Tome 76 — Numéro 12

MONTRÉAL, DÉCEMBRE 1947

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

ADMINISTRATION ET SECRÉTARIAT
326 est, boul. Saint-Joseph
Montréal
Tél.: LAncaster 9888

SECRÉTARIAT
128, rue Sainte-Anne
Québec

PROGRÈS SCIENTIFIQUE

Grâce aux travaux importants faits par de nombreux investigateurs scientifiques, il est possible de produire de la pénicilline cristalline pure en grandes quantités.

C'est également par ces recherches scientifiques que le coût initial de la pénicilline a pu être réduit à son niveau actuel.

Eli Lilly and Company est fière d'avoir eu le privilège de participer activement à ce vaste projet humanitaire.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED • TORONTO, ONTARIO

TAUX de SÉDIMENTATION ABAISSÉ

L'épreuve unique la plus significative pour déterminer l'évolution de l'arthrite rhumatoïde.

« La myochrysine a été administrée à cent malades. Soixante-dix-huit d'entre eux ont montré une diminution du taux de sédimentation de 1,083 mm. soit une moyenne de 13.8 mm. »

Dr Dean ROBINSON,
« C.M.A. Journal », Vol. 55, No 2.

MYOCHRYSINE

Laboratoires Poulenc Frères
DU CANADA LIMITÉE — MONTRÉAL

Une association d'extrait de foie et d'un

nouveau facteur vitaminique

Ayerst

EXTRAIT DE FOIE avec ACIDE FOLIQUE

No 351

Les résultats excellents obtenus par l'emploi de l'acide folique dans l'anémie pernicieuse et autres anémies macrocytiques ont montré que l'administration combinée d'acide folique et d'extrait de foie est plus efficace que l'une ou l'autre substance seule. Chaque capsule dure d'Extrait de Foie avec Acide Folique renferme le principe anti-pernicieux provenant de 2/3 once de foie frais ainsi que 0mg. 5 d'acide folique. Bouteilles de 100 capsules.

Autres préparations
d'Extrait de Foie Ayerst
INJECTABLE•LIQUIDE•CAPSULES•POUDRE

Ayerst

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE
Biologistes et Pharmaciens
MONTRÉAL CANADA

F448

SOMMAIRE

Table alphabétique des matières I

Table alphabétique des analyses X

Table alphabétique des auteurs XIII

BULLETIN

Roma AMYOT

Nos vœux vont d'abord au succès de la campagne de souscription en faveur de l'Université de Montréal 1395

• • •

Pierre MASSON

Histophysiologie du corps thyroïde 1397

Réal DORÉ

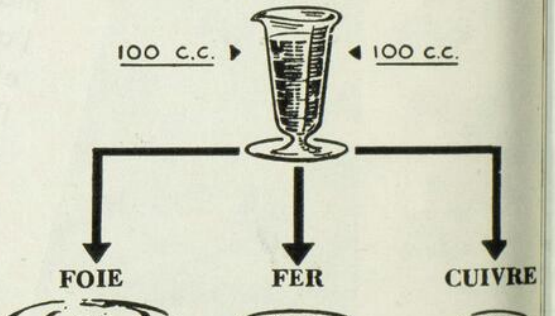
La chirurgie de la glande thyroïde 1402

Yves CHAPUT

Les hémorragies gastro-duodénales 1410

HEMOGENE

. . . contient tous les facteurs importants concourant à la formation du sang:



Anémie secondaire

. . . Il est indiqué dans tous les cas où est déréglé le mécanisme hématopoïétique:

Grossesse, Lactation, Etats Hémorragipares, Convalescence, Régimes Restrictifs et Dons de Sang.

. . . Seul le foie, pris régulièrement, en association avec le fer- et le cuivre comme catalyseur - préviendra la naissance et entravera le développement de l'anémie secondaire.

LABORATOIRES Lafayette LTÉE

1410, rue Wolfe, Montréal

BALMINIL

VITAMINES A & D AVEC BALSAMIQUES

Soulagement Symptômatique + Thérapeutique de fond

Elimination des balsamiques par les muqueuses bronchiques

Facteurs nutritifs favorisant la résistance et l'intégrité des tissus épithéliaux

FORMULE

par ampoule de 2 cc.

Vitamine A	30,000 U.I.	Niaouli	0.20 gm.
Vitamine D	3,750 U.I.	Camphre	0.05 gm.
Eucalyptol	0.20 gm.	Menthol	0.10 gm.

POSOLOGIE

Une ampoule ou plus par jour par voie intramusculaire.
Boîtes de 10 et 25 ampoules de 2 cc.

Produit des
Laboratoires Andromachus, Limitée - Montréal

Rougier Frères
INCORPORÉE

BUREAU CHEF: 350, RUE LE MOYNE, MONTRÉAL (1)
LABORATOIRES: PT. ST-CHARLES, MONTRÉAL (22)

SOMMAIRE
(Suite)

Charles LEFRANÇOIS

Les hémorragies intestinales 1415

Léopold MORISSETTE

Les hémorragies digestives d'origine sanguine 1421

Marcel OSTIGUY

Prévention et traitement des hémorragies postopératoires de l'amygdalectomie 1425

MOUVEMENT BIOLOGIQUE

Paul MAROIS

Les virus de l'influenza de l'homme et du "Hog-Flu" 1429

L.-P.-E. CHOQUETTE

Protozoaires intestinaux chez l'homme au Canada 1433

LA CLINIQUE* CONFIRME PLEINEMENT LES OBSERVATIONS EXPÉRIMENTALES

Comprimés dosés à 60 mgr. du citrate
Ampoules dosées à 45 mgr. du chlorhydrate
Suppositoires { Adultes à 48 mgr. / Enfants à 24 mgr. } de la base

profenil

Bis-gamma-phénylpropyléthylamine

ANTISPASMODIQUE SYNTHÉTIQUE NOUVEAU NON NARCOTIQUE

Quelle que soit la thérapeutique employée dans les affections gastro-intestinales ou des voies biliaires, il est tojours avantageux d'utiliser le Profénil, pour relâcher le spasme de la musculature lisse.

* The Review of Gastroenterology, vol. 12, number 6, pages 436-439, Nov.-Dec. 1945.
Medical Times, vol. 74, No 11, p. 305, Nov. 1946.

LABORATOIRES Lafayette LTÉE

1410. rue Wolfe, Montréal

Si vous desirez obtenir

STREPTOMYCINE

Toxicité réduite à un minimum

Puissance contrôlée et uniformisée

Minimum de douleur

Niveau de pureté accru

Exigez la

STREPTOMYCINE COMPLEXE CHLORURE DE CALCIUM MERCK

MERCK

Merck & Co. Limited

CHIMISTES FABRICANTS • MONTRÉAL • TORONTO • VALLEYFIEL

SOMMAIRE

(Suite)

ÉDITORIAL

Albert JUTRAS

Cancer du rectum. 1435

MÉDECINE SOCIALE

L.-P. CABANA

Contrôle de la salubrité publique. 1438

J. L. LITTLE

L'Institut national du Cancer du Canada 1441

VARIÉTÉS

Robert DEBRÉ

L'enfant et la maladie. 1445

René SUDRE

Les travaux français sur le cancer 1447

CHRONIQUE SÉMÉIOLOGIQUE

Roméo BOUCHER

Une science du passé: l'osphrésiologie. 1450

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1878 1454

ANALYSES 1456

MÉDECINE

Les insuffisances chroniques du foie non décelables cliniquement; leur diagnostic précoce et leur traitement (1456).

PHTISIOLOGIE

La bronchographie dans la tuberculose (1456) **Tuberculose apicale** (1457).

CHIRURGIE

Obstruction des tubes de vitallium par les dépôts biliaires: 9 cas personnels et revue de la littérature à ce sujet (1457). **La ligature de la veine cave inférieure, moyen de prévention des embolies pulmonaires au cours des phlébites** (1457). **A propos d'un cas d'adénome récidivant de la parathyroïde** (1458). **La physiopathologie de la cause de la mort dans la thrombose coronarienne** (1459).

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

La streptomycine dans l'otite externe moyenne, la mastoïdite, l'abcès cérébral et la méningite (1459).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Granulome inguinal traité avec la streptomycine (1460).

ANESTHÉSIE

Prévention de l'embolie pulmonaire postopératoire. Une analyse de 52 mortalités en six ans (1461).

ORTHOPÉDIE

La paralysie dite obstétricale du membre supérieur (1463).

OBSTÉTRIQUE

Lever puerpéral précoce (1464).

SOCIÉTÉS 1465

Association Médicale franco-américaine: réunion du 24 septembre 1947 (1465).

La Société Médicale de Montréal: séance du 7 octobre 1947 (1465); séance du 21 octobre 1947 (1467).

Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec: séance du 19 septembre 1947 (1468); séance du 3 octobre 1947 (1469).

NÉCROLOGIE 1471

REVUE DES LIVRES 1472

NOUVELLES 1474

Du Nouveau! dans la grossesse et la lactation

SEULEMENT TROIS CAPSULES PAR JOUR FOURNISSENT CES SUPPLÉMENTS NUTRITIFS ESSENTIELS[1] . . .

TOUS les apports quotidiens recommandés[1] (ou plus) en VITAMINES (y compris la *vitamine C* si importante)

TOUT l'apport quotidien recommandé[1] de FER

LA MOITIÉ de l'apport quotidien recommandé de CALCIUM

réunis dans une seule

Capsule de Vitamines-Minéraux Squibb, *t.i.d.*

La dose quotidienne (une capsule t.i.d.) fournit

Vitamine A	6,000 unités
Vitamine D	800 unités
Chlorhydrate de thiamine	3 mg.
Riboflavine	3 mg.
Niacinamide	21 mg.
Acide ascorbique	100 mg.
Calcium	750 mg.
Fer	15 mg.

Présentées en flacons de 100.

N. B. — Les teneurs en calcium et en fer sont exprimées en termes de calcium et de fer libres. Sous forme de leurs sels, la dose quotidienne, capsule t.i.d. fournit:

Phosphate dicalcique	2604 mg.
Sulfate ferreux anhydre	51 mg.

1. "Recommended Dietary Allowances Revised 1945"; Reprint and Circular Series No. 122, August, 1945, Food and Nutrition Board, National Research Council. 2101 Constitution Ave., Washington 25, D.C.

CAPSULES

Vitamines - Minéraux

SQUIBB

Fabricants de produits chimiques pour le corps médical depuis 1858

Pour documentation s'adresser à :

E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA LIMITED

36-48 CALEDONIA ROAD • TORONTO

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE.

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Pierre Smith

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

Secrétaire adjoint à Québec
Maurice Beaudry
128, rue Sainte-Anne.

BUREAU DE COLLABORATION

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

"CERUTIN"

MARQUE "Frosst" D'UN COMPOSÉ DE RUTINE

C. T. No 388 "Frosst"

Prophylaxie et traitement de l'augmentation de la friabilité des capillaires dans l'hypertension, le diabète et autres processus morbides.

En présence d'hypertension, les accidents vasculaires sont au nombre des complications les plus redoutées. Dans un très grand nombre de cas (et il en est de même chez les diabétiques), on a constaté une augmentation de l'indice(Gothlin) de la friabilité des capillaires, et il est raisonnable de présumer qu'il y a aussi augmentation de la tendance à l'hémorragie capillaire, tant cérébrale que rétinienne.

On a démontré que la rutine — qui correspond probablement à la vitamine P — joue un rôle important dans le maintien de l'élasticité normale des capillaires, et que, combinée avec la vitamine C, une de ses propriétés est de réduire la tendance à la rupture et à l'hémorragie des capillaires chez les sujets souffrant d'hypertension et les diabétiques présentant une augmentation de la friabilité de ces vaisseaux.

Documentation complète à la demande des intéressés.

DOSE: 1 comprimé 3 ou 4 fois par jour.

PRÉSENTATION:
flacons de 40 et 100 comprimés.

FORMULE
Chaque comprimé contient:
Rutine "Frosst". 20 mg
Vitamine C.. 25 mg

Frosst
DEPUIS 1899 LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES
Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL - CANADA

OPOTHÉRAPIE SUBSTITUTIVE DES CARENCES GONADOTROPES CHEZ L'HOMME

TRAITEMENT DE CERTAINES ENDOCRINOPATHIES CHEZ LA FEMME

"ORCHISTERONE"

(TESTOSTÉRONE) "Frosst"

La composition de l'"Orchistérone" synthétique (testostérone "Frosst") et celle de l'hormone provenant de l'extrait testiculaire sont analogues. Les recherches effectuées dans ce domaine nous permettent de préparer deux dérivés — l'"Orchistérone" de méthyle et le propionate d'"Orchistérone" — en quantités qui, du point de vue commercial, sont pratiques aux fins thérapeutiques.

MÉDICATION PAR L'"ORCHISTÉRONE" — CHEZ L'HOMME:

Indications: Symptômes de la climatérique (impuissance, myasthénie, psychoses), eunuchisme et eunuchoïdisme, nanisme, hypertrophie bénigne de la prostate, complexus symptomatique du castrat.

MÉDICATION PAR L'"ORCHISTÉRONE" — CHEZ LA FEMME

Indications: Syndrome de la ménopause, dysménorrhée, écoulement sanguin de l'utérus, mastite chronique, ablactation, frigidité.

MÉDICATION PAR L'"ORCHISTÉRONE" — CHEZ L'HOMME ET LA FEMME:

Indications: Angine de poitrine, périvascularite, ainsi que pour réparer et augmenter les protides de l'organisme.

PRÉSENTATION

COMPRIMÉS d'"ORCHISTÉRONE"

S.C.T. No 420 "Frosst"
"Orchistérone" de méthyle, 10 mg
Dose: de 1 à 6 comprimés par jour
Paquets (de dispensaire) de 15 et 30 comprimés;
flacons de 100 comprimés.

***C.T. No 375 "Frosst"**
"Orchistérone" de méthyle, 5 mg
*Administration submaxillo-gingivale
Dose: de 1 à 6 comprimés par jour
Flacons de 30 et 100 comprimés

*Il est plus économique d'introduire directement l'"Orchistérone" dans le cours sanguin par les capillaires de la région submaxillaire. Le dosage en ce cas peut être la moitié de la quantité requise quand les comprimés sont déglutis, puis absorbés par l'appareil gastro-intestinal.

AMPOULES D'"ORCHISTÉRONE"

Ampoule "Frosst" No 516
Propionate d'"Orchistérone", 5 mg
Boîtes de 6 et 25 ampoules de 1 cc.

Ampoule "Frosst" No 517
Propionate d'"Orchistérone", 10 mg
Boîtes de 6 et 25 ampoules de 1 cc.

Ampoule "Frosst" No 518
Propionate d'"Orchistérone", 25 mg.
Boîtes de 3 et 25 ampoules de 1 cc.

Fiole "Frosst" No 518
Propionate d'"Orchistérone", 25 mg au cc.
Flacons de 10 cc.

DOSE: de 10 à 75 mg par semaine, par voie intramusculaire.

Posologie complète à la disposition des intéressés.

Frosst
DEPUIS 1899 LE SYMBOLE DU SUCCÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES
Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL - CANADA

TRULFA

MARQUE DÉSIGNANT "TROIS SULFAS"

SUSPENSION • COMPRIMÉS

Dosage recommandé de trois sulfonamides, sous une forme qui diminue considérablement le risque d'un précipité cristallin dans le rein.

Deux composés ou plus sont solubles dans un seul et même dissolvant presque dans la mesure de leur solubilité respective dans ce dissolvant. Cette généralisation a une importante portée clinique, surtout en ce qui concerne la médication par les sulfonamides.

C'est en tenant compte de la solubilité de chacune de ces substances que nous avons combiné la sulfadiazine, le sulfathiazole et la sulfamérazine en une seule préparation. On pourra donc administrer désormais une dose efficace intégrale de sulfonamides tout en diminuant fortement l'aléa de lésions néphrétiques causées par une précipitation cristalline.

BIEN NOTER *que les autres risques associés à l'administration des sulfonamides restent tels quels.*

"TRULFA" EN SUSPENSION

Chaque once (liq.) contient:

Sulfadiazine	14 grains (0.9 g)
Sulfathiazole	14 grains (0.9 g)
Sulfamérazine	12 grains (0.8 g)

DOSE: *petits enfants:* (de 1 à 2 ans) de ½ à 1 cuillerée à thé,
grands enfants: (de 3 à 10 ans) de 1 à 2 cuillerées à thé,
adultes: de 2 à 4 cuillerées à thé,
toutes les 4 heures.

PRÉSENTATION: Flacons de 16 onces (liq.) et bouteilles de ½-gallon (imp.).

COMPRIMÉS DE "TRULFA"

Chaque comprimé No 393 contient:

Sulfadiazine	0.175 g (2¾ grains)
Sulfathiazole	0.175 g (2¾ grains)
Sulfamérazine	0.150 g (2¼ grains)

Un comprimé représente un total de 0.56 g (7.7 grains) de sulfonamides.

DOSE: 1-2 comprimés toutes les 4 ou 6 heures.
PRÉSENTATION: Flacons de 100 et 500 comprimés.

Frosst
DEPUIS 1899 LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL - CANADA

SPASMOSÉDINE

LABORATOIRES DEGLAUDE

15, BOULEVARD PASTEUR PARIS (XVe)

Agents généraux au Canada :

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE

MONTRÉAL EMER CANADA

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: A. Bertrand
Vice-présidents: Richard Gaudet et Jean Saucier
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. A. Bertrand, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion, Richard Gaudet.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

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

AVEC

LEDERCILLIN*

COMPRIMÉS DE PÉNICILLINE

Vous aurez la certitude d'une imprégnation continue

Lederle

Lorsque le médecin est appelé à appliquer à un malade une thérapeutique continue, il doit toujours tenir compte du facteur humain et de la possibilité que ne se produisent des « trous » dans le traitement. Ce danger existe particulièrement chez les patients non-hospitalisés qui suivent eux-mêmes les instructions de leur médecin. Plus un produit est facile à prendre, plus on a de chances de voir le malade se conformer strictement à la posologie ordonnée. C'est pourquoi il est recommandé de prescrire, sous le nom de LEDERCILLIN, les comprimés de Pénicilline Lederle. Faciles à prendre à tout moment, ils assurent une concentration sanguine et une imprégnation continue en Pénicilline..

Présentation:

Comprimés dosés à 50,000 Unités — Flacons de 12 et de 25.

Comprimés dosés à 100,000 Unités — Flacons de 12.

* Enregistré au U.S. Pat. Off.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

NORTH AMERICAN CYANAMID LIMITED
7335, BLVD SAINT-LAURENT, MONTREAL 14, P. Q.

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Donatien MARION,	Montréal.
Hermile TRUDEL,	Montréal.
Chs VÉZINA,	Québec.
A.-L. RICHARD,	Ottawa
J.-A. VIDAL,	Montréal.
J.-A. LECOURS,	Ottawa
J.-E. PERRAS,	Hull

•

COMITÉ DU XIXe CONGRÈS

A.-L. RICHARD, président.

J.-A. VIDAL,	1er Vice-président.	**A. FONTAINE,**	5e Vice-président.
Richard GAUDET,	2e "	**G. LACASSE, sén.,**	6e "
J.-A. DENONCOURT,	3e "	**J.-A. LECOURS,**	Secrétaire.
J.-B. JOBIN,	4e "	**J.-E. PERRAS,**	Trésorier.

•

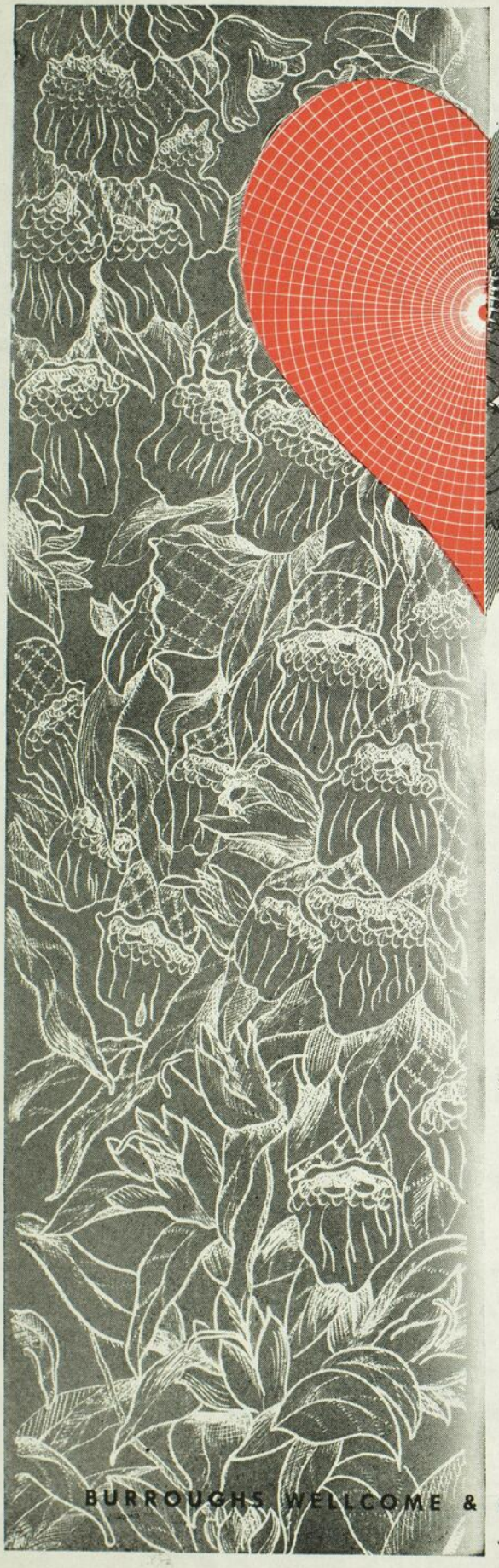
ANCIENS PRÉSIDENTS

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

•

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal . . 1950
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q. 1948
BAILLY, Roland, St-Pie de Bagot, P. Q. 1948
BEAUCHEMIN, L.-O. Calgary, Alberta 1950
BELIVEAU, P., Méthégan, N.-E. 1948
BIBAUD, B., Valleyfield, P. Q. 1948
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal 1948
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec . . 1948
BOHEMIER, Anatole, 3425, rue St-Hubert, Montréal . 1948
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal . . . 1950
BROUSSEAU, L.-P., Malartic, P. Q. 1950
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec 1948
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal . 1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1950
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1950
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec . . 1948
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. 1948
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal 1950
GAUTHIER, C.-A., 531½, St-Louis, Québec 1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1950
JOANNETTE, Albert, Ste-Agathe-des-Monts, P. Q. . . . 1948
LACHANCE, Wilfrid, Chicoutimi, P. Q. 1948
LACHARITE, Vilmer, St-Célestin, P. Q. 1948
LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa 1950
LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H. 1948
LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal 1948
LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec 1948
MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville Saint-Laurent, P. Q. 1948
MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan 1950
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River 1948
MORRISSETTE, Pierre, St-Georges, Beauce, P. Q. . . . 1948
PELLETIER, A., Winchendon, Mass. 1950
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1950
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1950
POWERS, A., 11, Front, Hull, P. Q. 1950
RIOUX, J.-Emile, Ste-Anne-des-Monts, P. Q. 1950
SMITH, Pierre, 300, carré St-Louis, Montréal 1948
SORMANY, Albert, Edmunston, N.-B. 1950
TANGUAY, R., Sudbury, Ont. 1950
TETRAULT, Adélard, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. 1950
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1950
VIAU, Horace, 467, Rideau, Ottawa 1950



La précision compte...

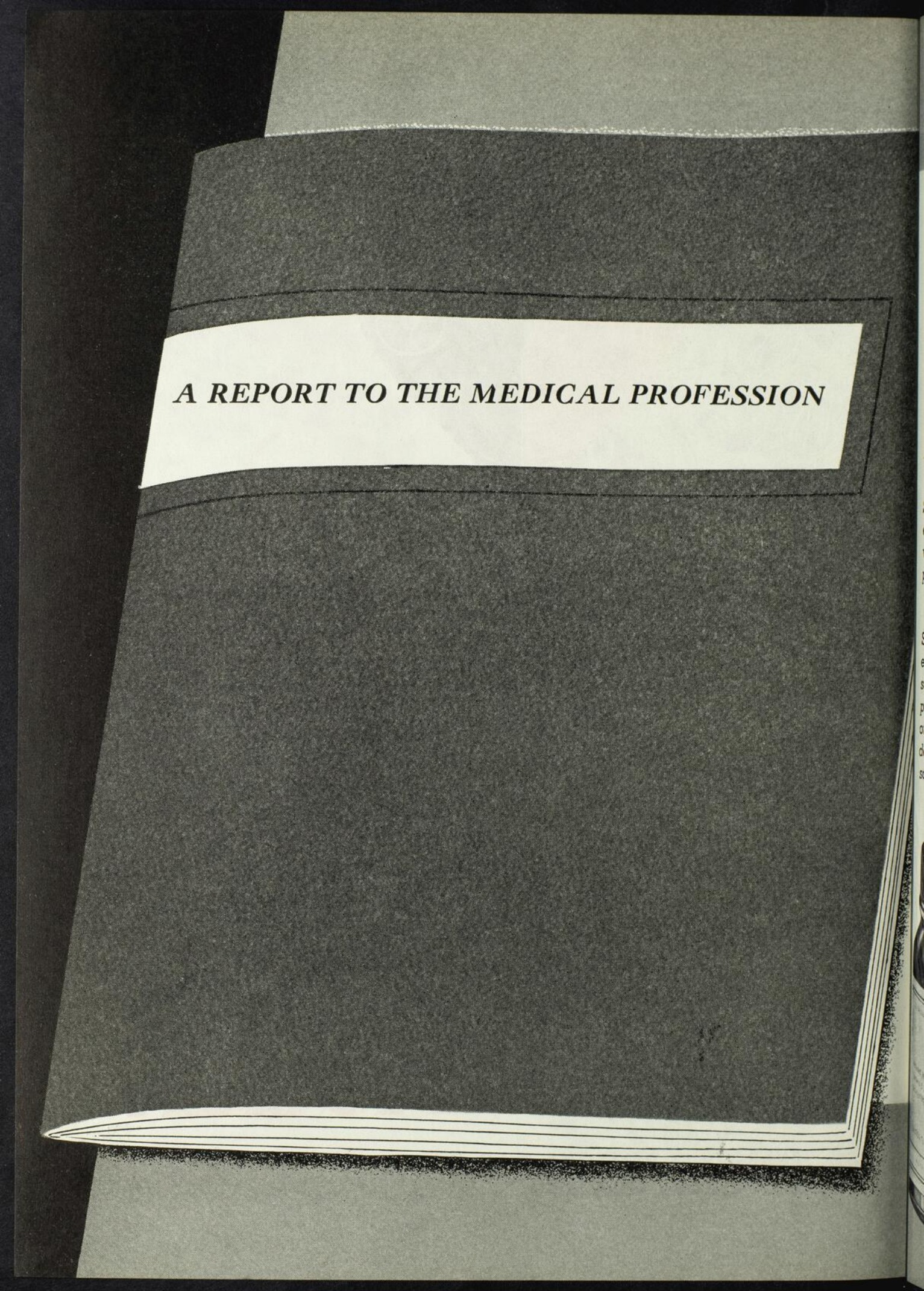
Dans chaque département du domaine des recherches scientifiques, on s'efforce constamment de découvrir des moyens de réduire ou d'éliminer la marge d'erreur. DIGOXINE, un glycoside crystallin pur * fournit justement à la profession médicale un tel moyen. Parceque c'est une substance chimique définie, d'une composition constante et d'activité uniforme, elle peut être prescrite *avec précision* en poids de la drogue pure et ses résultats prédits avec exactitude. Littérature sur demande.

* Isolée des feuilles de Digitalis lanata par Wellcome Chemical Works (Angleterre).

Par voie digestive: 'Tabloid' Digoxine 0.25 mgm. (1/260 grain approx.). Flacons de 25, 100 et 500.
Solution Digoxine (B.W. & Co.) 0.5 mgm. (1/130 grain approx.) par c.c. Flacons de 30 c.c.
Intraveineusement: Injection de Digoxine 'Wellcome' 0.5 mgm. (1/130 approx.) dans un c.c. Boîtes de 12 et 100.

DIGOXIN

BURROUGHS WELLCOME & CO. (The Wellcome Foundation Ltd.) MONTRÉAL


A REPORT TO THE MEDICAL PROFESSION

Avez-vous lu attentivement votre exemplaire ?

*Voici, pour la première fois — réunis en un volume — des extraits de tous les rapports favorables et concis publiés sur l'emploi de l'Ertron *, complexe stéroïde, Whittier, dans le traitement de l'arthrite.*

Si l'on considère l'importance du sujet et la compétence du grand nombre des investigateurs, ce volume vous sera très précieux dans votre pratique.

Si vous n'avez pas encore lu le Rapport en entier, vous serez intéressé dans sa lecture. Si, d'autre part, vous n'avez pas encore reçu votre exemplaire, ou qu'il ait été égaré, sur votre demande un autre vous sera envoyé sans retard.

Concessionnaires pour le Canada :
Laurentian Agencies, Registered
Montréal 1, P. Q.

* *Nom déposé aux Etats-Unis.*

NUTRITION RESEARCH LABORATORIES

CHICAGO

"Un Nouveau Médicament en Obstétrique"

PARTURIOL

(OCYTO-NARGENOL RM206)

LAFA

Hâte le Travail,

Atténue la Douleur,

Conserve la Lucidité.

FORMULE:

Campho-Sulfonate de dihydroxycodéinone	0.0075
" " de scopolamine	0.0002
" " d'éphédrine	0.02
Sulfate de Spartéine	0.08
Phényl-propionate de dihydroxycodéinone	0.005
Sérum physiologique	q.s. pour 2 c.c.

PRÉSENTATION:

Boîte de 3 ampoules 2 c.c.

Boîte de 50 ampoules 2 c.c. (format hôpital).

MODE D'EMPLOI:

Injection initiale intramusculaire: 4 c.c.

Injection de rappel, au besoin: 2 c.c.

•

ÉTUDE PHARMACOLOGIQUE ET CLINIQUE

À LA DISPOSITION DE MM. LES MÉDECINS

•

TOMBE SOUS LE COUP DES LOIS RÉGISSANT LES NARCOTIQUES

Licence Laboratoires "CLIN"

20, rue des Fossés-Saint-Jacques,

PARIS – France

Agents Exclusifs pour le Canada:

VINANT Limitée

200, rue Vallée, MONTRÉAL

"Prémarine"

...à la ménopause

Très efficace

Active par voie buccale

De provenance naturelle

D'une parfaite innocuité

Hydrosoluble

Bien tolérée

Procure une sensation d'euphorie*

* "Cette préparation ("Prémarine") donne à la patiente une sensation d'euphorie que ne procurent pas les composés synthétiques."**
On doit en premier lieu viser à faire disparaître les symptômes, mais il importe aussi de rétablir la tranquillité mentale chez la patiente. Dans la presque totalité des cas, les patientes traitées par la "Prémarine" disent éprouver une sensation de bien-être.

***Glass, S. J. et Rosenblum, G.: J. Clin. Endocrinol.* 3:95 *(fév.) 1943.*

"Prémarine"

substances oestrogènes conjuguées (équines)

Comprimés: No 866—1.25 mg. par comprimé
No 867—0.625 mg. par comprimé
Bouteilles de 20 et de 100.
No 868—0.3 mg. par comprimé
Bouteilles de 100.
Liquide: No 869—0.625 mg. par cuillerée à thé
Bouteilles de 4 onces fluides.

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

Ayerst

"BÉMINAL"

facteurs de la vitamine B

AVEC FER ET FOIE – No 816

INJECTABLE (desséché) – No 495

CONCENTRÉ – No 926

COMPRIMÉS – No 815

GRANULÉS – No 925

COMPOSÉ – No 924

AVEC VITAMINE C – No 817

INJECTABLE – No 491

LIQUIDE – No 923

Différentes formes et teneurs pour répondre aux exigences du traitement individuel.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE • *Biologistes et Pharmaciens* • MONTRÉAL, CAN

Maintenant...

POUR FACILITER L'ADMINISTRATION

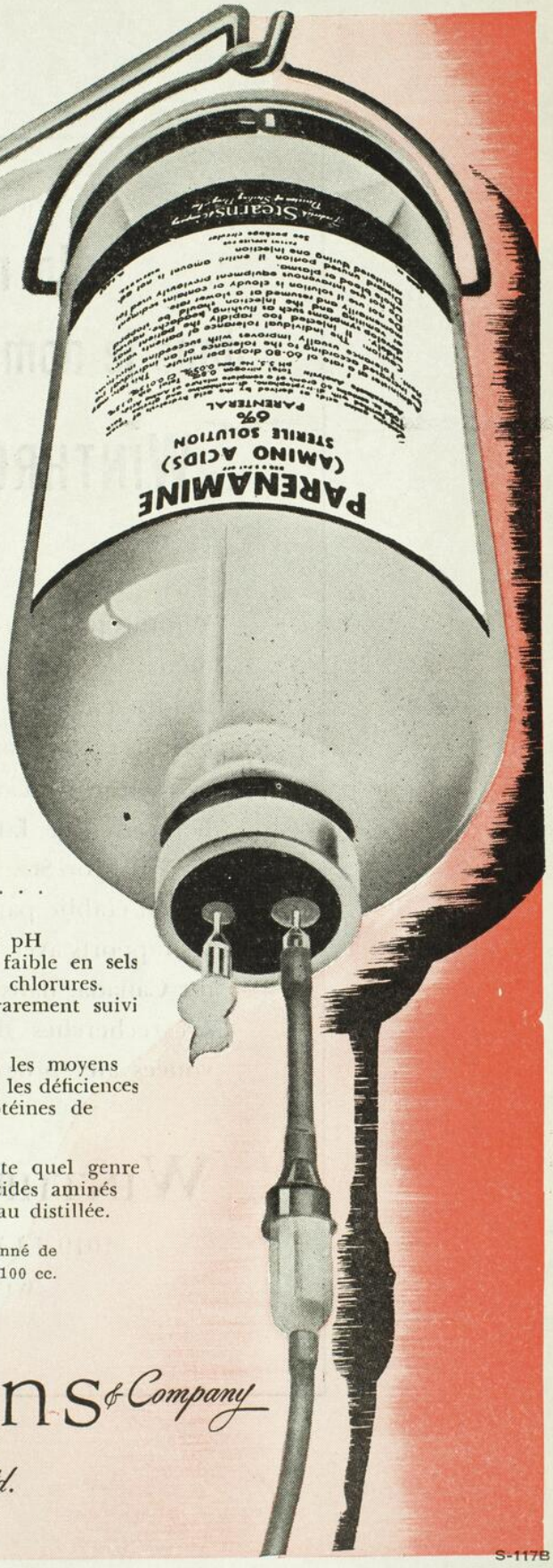
Parénamine

Acides Aminés Injectables Stearns

PRÉSENTÉE SOUS FORME DE

solution stérile à 6%

- **En Flacons Commodes d'Un Litre**
- **Prête à Servir Immédiatement**



Hydrolysat acide amélioré obtenu à partir de caséine, additionné de tryptophane racémique, de méthionine racémique et de glycine, la PARÉNAMINE 6% est un mélange complet de tous les acides aminés essentiels à l'homme et de certains autres acides aminés caractéristiques de la caséine . . . C'est un excellent succédané des protéines alimentaires.

Stérile, exempte de pyrogènes, non allergénique, possédant un pH de 5.5, la PARÉNAMINE 6% a une teneur exceptionnellement faible en sels minéraux (ion sodium) et ne contient virtuellement pas de chlorures. Des études cliniques démontrent que son emploi n'est que rarement suivi de thrombose.

DESTINÉE à maintenir un état de nutrition optimum lorsque les moyens d'alimentation usuels sont insuffisants . . . à prévenir et corriger les déficiences protéiniques . . . à compenser les pertes anormales de protéines de l'organisme . . . à satisfaire les demandes accrues en protéines.

PRÉSENTÉE en flacons d'un litre pouvant servir avec n'importe quel genre d'appareil pour injection intraveineuse . . . 60 grammes d'acides aminés (moyenne des besoins journaliers de l'adulte) dans 1000 cc. d'eau distillée.

PARÉNAMINE 15% — hydrolysat acide de caséine additionné de tryptophane racémique — est encore disponible en flacons de 100 cc.

Frederick Stearns & Company of Canada, Ltd.

WINDSOR, ONT.

Parénamine—Nom déposé

S-117B

NEW YORK KANSAS CITY SAN FRANCISCO DÉTROIT, MICH. SYDNEY, AUSTRALIE AUCKLAND, N.-ZÉLANDE

Un nom nouveau dans le domaine pharmaceutique

WINTHROP-STEARNS INC.

◆

Winthrop-Stearns a fait l'acquisition du commerce de Winthrop Chemical Company Inc., fondée en 1919, et des produits de Frederick Stearns & Company, fondée en 1855.

Winthrop-Stearns Inc. disposera de grands laboratoires de fabrication à Windsor, Ontario.

Winthrop-Stearns Inc. poursuivra la belle tradition établie par Winthrop et par Stearns dans ses rapports avec les médecins et les pharmaciens du Canada, dans ses octrois de bourses et dans ses recherches de laboratoire et de clinique vouées aux progrès de la médecine.

WINTHROP-STEARNS INC.

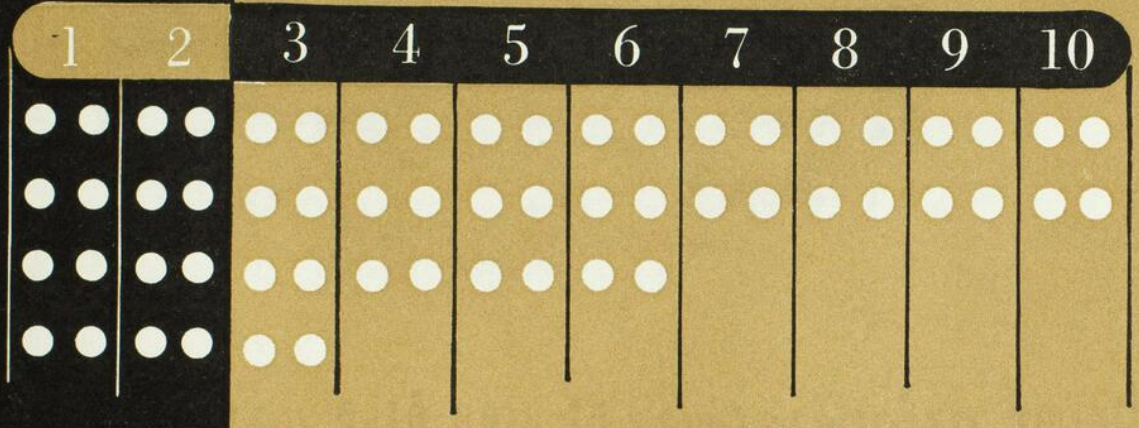
1019 ELLIOTT STREET, W.

WINDSOR, ONTARIO.

744-F.

Le traitement de dix jours par les comprimés de Sulamyd

UN SULFAMIDE PLUS SÛR POUR LES INFECTIONS DES VOIES URINAIRES



La plupart des infections des voies urinaires cèdent rapidement à un traitement de dix jours par les Comprimés de SULAMYD (Sulfacétimide Schering). Avec le SULAMYD le malade peut être débarrassé de ses symptômes et son urine peut devenir stérile dans les vingt-quatre heures. Parce que le SULAMYD est très soluble même dans l'urine d'acidité normale, c'est un sulfamide plus sûr. La cristallurie et l'hématurie sont rares, et la formation de concrétions presque inconnue.

SULAMYD

Le traitement par le SULAMYD comporte l'administration de huit comprimés par jour pendant 3 jours, puis six comprimés par jour pendant 3 jours, et enfin quatre comprimés par jour pendant 4 jours. La dose quotidienne peut commodément être fractionnée en quatre parties égales.
SULAMYD (Sulfacétimide Schering) — Comprimés de 0.5 gramme en flacons de 100 et de 1000.

SCHERING

Schering CORPORATION LIMITED
137, RUE ST-PIERRE • MONTRÉAL 1, P. Q.

Calme *préopératoire* et bien-être *postopératoire*

Le Demerol, analgésique puissant, antispasmodique et sédatif, calme rapidement l'appréhension et l'excitation qui précèdent l'intervention chirurgicale. Outre la sédation psychique, le Demerol favorise l'anesthésie, diminue la quantité de substance anesthésique requise et supprime efficacement les sécrétions. Comparé à la morphine, le Demerol n'entraîne pratiquement aucun risque de dépression respiratoire et occasionne beaucoup moins de nausées et de vomissements.

Le bien-être POSTOPÉRATOIRE est assuré sans gêner le réflexe de la toux ou de la motilité intestinale, et sans danger appréciable de rétention urinaire. Les malades de tous âges, indépendamment du genre de chirurgie ou de la gravité du mal, répondent favorablement au médicament. Ampoules (2 cc., 100 mg.); fioles (30 cc., 50 mg./cc.); comprimés (50 mg.); poudre (15 gm.) pour fins d'ordonnances.

Accepté par le Conseil
Amer. Med. Association

DEMEROL HYDROCHLORIDE

Marque du chlorhydrate meperidine (isonipecaïne)

Avertissement: Sujet à accoutumance.

Prescription pour narcotiques requise.

DOCUMENTATION ENVOYÉE SUR DEMANDE

Winthrop CHEMICAL COMPANY, INC.
New York 13, N. Y. - Windsor, Ont.

DEMEROL, marque de commerce enregistrée.

SENNOSIDES **A & B**

GLYSENNID

DANS LA CONSTIPATION ATONIQUE

ADULTES: 2 à 4 comprimés par jour

ENFANTS: 1 à 2 comprimés par jour

Echantillons et documentation sur demande

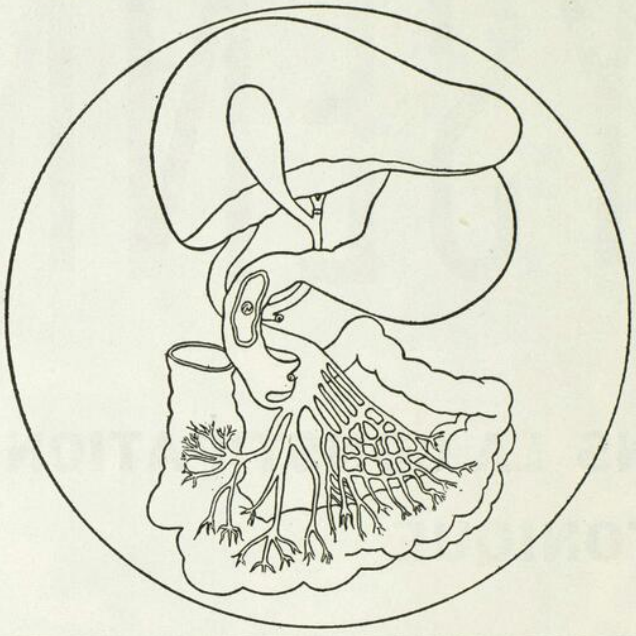
SANDOZ **DIVISION PHARMACEUTIQUE**

THE WINGATE CHEMICAL COMPANY LTD.

MONTREAL

HYDROCHOLERETIQUE
CHOLAGOGUE DIURETIQUE

COMPRIMÉS IDROCOL



IDROCOL

Acide Dehydrocholique,
Pepsine,
Pancréatine,
Sels Biliaires,
Peptone,

IDROCOLAX

Acide Dehydrocholique,
Pepsine,
Pancréatine,
Sels biliaires,
Peptone,
Phenolphthaleine.

COMPRIMÉS IDROCOLAX

PRÉSENTATION: Flacons de 30 - 100 - 500 - 1000

Échantillons et Littérature sur demande seulement à Messieurs les Médecins.

SPÉCIALITÉS DES LABORATOIRES

ASGRAIN & HARBONNEAU Limitée

"UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL"

SUPPOSITOIRES

AMYG-BIS

UN SEUL SUPPOSITOIRE - JAMAIS PLUS DE DEUX

▲

Amygdalite

Laryngite

Dysphagie

Naso-Pharyngite

▼

▲

Gingivostomatite

Angine de Plaut-Vincent

Adénopathie

▼

Heptadiencarbonate de Bismuth — Succinate de Benzyl et Sodium
Vitamine "C" — Phénylsemicarbazide.

Deux formules: Enfant — Adulte
Présentation : Boîte de 2 et de 12 suppositoires

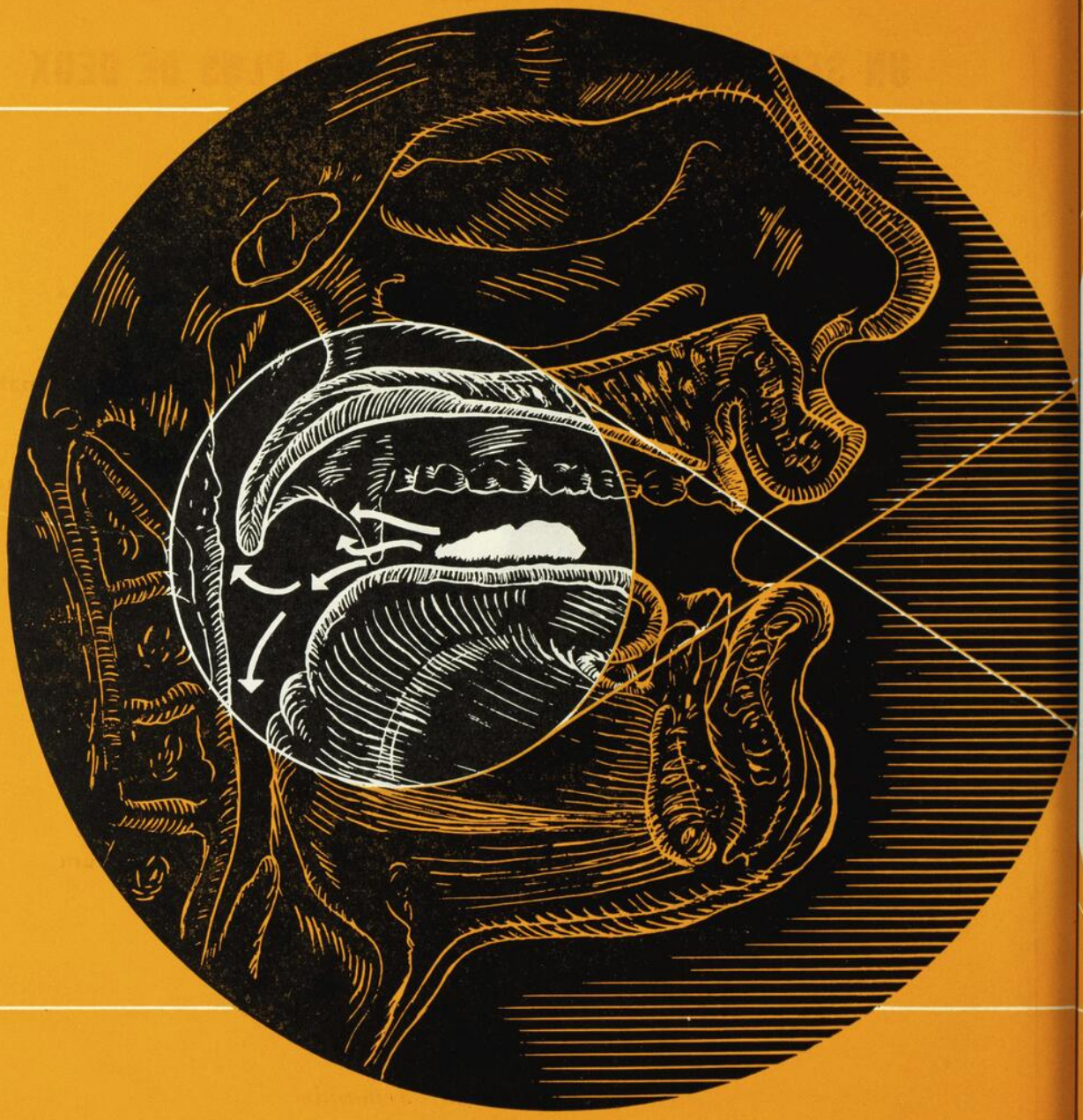
Echantillons sur demande
à Messieurs les Médecins seulement.

Spécialité des Laboratoires

ASGRAIN & HARBONNEAU Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL

"Analgésie salivaire" agréable dans le mal



White / LABORATORIES OF CANADA, LTD.

64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario

gorge... la fièvre... la céphalée... l'amygdalite

En raison de son action analgésique prolongée, son emploi est très répandu dans le traitement consécutif à l'amygdalectomie et dans la pharyngite.

L'Aspergum offre aussi une méthode facile et agréable d'administrer l'acide acétylsalicylique pour obtenir le bienfait de son action analgésique-antipyrétique dans le rhume banal et certaines autres affections fébriles non spécifiques.

L'Aspergum ayant comme base une gomme à mâcher savoureuse plaît particulièrement aux enfants. Chaque comprimé de Dillard's Aspergum contient 3½ grains d'acide acétylsalicylique.

Présenté à la profession médicale exclusivement. En boîtes de 16; en flacons de 36 et de 250 pastilles, à l'épreuve de l'humidité.

Dillard's

Aspergum

ANALGÉSIE SALIVAIRE PROLONGÉE

PROVEINASE

MIDY

"RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE"

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

2 à 6 comprimés par jour.

LABORATOIRES MIDY - PARIS

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

RHINAMIDE

Affections des Fosses Nasales du Rhino-Pharynx

Composition: Sulfamilamide — Ephédrine — Ultracaïne.

Propriétés: Solution antiseptique et décongestive des fosses nasales du Rhino-Pharynx et de leurs annexes.

Indications: Obstruction nasale, coryzas, rhinites simples et purulentes, pharyngites, écoulements d'oreilles, otites. sinusite (maxillaire et frontale).

Mode d'emploi: Instillations avec compte-gouttes cinq à six fois par jour dans les narines, ainsi que dans le conduit auditif, suivant l'affection, à raison de 4 à 5 gouttes par instillation. Egalement en pulvérisations. Toujours suivre les indications du médecin.

Présentation: Flacon compte-gouttes de 30 cc.

Laboratoires A. BAILLY - Paris

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

LA FAÇON WELLCOME DE RÉGLER UN

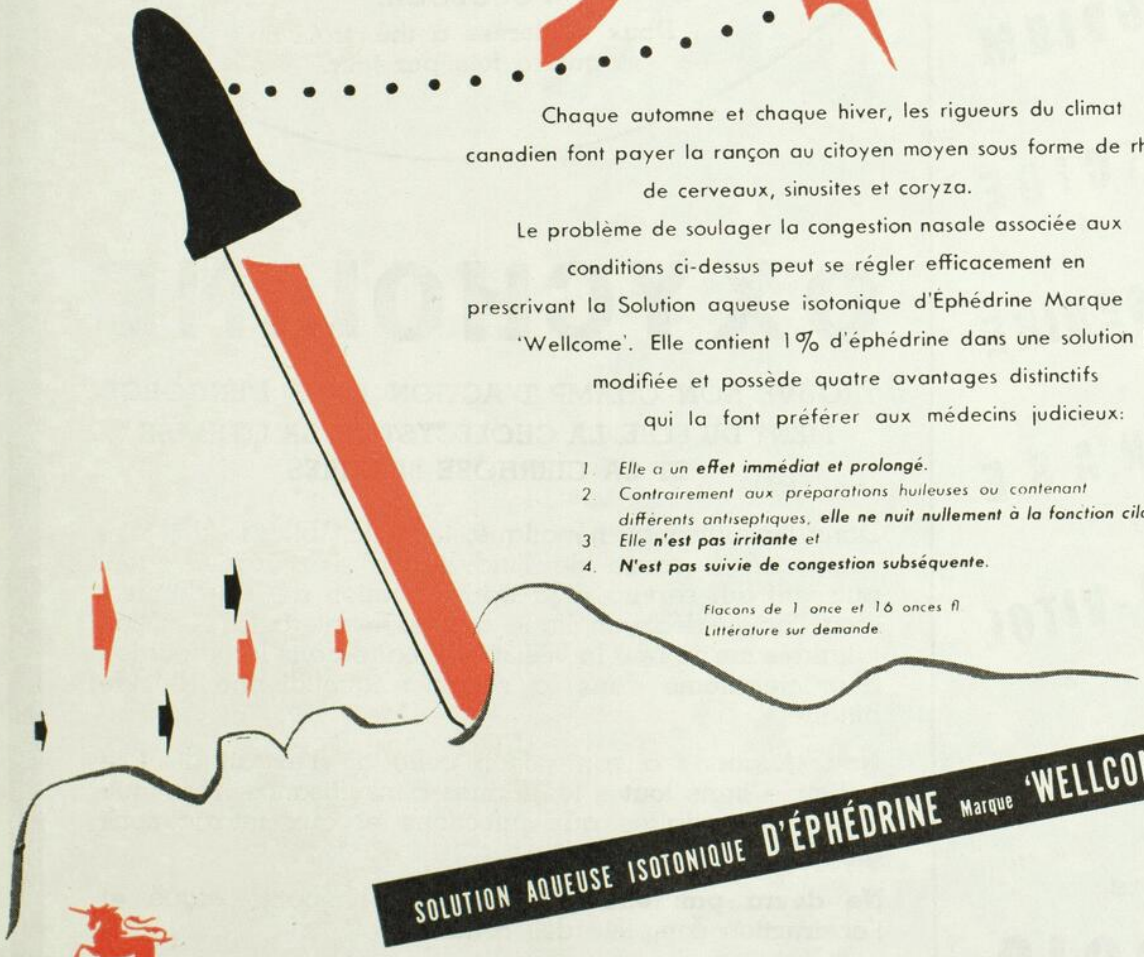
PROBLÈME SAISONNIER

Chaque automne et chaque hiver, les rigueurs du climat canadien font payer la rançon au citoyen moyen sous forme de rhumes de cerveaux, sinusites et coryza.

Le problème de soulager la congestion nasale associée aux conditions ci-dessus peut se régler efficacement en prescrivant la Solution aqueuse isotonique d'Éphédrine Marque 'Wellcome'. Elle contient 1% d'éphédrine dans une solution Locke modifiée et possède quatre avantages distinctifs qui la font préférer aux médecins judicieux:

1. Elle a un **effet immédiat et prolongé.**
2. Contrairement aux préparations huileuses ou contenant différents antiseptiques, **elle ne nuit nullement à la fonction cilaire.**
3. Elle **n'est pas irritante** et
4. **N'est pas suivie de congestion subséquente.**

Flacons de 1 once et 16 onces fl
Littérature sur demande



SOLUTION AQUEUSE ISOTONIQUE D'ÉPHÉDRINE Marque 'WELLCOME'

BURROUGHS WELLCOME & CO. (The Wellcome Foundation Limited) **Montréal**

AMINO-VITOL contient les ingrédients indispensables à être administrés dans les déficiences protéiniques, les anémies symptomatiques, l'amaigrissement, et la perte d'appétit ainsi que durant les diètes sévères.

AMINO-VITOL, contenant 10% d'acides aminés, pourra être prescrit dans l'hypoprotéinémie. L'extrait de foie et le fer combattront la déglobulisation et les vitamines B stimuleront l'appétit et arrêteront l'amaigrissement.

AMINO-VITOL

CONTIENT PAR 100 C.C.:

Acides Aminés avec Tryptophane	10 grms
Extrait de foie	5.417 grms
Hémoglobine	1.296 grms
Glycérophosphate de soude	0.864 grms
Peptone	0.434 grms
Sérum frais de cheval	134 gouttes
Chlorure de thiamine "B_1" par c.c.	0.158 mgms
Riboflavine "B_2" par c.c.	0.062 mgms

POSOLOGIE
Deux cuillerées à thé, trois ou quatre fois par jour.

MONODIUM

VOMICIDE

TONISEDINE

VEINASE

HEMO-VITOL

Laboratoire

MAROIS

Montréal

OXYCHOLINE

TROUVE SON CHAMP D'ACTION DANS L'ENGORGEMENT DU FOIE, LA CHOLÉCYSTITE, LA LITHIASE ET LA CIRRHOSE BILIAIRES

Dans l'insuffisance hépatique, le déficit biliaire doit être compensé à cause de l'indigestion des gras. L'agent puissant qui servira à la transformation de ces derniers sera l'acide déoxycholique qui augmentera la sécrétion biliaire sans nuire à la vésicule. Il entre dans la proportion d'un cinquième dans la sécrétion quotidienne d'acide biliaire.

Nous joignons à son action celle de l'extrait de foie indiquée dans toutes les formes d'insuffisance hépatique légère secondaires aux infections et aux intoxications aiguës ou chroniques.

Ne devra pas être prescrit dans l'hépatite aiguë et l'obstruction complète des conduits.

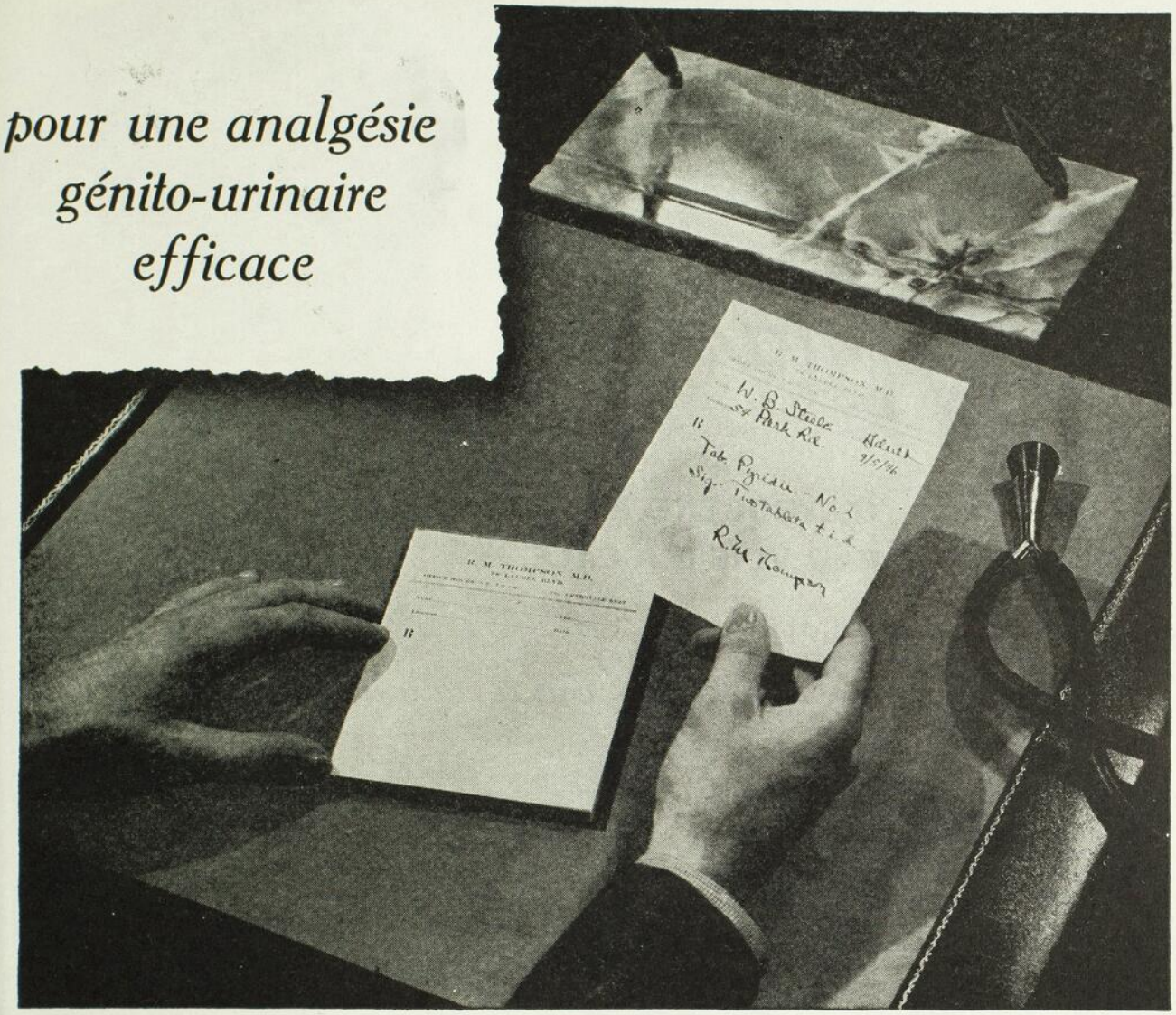
POSOLOGIE: Un à deux comprimés deux ou trois fois par jour, après les repas.

LA SCIENCE AU SERVICE DE LA MEDECINE

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTREAL, CANADA

ENTERYDINE
Corrigera
l'engorgement chronique du foie
Laboratoires DESAUTELS Laboratories
LIMITÉE MONTREAL CANADA LIMITED

pour une analgésie génito-urinaire efficace



L'administration du Pyridium est suivie d'une analgésie bien déterminée. Cette action apporte un soulagement rapide et efficace si réconfortant pour le malade souffrant de symptômes urinaires pénibles.

L'effet primordial du Pyridium est essentiellement local, puisqu'il agit directement sur la muqueuse génito-urinaire. Il n'est pas associé ou dû à une sédation de l'organisme ou à l'action d'un narcotique.

Les doses thérapeutiques du Pyridium peuvent être administrées avec une sécurité quasi complète pendant toute la durée de la cystite, de la pyélo-néphrite, de la prostatite et de l'urétrite. Documentation sur demande.

PYRIDIUM

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

MERCK & CO. LIMITED

Fabricants chimistes

MONTREAL - TORONTO - VALLEYFIELD

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

Méprane

ŒSTROGÈNE ACTIF
PAR VOIE BUCCALE

4 Avantages Remarquables

- Soulage rapidement les symptômes ménopausiques.
- Redonne une sensation de bien-être.
- Virtuellement exempt de réactions désagréables.
- Exceptionnellement économique.

La brillante synthèse de Méprane est le couronnement de huit années de recherches actives attestant l'activité œstrogène et la sûreté clinique de ce produit par voie buccale, sans les désavantages du diethylstilboestrol. Les médecins disposent maintenant d'une œstrogénothérapie économique ne comportant pas de risque de gêner la malade ou de ne procurer qu'un soulagement incomplet des symptômes ménopausiques.

Posologie: Dans la ménopause, traitement d'attaque —1 comprimé trois fois par jour après les repas; traitement d'entretien—1 a 2 comprimés par jour Sur demande nous enverrons la dose recommandée dans d'autres états.

Présentation: Boîtes de 30 et de 100 comprimés.

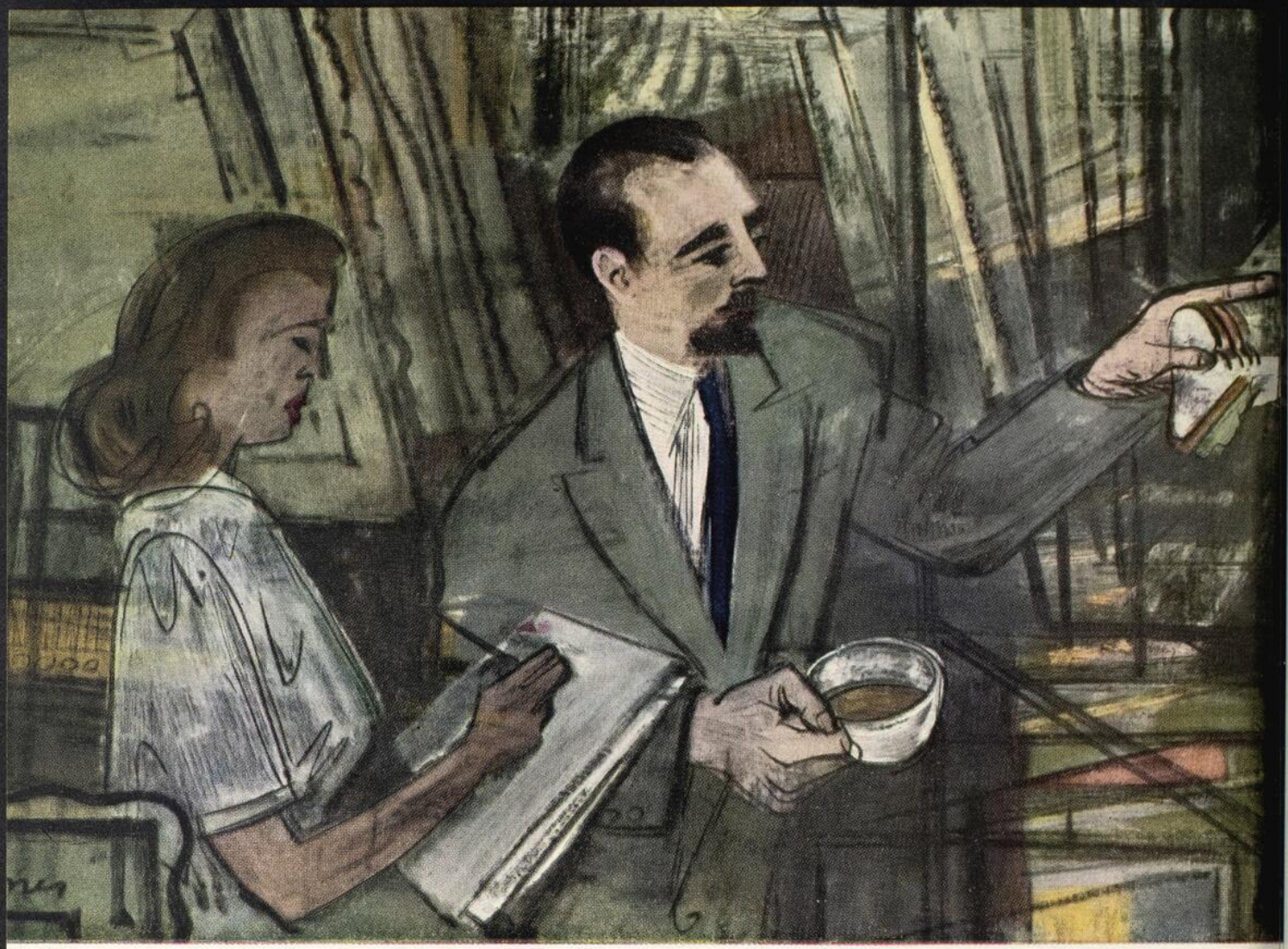
R AND C

REED & CARNRICK (CANADA) LTD.

