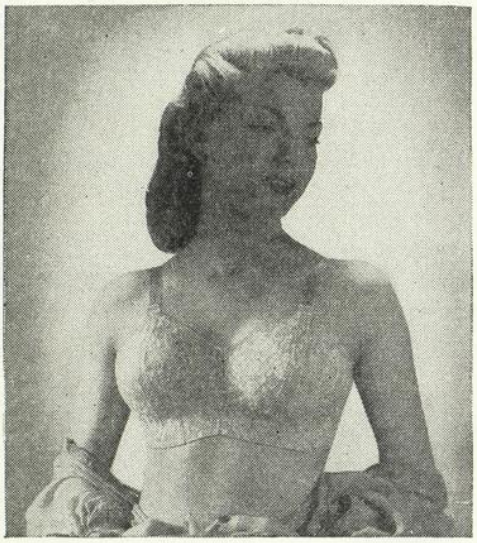
AGENT GÉNÉRAL : J. EDDÉ Ltd - MONTRÉAL





pour le sein anormal





pour le sein normal

"de l'adolescence à la vieillesse un bon support est essentiel"[1]

Le sein même ne contenant que des fibres musculaires lisses disséminées et une mince couche sous-jacente de tissus cellulaires, un bon support mécanique est une mesure essentielle dans l'hygiène du sein depuis l'adolescence jusqu'à la vieillesse. [1, 2, 3, 4]

Pour le sein normal, un support aide à empêcher le prolapsus [1] — et peut être utile pour prévenir le carcinome du sein. [2, 3] Pour le sein anormal, un support soulage pression et tension, améliore l'attitude de maintien, reconstitue l'apparence des contours originaux.[1, 2, 3, 4] Remarquer l'efficacité des Supports Spencer pour les seins dans les cas normal et anormal illustrés ci-dessus.

Quel que soit le problème — de l'asymétrie à la mastectomie — les Supports Spencer pour les Seins sont évidemment supérieurs parce que: chaque Spencer est *dessiné, taillé et fait* pour chaque malade individuelle. SEUL un support dessiné individuellement peut répondre avec exactitude aux exigences individuelles.

Adressez le coupon à droite — ou *téléphonez* à une marchande de Supports Spencer (voir "Corsetière Spencer", "Salon de Supports Spencer" ou les Pages Jaunes) pour renseignements.

1. La Roe, Else K.: *Care of the Breast.* Froben Press, New York, 1947. 2. Nicolson, W. P., Jr., Grady, E. D.: *Carcinoma of the Breast.* Annals of Surgery, 127: 992-1009 (mai) 1948. 3. Rosh, Rieva: *An Appeal to the General Practitioner for Early Recognition and Treatment of Breast Malignancies.* Med. Woman's Jr., 50: 41-43 (fév.) 1943. 4. Seabold, P. S.: *The Well-Fitted Brassiere and its Use.* Penna. Med. Jr., 39: 16-19 (oct.) 1935.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LTD.,
Rock Island, P. Q.
Angleterre: Spencer Ltd., Banbury, Oxon.
Etats-Unis: Spencer, Inc., New-Haven, Conn.

Veuillez m'adresser la brochure "Les Supports Spencer dans la Pratique Médicale Moderne".

Nom .....

..... M.D.

Adresse .....

..... 151—8-51

SUPPORTS SPENCER dessinés individuellement

Hydrocholérétique

Cholagogue & Diurétique

COMPRIMÉS

IDROCOL

Casgrain & Charbonneau Ltée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE, MÉDICAL ET SCIENTIFIQUE

MONTRÉAL

messieurs *les médecins.....*

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

"Le régime de votre bébé"

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

De plus, nous vous fournirons, sur demande, des renseignements sur le nouveau lait évaporé Nestlé, amélioré et fortifié au moyen de pure vitamine D_3 cristallisée. Il est meilleur que jamais pour les bébés, chaque pinte impériale de lait reconstitué fournissant désormais 480 unités internationales de vitamine D_3 . . . type de vitamine D engendrée dans l'organisme par la lumière solaire.

