



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 SÉCRÉTARIAT**

326 est, boul. Saint-Joseph  
Montréal

Tél.: LAncaster 9888

**SÉCRÉTARIAT**

128, rue Sainte-Anne  
Québec

### *Service Désintéressé*

Le matin de Noël. Afin de s'éloigner de son travail régulier et fatigant, le médecin se recueille avec son épouse et sa fille dans une pieuse dévotion. Néanmoins, le signal du placeur vient le tirer de ses méditations. Quelque part, quelqu'un a besoin de lui. Peut-être est-ce un accident. Peut-être une nouvelle vie vient-elle faire son entrée dans ce monde. La responsabilité professionnelle ne peut être négligée en aucun temps.

Le désintéressement est une vertu des plus nobles, et cette vérité peut s'appliquer autant à une personne qu'à une maison d'affaire. Peu n'importe son importance, aucune entreprise commerciale ne peut espérer pouvoir se perpétuer d'une génération à l'autre, à moins de rendre des services consciencieux et utiles. Le premier objectif d'Eli Lilly and Company (Canada) Limited est de contribuer activement au développement de la science médicale. Tous les autres occupent une place secondaire.

C  
O  
R  
Y  
P  
H  
É  
D  
R  
I  
N  
E



ENRAYE UNE GRIPPE À SON DÉBUT OU  
ATTÉNUÉ UN CORYZA DÉJÀ EN ÉVOLUTION

Comprimé blanc:

Acide acétylsalicylique . . . . . 7½ grains  
Chlorhydrate d'éphédrine . . . . . ¼ grain

Comprimé jaune:

Acide acétylsalicylique . . . . . 7½ grains  
Chlorhydrate d'éphédrine . . . . . ¼ grain  
Gardénal . . . . . ¼ grain

*Laboratoires Poulenc Frères*

DU CANADA LIMITÉE - MONTRÉAL

# A LA MÉNOPAUSE



*Cliché négatif d'une gravure au trait inspirée d'une étude d'Aristide Maillol*

Les préparations suivantes, actives par voie buccale, se montrent efficaces dans la plupart des cas justiciables de l'oestrogénothérapie, quelle que soit la gravité du syndrome ménopausique: "Prémarine" (No 866), dans les troubles graves; "Prémarine" Demi-dose (No 867), lorsque les symptômes sont de moyenne intensité et "Emménine", si les troubles sont légers.

## "PRÉMARINE"

oestrogènes conjugués (équins)  
Comprimés No 866—Comprimés No 867



## "EMMÉNINE"

oestrogènes conjugués (placentaires)  
Comprimés No 701—Liquide No 927

DE PROVENANCE NATURELLE—HYDROSOLUBLES—D'UNE PARFAITE INNOCUITÉ  
BIEN TOLÉRÉES—PROCURENT UNE SENSATION D'EUPHORIE

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

401F

## SOMMAIRE

•

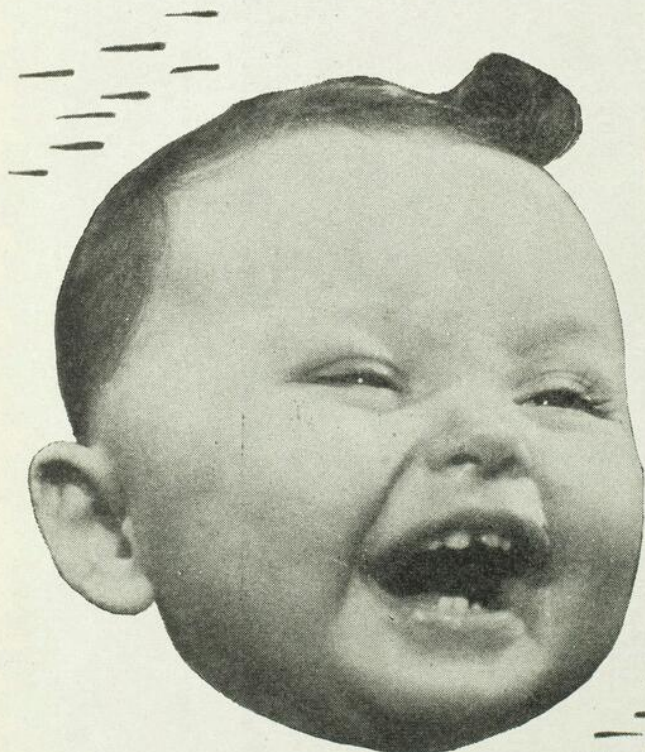
|   |      |
|---|------|
| TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES . . . . . | 1586 |
| " " " ANALYSES . . . . .                  | 1594 |
| " " " AUTEURS . . . . .                   | 1597 |

### IN MEMORIAM

|                             |      |
|-----------------------------|------|
| Edouard DESJARDINS          |      |
| Eugène St-Jacques . . . . . | 1599 |

### BULLETIN

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| Roma AMYOT                        |      |
| Une année après l'autre . . . . . | 1602 |




# Ce bébé respire la santé!

Le Canada possède des vivres en abondance, ce qui influe beaucoup sur la santé de ses enfants. Malgré cette abondance, toutefois, l'enfant a besoin d'une quantité supplémentaire de vitamines A et D. Afin de répondre à ce besoin, la maison Ayerst, McKenna & Harrison Limitée offre en vente un assortiment de produits contrôlés et titrés biologiquement dans ses propres laboratoires.

**"ALPHAMETTES"**  
**"ALPHAMETTE" LIQUIDE**  
**HUILES DE FOIE DE MORUE**

*Ayerst*

*Ayerst*



**Des expériences cliniques ont prouvé  
que l'administration des xanthines  
peut doubler la circulation coronaire  
et augmenter le rendement à l'effort.**

Chaque comprimé contient:

|                            |              |          |
|----------------------------|--------------|----------|
| Théophylline .....         | (1-1/2 grs.) | 0 gr. 10 |
| Théobromine .....          | (1-1/2 grs.) | 0 gr. 10 |
| Iodure de Potassium .....  | (2 grs.)     | 0 gr. 12 |
| Phénobarbital .....        | (1/4 gr.)    | 0 gr. 01 |
| Bicarbonate de Soude ..... | (2 grs.)     | 0 gr. 12 |

Flacons de 100

# XANTOPHEN

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL (1)

## SOMMAIRE

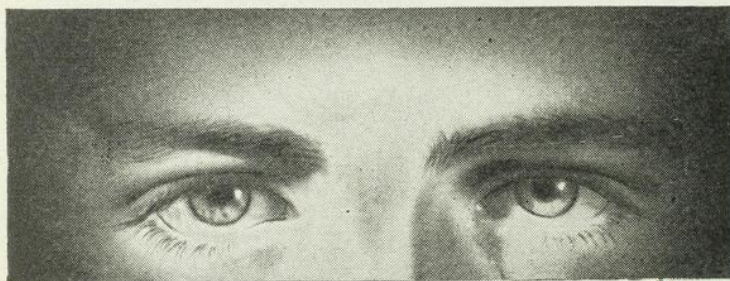
(Suite)

### L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE

|  |      |
|--|------|
| Ernest COUTURE                                     |      |
| L'examen médical prénatal . . . . .                | 1607 |
| Gaston LAPIERRE                                    |      |
| L'examen de l'enfant aux différents âges . . . . . | 1609 |
| Richard LESSARD                                    |      |
| L'examen prénuptial . . . . .                      | 1612 |
| Sylvio LEBLOND                                     |      |
| Examen de l'adulte . . . . .                       | 1621 |
| Jules PREVOST                                      |      |
| Examen médical du vieillard . . . . .              | 1628 |

### RECUEIL DE FAITS

|   |      |
|---|------|
| Paul BOURGEOIS et Raymond SIMARD  |      |
| A propos de fistule urétéro-vaginale . . . . .  | 1645 |
| Lomer CAYER et Victorin VOYER   |      |
| Un cas de vomissements incoercibles guéri en une séance de narcose<br>et considérations sur la psychothérapie à l'hôpital général . . . . . | 1647 |



## UN COLLYRE ISOTONIQUE

# Moderne



La MURINE est une solution isotonique additionnée de substances-tampons que l'on peut employer sans crainte d'irriter la conjonctive ou la cornée. Le pH de la formule de la Murine est d'environ 8.0. Cette solution est isotonique avec les larmes et elle répond aux plus modernes desiderata d'un collyre, en ce sens qu'elle adoucit et nettoie sans irriter.

La formule de la Murine contient les ingrédients suivants: bicarbonate de potassium, borate de potassium, acide borique, chlorhydrate de berberine, glycérine, chlorhydrate d'hydrastine, 'merthiolate' (éthyl-mercurethiosalicylate de soude, Lilly) .001% et eau distillée.

L'acide borique est avantageusement utilisé dans une faible concentration (1.4830). Une proportion plus élevée, combinée aux autres sels, rendrait la Murine hypertonique pour les yeux et, par conséquent, lui enlèverait son action apaisante et occasionnerait les symptômes de congestion légère et d'irritation.

Le borate de potassium et le bicarbonate de potassium sont légèrement alcalins et agissent comme désinfectif et léger astringent. Ils agissent simultanément avec l'acide borique, légèrement antiseptique.

La glycérine est employée pour deux raisons spécifiques: 1) elle règle la solution Murine à l'exacte isotonicité des larmes; 2) elle garde la conjonctive humide.

La berberine a un but bien utile. Depuis plusieurs années il est reconnu que l'alcaloïde berberine en solutions alcalines offre un astringent thérapeutique efficace dans les affections inflammatoires et catarrhales de la membrane muqueuse. L'action thérapeutique de la berberine sur la muqueuse est augmentée par le chlorhydrate d'hydrastine. A ces ingrédients, une solution à 1% de 1-1000 de 'merthiolate' est ajoutée, car il a été démontré par des recherches expérimentales dans nos laboratoires que cette solution était suffisante pour enrayer la formation de moisissure.

La méthode de composition des ingrédients précités élimine toutes réactions secondaires, de même que la formation d'accumulation chimique imprévue, garantissant ainsi la véritable proportion non falsifiée de la formule comme produit final.

La formule de la Murine est en règle avec les données de tous les facteurs récents désirables dans un collyre. Elle est isotonique avec les larmes, elle constitue une solution véritable additionnée de substances-tampons; elle contient des astringents doux et efficaces et un antiseptique. Tout cet ensemble forme une préparation apaisante, purifiante et cependant des plus efficaces dans le traitement d'irritations légères des yeux.

## THE MURINE COMPANY

TORONTO - ONTARIO

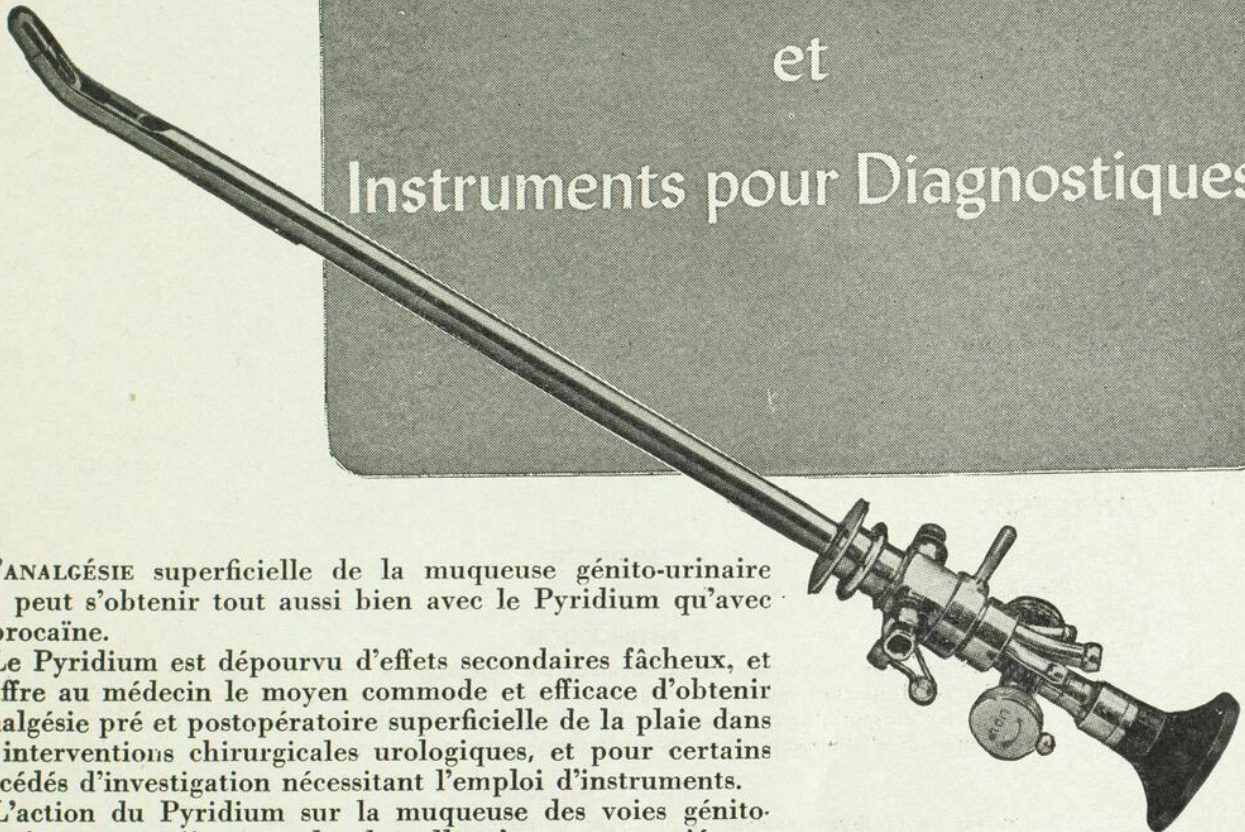
# Analgésie Urogénitale

## Efficace

### en Chirurgie Urologique

et

## Instruments pour Diagnostiques



L'ANALGÉSIE superficielle de la muqueuse génito-urinaire peut s'obtenir tout aussi bien avec le Pyridium qu'avec la procaïne.

Le Pyridium est dépourvu d'effets secondaires fâcheux, et il offre au médecin le moyen commode et efficace d'obtenir l'analgésie pré et postopératoire superficielle de la plaie dans les interventions chirurgicales urologiques, et pour certains procédés d'investigation nécessitant l'emploi d'instruments.

L'action du Pyridium sur la muqueuse des voies génito-urinaires est entièrement locale; elle n'est pas associée ou due à l'action sédatrice ou narcotique générale.

L'absence de toxicité est une des particularités du Pyridium, ce qui permet son administration pratiquement sans effets toxiques appréciables.

Le Pyridium confère à l'urine une couleur rouge-orange, tachant temporairement la muqueuse génito-urinaire, ce qui peut à un certain moment rendre plus difficile la découverte du foyer inflammatoire ou autres modifications.

Pour la cystoscopie, les méthodes d'investigation cystoscopiques et un traitement urétral, une once de solution de Pyridium est injectée dans l'urètre et la vessie et retenue au moyen du clamp urétral pendant 10 minutes. La solution est alors enlevée, puis une autre injection de 15 cc. est de nouveau administrée et retenue pendant 5 minutes.

Pyridium est la marque de fabrique canadienne déposée du produit fabriqué par Pyridium Corporation.

## PYRIDIUM

Marque de commerce déposée

(Mono-hydrochlorure de phenylazo-alpha-alpha-diamino-pyridine)

Une décade de service  
dans les infections  
génito-urinaires

# SOMMAIRE

(Suite)

|  |      |
|--|------|
| J.-P. BOMBARDIER   |      |
| Epithélioma de l'intestin chez une fillette de dix ans . . . . . | 1650 |

## MOUVEMENT MÉDICAL

|  |      |
|--|------|
| Jules ARCHAMBAULT  |      |
| La pénicilline dans le traitement de la syphilis . . . . . | 1654 |

## REVUE GÉNÉRALE

|                                 |      |
|---------------------------------|------|
| Fernand GREGOIRE                |      |
| Les abcès pulmonaires . . . . . | 1661 |

## ÉDITORIAL

|  |      |
|--|------|
| Pierre SMITH   |      |
| La chirurgie physiologique de l'ulcère gastro-duodénal . . . . . | 1674 |

## VARIÉTÉS

|                               |      |
|-------------------------------|------|
| Léon GERIN-LAJOIE             |      |
| Valedictory address . . . . . | 1677 |

## LETTRE DE FRANCE

|                        |      |
|------------------------|------|
| André Pichet . . . . . | 1681 |
|------------------------|------|

## CHRONIQUE THÉRAPEUTIQUE

|   |      |
|---|------|
| Roger-R. DUFRESNE                             |      |
| Une nouvelle arme contre le cancer? . . . . . | 1684 |

• • •

|  |      |
|--|------|
| "L'Union Médicale du Canada" en 1877 . . . . . | 1686 |
|--|------|

|                    |      |
|--------------------|------|
| ANALYSES . . . . . | 1689 |
|--------------------|------|

## MÉDECINE

Emphysème médiastinal spontané (1689).

## PHTISIOLOGIE

Symphyse pleurale provoquée artificiellement par injection de sang dans la plèvre (1690). Le traitement médical curatif des abcès froids tuberculeux de la plèvre (1690). La diaphragmatite aiguë primitive. Syndrome d'Hedblom (1690). La cure de silence et d'immobilité dans la tuberculose pulmonaire (1691).

## ENDOCRINOLOGIE

Traitement de la thyroïdectomie aiguë avec le thiouracil (1691).

## CARDIOLOGIE

Calcification extensive du cœur chez une jeune adulte (1692). La streptomycine dans le traitement de l'endocardite bactérienne subaiguë (1692). Les signes auscultatoires dans la persistance du canal artériel (1693).

## NEURO-PSYCHIATRIE

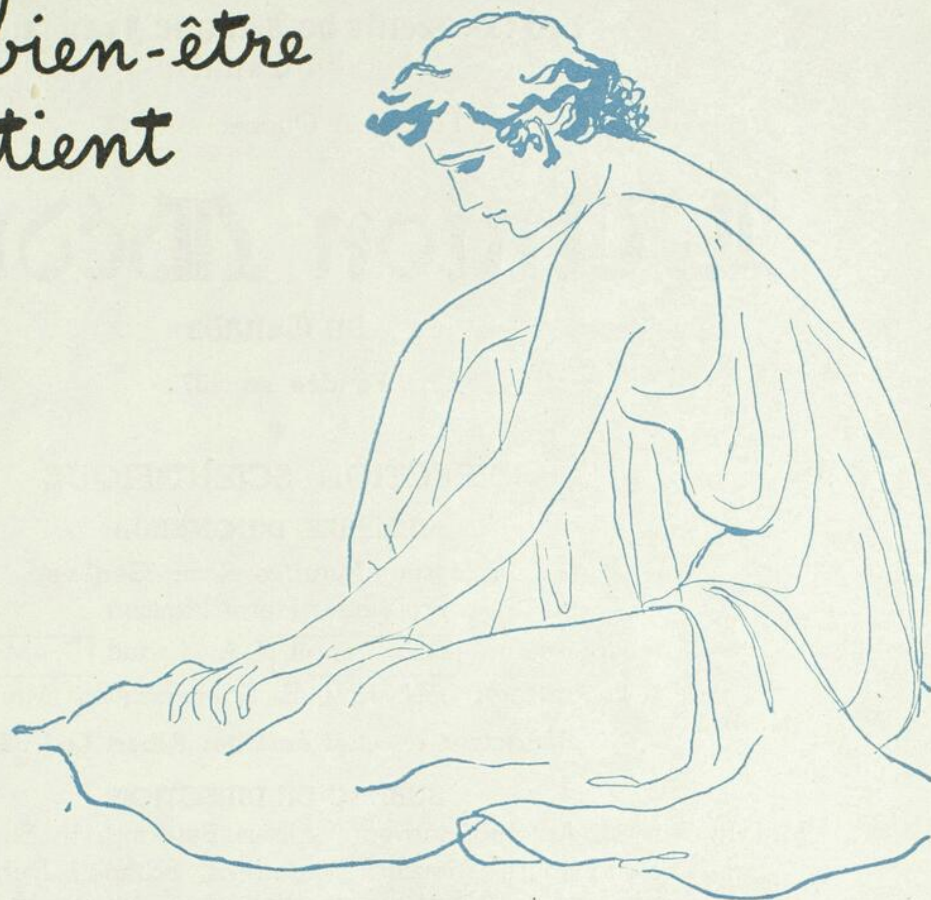
Neuro-syphilitiques traités par la pénicilline. Réactions d'Herxheimer probables (1693). Benadryl, facteur contributoire d'un accident (1694).

## DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Kératose blennorragique (1694). Le traitement des dermatoses pustuleuses graves et de la septicémie staphylococcique par administration orale de pénicilline (1695). Gangrène cutanée aiguë, idiopathique, circonscrite (1695). Erysipéloïdes: traitement heureux avec la pénicilline (1696). L'emploi de l'Anthallan en dermatologie (1696).

|                            |      |
|----------------------------|------|
| REVUE DES LIVRES . . . . . | 1698 |
| NÉCROLOGIE . . . . .       | 1700 |
| NOUVELLES . . . . .        | 1702 |

pour le bien-être  
du patient



La dose nécessaire pour maintenir la somme de vitamines requises, se présente sous forme de capsule. Quand le patient est obèse, au régime, quand c'est une femme enceinte, quelqu'un d'âgé ou un adolescent, vous voudrez ne pas prescrire moins que les doses quotidiennes *recommandées*, tel que spécifié par la Commission des Aliments et de la Nutrition du Conseil National des Recherches. La formule Spéciale de Squibb fournit ces doses complètes.

CHAQUE CAPSULE CONTIENT:

|                      |              |                            |        |
|----------------------|--------------|----------------------------|--------|
| Vitamine A . . . . . | 5,000 unités | Riboflavine . . . . .      | 3 mgs  |
| Vitamine D . . . . . | 800 unités   | Niacine . . . . .          | 20 mgs |
| Thiamine . . . . .   | 2 mgs        | Acide ascorbique . . . . . | 75 mgs |

Il n'y a pas de plus haut standard pour dosages exacts de maintien de toutes les vitamines particulières dont le manque, c'est reconnu, cause les états de déficience survenant habituellement chez les humains.

Formule Spéciale de SQUIBB

CAPSULES DE VITAMINES

Pour imprimés, écrire à E. R. Squibb & Sons  
of Canada Ltd.

36-38 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 E.-P. Benoit, J.-A. Leduc, D. Masson,

T. Parizeau, J.-N. Roy, E. Saint-Jacques (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, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Albert Jutras, Renaud Lemieux, Albert LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, L.-P. Petitclerc, Roméo Roy, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith, Eugène Tremblay, R.-E. Valin, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

### BUREAU DE RÉDACTION

**Rédacteur en chef**

**Roma AMYOT**

**Assistant-rédacteur en chef**

Edouard Desjardins

Secrétaire adjoint à Montréal

Roger Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

**Secrétaire de la Rédaction**

Pierre Smith

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, F.-X. Demers, R. Doré, Guy Drouin, Paul Dumas, Roger Dufresne, Roland Dussault, J.-C. Favreau, H. Gélinas, A. Gratton, Pierre Jobin, Adrien Lambert, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Sylvio Leblond, J. LeSage, Emile Maranda, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, M. Plamondon, P. Poirier, J.-L. Riopelle, L.-P. Roy, Raymond Simard, Henri Smith, Félix Têtu, Malcolm Vachon, Norbert Vézina.

De retour...

# Ampho - Vaccins Ronchese

INGÉRABLES

**INTESTINAL** — Boîtes de 10, 24 et 100 ampoules 5 cc.

**QUINTIVACCIN** — Boîtes de 10, 24, 100 ampoules 2 cc.

**PULMONAIRE** — Boîtes de 10, 24, 100 ampoules 2 cc.

---

## Glycastrichnol

AMPOULES 5 cc.

FORMULE: Glycérophosphate de Soude . . . . . 0.10  
Cacodylate de Soude . . . . . 0.25  
Sulfate de Strychnine . . . . . 0.001  
Sérum Physiologique . . . . . 5 cc.

Présentation: Boîtes de 10, 24 et 100 ampoules 5 cc.

---

**Millet, Roux  & Cie Limitée**

1215, 17 rue St-Denis

MONTREAL, P.Q.

---

---

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale

du Canada

## ADMINISTRATION

### OFFICIERS

Président: J.-A. Denoncourt  
Vice-Présidents: A. Bertrand et Jean Saucier  
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

### COMITÉ EXÉCUTIF

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

### COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

### CORRESPONDANTS

MM. A. Pichet (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. L'Ancaster 9888.

---

---



LE MOIS DE LA TENSION ET DE L'EFFORT... ET...

**RHINAZINE\***

Solution de Désoxyéphédrine avec Sulfadiazine

Lederle

Décembre est le mois du plaisir et de la fatigue, des grandes tensions et des réactions, des grandes joies et des petites misères!

Il est inévitable qu'un tel déploiement d'activité, en particulier sous des climats froids, ait pour résultat trop fréquent des infections des voies respiratoires supérieures qui, lorsqu'elles ne sont pas sérieuses, sont à tout le moins gênantes. Si vous enseignez à vos patients à faire usage de la Rhinazine au premier signe de congestion des muqueuses, vous verrez qu'ils apprécieront et votre prévoyance et la valeur du vieux proverbe: « Mieux vaut prévenir... ».

**RHINAZINE:** Contient un vasoconstricteur nouveau et meilleur, la désoxyéphédrine, avec de la sulfadiazine. Apporte un prompt soulagement à la congestion nasale. Agit sans assécher et sans irriter.

Contient les ingrédients actifs à faible concentration. Est légèrement alcaline, la solution ayant un pH d'environ 9.0. Exerce une action décongestive prolongée.

#### PRÉSENTATION:

Flacons de 1 once fluide avec compte-gouttes.

Flacons de 16 onces fluides.

\* Nom déposé.

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION,**  
**NORTH AMERICAN CYANAMID LIMITED**

1396 ouest, rue Ste-Catherine, Montréal, P. Q.  
Dépôts: 883, rue Howe, Vancouver, C. B. — 10056,  
100e rue, Edmonton, Alta. — 64-66 est, rue Gerrard,  
Toronto, Ont. — 219, rue Kennedy, Winnipeg, Man. —  
181, rue Union, Saint-Jean, N.-B.

---



---

# OFFICIERS

DE

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

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

R.-E. VALIN,

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Donatien MARION

326 est, boul. St-Joseph  
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Donatien MARION, Montréal.

Hermile TRUDEL, Montréal.

Chs. VÉZINA, Québec.

Eugène GAULIN, Ottawa.

J.-B. JOBIN, Québec.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,

1990 est, rue Rachel,  
MontréalCOMITÉ DU XVIII<sup>e</sup> CONGRÈS

Chs VÉZINA, Président.