TORONTO, ONTARIO, CANADA

N CONNAISSEUR ARTISTIQUE

... *Diététicien Manqué*



s'il consacre de longues heures à son art

et de courtes minutes à ses repas

● En fait d'esthétique de l'art abstrait, c'est une autorité éminente — en fait d'appréciation d'un régime bien équilibré il n'en sait pas plus long qu'un enfant sur la nutrition. Vous avez beaucoup de malades comme lui — trop occupés ou trop fatigués, trop gras ou trop maigres, trop sédentaires ou trop idiosyncrasiques — et leurs régimes alimentaires défectueux vous les amènent pour grossir le nombre de cas d'hypovitaminose subclinique. Bien entendu, il faut en premier lieu corriger le régime, puis, fournir un appoint de vitamines — au cas où le malade retomberait dans ses mauvaises habitudes. Lorsque vous prescrivez des vitamines, pour être plus sûr de l'efficacité du traitement, nous nous permettons de vous suggérer de spécifier la marque ABBOTT — afin d'être certain que vos malades recevront bien toutes les vitamines que vous voulez qu'ils prennent. Votre pharmacien tient en stock la ligne complète des bons produits vitaminiques Abbott, et il se fera un plaisir de vous fournir promptement les produits ou les renseignements dont vous aurez besoin.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE, MONTRÉAL 9.

spécifiez les **Produits Vitaminiques Abbott**

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 75:

MM. Allard (Eugène) ; Amyot (Roma) ; Arcand (Arthur) ; Archambault (Jules) ; Archambault (Paul-René) ; Badeaux (François) ; Beaudoin (Hervé) ; Beaudry (Maurice) ; Beaulieu (Roger) ; Beauregard (Jean-Marie) ; Béclère (Claude) ; Bélisle (Maurice) ; Bélisle (Philippe) ; Bertrand (Albert) ; Bisson (Christophe) ; Blain (Emile) ; Blanchard (G.-A.) ; Boisvert (Raymond) ; Bombardier (J.-P.) ; Bonnier (Maurice) ; Boucher (Roméo) ; Boudreau (Marcel-A.) ; Bourgeois (Paul) ; Bousquet (Jean-Paul) ; Brodeur (Paul) ; Brun (José F.) ; Bruneau (Jacques) ; Cantero (Antonio) ; Cauchon (Roland) ; Cayer (Lomer) ; Champeau (Jean) ; Charbonneau (J.-H.) ; Charest (F.) ; Charest (G.) ; Charpy (J.) ; Chicoine (Paul) ; Clermont (Moïse) ; Côté (G.-Léo) ; Courchesne (Georges-H.) ; Cousineau (Georges) ; Couture (Ernest) ; Dandurand (René) ; David (Paul) ; Demers (F.-X.) ; Desjardins (Edouard) ; Doré (Réal) ; Duberger (R.-L.) Dufresne (Origène) ; Dufresne (Roger-R.) ; Dumas (Paul) ; Dussault (Roland); Fauteux (Mercier) ; Finland (Maxwell) ; Fortier (de la Broquerie) ; Frappier (Armand) ; Frégault (Guy) ; Gagnon (Arthur) ; Gagnon (Jacques) ; Gariépy (J.-U.) ; Gariépy (L.-Henri) ; Gauthier (Fernand) ; Gauthier (P.) ; Gélinas (Henri) ; Gérin-Lajoie (Léon) ; Gilbert (Jules) ; Gratton (Armand) ; Grégoire (Fernand) ; Grégoire (Georges) ; Groleau (Lionel) ; Groulx (Adélard) ; Houot (A.) ; Jobin (Pierre) ; Julien (P.-E.) ; Jutras (Albert) ; Laberge (Lasalle) ; Lacasse (Gustave) ; Lachance (Roger) ; Lacharité (Hervé) ; Laliberté (Henri) ; Lambert (Adrien) ; Laperrière (Vincent) ; Lapierre (Gaston) ; Larichellière (Raymond) ; Laroche (A.-G.) ; Latraverse (V.) ; Laurier (Yvon) ; Lauzer (Rosaire) ; Leblond (Sylvio) ; Leblond (Wilfrid) ; Lefrançois (Charles) ; Legault (Jean-Paul) ; Léger (Jean-Louis) ; Lépine (Edgar) ; LeSage (Albert) ; LeSage (Jean) ; L'Espérance (A.) ; Lessard (Richard) ; Letendre (Paul); Letondal (Paul); Longpré (Daniel); Longtin (Léon); P. L.; Maranda (E.); Marin (Albéric); Marion (Donatien); Marion (Pierre); Morin (Eustace); Morissette (Léopold); Noël (Victor); Panisset (Maurice); Paquet (Adrien); Paquette (J.-Philippe); Paré (Louis) ; Pesant (Laurent) ; Pettigrew (Ant.) ; Pichette (Henri) ; Pinsonneault (G.) ; Plamondon (Marcel) ; Plichet (André) ; Plouffe (Adrien) ; Poliquin (Paul-A.) ; Pouliot (Ant.) ; Prévost (Jules) ; Riopelle (Joseph-Luc); Rioux (Armand); Rochette (Roméo) ; Roy (Louis-Philippe) ; Saint-Martin (Maurice) ; Samson (J.-Ed.) ; Sanche Hector) ; Saucier (Jean) ; Selye (Hans) ; Simard (Raymond); Simonnet (Henri); Sirois (Jean); Smith (Henri) ; Smith (Pierre) ; St-Onge (Gérard) ; Sylvestre (J.-Ernest) ; Sylvestre (Lucien) ; Tagnon (Henri-J.) ; Tétreault (Adélard) ; Têtu (Félix) ; Thébaud (Jules) ; Thibault (Eugène) ; Tourangeau (F.-J.) ; Tremblay (Jean) ; Turcotte (M.) ; Vachon (Malcolm) ; Vallée (Louis-Yvan) ; Valois (Antoine) ; Vézina (Norbert) ; Vidal (J.-A.) ; Voyer (Victorin) ; Wallis (Robert).

Nous passons une partie de la nuit à l'hôpital . . . Puis, j'ai vu venir dans l'ombre, tout au loin, tout au loin, au delà d'un grand cintre vitré, j'ai vu venir une petite lueur, qui a grandi, est devenue une lumière. Il y avait quelque chose de blanc qui marchait avec cette lumière, et que cette lumière éclairait. Ce qui venait a ouvert la porte du cintre, et deux femmes, dont l'une, une chandelle à la main, se sont trouvées dans la grande salle. C'était la sœur faisant sa ronde, accompagnée d'une bonne de la communauté! La sœur, une novice sans doute, car elle n'avait pas le voile noir, était tout en blanc, d'un blanc molletonneux, avec un bandeau sur le front; la bonne en bonnet de nuit, en foulard noir, en camisole et en jupon.

Elles ont été à un lit, la sœur à la tête, la bonne au pied et élevant la chandelle en l'air. Alors j'ai entendu une voix si doucement faible, que j'ai cru que c'était la voix de la malade. Non, c'était la sœur qui parlait à une vieille femme avec une voix de caresse, une voix calmement impérieuse, comme on en prend avec les enfants aimés, quand on veut leur faire faire quelque chose, qu'ils ne veulent pas. « Vous souffrez du siège? » La vieille malade a bougonné de mauvaise humeur quelque chose d'inintelligible. La sœur a soulevé la couverture, a pris dans ses bras la malade infirme et infecte, l'a retournée sur le dos, un pauvre dos talé et meurtri, semblable au dos d'un nourrisson meurtri par des langes trop serrés, a retiré prestement, de dessous le corps changé de place, l'alèze souillée, et toujours lui parlant, sans cesser une minute de la caresser de la voix, lui disant qu'on allait lui mettre un cataplasme, qu'on allait lui donner à boire . . . Et cela a fini par le bassin.

En vérité, cela vous arrache l'admiration du cœur, et cela est d'une grandeur simple, qui fait bien petits, les bruyants aimeurs de leurs semblables, les aimeurs de peuple. C'est vraiment un triomphe pour une religieuse d'avoir amené une femme, cette faiblesse, ce délicat appareil nerveux, à la victoire de dégoûts de cette nature, d'avoir amené l'affectuosité d'une créature distinguée à appartenir tout entière à d'abjects et sordides misérables qui souffrent. Ah! les religions de l'avenir auront de la peine à créer de tels dévouements . . .

(Edmond et Jules de Goncourt — Journal)

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

A

Abcès sous-phrénique postappendiculaire. (Guy d'Argencourt) 1306

Adénome bronchique. Complications. Traitements. (J.-L. Pilon) 177

Adénome du pancréas. Un cas d'. (Paul Caumartin et Fernand Charest) 435

Adulte en bonne santé. L'examen médical de l'. (Paul Robert) 173

Allocution du rédacteur en chef. (Roma Amyot) 66

Aminothiazol. Un antithyroïdien de synthèse: l' (Roma Amyot) 193

Amygdalectomie. Prévention et traitement des hémorragies postopératoires de l'. (Marcel Ostiguy) 1425

Anesthésistes sont-ils endormis? Les 618

Appendicite aiguë. A propos de trois cas d'épithélioma du côlon et d' (Simon Lauzé) 1194

Artériectomie dans les artérites oblitérantes des vieillards, d'après 144 observations. De l' (René Leriche) 1162

Artérites oblitérantes des vieillards. D'après 144 observations. De l'artériectomie dans les (René Leriche) 1162

Assurance. L'examen des aspirants à l' (J.-E. Desrochers) 161

Au carrefour des tendances médicales. (Albert Jutras) 737

B

Bacilles typhiques. Porteurs chroniques de (G. Charest) 1240

Bacterium typhosum par les bactériophages. Détermination des types du. (Jean-Marc Desranleau) 834

B.C.G. à l'hôpital Sainte-Justine. Quinze années de. (Gaston Lapierre) 328

Bilan-santé de Montréal en 1946. Le. (Adélard Groulx) 336

Blennorragie en clientèle. La. (Lucien Sylvestre) 960

Broncho-aspiration. Indications et techniques de la. (André Jacques) 533

Broncho-pneumonie en milieu hospitalier. (Marcel Langlois, Roland Thibaudeau et Marie Rousseau) 272

Brûlures. Le traitement du choc dans les. (Jean-M. Lemieux) 132

Brûlures. Le traitement local des. (J.-Louis Larochelle) 140

Bulletins:

A propos du centenaire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. (Roma Amyot) 247

Centenaire du Collège des Médecins. (Adrien Plouffe) 801

Congrès régional de Sherbrooke. (Hermile Trudel) 379

En marge du centenaire. (Adrien Plouffe) .. 528

Films médicaux à l'Office National du Film. (Roma Amyot) 1280

La santé et le monde. (Roma Amyot) 121

Le Congrès annuel de Boston. (Hermile Trudel) 1277

Le Congrès d'octobre à Paris. (Hermile Trudel) 1159

Le congrès régional de Sherbrooke. (Hermile Trudel) 796

Le manuel de l'étudiant en médecine. (Albert LeSage) 5

Le Professeur Pasteur Valléry-Radot (Roma Amyot) 1275

Les journées médicales annuelles de la Société Médicale de Montréal. (Edouard Desjardins) 383

Les leçons d'un centenaire. (Edouard Desjardins) 1033

Les revues médicales de France au Canada français. (Roma Amyot) 661

Nos vœux vont d'abord au succès de la campagne de souscription en faveur de l'Université de Montréal. (Roma Amyot) 1395

Nouvel essor de l'Université de Montréal. (Roma Amyot) 523

Premier congrès régional de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, tenu à Sherbrooke les 13 et 14 juin 1947. (Richard Gaudet et Jacques Olivier) 526

Présentation. — Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. (Marc Trudel) 915

Un centenaire. (Adrien Plouffe) 381

C

Cancer de la peau. Le diagnostic précoce du. (Henri Smith) 32

Cancer de la prostate. Diagnostic précoce du. (Paul Bourgeois) 55

Cancer de la prostate. Le traitement du. (J.-P. Bourque) 591

Cancer de la vessie. Diagnostic précoce du. (Jean-Paul Bourque) 58

Cancer de l'estomac. Le diagnostic précoce du. (Yves Chaput) 41
Cancer du Canada. L'Institut national du. (J. L. Little) 1441
Cancer du côlon et du rectum. Le diagnostic précoce du. (Charles Lefrançois) 46
Cancer du larynx: diagnostic précoce. Le. (Valmore Latraverse) 1181
Cancer du rectum. (Albert Jutras) 1435
Cancer du rein. Diagnostic précoce du. (Jean-Paul Legault) 61
Cancer du sein. Diagnostic précoce du. (Origène Dufresne) 50
Cancer du sein. Nouvelle opération chirurgicale antalgique dans les métastases douloureuses du. (Pierre Smith) 992
Cancer. Les travaux français sur le. (René Sudre) 1447
Cancéreuse. Le comportement physico-chimique de la cellule. (Arthur Arcand) 828
Cancers de la cavité buccale. Le diagnostic précoce des. (G. Pinsonneault) 38
Chambre de recouvrement. La. (Georges Cousineau) 549
Ceinture scapulaire. Un cas d'anomalie de la. (Maurice Fortier et André Sterlin) 694
Centenaire. En marge du. (Adrien Plouffe) .. 528
Centenaire Un. (Adrien Plouffe) 381
Chez P. D. White et Ch. Laubry. (Paul David) 870
Chirurgie intracardiaque. (Mercier Fauteux) .. 1036
Chirurgien. La responsabilité du. (Edouard Desjardins) 926
Chlorure d'éthyle. Le. (J.-O. Noël) 552
Choc dans les brûlures. Le traitement du. (Jean-M. Lemieux) 132
Cholécystites. Les fausses. (M. Chiray) 251
Climatisation de l'air inspiré au cours des anesthésies générales prolongées, avec circuit fermé et absorption de CO^2. La. (Léon Longtin) 1074
Coagulation. Contributions récentes à l'étude de la. (Jacques Lussier) 673
Collaboration du médecin aux lois sociales. (Wilfrid Leblond) 1354
Collège des Médecins. Centenaire du. (Adrien Plouffe) 801
Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. A propos du centenaire du. (Roma Amyot) 247
Collège. Les premiers jours du. (Roger-R. Dufresne) 917
Comment le premier chirurgien à pratiquer en Québec faillit contracter une maladie cordière et définitive. (Philippe Panneton) 942
Compressives. A propos de ponction lombaire et de lésions c. intracérébrales. (Jean Sirois) 274
Congrès annuel de Boston. Le. (Hermile Trudel) 1277
Congrès de médecine industrielle. En marge d'un. (Albéric Marin) 1347
Congrès international des sciences pasteuriennes à Paris, en novembre 1946. Le. (Armand Frappier) 622
Congrès pan-américain d'O. R. L. et de Bronco-œsophagologie tenu à Chicago. Le premier. (V. Latraverse) 71
Congrès régional de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, tenu à Sherbrooke les 13 et 14 juin 1947. Premier. (Richard Gaudet et Jacques Olivier) 526
Congrès régional de Sherbrooke. Le. (Hermile Trudel) 379, 796
Corps étrangers extraits des voies respiratoires inférieures. Considérations. Cinquante cas de. (Maurice Bonnier) 606
Curare en anesthésie générale. Complications du. (Fernando Hudon et Robert Beaudoin) 547
Curare en anesthésie. Les indications du. (Léon Longtin) 545
Curare. Les contre-indications du. (Juliette Durocher) 546

D

Diabète insipide humain. Le mécanisme de la soif dans le. (Raoul et Simonne Kourilsky) 804
Dieux humains ne sont pas infaillibles. Les. (Adrien Plouffe) 962
Dilatateurs des cordes vocales. Paralysie des. (V. Latraverse) 601
Douleurs réflexes d'origine nasale. (Olivier Frénette) 1197
Dysentéries bacillaires. Les. (De la Broquerie Fortier, R. Turcot et Paule Ladouceur-Dupuis) 554

E

Ecolier. L'examen de l'. et de l'étudiant. (Adélard Groulx) 152
Ecoliers sont-ils bien nourris? Nos. (J.-Ernest Sylvestre) 399
Enfant et la maladie. L' (Robert Debré) 1445
Ecrasement chez un traumatisé du thorax. Syndrome d'. (Bernard Baillargeon) 1302
Editoriaux:
A propos du traitement de l'ulcère gastrique et duodénal. (Roger-R. Dufresne) 1087
Aspects nouveaux du traitement de la fièvre rhumatismale. (Roger-R. Dufresne) 461
Cancer du rectum. (Albert Jutras) 1435
La streptomycine. (Jean Saucier) 63

Les anesthésistes sont-ils endormis? (Léon Longtin) ... 618
Le traitement de l'hyperthyroïdie par l'iode radioactif. (Roma Amyot) ... 1230
L'occlusion intestinale aiguë. (Edouard Desjardins) ... 1341
L'orientation chirurgicale. (Edouard Desjardins) ... 866
Nouvelle opération chirurgicale antalgique dans les métastases douloureuses du cancer du sein. (Pierre Smith) ... 992
Où conduisent les tendances actuelles de la psychiatrie? (Roma Amyot) ... 711
Progrès de l'esprit scientifique. (Edouard Desjardins) ... 298
Un antithyroïdien de synthèse: l'aminothiazol. (Roma Amyot) ... 193
En égrenant des souvenirs. (Adrien Plouffe) 68
Entérites estivales de la région de Montréal. Epidémiologie des. (G. Charest) ... 332
Entérolithes. (Louis-Ivan Vallée) ... 28
Epiploïte tuberculeuse simulant un abcès appendiculaire. (Christophe Bisson) ... 1191
Epithélioma du côlon. A propos de trois cas d'é. du côlon et d'appendicite aiguë. (Simon Lauzé) ... 1194
Erythème polymorphe. Traitement moderne de l'. (Henri Smith) ... 433
Exophtalmie en clinique. L'. (Lucien Lefebvre) 615

F

Fièvre rhumatismale. Aspects nouveaux du traitement de la. (Roger-R. Dufresne) ... 461
Films médicaux à l'Office National du Film. (Roma Amyot) ... 1280

G

Glaucome. Observations sur le traitement chirurgical du. (Jean Lacerte) ... 614
Gonocoque. La culture du g. dans un laboratoire d'hygiène publique. (Maurice Saint-Martin) 1310
Grossesse. Tuberculose et. (J.-A. Millet et J.-Louis Pilon) ... 815

H

Habitation. L'aspect social de l'. (Geo.-Henri Lévesque, O.P.) ... 16
Hémorragies de la grossesse qui ne sont pas des menaces d'avortement. Les. (Hector Sanche) 1057
Hémorragies digestives d'origine sanguine. Les. (Léopold Morissette) ... 1421
Hémorragies fonctionnelles. Physio-pathogénie des. (Raymond Simard) ... 1054
Hémorragies gastro-duodénales. Les. (Yves Chaput) ... 1410
Hémorragies intestinales. Les. (Charles Lefrançois) ... 1415
Hémorragies postopératoires de l'amygdalectomie. Prévention et traitement des. (Marcel Ostiguy) ... 1425
Hémorragies utérines fonctionnelles. Traitement des. (Jean Grignon) ... 1067
Hémorragies utérines par infection et tumeurs bénignes d'ordre gynécologique. Les. (Gérard Gauthier) ... 1062
"Hog-flu". Les virus de l'influenza de l'homme et du. (Paul Marois) ... 1429
Hygiène. La médecine et l'. (Adélard Groulx) 929
Hyperparathyroïdie. L'. (Jean Grignon) ... 185
Hyperthyroïdie. Le traitement de l'h. par l'iode radioactif. (Roma Amyot) ... 1230
Hypertrophie bénigne de la prostate. Traitement de l'. (Roland Cauchon) ... 586
Hystérectomie totale. Considérations sur l'. (Pierre Meunier) ... 294

I

Immunité par la sous-alimentation. L'. (Norbert Vézina) ... 971
Influenza de l'homme et du "Hog-flu". Les virus de l'. (Paul Marois) ... 1429
Insuffisance hépatique. Le traitement de l'. (Onésime Bédard) ... 442
Intubation à l'aveugle. Indications de l'. (Bernard Paradis) ... 535
Intubation endotrachéale à l'aveugle. (Fernando Hudon) ... 530
Iode radioactif. Le traitement de l'hyperthyroïdie par l'. (Roma Amyot) ... 1230

J

Journalisme en médecine. Les œuvres écrites et le. (Roma Amyot) ... 922
Journée en Scandinavie et retour en France. (Claude Bertrand) ... 874

L

Les sciences médicales et la France contemporaine. (Armand Frappier) ... 744
Lettre aux étudiants qui se destinent à l'étude de la médecine. (Albert LeSage) ... 730
Lettre de Paris. (André Plichet) 203-632-868-1104
Lettre d'Oxford. (Claude Bertrand) ... 339-996

Livres reçus:

Appendicite et urologie. L. Strominger. — Masson & Cie, édit., Paris. ... 912

Chirurgie de la main. Marc Iselin. — Masson & Cie, édit., Paris. 912

Clinique et investigations. Noël Fiessinger. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

Confrontations radio-anatomo-cliniques. M. Chiray, R.-A. Gutmann et J. Sénèque. — G. Doin & Cie, et Masson & Cie, édit., Paris. 631

Déficiences sexuelles masculines d'origine émotive. M. Palazzoli. — Masson & Cie, édit., Paris. 631

Diagnostic électrocardiographique. André Jouve, Jacques Senez et Jean Pierron. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

Diagnostic hormonal et traitements hormonaux en gynécologie. Claude Béclère. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

Die hormonales aspekte des fortpflanzungsprozesses. Von Dr Jules Samuels. — Boldert & Co. N. V., Amsterdam, Hollande... 631

Die hormonversorgung des foetus. Dr J. Samuels. — E. J. Brill, Leiden, Netherlands. 631

Eléments de psycho-physiologie. Henri Roger. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

Hépatites rares. Maurice Loeper. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

L'anesthésie intraveineuse au pentothal-sodium. Ernest Kern. — Masson & Cie, édit., Paris. 912

La périartérite noueuse. Maladie de Kussmaul. P. Nicaud. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

La réticulose histiomonocytaire. P. Cazal. — Masson & Cie, édit., Paris. 912

Le chirurgien en présence de l'état diabétique. J. Bréhant. — Masson & Cie, édit., Paris. 912

Le diabète. I. Pavel. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

Le diabète et sa pathogénie. L. Ambard. — Masson & Cie, édit., Paris. 912

Le fibro-myome utérin. J. Decuing. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

L'épilepsie chronique. P. Hartenberg. — Masson & Cie, édit., Paris. 912

Le problème des tuberculoses atypiques. R. Burnand, H. Jeager, M. Amsler, F. Verrey, E. Martin, J.-L. Nicod, P. Hauduroy. — Masson & Cie, Paris, et F. Roth & Cie, Lausanne. 912

Les hommes fossiles. Eléments de paléontologie humaine. Henri V. Vallois. — Masson & Cie, édit., Paris 631

Les infiltrations du sympathique. Maurice Luzuy. — Masson & Cie, édit., Paris .. 912

Les isotopes radioactifs en biologie. A. Strohl et M. Berger. — Masson & Cie, édit., Paris. 631

Les maigreurs. L. Cornil, M. Schachter. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

Les néphropathies gravidiques. H. Pigeaud et H. Dumont. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

Les œdèmes. H. Chabanier et C. Lobo-Onell. — G. Doin & Cie, édit., Paris. 912

Les tumeurs et les polypes du cœur. Dr Ivan Mahaim. — Masson & Cie, Paris, et F. Roth & Cie, Lausanne. 912

Le syndrome de Volkmann. Maurice Cahusac et François Jung. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

L'hémophilie — affection familiale. P. Emile Weil. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

L'hyperfolliculinie. Etude clinique, anatomopathologique et thérapeutique. Max Wallet. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

L'osthéosynthèse au clou. R. Sœur. — Masson & Cie, édit., Paris. 631

Maladies et syndromes rares ou peu connus. A. Aimes. — Masson & Cie, édit., Paris. 912

Manuel de biochimie. Pierre Thomas. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

Radical surgery in advanced abdominal cancer. Alexander Brunsching. — The University of Chicago Press, édit., Chicago, 1947... 631

Recensement du Canada, 1941. — Dominion Bureau of Statistics, Ottawa. 631

Sciatiques et lombalgies par hernie postérieure des disques intervertébraux. — Masson & Cie, édit., Paris. 631

Séméiologie radiologique. Ch. Guilbert et Ch. Frain. — G. Doin & Cie, édit., Paris. 912

Syndrome cortico-pleural. J. Skladal. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

The venous pulse and its graphic recording. Franz M. Groedel, M.D. — Brooklyn Medical Press, New-York. 360

Thromboses artérielles. Physiologie pathologique et traitement chirurgical. R. Leriche. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

Traité de neuro-endocrinologie. Gustave Roussy et Michel Mosinger. — Masson & Cie, édit., Paris. 631

Traité d'hygiène. A. Rochaix, P. Sedallian, R. Sohier. — Masson & Cie, édit., Paris (2 volumes). 631

Traumatismes de la moelle et des racines. Sciatique traumatique. R. Thurel. — Masson & Cie, édit., Paris. 360

Tuberculose rénale sous l'angle de la thérapeutique. Jean Cibert. — Masson & Cie, édit., Paris. 360
Logement populaire. Eléments de solution au problème du. (Gonzalve Poulin, O.F.M.) .. 22
Lombalgie et sciatique 855, 977

M

Maladies infectieuses et leur taux de mortalité. Influence de la nutrition sur la fréquence des. (W. J. McCormick) 1287
Malformations congénitales de l'appareil génito-urinaire. Les. (Auguste Hébert) 582
Malnutrition. Séquelles cardiaques de la. (Cap. Jean Fortier) 259
Manuel de l'étudiant en médecine. Le. (Albert LeSage) 5
Mariés. L'examen des futurs. (J.-E. Desrochers) 157
Médecin de campagne. Le. (Cécile Chabot) .. 969
Médecine dans le Québec. Centenaire de la. (Louis-Félix Dubé) 341
Médecine du travail et l'examen physique avant l'embauchement. La. (Aimé Chartier) 9
Médecine est un art. La. (Paul Dumas) 952
Médecine et chirurgie partiques:
Les bronchites. (Albert LeSage) 206
Un nouveau médicament en obstétrique. (Léo Tassé) 344
Médecins et la politique. Les. (Alphonse Bernier) 195
Menus et indigestions célèbres. De quelques. (Jean LeSage) 945
Métastases douloureuses du cancer du sein. Nouvelle opération chirurgicale antalgique dans les. (Pierre Smith) 992
Mortalité par cancer dans la province de Québec? Pourrions-nous diminuer la. (Origène Dufresne) 714
Mycosis fongoïde à tumeur d'emblée. Présentation d'un cas. (Paul Poirier) 429

N

Nécrologie:

Archambault. Le docteur T.-A. 227
Barbeau. Le docteur Antonio. (Roma Amyot) 791
Baribeau. Le docteur Charlemagne 503
Beaulac. Le docteur Henri 227
Boucher. Le docteur Séraphin. (Roma Amyot) 3
Bourgeois. Le docteur Maurice 771
Cabana. Le docteur Toussaint. 103
Côté. Le docteur Paul. 504
Cutler. Le docteur Elliott Carr. (Mercier Fauteux) 1135
Delisle. Le docteur J.-F. 771
Drouin. Le docteur J.-B. 771
Dumais. Le docteur Benoît. 227
Fleury. Le docteur F.-A. 227
Fortier. Le docteur L.-E. (Albert LeSage) .. 1155
Gadbois. Le docteur F.-A. (Roma Amyot) .. 503
Gendron. Le docteur Jules-P. 1471
Geoffroy. Le docteur Hervé. 1471
Hétu. Le docteur Louis-Georges 504
Jutras. Le docteur Lorenzo-J. 1471
Lacharité. Le docteur V. 1137
Lamothe. Le docteur Louis-Napoléon. (Roma Amyot) 103
Lanthier. Le docteur Réal 1471
Laporte. Le docteur J.-Pierre. 771
Laurier. Le docteur Ruben-Charles. 1471
Legendre. Le docteur Louis-Philippe. 1137
Maillet. Le docteur Herbert-Albert. 504
Martel. Le docteur Lorenzo. 771
Paquin. Le docteur Elzéar. 227
Paradis. Le docteur J.-A. 771
Potvin. Le docteur Arthur. 227
Poupart. Le docteur Charles-Marius. 103
Riopelle. Le docteur Joseph-Edouard. 504
Rousse. Le docteur J.-A. 1137
St-Onge. Le docteur J.-E. 1471
Turcotte. Le docteur J.-A. 1137
Verdon. Le docteur Edouard. 1471
Warren. Le docteur J.-D. 771

Néphrites aiguës chez les nourrissons et l'enfant. (Roland Turcot) 1078
Néphrites chroniques. Une classification nouvelle des. (Pasteur Valléry-Radot) 690
Néphroptose et néphropexie. (J.-N. Lavergne) 595
Névralgies de la tête. (Jean Sirois) 846

Nouvelles:
Nouvelles, **106, 228, 362, 506, 637, 772, 902, 1026, 1140, 1262, 1378, 1474**

Nutrition chez la femme enceinte. La. (René Simard) 386
Nutrition chez le nourrisson et chez l'enfant d'âge préscolaire. La. (Marcel Langlois) 394

Nutrition chez le vieillard. La. (J.-H. Lapointe) 413
Nutrition sur la fréquence des maladies infectieuses et leur taux de mortalité. Influence de la. (W. J. McCormick) 1287

O

Obstétrique. Un nouveau médicament en. (Léo Tassé) 344
Occlusion intestinale aiguë. L'. (Edouard Desjardins) 1341
Oculaires. Quelques conséquences o. insoupçonnées des restrictions alimentaires de guerre. (Pierre-V. Morax) 1282
Orientation chirurgicale. L'. (Edouard Desjardins) 866
Orientation nouvelle de l'infirmière-hygiéniste. L'. (Brigitte Laliberté) 725
Osphrésiologie. Une science du passé: l'. (Roméo Boucher) 1450
Où il est question de résistance. (Roméo Boucher) 1357

P

Pasteur Valléry-Radot. Le professeur. (Roma Amyot) 1275
Pénicilline dans la syphilis congénitale. La. (Jean Grandbois) 1207
Pénicilline en solution aqueuse et en suspension dans l'huile et la cire. Traitement des syphilis récentes et prévention de la syphilis congénitale par la. (Jules Archambault) 1199
Pénicilline par voie nasale. Bronchite et sinusite grippales. La. (V. Latraverse) 822
Pentothal dans les opérations abdominales. L'anesthésie au. (J.-O. Noël) 543
Pentothal en médecine. Le. (Emile Bélanger) 542
Pentothal en thoracoplastie. Les indications du. (Adrien Paquet) 538
Pentothal-sodium en chirurgie. Le. (Rémus Laurendeau) 1338
Physiologie et mécanique respiratoire. (Fernand Grégoire) 1218
Placement familial. L'œuvre du. (Théo. Saint-Martin) 1349
Plaies. La chimiothérapie des. (J.-Antonio Lecours) 144
Pneumonie du sommet. (Wilfrid Leblond) 825
Pneumo-péritoine. Rapport préliminaire sur 32 cas de p.-p. au Sanatorium St-Georges de Mont-Joli. (Herman Gauthier) 562
Pneumothorax gauches. Troubles digestifs néfastes au cours de certains. (Marcel Verschelden) 286
Pneumothorax thérapeutique? Quand faut-il interrompre le. (Albert-M. Cholette) 569
Ponction lombaire. A propos de p. l. et de lésions compressives intracérébrales. (Jean Sirois) 274
Potentiels d'action. Les. (G. Pinsonneault) 450
Pressions abdominales humaines. La mesure des. (Raymond Lecours) 1082
Procédés de conservation sur la valeur des aliments. Les effets de certains. (Elphège Bois) 721
Progrès de l'esprit scientifique. (Edouard Desjardins) 298
Protozoaires intestinaux chez l'homme au Canada. (L.-P.-E. Choquette) 1433
Protrusion acétabulaire progressive des deux hanches. A propos d'un cas de. (Edgar Lépine) 438
Psychiatrie? Où conduisent les tendances actuelles de la. (Roma Amyot) 711
Pyorrhée alvéolaire. Quand la suppuration et la résorption osseuse dans l'évolution de la p. a. sont considérées en marge de l'opinion médicale scientifique. (Jules Thébaud) 455

R

Radiologie à la Havane. Le Congrès interaméricain de la. (Louis-Philippe Bélisle) 200
Radiologie au service de la médecine. La. (Albert Jutras) 939
Recrues dans l'armée. L'examen médical des. (Paul Robert) 168

Revue des livres:

A. AIMES. — **Maladies et syndromes rares ou peu connus.** Description clinique — répertoire des signes et liste des noms propres. 1373
L. AMBARD. — **Le diabète et sa pathogénie.** Avec la collaboration de Mlle S. Trautmann et M. D. Kuhlmann 1025
G. ARNULF. — **L'infiltration stellaire. Technique — indication — résultats.** 1472
René BARTHE. — **La médecine du travail.** 500
Claude BECLERE. — **Diagnostic hormonal et traitements hormonaux en gynécologie.** Préface du professeur H. Simonnet. 1129
J. BENECH, A. BERTOYE, M. ELLIA, J. GATE, Ch. JAULNES, P. MONNET, A. MOREL, A. ROCHAIX, P. SEDALLIAN, R. SOHIER, A. TAPERNOUX, P. VIOLLET. — **Traité d'hygiène,** publié sous la direction de A. Rochaix. 1130

Jacques BREHANT. — **Le chirurgien en présence de l'état diabétique.** Préface du professeur Sénèque. 1132

R. BURNAND, H. JAEGER, M. AMSLER, F. VERREY, E. MARTIN. — **Le problème des tuberculoses atypiques: étude clinique.** Etude anatomique, par J.-L. Nicod; étude bactériologique, par P. Hauduroy.. 1131

"Cahiers Laennec" 1472

Maurice CAHUZAC et François JUNG. — **Le syndrome de Volkmann. Etude pathogénique et thérapeutique.** Préface du prof. Leriche. 224

P. CAZAL. — **La réticulose histiomocytaire.** 1374

H. CHABANIER et C. LOBO ONELL. — **Les œdèmes.** 1375

M. CHIRAY, R. A. GUTMANN, J. SENEQUE. — **Confrontations radio-anatomo-cliniques.** 1024

Jean CIBERT. — **La tuberculose rénale. Sous l'angle de la thérapeutique.** 225

J. DUCUING. — **Le fibro-myome utérin.** .. 225

Noël FIESSINGER, professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de Médecine. — **Clinique et investigations.** 223

Noël FIESSINGER. — **Diagnostics difficiles.** (Jean LeSage) 498

Ch. GUILBERT et Ch. FRAIN. — **Séméiologie radiologique** 1260, 1376

J. GUILLAUME et J. SIGWALD. — **Diagnostic neuro-chirurgical.** (Roma Amyot) 769

P. HARTENBERG. — **L'épilepsie chronique.** 1133

G. HEMMELER. — **Précis de diagnostic hématologique.** 1473

Marc ISELIN. — **Chirurgie de la main. Livre du praticien. Plaies, infections et traumatismes fermés de la main.** 1374

André JOUVE, médecin des hôpitaux; Jacques SENEZ et Jean PIERRON, chefs de clinique à la Faculté de Médecine de Marseille. — **Diagnostic électrocardiographique.** 102

Ernest KERN. — **Anesthésie intraveineuse au pentothal-sodium.** 1373

Les Cahiers de l'Hôtel-Dieu de Québec. Chroniques médico-hospitalières, Québec, 1946. (Roma Amyot) 1258

Maurice LUZUY. — **Les infiltrations du sympathique. Physiologie, indications, techniques.** (Roma Amyot) 1022

Ivan MAHAIM. — **Les tumeurs et les polypes du cœur : étude anatomo-clinique.** Préface du prof. J. L. Nicod. 1134

M. PALAZZOLI. — **Déficiences sexuelles masculines d'origine émotive.** Préface du prof. B. Fey. 1131

I. PAVEL. — **Les ictères. Moyens d'exploration, symptômes, physio-pathologie, thérapeutique.** Bucarest, 1943. (Jean LeSage) 768

D. PETIT-DUTAILLIS et J. DESEZE. — **Sciatiques et lumbalgies par hernie postérieure des disques intervertébraux.** (Roma Amyot) 770

Recueil pharmaceutique. (Roger-R. Dufresne) 1259

G. ROUSSY et M. MOSINGER. — **Traité de neuro-endocrinologie.** 1023

J. SKLADAL, prof. de Physiologie clinique à l'Université de Prague. — **Syndrome cortico-pleural. Son étude clinique et expérimentale.** 222

R. SŒUR, chirurgien adjoint des hôpitaux de Bruxelles. — **L'ostéosynthèse au clou.** .. 1024

L. C. SOULA, prof. de physiologie à la faculté de Médecine de Toulouse. — **Précis de physiologie.** (Roma Amyot) 1258

L. STROMINGER. — **Appendicite et urologie. Etudes médico-chirurgicale, clinique et thérapeutique.** Préface du prof. Lepoutre. .. 1260

The overseas postgraduate Medical Journal, nouvelle revue médicale. (Roma Amyot) 1021

P. THOMAS, de l'Institut Pasteur, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Lausanne. — **Manuel de biochimie.** — 2e édition remaniée. 222

Pasteur VALLERY-RADOT. — **Les acquisitions médicales récentes** (Conférences faites aux Journées Médicales 1946 de la clinique propédeutique de Broussais), sous la direction du professeur V.-Radot. (Roma Amyot) 1021

Max WALLET. — **Hyperfolliculinie.** Etude clinique, anatomo-pathologique et thérapeutique. Préface de L. de Gennes. 1129

Revues médicales de France au Canada français. Les. (Roma Amyot) 661

Rupture spontanée de l'utérus. (Lucien Julien) 289

S

Salubrité publique. Contrôle de la. (M. L.-P. Cabana) 1438

Santé à Montréal. La sauvegarde de la. (Ad. Groulx) 1233

Santé publique. Le bon sens au service de la. (Adrien Plouffe) **936**
Sarcome du mésentère. (Rosaire Lauzer) **1188**
Sauvons les jeunes enfants. (D. V. Hutton) .. **1092**
Sciatique. Lumbalgie et. **855, 977**
Silicose. Aspect clinique de la. (J.-A. Vidal) .. **1343**
Société Médicale de Montréal. Les Journées médicales de la. (Edouard Desjardins) **383**

Sociétés et Congrès:

Association des Médecins de Langue Française des Cantons de l'Est: dîner-causerie du 13 avril 1947 ..... **899**
Association Médicale Franco-Américaine: réunion du 24 septembre 1947 ..... **1465**
Le Dimanche du Praticien:
Séance du 22 septembre 1946 ..... **99**
Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec:
Séance du 31 janvier 1947 ..... **765**
Séance du 28 février 1947 ..... **766**
Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame:
Séance du 31 octobre 1946 ..... **489**
Séance du 28 novembre 1946 ..... **760**
Séance du 30 janvier 1947 ..... **1014**
Séance du 27 février 1947 ..... **1122**
Séance du 26 mars 1947 ..... **1252**
Société de Biologie de Montréal:
Séance du 22 octobre 1946 ..... **101**
Société de Chirurgie de Montréal:
Séance du 4 septembre 1946 ..... **98**
Séance du 12 février 1947 ..... **898**
Société Médicale de Montréal:
Séance du 30 avril 1946 ..... **88**
Séance du 6 octobre 1946 ..... **89**
Séance du 22 octobre 1946 ..... **91**
Séance du 26 novembre 1946 ..... **92**
Allocution d'adieu **215**
Rapport des activités pour 1946 ..... **218**
Allocution du Dr Edouard Desjardins, président pour 1947 ..... **355**
Séance du 3 décembre 1946 ..... **357**
Séance du 12 novembre 1946 ..... **487**
Séance conjointe avec la Société de Gastro-Entérologie, le 17 déc. 1946. ..... **488**
Séance du 21 janvier 1947 ..... **886**
Séance du 4 février 1947 ..... **887**
Séance du 18 février 1947 ..... **1009**
Séance du 4 mars 1947 ..... **1010**
Séance du 18 mars 1947 ..... **1117**
Séance du 8 avril 1947 ..... **1118**
Séance du 22 avril 1947 ..... **1371**
Séance du 7 octobre 1947 ..... **1465**
Séance du 21 octobre 1947 ..... **1467**
Société Médicale de Québec:
296e réunion, tenue à l'Ecole de Médecine **359**
Séance de janvier 1947 ..... **759**
Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec:
Séance du 4 octobre 1946 ..... **94**
Séance du 18 octobre 1946..... **95**
Séance du 8 novembre 1946 ..... **96**
Séance du 22 novembre 1946 ..... **97**
Séance du 6 décembre 1946 ..... **485**
Séance du 20 décembre 1946 ..... **486**
Séance du 7 février 1947 ..... **896**
Séance du 21 février 1947 ..... **897**
Séance du 7 mars 1947 ..... **1012**
Séance du 21 mars 1947 ..... **1013**
Séance du 11 avril 1947 ..... **1120**
Séance du 25 avril 1947 ..... **1120**
Séance du 19 septembre 1947 ..... **1468**
Séance du 3 octobre 1947 ..... **1469**
Stérilité masculine. Traitement de la. (Raymond Darjet) **269**
Streptomycine. La. (Jean Saucier) **63**
Sulfamidothérapie: la fièvre médicamenteuse. Un inconvénient de la. (Roger-R. Dufresne) **74**
Surdité. Le traitement de la. (Chs-E. Côté) **1212**
Sympathectomie dans la pratique médicale courante. Quelques indications de la. (Claude Bertrand) **704**
Symptômes mentaux observés durant la campagne d'Europe. (Cap. John O'Neil) **279**
Syphilis congénitale. La pénicilline dans la. (Jean Grandbois)..... **1207**
Syphilis en clientèle. La. (Eugène Garceau) .. **957**
Syphilis. La sérologie dans la. (Benoît Rousseau) **839**
Syphilis. Traitement des s. récentes et prévention de la syphilis congénitale par la pénicilline en solution aqueuse et en suspension dans l'huile et la cire. (Jules Archambault) **1199**
Système nerveux sympathique. Progrès dans la chirurgie du. (Urgel Gariépy) **1318**

T

Thyroïde. La chirurgie de la glande. (Réal Doré) **1402**
Thyroïde. Histophysiologie du corps. (Pierre Masson)..... **1397**
Thoracoplastie. Dix années de. (Georges Deshaies, Gérard Roland et B.-G. Bégin) **665**
Transfusion. Utilité de l'épreuve directe majeure comme contrôle avant toute. (Albert Bertrand) **283**
Tuberculeuses. Péricardites t. avec épanchement. (J.-Napoléon Tremblay) **576**
Tuberculeux. Plaidoyer pour les. (J.-A. Jarry) **932**

Tuberculose en France pendant l'occupation allemande. Les aspects cliniques de la. (Raoul Kourilsky) 1166
Tuberculose. Etat actuel du traitement chimique et biologique de la. (Maurice Giroux) 126
Tuberculose et Grossesse. (J.-A. Millet et J.-Louis Pilon) 815
Tuberculose trachéo-bronchique. (Jules Hallé) 851
Tuberculose trachéo-bronchique. Diagnostic et traitement de la. (Jules Hallé) 572

U

Ulcère gastrique et duodénal. A propos du traitement de l'. (Roger-R. Dufresne) 1087
Ulcère gastro-duodénal et résection des vagues. (Roger Champoux) 698
"Union Médicale du Canada" en 1878. L'. 76, 208, 346, 476, 635, 750, 877, 999, 1107, 1244, 1359, 1454.
Union Médicale du Canada. 75e anniversaire de la fondation de l'. (Les anciens et nous). (Albert LeSage) 300
Union Médicale du Canada. Les soixante-quinze ans de l'U. Fêtes au Cercle Universitaire de Montréal. (Edouard Desjardins) 65
Université de Montréal. Nouvel essor de l'. (Roma Amyot) 523
Urticaire. Causes et traitement de l'. (Henri Smith) 1334

V

Vaccination antivariolique. Considérations sur la. (A. R. Foley) 1238
Vaquez. Un cas de maladie de. (Roméo Boucher et Jacques Bernier) 422
Vénérien. Le problème v. dans la province de Québec. (David Beaulieu) 464
Vénérienne. Contribution du Service de Santé dans la lutte antiv. à Montréal. (C.-A. Bourdon) 470
Ventre en tablier. Résection en plusieurs temps du. — Résection losangique. (Charles Bohémier) 1076
Verge douloureuse. La. (Roméo Boucher) 1098
Virus de l'influenza de l'homme et du "Hog-flu". Les. (Paul Marois) 1429
Virus grippal. Expérimentation et recherches pratiques sur l'immunisation contre le. (Pierre Lépine) 1049
Vitamines. Les. (Roger-R. Dufresne) 342
Volvulus total de l'estomac à séméiologie discrète et coïncidence de calcifications bilatérales du dôme diaphragmatique. (Roméo Boucher, Ivan Vallée et Jacques Bernier) .. 819

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES

A

Absence congénitale des muscles abdominaux, avec complications urinaires: observation .. 482
Adams-Stokes. Le traitement par l'éphédrine des accidents nerveux du syndrome d' 1110
Aérosol et d'aminophylline. Le traitement de l'asthme par inhalation d' 878
Agranulocytose. Considérations sur trois cas d' 480
Amygdalectomie chez l'enfant au-dessus de 6 ans. Médication préopératoire à l' 1370
Amyloïdose systémique primitive. Le cœur dans l' 211
Anémies chez le nourrisson et l'enfant. Traitement des 1249
Anémies chez les nourrissons et les enfants. Classification des 1245
Anémies chez les nourrissons et les enfants. Diagnostic des 1250
Anémies. Pathogénie des 1245
Anesthésie chez les cardiaques. Le choix de l' 85
Anesthésie. Etude clinique sur les effets de la rachianesthésie ainsi que de l'anesthésie à l'éther sur la prothrombinémie. La prothrombine et l' 87
Anesthésie. Pathologie cardiaque en relation avec l' 1114
Anévrisme apénien. Traumatismes précordiaux non pénétrants. La rupture septale. L'..... 1248
Anévrisme disséquant de l'aorte 213
Angine de poitrine. Résultats éloignés de l'extirpation de la chaîne sympathique cervico-thoracique dans l' 882
Angor coronarien athéromateux, à début précoce et à évolution parallèle chez deux jumeaux 1248
Angor pectoris. Un médicament de l'a. p. et des états préfibrillatoires: le 1262 F. Six ans d'expérience clinique. Mécanisme d'action.. 1111
Aortique. Deux cas de rupture a. en aval d'une sténose isthmique 1364
Aorto-coronaro-myocardites. Considérations sur 57 observations anatomo-cliniques d' 1004
Apexité lobaire inférieure excavée. Aspect radiologique et collapsothérapie. L' 480
Apicale. Tuberculose. 1457
Artère pulmonaire dans les cardiopathies. L'état anatomique de l' 1006
Artère pulmonaire. Les formes partielles de la dilatation congénitale de l' 1005
Arthrite rhumatoïde juvénile 79
Articulations métacarpo-phalangiennes. Mobilisation des 883
Asthme bronchique. L' 1246
Asthme. Le traitement de l'a. par inhalation d'aérosol et d'aminophylline 878

B

Bal. Traitement des intoxications arsenicales par le 880
Base pharmacologique de la thérapeutique cardiaque 212
B.C.G. à New-York. Les résultats de la vaccination par le 753
B.C.G. en Amérique latine. L'emploi du 1247
Bénadryl dans le traitement de certaines maladies de la peau. Le 1251
Bénadryl en thérapeutique dermatologique .. 757
Bloc de branche. Etude clinique, électrique et anatomique d'un cas de 1111
Bradycardie régulière avec dissociation auriculo-ventriculaire complète par éclat d'obus intracardiaque 1111
Bronchographie dans la tuberculose. La. 1456

C

Cancers du rectum. La radiothérapie de contact des 1368
Cancer, traumatismes et responsabilité civile.. 1109
Cardiomégalie et péricardite dans le myxœdème 1005
Cardiopathies congénitales. La circulation au cours des 1365
Causalgie et son traitement. La 756
Céphalée occipitale des hypertendus artériels. Contribution à l'étude de la 1366
Commotionnés du crâne. Syndrome subjectif des blessés et des. Signe de l'ébranlement céphalique 1007
Complexes auriculaires normaux et extrasystoliques enregistrés par dérivation œsophagienne 881
Condylomes vénériens par la podophyline. Traitement des 1116
Copeaux d'os spongieux pour fins de greffe osseuse. De l'usage des 351
Coronarienne. Faits histologiques sur le mécanisme de réglage de la circulation. Le faisceau unitif cardio-coronarien 1365
Cultures de spécimen. Valeur comparée des c. de s. fécal et de raclures de muqueuses ano-rectale. 1246
Curare comme accessoire en anesthésie. Les effets physiologiques du 1112

Curare. Il faut employer avec prudence le c. dans la thérapie par le choc chez les patients atteints de troubles psychiatriques associés à la myasthénie grave 349

D

Dépôts biliaires. Obstruction des tubes de vitallium par les d. b.: 9 cas personnels et revue de la littérature à ce sujet. 1457
Diabète sucré. L'épreuve de tolérance de deux doses de glucose dans le diagnostic du 82
Diététique. Généralités sur la 78
Digitaline. Action de l'atropine dans un cas d'intoxication massive par la 881
Disques intervertébraux. Résultats opératoires dans les 353

E

Eczéma et les acides gras essentiels. L' 1115
Electrocardiogramme dans les cardiopathies congénitales — allongement de la durée de l'onde rapide et bloc de branche droite. De l' 882
Electrocardiogramme précordial et l'âge. L'onde T de l' 211
Embolie pulmonaire postopératoire. Prévention de l'e. p. p. Une analyse de 52 cas de mortalité en six ans. 1461
Enclouage médullaire des fractures des os longs 352
Etudes médicales en URSS. Le programme des 478

F

Fibro-lipome de la face. Une observation 81
Fièvre typhoïde aux Etats-Unis et dans l'Armée américaine. La 1110
Foie. Les insuffisances chroniques du f. non décelables cliniquement; leur diagnostic précoce et leur traitement. 1456

G

Glaucome. Thalamus et 484
Granulome inguinal traité avec la streptomycine. 1460
Grossesse et tuberculose 1247

H

Hémostase après l'adénoïdectomie. L' 757
Hétéropie de tissu pancréatique dans la paroi gastrique, accompagnée de signes cliniques, chez un enfant de six ans 753
Hydrocéphalie ventriculaire obstructive du nourrisson par ouverture de la lame susoptique. Traitement de l' 882
Hypertension artérielle essentielle. Le traitement chirurgical de l' 879

I

Infarctus du myocarde. A propos d'un cas de perforation septale par 1364
Insuffisances chroniques du foie non décelables cliniquement; leur diagnostic précoce et leur traitement. Les..... 1456
Insulinique. Association de la narcosynthèse au choc i. en psychothérapie 1367

L

Lever puerpéral précoce. 1464
Ligature de la veine cave inférieure, moyen de prévention des embolies pulmonaires au cours des phlébites. La. 1457
Lombalgie et sciatique 482

M

Méningite à bacille de Pfeiffer et ses nouveaux traitements. La 755
Méningite. Le traitement de la m. par l'hemophilus influenzae par la streptomycine..... 80
Méningite par l'hemophilus influenzae traitée par la streptomycine. La 80
Méningite tuberculeuse et tuberculose miliaire contrôlées par la streptomycine 1362
Méningite tuberculeuse. La streptomycine dans la 1362
Ménopause. Divers traitements de la 1109
Myélomes multiples. La Stilbamidine et la Pentamidine dans le traitement des 348
Myxœdème. Cardiomégalie et péricardite dans le 1005

N

Narcosynthèse au choc insulinique en psychothérapie. Association de la 1367
Novocaïne. La "touche" à la 751

O

Obstétricale. La paralysie dite o. du membre supérieur. 1463
Obstruction des tubes de vitallium par les dépôts biliaires: 9 cas personnels et revue de la littérature. 1457
Opacités radiologiques scissurales chez les cardiaques. Les 1005
Oreillons. Diagnostic de laboratoire et épreuves de susceptibilité 78
Ostéite chronique. Une conception thérapeutique de l' 351

Ostéoporoses aiguës: ostéoporose d'immobilisation ou ostéoporose d'alarme. Les 350
Ouïe dans la polysclérose. Les modifications de l' 1368

P

Pancréatite traumatique 1367
Paralysie dite obstétricale du membre supérieur. La. 1463
Parathyroïde. A propos d'un cas d'adénome récidivant de la. 1458
Pénicilline. Le traitement de l'urticaire par la 1001
Pénicilline. Sur les réactions sériques consécutives à l'administration de 758
Pénicilline. Traitement des infections des voies respiratoires par vaporisation de 878
Pentothal-sodium: son emploi chez les porteurs de troubles hépatiques. Le 884
Péritonite par perforation. Un diagnostic rare de 481
Phlébites. La ligature de la veine cave inférieure, moyen de prévention des embolies pulmonaires au cours des. 1457
Physiopathologie de la cause de la mort dans la thrombose coronarienne. La. 1459
Pied bot. La subluxation du 353
Pleurésies purulentes par ponctions évacuatrices et injections intrapleurales de sulfamidés. Traitement des 751
Pneumonectomie comme traitement de la tuberculose: technique et résultats actuels 1112
Poliomyélite. Traitement de la p. aiguë: quelques suggestions pouvant aider au diagnostic 1250
Polysclérose. Les modifications de l'ouïe dans la 1368
Pression artérielle: une étude sur 5,331 personnes mâles de race blanche. L'influence de l'âge sur la 213
Prévention de l'embolie pulmonaire postopératoire. Une analyse de 52 cas de mortalité en six ans. 1461
Procaïne en injection intraveineuse. L'analgésie à la 84
Prothrombinémie. La prothrombine et l'anesthésie. Etude clinique sur les effets de la rachianesthésie ainsi que de l'anesthésie à l'éther sur la 87
Pyurie chronique de l'enfance et malformations congénitales obstructives des uretères 1007

R

Radiothérapie de contact des cancers du rectum. La 1368
Rétinoblastome. Cas observés dans deux familles. Hérédité du 349
Rétrécissement pulmonaire. A propos des signes d'auscultation du 1248
Rupture septale. L'anévrisme apénien. Traumatismes précordiaux non pénétrants. La .. 1248

S

Sciatique. Lombalgie et 482
Sinus carotidien. Bases expérimentales et cliniques, indications, résultats. L'infiltration novocaïnique du 755
Sténose aortique calcifiée. La 1004
Streptomycine dans la méningite tuberculeuse. La 1362
Streptomycine dans l'otite externe moyenne, la mastoïdite, l'abcès cérébral et la méningite. La. 1459
Streptomycine. Effet pharmacodynamique chez l'homme de la s. contenant une substance proche de l'histamine 1363
Streptomycine. Granulome inguinal traité avec la. 1460
Streptomycine. La méningite par l'hemophilus influenzae traitée par la 80
Streptomycine. Le traitement de la méningite par l'hemophilus influenzae par la 80
Streptomycine. Méningite tuberculeuse et tuberculose miliaire contrôlées par la 1362
Suppurations pulmonaires. Nébulisation et injections transthoraciques de sulfamidés et de pénicilline dans les 751

T

Thalamus et glaucome 484
Théophylline. Le traitement de la dyspnée des asthmatiques par la 878
Thrombose coronarienne. La physiopathologie de la cause de la mort dans la. 1459
Thrombose veineuse. Le problème de la 1002
Traumatismes précordiaux non pénétrants. La rupture septale. L'anévrisme apénien 1248
Tuberculeux. Contribution à l'étude de la primo-infection dans la famille du 480
Tuberculeux. L'empyème t. traité par les vitamines A-D concentrées 1246
Tuberculose conjugale. La question de la 752
Tuberculose. Grossesse et 1247
Tuberculose. La bronchographie dans la 1456
Tuberculose. La diète appropriée dans la 1248
Tuberculose apicale. 1457
Tuberculose. Pneumonectomie comme traitement de la t.: technique et résultats actuels 1112
Tuberculose tertiaire de l'enfant et de l'adolescent. Pathologie de la 752

U

Ulcère gastro-duodénal perforé. L' 1366
Ulcères gastro-duodénaux. Traitement des u. g.-d. par les injections intraveineuses de protéines de lait 1364
Urticaire. Le traitement de l'u. par la pénicilline 1001

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

A

ALLARD, Eugène 84, 754
AMYOT, Roma, 3, 66 80, 103, 121, 193, 247, 503, 523, 661, 711, 751, 755, 769, 770, 791, 922, 1007, 1021, 1022, 1230, 1258, 1275, 1280, 1362, 1395.
ARCAND, Arthur 828
ARCHAMBAULT, Jules 1199
ARCHAMBAULT, Paul-René, 78, 211, 480, 751, 753, 878, 1246, 1247, 1248, 1364, 1456, 1457

B

BAILLARGEON, Bernard 1302
BEAUDRY, Maurice 757
BEAUDOIN, Robert 547
BEAULIEU, David 464
BEAUREGARD, J.-M. 880, 1002
BEGIN, B.-H. 665
BEDARD, Onésime 442
BELANGER, Emile 542
BELISLE, Louis-Philippe 200
BELISLE, Maurice 879
BERNIER, Alphonse 195
BERNIER, Jacques 422, 819
BERTRAND, A. 82, 283
BERTRAND, Claude 339, 704, 874, 996
BIGUE, Germain 1112, 1114
BISSON, Christophe 1191
BOHEMIER, Charles 1076
BOIS, Elphège 721
BONNIER, Maurice 606
BOUCHER, Roméo 422, 819, 1098, 1357, 1450
BOULANGER, J.-B. 1001, 1109, 1367, 1368
BOURDON, C.-A. 470
BOURGEOIS, Paul 55
BOURGOIN, Louis 1242
BOURQUE, Jean-Paul 58, 591
BRAHY, Jules 484

C

CABANA, L.-P. 1438
CAUCHON, Roland 586
CAUMARTIN, Paul 435
CHABOT, Cécile 969
CHAMPOUX, Roger 698
CHAPUT, Yves 41, 1410
CHAREST, F. 348, 349, 435
CHAREST, G. 332, 1240
CHARLAND, Richard-A. 1460
CHARTIER, Aimé 9
CHIRAY, M. 251
CHOLETTE, Albert-M. 569
CHOQUETTE, L.-P.-E. 1433
COTE, Chs-E. 1212
COUSINEAU, Georges 549

D

D'ARGENCOURT, Guy 1306
DARGIS, Jean 1245, 1246, 1249, 1250, 1251
DARJET, Raymond 269
DAVID, Paul 211, 213, 870, 881, 882, 1004, 1005, 1006, 1110, 1111, 1248, 1364, 1365, 1366.
DEBRE, Robert 1445
DEMERS, F.-X. 1464
DESHAIES, Georges 665
DESJARDINS, Edouard 65, 298, 383, 866, 926, 1033, 1341.
DESRANLEAU, Jean-Marc 834
DESROCHERS, J.-E. 157
DORE, Réal 1402
DUBE, Louis-Félix 341
DUFAULT, Paul 995
DUFRESNE, Roger-R., 74, 342, 461, 917, 1087, 1259
DUFRESNE, Origène 50, 714
DUMAS, Paul 952
DUROCHER, Juliette 546

F

FAUTEUX, Mercier 1036, 1135, 1459
FOLEY, A. R. 1238
FORTIER, Cap. Jean 259
FORTIER, De la Broquerie 263, 554
FORTIER, Maurice 694
FRAPPIER, Armand 622, 744
FRENETTE, Olivier 1197

G

GARCEAU, Eugène 957
GARIEPY, Urgel 1318
GAUDET, Richard 526
GAUTHIER, Bernard 352, 353
GAUTHIER, Gérard 1062
GAUTHIER, Herman 562
GIROUX, Maurice 126
GRANDBOIS, Jean 1207
GREGOIRE, Fernand 1218
GRIGNON, Jean 185, 1067
GROULX, Adélard 152, 336, 929, 1102, 1233

H

HALLE, Jules 572
HEBERT, Auguste 582, 851
HUDON, Fernando 530, 547
HUTTON, D. V. 1092

J

JACQUES, André 533
JARRY, J.-A. 932
JULIEN, Lucien 289
JUTRAS, Albert 737, 939, 1368, 1435

K

KOURILSKY, Raoul et Simonne 804, 1166

L

LACERTE, Jean 614
LADOUCEUR-DUPUIS, Paule 263, 554
LALIBERTE, Brigitte 725
LANGLOIS, Marcel 272, 394
LAPIERRE, Gaston 328
LAPOINTE, J.-H. 413
LAROCHELLE, J.-Louis 140
LATRAVERSE, Valmore 71, 601, 757, 822, 1181, 1370.
LAURENDEAU, Rémus 1338
LAURIER, Yvon 161
LAUZE, Simon 480, 1194
LAUZER, Rosaire 482, 753, 1188
LAVERGNE, J.-N. 595
LEBLOND, Wilfrid 500, 758, 825, 1354
LECOURS, J.-Antonio 144
LECOURS, Raymond 1082
LEFEBVRE, Lucien 615
LEFRANÇOIS, Charles 46, 1415
LEGAULT, Jean-Paul 61
LEGRESLEY, Louis-P. 1116
LEMIEUX, Jean-M. 132
LEPINE, Edgar 350, 438, 1463
LEPINE, Pierre 1049, 1242
LERICHE, René 1162
LeSAGE, Albert 5, 206, 300, 730, 1155
LeSAGE, Jean 498, 768, 945, 1109, 1110
LETONDAL, Paul 214
LEVESQUE, Georges-Henri, O.P. 16
LITTLE, J. L. 1441
LONGPRE, Daniel 478, 755, 1008
LONGTIN, Léon 85, 87, 545, 618, 884, 1074, 1461
LUSSIER, Jacques 673

M

MARANDA, E. 81
MARCHAND, J.-C.-A. 353, 482
MARIN, Albéric 1347
MARION, Pierre 212
MAROIS, Paul 1429
MASSON, Pierre 1397
McCORMICK, W. J. 1287
MEUNIER, Pierre 294
MILLET, J.-A. 815
MORAX, Pierre V. 1282
MORISSETTE, Léopold 173, 1421

N

NOEL, J.-O. 543, 552

O

OLIVIER, Jacques 526
O'NEIL, Cap. John 279
OSTIGUY, Marcel 1425

P

PANET-RAYMOND, Jean 1472
PANNETON, Philippe 942
PAQUET, Adrien 538
PARADIS, Bernard 535
PIETTE, Jean 78, 79
PILON, J.-L. 177, 815
PINSONNEAULT, Georges 38, 450
PLICHET, André 203, 632, 868, 1104
PLOUFFE, Adrien .. 68, 381, 528, 801, 936, 962
POIRIER, Paul 429
POULIN, Gonzalve, O.F.M. 22
POULIOT, Ant. 883

R

ROBERT, Paul 168
ROBILLARD, E. 1456
ROLAND, Gérard 665
ROUSSEAU, Benoît 839
ROUSSEAU, Marie 272

S

SAINT-MARTIN, Maurice 1310
SAINT-MARTIN, Théo. 1349
SANCHE, Hector 1057
SAUCIER, Jean 63
SIMARD, Raymond 1054
SIMARD, René 386
SIROIS, Jean 274, 756, 846, 882
SMITH, Henri 32, 433, 1334, 1461
SMITH, Pierre, 481, 992, 1363, 1366, 1367, 1457, 1458, 1459.
STERLIN, André 694
SUDRE, René 1447
SYLVESTRE, J.-Ernest 399
SYLVESTRE, Lucien 960

T

TASSE, Léo 344
THEBAUD, Jules 455
THIBAUDEAU, Roland 272
TREMBLAY, J.-Napoléon 576
TRUDEL, Hermile 379, 796, 1159, 1277
TRUDEL, Marc 915
TURCOT, R. 554, 1078

V

VAILLANCOURT, Pierre 351
VALLEE, Louis-Ivan 28, 819
VALLERY-RADOT, Pasteur 690
VERSCHELDEN, Marcel 286
VEZINA, Norbert 971
VIDAL, J.-A. 1343

BULLETIN

NOS VŒUX VONT D'ABORD AU SUCCÈS DE LA CAMPAGNE DE SOUSCRIPTION EN FAVEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Nous passons d'une année à l'autre et les hommes, malgré les déboires éprouvés, les déceptions subies et les souffrances endurées, se pressent vers l'année nouvelle comme vers un bien, vers la source d'un grand bonheur.

Et pourtant, qu'apporteront les jours qui viennent?

Trop souvent, le fardeau des jours qui ont été vécus: l'amertume des illusions flétries, du masque arraché au vrai visage de l'existence humaine pétrie de quelques joies éphémères, mais aussi de profondes et longues misères.

Le désir alimenté par l'inépuisable espoir est la seule force nous portant vers l'avenir. Il s'exprime avec la clarté la plus nette par les vœux et les souhaits du Nouvel An. Souhaits de bonheur, de santé, de succès et de richesse impliquant ce que désirent ordinairement pour eux-mêmes ceux qui les formulent et ceux qui les acceptent.

Tous escomptent soit que la somme de bonheur dont ils jouissent extemporanément se perpétuera, soit que la deveine finira avec l'année mourante et que la Providence ou le hasard des choses, selon les conceptions théologiques du grand mystère de la vie, sauront répandre des bienfaits durant l'année qui naîtra.

* * *

Chaque année, nous formulons nos vœux à ceux qui se solidarisent à notre Journal par le cœur, l'esprit et par une collaboration active. Nous renouvelons, une fois de plus, cette coutume; ce que tous et chacun désirent le plus ardemment parmi nos amis, nos lecteurs, nos collaborateurs, nos Directeurs, nous le souhaitons avec le plus chaleureux empressement.

Nous souhaitons par-dessus tout que la grande campagne en faveur de l'Université de Montréal réussisse pleinement et apporte à notre Institution les moyens matériels de compléter la grande œuvre indispensable à notre essor culturel.

Le problème universitaire a été envisagé et discuté en son entier depuis le début de la campagne. Dans les articles de journaux, dans

des allocutions prononcées à la radio, au cours d'assemblées de divers groupes réunis en vue de faire connaître notre Université, de la rendre plus accessible à l'affection et à la compréhension du public, les autorités universitaires, les dirigeants de la campagne ont exposé les raisons d'être et l'importance primordiale de notre Université.

Je ne retiendrai que ce seul motif: notre influence, notre importance dans la nation canadienne ne vaudront que par la valeur de notre élite, et cette dernière ne vaudra que par l'action de nos Universités qui la formeront.

Universités médiocres, élite médiocre, occupant les situations secondaires dans les organismes représentatifs ou dirigeants, croupissement de nos soi-disants intellectuels dans l'infériorité et la routine.

Universités excellentes par l'outillage et le *personnel enseignant,* élite pouvant affronter avantageusement toute concurrence dans la poursuite des postes de haute responsabilité.

Cet argument est irrécusable, il possède l'implacabilité d'un fait.