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LIMITED

80 KING ST. WEST, TORONTO, ONTARIO

"résultats remarquablement bons"[1]

POUR LA BRUCELLOSE AIGUE

Dans 20 cas de brucellose aiguë, le traitement par la Terramycine a produit des cultures sanguines négatives en l'espace de 48 heures, des températures normales en un temps moyen de 3 jours, et une absence presque complète de symptômes à la fin de la première semaine. "L'excellence uniforme des résultats, indépendamment de la gravité de la maladie et de sa durée avant le début du traitement, est remarquable."

Dans le cas d'un autre petit groupe, "la Terramycine a donné des résultats excellents qui ont été supérieurs à tous égards à ceux que nous avons observés dans des cas similaires traités par d'autres antibiotiques."[2]

traitée par le CHLORHYDRATE DE **Terramycine** CRISTALLINE

La documentation clinique croissante continue de souligner:

1. Le vaste spectre d'activité de la Terramycine contre les micro-organismes des groupes bactériens, rickettsiens et spirochétiens, ainsi que ceux de certains groupes virusiens et protozoaires.

2. La promptitude des résultats obtenus par la Terramycine dans le traitement des infections aiguës ou chroniques affectant une grande variété de systèmes, d'organes et de tissus.

La Terramycine est présentée sous diverses formes d'administration buccale, intraveineuse ou topique, à savoir: CAPSULES, 250 mg., flacons de 16 et de 100; 100 mg., flacons de 25 et de 100; 50 mg., flacons de 25 et de 100; ELIXIR (ancienne désignation, Terrabon), 1,5 g. avec 1 once fluide de diluant; GOUTTES BUCCALES, 2,0 g. avec 10 cm^3 de diluant et compte-gouttes spécialement gradué; INTRAVEINEUX, ampoule de 10 cm^3, 250 mg., ampoule de 20 cm^3, 500 mg.; POMMADE, 30 mg. par g. de pommade; tubes de ½ once et 1 once; POMMADE OPHTALMIQUE, 5 mg. par g. de pommade; tubes de ⅛ d'once; SOLUTION OPHTALMIQUE, ampoules compte-gouttes de 5 cm^3, 25 mg. pour la préparation de solutions topiques; TROCHISQUES, 15 mg. par trochisque; paquets de 24.

1. Ruiz Sánchez, F., et al.: Prensa med. Mex. *15*:125 (juin) 1950.
2. Bickel, G., et Plattner, H.: Schweiz. med. Wchnschr. *81*:1 (6 janv.) 1951.