Eugène GAULIN, 1<sup>er</sup> Vice-président.A. FONTAINE, 2<sup>e</sup> "Albert SORMANY, 3<sup>e</sup> "G. LACASSE, Sén., 4<sup>e</sup> "Richard GAUDET, 5<sup>e</sup> Vice-président.J.-A. DENONCOURT, 6<sup>e</sup> "

J.-B. JOBIN, Secrétaire.

C.-A. GAUTHIER, Trésorier.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,

J.-H. LAPOINTE,

Albert PAQUET,

Chs-N. DeBLOIS,

J.-A. JARRY,

MEMBRES DU CONSEIL

|  |      |  |      |
|--|------|--|------|
| AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal . . .           | 1946 | LACHARITE, V., St-Célestin . . . . .                         | 1948 |
| ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville . . . . .                      | 1948 | LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa . . . . .        | 1946 |
| BAILLY, Rolland, St-Pie de Bagot, P. Q. . . . .                | 1948 | LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H. . . . .                 | 1948 |
| BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta . . . . .                  | 1946 | LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal . . . . .                | 1948 |
| BELIVEAU, P., Méthégan, N.-E. . . . .                          | 1948 | LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec . . . . .             | 1948 |
| BIBAUD, B., Valleyfield . . . . .                              | 1948 | MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, S.-Laurent . . . . . | 1948 |
| BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal . . . . .               | 1948 | MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan . . . . .               | 1946 |
| BLANCHET, R., 7, Couillard, Québec . . . . .                   | 1948 | MORRISSETTE, Pierre, St-Georges, Beauce . . . . .            | 1948 |
| BOHEMIER, Anatole, 3425, St-Hubert, Montréal . . . . .         | 1948 | MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River . . . . .      | 1948 |
| CARON, Sylvio, Mastai, Québec . . . . .                        | 1948 | PANNETON, Auguste, Trois-Rivières . . . . .                  | 1946 |
| CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal . . . . . | 1946 | PELLETIER, A., Winchendon, Mass. . . . .                     | 1946 |
| COLLIN, Donat, St-Boniface, Manitoba . . . . .                 | 1946 | PERRAS, J.-E., Hull . . . . .                                | 1948 |
| D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville . . . . .                     | 1946 | PERRON, Jos., Shawinigan Falls . . . . .                     | 1946 |
| DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec . . . . .         | 1948 | PIETTE, Edmond, Joliette . . . . .                           | 1946 |
| DESROCHERS, J.-E., 4305, St-Hubert, Montréal . . . . .         | 1946 | POWERS, A., Hull . . . . .                                   | 1946 |
| DOMINGUE, Albert, Cranby . . . . .                             | 1948 | RICHARD, L.-A., 168 est, avenue Laurier, Ottawa . . . . .    | 1946 |
| DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal . . . . .               | 1946 | RIOUX, J.-Emile, Ste-Anne des Monts . . . . .                | 1948 |
| DUBE, L.-F., Notre-Dame du Lac . . . . .                       | 1946 | RIVARD, Paul-Léon, Clova, Abitibi . . . . .                  | 1946 |
| DUFAULT, Paul, Rutland State Sanat., Rutland, Mass. . . . .    | 1946 | SMITH, Pierre, 300, Carré St-Louis, Montréal . . . . .       | 1948 |
| GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. . . . .                  | 1946 | TANGUAY, R., Sudbury, Ont. . . . .                           | 1946 |
| JOANNETTE, Albert, Ste-Agathe des Monts . . . . .              | 1948 | TRUDEL, Hermile, 1990 est, Rachel, Montréal . . . . .        | 1948 |
| LACHANCE, Wilfrid, Chicoutimi . . . . .                        | 1948 | VIDAL, J.-A., 454 est, rue Sherbrooke, Montréal . . . . .    | 1948 |

---



---

# LE RÔLE APAISANT DE “LA CHALEUR HUMIDE”

PLUSIEURS autorités conseillent l'emploi de la chaleur humide, sous forme de cataplasme, pour soulager les symptômes qui accompagnent souvent les affections du système respiratoire:

- TOUX
- CONSTRICTION RÉTROSTERNALE
- DOULEURS MUSCULAIRES ET PLEURÉTIQUES
- DOULEURS DE POITRINE

L'Antiphlogistine, comme cataplasme médicamenteux, offre un mode facile d'appliquer la chaleur humide pendant une période prolongée.

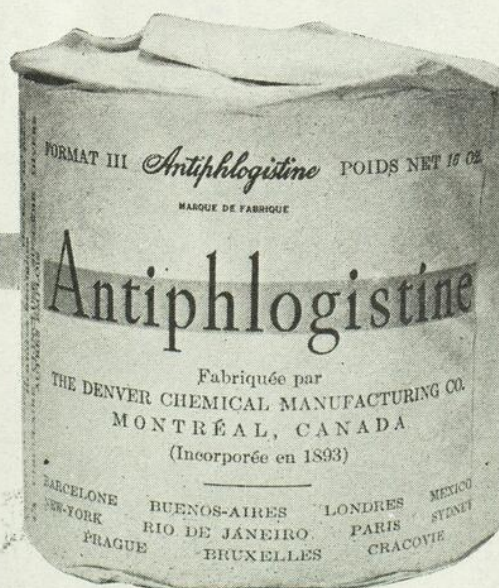
L'Antiphlogistine est précieuse comme adjuvant dans le traitement symptomatique de la bronchite, la trachéite, le rhume d'estomac, l'amygdalite, la pneumonie, la pleurésie.

L'Antiphlogistine peut être employée associée à la chimiothérapie.

## Antiphlogistine

Fabriquée au Canada.

The Denver Chemical Manufacturing Company  
286 ouest, rue St-Paul, Montréal.



# Stéroïdothérapie



Cette photographie stroboscopique illustre la mobilité des articulations, dont l'amélioration a été souvent observée chez l'arthritique à la suite de la stéroïdothérapie par l'Ertron — Complexe Stéroïde de Whittier.

# de l'Arthrite

## *par l'Ertron - Complexe Stéroïde de Whittier*

### ★ EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

Les caractères chimiques et cliniques uniques de l'Ertron font de cet important produit le plus utile des agents actuellement employés dans le traitement de l'arthrite.

### ★ VALEUR PROUVÉE EN CLINIQUE

L'emploi clinique pendant douze ans a démontré que la thérapeutique par l'Ertron est une méthode sûre et efficace. Il ressort des rapports publiés que l'Ertron exerce une action générale, propriété essentielle dans le traitement de la maladie générale qu'est l'arthrite.

### ★ CARACTÈRES CHIMIQUES DIFFÉRENTS

Au point de vue chimique, on a démontré que la méthode spéciale d'activation de l'ergostérol — le Procédé Whittier — produit dans l'Ertron un certain nombre de composés stéroïdes récemment isolés et possédant une structure moléculaire unique.

Chaque capsule d'Ertron contient 5 milligrammes de produits d'activation titrés biologiquement à une activité antirachitique de cinquante mille Unités Internationales.

Pour obtenir les meilleurs résultats, il est essentiel que le médecin suive l'arthritique.

Présenté en flacons de 50, 100 et 500 capsules. Aussi — pour injection intramusculaire complémentaire, Ertron Injectable, en boîtes de six ampoules de 1 cc.



Ertron est le nom déposé d'un produit fabriqué par les Nutrition Research Laboratories, Chicago, U.S.A.

Concessionnaires pour le Canada

LAURENTIAN AGENCIES REG'D. MONTRÉAL 1, P.Q.

# TRAITEMENT DE LA TOUX

## SUPPOSITOIRES

# RECTOCRINE



### FORMULE:

|                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| Carbonate de gaïacol          | Aminophilline           |
| Succinate de Benzyl et Sodium |                         |
| Sulfogaïacolate de Potassium  |                         |
| Camphosulfonate de Sodium     | Vitamine B <sub>1</sub> |

Deux formules: **Enfant — Adulte**  
Présentation: Boîtes de 12 suppositoires

Les suppositoires **RECTOCRINE** sont préparés sous la surveillance et le contrôle immédiat de:

Charles Laurin, B.A., B.Ph.,  
Léopold Bergeron, B.A., B.Ph.,  
Assistant bactériologiste,  
Marcel Daoust, B.A., B.Ph.,  
Jean-E. Perras, L.Sc., M.C.I.C.,  
Pharmaciens, Chimistes, Analystes,  
et Biochimistes,

Tous diplômés de l'Université de Montréal.

Echantillons sur demande  
à Messieurs les Médecins seulement.

Spécialité du Laboratoire

**ASGRAIN & HARBONNEAU**  
Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL

**MEDICATION INTENSIVE  
PAR LES VITAMINES  
DU GROUPE B  
et les  
VITAMINES C et D**

## COMPRIMÉS "Beforte"

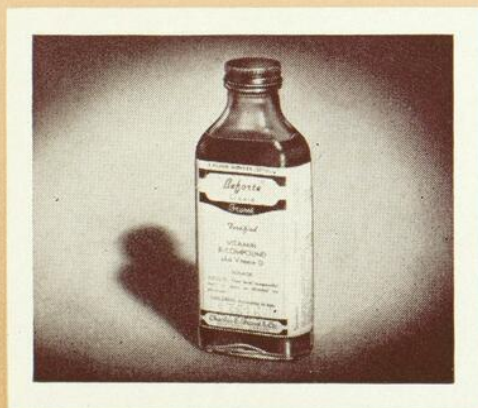


DOSE: de 1 à 3 comprimés par jour.

**PRÉSENTATION:**

Flacons de 30, 100 et 500 comprimés.

## "Beforte" LIQUIDE



DOSE: de 1 à 2 cuillerées à thé par jour.

**PRÉSENTATION:**

Flacons de 4 et 8 onces.

Le "Beforte" liquide peut aussi être mélangé, en toutes proportions, avec le sirop Ferro-Catalytic No 36 *Frosst*. Une mixture (1-1) de "Beforte" liquide et de sirop Ferro-Catalytic No 36 *Frosst* constitue une préparation fort agréable au goût, où l'on trouve du fer, les vitamines du groupe B, et la vitamine D.

## Comprimés "BEFORTE"

S.C.T. No. 360 *Frosst*

**FORMULE**

|  |                    |
|--|--------------------|
| Un concentré de levure de bière                        | 150 mg             |
| Vitamine B <sub>1</sub> (chlorhydrate de thiamine)     | 3 mg               |
|  | (1000 unités int.) |
| Riboflavine (vitamine B <sub>2</sub> )                 | 2 mg               |
| Niacinamide  | 12½ mg             |
| *Chlorhydrate de pyridoxine (vitamine B <sub>6</sub> ) | 1 mg               |
| *Pantothénate-d de calcium                             | 5 mg               |
| Vitamine D   | 500 unités int.    |
| Vitamine C (acide ascorbique)                          | 25 mg              |
|  | (500 unités int.)  |

\*Le rôle joué dans la nutrition par ces vitamines (la pyridoxine et le pantothénate-d de calcium) n'est pas encore déterminé.

**INDICATIONS**

Qu'il s'agisse d'avitaminoses ou de leurs formes frustes (hypovitaminoses), un complément est essentiel au régime alimentaire.

**RESTRICTIONS DIÉTÉTIQUES:** Ulcère peptique ou récidivant; colite; diabète sucré; alcoolisme chronique; régimes irrationnels; anorexie nerveuse; cardiopathies; néphrite; sénescence.

**ABSORPTION ANORMALE:** colite; maladie de Gee ou de Herter; dysenterie; cardiopathies avancées.

**CAS PARTICULIERS EXIGEANT UN SURCROÏT DE VITAMINES:** hyperthyroïdie; infections aiguës; avant et après une opération; grossesse et lactation; maladies débilitantes (tuberculose, arthrite, asthme chronique, etc.)

**MAL DE RAYON:** Comme agent prophylactique du mal des irradiations pénétrantes, commencer d'administrer les comprimés de Beforte 3 ou 4 jours avant le traitement par les rayons X ou le radium, et ne cesser qu'à la fin de la série complète de ces traitements.

## "BEFORTE" LIQUIDE

Véhicule de goût agréable, compatible avec les solutions sirupeuses (telles que le sirop simple) auxquelles sont incorporés des bromures et la plupart des médicaments d'usage courant.

**FORMULE**

|  |                    |
|--|--------------------|
| Un concentré de levure de bière                        | 150 mg             |
| Vitamine B <sub>1</sub> (chlorhydrate de thiamine)     | 3 mg               |
|  | (1000 unités int.) |
| Riboflavine (vitamine B <sub>2</sub> )                 | 2 mg               |
| Niacinamide  | 12½ mg             |
| *Chlorhydrate de pyridoxine (vitamine B <sub>6</sub> ) | 1 mg               |
| *Pantothénate-d de calcium                             | 5 mg               |
| Vitamine D   | 500 unités int.    |

\*Le rôle joué dans la nutrition par ces vitamines (pyridoxine et pantothénate-d de calcium) n'est pas encore déterminé.

Charles E. Frosst & Co.  
MONTREAL CANADA



# Complément du régime alimentaire du petit et du grand enfant



## L'efficacité des gouttes d'"Ostoco"

**EST RATIONNELLEMENT CALCULÉE — "ni trop ni trop peu!"**  
**Une dose quotidienne de 5 gouttes suffit pour les bébés jusqu'à trois ans.**

| Vitamines et sels minéraux                        | Quantités nécessaires par jour (petits enfants) | 5 gouttes d'Ostoco (1/4 cc.) | 24 onces de lait (moyenne ingérée) | Ingestion quotidienne totale (5 gouttes d'Ostoco et 24 onces de lait) |
|---|---|------------------------------|------------------------------------|---|
| v. A.....   | 1500-2000 u.i.                                  | 2000 u.i.                    | 1410 u.i.                          | 3410 u.i.   |
| v. D.....   | 400-800 u.i.                                    | 1000 u.i.                    | —                                  | 1000 u.i.   |
| v. B <sub>1</sub> (chlorhydrate de thiamine)..... | 0.4-0.6 mg.                                     | 1 mg.                        | 0.333 mg.                          | 1.333 mg.   |
| v. B <sub>2</sub> (riboflavine).....              | 0.6-0.9 mg.                                     | —                            | 1.6 mg.                            | 1.6 mg.   |
| v. C (acide ascorbique).....                      | 30-35 mg.                                       | 30 mg.                       | 10.5 mg.                           | 40.5 mg.  |
| Niacinamide.....                                  | 4-6 mg.   | 2.5 mg.                      | 7.344 mg.                          | 9.844 mg.   |
| Iode (sous forme d'iodure de sodium)...           | 0.006 mg.                                       | 0.006 mg.                    | —                                  | 0.006 mg.   |

**Une dose quotidienne de 10 gouttes suffit pour les prématurés, dans certains autres cas exceptionnels, et de la 3e à la 12e année.**

| Vitamines et sels minéraux                        | Quantités nécessaires par jour (de 3 à 12 ans) | 10 gouttes d'Ostoco (1/2 cc.) | 24 onces de lait (moyenne ingérée) | Ingestion quotidienne totale (10 gouttes d'Ostoco et 24 onces de lait) |
|---|--|-------------------------------|------------------------------------|--|
| v. A.....   | 2500-4500 u.i.                                 | 4000 u.i.                     | 1410 u.i.                          | 5410 u.i.  |
| v. D.....   | 400-800 u.i.                                   | 2000 u.i.                     | —                                  | 2000 u.i.  |
| v. B <sub>1</sub> (chlorhydrate de thiamine)..... | 0.8-1.2 mg.                                    | 2 mg.                         | 0.333 mg.                          | 2.333 mg.  |
| v. B <sub>2</sub> (riboflavine).....              | 1.2-1.8 mg.                                    | —                             | 1.6 mg.                            | 1.6 mg.  |
| v. C (acide ascorbique).....                      | 50-75 mg.                                      | 60 mg.                        | 10.5 mg.                           | 70.5 mg.   |
| Niacinamide.....                                  | 8-12 mg.                                       | 5 mg.                         | 7.344 mg.                          | 12.344 mg.   |
| Iode (sous forme d'iodure de sodium)...           | 0.012 mg.                                      | 0.012 mg.                     | —                                  | 0.012 mg.  |

## ... Médication multivitaminique en doses mesurées à la goutte

# GOUTTES "OSTOCO"

La moyenne de la dose quotidienne conseillée représente intégralement les quantités de vitamines A, D, B<sub>1</sub> et C considérées comme essentielles au maintien de l'équilibre vital chez l'enfant, outre de l'iode comme mesure prophylactique de l'hypothyroïdisme.

### Mode d'emploi

**PETITS ENFANTS:**—de 5 à 10 gouttes par jour, bien mêlées au contenu d'un biberon, quand il aura refroidi. Agiter légèrement avant d'employer ce mélange.

**GRANDS ENFANTS:**—de 5 à 10 gouttes par jour, ajoutées à un verre de lait ou de quelque autre breuvage.

### Formule

Chaque cc. contient:

|  |                  |
|--|------------------|
| Vitamine A - - - -   | 8000 unités int. |
| Vitamine D - - - -   | 4000 unités int. |
| Vitamine B <sub>1</sub> (chlorhydrate de thiamine) - - - - | 4 mg.            |
| Vitamine C (acide ascorbique)                              | 120 mg.          |
| *Niacinamide - - - -                                       | 10 mg.           |
| Iodure de sodium - - -                                     | 0.023 mg.        |

\*Ne figure pas sur l'étiquette.

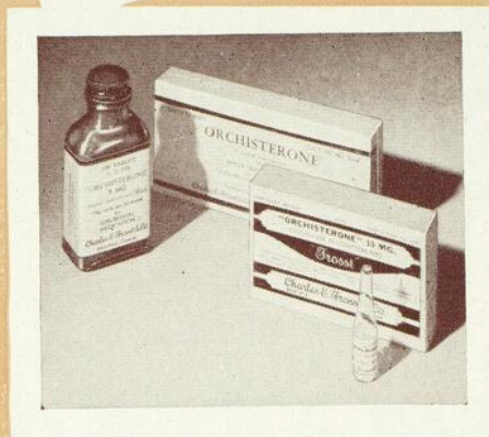
### Présentation

Flacons de 8 et 30 cc., avec compte-gouttes de précision.



Charles E. Frosst & Co.  
MONTREAL CANADA

dans le traitement des  
**CARENCES  
GONADOTROPES  
CHEZ L'HOMME**



### COMPRIMÉS D'ORCHISTERONE

S.C.T. No 420 "Frosst"

Orchistérone de méthyle — 10 mg  
Paquets (de dispensaire) de 15 et 30 comprimés;  
flacons de 100 comprimés.

C.T. No 375 "Frosst"

Orchistérone de méthyle — 5 mg  
(administration sub-maxillo-gingivale)  
Flacons de 30 et 100 comprimés.

\*Cette méthode d'absorption directe dans le cours sanguin, par les capillaires de cette région, est nettement plus économique; le dosage, en effet, peut n'être que la moitié de la quantité requise si le comprimé est dégluti et absorbé par l'appareil gastro-intestinal.

### AMPOULES D'ORCHISTERONE

**Ampoule No. 516 "Frosst"**  
Propionate d'Orchistérone — 5 mg

**Ampoule No. 517 "Frosst"**  
Propionate d'Orchistérone — 10 mg  
Boîtes de 6 et 25 ampoules de 1 c.c.

**Ampoule No. 518 "Frosst"**  
Propionate d'Orchistérone — 25 mg  
Boîtes de 3 et 25 ampoules de 1 c.c.

**Fiole No. 518 "Frosst"**  
Propionate d'Orchistérone — 25 mg par c.c.  
Fioles de 10 c.c.

# Orchistérone

(TESTOSTERONE "Frosst")

La composition de l'Orchistérone synthétique (testostérone "Frosst") est analogue à celle de l'hormone naturelle provenant du testicule. Sa préparation nous a permis de produire, en quantités pratiques au point de vue commercial, l'Orchistérone de méthyle et le propionate d'Orchistérone, qui en sont les dérivés thérapeutiques.

- Opothérapie substitutive des carences hormonales chez l'homme.
- Traitement de certaines endocrinopathies chez la femme.

### MÉDICATION PAR L'ORCHISTERONE — CHEZ L'HOMME:

Symptômes de la climatérique (impuissance, myasthénie, psychoses); eunuchisme et eunuchoïdisme; nanisme; hypertrophie bénigne de la prostate; syndrome du castrat.

### MÉDICATION PAR L'ORCHISTERONE: — CHEZ LA FEMME:

Syndrome de la ménopause; dysménorrhée; hémorragies utérines; mastite chronique; ablactation; frigidité.

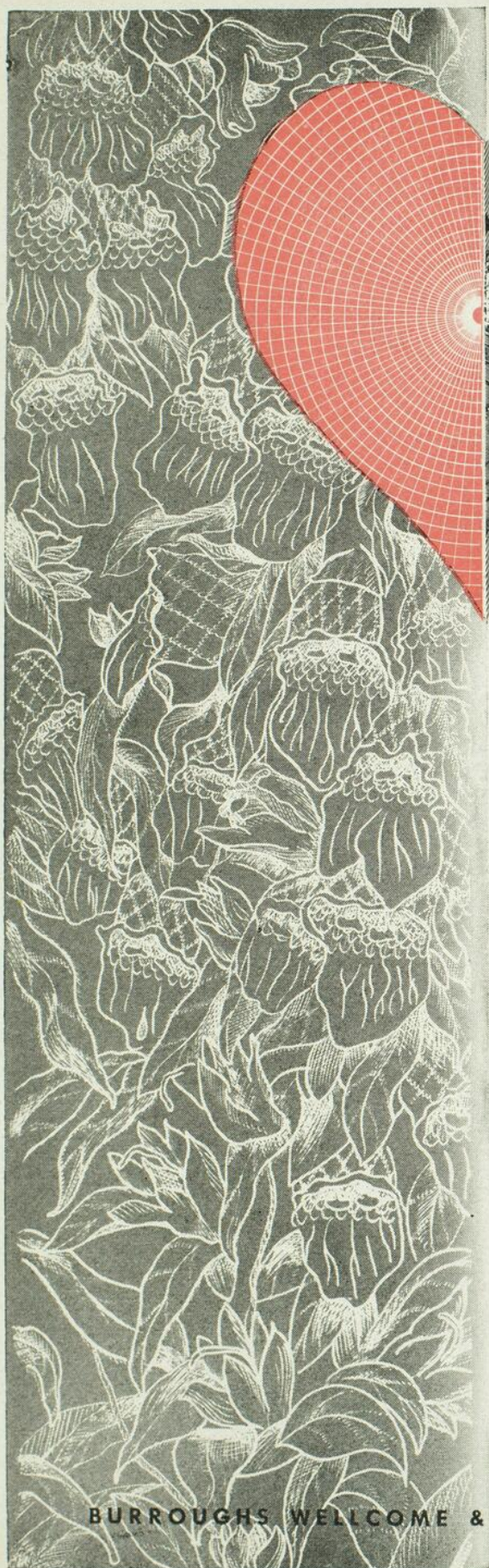
### MÉDICATION PAR L'ORCHISTERONE — CHEZ L'HOMME ET LA FEMME:

Angine de poitrine; périvasculairite; réparation et augmentation des protides organiques.

Envoi gracieux aux intéressés d'une posologie complète.

Charles E. Frosst & Co.  
MONTREAL CANADA





### ***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 cristallin 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.

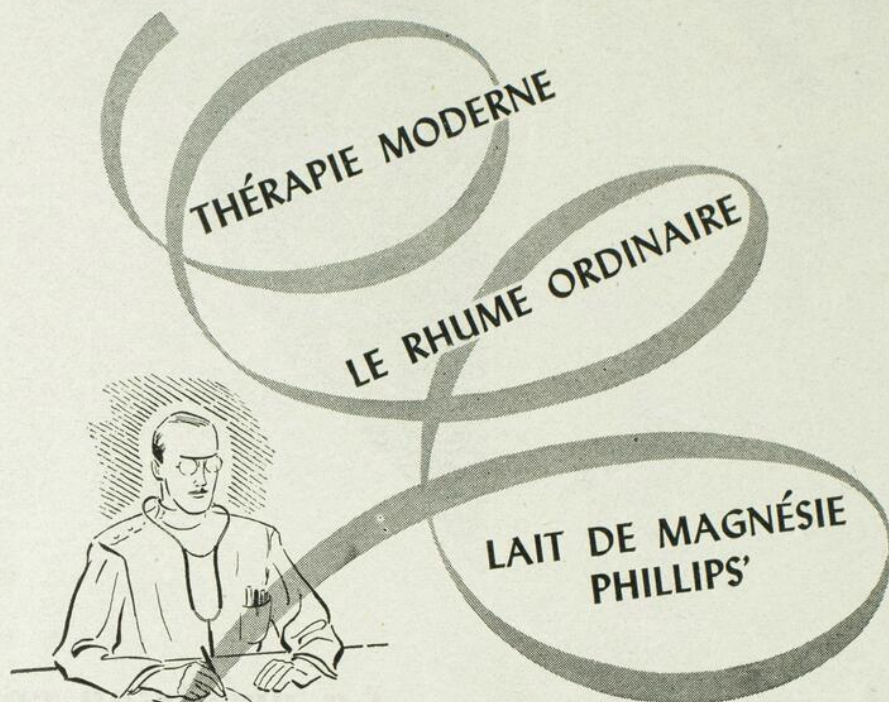
Solution Digoxine (B.W. & Co.) 0.5 mgm. (1/130 grain approx.) par c.c. Flacons de 30 c.c.

*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





Bien des médecins sont d'avis qu'au premier indice de rhume, un traitement approprié devrait inclure un laxatif doux, bien qu'efficace. Tout en étant un laxatif doux, le Lait de Magnésie Phillips' est aussi un antiacide efficace pour le soulagement de l'acidité gastrique.

**Comme laxatif** — agit doucement sans occasionner de besoins pressants et embarrassants.

**Comme antiacide** — assure un soulagement efficace. Ne contenant aucun carbonate, il n'occasionne aucun gonflement incommode.



**DOSE:** Laxatif: 2 à 4 cuillerées à soupe

Antiacide: 1 à 4 cuillerées à thé,  
ou 1 à 4 comprimés

**Avis:** Employez-le tel que prescrit  
seulement.

#### EMPAQUETAGES

##### Liquide

Bouteilles de 4 onces  
Bouteilles de 12 onces  
Bouteilles de 26 onces

##### Comprimés

Boîtes de 30  
Flacons de 75  
Flacons de 200

*Le Lait de Magnésie Phillips'*

est préparé exclusivement par

THE CHAS. H. PHILLIPS CO. DIVISION

of Sterling Drug Inc.

1019 ELLIOTT STREET, WEST • WINDSOR, ONTARIO



## Troisième degré

Dans les brûlures graves, lorsque les besoins en protéines dépassent les limites de la tolérance alimentaire, Parenamine fournit le supplément d'acides aminés propices au recouvrement et au maintien de l'équilibre des matières azotées, et pour corriger l'hypoprotéinémie\*.