Les médecins, anciens diplômés de notre Université, seront sollicités comme tous les anciens élèves des autres facultés et écoles.

Nous espérons qu'ils sauront montrer à l'égard de leur Université la reconnaissance qu'ils doivent de l'instruction reçue.

Cette dette nous la devons à tous ceux qui ont consacré leur dévouement, leur enthousiasme, leur esprit de devoir et de patriotisme, leur science et leur expérience à la formation d'une jeunesse, celle qui fut la nôtre.

Quel noble sentiment que celui du respect envers ses maîtres! Quelle réconfortante pensée qui leur attribue le mérite inestimable d'avoir formé des esprits et cultivé des intelligences.

Ces maîtres, ils furent l'Université sans lesquels elle ne peut être, qui s'intègrent pleinement en elle et par lesquels elle prend visage et âme.

C'est en pensant à eux, c'est en pensant au rôle qu'ils ont joué auprès de nous et que les maîtres actuels rempliront auprès de la jeunesse actuelle, que nous devons contribuer de nos argents au bien de l'Université de Montréal.

Nous souhaitons donc, à l'orée de l'année nouvelle, l'entier succès de la souscription publique déjà engagée et le concours généreux de tous les diplômés de notre Faculté de Médecine.

Roma AMYOT.

HISTOPHYSIOLOGIE DU CORPS THYROÏDE [1]

Pierre MASSON,
Professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Montréal.

Vous connaissez tous le corps thyroïde pour l'avoir vu dans vos dissections. Vous vous souvenez de cette glande jaunâtre, en forme de bissac, dont les poches sont placées de part et d'autre des cartilages laryngés et sont réunies par une portion rétrécie qui chevauche en avant le cricoïde et les anneaux supérieurs de la trachée.

Ce bissac est limité par une lame fibreuse, la capsule thyroïdienne. A l'intérieur de cette capsule, une accumulation de sphères creuses que remplit une matière poisseuse et jaunâtre, la colloïde. Dans les interstices des vésicules, un tissu conjonctif lâche et un très riche réseau sanguin et lymphatique. Les vésicules sont les éléments spécifiques du corps thyroïde. Une seule couche de petites cellules épithéliales les borde, qui reposent extérieurement sur une mince basale.

La colloïde comble intégralement leur cavité chez le vivant. Dans les coupes histologiques elle ne la remplit pas toujours parce que les fixateurs la rétractent et la rétractent d'autant plus que sa teneur en protides est plus grande. Elle se colore par les teintures acides et sa teinte est d'autant plus foncée qu'elle est plus riche en protides.

Elle est bizarre, cette glande, avec ses vésicules qui ressemblent à des acini de glande exocrine, mais ne sont reliés avec l'extérieur par aucun canal excréteur.

A l'état normal, elle est plus bizarre encore par l'apparente immuabilité de sa structure. L'épithélium des vésicules varie peu: c'est à peine si les techniques courantes le montrent plus mince ou plus épais ici que là. Leur colloïde est plus ou moins dense, plus ou moins rétractile, parfois encochée sur ses bords, et c'est tout.

1. Communication présentée aux «Journées Médicales» annuelles de la Société Médicale de Montréal, le 8 mai 1947.

Physiologie

Pourtant cette glande n'est pas sans action. Il suffit, pour s'en convaincre, de l'enlever complètement à un animal de laboratoire.

Cet animal est-il jeune? Son métabolisme baisse, sa croissance s'arrête, ses glandes sexuelles ne mûrissent pas, il manifeste une singulière apathie.

Est-il adulte? Il maigrit, devient apathique, sa peau devient sèche et un œdème particulier des téguments s'y développe.

Des accidents semblables surviennent chez l'homme qu'une aplasie, une inflammation, ou une opération chirurgicale a privé de son corps thyroïde: crétinisme, chez l'enfant, cachexie strumiprive, myxœdème, chez l'adulte.

On sait cela depuis longtemps. On sait aussi que certaines hypertrophies thyroïdiennes, les goitres, s'accompagnent d'accidents variés et de signe contraire, si l'on peut dire: tantôt un abaissement du métabolisme, tantôt son élévation avec accélération du pouls, élévation thermique et exophtalmie.

Il sort de là que le corps thyroïde exerce une action puissante sur le métabolisme, la nutrition, la croissance, le développement somatique, sexuel et mental et que ses accroissements volumétriques s'accompagnent, selon les cas, de symptômes généraux opposés.

Les premiers, les biochimistes ont contribué à expliquer tout cela.

Baumann, tout d'abord, après avoir découvert la teneur du corps thyroïde en iode, en a extrait une globuline fortement iodée, la di-iodothyrine (1895). Plus tard, en 1914, Kendall en a tiré un principe plus fortement iodé encore, puisqu'il contient 65% de son poids en iode, la *thyroxine*, dont Harrington et Berger ont, peu après, réalisé la synthèse.

Cette teneur en iode est déjà singulière en soi. Elle l'est plus encore lorsque l'on sait

que l'iode administré à un animal est fixé, entreposé dans le corps thyroïde avec une rapidité surprenante: l'arrêt de tout l'iode s'effectue en quelques minutes.

Elle est rendue plus saisissante encore par l'injection à l'animal d'iode radioactif. On observe sa fixation immédiate à l'aide d'un compteur de Geiger.

Bien plus, prélevant un tel corps thyroïde, Leblond et Bélanger en font des coupes histologiques qu'ils portent à l'obscurité et qu'ils recouvrent d'une émulsion photographique. Développée comme une plaque sensible, l'émulsion montre des grains d'argent impressionnés par les radiations de l'iode: ces grains n'existent qu'au contact des cellules épithéliales et de la colloïde. Au contact du tissu interstitiel et des vaisseaux. l'émulsion reste incolore. Il sort de là que l'iode est absorbé par les cellules thyroïdiennes et entreposé par elles dans la colloïde.

Mais ce n'est pas parce que l'iode métalloïdique est électivement fixé par la glande thyroïde qu'il exerce sa puissante action sur le métabolisme général de l'organisme, c'est parce qu'il en sort et rentre dans la circulation sous forme de combinaison iodée active, d'hormone. de *thyroxine.*

La cellule thyroïdienne capte l'iode sanguin, le *sécrète* et l'entrepose avec la colloïde, à l'état de di-iodothyrine, puis reprend cette dernière et la transforme en thyroxine qu'elle *excrète* dans le sang. Elle est donc le siège de deux transits iodés de sens opposés. C'est de plus un laboratoire de chimie qui réalise deux combinaisons différentes et successives, l'une à partir de l'iode brut, l'autre à partir de l'iodothyrine.

Dans la thyroïde normale tous ces phénomènes s'accomplissent sans modifications morphologiques évidentes, du moins si l'on se limite à l'emploi des techniques courantes qui montrent les cellules et leurs formes mais ne révèlent aucun détail de leur structure interne. Les variations que l'on observe sont trop minimes pour que l'on puisse apprécier leur signification.

Pour avoir quelque idée de ce qui s'y passe en réalité, il faut forcer la nature, les placer dans des conditions artificielles déterminées et observer les aspects produits par certaines conditions pathologiques. Il faut enfin étudier la structure des cellules à l'aide des techniques qui mettent en évidence les éléments actifs de leur cytoplasme, les mitochondries.

Expérimentation

L'expérience la plus simple est celle qu'a réalisée Marine. Il résèque les ¾ de la thyroïde d'un chien normal. Aucun accident d'hypothyroïdisme ne survient. Le quart restant suffit à assurer le métabolisme de l'animal. Bien plus, en quelques semaines, le moignon a récupéré le volume perdu. Que s'est-il passé dans l'intervalle?

L'examen chimique montre que le moignon s'appauvrit rapidement en iode, puis récupère sa teneur en iode avec ses dimensions. Et comme l'animal n'a présenté aucune manifestation d'hypothyroïdisme, il faut en conclure que le moignon a d'abord utilisé ses réserves d'iode, puis qu'il les a reconstituées.

L'examen histologique révèle une succession de phénomènes importants. De cubiques, les cellules thyroïdiennes deviennent hautes, cylindriques. Les vésicules se flétrissent et leur colloïde disparaît. Le revêtement se plisse, ses cellules se multiplient, ses plis se soudent en formant de minuscules vésicules. Dans ces vésicules nouvelles la colloïde reparaît, s'accumule en même temps que leurs cellules deviennent cubiques, si bien que le tissu récupère sa masse et sa structure normale

Cet ensemble de modifications ne se produit pas si l'on administre au chien opéré de la thyroxine: les besoins de l'organisme en thyroxine étant comblés artificiellement, le moignon glandulaire reste au repos.

De ces constatations on peut tirer deux conclusions:

1° La résorption de la colloïde a pour corollaire l'excrétion de thyroxine. Elle coïncide avec l'état cylindrique des cellules thyroïdiennes.

2° La sécrétion de colloïde et l'entreposage d'iode sont un phénomène de sécrétion intravésiculaire. Elle coïncide avec la forme cubique ou plate des cellules thyroïdiennes.

Pathologie

Etudiant des thyroïdes en hyperfonction, provenant de sujets infectés, Goormaghtigh et Thomas ont montré dans ces glandes des stades d'hyperexcrétion, traduits par le flétrissement des vésicules, l'état cylindrique d'une partie de leur revêtement, ses plissements, la soudure des plis qui délimitent de petites vésicules, bref la production de plusieurs vésiculettes aux dépens d'une grande vésicule ancienne. A ce stade d'excrétion, sans hyperplasie cellulaire, succède une phase de sécrétion qui remplit les vésiculettes. Les cellules redeviennent cubiques ou plates et les vésiculettes gonflées de colloïde se fusionnent en une seule qui reconstitue la grande vésicule initiale.

Ainsi le tissu thyroïdien hyperactif présente des bouleversements structuraux importants et réversibles dont les stades excrétoires et sécrétoires coïncident avec la forme haute et basse des cellules thyroïdiennes.

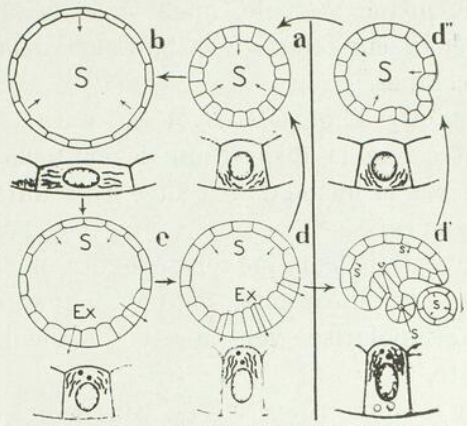
La carence iodée

La glande de l'iode a besoin d'une certaine ration d'iode pour conserver ses dimensions et sa structure normales. Carencée en iode — expérimentalement ou naturellement comme cela survient dans certaines contrées — elle grossit: goitre expérimental ou goitre endémique.

Ses cellules se multiplient, comme pour ne rien laisser perdre de l'iode raréfié que lui apportent les vaisseaux. Elles sécrètent une colloïde abondante, mais pauvre en iode, incapable d'être transformée en thyroxine, qui s'accumule à la façon d'un bagage encombrant dans les vésicules distendues. Ainsi se constitue ce goitre colloïde, ou goitre simple, avec ses vésicules à revêtement cubique ou plat, sécrétant, mais non excrétant.

Le chondriome des cellules thyroïdiennes

Peut-on trouver, dans les cellules thyroïdiennes modifiées par l'expérimentation ou



Cycle fonctionnel de l'épithélium thyroïdien (schéma).

a, b, c, d) aspects d'une même vésicule aux différents stades fonctionnels.

a) vésicule en sécrétion active. Toutes ses cellules sont cubiques. La vignette située au-dessous montre une de ces cellules, avec ses mitochondries filamenteuses entassées entre le noyau et la basale.

b) vésicule sécrétante, distendue par la colloïde. Ses cellules sont plates et leurs mitochondries refoulées latéralement, à l'équateur du noyau.

c) vésicule dont une partie de l'épithélium est sécrétante (en haut) alors que l'autre est devenue excrétante (en bas). Les cellules de cette région sont cubiques, comme en *a*), mais leurs mitochondries s'accumulent au-dessus de l'équateur du noyau. Les boules noires qu'on aperçoit entre elles sont des gouttelettes lipidiques. Au pôle basilaire, des vacuoles sans contenu colorable: vacuoles de Bensley.

d) vésicule en excrétion plus active. Sa cavité s'est rétrécie par résorption de sa colloïde. Le revêtement de sa moitié supérieure est cubique et sécrétant. Dans sa moitié inférieure le revêtement est cylindrique, activement excrétant. Ici encore les mitochondries sont au-dessus du noyau.

La phase d'excrétion terminée, le groupe de cellules qui excrétaient redeviennent sécrétantes *a*) et ainsi de suite.

d', *d''* montrent les aspects d'une vésicule hyperactive (infections).

d') après un stade analogue à *d*) l'excrétion continue. La vésicule se vide, son revêtement se plisse et ses plis se soudent. De là résulte la production de vésiculettes filles. Celles-ci, redevenues sécrétrices (*S*), se regonflent.

d'') et se fusionnent, reconstituant la vésicule sécrétante initiale *a*).

Dans le goitre toxique, la plupart des vésicules sont plissées, et leur revêtement formé surtout de cellules cylindriques à mitochondries apicales.

la maladie et dans les cellules normales, des modifications structurales internes en rapport avec les modifications de leur forme extérieure

et caractéristique de leur état fonctionnel? J'ai dit, il y a un instant, que l'épithélium thyroïdien normal varie peu, en épaisseur, d'une vésicule à l'autre et d'une région à l'autre d'une même vésicule, mais varie néanmoins, son épaisseur tenant à la hauteur variable de ses cellules.

Okkels, Thomas, Feyel et Varangot ont montré que la disposition des mitochondries n'est pas la même dans toutes les cellules thyroïdiennes.

La cellule cubique possède des mitochondries accumulées entre son noyau et sa basale. Elle est polarisée vers la cavité vésiculaire et sécrète.

La cellule qui excrète est plus haute ou cylindrique. Ses mitochondries occupent son pôle apical et, dans sa région basilaire, on trouve des vacuoles liquides décrites par Bensley. En regard de ces cellules la colloïde présente des encoches de liquéfaction. Ces cellules sont polarisées vers les vaisseaux. Elles résorbent la colloïde, la transforment et excrètent.

Entre ces deux types on en trouve d'autres, intermédiaires, cubiques à mitochondries éparses et latérales qui semblent indiquer le passage de la phase sécrétoire à la phase excrétaire — et l'inverse.

Ainsi les cellules thyroïdiennes sont toutes équivalentes, mais sont soumises à un cycle fonctionnel qui les fait passer du stade sécrétoire au stade excrétoire, puis au stade sécrétoire et ainsi de suite. En revanche, les cellules des goitres colloïdes par carence iodée sont figées en attitude de sécrétion.

Association fonctionnelle de la thyroïde avec d'autres glandes endocrines

La fonction thyroïdienne n'est pas autonome. Elle dépend d'une collaboration de la surrénale et surtout de la glande pituitaire.

Celle-ci sécrète une « hormone thyréotrope » dont l'administration expérimentale, c'est-à-dire excessive, provoque une énorme hyperplasie du corps thyroïde.

D'un autre côté, si la thyroïde est insuffisante, comme dans la carence iodée, et excrète peu de thyroxine, la pituitaire s'hypertrophie et provoque l'hyperplasie thyroïdienne, hyperplasie qui ne se produit pas si l'on administre de la thyroxine.

Il semble donc y avoir un balancement fonctionnel thyro-hypophysaire: l'insuffisance d'excrétion de thyroxine commande une hyperplasie pituitaire; l'excès de fonctionnement hypophysaire commande une hyperplasie thyroïdienne. Bref chacun des deux partenaires cherche à fournir à l'autre le moyen de suppléer à ce qui lui fait défaut.

L'état normal implique un balancement harmonieux et précis des fonctions conjuguées, hypophysaires et thyroïdiennes.

Le goitre toxique

Dans cette affection, caractérisée par l'hyperplasie thyroïdienne, l'élévation du métabolisme basal, l'élévation thermique, l'accélération du pouls et l'exophtalmie, les premiers symptômes au moins sont en relation avec une hyperexcrétion de thyroxine.

Le corps thyroïde est volumineux; il est le siège d'une circulation intense. Son tissu interstitiel est infiltré par les cellules lymphoïdes. Les cellules thyroïdiennes sont augmentées en nombre, mais les vésicules sont absentes ou petites et ne contiennent qu'un liquide séreux, fluide, différent de la colloïde normale. Varangot et Feyel ont montré que les cellules thyroïdiennes, qui sont pour la plupart hautes, possèdent un chondriome en attitude d'excrétion intense. Elles n'entreposent pas l'iode dans les cavités vésiculaires, mais semblent l'excréter à mesure qu'elles le reçoivent: de là la « diarrhée de thyroxine », cause des accidents hyperthyroïdiens, dits toxiques.

La cause de tout cet ensemble est fort obscure. On peut penser qu'un excès d'hormone hypophysaire provoque l'hyperplasie et l'hypersécrétion glandulaires, mais alors l'excès de thyroxine devrait inhiber l'excrétion hypophysaire, ce qui n'a pas lieu. Donc, ici, une inconnue entièrement à résoudre: le mécanisme qui inhibe l'action de la thyroxine sur la sécrétion hypophysaire.

Action des thérapeutiques antibasedowiennes

Comment agissent les différentes thérapeutiques antitoxiques?

La chirurgie? En diminuant la masse du tissu thyroïdien hyperactif.

L'iode? En assagissant les cellules thyroïdiennes: elles ne prolifèrent plus, sécrètent de la colloïde, entreposent l'iode au lieu de l'excréter aussitôt. La plupart reprennent leur attitude de sécrétion et l'excrétion de thyroxine est freinée par là même

Le *thiouracil* et *l'aminothiazol?* Fait remarquable, le syndrome hyperthyroïdien disparaît, mais non l'exophtalmie, qui n'est pas, nous le savons, d'origine thyroïdienne. Et pourtant l'aspect histologique du tissu glandulaire n'est pas modifié: son aspect basedowien — hyperplasie, attitude excrétrice des cellules, défaut de colloïde — persiste. Résultat paradoxal, en vérité. Comment l'expliquer?

Pour Richter, Kennedy, Mackenzie et Astwood, d'une part, Perrault et Bovet, d'autre part, ces médicaments ne s'opposent pas à la fixation de l'iode par les cellules thyroïdiennes, mais ils inhibent sa transformation en di-iodothyrine et en thyroxine: ils empêchent la synthèse de l'hormone iodée.

D'un autre côté, la carence en thyroxine, agissant sur l'hypophyse qui répond en excrétant un excès d'hormone thyréotrope, maintient le tissu thyroïdien en attitude d'hyperplasie et d'hyperexcrétion. Mais la thyroxine manquant, cette hypersécrétion est sans effets toxiques (Griesbach et Mackenzie).

Explication bien subtile et sujette à bien des objections, mais dont nous devons provisoirement nous contenter, faute de mieux.

BIBLIOGRAPHIE

ASTWOOD, E. D.: *J. Amer. Med. Assoc.*, **78**: 122, 1943; *J. of Pharmacology and exp. Therap.*, **78**: 79, 1945.

BENSLEY, R. R.: *Amer. J. of Anatomy*, **19**: 37-55, 1916, et **37**: 19, 1926.

FEYEL, P. et VARANGOT, J.: *Ann. d'Anat. path.* **15**: 135-164, 1938.

GOORMAGHTIGH, N. et THOMAS, F.: *Amer. J. of Path.*, **10**: 713-730, 1934.

MARINE, D.: *Special Cytology* (Cowdry), **2**: 251-269, 1932.

OKKELS, H., KROGH, M. et LINDBERG, A. L.: *Acta path. Scandinavica*, **9**: 1-54, 1932.

OKKELS, H.: «La glande thyroïde.» *Actualités scient. et industr.* Hermann édit., Paris 1936.

PERRAULT, M. et BOVET, D.: «Aminothiazol». *Gazette médicale de France*, **53**: 147-150, 1946 (bibliographie).

THOMAS, F.: *Arch. de Biologie*, 1934; **45**; 189.

LA CHIRURGIE DE LA GLANDE THYROÏDE [1]

Réal DORÉ,
Chirurgien à l'Hôpital Général de Verdun.

Cet humble travail aura avant tout un caractère pratique. Je laisserai de côté toute hypothèse, toute opinion controversée. Je m'en tiendrai simplement aux faits cliniques que tout chirurgien rencontre, quotidiennement, au cours de sa consultation.

Si le rôle du chirurgien se limitait exclusivement à la technique de la thyroïdectomie, ce travail n'aurait pas sa raison d'être. Mais les choses ne se passent pas ainsi dans la plupart des cas.

Quand un confrère de pratique privée et même celui d'un service hospitalier soumet au chirurgien un cas de goitre, ce confrère ne demande pas au chirurgien d'opérer tout simplement son patient, mais il désire connaître son opinion sur l'indication opératoire, sur le risque opératoire auquel le patient est exposé, sur le pronostic postopératoire, etc.

Puisqu'on demande tant au chirurgien, et avec raison, le chirurgien devant être avant tout médecin, celui-ci doit posséder un minimum de connaissances médicales, bagage de connaissances qu'exige de lui le confrère médecin.

Puisqu'il en est ainsi, parlons, si vous le voulez bien, brièvement:

1) *des formes cliniques médicales du goitre;*
2) *de ses formes cliniques chirurgicales;*
3) *des grandes lignes de ce que doit être la préparation à la thyroïdectomie;*
4) *des différents points techniques, ceux qu'il n'est pas permis au chirurgien d'ignorer;*
5) *du pronostic postopératoire et éloigné.*

Mais, avant tout, comment examiner le cou d'un supposé goitreux?

Cet examen a, à mon sens, beaucoup d'importance, puisque c'est de celui-ci que découle le diagnostic du goitre médical ou chirurgical, comme nous le verrons dans un instant.

Fait à l'œil, l'examen du cou risque de fausser le diagnostic en question. Certains sujets ont le cou concave, d'autres, convexe. Si l'on se contente de l'examen objectif, le cou concave pourra contenir un goitre qui passera inaperçu. Le cou convexe, lui, donnera l'impression qu'il y a goitre, sans qu'il y en ait.

Ces erreurs sont possibles, se commettent. Je m'en suis rendu coupable assez souvent, anciennement, pour en parler à l'aise.

Seul le palper permet d'évaluer le volume de la glande thyroïde, ses contours, sa consistance, d'affirmer l'origine thyroïdienne de toute tumeur de cette région.

Les tumeurs du cou, d'origine diverse, sont nombreuses. (Voir à ce sujet: « Diagnostic différentiel des tumeurs cervicales », *Union Médicale*, mars 1944.)

Dans la région thyroïdienne, si la déglutition crée un mouvement d'ascension à une tumeur, celle-ci a sûrement une origine thyroïdienne.

Pour être en état d'éliminer le goitre médical, le chirurgien doit en connaître les caractères essentiels.

Goitre médical

Quels sont les caractères du goitre médical?

1) Ceux de la glande tout d'abord:

Quand le goitre est exclusivement médical, ce qui implique l'élimination de tout traitement chirurgical ou radiologique, le lobe thyroïdien, augmenté de volume, conserve sa forme primitive ovoïde, à petite extrémité supérieure, sa surface est lisse, ses contours sont nets, sa consistance est normale ou molle.

2) Ceux du porteur du goitre médical:

Chez celui-ci, le syndrome hyperthyroïdien est absent. Il y a tachycardie sinusale ou bra-

1. Communication aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1947.

dycardie, pas d'amaigrissement imputable au goitre, au contraire le poids est souvent augmenté, il existe quelquefois chez lui un certain degré d'apathie. Il y a manque de dynamisme, de vivacité.

En somme, le patient se porte en général bien. N'accuse aucun ennui, ou à peu près, sauf la présence d'une tuméfaction cervicale.

Voilà dans ses grandes lignes le tableau clinique du goitreux dont la forme est exclusivement médicale.

Si le chirurgien ou le radiologiste osent s'attaquer à une telle glande, l'un avec son bistouri, l'autre avec ses rayons, il y aura sûrement récidive, la glande thyroïde étant dans ce cas en déficience fonctionnelle.

Quelquefois le chirurgien a la main forcée pour intervenir. Une personne du monde, jeune, quelquefois jolie, très malheureuse de constater l'énormité de son cou, a recours au chirurgien. Il est permis à celui-ci d'intervenir. Dans certains cas il est même nécessaire de le faire, si compression trachéale il y a. Le cas échéant, le patient doit être bien prévenu que le traitement médical s'imposera après l'intervention, tout comme avant, pour prévenir toute récidive.

Si aux caractères précédents du goitre médical s'ajoute un syndrome fruste hyperthyroïdien, le médecin aura seul un rôle à jouer. Par la suite, ce syndrome hyperthyroïdien s'aggravant sous l'effet du traitement médical, la collaboration chirurgicale s'imposera.

Goitre chirurgical

Quels sont les caractères anatomiques du goitre chirurgical?

Le goitre chirurgical est:

1) plus ou moins volumineux,
2) sa consistance est dure,
3) sa surface bosselée, festonnée,
4) peut présenter des signes de compression locale, trachéale ou autres.

Quels sont les caractères cliniques du goitre chirurgical?

Ces caractères cliniques sont de deux ordres:

1) non toxiques ou
2) toxiques.

Formes cliniques du goitre chirurgical.

1) *Aggravation d'un goitre toxique soumis à un traitement médical ineffectif.*

Malheureusement, à ce sujet, les chirurgiens ont quelquefois des reproches à adresser à leurs confrères médecins. Quand sous l'effet du traitement médical il y a aggravation marquée du syndrome hyperthyroïdien, pourquoi attendre la période de l'arythmie pour diriger le patient vers le chirurgien?

2) *La maladie de Basedow.*

Quoi qu'on en dise, cette forme clinique est exclusivement chirurgicale. Le traitement médical n'intervient que dans la préparation à l'intervention. Il y a même urgence d'intervenir avant l'installation de l'arythmie, état cardiaque auquel est voué le basedowien. La même urgence s'impose chez celui dont l'exophtalmie est compliquée d'une conjonctivite, ou d'une kératite, inquiétante. Quelques basedowiens ont perdu la vue par suite de cette complication oculaire. (Voir rapport du congrès: « American Association for the Study of Goiter», Chicago, juin 1946.)

3) *Tumeurs encapsulées.*

Goitre adénomateux.

Traitement médical ou radiologique, nul.

25% deviennent toxiques et même se basedowifient.

5 à 7% se cancérisent.

Dès que le diagnostic de goitre adénomateux est posé, la thyroïdectomie s'impose.

Goitre kystique.

Ici encore le traitement médical ou radiologique est illusoire.

Le kyste thyroïdien ne se cancérise pas, mais il peut devenir toxique et même se basedowifier.

Goitre colloïde.

Son volume disgracieux ou la compression qu'il est susceptible d'exercer en font quelquefois un goitre chirurgical.

La thyroïdectomie a en vue l'esthétique ou la décompression.

Cette forme clinique est vouée à la récidive si le traitement médical causal, par déficience, n'est pas poursuivi après l'intervention.

4) *Cancer thyroïdien.*

La tumeur cancéreuse de la glande thyroïde a toujours une consistance dure, sa surface est plus ou moins bosselée, ondulée, ses contours sont festonnés. Une telle tumeur se développant au niveau d'un ancien goitre est sûrement cancérisée. Quand aggravation il y a, l'infiltration cancéreuse se propage aux organes sous-jacents. Il y a alors aphonie, cachexie.

Comme la plupart des formes anatomiques du cancer se développent au niveau d'un ancien adénome, il y a intérêt d'intervenir sans délai en présence d'un goitre adénomateux.

Des formes anatomo-pathologiques du cancer thyroïdien je ne dirai qu'un mot. Quoi qu'on en dise, toutes sont susceptibles de métastaser, l'épithélioma papillaire y compris. En juin 1946, au cours d'un congrès à Chicago, on nous a projeté sur l'écran des microphotographies de cancer papillaire métastasé dans la veine jugulaire interne.

Au cours de l'intervention, quand doute de cancer il y a, la conduite du docteur Frank Lahey, de Boston, est à imiter. Une thyroïdectomie totale d'un côté doit être pratiquée. Une congélation de ce lobe permettra de poser un diagnostic entre le cancer et la thyroïdite. Si le rapport de l'anatomo-pathologiste est négatif, l'intervention sera terminée, le lobe opposé étant sûrement de même nature. Si le rapport est positif, le lobe opposé sera enlevé totalement.

Le cancer thyroïdien est opérable tant qu'il y a un plan de clivage entre la glande thyroïde et le larynx ou la trachée. Si l'un ou l'autre de ces organes sont envahis, inutile d'intervenir. Plus tard, le cas échéant, une trachéotomie palliative préviendra la mort par asphyxie.

5) *Thyroïdite.*

La thyroïdite aiguë ou même subaiguë ressemble au cancer thyroïdien à s'y méprendre. Le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile à poser.

Voici les caractères de la thyroïdite:

a) sensation de constriction de la trachée,
b) dureté ligneuse de la tumeur,
c) adhère à la trachée,
d) tumeur immobile,
e) contours nets de la tumeur,
f) les deux lobes et l'isthme sont pris,
g) augmentation du cholestérol sanguin,
h) métabolisme basal bas.

(Voir Bulletin de la Clinique Lahey, n° 7, 1944.)

J'ai observé à date 19 cas de thyroïdite, aucun n'a suppuré. Quand suppuration il y a, ce qui est rare, la thyroïdite devient une forme chirurgicale.

Dès que le diagnostic de thyroïdite est posé, le traitement médical, le plus actif, doit être mis en œuvre sans délai. Il faut calmer vite et à tout prix l'inflammation qui sévit dans cette glande. Si l'infection envahit toute la glande, le myxœdème s'ensuivra fatalement.

Je n'ai pas à parler ici du traitement médical de la thyroïdite. Je laisse ce soin à mes confrères médecins, qui eux, actuellement, ont bien des cordes à leur arc pour lutter avantageusement contre toute infection.

6) *Goitre et grossesse.*

Une goitreuse enceinte ne doit pas être thyroïdectomisée à moins que le degré de toxicité s'aggrave à un tel point, par une arythmie complète, que la vie de la patiente semble en danger imminent. En d'autres termes, si le syndrome hyperthyroïdien est supporté facilement par la patiente, mieux vaut attendre après l'accouchement pour intervenir. Si tel n'est pas le cas, si aggravation inquiétante il y a, quel est le moment le plus propice pour intervenir, celui qui fera courir le minimum de risque d'avortement? Maintes fois, au cours de congrès américains, on a dit que c'est entre le troisième et le cinquième mois de grossesse que le risque est le moindre. D'autres ont prétendu que ceci n'a aucune importance et que l'on peut intervenir à toutes les périodes de la

grossesse sans pour cela que l'intervention soit la cause de l'avortement.

Personnellement j'ai eu l'occasion, trois fois, d'opérer des goitreuses enceintes, au cours des premiers mois de grossesse. La première a avorté quelques jours après la thyroïdectomie; la deuxième a donné naissance à un enfant bien constitué; la troisième a aussi avorté.

Avant de pratiquer une thyroïdectomie chez une femme enceinte, il faut avoir une preuve morale, scientifique, que le cœur, en arythmie complète, ne permettra pas à la maman de mener à bonne fin sa grossesse.

Le chirurgien catholique romain doit soumettre chaque cas en particulier à une autorité ecclésiastique compétente, avant de décider de l'intervention.

Si la grossesse altère peu l'état général, l'iodothérapie est sans aucune discussion indiquée. Pour s'en convaincre, il faut lire les travaux pratiques du docteur Patterson. (Voir rapport du congrès de Détroit, de l'« American Ass. for the Study of Goiter », 1937.) Sans iode la maman risque non seulement de voir son goitre s'aggraver mais aussi d'être cause d'un goitre futur chez son enfant.

7) *Goitre et ménopause.*

La glande thyroïde est susceptible de s'hypertrophier à l'époque de la ménopause. Cette hypertrophie aurait pour cause une déficience organique ovarienne. Je laisse de côté la pathogénie de cette hypertrophie et je m'en tiens au fait constaté cliniquement.

Quel que soit le volume des lobes thyroïdiens, si leur surface est lisse, si leur consistance est normale, plutôt molle, seul le traitement médical est indiqué. Celui-ci consistera en extrait glandulaire ovarien, mammaire, thyroïdien, l'iode n'étant pas en déficience à cette période de la vie, sauf exception.

Si la consistance devient de plus en plus ferme, dure, surtout si la surface des lobes s'ondule, se festonne, la cancérisation est à craindre. C'est d'ailleurs la complication fréquente du goitre de la ménopause. Quand doute il y a, mieux vaut intervenir avant toute infiltration en profondeur.

8) *Goitre, tuberculose et syphilis.*

Primaires, ces deux affections sont l'exception. Ce sont en somme des trouvailles de laboratoire.

J'ai opéré de nombreux cas de goitre dont les lobes présentaient des lésions caractéristiques de l'une ou de l'autre lésion. Mais chaque fois ces affections existaient à distance.

Le diagnostic différentiel de ces deux infections est toujours très difficile à poser.

9) *Goitre chez les personnes âgées en arythmie complète.*

Cette catégorie de goitreux est sûrement la plus difficile à manier. Tout traitement médical s'avère en général palliatif; le traitement chirurgical présente de grands risques opératoires. Laissés à eux-mêmes, ces goitreux sont voués à une mort rapide.

En multipliant les temps opératoires, Lahey n'a, malgré tout, que 5% de décès. J'ai maintes fois constaté personnellement que cette manière de procéder est la seule logique en l'occurrence. Si j'ai ouvert le ciel à plusieurs de mes opérés en arythmie complète, par contre, la majorité a survécu à l'acte chirurgical fractionné et en a bénéficié considérablement cliniquement.

Ces grands malades constituent toujours un problème difficile à résoudre pour le médecin et le chirurgien. Il est plein de conséquences graves.

J'en suis venu à une conclusion quant à l'indication opératoire chez de telles malades. Quand l'arythmie complète, compensée ou non, n'est pas accompagnée de déficience hépatique, l'intervention en plusieurs temps est à envisager. Si le foie est pris, inutile d'y penser.

10) *Goitre plongeant.*

Un goitre plongeant est toujours une indication opératoire. A moins que la masse plongeante soit volumineuse, le plan de clivage est facile à repérer, fait qui rend l'extériorisation non laborieuse et bénigne. Il est exceptionnel d'être obligé de pratiquer une sternostomie.

J'ai opéré deux goitres plongeants. Le premier s'est pratiqué avec la plus grande facilité. Quant à l'autre, une sternostomie fut nécessitée par le volume considérable de la masse, révélé par la radiographie. Je me suis trouvé en face d'une masse thyroïdienne calcifiée s'incrustant, à ce que j'ai pu voir, dans la crosse de l'aorte. Je n'ai pas osé m'acharner à libérer cette artère... et pour cause. L'infection s'étant mise de la partie, un dénouement fatal s'ensuivit rapidement.

11) *Goitre et embolie pulmonaire.*

L'embolie pulmonaire semble rare chez les opérés de la glande thyroïde. Tout de même, je lui attribue la mort d'une jeune fille de 20 ans, basedowienne, de toxicité moyenne.

Cette complication est une rareté... heureusement.

Traitement préopératoire

Quoique le traitement préopératoire soit plutôt du domaine médical, le chirurgien doit quand même en connaître les grandes lignes.

Que le goitre à opérer soit bénin ou grave, ou qu'il soit question d'une intervention esthétique, pour réduire le risque opératoire à son minimum un examen général s'impose. La fonction de chaque organe doit être étudiée à fond. Comme le champ médical est excessivement vaste, ce n'est pas à un confrère spécialisé, quelle que soit sa spécialité, qu'incombe le devoir de pratiquer cet examen. Cet examen doit être réservé au médecin ou à un service général de médecine, ce qui est mieux.

Le médecin ou le service général de médecine peut et doit même, dans certains cas, demander la collaboration précieuse du cardiologue, de l'urologue, de l'endocrinologiste, etc. Mais jamais la direction générale de l'examen ou du traitement préopératoire ne doit être laissée à la discrétion de l'un de ceux-ci. La médecine est trop vaste pour permettre au spécialiste de connaître à fond toute la pathologie médicale et sa spécialité.

Seul le médecin de service médical, avec le concours précieux de ses collaborateurs, est en état d'analyser, d'étudier la fonction des différents organes de l'organisme, tels le foie, le pancréas, la vésicule biliaire, l'estomac, etc., etc.

C'est le seul moyen d'assurer au futur opéré le 100% de succès opératoire et postopératoire qu'il est en droit d'exiger.

Chez les futurs opérés dont la fonction des différents organes a été trouvée satisfaisante, voici la règle de conduite dont on ne peut se départir. Un apport suffisant, minimum, de protéines, d'hydrates de carbone, de sels minéraux et d'eau sera assuré par un régime bien balancé.

Le futur opéré devra se faire une réserve de calories dont il aura grand besoin au cours des jours postopératoires. En ce faisant, ce sera de nature à prévenir ce que les confrères américains appellent, avec raison, « the thyroid storm ».

Les surexcités du sympathique bénéficieront des barbituriques. Chez l'hyperthyroïdien un repos complet préopératoire est indispensable.

Cette ligne de conduite sera suivie d'une amélioration satisfaisante de l'état général du patient. Dans 75% des cas il y aura chute du métabolisme basal.

Le goitreux toxique, le basedowien en particulier, qui ne répond pas, comme on le voudrait, au traitement préopératoire ordinaire sera soumis à l'action d'un nouvel agent thérapeutique qui fait beaucoup parler de lui depuis quelques années, et avec raison, le thiouracil (N_2H-CS-HN_2).

Le thiouracil annihile la fonction iodée de la vésicule thyroïdienne. La thyroxine étant sécrétée en moins grande quantité, le syndrome hyperthyroïdien s'amende, amélioration qui permet d'intervenir sans grand risque opératoire dans des cas même désespérés.

La posologie proposée par Astwood semble bien répondre au besoin. On conseille de discontinuer l'emploi de l'iode au cours du traitement au thiouracil, quitte à le reprendre quand l'amélioration générale du patient permet l'intervention. Sans iode préopératoire l'hémostase, au cours de la thyroïdectomie, est

très laborieuse. Quelques confrères américains prescrivent concurremment ces deux agents, l'action de l'un ne nuisant pas à l'autre, disent-ils. Personnellement j'ai expérimenté les deux méthodes et je trouve que l'emploi simultané est préférable.

Le thiouracil a une valeur thérapeutique incontestable. Il permet une thyroïdectomie avec succès chez des goitreux chez lesquels l'intervention chirurgicale n'aurait jamais pu être envisagée.

Au congrès du goitre, à Chicago, en juin 1946, inutile de dire que l'iode radio-actif est venu sur le tapis. Cet élément est excessivement actif. On a projeté sur l'écran des coupes montrant l'action de cet élément. Le tissu thyroïdien est quasi complètement transformé en tissu cicatriciel. Quelques patients goitreux traités avec de l'iode radio-actif sont devenus hypothyroïdiens, et quelques-uns, myxœdémateux. Il est encore imprudent de l'employer, sa dose thérapeutique n'étant pas encore déterminée de façon précise.

Il est logique de croire que cette sclérose du parenchyme thyroïdien peut tout aussi bien se produire au niveau d'autres organes, tel le rein.

L'iode radio-actif n'est pas encore à la portée du corps médical et pour cause. Il le sera, a-t-on dit, quand son emploi sera sans danger.

Radiothérapie

La radiothérapie doit être réservée exclusivement aux tumeurs radio-sensibles cancéreuses. Employée dans l'hyperplasie thyroïdienne simple ou toxique, le risque est grand que cette thérapie soit suivie d'hypothyroïdie sinon de myxœdème, pour peu que l'irradiation soit un tant soit peu poussée.

Technique chirurgicale de la thyroïdectomie.

Les techniques décrites de la thyroïdectomie ne manquent pas. Elles sont nombreuses. Plusieurs ont la même valeur ou à peu près. Il ne serait pas facile de toutes les décrire ici.

Mais il existe des principes techniques opératoires dont les chirurgiens ne peuvent se départir.

La région cervicale antérieure contient des organes qu'il faut respecter à tout prix. Les chirurgiens le savent mieux que tout autre.

Le seul moyen d'éviter toute lésion impardonnable de ces organes, c'est d'opérer dans un champ opératoire vaste. La section transversale des muscles sous-hyoïdiens est toujours de mise. Un champ opératoire vaste permet d'atteindre facilement, sans traction exagérée, le pédicule supérieur, de localiser ce qui semble être une parathyroïde, d'éliminer le récurrent ou, du moins, d'être sûr de ne pas le rencontrer là où la subtotale doit être pratiquée.

La grande dextérité de certains mais rares chirurgiens permet à ceux-ci la localisation systématique du nerf récurrent. Pour la plupart des chirurgiens (je suis de ceux-ci), s'acharner à rechercher ce nerf peut aboutir à sa section ou à un traumatisme malheureux. L'opéré n'est pas, à mon avis, un macchabée sur lequel il est permis de pratiquer impunément la dissection.

Je puis en conclure que, si le nerf récurrent est quelquefois difficile à localiser, il est toujours facile de se rendre compte que ce nerf n'est pas sur notre chemin. En procédant de cette manière, le risque de le sectionner ou de le traumatiser n'existe pratiquement pas.

Le goitre polyadénomateux volumineux modifie souvent l'anatomie cervicale. En présence de cette forme anatomique, la lésion du nerf récurrent n'est pas encore aussi fréquente que ne l'est celle du nerf laryngé supérieur. Ce nerf, très ténu, chemine de haut en bas, sur la face externe du cartilage thyroïde, bord postérieur. Il n'est pas toujours facile de le différencier de toute fibre aponévrotique de la région. Tout de même, grâce à un champ vaste, l'extériorisation de tout tissu thyroïdien adjaçant au cartilage thyroïde permettra la section du pédicule supérieur sans lésion du nerf laryngé supérieur.

Il est opportun de noter ici l'opinion émise par le docteur King, lors du congrès de Chicago, en juin 1946, sur la conduite que doit tenir le chirurgien au cours d'une thyroïdectomie. Si le chirurgien doute d'avoir lésé ou comprimé ou englobé dans une ligature le récurrent, il faut immédiatement faire en sorte que le patient parle. Ceci permet de se rendre compte de l'état de ce nerf, puis de le libérer s'il y a lieu.

Le genre d'anesthésie joue à ce moment un rôle capital. Si le patient est endormi profondément, ce moyen infaillible de la découverte de l'état du nerf n'est plus à notre portée. Si, au contraire, l'anesthésie est superficielle, en un minimum de temps, le chirurgien saura à quoi s'en tenir quant à l'état du récurrent.

Le docteur King est peut-être le chirurgien qui a, à lui seul, opéré le plus grand nombre de goitres. Il est aussi celui qui a le plus étudié la question de la paralysie récurrentielle. A ce sujet sa technique personnelle, qui consiste à éliminer un cartilage aryténoïde, a une valeur pratique incontestable. Ses opérés, présentés au cours d'un « dry clinic », en font foi.

Je crois que l'anesthésie locale combinée avec l'anesthésie générale au protoxyde d'azote est l'anesthésie idéale. J'ai recours à cette anesthésie combinée depuis 1931.

Les glandes parathyroïdes exigent toute l'attention du chirurgien. Au niveau du pôle supérieur ou du pôle inférieur, tout nodule indépendant du lobe thyroïdien, dont la couleur est d'un jaune brun, doit être respecté. Si par mégarde ce nodule est enlevé, un fragment sera envoyé au laboratoire et l'autre, greffé dans le sterno.

La tétanie parathyréoprive constitue un état pathologique grave de conséquences, contre lequel la thérapeutique médicale n'est que palliative et assez compliquée d'exécution. La vitamine D_2 est très efficace. Le contrôle du laboratoire est indispensable quelle que soit la forme sous laquelle cette vitamine ou le calcium sont employés.

Quoi qu'on en dise, la chirurgie de la glande thyroïde n'est pas une chirurgie ordinaire, courante. Avant de s'y risquer seul, il faut avoir eu un entraînement technique prolongé, les mains à la pâte, auprès d'un aîné compétent, parfaitement brisé à cette chirurgie. C'est le seul moyen d'éviter, de prévenir des infirmités définitives qui rendent très malheureux patients et chirurgiens.

Causes de récidive.

1) Un goitre opéré dont la forme clinique est exclusivement médicale.
2) La persistance de tissu thyroïdien au niveau du pédicule supérieur.
3) La présence d'une pyramide de Lalouette ignérée, si elle existe, au cours d'une thyroïdectomie.
4) La persistance après une thyroïdectomie de quelques adénomes ou kystes thyroïdiens, dont la présence a passé inaperçue au cours de la thyroïdectomie.
5) La persistance de quelques artérioles irrigant le pôle supérieur.

Ici encore seule l'expérience de longue durée permettra de diminuer le nombre de récidives ou de les réduire à un chiffre minimum.

Quel doit être le volume du moignon thyroïdien?

Si le chirurgien laisse trop de tissu hyperplasié, toxique, le syndrome hyperthyroïdien persistera; si, au contraire, il en enlève trop, la thyroïdectomie sera suivie d'hypothyroïdie et même de myxœdème. J'ai plusieurs cas personnels de ces deux catégories à déplorer. Avec le temps et les ennuis éprouvés j'en suis venu à certaines conclusions qui semblent bien répondre au besoin.

La conduite n'est pas la même chez l'adolescent que chez l'adulte.

Chez l'adolescent.

A cet âge la glande thyroïde est en suractivité marquée. Pour que son dynamisme soit normal, l'enfant a besoin de l'activité entière

de sa glande thyroïde. C'est cette glande qui le lui fournit exclusivement.

Si le syndrome hyperthyroïdien est absent mais que la glande thyroïde soit constituée d'une ou de plusieurs tumeurs encapsulées, adénome ou kyste, le chirurgien devra s'en tenir exclusivement à l'énucléation de celles-ci. Il faudra laisser en place le plus de tissu thyroïdien possible.

Chez l'hyperthyroïdien et surtout le basedowien, le moignon thyroïdien conservera les proportions d'un lobe thyroïdien normal de volume et deux fois celui-ci si le parenchyme thyroïdien est très friable.

Avant de tenir systématiquement et scrupuleusement cette ligne de conduite, je fus la cause de nombreux cas d'hypothyroïdie ou de myxœdème postopératoire, petits patients que je revois encore et dont la présence n'a rien d'agréable.

Chez l'adulte.

Chez l'adulte le volume du moignon thyroïdien doit varier entre la moitié et le volume normal d'un lobe thyroïdien, suivant le degré de friabilité du tissu thyroïdien malade; plus le tissu est friable, plus volumineux doit être le moignon.

LES HÉMORRAGIES GASTRO-DUODÉNALES

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

Les hémorragies digestives dont l'origine est gastro-duodénale sont très fréquentes et posent un problème thérapeutique et diagnostique souvent assez complexe.

Par ordre de fréquence les principales maladies qui peuvent causer ces hémorragies sont les suivantes:

1° L'ulcère gastrique et l'ulcère duodénal, et dans ce même groupe: l'ulcère postopératoire, c'est-à-dire survenant après gastro-entérostomie ou gastrectomie.

2° Les processus de gastrite et de duodénite aiguës dont l'étiologie est souvent pratiquement impossible à déterminer.

3° Les tumeurs malignes, c'est-à-dire le cancer de l'estomac.

4° Certains états pathologiques que l'on peut presque qualifier d'exceptionnels comme étant la cause d'hématémèses, mais tout de même à retenir, à savoir: la syphilis gastrique et la tuberculose gastrique, les tumeurs bénignes de l'estomac dont l'unique symptôme est très souvent une hématémèse massive. Les crises de tabes gastrique peuvent quelquefois s'accompagner d'hématémèses, mais dans ces cas, une radiographie montrera assez souvent la présence d'un ulcère gastrique tout à fait indépendant de la maladie spécifique.

A mentionner aussi les hernies diaphragmatiques qui peuvent quelquefois manifester leur existence par une hématémèse due à un processus ulcéreux ou érosif de la portion herniée.

Enfin et encore plus exceptionnellement, le traumatisme peut être rencontré comme cause d'hématémèse, mais c'est réellement bien rare.

De tous ces états possiblement en cause au cours d'une hématémèse ou d'un melœna aigu, c'est évidemment et sans aucun doute la maladie ulcéreuse à localisation ou gastrique ou duodénale qui nous intéressera le plus et sur laquelle nous insisterons, puisqu'en définitive la large majorité des hématémèses auxquelles nous avons à faire face seront dues à cette maladie.

L'incidence de l'hémorragie survenant chez l'ulcéreux gastrique ou duodénal est très variable, et les statistiques américaines ou européennes montrent des divergences assez curieuses.

Les chiffres moyens obtenus par une consultation de ces statistiques varient de 15 à 30%. Ainsi par eremple, René Gutman de Paris sur 100 cas d'hématémèses cite les chiffres suivants: 24 dues à des lésions duodénales; 34 où l'étiologie se distribue entre appendicite, cholécystite chronique et périviscérite; 21 dues à des processus de splénomégalie ou d'hépato-mégalie de causes variables et 21 de causes totalement inconnues après enquête minutieuse et complète. Ce chiffre de 21 hématémèses dont l'étiologie n'a pas été possible peut paraître élevé, mais il est bon de se rappeler qu'il y aura tout de même un nombre assez important de malades présentant une hématémèse chez qui l'étiologie n'est pas possible par nos moyens habituels.

Du même auteur, retenons que sur 100 ulcéreux gastriques ou duodénaux opérés, 32% présentaient des hémorragies dans leurs antécédents, et 68% furent opérés sans aucun phénomène hémorragique antérieur.

Les statistiques américaines accordent un pourcentage plus élevé à l'incidence de l'ulcère gastrique ou duodénal comme cause d'hématémèse. Ainsi le chirurgien en chef d'un hôpital de New-York, Le docteur George J. Heuer, dans une étude statistique remarquable portant sur 1204 cas d'ulcères gastriques ou duodénaux, cite le chiffre de 21% ayant été admis pour hématémèse. C'est dire la fréquence de cet accident.

---

1. Communication aux « Journées médicales » de la Société Médica'e de Montréal, mai 1947.

Avant de parler des aspects cliniques et thérapeutiques de ce problème, voyons ce que l'anatomie pathologique et les constatations chirurgicales peuvent contribuer au diagnostic et au traitement de cet accident. Si l'on veut bien se rappeler que l'ulcère duodénal est beaucoup plus fréquent dans notre pays que l'ulcère gastrique, la grande majorité des hématémèses ulcéreuses seront dues à un ulcère duodénal. De plus, par rapport au sexe affecté, l'homme le sera dans une plus large proportion que la femme. C'est dire que la majorité des malades atteints d'hématémèses d'origine ulcéreuse seront de sexe mâle et que de ce groupe, la lésion la plus fréquemment rencontrée sera la lésion ulcéreuse à localisation duodénale.

L'ulcère gastrique peut évidemment se compliquer d'hémorragie, mais précisément pour des raisons que nous ne connaissons pas, cette prédominance du sexe mâle par rapport à l'ulcère duodénal ne se rencontre pas dans l'ulcère gastrique. De ces notions générales on peut conclure sans crainte de se tromper: l'ulcère qui saigne est, la plupart du temps, rencontré chez l'homme et la localisation est le plus fréquemment duodénale. De plus, la femme qui saigne d'un ulcère sera le plus souvent une ulcéreuse gastrique que duodénale.

Ces constatations contribuent supérieurement à faciliter le diagnostic étiologique d'une hématémèse et l'observation clinique confirme ces données. Du point de vue localisation anatomique, le chirurgien et le pathologiste sont ici d'accord et leurs constatations sont les mêmes. Chez les malades décédés d'hémorragie ou opérés d'urgence pour hémorragie, la lésion ulcéreuse lorsque duodénale, siège sur la face postérieure du duodénum, au contact du pancréas et l'hémorragie est due à l'érosion de l'artère pancréatique duodénale ou une de ses branches. Dans ces cas ou opérés ou mortels, il s'agit toujours d'un ulcère ancien à base fibreuse dont le centre est occupé par une artère ouverte, souvent assez large pour admettre l'extrémité d'une allumette. Le tissu fibreux faisant partie de la lésion empêche la rétraction et la fermeture de cette artère.

Si l'ulcère est à localisation gastrique, il siégera sur la petite courbure et vient en contact des artères gastriques droites ou gauches ou une de leurs branches principales. C'est dire que l'hémorragie, lorsqu'elle sera massive mettant la vie du malade en danger, proviendra d'un ulcère ainsi localisé et le sang sera d'origine artérielle, par opposition aux autres localisations ulcéreuses où le sang sera d'origine capillaire ou veineuse. De plus, l'ulcère qui saignera au point de mettre la vie du malade en danger sera toujours un ulcère ancien chronique ou calleux.

De l'observation du chirurgien et du pathologiste, la conclusion suivante s'impose: l'hémorragie de l'ulcéreux comporte deux modalités. La première beaucoup moins fréquente, mais beaucoup plus grave, comportant une mortalité élevée, due à l'érosion d'une artère importante chez un ulcéreux ancien, à localisation gastrique ou duodénale sur sa face postérieure. La seconde, beaucoup plus fréquente, mais beaucoup moins grave et rarement mortelle, en rapport avec des ulcères aigus donc récents ou des ulcères chroniques situés loin des gros troncs artériels.

Une autre constatation qui explique la *bénignité relative de la majorité des hématémèses* est la suivante: au cours du processus de cicatrisation de l'ulcère, souvent il pourra y avoir petite perte de sang due à l'érosion des bourgeons charnus des tissus de granulation.

Avant d'aborder le problème thérapeutique de ces hémorragies, il y a deux autres points sur lesquels il nous paraît très important d'insister, du point de vue clinique et pratique pour le médecin et le malade.

L'hémorragie chez l'ulcéreux peut être une complication tardive et c'est d'ailleurs l'éventualité la plus fréquente, mais il y a aussi une forme clinique curieuse que l'on peut rencontrer assez souvent, qui est celle de l'ulcère à forme hémorragique et monosymp-

tomatique. On aura affaire ici à un malade qui saigne souvent d'une façon massive et dont les antécédents digestifs sont négatifs du point de vue histoire ulcéreuse. Cette forme de maladie a aussi une caractéristique: la tendance à la récidive.

Une autre notion clinique qu'il est important de connaître est la suivante: que chez la majorité des ulcéreux, l'hémorragie semble avoir une action sédative remarquable sur la douleur, et Gutman insiste sur ce fait et par déduction on peut admettre justement avec lui qu'un ulcéreux qui saigne et qui continue de souffrir sera un malade qui sera possiblement un candidat à la chirurgie, parce qu'il est vraisemblable qu'il saigne encore.

L'espace de temps qui nous est alloué ne nous permet pas d'envisager davantage ces problèmes des multiples formes cliniques de l'ulcère, et sans plus tarder, passons aux aspects thérapeutiques de ces états hémorragiques.

* * *

Quelle qu'en soit la cause, le traitement immédiat en est à peu près le même. On peut poser comme principe que *la très large majorité des hémorragies gastro-duodénales seront du ressort médical,* et en dehors de certaines indications bien précises, *la mortalité opératoire est beaucoup plus haute que la mortalité rencontrée lorsque ces malades sont traités médicalement.*

Le traitement peut se diviser en deux stages: d'abord le traitement d'urgence et ensuite le traitement étiologique proprement dit.

1° Le traitement d'urgence peut se schématiser de la façon suivante. Le malade qui saigne est un malade à hospitaliser en général, car les risques du traitement à domicile sont indubitablement beaucoup plus élevés que les risques du transport d'un tel malade à l'hôpital, quelles qu'en soient les conditions. De plus, il est à peu près impossible dans les conditions ordinaires d'appliquer d'une façon logique ce traitement à domicile. Selon la gravité de l'hémorragie et selon l'âge du malade, ce dernier sera oui ou non en état de choc et les principes du traitement sont les suivants. Si le médecin est appelé a domicile, il doit tout d'abord calmer l'appréhension du malade et de l'entourage. En effet, la présence à l'extérieur de sang est toujours dramatique, et le médecin se doit de rassurer le malade, Si cela est possible, il faut exiger l'admission du malade à l'hôpital le plus tôt possible. Il devra ensuite administrer au malade une médication **sédative.**

Il y a de nombreuses années que l'on discute sur l'utilité ou non de l'injection classique de morphine dans ces cas. Nous avons l'impression au cours d'observations d'année en année, que l'injection de morphine n'est pas formellement indiquée. Tout d'abord ces malades sont rarement souffrants. De plus, on connaît l'action émétique de la morphine chez une grande proportion d'individus et enfin, on connaît aussi l'action déprimante de la morphine sur le centre respiratoire.

Pour toutes ces raisons, nous préférons ne pas employer la morphine d'emblée. Depuis plusieurs années, nous avons employé, avec d'excellents résultats, du Gardénal en injections à la dose de 0.10 ou 0.20, répétée 2 ou 3 fois par 24 heures selon le résultat obtenu. On peut aussi employer de la codéine à la dose de un demi ou un grain en injections, à répéter aux huit heures ou encore du Dilaudid à la dose de 1/32 de grain à répéter au besoin, ou encore du Pantopon. Plus récemment, nous avons à notre disposition un produit nommé « Demerol » qui agit très bien aussi dans ces cas et dont l'action est beaucoup moins violente que celle de la morphine.

A tout hasard, si l'on veut employer la morphine, il est préférable de l'associer à l'atropine à doses classiques.

La médication coagulante ne nous paraît pas du tout indiquée et nous ne voyons aucune raison de l'employer, à moins d'être réellement sûrs qu'il s'agit d'une hémorragie par dyscrasie sanguine. Nous n'employons pas non plus le Rouge Congo auquel nous n'at-

tribuons aucune vertu particulière dans ces cas d'hémorragie.

Ce traitement d'urgence peut être appliqué à domicile ou à l'hôpital lors de l'arrivée du malade. Il va sans dire que le malade sera au repos complet au lit et que les moyens pour le préserver d'un refroidissement auront été pris.

Pour ce qui est de la classique vessie de glace sur le creux épigastrique, nous n'y voyons aucune objection ni aucune utilité particulière.

Une fois hospitalisé, il faut penser à traiter ou à prévenir une des complications graves de l'hémorragie qui est le choc précoce ou tardif. Dans ce but, un certain nombre d'examens minimum de laboratoire sont absolument indispensables, à savoir: la numération globulaire, le compte de l'hémoglobine sanguine, le groupe et sous-groupe sanguins, tout ceci en vue de transfusion sanguine, si nécessaire.

Pour les douze premières heures d'hospitalisation, il est conseillé d'enregistrer la pression artérielle et la pulsation toutes les heures et ensuite toutes les deux ou trois heures, afin de contrôler si oui ou non l'hémorragie a cessé et si oui ou non le malade est sorti de son choc.

A propos de cette question de choc hémorragique, nous devons évidemment considérer la question de transfusion dans ces hématémèses. Nous ne croyons pas que la transfusion soit indiquée nécessairement dans toutes les hématémèses. Son indication sera fonction évidemment de l'abondance et de la répétition de l'hémorragie et corollairement de la déglobulisation et du choc qui en découle habituellement. Je crois qu'on peut admettre comme principe que la transfusion sera indiquée lorsque la déglobulisation sera voisine de 2,000,000, d'où l'importance de pratiquer l'examen du sang du malade aussitôt l'hospitalisation.

Il est prouvé expérimentalement que tant que le mécanisme compensateur persiste, en général, le choc n'apparaît pas et c'est précisément pour éviter cette déficience de ce mécanisme que la transfusion est indiquée. Si cette dernière doit être donnée, elle doit comprendre un volume d'environ 500 c.c. de sang donné lentement et répété jusqu'à ce que la pression artérielle systolique se maintienne à un minimum de 100 et que le pouls diminue de rapidité. Dans certaines institutions, au lieu de transfusion d'emblée, on emploie du plasma à la dose de 500 c.c. et plus, associé ou complété par du serum glucosé à 5% intraveineux. Il est évident que le plasma peut rendre des services des plus appréciables car il n'est pas toujours facile d'avoir du sang frais à notre disposition, *et plus on sera loin des grands centres hospitaliers, plus cette difficulté croîtra. C'est pourquoi il nous paraît si important que cette distribution de plasma se généralise et devienne à la portée de tous nos médecins praticiens de notre province.*

Voilà les principes de base du traitement d'urgence complété par une phase non moins importante qui est celle de l'alimentation de ce malade.

Depuis 1936, à la suite des études de Meulengracht la question de diététique et d'alimentation des malades qui saignent s'est sensiblement modifié et on peut admettre aujourd'hui deux écoles, la première qui préconise encore la diète absolue chez ces malades et la seconde qui préconise la réalimentation rapide et progressive, même pendant la phase hémorragique, se basant sur le fait qu'un estomac vide se contracte plus qu'un estomac rempli, et que de plus, l'inanition prolongée de ces malades aggrave leur condition.

Il ne nous appartient pas ici de discuter les mérites de chacune de ces méthodes, mais disons tout simplement que nous avons adopté un juste milieu entre les deux, à savoir: une réalimentation rapide et progressive de ces malades à l'aide d'une diète lactée mitigée, remplacée rapidement par une diète généreuse et compensée au besoin par une alimentation parentérale sous forme de solution glucosée.

Un apport nouveau et des plus utiles est l'emploi des acides aminés chez ces malades soit par la bouche soit par voie parentérale. On aura aussi donné les suppléments vitaminiques nécessaires et au besoin la médication ferrugineuse adjuvante. *Quant à l'extrait de foie de veau, nous ne croyons pas qu'il y ait lieu ici de l'employer.* De façon générale, avec cette méthode, tous nos malades récupèrent très rapidement et beaucoup plus sans aucun doute qu'avec la méthode d'inanition (starvation) prolongée, telle qu'elle était employée autrefois.

Vient ensuite la phase de réhabilitation du malade qui consiste à chercher la cause de l'hématémèse. En moyenne, il est conseillé de pratiquer les examens radiologiques environ deux ou trois semaines après l'accident hémorragique et si on doit pratiquer les examens endoscopiques, il vaut mieux attendre au moins 4 semaines et plus, avant de soumettre le malade à cette méthode d'exploration.

Quant aux indications de la chirurgie comme traitement de ces hématémèses, elles nous paraissent très restreintes et peuvent se schématiser de la façon suivante: plus un malade sera âgé et plus son histoire ulcéreuse sera longue, plus en principe le risque sera grand. Les cas qui ont été opérés chez nous ou dans d'autres cliniques sont ceux où il y a eu échec du traitement médical caractérisé par les faits suivants: persistance du choc hémorragique et persistance aussi de l'hémorragie après un traitement considéré adéquat appliqué pendant environ 48 heures. Dans ces cas, si graves qui sont *heureusement peu fréquents,* ce délai de 48 heures paraît être accepté comme minimum et maximum à la fois, c'est-à-dire que la décision opératoire ne devra être prise avant et rarement prise après.

Une autre catégorie d'ulcéreux où la chirurgie paraît indiquée est la suivante: celle du malade qui a présenté une hématémèse, qui subit une accalmie pendant le traitement et qui récidive rapidement, malgré le traitement. Dans cette éventualité, la chirurgie doit être sérieusement envisagée.

Une autre phase de ce problème des hémorragies gastro-duodénales est celle du traitement ultérieur de l'ulcéreux qui a saigné, à savoir l'intervention chirurgicale est-elle indiquée chez ces malades pour les mettre à l'abri définitivement de cet accident hémorragique?

Il nous est impossible dans l'espace de temps alloué d'envisager ce problème (nous avons l'intention d'ailleurs de compléter cette étude, en étudiant tout particulièrement ce point) et nous aurons peut-être l'occasion d'y revenir dans d'autres circonstances.

LES HÉMORRAGIES INTESTINALES [1]

Charles LEFRANÇOIS, F.A.C.S.,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal.

Les hémorragies intestinales peuvent se manifester de très différentes façons suivant leur abondance. Quand elles sont profuses, elles peuvent ne se traduire que par les signes généraux de l'anémie aiguë. Les malades alors, après avoir senti un malaise soudain, se sentent mourir; ils ont soif d'air, ils deviennent pâles, leur pouls s'accélère, leur P.A. tombe à 0 et quelquefois la mort survient avant que l'hémorragie se soit extériorisée par l'anus. Plus souvent, cependant, l'évolution est un peu moins dramatique. Les malades, après avoir ressenti une grande faiblesse et une légère sensation de cuisson dans l'abdomen, sont pris d'un irrésistible besoin d'aller à la selle et ils émettent alors par l'anus une quantité considérable de sang rougeâtre avec des caillots, quantité pouvant aller jusqu'à deux à trois litres. Si l'hémorragie s'arrête, ce qui est habituellement le cas, les malades continuent à passer par l'anus, pendant quelques jours, du sang de plus en plus digéré mais de moins en moins abondant, et ils restent dans un état de faiblesse extrême avec un taux d'hémoglobine aussi bas que 20% et des globules rouges aux environs de 2,000 000 par mm.c.

Les hémorragies profuses heureusement sont relativement rares. Les hémorragies modérées ou moyennes, plus fréquentes, ont un début plus insidieux. Souvent les malades, sans ressentir de faiblesse appréciable, passent, en allant à la selle, une ou deux tasses de sang. Le sang sera rouge, plus ou moins mélangé aux matières, s'il provient de la partie terminale de l'intestin. Il sera noir, chocolaté, d'odeur fétide s'il vient de l'intestin grêle. La gravité des hémorragies modérées provient du fait qu'assez souvent elles se répètent à quelques jours ou à quelques semaines d'intervalle et qu'elles finissent par créer un état d'anémie qui, indépendamment souvent des lésions organiques qui en ont été la cause, finit par emporter les malades.

Les petites hémorragies sont les plus fréquentes des hémorragies de l'intestin grêle et du côlon. Elles se traduisent tantôt par des selles noirâtres, par du mélæna, qui ne dure que deux ou trois jours, tantôt par l'émission par l'anus d'une petite quantité de sang rouge, dépassant rarement une cuillerée à soupe. Les petites hémorragies comme les hémorragies moyennes sont souvent répétées. Elles ne sont pas directement dangereuses, bien qu'à la longue elles puissent causer de l'anémie. Elles sont utiles à reconnaître plutôt comme symptômes d'affections chroniques qui peuvent menacer la vie des malades. Enfin certaines hémorragies intestinales peuvent être si peu considérables qu'on les dit occultes. Elles n'ont d'autre manifestation extérieure que l'anémie progressive des malades. On n'en fait le diagnostic qu'en faisant l'examen microscopique et chimique des selles. Lorsqu'on nous signale qu'un malade a rendu du sang par l'anus, il est trois questions qu'on doit résoudre: « *Est-ce bien du sang? D'où vient-il? Quelle est la cause de l'hémorragie?* »

Le sang rouge, liquide ou avec des caillots, se reconnaît aisément. Le sang noir ou mélæna, qu'il se présente sous la forme de particules semblables à du marc de café ou sous la forme d'un liquide noir épais et gluant, est également facilement identifié. Il ne faut pas cependant confondre le mélæna avec des selles colorées en noir par certaines substances médicamenteuses comme le bismuth, le fer ou le charbon. En cas de doute, on n'a qu'à laver les

1. Travail présenté aux « Journées Médicales » annuelles de la Société Médicale de Montréal, le 7 mai 1947.

selles; lorsqu'elles contiennent du sang, l'eau de lavage est sanguinolente.