Pfizer CANADA, LTD. *8311 Royden Road, Mount Royal, Montreal, P.Q., Canada.*

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

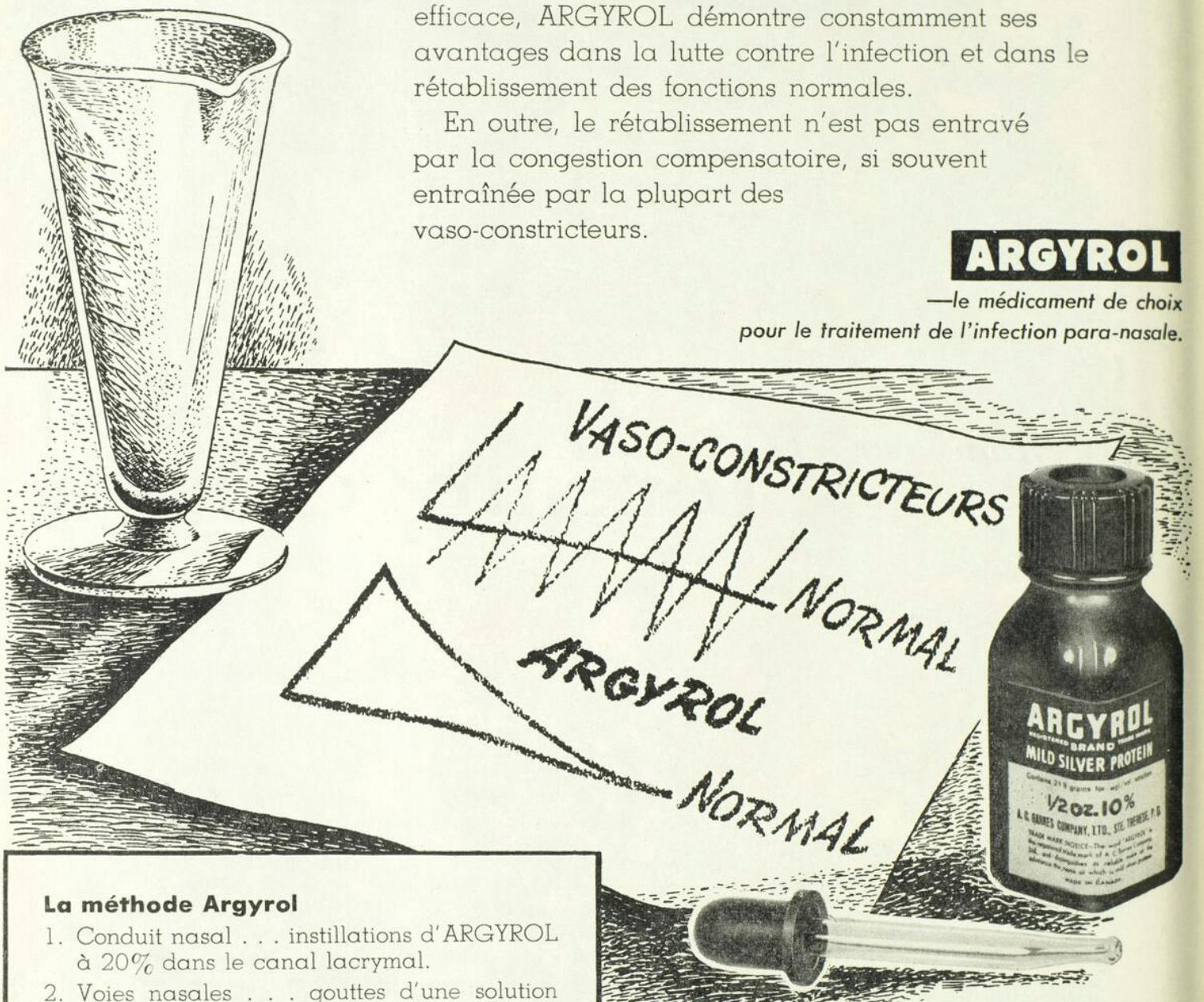
une action multiple sans réaction

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

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

ARGYROL

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



La méthode Argyrol

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

Son triple effet

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

EXIGEZ **ARGYROL** DANS L'EMBALLAGE AUTHENTIQUE

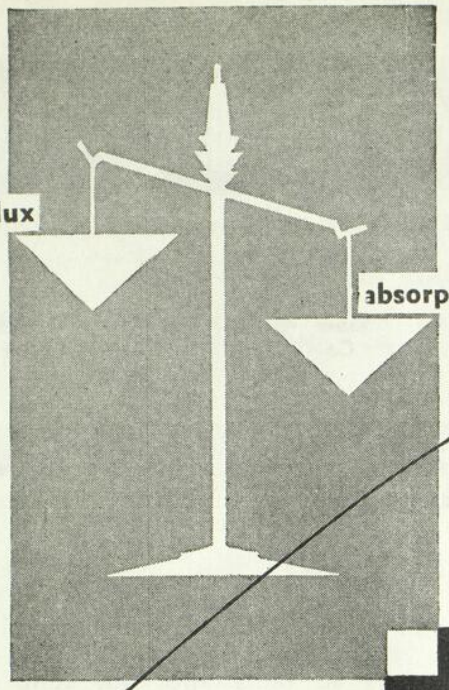
La marque déposée ARGYROL est la propriété de A. C. Barnes Company Limited

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

ARGYPULVIS et ARGYROL sont fabriqués exclusivement par

A. C. BARNES COMPANY, LTD.

STE-THÉRÈSE, QUÉBEC



si efficace

La marge de sécurité entre le volume du flux menstruel* et la capacité d'absorption des tampons TAMPAX est plus que suffisante. La vente de plus de deux billions de TAMPAX, au cours des douze dernières années, en est un témoignage probant. Le confort et la commodité que procurent les trois degrés d'absorption de ces tampons intravaginaux (avec applicateurs individuels) donnent entière satisfaction aux femmes.