# Parenamine

LES ACIDES AMINÉS STEARNS, INJECTABLES

*Dans les carences de protéines*

PARENAMINE est une solution stérile à 15%, contenant les acides aminés provenant de l'hydrolyse acide de la caséine, et fortifiés par l'addition de tryptophane inactif.

INDICATION: Les acides aminés sont indiqués dans les cas de restriction alimentaire, de mauvaise absorption, dans les besoins accrus ou la perte excessive de protéines tel que



dans le traitement pré et postopératoire, les brûlures étendues, la cicatrisation lente, les troubles gastro-intestinaux, les fièvres, etc.

MODE D'ADMINISTRATION: Injectables par voies intraveineuse, intrasternale ou sous-cutanée.

PRÉSENTATION: En solution stérile à 15%, en flacons de 100 cc., avec bouchon en caoutchouc.

\* Extraits et données cliniques complets envoyés sur demande.

Frederick Stearns & Company

of Canada, Ltd.

WINDSOR • ONTARIO

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

S-106A

Mucilose— Marque enregistrée



## vaginite à trichomonas

**Soulagement rapide et moins  
de danger de récurrence**

L'extermination rapide des trichomonas et la disparition de la leucorrhée désagréable, de la cuisson et du prurit s'effectuent ordinairement par l'emploi du Devegan.

En outre de ces propriétés trichomonocides, le Devegan contient des hydrates de carbone particuliers qui favorisent la croissance de lactobacilles et le rétablissement à la normale de l'acidité vaginale, diminuant ainsi de beaucoup le danger d'une récurrence.

# DEVEGAN

Marque de commerce enregistrée

Poudre pour insufflation en flacons de 1 once (le filetage s'adapte à l'insufflateur Holmspray No 3662). Comprimés vaginaux.

---

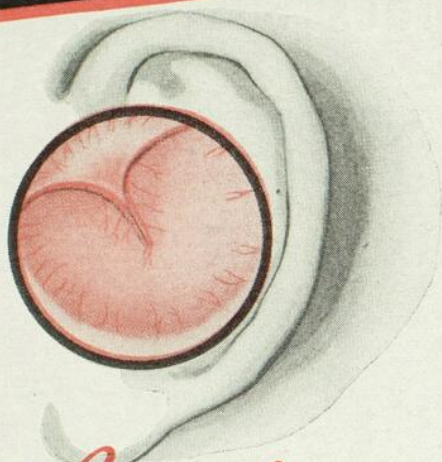
**WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.**

*Produits pharmaceutiques de qualité pour le médecin*

Succursale au service de  
MM. les médecins du Québec:  
Immeuble "Dominion Square"  
Montréal.

Administration et laboratoires:  
1019 ouest, rue Elliott  
Windsor, Ontario.

# Médicaments de Choix CONTRE CERTAINES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES



## *Auralgan*

contre l'OTITE MOYENNE AIGÜE

### *Symptômes:*

Douleur, fièvre, oedème, leucocytose, sensation de gonflement, diminution de l'acuité auditive.

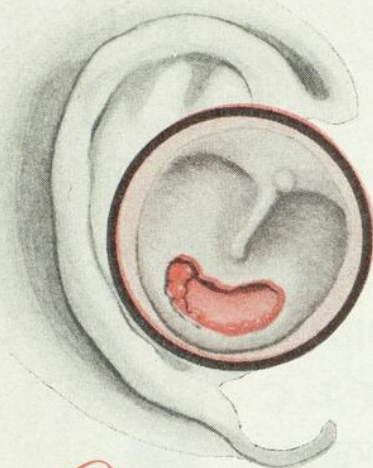
### *Traitement:*

Sédation de la douleur et résolution de l'inflammation—Auralgan.

### *Effets:*

Régression de la congestion, analgésie, bactériostase.

Envoi, à la demande des intéressés, d'une documentation complète et de réimpressions d'observations cliniques relatives à l'emploi de l'Otosmosan.



## *Otosmosan*

contre l'OTITE MOYENNE SUPPURANTE CHRONIQUE

### *Symptômes:*

Otorrhée opiniâtre, souvent fétide, d'ordinaire sans toxémie, fièvre ni douleur.

### *Traitement:*

Otosmosan.

### *Formule:*

Glycérole (Dohow) à 20 p. 100 de carbamide de sulfathiazole.

### *Effets:*

Assainit l'odeur de l'écoulement, liquéfie les granulations, rétablit l'intégrité du tissu épithélial. Bactériostatique.

Envoi à titre gracieux des quantités nécessaires à un essai clinique.

**THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.**

Montréal

New-York 13

Londres

*Équilibre parfait*

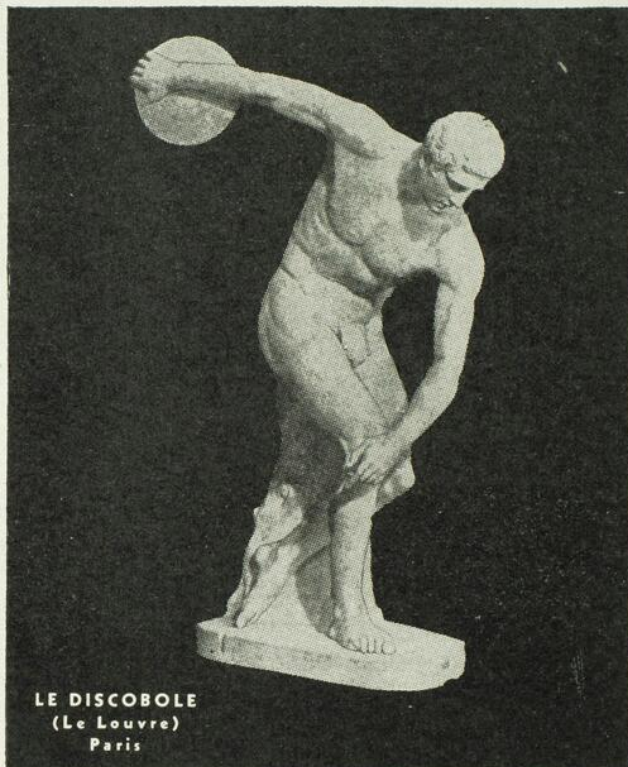
# DISCAMIN

Acides Aminés  $33\frac{1}{3}\%$

•

COMPLEXE B  
FOIE  
VITAMINE C  
CUIVRE  
FER  
MANGANÈSE  
HYDRATES DE  
CARBONE  
60%

•



LE DISCOBOLE  
(Le Louvre)  
Paris

•

Chaque disque  
contient  
9 grains  
d'Acides Aminés  
Naturels,  
produits  
de l'hydrolyse  
enzymatique  
de la Caséine.

—

Flacons de  
100 disques.

•

DISCAMIN est préparé sous la surveillance et  
le contrôle immédiat de:

Charles Laurin, B.A., B.Ph.,  
Léopold Bergeron, B.A., B.Ph.,  
Assistant bactériologiste,  
Marcel Daoust, B.A., B.Ph.,  
Jean-E. Perras, L.Sc., M.C.I.C.,  
Pharmaciens, Chimistes, Analystes,  
et Biochimistes,

Tous diplômés de l'Université de Montréal.

•

*Echantillons sur demande à Messieurs les  
Médecins seulement.*

•

Spécialité du Laboratoire

ASGRAIN & HARBONNEAU  
Limitée

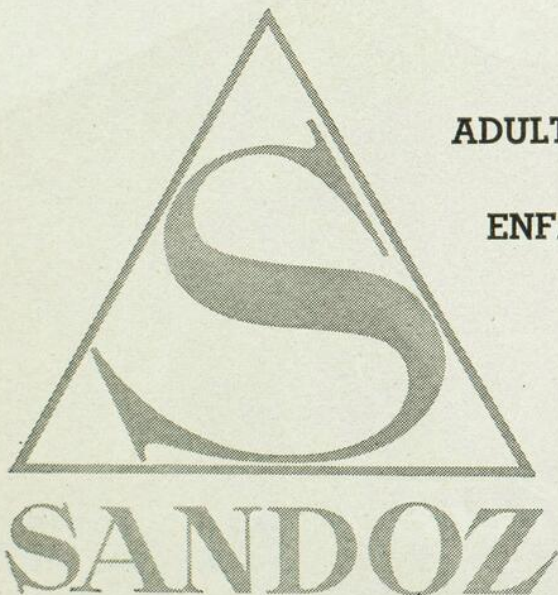
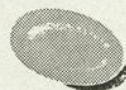
UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL



SENNOSIDES **A & B**

# GLYSENNID

**DANS LA CONSTIPATION  
ATONIQUE**



**ADULTES: 2 à 4 comprimés par jour**

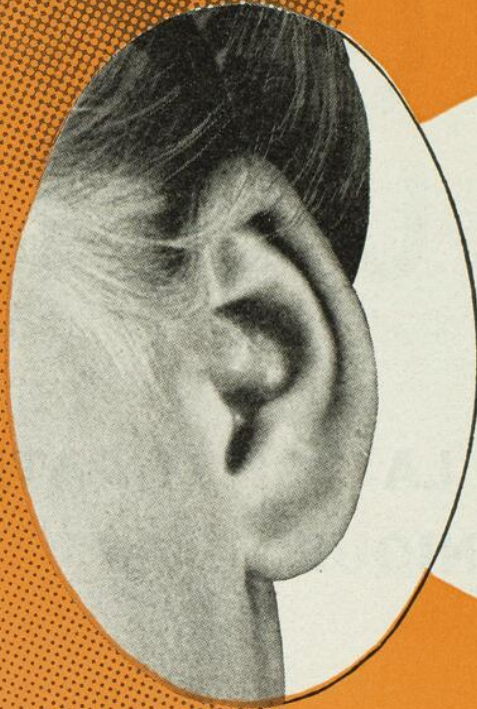
**ENFANTS: 1 à 2 comprimés par jour**

*Echantillons et documentation  
sur demande*



**DIVISION PHARMACEUTIQUE**  
**THE WINGATE CHEMICAL COMPANY LTD.**  
**MONTREAL**

# Pourquoi Otomide



*White*

LABORATORIES  
OF CANADA, LTD.

64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario, Canada

# pour la chimiothérapie de l'oreille?

## POUR LES RAISONS SUIVANTES . . .

- 1 Efficacité dans l'otite moyenne TANT aiguë QUE chronique.
- 2 Exaltation du pouvoir antibactérien.
- 3 Diffusibilité plus parfaite dans les tissus infectés.
- 4 Débridement plus complet des tissus macroscopiques en raison de son action chimique.
- 5 Effet analgésique efficace sans affaiblir l'action sulfamidée.
- 6 Absence d'alcalinité ou d'effets secondaires désagréables.
- 7 Disparition rapide de l'odeur fétide de l'écoulement purulent.

L'Otomide White est composé de 5 pour cent de sulfanilamide, 10 pour cent d'urée (carbamide) et 3 pour cent de chlorobutanol anhydre, dans un véhicule glycéринé spécial, exceptionnellement hygroscopique. Présenté en flacons compte-gouttes d'une demi-once liquide (15 cc.).

### BIBLIOGRAPHIE:

- Strakosch, E. A., et Clark, W. G.: *Minn. Med.*, 26:276-282 (mars) 1943.  
Tsuchiya, H. M., et al: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, 50:262-266 (juin) 1942.  
McClintock, L. A., et Goodale, R. H.: *U. S. Naval Med. Bull.*, 41:1057-1064 (juillet) 1943.  
Mertins, P. S., jr: *Arch. Otolaryng.*, 26:509-513 (nov.) 1937.  
Ashley, R. E.: *Trans. Am. Acad. Ophth. and Otolaryng.* 46:257-264 (juillet août) 1942.

*White's*

# Otomide

# STREPTOMYCIN

*bientôt  
disponible*



**L**e 1er novembre 1946, Merck & Co. Ltd. inaugurerait à Valleyfield, P.Q., le premier établissement, déjà en voie de construction depuis août 1945, exclusivement construit pour la production commerciale de Streptomycin dans l'Empire Britannique.

Bien que l'on ne s'attende pas au plein rendement avant le début de l'année prochaine, la production de Streptomycin augmente rapidement et l'on espère que des quantités de ce nouvel agent antibiotique seront disponibles pour une distribution plus répandue dans un avenir prochain.

*Renseignements fournis sur demande.*

## STREPTOMYCIN MERCK

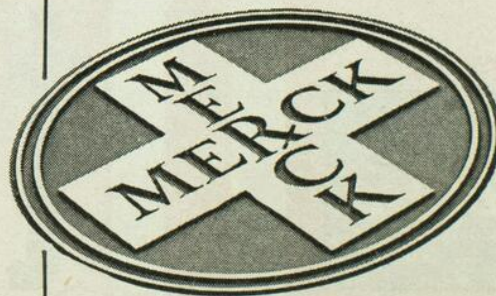
(Chlorhydrate)

FABRIQUÉ AU CANADA

**MERCK & CO. LIMITED**

Fabricants Chimistes

MONTREAL - TORONTO - VALLEYFIELD



**AUTRES FACTEURS**

Chlorhydrate de thiamine

Riboflavine

Niacine

Pyridoxine

Acide pantothénique

Facteurs non identifiés

**Les autres facteurs sont aussi importants**

Les magnifiques résultats obtenus grâce à la thérapeutique de la vitamine B sont dus à l'action combinée de nombreux constituants dont quelques-uns bien connus et d'autres non encore identifiés.

L'engouement sans cesse croissant pour la thérapeutique par la vitamine naturelle B complexe n'a d'égal que le principe de plus en plus admis que les carences en vitamine B sont d'ordinaire multiples.

B-Plex est un extrait aqueux de riz non décortiqué—une des sources naturelles les plus riches du B complexe—Equilibré biologiquement<sup>1</sup> par l'addition de facteurs B cristallisés. B-Plex fournit le chlorhydrate de thiamine, la riboflavine et la niacine dans la proportion de 1:2:10<sup>2</sup> en plus des quantités adéquates de pyridoxine, d'acide pantothénique et les facteurs non identifiés qui existent à l'état naturel dans l'extrait de riz non décortiqué.

# B·PLEX

NOM DÉPOSÉ AU CANADA

**B COMPLEXE ELIXIR**

1. L'évaluation des préparations de la vitamine B complexe, C.M.A.J. mai 1942.

2. Council on Pharmacy and Chemistry and Council on Foods and Nutrition, J.A.M.A. 119-12-948.

**JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED**  
WALKERVILLE - - - ONTARIO

ACCEPTÉ

Amphojel donne d'excellents résultats dans la prophylaxie et le traitement de l'ulcère peptique parce que

- Il soulage rapidement la douleur et accélère la guérison.
- Il permet au patient de suivre un régime bien équilibré sans aggraver les symptômes d'ulcère —on note fréquemment une augmentation de poids durant le traitement.
- Il maintient le chyme gastrique dans les limites physiologiques sans danger de produire une hypersécrétion d'acide.
- C'est une substance amphotérique, non-absorbable qui ne rompra pas l'équilibre acido-basique de l'organisme.
- Il empêche la digestion peptique par une précipitation immédiate de la pepsine.
- Il forme une couche protectrice sur la muqueuse.
- Il est agréable au goût et bien toléré.

Bouteilles de 12 onces fluides

**Amphojel** gel d'alumine Wyeth  
NOM DÉPOSÉ AU CANADA



Pour votre utilité Amphojel sous une nouvelle formule Amphojel avec addition de trisilicate de magnésium. Bouteilles de 12 onces fluides

**Wyeth**

NOM DÉPOSÉ AU CANADA

JOHN WYETH & BROTHER (Canada) LIMITED • Walkerville, Ontario



Burons

*... Rien n'est plus important*

à l'organisme que les liquides. L'on peut supporter la faim pendant des jours et des semaines — la soif est intolérable.

Et tout aussi importants que les liquides sont les organes qui servent à les filtrer et à en contrôler l'équilibre dans l'économie.

Voilà pourquoi l'URASAL est important. Il assure aux reins un fonctionnement normal. Les propriétés antiseptiques de l'hexamine combinées aux qualités dissolvantes du benzoate de lithium, du citrate de lithium et de la pipérazine,

font de l'Urasal un traitement précieux dans les infections chroniques ou bénignes des voies urinaires.

Tous les ans les médecins — en nombre croissant — prescrivent l'Urasal (Homer) —

1. Pour guérir l'infection urinaire.
2. Pour soulager les douleurs rhumatismales, celles de la région des reins — et la goutte ...



**FRANK W. HORNER LIMITED**

# LIPIODOL LAFAY

Huile d'œillette iodée à 40 %.  
0 gr. 540 d'iode par c. c.

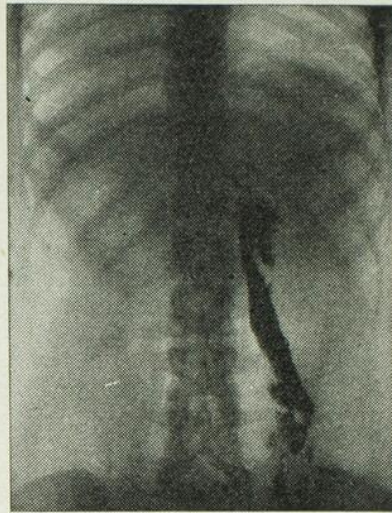
pour combattre :

A S T H M E  
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 & C<sup>ie</sup>** 22, Rue du Landy, 22  
**PARIS - SAINT-OUEN**

# 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.

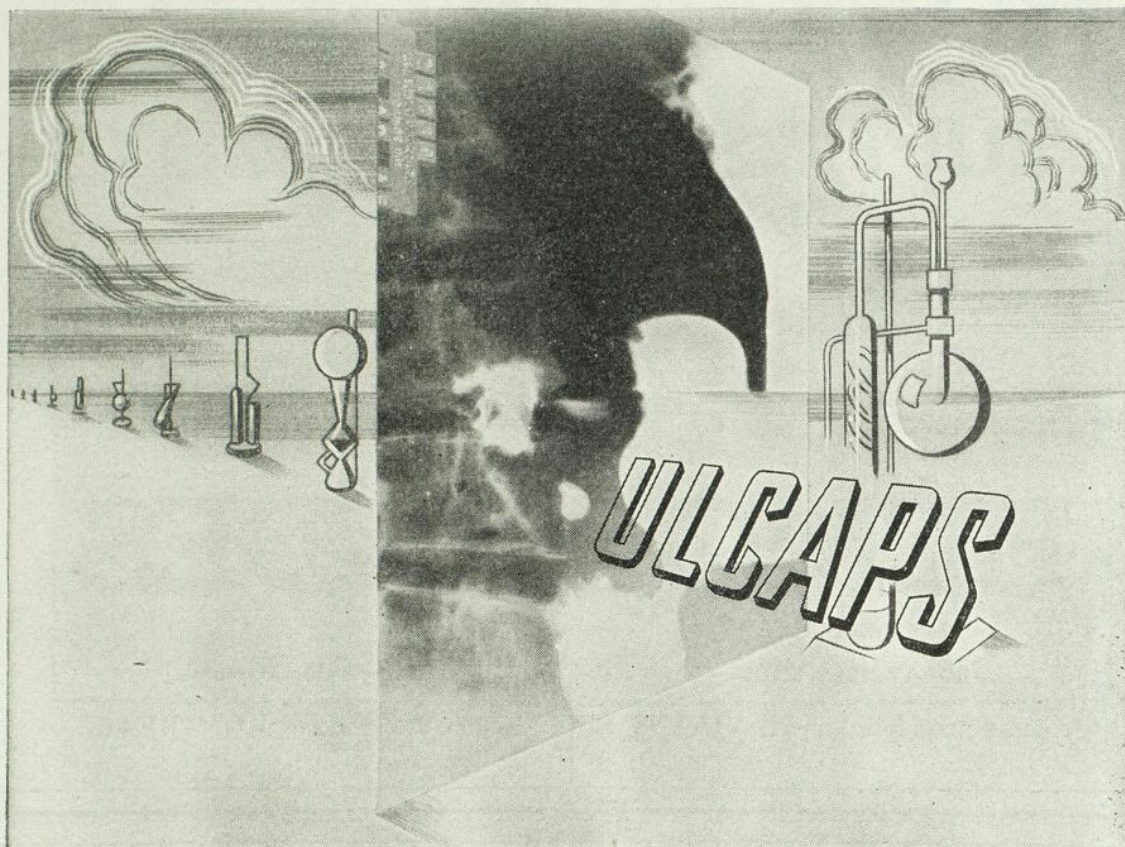
**Posologie:** La dose moyenne est de 4 à 6 granules par jour. Si l'on prescrit les gouttes, on en donnera 20 avant chaque repas, 60 par jour. Les injections sous-cutanées sont surtout indiquées dans les cas de crises douloureuses intenses, contre l'angoisse et l'insomnie persistante des dyspeptiques. 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.**

# ÉTAPES MÉDICALES



**CHAQUE PRATICIEN** fait son propre choix des étapes médicales qu'il considère comme les plus importantes . . . les grandes découvertes qui ont le plus grandement contribué au progrès de la médecine.


Que ces découvertes proviennent d'un adon ou soient la culmination de développements progressifs, il existe toujours une épreuve indéniable de leur mérite — l'efficacité.

Nous sommes justement fiers du fait que l'accumulation d'expériences cliniques démontre qu'en *Ulcaps* la profession médicale possède une arme *efficace* dans la lutte contre les Ulcères Peptiques . . . c'est sans contredit une avance remarquable de la thérapeutique des *Ulcères Peptiques*.



Nous vous invitons à nous demander notre brochure "Thérapeutique des Ulcères Gastriques" qui vous apportera une documentation complète accompagnée de plaques radiographiques.



**Anglo-CANADIAN**  
DRUG  **Company**  
LIMITED  
OSHAWA CANADA

Distributeurs pour la province de Québec:

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE  
MONTREAL - P. Q.

# POMMADE MIDY

## SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE  
STOVAINE  
ANESTHÉSINE  
EX<sup>1</sup> DE MARRONS  
D'INDE PRAIS STABILISÉ



**4**  
PRINCIPES  
ACTIFS

# HÉMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY, 67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, (France)

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

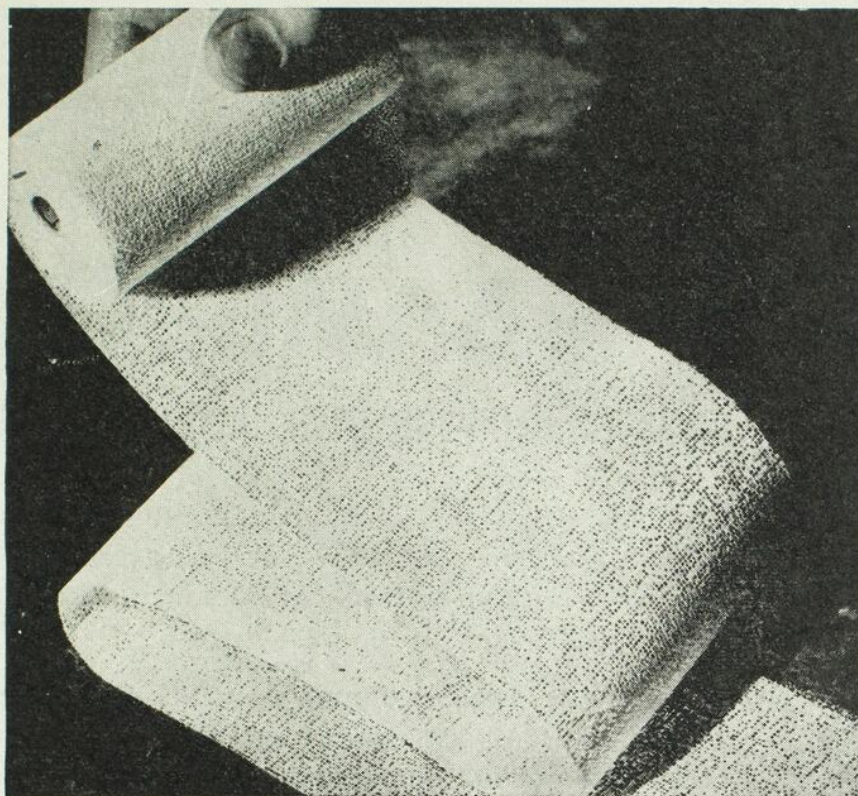
# RHINAMIDE

## Affections des Fosses Nasales du Rhino-Pharynx

- Composition:** Sulfanilamide — Ephédrine — Ultracaine.
- 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**

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



*La nouvelle Marque de Fabrique du*

# 'Cellona' est 'Gypsona'

DANS l'intérêt de la chirurgie et du commerce de l'Empire, il a été décidé que le 'Cellona' devait avoir une marque de fabrique universelle. A compter du 1er avril 1946, nos bandages en plâtre de Paris 'Cellona' ont été distribués sous la marque de fabrique 'GYPSONA'. Pendant la guerre, de fortes quantités de ces bandages en plâtre de Paris se sont vendues sous cette marque de fabrique en territoires non britanniques. Son adoption en territoires britanniques va unifier le nom et assurer identification immédiate dans toutes les parties du monde.

L'on tient à préciser que le changement n'est que dans le nom. La qualité ni les propriétés du produit ne seront altérées en quoi que ce soit. Il est fabriqué en Angleterre.

# Gypsona

Marque de Fabrique

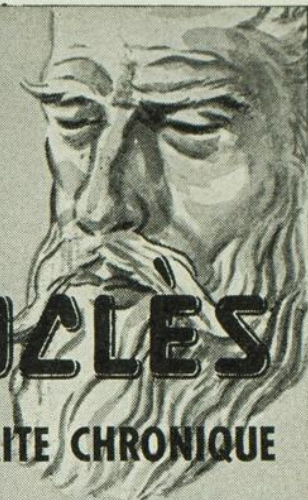
**BANDAGES ET PLAQUES EN PLÂTRE DE PARIS.**



Distributeurs: SMITH & NEPHEW Ltd., 378 rue Saint-Paul ouest, Montréal.  
Fabriqués en Angleterre par T. J. Smith & Nephew Ltd., Hull.



LE *Sort* DE  
**DAMOCLES**



**DANS LA GLOMÉRULONÉPHRITE CHRONIQUE**

**T**OUT COMME l'épée nue suspendue par un simple fil au-dessus de la tête de Damoclès le priva des délices du somptueux banquet de Denys l'Ancien, Tyran de Syracuse...

De même, le grave pronostic de la glomérulonéphrite chronique projette son ombre sur la vie du néphritique. Le but visé par le traitement de ces cas est de retarder la chute de cette "épée."

L'expectative d'une vie plus longue chez les Brightiques est un des succès les plus importants de la médecine moderne. Comme adjuvant d'autres mesures thérapeutiques on peut employer l'administration de routine de la Néphritine. Selon les rapports publiés, elle augmente la diurèse, augmente favorablement la formation d'urée, diminue l'oedème et aide à soulager les symptômes subjectifs. Il est essentiel d'employer la Néphritine à fortes doses.