La deuxième question à résoudre est: «D'où vient le sang?» Le sang rouge permet habituellement de localiser le siège de l'hémorragie dans une des parties terminales du tube digestif, l'anus, le rectum ou le côlon. Il faut se rappeler cependant ici qu'une hémorragie de l'intestin grêle, si elle est abondante et est expulsée rapidement, peut se manifester sous la forme de sang rouge. Les déjections noirâtres indiquent une lésion assez élevée de l'intestin. Quand elles existent, on doit d'abord se demander si l'hémorragie n'a pas son siège plus haut que l'intestin. En effet les lésions gastro-duodénales sont une des causes bien plus fréquentes de mélæna que les lésions intestinales elles-mêmes et souvent un ulcère gastro-duodénal peut saigner considérablement sans que le malade vomisse de sang. Avant de conclure que l'hémorragie est bien intestinale, il faut avoir la preuve, par un examen clinique attentif, que le malade n'a pas de lésions gastriques, duodénales et œsophagiennes et qu'il n'a pas dégluti de sang provenant d'une lésion nasale ou pharyngienne. En cas de doute, une manœuvre très simple peut rendre des services, le passage d'un tube de Levine dans l'estomac. Si le tube ne ramène pas de sang, la lésion siège sur l'intestin.

Enfin la troisième question à résoudre est la recherche de la cause de l'hémorragie. L'étiologie constitue le chapitre le plus important des hémorragies intestinales. En effet, les hémorragies d'origine intestinale ont des causes extrêmement nombreuses. On peut les diviser en deux grandes classes: celles qu'on rencontre au cours de certaines affections générales et celles qui sont sous la dépendance plus directe de lésions ou d'affections localisées au petit et au gros intestin. Nous nous arrêterons très peu sur les affections générales qui peuvent donner des hémorragies intestinales. Certaines de ces affections d'ordre hépatique et sanguin ont été étudiées par nos collègues conférenciers. Nous devons cependant mentionner que des entérorragies peuvent quelquefois survenir au cours de certaines maladies infectieuses, comme les fièvres éruptives, la diphtérie maligne et surtout la fièvre typhoïde. Retenons également que certaines intoxications par le mercure et même certaines intoxications alimentaires peuvent donner des diarrhées sanglantes, que certaines cardiopathies, certains cas de parasitose intestinale et certains cas de brûlures étendues peuvent être accompagnées d'hémorragies intestinales.

Parmi les hémorragies qui proviennent de lésions ou d'affections localisées à l'intestin, il y a d'abord *les hémorragies consécutives à certains traumatismes.* Les plaies pénétrantes de l'abdomen avec perforation de l'intestin peuvent quelquefois s'accompagner d'entérorragie intense alors que l'hémorragie intrapéritonéale reste minime. Les contusions de l'abdomen peuvent provoquer des déchirures intestinales accompagnées d'hémorragies parfois considérables. Il faut noter également ici les entérorragies postopératoires qui peuvent survenir à la suite d'interventions sur l'intestin grêle et le côlon. Enfin il convient peut-être de placer dans les hémorragies intestinales consécutives aux traumatismes celles qui surviennent à la suite de la déglutition de certains corps étrangers, celles qu'on rencontre après l'absorption de certaines substances caustiques et celles occasionnées par un calcul biliaire dans la période immédiate qui précède l'iléus.

La deuxième classe des hémorragies consécutives à des lésions intestinales est constituée par les *hémorragies qu'on peut rencontrer au cours de certains syndromes d'occlusion intestinale.* L'hémorragie est alors la plupart du temps la conséquence d'ulcération de la muqueuse, ulcération d'ordre ischémique. Les entérorragies survenant à la suite de hernie étranglée ou de volvulus intestinaux sont rares, mais elles peuvent exister. Par contre, dans l'invagination intestinale aiguë, surtout chez le jeune enfant, l'hémorragie intestinale est assez fréquente, bien que rarement con-

sidérable. Cette hémorragie peut constituer un excellent élément de diagnostic. Il ne faut pas attendre, cependant, qu'elle se manifeste par l'émission de sang par l'anus; il faut l'identifier pour gagner du temps, avec le doigt à l'intérieur du rectum.

On a beaucoup discuté sur la présence du symptôme d'hémorragie dans l'infarctus intestinal: certains auteurs la nient, certains autres l'ont rencontrée surtout quand la thrombose mésentérique était d'origine veineuse.

La troisième classe des *entérorragies se rencontre au cours de certains syndromes dysentériformes*. Les dysenteries aiguës et les dysenteries amibiennes peuvent quelquefois s'accompagner d'hémorragies intestinales, rarement cependant abondantes. Dans la tuberculose intestinale, les selles sont assez souvent striées de sang, mais les hémorragies véritables, excepté à la période terminale, sont assez rares. Dans la recto-côlite ulcéreuse l'hémorragie est un des symptômes les plus importants de la maladie à ce point qu'on appelle aussi cette maladie la recto-côlite hémorragique. Les hémorragies dans la recto-côlite ulcéreuse peuvent être profuses et même quelquefois mortelles.

Enfin la quatrième et dernière classe *des hémorragies intestinales se rencontre dans les affections chroniques du tube digestif*. Ces affections peuvent siéger au niveau de l'anus et du rectum, au niveau du côlon et au niveau de l'intestin grêle.

Au niveau de l'anus, la fissure est une des causes fréquentes de la perte de sang. La perte de sang est toujours ici minime et le diagnostic est facile à faire à cause des douleurs et des brûlures qui accompagnent l'évacuation des selles. Les fissures, d'ailleurs, se reconnaissent aisément quand on déplisse la peau de la région anale. Les hémorroïdes, surtout les hémorroïdes internes, constituent une des causes les plus fréquentes du passage de sang par l'anus. Les hémorragies des hémorroïdes peuvent être quelquefois considérables, mais, même très modérées, elles sont dangereuses parce que, à cause de leur répétition, elles finissent par donner une anémie importante. Les hémorragies des hémorroïdes sont généralement faciles à reconnaître. Contrairement à ce qui se passe pour d'autres lésions du rectum, elles n'accompagnent ni ne précèdent l'évacuation des selles, elles la suivent et, comme disait un auteur, dans les hémorroïdes, « le sang rouge arrose les selles ». Il faut cependant, ici, se rappeler, pour éviter des erreurs graves de diagnostic, que les hémorroïdes, à cause de leur fréquence, peuvent coexister avec d'autres lésions néoplasiques situées plus haut sur le trajet du côlon.

Au niveau du rectum, certains cas de rectite idiopathique, certains cas de maladie de Nicolas Favre à localisation rectale et certains cas de varices peuvent occasionner des hémorragies, mais, le plus souvent, les hémorragies d'origine rectale sont le fait de lésions néoplasiques. Les tumeurs villeuses, à un certain stade de leur évolution, peuvent donner en plus des symptômes de diarrhées et d'émission de mucus des hémorragies. Les polypes du rectum, les adénomes, les papillomes, s'accompagnent souvent de selles sanglantes. La plupart du temps la perte de sang est même le seul symptôme que nous ayons de leur présence. Cette notion est importante à connaître, car, si ces tumeurs restent longtemps bénignes, elles finissent presque toujours par se cancériser. L'épithélioma du rectum constitue une des causes importantes des hémorragies rectales. Malheureusement, on ne peut dire que l'hémorragie soit au nombre des symptômes vraiment précoces du cancer rectal; elle n'apparaît que quand le cancer a dépassé la couche muqueuse de l'organe. Cependant l'hémorragie constitue un symptôme très précieux, parce que très objectif, et très souvent ce sera l'hémorragie qui amènera le malade à consulter, à une période où le cancer est encore opérable. L'hémorragie dans le cancer est rarement considérable, du moins au début. Le sang, toujours de couleur rouge, se collecte dans le rectum, dans l'intervalle des selles, et est expulsé au dehors habituellement

avant le passage du bol fécal. Dans les cancers du rectum très avancés, les hémorragies profuses et répétées sont presque la règle et il n'est pas rare qu'elles soient la cause immédiate de la mort des malades.

Au niveau du côlon, il existe quelquefois une maladie appelée la polypose colique. Cette maladie est constituée par la présence d'un très grand nombre de polypes sur le trajet du côlon et aussi du rectum. La polypose donne comme symptôme des troubles de l'évacuation, des douleurs, mais elle donne également des hémorragies qui sont cependant en général de moyenne intensité.

Les ulcères simples peuvent se rencontrer de temps en temps sur le trajet du côlon et, comme tous les ulcères, ils peuvent à un moment donné de leur évolution occasionner des hémorragies. Nous avons parlé tout à l'heure de la côlite ou plutôt de la recto-côlite ulcéreuse. Retenons que, dans cette maladie, l'hémorragie est la règle. Retenons aussi que, de toutes les affections chroniques de l'intestin, la côlite ulcéreuse est peut-être la cause la plus fréquente des hémorragies massives et même quelquefois fatales.

La diverticulose aiguë du côlon ou la sigmoïdite aiguë d'origine diverticulaire est une maladie assez fréquente. Avant la période des complications, qui sont l'occlusion intestinale, la perforation, la péritonite, les abcès, les fistules, le diagnostic n'est pas toujours facile. Au début, il n'y a que la douleur dans la fosse iliaque gauche, la fièvre, la parésie intestinale et dans 20% des cas la présence de sang habituellement rouge dans les selles.

L'endométriose du côlon peut quelquefois s'accompagner d'hémorragie. Ce n'est pas une maladie fréquente: nous en avons à date rencontré trois cas; mais cette maladie est intéressante à connaître en ce sens que les hémorragies, quand elles se produisent, surviennent au moment des menstruations. Le tissu endométrial greffé sur le côlon subit les mêmes transformations de prolifération et de régression que la muqueuse intra-utérine et les hémorragies peuvent apparaître dans le côlon en même temps que dans l'utérus.

Comme le cancer du rectum, le cancer du côlon est très souvent accompagné d'hémorragies. Excepté à la période terminale, ces hémorragies sont rarement considérables. Les pertes de sang, dans le cancer du côlon, s'accompagnent habituellement de glaires, de mucus et de diarrhées qui alternent avec des périodes de constipation. L'hémorragie, dans le cancer du côlon, ne constitue pas à proprement parler une complication; elle constitue plutôt un précieux élément de diagnostic. Dans le cancer du côlon droit et du cæcum, l'anémie souvent caractéristique des malades n'est pas toujours en rapport avec la perte de sang. L'anémie dans ces cancers est plutôt le fait d'une intoxication dont le point de départ est l'absorption des poisons intestinaux au niveau de la tumeur qui est habituellement volumineuse et ulcérée. Les hémorragies, dans les lésions du côlon, sont constituées tantôt par du sang rouge, tantôt par du sang noir, noir quand la lésion est près du cæcum et rouge quand elle se rapproche du rectum.

Dans les lésions ou affections de l'intestin grêle, l'hémorragie, excepté quand elle est profuse, est toujours constituée par du sang noir, c'est-à-dire par du sang altéré ou digéré. Au niveau de l'intestin grêle, à environ une quinzaine de pouces du cæcum, il existe chez certains individus une malformation, le diverticule de Moeckel. Le diverticule de Meckel peut occasionner de l'occlusion intestinale par strangulation, invagination ou volvulus; il peut se compliquer d'inflammation et de perforation. Il peut également être le siège, dans certains cas, d'un ulcère peptique et cet ulcère comme les ulcères gastro-duodénaux peut quelquefois donner des hémorragies considérables et même mortelles si elles ne sont pas traitées à temps.

L'iléite régionale, ou maladie de Crohn, est une maladie dont la symptomatologie n'est bien connue que depuis une quinzaine d'années. Les principaux signes en sont l'anémie, l'amaigrissement, les crises douloureuses, les

diarrhées et les poussées de fièvres. L'hémorragie n'est pas un symptôme très fréquent, mais elle peut exister et dernièrement nous avons lu chez un auteur américain l'observation d'un cas d'iléite terminale où le seul symptôme avait été le passage d'environ deux pintes de sang par l'anus.

Le cancer de l'intestin grêle est assez rare; il est trente-cinq fois moins fréquent que le cancer du gros intestin. Quand il existe, sarcome ou épithélioma, il peut occasionner des hémorragies qui sont quelquefois très graves. Ce qui est un peu plus fréquent sur l'intestin grêle, ce sont les tumeurs bénignes. Ces tumeurs bénignes peuvent être des lipomes, des hémangiomes, des fibromes purs, des léiomyomes, et un peu plus fréquemment des neurofibromes et des adénomes. Quand les adénomes sont multiples, ce qui est généralement le cas, on nomme alors la maladie l'adénomatose du grêle. Toutes ces tumeurs peuvent donner comme symptômes des troubles du transit intestinal, mais elles donnent encore plus souvent comme symptômes des hémorragies qui peuvent être modérées et s'étendre sur une période de plusieurs années ou peuvent être profuses et même quelquefois fatales.

Comme nous voyons, les causes des hémorragies intestinales sont très nombreuses et le diagnostic, en présence d'un cas d'entérorragie, n'est pas toujours facile. Pour bien établir ce diagnostic, il faut se rappeler les symptômes des différentes maladies que nous avons énumérées, mais il faut aussi faire un examen objectif complet du malade. La simple inspection de la région anale pourra nous révéler une fissure, une hémorroïde externe thrombosée. Les hémorroïdes internes, qui sont une des causes très fréquentes des hémorragies intestinales, se reconnaissent difficilement au toucher. Elles se montrent habituellement à l'extérieur si on a soin d'examiner les malades immédiatement après la défécation.

Le toucher rectal nous permettra de sentir les lésions néoplasiques du rectum, surtout l'épithélioma, qui est si fréquent. L'examen rectoscopique de l'ampoule rectale et de la terminaison du côlon nous permettra de voir des tumeurs que nous ne pouvons atteindre au toucher et nous révélera quelquefois des lésions ulcéreuses hémorragiques. Pour les lésions organiques du côlon et du grêle, le palper abdominal pourra nous donner quelques renseignements, mais c'est surtout l'examen radiologique minutieux qui fera faire un diagnostic ou du moins l'orientera. Pour l'intestin grêle, quelquefois, il y aura avantage à faire l'examen radiologique, en se servant du tube de Miller Abbott. En présence d'un cas d'hémorragie intestinale, il est bon également de se rappeler par ordre de fréquence des lésions chroniques qui font saigner. La cause la plus fréquente des hémorragies profuses de sang noir, bien attendu après qu'on a éliminé les lésions gastro-duodénales, est la lésion tumorale du grêle, l'adénome et quelquefois l'épithélioma. L'hémorragie massive de sang rouge est le plus souvent occasionnée par la côlite ulcéreuse. Les hémorragies moyennes et petites de sang rouge sont causées le plus fréquemment par les hémorroïdes internes et, nous nous permettons de le souligner, le cancer du gros intestin.

Malgré un examen clinique attentif et complet, le diagnostic de la cause des hémorragies intestinales n'est pas toujours possible et il existe même actuellement plusieurs cas publiés, où ni à l'opération, ni même à l'examen post-mortem on n'a trouvé de lésions pour expliquer l'hémorragie. Ces hémorragies sans causes connues sont dites essentielles.

Le manque de temps ne nous permet pas d'insister sur le traitement des hémorragies intestinales. Le traitement de l'hémorragie aiguë elle-même sera le même, ou, à peu près, que celui des hémorragies gastro-duodénales, c'est-à-dire surtout à base de transfusions. Le traitement des lésions qui ont provoqué l'hémorragie sera quelquefois médical et bien plus souvent chirurgical. Dans les cas où on n'a pas réussi à trouver la cause de l'hémorragie, si l'hémorragie se répète, il ne faut pas hésiter à faire une laparotomie exploratrice et à rechercher, sur tout le trajet de l'intestin et en

particulier sur le grêle, la lésion qui a fait saigner.

J'ai dit tout à l'heure que certains cas d'hémorragies intestinales étaient de diagnostic difficile; je voudrais en terminant rapporter brièvement l'observation d'une malade que nous avons dû opérer pour des hémorragies. Il s'agit d'une patiente de vingt-sept ans, qui nous fut adressée à la fin de novembre 1944 pour une hémorragie rectale assez abondante: environ 800 c.c. de sang rouge. L'hémorragie survint brusquement sans aucun autre symptôme abdominal. Les globules rouges étaient à 2,400,000 et l'hémoglobine à 45. Tous les examens endoscopiques et radiologiques furent négatifs. Comme on ne put cliniquement trouver de cause ni d'origine sanguine, ni d'origine intestinale à l'hémorragie, la laparotomie fut décidée après trois ou quatre transfusions. Tout l'intestin grêle et le côlon furent explorés. Aucune tumeur, ni lésions inflammatoires. On trouva cependant un diverticule de Moeckel et on crut alors posséder la cause de l'hémorragie. Le diverticule fut réséqué; il contenait dans la lumière, à la partie distale, encore un peu de sang. Malheureusement, l'examen pathologique de la pièce ne révéla aucune ulcération sur la muqueuse qui était tantôt de type intestinal, tantôt de type stomacal et même duodénal, et on dut abandonner l'hypothèse d'un ulcère du diverticule de Moeckel comme cause de l'hémorragie. La malade, dans les mois qui suivirent l'opération, continua à passer un peu de sang rouge dans ses selles, environ tous les quinze jours. Au mois de février 1945, trois mois après l'opération, nouvelle hémorragie d'environ 500 c.c. avec une hémoglobine qui descend à 50%. De février 1945 à octobre 1946 la patiente saigna encore de temps en temps et son taux d'hémoglobine ne dépassait pas 65%, malgré le traitement médical. Depuis le mois d'octobre 1946, cependant, soit depuis sept mois, la malade semble guérie. Elle ne saigne plus, et actuellement son hémoglobine est à 84%, ses globules rouges à près de 4,000,000

LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES D'ORIGINE SANGUINE[1]

Léopold MORISETTE,
Anesthésiste à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

On m'a demandé de vous parler des hémorragies digestives d'origine sanguine. C'est sans doute pour tâcher de faire un symposium le plus complet possible qu'on y a inclus ce chapitre, car, en général, les hémorragies de cette nature n'ont rien qui les distingue comme telles des autres spoliations sanguines prenant naissance sur le tractus digestif.

Elles sont heureusement assez rares et je dis heureusement, car nous sommes impuissants à traiter efficacement un bon nombre des maladies causales qui nous intéressent.

Notre titre porte: « hémorragies digestives d'origine sanguine », mais en fait, nous nous occuperons des hémorragies d'origine vasculo-sanguine.

Nous allons les diviser au point de vue étiologique puis dire quelques mots sur chacune d'elles, avec suggestions thérapeutiques quand il y en aura.

* * *

Les hémorragies en question sont donc dues: 1° à des anomalies sanguines, et 2° à des anomalies vasculaires.

Anomalies sanguines

Eléments figurés du sang

Plaquettes — thrombocytopénie ou purpura thrombocytopénique:
- a) Essentiel
- b) Secondaire: leucémie myéloses aplastiques et intoxications.

Globules rouges — augmentés: polycythémie — diminués: anémie pernicieuse.

Anomalies plasmatiques

1° Modifications des facteurs de coagulation
- a) Afibrinogénémie
- b) Hémophilie
- c) hypovitaminose K

2° Intoxications — urémie

Anomalies vasculaires

1° Purpura non thrombocytopénique
Schenlein-Henoch;
Héréditaire

2° Télangiectasie
Héréditaire

3° Pseudo-hémophilie

4° Scorbut

Le purpura thrombocytopénique, comme d'ailleurs les autres variétés de purpura thrombocytopénique, peut donner des hémorragies à n'importe quel niveau du tube digestif. Ce sont des hémorragies par suintement en nappe, mais dans les régions accessibles à l'inspection, on peut voir un piqueté de pétéchies muqueuses. D'autre part, le diagnostic même purement clinique s'orientera vers le purpura en présence d'extravasations sanguines sous-cutanées.

La numération des plaquettes révélera un chiffre de moins de 100,000. Le temps de saignement sera augmenté. Le temps de coagulation normal. La rétractilité du caillot pauvre. Le signe du lacet ou de fragilité capillaire positif. On pourra peut-être palper une rate un peu augmentée de volume et une ponction sternale montrera, dans certains cas tout au moins, une hyperplasie mégakaruocytaire.

Si le diagnostic est bien établi après un nombre suffisant de transfusions pour contrôler la phase hémorragique aiguë, la splénectomie est indiquée et donne de beaux résultats dans la majorité des cas, même si les plaquettes retombent assez rapidement à leur taux préopératoire.

Les purpuras thrombocytopéniques secondaires ne sont pas toujours faciles à recon-

1. Travail présenté aux « Journées médicales » annuelles de la Société Médicale de Montréal, mai 1947.

naître, à moins qu'ils ne relèvent d'une dyscrasie sanguine comme les leucémies aiguës, la phase terminale d'une leucémie chronique, ou encore d'une myélose globale aplastique que l'histoire clinique et la formule sanguine mettront en évidence. Les thrombocytopénies toxiques sont parfois non diagnostiquées, même après un questionnaire serré.

Le point intéressant à noter ici, c'est le saignement des gencives qui peut être très important, soit: 1° sans grande modification dans leur aspect comme dans le purpura toxique ou infectieux. J'en ai observé un cas au début de ma pratique, secondaire à un syndrome de Libman-Sacks, avec lupus érythémateux, où les gencives saignaient autour de la couronne des dents, sans qu'on puisse leur trouver d'anomalie macroscopiquement décelable. Ou encore: 2° avec des lésions de gingivite ou d'angine fuso-spirillaire dans les cas de myélose globale où la neutropénie prive les tissus de leur défense contre les pathogènes de la bouche, ou enfin, avec un état spongieux d'aspect hyperplasique qui est si suggestif de leucémie à monocytes — surtout du type Schelling qu'on peut distinguer des gencives gonflées par hémorragies sous-muqueuses du scorbut.

Pour tout ce groupe, il faut selon l'usage traiter la cause, mais notre action doit se borner la plupart du temps à des transfusions palliatives.

La polycythémie ou maladie de Vaquez-Osler donne parfois des hémorragies à des niveaux variables, par thrombose dans le système-porte, ou encore, thrombose mésentérique. On sait en effet qu'une des plus redoutables complications de cette maladie est la tendance aux thromboses intravasculaires, grâce à l'augmentation de la viscosité sanguine. La thrombose du système-porte donne lieu à la formation de varices œsophagiennes dont l'ulcération provoque des hématémèses comparables à celles de la maladie de Banti; et la thrombose mésentérique, elle, se manifestera par de l'entérorragie. L'histoire du cas avec antécédents de rougeur exagérée des téguments et des muqueuses, céphalées, vertiges et surtout la constatation d'une formule sanguine normale après une perte de sang importante, une fois que l'hémodilution a eu le temps de se produire, oriente vers le diagnostic entérorragique. Le traitement de l'hémorragie dans ces cas est rarement nécessaire et il n'y a pas eu d'acquisition récente sur le traitement de la maladie de Vaquez. L'association de saignées répétées avec phénylhydrazine est suffisante dans la plupart des cas. La radiothérapie a amené certaines rémissions, de même que le phosphore radioactif. Les tumeurs recommandent une diète pauvre en fer.

On rapporte que l'anémie pernicieuse se complique parfois d'hématémèses. C'est certainement très rare et nous n'en avons jamais eu de cas. Cependant, on peut expliquer que l'association de plusieurs facteurs, tels: la thrombocytopénie, l'anoxémie tissulaire et l'état de gastrite atrophique réunis dans cette maladie puissent donner naissance à des lésions gastriques hémorragipares. Foie de veau et acide folique avec transfusions, s'il y a urgence, représentent l'un des rares traitements que nous puissions vous recommander comme efficaces dans le groupe de maladies dont nous nous occupons aujourd'hui.

Les modifications plasmatiques sont congénitales ou acquises. Les modifications acquises sont soit des déficiences comme les hypovitaminoses K et C ou des additions par intoxication comme l'urémie.

L'hypoprothrombinémie par manque de vitamine K vous a été exposée par le docteur Cantero. Le scorbut agit surtout par altération vasculaire. Nous en arrivons donc à l'urémie qui dans ce groupe-ci est l'intoxication la plus fréquente.

Il entre en jeu dans l'urémie plusieurs éléments dont l'état des vaisseaux et les lésions diffuses irritatives sur tout le trajet du tube digestif, attribués à un élément compensateur d'élimination à ce niveau. En fait, on ne démontre rien de bien significatif comme

altération des facteurs de coagulation, sauf parfois une fragilité capillaire exagérée. Je n'ai pas à vous proposer de traitement nouveau de l'urémie, si ce n'est le rein artificiel de Kolff, si jamais il nous était donné d'en avoir à notre disposition.

La maladie hémorragipare par excellence, c'est l'hémophilie. Elle est la plus populaire sinon la mieux connue, car on entend malheureusement des médecins parler d'hémophilie chez les femmes ou à propos de n'importe quelle tendance à saigner. L'hémophilie, maladie congénitale héréditaire, ne frappant en pratique que des mâles et transmise uniquement par les femmes, ne cause pas souvent d'hémorragie digestive à proprement parler, car les hémophiles saignent par traumatisme et rares sont les traumatismes du tube digestif, si on exclut la bouche. Nous avons vu quelques cas d'hématomes rétro ou intrapéritonéaux, mais pas de gastrorragie ni entérorragie dans les cas qui sont venus sous notre observation. La bouche, par contre, grâce à des morsures de langue ou de lèvres ou à des avulsions dentaires, a été le point de départ d'hémorragies fréquentes et parfois très graves.

L'hémophilie se reconnaît à l'allongement du temps de coagulation, en présence d'un temps de saignement normal, d'une prothrombine normale, etc. On en a fait une déficience en thromboplastine qu'on a reconnue comme une globuline du plasma. Cependant, des théories récentes ramènent sur le tapis la notion de substances anticoagulantes en excès, substances qui empêcheraient l'activation de la thromboplastine par la prothrombine. Elles seraient instables, car on n'a pu améliorer le temps de coagulation des hémophiles avec leur propre sang storé pendant 24 à 48 heures. Ici encore, le traitement ne comporte rien de nouveau en ce sens qu'il n'y a rien de vraiment efficace que les transfusions, sauf peut-être cette dernière notion ci-dessus qu'on peut faire des auto-transfusions à retardement, ce qui n'est probablement pas à conseiller en phase hémorragique grave.

L'autre altération plasmatique congénitale, c'est l'afibrigénémie qui est une affection heureusement très rare due à l absence ou à une déficience de fibrogène, ce qui amène un retard indéfini dans la coagulation du sang. En l'absence de toute autre cause reconnaissable et devant la constatation d'un sang qui ne coagule pas, il est bon de rechercher le fibrogène dont le dosage exact n'est pas facile, mais dont on peut se faire une idée par des méthodes de saturation du plasma ou encore par le chauffage à 60°C., quand on sait que le fibrogène coagule autour de 56°C. Le traitement consisterait à fournir du fibrogène et le seul moyen connu, c'est de transfuser.

Les purpuras non thrombocytopéniques, dont le syndrome de Schenlein-Henoch est le prototype, sont relativement rares et relèvent d'une réaction capillaire anaphylactoïde. Les hémorragies digestives sont d'habitude le fait clinique le plus saillant du purpura de Henoch qu'on reconnaîtra par la présence de plaquettes normales, d'un temps de saignement normal, mais de fragilité capillaire exagérée, quoique le signe de Rumpel-Leeds ne soit pas toujours positif. Le traitement ne saurait être que symptomatique et devrait consister surtout à la recherche et à l'éradication de foyers infectieux; et les transfusions ne sont indiquées que quand on a la main tout à fait forcée par une anémie secondaire grave.

Les télangiectasies héréditaires font saigner d'habitude surtout des voies respiratoires, grâce à la présence de formations vasculaires anormales, c'est-à-dire de petits angiomes sous-muqueux formés de veinules et capillaires dilatés, amincis et doublés d'une seule couche de tissu conjonctif. Tous les facteurs de coagulation sont normaux; cependant, il semble que la tendance à saigner s'accentue avec l'âge, et il n'y a aucun doute que certaines hématémèses ou melœnas inexpliquées soient attribuables à cet état de choses. Le

seul moyen de faire un diagnostic serait la présence de télangiectasies cutanées ou muqueuses vésiculaires, l'histoire antérieure d'hémorragies au niveau de ces angiomes reconnaissables et la notion d'antécédents héréditaires positifs. Le traitement consiste en tentative d'hémostase ou les moyens généraux ne peuvent jouer, vu l'absence d'anomalies des facteurs de coagulation. La cautérisation soit électrique soit chimique n'est pas à recommander, car elle entraîne des hémorragies au même point ou dans le voisinage après peu de temps; mais le radium en application a semblé donner d'excellents résultats à bon nombre d'auteurs. Contre l'anémie aiguë, il faut transfuser et, plus tard, on donnera du fer pour remplacer le pigment perdu.

Du scorbut, je n'ai rien d'intéressant à vous dire de plus que les quelques mentions que nous en avons faites ci-dessus, à propos des lésions des gencives. Il faut cependant y penser et s'attacher à obtenir des renseignements adéquats sur l'alimentation des patients, afin de mettre en évidence la possibilité de l'hypovitaminose et de pouvoir appliquer le traitement spécifique dans ces cas.

Enfin, la pseudo-hémophilie, qu'il ne faut pas confondre avec l'afibrogénémie comme le font les Allemands, mais qui consiste en des tendances hémorragiques souvent familiales frappant les deux sexes, manifeste surtout après des traumatismes et caractérisée par la prolongation du temps de saignement, avec des constatations normales pour les autres facteurs, sauf parfois le signe du lacet. Il nous a été donné de voir quelques cas, dont les deux frères, dont nous nous proposons de publier l'observation ailleurs. Ces jeunes gens ont été pris pour des hémophiles malgré la présence d'un temps de coagulation normal, mais leur comportement après avulsion dentaire avait été très suggestif d'hémophilie, à cause des hémorragies très abondantes qu'ils ont présentées. Glanzmann qui avait présenté une série de cas de ce genre en faisait une faiblesse constitutionnelle des plaquettes et les étiquetait thrombasthénie constitutionnelle; mais les travaux plus récents de MacFarlane semblent bien établir qu'il s'agit de modifications des capillaires et en étudiant sous le microscope les capillaires de ces patients, il les a trouvés d'aspect anormal et surtout il a démontré qu'ils ne réagissent pas normalement au traumatisme, car en les piquant on n'obtient pas les réponses de constriction et de rétraction qu'on trouve chez les sujets normaux. Il n'y a pas de traitement connu à date contre cette condition. Il faut transfuser autant que nécessaire et à moins que le nouveau médicament vasculaire de Squibb, la Rutin, ne fasse ses preuves, nous restons à date désarmés contre la pseudo-hémophilie.

En résumé, il y a intérêt, surtout en l'absence de cause évidente pous expliquer diverses hémorragies, à faire une étude du sang et des facteurs de coagulation, car dans certains cas, on y trouvera un diagnostic causal et parfois même quoique rarement hélas! une indication de traitement efficace.

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES POSTOPÉRATOIRES DE L'AMYGDALECTOMIE [1]

Marcel OSTIGUY,
Oto-rhino-laryngologiste à l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

L'amygdalectomie est l'opération la plus fréquente en Oto-Rhino-Laryngologie, et même dans toute la chirurgie. La complication la plus redoutable de cette intervention est l'hémorragie, qu'elle survienne immédiatement après ou dans les huit jours qui suivent. Elle vaut donc la peine d'être étudiée, et les moyens d'en diminuer la fréquence se commandent à notre attention. Elle est d'ailleurs, du point de vue du patient, une source de crainte, et nombreux sont ceux qui refusent l'intervention, de peur de saigner dangereusement surtout s'ils sont d'un certain âge, car la croyance est répandue, et avec raison, que la fréquence des hémorragies est en relation directe avec l'âge.

La littérature médicale abonde en articles sur ce sujet, et la majorité traite de l'emploi de coagulants. Que faut-il penser de l'emploi des coagulants comme préparation à une amygdalectomie? Nous ne croyons pas en leur usage « à l'aveugle », et nous entendons par là qu'il est illogique de prescrire une dose d'un coagulant quelconque et de procéder ensuite à l'opération. Que saurons-nous alors de l'effet du médicament sur le patient? Que saurons-nous du temps de coagulation et de saignement du patient avant et après l'administration du médicament? N'est-il pas plus sensé de s'enquérir d'abord du pouvoir coagulant du sang? L'épreuve est facile à faire même au bureau du médecin, à l'aide de tubes capillaires titrés qui se trouvent dans le commerce. Il n'y a qu'à piquer le bout du doigt, aspirer le sang dans la pipette, et à toutes les minutes briser un bout du tube. Aussitôt qu'un filet de sang s'étire entre les deux fragments, on note le nombre de minutes écoulées, ce qui donne le temps de coagulation. La normale est d'environ sept minutes. Si le sang coagule en dedans de ce temps, le malade est prêt à opérer. Car il n'est pas nécessaire et il est illogique d'« épaissir » un sang qui est déjà assez riche en coagulants. Si au contraire le sang prend plus de sept minutes à coaguler, c'est alors qu'il est recommandé d'employer des coagulants. Il faut ensuite reprendre l'épreuve afin de bien s'assurer que le remède a fait son œuvre. Nous avons d'ailleurs remarqué que les malades qui saignent ont très souvent un temps de coagulation et de saignement normaux.

Parmi les coagulants employés, le plus ancien est le chlorure ou le lactate de calcium. Sa valeur, à notre avis, laisse beaucoup à désirer. Au cours de nos examens de routine faits avant une amygdalectomie, nous avons constaté qu'un malade peut avoir une meilleure coagulation avant d'avoir pris du lactate de calcium qu'après en avoir pris. Chez un malade qui présente une anomalie du temps de coagulation ou de saignement, nous avons l'habitude de prescrire de la coagulène par voie hypodermique, mais il faut se rappeler que le maximum de l'effet de ce coagulant se fait sentir environ une demi-heure après son ingestion. Il est donc à propos d'en donner au moment précédant immédiatement l'opération. Une autre préparation qui s'avère d'une grande valeur est la vitamine K. Cette dernière a une action démontrée par des épreuves répétées pour élever le taux de la prothrombine dans le sang.

Le genre d'anesthésie employé a-t-il une influence sur la fréquence des hémorragies? Certains auteurs prétendent que l'anesthésie locale diminue l'abondance de l'hémorragie, à cause de l'adrénaline qui est présente dans

1. Communication aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1947.

la novocaïne. Tous ceux qui ont opéré des amygdales, en employant l'anesthésie locale, ont constaté ce fait. Mais l'ischémie produite par l'adrénaline peut devenir un écueil, en masquant l'hémorragie au moment de l'opération où elle peut facilement cesser, lui permettant de reparaître lorsque le sang reprend son cours normal, et alors que le malade est parfois loin de son chirurgien. L'anesthésie générale est donc toute aussi appropriée à l'amygdalectomie que la locale. Ce qui est à remarquer au sujet de l'anesthésie générale, c'est que si on l'emploie, elle doit être durable, c'est-à-dire qu'elle doit durer jusqu'à la fin de l'intervention, car il n'y a pas de chose plus difficile que d'essayer de faire une bonne hémostase chez un malade qui commence à se réveiller. On n'y voit rien. Si l'anesthésique employé est l'éther ou la mixture éther-chloroforme, le problème est de tenir endormi un malade qui a la bouche ouverte et aspire de l'air à pleins poumons. C'est à l'aide d'une pompe à succion électrique munie d'un compresseur à air qu'on y arrive. L'air sous pression barbotte dans l'éther et arrive dans un coin de la bouche du malade par une canule chargée de ce gaz. Point n'est besoin alors d'interrompre à tout moment l'opération pour reprendre l'anesthésie au masque. L'emploi du pentothal n'a pas cet inconvénient, étant donné par voie intraveineuse. Mais l'objection à son emploi est qu'il produit des spasmes glottiques qui mettent le malade en asphyxie. Il y a tout de même un moyen de prévenir cette asphyxie. C'est soit d'injecter du curare, ou bien d'opérer avec la tête en position déclive, pour éviter l'arrivée du sang jusqu'au larynx, et de donner en même temps de l'oxygène au malade pendant toute la durée de l'intervention. Le cyclopropane peut aussi être employé comme anesthésique, mais comme son action cesse dès que le masque est enlevé il doit être donné par voie intratrachéale.

Il est opportun d'insister sur l'importance d'un bon éclairage au cours de l'opération. C'est qu'il est essentiel pour obtenir une hémostase parfaite. Comme l'amygdale est placée au fond d'une cavité, il peut arriver qu'un vaisseau sanguin qui coule peut passer inaperçu si la visibilité nest pas parfaite. L'éclairage qui répond le mieux à ces exigences est encore, à notre avis, le miroir électrique de Clar. Le miroir frontal ordinaire a cependant un avantage: c'est que, n'étant pas électrique, il ne peut pas faire défaut au moment critique. Il demande toutefois de la part de l'opérateur plus d'habitude.

Un mot du choix de l'instrumentation. Le nôtre se porte vers le serre-nœud de Brown, parce qu'il coupe en écrasant et qu'il ne traumatise pas les tissus, si au préalable une bonne discision a été faite. A propos de discision, il est préférable d'employer un couteau dont le tranchant n'est pas trop aiguisé, car il faut se rappeler que la discision consiste à séparer une amygdale d'un pilier auquel elle n'est adhérente que par suite d'inflammations répétées, et non à couper à travers des chairs unies entre elles. Si par suite de ces adhérences un pilier est déchiré il faut le suturer, parce que c'est là une cause d'hémorragie, et aussi parce que ces déchirures, si elles ne sont pas réparées, amènent une dyssymétrie permanente dans l'apparence de la gorge. Le malade qui s'examine plus tard dans son miroir se demande la raison de cette dyssymétrie, et lorsqu'il montre son « opération » à ses amis c'est une piètre annonce pour son chirurgien.

Les instruments qui comme la guillotine de Sluder enlèvent l'amygdale en la coupant n'ont pas une action aussi hémostatique. Mais en chirurgie, il ne faut jamais comdamner une méthode en faveur d'une autre d'une façon trop absolue, car le meilleur instrument dans les mains d'un opérateur donné, est celui qu'il connaît le mieux, celui qu'il a employé le plus souvent.

Nous voici rendus à parler de la phase la plus importante de l'opération au point de vue prévention de l'hémorragie, celle de l'hémostase. Il faut ici condamner les méthodes désuètes qui consistaient à n'en faire aucu-

ne et à placer le malade dans une position apte à cracher ou vomir tout le sang dont il lui plaît de se débarrasser. C'est là un procédé qui ne se voit dans aucune autre chirurgie, et on est en droit d'être surpris comment en effet les hémorragies n'étaient pas plus fréquentes encore, lorsqu'on laissait au malade le soin de voir à fermer ses vaisseaux sanguins lui-même, par la seule élasticité de son tissu conjonctif et le pouvoir de coagulation de son sang.

Mais c'est là une chose du passé, dans la plupart des cas, et la plupart des chirurgiens d'aujourd'hui se donnent la peine de pratiquer une certaine hémostase. La méthode la plus simple est celle du tamponnement prolongé, à l'aide de tampons de gaze ou d'ouate, imbibés ou non d'agents coagulants. Parmi ces agents coagulants, on parle beaucoup aujourd'hui de la thrombine. Mais de l'aveu même de ceux qui la préconisent dans la littérature médicale, la thrombine n'est pas un hémostatique parfait. Elle doit surtout servir à obtenir un champ opératoire exsangue, pour faciliter la localisation des vaisseaux qui saignent afin de pouvoir les ligaturer. Nous croyons que son usage est surtout utile dans les hémorragies des végétations adénoïdes, là où les sutures sont impossibles. La thrombine doit être vaporisée et non appliquée par tampon, car en enlevant le tampon, on enlève aussi le caillot qui reste adhérent à la gaze.

Une autre méthode très employée est la suture des pilliers de l'amygdale à l'aide d'une soie passée dans les piliers de l'amygdale et les resserrant sur un tampon de gaze préalablement placé dans la loge amygdalienne. Cette technique a trois désavantages à notre avis. D'abord elle est douloureuse. Puis si elle n'est pas précédée d'une ligature préalable des vaisseaux, elle peut être insuffisante. Si elle l'est, la plaie ne devrait plus saigner, puisque les vaisseaux son refermés. Enfin elle peut devenir une menace d'asphyxie si le point de suture vient à céder par suite de sphacèle des tissus. Neumann, dans les Annales d'Oto-Rhino-Laryngologie françaises, 1933, rapporte un cas de mort par asphyxie à la suite d'entrée dans la trachée d'un tampon ainsi placé entre les piliers pour arrêter une hémorragie.

La méthode, que nous avons expérimentée et adoptée, consiste à fermer par une suture au catgut chaque point hémorragique qui peut être observé au fond de la plaie opératoire. Une pince est d'abord placée sur le vaisseau qui saigne puis une aiguille montée d'un catgut est passée en arrière de la pince dans les tissus, puis suturée. Ce procédé est répété tant que la plaie n'est pas exsangue. Il faut parfois jusqu'à plus de sept sutures pour chaque côté pour obtenir cet effet. Mais le temps consacré à cette procédure en vaut la peine. Le malade retourne à sa chambre sans cracher ni vomir parfois même une goutte de sang. Nous n'avons pas la prétention de dire qu'elle élimine complètement les hémorragies postopératoires, mais dans le cas de votre rapporteur, il a vu l'incidence des hémorragies, de un pour cent environ qu'elle était autrefois, tomber à un pour mille et moins depuis les quelques cinq ans qu'il emploie cette méthode.

C'est en observant ce qui se passe dans les autres domaines de la chirurgie que nous avons décidé d employer cette procédure. Le chirurgien qui ouvre un ventre n'oserait pas le refermer sans s'assurer que chaque vaisseau coupé est refermé par une ligature, sachant qu'une hémorragie tardive pourrait entraîner les pires conséquences, soit la péritonite ou même la mort. De même pour toutes les autres branches de la chirurgie. Alors pourquoi ne pas adopter pour l'amygdalectomie cette même technique, si elle met un terme à une grande cause de soucis pour l'opérateur.

Avant de conclure cet exposé, parlons un peu des hémorragies tardives, celles qui parviennent parfois jusqu'à huit jours après l'intervention. Elles se produisent lorsque tombe la fausse membrane qui se forme dans la loge amygdalienne. Elles sont moins fréquentes mais plus à craindre parce qu'alors

le chirurgien peut être rendu loin de son malade, surtout tant que les téléphones sans fil ne seront pas vulgarisés au point que le malade pourra rejoindre son médecin à tout moment, même dans sa barque de pêche, sur un lac des Laurentides.

Une des causes les plus fréquentes de cette complication tardive est l'emploi par le malade de gargarismes, que la chose ait été ou non prescrite. La vue d'une membrane grisâtre et l'odeur désagréable qui s'émane parfois de la plaie peuvent pousser le malade à vouloir se nettoyer la gorge pour mettre fin à ce qu'il croit être une situation anormale. Nous prenons toujours le soin d'avertir le malade de ne pas se gargariser, car il s'expose alors volontairement à une hémorragie possible.

Un autre procédé, qui nous a valu des hémorragies dans le passé, est l'emploi d'une gomme analgésique à base d'aspirine qui se trouve dans le commerce. Cette gomme, qui est un excellent analgésique, produit-elle l'hémorragie par suite de déglutition répétée de la part du malade? Nous l'ignorons. Ou alors est-ce la présence d'acide acétyl-salicylique dans ce produit qui est cause d'une hypothrombinémie? C'est l'opinion de Neivert, qui, dans un article publié dans les *Annals of Otolaryng*, juillet 1945, remarque des hémorragies postopératoires chez les malades qui font usage d'acide acétyl-salicylique ou de salicylates. A tout événement, nous l'avons proscrit de notre arsenal thérapeutique.

En conclusion, nous répétons que l'hémorragie postopératoire dans l'amygdalectomie peut et doit être évitée dans la plupart des cas par:

1. Un examen du sang du malade, et prescription, s'il y a lieu, de coagulants.
2. Un questionnaire du malade pour éviter l'opération en état de menstruation, d'infection, ou d'altération du sang.
3. Un bon éclairage.
4. Une instrumentation et une technique non traumatisante.
5. Une hémostase parfaite par des points de suture au catgut.
6. Repos absolu de la région dans les jours qui suivent. (Abstention de gargarisme, de gomme analgésique, de glace à sucer)

Nous croyons que les précautions énumérées plus haut diminueront à un haut degré les alertes au chirurgien qui les emploiera, et nous espérons que nos remarques auront aussi quelque utilité pour le praticien qui a souvent affaire à ces malades, soit pour les préparer à une intervention d'amygdalectomie, soit parce qu'ils sont appelés chez un malade qui saigne par suite d'une telle intervention.

MOUVEMENT BIOLOGIQUE

LES VIRUS DE L'INFLUENZA DE L'HOMME ET DU "HOG-FLU" [1]

Paul MAROIS.

Charles Nicolle, à l'occasion de ses travaux sur le typhus exanthématique a introduit en pathologie la notion d'infection inapparente. Il a de plus, envisagé une évolution historique du pouvoir pathogène des bactéries, protozoaires et virus. La parenté de certains virus qui infectent actuellement des espèces différentes présente un intérêt scientifique évident. L'étude de cette parenté peut conduire à des acquisitions d'une grande importance pratique. N'est-ce pas, en effet, une parenté de ce genre qui existe entre le virus de la variole et celui de la vaccine?

Nous voulons parler aujourd'hui des rapports qui peuvent exister entre les virus de l'influenza de l'homme et le virus de l'influenza du porc.

L'homme a introduit l'anthropocentrisme jusqu'en pathologie: il est souvent question des maladies des animaux transmissibles à l'homme. On se soucie beaucoup moins des infections de l'homme transmissibles aux animaux. Le problème que nous nous proposons d'examiner ensemble, constitue probablement un de ces cas d'échanges d'infection, dont l'importance ne saurait être mésestimée tant en hygiène humaine, qu'en hygiène animale.

L'existence de relations étiologiques entre le virus de l'influenza de l'homme et celui de l'influenza du porc repose sur deux ordres de fait;

1° Un synchronisme frappant entre certaines grandes épidémies d'influenza et l'apparition d'épizooties chez le porc.

2° La présence chez l'homme, d'anticorps neutralisant le virus porcin.

L'influenza des porcs est une maladie infectieuse aiguë et saisonnière des voies respiratoires. Le tableau clinique est à peu près celui rencontré dans la maladie de l'homme: hyperthermie frisson, courbature, inappétence, abattement. La maladie apparaît et disparaît brusquement et se prolonge par une longue convalescence.

La connaissance de l'influenza humain remonte aussi loin que le début du 16e siècle. L'influenza des porcs n'a été reconnu et décrit pour la première fois qu'en 1918 par J. S. Koen (1), dans l'Etat d'Iowa (4), alors que sévissait la grande pandémie d'influenza humain.

L'apparition d'une maladie nouvelle chez les porcs concurremment avec une maladie semblable chez l'homme suggéra à M. Koen la possibilité d'une transmission de la maladie par l'homme. Il donna à cette affection, le nom de « Hog-Flu » ou influenza du porc.

L'étiologie du « Hog Flu » serait à elle seule une raison de soupçonner la parenté avec celle de l'influenza de l'homme. Il s'agit, en effet, dans les deux cas, d'une synergie entre un virus filtrable et une bactérie hémophile. Le virus de l'influenza du porc a été isolé par R.E. Shope (2), et la bactérie (*Hémophilus influenzae suis*), par Lewis et Shope. (3).

L'agent bactérien du complexe étiologique est un bâtonnet gram-négatif non mobile et hémoglobinophile.

Il n'est pas pathogène pour le porc lorsque administré en culture pure par voies respiratoires.

Le virus de Shope est pathogène pour la souris blanche (5,6,), et le furet (7,8,), aussi

1. Présenté à « Micro-hebdo-actualités », Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, le 20 novembre 1946.

bien que pour le porc. L'Instillation du virus au porc par voie nasale provoque l'apparition d'un malaise léger appelé «maladie filtrante», et dont les symptômes cliniques ne ressemblent en rien à ceux de l'influenza épizootique.

L'administration de virus par voie nasale à la souris et au furet, dont, la résistance générale et locale a été diminuée à la suite d'anesthésie préalable, provoque presque toujours une pneumonie mortelle. (5)

Cependant, les porcs soumis à l'instillation intranasale du complexe étiologique virus-bactérie présentent, après une période d'incubation de 24-48 heures, des symptômes cliniques tout à fait semblables à ceux rencontrés dans l'influenza épizootique. Cette infection expérimentale est de plus très contagieuse. Des porcs placés au contact de ces animaux d'expériences présentent au bout de quatre jours en moyenne (4) les mêmes symptômes que ces derniers. Les effets synergiques de l'*hémophilus influenzae suis* et du virus de l'influenza des porcs rencontrés chez ces derniers peuvent être reproduits par l'inoculation de ces agents dans la membrane chorioallantoïdienne de l'embryon de poulet âgé de 9-10 jours.

L'infection combinée de l'embryon présente une mortalité plusieurs fois la somme des agents individuels. Leur action combinée représente la maladie naturelle des porcs en causant une destruction sélective des poumons (9,10). L'Hémophilus tué par la chaleur est aussi actif que la bactérie vivante.

Examinons maintenant quelles relations morphologiques et immunologiques existent entre des différents virus de l'influenza humaine et porcine.

D'un point de vue général, le virus de l'influenza des porcs est plus étroitement lié aux virus A et B de l'influenza humain qu'ils ne le sont entre eux. Considérés du point de vue morphologique, les trois virus ne se distinguent pas entre eux. Les dimensions des virus présentent, toutefois, quelques différences, bien que les virus A et celui de Shope soient à peu près de même dimension (11).

Les mensurations, telles qu'établies par le microscope électronique sont les suivantes:

Virus A:	77.6 mu
Virus B:	98 mu
Shope :	78.3 mu

Les calculs de la constante de sédimentation des différents virus fournit les mesures suivantes:

Virus A:	80 mu
Virus B:	100 mu
Shope :	81.5 mu

L'infection créée, chez le furet par l'inoculation du virus de l'influenza du porc ne se distingue en rien de celle qui est consécutive à l'inoculation des virus de l'influenza humain (7). Le virus de l'influenza humain combiné avec l'*hémophilus influenzae* produit, chez les porcs, la même maladie que le virus de Shope combiné avec la bactérie.

Les porcs devenus résistants à la souche humaine à la suite d'une infection à ce virus combiné à l'*hémophilus influenzae suis* le sont ordinairement aussi contre le virus de Shope. Toutefois, les porcs guéris d'une infection à virus de Shope deviennent aussi réfractaires au virus humain. La neutralisation du virus de l'influenza de l'homme et du virus de l'influenza du porc apporte aussi de nouveaux arguments en faveur de la parenté de ces virus qui doivent posséder des constituants antigéniques communs. (14).

De plus, les caractères *sérologiques* du virus de Shope permettent de le classer dans la même catégorie que le virus humain, (7,15.16,) au point que si on en avait signalé le présence chez l'homme avant qu'il soit découvert chez le porc, on n'aurait certainement pas hésité à le classer comme un type de virus de l'influenza humain.

A la suite de la suggestion de M. J.-S. Koen, plusieurs chercheurs ont essayé de retrouver, dans le virus de l'influenza du porc, une forme de virus humain ou bien une modification de ce virus, à la suite d'une

adaptation continue et prolongée dans l'organisme du porc. En résumé, si l'on considère 1° la présence d'une bactérie semblable au B. de Pfeiffer dans le complexe étiologique de l'influenza des porcs — 2° les caractères morphologiques et immunologiques communs des virus humain et porcin — 3° les propriétés pathogènes communes — 4° la présence, dans le sérum, de plusieurs personnes adultes de substances qui neutralisent le virus de Shope (17-18) et 5° l'apparition, chez les porcs, de deux institutions américaines durant l'hiver (1936-1937) d'une infection à virus A de l'influenza humain à la suite d'une épidémié sévissant chez les employés de ces institutions (19), il est permis de penser à la possibilité d'une transmission de l'influenza humaine au porc lors de la pandémie de 1918, et, que le virus responsable de cette infection d'il y a un quart de siècle, soit aujourd'hui la souche porcine actuelle d'une modification de celle-ci. Une réponse logique à cette hypothèse devra nécessairement attendre l'apparition d'une pandémie éventuelle semblable à celle de 1918.

Epizootologie de l'influenza des porcs.

Le continent américain a reconnu régulièrement, depuis 1918, la présence d'épidémies saisonnières d'influenza du porc (14,20,21,22). L'influenza des porcs est une maladie largement contagieuse se propageant avec une grande rapidité et dont l'explication suggère des foyers multiples de dissémination. L'épizootie se limite ordinairement au mois d'octobre, novembre et décembre pour disparaître jusqu'à l'automne suivant. Cette distribution périodique et saisonnière fut l'objet des recherches de Shope qui en trouva une solution des plus classiques. Il constata la présence de l'*hémophilus influenzae* chez les porcs durant l'année entière, cependant que la présence du virus était limitée à certains mois.

Les virus appartiennent à la classe des parasites stricts. Leur subsistance nécessite donc un être vivant pour en assurer le cycle épidémiologique. L'absence du virus de Shope chez les porcs entre les épizooties a dirigé les chercheurs vers la recherche d'un hôte intermédiaire pouvant assuré le cycle épidémiologique de ce virus.

Les recherches du Shope (22,23) ont démontré la présence de deux hôtes intermédiaires. Le premier est une nématode parasite des bronchioles à la base des poumons du porc (*Métastongylus Elongatus*) qui ingère le virus; celui-ci se transporte dans les œufs, puis dans les larves qui, après éclosions, sont rejetées par les voies respiratoires ou digestives. Ils sont par la suite ingérés par le second hôte intermédiaire, les vers de terre, qui hébergent les virus d'une saison à l'autre. Les porcs, en ingérant ces vers de terre se contaminent et, à la faveur d'une cause prédisposante, telle le froid, l'humidité ou encore expérimentalement l'inoculation d'*Hémophilus influenzae* ou par l'injection de Cl_2Ca, développent les formes typiques de l'influenza.

Immunisation.

Les recherches immunologiques effectuées en vue de la prophylaxie du « Hog Flu » ont fournit d'utiles renseignements sur la valeur des différentes vaccins.

L'immunité conférée à la suite de l'infection naturelle n'est pas durable, puisque le même animal contracte la maladie plusieurs fois durant sa courte vie économique. Du complexe étiologique de l'influenza, seul le virus a une valeur prophylactique (24) ce qui peut être retenu en vue de la prophylaxie de l'homme.

La bactérie employée comme vaccin modifie le cours de la maladie mais ne la prévient pas (24). Les expériences de I.-W. McLean et ses collaborateurs (25) démontrent l'avantage de l'emploi d'un virus formolé à doses petites et répétées sur l'emploi d'une seule grande dose. Ce mode de vaccination se traduit chez les porcs par un accroissement plus grand et une persistance plus longue du titre des anticorps. Le virus traité par les rayons ultra-violets présente les mêmes avantages que le virus formolé, et l'absorption du virus

sur l'alun ne favorise pas sensiblement le taux ni la persistance des anticorps.

Ce problème de pathologie animale relativement peu connu, mérite d'être étudié, car de sa solution peuvent dépendre les progrès de nos connaissances sur l'étiologie, l'épidémiologie et la prophylaxie de l'influenza.

BIBLIOGRAPHIE

1. M. DORSET, C. N. McBRYDE et W. B. NILES: « Remarks on "hog flu" » *J.Am. Vet. Assn.*, **62**: 162, 1922.
2. R. E. SHOPE: « Swine influenza III — Filtration experiments and Etiology. » *J. Exp. Med.*, **54**: 373, 1931.
3. P. A. LEWIS et R. E. SHOPE: « Swine influenza II — A Hemophilic Bacillus from the Respiratory Tract of Infected Swine. » *J. Exp. Med.*, **54**: 361, 1931.
4. C. N. McBRYDE: « Some observations on "hog flu" and its seasonal prevalence in Iowa. » *J. Am. Vet. Med. Assn.*, **71**: 368, 1927.
5. C. H. ANDREWES, P. P. LAIDLAW et W. SMITH : « The susceptibility of Mice to the viruses of human and Swine influenza. » *Lancet*, **2**: 859, 1934.
6. R. E. SHOPE: « The infection of mice with Swine influenza virus. » *J. Exp. Med.*, **62**: 561, 1935.
7. W. SMITH, C. H. ANDREWES et P. P. LAIDLAW: « A virus obtained from influenza patients. » *Lancet*, **2**: 66, 1933.
8. R. E. SHOPE: « The infection of Ferrets with Swine influenza virus. » *J. Exp. Med.*, **60**: 49, 1934.
9. F. B. BAUG: « Synergistic action of hemophilus influenzae suis and the Swine influenzae virus on the chick embryo. » *J. Exp. Med.*, **77**: 7 (janv.) 1943.
10. F. B. BAUG: « Synergistic action of hemophilus influenzae suis and the Swine influenzae virus on the chick embryo — II. » *J. Exp. Med.*, **78**: 9 (juillet) 1943.
11. A. R. TAYLOR, D. G. SHARP, I. W. McLEAN, D. BEARD, J. W. BEARD, J. H. DINGLE et A. E. FELLER: « Purification and character of Swine influenzae virus. » *J. Immunol.*, **48**: 361 (janv.) 1944.
12. R. E. SHOPE: « Immunological relationship between the Swine and human influenza virus in Swine. » *J. Exp. Med.*, **66**: 151, 1937.
13. R. E. SHOPE: « Serological evidence for the occurence of infection with human influenza virus in Swine. » *J. Exp. Med.*, **67**: 739, 1938.
14. T. FRANCIS Jr. et R. E. SHOPE: « Neutralization tests with sera of convalescent or immunized animals and the viruses of Swine and human influenza. » *J. Exp. Med.*, **63**: 645, 1936.
15. W. SMITH, C. H. ANDREWES et P. P. LAIDLAW: « Influenza : Experiments on the immunization of ferrets and mice. » *British J. Exp. Path.*, **16**: 291, 1935.
16. R. M. TAYLOR, M. DREGUSS et F. De RITIS: « Antigenic behavior of certain Hungarian strains of epidemic influenza virus. » *Am. J. Hyg.*, **31**: (B) 36, 1940.
17. C. H. ANDREWES, P. P. LAIDLAW et W. SMITH: « Influenza : Observation on the recovery of virus from man and on the antibody. » *Brit. J. Exp. Path.*, **16**: 566, 1935.
18. R. HARE et W. C. RICHM: « Terms variations in the titer of neutralizing antibody for influenza virus in the sera of adults and children. » *J. Immunol.*, **40**: 253, 1941.
19. R. E. SHOPE: « Serological evidence for the occurrence of infection with human influenza virus in Swine. » *J. Exp. Med.*, **67**: 739, 1938.
20. C. N. McBRYDE, W. B. NILES et H. E. MOSKEY: « Investigations on the transmission and etiology of "hog flu". » *J. Am. Vet. Med. Assn.*, **73**: 331, 1928
21. W. H. DREKER: « Swine diseases as we find them in the field. » *J. Am. Vet. Med. Assn.*, **61**: 178, 1922.
22. R. E. SHOPE: « The swine lungworm as a reservoir and intermediate host for swine influenza virus. II. The transmission of swine lungworm. » *J. Exp. Med.*, **79**: 49, 1941.
23. R. E. SHOPE: « Swine influenza. » — 13 mai 1942 pp. 85-109 *in Virus Diseases*, by Members of the Rockefeller Institute for Medical Research. Cornell University Press. 1943.
24. W. A. HAGAN: « Swine influenza. » pp. 603-608, *in The Infections Diseases of Domestic Animals*, by Hagan, W. A., 1943.
25. I. W. McLEAN Jr. et Al: « Antibody response of swine to vaccination with inactivated swine virus. *Science*, **101**: 544, 1945.

PROTOZOAIRES INTESTINAUX CHEZ L'HOMME AU CANADA [1]

L.-P.-E. CHOQUETTE [2]

Les protozoaires intestinaux que l'on trouve chez l'homme au Canada se repartissent dans trois grands groupes: Amibes, Flabellés et Infusoires. On trouve fréquemment 4 espèces appartenant à l'ordre des amibiens, 2 de l'ordre des flagellés et très rarement une espèce de l'ordre des infusoires. Seuls l'infusoire *Balantidium coli* et une amibe à quatre noyaux, *Entamœba histolytica,* sont définitivement reconnus comme pathogène pour l'homme.

Balantidium coli est un parasite très commun chez le porc mais rarement rencontré chez l'homme au Canada. Quant à *Entamœba histolytica* sa présence est beaucoup plus fréquente. En effet, les statistiques coprologiques du Canada établissent à 2% l'infection amibienne de la population (1). Le taux d'infection est beaucoup plus élevé chez les groupes de personnes vivant en commun, e.g.: asiles de vieillards, orphelinats, pensionnats, etc., ainsi que le démontrent certaines études faites au pays (8), (9). Une enquête poursuivie dans les grands hôpitaux révèle que de 1936 à 1945, 162 personnes furent hospitalisées pour cause de dysenterie amibienne. Pour la période 1940-1943, le Bureau des Statistiques Vitales du Dominion rapporte 14 décès dus à la dysenterie amibienne. Certains auteurs, cités par Miller (1), ont démontré qu'à Montréal 11.6% de 1,075 patients présentant des troubles de l'appareil digestif, étaient des porteurs d'amibes à quatre noyaux. Il ne fait aucun doute que si les examens appropriés étaient toujours faits, un assez fort nombre de porteurs présentant des symptômes cliniques seraient dépistés.

Il ressort clairement de l'étude des statistiques qu'il y a une énorme différence entre le grand nombre, porteurs sans symptômes, et le nombre plutôt restreint de porteurs atteints de dysenterie. Un autre fait qui a attiré l'attention des parasitologues, c'est la fréquence de la dysenterie amibienne à l'état aigu dans les pays exotiques et son infréquence sous cette forme dans les pays de la zone tempérée. Divers auteurs ont tenté d'expliquer ces faits par différentes théories basées sur l'unicité ou la pluralité de l'amibe à quatre noyaux.

La plupart des auteurs croient que les kystes à quatre noyaux appartiennent à une seule et même espèce dont le pouvoir pathogène varie selon les circonstances. Ainsi, un grand nombre d'individus peuvent héberger l'amibe dysentérique sans présenter de symptômes mais sous l'influence d'une cause déterminante (refroidissement, surmenage, déficiences alimentaires) etc., la maladie se déclare. Deschiens, *et al* (2,3,4,) ont démontré le rôle que peut jouer la flore bactérienne dans l'amibose intestinale. D'après Meleney et Frye (5), il n'y a qu'une espèce,*Entamœba histolytica,* mais qu'il existe plusieurs souches de cette amibe ne variant entre elles que par leur degré de virulence. Selon ces auteurs, l'amibose intestinale ne se manifeste que dans les cas où le parasite est suffisamment virulent. Cependant, selon Craig et Faust (6), l'amibe *E. histolytica* étant un parasite obligatoire est toujours pathogène pour l'hôte qui l'héberge; ainsi, d'après ces auteurs, il n'existerait réellement pas de « porteurs vains » car dans tous les cas, il y aurait lésion des tissus de l'hôte. Pour d'autres auteurs, il existe des « porteurs sains » et leur grand nombre s'explique si on veut admettre le principe de la pluralité des amibes à quatre noyaux i.e. que seuls ceux qui hébergent la

1. Présenté à « Micro-hebdo-actualités », Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, le 4 décembre 1946.

2. Research Assistant, Institute of Parasitology, Macdonald College, of McGill University. Chargé de cours, Ecole d'Hygiène de l'Université de Montréal.

véritable amibe dysentérique présentent des symptômes. Ainsi, Kuenen, Swellengrebel, Noller et Brumpt (7) admettent que les kystes amibiens à quatre noyaux proviennent de plusieurs espèces morphologiquement voisines mais physiologiquement distinctes en ce que seulement une espèce peut envahir les tissus de l'hôte. C'est la présence ou l'absence de cette amibe qui détermine l'épidémiologie de l'amibose intestinale dans les différentes parties du globe. Ce court exposé des différentes théories sur la pathogénicité des amibes à quatre noyaux démontre qu'à l'heure actuelle nos connaissances sur le sujet sont encore fort incomplètes. Ainsi, selon la plupart de ces conceptions, l'amibiase intestinale constituerait donc un problème d'une certaine importance au Canada, vu le grand nombre d'individus hébergeant l'amibe *Entamœba histolytica* et le pouvoir pathogène de ce parasite. D'un autre côté, si on se range du côté des promoteurs de la théorie de la pluralité des amibes à quatre noyaux, on s'aperçoit qu'un grand nombre d'individus au Canada (8) hébergent, par exemple, l'amibe *Entamœba histolytica* sous sa forme *minuta*, non pathogénique mais susceptible de se transformer en forme histolytique.

Cependant, comme le fait remarquer Miller (1) il ne faut pas croire que la seule constatation d'une amibe à quatre noyaux dans les selles d'un individu est suffisante pour poser un diagnostic d'amibiase. Il appartient alors au clinicien de décider si le parasite joue un rôle étiologique dans les troubles du patient ou s'il ne joue qu'un rôle secondaire. Quelle que soit la théorie acceptée, il existe un fait indéniable: c'est que l'amibiase intestinale existe au Canada à l'état endémique. Il appartient donc à la profession médicale d'exercer son attention vigilante sur le très grand nombre de porteurs d'amibes afin que dans un avenir que nous espérons rapproché, la lumière se fasse sur la gravité réelle ou possible de cette infection

BIBLIOGRAPHIE

1. M. J. MILLER: *Canad. M. A. J.*, **55**: 336, 1946.
2. R. DESCHIENS: *C. R. Soc. Biol.*, **125**: 1017, 1937. (*Trop. Dis. Bull. Abst.*, p. 580, août 1938.)
3. B. SPECTOR: *Am. J. Hyg.*, **22**: 366, 1935.
4. R. W. NAUS et I. RAPPAPORT: *Am. J. Trop. Med.*, **20**: 107, 1940.
5. H. E. MELENEY et W. E. FRYE: *Am. J. Hyg.*, **17**: 637, 1933.
6. C. F. CRAIG et E. C. FAUST: *Clinical Parasitology*, 4e édition, p. 871, Philadelphie, 1945.
7. E. BRUMPT: *Précis de Parasitologie*, 5e édition, p. 2.139. Paris, 1936.
8. M. J. MILLER: *Canad. M. A. J.*, **41**: 120, 1939.
9. M. J. MILLER et L. CHOQUETTE: Sous presse.