*Am. J. Obst. & Gyn., 31: 979, 1936.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.,
BRAMPTON, ONTARIO

Publicité acceptée par "The Journal of the American Medical Association"

TAMPAX

La protection menstruelle interne de choix

Echantillons professionnels envoyés sur demande.

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

Les médecins sont cordialement invités à venir consulter et feuilleter les nombreux nouveaux ouvrages de médecine, qui sont envoyés chaque mois au secrétariat du Journal. On pourra prendre connaissance de ces volume à: 326 est, boulevard Saint-Joseph — 9 heures a.m. à 5 heures p.m.

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: "DEXTROSOL".

Nom .....

Adresse .....

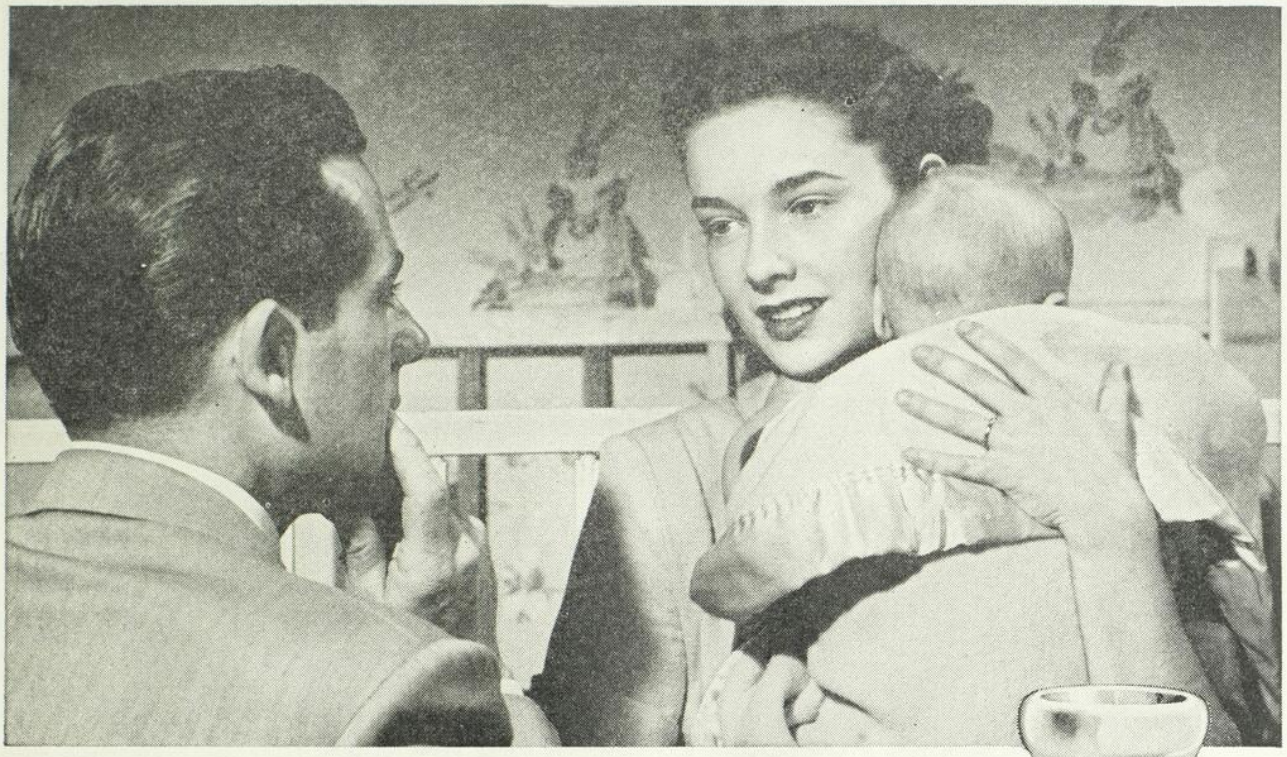
.....