La Néphritine est un produit de prescription strictement médicale, à base de substance rénale fraîche et entière, fabriqué dans les Laboratoires Reed & Carnrick par un procédé spécial. Elle se vend en flacons de 80, 500 et 1000. Notices envoyées sur demande.

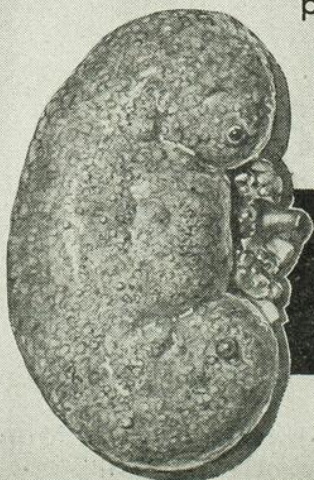
*Soutenu par la*

**NEPHRITIN**

**REED & CARNRICK**

(CANADA) LTD.

64-66 EST, RUE GERRARD, TORONTO, ONTARIO







**752** *rapports publiés*  
*fournissent des directives autorisées sur*  
*l'emploi du Pentothal Sodique*

Point n'est besoin de se fier à des données cliniques expérimentales limitées pour juger de la valeur de l'anesthésie intraveineuse par le Pentothal Sodique. L'usage étendu de la drogue en chirurgie civile et militaire a donné naissance à une bibliographie très volumineuse où on traite à fond des indications et contre-indications, des avantages et inconvénients, des précautions et des diverses techniques d'administration. Dans cette accumulation de données on trouvera la réponse à la plupart des questions qui peuvent surgir quant à son applicabilité et son adaptabilité. LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE, MONTREAL 8.

**PENTOTHAL SODIQUE ABBOTT**

Ethyl-(1-Méthylbutyl)-Barbiturate de Sodium, 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 74:

MM. Allard (Eugène); Amyot (Roma); Archambault (Jules); Archambault (Paul-René); Audet-Lapointe (Jean); Beaudry (Maurice); Beaugard (J.-M.); Bégin (B.-G.); Bélanger (J.-E.); Bélisle (Philippe); Benoît (René); Bertrand (Albert); Bertrand (Claude); Blain (Emile); Boucher (Roméo); Bourque (J.-P.); Bruno (Jacques); Cantero (A.); Casgrain (Gérard); Cauchon (Roland); Champagne (Jacques); Charest (Fernand); Chenevert (Robert); Cholette (A.-M.); Clermont (Moïse); Cloutier (Roland); Côté (Chs-E.); Côté (J.-Chs); Coutu (A.); Cruchet (René); David (Paul); Debidour-Monrad (H.); DeGuise (Albert); Deshaies (Georges); Demers (F.-X.); De Montigny (Gérard); Desjardins (Edouard); Doré (Réal); Dubé (Edmond); Dufresne (Origène); Dufresne (Roger-R.); Dumas (Paul); Durel (P.); Duvalier (François); Fauteux (Mercier); Favreau (J.-C.); Ferron (Marcel); Fisher (John); Foisy (René); Fortier (De la Broquerie); Fortier (Maurice); Frappier (Armand); Frénette (Ulric); Gagnon (Jacques); Gariépy (I.-U.); Gariépy (Roger); Gérin-Lajoie (Léon); Grégoire (Fernand); Grignon (René); Groleau (Lionel); Groulx

(Adélard); Guilbeault (A.); Houot (A.); Jobin (Joachim); Jobin (Pierre); Julien (Lucien); Ladouceur (Léo); Lamoureux (Marcel); Laperrière (Vincent); Larivière (Paul-M.); Lassner (J.); Latraverse (Valmore); Laurier (Yvon); Leblond (Wilfrid); Léger (Jacques); Lépine (Edgar); LeSage (Albert); LeSage (Jean); Létienné (Louis); Letondal (Paul); Longtin (Léon); Mantha (L.); Maranda (Emilien); Marin (Albéric); McCormick (W. J.); Means (J. H.); Mercier (Oscar); Meunier (Pierre); Nadeau (Gabriel); Nairn (George A. S.); Noël (Victor); Pager (Antonio); Painchaud (Chs-Auguste); Panaccio (Victor); Panneton (Philippe); Papineau (Marc); Paquette (J.-P.); Pettigrew (Ant.); Pinsonneault (G.); Plichet (André); Plouffe (Adrien); Poirier (Paul); Potvin (Paul); Prévost (Jules); Riopelle (J.-L.); Robillard (Eugène); Rochette (Paul); Roussel (I.-M.); Roux (J.-René); Saint-Onge (Gérard); Samson (J.-Ed.); Saucier (Jean); Savy (Paul); Simard (L.-C.); Simon (E.); Sirois (Jean); Smith (Henri); Smith (Pierre); Sterlin (André); Swenson (Orvar); Sylvestre (L.); Trudeau (Charles-H.); Vézina (Norbert).

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

| A  | B  |
|--|--|
| <b>Abcès pulmonaire. Présentation de deux observations d'.</b> (A. L'Espérance) . . . . .  | <b>Benoit. Une vieille figure de médecin: Emmanuel Persillier.</b> (Jules Prévost) . . . . .   |
| 1039   | 508  |
| <b>Abcès pulmonaires. Les.</b> (Fernand Grégoire)  | <b>Bibliographie:</b>  |
| 1661   | Maurice AUBRY. — Oto-neurologie. Technique et interprétation des examens labyrinthiques. . . . .   |
| <b>Acides aminés. Les</b> (Albert LeSage) . . . . .  | 224  |
| 442  | M. BOPPE. — Traitement orthopédique de la paralysie infantile. . . . .   |
| <b>Adaptation et réadaptation.</b> (Edouard Desjardins) . . . . .  | 481  |
| 879  | Canada 1946 — édition française . . . . .  |
| <b>Adénopathie tardive chez certains cancers de la lèvre inférieure.</b> (Albéric Marin) . . . . .   | 859  |
| 1365   | André CHALIER. — La méthode du lever précoce en chirurgie abdominale. Prophylaxie des phlébites et embolies postopératoires. (Suppression de la maladie postopératoire). . . . . |
| <b>"American Association for the Study of Goiter". Congrès de l'</b> . . . . .   | 1113   |
| 1096   | Professeur F. J. Collet. — Les troubles de l'innervation pharyngo-laryngée et œsophagienne. . . . .  |
| <b>Analgésie et anesthésie en obstétrique. Symposium sur l'. Introduction.</b> (Hector Sanche)   | 1112   |
| 141  | L. CORNIL, M. SCHACHTER, J. VAGUE. — Les maigreurs. Etude clinique et physiopathologique. . . . .  |
| <b>Analgesie en obstétrique.</b> (P. Gauthier) . . . . .   | 1110   |
| 158  | Paul COSSA, E. LeCOCQ, H. BOUGEAUT et J. P. GRINDA. — Thérapeutique neurologique et psychiatrique . . . . .  |
| <b>Analgesie et de l'anesthésie en obstétrique. Fondements physiologiques de l'.</b> (Moïse Clermont) . . . . .  | 482  |
| 144  | J. DELMAS et A. DELMAS. — Voies et centres nerveux. Introduction anatomophysiologique à la neurologie. . . . .   |
| <b>Analgesie obstétricale. Le somnifère et le Demerol dans l'.</b> (Donatien Marion) . . . . .   | 858  |
| 154  | Bernard FEY et Pierre TRUCHOT. — L'Urographie intraveineuse (U. I. V.) . . . . .   |
| <b>Analgesie par le pentothal en obstétrique.</b> (Jacques Gagnon) . . . . .   | 605  |
| 160  | Marc ISELIN. — Chirurgie de la main: livre du chirurgien. Chirurgie réparatrice des traumatismes de la main. . . . .   |
| <b>Anaphylaxie endocrinienne.</b> (F.-X. Demers) . . . . .   | 482  |
| 785  | L. LEGER et C. OLIVIER. — Entorse du coude-pied et entorse du genou. Introduction à l'étude de l'arthrographie. . . . .  |
| <b>Anesthésie caudale.</b> (Jean Champeau) . . . . .   | 483  |
| 150  | René LERICHE. — Physiologie et traitement chirurgical des maladies artérielles de la vaso-motricité. . . . .   |
| <b>Anesthésie en clientèle. L'.</b> (Moïse Clermont)   | 479  |
| 881  | R. LERICHE. — Thromboses artérielles. Physiologie pathologique et traitement chirurgical. . . . .  |
| <b>Anesthésie en urologie. L'.</b> (Roméo Rochette)  | 1112   |
| 896  | Charles LESUR. — Manuel de gymnastique corrective et de gymnastique orthopédique. . . . .  |
| <b>Anesthésie. Le centenaire de l'.</b> (Edouard Desjardins) . . . . .   | 224  |
| 955  | C. LEVADITI. — La pénicilline et ses applications thérapeutiques. . . . .  |
| <b>Anesthésistes et chirurgiens. Rapports entre.</b> (Léon Longtin) . . . . .  | 224  |
| 166  | C. LEVADITI. — Précis de virologie médicale. . . . .   |
| <b>Ange ou bête.</b> (Roma Amyot) . . . . .  | 224  |
| 125  | Pierre MALLET-GUY. — Le traitement non sanglant des fractures du rachis. Fractures récentes, fractures anciennes — techniques et résultats. . . . .                              |
| <b>Angine de poitrine. Le traitement de l'a. de p. et de l'infarctus du myocarde en clientèle journalière.</b> (Henri Laliberté et Maurice Turcotte) . . . . . | 479  |
| 1168   |  |
| <b>Angine de poitrine et anémie.</b> (Henri Gélinas)   |  |
| 1407   |  |
| <b>Angine de poitrine. Traitement de l'.</b> (Albert LeSage) . . . . .   |  |
| 813  |  |
| <b>Année après l'autre. Une</b> (Roma Amyot) . . . . .   |  |
| 1602   |  |
| <b>Antihistaminiques. Les substances.</b> (Roger-R. Dufresné) . . . . .  |  |
| 59   |  |
| <b>Antivénéérienne. Le rôle important du médecin dans la lutte.</b> (Jules Archambault) . . . . .  |  |
| 62   |  |
| <b>Aperçu historique.</b> (Roma Amyot) . . . . .   |  |
| 1247   |  |
| <b>Appendicite chronique. Son diagnostic radiologique et son retentissement pyloro-duodénal. L'.</b> (Hervé Lacharité) . . . . .                               |  |
| 1068   |  |
| <b>Avitaminoses et leurs traitements. Les dermatoses en relation avec les.</b> (José F. Brun) . . . . .  |  |
| 1128   |  |

|   |      |  |      |
|---|------|--|------|
| H. PIGEAUD et H. DUMONT. — Les néphropathies gravidiques. . . . .   | 1113 | <b>C</b>   |      |
| Georges PORTMANN, Jean DESPONS et Max BERGER. — Les Mastoïdites. . . . .  | 225  | <b>Cancers de la lèvre inférieure. Adénopathie tardive chez certains.</b> (Albéric Marin) . . . . .                          | 1365 |
| Henri ROGER. — Éléments de psychophysiologie. . . . .   | 1111 | <b>Cancer des os. Le diagnostic précoce du.</b> (J.-Ed. Samson) . . . . .  | 1009 |
| L. TAVERNIER et Ch. GODINOT. — Traitement chirurgical de l'arthrite sèche de la hanche. Suivi de travaux de la Clinique Orthopédique de la Faculté de Lyon. . . . . | 606  | <b>Cancer. La lutte contre le.</b> (Albert LeSage) . . . . .   | 511  |
| R. THUREL. — Traumatismes de la moelle et des racines. Sciatique traumatique. . . . .   | 607  | <b>Cancer. Le contrôle du.</b> (Roger-R. Dufresne) . . . . .   | 326  |
| A. TZANCK et M. BESSIS. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur la transfusion sanguine. . . . .  | 606  | <b>Cancer? Une arme nouvelle contre le.</b> (Roger Dufresne) . . . . .   | 1684 |
| P. VAN-PEE. — Précis de radiodiagnostic. . . . .  | 1110 | <b>Cardiaques. Les névroses.</b> (R.-L. DuBerger) . . . . .  | 798  |
| <b>Biliaire. Dyskinésie.</b> (Antonio Cantero) . . . . .  | 1469 | <b>Cataracte. Cholestérol et.</b> (Henri Pichette) . . . . .   | 647  |
| <b>Biliaires. Les retrécissements non néoplasiques des voies.</b> (Charles Lefrançois) . . . . .  | 530  | <b>Céphalée. La.</b> (Fernand Charest) . . . . .   | 769  |
| <b>Blennorrhagie: moyen essentiel de diagnostic. La culture en.</b> (Lucien Sylvestre et Jean-Marie Beauregard) . . . . .   | 1045 | <b>Chirurgie générale. Nouveautés en.</b> (Pierre Smith) . . . . .   | 269  |
| <b>Broncho-pulmonaire. Interprétation et terminologie de la segmentation.</b> (Valmore Latraverse) . . . . .  | 1537 | <b>Chirurgie infantile. Nouveautés en.</b> (Christophe Bisson) . . . . .   | 52   |
| <b>Broncho-pulmonaires. Complications b.-p. post-anesthésiques.</b> (Maurice Bonnier) . . . . .   | 916  | <b>Chirurgie vers 1871. La.</b> (Edouard Desjardins) . . . . .   | 1333 |
| <b>Broncho-pulmonaires. Complications b.-p. post-anesthésiques.</b> (Georges Cousineau) . . . . .   | 912  | <b>Choc traumatique chez les blessés de guerre: son traitement par la transfusion de sang. Le.</b> (Eustace Morin) . . . . . | 400  |
| <b>Bruits du cœur.</b> (Roméo Boucher) . . . . .  | 80   | <b>Cholécyste. L'élastose du.</b> (J.-L. Riopelle) . . . . .   | 1486 |
| <b>Brûlures. Le traitement local des.</b> (Paul Chicoine) . . . . .   | 804  | <b>Cholécysto-duodénostomie. A propos de cinq cas de.</b> (A. Houot) . . . . .   | 24   |
| <b>Bulletin:</b>  |      | <b>Cholestérol et cataracte.</b> (Henri Pichette) . . . . .  | 647  |
| Adaptation et réadaptation. (Edouard Desjardins) . . . . .  | 879  | <b>Chorio-épithéliome. Môle hydatiforme vs.</b> (Léon Gérin-Lajoie) . . . . .  | 1380 |
| Ange ou bête. (Roma Amyot) . . . . .  | 125  | <b>Côlites graves. Le traitement chirurgical des.</b> (Gérard St-Onge) . . . . .   | 466  |
| Aperçu historique. (Roma Amyot) . . . . .   | 1247 | <b>Coma barbiturique. Le.</b> (Roger-R. Dufresne) . . . . .  | 1093 |
| Délégation française au XVIIIe Congrès. (Roma Amyot) . . . . .  | 633  | <b>Col du fémur. A propos du traitement des fractures du.</b> (Lionel Groleau) . . . . .                                     | 695  |
| La lutte contre le cancer. (Albert LeSage) . . . . .  | 511  | <b>Congrès de l'“American Association for the Study of Goiter”</b> . . . . .   | 1096 |
| Le cinquantenaire de la mort de Pasteur. (Albert LeSage) . . . . .  | 3    | <b>Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord. Le XVIIIe.</b> . . . . .                                  | 363  |
| L'enseignement de l'hygiène dans les écoles élémentaires. (Roma Amyot) . . . . .  | 1007 | <b>Congrès de l'A.M.L.F.A.N. Programme provisoire du XVIIIe.</b> . . . . .   | 505  |
| L'initiative privée appliquée aux œuvres de santé. (Roma Amyot) . . . . .   | 243  | <b>Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord. Le XVIIIe.</b> . . . . .                 | 503  |
| Pasteur, l'homme et l'œuvre. (Henri Simonnet) . . . . .   | 10   | <b>Congrès. Logement à Québec lors du XVIIIe.</b> 364-504  |      |
| Programme de santé nationale recommandé par “The American Medical Association”. (Roma Amyot) . . . . .  | 365  | <b>Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord. Propos sur le XVIIIe.</b> . . . . .      | 759  |
| Propos sur le XVIIIe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. (Roma Amyot) . . . . .  | 759  | <b>Congrès de l'A. M. L. F. A. N. Programme du XVIIIe.</b> . . . . .   | 635  |
| Une année après l'autre. (Roma Amyot) . . . . .   | 1602 | <b>Congrès. Délégation française au XVIIIe.</b> . . . . .  | 633  |
| Vers la France ou vers les États-Unis. (Roma Amyot) . . . . .   | 1125 | <b>Corps calleux. Contribution à l'étude du lipome du.</b> (Roma Amyot) . . . . .  | 1391 |
|   |      | <b>Cours postsecondaires à l'Université de Montréal. Les.</b> (Edouard Desjardins) . . . . .                                 | 556  |
|   |      | <b>Cuti-réaction. Essai d'une c.-r. et d'un sérum antitoxique.</b> (Daniel Longpré) . . . . .                                | 924  |

## D

|  |      |
|--|------|
| <b>Demerol. A propos de.</b> (Roger-R. Dufresne) . . . . .   | 1195 |
| <b>Demerol dans l'analgésie obstétricale. Le somnifène et le.</b> (Donatien Marion) . . . . .              | 154  |
| <b>Dermatoses en relation avec les avitaminoses et leurs traitements. Les.</b> (José F. Brun) . . . . .    | 1128 |
| <b>Diabète et chirurgie.</b> (Armand Gratton) . . . . .  | 1188 |
| <b>Diabète. Le régime alimentaire dans le.</b> (L.-Henri Gariépy) . . . . .                                | 943  |
| <b>Diététique et nutrition à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.</b> . . . . .             | 451  |
| <b>Dieu et l'ancêtre. Le.</b> (Arthur Arcand) . . . . .  | 578  |
| <b>Diverticules du côlon et diverticulite.</b> (Antoine Pettigrew) . . . . .                               | 1438 |
| <b>Douleur. La radiothérapie de la.</b> (Hervé Lacharité) . . . . .  | 422  |
| <b>Dyskinésie biliaire.</b> (Antonio Cantero) . . . . .  | 1469 |
| <b>Dysménorrhées rebelles et résection du plexus hypogastrique supérieur.</b> (Paul-A. Poliquin) . . . . . | 671  |

## E

|   |      |
|---|------|
| <b>Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal. L'.</b> (Roger-R. Dufresne) . . . . .       | 1314 |
| <b>Editoriaux:</b>  |      |
| A propos de Demerol. (Roger-R. Dufresne) . . . . .  | 1195 |
| L'administration du Tridione doit être surveillée. (Roma Amyot) . . . . .                     | 1194 |
| La chirurgie physiologique de l'ulcère gastro-duodéal. (Pierre Smith) . . . . .               | 1674 |
| La vagotomie dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal. (Pierre Smith) . . . . .          | 701  |
| Le centenaire de l'anesthésie. (Edouard Desjardins) . . . . .                                 | 955  |
| Les cours postcolaires à l'Université de Montréal. (Edouard Desjardins) . . . . .             | 556  |
| Les substances antihistaminiques. (Roger-R. Dufresne) . . . . .                               | 59   |
| L'usage de la novocaïne en injection intraveineuse. (Roma Amyot) . . . . .                    | 303  |
| Pénicilline et streptomycine "aérosol". (Roger-R. Dufresne) . . . . .                         | 816  |
| Peut-on parler sans larynx? (Valmore Latraverse) . . . . .                                    | 448  |
| Quelques notions récentes sur la paralysie infantile. (Roma Amyot) . . . . .                  | 1073 |
| Rapports entre anesthésistes et chirurgiens. (Léon Longtin) . . . . .                         | 166  |
| <b>Elastose du cholécyste. L'.</b> (J.-L. Riopelle) . . . . .                                 | 1486 |
| <b>Endocrinologie. Nouveautés en.</b> (Paul Dumas) . . . . .                                  | 386  |
| <b>Epithélioma de l'intestion chez une fillette de dix ans.</b> (J.-P. Bombardier) . . . . .  | 1650 |
| <b>Erythroblastose du nouveau-né. Rôle du facteur Rh dans l'.</b> (Albert Bertrand) . . . . . | 1384 |
| <b>Examen médical prénatal.</b> (Ernest Couture) . . . . .                                    | 1607 |

|  |      |
|--|------|
| <b>Examen de l'enfant aux différents âges.</b> (Gaston Lapierre) . . . . . | 1609 |
| <b>Examen prénuptial.</b> (Richard Lessard) . . . . .                      | 1612 |
| <b>Examen de l'adulte.</b> (Sylvio Leblond) . . . . .                      | 1621 |
| <b>Examen médical du vieillard.</b> (Jules Prévost) . . . . .              | 1628 |

## F

|  |      |
|--|------|
| <b>Fibrillation ventriculaire au cours de la maladie des coronaires. Traitement préventif de la.</b> (Mercier Fauteux) . . . . . | 368  |
| <b>Fistule urétéro-vaginale. A propos de.</b> (Paul Bourgeois et Raymond Simard) . . . . .                                       | 1645 |
| <b>Foie. Contribution à l'exploration du. Biopsie par aspiration.</b> (Jean LeSage) . . . . .                                    | 258  |
| <b>Foie. Le rôle homogénique du f. dans les syndromes digestifs.</b> (Jean LeSage et Arthur Arcand) . . . . .                    | 1446 |
| <b>Foie dans les syndromes purpuriques. Le rôle du.</b> (Jean LeSage et Arthur Arcand) . . . . .                                 | 521  |
| <b>Folique. Un nouveau médicament. L'acide.</b> (Roger-R. Dufresne) . . . . .  | 582  |
| <b>France. Vers la F. ou vers les Etats-Unis.</b> (Roma Amyot) . . . . .   | 1125 |

## G

|   |      |
|---|------|
| <b>Gastro-duodéno-pancréatectomie. Un cas de.</b> (E. Samson) . . . . .                                     | 1152 |
| <b>Gastro-entérologie. Nouveautés en.</b> (Antonio Cantero) . . . . .                                       | 37   |
| <b>Goitre. Les indications du traitement médical, chirurgical et radiologique du.</b> (Réal Doré) . . . . . | 1161 |
| <b>Goitre toxique et thiouracil.</b> (Réal Doré et J.-P. Bousquet) . . . . .                                | 542  |
| <b>Granulie pharyngo-laryngée. La.</b> (G.-Léo Côté) . . . . .  | 683  |
| <b>Grippales. L'acuité visuelle au cours des infections.</b> (Emile Blain) . . . . .                        | 710  |
| <b>Grippe. Traitement de la.</b> (Léopold Morissette) . . . . .   | 711  |
| <b>Guillotine. Considérations physiologiques sur le supplice de la.</b> (Arthur Arcand) . . . . .           | 69   |

## H

|  |      |
|--|------|
| <b>Hémogénique. Le rôle h. du foie dans les syndromes digestifs.</b> (Jean LeSage et Arthur Arcand) . . . . .                                      | 1446 |
| <b>Histaminiques (anti). Les substances.</b> (Roger-R. Dufresne) . . . . .   | 59   |
| <b>Hôpitaux de Montréal et de Québec fondés avant ou vers 1872. Les.</b> (Pierre Smith) . . . . .  | 1326 |
| <b>Hormone cardiaque dans les affections cardiovasculaires en pratique générale". A propos des "Essais cliniques d'une.</b> (Paul David) . . . . . | 835  |

**Hygiène alimentaire. Technique de l'enseignement de l'.** (Jules Gilbert) . . . . . 1083

**Hygiène au cours des 3 premières années dans les écoles élémentaires de la province de Québec. Programme de l'enseignement de l'.** 1087

**Hygiène dans les écoles élémentaires. L'enseignement de l'.** (Roma Amyot) . . . . . 1007

**Hygiène et la médecine contemporaine. La propagande d'.** (Adrien Plouffe) . . . . . 1197

**Hypotension posturale. L'.** (Robert Wallis) . . . . . 246

**I**

**Impétigo bulleux du nouveau-né. Méthode préventive de l'.** (Henri Smith) . . . . . 465

**Institution qui s'en va. Une.** (Gustave Lacasse) 1347

**Insuline. L'.** (Armand Gratton) . . . . . 1504

**J**

**Jumeaux nés dans la province de Québec. Survie et croissance des enfants.** (J.-Ernest Sylvestre) . . . . . 960

**K**

**Kyste de la glande de Skene.** (Jean-Paul Legault) . . . . . 777

**L**

**Larynx? Peut-on parler sans.** (Valmore Latraverse) . . . . . 448

**Lettre de France** (André Plichet) 77, 190, 458, 832

**Lettre de France** (André Plichet) . . . . . 77, 190, 458, 832, 1681

**Lipome du corps calleux. Contribution à l'étude du.** (Roma Amyot) . . . . . 1391

**Lithiase biliaire. La.** (Albert LeSage) . . . . . 937

**Livre de médecine français pendant l'occupation allemande et pendant l'année 1945. Le.** (P. L.) . . . . . 186, 310, 455

**Livres reçus:**

Biochimie médicale (Exposés annuels de).  
Publiés sous la direction de Michel Polonovski, cinquième série par MM. H. Bénard, A. Boivin, P. Boulanger, J. Cheymol, M. Jayle, M. Machebœuf, M. Polonovski et A. Gajdos, J. Gajdos, J. Roche et Y. Derrien, Ch. Sannié, J. Tréfouël . . . . . 860

Chirurgie de la main. Marc Iselin) . . . . . 860

Embryologie chimique. (Jean Brachet) . . . . . 860

Endocrinologie de la gestation. (Robert Courrier) . . . . . 860

Entorses du cou-de-pied. (Léger et Oligier) 860

Gymnastique corr. et de gymn. orthopédique. (J. Lesur) . . . . . 860

Hypoglycémies spontanées. Le traitement chirurgical de l'hyperinsulinisme. (P. Mallet-Guy et P. Mallet) . . . . . 860

L'acrodynie infantile. (Maurice Péhu et Jean Boucomont) . . . . . 860

La pénicilline et ses applications thérapeutiques. (G. Levaditi) . . . . . 860

Les bronches. Structures et mécanismes à l'état normal et pathologique. (A. Pollicard et P. Galy) . . . . . 860

Les gonococcies sulfamido-résistantes. (Claude Huriez, R. Dumont, G. Patoir et J. Leborgne) . . . . . 860

Les mastoïdites. (Georges Portmann, Jean Despons, Max Berger) . . . . . 860

Les sulfamidés en oto-rhino-laryngologie. (J. Terracol) . . . . . 860

L'hypertonie de décérébration chez l'homme. (Pierre Mollaret et Ivan Bertrand) . . . . . 860

L'urographie intraveineuse. (B. Fey et P. Truchot) . . . . . 860

Paralyse infantile. (M. Boppe) . . . . . 860

Physiologie pathologique et traitement chirurgical des maladies artérielles de la vaso-motricité. (P. LeRiche) . . . . . 860

Précis de virologie médicale. (C. Levaditi) 860

Quelques vérités premières sur la transfusion sanguine. (A. Tzanck et M. Bessis) . . . . . 860