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 76 — No 12, Montréal, décembre 1947

CANCER DU RECTUM

L'ordre de l'univers exige la mort de tout ce qui vit. L'homme n'échappe pas à l'inexorabilité de la loi. Cependant, par la médecine, il lui est maintes fois possible de reculer l'échéance et d'amoindrir les désagréments du trépas. Parmi les mille et une façons de quitter prématurément ce monde, il n'en existe guère de plus lamentable que le cancer des segments terminaux du tube digestif. Toutes les atrocités de la douleur physique et morale s'associent dans cette dégénérescence.

On frémit d'effroi, quand on songe que les cancers rectaux et sigmoïdiens occupent un des plus hauts échelons dans la nomenclature des causes de décès. Anus, rectum et sigmoïde fournissent douze pour cent de la totalité des cancers chez l'homme et quatre-vingt pour cent de tous les cancers de l'intestin. L'ensemble des statistiques révèle que les deux tiers des patients sont manifestement incurables au moment du diagnostic. L'autre tiers, celui des sujets soi-disant curables, ne fournit qu'une guérison de cinq ans par trois opérés. La phase de curabilité véritable se trouve donc franchie dans plus de quatre-vingt-cinq pour cent des cas quand la maladie est enfin reconnue. Et pourtant, c'est un cancer dont le diagnostic précoce devrait se faire avec une beaucoup plus forte fréquence, si l'on considère les symptômes qu'il produit ainsi que la facilité et la sûreté des moyens dont dispose le médecin pour le découvrir même au début.

Récemment, certains se sont scandalisés de la violence avec laquelle le docteur Yves Chaput a fait reproche à la profession de diagnostics trop tardifs.[1] Notre collègue mérite les plus grands éloges pour sa courageuse intervention. Il a parlé comme un maître, avec éloquence et autorité. Il a parlé avec la stupéfaction d'un homme d'expérience qui assiste à trop de drames qui se peuvent éviter.

Si quelques-uns n'ont vu qu'impertinence dans les commentaires du docteur Chaput, d'autres ont interrogé leur conscience et pris des résolutions. Il est trop facile de s'approprier l'excuse que les professeurs de clinique, en général, n'enseignent ni le toucher, ni l'endoscopie. Peu importe comment les magisters conçoivent et accomplissent leurs devoirs envers les élèves; ceux-ci feraient bien de se débrouiller pour acquérir l'une et l'autre techniques. Quand ils exerceront à leur compte l'art de soigner, ils devront se maintenir dans l'habitude du procédé et ne jamais manquer une occasion de s'en servir. Cela vaudra mieux pour les malades que des tas de notions livresques ou un excès mal placé de délicatesse. Ceux, parmi les médecins, qui se sentent portés à la répugnance coprologique ou au moindre effort, devraient s'entraîner à surmonter l'une ou l'autre de ces faiblesses. S'ils commettent

1. Docteur Yves Chaput: « Considérations sur le diagnostic des cancers rectaux et sigmoïdiens. » Société Médicale de Montréal, séance du 21 octobre 1947.

des péchés d'omission, qu'ils reconnaissent au moins leur culpabilité et qu'ils se souviennent du préjudice qu'ils causent: la mort après des mois et des mois de supplice et d'horreur.

Dans l'enseignement de la médecine, une part des innombrables heures perdues en laïus céderait la place avec avantage à l'entraînement pratique de l'œil et du doigt. On transformerait nombre de Diafoirus en honnêtes et utiles praticiens.

Les cancers de l'anus et du rectum sont des cancers cliniques. Le médecin qui ferait systématiquement le toucher et l'inspection instrumentale de ces régions se classerait d'emblée parmi les bons médecins, même s'il n'y trouvait que deux ou trois cancers par année. Non seulement il découvrirait bien d'autres lésions ano-rectales, mais ayant éprouvé l'efficacité de la discipline, il l'étendrait aux autres parties du corps humain avec les mêmes récompenses. Ce médecin apprendrait, du même coup, l'usage de la biopsie et le prix des renseignements qu'elle apporte.

Il ne faut pas compter sur la radiographie pour les cancers siégeant au rectum. Occasionnellement, le procédé met en évidence un épithélioma insoupçonné de cette région, mais c'est l'exception et pour deux raisons: 1° le radiologiste prend pour acquit que, cliniquement, il n'y a rien; 2° une étude radiologique un peu fouillée du rectum demande une dizaine de clichés pour ce secteur seulement. En effet, la sécurité d'un tel examen demanderait toute une série de radiogrammes sous de multiples incidences, après remplissage opaque, après évacuation, après insufflation et cela avec un rayonnement d'une grande puissance, afin de traverser le bassin de profil. Dans la pratique courante, la radiographie du rectum sert surtout à préciser un détail, notamment l'étendue de l'infiltration néoplasique.

Pour les segments qui siègent au delà des limites de la recto-sigmoïdoscopie, le diagnostic repose uniquement sur la radiologie et l'on doit concéder l'excellence de la méthode. Par contre, la zone de jonction du rectum et du sigmoïde offre des difficultés à tous les modes d'examen. En effet, beaucoup de tumeurs du segment restent inaccessibles au doigt, même si l'on explore le patient en station debout. Dans une forte proportion de cas, l'endoscope bute sur la charmière recto-sigmoïdienne plus ou moins infiltrée et n'arrive pas jusqu'à la lésion. En ce qui concerne le lavement opaque, disons qu'il ne met à jour un défaut de remplissage, un rétrécissement partiel, une irrégularité du relief muqueux que si le radiologiste se donne beaucoup de peine pour obtenir les images révélatrices. Dans cette circonstance ou jamais, il faut la coalition la plus loyale et la plus raffinée de tous les efforts du médecin, du chirurgien, du radiologiste et de l'anatomo-pathologiste. A tout événement, un jugement négatif ne se justifie que si l'on peut expliquer par autre chose le saignement, la modification morphologique et l'horaire déréglé des selles, la douleur, le ténesme, le prurit, les hémorroïdes, etc. Sur ce point, on ne saurait abuser de circonspection, d'étroite surveillance et de répétition des examens endoscopiques et radiologiques.

Le diagnostic du cancer du rectum se complète par la détermination de l'opérabilité. Celle-ci varie beaucoup selon les chirurgiens. En principe, il n'y a de contre-indication formelle que les métastases à distances; c'est-à-dire au foie, aux poumons, au squelette, etc. Les autres facteurs défavorables sont appréciés selon les individus et selon l'hôpital. Il faut savoir que l'extension locale du processus et l'adénopathie régionale restent des contre-indications relatives et sujettes à discussion avec le radiothérapeute qui peut rendre opérable ce qui ne l'était pas.

Bien entendu, le cancer du rectum relève, en principe, de la chirurgie. Les radiothérapeutes reconnaissent cette vérité. Toutefois, lorsque le chirurgien a parlé, le dernier mot n'est pas dit. L'anatomo-pathologiste n'a pas davantage droit à l'infaillibilité quand son jugement se base uniquement sur la forme des cellules et leur disposition architecturale. On a voulu synchroniser radiosensibilité et plastique cellulaire. Erreur! Dans le cas particulier du cancer recto-sigmoïdien, l'insensibilité des adénocarcinomes perd peu à peu son absolutisme. Pour en donner un seul exemple, rappelons que Lamarque et Gros ont guéri huit cancéreux du rectum par radiothérapie de contact.

Et que nous réserve l'avenir? Nous ne saurions le prédire, mais les motifs d'espérer s'accroissent. Les isotopes radioactifs et le betatron qui produit des radiations équivalentes à 300 millions de volts, remettent tout en question. Pour l'instant, dans la plupart des cas, le cancer sigmoïdo-rectal demeure au pouvoir du chirurgien, à condition qu'il soit détecté suffisamment tôt. Le diagnostic précoce est le devoir de tous. Il est navrant de penser qu'en l'an de grâce 1947, il y a des gens qui meurent ou qui vont mourir de cancer rectal, parce que leur médecin n'aimait pas se salir les mains ou n'avait pas appris l'usage du rectoscope. La profession attend le Mécène, pharmacien en gros, qui pour sa réclame et le bien de l'humanité, fournira gratuitement les doigtiers de caoutchouc et le lubrifiant dont on semble manquer.

Albert JUTRAS.

MÉDECINE SOCIALE

CONTRÔLE DE LA SALUBRITÉ PUBLIQUE[1]

M. L.-P. CABANA,
Surintendant et ingénieur sanitaire,
Division de l'inspection sanitaire, Service de Santé de Montréal.

Les hygiénistes qui s'occupent de la santé publique poursuivent tous un même but: la conservation de la santé. Pour arriver à cette fin, le médecin et l'infirmière s'occupent de l'immunisation et de la vaccination, de l'isolement, de l'hospitalisation et des traitements appropriés pour prévenir la propagation de la maladie. Le bactériologiste et le chimiste recherchent la présence des germes infectieux et décellent les porteurs de germes, enfin l'ingénieur sanitaire contrôle la salubrité publique.

La salubrité publique est la plus ancienne phase de l'évolution de la médecine préventive et a toujours exigé une surveillance étroite des milieux où vivent les individus. Cette surveillance nécessite une lutte constante contre les agents extérieurs qui nous entourent.

A travers les âges, il a été reconnu que l'agglomération de personnes dans les villes a toujours été accompagnée d'une diminution du standard général de santé et d'une augmentation du nombre d'épidémies.

Aussi dès le début de la civilisation, les populations comprenaient déjà la nécessité de la salubrité publique. Les Israélites, les Egyptiens et les Romains y attachaient déjà de l'importance; malheureusement après la chute de l'Empire Romain et les conquêtes des barbares, elle a été complètement négligée. Les bains ont disparu, les habitations sont devenues malpropres et les rues de véritables dépotoirs d'ordures ménagères voire même de déchets humains. Rien de surprenant qu'il en soit résulté des fléaux, des épidémies, etc.

Depuis, heureusement et grâce aux découvertes scientifiques du dernier siècle, la salubrité publique a pris un nouvel essor. Tous ont compris qu'aucune étude de la médecine préventive ne peut être complète sans la salubrité publique.

L'ingénieur sanitaire éclairé par la science du biologiste et du chimiste et par l'expérience du médecin a cherché à coordonner tous ces éléments afin de tracer les cadres nécessaires au fonctionnement des organismes responsables du contrôle de la salubrité. Son travail ne s'est pas limité simplement à retarder l'émission des certificats de décès, mais aussi à augmenter la vigueur, l'efficacité et la joie de vivre des peuples.

Sedgwick dans son livre « Sanitary Science and Public Health » se sert de la parole du laboureur pour faire comprendre la nécessité d'un tel contrôle. Comme on se le rapelle, une partie de la semence tomba sur le bord de la route et fut mangée par les oiseaux, une autre partie tomba sur un terrain rocailleux et après avoir levé, faute de racines profondes, fut séchée par le soleil, une autre fut étouffée par les épines et enfin la dernière partie tomba dans un bon champ et rapporta 100 pour 1.

Le blé tombé sur le bord de la route représente l'organisme humain qui n'a pas la chance de vivre étant immédiatement terrassé par les germes des maladies infectieuses, bactéries, etc.; celui tombé sur un terrain rocailleux ou dans les épines représente l'individu qui naît en santé, mais à cause d'un milieu défavorable voit sa résistance vitale diminuer constamment pour finalement succomber victime de ces mêmes germes. Tandis

1. Travail présenté aux « Journées médicales » annuelles de la Société Médicale de Montréal, mai 1947.

que celui qui naît, se développe et grandit dans un milieu favorable résiste à leurs attaques et se rend jusqu'à maturité: la vieillesse.

Autrefois la purification de l'eau d'alimentation était la principale préoccupation de l'ingénieur sanitaire, mais aujourd'hui il est de toute nécessité que le contrôle de la salubrité publique comprenne un champ d'action de plus en plus vaste.

En plus de l'approvisionnement d'eau potable, il faut surveiller l'évacuation des eaux d'égouts, la pollution de l'air que nous respirons, la salubrité des bains publics, la salubrité du lait et des aliments, la collecte et la disposition des ordures ménagères, le contrôle de la vermine et des insectes, la construction, la disparition des logements insalubres, l'hygiène industrielle, le confort des individus par le chauffage et la ventilation, l'assainissement des terres, la propreté de la voie publique et des habitations, la pollution des cours d'eau, les services personnels tels que buanderies, salons de barbiers, coiffeurs, articles rembourrés, etc.

Le premier contrôle de la salubrité publique doit s'exercer sur l'air qui nous entoure; de par sa constitution notre corps ne peut vivre sans cet air, aussi faut-il le débarrasser des impuretés que la civilisation moderne y a apportées.

Peu de travaux malheureusement ont été faits à date pour nous débarrasser de ces impuretés que les cheminées de nos usines et de nos maisons répandent dans l'air. On semble accepter, bien à tort qu'il soit inévitable à une grande ville de posséder une atmosphère souillée.

Outre les dommages économiques considérables qu'il en résulte, la fumée, les poussières, les gaz et les mauvaises odeurs ont un effet néfaste sur la santé publique et sur le confort de la population. De plus, si l'air des rues est impur, nécessairement celui de nos maisons d'habitation le sera aussi.

A l'intérieur des habitations surtout, dans les endroits publics où un grand nombre d'individus sont réunis, il faut apporter les changements d'air nécessaire, la température et le degré d'humidité favorable à un échange normal de température du corps humain avec le milieu qui l'entoure.

Après l'air, la nourriture est l'élément le plus essentiel à la vie. Cette nécessité ainsi que l'évacuation des matières non utilisées par l'organisme constituent le plus grand danger de transmission de maladies infectieuses que le contrôle de la salubrité publique ait à faire face.

L'eau, le lait, les aliments et les eaux usées sont les moyens de transport généralement utilisés par les germes de la fièvre typhoïde, la dysenterie, etc.

Aussi est-il de la plus haute importance que seule une eau potable, débarrassée de ses germes dangereux soit utilisée pour la consommation. Dans les grandes villes, les municipalités se chargent de fournir cette eau à la population après avoir pris les mesures nécessaires de purification, de filtration, d'aération et de chloration. Cette eau doit cependant être constamment surveillée pour qu'elle ne se contamine pas en cours de route avant d'atteindre le robinet du consommateur.

La tuyauterie pour l'évacuation des eaux d'égouts requiert aussi une attention spéciale, parce qu'elle constitue une source permanente de danger avec lequel le citoyen peut venir en contact tous les jours de la vie.

Le lait malgré qu'il soit utilisé en quantité moindre que l'eau est le véhicule idéal pour le transport des maladies à cause des éléments nutritifs qu'il renferme.

Les conditions sanitaires de la ferme d'où il vient, la santé et la propreté des animaux, le transport à l'usine de pasteurisation, la pasteurisation et le transport au consommateur sont autant de points principaux qu'il faut surveiller pour faire disparaître les dangers de pollution.

Des précautions semblables doivent être prises dans la préparation et la conservation

des aliments, des viandes, de la mise en conserve, des breuvages, etc. En plus d'utiliser des matières premières de la meilleure qualité, des soins particuliers de propreté et d'hygiène doivent être apportés.

Un autre problème résultant de l'alimentation et qui en constitue un de salubrité publique est la disposition des ordures ménagères. Si elles ne sont pas convenablement disposées, elles peuvent constituer une menace pour la santé publique. Aussi faut-il qu'elles soient conservées dans des réceptacles appropriés jusqu'à leur collecte, que leur transport soit fait dans des véhicules étanches jusqu'à leur disposition à l'incinérateur public ou au dépotoir municipal.

La disposition de ces déchets amène le problème de la vermine et des insectes. Il sera d'autant plus facile pour l'ingénieur sanitaire de diminuer leurs effets si ces parasites ne peuvent trouver de quoi se nourrir ni de quoi s'abriter. C'est pourquoi toute construction doit être à leur épreuve et tous les aliments gardés dans des endroits qui ne leur sont pas accessibles. Combien de maladies nous sont rapportées être transmises par le rat, la mouche, le maringouin etc., comme le typhus, la fièvre jaune, la malaria etc.

Après l'air et la nourriture, il existe un autre élément essentiel à la vie: un abri pour se protéger contre les intempéries et les rigueurs des climats. Cependant de nos jours avec les connaissances techniques que nous possédons, il faut plus qu'un abri pour se loger. Il nous faut un logement salubre rencontrant toutes les exigences nécessaires au développement du corps humain.

Même si on ne veut pas attribuer directement au logement insalubre certaines maladies contagieuses, comme le tuberculose, la fièvre typhoïde, la diphtérie ou autres, il reste pas moins vrai que la santé et la sécurité sociale des individus y est intimement liées.

Avec les nouvelles connaissances de l'urbanisme, lorsque l'on construit des habitations, il faut tenir compte de la pollution atmosphérique, des obstacles topographiques, de la prédominance des vents et de l'orientation des immeubles.

De plus leur construction exige une surveillance constante qui doit se continuer pendant la durée de l'habitation. Le casier sanitaire des logements permet de faire disparaître le plus tôt possible les causes d'insalubrité résultant d'une défectuosité structurale ou du manque d'entretien.

Pour arriver à cette fin le logement doit être protégé contre l'humidité, être ensoleillé et à l'épreuve des incendies, il doit être assez spacieux pour loger tous les membres de la famille, être chauffé convenablement, procurer un air pur, avoir des espaces libres pour les ébats des enfants et être à l'abri du bruit et éloigné de la circulation intense.

La solution du problème de l'habitation a été entravée depuis quelques années par la pénurie de logements. Plusieurs familles doivent encore demeurer dans des habitations insalubres. Espérons que l'on réussira à remédier à cette mauvaise situation avant que ces milieux deviennent des milieux favorables à l'éclosion de la maladie et à certaines déficiences affectant l'hygiène mentale.

Durant ces dernières années un plus grand intérêt a été apporté aux exercices physiques et aux lieux de baignade. La construction et l'opération des bains publics ont été reconnues comme jouant un grand rôle dans la salubrité publique. Par un contrôle constant sur la qualité de l'eau et sur les conditions sanitaires de ces établissements, les dangers d'infection ont été réduits au minimum.

Plus récemment encore, et afin de diminuer autant que possible le nombre de personnes allergiques à certaines plantes, quelques municipalités ont pris des mesures nécessaires pour détruire ces plantes. Ce travail a été facilité par les découvertes modernes en mettant à notre disposition de nouveaux produits chimiques comme le 2,4-D. (2,4-Dichlorophenoxyacetic)

L'individu soit par manque de compréhension, d'indifférence ou de négligence, n'est pas en mesure d'appliquer lui-même les me-

sures préventives nécessaires. Aussi a-t-il fallu avoir recours à la surveillance publique des gouvernements pour sauvegarder la salubrité publique.

Il est cependant de toute nécessité d'éduquer la population en matière de salubrité afin qu'elle puisse coopérer avec les organismes gouvernementaux constitués à cette fin. Ces efforts constamment répétés ne peuvent faire autrement, avec la coopération de la profession médicale, de soulager la misère humaine.

L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA

Dr J. L. LITTLE,
Directeur exécutif.

La formation de l'Institut national du Cancer cette année, augure bien de l'expansion du programme de recherches en vue de faire progresser nos connaissances sur le métabolisme cellulaire en appuyant surtout sur le comportement de la cellule cancéreuse. Il est espéré que, grâce aux connaissances acquises dans les domaines de l'endocrinologie, de la génétique, de la biochimie et de la biophysique, les savants du Canada pourront participer à une attaque concertée sur cette maladie — la deuxième grande cause de mortalité dans le pays.

Les études sur le cancer ont une portée tellement fondamentale qu'il faut plusieurs années de recherches dans chaque sphère d'enquête pour en apprécier la valeur qui en découle. Les budgets universitaires n'ont pas suffi à appuyer des projets de cette nature avec des spécialistes à service continu. Les bourses octroyées pour attirer des hommes qui consacreraient leur temps à l'étude du cancer, avaient si peu d'importance qu'un bien petit nombre de jeunes gens voulaient s'aventurer dans cette carrière spéciale. S'ils avaient à cœur de faire des recherches sur le cancer, leurs seules possibilités de soutien semblaient être l'émigration à d'autres pays dont les installations et les ressources financières rendaient ce choix moins hasardeux pour la continuité des recherches.

L'Institut national du Cancer a reconnu les problèmes en cause et il a été créé un organisme largement représentatif. En plus des cinq savants choisis dans tout le pays, seize membres ont été nommés par les groupes suivants: l'Association médicale canadienne, l'Association dentaire canadienne, le Conseil canadien d'hygiène publique, l'Association des collèges de médecins, la Fédération nationale des universités, le ministère de la santé nationale et du Bien-être social, les centres provinciaux de diagnostic et de traitement, le Collège royal des médecins et chirurgiens, la Société canadienne du Cancer et l'Association canadienne d'hygiène publique.

Les fidéicommissaires de la Caisse anticancéreuse du jubilé d'argent du Roi George V ont autorisé le versement d'un octroi de $150,000 pour lancer les travaux et participer à la campagne éducative du public lancée par la Société canadienne du Cancer. Cet argent a déjà été réparti et soutient actuellement un travail utile.

La ligne de conduite primordiale de l'Institut est d'encourager et de stimuler les recherches fondamentales sur le cancer et de mettre en corrélation l'aspect scientifique de la lutte contre le cancer, en donnant aux provinces toute l'aide que l'Institut puisse fournir.

Dans sa première année d'existence, l'Institut a examiné 35 demandes dont huit ont été rejetées et une est pendante.

La liste des projets approuvés comprend un vaste domaine d'enquêtes, et toutes les demandes ont été passées au crible par le comité consultatif en recherches médicales du Conseil national des recherches.

POSTULANT		PROJET
Aldous, J.-G.	Université Dalhousie	Etude du métabolisme de la croissance des cellules de la levure.
Begg, R.-W.	Université Dalhousie	Etude enzymotique et histochimique de la malignité.
Berrill, N.-J.	Université McGill	Cycle de maturation des cellules vivantes.
Best, C.-H.	Université de Toronto	Fourniture d'installations fixes pour la recherche expérimentale du cancer chez l'animal.
Bluh, O.	Université de la Colombie-Britannique	Effets des radiations sur le matériel biologique
Cantero, A.	Université de Montréal	Cirrhose précancéreuse du foie et hépatome malin chez le rat.
Franks, W.-R.	Université de Toronto	Acquisition de 500 cages ordinaires à souris.
Franks, W.-R.	Université de Toronto	Etude de la métamorphose sous le rapport de la carcinogénèse.
Franks, W.-R.	Université de Toronto	Influence des radiations cosmiques sur la carcinogénèse.
Fisher, Kenneth	Université de Toronto	Etude comparative du métabolisme respiratoire des cellules, dans des conditions de croissance et de repos.
Ham, Arthur	Université de Toronto	Plus amples recherches sur la nature de l'agent ou du facteur en cause dans les croissances malignes du cancer mammaire chez les souris, en étudiant les effets produits dans les cellules, les tissus et les humeurs des embryons de poussin, par la croissance de tumeurs mammaires de souris transférées systématiquement dans leur membrane vitelline et aussi en tentant d'obtenir la croissance de l'agent sans cellules cancéreuses dans la membrane vitelline d'œufs fertiles.
Hayes, F.-R.	Université Dalhousie	La dissociabilité des processus fondamentaux de l'ontogénèse.
Leblond, C.-P.	Université McGill	Localisation histologique des éléments radioactifs d'importance biologique dans les tissus normaux et les tissus cancéreux.

Mannery, Jeanne-F.	Université de Toronto	Le modèle électrolytique et la perméabilité des cellules en croissance.
McEwen, H.-D.	Université Queen's	Facteurs qui influent sur la teneur hydrique du foie de rats atteints de lésions tumorales.
Nicholson, D.	Hôpital général de Winnipeg	Etude histologique de la rate et des organismes génitaux du rat après l'injection d'extraits urinaires de cancéreux.
Noble, R.-L.	Université de l'ouest d'Ontario	Enquête sur le travail de *Beard* relativement au diagnostic du cancer; administration buccale de stilboestrol sur l'induction et le développement du cancer; études sur le cancer produit par l'uréthane et l'aminofluoréine; effet de la congélation sur la viabilité et la croissance des tumeurs; excrétion gonadotrophine chez les humains présentant des tumeurs testiculaires; recherches de l'infection chez une colonie de souris, ayant eu, pour résultat, une absence de tumeurs mammaires pourtant attendues.
Ower, J.-J. et MacGrogor, J.-W.	Université d'Alberta	Propriétés carcinogéniques de 1; 2; 9; 10 Tétraméthylanthracène et des substances connexes;
Parker, R.-C.	Université de Toronto	Nourriture requise par les cellules animales dans les tissus de culture.
Pelluet, D.	Université Dalhousie	Etude cytologique de la modification dans la fifférenciation embryonnaire.
Quastel, J.-H.	Hôpital général de Montréal Institut de recherches spéciales et de métabolisme cellulaire.	Etude de la chimie fondamentale des cellules cancéreuses.
Selye, Hans	Université de Montréal	Etude des glandes endocrines et des hormones dans la genèse des tumeurs.
Simard, L.-C.	Université de Montréal	Recherches sur la maladie de Hodgkin.
Van Rooyen, C.-E.	Université de Toronto	Etude des méthodes biochimiques pour la séparation et la purification des protéines des virus, au moyen des plus nouvelles techniques.
Wynne, A.-M.	Université de Toronto	Etudes des systèmes enzymotiques et du métabolisme des embryons de poussin normaux, et des embryons portant des tumeurs.

BOURSES DE MEMBRES ASSOCIES

Roberts, D.-W.-A.	Université de Toronto
Hamilton, James D.	Université de l'ouest de l'Ontario
Albert Samuel	Université McGill
Begg, R.-W.	Université Dalhousie

Ce qui est tout aussi important que l'allocation d'octrois pour aider les recherches, c'est la nécessité de compiler des données exactes sur les installations et le personnel actuel de la lutte contre le cancer et des recherches sur cette maladie, dans tout le pays. Le Dr A.-W. Blair, homme plein d'énergie et premier président de l'Institut, s'occupe à faire un relevé dans tout le Canada et, de ce relevé, les Directeurs recommanderont une ligne de conduite pour les quelques années qui suivront. Ce relevé et ce rapport pourraient bien être terminés avant la nouvelle année.

L'incidence du cancer au Canada est presque inconnue. On fait diverses estimations de sa fréquence mais les résultats varient beaucoup. A la 51e réunion du Conseil canadien d'hygiène publique, on a constitué un comité qui devait faire rapport sur la possibilité de rendre le cancer: maladie qui doit être déclarée aux autorités. Sous la présidence de M. J.-T. Marshall, chef de la Division des statistiques vitales du Bureau fédéral de la Statistique, il s'est fait beaucoup de travail constructif, et l'on anticipe que des formules-échantillons de déclaration soient disponibles tout prochainement pour commentaires par les ministères provinciaux de la Santé. De plus, le Bureau a compilé un excellent rapport pour analyser la mortalité par le cancer au Canada et dans chaque province.

Les membres votants de l'Institut sont actuellement au nombre de vingt et un, dont les cinq premiers constituent le Conseil d'administration. Cette liste comprend les Drs G.-E. Richards (président), L.-C. Simard (vice-président), William Boyd, G.-D.-W. Cameron, C.-G.-E. Hall — C.-H. Best, A.-W. Blair; M. F.-G. Butterfield, les Drs A.-J. Cipriani, J.-B. Collip, Lyman Duff, R.-D. Defries, H.-G. Grant, W.-W. Gullett, P.-A. MacDonald, F.-G. McGuinness, J.-T. Phair, E.-L. Pope; M. J.-G. Stephenson et les Drs Ethlyn Trapp et Charles Vézina.

Bien que le bureau principal de l'Institut soit à Ottawa, un bureau administratif s'établit à 264, rue Woolwich, Guelph, Ontario, et les demandes de renseignements peuvent être envoyées au Directeur exécutif à cette adresse.

VARIÉTÉS

L'ENFANT ET LA MALADIE

Professeur Robert DEBRÉ,
de l'Académie de Médecine.

L'attitude de l'enfant vis-à-vis de l'agression morbide n'intéresse pas seulement le médecin, pas seulement les parents, pas seulement les éducateurs, mais encore tous ceux qui veulent envisager le sort de l'homme et réfléchir au destin de notre espèce. Nous voudrions ici essayer de mettre au clair quelques idées sur la résistance de l'enfant à l'infection ainsi que sur le problème des maladies, des lésions, des malformations congénitales.

Le comportement de l'enfant vis-à-vis de l'agression microbienne est tout à fait particulier; il est fait en vérité d'une résistance particulière et en même temps d'une grande sensibilité. Ainsi l'enfant tout jeune, le nourrisson évite certaines maladies; il n'a point la scarlatine, guère la diphtérie ni les oreillons. A l'opposé, sa susceptibilité est extrême vis-à-vis de certaines infections: au contact d'un adulte atteint d'un simple coryza il peut être contaminé et présenter une broncho-pneumonie sévère. Nous ne connaissons pas toutes les raisons de cette double attitude. Certains éléments cependant paraissent évidents, notamment la transmission de substances protectrices par la mère à l'enfant qu'elle porte en son sein. Une femme qui dans son enfance a été atteinte de rougeole conserve dans ses humeurs, pendant toute sa vie, des substances protectrices vis-à-vis de cette maladie et durant la grossesse les transmet à son enfant. Si bien qu'après la naissance, le corps du nourrisson en est comme imbibé. Peu à peu, il prend sa personnalité biologique, il perd ce précieux héritage maternel. Il n'est plus protégé. Alors la contamination pourra l'atteindre et il devra à son tour, par ses propres moyens, forger son immunité personnelle. Ainsi on peut ajouter que peut-être le lait maternel contient aussi quelques immunisines qui vont renforcer et prolonger l'immunité acquise avant la naissance. La rougeole n'est pas la seule maladie pour laquelle on observe cette heureuse protection. Avec M. Ramon, nous avons pu voir que, si la toxine tétanique ne passe pas de l'organisme maternel au travers du placenta, par conséquent n'atteint pas l'enfant, au contraire, l'antitoxine tétanique, qui se développe dans l'organisme maternel après la vaccination, imprègne le corps de l'enfant: celui-ci conserve pendant un certain temps le bénéfice de la protection acquise de cette façon. Il est possible que les nourrissons chez lesquels la vaccination contre la variole ne « prend pas » soient riches en immunisines acquises avant la naissance, du fait de la vaccination antérieure de leur mère.

Cette explication de la résistance à l'infection, que présentent dans certains cas les nourrissons et les nouveau-nés, pour valable qu'elle soit n'est pas la seule. Il paraît bien que les tissus des sujets jeunes sont doués, vis-à-vis de certaines agressions microbiennes, d'une résistance particulière, qui s'atténue et disparaît avec l'âge: la pneumonie franche est, chez l'enfant, moins grave que chez l'adulte vigoureux, la fièvre typhoïde beaucoup moins sévère à dix ans qu'à vingt ans.

La sensibilité spéciale du jeune enfant, elle aussi, est indéniable. Deux de ses caractères peuvent être mis en évidence. Tout d'abord, les enfants, notamment les petits enfants, sont spécialement réceptifs vis-à-vis des infections pulmonaires comme la broncho-pneumonie (différente de la pneumonie franche dont nous venons de parler). La plus haute mortalité

dans le tout jeune âge est déterminée par les broncho-pneumonies l'hiver, les troubles digestifs l'été. Or, les broncho-pneumonies sont causées par des microbes très banaux, au milieu desquels nous vivons habituellement. Tout permet de penser que, par ce contact, grâce à une série d'infections légères, nous nous immunisons au cours de notre existence, vis-à-vis de leur attaque; le tout jeune enfant, au contraire, organisme neuf, supporte mal leur offense, si elle est violente, si le froid, une mauvaise nutrition, l'alimentation au lait de vache (alimentation qui convient au petit veau et pas au petit homme) l'ont débilité et ont diminué sa résistance.

Ce n'est pas tout, il faut se rappeler que les maladies infectieuses de l'homme, comme celles de l'animal, sont déterminées par deux sortes de germes très différents: les bactéries visibles d'une part, celles dont nous connaissons la figure, les propriétés, que nous cultivons et étudions depuis Pasteur, le pneumocoque ou le staphylocoque, le bacille de la fièvre typhoïde, de la diphtérie ou de la peste et tant d'autres et puis, d'autre part, les germes invisibles, qu'on appelle les virus et qui ont des propriétés spéciales: d'abord celle de ne pas être visibles avec nos microscopes usuels, tant ils sont petits, puis leur diffusion extrême dans le sol, l'eau, l'air. Le nombre de germes visibles est faible à côté du nombre inimaginable des virus. Or, ces virus sont spécialement nocifs pour les jeunes animaux — y compris l'homme. Certes, les adultes restent sensibles vis-à-vis de certains de ces virus, celui du simple coryza, celui de la grippe, celui de l'encéphalite épidémique, d'autres encore. Mais dans l'ensemble, les grandes personnes sont beaucoup moins sensibles à leur action que les sujets jeunes.

L'être vivant est composé, on le sait, de deux parties: le soma et le germen. Le soma, c'est l'ensemble de tout le corps, le germen, l'ensemble des cellules sexuelles. Chez les êtres bisexués, les cellules sexuelles mâle et femelle se fondent au cours de la fécondation pour former un individu nouveau. Chaque cellule sexuelle contient dans son noyau de petites formations — appelées chromosomes — tout à fait particulières par leur nombre, leur agencement, leur forme caractéristique pour chaque espèce et qui sont porteuses de tout le patrimoine héréditaire. Dès que l'être nouveau se forme, il est composé de deux parties, son corps ou soma et ses cellules sexuelles ou germen, lesquelles conservent pour le transmettre le patrimoine héréditaire. C'est ainsi que, d'une façon infinie, se prolonge la lignée. Le corps n'est, si l'on veut, que le support provisoire du germen, doué de l'hérédité. Celui-ci est éternel. Lorsque le corps a rempli son office, celui d'assurer la fécondation et, par conséquent, la survie du germen, il va vieillir et mourir après une existence éphémère. Le germen immortel se débarrasse du corps mortel! Or, ce qui arrive au corps, au soma, n'est pas transmissible à sa descendance.

Les maladies dont il souffre, les immunités qu'il se crée lui sont propres. Tout disparaît avec lui, tandis que le germe continue à transmettre, de génération en génération, les qualités qui le caractérisent. On le voit donc, une distinction est capitale entre les incidents morbides déterminés sur le corps par l'action du monde extérieur et ceux qui sont dus aux tares de l'hérédité.

Prenons un exemple: voici un enfant atteint d'une malformation du cœur. Les orifices du cœur se sont mal fermés dans la vie intra-utérine, le sang veineux se mélange au sang artériel: l'enfant est violet, il est atteint de la maladie bleue. Il aura beaucoup de peine à survivre. Or, dans certains cas, la lésion est due à une infection qu'a subie la mère pendant la grossesse. Un médecin australien a remarqué une fréquence inusitée des malformations cardiaques chez des nouveau-nés dans une crèche, et il a pu voir que seuls étaient atteints les nourrissons dont les mères avaient eu la rubéole au début de leur grossesse. Dans d'autres cas, au contraire, la lésion est due à une tare transmise par les chromosomes. Dans le premier cas, l'enfant, s'il survit, ne transmettra aucune maladie à sa descendance, même

la plus éloignée, il n'en est pas de même dans le second cas.

Une lésion cérébrale, comme nous en voyons malheureusement trop souvent chez le petit enfant, peut être liée à une tare héréditaire, familiale, dont on trouvera par l'étude des antécédents l'origine de la façon la plus nette ou bien par une offense subie pendant l'existence intra-utérine — une maladie de la mère, un traumatisme — ou par un accident survenu au cours de cet épisode dangereux, qu'est la venue au monde. Comme on le voit nous sommes loin de la vieille pathologie, qui, à côté de l'accident obstétrical, attribuait tout à une syphilis héréditaire, dont on ne fournissait jamais la preuve et qu'on invoquait à tort et à travers.

L'étude des maladies congénitales liées à l'hérédité prêterait à des développements infinis. Nous devons nous limiter. Disons seulement que celles-ci peuvent ne point apparaître à la naissance mais à dix, quinze, vingt ans, plus tard encore. Le plus souvent, l'hypertension des adultes et même l'hypertrophie de la prostate des vieillards est inscrite d'avance sur le grand Livre du patrimoine héréditaire. N'en est-il pas de même pour notre tempérament, nos tendances physiques et morales? Une partie de celles-ci sont déterminées par l'influence qu'exerce sur nous le monde extérieur car nous sommes plastiques, modelables, imitateurs. Une autre partie est établie par notre hérédité.

Et nous voici dirigés vers un des plus essentiels des problèmes, qui dominent l'éducation de chaque enfant, l'orientation de chaque groupe humain: quel est le rôle relatif des tendances reçues et des influences suivies? Comment pouvons-nous agir sur la nature humaine?

LES TRAVAUX FRANÇAIS SUR LE CANCER

René SUDRE (France).

Une communication toute récente du professeur Roussy, de l'Académie des sciences, attire de nouveau l'attention sur le problème du cancer dont le recteur de l'Université de Paris est un des grands spécialistes. Il s'agit d'expériences faites par MM. Chevallier, Manuel et Denod sur la différence que présentent des animaux de race voisine à la cancérisation. Qu'il s'agisse de cancer spontané ou de cancer provoqué, le cobaye et le rat se comportent de manière très différente. Les auteurs ont recherché à quoi tenait cette différence dans le cas du cancer expérimental obtenu par lésion avec le benzopyrène, substance tirée du goudron de houille. Le cobaye se cancérise beaucoup plus vite que le rat. D'après leurs expériences, cela serait dû à la réaction des graisses de la peau. La graisse du rat n'altère pas du tout le benzopyrène tandis que la graisse du cabaye le transforme chimiquement. Si l'on réfléchit que ce corps irritant est un carbure d'hydrogène à cinq noyaux, très proche parent des stérols qui sont eux-mêmes générateurs des hormones sexuelles et de la vitamine D, on comprendra l'importance de la question soulevée. Les hormones, aussi bien que le carbure, ont une action élective sur certains tissus. Ne serait-ce pas a ors par l'intermédiaire d'un produit qui se trouve dans les graisses cutanées et qu'il faut maintenant déterminer?

Le fait que la folliculine, hormone sexuelle féminine, ne provoque pas de cancers de la peau, mais seulement des cancers du sein et de l'utérus, semble décourageant dans une telle recherche. Cependant, son inoculation dans du tissu conjonctif a produit des sarcomes sur place; et, d'autre part, le benzopyrène n'agit pas toujours localement, il peut cancériser à distance par entraînement dans le

sang. La thèse selon laquelle le cancer spontané serait dû à un dérèglement des sécrétions internes retient donc la faveur de nombre de cancérologues français, ainsi que le prouvent le nombre des travaux faits sur les tumeurs du goudron, image expérimentale des tumeurs observées en clinique. Si l'on pouvait déceler dans les graisses ou ailleurs le produit organique qui pervertit ainsi les hormones naturelles, on aurait fait un grand pas dans l'étude de la terrible maladie. Elle aurait acquis cette unité de nature que lui refuse encore plus d'un spécialiste.

* * *

En considérant dans son ensemble la cancérologie française, on peut remarquer qu'elle représente, au moins historiquement, toutes les tendances. Mais dans la recherche des causes, les savants français ont toujours été à l'avant-garde de leur époque, ce qui faisait dire à Little, le grand cancérologue américain: « Les savants français ne se complaisent pas, comme les Allemands, dans les questions de détail; ils font preuve d'une grande originalité d'invention et d'une valeur scientifique excellente ». Au début du siècle, avant que le problème du cancer ait pu être mis sur le plan expérimental, le professeur Ménétrier rejetait l'hypothèse d'un microbe ou d'un virus spécifique pour incriminer l'irritation chronique. Il y avait des états « précancéreux » à la suite desquels les cellules lésées proliféraient d'une façon désordonnée et sans arrêt. Auguste Lumière poussa cette théorie à l'extrême en soutenant que le cancer était, surtout dans sa forme épithéliale, la plus fréquente, une « maladie des cicatrices ». Ces vues sont aujourd'hui délaissées, bien qu'elles enferment une part de vérité et qu'elles aient suscité une foule d'expériences fécondes.

Ces expériences ont eu recours à deux puissants agents d'irritation cellulaire: les rayons X et le goudron. C'est Clunet qui, pour la première fois, en 1910, produisit un cancer chez le rat à la suite d'une longue irradiation locale aux rayons Rœntgen. Ménétrier en avait tiré argument pour sa thèse. Béclère, un des plus grands radiologistes français, fit voir que la radiodermite ne dégénérait pas fatalement en cancer sans l'intervention d'un facteur nouveau. Et, cependant, la question demeurait obscure, puisque dans ses belles expériences de l'Institut du radium, Lacassagne montra sur le lapin qu'une irradiation très faible suffisait à faire apparaître une tumeur s'il y avait eu déjà inflammation du tissu. Un de ses collaborateurs, Gricourof, trouva le même phénomène chez l'homme avec les rayons X comme avec le radium, ce qui mit en garde les praticiens contre l'emploi inconsidéré des radiations. Elles peuvent aussi bien engendrer un cancer que le détruire lorsqu'il est formé.

La genèse du cancer à la suite des application répétées de goudron sur l'épiderme a été découverte par deux médecins japonais, Yamagiva et Itchikava, mais on connaissait depuis longtemps les cancers professionnels des ouvriers, dans certaines usines chimiques où l'on manie des produits irritants. De plus, Marie et Clunet avaient observé, cinq ans avant les Japonais, l'apparition de tumeurs malignes en frottant l'oreille du lapin avec du coaltar. Ainsi, les deux grandes méthodes de la cancérologie expérimentale ont une origine incontestablement française. Il en est une troisième qui ne fait pas moins honneur à ce pays: c'est l'implantation du cancer par greffe. Elle est ancienne (1888) et due au Dr Henry Morau. A condition d'opérer sur des animaux de même espèce, Morau a montré que le cancer était inoculable, et, par greffes en série, il a obtenu le même résultat dans dix-sept générations de souris.

C'était ouvrir la voie à l'étude de l'hérédité cancéreuse. Les expériences de Miss Maud Slye, sur des milliers de souris, sont à cet égard célèbres. Mais il sied de ne pas oublier l'œuvre de Morau, car elle a prouvé, pour la première fois, le rôle du terrain dans la maladie cancéreuse. De récents travaux faits à l'Institut du radium établissent qu'on peut par sélection constituer des races de souris sujettes au cancer spontané et d'autres races qui sont

résistantes. Morau avait vu apparaître le cancer chez des sujets sains, dans ses élevages de souris. Il était d'avis que l'agent devait être un parasite, et cette idée a été vigoureusement soutenue par Borrel, dont on connaît les belles expériences faites à l'Institut Pasteur. Le cancer est une maladie infectieuse, disait-il. La cellule anarchique est une cellule infestée par quelque virus qui vit avec elle en symbiose. La découverte des virus filtrants donne de la vraisemblance à cette hypothèse qu'un esprit aussi sagace que Regaud professait aux dernières années de sa vie.

* * *

En revanche, la découverte des hormones sexuelles a écarté une grande partie des cancérologues français de l'explication parasitaire classique pour la ramener vers celle qui met en cause un déséquilibre des sécrétions internes. Lacassagne n'a-t-il pas montré que la folliculine était capable de provoquer le cancer du sein chez des souris qui n'y étaient pas prédisposées? D'expériences communiquées, en 1944, à l'Académie des Sciences par Roussy, directeur de l'Institut du cancer, et ses collaborateurs les frères Guérin, il résulte que les tumeurs au goudron s'accompagnent le plus aisément de métastases lorsqu'on emploie de fortes doses de benzopyrène. Et cela tient à la création d'une espèce très virulente de tumeur, qui peut être reproduite par greffe. La cause de la virulence serait donc dans la cellule même.

Est-elle due à une sécrétion, une sorte de diastase cancéreuse? On l'a soutenu, à la lumière d'autres expériences. Sannié, Truhaut et Guérin ont pu faire naître des cancers chez des souris en leur injectant des extraits de foie de cancéreux. Les animaux étaient atteints dans la proportion d'un tiers. Analysant alors l'extrait hépatique pour en séparer les divers éléments, ils ont trouvé que le facteur cancérisant appartenait à la portion insaponifiable. De plus, le spectre ultraviolet de ce facteur encore inconnu ne ressemble pas à celui du benzopyrène ou des autres corps analogues. Dans les expériences de Chevallier dont il est parlé au début, c'est également en étudiant le spectre ultraviolet que l'on a pu suivre l'évolution du benzopyrène inclus dans la graisse des tissus imprégnés.

Malgré le nombre immense des travaux qui ont été entrepris dans le monde entier sur le problème du cancer, on n'est pas arrivé à des conclusions certaines, dans un sens ou dans l'autre. Comme si la nature s'amusait à nous mystifier, il n'est pas d'hypothèse expérimentale qui ne soit bientôt démentie par des groupes de faits nouveaux. Que de savants sérieux avaient cru découvrir le microbe du cancer! Aujourd'hui, tout le monde est d'accord pour déclarer que le cancer n'est pas microbien et qu'il n'est même pas contagieux, la transmission ne pouvant se faire que par greffe. Cela n'empêche pas certains médecins de présenter souvent des cas impressionnants de « maisons à cancer ». Il y a, d'ailleurs, une « immunité » cancéreuse, qui se traduit par la résistance au cancer expérimental et, inversement, il y a un terrain cancer qui est héréditaire. Ce sont là de bien pauvres lueurs dans une grande obscurité. Mais il est permis de croire que les efforts réunis des meilleurs chercheurs terrestres résoudront cette énigme. Avec son Institut du cancer, son Institut du radium, ses Centres anticancéreux, avec l'esprit de généralisation de ses chercheurs, la France doit prendre une part importante à la « victoire finale ».

CHRONIQUE SÉMÉIOLOGIQUE

UNE SCIENCE DU PASSÉ : L'OSPHRÉSIOLOGIE

Roméo BOUCHER.

Les parfums, les couleurs et les sons se répondent.
Il est des parfums frais comme des chairs d'enfants,
Doux comme le hautbois, verts comme les prairies;
Et d'autres, corrompus, riches et triomphants,
Ayant l'expression des choses infinies,
Comme l'ambre, le musc, le benjoin et l'encens,
Qui chantent les transports de l'esprit et des sens.

BEAUDELAIRE.

Ne cherchez pas, le mot n'est pas dans le petit *Larousse,* mais je n'ai pas eu à m'enquérir ailleurs. Je l'ai tout simplement rencontré, un soir de lecture, tout étonné d'apprendre qu'il y avait autrefois (oh! pas si longtemps, soixante-quinze ans à peine!) une science des odeurs et de l'odorat. Je me doutais bien un peu de l'audace de nos aînés. Eux, qui n'avaient pas craint de goûter l'urine de leurs malades, il aurait été bien surprenant qu'ils ne se fussent pas servis de leur nez pour faire des diagnostics. Dieu sait qu'ils ne s'en sont guère privés. Leurs écrits — que j'ignorais — dorment aujourd'hui dans le plus profond oubli. Il se peut aussi que notre odorat, émoussé « par le bain à tous les étages » et par les romans-fleuves des savons de la radio, bref, par une hygiène individuelle et une propreté corporelle, inconnues à leur époque, n'ait plus la subtilité d'antan et que nous ne soyions plus de taille à les imiter.

Il ne faut pas être grand clerc pour savoir que les brunes n'ont pas la même odeur que les blondes, celles-ci que les rousses. Il ne faut pas avoir lu de récits de guerre pour ignorer que les Japonais ont été très frappés de notre odeur, à nous, Blancs. Les Noirs et les Indiens n'ont-ils pas pour nous une senteur caractéristique? Cette notion est vieille comme le monde. Dans la Bible on en parle et Marc-Aurèle, au milieu du deuxième siècle, laisse déjà échapper des observations sur l'odeur bien spéciale des Juifs. Le père Huc, ce missionnaire-explorateur, qui a visité la Chine, le Thibet et la Tartarie, en un temps où c'était risquer sa peau tous les jours, raconte qu'il n'y eut que les chiens chinois pour découvrir le blanc qu'il était, caché sous le costume du pays. Et Adacki prétend qu'on peut même dire la nationalité d'un blanc par sa seule odeur. Si vous lancez une pierre au loin, de façon à ce que votre chien la perde de vue, comment peut-il vous la rapporter si ce n'est par l'odeur que votre main y a laissée? Du reste, notre expérience quotidienne de médecin nous enseigne que chaque famille laisse flotter dans la maison qu'elle habite l'odeur qui lui est propre, qu'un monastère d'hommes ne sent pas comme un monastère de femmes, qu'une école, un cinéma, une caserne, une église, une prison ont des émanations qui leur sont propres.

Il y eut, dans le passé, des hommes célèbres par l'odeur qu'ils répandaient autour d'eux. Alexandre le Grand et Cujas, par exemple, sentaient la violette; Malherbe et Haller, le musc. On a rapporté le cas (Hammond) d'une Américaine et d'une Siamoise dont la peau, sans aucune supercherie et soumise à la plus stricte observation, avait un parfum d'ananas très prononcé. Et l'expression : *odeur de sainteté,* vient de ce que certains saints avaient, de leur vivant et même après leur mort, des odeurs marquées Ainsi sainte Rose sentait la rose; saint Cajétan, la fleur d'oranger; sainte Catherine de Ricci, la violette; saint

François de Paule, le musc; sainte Thérèse, le jasmin et l'iris; saint Trevère, la rose et les lys; sainte Lydiwine, l'essence de cannelle.

Certaines odeurs sont plus persistantes les unes que les autres. Ambroise Paré disait que les « roux taveléz » sentent le soufre, ce que tous les coiffeurs nous affirment, chaque fois que nous leur en parlons. Les bruns auraient une odeur plus ou moins cyanique, les blonds plus ou moins musquée; les gros, une odeur oléagineuse et, s'ils mangent trop, surie; tandis que les maigres et les vieillards sentiraient la feuille sèche. Quant aux enfants nourris au sein, ils répandraient un parfum aigrelet qui ne serait, en somme, poudre Johnson enlevée, que de l'acide butyrique et ceux du biberon, une odeur de beurre fort.

Citons aussi, pour être complet, les odeurs « sui generis » du corps humain: celles du sperme, de l'urine, des selles, des cheveux, des aisselles (valérates et caproates), des règles, du smegma préputial et le chapitre si important et si complexe *utriusque sexus*. Un malin n'a-t-il pas affirmé, au cours de la guerre, que les femmes fumaient pour camoufler leurs odeurs personnelles et intimes!

Chez les sujets normaux et propres, très propres (au sens que nous attachons aujourd'hui à ce mot), si la peau a une odeur particulière, c'est par la sueur qu'elle émet. Et la question se pose immédiatement: un individu malade ne répandra-t-il pas une odeur, différente selon la maladie? C'est ce que les anciens ont voulu établir et c'est une partie de ce que traitait autrefois l'osphrésiologie.

La séméiologie moderne nous parle bien de l'odeur des crachats, de l'haleine, des selles, des urines, des vomissements, des éructations, mais elle ne nous parle que très rarement de la peau. Il n'est pas rare cependant de rencontrer dans le corridor d'un hôpital un médecin qui, la narine frémissante remarquera: « Tiens! un abcès du poumon! » ou bien: « Ça sent la gangrène par ici! » Tout comme un chirurgien peut vous dire, le nez en l'air, que ça sent le strepto ou le pyocyanique, de la même façon qu'il vous annoncera que ça sent la fumée ou le pet. Quel clinicien ne sait pas que les salles de femmes n'ont pas le même relent que les salles d'hommes, les premières avec leurs émanations d'acide butyrique et les autres d'ammoniaque. Mais ce sont là manifestations spéciales d'un groupement de malades. Tandis que les anciens, eux, prétendaient que certaines maladies ont une odeur bien déterminée. C'est ainsi qu'ils s'étaient entendus pour dire que:

la suette sent la paille pourrie,
la variole, l'oie qu'on vient de plumer,
la scarlatine, le fromage légèrement moisi ou le pain nouvellement cuit,
la folie, la cage des fauves,
l'épilepsie, la souris,
l'ictère, le musc,
la goutte, le petit lait,
le diabète, la reinette,
la ptose gastrique, le pain aigre ou moisi,
la scrofule, la bière aigre,
la diphtérie, la m...,
la séborrhée, l'odeur butyrique,
le rhumatisme, une odeur aigrelette et pénétrante,
la tuberculose, le plâtre frais,
la syphilis, le miel,
la fièvre intermittente, le pain chaud,
le choléra, l'ammoniaque,
l'hystérie, la violette,
l'anémie, le cobaye,
la leucémie, le cadavre, etc., etc.

Et nous pourrions ainsi continuer indéfiniment.

Il est certainement difficile de préciser le rôle de la sueur dans toutes ces « fragrances » que l'observation empirique des anciens nous a léguées. Nous avons aujourd'hui des mots plus savants pour désigner à peu près la même chose. Ainsi, la bromidrose est une maladie dont l'origine peut être externe, mais à manifestation franchement localisée: v.g.: la bromidrose des pieds. Tandis que l'osmidrose, elle, comprend tous les cas où « la qualité olfactive appartiendra à toute la sueur et sera pour ainsi dire d'origine physiologique, d'origine sécrétoire ». Elle s'expliquerait par la

réaction de certains acides volatils: caproïque, caprilique, formique, butyrique, proprionique, etc..., vis-à-vis de l'air. Ils s'évaporent en laissant des bases alcalines qui se déposent à la surface de la peau et *sentent*, pouvant même donner des sueurs parfumées.

Voici ce qu'en dit Valdiguié: « L'étude chimique des parfums est moins avancée que celle des colorants; on ignore le rôle des diverses parties de la molécule sur la formation de l'odeur. De plus, des corps de même odeur ont une constitution chimique entièrement différente: ainsi les muscs. Les odeurs naturelles ne peuvent être rapportées à l'existence de corps possédant la constitution de produits industriels synthétiques. Mais il est possible, sinon probable, que la parenté d'odeur soit liée à une certaine parenté chimique. Exemple: l'ingestion de térébenthine donne aux urines une odeur de violette prononcée; or l'ionone (qui est à odeur de violette) possède un noyau terpénique à six atomes de cétone, comme le pinène de la térébenthine. On peut croire que de nombreux parfums naturels sont formés par des squelettes organiques d'origine alimentaire, sur lesquels sont venus s'accoler des restes d'acides gras, complets ou non, des corps à fonction éther ou à fonction cétone d'origine endogène; de nombreux corps odorants possèdent une fonction cétone et les corps cétoniques sont des produits résultant de la désintégration normale des albuminoïdes. Ces synthèses organiques seraient créées par des glandes analogues à celles du bouquetin porte-musc, la civette, etc. »

Evidemment nous n'attachons pas plus d'importance qu'il ne faut à ce chapitre de la séméiologie. Celui qui en ferait trop serait considéré comme un retardataire, en médecine, d'au moins cent ans. Et cependant... et cependant...

Voici deux petites histoires vécues qui me sont arrivées tout dernièrement et, si je vous ai fait ce long préambule au sujet de l'osphrésiologie, c'est pour en arriver à vous les conter sans que vous en soyiez trop surpris, ni trop scandalisés, ni trop sceptiques.

Un beau matin, coup de téléphone:

— Docteur?

— Oui, c'est moi.

— C'est M... (ici un nom bien connu d'un directeur d'une de nos grandes banques)... qui vous parle.

— . . . . . .

— J'ai un bon employé que je voudrais que vous examiniez très sérieusement. J'y tiens beaucoup. Je vous l'envoie ce matin même.

— Bien, Monsieur.

Une heure après, se présente **devant moi** un jeune homme d'une trentaine d'années, qui me dit sans préambule:

— Docteur, je suis l'employé de... et je viens vous consulter parce que.... parce que je pue.

— Vous...?

— Oui, docteur, je pue. A tel point que mes collègues se plaignent et ne veulent plus travailler près de moi. Quant à ma femme, le moins que je puisse vous dire, c'est qu'elle en est fort incommodée.

Du coup, j'avale ma salive. C'est la première fois que j'entends ça. Je n'ose même pas renifler par pur réflexe de tact professionnel. Toutefois je m'enhardis:

— Et... vous sentez... quoi?

— « Ils » disent que je sens le mort.

— Ah?

— Je vous jure que je me lave tant que je peux. Et partout. Deux fois, trois fois par jour, quand c'est possible.

Je vous fais grâce du protocole de l'examen qui fut ce qu'un examen complet doit être. Je peux affirmer cependant que l'odeur de ce malade était fort incommodante. Hospitalisé, on ne pouvait rentrer dans sa chambre sans en être frappé. Mon diagnostic? J'ai trouvé une polypose intestinale. Mais, me direz-vous, est-ce suffisant pour sentir le cadavre? Je n'en sais absolument rien. Vous verrez par la suite.

Un deuxième malade s'amène à l'hôpital, quelques mois après, avec une *leucémie myéloïde classique*. Admis en chambre semi-privée, il dégage une odeur telle que ses voisins s'en plaignent continuellement et n'ont de cesse qu'on ne les ait changés de place. Le pauvre diable, bousculé par les malades et

n'ayant pas les moyens de s'isoler plus complètement, quitta l'hôpital, désespéré. C'était, lui aussi, un sujet d'une propreté rigoureuse, sans aucune lésion leucémique de la peau. Cinq mois plus tard, je l'ai vu, moribond ou presque: l'odeur avait complètement disparu. Mais c'est dans le même temps que rappliqua, de nouveau, mon premier malade, l'employé de banque, en se plaignant cette fois de troubles divers: faiblesse, étourdissements, ganglions, douleur dans l'hypocondre gauche, etc., etc... La polypose n'a pas bougé, mais l'examen de sang montre une *leucémie* myéloïde indiscutable. Seulement, l'*odeur a complètement disparu.*

Voici deux observations bien curieuses d'odeur désagréable généralisée à toute la peau et disparaissant au moment où l'on s'y attend le moins. J'avoue en toute franchise être aussi peu renseigné que possible sur ce phénomène. J'ai essayé, dans tous les auteurs de séméiologie et de pathologie, de lui trouver quelque explication plausible. J'ai dû remonter jusqu'à 1870 et 1868. Vais-je avoir le courage de me fier à l'empirisme de cette époque et déterrer des théories qui sont loin de satisfaire notre esprit critique? Qui peut dire ce que sera notre science dans cent ans?

Il est si facile à nos grands savants de laisser tout simplement tomber une question quand elle les embarrasse.

Mais, au fait, pourquoi l'ont-ils laissé tomber???

"L'Union Médicale du Canada" en 1878

NOTRE JOURNAL

Décembre 1878.

Nous sommes à une époque de l'année, que les chroniqueurs appellent l'époque de la récapitulation. Pour s'exempter du trouble de dire des choses nouvelles, ils répètent dans la chronique de décembre tout ce qu'ils ont dit, ou à peu près, dans les autres mois. Est-ce l'avantage du lecteur, ou du chroniqueur, ou bien tous les deux en font-ils leur profit, nous pensons que cette dernière supposition a sa raison d'être. Donc pour tous à la fin de l'année la récapitulation de ce qui a été fait durant l'année qui va disparaître bientôt dans le passé, le recueillement en soi-même est une bonne chose.

Dans toutes les classes de la société, c'est alors que se fait la caisse, chacun à sa manière, bien entendu, caisse du commerçant, caisse de l'industriel, caisse de la science, caisse du journalisme, etc.

Nous ne sommes pas chroniqueur, nous ne répéterons pas le peu que nous avons dit dans chaque mois de 1878. Nous ne sommes ni commerçant, ni industriel, nous ne compterons pas nos écus devant nos amis jaloux. La science — nous sommes bien à elle corps et âme, mais d'autres plus spécialistes lui paieront un tribut récapitulateur bien mérité. Que ferons-nous ? Nous sommes journaliste-médecin, nous parlerons de « Notre Journal », voilà tout.

On s'en souvient. C'était en 1870-71. La profession médicale française avait conscience de sa dignité, de ses droits comme de ses devoirs; elle éprouvait, depuis longtemps déjà, le besoin d'avoir un organe. Comptant un nombre considérable de membres dans la province de Québec, stimulée par l'exemple de nos confrères d'origine anglaise, appuyée sur deux écoles bien établies, Victoria et Laval, elle se recueillit un moment, après s'être agitée avec ardeur, et dit: Je dois avoir un journal: et *L'Union Médicale* fut fondée.

Inutile de répéter ici ce que tout le monde sait, inutile de rappeler toutes les difficultés qu'il a fallu surmonter pour créer une œuvre aussi importante; le zèle et le dévouement triomphèrent de l'indifférence et de l'égoïsme, et le médecin français, dans toute la Confédération, sur les bords du Pacifique comme sur ceux de l'Atlantique, put avoir son journal de médecine en janvier 1872. L'on vit alors le spectacle consolant d'une forte alliance entre la campagne et la ville, faisant mentir le proverbe: *Invidia medicorum*. L'alliance, c'était la force, et la force était nécessaire, était une garantie certaine du succès. Voilà pourquoi, voilà comment la revue médicale qui porte dans son titre un sens très significatif; plus que cela, l'expression de l'harmonie qui a présidé à sa naissance, voilà pourquoi, voilà comment cette revue médicale a vu le jour, a vu le succès couronner ses efforts, et, comme tout ce qui a vie, a grandi avec le temps.

Nous pouvons donc constater que les médecins français dans la province de Québec en ont acquis une autonomie dont ils ont droit d'être fiers. Il est un sentiment intimement gravé dans le cœur de chaque peuple, ineffaçable comme tout ce qui est marqué avec le ciseau ou le burin, c'est le sentiment de l'orgueil national. Ce sentiment est non seulement une loi générale, mais une loi qui trouve son application dans une foule de détails de la vie. Si un peuple est justement fier de son indépendance, qu'il ne craint pas d'affirmer à une occasion donnée, le noble ouvrier faisant son devoir est lui aussi orgueilleux du métier auquel il appartient; et c'est l'auréole au front, qu'il le voit occuper une place importante dans la société par le dévouement incessant qu'il lui a consacré: c'est l'histoire des sueurs transformées en pluie d'or... L'orgueil du métier, l'orgueil de l'état auquel on a dévoué toutes les heures de sa vie, quel plus légitime orgueil que celui-là; c'est peut-être là la plus grande vertu du citoyen, celle qui le fait réellement citoyen... Le médecin français de la province de Québec a eu cet orgueil-là et il a le droit d'être content aujourd'hui, parce que son état a grandi, puisque son journal a vécu.

Tout néanmoins, n'est pas rose chez nous. C'est le chemin du ciel, il est étroit; mais à l'encontre de ce dernier il souffre élargissement. Après avoir été pendant cinq ans, comme nombre de bons citoyens de nos jours surtout, la bête noire de bien des créanciers, le journal a depuis deux ans reçu d'eux quittance et vécu de ses ressources; mais il n'a pas fait plus. Il nous semble pourtant qu'il lui est permis d'ambitionner davantage. Une livraison de notre journal par mois est bien peu. Nous en voudrions deux; tout le monde y gagnerait. Rien de mieux que l'obligation de lire souvent pour entretenir le goût de l'étude et le développer. Que les lecteurs amis du Progrès se mettent donc à l'œuvre dans le but d'obtenir ce résultat; que la propagande se fasse et le nombre d'années augmentant, le désir que nous exprimons pourra devenir une douce réalité dans un avenir prochain.

En jetant un coup d'œil sur notre passé, nous avons un devoir à remplir; nous ne l'oublierons pas. Dans le mouvement général qui s'est fait à la fondation du journal, il y a eu des hommes parmi nous qui se sont dévoués avec ardeur pour assurer sa prospérité. Leurs noms doivent être enregistrés dans les archives de la reconnaissance et passer à nos fils.

Si tous ceux qui ont mis la main à l'œuvre et se sont sacrifiés pour la vie de *L'Union Médicale* étaient conviés à un banquet par une généreuse gratitude, il y aurait, en autres, une place vide, pleine de deuil: ce serait celle du regretté docteur Grenier.

Le docteur Grenier mérite certainement une mention spéciale. S'il n'a pas été le fondateur du journal, il en a été le père nourricier aussi longtemps que ses forces le lui ont permis, tellement que l'on peut dire de lui ce que l'on a dit du brave quand l'appel se fait après la bataille et qui est mort victime de son courage: il est mort au champ d'honneur.

Le président de ce banquet serait bien M. le Dr Rottot; et autour de lui auraient le droit de venir prendre place: MM. les docteurs Dagenais, Desrosiers, Ricard, Brosseau, Ed. Desjardins, Beaubien, Duchesneau, Peltier, Hingston, Coderre, Deschamps, Dubuc, Beaudet, Mousseau, Dugas, Leblanc, Bibaud, McMahon, Laramée, L. Fortier, DeBonald, Dansereau, Nelson, D'Orsonnens, McDonell, Mount, Desmarteau, etc., dont le plus grand nombre avait souscrit un fonds de garantie suffisant pour maintenir l'existence du journal pendant trois ans, et qui ont fourni ensuite les travaux scientifiques dont tout le monde a dû profiter; en un mot ce sont eux qui ont donné généreusement l'intelligence et la *matière*.

Merci donc à eux tous et aux autres que nous n'avons pas mentionnés, et qui, collaborateurs dévoués, nous ont été d'un si grand secours.

Nous comptons toujours sur eux.

Merci encore à MM. les docteurs Rottot, Dagenais, Desrosiers, Ed. Desjardins, Brosseau, Ricard, J. W. Mount, Laramée et Desmarteau, qui depuis ont bien voulu continuer et continuent encore aujourd'hui, à partager avec nous la responsabilité pécuniaire de cette œuvre de dévouement.