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.

"Mon médecin a tout simplement dit 'du lait évaporé' — je me demande de *quelle marque* il voulait parler ?"



Il y a plusieurs marques...

MAIS SEULEMENT UN CARNATION !

IL PEUT Y AVOIR des marques de lait évaporé non familières qui soient uniformes et de tout repos... mais avec Carnation vous avez une certitude! Depuis des générations, Carnation avec eau et hydrates de carbone est recommandé pour l'alimentation des bébés par les principaux médecins et hôpitaux.

Et Carnation protège votre recommandation grâce à des standards rigides de sécurité, d'uniformité et de valeur nutritive. Chaque goutte est traitée avec **la précision d'une ordonnance** dans les **propres** usines Carnation. De la traite à la mise en conserve, le Lait Carnation est constamment soumis à la surveillance et à l'inspection Carnation afin d'assurer qu'il réponde aux exigences précises de la profession médicale.

Les médecins savent que Carnation est un lait évaporé qu'on peut se procurer facilement partout . . . une marque qui est **toujours la même,** où qu'on l'achète. Rien d'étonnant que sur 10 mamans qui emploient Carnation 8 déclarent qu'elles le font sur la recommandation du médecin. C'est le lait que vous pouvez prescrire par son nom en toute confiance.

"Le lait que tout médecin connaît"

NE DITES PAS "DU LAIT ÉVAPORÉ" — DITES Carnation

1271

"provenant de vaches bien nourries."

SÉDATION ET EUPHORIE
POUR LES PATIENTS
NERVEUX ET IRRITABLES

par l'usage de

VALERIANETS-DISPERT

Chaque comprimé, enrobé de chocolat, contient: extrait de valériane (de concentration élevée), 0.05 gm., finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité.

SÉDATIF SANS GOÛT, SANS ODEUR, NON-DÉPRIMANT et CALMANT.

VALERIANETS-DISPERT est indiqué dans les cas de troubles émotifs et d'épuisement, l'anxiété, état de dépression, névrose cardiaque et gastro-intestinale, molimen ménopausique et menstruel, insomnie.

Posologie: 1 à 2 comprimés t. i. d. — Flacons de 50 et 100 comprimés.

Dans toutes les pharmacies d'ordonnance.

Canadian Distributor: LYSTER CHEMICALS, LTD., 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC., • 1123 Broadway, New York

Dans les troubles intestinaux
NUCARPON®
Chaque comprimé contient: Extrait de rhubarbe, séné, soufre précipité, huile de menthe poivrée, huile de fenouil, dans un excipient de charbon de saule suractivé.

Pour préparer la Solution de Burow U.S.P. XIV
PANSEMENT HUMIDE, employez
PRESTO-BORO®
(Sulfate d'aluminium et acétate de calcium)
POUDRE EN ENVELOPPES — COMPRIMÉS —
Pour le traitement de tuméfactions, inflammations, entorses.

Dans les affections pulmonaires
QUINOPULMIN®
Solution de quinine à 3% avec camphre à 2½%, pour injection intramusculaire.

Lunettes
verres ophtalmiques

— o —

Examen de la vue

— o —

ALBANY PHILIE. O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS
BUREAU CHEZ
Dupuis Frères
LIMITÉE
MONTREAL

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — LA. 9888, afin qu'ils puissent recevoir l' « UNION MEDICALE DU CANADA » sans aucune interruption.

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories (Chlorhydrate de Désoxyne) .. XLI - XLII

Ames Company of Canada Limited (Clinitest) — (Buminitest) —(Acetest) — (Hematest) XXXIII

Anglo-French Drug, Co. (Elixir Gabail) XLIV

Armour Laboratories, The (Acthar) XXV

Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Diucardyne) LI

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Béminal) — (Prémarine) ..... XXIII - XXIV