Oto-neurologie. (M. Aubry) . . . . . 860

Traitement chirurgical de l'arthrite sèche de la hanche. (L. Tavernier et Ch. Godinot) . . . . . 860

Voies et centres nerveux. (J. Delmas et A. Delmas) . . . . . 860

**Lobotomie préfrontale. La.** (Fernand Charrest) 1563

**Lupus tuberculeux. Le traitement des l. t. et des tuberculoses cutanées par la vitamine D: technique personnelle.** (J. Charpy) . . . . . 553

**M**

**Macrochéilie.** (Roméo Boucher) . . . . . 461

**Main. Les traumatismes de la.** (Lionel Groleau) 1176

**Malaria en Haïti. La.** (Victor Noël) . . . . . 29

**Médecine et chirurgie pratiques:**

L'acuité visuelle au cours des infections grippales. (Emile Blain) . . . . . 710

Le traitement chirurgical des côlites graves. (Gérard St-Onge) . . . . . 466

Méthode préventive de l'impétigo bulleux du nouveau-né. (Henri Smith) . . . . . 465

Pénicilline huileuse dans le traitement de la blennorragie féminine. (Lucien Sylvestre) 837

Traitement de la grippe. (Léopold Morissette) 711

**Médecins entre eux. Les rapports des.** (Pierre Smith) . . . . . 177



**Pédiatrie. Nouveautés en.** (Norbert Vézina) 45

**Pénicilline dans la caisse. Traitement de l'otite rebelle du nourrisson par des injections de.** (Norbert Vézina) . . . . . 1557

**Pénicilline. Convulsions provoquées par des injections intraspinales de.** (Norbert Vézina) 538

**Pénicilline dans la syphilis. La.** (Albéric Marin et Adrien Lambert) . . . . . 300

**Pénicilline dans les infections pleuro-pulmonaires et bronchiques. La.** (Paul Letendre) 282

**Pénicilline dans le traitement de la syphilis. La** (Jules Archambault) . . . . . 1654

**Pénicilline dans les maladies contagieuses. La.** (J.-H. Charbonneau) . . . . . 288

**Pénicilline en chirurgie. De l'emploi de la.** (Gérard St-Onge) . . . . . 295

**Pénicilline en émulsion dans un excipient huileux. Sur l'emploi de la.** (Lucien Sylvestre) 57

**Pénicilline et streptomycine "Aérosol".** (Roger-R. Dufresne) . . . . . 816

**Pénicilline huileuse dans le traitement de la blennorrhagie féminine.** (Lucien Sylvestre) . 837

**Pénicilline. Le traitement des méningites aiguës par la.** (Roma Amyot) . . . . . 291

**Pentothal dans l'appendicectomie. Le.** (Georges-H. Courchesne) . . . . . 894

**Pentothal en obstétrique. Analgésie par le.** (Jacques Gagnon) . . . . . 160

**Pentothal intraveineux avec pitocin. Accouchements sous anesthésie au.** (Marcel-A. Boudreau) . . . . . 903

**Pénicilline sera-t-elle dépassée? La.** (Maurice Panisset et Armand Frappier) . . . . . 272

**Pentothal par voie rectale. L'anesthésie au.** (Adrien Paquet) . . . . . 907

**Photofluorographie. Quelques aspects de la.** (Hervé Beaudoin) . . . . . 1051

**Pied plat statique de l'adulte. Le.** (Raymond Larichellière) . . . . . 698

**Pleurésies purulentes tuberculeuses et lavages pleuraux.** (J.-Philippe Paquette) . . . . . 1412

**Pneumoconiose sous son aspect industriel. Le problème de la.** (F.-J. Tourangeau) . . . . 1201

**Pratique médicale. Au tournant de la.** (Eugène Thibault) . . . . . 559

**Poliomyélite. Traitement précoce de la p. antérieure aiguë au moyen de l'iodo-benzo-méthyl formine salicylée.** (J.-H. Charbonneau) 663

**Préanesthésique. Préparation p. des patients.** (Léon Longtin) . . . . . 889

**Prégnandiol. Indications et résultats des dosages de corps œstrogènes de gonadotrophines et de p. en gynécologie.** (Henri Simonnet et Claude Bécclère) . . . . . 516

**P**

**Prénatal. Examen.** (Donatien Marion) . . . 1372

**Prostate. Calculs de la.** (Louis-Ivan Vallée) . 920

**Protection infantile au Canada. Agence de.** (Ernest Couture) . . . . . 1078

**Purpuriques. Le rôle du foie dans les syndromes.** (Jean LeSage et Arthur Arcand) . . 521

**Pyorrhée alvéolaire devant la profession médicale. Le problème du traitement de la.** (Jules Thébaud) . . . . . 1055, 1191

**Pyurie et radiographie.** (A.-G. Laroche) . . 686

**R**

**Radiothérapie. Bases de la.** (Origène Dufresne) 414

**Radiothérapie de la douleur. La.** (Hervé Lacharité) . . . . . 422

**Radiothérapie dans les maladies du vieillard. La.** (Paul Brodeur) . . . . . 440

**Radiothérapie en oto-rhino-laryngologie. La.** (Philippe Bélisle) . . . . . 430

**Réticulo-histiocytaire. De la difficulté du diagnostic dans les réactions pathologiques du système.** (Germain Pinsonneault) . . . . 1476

**Réticulo-sarcome primitif du rein.** (Paul Bourgeois) . . . . . 1427

**Rétinoblastome. Un cas de.** (P.-E. Julien) . . 1159

**Revue des livres:**

Mme Geo. BOUDRIAS. — Hygiène familiale et sociale. (Albert LeSage) . . . . . 604

Ce que la France a apporté à la médecine depuis le XXe siècle (Albert LeSage) . . 1221

M. CHIRAY, H. MOLLARD et H. MASCHAS. — Syndromes digestifs et pathologie neuro-hormonale. (La thérapeutique hormonale des maladies digestives.) (Jean LeSage) . . . . . 86

Franz M. GROEDEL. — The Venous pulse and its Graphic Recording. (Félix Tétu) 1109

Georges HEBERT. — Initiation à la médecine. (Raymond Larichellière) . . . . 1221

Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. (Roma Amyot) . . . . . 478

Pierre MOLLARET et Ivan BERTRAND. — L'hypertonie de décérébration chez l'homme. (Roma Amyot) . . . . . 858

Wilson J. SMILLIE. — Preventive medicine and Public Health. (Antoine Valois) . 1698

G. W. WILSON. — Radium Therapy. Its physical aspects. (Origène Dufresne) . 478

**Rh. Rôle du facteur Rh dans l'érythroblastose du nouveau-né.** (Albert Bertrand) . . . 1384

**Rhumatisme chronique? Que valent les agents physiques dans le traitement du.** (Origène Dufresne) . . . . . 1060

**Rhumatismaux. Classification des syndromes.**  
 (René Dandurand) . . . . . 1517

**Rhumatisme. Maladie de cœur.** (Adélar  
 Tétreault) . . . . . 1183

**Röntgenthérapie des lésions inflammatoires de  
 l'œil.** (Albert Jutras et François Badeaux) . . . . . 433

**Röntgenthérapie au contact dans les lésions  
 cutané-muqueuses. La.** (G. Pinsonneault) . . . . . 428

**S**

**Sang. Les dérivés du.** (Arthur Gagnon) . . . . . 398

**Sang. Quelques données physiologiques sur les  
 constituants du.** (Roger Beaulieu) . . . . . 392

**Sang. Splénectomie et maladies du.** (Roland  
 Dussault) . . . . . 1523

**Santé à Montréal. Les problèmes de.** (Adélar  
 Groulx) . . . . . 306

**Santé. L'initiative privée appliquée aux œuvres  
 de.** (Roma Amyot) . . . . . 243

**Santé nationale recommandé par "The Ame-  
 rican Medical Association". Programme**  
 (Roma Amyot) . . . . . 365

**Santé qu'on mérite. On a la.** (Jules Gilbert)  
 704

**Scarlatine à Montréal. Etude épidémiologique  
 de la.** (G. Charest) . . . . . 562

**Sédimentation globulaire, élément de diagnostic  
 différentiel. La.** (Wilfrid Leblond) . . . . . 549

**Sociétés et Congrès:**

Assemblée scientifique du bureau médical  
 de l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec):  
 Séance du 25 janvier 1946 . . . . . 736

Assemblée scientifique du bureau médical  
 l'hôpital Sainte-Justine:  
 Séance du 15 décembre 1945 . . . . . 739

Notes extraites du rapport général annuel  
 de l'Institut Bruchési, 1945 . . . . . 727

Réunions scientifiques du bureau médical de  
 l'hôpital Notre-Dame:  
 Séance du 15 mars 1945 . . . . . 594  
 Séance du 4 avril 1946 . . . . . 932

Société de Biologie:  
 Séance du 29 janvier 1946 . . . . . 347  
 Séance du 7 mars 1946 . . . . . 741

Société de Chirurgie de Montréal:  
 Séance du 21 novembre 1945 . . . . . 100  
 Séance du 15 janvier 1946 . . . . . 342  
 Séance du 6 février 1946 . . . . . 734  
 Séance du 6 mars 1946 . . . . . 735  
 Séance du 3 avril 1946 . . . . . 856

Société de Phtisiologie de Montréal:  
 Séance spéciale du 25 octobre 1945 . . . . . 101  
 Séance du 6 mars 1946 . . . . . 736

Société Médicale de Montréal:  
 Rapport du secrétaire général pour  
 l'année 1945 . . . . . 214

Séance du 29 janvier 1946 . . . . . 341

Séance du 22 mars 1946 . . . . . 729

Séance du 3 février 1946 . . . . . 729

Séance du 19 février 1946 . . . . . 851

Séance du 3 mars 1946 . . . . . 852

Séance du 19 mars 1946 . . . . . 854

Société Médicale des Hôpitaux Universitaires  
 de Québec:  
 Séance du 5 octobre 1945 . . . . . 99  
 Séance du 19 octobre 1945 . . . . . 100  
 Séance du 16 novembre 1945 . . . . . 218  
 Séance du 30 novembre 1945 . . . . . 219  
 Séance du 12 décembre 1945 . . . . . 221  
 Séance du 21 décembre 1945 . . . . . 345  
 Séance du 1er février 1946 . . . . . 731  
 Séance du 15 février 1946 . . . . . 732  
 Séance du 1er mars 1946 . . . . . 733  
 Séance du 7 avril 1946 . . . . . 993  
 Séance du 15 mars 1946 . . . . . 1219  
 Séance du 5 avril 1946 . . . . . 1219

Société d'Orthopédie de Montréal:  
 Séance du 15 décembre 1945 . . . . . 222

**Société Médicale de Montréal. La.** (Paul Le-  
 tondal) . . . . . 67

**Somnifène et le Demerol dans l'anesthésie obs-  
 tétricale. Le.** (Donatien Marion) . . . . . 154

**Splénectomie et maladies du sang.** (Roland  
 Dussault) . . . . . 1523

**Staphylo-septicémie puerpérale.** (Jacques Ga-  
 gnon) . . . . . 930

**Stérilité.** (F.-X. Demers) . . . . . 1462

**Streptomycine "Aérosol". Pénicilline et.** (Ro-  
 ger-R. Dufresne) . . . . . 816

**Sulfamidés. Etat actuel de la chimiothérapie par  
 les.** (Maxwell Finland et Henri-J. Tagnon) . . . . . 129

**Symptôme à la maladie. Du. — Importance du  
 diagnostic.** (Albert LeSage) . . . . . 445

**T**

**Tératome malin du médiastin.** (Roger La-  
 chance) . . . . . 689

**Thiamine. Inconvénients et dangers du chlorure  
 de.** (Léopold Morissette) . . . . . 714

**Thiouracil. Goitre toxique et.** (Réal Doré et  
 J.-P. Bousquet) . . . . . 542

**Thiouracil. Le.** (Roger-R. Dufresne) . . . . . 463

**Thyroïdectomie sous anesthésie générale.** (Mar-  
 cel Plamondon) . . . . . 1513

**Tridione. L'administration du t. doit être sur-  
 veillée.** (Roma Amyot) . . . . . 1194

**Transfusion dans les anémies. La.** (Roland  
 Dussault) . . . . . 410

**Transfusions dans les syndromes hémorragiques.  
 Les.** (Léopold Morissette) . . . . . 407

|   |      |
|---|------|
| <b>Transfusions de sang citraté. Les.</b> (Jacques Bruneau) . . . . .   | 405  |
| <b>Transfusions. Réactions dues aux.</b> (Albert Bertrand) . . . . .  | 394  |
| <b>Transfusion du sang. Le choc traumatique chez les blessés de guerre: son traitement par la.</b> (Eustace Morin) . . . . .                      | 400  |
| <b>Tuberculeuses. Les fistules t. infectées secondairement et leur traitement.</b> (Vincent Laperrière) . . . . .                                 | 779  |
| <b>Tuberculeuses. Pleurésies purulentes t. et lavages pleuraux.</b> (J.-Philippe Paquette) . . . . .  | 1412 |
| <b>Tuberculeuses. La culture du bacille de Koch dans les affections.</b> (Maurice Saint-Martin) . . . . .   | 544  |
| <b>Tuberculeux dans le crachat. La numération des bacilles.</b> (Louis Paré) . . . . .  | 1041 |
| <b>Tuberculeux. Lupus t. Le traitement des l. t. et des tuberculoses cutanées par la vitamine D. Technique personnelle.</b> (J. Charpy) . . . . . | 553  |
| <b>Tuberculose. En marge de la nouvelle législation provinciale contre la.</b> (J.-A. Vidal) . . . . .  | 1359 |
| <b>Tuberculoses. Le traitement des lupus tuberculeux et des t. cutanées par la vitamine D: technique personnelle.</b> (J. Charpy) . . . . .       | 553  |
| <b>Tuberculose miliaire chez certains cardiaques. Aspect radiologique de.</b> (Georges Grégoire) . . . . .  | 678  |
| <b>Tuberculose pulmonaire. Interventions chirurgicales et.</b> (LaSalle Laberge et Raymond Boisvert) . . . . .                                    | 1157 |
| <b>Tuberculose pulmonaire et paralysie du phrénique.</b> (Yvon Laurier) . . . . .   | 788  |
| <b>Tuberculose pulmonaire. Nouveautés en.</b> (J.-A. Vidal) . . . . .   | 266  |

**U**

|   |      |
|---|------|
| <b>Ulcère gastrique et duodéal. Traitement hygiénique et thérapeutique de l'.</b> (Jean LeSage) . . . . . | 1139 |
|---|------|

|  |      |
|--|------|
| <b>Ulcère gastro-duodéal. La chirurgie physiologique de l'.</b> (Pierre Smith) . . . . .                         | 1674 |
| <b>Ulcère gastro-duodéal. Conduite à tenir dans les hémorragies de l'.</b> (Paul-A. Poliquin) . . . . .          | 1024 |
| <b>Ulcère gastro-duodéal. La vagotomie dans le traitement de l'.</b> (Pierre Smith) . . . . .                    | 701  |
| <b>Ulcère gastro-duodéal. Les indications opératoires dans l'.</b> (Charles Lefrançois) . . . . .                | 1145 |
| <b>Union Médicale du Canada" en 1877. "L".</b> 84, 203, 328, 468, 584, 716, 838, 977, 1099, 1205, 1686.          |      |
| <b>Union Médicale du Canada. 75e anniversaire de la fondation de l'.</b> (Albert LeSage) . . . . .               | 1265 |
| <b>Union Médicale du Canada. Quand nos pères lisaient l'.</b> (Jean Saucier) . . . . .                           | 1341 |
| <b>Université de Montréal. Diététique et nutrition à la Faculté de Médecine de l'.</b> . . . . .                 | 451  |
| <b>Université de Montréal. Les cours postsecondaires à l'.</b> (Edouard Desjardins) . . . . .                    | 556  |
| <b>Université Laval depuis sa fondation jusqu'à 1875. La Faculté de Médecine de l'.</b> (Pierre Jobin) . . . . . | 1305 |

**V**

|  |      |
|--|------|
| <b>Vagotomie dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal. La.</b> (Pierre Smith) . . . . .   | 701  |
| <b>Valedictory address.</b> (Léon Gérin-Lajoie) . . . . .  | 1677 |
| <b>Vessie. Tumeurs de la v. et leurs traitements.</b> (Roland Cauchon) . . . . .   | 1500 |
| <b>Vitallium. Ostéosynthèses par plaques de.</b> (Jean Tremblay) . . . . .   | 762  |
| <b>Vomissements incoercibles guéri en une séance de narcose et considérations sur la psychothérapie à l'hôpital général. Un cas de</b> (Lomer Cayer et Victorin Voyer) . . . . . | 1647 |

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES

| A   |      |
|---|------|
| Absès froids tuberculeux de la plèvre. Le traitement médical curatif des . . . . .  | 1690 |
| Algies lombo-sacrées. A propos du "sacrum basculé" ou du "sacrum horizontal", cause souvent méconnue d' . . . . .   | 847  |
| Anémie aplastique mortelle par usage du Tri-dione et d'un hydantoin . . . . .   | 1216 |
| Anémie sur le système cardio-vasculaire. L'influence de l' . . . . .  | 721  |
| Angine de Vincent par le sulfathiazole. Traitement de l' . . . . .  | 849  |
| Angiographie cérébrale. Le diagnostic des lésions vasculaires. L' . . . . .   | 591  |
| Anthallan en dermatologie. L'emploi de l' . . . . .   | 1696 |
| Anurie. Etude sur le traitement de l' . . . . .   | 210  |
| Anus temporaire angulo-colique droit dans la chirurgie colo-rectale. L' . . . . .   | 1212 |
| Aorte et sa base anatomique. L'image radiologique de la coarctation de l' . . . . .   | 845  |
| Artério-sclérose pour les artères coronaires. Prédilection de l' . . . . .  | 1102 |
| Artérite crânienne: évaluation du syndrome d'artérite temporale et présentation d'un cas . . . . .  | 588  |
| Arthrite rhumatoïde. L'épanchement péricardique dans l' . . . . .   | 1211 |
| Arthrite rhumatoïde. Usage et abus de l'aurothérapie dans l' . . . . .  | 89   |
| Arthrodèse de la hanche par fixation interne . . . . .  | 473  |
| Aurothérapie dans l'arthrite rhumatoïde. Usage et abus de l' . . . . .  | 89   |
| Aviaire. La tuberculose pulmonaire humaine causée par le bacille tuberculeux . . . . .  | 844  |
| B   |      |
| Benadryl. Le chlorure d'éther B-diméthylaminoéthyl benzhydryl (b.) dans le traitement de l'urticaire . . . . .  | 339  |
| Benadryl, facteur contributif d'un accident . . . . .   | 1694 |
| Benzoate de benzyl et dermatites dues à la laine . . . . .  | 848  |
| Bernheim. Le syndrome de . . . . .  | 332  |
| Bourdonnements d'oreille, surdité et vertiges . . . . .   | 1217 |
| C   |      |
| Calcification extensive du cœur chez une jeune adulte. . . . .  | 1692 |
| Canal artériel. La persistance du c. a. associée à l'endocardite bactérienne subaiguë. Diagnostic et indications de l'intervention chirurgicale . . . . .   | 1001 |
| Canal artériel. Les signes auscultatoires dans la persistance du. . . . .   | 1693 |
| Canal artériel. Traitement chirurgical actuel de la persistance du . . . . .  | 206  |
| Cancer du rectum. Traitement du c. du r. par l'amputation abdomino-périnéale en un temps avec conservation sphinctérienne . . . . .   | 1104 |
| Cancer de la prostate. La phosphatase acide du sang dans le . . . . .   | 588  |
| Cancer intra-abdominal avancé. Résections radicales du . . . . .  | 333  |
| Carbasone dans le traitement du pemphigus. Le Choc colloïdoclasique à la suite d'une injection de chlorure d'oxophénarsine (Mapharsen) . . . . .  | 477  |
| Cholédocho-lithiasiques. Un nouvel emploi de la solution G. Conduite à tenir dans les suites opératoires des . . . . .  | 208  |
| Collapsothérapie. Tuberculose bronchique et Coronarienne. Le traitement de la maladie c. avec angine, par la neurectomie péricoronarienne associée à la ligature de la grande veine cardiaque . . . . . | 720  |
| Cor pulmonale . . . . .   | 472  |
| Cuir chevelu de l'homme adulte. Effet des substances endocrines sur le . . . . .  | 340  |
| Curare à la période aiguë de la poliomyélite. Le . . . . .  | 211  |
| D   |      |
| Devic. Revue clinique et rapport d'une observation. Maladie de . . . . .  | 93   |
| Diaphragmatite aiguë primitive. Syndrome d'Hedblom. La . . . . .  | 1690 |
| Diurèse dans la défaillance cardiaque . . . . .   | 471  |
| E   |      |
| Emphysème médiastinal spontané . . . . .  | 1689 |
| Endocardite bactérienne subaiguë. Diagnostic et indications de l'intervention chirurgicale. La persistance du canal artériel associée à l' . . . . .  | 1101 |
| Endocardite infectieuse subaiguë avec la pénicilline: rapport de cas traités sans l'aide des anticoagulants. Traitement de l' . . . . .   | 90   |
| Enrouement. La signification de l' . . . . .  | 97   |
| Entorse tibio-tarsienne. Acquisitions récentes et précisions sur l' . . . . .   | 979  |

Epidermolyse bulleuse. . . . . 593  
 Epileptique. Est-il prudent de permettre à un é. de conduire une automobile? . . . . . 723  
 Epithélioma primitif de l'uretère . . . . . 209  
 Erythroblastose fœtale chez le premier-né . . . 725

**F**

Fibrillation auriculaire survenant au cours de l'infarctus du myocarde. Traitement de la . . 721  
 Fibrillation ventriculaire et syndrome de Morgagni-Adams-Stokes . . . . . 1211

**G**

Gangrène cutanée aiguë, idiopathique, circonscrite . . . . . 1695  
 Gastriques. Nomenclature de certaines opérations . . . . . 1213  
 Gastro-intestinale. Intolérance g.-i. pour les graisses et les sucres . . . . . 843  
 Glosso-pharyngien. Un symptôme radiologique de la paralysie du . . . . . 337  
 Graisses. Intolérance gastro-intestinale pour les g. et les sucres. . . . . 843

**H**

Hématomes spontanés non traumatiques. Le traitement chirurgical des . . . . . 590  
 Hémolytique. La maladie h. du nouveau-né . . 336  
 Hodgkin: diagnostic clinique. Maladie de . . . 718  
 Hodgkin: traitement et pronostic. Maladie de . 718  
 Hyperalbuminose rachidienne régressive des liquides clairs chez les débilés. L' . . . . . 476  
 Hypertension et le cœur. L' . . . . . 89  
 Hypertensive. Le traitement chirurgical de la maladie cardiovasculaire h. chez l'homme . . 205

**I**

Ichtyose. Traitement de l' . . . . . 339  
 Infarctus du grand épiploon . . . . . 1212

**K**

Kératose blennorragique . . . . . 1694

**L**

Lésions vasculaires. L'angiographie cérébrale. Le diagnostic des . . . . . 591  
 Lever postopératoire précoce . . . . . 845  
 Lever précoce en chirurgie gynécologique majeure. Le . . . . . 1105  
 Lithiase urinaire parmi les troupes américaines dans une région désertique. Quelques observations concernant la . . . . . 335

Lupus érythémateux. Le chlorure d'oxophénarsine dans le traitement du . . . . . 981

**M**

(Mapharsen). Choc colloïdoclasique à la suite d'une injection de chlorure d'oxophénarsine . 477  
 Médecine. Un quart de recherche en . . . . . 1208  
 Myélographie avec pantopaque. Technique de la . 475

**N**

Neurologie. Progrès en . . . . . 94

**O**

Ostéomyélite chronique consécutive aux fractures ouvertes. L'emploi de lambeaux musculaires pédiculisés dans le traitement chirurgical de l' . . . . . 1213  
 Otite moyenne aiguë et la mastoïdite. Usage de la pénicilline dans l' . . . . . 338  
 Otites moyennes. Etude comparative des résultats obtenus en thérapeutique avant et après l'introduction des sulfamidés. Résumé et conclusions. Les . . . . . 981  
 Ovaire. Tumeur masculinisante de l' . . . . . 1212

**P**

Pénicilline dans le traitement de l'abcès putride du poumon. La . . . . . 1210  
 Pénicilline dans l'otite moyenne aiguë et la mastoïdite. Usage de la . . . . . 338  
 Pénicilline mêlée à du lipiodol. Instillation intrabronchique de . . . . . 96  
 Pénicilline. Le traitement des infections mixtes par la p., et l'action adjuvante du parachlorophénol . . . . . 586  
 Pénicilline. Traitement de l'endocardite infectieuse subaiguë avec la p.: rapport de cas traités sans l'aide des anticoagulants . . . 90  
 Pénicilline. Neuro-syphilitiques traités par la. Réactions d'Herxheimer probables. . . . . 1693  
 Pénicilline. Le traitement des dermatoses pustuleuses graves et de la septicémie staphylococcique par administration orale de . . . . 1695  
 Pénicilline. Erysipéloïdes: traitement heureux avec la. . . . . 1696  
 Périnée. Les lacérations du p. et leur traitement . 980  
 Perméabilité tubaire. Un procédé simple pour vérifier la . . . . . 848  
 Phéochromocytomes. Essai d'un test pour diagnostiquer les . . . . . 205  
 Pneumarthrogrammes du genou: moyen de diagnostic des lésions du genou . . . . . 92  
 Pneumonie lipoïdique chez l'adulte . . . . . 719

Pneumonie primitive atypique d'étiologie inconnue. Les manifestations cliniques et radiologiques de la . . . . . 719  
 Poliomyélite. Le curare à la période aiguë de la . . . . . 211  
 Priodax. L'évacuation de la vésicule biliaire normale après coloration par le . . . . . 1218  
 Pyélo-cystostomie d'un rein unique et ectopique . . . . . 333  
 Pyrosis durant la grossesse. Etiologie et traitement du . . . . . 1215

**Q**

Quinidine. Utilité et abus de la . . . . . 206

**R**

Récurrentielle. Paralyse bilatérale . . . . . 724  
 Reiter: deux cas. La maladie de . . . . . 1210  
 Résection transthoracique pour lésions de la portion inférieure de l'œsophage et cardia dans l'estomac . . . . . 1103

**S**

Sacrum basculé. A propos du s. b. ou du "sacrum horizontal", cause souvent méconnue d'algies lombo-sacrées . . . . . 847  
 Sinusites frontales chroniques. Traitement chirurgical des . . . . . 592  
 Spondylite rhumatoïde. Une étude de 100 cas . . . . . 472  
 Sténose pulmonaire sans lésion du septum interventriculaire . . . . . 332  
 Streptomycine dans le traitement de l'endocardite bactérienne subaiguë. La . . . . . 1692  
 Sucres. Intolérance gastro-intestinale pour les graisses et les . . . . . 843  
 Sulfamidés. Les otites moyennes. Etude comparative des résultats obtenus en thérapeutique avant et après l'introduction des s. Résumé et conclusions . . . . . 981  
 Sulfathiazole. Eruption bulleuse fixe due au Sulfathiazole. Etude de la valeur du s. employé localement dans les plaies opératoires pour prévenir l'infection . . . . . 589  
 Symphyse pleurale provoquée artificiellement par l'injection de sang dans la plèvre . . . . . 1690  
 Syphilis récente. Arsénothérapie intensive de la . . . . . 212