A tous nous faisons un chaleureux appel pour continuer une œuvre qui nous est commune. *L'Union Médicale* ne s'est jamais départie du programme qu'elle s'était tracé, et ça peut-être été là le secret de sa force. Organe indépendant, il n'a jamais voulu se mettre à la remorque d'aucune partisannerie quelconque qui, malheureusement, existe chez nous comme ailleurs; ses pages ont toujours été ouvertes à tout le monde et le sont encore pour l'avenir à qui voudra bien y rentrer. Défendre et promouvoir les intérêts généraux de la profession, ç'a toujours été là son moto du passé et ce sera celui de l'avenir. Se mettre à la merci d'une institution quelconque a toujours été pour *L'Union Médicale* une impossibilité morale, une défense que ses fondateurs lui avaient faite et à laquelle elle a toujours obéi strictement. Mais s'est-il agi de travailler aux grandes réformes qui sont commencées, et qui s'opéreront en plus grand nombre avant peu, on l'a vu se jeter de l'avant avec un zèle qui trouvera sa récompense dans la satisfaction d'un devoir accompli.

Voici ce que nous écrivions en 1876, en acceptant la succession du regretté Dr Grenier: « Notre ligne de conduite dans la rédaction du journal sera, comme celle de notre prédécesseur, basée sur l'indépendance dans les questions médico-légales, l'impartialité pour ce qui concerne les institutions et les hommes, un soin particulier et la variété la plus grande possible dans le choix des matières. »

Nous en avons assez dit: notre histoire est là, elle est écrite dans les sept volumes que complète cette livraison; nos lecteurs n'ont qu'à la lire pour se convaincre de la vérité de ce que nous avançons. Le jour où nous faillirons à notre passé, à l'engagement promis, à la parole donnée, nous céderons à d'autres une place que nous serons indignes d'occuper. Jusque-là nous avons le droit de la garder et nous avons raison de croire que personne ne nous la disputera. Il y a des phénomènes contres lesquels la science ne possède pas de remèdes efficaces; des forces naturelles contre lesquelles il est impossible de réagir; des malheurs devant lesquels enfin il faut s'incliner... L'âme se courbe alors dans un muet désespoir. Mais être cause soi-même d'un mal quelconque, c'est se mettre un fardeau sur les épaules et un remord au cœur... Il ne sera jamais dit que la profession médicale de la province de Québec n'aura pas fait tout ce qu'elle a pu pour assurer le progrès et le développement de la science médicale, pour maintenir l'organe qu'elle s'est donné... Et c'est ainsi que sans être chroniqueur on répète le passé.

ANALYSES

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

MEDECINE

J. G. MATTEER, J. I. BALTZ, H. H. STEELE et all. — **Les insuffisances chroniques du foie non décelables cliniquement; leur diagnostic précoce et leur traitement.** *(Chronic Subclinical Impairment of the Liver. Early Diagnosis and Treatment.)* "J.A.M.A.", **133**: 909 (29 mars) 1947.

Dans les petites insuffisances hépatiques non décelables cliniquement, les A. se servent des test-hépatiques très sensibles (Cephalin Test et Thymol Test). Si ces tests sont négatifs, les A. emploient un test moins sensible: test à l'acide hippurique par voie orale. Si ce dernier est positif, ils concluent au moins à une insuffisance hépatique morphologique d'un degré modéré. Mais s'il est négatif, il y a un début d'insuffisance hépatique, soit dans une fonction, soit dans la morphologie du foie.

C'est alors que les A. appliquent le test thérapeutique. Si le test très sensible devient négatif après 7 à 10 jours, les A. concluent à une insuffisance d'une fonction hépatique. Si les tests très sensibles prennent des mois à devenir négatifs, alors, il s'agit d'une insuffisance dans la structure hépatique et dans la fonction hépatique.

Le test thérapeutique employé est le suivant:

1) Régime: H de C. 350 à 400 gr.
   Protides 125 à 150 gr.
   Lipides 35 gr.
   Calories 2,215 à 2,515

2) Vitamines complètes avec surplus de vitamines B complex et de vitamines A.

3) Chlorure de Choline, 10 à 15 grains, 3 fois par jour, avant repas.

E. ROBILLARD.

PHTISIOLOGIE

L. B. BOYER. — **La bronchographie dans la tuberculose.** *(Bronchography in Tuberculosis.)* "American Review of Tub.", **54**: 111 (août) 1946.

L'auteur a étudié 50 cas de tuberculose pulmonaire au moyen de la bronchographie. Ces malades souffraient de T. B. à tous les types et à toutes les périodes.

La bronchographie est inoffensive, et elle n'est pas pour cela un examen de routine, parce que l'autopsie a prouvé que la T. B. fibreuse s'accompagne souvent de bronchiectasie.

Quatre malades étaient atteints de T. B. exsudative tout simplement, mais un avait une sténose bronchique alors qu'aucun n'avait de bronchiectasie. Parmi les 11 autres patients avec T. B. fibro-exsudative, 3 avaient un rétrécissement bronchique et 3 des dilatations, tandis qu'un malade avait les deux à la fois. Parmi les 30 autres cas atteints de T. B. fibreuse, deux avaient une sténose bronchique, 19 des bronchiectasies sans obstruction bronchique, 6 autres avaient les deux à la fois et 3 autres n'avaient aucune de ces complications.

L'auteur croit que ces bronchiectasies sont secondaires à la fibrose pulmonaire, fibrose qui à son tour serait secondaire à l'infection chronique des bronches.

Paul-René ARCHAMBAULT.

Abraham J. FLAXMAN. — **Tuberculose apicale.** *(Apical tuberculosis. Roentgenological technic for its early recognition with some pathogenetic application.)* "Amer. Rev. of Tub.", **54**: 1-8(juillet) 1946.

On appelle ainsi ces lésions de la tuberculose apicale latente, parce que ces taches fibreuses contiennent des bacilles vivants mais retenus dans une zone caséeuse. On peut assister souvent à des réveils. C'est l'autopsie qui trop souvent révèle ces lésions de T. B. fibreuse aux sommets des poumons. Le taux de ces lésions ignorées est très considérable. Souvent la technique et les schémas nous aideront à minimiser les causes d'erreur.

Paul-René ARCHAMBAULT.

CHIRURGIE

Harold A. NEIBLING et Waltman WALTERS. — **Obstruction des tubes de vitallium par les dépôts biliaires: 9 cas personnels et revue de la littérature à ce sujet.** *(Obstruction of vitallium tubes by biliary sediment: report of nine cases and review of the litterature.)* "Proc. Staff Meet. Mayo Clin.", **22**: 424 (17 sept.) 1947.

Depuis que Pearse, en 1941, préconisa le tube de vitallium dans la chirurgie plastique du cholédoque, plusieurs chirurgiens ont vanté la facilité de son emploi, mais bien peu ont insisté sur son obstruction toujours possible par les dépôts biliaires. Ce genre d'obstruction a été rapporté maintes fois au cours des dernières années par plusieurs opérateurs et par Pearse lui-même.

Les auteurs sont maintenant d'avis que le tube de vitallium peut éventuellement s'obstruer par les sédiments biliaires. Plusieurs malades qu'ils ont observés, avec de soi-disant angio-cholites à répétition, en réalité présentaient une obstruction de leur tube de vitallium.

Depuis 1944, on a utilisé à la Clinique Mayo, le tube de vitallium, chez 74 malades. Huit malades ont dû être réopérés dans le but d'enlever le dit tube obstrué, et dans un autre cas, le post-mortem révéla l'obstruction tubaire par dépôts biliaires.

Les auteurs relatent en détail, ces neuf observations. Dans la plupart des cas mentionnés, les patients avaient subi des opérations itératives sur les voies biliaires avant de se présenter à la Clinique. Ces symptômes d'obstruction mécanique sont identiques à ceux rencontrés dans les obstructions d'autre nature, survenant à ce niveau. Ces malades observés par les A. ont présenté les premiers symptômes d'obstruction dans une période variant de 6 à 26 mois après la mise en place du tube.

Dans plusieurs cas, la lumière du tube était obstruée par les concrétions biliaires adhérentes aux parois du tube.

L'examen des dépôts a révélé, parfois la présence de cholestérine et de bilirubine, parfois le cholestérol et les pigments biliaires.

Pour remplacer le vitallium, les A. sont d'avis qu'il faille plutôt utiliser un tube enlevable ultérieurement à la discrétion du chirurgien, ou un tube pouvant s'éliminer spontanément par voie duodénale et intestinale; soit un cathéter approprié, soit un tube en T, soit le tube de Polythène dont on parle depuis quelque temps mais qui devra, quant à sa valeur, avoir la sanction d'un usage plus prolongé.

Pierre SMITH.

Lucien LÉGER et Jacques OUDOT. — **La ligature de la veine cave inférieure, moyen de prévention des embolies pulmonaires au cours des phlébites.** "Presse Médicale", **55**: 375 (4 juin) 1947.

La ligature de la veine cave inférieure fut pratiquée pour la première fois par Kocher, en 1883, pour blessure opératoire de la veine, et par Trendelenbourg, en 1911, dans un cas de septico-pyohémie puerpérale. Les auteurs, dans ce travail, présentent la ligature de la veine cave comme moyen de prévention des embolies pulmonaires dans les phlébites des membres inférieurs.

Les solutions, jusqu'ici proposées et étudiées dans le récent rapport de Fontaine et Redon, ne paraissent pas toujours satisfaisantes. L'anesthésie du sympathique lombaire, comme

moyen de prévention des embolies, a fait l'objet de rapports contradictoires. De même l'emploi de l'héparine et du discoumarol. La résection de la veine fémorale, comme moyen prophylactique, est contestée par Possveal et H. Hussey, la ligature se pratiquant en zone thrombosée. Il semble donc logique de faire porter plus haut la résection veineuse. Les premières tentatives des A. ont porté sur les veines iliaques et ils ont constaté que la limite supérieure de la thrombose ne pouvait être régulièrement atteinte ou dépassée. Peut-être, faut-il penser avec Homans, qu'habituellement ce n'est pas le membre où siège la phlébite manifeste qui doit être tenu responsable de l'embolie pulmonaire, mais bien le côté apparemment sain. Les A. citent un cas à l'appui de cet avancé.

Dans la thrombose, la veine fémorale superficielle ou commune devient oblitérée donc fonctionnellement inexistante, et le sacrifice ne doit donc pas comporter de grands risques, les suppléances circulatoires s'établissant suffisamment pour rétablir la circulation veineuse, si bien qu'il semble préférable, encore d'après Homans, de faire porter la ligature sur la veine iliaque plutôt que sur la veine fémorale.

Faut-il se contenter de la ligature veineuse ou lui préférer la section entre deux ligatures? Les A. préfèrent la seconde méthode qui mettrait plus sûrement à l'abri de l'extension du processus de la thrombose en interrompant les voies nerveuses de la paroi vasculaire; on se dispenserait du même coup de la résection du sympathique lombaire. Si l'interruption de la voie cave met à l'abri du danger de l'embolie, il semble alors préférable de conseiller la pratique au lit de la gymnastique des membres inférieurs.

Jusqu'ici les A. n'ont pas associé à la ligature veineuse l'administration d'héparine ou de dicoumarol par crainte que le retard de la thrombose, processus normal de la cicatrisation du vaisseau interrompu, ne soit préjudiciable à la sécurité des suites opératoires; mais au cas de simple ligature, cette pratique leur semble souhaitable.

Suit le rapport de 6 observations, où les A. ont réalisé 3 fois la ligature et 3 fois la résection. Des commentaires suivent ces observations.

Quels sont les cas de phlébite soupçonnée ou déclarée qui doivent être soumis à la ligature du tronc cave? Les indications sont généralement difficiles à poser.

Mais comme une phlébite sur 3 provoque des infarctus pulmonaires, et une sur 25 est mortelle, les tentatives des auteurs semblent justifiées.

La phlébographie, par injection du produit de contraste dans la crosse de la saphène interne préalablement dénudée, donnera les plus sûres indications quant au niveau de la résection veineuse. Faut-il enfin lier la veine cave dès que s'est déclanchée la première embolie ou interrompre la voie veineuse en présence de toute phlébite déclarée? De nouvelles observations sont nécessaires pour résoudre ce problème.

Pierre SMITH.

L. B. BURK Jr. — **A propos d'un cas d'adénome récidivant de la parathyroïde.** *(Recurrent parathyroid adenoma: a case report.)* "Surgery", **21**: 95-101 (janv.) 1947.

L'auteur relate l'observation d'un malade adulte porteur d'un adénome de la parathyroïde. A l'opération, on transplante un fragment de l'adénome entre les muscles superficiels du cou. Deux ans plus tard, le malade présente de nouveau les mêmes signes d'hyperthyroïdisme en même temps qu'une récidive de l'adénome au niveau de la greffe. Cependant au point de vue anatomo-pathologique, plusieurs constatations méritent mention. D'abord la capsule de la tumeur primitive présentait un envahissement pouvant éveiller l'idée d'une récidive ultérieure. Cette récidive ne se produisit pas au niveau de la tumeur initiale, mais apparemment, elle survint comme conséquence de la prolifération de la greffe; et les symptômes cliniques d'hyperthyroïdisme évoluèrent en même temps que cette prolifération. En second lieu, la tumeur initiale était bien un adénome parathyroïdien, tumeur non ex-

ceptionnelle. Elle ne présentait aucun caractère de malignité, sauf l'envahissement de la capsule. Mais par contre, dans la tumeur récidivée, quelques cellules étaient moins caractérisées, il n'y avait pas d'encapsulement, et des traînées cellulaires étaient présentes entre les faisceaux musculaires. Les anatomo-pathologistes du « University Hospital » émettent l'opinion que cette tumeur ne doit pas être étiquetée épithélioma. La tumeur reste bien différenciée, malgré l'existence de transformations morphologiques passagères et de modifications hyperchromatiques de quelques-unes des cellules.

(Traduit par Pierre SMITH.)

Gordon MURRAY. — **La physiopathologie de la cause de la mort dans la thrombose coronarienne.** (*The Pathophysiology of the cause of death from coronary thrombosis.*) "Ann. of Surg.", **126**: 523 (octobre) 1947.

Cet auteur rapporte des expériences sur le chien, qui le porte à croire que la résection d'un infarctus myocardique pourrait aider dans le traitement de la thrombose coronarienne.

Il a observé, qu'à la suite d'une occlusion coronarienne expérimentale, la zone ventriculaire plus ou moins privée de sang et qui deviendra ultérieurement le siège d'un infarctus se dilate et bombe à la surface du cœur. Ce phénomène avait déjà été observé et décrit par Wiggers, Tennant et beaucoup d'autres expérimentateurs.

Il attribue la baisse de la pression artérielle et la diminution du débit ventriculaire gauche, que l'on observe parfois après un accident de thrombose, à ce bombement de la région ischémiée. Nous ne croyons pas que ce phénomène soit l'unique cause des déséquilibres circulatoires immédiats qui se rencontrent après une occlusion coronarienne. L'état de choc qui existe souvent dans de telles circonstances peut expliquer tout au moins en partie ces déséquilibres. Par ailleurs, il y a aussi d'autres causes.

Quoiqu'il en soit, croyant que la résection du segment ventriculaire dilaté et ischémié pourrait aider à rétablir des conditions cardiaques meilleures, il a, sur un certain nombre de chiens qu'il ne mentionne pas, réséqué ce segment. Le taux de mortalité opératoire n'est pas indiqué. Il ne mentionne que les survivants auraient été en bonne santé apparente un an et voire même deux ans après une telle opération. Aucun électrocardiogramme n'est présenté dans cette communication. Il serait intéressant de savoir ce qu'il advient du tracé après la résection de ce segment myocardique.

Nous ne croyons pas qu'une telle opération puisse trouver dans l'avenir sa place en chirurgie du cœur. Ce serait une intervention très risquée. Par ailleurs, il n'est pas toujours facile, à l'œil nu, de trouver un infarctus récent ou ancien. Enfin, les malades qui survivent les effets immédiats d'une thrombose coronarienne retrouvent généralement une pression artérielle normale ou presque normale, et rien indique une diminution du débit ventriculaire gauche chez eux.

Mercier FAUTEUX

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

E. J. PULASKI et C. S. MATTHEWS. — **La streptomycine dans l'otite externe moyenne, la mastoïdite, l'abcès cérébral et la méningite.** (*Streptomycin in surgical infections.. Otitis externa, otitis media, mastoiditis, brain abcess and miningitis.*) "Arch. of Otolaryngology", **45**: 503 (mai) 1947.

Le pronostic de l'infection de l'oreille et des structures adjacentes s'est beaucoup amélioré avec l'avènement des sulfamidés et de la pénicilline. Cependant, il y a plusieurs micro-organismes en cause, qui sont naturellement résistants à la pénicilline et aux sulfamidés, ou bien qui ont acquis cette résistance par l'effet de traitement insuffisant quant à la concentration qu'aux doses inadéquates.

La streptomycine agit contre la plupart des micro-organismes gram-négatifs et contre plus d'un gram-positif. On doit donc employer la streptomycine, seulement dans les cas où le

microbe y est sensible et a été mis en évidence par le laboratoire.

Mode d'administration:

a) En injection intramusculaire, soit un gramme dissout dans 10 cc. de sérum physiologique, à raison de 0.25 à 0.50 grm. toutes les trois heures.

b) En application locale, on dissout la streptomycine dans du sérum physio'ogique de façon que chaque cc. contienne 5 à 10 mgms (5 à 10,000 unités).

Dans l'otite chronique externe ou l'otite chronique moyenne, le résultat est bon à la condition que le conduit auditif externe soit bien nettoyé et sec avant d'employer localement la streptomycine. On applique la solution deux fois par jour en instillation, ou à l'aide d'une mèche.

Des cas observés, 85% ont obtenu une guérison complète; chez les autres, l'écoulement a diminué, mais l'application subséquente d'acide acétique à 2% l'a fait cesser totalement. L'acide acétique seul, sans l'emploi préalable de la streptomycine, s'est montré inefficace. Les cas observés évoluaient depuis quatre à six mois.

Les cas de mastoïdite, compliquant l'otite moyenne chronique, ont imposé l'acte chirurgical, mais nous devons donner quand même de la streptomycine si l'agent pathogène en cause y est sensible. On a obtenu un bon résultat avec la streptomycine chez un patient où le *proteus vulgaris* était incriminé. Un autre patient, après mastoïdectomie, fait de l'hyperthermie; sa température se maintient à 105°; la maladie graduellement évolue vers une thrombose du sinus latéral. Flore microbienne: staphylocoque doré, streptocoque hémolytique; tous deux, dans ce cas, pénici'lino-résistants. On donne de la streptomycine après intervention chirurgicale appropriée, et tout rentre dans l'ordre.

Des cas de méningite causés, soit par l'*hémophilus influenzae, E. Coli, Ps. Aeruginosa, hémolyticus streptococcus, K. Pneumonae* n'ont pu tenir devant l'action de la streptomycine. Ici, il faut donner simultanément des injections intrathécales.

Les auteurs rapportent aussi des succès chez des patients souffrant d'abcès cérébraux à microbes streptomycino-sensibles.

Richard-A. CHARLAND.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

R. L. BARTON, R. M. CRAIG, Geo. X. SCHWEMLEIN et R. J. BAUER. — **Granulome inguinal traité avec la streptomycine.** *(Granuloma inguinale treated with streptomycin.)* "Amer. Archives of Derm. and Syphil.", **56**: 1 (juillet) 1947.

Ce n'est qu'en 1913, que fut réalisée pour la première fois, avec l'emploi des se's d'antimoine, une thérapeutique efficace du granulome inguinal. Les préparations d'antimoine, toutefois, n'agissent bien qu'au début de la maladie et, dans l'ensemble, ne donnent que 60% de bons résultats environ.

La nature bacillaire des corps de Donovan ayant été démontrée en 1945, il était logique de penser que des médicaments comme la pénici'line et la streptomycine pourraient avoir une action heureuse sur le granulome inguinal. Haserich expérimenta la pénicilline, mais sans succès. Les auteurs employèrent la streptomycine dans 3 cas de granulose inguinal. Ils apportent les observations détaillées de ces 3 malades et les résu'tats obtenus.

Aucun des malades n'avait été traité antérieurement. Tous présentaient une ulcération caractéristique du granulome inguinal et les examens de laboratoire chez les 3 malades démontraient la présence de corps de Donovan et l'absence de syphilis, chancrelle et lymphogranu'omatose vénérienne.

Au premier malade on injecta 20,000 unités de streptomycine à toutes les 3 heures, jour et nuit, pendant 41 jours, soit une dose totale de 6,640,000 unités.

Les lésions commencent à s'améliorer au 8e jour du traitement; 'es ulcérations sont cica-

trisées au 33e jour et 3½ mois après le début du traitement, le malade est considéré comme guéri. Revu 2½ mois après la fin du traitement, il ne présente pas de récidive.

Dans le 2ème cas, on administra 4,110,000 unités de streptomycine réparties en 137 injections de 30,000 unités chacune, à raison de une injection toutes les 3 heures pendant 18 jours. A l'arrêt du traitement, l'ulcération présentée par le malade est complètement cicatrisée, mais 3 semaines plus tard apparaît sur la cicatrice une érosion nécessitant la reprise du traitement. N'ayant plus de streptomycine, les auteurs se servent de l'antimoine et obtiennent la cicatrisation complète de la lésion en un peu moins de 6 semaines.

Le 3ème malade reçut 30,000 unités de streptomycine toutes les 3 heures pendant 29 jours, soit une dose totale de 7,050,000 unités en 136 injections.

A la fin du traitement, l'ulcération, qui au début était de la grandeur d'une pièce de 25 cents, ne présente plus qu'une petite surface de 5 mm. environ non cicatrisée.

Les auteurs concluent en disant que la streptomycine est un médicament de valeur dans le traitement du granulome inguinal. Malgré les faibles doses quotidiennes employées, elle amena chez les 3 malades traités une amélioration clinique considérable et la disparition complète des corps de Donovan.

Henri SMITH.

ANESTHESIE

James A. EVANS et Raymond J. BOLLER. — **Prévention de l'embolie pulmonaire post-opératoire. Une analyse de 52 mortalités en six ans.** *(The prevention of postoperative pulmonary embolism. An analysis of 52 fatal cases in six years.)* "The New England Journal of Medicine", **236**: 392 (13 mars) 1947.

Cette étude a été faite sur des morts survenues de 1940-1946. Quarante-huit de ces embolies fatales sont survenues à la suite d'opérations sur un total de 45,000 interventions majeures. On a pratiqué 21 autopsies, les 31 autres cas furent une évidence clinique d'embolie pulmonaire.

Les mesures préventives de l'embolie pulmonaire sont un facteur important et consistent en des exercices des membres. On en est venu à cette conclusion en comparant la fréquence des embolies pulmonaires dans deux hôpitaux où: dans l'un, les exercices des membres étaient obligatoires et observés; dans l'autre, les exercices des membres étaient facultatifs et non surveillés. Il s'est trouvé trois fois plus d'embolies dans le dernier comparativement au premier.

L'embolie peut survenir à la suite de n'importe quelle opération, mais les opérations sur l'intestin semblent être responsables du plus grand nombre.

Pour mieux étudier ces cas, on les a partagés en trois groupes: 1° Les embolies fatales en deça d'une heure après le début des premiers troubles: 22 cas (42%); 2° celles fatales de deux à vingt-quatre heures après le début des troubles: 20 cas (38%); 3° celles fatales après 24 heures du début des troubles: 10 cas (9%).

L'analyse des dossiers de ces malades a permis aux auteurs de faire les tables ci-contre: 2, 4, 5, 6, 7, et les figures 1, 2.

Ces auteurs insistent sur l'examen systématique répété des jambes après les opérations majeures ainsi que sur l'interrogatoire du malade sur les douleurs aux jambes. Après les premiers signes de phlébite, selon les cas, il ont recours à la ligature des veines et au traitement anticoagulant ou à ce dernier seulement.

A l'aide de ce dépistage et de ces traitements, ils osent espérer de réduire même à zéro le nombre d'embolie pulmonaire fatale. La figure 2 démontre que, en 1945, ils ont eu seulement quatre cas de fatalité par embolie pulmonaire dont un seul, à leur dire, était inévitable parce qu'il a présenté aucun signe avant-coureur.

TABLE 2

Fréquence de l'embolie pulmonaire selon le nombre de jours après l'opération.

Nombre de jours après opération.	Nombre de cas
1	1
2- 5	10
6-10	13
11-15	12
16-20	7
21-25	2
30-37	3

TABLE 4

Signes prémoniteurs chez les malades qui sont morts une heure après le début de l'embolie pulmonaire.

Signes	Durée moyenne jours	Nombre de cas	Cas ou histoire de troubles veineux
Fièvre	7	11	2 (varices)
Fièvre et tachycardie	7	4	—
Fièvre, tachycardie et confusion mentale	3	1	—
Aucun	—	6	3 (varices)
TOTAL		22	5

TABLE 5

Signes prémoniteurs chez les malades morts de deux à vingt-quatre heures après le début de l'embolie pulmonaire.

Signes	Durée moyenne jours	Nombre de cas	Cas ou histoire de troubles veineux
Fièvre	4	1	—
Fièvre et tachycardie	6	7	1 (varices)
Fièvre et thrombose veineuse	8	1	1 (phlébite superficielle)
Fièvre et thrombose veineuse, embolie d'alarme et changement à l'électrocardiogramme	17	1	—
Fièvre, cyanose et dyspnée	4	2	1 (varices)
Fièvre, douleur thoracique	6	3	—
Tachycardie seulement	10	3	—
Désorientation	½	3	—
Fièvre et douleur abdominale	6	3	1 (phlébite superficielle)
Aucun	—	2	
TOTAL		20	4

TABLE 6

Signes prémoniteurs chez les malades morts au delà de vingt-quatre heures après le début de l'embolie pulmonaire.

Signes	Durée moyenne jours	Nombre de cas	Cas ou histoire de troubles veineux
Thombo-phlébite et petite embolie pulmonaire à la suite de thrombose coronarienne	7	1	1 (phlébite superficielle)
Thrombo-phlébite et petite embolie pulmonaire (1 patient traité)[1]	24	2	—
Embolies pulmonaires multiples, électrocardiogramme positif[2], R. X. positif, fièvre et douleur thoracique	8	1	—
Fièvre et abcès pulmonaires multiples	7	1	—
Petite embolie pulmonaire (confondue avec atélectasie postopératoire)	8	1	—
Fièvre, tachycardie, dyspnée et choc	4	2	—
Fièvre, petite embolie pulmonaire et radiographie positive	4	1	1 (varices)
Fièvre et petite embolie pulmonaire	5	1	—
TOTAL		10	2

1. Signe prémoniteur reconnu après deux jours, mais traitement omis parce que le patient était porteur de cancer inopératoire.

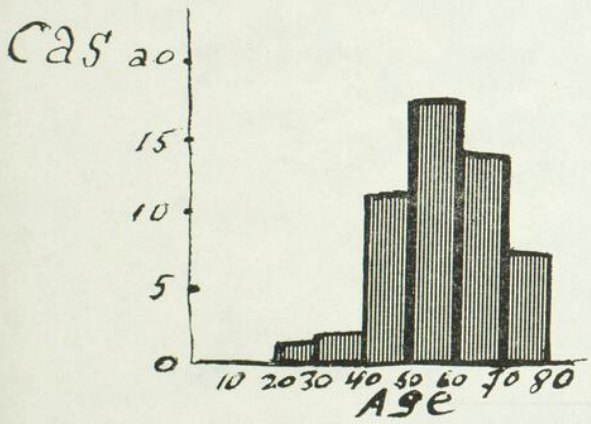
2. Electrocardiogramme positif: cor pulmonale.

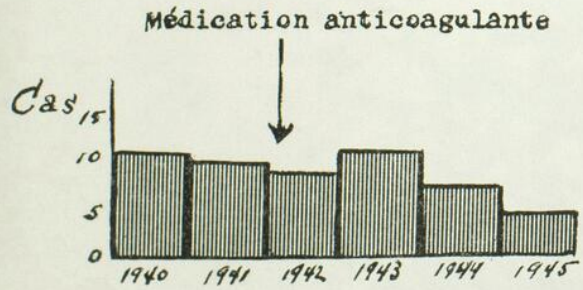
Dans 85% des cas rapportés, il y a des signes prémoniteurs assez précoces pour instituer une médication ou un traitement préventif de l'embolie fatale. Cela exige une coopération complète de toute l'équipe médicale surveillant le malade, qu'il s'agise de médication anticoagulante ou de ligature de veines. (5 références)

TABLE 7

L'état des jambes dans les suites opératoires chez 48 cas de chirurgie.

Groupe de cas	Examen postopératoire des jambes		
	Aucun examen	Examen positif	Examen négatif
1. (mort en deçà d'une heure)	14	0	8
2. (mort entre deux et vingt-quatre heures	6	3	9
3. (mort après vingt-quatre heures	5	2	1
TOTAL	25	5	18





Léon LONGTIN.

ORTHOPEDIE

Pierre LOMBARD. — **La paralysie dite obstétricale du membre supérieur.** ("Revue d'orthopédie", **33**: 235 (avril-juin) 1947.

Les paralysies radiculaires par manœuvres obstétricales sont incontestables mais exceptionnelles. Comme preuve à l'appui de cet avancé, l'auteur parle des cas d'absence d'une ou de plusieurs racines. Il parle aussi de poliomyélite fœtale sous forme de paralysies flasques complètes et définitives sans tendance à la régression.

Il rapporte aussi des paralysies obstétricales associées à des phénomènes parétiques du membre inférieur (hémiplégie prénatale). L'auteur analyse les éléments du syndrome P. O. dans sa forme habituelle, type supérieur (Duchêsne-Erb). Il divise les muscles en deux groupes: un groupe inerte sans contraction et un groupe rétracté ou hypertonique:

« Cette inversion du tonus dans des groupes voisins, quand elle se produit en dehors de tout syndrome douloureux, me paraît donc être la signature d'un trouble non point périphérique mais bien d'origine centrale.»

Il signale l'absence de troubles sensitifs et sympathiques dans le P. O. type supérieur:

« La dissociation d'une sensibilité intacte et d'une impuissance motrice dans le domaine d'un nerf mixte paralysé ne me semble pas porter témoignage d'une lésion périphérique mais bien d'une lésion centrale. »

L'auteur explique la luxation de la tête humérale par le jeu du déséquilibre musculaire et il affirme que le même mécanisme joue dans la luxation congénitale de la hanche.

Il rapporte les constatations de Leveuf sur les altérations des cornes antérieures et des différents faisceaux blancs qui accompagnent le spina-bifida. Il termine ainsi:

« C'est dans les lésions de cet ordre que semble devoir être désormais recherchée l'origine de la paralysie dite obstétricale du membre supérieur. »

Edgar LEPINE.

OBSTETRIQUE

Arthur G. KING. — **Lever puerpéral précoce.** *(Early puerperal rising.)* "Am. J. of Obst. and Gyn.", **52**: 657 (octobre) 1946.

Une série de deux cent vingt et une accouchées à des hôpitaux militaires a servi à cette expérience.

Technique: Dès le premier jour du post-partum, la femme qui se tourne à volonté dans son lit, reçoit une alimentation complète et on l'aide à se tenir debout une minute.

Le second, elle s'assoit près de son lit cinq minutes.

Le troisième, elle marche à sa chaise deux fois pour une pause de cinq minutes chaque fois. Elle commence aussi des exercices musculaires de l'abdomen qu'elle continue les jours suivants: coucher à plat sur le dos, sans s'aider des bras, l'accouchée soulève tête et épaules une dizaine de fois pour trois à cinq séances par jour.

Le quatrième jour, elle demeure une demi-heure dans sa chaise, en plus de prendre son souper à table.

Le cinquième ou le sixième jour, suivant son état, elle peut se rendre à la toilette.

Le septième, le temps, hors du lit, est porté à trois séances d'une demi-heure et on permet la toilette sous la douche, si la patiente le désire.

Le huitième, elle quitte l'hôpital après les recommandations de routine: continuer les exercices musculaires qui devront aussi comprendre des mouvements dans le vide des membres inférieurs. Limiter au strict nécessaire les montées et descentes d'escaliers. Reprendre progressivement le travail ordinaire.

L'état euphorique, la sensation de bien-être de ces patientes justifient cette ligne de conduite qui diminue le temps d'hospitalisation, sans augmenter le pourcentage de persistance anormale des lochies, la désunion des sutures périnéales, les prolapsus ou les rétroflexions.

F. -X. DEMERS.

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.

ASSOCIATION MÉDICALE FRANCO-AMÉRICAINE

Réunion du 24 septembre 1947

Les Affections de la Hanche chez l'enfant.[1]

M. J.-C. FAVREAU

En pathologie chirurgicale infantile, la hanche tient d'emblée la première place. En effet, l'articulation de la hanche est plus souvent malade que toutes les autres articulations réunies. Cette réalité s'explique par deux raisons principales : d'abord, une raison d'ordre mécanique en rapport avec la turbulence de l'enfant et les chocs qu'il impose à sa hanche; ensuite, une raison d'ordre anatomo-physiologique qui est la proximité des gros réseaux lymphatiques.

On considère d'abord des affections aiguës qui vont de la simple arthrite toxi-infectieuse à l'ostéo-arthrite destructive dont la coxalgie est l'exemple le plus typique et le plus répandu. Ainsi, à l'occasion d'un épisode aigu à distance (grippe ou amygdalite), on voit s'installer un état septicémique qui lèche la hanche au passage.

Grâce aux sulfamidés et à la pénicilline, nous sommes aujourd'hui bien armés pour lutter contre ces affections aiguës, exception faite pour la coxalgie. Au traitement médical, il faut toujours ajouter l'appareil plâtré et parfois le traitement chirurgical sous forme d'ouverture, de drainage de l'articulation.

On considère ensuite des affections chroniques qui vont de la simple arthrite de croissance aux formes graves de la coxavara, en passant par l'ostéochondrite déformante juvénile. La plupart de ces affections sont connues comme des réactions de croissance dont on connaît assez mal le mécanisme et la nature exacts.

Chacune de ces affections chroniques reconnaît un traitement précis, qu'il ne faut pas négliger afin de prévenir une infirmité réelle et permanente. En fait, si l'enfant est traité comme il doit l'être, il a toutes les chances de passer à travers son affection avec une hanche fonctionnellement bonne.

En un mot, la hanche chez l'enfant est une boîte à surprises dans laquelle il faut savoir regarder afin de voir rapidement et sûrement ce qui s'y passe. La clinique et la radiographie sont aujourd'hui capables de préciser le diagnostic, même au début. En face d'un doute, il ne faut pas hésiter à demander de l'aide.

1. Court résumé de cette communication.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 7 octobre 1947
à l'Hôpital de la Miséricorde.

Présidence de M. Edouard Desjardins

Traitement des menaces d'avortement par la progestérone.

M. Azarie COUSINEAU

Le conférencier résume l'étiologie de la mortalité embryonnaire, tant chez les ovules normaux que chez les embryons anormaux; l'implantation défectueuse du chorion aurait une grande importance, mais l'anormalité des cellules génitales mêmes serait aussi très fréquente.

L'expérience clinique prouve que le traitement à la Progestérone permet de mener à terme un fort pourcentage de grossesses menacées d'avortement. M. Cousineau relate de nombreuses histoires cliniques à l'appui de cette assertion. Toutefois, il convient de bien étudier chaque cas, afin de ne pas instituer une thérapeutique vouée d'avance à un échec.

Discussion.

MM. Houle, Gagnon, H. Sanche et M. Clermont. Le dosage de la Progestérone serait souvent employé, mais non l'association de folliculine et de Progestérone. Le mécanisme local ou hormonal de la Progestérone est discuté. Enfin, certains avortements sont inévitables, étant causés par des anomalies congénitales chez la mère.

Angine et gingivite de Vincent chez les filles-mères.

M. Gilbert BRISEBOIS

Cette maladie est très fréquente. Des analyses de routine chez les nouvelles-arrivées ont permis de déceler 55% de positives. Ce dépistage est le meilleur moyen d'enrayer une épidémie. Le traitement doit être interne, en plus du traitement local.

Discussion.

MM. Paquin, Attendu, A. Ricard et A.-Z. Crépault. Le taux élevé de positivité est dû en partie au dépistage de routine. Il existe des porteurs de germes, sans signe clinique. Les malades trouvées positives sont isolées et traitées jusqu'à ce que les prélèvements soient négatifs.

A propos d'un cas d'inversion utérine.

M. Hector RICARD

M. Ricard décrit quatre cas d'inversion utérine. Comme principal symptôme, état de choc de la patiente. Le meilleur traitement est la réduction immédiate, qui se fait habituellement sans complication.

Discussion.

MM. LeRoy, A. Ricard, A.-Z. Crépault, H. Sanche et Hébert. Les cas d'inversion chroniques sont ceux mentionnés par certains auteurs; aucun n'a été observé par le conférencier. Pour qu'il y ait inversion, il faut un utérus présentant une inertie anormale; elle n'apparaît pas chez un utérus sain. Les quatre cas cités n'ont pas fait d'inertie utérine. Lorsqu'il y a inversion, il convient de décoller le placenta et de réduire l'utérus.

Phlébite bilatérale postpartum non classique.

M. Gérard LEONARD

Il s'agit d'une patiente accouchée normalement, qui présente, cinq jours après, une phlébite gauche. Amélioration en quinze jours, puis, la jambe droite présente les mêmes troubles. Des signes d'endométrite apparaissent. Comme traitement, immobilisation, glace, neuro-trasentine, cibalgine, pénicilline et injections paravertébrales. Le rapporteur est d'opinion que la pénicilline a surtout agi sur l'infection utérine, mais que la phlébite même a surtout été amendée par les injections paravertébrales.

Discussion.

M. H. Ricard, A.-Z. Crépault, H. Sanche, A. Ricard et E. Hébert.

Forceps Bartom: description et application.

M. Jacques GAGNON

M. Gagnon présente à l'assemblée un modèle perfectionné de forceps américain, qu'il a eu l'occasion d'employer avec succès. Il diffère des modèles conventionnels par la forme des cuillers et par l'une des branches qui est flexible, ainsi que par son tracteur. L'emploi de ce forceps est indiqué dans les positions transverses et postérieures. Il permet de saisir la tête avec une prise idéale en position antéro-postérieure. C'est un forceps de préhension, de rotation et de traction. Son utilité cesse à l'expulsion.

Discussion.

MM. Boileau, A. Cousineau, H. Sanche. Le forceps Bartom essayé sur environ 20 cas a rendu de grands services. Sa rotation ne cause aucun traumatisme, car les cuillers sont très minces; et cette rotation se fait de préférence du côté de l'occiput.

*
* *

Séance du 21 octobre 1947

à l'hôpital Notre-Dame.

Présidence de M. Edouard Desjardins.

Dépistage du cancer du rectum.

M. Yves CHAPUT

M. Chaput répète l'avertissement qu'il donnait aux praticiens, il y a quatre ans: le cancer du rectum doit être dépisté précocement. Nombre de malades sont hospitalisés avec 6 ou 12 mois de retard. Pourtant, ce cancer peut très souvent être diagnostiqué par le simple toucher rectal. Il est donc de première importance de bien examiner les malades: toucher rectal, anuscopie et rectoscopie de routine. Il ne faut pas se fier uniquement à la radiographie. La douleur étant presque toujours absente, l'indolence est un signe important.

Bref, il convient d'éduquer le public, d'entraîner les jeunes à la rectoscopie et d'habituer le médecin au toucher rectal.

Discusion.

MM. Simard, P. Letendre et M. Jutras s'accordent à reconnaître que trop de malades souffrant de cancer se présentent trop tard pour être traités efficacement.

Les antihistaminiques dans la pratique médicale.

M. Pasteur VALLERY-RADOT

Le conférencier expose l'historique de la découverte des substances dites antihistaminiques, où les savants français ont joué un rôle de premier plan.

Le physiologiste anglais Dale décrit d'abord le rôle de l'histamine, sans résultat. Puis, on utilise l'histamine, sans grand succès. Boset et Stokes découvrent alors un composé qui protège le cobaye contre plusieurs doses mortelles d'histamine. Les recherches tendent alors à développer des produits de ce genre, de plus en plus efficaces et de moins en moins toxiques. M. Radot étudie successivement l'Antergan, le Néo-Antergan, le Bénadryl, la Pyribenzamine, l'Antistine et deux nouveaux corps qui ne sont pas encore d'usage courant. En général, ils causent tous de la somnolence; ils ont un effet passager et peuvent causer certains accidents. Ils sont efficaces surtout contre l'urticaire et la fièvre des foins.

Discussion.

M. G. Casgrain a noté que le pourcentage de 15% d'asthme allergique observé en France est de beaucoup inférieur à celui observé chez nous, qui est d'au moins 65%; le diagnostic d'asthme allergique, loin d'être facile, est au contraire très difficile comme on peut le prouver par une foule d'observations cliniques; les cuti-réactions doivent être faites en nombre raisonnable pour aider le diagnostic, sans toutefois tomber dans l'excès; enfin, le vrai spécialiste peut rendre de grands services, tandis que le médecin qui se mêle d'une spécialité où il n'entend rien peut causer des désastres.

M. Léger déclare que l'action des antihistaminiques sur l'animal de laboratoire n'est pas la même que chez l'homme. Il compare le mécanisme de la désensibilisation à celui de l'immunisation, et résume les caractères différentiels des phénomènes anaphylactiques et allergiques.

M. Lambert a constaté que l'emploi des antihistaminiques dans l'eczéma donnait de bons résultats en applications locales, mais non par d'autres voies. De plus, si on les donne avant les injections arsenicales, ces injections étaient mieux tolérées.

M. Pasteur-Valléry Radot maintient, toutefois, son opinion que la technique américaine de désensibilisation ne désensibilise pas vraiment l'organisme, mais provoque une « accoutumance » passagère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

Séance du 19 septembre 1947

tenue à l'Hôtel-Dieu, de Québec.

Un cas de sclérodermie.

M. L.-N. LAROCHELLE

En mars 1947, une jeune personne était admise à l'Hôtel-Dieu, de Québec, pour un syndrome de sclérodactylie progressive évoluant d'une façon manifeste depuis deux ans.

Plusieurs symptômes ayant orienté vers une origine glandulaire, cette pathogénie a été largement discutée.

La malade est retournée chez elle avec une médication orale bismuthée, en attendant une cure chirurgicale, parathyroïdectomie et sympathectomie, toujours possible.

Ostéome ostéoïde: considérations cliniques, radiologiques et pathologiques.

M. Robert LESSARD

L'auteur présente un cas d'ostéome ostéoïde, tumeur osseuse bénigne magistralement décrite par H. L. Jaffe, de New-York, en 1935 et en 1940.

La littérature, publiée en rapport avec ce nouveau syndrome, est presque exclusivement américaine et concerne, jusqu'à date, 90 à 95 cas.

L'auteur passe ensuite en revue les signes cliniques, les manifestations radiologiques et les caractères anatomo-pathologiques de cette maladie, puis il donne l'observation d'un patient porteur d'une telle tumeur.

L'ostéome ostéoïde se manifeste chez des sujets jeunes. Le symptôme prédominant est la douleur localisée à l'endroit de la lésion; tenace, elle croît en intensité avec le temps et éveille le malade durant son sommeil. Le cliché radiographique montre une image claire, arrondie ou ovalaire, de petite dimension, représentant la tumeur. L'os adjacent réagit en s'hyperplasiant, en se densifiant. Au microscope, l'ostéome ostéoïde est une tumeur petite, formée de tissu ostéoïde et d'ostéoblastes, entourée d'un tissu osseux sclérosé, hyperplasié, sans signes inflammatoires.

Le traitement de cette néoplasie en est l'ablation totale qui amène la sédation complète et immédiate des douleurs.

Epithélioma du bassinet dans un rein en fer à cheval.

M. Arthur BEDARD

Après quelques considérations sur la rareté de l'épithélioma du bassinet et du rein en fer à cheval, l'auteur rapporte l'observation d'un malade porteur de cet épithélioma dans un rein en fer à cheval à qui on a fait une héminéphrectomie avec succès. L'auteur conclut à la nécessité de faire une exploration urologique chez tout hématurique, en employant la pyélographie rétrograde de préférence à l'urographie intraveineuse.

Traitement et guérison de la syphilis par le bismuth.

M. Emile GAUMOND

Dix cas de syphilis primo-secondaire traités uniquement par le bismuth sont rapportés.

Le B. W. et Kahn étaient fortement positifs chez neuf de ces malades avant le traitement, et chez le dixième l'examen sur fond noir a montré la présence de tréponèmes.

Tous les malades ont vu disparaître relativement vite leurs accidents cutanéo-muqueux et se négativer leur sérologie rapidement.

Le bismuth utilisé est capable de guérir la syphilis récente.

Une moyenne de neuf mois de traitement, sans tenir compte des périodes de repos, à raison de deux injections par semaine, semble suffisante pour amener la guérison.

Les malades ont pu être observés de un an et demi à neuf ans après le début de leur maladie.

Le bismuth comme traitement de fond, associé à la pénicilline comme traitement d'at-

taque, constituera peut-être dans l'avenir le traitement idéal de la syphilis récente et supprimera l'emploi des arsenicaux.

* *

Séance du 3 octobre 1947

à la Clinique Roy-Rousseau.

Hypertension artérielle et électro-choc.

MM. Sylvio CARON, C.-A. MARTIN et L.-H. LEMIEUX

De l'étude de trente-huit malades mentaux hypertendus soumis à l'électro-choc, il ressort que:

1° L'hypertension artérielle, rencontrée chez le malade psychiatrique, est le plus souvent d'origine psychogène. Elle accompagne surtout les états d'anxiété marquée.

2° Elle s'abaisse le plus souvent au cours de la convulsivothérapie à peu près parallèlement à l'amélioration de la maladie mentale.

3° Les malaises subjectifs qui lui font cortège sont surtout d'ordre psycho-névrotique et disparaissent en même temps que guérit l'état mental.

4° Nos hypertendus au-dessus de 200 mmHg. sont toujours de grands anxieux, avec des complexes affectifs solidement ancrés. Ils nécessitent un plus grand nombre d'électrochocs. Quand il y a guérison, le pronostic reste réservé au point de vue psychique.

5° L'hypertension artérielle, isolée même si elle est marquée, n'est pas une contre-indication à l'électro-choc. Il faut d'abord s'assurer de l'intégrité du système cardio-vasculaire, en faisant tous les examens et surtout celui du fond de l'œil. Ces malades doivent être surveillés plus étroitement en cours du traitement.

6° Enfin l'électro-choc n'est pas un traitement spécifique de l'hypertension. Il est cependant possible que le jour où l'on aura réalisé la convulsivo-thérapie sans convulsion, on aura du même coup découvert un traitement plus logique de l'hypertension artérielle d'origine neurogène.

Malformations congénitales.
(Micromélie — Macromélie)

MM. Geo.-H. LARUE, P. MICHEL et G. PARADIS

Présentation de 2 cas de malformations congénitales. Le premier, une micromélie: Arrêt de développement osseux des 4 membres; os courts, déformés par de nombreuses courbures donnant au patient l'aspect d'un nain. Dystrophie osseuse rappelant la dysplasie périostale de Durante, mais s'en différenciant par les caractères radiologiques.

Un deuxième cas, macromélie: Enfant de 10 ans, avec le membre inférieur droit, du volume de celui d'un adulte. Malformation datant de la naissance. Pied droit énorme. Début d'hyperplasie semblable au pied gauche.

Maladie de Recklinghausen.

(Présentation de malade et observation anatomo-clinique)

MM. M. SAMSON et Laurent PATRY

Deux observations de maladie de Recklinghausen dont l'une a été une manifestation aiguë de la maladie et dont l'évolution a paru être aggravée par l'accouchement. Découverte à l'autopsie d'une grosse tumeur de la surrénale gauche, avec néoplasie volumineuse envahissant les lobes pariétaux et occipitaux et la partie postérieure des noyaux gris de l'hémisphère droit (gliôme).

Dans la deuxième observation, la maladie a évolué par poussées d'une façon très lente et progressive, on a pu retracer le caractère héréditaire, congénital et familial de la maladie. La symptomatologie est au complet avec association de lésions osseuses contrôlées par la radiographie.

Démence artério-scléreuse.

M. S. CARON

Le docteur Sylvio Caron profite de l'occasion de cette présentation pour rappeler aux membres de la Société les différents aspects cliniques de la cérébro-sclérose, c'est-à-dire le syndrome pseudo-bulbaire, la paraplégie, la neurasthénie, le parkinsonisme, l'épilepsie et l'état démentiel; puis il fait remarquer l'âge précoce du sujet, 59 ans, et la céphalée frontale droite qui apparaît à chaque jour depuis trois mois et qui s'accompagne de manifestations pathologiques rappelant celles de l'épilepsie larvée.

Il donne les raisons d'éliminer la maladie de Pick et d'Alzheimer, ainsi que la tumeur cérébrale.

L'encéphalographie qu'il a pratiquée lui permet de rejeter l'hypothèse d'une tumeur cérébrale.

Fatigue et foie de veau.

M. C.-A. MARTIN

Le foie de veau a été employé dans le traitement de diverses affections, sans qu'on sache bien encore tout ce qu'il contient. Il n'a une action spécifique que dans les anémies macrocytaires. Il ne vaut absolument rien contre la fatigue, qui le plus souvent est un symptôme d'origine mentale. Il peut même empirer la maladie en causant de l'angoisse. L'auteur s'élève contre l'emploi abusif qui en est fait.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR RÉAL LANTHIER

Le docteur Réal Lanthier est décédé le 23 août dernier à l'âge de trente-neuf ans. Bachelier ès art de l'Université d'Ottawa, il obtenait, en 1935, son diplôme de docteur en médecine de l'Université de Montréal. Au cours de ses études médicales il avait pris une part active à diverses organisations et siégé durant quelques années comme représentant de l'A. G. E. U. M., à la Fédération nationale des étudiants des Universités canadiennes.

Il était, au moment de sa mort, chirurgien de l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc et directeur médical de la Palestre Nationale.

LE DOCTEUR J.-E. ST-ONGE

Le docteur J.-E. St-Onge, de Montréal, est décédé le premier septembre dernier, à l'âge de soixante-dix-sept ans. Il avait fait ses études secondaires au Collège Sainte-Marie et obtenu son diplôme de docteur en médecine de l'Université Laval, en 1893.

Après quelques années de pratique à Valleyfield, il opta pour l'oto-rhino-laryngologie et poursuivit, pendant quelques années, en France, ses études dans cette spécialité.

A son retour au Canada il devint membre du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Sainte-Justine et consultant à l'Institut Bruchési.

Nommé chef de service à Sainte-Justine, en 1917, il consacra à cette institution de longues années d'un labeur incessant et fructueux.

Nos condoléances à ses fils, le docteur Paul St-Onge, de Chambly, et le docteur Gérard St-Onge, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

LE DOCTEUR RUBEN-CHARLES LAURIER

A l'âge de soixante-dix-huit ans, après une longue maladie, le docteur Ruben-Charles Laurier est mort le 26 septembre dernier.

Il avait fait ses études au Collège de L'Assomption et à l'Université Laval, et commencé sa pratique de la médecine en 1892.

Nos condoléances à son fils, le docteur Ruben Laurier et à son gendre, le docteur L.-H. Gariépy.

LE DOCTEUR JULES-P. GENDRON

Le docteur Jules-P. Gendron est mort récemment à Grand Rapids, Michigan, où il exerçait la médecine depuis 1904.

Il avait fait ses études médicales à l'Université Laval et à l'Ecole de Médecine de l'Université d'Hambour, à St. Paul, Minnesota.

LE DOCTEUR ÉDOUARD VERDON

Le docteur Edouard Verdon est décédé récemment à Montréal, à l'âge de soixante-sept ans.

Il avait terminé ses études médicales à l'Université Laval, de Montréal, en 1902.

LE DOCTEUR HERVÉ GEOFFROY

Le docteur Hervé Geoffroy est décédé le 27 octobre dernier, à l'âge de 53 ans.

Diplômé de l'Université de Montréal en 1921, il avait été interne à l'Hôtel-Dieu avant de s'établir dans la paroisse de la Nativité, à Hochelaga, où il y pratiqua jusqu'à sa mort.

LE DOCTEUR LORENZO-J. JUTRAS

Le docteur Lorenzo-J. Jutras est décédé le 30 octobre dernier, à l'âge de soixante-cinq ans.

Il obtenait, en 1907, son diplôme de docteur en médecine à l'Université Laval, de Montréal.

Il fut démonstrateur en histologie, à la Faculté de Médecine, de 1920 à 1927, chef du laboratoire de l'Hôpital de la Miséricorde; dès 1924, chef du laboratoire de l'Institut du Radium.

Le docteur Jutras enseigna durant plusieurs années à la Faculté de Chirurgie Dentaire l'embryologie, l'histologie et l'anatomie pathologique.

REVUE DES LIVRES

"Cahiers Laennec", P. Lethielleux, éditeur, 10, rue Cassette, Paris 6e. — 4 cahiers par an. Seul distributeur pour l'Amérique du Nord: Lectures Populaires, Case postale 158, Station "R", Montréal 10. — Prix: $3.30 les 4 cahiers.

Les « Cahiers Laennec » viennent de nouveau nous apporter leurs problèmes d'ordre médical, moral, psychologique ou légal résolus par des auteurs de réputation admise, tels que: Prof. Jean Lhermitte, de l'Académie de Médecine, Prof. Ombrédanne, de l'Académie de Médecine, Dr Paul LeMoal, Dr P. Denoix, de l'Institut du Cancer, le R. P. Tesson, de l'Institut Catholique de Paris, le Chanoine P. Tigerghien, de la Faculté Catholique de Lille, Maître R. Fontaine, Avocat à la Cour de Paris, André Thiron, ancien Président de l'Association Nationale des Notaires de France, etc.

Ces noms ne sont que ceux qu'on relève dans les 4 derniers numéros des Cahiers, i.e. No 3 de 1946, No 4 de 1946, No 1 et 2 de 1947.

Ces cahiers sont publiés sous la responsabilité morale des RR.PP. Jésuites de la Conférence Laennec et ceci peut, de ce fait, apaiser quelques consciences timorées qui deviendraient inquiètes au cours de leur lecture.

En effet, toutes les questions d'ordre moral, sexuel, psychiatrique et légal sont clairement exposées et développées en un style rigoureusement précis, didactique et digne. Ainsi en est-il du No 3-1946 sur l'Avortement et du No 2-1947 sur « les Etats intersexuels ». Les plus grandes compétences étudient chaque point avec une franchise et une largeur de vue qui assurent une pleine compréhension.

Cette revue ne peut évidemment être mise entre toutes les mains et ne devrait pas être annoncée au grand public, mais je crois que tous les médecins et étudiants en Médecine, les gardes-malades, les confesseurs et les assistantes sociales pourraient hautement bénéficier de sa lecture.

C'est un complément nécessaire à toute bibliothèque médicale ou paramédicale.

Jean PANET-RAYMOND

G. ARNULF. — **L'infiltration stellaire. Technique — indications — résultats.** Préface du prof. R. Leriche. Un volume de 234 pages, avec 25 figures. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1947.

Les infiltrations anesthésiques de la chaîne sympathique ont pris, sous l'impulsion du professeur Leriche, une place de plus en plus grande dans la pratique journalière et sont utilisées dans le traitement de nombreuses affections.

Parmi celles que l'on pratique le plus couramment, une place à part doit être réservée à l'infiltration du ganglion sympathique cervical inférieur ou ganglion stellaire, qui fut pratiquée par Leriche et Fontaine dès 1925, et représente à ce titre la première étape d'une méthode qui devait devenir féconde. Dans le domaine pratique, sa technique est plus minutieuse qu'aucune autre. La précision de ses tests lui donne une objectivité incontestable: cette qualité est d'importance lorsqu'il s'agit de juger sa valeur thérapeutique et de préciser ses indications. Le champ de celles-ci est en effet plus vaste que pour aucune autre.

C'est la somme de quinze années de pratique que l'Auteur présente ici, en même temps qu'un bilan de la méthode. Il décrit minutieusement les diverses techniques actuelles de l'infiltration, étudie successivement les nombreuses indications, rapporte et analyse les résultats.

Il établit ainsi que la médecine possède dans les infiltrations stellaires une précieuse ressource thérapeutique.

VICHY CELESTINS

PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

REPRÉSENTANTS EXCLUSIFS
VICHY FRANCE
2027 AVENUE DU COLLÈGE McGILL MONTRÉA

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 MINERALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIETE DE L'ETAT FRANCAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

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

VICHY CELESTINS

PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

REPRÉSENTANTS EXCLUSIFS

VICHY FRANCE

2027 AVENUE DU COLLÈGE McGILL MONTRÉA

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 MINERALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIETE DE L'ETAT FRANCAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

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

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

I. *Technique.* — Directives générales. Bases anatomiques. Les voies de l'infiltration stellaire. Incidents et accidents des infiltrations stellaires. Choix d'une voie d'infiltration.

II. *Indications et résultats.* — Bases physiologiques. Justifications physiologiques des infiltrations complémentaires. Les indications de l'infiltration stellaire: dans les troubles sans localisation particulière; dans les troubles localisés aux différentes parties du territoire stellaire; dans certaines affections cérébrales; dans certains syndrome faciaux; en ophtalmologie; en oto-rhino-laryngologie; dans quelques affections du cou; dans certains troubles du membre supérieur; syndromes vasculaires; syndromes moteurs; troubles réflexes postraumatiques; syndromes douloureux du membre supérieur; syndromes osseux; dans certains troubles articulaires; dans certains syndromes cardiaques; dans certaines affections broncho-pulmonaires.

Conclusion. Bibliographie.

G. HEMMELER. — **Précis de diagnostic hématologique.** Préface du prof. Louis Michaud. Un volume de 168 pages, avec 15 planches en couleurs. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1947.

L'examen du malade permet rarement, lorsqu'il s'agit d'une affection du système hématopoïétique, de poser un diagnostic de certitude. Ainsi, deux affections aussi différentes que l'anémie hypochrome essentielle et l'anémie de Biermer présentent une grande ressemblance symptomatologique, étant caractérisées l'une comme l'autre par la triade pâleur, funiculite et glossite. Le diagnostic différentiel est donc malaisé et, par conséquent, le médicament, fer ou extrait de foie, ne peut être ordonné sans examen du frottis sanguin qui seul distingue ces deux maladies l'une de l'autre.

Il serait facile de citer ainsi de nombreux exemples où l'examen sanguin est déterminant pour le diagnostic et par conséquent pour le traitement de la maladie .

L'intérêt de l'étude de la formule sanguine et plus encore de la morphologie du sang est donc indiscutable. Non seulement en vue du diagnostic, du pronostic et du traitement des affections primaires du système hématopoïétique, mais aussi parce que la plupart des maladies ont une répercussion sur le sang.

Aussi ce livre, essentiellement pratique, a-t-il pour but d'enseigner les éléments permettant de poser un diagnostic précis au vu du frottis sanguin. Il est appelé à rendre de grands services à l'étudiant et au médecin praticien. Il renseigne d'autre part le lecteur sur toutes les questions scientifiques touchant à la pathologie des affections sanguines et à leur traitement.

Les illustrations sont des reproductions très soignées de microphotographies en couleurs.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

I. Technique des examens hématologiques. — II. Maladies affectant l'érythopoïèse. Les anémies isochromes ou normochromes. Les anémies hyperchromes. Les anémies hypochromes. Les anémies hémolytiques. Les érythroblastoses. Les érythrocytoses ou polyglobulies. — III. Maladies affectant la leucopoïèse. Leucocytoses. Leucopénies. Les leucémies. — IV. Maladies affectant la thrombopoïèse. Thrombocytoses. Thrombopénies. Thrombasthénie et thrombopathie. — V. Les diathèses hémorragiques sans thrombopénie. — VI. Annexe thérapeutique. L'hépatothérapie. Le traitement par le fer. Le traitement arsenical. La radiothérapie. La splénectomie. La transfusion.

NOUVELLES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE MONTRÉAL

Heure de biologie

donnée sous les auspices de la Société de Biologie de Montréal

1947-1948

Premier semestre

La réouverture des conférences appelées l'« Heure de Biologie » a eu lieu jeudi, le 6 novembre dernier, à 5 heures de l'après-midi. Cette année le thème des conférences est « la Forêt », sujet qui concerne d'une façon si vitale la province de Québec. Des professeurs et des hommes de science, intéressés aux questions forestières et à leur application, ont gracieusement consenti à traiter de leurs spécialisations respectives devant le public de l'heure de biologie. Ces conférences s'adressent aux professeurs de tous les ordres d'enseignement (écoles primaires, couvents, écoles normales, facultés), aux étudiants des diverses Facultés ou Ecoles, au public désireux de suivre les progrès de la science. Ces conférences sont ouvertes à tous sans inscription préalable, et auront lieu à l'Université de Montréal, 2900, boul. du Mont-Royal, salle H-4.

6 novembre — Pierre Dansereau, D.Sc.: La forêt: de sa distribution dans le monde.

13 novembre — Marcel Raymond: Les essences forestières.

20 novembre — Roger Gauthier, M.Sc.: L'arbre: sa structure et sa forme.

27 novembre — Marcel Cailloux, L.Sc.: Circulation de la sève.

4 décembre — René Pomerleau, D.Sc.: Les maladies de la forêt.

11 décembre — Auray Blain, Ph.D.: La génétique forestière.

N. B. — Le programme particulier de chaque conférence sera affiché à l'Université de Montréal et publié dans les journaux.

Victorien FREDETTE,
Sec.-trésorier, Société de Biologie.

LES HYGIÉNISTES DU QUÉBEC SE GROUPENT EN ASSOCIATION

Les Hygiénistes de la province de Québec viennent de se grouper en association. Des lettres patentes ont été émises par le secrétaire de la province, les constituant en corporation, sous le nom de « Société d'Hygiène et de Médecine préventive de la province de Québec ».

Les noms les plus avantageusement connus en hygiène dans notre province sont au nombre des requérants. Mentionnons, parmi ceux-ci, les docteurs Albert Dumas, de Montmagny; Paul Claveau, de Chicoutimi; Sarto Sirois, de Rivière-du-Loup; Jean-Marc Morin, de Drummondville; Adélard Groulx, de Montréal; J.-Auguste Landreville, de Montréal; Roger Foley, de Québec; Joseph de Varennes, de Québec; Lorenzo Turcotte, d'Argenteuil; Cyrille Pomerleau, de Lévis; J.-Amédée Deschênes, de Sherbrooke, et Gérard Michaud, de Roberval.

Le président de la nouvelle association, le docteur Albert Dumas, a déclaré que la fondation de ce nouvel organisme était nécessaire. « Les buts et les objets de cette société, dit-il, sont les suivants: 1° Réunir les médecins-hygiénistes et les auxiliaires des services de santé et d'hygiène reconnus et acceptés par la dite Société; 2° promouvoir la santé publique; 3° promouvoir l'expansion de la profession hygiéniste et défendre les intérêts de cette profession; 4° publier, pour tous les membres, des périodiques, revues, opuscules, brochures, destinés à promouvoir la santé publique; 5° faire connaître aux membres de la Société par des conférences, causeries, travaux scientifiques, les derniers développements et découvertes dans le domaine de l'hygiène et de la santé publique; 6° faire tous les actes nécessaires au but que se propose la Société. »

L'Exécutif se compose comme suit: Dr Albert Dumas, président; Dr Roger Foley, vice-président; Dr A. MacMillan, deuxième vice-président; Dr J.-Auguste Landreville, trésorier; Dr Sarto Sirois, secrétaire; conseillers: Dr Adélard Groulx, Dr Jules Gilbert, Mlle Alice Girard, Mlle Thérèse Mercier, M. Léopold Fontaine, Dr A. J. G. Wood, Dr Maurice Saint-Martin, Dr Marc Bergeron, Dr Jules Fontaine, M. François Brunelle.

Digitaline Nativelle

telle qu'isolée par Nativelle en 1868

la MARQUE D'ORIGINE DE "DIGITOXINE"

Maintenant reconnue par le "U. S. Pharmacopoeia XIII."

En 1872, Claude Adolphe NATIVELLE soumettait à l'Académie de Médecine de Paris son mémoire sur la découverte de la DIGITALINE, dont le corps médical canadien a toujours apprécié la haute valeur. La supériorité de la DIGITALINE NATIVELLE est maintenant reconnue par tous les éminents cardiologues anglais et américains. (1)

(1) *References*

Sir James Mackenzie, Disease of the Heart, 1925. Sir Thomas Lewis, Disease of the Heart, 1933. New and Non Official Remedies, 1942 to 1946 incl. Gold, Choice of a Digitalis Preparation, Connecticut State Med. Journal, Vol. IX, No. 3, March 1945. Levine, Clinical Heart Disease, 3rd Edition 1946. Gold, Cornell Conferences on Therapy, 1946, U.S.P. XIII (Official, April 1, 1947).

Présentation:

COMPRIMÉS:—0.1 et 0.2 mg.

AMPOULES:—Intrav. 0.2 et 0.4 mg.

SOLUTION:—1-1000 (5 gouttes = 0.1 mg.)

Rougier Frères

SPÉCIALITÉS DE PRESCRIPTION MÉDICALE

50, RUE LE MOYNE — MONTRÉAL 1, QUÉBEC

L'INSTITUT BRUCHÉSI DE MONTRÉAL, Inc.

Clinique antituberculeuse

Rapport des dispensaires	Septembre 1947	*Centre*	*Est*	*Nord*	*S. C.*	*Total*
Cliniques des poumons	Premiers examens — adultes	343	100	88	52	583
	Premiers examens — enfants	56	26	21	13	116
	Visites subséquentes — adultes	758	178	146	139	1,221
	Visites subséquentes — enfants	247	93	40	15	395
Cliniques de la gorge	Premiers examens	99	3	—	—	102
	Visites subséquentes	107	—	—	—	107
	Opérations	38	—	—	—	38
Pneumothorax artificiel	Amorces	4	—	—	—	4
	Insufflations	413	—	—	68	481
	Ponctions et aspirations de la cavité pleurale	2	—	—	—	2
	Jacobeus	—	—	—	—	—
	Phrénicectomies	—	—	—	—	—
Service de Syphiligraphie	Nombre de consultations	45	—	—	—	45
	Nombre d'injections	23	—	—	—	23
Rayons X	Nombre de radiographies	858	183	178	129	1,348
	Nombre de fluoroscopies	691	73	—	97	861
Laboratoire	Analyses	500	—	—	24	524
Réactions à la tuberculine	Nombre de réactions	150	25	29	25	229
	Fortement positives	14	5	2	—	21
	Positives	19	2	1	5	27
	Légèrement positives	18	1	6	—	25
	Douteuses	1	—	—	—	1
	Négatives	67	17	17	19	120
	Non contrôlées	31	—	3	1	35
Patients venus en dehors de Montréal		124	5	17	24	170
Nouveaux patients trouvés tuberculeux		7	—	1	1	9
Anciens patients trouvés tuberculeux		8	—	—	—	8
Le rapport de ces cas fut fait aux médecins et au bureau provincial d'hygiène.						
Rapports faits aux médecins		405	143	69	—	617

Service social

Rapport mensuel	Septembre 1947	*Centre*	*Est*	*Nord*	*S. C.*	*Total*
Familles surveillées		3,235	760	561	119	4,675
Familles nouvelles		34	7	—	—	41
Patients T. B. surveillés	adultes	4,859	690	608	1,124	7,281
	enfants	593	274	195	176	1,238
Patients nouveaux	adultes	37	6	6	2	51
	enfants	9	3	—	—	12
Patients décédés	adultes	17	4	1	1	23
	enfants	—	—	—	—	—
Contacts surveillés	adultes	9,537	2,339	1,773	479	14,128
	enfants	4,329	959	634	341	6,263
Contacts nouveaux	adultes	93	21	—	—	114
	enfants	53	10	—	—	63

Un puissant STIMULANT Hepato-Biliaire

artechol

provoque la sécrétion libre et normale de la bile

- **L'épanchement biliaire est notablement augmenté.**
- **Le régime alimentaire peut le plus souvent rester normal.**
- **Prévient la cholélithiase.**
- **Favorise le péristaltisme intestinal.**
- **L'absorption des vitamines A, D, E, et K est augmentée.**

Le succès toujours grandissant obtenu avec ARTECHOL chez de nombreux patients hépato-biliaires est grandement attribuable aux propriétés exceptionnelles de son Extrait d'Artichaut (Cynara Scolymus).