Barnes Co., Ltd., A.C. (Argyrol) LXII

Bauer & Black (Emplâtres et ceintelles Ostic Curity) XXXVIII

British Drug Houses (Canada) Limited, The (Khellin B.D.H.) XLVIII

Canada Drug Company (Betagen) — (Bicalgen-D) — (Tri-Sulfa) — (Somenal) XXVI

Canada Drug Company (Paveral) LXIV

Canada Starch Co., Ltd., The (Sirops de maïs) LXIV

Canadian Tampax LXIII

Carnation Co. Ltd. (Lait évaporé) LXV

Casgrain et Charbonneau Limitée (Idrocol) LX

Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) X

Compagnie Ciba Limitée (Antistine - Privine) — (Pyribenzamine) ..... XVII - XVIII

Dupuis Frères (Examen de la vue) LXVI

Eddé J., Limitée (Hemostyl) — (Neurinase) — (Alepsal) XXVIII

Eddé, J., Limitée (Iodogénol) — (Taxol) LVIII

Frosst, Charles E. & Company (Beforte) — (Pyrithen) — (Tangel) — (Sudroma) — (217) ..... VII - VIII

Frosst, Charles E. & Company ..... Bande

Frosst, Charles E. & Company (Composé Ostoforte) IV

General Electric X-Ray Corporation Ltd. (Inductotherm) .. XX

Gerber-Ogilvie Baby Foods Limited (Bouillies) LVI

Heinz Co. of Canada Ltd., H. J. (Aliments pour enfants) .. LVII

Herdt & Charton Inc. (Vago-Frenal) XLV

Herdt & Charton, Inc. (Peptalmine) — (Sulpho-lac) .. XLVII

Herdt & Charton, Inc. (Veratrite) — (Anabile-Cho) XLIX

Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II

Hoffman-La Roche Ltée (Arovit Roche) XVI

Hôpital Royal Victoria (Cours de perfectionnement) XII

Hôpital Ste-Justine (Cours de perfectionnement) LIV

Pages

Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) XXX

Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Hemabione) XXII

Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Cholibile) XL

Laboratoires Desbergers Limitée (Nevro-Denal) ..... Quatrième page de la couverture

Lederle Laboratories (Auréomycine) XIII

Librairie Beauchemin Limitée XXXIV

Mead Johnson & Company of Canada Limited (Dextri-maltose) ..... Troisième page de la couverture

Merck & Company Limited (Pyridium) I

Merck & Company Limited (Streptomycine) LIII

Merrell (Benivlol) XXXIX

Millet, Roux & Compagnie (Ampho-Vaccins) XV

Mowatt & Moore Limited (Corophyllin) XXI

Nestlé's Milk Products (Canada) Limited (Lait évaporé) .. LX

Parke, Davis & Cie, Ltée (Benadryl) XXVII

Parker, White & Heyl, Inc. (Germicide B.-P.) LV

Pfizer & Company Inc., Chas. (Terramycine) LXI

Poulenc Limitée (Exosulfonyl) Deuxième page de la couverture

Reckitt & Colman (Canada) Ltd. (Disprin) LII

Riker Pharmaceutical Co., Ltd. (Veriloid-VPM et V. avec phénobarbital) ..... XXXVI - XXXVII

Robins Company, Inc. (A.H.) (Pabalate) XIX

Roerig & Company (Canada) Ltd. (Viterra) XXXV

Rougier Frères (Neutraphylline) V

Schering Corporation Limited (Chlor-Tripolon) XXIX

Searle & Company, G. D. (Banthine) IX

Sharp & Dohme (Canada) Limited (Cremosuxidine) L

Shuttleworth Chemical Company Limited, The E. B. (Dipane) XLVI

Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskaphen B) III

Smith, Kline & French Inter-American (Sulfate de Déxédrine) XLIII

Spencer Supports (Canada) Limited LIX

Standard Pharmaceutical Company, Inc. (Valerianets-Dispert) LXVI

Usines Chimiques du Canada Inc. (Vitamine B12 injectable) LXVIII

Winthrop-Stearns Inc. (Mucilose) XI

Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Wychol) —(Béplete) ..... XXXI - XXXII