**T**

Thiouracil. . . . . 90  
 Thorax. Le diagnostic précoce des maladies du . . . . . 720  
 Thyroïdectomie. Gêne vocale et respiratoire consécutive à la . . . . . 97

Thyroïdite aiguë avec le thiouracil. Traitement de la. . . . . 1691  
 Transfusion sanguine intracardiaque . . . . . 470  
 Transplantation d'os iliaque. Observations préliminaires sur la . . . . . 333  
 Tridione. Action du t. dans le traitement des crises psychomotrices . . . . . 474  
 Tridione. Anémie aplastique et agranulocytose après emploi du . . . . . 1216  
 Tridione. Anémie aplastique mortelle par usage du t. et d'un hydantoin . . . . . 1216  
 Tuberculeuses. Les lésions t. minimales des poumons. Leur signification clinique . . . . . 1210  
 Tuberculeux. Le bacille t. dans les appareils à métabolisme . . . . . 979  
 Tuberculose bronchique et collapsothérapie . . . . . 844  
 Tuberculose bronchique et collapsothérapie . . . . . 589  
 Tuberculose chez les enfants. Aspects cliniques et prophylaxie de la . . . . . 211  
 Tuberculose pulmonaire humaine causée par le bacille tuberculeux aviaire. La . . . . . 844  
 Tuberculose pulmonaire. La cure de silence et d'immobilité dans la . . . . . 1691

**U**

Ulcère de la petite courbure. Les déformations pseudo-néoplasiques de l'antra dans l' . . . . . 332  
 Ulcère gastro-duodéal. Brucellose et . . . . . 1104  
 Ulcères gastro-duodéaux. Traitement de la douleur dans les . . . . . 843  
 Ulcères gastro-duodéaux traités par la splanchnicectomie et l'ablation du premier ganglion lombaire. A propos de 25 ans d' . . . . . 1105  
 Ulcère gastro-duodéal expérimental par le cinchophen. L'influence de certaines vitamines et hormones comme prévention de l' . . . . . 1104  
 Urticair. Le chlorure d'éther B-diméthyl-aminoéthyl benzhydryl (benadryl) dans le traitement de l' . . . . . 339

**V**

Vaccination antituberculeuse par voie aérogène. Durée respective de l'allergie et de l'immunité. . . . . 206  
 Vagotomie. L'effet de la v. et la gastrectomie partielle sur l'acidité gastrique. Résultat de la stimulation de la phase psychique en présence de l'acide chlorhydrique deci-normal dans l'estomac . . . . . 1103  
 Vagotomie pour ulcère gastro-duodéal . . . . . 209  
 Vessie neurogène. La résection transurétrale du col vésical dans la . . . . . 850  
 Vitallium. L'emploi des tubes de v. dans les rétrécissements et l'absence du cholédoque . . . . . 91  
 Vitamine K administrée durant le travail sur la mortalité infantile. L'effet de la . . . . . 355

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

### A

|  |  |
|--|--|
| ALLARD, Eugène . . . . .   | 211  |
| AMYOT, Roma, 125, 243, 291, 303, 365, 478,<br>608, 633, 654, 743, 759, 843, 858, 1007,<br>1073, 1125, 1194, 1216, 1247, 1391, 1602,<br>1693, 1694. |  |
| ARCAND, Arthur . . . . .   | 69, 521, 578, 1446                                 |
| ARCHAMBAULT, Jules . . . . .   | 62, 1654   |
| ARCHAMBAULT, Paul-René . . . . .   | 206, 588, 589,<br>720, 844, 979, 1210, 1690, 1691. |

### B

|                                  |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| BADEAUX, François . . . . .      | 433               |
| BEAUDOIN, Hervé . . . . .        | 1051              |
| BEAUDRY, Maurice . . . . .       | 848, 1696         |
| BEAULIEU, Roger . . . . .        | 392               |
| BEAUREGARD, Jean-Marie . . . . . | 1045              |
| BECLERE, Claude . . . . .        | 516               |
| BELISLE, Maurice . . . . .       | 1208              |
| BELISLE, Philippe . . . . .      | 430               |
| BERTRAND, Albert . . . . .       | 394, 725, 1384    |
| BISSON, Christophe . . . . .     | 52                |
| BLAIN, Emile . . . . .           | 710               |
| BLANCHARD, G.-A. . . . .         | 592, 981          |
| BOISVERT, Raymond . . . . .      | 1157              |
| BOMBARDIER, J.-P. . . . .        | 1650              |
| BONNIER, Maurice . . . . .       | 916               |
| BOUCHER, Roméo . . . . .         | 80, 193, 323, 461 |
| BOUDREAU, Marcel-A. . . . .      | 903               |
| BOURGEOIS, Paul . . . . .        | 1427, 1645        |
| BOUSQUET, Jean-Paul . . . . .    | 542               |
| BRODEUR, Paul . . . . .          | 440               |
| BRUN, José F. . . . .            | 1128              |
| BRUNEAU, Jacques . . . . .       | 405               |

### C

|  |                      |
|--|----------------------|
| CANTERO, Antonio . . . . .                                 | 37, 1103, 1104, 1469 |
| CAUCHON, Roland . . . . .                                  | 210, 850, 1500       |
| CAYER, Lomer . . . . .                                     | 1647                 |
| CHAMPEAU, Jean . . . . .                                   | 150                  |
| CHARBONNEAU, J.-H. . . . .                                 | 288, 663             |
| CHAREST, F. 93, 94, 474, 475, 590, 591, 723,<br>769, 1563. |                      |
| CHAREST, G. . . . .  | 562                  |
| CHARPY, J. . . . .   | 553                  |
| CHICOINE, Paul . . . . .                                   | 804                  |
| CLERMONT, Moïse . . . . .                                  | 144, 881             |
| COTE, G.-Léo . . . . .                                     | 683                  |
| COURCHESNE, Georges-H. . . . .                             | 894                  |

|                              |            |
|------------------------------|------------|
| COUSINEAU, Georges . . . . . | 912        |
| COUTURE, Ernest . . . . .    | 1078, 1607 |

### D

|  |                      |
|--|----------------------|
| DANDURAND, René . . . . .  | 1517                 |
| DAVID, Paul 89, 90, 205, 206, 332, 471, 472,<br>588, 718, 719, 835, 1102, 1210, 1211, 1689,<br>1692, 1693. |                      |
| DEMERS, F.-X. . . . .  | 785, 848, 1462       |
| DESJARDINS, Edouard 123, 556, 879, 955, 1333,<br>1599.   |                      |
| DORE, Réal . . . . .   | 542, 724, 1161, 1691 |
| DUBERGER, R.-L. . . . .  | 798                  |
| DUFRESNE, Origène . . . . .  | 414, 478, 1068       |
| DUFRESNE, Roger-R. 59, 195, 326, 463, 582, 714,<br>816, 1093, 1195, 1314, 1684.                            |                      |
| DUMAS, Paul . . . . .  | 386, 971             |
| DUSSAULT, Roland . . . . .   | 420, 1523            |

### F

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| FAUTEUX, Mercier . . . . .         | 368 |
| FINLAND, Maxwell . . . . .         | 129 |
| FORTIER, de la Broquerie . . . . . | 336 |
| FRAPPIER Armand . . . . .          | 272 |
| FREGAULT, Guy . . . . .            | 309 |

### G

|                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| GAGNON, Arthur . . . . .     | 398             |
| GAGNON, Jacques . . . . .    | 160, 930, 1215  |
| GARIEPY, J.-U. . . . .       | 820             |
| GARIEPY, L.-Henri . . . . .  | 943             |
| GAUTHIER, Fernand . . . . .  | 1105            |
| GAUTHIER, P. . . . .         | 158             |
| GELINAS, Henri . . . . .     | 1407            |
| GERIN-LAJOIE, Léon . . . . . | 608, 1380, 1677 |
| GILBERT, Jules . . . . .     | 704, 1083       |
| GRATTON, Armand . . . . .    | 1188, 1504      |
| GREGOIRE, Fernand . . . . .  | 1661            |
| GREGOIRE, Georges . . . . .  | 678             |
| GROLEAU, Lionel . . . . .    | 695, 1176       |
| GROULX, Adélarde . . . . .   | 306             |

### H

|                   |    |
|-------------------|----|
| HOUOT, A. . . . . | 24 |
|-------------------|----|

### J

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| JOBIN, Pierre . . . . .  | 1305      |
| JULIEN, P.-E. . . . .    | 1159      |
| JUTRAS, Albert . . . . . | 433, 1352 |

**L**

LABERGE, Lasalle . . . . . 1157  
 LACASSE, Gustave . . . . . 1347  
 LACHANCE, Roger . . . . . 689  
 LACHARITE, Hervé . . . . . 422, 1068  
 LALIBERTE, Henri . . . . . 1168  
 LAMBERT, Adrien . . . . . 300  
 LAPERRIERE, Vincent . . . . . 586, 779, 1213  
 LAPIERRE, Gaston . . . . . 1609  
 LARICHELLIERE, Raymond . . . . . 698 1221  
 LAROCHE, A.-G. . . . . 686  
 LATRAVERSE, V. . 96, 97, 337, 448, 1217, 1537  
 LAURIER, Yvon . . . . . 788  
 LAUZER, Rosaire . . . . . 209, 333, 335  
 LEBLOND, Sylvio . . . . . 1621  
 LEBLOND, Wilfrid . . . . . 549  
 LEFRANÇOIS, Charles . . . . . 530, 1145  
 LEGAULT, Jean-Paul . . . . . 777  
 LEGER, Jean-Louis . . . . . 1218  
 LEPINE, Edgar . . . . . 472, 979, 1107  
 LeSAGE, Albert 3, 197, 442, 445, 511, 604, 813, 937, 1221, 1265.  
 LeSAGE, Jean . . . . . 86, 258, 521, 1139, 1446  
 L'ESPERANCE, A. . . . . 1039  
 LESSARD, Richard . . . . . 1612  
 LETENDRE, Paul . . . . . 282  
 LETONDAL, Paul . . . . . 67  
 LONGPRE, Daniel . . . . . 211, 924  
 LONGTIN, Léon . . . . . 166, 889  
 P. L. . . . . 186, 319, 455, 742

**M**

MARANDA, E. . . . . 97, 338, 849  
 MARIN, Albéric . . . . . 300, 1365  
 MARION, Donatien . . . . . 154, 1372  
 MARION, Pierre . . 720, 721, 845, 1101, 1211  
 MORIN, Eustace . . . . . 400  
 MORISSETTE, Léopold . . . . . 407, 711

**N**

NOEL, Victor . . . . . 29

**P**

PANISSET, Maurice . . . . . 272  
 PAQUET, Adrien . . . . . 907  
 PAQUETTE, J.-Philippe . . . . . 1412, 1690  
 PARE, Louis . . . . . 1041  
 PESANT, Laurent . . . . . 91, 208, 473  
 PETTIGREW, Ant. . . . . 90, 589, 845, 1438  
 PICHETTE, Henri . . . . . 647  
 PINSONNEAULT, G. . . . . 428, 1476

PLAMONDON, Marcel . . . . . 1513  
 PLICHET, André . . . . . 77, 190, 458, 832, 1681  
 PLOUFFE, Adrien . . . . . 1197  
 POLIQUIN, Paul-A. . . . . 671, 1024  
 POULIOT, Ant. . . . . 92, 333, 847  
 PREVOST, Jules . . . . . 508, 1628

**R**

RIOPELLE, Joseph-Luc . . . . . 1486  
 RIOUX, Armand . . . . . 202  
 ROCHETTE, Roméo . . . . . 896  
 ROY, Louis-Philippe . . . . . 1551

**S**

SAINT-MARTIN, Maurice . . . . . 544  
 SAMSON, J.-Ed. . . . . 1009, 1152  
 SANCHE, Hector . . . . . 141  
 SAUCIER, Jean . . . . . 1341  
 SELYE, Hans . . . . . 169  
 SIMARD, Raymond . . . . . 1645  
 SIMONNET, Henri . . . . . 10, 516  
 SIROIS, Jean . . . . . 470  
 SMITH, Henri 212, 339, 340, 465, 476, 477, 592, 593, 981, 1694, 1695, 1696.  
 SMITH, Pierre 177, 209, 269, 332, 333, 701, 1104, 1105, 1212, 1213, 1326, 1674.  
 ST-ONGE, Gérard . . . . . 295, 466  
 SYLVESTRE, J.-Ernest . . . . . 960  
 SYLVESTRE, Lucien . . . . . 57, 837, 1045

**T**

TAGNON, Henri-J. . . . . 129  
 TETREAULT, Adélarde . . . . . 1183  
 TETU, Félix . . . . . 206, 1109  
 THEBAUD, Jules . . . . . 1055, 1191  
 THIBAUT, Eugène . . . . . 559  
 TOURANGEAU, F.-J. . . . . 1201  
 TREMBLAY, Jean . . . . . 762  
 TURCOTTE, M. . . . . 721, 1168

**V**

VACHON, Malcolm . . . . . 843  
 VALLEE, Louis-Ivan . . . . . 920  
 VALOIS, Antoine . . . . . 1698  
 VEZINA, Norbert . . . 45, 335, 476, 538, 1557  
 VIDAL, J.-A. . . . . 266, 1359  
 VOYER, Victorin . . . . . 1647

**W**

WALLIS, Robert . . . . . 246

## IN MEMORIAM

---

### EUGÈNE SAINT-JACQUES

(1872-1946)

Eloigné depuis quelques années de la clientèle et de l'enseignement, Eugène Saint-Jacques est décédé le 19 septembre 1946, après une longue et pénible maladie. Il suit de près

ni complète d'emblée. C'est dire que la doctrine pastorienne n'atteignit Montréal qu'en fin de siècle et qu'ici, non plus, elle ne s'imposa pas sans heurts.



ses amis et contemporains: Damien Masson et E.-P. Benoit.

L'an 1900 est une date qui marque: début d'un siècle, mais aussi commencement chez nous d'une ère nouvelle. Pasteur mit des années à s'affirmer en France; la révolution qu'il déclencha en médecine ne fut ni soudaine,

La lutte universitaire à peine terminée, ce fut de nouveau le combat. Si la paix est féconde, les controverses aiguisent l'esprit et trempent les caractères. Nos belles figures médicales procèdent de cette époque troublée; elles portent toutes des angles aigus et des traits fermes. Oscar-Félix Mercier, Amédée

Marien, J.-Edmond Dubé, E.-A. de Cotret, Salluste Duval méritèrent à plusieurs titres la notoriété qui s'est attachée à leurs noms; ils possédaient une personnalité dominante.

Eugène Saint-Jacques s'imposa différemment. Il n'eut pas à subir, ni à porter les coups de la période héroïque; ses aînés avaient mis hors de combat les adversaires de la méthode aseptique. Son caractère aidant, il n'eut donc pas à déployer la fougue de ses collègues, ni à manifester le même dynamisme.

\* \* \*

Quand il revint d'Europe, imbu de la science française et conscient des possibilités de la technique chirurgicale allemande, il ne fut pas tout de suite admis dans la petite famille des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu. Non rebuté par cet accueil plutôt froid, il décida de faire de l'internat et de mettre à l'épreuve les connaissances acquises à l'étranger.

La période de probation terminée, il devint membre du service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu en 1900, poste qu'il ne quitta qu'en 1927, pour devenir chirurgien de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, où il ne cessa par la suite de travailler jusqu'en ces quelques dernières années.

Le professeur Saint-Jacques était un bon chirurgien et son service, durant mes années d'internat à l'Hôtel-Dieu, était fort recherché, non pas parce qu'il était un maître brillant par l'éclat de ses interventions, non pas qu'il fût supérieur à ses collègues du temps, Marien, Rhéaume ou St-Pierre, mais parce qu'il avait certaines qualités qui plaisaient aux jeunes de l'époque. Il était un homme d'ordre, ponctuel et méthodique. Ordonné, il l'était dans tout ce qu'il entreprenait. Il avait un sens de l'organisation parfait; ses fiches étaient toujours à date, ses références impeccables. Les histoires de cas de ses malades ne parvenaient jamais au Bureau des Archives sans qu'il ne les eût relues et signées, après les avoir complétées de sa main le plus souvent en style télégraphique.

A la salle d'opération, il était ponctuel; inscrit pour telle heure, il n'était jamais en

retard et gare à celui de ses assistants qui se serait permis de le faire attendre! Son humeur ne se manifestait pas par de grands éclats de voix, par des jurons qui se précipitent à l'allure d'un feu d'artifice, mais par de petites remarques acides et cinglantes qui portaient.

Saint-Jacques était méthodique lors de ses opérations. Scrupuleux à l'extrême, il exigeait une asepsie rigoureuse et, de ce fait, paraissait sans doute méticuleux aux esprits superficiels. Les techniques qu'il employait étaient bien réglées et d'une immuabilité relative, puisque la tactique opératoire doit sans cesse se modifier suivant les obstacles rencontrés.

Saint-Jacques avait des habitudes qui, elles, souffraient peu de variantes: la fermeture de la paroi abdominale, par exemple, tenait du rite: péritoine au catgut simple, aponévrose au catgut chromé et huit de chiffre au crin de Florence, puis suture intra-dermique au crin avec, à chaque bout, un petit bourdonnet.

Les observations de ses malades faisaient fréquemment l'objet de communications aux congrès et de publications dans les journaux médicaux. Max Thorek jugea que certains de ces travaux valaient d'être notés et cités dans son traité: *Modern Surgical Technic*.

Saint-Jacques ne fut pas qu'un membre éminent de la chirurgie canadienne, il fut aussi un excellent professeur. Son enseignement bénéficia des mêmes qualités qui lui avaient valu le succès en clientèle. Ses cliniques étaient toujours préparées et ses leçons à l'amphithéâtre s'accompagnaient fréquemment de transparents et de dessins au tableau. Son rôle d'enseignant ne se borna pas toujours à l'étude de l'aspect chirurgical des maladies. Fils d'un médecin qui posséda une pharmacie, frère d'un pharmacien, il sentait bien souvent les appels de cet atavisme. Et, avant d'insister sur les indications opératoires, il ne résistait pas au désir de faire de la thérapeutique médicale. Les élèves devaient alors rédiger une prescription magistrale et ceux qui voulaient honorer le patron en l'imitant ajoutaient in-

variablement à titre correctif de la *teinture de cardamome*.

Cet attrait de la médication par les drogues fut tel qu'il permit au docteur Saint-Jacques de lancer une nouvelle méthode thérapeutique colloïdoclassique par le carbone intraveineux, méthode qui obtint les honneurs de la littérature médicale universelle, si les résultats n'en furent pas aussi répandus, méthode que les sulfamidés et la pénicilline ont fait oublier.

Le professeur Saint-Jacques était de taille plutôt petite et n'avait pas une voix très puissante. Il parlait sans beaucoup varier ses accents, sur le même ton et d'un timbre chantonnant. Il ne s'échauffait jamais beaucoup en discussion et paraissait garder un excellent contrôle de ses réactions intimes, même devant les contradicteurs les plus ardents.

Il laissa l'enseignement chirurgical dès son départ de l'Hôtel-Dieu, bien qu'il put continuer à faire partie du Conseil de la Faculté jusqu'à ce qu'il fut atteint par la limite d'âge, mais à un nouveau titre, celui de professeur d'histoire de la médecine.

Non content d'être coté au rang des chirurgiens les meilleurs, insatisfait de son magistère clinique, Saint-Jacques chercha à devenir historien. Admirateur des Grecs et des Latins, il consacra tous ses loisirs à l'étude de leurs faits et gestes. Il lut, annota, traduisit, compila Hippocrate, Galien, Celse, Ambroise Paré et tous les modernes. Documenté à fond, son enseignement parut d'un bel intérêt; les cours qu'il prépara à l'intention de ses élèves donnèrent même lieu à la publication d'un volume plein de mérites, qu'il intitula: *Histoire de la Médecine*.

Le docteur Saint-Jacques, homme mesuré et d'une grande pondération, avait une faiblesse: la passion des voyages. Le goût des voyages et ce sens spécial qu'il possédait de la nécessité des contacts fréquents entre collègues de la même spécialité et de pays différents, l'entraînèrent à participer à de nombreux congrès internationaux. Il n'aimait rien tant, au retour, que de présenter de solides comptes rendus ou

même d'en faire le sujet de conférences publiques. Il avait de bons amis à l'étranger et je l'accompagnai en 1925 à Berne, où il était l'invité du professeur de Quervain. Cette visite me fit connaître les beautés de l'Oberland Bernois et elle me révéla mon compagnon sous un autre jour. Sur le sommet de Bürgenstock, à une hôtellerie de repos, je passai de longues heures à l'écouter. Il avait, cette fois, mis de côté son masque habituel et, sans réserve, il laissa parler son cœur. Espoirs de jeunesse, conquête des honneurs, atteinte du succès, déboires, incompréhensions, luttés, victoires et défaites, tout lui fut rappel de souvenirs et de commentaires sur les événements de sa vie. Je consignai ces faits vécus et me promis d'en tirer grand profit. Cette causerie me révéla la profondeur d'une âme sincère, éprise de l'idéal professionnel et foncièrement humaine; elle me fit comprendre la vanité des jugements portés sur les actes des autres et la nécessité d'étendre à tous l'indulgence la plus entière. N'aurais-je eu de Saint-Jacques que ce seul enseignement, que je lui en devrais une grande reconnaissance!

Fidèle à la coutume de chez nous et contrairement à ce qui se passe en d'autres pays, il n'a pas fait école. L'œuvre, chez nous, ne se transmet pas; le chef parti, nul ne se presse pour recueillir et continuer. Sauf de rares exceptions, nous ne connaissons ni patron, ni disciple; l'aîné forme un cadet qui, dès les premières années, deviendra un concurrent, sinon un rival.

Le docteur Saint-Jacques n'a pas limité ses activités au seul exercice professionnel. Il a fait partie de tous nos groupements scientifiques: Société de Chirurgie, A.M.L.F.A.N., R.C.S. La Société Médicale de Montréal s'honore de le compter au nombre de ses anciens présidents et *L'Union Médicale du Canada* a trouvé en lui un collaborateur assidu et un directeur dévoué.

A la famille éplorée, *L'Union Médicale du Canada* offre ses plus profondes sympathies.

Edouard DESJARDINS.

## BULLETIN

---

### UNE ANNÉE APRÈS L'AUTRE

L'éternité des choses en elle-même ou en Dieu doit encore étonner notre petite durée. L'immobilité fixe et constante de la nature, comparaison au changement continuel qui se passe en nous, doit faire le même effet.

(PASCAL.)

Le temps et la notion du temps inquiètent les esprits. Les hommes superficiels trouvent que le temps s'écoule trop rapidement ou qu'il est vraiment trop long, selon qu'ils s'affairent, qu'ils se désœuvrent ou qu'ils souffrent. A vrai dire, la trépidation dans le divertissement et l'affairement n'est le plus souvent qu'un moyen plus ou moins conscient de se fuir soi-même, d'éviter l'occasion de penser à l'éphémère et à l'instantanéité de la vie humaine, de sa vie.

Car le temps est un produit de notre conception. La notion du temps relève à la fois de notre faculté mnésique, de nos souvenirs et de notre usure.

La durée d'un être, sa rapidité d'usure, fait varier la notion du temps. On peut convenir que plus l'usure est lente à se produire, et que la durée est prolongée, moins la notion du temps s'impose à l'esprit, plus le temps paraît passer lentement. On en arrive ainsi aisément à comprendre l'absence absolue de l'élément temps pour l'Éternel.

Notre temps est mesuré très arbitrairement par la rotation de notre planète autour du soleil; ainsi sont marqués les points de repère que sont les saisons et les jours. Comme ce phénomène planétaire possède une régularité constante, l'homme marque sa durée par un phénomène rythmique de la terre qui le porte.

Chaque année, des souhaits sont échangés. Au départ pour une nouvelle période de douze mois, on reçoit des vœux de bon voyage. En Québec, on souhaite même l'arrivage à bon port: le paradis à la fin de nos jours.

Toute cette tradition des vœux de Noël et du Nouvel An est vénérable et ne devrait pas être souillée de tout le bruit et de l'éclat factice des fêtes impersonnelles dans les cinémas, les boîtes de nuit, les clubs et les hôtels.

Les joies du foyer, de la famille, le chant et le carillon des églises, la sollicitude dans les gestes et la gaieté dans les yeux, sont les manifestations qui créent les plus profondes impressions dans l'esprit des enfants et des adultes et laissent les plus délicieux souvenirs.

Voici la dernière livraison de notre Journal pour 1946; elle suit notre numéro du soixante-quinzième anniversaire. Nous souhaitons la pérennité de *L'Union Médicale*; le bonheur et la santé à nos collaborateurs et à nos directeurs. Les mêmes vœux s'adressent à nos fidèles annonceurs.

A nos hôpitaux, à nos Facultés, à nos chercheurs, à nos médecins, nous souhaitons le plus entier succès au bénéfice de la santé, et contre la maladie sous toutes ses formes.

Cependant, ami, « sois prêt à recevoir la douleur, le plaisir, la réussite, sans en mourir » (Mauriac).

ROMA AMYOT.

---

# L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE<sup>1</sup>

## L'EXAMEN MÉDICAL PRÉNATAL

**Ernest COUTURE.**

Directeur du service d'Hygiène maternelle et infantile,  
Ministère des Pensions et de la Santé Nationale (Ottawa).

Malgré les temps troublés que nous traversons, il est intéressant de noter que la situation maternelle, bien loin de se détériorer, s'améliore au contraire d'une façon inespérée au Canada. En effet, le taux de mortalité maternelle baisse rapidement, d'année en année, depuis 1939, comme l'indiquent les chiffres suivants:

|  |     |
|--|-----|
| En 1939, le taux de la mortalité maternelle par 1,000 naissances vivantes était de | 4.2 |
| En 1940, il était de . . . . .   | 4   |
| En 1941, de . . . . .  | 3.5 |
| En 1942, de . . . . .  | 3   |
| En 1943, de . . . . .  | 2.8 |
| En 1944, de . . . . .  | 2.7 |
| Il est de 2.3 pour 1945.   |     |

(Rapport préliminaire).

La diminution dans le taux des mortalités depuis 1939 a été de 40%, comparativement à 16% seulement durant un nombre égal d'années d'avant-guerre.

En termes plus objectifs, le progrès accompli signifie qu'en 1944, nous avons perdu 775 mères, au lieu de 1,192 que nous aurions perdues, si le taux de 1939 (4.2) avait prévalu en 1944. Les avantages tirés de cette diminution importante des risques que représente la maternité pour la femme, sont des plus significatifs, étant donné que le taux de la natalité a augmenté considérablement au cours de ces mêmes années; ainsi, en 1944, on a enregistré environ 54,500 naissances de plus qu'en 1939.