Indications: Insuffisance Hépatique, Ictère, Cholécystite, Angiocholite, et particulièrement après l'ablation de la vésicule biliaire. Hypercholestérinémie.

Présenté en flacons de 50 comprimés.

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION SUR DEMANDE.

anglo-french drug cie., limitée.

209 EST, STE-CATHERINE MONTRÉAL

Hospitalisation					
Liste d'attente	93	11	3	16	123
Demandes d'hospitalisation	47	6	2	7	62
Patients hospitalisés	21	3	4	7	35
Patients référés par médecins	148	60	65	21	294
Patients référés par organisations	51	18	23	23	115
Arrangements par appels téléphoniques	789	125	189	30	1,133
Total des visites	1,174	—	—	29	1,203
Visites aux familles	882	—	—	22	904
Visites aux patients	1,021	—	—	27	1,048
Contacts visités — adultes	2,531	—	—	65	2,596
enfants	1,398	—	—	44	1,442
Visites sans réponse	127	—	—	3	130
Autres visites	165	—	—	4	169
B. C. G.					
Bébés nés dans les familles tuberculeuses	29	—	—	5	34
Bébés immunisés par le B. C. G.	23	—	—	5	28
Placement familial					
Enfants recommandés pour le Pl. Familial	2	2	2	—	6
Enfants acceptés au Placement Familial	3	2	2	—	7

Anysie M. DELAND,
Directrice du Service Social.

Petites notes

1) TUBERCULOSE ET STREPTOMYCINE.

La streptomycine est encore à l'heure présente au stage de l'expérimentation. Les grandes espérances qu'avait fait entrevoir cette découverte ne sont pas tout de suite réalisables.

Il importe pour la tranquillité des tuberculeux de remettre les choses au point.

La streptomycine s'est montrée effective contre le bacille tuberculeux dans les expériences de laboratoire. Mais la pratique clinique a démontré à côté de résultats intéressants, des échecs dangereux.

On ne peut encore déterminer le dosage de la streptomycine, le degré de son innocuité et de la résistance du bacille tuberculeux au médicament. L'introduction de cette médication dans le traitement de la tuberculose soulève de nombreux problèmes qui demandent à être étudiés largement et longuement.

On peut dire que pour l'heure, il est dangereux de répandre dans l'esprit de nos tuberculeux une espérance illimitée dans l'efficacité de la streptomycine; encore que le traitement coûte très cher et doit se prolonger un long temps. (Au coût actuel du médicament seulement, le traitement coûterait $1,440.00 pour quatre à six mois.)

Le traitement actuel de la tuberculose par la cure, le pneumothorax ou la chirurgie pulmonaire, demeure donc l'apport le plus sûr pour la guérison de nos malades. Et la streptomycine devrait être refusée aux tuberculeux pour qui la thérapeutique habituelle est effective. En outre, rien n'est changé dans la nature de la lutte antituberculeuse. Mesures préventives et mesures curatives s'imposent encore comme des nécessités.

Un fait.

Un tuberculeux fut traité pendant six mois à la streptomycine avec une amélioration très nette. Une récidive survint quatre mois plus tard et l'on isola une souche de bacilles tuberculeux résistant à la streptomycine. Malgré un second essai de traitement dans ces conditions, l'affection suivit une évolution rapidement progressive, due peut-être à une résistance acquise à la streptomycine de la part des bacilles tuberculeux.

J. A. J.

Bibliographie.

« The future of Streptomycin. » Dr Carl Muschenheim, *Bulletin of the National Tuberculosis Ass.*, mai 1947.

Rapport du Comité de l'« American Trudeau Society » sur la thérapie. Dr H. Corvin Hinshaw, *Bull. de l'American Trudeau Society*, publié dans l'*Am. Review of Tuberculosis*, octobre-novembre 1946.

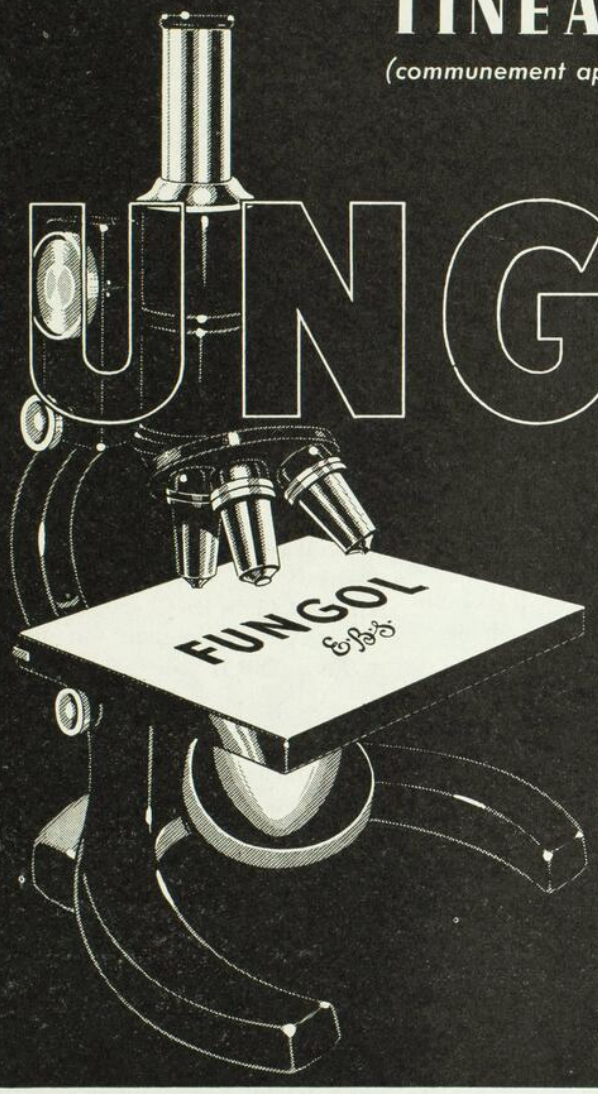
« La streptomycine dans le traitement de la tuberculose. » Pierre Chadourne, *Revue de la Tuberculose*, no 1-2, 1947.

UNE NOUVELLE FACON DE TRAITER LE

TINEA PEDIS

(communement appele "pied d'athlete")

FUNGOL



E. L. Keeney* a démontré les effets léthifères prononcés du propionate de sodium sur les fongus dermaphytes. Le Fungol E.B.S. fournit du propionate de sodium sous forme pratique d'onguent et de poudre, pour combattre de nombreux genres de dermatomycoses. L'Epidermophyton interdigitale (pied d'athlète), le trichophyton barbae (teigne sycotique), le trichophyton capitis (teigne tonsurante du cuir chevelu), et beaucoup d'autres infections caractérisées par le mycosis réagissent favorablement au traitement avec Fungol.

La base de l'onguent est hydrosoluble.

*Bull. Johns Hopkins Hosp., 73:379.

DISPONIBLE SOUS TROIS FORMES PRATIQUES

Onguent Fungol en tubes de 1 once et en pots de 4 onces et de 1 livre

Poudre Fungol en boites de 1 once avec dessus perforé.

Solution Fungol en bouteilles de 16 onces et de 80 onces.

POUR INFECTIONS DES CAVITÉS NATURELLES, CARACTÉRISÉES PAR LA MYCOSE. COMME, PAR EXEMPLE, DANS LES CAS D'OTOMYCOSE, NOUS RECOMMANDONS LA SOLUTION FUNGOL.

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO., LTD. TORONTO, CANADA

2) EN VOYAGE D'ÉTUDES.

Le docteur D. Langlois est en voyage d'études pour suivre le cours régulier de bronchoscopie du prof. Chevalier Jackson.

3) TUBERCULOSE MINIME ET BACILLE DE KOCH.

Les lésions tuberculeuses minimes ne devraient pas être considérées comme non contagieuses, à moins qu'on n'ait épuisé toutes les ressources du laboratoire pour prouver l'absence du bacille tuberculeux.

Ceci ressort d'un travail d'observation entrepris au Sanatorium Ninette, au Manitoba, par le docteur J. M. Scott.

Sur 118 malades admis au Sanatorium avec classification T 1, 16 (14%) crachaient des bacilles; 24 étaient négatifs et 77 (65%) ne crachaient pas. Grâce à la recherche dans le liquide gastrique, en concentration et sur culture, 81 (68%) furent reconnus bacillaires et 37 (31.4%) négatifs, et cela dans l'espace de moins d'un an.

Quel est l'avenir d'une tuberculose minime? Au même Sanatorium, sur 77 tuberculeux classés minimes à l'admission et mis en congé, 59 furent considérés comme minimes apparemment arrêtés; 5 comme arrêtés; 8 quiescents et 2 améliorés; 2 modérément avancés apparemment arrêtés; 1 décès de tuberculose miliaire. La durée du traitement s'échelonne de un à 29 mois.

L'on peut conclure:

1° Que les tuberculoses minimes ont une certaine gravité aux points de vue contagion et évolution.

2° Qu'il ne faut laisser déambuler aucune tuberculose minime sans s'être assuré qu'il n'y a pas de présence de bacilles tuberculeux, en employant surtout le tubage gastrique avec concentration et culture.

3° Que dans de nombreux cas, ces formes de débuts exigent la cure sanatoriale et même les traitements par pneumothorax.

Il y aurait un grand risque à sous-estimer la gravité des lésions minimes, surtout qu'après des décades d'éducation populaire, le dépistage précoce amène beaucoup de ces formes, aux cliniques pulmonaires.

D'un autre côté, il ne faut pas faire peser sur le consultant un diagnostic de tuberculose, même minime, qui n'ait été prouvé autrement que par une radiographie. Il faut en ce cas, des réactions tuberculiniques positives, des analyses de laboratoire en série, principalement des cultures du liquide gastrique et une observation clinique sérieuse et prolongée.

J. A. J.

Bibliographie.

« La gravité d'une tuberculose pulmonaire minime. » *American Review of Tuberculosis,* février 1943.

« Demonstration of tubercle bacilli in minimal pulmonary tuberculosis. » *American Review of Tuberculosis,* juin 1943.

« Management of minimal tuberculosis lesion. » *American Review of Tuberculosis,* juillet 1942.

« Minimal pulmonary tuberculosis. » Dr J. M. Scott, *Canadian Journal of Med. Technology,* juin 1947.

NOUVELLES DU SERVICE DE SANTÉ

Boursiers et promotions

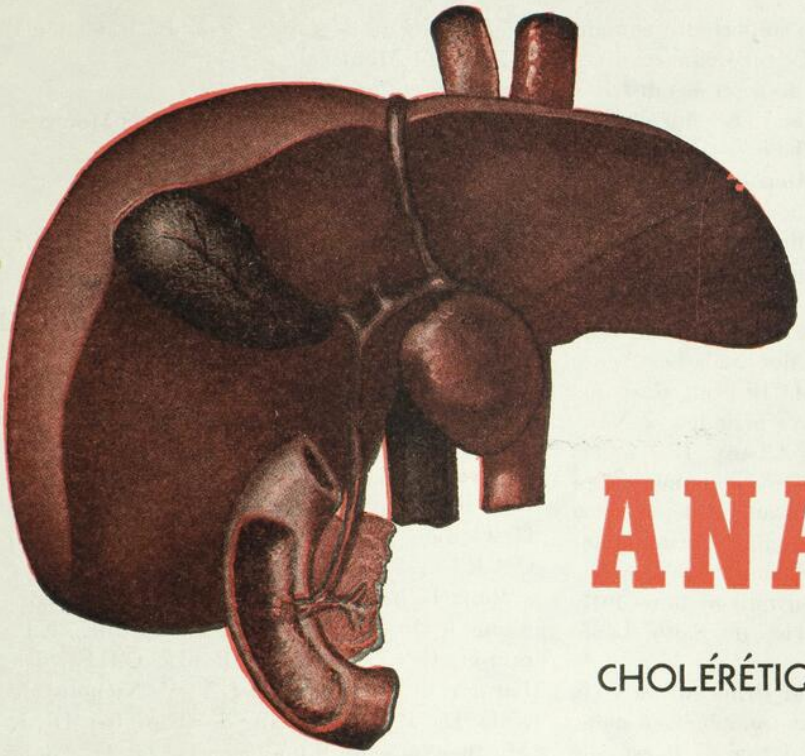
Je désire vous faire part des résultats heureux obtenus par les huit boursiers qui font partie du personnel du Service de Santé de Montréal.

Le Dr G. Charest, médecin hygiéniste à la division des maladies contagieuses, avait obtenu une bourse de la « Rockefeller Foundation » pour aller étudier à l'Université Johns Hopkins, de Baltimore, où il a obtenu sa « Maîtrise en hygiène publique » et fait des études spécialisées en épidémiologie. Il a aussi fait un stage au « Herman Kieffer Hospital », de Détroit, et a obtenu un certificat (C. M.) de cette institution spécialisée dans les maladies contagieuses. En 1944-45, le Dr Charest avait eu une bourse d'étude de la Ville et obtenu son diplôme en hygiène publique (D.P.H.) de l'Université de Toronto.

Mlle B. Laliberté, assistante infirmière en chef à la division de l'hygiène de l'enfance, section de l'hygiène mentale, a obtenu une bourse de la « Rockefeller Foundation » pour compléter ses études au « Teachers' College » de la « Columbia University », de New-York, où elle a obtenu le diplôme de « Master of Arts » en nursing. Le Ville de Montréal avait octroyé antérieurement à Mlle Laliberté une bourse pour deux années d'étude à la même Université, où elle y avait obtenu le titre de « Bachelière en Nursing »; par après, elle avait été promue assistante infirmière en chef.

Mlles C.-A. Lessard et B.-M. LeRoux, infirmières à la division des districts sanitaires et Mlle G. Dallaire, infirmière à la division des maladies contagieuses, ont obtenu une bourse d'étude de la Ville pour étudier, la première à « The School for Graduate Nurses » de l'Université McGill, et les deux dernières, à l'Ecole des infirmières hygiénistes de l'Université de Montréal. Ces trois infirmières ont obtenu leur diplôme et ont , par la suite, été promues et nommées infirmières hygiénistes au Service de Santé.

Le Dr J.-M. Filiatrault, médecin-phtisiologue à la division de la tuberculose, a obtenu une bourse de la Ville pour aller étudier à l'Ecole d'hygiène publique de l'Université de Toronto. Il a obtenu son diplôme en hygiène publique (D.P.H.) de cette institution. Il



ANABILE

CHOLÉRÉTIQUE—CHOLAGOGUE

L'ANABILE est présenté sous forme de "tabule" titrée à 5 grains de bile de boeuf fraîche desséchée, contenant les acides biliaires associés et d'autres éléments naturels de la bile.

Chaque "tabule" d'Anabile équivaut à environ 4 cc. de bile de boeuf fraîche.

INDICATIONS

- Stase biliaire de toute origine (sauf les cas qui nécessitent une intervention chirurgicale).
- Hyposécrétion hépatique (cirrhose, inflammation des voies biliaires, congestion passive chronique).
- Cholécystite, pourvu qu'il n'y ait aucune obstruction sérieuse.
- Absence ou insuffisance de motricité intestinale, provenant d'une sécrétion biliaire insuffisante ou l'accompagnant.
- Carence de vitamines lipo-solubles, associés à l'hyposécrétion ou qui en résulte.
- Etats cardiaques relevant d'une maladie du système biliaire (maladie de Banti, cirrhose accompagnée d'ascite).

POSOLOGIE

A doses thérapeutiques ordinaires, les acides biliaires naturels associés tels qu'ils se trouvent dans l'ANABILE, ne sont pas toxiques.

L'ANABILE peut être pris à raison de 5 ou 10 grains trois ou quatre fois par jour, après les repas ou pendant les repas, selon les besoins individuels. Le régime alimentaire doit être pauvre en graisse.

ECHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

a reçu récemment une promotion importante comme assistant chef à la division de la tuberculose.

Le Dr R. Maillé, médecin à la division des districts sanitaires, a obtenu un congé de la Ville pour étudier à l'Ecole d'hygiène publique de l'Université de Montréal. Il a obtenu de cette institution son diplôme en hygiène publique (D.P.H.) et la médaille du Lieutenant-Gouverneur. Il a, depuis, obtenu une promotion et a été nommé médecin hygiéniste.

Le Dr F. Dussault, médecin à la division des maladies vénériennes, a obtenu une bourse de la Ville pour aller étudier le problème des maladies vénériennes à l'Université Harvard, de Boston, ainsi que l'organisation de la lutte contre ces maladies à New-York, Baltimore, Philadelphie et Albany. Il a acquis les dernières connaissances dans ce domaine et en fera profiter le Service. Le Dr Dussault a depuis reçu une belle promotion, ayant été nommé surintendant de la division des maladies vénériennes.

Cette année, pendant la session universitaire 1947-48, six autres employés du Service de Santé bénéficient de bourses d'étude.

Le premier, le docteur Bertrand Primeau, médecin à la division de l'hygiène de l'enfance, bénéficie d'une bourse de la « Rockefeller Foundation »; il est allé se spécialiser en hygiène publique à l'Ecole d'hygiène de l'Université Harvard, de Boston, Mass. Il était déjà spécialisé et diplômé en pédiatrie de l'Université de Philadelphie.

Les boursiers de la Ville sont le Dr Roland Lamquin, médecin à la division des districts sanitaires, qui étudie actuellement à l'Ecole d'hygiène de l'Université de Montréal; M. Roméo Mondello, ingénieur à la division de l'inspection sanitaire, qui est allé également se spécialiser en génie sanitaire à la « Graduate School of Engineering », de l'Université Harvard; Mlles R.-A. Lemay, J. Beaulieu et C.-M. Dubé, toutes trois infirmières à la division des districts sanitaires, suivent les cours d'infirmières hygiénistes dans nos deux universités locales, Montréal et McGill.

Adélard GROULX, M.D., M.P.H.,
Directeur du Service de Santé.

SECTION NEUROLOGIQUE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE MONTRÉAL

Réunions de décembre

1. *Mercredi, 3 décembre 1947,* à 5 h. p.m., à l'amphithéâtre du « Montreal Neurological Institute ».
Séance en l'honneur de Sir Charles Sherrington, O.B.E., C.B.E., M.D., D.Sc., F.R.C.P., F.E.S.S., D.R.P., à l'occasion de son quatre-vingt-dixième anniversaire de naissance.
2. *Mercredi, 10 décembre 1947,* à 5 h. p.m., à l'Hôtel-Dieu de Montréal.
Séance clinique.
3. *Mercredi, 17 décembre 1947,* au « Montreal Neurological Institute », à 5 heures p.m.
Programme à venir.

COMITÉ CONSULTATIF MÉDICAL D'AVIATION

Dix médecins des plus marquants au Canada, tous membres du comité médical consultatif de l'aviation, se sont réunis à Ottawa, au quartier général de l'aviation, sous la présidence du capitaine de groupe A. A. G. Corbet, directeur des services de santé pour le C.A.R.C.

Voici la liste des membres du Comité qui se sont réunis à Ottawa: Dr J. W. Tice, C.B.E., E.D., d'Hamilton, Ont.; Dr W. R. Ranks, O.B.E.; Dr A. W. Farmer, de Toronto; Dr J. V. V. Nicholls, de Montréal; Dr J. A. Sullivan, de Toronto; Dr F. A. L. Matthewson, de Winnipeg; Dr G. L. Adamson, de Winnipeg; Dr F. F. Tisdall, de Toronto; Dr A. C. Singleton, de Toronto, et le Dr A. H. Sellers, de Toronto.

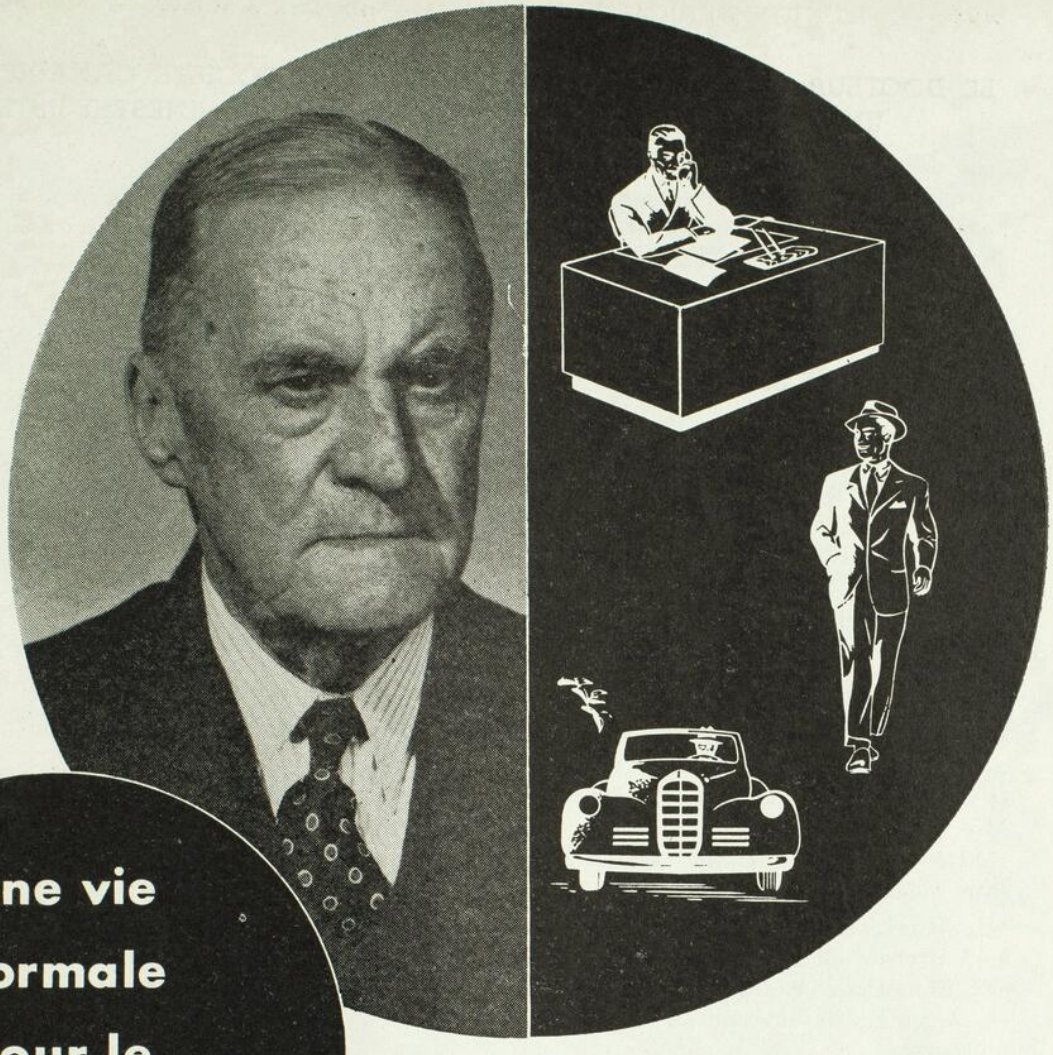
LE DOCTEUR ANTONIO ANGERS, ÉLU PRÉSIDENT

Le docteur Antonio Angers a été élu président de la Société Médicale de Chicoutimi-Lac-St-Jean-Roberval-Charlevoix. Il remplace le docteur Antoine Lapointe, de Jonquière. Le docteur Aristide Gendron a été élu secrétaire, succédant au docteur Henri Vaillancourt.

LE DOCTEUR GENEST À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE "JOHNS HOPKINS"

La Société Médicale « Johns Hopkins » tenait, le 10 novembre, à 8.15 heures, dans le « Hurd Hall », une séance régulière. Au programme:

1. Dr Mark M. Ravitch et M. Robert M. McCune, Jr.: « Intussusception : An experimental and clinical Study »;
2. Dr Elliot V. Newman, Dr Jacques Genest et Dr John Franklin : « Some studies on the mechanism of diuresis with a new drug »;
3. Dr Russell H. Morgan: « The Roentgenologic diagnosis of tuberculosis ».



Une vie normale pour le "cardiaque chronique"

Le praticien connaît bien les effets saisissants de la Coramine dans l'insuffisance respiratoire. Mais, administré sous forme de gouttes au malade ambulant atteint d'une affection cardio-vasculaire, ce médicament donne aussi d'excellents résultats. Les

GOUTTES CORAMINE

sont indiquées dans les cures d'entretien où une amélioration progressive est préférable à une action énergique immédiate. L'administration orale de gouttes Coramine permet au patient de vaquer modérément à ses occupations ordinaires, L'ESPRIT TRANQUILLE. Ce facteur psychologique compte pour beaucoup dans le succès du traitement des troubles cardiaques.

PRÉSENTATION

GOUTTES, pour administration buccale: flacons de 15, 45 et 100 c.c.

AMPOULES pour administration intramusculaire: 1.5 c.c., boîtes de 5, 20 et 100; 5 c.c., boîtes de 3, 12 et 100.

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE • MONTRÉAL

LE DOCTEUR JACQUES LÉGER GAGNE UNE BOURSE D'ÉTUDES

Le docteur Jacques Léger est un des 16 médecins, des différentes parties du monde, à gagner une bourse pour un cours sur l'allergie qui sera donné au Collège de Médecine de l'Université de Cincinnati.

LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTRÉAL

Une réunion des membres de la Société de Phtisiologie eut lieu mardi, le 28 octobre 1947, à 8.30 heures précises du soir, à l'Institut Bruchési de Montréal.

Monsieur le docteur P. DelVecchio parla d'« Ordre nouveau dans le traitement de la tuberculose ».

TROIS TITULAIRES AU PRIX NOBEL DE MÉDECINE

On a annoncé récemment que le prix Nobel de médecine, pour 1947, a été décerné à deux savants américains d'origine tchèque: les docteurs Carl F. Cori et Gerty Cori, de l'Université Washington, à St-Louis, Miss., et B. A. Houssay, de Buenos-Aires. Le prix de 175,115 couronnes ($48,931.) sera divisé également entre les trois savants.

Les Cori, mari et femme, ont reçu leurs doctorats à l'Université de Prague, en 1920, et se sont rendus aux Etats-Unis, en 1922. Le docteur Houssay est en Argentine le descendant d'une vieille famille française.

M. et Mme Cori sont les troisièmes qui, étant mariés, ont reçu un prix Nobel, pour leurs travaux conjoints en recherches scientifiques.

En 1903, Pierre et Marie Curie obtinrent le prix de physique et en 1935, le prix de chimie fut mérité par Frédéric et Irène Joliot.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GRANBY

La Société Médicale de Granby a tenu sa première séance d'études pour l'année 1947-48, le mercredi 29 octobre, à 8.30 heures p.m., à l'hôpital Saint-Joseph, sous la présidence du docteur J.-V. Goyette.

Le programme scientifique était le suivant:

1. Dr Philippe Adam: Les indications de la césarienne;
2. Dr J.-V. Goyette: Un cas de rupture utérine;
3. Dr R. Bruneau: Les ictères;
4. Dr M. Noiseux: L'ulcère peptique et ses complications.

Le secrétaire de la Société Médicale de Granby est le docteur Conrad St-Jean.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSISTES

La Société Canadienne des Anesthésistes, division de Québec, a tenu une réunion à l'Hôtel-Dieu, le 12 novembre, à 8.30 heures p.m. Le programme était ainsi constitué:

1. Rapports de réunions scientifiques:
   a) Dr H. Griffith: « A. S. A. Salt Lake City meeting »;
   b) Dr E. Allard: « I. A. R. S. New York meeting »;
   c) Dr G. Cousineau: « A. S. A. Cleveland meeting ».
2. « Cas intéressants », sous la directeur du Dr R. Rochette:
   a) Dr M. Légaré;
   b) Dr A. Marsolais;
   c) Dr L. Longtin.
3. « Infiltration à la Novocaïne » — Dr Fernando Hudon.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La Société de Chirurgie de Montréal a tenu une séance, sous la présidence du docteur C.-E. Hébert, à l'hôpital Notre-Dame, le mercredi 5 novembre, à 4.30 heures p.m. Les communications suivantes ont été présentées:

a) Méthode personnelle de réduction dans le traitement des fractures de la colonne vertébrale — Dr A. Couturier;

b) Maladie de Schuermann — Dr Jean Tremblay;

c) Considération sur la réfrigération — Dr Jacques Bruneau.

NOMINATIONS À LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La Société de Chirurgie de Montréal a tenu une séance spéciale mercredi, le 19 novembre 1947, sous la présidence du docteur C.-E. Hébert, à l'hôpital Notre-Dame, re: admission de trois nouveaux membres. Le programme était le suivant:

1. Présentation du travail du Dr Aimé Laplante, par le Dr J.-R. Rivard (parrain): « Considération sur le traitement chirurgical du cancer du rectum et du recto-sygmoïde ».
2. Présentation du travail du Dr François Archambault, par le Dr Urgel Gariépy (parrain): « A propos de trois cas d'infarctus intestino-mésentérique ».

AGRIPPOL

ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE

INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

COMPOSITION

Acétophénétidine — Acide acéthylsalicylique
Chlorhydrate d'aminoxide-atropine

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

3. Présentation du travail du Dr Laurent Bergeron, par le Dr C.-E. Hébert (parrain): « Les ruptures du foie ».

A la suite de ces présentations, les docteurs Aimé Laplante, François Archambault et Laurent Bergeron ont été élus membres de la Société de Chirurgie de Montréal.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR BING À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal organisa une conférence qui fut donnée samedi, le 8 novembre 1947, à 10 heures a.m., à l'hôpital Sainte-Justine, par Monsieur le docteur Richard J. Bing, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Johns Hopkins, sur « Les malformations cardiaques congénitales ». Cette conférence était organisée par le département de Pédiatrie de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, grâce à un octroi spécial.

LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTRÉAL

Une assemblée régulière des membres de la Société de Phtisiologie de Montréal eut lieu à l'Institut Bruchési, mardi le 25 novembre 1947, à 8.30 heures p.m., sous la présidence du docteur J.-P. Paquette.

Il y eut mise en nomination, comme membres titulaires, de MM. Paul Tétreault, Philippe Duval et Léo Lynch et la mise en nomination des membres de l'Exécutif pour l'année 1948.

Les communications suivantes furent présentées:

1. Tuberculose endo-bronchique — aspect clinique, par le docteur J.-A. Millet, de l'hôpital du Sacré-Cœur. *En discussion*: docteurs Maurice Bonnier et Gérard Rolland.
2. Résultat de traitements à la streptomycine dans trois cas de tuberculose pulmonaire — rapport préliminaire, par le docteur Ruben Laurier, de l'hôpital du Sacré-Cœur. *En discussion*: docteur J.-A. Vidal.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR SMITHERS

Le « Montreal Radiological Study Club » a tenu une séance le 25 octobre 1947, à l'Institut Neurologique. Le conférencier invité était le docteur Dwight W. Smithers, président du « British Institute of Radiology » de Londres, qui traita du sujet suivant: « The planning of X-Rays Therapy for Deep-seated tumors ».

Le docteur Jean Bouchard est le secrétaire du club.

RÉCEPTION D'UN CHIRURGIEN À L'ACADÉMIE FRANÇAISE

Un des plus illustres chirurgiens français et hommes de lettres, le professeur Mondor, a été reçu sous la coupole de l'Académie française. M. Georges Duhamel, un des derniers venus à l'Académie française, a accueilli le récipiendaire et répondu à l'éloge qu'a fait celui-ci de son prédécesseur, Paul Valéry.

BÉNÉDICTION D'UN HÔPITAL

L'immeuble des Frères Hospitaliers, connu sous le nom d'« Hôpital Saint-Augustin », situé à l'aéroport de l'Ancienne-Lorette, a été béni récemment par M. l'abbé Emile Turmel, curé de l'Ancienne-Lorette, en présence d'une foule considérable.

ÉTUDES MÉDICALES CHEZ LES INDIENS

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-Etre social; l'hon. J. A. Glen, ministre des Mines et des Ressources, et le Dr R. P. Vivian, représentant un groupe d'universitaires, annoncent l'achèvement de la première partie d'une vaste étude sur les Indiens des régions les plus septentrionales du Canada. Plus de 700 Indiens de la région de la Baie James (provinces d'Ontario et de Québec) ont subi un examen médical complet, et environ 500 ont subi l'examen aux rayons X, pour le dépistage de la tuberculose.

LES POSSIBILITÉS DE RESSUSCITER LE CŒUR

La « Osler Clinical Society », de l'Université de Vermont, vient d'inviter le docteur Mercier Fauteux, assistant professeur de chirurgie expérimentale à l'Université McGill, à donner une conférence le 31 nov., sur la résurrection du cœur.

Le docteur Fauteux, en charge de la chirurgie du cœur à l'hôpital Royal Victoria et à l'hôpital Sainte-Justine, a, durant plusieurs années, étudié à Harvard les possibilités de ressusciter le cœur. Comme l'on sait, l'an dernier, à Détroit, il faisait part des résultats de ses travaux devant l'Association de chirurgie thoracique. Les techniques qu'il a mises au point démontrent qu'il est possible de ressusciter un malade dont le cœur cesse de battre soit au cours de l'anesthésie, soit au cours d'une opération.

LA MORTALITÉ NÉO-NATALE

Le docteur Paul Letondal donnait récemment, à la Société Médicale de Richelieu, une conférence sur

Nouvelle Médication

pour la sinusite et les infections des voies respiratoires

Injection Intramusculaire

FORMULE

Iodoforme — Menthol
Iodures — Camphre

Ampoule de 1 cc.

(En solution huileuse de faible acidité)

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLEGE McGILL, MONTRÉAL

la mortalité néo-natale. Comme conclusion générale, il disait que, « si l'on veut diminuer davantage notre mortalité infantile, il faut améliorer les conditions de la lutte contre les maladies du nouveau-né. Les statistiques de tous les pays montrent qu'au cours de la première année, c'est pendant les trois premiers mois, et plus particulièrement pendant le premier mois, que le nombre de décès est le plus considérable. Pour lutter efficacement contre cette mortalité néo-natale excessive, il faut confier à des pédiatres la surveillance de la santé des nouveau-nés dans les maternités, créer d'autres services spéciaux pour nouveau-nés dans les hôpitaux d'enfants et intensifier l'enseignement de cette partie de la médecine dans les universités. »

Le conférencier suggéra d'organiser un service spécial d'ambulance pour nouveau-nés et de multiplier les « Premature Stations » pour les enfants nés avant terme, comme cela se pratique aux Etats-Unis et même au Canada.

Du point de vue prophylactique, il faut exercer une plus étroite surveillance médico-obstétricale chez la future mère et améliorer les conditions de vie de la classe ouvrière, de manière à permettre la réalisation de cette partie essentielle de l'hygiène prénatale: le repos des trois derniers mois.

Le docteur Letondal a été présenté par le docteur Sylvio Frappier, de Sorel, et remercié par le docteur J.-L. Brunet, de Contrecœur.

TROISIÈME JOURNÉE MÉDICALE À L'HÔTEL-DIEU, DE VALLEYFIELD

Jeudi, le 2 octobre, avait lieu à l'Hôtel-Dieu, de Valleyfield, la troisième journée médicale de l'Association Médicale de Salaberry de Valleyfield.

L'inscription se fit à 9 heures de l'avant-midi, alors que le président de l'Association, le docteur Aimé Leduc, de Valleyfield, souhaita la bienvenue aux conférenciers, aux religieuses de l'hôpital, aux gardes-malades, aux confrères médecins et aux étudiants.

Le premier conférencier fut le docteur Albert Joannette, phtisiologue de renom attaché au Sanatorium de Sainte-Agathe. Il a entretenu son auditoire sur la tuberculose en général au point de vue médical, avec radiographies nombreuses.

Après la conférence, il y eut un buffet froid gracieusement offert par les religieuses de l'Hôtel-Dieu.

Durant la séance de l'après-midi, le docteur Joseph Rolland, chef du service chirurgical en tuberculose de l'hôpital du Sacré-Cœur, exposa les traitements les plus à la page qui relèvent de la chirurgie des poumons.

Le docteur Joseph Millet, chef du service médical de l'hôpital du Sacré-Cœur, a ensuite entretenu l'auditoire sur le rôle social de la tuberculose pulmonaire.

A la fin de l'après-midi, le docteur Aimé Leduc rendit hommage d'une façon très élogieuse à deux jubilaires, les docteurs Elzéar Déguire, de Coteau du Lac, et J.-A. Poirier, de Saint-Jean-Chrysostome, qui, pendant 50 années, se sont dépensés au service de l'humanité souffrante et de leur profession.

La journée médicale s'est terminée par un souper-banquet.

SÉANCE D'ÉTUDE AVEC PRÉSENTATION DE MALADES À L'HÔPITAL STE-JUSTINE

Samedi, le 29 novembre 1947, à 10 heures a.m., il y eut séance clinique à l'hôpital Sainte-Justine. Le programme était le suivant:

1. Dr Antonio Léveillé: Malformations cardiaques congénitales;
2. Dr R. des TroisMaisons: De l'hypertrophie du tissu lymphoïde pharyngé;
3. Dr Marcel delVecchio: Notions préliminaires sur la radiothérapie de l'anneau lymphoïde de Waldeyer;
4. Dr Albert Royer et Mlle Colette Perras: L'épreuve de Levinson.

LE BESOIN DE CLINIQUES CONTRE LE RHUMATISME

Environ 70,000 personnes, dans Montréal, souffrent de différentes variétés d'arthrite et de rhumatisme, d'après une enquête de la section du rhumatisme de la « Montreal Medico-Chirurgical Society ». Cette section entreprend une campagne vigoureuse de l'éducation publique et du traitement de ces maladies. Des cliniques ont été organisées à cette fin à l'hôpital Royal Victoria, à l'Hôtel-Dieu, à l'Hôpital Général, à l'Hôpital des Vétérans et à l'Hôpital Général Juif. La Section, dont le docteur Henry P. Wright est le président, se propose de tenir des assemblées mensuellement à ces hôpitaux, de janvier à mai.

54,720 NAISSANCES DURANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1947

Naissances

Au cours des six premiers mois de 1947, on a enregistré, dans la province de Québec, 54,720 naissances vivantes, ce qui représente un taux de 29.5 par mille naissances. Les données démographiques de 1946 indiquent un total de 111,935 naissances. Il est probable que 1947 dépassera ce chiffre, ce qui signifie que notre natalité continue de s'accroître.

Mariages

Cependant, on note une diminution dans le nombre des mariages. Le premier semestre de 1947, d'après

antibiotique intranasal

stable

pénétrant

Action plus rapide, plus pénétrante et plus stable, telle est la principale caractéristique de la tyrothricine, principe bactéricide non toxique du **'Prothricin'**, décongestionnant nasal antibiotique. En application locale, la tyrothricine atteint rapidement les micro-organismes et sa faible tension superficielle favorise la pénétration dans les fissures tissulaires et les replis de la muqueuse. En outre, la tyrothricine garde son efficacité antibiotique même en présence de pus ou de mucus et (à l'encontre de la pénicilline) son activité locale est prolongée en raison de ce qu'elle est modérément absorbée.

En outre de la tyrothricine (0.02%), le **'Prothricin'**, décongestionnant nasal antibiotique, contient un vasoconstricteur efficace, le chlorhydrate de 'Propadrine' (1.5%) qui favorise le rétablissement du drainage normal sans occasionner les effets secondaires fâcheux attribuables à l'éphédrine et autres produits similaires.

Isotonique aux sécrétions nasales normales et additionné de substances-tampons pour maintenir le pH entre 5.5 et 6.5, le **'Prothricin'** est un décongestionnant limpide s'écoulant librement; il n'entrave aucunement l'activité ciliaire et (à l'encontre de suspensions sulfamidées) il n'engendre pas la formation de croûtes pouvant empêcher le drainage.

Enfin, le **'Prothricin'**, décongestionnant nasal antibiotique, est stable, gardant son entière efficacité bactéricide constante à la température de la chambre. Indiqué dans le traitement local de la sinusite, de la rhinite, du coryza et de la congestion nasale.

Présenté en flacons compte-gouttes d'une once.

Sharp & Dohme (Canada), Ltd., Toronto 5, Ont.

SHARP & DOHME

'PROTHRICIN'

décongestionnant nasal antibiotique

les chiffres que nous possédons à date, accuse un taux de 7.1, soit 13.079 mariages. Toutefois, on ne saurait prévoir quel sera le total de l'année, puisque c'est maintenant le mois de septembre qui influence le plus le total de l'année. Nous n'avons pas encore les chiffres touchant cette période.

Décès

Quant à la mortalité, elle semble continuer de décroître. Pendant les six premiers mois de 1947, le nombre des décès, rapportés, atteint le chiffre de 16,678, soit 9.0. En 1946, durant le premier semestre, le nombre des morts s'était élevé à 18,008 avec un taux de 10.0. Il est opportun de constater que, en dépit de l'accroissement de notre population, le nombre des décès diminue, preuve manifeste que les conditions sanitaires dans lesquelles vit notre population se sont améliorées et que tous les services de santé publique surveillent attentivement toute éclosion d'épidémie.

700,000 EXAMENS MÉDICAUX DES ÉCOLIERS

Importance de l'examen médical de nos écoliers.

Chaque année, près de 700,000 examens médicaux sont conduits dans les différentes écoles de la province par les hygiénistes du ministère de la Santé de la province de Québec. L'objet de ces examens, affirment les hygiénistes, a deux raisons: d'abord découvrir les imperfections de l'organisme, imperfections qui pourraient à la longue se transformer en affections plus ou moins sérieuses; en second lieu, les examinateurs se préoccupent de prévenir les parents de tous symptômes inquiétants afin qu'ils puissent conduire leur ou leurs enfants au médecin de famille sans délai. On se préoccupe avant tout de la santé générale des écoliers et de leur développement physique. La gorge, le nez, les dents, l'état de la peau, la poitrine, les yeux, les oreilles et le maintien de l'enfant font l'objet de l'examen. En même temps, l'hygiéniste s'efforce de se rendre compte de la qualité de l'alimentation donnée aux petits.

Les hygiénistes portent une attention toute particulière aux plus jeunes enfants afin, s'il y a lieu, de remédier le plus tôt possible aux déficiences de leur organisme. Rien n'est plus agréable aux techniciens du ministère de la Santé que de pouvoir en même temps rencontrer les parents et de répondre à toutes les demandes qu'on peut leur faire touchant l'hygiène et la médecine préventive. Il va sans dire que les écoles des régions, desservies par nos quelque soixante Unités sanitaires, sont soumises à une surveillance constante afin d'empêcher les épidémies d'éclore. Il est en effet souverainement important de prévenir toute contamination entre enfants.

Aucun père de famille, digne de ce titre éminent, ne devrait négliger les conseils et les recommandations du médecin en charge de l'Unité sanitaire de son comté. Négliger de surveiller la santé de ses enfants soit par insouciance ou incurie, c'est manquer à son premier devoir d'état.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Faculté de Médecine

CONCOURS D'AGRÉGATION

Le Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, conformément à une décision prise à sa séance du 19 novembre courant, ouvre un concours d'agrégation pour le poste d'agrégé suivant:

Pathologie médicale (Section Anesthésiologie)

Ceux qui désirent poser leur candidature sont tenus de le faire par écrit avant le 31 décembre 1947.

Le règlement exige de chaque candidat qu'il ait fait un stage d'au moins 3 ans comme assistant à l'une des chaires d'enseignement de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Dans certaines conditions la durée du stage peut être abrégée.

Tout candidat doit produire, en même temps que sa demande écrite, une attestation du ou des professeurs auprès desquels il a travaillé. La demande doit aussi faire mention des titres du candidat et des travaux scientifiques qu'il a publiés.

La demande des candidats doit être adressée au directeur des études avant l'expiration du délai indiqué plus haut: le 31 décembre 1947.

Les candidats pourront obtenir une copie des règlements concernant le concours d'agrégation en s'adressant au secrétariat de la Faculté de Médecine.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Faculté de Médecine

Avis de nomination de titulaire

Le Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, conformément à une décision prise à sa séance du 19 novembre courant, déclare ouverte, pour la nomination d'un titulaire, la chaire suivante:

Neurologie

Ceux qui désirent poser leur candidature à ce poste de titulaire sont tenus de le faire par écrit avant le 31 décembre 1947. Le règlement qui indique les conditions de nomination à ce poste sera fourni par le chef du secrétariat de la Faculté de Médecine.

La demande des candidats doit être adressée à Monsieur le Doyen avant l'expiration du délai indiqué plus haut (31 décembre 1947). Elle doit être accompagnée du *curriculum vitae* et de la liste des titres et travaux.

Pour améliorer l'alimentation infantile sous surveillance médicale

RADIOSTOLEUM

Concentré original des vitamines A et D

Les bases d'une amélioration universelle dans l'alimentation infantile rationnelle reposent sur l'emploi du Radiostoleum par les premiers chercheurs tels que Mellanby en Angleterre, en 1929, McCarrison aux Indes, en 1931 et Donaldson en Afrique du Sud, en 1931. Ainsi donc, le Radiostoleum fut accepté par les médecins dans l'univers entier comme moyen idéal d'ajouter au régime alimentaire de l'enfant les vitamines A et D. Le Radiostoleum est très concentré, d'un goût agréable et facile à digérer.

Chaque c.c. est standardisé pour contenir:

Vitamine A	15,000 U. I.
Vitamine D	3,000 U. I.

POSOLOGIE: La dose quotidienne habituelle est de 5 minimes (10 gouttes).

Le Radiostoleum est présenté en flacons de 10 c.c., 20 c.c. et 100 c.c.

RADIOMULSIN

Émulsion de Radiostoleum additionnée de vitamines B_1 et C

Le Radiomulsin répond au besoin qui se faisait sentir pour un concentré actif de vitamines A, B_1, C et D sous une forme commode à administrer et d'un goût agréable. Ce produit est tout particulièrement destiné à la prophylaxie des carences alimentaires et à les corriger. En outre, le Radiomulsin s'avère d'une réelle valeur pour enrayer les carences alimentaires chez les enfants et les adultes.

Chaque 5 c.c. (environ une cuillerée à thé) est standardisé pour contenir:

Vitamine A	5,000 U. I.
Vitamine B_1	1.0 mg.
Vitamine C	50.0 mg.
Vitamine D	1,000 U. I.

POSOLOGIE: Une cuillerée à thé par jour. — Le Radiomulsin doit être mélangé au repas de l'enfant immédiatement avant de le lui faire prendre. Les enfants plus âgés et les adultes le prendront à la cuiller.

Le Radiomulsin est présenté en flacons de 4 onces et de 16 onces.

THE BRITISH DRUG HOUSES
(CANADA) LIMITED

TORONTO CANADA

94-47

pourquoi les femmes qui travaillent préfèrent TAMPAX

Demeurer à son poste pendant ses menstruations avec tranquillité d'esprit et l'assurance de bien remplir sa tâche, est l'ambition de toute femme qui travaille, que ce soit dans le domaine professionnel ou commercial. C'est en vue de ce résultat que plusieurs maisons industrielles, grands magasins, écoles d'infirmières, écoles commerciales et d'enseignement, services aériens, etc., ont inauguré un programme d'éducation expliquant aux jeunes filles aussi bien qu'aux femmes plus âgées, les avantages uniques de la méthode d'hygiène menstruelle TAMPAX. Le tampon TAMPAX a acquis ce point enviable, non seulement parce qu'il diminue les absences au travail — mais bien parce qu'il offre une protection sûre et adéquate[1, 2, 3, 4] . . . qu'il n'occasionne aucune irritation interne ou externe[5] . . . qu'il élimine l'odeur de l'écoulement en décomposition[3] . . . et qu'il ne peut être la cause de bourrelets révélateurs. Le petit format de TAMPAX permet de l'apporter avec soi dans le sac à main, et il est facile d'en disposer.

Echantillons des trois degrés d'absorption (régulier, super et junior) pour besoins particuliers, envoyés avec plaisir sur demande.

BIBLIOGRAPHIE: 1. West. J. Surg. Obst. & Gyn., 51:150, 1943. 2. Am. J. Obst. & Gyn. 46:259, 1943. 3. Clin. Med. & Surg., 46:327, 1939. 4. Am. J. Obst. & Gyn., 48:510, 1944. 5. J.A.M.A., 128:490, 1945.

TAMPAX . . . LA PROTECTION MENSTRUELLE INTERNE DE CHOIX.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD., BRAMPTON, ONTARIO.

☐ Veuillez m'envoyer de la littérature et des échantillons.

☐ Les prix de TAMPAX pour usage au cabinet de consultation.

NOM .....
(lettres moulées)

ADRESSE .....

Ville..... Prov.....

P7-28

RÉHABILITATION DE L'ORGANISME

Même dans les stades avancés de l'arthrite

Même dans les stades avancés de l'arthrite alors que beaucoup de malades se considèrent incurables, un programme complet de réhabilitation de l'organisme peut contribuer grandement au rétablissement fonctionnel et à l'abolition de la douleur.

Le Darthronol forme une partie intégrante importante d'un tel programme de réhabilitation. Il réunit les effets antiarthritiques bienfaisants et maintes fois démontrés de doses massives de vitamine D et l'action générale de huit autres vitamines — dont les besoins sont plus élevés chez les arthritiques que chez les individus normaux.

CHAQUE CAPSULE CONTIENT:

Vitamine D (Ergostérol Irradié)	50,000 Unités Int.
Vitamine A (Huile de Foie de Poisson)	5,000 Unités Int.
Acide Ascorbique	75 mg.
Chlorhydrate de Thiamine	3 mg.
Riboflavine	2 mg.
Chlorhydrate de Pyridoxine	0.3 mg.
Fantothénate de Calcium	1 mg.
Niacinamide	15 mg.
Alpha-Tocophérol	3 mg.

un produit **ROERIG**

DARTHRONOL

pour l'Arthritique

J. B. ROERIG AND COMPANY (Canada) Limited • 256 Chilver Road • Windsor, Ontario

GÉNÉSÉRINE Sédatif des troubles sympathiques

POLONOVSKI et NITZBERG.

Composition: Salicylate de Génésérine.

Indications: Hypo-acidité gastrique, Syndrome solaire, Dyspepsie atonique Palpitations et tachycardie des cœurs nerveux.

Posologie: La dose moyenne est de 4 à 6 granules par jour. Si l'on prescrit les gouttes, on en donnera 20 avant chaque repas, 60 par jour. Les injections sous-cutanées sont surtout indiquées dans les cas de crises douloureuses intenses, contre l'angoisse et l'insomnie persistante des dyspeptiques. Injecter une ampoule tous les jours pendant cinq jours, puis une ampoule tous les deux jours.

Présentation: Granules au ½ mgr., flacon de 60 granules.
Gouttes, solution au millième, flacon de 20 cc.
Ampoules dosées à 2 mgr., boîte de 10 amp. de 1 cc.
Note: Chaque unité correspond à dix jours de traitement à dose journalière maximum.

Laboratoires AMIDO — PARIS

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

LIPIODOL LAFAY

Huile d'œillette iodée à 40 %
0 gr. 540 d'iode par c. c.

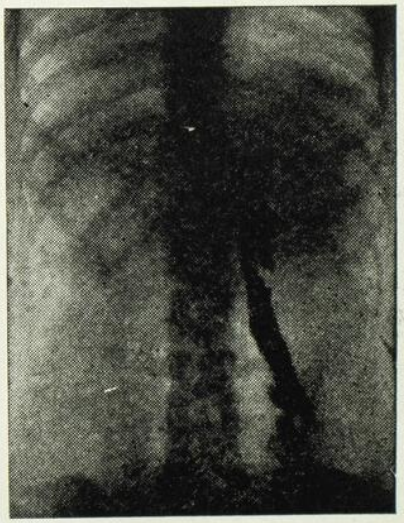
pour combattre :

ASTHME
ARTERIOSCLEROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

AMPOULES - CAPSULES

Pour explorer :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTERUS ET TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS ET FISTULES



Abcès froid exploré au "LIPIODOL"
(Collection Sicard et Forestier)

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

LABORATOIRES A. GUERBET & Cie 22, Rue du Landy, 22 PARIS - SAINT - OUEN

"LA CHALEUR HUMIDE"

DANS LES TROUBLES RESPIRATOIRES

- RHUMES DE POITRINE
- BRONCHITES
- PLEURÉSIE
- PNEUMONIES

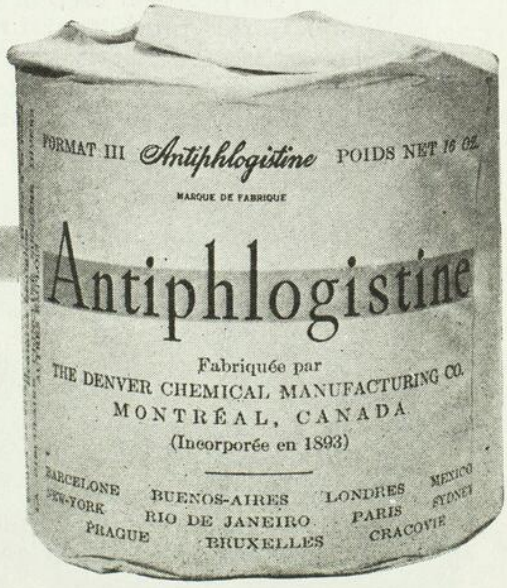
LA chaleur humide d'un enveloppement d'ANTIPHLOGISTINE est d'une valeur réelle pour soulager les symptômes pénibles qui accompagnent ces affections des voies respiratoires.

Toux — Douleur musculaire et pleurétique — Constriction rétrosternale — Douleurs de poitrine.

L'ANTIPHLOGISTINE est un cataplasme médicamenté prêt à l'usage — il maintient une chaleur humide bienfaisante durant plusieurs heures.

Antiphlogistine

Littérature sur demande



THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

286 ouest, rue St. Paul, Montréal

COQUELUCHE
DIPHTÉRIE
TÉTANOS

VACCIN ANTICOQUELUCHEUX (Préventif)

Les Connaught Medical Research Laboratories ont récemment modifié la concentration de leur vaccin anticoquelucheux, la portant de 15,000 millions de microbes tués (*H. pertussis* provenant de souches en phase 1) par cc. à 22,500 millions par cc., permettant ainsi d'administrer trois doses de 1 cc. à intervalles d'un mois, suivies d'une dose de rappel de 1 cc. après un intervalle d'au moins trois mois.

ANATOXINE ANTIDIPHTÉRIQUE ET VACCIN ANTICOQUELUCHEUX (Combinés)

L'anatoxine antidiphtérique a été combinée avec le vaccin anticoquelucheux à sa nouvelle concentration. Le nouveau produit combiné s'administre lui aussi en trois doses de 1 cc. et une dose de rappel de 1 cc.

ANATOXINE ANTIDIPHTÉRIQUE, VACCIN ANTICOQUELUCHEUX ET ANATOXINE ANTITÉTANIQUE (Combinés)

Pour protéger en plus contre le tétanos, les Connaught Medical Research Laboratories produisent un antigène triple, contenant des anatoxines antidiphtériques et antitétaniques combinées au vaccin anticoquelucheux à sa nouvelle concentration, et s'administrant également en trois doses de 1 cc. suivies d'une dose de rappel de 1 cc.

AVANTAGES

Deux avantages importants résultent de cette modification:

Une dose de 1 cc. remplace la dose de 2 cc. employée anciennement.
La dose de rappel est comprise dans chaque emballage.

PRÉSENTATION

Pour l'inoculation d'un seul enfant — Emballage de 4 ampoules de 1 cc.
Pour un groupe de neuf enfants — Emballage de 6 ampoules de 6 cc.

CONNAUGHT MEDICAL RESEARCH LABORATORIES

University of Toronto — Toronto 4, Canada

BISULFA (dragées)

SULFADIAZINE 0.25 gm.
SULFATHIAZOLE 0.25 gm.

- TOXICITÉ MOINDRE
- CRISTALLISATION RÉNALE RÉDUITE
- EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE MAINTENUE

* **BISULFA infantile**

COMPRIMÉS AROMATISÉS
DEMI-DOSE

Bibliographie:

Lehr, D.: Jour. Urology, 55:548, May 1946.
Lehr, D.: Proc. Soc. Exper. Biol and Med., 58, 11, 1945.
Lehr, D.: Jour. Pediatrics, Sept. 1946.
Flippin, H. F., and Reinhold, J. G. Ann. Med., 25:433, September 1946.

Comprimés

RHINIPHEN

CORYZA, GRIPPE, MIGRAINE

Une action plus rapide et plus prolongée par l'emploi du chlorhydrate de désoxyéphédrine au lieu de l'éphédrine. Les effets toxiques sont très rares.

Acide Acétylsalicylique	5 grains
Acide Ascorbique	25 mg.
Chlorhydrate de Désoxyéphédrine	0.625 mg.
Menadione (vit. K)	0.25 mg.

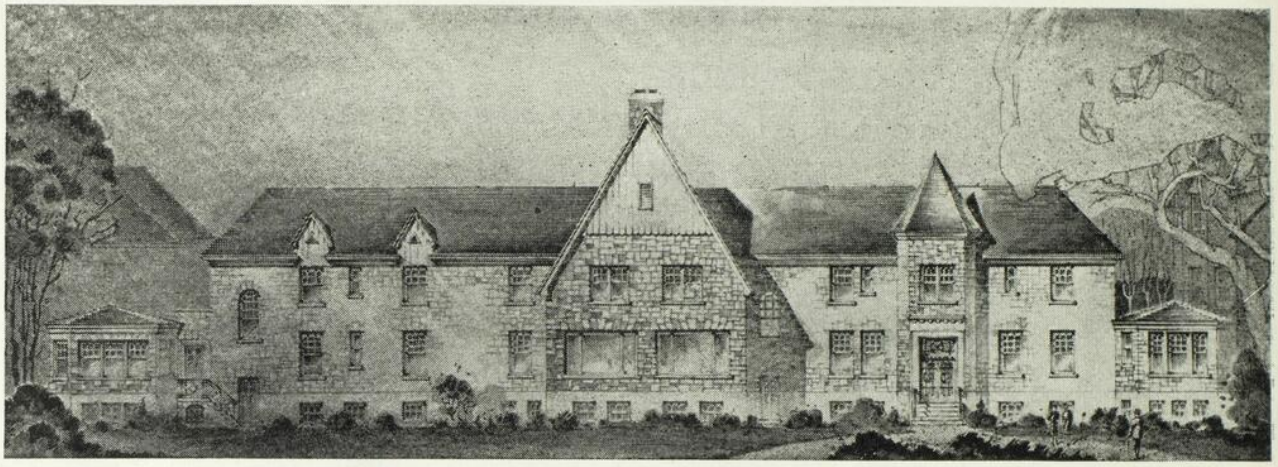
ANALGÉSIQUE, ANTI-HÉMORRAGIQUE, ANTIPYRÉTIQUE

Laboratoire BIO-CHIMIQUE, Inc.,

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

425, rue River **Montréal 19, P. Q.**

SANATORIUM PRÉVOST



La maquette ci-dessus est la façade, côté boul. Gouin, de la nouvelle bâtisse actuellement en construction qui réunira les deux anciens pavillons. Ceux-ci sont en voie de complète rénovation et l'un d'eux est déjà ouvert aux malades.

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

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

BUREAU MÉDICAL

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Paul Larivière, Emile Legrand, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

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

• •

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

Les comprimés de

ZYMION

LABORATOIRES COUTURIEUX

dans les diverses formes de

RHUMATISME

La composition est la suivante (par capsule et en grammes):

Extrait sec de levure de bière (Levurine Extractive)	0 Gr. 10
Soufre colloïdal	0 Gr. 05
Étain colloïdal	0 Gr. 03
Manganèse colloïdal	0 Gr. 02
Lithium colloïdal	0 Gr. 01

DOSE. La dose moyenne est de 6 à 8 capsules par jour, mais le ZYMION ne présentant aucune contre-indication, on peut facilement doubler les doses indiquées. (60 capsules par flacon. En flacons de 500 et de 1000 pour les médecins.)

Agents pour le Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE,** 200, rue Vallée, **MONTRÉAL.**

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS . INJECTIONS

MALADIES DÉGÉNÉRATIVES
LYMPHATISME - SCROFULE

Laboratoires ROBIN, 13, rue de Poissy, PARIS

AMPOULES 2 cmc

Glycérophosphate de Soude	0.05
Nucléinate de Soude . .	0.005
Méthylarsinate disodique .	0.01

Gms. par c.c. 1 ou 2 inj. par 24 hres.

GRANULÉ et COMPRIMÉS

Glycérophosphate de Ca. .	0.125
Glycérophosphate de Soude	0.0125
Nucléinate de Soude . .	0.0125
Méthylarsinate disodique .	0.01

Grammes par cuillerée-dose ou comprimé.

2 à 3 cuill. ou comprimés aux repas.

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

Pour un traitement antifébrile et décongestif

Soutenu

EMPLOYEZ

NUMOTIZINE

Appliquée promptement sur la région enflammée ou congestionnée, Numotizine soulage rapidement la douleur et, par son pouvoir d'hyperémie, aide à dissiper la congestion.

Une absorption lente et constante à travers la peau, de ses éléments analgésiques et antipyrétiques—gaiacol et créosote—produit une action antifébrile constante et soutenue, sans interférence avec la digestion.

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin Street Chicago, Illinois, U. S. A.

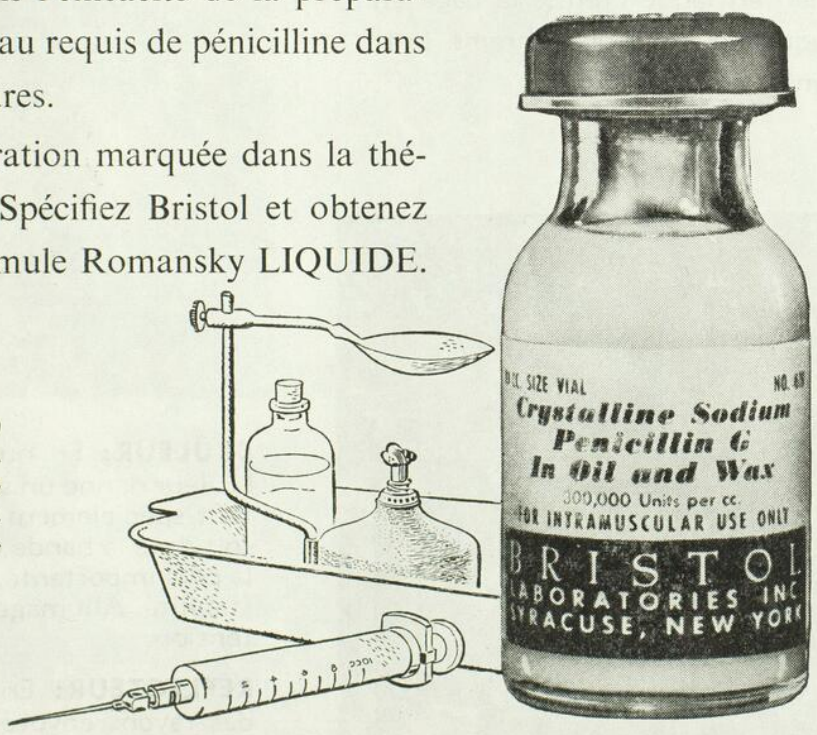
La Pénicilline BRISTOL dans l'huile et la cire est maintenant

LIQUIDE

. . . pour en faciliter l'administration

Vous pouvez maintenant injecter la Pénicilline G Sodique Crystalline Bristol dans l'huile et la cire (formule Romansky) avec beaucoup plus d'aise que dans le passé. Des changements dans le procédé de fabrication qui n'ont aucunement altéré la formule, donnent au produit, à la température de la pièce, une viscosité à peu près égale à celle de la glycérine U.S.P. Les observations cliniques n'indiquent aucun changement dans l'efficacité de la préparation à maintenir le niveau requis de pénicilline dans le sang pendant 24 heures.

Ceci est une amélioration marquée dans la thérapie à la pénicilline. Spécifiez Bristol et obtenez les avantages de la formule Romansky LIQUIDE.



Offerte en flacons de 10 c. c. à bouchon caoutchouc. Pas besoin de la conserver dans la glacière ni de la réchauffer avant emploi.