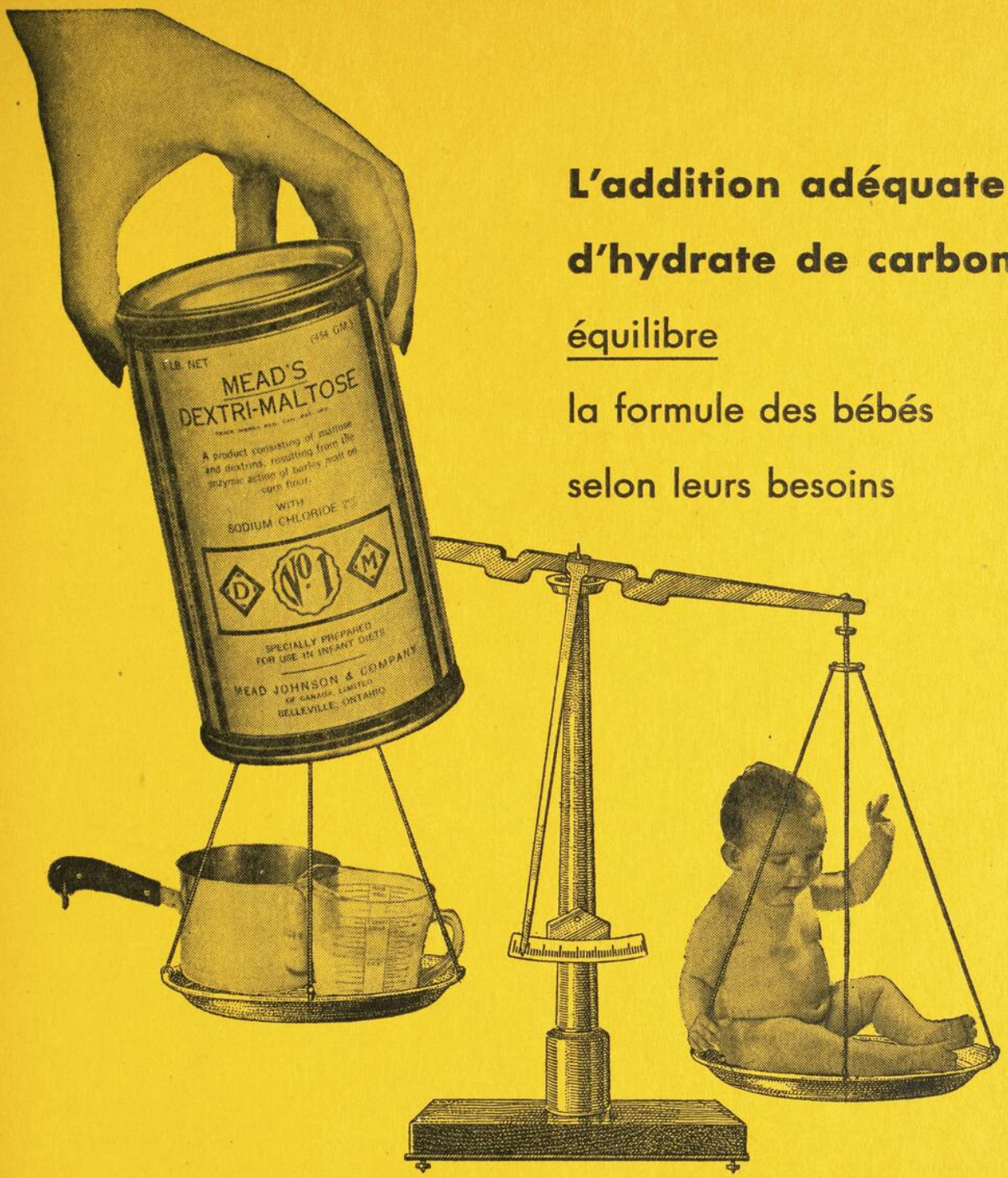
VITAMINE B_{12}

INJECTABLE

Boîtes de 6 ampoules, 15 microgrammes par c.c.
Vials 10 c.c., 30 microgrammes par c.c.