Pour ce qui est de la situation infantile, nos progrès ne sont peut-être pas aussi impressionnants, mais si l'on tient compte des conditions

défavorables entourant l'enfance (comme l'encombrement des logements, la vie de famille incertaine, etc.), nous avons raison de croire en des résultats plus satisfaisants encore, lorsque ces temps anormaux seront passés.

En 1939, le taux de la mortalité infantile a été de 61 par 1,000 naissances vivantes. En 1944, il était de 54. Cela signifie qu'en 1944, un nombre additionnel de 1,813 enfants ont atteint leur premier anniversaire.

Mon intention en traitant de ces considérations avant d'entrer dans le vif de mon sujet — « l'examen médical prénatal » — est de démontrer le risque infime que la grossesse comporte réellement pour la vie de la mère; ensuite, elles servent à illustrer, à mon avis, les avantages que nous avons tirés d'une extension manifeste de l'application des soins prénatals et, en outre, elles me fournissent l'occasion de porter à votre attention les résultats encourageants de vos efforts en faveur des mères et des enfants, et particulièrement en ce qui a trait à la pratique de l'obstétrique.

Vos accomplissements dans ce domaine au cours de toutes ces années sont réellement brillants, surtout si l'on fait entrer en ligne de compte la désorganisation dans les services médicaux et les soins additionnels occasionnés par le plus grand nombre de naissances qui surviennent chaque année.

Antérieurement à l'année 1939, les hygiénistes, la profession médicale et les travailleurs sociaux se sont grandement préoccupés du taux élevé de la mortalité maternelle au Canada. Plusieurs enquêtes ont été faites afin de trouver une solution à ce problème. Ces enquêtes ont invariablement mis en lumière le fait qu'une forte proportion des mortalités

1. Série de communications au XVIIIe Congrès de l'A.M.L.F.C., Québec, juin 1946.

maternelles étaient évitables, comme nous en avons d'ailleurs la preuve aujourd'hui.

En outre, toutes ces enquêtes ont démontré que les résultats obtenus en matière d'hygiène maternelle étaient en fonction directe de la nature et de l'étendue des soins prénatals existants. Par conséquent, on s'est efforcé de renseigner les mères sur le besoin et la valeur des soins prénatals. Un grand nombre de publications ont été distribuées; des causeries ont été prononcées à la radio et ailleurs; des cliniques maternelles ont été multipliées. Après plusieurs années de travail ardu, les résultats obtenus étaient bien loin du but visé, et afin de se renseigner sur la situation, à la suggestion des hygiénistes provinciaux, une enquête fut faite au Manitoba au cours des années 1938 à 1940, où toutes les grossesses de cette province furent rapportées. Chaque cas fut étudié en fonction du rang social, de la nationalité, du nombre de grossesses antérieures, des soins prénatals, etc. Nous avons en main les détails de quelque 22,000 cas.

L'une des importantes constatations de cette enquête, c'est que 25% seulement des mères bénéficiaient de soins prénatals jugés absolument nécessaires, et je ne doute pas que, si une pareille enquête avait été faite dans une autre province, on aurait découvert à ce temps-là une situation à peu près semblable.

Nous ne possédons pas naturellement de données exactes sur l'étendue des soins prénatals généralement existants aujourd'hui; cependant, nous avons lieu de croire que la surveillance médicale prénatale a joué un rôle prépondérant dans le progrès réalisé au cours de ces dernières années. En faveur de cette opinion, il y a par exemple le fait qu'en 1944, 5% seulement des mères n'ont pas joui de la présence du médecin à leur accouchement, tandis qu'en 1939, la proportion était de 8.2.

En 1944, 47.8% de toutes les naissances vivantes se produisirent dans les villes (tandis qu'en 1939, cette proportion était de 55.8%), où de manière générale les soins plus attentifs sont plus commodes d'accès.

En combinaison avec ces facteurs, nous avons noté, au cours de ces années, un réveil

marqué de l'intérêt au sujet de l'hygiène maternelle, si l'on peut en juger par la demande sans cesse croissante de documentation qui parvient à notre Division.

Ainsi, depuis 1940, nous avons distribué, sur demande, plus de 600,000 exemplaires de notre publication: *La Mère canadienne et son Enfant*. A ce sujet, je dois dire que nous sommes heureux de constater que bon nombre de médecins encouragent les mères à se procurer cette documentation, parce que, disent-ils, elle constitue un supplément utile à leurs initiatives de soins prénatals, et qu'un public bien informé leur assure une meilleure collaboration.

De plus, lorsque nous étudions attentivement nos données statistiques, il est notable de remarquer que c'est au sujet de la toxémie qu'on a réalisé les plus forts gains. Ce fait est réellement significatif, étant donné que la toxémie est précisément ce qui reçoit une attention particulière de la part du médecin durant la grossesse. Ainsi, la diminution du taux des mortalités dues à la septicémie entre 1939 et 1944 a été de 30%; pour l'hémorragie, elle a été de 20%; tandis que pour la toxémie, le taux a été réduit de 50%.

Des soins prénatals suffisants sont essentiels pour obtenir les meilleurs résultats en obstétrique, et en ce qu'il conviendrait d'appeler: la pédiatrie obstétricale; ils vous permettent de mieux évaluer les possibilités de votre patiente au point de vue de ses antécédents héréditaires et personnels, et d'éviter les complications en conseillant à la mère un régime alimentaire bien équilibré et une discipline appropriée à son état.

Dans le passé, nous avons trop pris pour acquis que l'hygiène alimentaire était bonne, du moment que la mère jouissait d'un train de vie raisonnable. Des enquêtes nous ont cependant démontré de façon flagrante qu'il n'en est pas ainsi.

En effet, d'après une étude spéciale faite en 1944 par la Division fédérale de l'hygiène alimentaire au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, couvrant plusieurs milliers de personnes à travers le Canada, nous

ne saurions trop insister sur l'importance d'un régime alimentaire bien équilibré.

*Lait.* Nous avons constaté par exemple que 39% ne buvaient pas de lait du tout, que 26% des personnes questionnées buvaient moins d'un demiard à une chopine de lait par jour, 64% ne mangeaient pas de fromage.

*Fruits.* 34% ne mangeaient aucun fruit.  
48%, pas d'agrumes.  
64%, pas de fruits à part des agrumes.

*Légumes.* 11%, pas de légumes.  
5%, pas de pommes de terre.  
32%, pas de céréales au déjeuner.  
11%, pas de pain du tout.  
2%, pas de pain ou de céréales.  
6%, pas de viande.

Les faits révélés au sujet des carences alimentaires du grand public me justifient, je crois, d'insister sur le fait que l'hygiène alimentaire au cours de la grossesse est un problème qui mérite la plus sérieuse attention de la part de ceux qui s'occupent d'obstétrique.

En effet, nombre d'enquêtes ont révélé que toutes les carences dans le régime alimentaire exercent l'influence la plus adverse sur le cours de la grossesse et sur la santé de la mère et de l'enfant. Cependant, j'ai lieu de croire que l'alimentation n'est pas d'une manière générale suffisamment surveillée. Notre négligence de cet aspect de l'hygiène maternelle découle probablement du fait que nos connaissances des besoins de la femme enceinte étaient par le passé trop limitées et que les techniciens n'étaient pas tous d'accord à ce propos.

A cause de sa complexité, ce sujet a donné lieu à maintes controverses, et par la suite, nos idées n'étaient pas suffisamment fixées en ce qui concernait les grandes lignes. Toutefois, le travail très actif des cliniciens et des techniciens de laboratoire fait qu'aujourd'hui nous possédons des données pratiques qui, par une application complète, devraient contribuer grandement au bien-être des mères et de leur progéniture.

De fait, nous avons eu récemment, au Canada, une démonstration très frappante de la valeur d'un régime alimentaire, basé sur les principes en cours.

Il s'agit d'une enquête effectuée à Toronto par les docteurs Tisdale, Ebb et Scott, sur deux groupes de femmes enceintes qui fréquentaient les cliniques prénatales et dont le régime alimentaire paraissait insuffisant. 90 d'entre elles reçurent comme supplément du lait, des œufs, du fromage, des oranges, des tomates en conserve, du germe de blé et des capsules de vitamine D, tandis que l'autre groupe de 120 femmes enceintes servit de contrôle.

L'état général physique et mental des femmes enceintes était bien meilleur dans le groupe au régime alimentaire fortifié. La formule sanguine fut améliorée et l'état général de santé des bébés beaucoup plus satisfaisant. On a même constaté que la maladie a été moins fréquente dans les premiers six mois de la vie des bébés, lorsque la mère avait reçu un supplément à son régime alimentaire. Nous ne saurions donc trop insister sur l'importance d'un régime spécial durant la grossesse.

Ainsi, il est reconnu aujourd'hui que les mères ont une tendance à l'anémie si on ne surveille pas suffisamment l'alimentation pendant les premiers mois de la grossesse, et que si le niveau de l'hémoglobine tombe au-dessous de 70%, il est impossible de le remonter sans prescrire du fer. Incidemment, le maintien du niveau d'hémoglobine est un des meilleurs moyens de prévenir la toxémie de la grossesse.

Aussi, un régime riche en protéines est particulièrement recommandé, tout d'abord pour fournir les substances nécessaires au développement des organes du bassin et du fœtus, et, contrairement à nos anciennes prétentions, les protéines protègent la mère contre la toxémie plutôt que d'en être la cause.

Voici, en résumé, les modifications que le Conseil américain des Recherches recommande sur les besoins additionnels de la femme enceinte:

Les protéines doivent être augmentées de 60 à 85 grammes.

Le calcium doit être augmenté de 0.8 à 1.5 gramme.

Le fer doit être augmenté de 12 à 15 milligrammes.

La vitamine A augmentée de 5,000 à 6,000 unités.

La thiamine (vitamine B) doit être augmentée de 1.5 à 1.8 milligramme.

La riboflavine (vitamine G) doit être augmentée de 2.2 à 2.5 milligrammes.

Afin de suppléer à ces besoins additionnels de protéines, la femme enceinte doit inclure les quatre aliments suivants dans son régime de chaque jour:

*Quantité approximative de protéines (en grammes)*

|   |     |
|---|-----|
| 1 pinte de lait (frais, évaporé ou séché) . . . . .                         | 32  |
| 1 portion de viande maigre, poisson, poulet ou fèves soya                   | 21  |
| 1 œuf (ou plus) . . . . .   | 6   |
| 1 portion de fèves (séchées), noix, beurre d'arachides ou fromage . . . . . | 6-8 |

(Nous disposons, pour distribution gratuite, d'une carte offrant des suggestions aux futures mères pour leur régime alimentaire, carte que nous sommes heureux de mettre à la disposition du médecin.)

L'examen prénatal répété présente d'autres avantages tout en vous permettant de vérifier la pression artérielle, l'état des reins et le poids de la patiente. Il offre l'occasion de corriger des troubles d'origine psychosomatique. C'est principalement à ce sujet que l'on recommande si fortement aux maris de prendre contact avec le médecin pendant la grossesse, et qu'il y a lieu de considérer l'état social de la famille intéressée dans le cas où certaines complications auraient pour cause un facteur psychologique.

Avant le cinquième mois de la grossesse, il faudrait ne pas négliger le Bordet-Wassermann ou le Kahn. Les avantages de l'examen du sang avant le cinquième mois sont évidents, puisque l'enfant n'est pas atteint par la syphilis avant cette époque. Il s'agit donc d'un traitement préventif en ce qui concerne le bébé et le traitement de la mère est parfait

efficace pour la protection du bébé.

Il y aurait peut-être lieu aussi de songer au facteur Rh dans le cas des mortalités répétées. Au sujet du facteur Rh, certaines autorités conseillent, lorsqu'il s'agit de donner une transfusion de sang à une petite fille à sa naissance ou même lorsqu'elle est devenue plus grande, si elle possède un Rh négatif, de bien s'assurer que le sang du donneur vient d'un individu dont le Rh est négatif. Autrement, les probabilités que cette jeune fille aura plus tard un bébé vivant sont très affectées ou réduites.

Une observation faite par un médecin australien du nom de Gregg — pendant une épidémie de rubéole en 1941 — mérite d'être citée à cause des suggestions importantes qu'elle implique. Gregg a remarqué qu'au delà de 70% des mères atteintes de rubéole pendant cette épidémie au cours des deux premiers mois de grossesse donnaient naissance à des enfants présentant quelque défaut. La majorité étaient atteintes de cataracte à la naissance; d'autres, de surdité entraînant le mutisme; d'autres encore, d'anomalies cardiaques ou mentales. Des rapports ultérieurs, venant des Etats-Unis, semblent confirmer cette observation.

Nous ne savons pas si le virus en cause est plus virulent que le virus ordinaire, mais nous soupçonnons que ce virus aurait fait son chemin jusqu'aux Etats-Unis.

En tout cas, il est bon de ne pas oublier le risque d'une infection par virus durant la grossesse, puisque les virus semblent avoir une affinité toute particulière pour les tissus embryonnaires. Il serait donc bon de nous tenir en éveil au sujet de cette possibilité et de prévenir, autant qu'il se peut, le contact des futures mères avec les personnes atteintes de maladie causée par un virus.

Bien que nous ayons de bonnes raisons de nous réjouir des perspectives plus brillantes pour nos femmes enceintes du Canada, nous n'avons pas le droit de relâcher notre vigilance au sujet des soins prénatals, car nous n'avons pas encore atteint ce qui est considéré comme minimum irréductible de mortalité mater-

nelle. Ceci est démontré par le fait que notre taux de mortalité maternelle est 14% plus élevé qu'aux Etats-Unis, et qu'en Angleterre et dans le pays de Galles, il est de 18 pour cent inférieur au nôtre. Il y a également le fait que 73 pour cent de nos mortalités maternelles sont dues à la septicémie, à la toxémie et à l'hémorragie, affections pour lesquelles des moyens de prophylaxie ou de cure deviennent de jour en jour plus efficaces.

En outre, notre but en ce qui concerne le soin des mères ne se termine pas après avoir réchappé la mère; nous devons également sauvegarder la vie de la famille en réduisant les causes d'invalidité de la mère. De fait, nous avons aujourd'hui atteint la phase où nous devrions mesurer la valeur des soins prénatals non pas tellement en fonction de la sauvegarde de la vie de la mère, mais aussi en ce qu'ils font pour prévenir la morbidité et particulièrement pour assurer la protection des enfants non encore nés.

Voici, par exemple, un bilan qui indique qu'il reste beaucoup à faire par l'intensifica-

tion de nos efforts en matière de soins prénatals. D'après une estimation des plus sérieuses, il se produit chaque année, au Canada, quelque 30,000 à 40,000 avortements dont le plus grand nombre sont accidentels.

En 1944, nous avons enregistré 6,705 mortinatalités; nous avons perdu 4,437 bébés par suite de la prématurité et de la débilité; nous avons perdu 8,282 bébés durant le premier mois de la vie.

C'est une hécatombe que les soins prénatals *peuvent* et *doivent* réduire.

De ce qui précède, il est manifeste que les hygiénistes ne peuvent faire beaucoup pour améliorer la situation maternelle et infantile au Canada, sans la plus entière collaboration des praticiens. Pour cette raison, je profite de cette occasion pour exprimer ma satisfaction du fait que cette collaboration semble assurée, si j'en juge par la section importante consacrée dans le programme du 18e Congrès à la discussion de sujets ayant trait à l'hygiène publique.

---

## L'EXAMEN DE L'ENFANT AUX DIFFÉRENTS ÂGES

Gaston LAPIERRE,

Professeur de Pédiatrie à l'Université de Montréal.

Nous devons avoir en mémoire que l'enfant représente la période pendant laquelle l'organisme se modifie de façon rapide et importante. Si on sépare l'enfance en plusieurs périodes, c'est que chacune d'entre elles a des particularités qui lui sont propres, et une pathologie qui lui est presque exclusive. L'examen de l'enfant à ses différents âges se comprendra mieux ainsi. Cependant la pathologie de la grande enfance diffère bien peu de la pathologie de l'adulte.

Le jeune sujet, contrairement à l'adulte, ne peut nous fournir une foule de renseignements dont nous avons besoin pour orienter et guider notre examen; nous devons donc compter sur d'autres personnes à cette fin, parents ou gardiens. Les signes objectifs ont dès lors une grande importance, au milieu de choses inutiles et obscures, qui bien souvent nous sont racontées.

La débilité congénitale est souvent liée à une prématurité. Il est donc important de savoir si l'enfant est né à terme, et surtout afin de rattacher ce fait parfois à une infection fœtale: syphilis, tuberculose, pneumonie, streptococcie, etc., ou encore à des intoxications chroniques, telles que la narcomanie, l'alcoolisme, etc., ou bien à la misère, au surmenage ou au grand âge des parents, ou simplement à une cause fortuite, traumatisme, choc nerveux, etc., etc.

Hors les détails que nous venons de mentionner, l'état de la mère pendant la grossesse perd de son importance s'il s'agit d'un enfant qui a dépassé les premiers mois.

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés, une otite, une broncho-pneumonie à streptocoque, ou autres troubles infectieux à la naissance; certaines paralysies périphériques, des hémorragies méningo-encéphaliques amenant une paralysie spasmodique congénitale: voilà autant de faits qui nous incitent à nous enquerir au

sujet de la parturition. Un travail prolongé, une poche des eaux rompue de façon précoce, un vagin infecté, etc., sont autant de causes de troubles sérieux chez le nouveau-né à examiner.

La constatation de la plupart des anomalies à la naissance est relativement facile: bec-de-lièvre, nævi, spina bifida, imperforation anale, etc.

La question de l'alimentation au cours de l'examen du nourrisson est assurément d'une importance majeure. Elle le sera encore par la suite, pour assurer une saine croissance et un bon état de santé.

Il y a une technique à utiliser dans l'alimentation de tout nourrisson. L'allaitement au sein lui-même, si on ne règlemente pas l'hygiène de vie de la nourrice, le nombre de repas du nourrisson, l'intervalle entre les repas, les soins de propreté, le calme, les sorties à l'extérieur, etc., ne donnera pas tout ce que l'on en attend. A plus forte raison, au cours de l'allaitement artificiel, chaque détail revêt une importance très grande: la qualité et la quantité de lait, puis la variété des aliments selon l'âge afin que l'organisme soit en état, sans inconvénients, de dégrader et d'utiliser comme il convient chaque aliment présenté.

Il y a certains éléments d'appréciation qui nous permettent de juger de sa croissance, selon son âge. On sait par exemple que les premières dents, normalement les deux incisives médianes inférieures, apparaissent vers six mois et demi à sept mois, que ses huit incisives sont en place à un an, quatre pré-molaires à dix-huit mois, quatre canines à deux ans, et quatre autres pré-molaires au plus tard à trente mois; que l'enfant doit marcher avant l'âge de quinze mois, et que certaines affections, comme le rachitisme et les troubles chroniques du système nerveux, peuvent être la cause de retard plus ou moins marqué; que

l'enfant commence à prononcer certaines syllabes vers l'âge d'un an, et qu'il parle entre un an et demi et deux ans, etc.

Lorsque nous sommes en présence d'enfants atteints de vomissements périodiques, d'eczéma, d'affections chroniques du système nerveux, d'incontinence d'urine, de convulsions, c'est que les parents sont des neuro-arthritiques le plus souvent, ou encore des alcooliques. Y a-t-il de la tuberculose ou de la syphilis dans la famille? On trouve là fréquemment un élément précieux du diagnostic à faire.

Maintenant, quelles sont les différentes vaccinations immunisations subies par l'enfant depuis sa naissance? B.C.G. contre la tuberculose dès les premiers jours de la vie, anatoxine Ramon après le sixième mois contre la diphtérie, vaccination contre la coqueluche, la scarlatine, la variole.

Quelles sont les maladies qu'il a déjà eues? Les troubles fréquents des bronches attireront l'attention vers une adénopathie trachéo-bronchique, vers une tuberculose possible, ou vers des végétations adénoïdes du pharynx; des troubles digestifs fréquents indiqueront un régime alimentaire défectueux ou une malformation de l'appareil digestif, et ainsi de suite: il est donc important de connaître les maladies antérieures.

Enfin, il faut connaître les troubles actuels pour lesquels on vient consulter s'il s'agit d'un enfant malade. On doit s'appliquer à chercher le siège de la lésion principale, et celui des troubles associés. Il faut toujours déterminer la température de l'enfant dans le rectum: le procédé est plus facile et le résultat y est plus certain qu'à la région axillaire ou à la région inguinale.

L'enfant doit être complètement déshabillé pour son examen. L'inspection est ainsi plus facile et plus complète, et le médecin expérimenté se rendra compte en bien peu de temps d'une foule de détails nécessaires à son examen: état de la nutrition, coloration de la peau, existence ou absence d'œdème, de cicatrices, d'éruptions, conformation du squelette, recherche du rachitisme ou de toute malformation congénitale ou

autre, les orifices: la bouche (présence de muguet, de stomatite, des dents, le nombre et l'état de ces dernières, conformation du palais, l'état des amygdales, etc.); le nez, les oreilles, les yeux, l'ombilic, l'anus; il se rendra compte également de la présence possible de hernies, de l'état des organes génitaux externes: y a-t-il de la vulvo-vaginite chez la petite fille, les testicules sont-ils en place chez le garçon, y a-t-il nécessité d'une circoncision? etc.

Puis, aux différents âges, on procède à l'exploration du cœur, des poumons, du tube digestif, du système nerveux, de la cavité pharyngée. L'examen de cette dernière rencontre presque toujours de l'opposition, et il est sage de le réserver pour la fin, et de toujours le pratiquer, même lorsque notre attention n'y est pas attirée par la famille: nous aurons parfois des surprises, et certaines constatations éclaireront notre diagnostic.

Il est souvent nécessaire, pour compléter l'examen, de procéder à l'analyse du liquide céphalo-rachidien, du sang, de l'urine, des matières fécales, des crachats, de divers liquides pathologiques; ou encore de procéder à une otoscopie, à une rhinoscopie, à une ophtalmoscopie; de faire une épreuve à la tuberculine: Von Pirquet, Mantoux, Wollmer; de soumettre l'enfant à examiner à la radioscopie. Tous ces procédés de recherches sont indispensables, si l'on veut mener à bien l'examen; autrement certains faits sont méconnus ou mal interprétés.

Le médecin d'enfant doit être patient et ferme. Il a à lutter le plus souvent contre l'excessive indulgence des parents à l'égard de leur enfant, malgré leur désir d'obtenir des résultats; il a à lutter fréquemment contre l'indocilité de l'enfant; il a à combattre bien souvent une foule de préjugés ou de théories bizarres; malgré tout cela, il doit utiliser son savoir et son expérience sans se laisser distraire du but à atteindre, car certaines concessions ou certaines faiblesses de sa part feraient obstacle dans bien des cas à la guérison ou à l'amélioration recherchées.

Pour bien comprendre la pathologie de l'enfance, il faut bien connaître l'enfant à l'état de santé, et d'abord les particularités qui s'observent chez les nouveau-nés: ictère physiologique, desquamation physiologique, taches ectasiques fronto-palpébrales, milium facial, milium palatin, poils frontaux, poils sacrés, cordon ombilical, tuméfaction mammaire, crise génitale physiologique, le pouls (120 à 140), la respiration (50 à la minute), température irrégulière, perte de poids de la première semaine, etc., etc.

Chez le nourrisson, le poids, les dents, le crâne (ses sutures, ses fontanelles), l'état des voies digestives, etc., et toutes les particularités qui s'y rapportent doivent être connues.

La croissance se poursuit surtout en longueur, de la fin de la première dentition au début de la puberté; c'est aussi pendant cette période que s'accomplit la plus grande partie de la dentition permanente, dont le début marque la limite entre la moyenne et la grande enfance; c'est aussi l'âge scolaire. Les modifications de l'organisme infantile sont beaucoup moins marquées que dans la période qui précède et que dans celle qui va suivre: la puberté.

Le poids réalise son principal accroissement au moment de la puberté, les poils apparaissent au pubis, aux régions axillaires, et chez le garçon, à la face; la voix mue peu de temps après, les seins se tuméfient parfois chez le garçon, ils sont douloureux; le volume des organes génitaux chez le garçon s'accroît une couple d'années plus tard. Chez la fille, la puberté est plus précoce. L'époque de la puberté chez elle se fixe plus facilement avec l'apparition de la première menstruation.

Il est bon de se rappeler que de nombreuses causes influencent la croissance et peuvent en faire varier les modalités. Et c'est d'abord l'hérédité: haute taille, petite taille, puberté précoce ou tardive, croissance précoce ou tardive.

L'hygiène de vie bien appliquée et la santé générale ont aussi une grande importance: les enfants croissent plus régulièrement, de même que les maladies chroniques ralentissent ou

suspendent même la croissance: c'est l'œuvre par exemple de la syphilis, de la tuberculose, des cardiopathies; on sait également que l'insuffisance thyroïdienne entraîne l'arrêt de croissance et la persistance indéfinie des caractères morphologiques, physiologiques et même psychologiques de l'enfance.

Pendant la convalescence des maladies aiguës, au contraire, on constate souvent une poussée de croissance. Ces troubles semblent liés à des déficiences de fonctionnement des glandes vasculaires sanguines, et spécialement de la thyroïde, de l'hypophyse et des surrénales.

Parfois la croissance précoce est liée à la puberté précoce, et elle semble sous la dépendance d'une activité trop hâtive des glandes génitales. Dans ces cas, la croissance n'est pas rapide seulement en longueur, mais en quelques années ces sujets réalisent une morphologie analogue à celle de l'adulte. La suractivité prématurée des glandes génitales, avec ses conséquences, est sous la dépendance d'altération des glandes endocrines. La puberté prématurée et la croissance précoce sont au nombre des symptômes des lésions hypertrophiques de la portion corticale des glandes surrénales.

S'il ne faut pas mettre sur le compte des douleurs de croissance un rhumatisme qui s'installe sournoisement chez un enfant, il ne faut pas non plus nier l'existence de celles-là, surtout au cours de la période pré-pubère. Elles sont ressenties soit dans les articulations, soit dans la continuité des os; il existe même parfois un léger gonflement de la jointure, voire même un peu d'hydarthrose; il arrive qu'au pied, les douleurs se rattachent à la forme aplatie de la voûte: c'est le pied plat douloureux des adolescents; parfois, c'est au deuxième métatarsien que se localise la douleur.

\* \* \*

Voilà, très très brièvement résumés, les principaux points qui doivent attirer l'attention au cours de l'examen du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent. La fermeté est nécessaire pour lutter contre l'indocilité de l'en-

fant, et contre les préjugés des parents ou de l'entourage. Cette volonté doit être enveloppée de douceur pour l'enfant et de politesse pour les parents. Il faut beaucoup de patience et de bonne humeur bien souvent, mais tout cela ne doit pas conduire à des compromis, qui n'ont pas de place au chapitre de la santé.