Bristol

LABORATORIES OF CANADA LIMITED, 286 OUEST, RUE ST. PAUL, MONTREAL

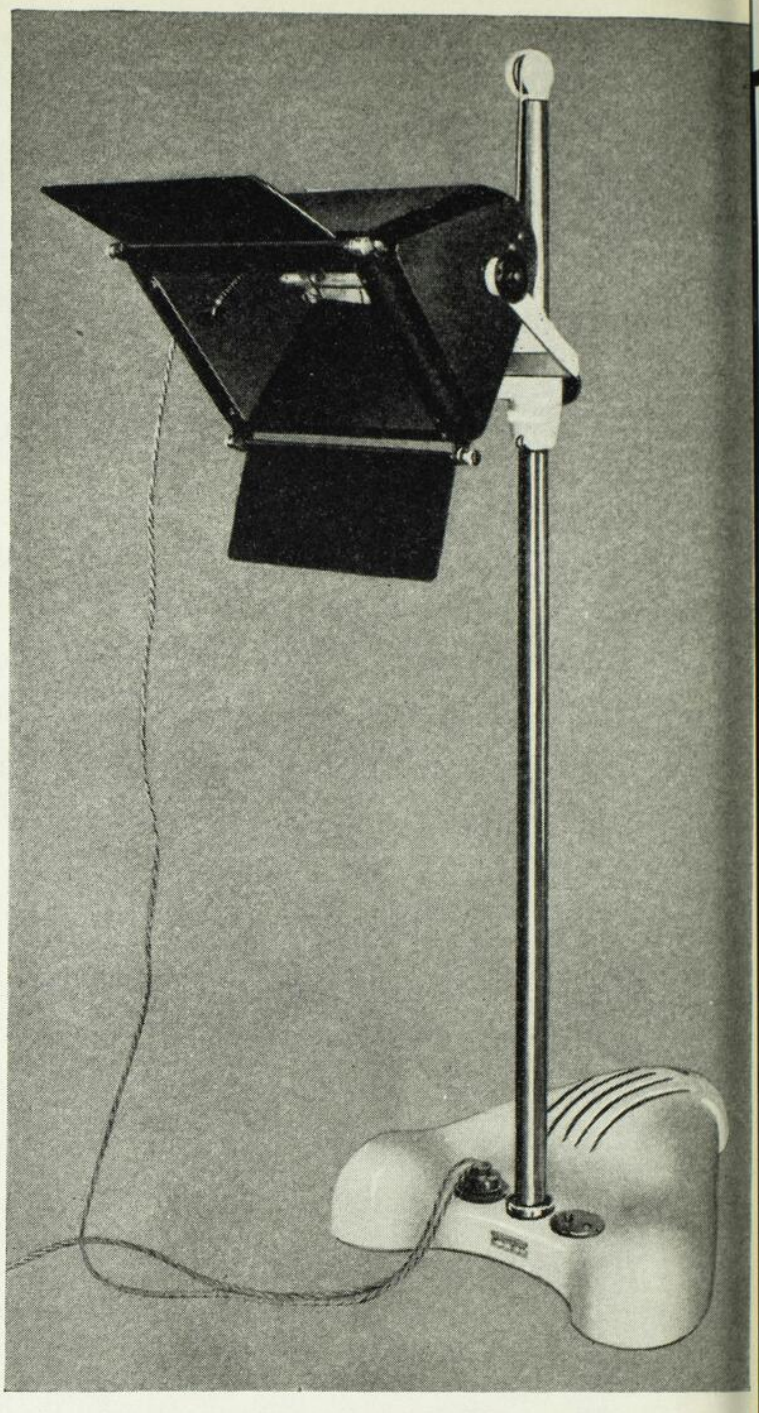
"ACTINIX"

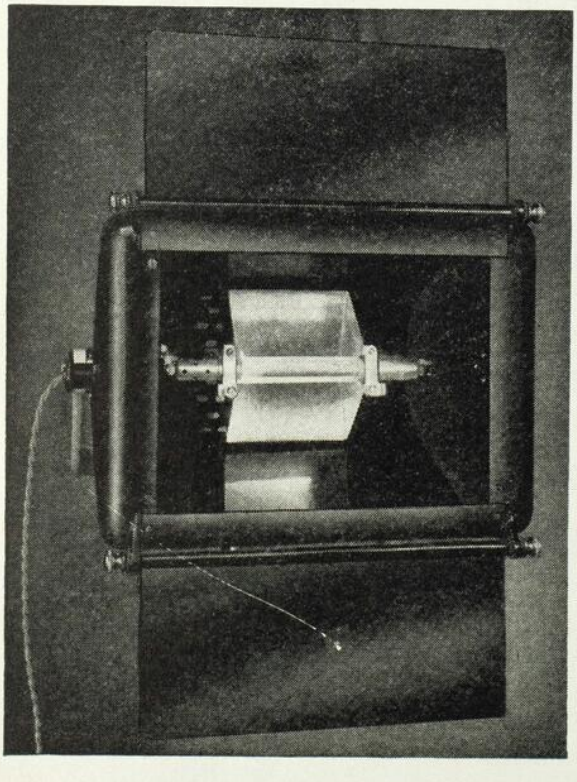
La plus belle réalisation
dans les lampes
Ultra-Violets

PUISSANCE: 500 Watts.

MANIABILITÉ: Monté sur roulettes doubles en caoutchouc. Cage équilibrée.

PRÉSENTATION: Impeccable. Le pied en laqué crème, la cage en laqué noir, le tube chromé brillant.





BRÛLEUR: En quartz (cristal de roche pur). Ce brûleur donne un spectre d'une très grande richesse, tout spécialement entre 2,500 et 3,300 Angström, soit dans la bande de longueur d'onde médicalement la plus importante. Arc à mercure d'une très grande stabilité. Allumage automatique lors de la mise sous tension.

RÉFLECTEUR: En aluminium poli; triple le flux des rayons envoyés sur le patient.

X-CANADA LTD.

2056, McGill College, Montréal, P. Q.

CHOLIBILE

CHOLÉRÉTIQUE

LAXATIF — DÉSENSIBILISANT

ac. déhydrocholique 0.25 gm.
cascara sagrada . . . 0.05 gm.
thiamine (B_1) . . . . . 5 mgm.

Sig. 2 à 4 dragées par jour.

CHOLIBILE *(faible)*

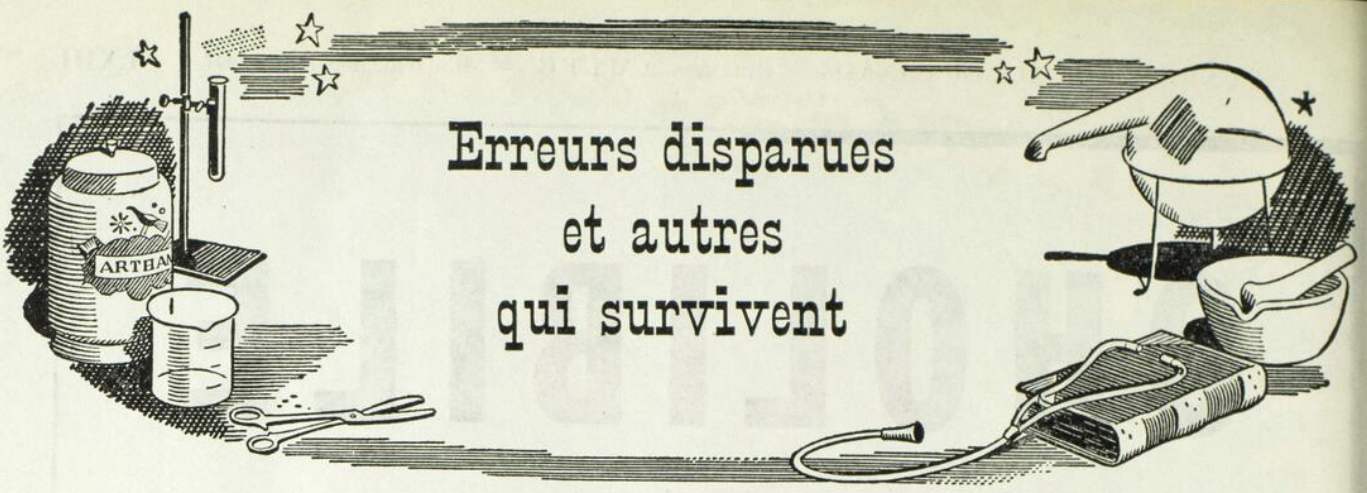
ac. déhydrocholique 0.10 gm.
cascara sagrada . . . 0.02 gm.
thiamine (B_1) . . . . . 2 mgm.

Sig. 2 à 6 dragées par jour.

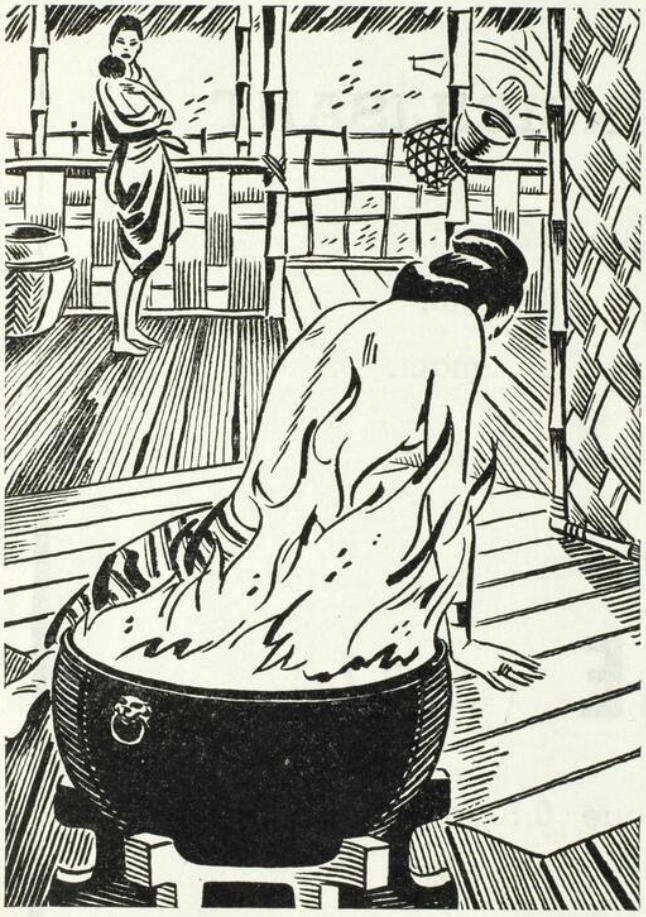
Laboratoire BIO-CHIMIQUE, Inc.,

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

425, rue River, Montréal 19, P. Q.

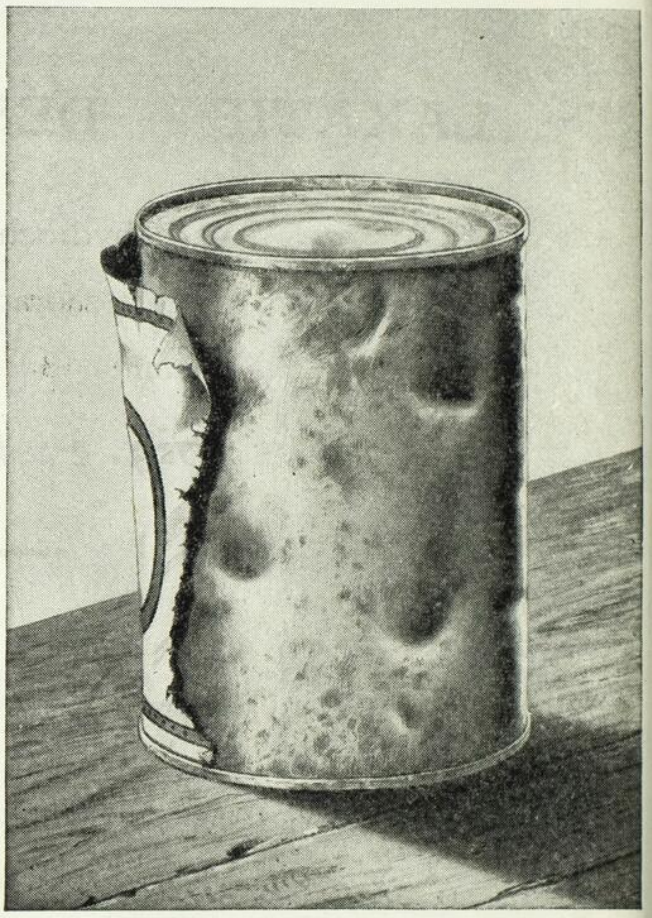


Erreurs disparues et autres qui survivent



Au Siam, il y a bien longtemps, après la naissance de son premier enfant, la mère devait exposer alternativement son dos et son abdomen à la flamme pendant trente jours.

On croyait que cette torture apaisait les dieux et évitait les conséquences les plus désastreuses pour la mère et pour l'enfant.



Aujourd'hui, un grand nombre de gens croient que s'il y a de la rouille à l'extérieur de la boîte, les aliments qu'il y a à l'intérieur sont contaminés.

Ceci est une erreur. A moins que la rouille n'ait percé le métal, le contenu de la boîte est parfaitement sûr et nourrissant.

CANCO

AMERICAN CAN COMPANY

KENTVILLE • MONTRÉAL • HAMILTON • TORONTO • WINNIPEG • VANCOUVER

AUCUN AUTRE RÉCIPIENT NE PROTÈGE COMME LA BOÎTE MÉTALLIQUE

La direction et le personnel de notre maison sont heureux d'exprimer à " L'Union Médicale", ses collaborateurs et amis, leurs vœux les plus sincères de joie, de prospérité et de bonheur, à l'occasion de Noël et du Nouvel An.

PUISSE 1948 VOIR SE RÉALISER
LEURS PROJETS LES PLUS CHERS.

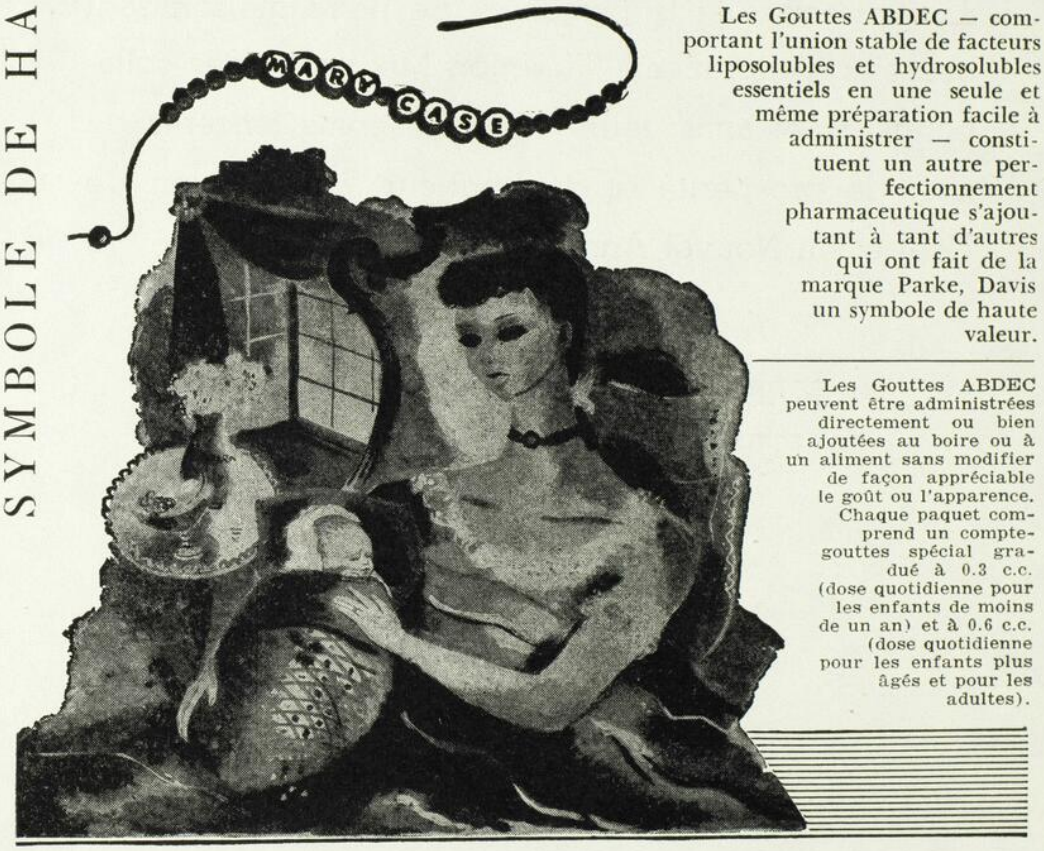
La Librairie Beauchemin Limitée

SYMBOLE DE HAUTE VALEUR

GOUTTES ABDEC

Théoriquement, l'amour maternel symbolise la protection; en pratique les Gouttes ABDEC assurent la protection par un apport vitaminique complémentaire. Aussi simples et efficaces qu'elles sont essentielles, les Gouttes ABDEC fournissent, dans chaque dose de 0.6 de c.c. d'un concentré liquide, huit vitamines en teneur élevée:

Vitamine A — 5,000 unités internationales;
Vitamine D — 1,000 unités internationales;
Vitamine B_6 (chlorhydrate de pyridoxine) — 1.0 mg.;
Vitamine B_1 (chlorhydrate de thiamine) — 1 mg.;
Nicotinamide — 20.0 mg.;
Vitamine C (acide ascorbique) — 50.0 mg.;
Vitamine B_2 (riboflavine) — 0.8 mg.;
Acide pantothénique (sous forme de sel sodique) — 5.0 mg.



Les Gouttes ABDEC — comportant l'union stable de facteurs liposolubles et hydrosolubles essentiels en une seule et même préparation facile à administrer — constituent un autre perfectionnement pharmaceutique s'ajoutant à tant d'autres qui ont fait de la marque Parke, Davis un symbole de haute valeur.

Les Gouttes ABDEC peuvent être administrées directement ou bien ajoutées au boire ou à un aliment sans modifier de façon appréciable le goût ou l'apparence. Chaque paquet comprend un compte-gouttes spécial gradué à 0.3 c.c. (dose quotidienne pour les enfants de moins de un an) et à 0.6 c.c. (dose quotidienne pour les enfants plus âgés et pour les adultes).

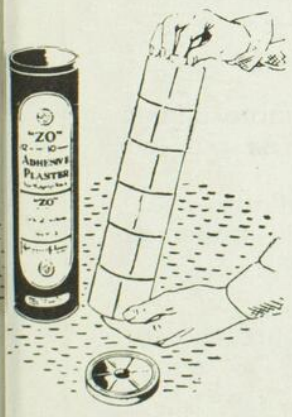
PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD., WALKERVILLE, ONT.

MEDICAMENTA VERA PD CO.

Employez-vous le diachylon qui a **toutes** les qualités?

Voici les caractéristiques que doit posséder un diachylon de qualité. "ZO"* les a toutes!

1. Colle instantanément
2. Reste collé, sans peler ni plisser
3. Longue durée
4. Blancheur de la masse adhésive
5. Déroulement facile
6. Qualité uniforme



Un produit des laboratoires modernes, "ZO"* est le meilleur diachylon qui ait jamais été fabriqué.

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

DIACHYLON "ZO"*

*Marque déposée

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

(sans but lucratif)

Excipient huileux

"ARACOL"

Pour prolonger l'action de la PÉNICILLINE (et d'autres médicaments) en injection intramusculaire.

Le **Service des Antibiotes** de l'Institut de Microbiologie, cédant à la demande des praticiens, a mis au point et distribué le véhicule huileux ARACOL préparé suivant la formule de Cohn.

Effet de Prolongation.

Ce Service de l'Institut n'a pas cessé d'étudier les effets thérapeutiques obtenus à l'aide d'ARACOL, de produits similaires et de mélanges à base de cire d'abeille. Ces recherches expérimentales et cliniques démontrent et confirment la valeur d'ARACOL pour le prolongement de l'action antibiotique de la Pénicilline et des médicaments.

L'ARACOL

est:

COMMODE. Il suffit de fluidifier ARACOL à la chaleur de la main.
S'émulsionne instantanément si on observe scrupuleusement la technique recommandée.
S'injecte aisément sans danger de briser les seringues.
Une émulsion bien faite peut se conserver 24–48 heures à la glacière.

INDOLORE. L'addition d'un analgésique rend l'injection indolore.
Aracol se résorbe sans laisser de traces.

ÉCONOMIQUE. Économise le temps du médecin par la réduction du nombre d'injections journalières de Pénicilline — une ou deux injections par jour suffisent.
Coût négligeable et le plus bas de tous les excipients similaires.
Cette méthode diminue les frais et les inconvénients du traitement pour le patient.

IMPORTANT — Bien mesurer les quantités à la seringue:
1 cc. d'eau pour dissoudre la Pénicilline. 3.5 cc. d'Aracol liquéfié à douce chaleur.

•

FORMULE SUPÉRIEURE ET ÉPROUVÉE

•

Distributeurs:

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1215, rue St-Denis – Montréal, 18

ARTICHOBYL EXTRAIT DE FEUILLES D'ARTICHAUT.

Maladies du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

AMINOBAINE (AMINOPHYLLINE ET OUABAÏNE).

Insuffisances cardiaques.

4 à 8 dragées par 24 heures.

AMINOPHYL (AMINOPHYLLINE).

Défaillances et algies cardiaques.

1 à 2 dragées 3 à 4 fois par jour.

CAROVIT CHLOROPHYLLE ET PRO-VITAMINE A.

Fatigue générale. Débilité. Héméralopie.

2 pilules 2 fois par jour avant les repas.

CIGARETTES ANTIASTHMATIQUES.

Asthme — Rhume des foins — Coryza.

2 à 6 par jour.

DESANXYL

Régulateur de l'équilibre vago-sympathique.

2 à 8 dragées par jour, une demi-heure avant les repas.

PLURIGLANDINE

Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

VEINATONE

Affections veineuses.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks, **MONTRÉAL**

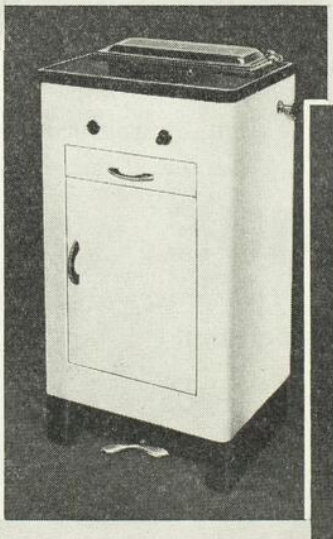
Comparez

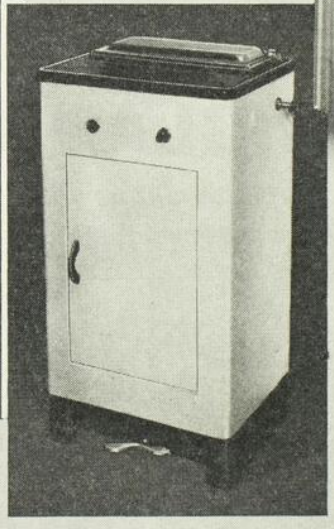
l'état avancé du fonctionnement automatique des

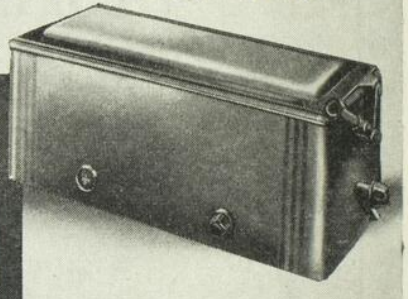
STERILISATEURS "AMERICAN" POUR LES PETITS INSTRUMENTS

Appliqué à ces stérilisateurs supérieurs pour le cabinet privé du médecin, le terme "automatique" comprend tout. Il signifie non seulement contrôle automatique de température pendant le fonctionnement intermittent; il inclut la sûreté PERMANENTE au moyen de l'interruption due au bas niveau d'eau . . . sûreté automatique qui garantie contre les risques de "brulûre" et qui protège en même temps les instruments et le stérilisateur.

Si on le laisse fonctionner seul, sans que personne le surveille, comme par exemple, pendant une visite urgente ou en un jour férié ou fin de semaine, il n'en résulte aucun dommage pour les instruments ni le stérilisateur. Quand l'interruption est due au bas niveau d'eau, le fonctionnement peut être renouvelé en remplissant le dépôt d'eau et en établissant le courant électrique manuellement. Parmi les milliers d'appareils en usage on n'a pas rapporté un seul cas de "brulûre".







NOUS OFFRONS MAINTENANT

Des modèles portatifs et de cabinet, de 35 cm. et 40 cm. Il y a une selection de modèles de cabinet, bellement achevés, sujets à leur disponibilité.

COMMANDEZ AUJOURD'HUI ou demandez-nous les brochures descriptives.

AMERICAN STERILIZER COMPANY

Erie, Pennsylvania

DESIGNERS AND MANUFACTURERS OF SURGICAL STERILIZERS, TABLES AND LIGHTS

Le nouveau bactéricide... FURACIN

Le pansement soluble Furacin est avantageusement utilisé dans le traitement des cas suivants: prophylaxie et traitement des plaies superficielles infectées; infection de brûlures aux deuxième et troisième degrés; furoncles et abcès consécutifs à une intervention chirurgicale; ulcères variqueux infectés; ulcères superficiels infectés des diabétiques; infection secondaire de l'eczéma; impétigo des enfants et des adultes; traitement préparatoire de la greffe épidermique; ostéomyélite accompagnée de fractures composées; infections secondaires aux dermatomycoses.

Maintenant offert sous forme de.....

PANSEMENT SOLUBLE FURACIN....

Furacin — le plus moderne des bactéricides — fait partie des nitrofurans. Il est efficace envers plusieurs micro-organismes Gram-négatifs et Gram-positifs, aussi bien *in vivo*[1,2] que *in vitro*[3,4]; son spectre bactéricide se compare favorablement avec ceux d'autres agents bactéricides. Sa toxicité est peu élevée; il est efficace en présence d'exsudation de plaies; sa stabilité est parfaite. Son degré de sensibilisation est faible.

Le pansement soluble Furacin contient 0.2% de ce nouveau bactéricide (5-nitro- 2-furaldehyde semi-carbazone), dans une base anhydre soluble composée de "carbowax" (75%) et de glycol de propylène (25%). Cette préparation se fond à la température du corps; sa faible tension superficielle favorise sa pénétration dans toutes les parties des plaies. Soluble dans l'eau, il se mêle à l'exsudation des plaies, pénétrant dans les poches sanguines ou de pus. Il n'est aucunement préjudiciable à l'épiderme; non irritant pour les tissus et ne retarde pas la cicatrisation des plaies.

Pour plus de renseignements, écrivez au Directeur Médical à notre succursale au Canada, 77 ouest, rue Wellington, Toronto, Ont.

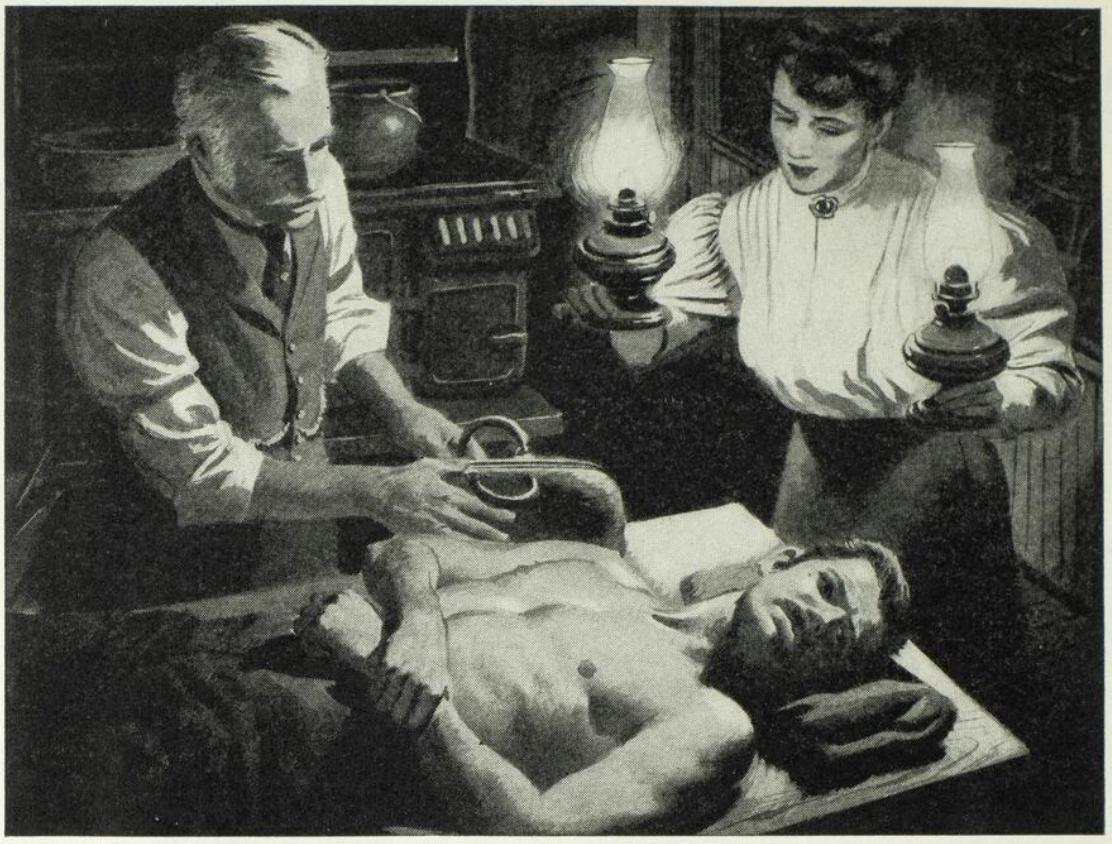
EATON LABORATORIES Inc.
NORWICH NEW YORK

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN Council on Pharmacy and Chemistry

Accepté par le "Council on Pharmacy and Chemistry of the American Medical Association".

1. Neter, E., & Lambarti, T. G., Am. J. Surgery. In press.
2. Snyder, M. L., Kiehn, C. L., & Christopherson, J. W., Military Surgeon *97*:380, 1945.
3. Dodd, M. C., & Stillman, W. B., J. Pharmacol. & Exper. Therap. *82*:11, 1944.
4. Cramer, D. L., & Dodd, M. C., J. Bacteriology *15*:293, 1946.
5. Krantz, J. C., & Evans, W. E., J. Pharmacol. & Exper. Therap. *85*:324, 1945.

MAINTENANT EN VENTE AU CANADA CHEZ VOTRE FOURNISSEUR HABITUEL



Cas d'urgence - - 1899

Ces cas se sont présentés — et il y eut des miracles de la chirurgie sur des tables de cuisine. Il y a cinquante ans, il n'existait souvent pas d'autres ressources. Aujourd'hui, cependant, grâce à l'automobile et à l'hospitalisation, de telles épreuves se présentent rarement.

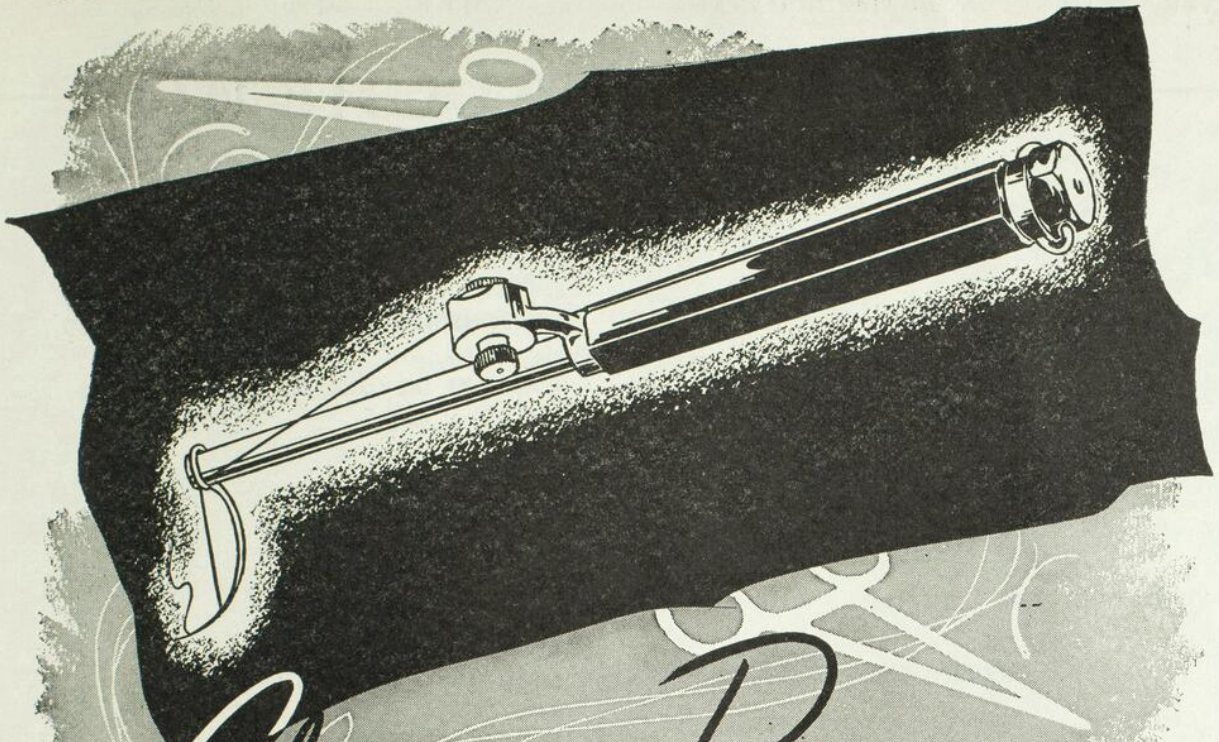
Oui, les cadres de la profession médicale ont considérablement changé depuis quelques décades. Une chose demeure la même cependant — la fidélité au Savon Ivory. Depuis nombre d'années, Ivory a fait partie des produits de confiance recommandés par les médecins.

Plus que jamais, il y a d'importantes raisons de recommander le Savon Ivory. 216 épreuves pratiquées au cours de sa fabrication assurent le contrôle de sa qualité. Ivory est aussi pur que le plus beau Castille. En outre, les expériences pratiquées dans les grands laboratoires de Procter & Gamble constituent un double contrôle en vue de la douceur du Savon Ivory pour la peau.

Voilà pourquoi, depuis des générations, tant de médecins ont répété aux mères cette recommandation: « Pour le bain du bébé, employez un savon pur et doux comme Ivory ».

Fabriqué au Canada

99 44/100% Pur - - - Il flotte



Chirurgie Perfectionnée

GRÂCE À LA SUTURE PLUS RAPIDE ET PLUS EFFICACE

Les Sutureurs Chirurgicaux Singer ont été accueillis avec enthousiasme par nombre de chirurgiens comme contribution importante au perfectionnement de la chirurgie, en raison de leur rapidité et de leur efficacité. • Ces sutureurs représentent la mise au point d'un instrument complet par lui-même, combinant toutes les pièces destinées à diverses fonctions: aiguilles, manche de l'aiguille, matériel à suturer et tranchant à sectionner. • Des chirurgiens judicieux ayant adopté les instruments Singer signalent avec plaisir l'absence de la plupart des difficultés mécaniques habituellement rencontrées au cours de l'acte de suture dans les interventions: limitation des points à cause d'un matériel à suturer trop restreint, chas d'aiguilles qui se brisent, aiguilles qui glissent et se détachent, bouts de fil contaminés et la nécessité constante d'assistants.

On peut se procurer les bobines à suturer (catgut, coton, nylon, soie) chez Davis & Geck, Inc., Brooklyn, New York

* Nos trois plus nouveaux films sont maintenant disponibles (1) "L'amélioration du Syndrome Parkinsonien", (2) "Traitement des Névralgies graves", et (3) "Ablation d'une tumeur de la vessie".

SUTUREUR CHIRURGICAL SINGER

SINGER SEWING MACHINE COMPANY
Division du Sutureur Chirurgical
700 ouest, rue Ste-Catherine, Montréal, Canada.
Auriez-vous l'obligeance de m'envoyer gratuitement un exemplaire de votre brochure illustrée.

Nom_____

Adresse_____

Ville_____ Province_____

COPYRIGHT ETATS-UNIS, 1946, PAR THE SINGER MANUFACTURING COMPANY. TOUS DROITS RESERVES POUR TOUS PAYS.

LU—127

EDITIONS BEAUCHEMIN

(Extrait du catalogue)

ROMANS

Angus Graham
NAPOLÉON TREMBLAY **$1.50**

Geneviève de la Tour Fondue
RETOUR À LA VIGIE **$1.00**

Geneviève de la Tour Fondue
MONSIEUR BIGRAS **$1.25**

Louis Fréchette
ORIGINAUX ET DÉTRAQUÉS **$1.25**

Edmond Grignon
EN GUETTANT LES OURS **$1.25**

Louis Fréchette, etc.
CONTES D'AUTREFOIS **$1.25**

Léon Bloy
LE DÉSESPÉRÉ **$1.25**

Z.-B. Markevitch
STEPPES D'UKRAINE **$1.00**

Oscar Masse
LA CONSCIENCE DE PIERRE LAUBIER **$0.75**

Paule Régnier
L'ABBAYE D'ÉVOLAYNE **$1.25**

Raymonde Vincent
CAMPAGNE **$1.25**

Raymonde Vincent
BLANCHE **$1.25**

René Bazin
MAGNIFICAT **$1.25**

Colette Yver
CHER CŒUR HUMAIN **$1.25**
COMMENT S'EN VONT LES REINES . . **$1.50**
LES DAMES DU PALAIS **$1.75**
LES SABLES MOUVANTS **$1.75**
PRINCESSE DE SCIENCE **$1.75**
UN COIN DU VOILE **$1.25**
VOUS SEREZ COMME DES DIEUX . . **$1.35**

LITTÉRATURE

H. de Balzac
TRAITÉ DE LA VIE ÉLÉGANTE **$1.25**

Marie de Villers
RÉPONSE À DÉSESPOIR DE VIEILLE FILLE **$0.75**

Léon Chancerel
LES JEUX DRAMATIQUES **$0.75**

Rina Lasnier
MADONES CANADIENNES **$3.50**

Léo-Pol Morin
MUSIQUE **$2.00**

Guy Sylvestre
SONDAGES **$1.00**

Marius Barbeau
L'HOMME AUX TROIS FEMMES . . . **$1.25**

Marcel Dugas
UN ROMANTIQUE CANADIEN: LOUIS FRÉCHETTE **$1.25**

HISTOIRE

René Grousset
HISTOIRE DE LA CHINE **$1.50**

Jean Bruchesi
HISTOIRE DU CANADA POUR TOUS, 2 vol. **$2.50**

Léon Marchal
VILLE-MARIE. Les origines de Montréal **$1.25**

Abbé Charles Journet
VUES CHRÉTIENNES sur la POLITIQUE **$1.00**

Louis Rougier
LES ACCORDS PÉTAIN-CHURCHILL . **$2.00**

Henri de Kerillis
DE GAULLE DICTATEUR **$2.00**

Léon Marchal
DE PÉTAIN À LAVAL **$1.50**

Kenneth Pendar
LE DILEMME FRANCE-ÉTATS-UNIS . **$2.50**

Ernest Gagnon
LOUIS JOLLIET **$2.00**

Major Sévigny
FACE À L'ENNEMI **$1.25**

Major Poulin
696 HEURES D'ENFER avec le Royal 22e . **$1.35**

EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

Les médecins prescrivent ce lait à l'acide lactique

IL y a cinq raisons principales pour lesquelles le Lait en Poudre C.M.P. à l'Acide Lactique a mérité la confiance de tant de médecins.

1 Le Lait en Poudre C.M.P. à l'Acide Lactique est le lait à l'acide lactique le plus uniforme qui soit.

2 Toujours disponible, quelle que soit la quantité désirée.

3 Simple et facile à préparer.

4 Le caillot fin désiré est une propriété inhérente à ce lait.

5 Les vitamines et autres propriétés biologiques sont pleinement conservées dans le Lait en Poudre C.M.P. à l'Acide Lactique.

Les autres facteurs qui font que l'usage du lait à l'acide lactique se généralise de plus en plus sont les succès obtenus dans l'emploi clinique, sa facilité de préparation et l'absence de danger de suralimentation, ainsi que la haute ration calorique et la haute ration de protéines qu'il permet d'administrer.

Dans les cas où il faut donner du lait à l'acide lactique, vous pouvez compter sur le Lait en Poudre C.M.P. à l'Acide Lactique.

En vente dans les pharmacies.

ıt à l'Acide Lactique—Marque C.M.P.

Aliments Borden's pour Formules

MULL-SOY

Aliment émulsifié à base de fèves de soya, succédané hypoallergénique du lait de vache.

LAIT ÉVAPORÉ BORDEN'S

Teneur en vitamine D accrue par irradiation directe. Il n'est pas de meilleur lait en boites.

DRYCO

Aliment idéal pour bébés, grâce à sa teneur élevée en protéines et son faible contenu de matières grasses — qui *agit* comme le lait de femme.

ı—LAIT COMPLET EN POUDRE

Très employé pour l'alimentation infantile, les régimes spéciaux (notamment l'ulcère peptique), et comme lait complet de qualité supérieure.

LAIT PROTÉINÉ C.M.P. EN POUDRE

Pour le traitement spécifique de la diarrhée fermentescente, la diarrhée d'été, l'intoxication intestinale aiguë, l'indigestion intestinale chronique, la maladie coeliaque, et pour l'alimentation des bébés prématurés et nouveau-nés.

Avis spécial

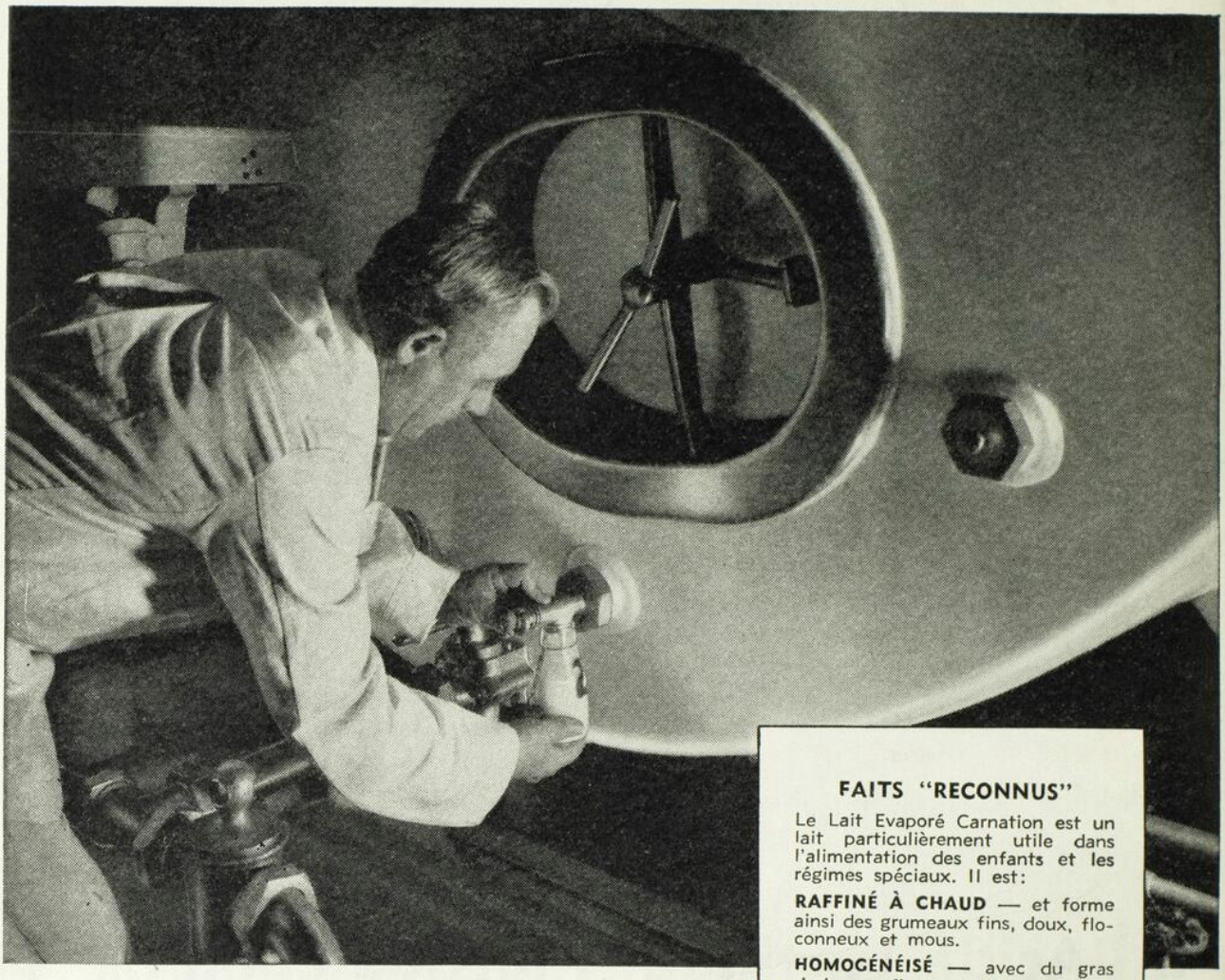
Le Lait Protéiné et le Lait à l'Acide Lactique sont maintenant disponibles, à prix plus modique, en boites de 2½ livres.

THE BORDEN COMPANY, LIMITED.

Division des Produits pour Ordonnances — Spadina Crescent, Toronto 4, Ontario.

DOCUMENTATION DÉTAILLÉE ENVOYÉE AUX MÉDECINS SUR DEMANDE

La traite d'une vache de 24,000 pintes



Il prélève un échantillon d'un réservoir contenant 24,000 pintes de Lait Evaporé Carnation glacé. Et tant que son contenu en gras de beurre et en matières solides totales n'aura pas été approuvé par le laboratoire, on gardera le lait sous bonne garde. Ainsi, avant de s'acheminer vers les remplisseuses et les stérilisateurs, *tout* le Lait Carnation s'arrête pour forger un autre chaînon d'une chaîne ininterrompue de contrôles scientifiques . . . La méthode de fabrication du Lait Carnation lui assure une composition et une qualité uniformes — ce qui explique en grande partie la haute considération dans laquelle le corps médical tient ce produit reconnu.

FAITS "RECONNUS"

Le Lait Evaporé Carnation est un lait particulièrement utile dans l'alimentation des enfants et les régimes spéciaux. Il est:

RAFFINÉ À CHAUD — et forme ainsi des grumeaux fins, doux, floconneux et mous.

HOMOGÉNÉISÉ — avec du gras de beurre finement divisé qui rend l'assimilation facile.

FORTIFIÉ — irradié pour donner une activité vitaminique D de 400 unités internationales par chopine.

UNIFORMISÉ — pour assurer une teneur constante en gras et en matières solides totales.

STÉRILISÉ — après avoir été hermétiquement scellé. Ceci le garantit contre la contamination bactérienne et diminue considérablement le risque de réactions allergiques.

ACCEPTED COUNCIL ON FOODS AND NUTRITION AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

le Lait que TOUT MÉDECIN CONNAIT

"Provenant de vaches bien nourries"

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 l'une des spécialités suivantes:

Dermatologie et syphiligraphie
Neurologie et/ou psychiatrie
Pédiatrie
Radiologie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

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

Neuro-chirurgie
Obstétrique et/ou gynécologie
Chirurgie orthopédique
Urologie

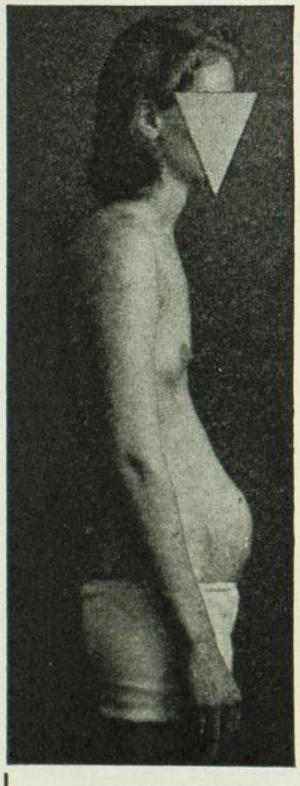
CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

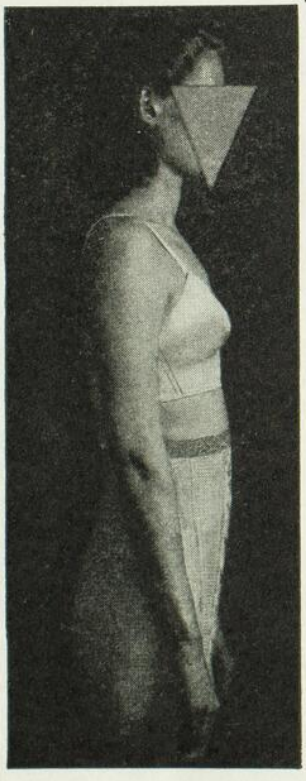
Les Spécialités approuvées pour le certificat sont les suivantes:

Anesthésie
Dermatologie et syphiligraphie
Chirurgie générale
Médecine interne
Neurologie et/ou psychiatrie
Neuro-chirurgie
Obstétrique et/ou gynécologie
Ophtalmologie
Chirurgie orthopédique
Otolaryngologie
Pédiatrie
Pathologie et/ou bactériologie
Médecine physique
Chirurgie plastique
Santé publique
Radiologie: Diagnostique et/ou thérapeutique
Chirurgie thoracique
Urologie

On peut obtenir des renseignements concernant les dates pour l'obtention du titre d'Associé et le certificat pour examens, copies des règlements et formules d'application en s'adressant à:

JOHN E. PLUNKETT, M.D., F.R.C.P. (C), Secrétaire honoraire,
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.





Patiente sous traitement pour viscéroptose avec malaises, photographiée, sans et avec le Support pour les seins et le Support Spencer dessinés individuellement pour elle.

Spiesman, M.G., « Visceroptosis », *Rev. of Gastro.*, 7: 218-234 (mai-juin) 1940.

Les SUPPORTS devraient être faits spécialement pour chaque personne

Dans une étude sur l'usage des supports abdominaux dans le traitement de la viscéroptose, Spiesman a trouvé que "gaines et corsets ne devraient pas être pris "sur les tablettes" mais devraient être soigneusement faits sur commande pour chaque personne".

Il y a plus de 40 ans, le Système de Dessin Individuel Spencer fut fondé sur le principe que seul un support dessiné individuellement peut répondre convenablement aux besoins individuels.

Voilà pourquoi chaque Support Spencer est dessiné, taillé et fait pour chaque patient.

Pour renseignements au sujet des Supports Spencer, téléphonez à votre « Corsetière Spencer » locale ou adressez-nous le coupon ci-dessous.

SUPPORTS *DE DESSIN INDIVIDUEL* **SPENCER**

pour l'abdomen, le dos et les seins

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis: Spencer, Inc., New Haven, Conn.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Ltd., Banbury, Oxon.

Nom ..... M.D.

Rue .....

Ville et Province .....

..... 151-12-47

Quand les symptômes indiquent

CONSTIPATION
OU
HYPERACIDITÉ

Voici un laxatif doux et excellent possédant les propriétés d'un antiacide efficace et aidant à soulager la constipation ou l'hyperacidité gastrique.

Le Lait de Magnésie Phillips' est l'un des neutralisants les plus rapides de l'excès d'acidité de l'estomac connus de la science. Ne contenant pas de carbonate, il n'occasionne pas de flatulence embarrassante.

Lait de Magnésie
PHILLIPS'

PRÉPARÉ EXCLUSIVEMENT PAR
THE CHAS. H. PHILLIPS CO. DIVISION
of Sterling Drug Inc.
1019 ELLIOTT STREET, WEST • WINDSOR, ONT.

DOSE:

Laxatif:
2 à 4 cuillerées à soupe

Antiacide:
1 à 4 cuillerées à thé, ou
1 à 4 comprimés.

EMPAQUETAGE

Liquide
Bouteilles de 4 onces
Bouteilles de 12 onces
Bouteilles de 26 onces

Comprimés
Boîtes de 30
Flacons de 75
Flacons de 200

Assurance Complète

. . . au bout de vos doigts

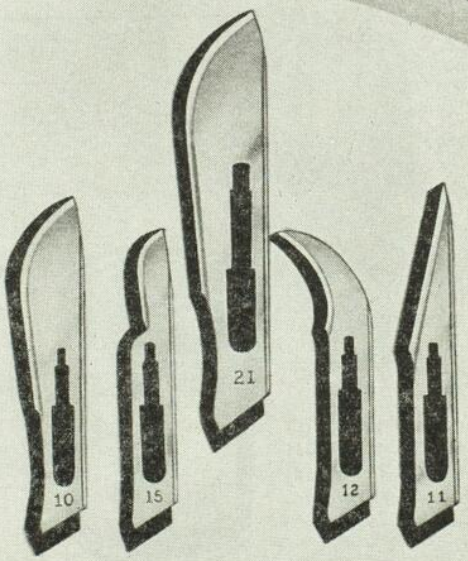
LES LAMES RIB-BACK . . .

Maintenant, plus que jamais, le chirurgien judicieux apprécie la supériorité des lames Rib-Back. Leur qualité de tranchant uniformément supérieure, leur degré exact de rigidité, leur plus grand pouvoir de résister, mettent à votre service les meilleurs fils tranchants chirurgicaux qu'on ait jamais fabriqués, et vous donnent une assurance complète au bout de vos doigts.

La qualité Rib-Back est estimée aujourd'hui. Pendant les nombreuses étapes de production, les lames qui ne remplissent pas nos conditions exigentes de qualité sont eliminées à la source, sans leur permettre d'arriver à la Salle d'opérations et risquer d'être rejetées à un moment décisif. Leur vie plus longue et plus efficace signifie qu'il y aura un taux inférieur de consommation. Elles conservent les dollars budgétaires.

Demandez-en à votre Fournisseur

BARD-PARKER COMPANY, INC.
DANBURY, CONN.



Advantages exclusifs du MANCHE B-P

EXTREMITES DISTALES . . .
redessinées pour emploi dans la dissection non tranchante.

MANCHES ALLONGÉS . . .
pour la chirurgie profonde.

A BARD-PARKER PRODUCT

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Par la Qualité de nos Produits

J.J. Joubert LIMITÉE

Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.

UN MÉLANGE LACTÉ de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

The CANADA STARCH CO., Ltd., Montréal

Veuillez m'envoyer

- ☐ CALCULATEUR
- ☐ Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- ☐ TABLETTES DE FORMULES
- ☐ La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- ☐ La brochure: "DEXTROSOL"

Nom .....

Adresse .....

.....

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de maïs . . . un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants . . . des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

Les ALIMENTS LIBBY pour BÉBÉS SONT PLUS FACILES À DIGÉRER

Le procédé d'Homogénéisation breveté Libby a pour effet de briser les cellules et de libérer les éléments nutritifs qu'elles renferment, rendant ainsi les Aliments Libby pour Bébés plus faciles à digérer. Des expériences comparatives ont démontré que le temps normal nécessaire à l'évacuation gastrique des légumes en purée est en moyenne 87% plus considérable que le temps requis pour celle des légumes en purée et homogénéisés de Libby.

Cette constatation et d'autres aussi importantes sont soutenues et discutées dans une série de bulletins résumant les essais faits dans les Laboratoires Killian. Pour en avoir des exemplaires, les pédiatres et les médecins sont priés d'écrire à Libby's, Chatham, Ont.

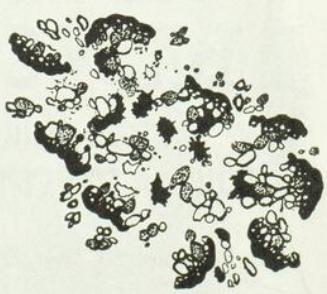
SEULS LES ALIMENTS

Libby's POUR BÉBÉS

sont HOMOGÉNÉISÉS

Cellule nutritive avant l'Homogénéisation

Cellule nutritive après l'Homogénéisation

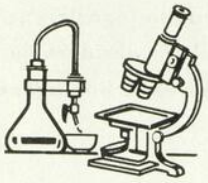


LIBBY, McNEILL AND LIBBY OF CANADA, LIMITED

CHATHAM ONTARIO

Des ingrédients purs et sûrs

Le savon, l'huile et la poudre Baby's Own, grâce à 75 années d'expérience et d'épreuves scientifiques, sont parfaitement sûrs et adoucissants pour la peau la plus sensible.



Fabrication minutieuse

Une surveillance étroite et un contrôle rigoureux garantissent que l'hygiène la plus stricte préside à toutes les étapes de la fabrication de nos produits: préparation, manipulation et empaquetage.

Produits Baby's Own

Les produits Baby's Own ont mérité la confiance d'un très grand nombre de médecins. Vous pouvez, en toute sûreté, les recommander pour la toilette des bébés.

LES PRODUITS
BABY'S OWN
savon·huile·poudre
POUR LA TOILETTE DES BÉBÉS

THE J. B. WILLIAMS CO (CANADA) LIMITED
La Salle, Montréal

Aucun lait n'est plus sûr que Klim, pour les bébés

Le lait employé pour faire le Klim—Lait Complet en Poudre—provient des vaches les plus saines qui soient . . . et fait aussi l'objet d'essais de laboratoire rigoureux.

Le lait est soumis à six épreuves avant d'être accepté . . . et au cours du procédé de préparation du Klim, on en fait d'autres—18 en tout! Aucun lait n'est plus sûr pour les bébés.

La boîte hermétique et la mise en boîtes spéciale garantissent la sécurité de ce lait excellent.

Docteur, vous pouvez compter sur ce lait en poudre qui a servi fidèlement l'humanité pendant plus d'une génération.

Pour des renseignements professionnels intéressants et des tableaux d'alimentation infantile, écrivez à: The Borden Company, Limited, Spadina Crescent, Toronto 4, Ontario, Canada.

Borden's
KLIM

Préféré dans le monde entier

Le Corps Medical peut recommander les

ALIMENTS HEINZ POUR ENFANTS

pour ces Usages

I. Pour nourrir les Bébés qui ont passé l'âge des Purées

A. Pour leur fournir des Aliments de consistance plus ferme qui demandent à être mastiqués;

B. Pour leur fournir des Aliments d'une haute valeur nutritive;

C. Pour familiariser l'enfant avec de nouvelles Saveurs et pour lui permettre d'acquérir des goûts nouveaux.

II. Pour Enfants plus Agés

Pour leur fournir des aliments simples et assaisonnés de haute valeur nutritive en tout temps et surtout quand le régime alimentaire habituel de la famille ne convient pas aux enfants.

III. Pour Adultes qui suivent des Régimes Spéciaux

A. Régimes demi-mous:
Quand la ration de Nourriture de consistance ferme doit être restreinte, mais qu'un Régime Mou Sévère n'est pas nécessaire.

B. Aliments Simples de bonne valeur nutritive pour:
1. Convalescents;
2. Invalides;
3. Vieillards.

IV. Pour usage général dans les Familles

A. Pour la Table

B. Pour Soupes et autres recettes spéciales.

ALIMENTS POUR ENFANTS MAINTENANT DISPONIBLES

Soupe au Poulet
Agneau et Foie
Tomates et Riz
Légumes Mélangés
Carottes
Epinards
Haricots Verts
Pouding aux Pruneaux
Diner aux Légumes et Boeuf
Légumes en Dés à la Crème
Pouding au Riz à l'Ananas
Dessert aux Pommes, Figues et Dattes

PURÉES HEINZ

ALIMENTS HEINZ POUR ENFANTS

SANATORIUM de BLOIS

51e année d'existence

Maison de repos, de régime et de convalescence

AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violets, etc., etc.

MÉDECIN-DIRECTEUR . . . Dr Charles de BLOIS

DIRECTEUR-ADJOINT . . . Dr Georges de BLOIS

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEILLEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

•

PROSPECTUS ILLUSTRÉ SUR DEMANDE

•

Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.
Spécialiste agréé par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

SANATORIUM de BLOIS

Téléphone 3420 **225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.**

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.

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories Ltd. (Produits vitaminiques Abbott) ..... XXXIX-XL
American Sterilizer Co. (Stérilisateurs "American") LXX
American Can Company LXIV
Anglo-French Drug Cie (Artechol) XLIV
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Extrait de foie avec acide folique) I
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Prémarine) XXI
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Béminal) XXII
Bard-Parker Company, Inc. (Les lames Rib-Back) LXXIX
Borden Co. Ltd., The (Lait à l'Acide Lactique) LXXV
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (La pénicilline Bristol) LXI
British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Radiostoleum) — (Radiomulsin) LI
Burroughs Wellcome & Co. (Digoxin) XVII
Burroughs Wellcome & Co. (Ephédrine) XXXIII
Canada Starch Co. Ltd., The (Sirop de maïs "Crown Brand" et "Lily White") LXXX
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax) LII
Carnation Co. Ltd. (Lait évaporé) LXXVI
Casgrain & Charbonneau Ltée (Idrocol) — (Idrocolax) XXVIII
Casgrain & Charbonneau Ltée (Amyg-Bis) XXIX
Chas. H. Phillips Co., The (Soulagement à double action) LXXVIII
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis concernant les examens) LXXVII
Connaught Medical Research Laboratories (Anatoxine antidiphtérique) — (Vaccin anticoquelucheux) — (Anatoxine antitétanique) LVI
Compagnie Ciba Ltée (Gouttes Coramine) XLVII
Denver Chemical Manufacturing Company, The (Antiphlogistine) LV
Dupuis Frères, Limitée (Examen de la vue) LXXXV
Eaton Laboratories Inc. (Furacin) LXXI
Eddé, J., Limitée (Artichobyl) — (Aminobaïne) — (Aminophyl) — Etc. LXIX
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. ..... Première page de la couverture
Frosst, Charles E. & Co. (Cerutin) IX
Frosst, Charles E. & Co. (Orchisterone) ..... X-XI
Frosst, Charles E. & Co. (Trulfa) XII
Heinz Co., H. J. (Les aliments Heinz) LXXXIII
Herdt & Charton, Inc. (Anabile) XLVI
Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) XLVIII
Herdt & Charton, Inc. (Camirol) XLIX
Horner, Ltd., Frank W. (La science au service de la médecine) XXXV
Johnson & Johnson Ltd. (Diachylon "Zo") LXVII
Joubert Limitée, J. J. LXXX
Laboratoire Bio-Chimique Ltée (Bisulfa) — (Riniphen) .. LVII
Laboratoire Bio-Chimique Ltée (Cholibile) LXIII
Laboratoire Désautels (Enterydine) XXXVI
Laboratoires Desbergers-Bismol (Heparos) ..... 4e page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Zymion) — (Nucléarsitol Robin) LIX
Laboratoires Lafayette (Hemogene) II
Laboratoires Lafayette (Profenil) IV
Laboratoire Marois (Oxycholine) — (Amino-Vitol) XXXIV
Laboratoires Poulenc Frères (Gardénal) — (Sonéryl) .... 2e page de la couverture
Laboratories of Canada Ltd. (Spergum) ..... XXX- XXXI
Laurentian Agencies Reg'd. (Ertron) ..... XVIII-XIX
Lederle Laboratories (Ledercillin) XV
Libby, McNeill and Libby of Canada, Ltd. (Aliments pour bébés) LXXXI
Librairie Beauchemin Ltée (Extrait du catalogue) LXXIV
Mead Johnson & Company of Canada Ltd. ..... 3e page de la couverture
Merck & Co. Ltd. (Streptomycine) V
Merck & Co. Ltd. (Pyridium) XXXVII

Pages

Millet, Roux & Cie (Spasmosédine) XIII
Millet, Roux & Cie (Aracol) LXVIII
Numotizine, Inc. (Numotizine) LX
Parke, Davis & Company, Ltd. (Gouttes abdec) LXVI
Procter & Gamble (Ivory) LXXII
Reed & Carnrick (Canada) Ltd. (Méprane) XXXVIII
Roerig and Co. (Canada) Ltd. (Darthronol) LIII
Rougier Frères (Digitaline nativelle) XLIII
Rougier Frères (Balminil) III
Sanatorium de Blois (51e année d'existence) LXXXIV
Sanatorium Prévost LVIII
Schering Corporation (Sulamyd) XXV
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Prothricin) L
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Fungol) XLV
Singer Sewing Machine Co. (Sutureur chirurgical Singer) LXXIII
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) LXXVII
Squibb, E. R. & Sons of Canada Ltd. (Vitamines-minéraux) VII
Stearns & Company of Canada, Ltd., Frederick (Parénamine) XXIII
Usines Chimiques du Canada Inc. (Calcival) LXXXVI
Vichy France (Vichy célestins) ..... XLI - XLII
Vinant Limitée (Génésérine) — (Lipiodol Lafay) LIV
Vinant Limitée (Parturiol) XX
Vinant Limitée (Proveinase Midy) .. (Rhinamide) .. XXXII
Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B. (Produits Baby's Own) LXXXII
Wingate Chemical Co. Ltd., The (Glysennid) XXVII
Winthrop Chemical Company Inc. (Demerol Hydrochloride) XXVI
Winthrop-Stearns Inc. XXIV
X-Canada Ltd. (Actinix) LXII

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

CALCIVAL

Pour rétablir le taux normal du calcium dans le sang et les tissus du déminéralisé, du rachitique, du prétuberculeux et du tuberculeux, injecter par les voies intramusculaires ou intraveineuses 1 gm. de calcium assimilable (10 cc. Calcival) chez les adultes et 5 ou 2 cc. chez les enfants.

SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

VALOR

LA VITAMINE D DEVRAIT-ELLE ÊTRE ADMINISTRÉE SEULEMENT AUX NOURRISSONS?

LA VITAMINE D a donné de si bons résultats dans la prévention du rachitisme chez le nourrisson, qu'on a peu insisté sur la nécessité de continuer son administration après l'âge de deux ans.

Cependant, une étude histologique approfondie a démontré l'existence du rachitisme à un taux exceptionnellement élevé chez les enfants de 2 à 14 ans. Follis, Jackson, Eliot et Park * rapportent que l'autopsie pratiquée chez un groupe de 230 enfants de cet âge a révélé que la fréquence totale du rachitisme était de 46.5%.

Des transformations rachitiques furent observées même jusqu'à l'âge de 14 ans, et l'incidence fut plus élevée chez les enfants mourant d'une affection aiguë que chez ceux mourant d'une maladie chronique.

Les auteurs concluent: « Nous doutons que le rachitisme bénin, tel que nous le rencontrons chez plusieurs de nos enfants, puisse nuire à une bonne santé et au développement normal, mais nos recherches entières démontrent bien la raison de prolonger l'administration de la vitamine D jusqu'à la limite d'âge que nous avons étudiée, 14 ans. Ces recherches indiquent surtout la nécessité de surveiller le rachitisme et de prendre les moyens nécessaires pour protéger les enfants malades contre cette affection. »

* R. H. Follis, D. Jackson, M. M. Eliot et A. Park: Prevalence of Rickets in children between two and fourteen years of age. Am. J. Dis. Child. 66: 1-11, July 1943.

L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD, associé à d'autres huiles de foie de poisson et Viostérol, offre une source efficace de vitamine A et D que les enfants plus âgés accueillent favorablement parce qu'on peut l'administrer en petites doses ou sous forme de capsules. Cette administration facile favorise son usage tout le long de l'année, y compris les périodes de maladie.

L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD fournit 60,000 unités de vitamine A et 8,500 unités de vitamine D par gramme. Présenté en flacons de 10 et de 50 cc., et en bouteilles de 50 et de 250 capsules. Présenté selon l'éthique.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Belleville, Ontario.

Dans les Anémies

HEPAROS

DESBERGERS

est tout indiqué.

EXTRAIT DE FOIE et ACIDES AMINÉS

Le traitement de l'anémie par l'extrait de foie et d'acides aminés (HEPAROS) s'impose à l'attention du praticien soucieux de recourir à une médication vraiment complète.

En ampoules buvables de 10 cc.

DESBERGERS Limitée
MONTRÉAL CANADA