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

1338, Lagauchetière est,
MONTRÉAL



L'addition adéquate d'hydrate de carbone équilibre la formule des bébés selon leurs besoins

*Marque déposée

En quantités *adéquates*, l'hydrate de carbone:

1. Economise la protéine pour la création de nouveaux tissus.
2. Permet le métabolisme normal du gras.
3. Facilite le gain optimum de poids.
4. Favorise l'équilibre normal d'eau.

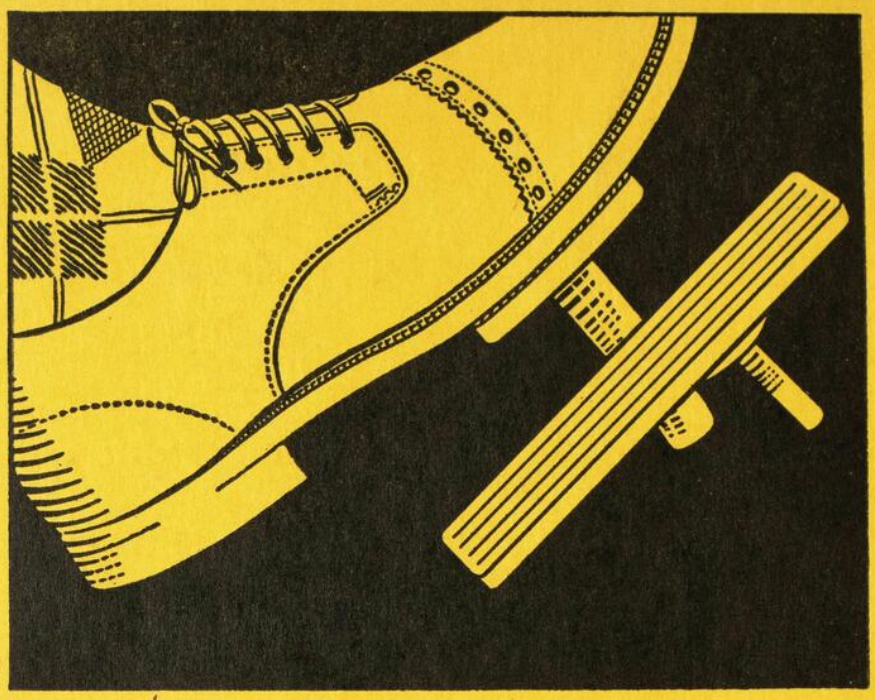
Les autorités en alimentation infantile recommandent un dosage d'environ 15% de calories provenant de protéine, 35% des gras et 50% de l'hydrate de carbone.

Depuis 40 ans les formules de lait de vache et de Dextri-Maltose*, contenant à peu près cette distribution, ont été employées avec succès.

Ces formules sont souvent composées de ⅓ de lait évaporé, ⅔ d'eau et de 5% de Dextri-Maltose—environ une cuillerée à table de Dextri-Maltose pour chaque 5 onces de formule.

MEAD'S

MEAD JOHNSON & COMPANY
OF CANADA, LIMITED
BELLEVILLE, ONTARIO



NEVRO-DENAL

Freine le système nerveux

FORMULE POUR UN COMPRIMÉ

Sulfate de spartéine	10 mgm.
Extrait de passiflore	60 mgm.
Extrait de crataegus	30 mgm.
Tr. de belladone	50 mgm.
Phenyl-Ethyl-Barbital	20 mgm.

INDICATIONS

Tous les éréthismes nerveux et spasmes organiques tels que: nervosité, anxiété, neurasthénie et émotivité. NEVRO-DENAL est aussi indiqué comme médication symptomatique de certains troubles digestifs, troubles respiratoires, palpitations, nausées fréquentes d'origine nerveuse ainsi que dans les cas d'insomnie nerveuse.

POSOLOGIE

COMME SÉDATIF: Un ou deux comprimés après chaque repas.

COMME HYPNO-SÉDATIF: dans l'insomnie nerveuse, 2 à 4 comprimés le soir au coucher.

CONDITIONNEMENT

Tubes de 30 et flacons de 100 comprimés dragéifiés (gris-bleu).

DESBERGERS LIMITÉE

BIOLOGISTES CHIMISTES PHARMACIENS

Montréal - - - Canada