Puisqu'il s'agit de médecine préventive surtout au cours de ce congrès, eh bien! l'hygiène de vie du jeune sujet prend ici une importance capitale à partir de la naissance, et même avant, puisque l'état de santé de la mère et son hygiène de vie ont un retentissement marqué sur l'enfant qui va naître. Le régime ali-

mentaire du nourrisson, ses sorties quotidiennes, sa propreté, la prophylaxie des maladies contagieuses par l'immunisation: voilà surtout ce qui importe. Au cours de la moyenne enfance, les activités motrices et psychiques vont se développer. L'hygiène de vie devra tenir compte de ces faits. Au cours de la grande enfance, les maladies qu'on y observe sont à peu de chose près celles qu'on rencontre chez l'adulte. Il y a toutefois une fréquence des cardiopathies, du rhumatisme articulaire et de certaines localisations de la tuberculose (péritonite, os, articulations), et l'examen s'orientera souvent vers ces possibilités.

## L'EXAMEN PRÉNUPTIAL<sup>1</sup>

Richard LESSARD, F.R.C.P. (C),  
Professeur de Thérapeutique à l'Université Laval (Québec).

La question de l'examen prénuptial est de plus en plus à l'ordre du jour. Eugénistes, sociologues, théologiens s'en occupent à des degrés divers et l'envisagent sous des angles différents. Nous avons cru qu'il nous appartenait, devant un congrès de médecins, de traiter en premier lieu le problème du strict point de vue médical et ensuite de faire à son sujet quelques considérations d'un ordre plus général, considérations dictées par le milieu où nous évoluons et que nous croyons y être pertinentes.

L'examen prénuptial est à conseiller, même à conseiller fortement. Malheureusement, comme nous le verrons plus loin, il ne peut à lui seul résoudre tous les problèmes. Il a ses limites, nous ne saurions trop le répéter. Dans nombre de cas, la distinction entre le normal et le pathologique est floue, à peine marquée, et requiert de celui qui doit donner une opinion une prudence que l'on ne peut taxer d'excessive. Ce sont ces cas-limites, qui compliquent sin-

gulièrement la question, dont nous voulons faire l'étude.

### DÉFINITION ET OBJET DE L'EXAMEN PRÉNUPTIAL.

Ce préambule posé, comment pouvons-nous définir l'examen prénuptial?

*C'est celui que les candidats au mariage doivent subir devant le médecin.*

Il a pour but d'établir le bilan actuel de la santé des futurs époux. Il doit fouiller leurs antécédents héréditaires par un interrogatoire soigné pour reconnaître la possibilité de la transmission de certaines tares familiales. Il doit être complet et ne négliger aucun système ni aucun appareil. Il doit être régulièrement aidé des épreuves de laboratoire.

G. Payen lui reconnaît un triple objet: la recherche « du péril de contagion, du péril de stérilité et du péril de dégénérescence ». Nous ne méconnaissons ni l'importance, ni la réalité de ces vues théoriques qui résument de façon parfaite ce que doit être l'examen prénuptial idéal. Mais nous devons avouer qu'au point de vue strictement pratique, il est loin d'être toujours réalisable.

1. Conférence prononcée sous les auspices du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, lors du XVIII<sup>e</sup> Congrès de l'A.M.L.F.C., Québec, juin 1946.

Dans certaines grandes cliniques, en Allemagne entre autres (Jordan), où on a mobilisé plusieurs spécialistes en vue de créer des consultations matrimoniales qui rencontreraient tous les desiderata, on en est rapidement arrivé à un phénomène curieux. Ces bureaux de consultations avaient été organisés « afin de soumettre les candidats au mariage à un examen médical pour constater si leur état de santé ou d'hérédité ne s'opposait point à une union conjugale ». But louable s'il en est un. Mais le problème posé s'est montré d'une complexité extrême et, sous prétexte d'hygiène, on en est arrivé « à propager des méthodes qui impliquent de très graves postulats d'ordre moral, très vivement discutés ». (Jordan).

On voit donc qu'à vouloir trop élargir la question, à vouloir trop bien faire, on s'écarte du but initial et l'on crée des difficultés qui auraient pu être aisément évitables.

Il ne faudrait pas non plus tomber dans un excès contraire et restreindre l'examen pré-nuptial à la seule recherche des maladies vénériennes. Le péril vénérien est sérieux et nous n'avons nullement l'intention d'en taire l'acuité, mais dans un examen de cet ordre, il y a d'autres facteurs qui entrent en ligne de compte, d'autres affections à reconnaître, d'autres écueils à prévenir.

#### DATE DE L'EXAMEN.

Doit-on conseiller l'examen pré-nuptial avant les fiançailles ou plus près du mariage?

Certains auteurs le recommandent avant que les futurs époux soient engagés (on ne risque pas ainsi de bouleverser les projets des fiancés éventuels) tandis que d'autres, dont notre collègue Wilfrid Leblond, pour des motifs également sérieux, semblent plutôt partisans d'une date plus rapprochée du mariage. La Colombie anglaise exige que l'examen médical ait lieu dans les vingt jours antérieurs à la date de la célébration du mariage. La Province de la Saskatchewan étend ce délai à trente jours. Un projet français de Pinard demande qu'il soit daté de la veille de la cérémonie!

Que conclure? *L'examen pré-nuptial doit être pratiqué environ un mois avant la date fixée pour le mariage.*

Il n'existe pas de date idéale. « Médicalement parlant, a dit le professeur Jeanselme, il n'est pas possible d'indiquer à quelle date le certificat devrait être établi. » S'il est trop éloigné de la cérémonie, il risque d'être périmé; s'il est trop rapproché, le délai ne sera pas suffisant dans certains cas pour que les points litigieux, s'il s'en présente, soient élucidés à la satisfaction des deux contractants.

Le moyen terme que nous avons proposé nous paraît être satisfaisant et rencontrer le minimum d'inconvénients. Il faut composer avec des intérêts opposés, et quoi que l'on fasse, on ne pourra jamais parer à tout, ni tout prévoir.

#### CHOIX DU MÉDECIN.

Certains eugénistes parmi lesquels se trouve un de nos confrères canadiens de langue anglaise, le docteur Morris Siegel, déclarent le médecin de famille incompetent pour donner une opinion sérieuse dans un examen médical édicté pour fins eugénistes. Si un pareil état de choses s'avérait fondé, il faudrait toujours recourir soit à des cliniques spécialisées, soit à des instituts subventionnés par les pouvoirs publics ou créés par l'initiative privée. Ce n'est pas là la solution recherchée, ni la solution idéale, au contraire.

*Le médecin de famille, le praticien est celui que nous croyons le plus apte à faire cet examen.* Nous faisons nôtre, en ce qui regarde l'examen pré-nuptial, la phrase qu'écrivait naguère un grand hygiéniste canadien, l'ancien doyen Grant Fleming de l'Université McGill, en parlant de l'examen périodique: « The family physician is the person who should make these examinations. »

La formation qu'il a reçue, l'expérience qu'il a acquise au cours de l'exercice de sa profession, le contact journalier avec les familles font du médecin praticien un conseiller précieux. Aussi ne voyons-nous que des inconvénients à se priver de ses directives éclairées. L'essentiel,

c'est, comme on l'a écrit ailleurs, « que ce médecin soit loyal, honnête, exempt de toute préoccupation qui le détournerait de son devoir ». A l'occasion, il lui sera loisible de faire partager sa responsabilité avec un confrère spécialisé, mais ces cas resteront l'exception. Son sens clinique et son honnêteté naturelle lui servant de guide suffiront dans l'immense majorité des cas à donner les directives qu'attendent de lui les futurs époux.

Et nous disons les futurs époux, car dans la mesure du possible, il est à souhaiter que les deux conjoints soient examinés par le même médecin. Quoi qu'il en soit, le choix du médecin doit rester entièrement libre. C'est une affaire strictement personnelle sur laquelle aucune influence extérieure ne devrait pouvoir agir.

#### TECHNIQUE DE L'EXAMEN PRÉNUPTIAL.

L'examen prénuptial exige beaucoup d'attention et de sagacité. Pour qu'il conserve toute sa valeur et donne tout ce que l'on est en droit d'en attendre, il y a deux points qui se doivent d'être précisés.

« Le principal défaut de l'examen médical périodique tel qu'on le conduit aujourd'hui, écrit Earp, réside dans le fait que le médecin examinateur est beaucoup plus intéressé dans la recherche de signes avancés d'une lésion organique manifeste que dans des troubles fonctionnels discrets qui n'exigent pas un traitement curateur mais de simples mesures de prophylaxie. » Il en sera de même au cours d'un examen prénuptial. Les altérations organiques doivent être diagnostiquées, il va sans le dire, mais les désordres fonctionnels parfois précurseurs de lésions plus sérieuses ne doivent pas non plus être sous-estimés. L'absence de maladies organiques n'équivaut pas nécessairement à un brevet de bonne santé.

Le second point qui mérite de nous retenir un instant, c'est celui de *l'importance de l'interrogatoire*. L'interrogatoire ne saurait être trop fouillé. Il ne faut pas craindre de prendre son temps quand même on aurait parfois l'impression de le perdre. Ce n'est pas un malade qui est devant nous, mais un sujet

théoriquement au moins en bonne santé.

Ces prémisses établies, comment allons-nous procéder?

#### *Interrogatoire.*

Le sujet à examiner doit être interrogé à fond sur ses antécédents héréditaires et familiaux. On doit essayer de reconnaître s'il n'y a pas dans sa famille des tares qui seraient susceptibles de se transmettre à ses descendants. Pour n'en citer que quelques-unes: hémophilie, troubles mentaux, épilepsie, diabète, rhumatisme.

Son passé pathologique personnel sera l'objet d'une investigation complète. Il faut rappeler qu'une maladie est considérée comme sérieuse si elle a immobilisé le patient plus de trois semaines à la chambre.

Quant aux maladies vénériennes, il faut bien l'avouer, on les découvre plutôt à l'occasion de l'examen proprement dit que lors de l'interrogatoire initial. Il peut s'agir d'affections ignorées de bonne foi ou cachées à dessein.

#### *Examen clinique.*

Les renseignements obtenus par l'interrogatoire ayant été transcrits sur la fiche médicale que le médecin doit toujours garder à son cabinet de consultation pour y référer au besoin, le sujet est ensuite examiné.

L'examen doit se faire sur la peau nue. Il semble que, depuis que les exigences du service militaire ont généralisé la pratique des examens médicaux, on obtienne plus facilement que les gens se déshabillent pour se faire examiner.

La conduite de l'examen varie selon les habitudes du médecin, mais une méthode qui a ses avantages consiste à commencer l'examen par la tête et à passer successivement des régions supérieures aux régions inférieures du corps. Aucun système, aucun appareil ne sera négligé. La pression artérielle doit toujours être enregistrée et les chiffres retenus en tenant compte de l'appréhension naturelle de nombre de consultants. L'auscultation du cœur et des poumons sera minutieuse et c'est un

des points essentiels de l'examen clinique. Enfin l'examen des organes génitaux doit être pratiqué, en ayant en vue certaines malformations qui peuvent rendre difficile, sinon impossible, l'acte du mariage.

*S'il s'agit d'une personne du sexe féminin.*

L'interrogatoire devra en plus porter sur l'âge de la puberté, le cycle des fonctions menstruelles, l'importance et la durée du flux cataménial. Des précisions devront être obtenues sur la nature d'interventions chirurgicales qui ont pu atteindre la sphère génitale.

L'examen est identique dans les deux sexes, mais, chez la femme, le toucher vaginal ne sera pratiqué que s'il paraît y avoir une réelle indication. Il ne saurait être généralisé.

*Examens particuliers.*

Deux examens sont indispensables:

1°) L'analyse d'urines: densité, réaction, recherche du sucre et de l'albumine suffisent généralement.

2°) L'analyse du sang: prise d'un échantillon de sang pour le séro-diagnostic de la syphilis.

Tel nous paraît être le minimum exigible d'un examen prénuptial sérieux. Omettre l'examen des urines et à plus forte raison l'analyse du sang nous paraît une faute grave et inexcusable.

Est à conseiller chez tous les sujets la prise d'une radiographie pulmonaire. L'examen fluoroscopique n'est qu'un pis aller. On nous objectera le coût d'un tel examen, l'éloignement d'un centre de radio-diagnostic. Il s'agit là d'un aspect de la question qui mérite d'être discuté à l'occasion mais qu'on aurait tort de considérer comme une norme irréfragable qui doit influencer la ligne de conduite. Si on se trouve en présence d'un sujet avec un passé pulmonaire douteux ou avec des antécédents héréditaires suspects, et, à plus forte raison, si l'examen clinique laisse planer le moindre doute, il faut exiger le film radiographique de la poitrine. Il est entendu qu'on ne peut faire radiographier tout le monde, mais rappelons qu'en matière d'investigation prénuptiale, toutes les radiographies que l'on

obtiendra seront utiles et qu'il y en a un grand nombre qui se seront avérées nécessaires.

#### DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'EXAMEN.

Lorsque le médecin a en mains l'ensemble de ces examens, il doit donner son opinion au futur époux ou à la future épouse.

Si tout est normal, l'horizon s'éclaircit, et l'examineur est aussi heureux que le candidat.

Différentes entités pathologiques peuvent néanmoins se présenter. Nous avons cru bon de les grouper sous six chefs différents:

- 1°) L'hérédité et la consanguinité.
- 2°) Les troubles mentaux et l'épilepsie.
- 3°) Les affections cardiaques.
- 4°) La tuberculose.
- 5°) Les malformations génitales.
- 6°) Les maladies vénériennes.

1°) *L'hérédité et la consanguinité.*

Les affections strictement héréditaires sont heureusement rares.

*L'hémophilie* est la plus connue et la mieux étudiée. Elle se rencontre chez les sujets mâles et elle est transmise, selon les lois mendéliennes, par les femelles saines et les mâles qui en sont atteints. Dans un travail antérieur, en nous basant sur l'opinion de M. T. Macklin, nous avons émis des directives de prophylaxie familiale en cette matière. Nous croyons nettement que nous avons été trop absolu. Dans les familles d'hémophiles, les mâles sains et leurs descendants peuvent se marier sans aucune crainte de propager la maladie. Les descendants femelles des sujets hémophiles et les mâles hémophiles sont susceptibles de transmettre la maladie et il est impossible de reconnaître à l'avance ceux qui sont ou non porteurs du germe hémophilique. En pareil cas, le médecin examinateur doit avertir le ou la candidate au mariage de la possibilité de la transmission de la tare sanguine, mais il ne saurait être question de leur interdire le mariage qui « est un droit naturel et primordial appartenant à la personne humaine » (Mandement collectif des Archevêques et Evêques des provinces ecclé-

siastiques de Québec, Montréal et Ottawa, 24 février 1943).

D'autres affections héréditaires sont plus rares (la cataracte congénitale, l'ichthyose, l'ataxie de Friedreich, la surdi-mutité) et posent peu de problèmes.

Le xeroderma pigmentosum est assez instructif. Notre ami Emile Gaumond en a rapporté une observation d'une famille où les parents étaient cousins au premier degré et où six enfants étaient atteints de l'affection. Fréquemment héréditaire, le xeroderma pigmentosum se rencontre dans 47% des cas chez des familles consanguines (Cockayne). Or, dans la famille précitée, nous avons pu nous rendre compte par nous-même qu'une fille exempte de la tare familiale n'avait trouvé rien de mieux que d'épouser un cousin germain. Heureusement, ils n'avaient pas d'enfants, comme si la nature elle-même avait voulu faire acte d'eugénisme.

Il semble évident que, s'il y a dans le legs ancestral des affections transmissibles ou simplement ce que l'on appelle des tendances à l'hérédité de terrain, telles que dans le rhumatisme ou le diabète, et que les conjoints sont parents, les possibilités de retrouver les mêmes tares chez les descendants se trouvent manifestement accrues. Encore qu'on ne peut se montrer trop affirmatif à l'avance. La surdi-mutité, que l'on cite comme exemple classique lorsqu'il est question de consanguinité, donne parfois lieu à des faits troublants. Des mariages entre sourds-muets ont donné naissance fréquemment à des enfants atteints de surdi-mutité et parfois à des enfants sains.

En matière d'hérédité, pour ce qui regarde les directives pré-nuptiales, si on se trouve en présence d'une des tares que nous venons de signaler, on ne peut que la signaler au candidat ou à la candidate au mariage en lui exposant la possibilité de sa transmission à ses descendants.

S'il y a parenté entre les futurs époux, les dangers se trouvent multipliés dans une proportion qu'il est difficile d'apprécier du point

de vue médical, surtout si le caractère héréditaire est de type récessif (Guyenot).

### 2°) *Les troubles mentaux et l'épilepsie.*

Le problème héréditaire n'est pas facile à résoudre. Il y a certains points bien établis. La chorée de Huntington est héréditaire. La démence précoce est plus fréquente dans les familles où existe la consanguinité. Les débiles mentaux marient des débiles et engendrent des débiles. Les maladies mentales se rencontrent en plus grand nombre dans certaines familles. Les épileptiques sont fréquents dans certaines lignées.

Les futurs époux doivent être avertis de ces possibilités si leur lignée est suspecte, mais on ne peut faire davantage.

S'il y a évidence d'un trouble mental actuel, la simple logique dicte la ligne de conduite à tenir.

### 3°) *Les affections cardiaques.*

Les affections cardiaques ne doivent être que rarement une entrave au mariage. On doit les apprécier différemment selon qu'il s'agit de l'homme ou de la femme.

Chez celui-là, elles comportent la signification et le pronostic propres à la lésion en cause, en se rappelant que la clef du problème réside dans le myocarde. Tant qu'il résiste, les lésions les plus complexes sont bien tolérées. L'examen électro-cardiographique rend service à l'occasion, mais il n'est pas, rappelons-le, « la source obligée de toute lumière » (A. Clerc).

Il n'en est plus de même chez la future épouse. Et les anciens médecins s'en tenaient à l'adage fameux, trop fameux même, de Peter: « Fille pas de mariage, femme pas de grossesse, mère pas d'allaitement ». Il faut se méfier de ces mots à aigrettes qui sont plus destinés à frapper l'oreille d'un auditoire sympathique qu'à faire avancer l'étude d'une question scientifique. Il ne faudrait pas oublier d'ailleurs « que les dits aphorismes semblent avoir été plutôt des boutades orales que des lois formelles » (A. Clerc). Nous les avons retrouvés, mais bien estompés, dans le *Traité*

clinique et pratique des maladies du cœur et de la crosse de l'aorte, de Michel Peter (Baillière, 1883). Aussi est-il permis de se demander si, comme un grand nombre de mots historiques, ils ont été vraiment prononcés?

Cette digression n'a pas pour objet de minimiser le danger que l'état du mariage avec toutes ses conséquences peut faire subir à certaines cardiaques: ce n'est nullement notre intention; mais nous voulons que chaque cas soit discuté isolément et sans parti pris. Il n'y a que des inconvénients à se montrer trop rigoriste.

La fiancée renseignée sur son état cardiaque devra mettre son conjoint au courant de la lésion qu'elle présente, et cela même si la compensation circulatoire paraît bien établie (A. Clerc). C'est d'ailleurs l'objet de l'examen prénuptial d'édifier les futurs époux sur leur état de santé réciproque.

#### 4°) *La tuberculose.*

Très souvent les lésions initiales sont inaudibles et ne se révèlent que sur le film radiographique. Il n'y a pas lieu de refaire ici le procès de la méthode auscultatoire et de ses déficiences, mais il nous paraît opportun de répéter ce que nous avons écrit plus avant.

Si, au cours de l'examen prénuptial, on a le moindre doute sur l'intégrité de l'appareil respiratoire, une radiographie pulmonaire doit être prise sans délai. Agir autrement serait une faute médicale grave, surtout si par la suite se déclarent chez l'un ou l'autre conjoint, parfois chez les deux, des lésions tuberculeuses qui n'auraient pas pu être nécessairement évitées mais à tout le moins prévues. La tuberculose conjugale est loin d'être une rareté; il faut donc ne rien négliger pour dépister le moindre signe d'atteinte bacillaire, lors de l'examen fait en vue du mariage.

Le mariage du tuberculeux est toujours une entreprise hasardeuse (Ladouceur). Des lésions pulmonaires même minimes et apparemment non évolutives sont toujours susceptibles à un moment donné d'être l'objet de poussées ultérieures. Lorsque, d'un autre côté, on se trouve en présence d'une lésion en état

d'activité, le médecin doit mettre en œuvre tous ses moyens de persuasion pour faire remettre le mariage et il sera bien rare que l'on ne s'inclinera pas devant son avis désintéressé.

#### 5°) *Les malformations génitales.*

L'hypospadias balanique est une anomalie sans conséquences. Mais les formes plus sérieuses, surtout l'hypospadias scrotal ou périnéal, rendent le coït impossible.

L'épispadias comporte les mêmes inconvénients: plus l'ouverture du méat urétral siège près de la vessie, moins les rapports conjugaux deviennent possibles.

L'existence d'exstrophie vésicale avec ou sans épispadias est une infirmité pénible qui ne peut passer inaperçue lors d'un examen médical.

La cryptorchidie abdominale bilatérale équivaut à l'anorchidie congénitale ou acquise par émasculatation avec les conséquences que l'on devine.

Chez la femme, les malformations génitales sont assez faciles à reconnaître. Une des plus fréquentes, c'est l'imperforation de l'hymen qui empêche l'issue du sang des règles et de ce fait crée l'hématocolpos. L'absence avouée du flux menstruel chez une personne par ailleurs normalement constituée doit y faire penser.

L'aménorrhée primitive ne saurait contre-indiquer le mariage et n'indique pas nécessairement que ce dernier sera stérile.

L'examen judicieux du bassin pourra renseigner la jeune fille sur la possibilité d'accomplir facilement ou non ses devoirs de future mère. Car si l'on n'ignore pas qu'une boiterie ou une cyphose ne complique que rarement le travail obstétrical, il est bon de savoir que le rachitisme nécessite souvent une césarienne (Marion).

L'hermaphrodisme, lorsqu'on le rencontre, présente toujours un problème embarrassant, même angoissant. Il semble bien établi aujourd'hui que « le véritable sexe d'un individu est déterminé par la nature de sa glande génitale qui ne saurait être établie d'une façon certaine que par l'examen histologique à la suite

d'une opération » (Jeanbrau). Dans 96% des cas où une erreur peut être commise (Neugebauer), il s'agit de garçons que l'on prend pour des filles. Le seul critère des organes externes est aussi trompeur qu'insuffisant lorsqu'il s'agit de déterminer correctement le sexe (A. R. Potvin). Certains états d'hermaphroditismes incomplets, hermaphroditisme gynandre externe (Caouette et Garant), ne peuvent être correctement étiquetés qu'après laparotomie et biopsie. Malgré les ennuis que cela peut comporter, si l'anomalie doit être découverte et le sexe rectifié, il vaut mille fois mieux que ce soit avant qu'après le mariage.

#### 6°) *Les maladies vénériennes.*

C'est l'existence possible de maladies vénériennes chez l'un ou l'autre conjoint qui a motivé dès l'origine la nécessité de l'examen pré-nuptial. C'est la crainte de la contagion, « le péril de contagion » que nous avons mentionné au début de ce travail qui en a assuré pour une grande part la dissémination. Et même aujourd'hui, si on recherche au Canada seulement quelle est la législation prématri-moniale actuelle, on constate le fait suivant. Trois provinces canadiennes exigent un certificat pré-nuptial pour attester l'absence de maladies données chez les futurs conjoints. Ce sont (cité par Hervé Blais):

Alberta: syphilis et tuberculose.

Saskatchewan: maladies mentales, maladies contagieuses, syphilis.

Colombie anglaise: syphilis.

Le péril vénérien reste le plus grand souci des législateurs. Dans un examen pré-nuptial bien compris, la recherche des maladies vénériennes forme un des éléments essentiels, mais elle ne doit pas non plus tellement dominer l'esprit de l'examineur qu'elle fasse reléguer dans l'oubli ou même dans l'ombre les autres aspects du problème qui méritent une égale attention.

La blennorrhagie doit être dépistée, encore qu'elle soit difficile à mettre en évidence à sa phase subaiguë ou chronique chez la femme.

Il en est de même du chancre mou, très rare d'ailleurs dans nos milieux, mais que

nous pouvons voir se multiplier à la faveur des conditions actuelles.

La découverte d'une de ces deux affections motive la suspension immédiate des préparatifs du mariage au moins jusqu'à la guérison complète.

Avec la recommandation que nous avons faite de l'indispensabilité de l'analyse de sang pour le séro-diagnostic de la syphilis, les spécificités récentes contagieuses ignorées ou connues seront fatalement découvertes.

Si l'on s'en rapporte à certaines statistiques américaines, Scheppe déclare que, sur 677,832 examens de sang pratiqués en vue du mariage dans 13 Etats américains, 9,017 ou 1.3% ont donné des résultats positifs. Un fort pourcentage de ces derniers a été rencontré chez des personnes qui ignoraient leur infection. Cette faible proportion de 1.3% tient au fait que les sujets qui savaient qu'ils étaient entachés de syphilis ne se sont pas présentés à l'examen.

La découverte de la syphilis n'est pas tout: il y a lieu de se demander quand le mariage pourra être permis sans danger à celui qui a déjà été touché par le tréponème de Schaudinn.

Henri Smith, dans les cas de syphilis récente, considère que le mariage peut être autorisé si les trois conditions suivantes ont été remplies: a) traitement intensif et continu pendant 15 à 18 mois, b) surveillance clinique et sérologique pendant un an, c) réactions sérologiques négatives dans le sang depuis au moins deux ans et liquide céphalo-rachidien normal. Sezary conseille de ne permettre le mariage que quatre ans après l'accident primitif et un traitement sérieux. On doit, d'après le même auteur, déconseiller le mariage en face d'une aortite, d'un tabes, d'un signe d'Argyll-Robertson.

Un homme hérédo-syphilitique peut se marier sans danger de contamination, qu'il ait été traité ou non; une femme hérédo-syphilitique peut également se marier sans danger de contamination pour son époux (H. Smith).

Il faut donc avoir présent à l'esprit que la

positivité d'un examen de sang dans l'épreuve du séro-diagnostic de la syphilis n'indique pas nécessairement que la lésion soit récente, ni surtout qu'elle soit encore contagieuse. L'âge de l'infection, l'état du liquide céphalo-rachidien et le relevé complet du traitement suivi doivent être bien établis avant d'exclure systématiquement du mariage le conjoint à qui on aura trouvé une réaction de Wassermann ou de Kahn positive dans le sang.

Nous avons étudié les principales anomalies ou affections que l'on peut rencontrer au cours d'un examen prénuptial. Nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé le sujet; le cadre de cet article ne nous l'aurait d'ailleurs pas permis. Nous croyons en avoir suffisamment écrit pour montrer quel peut être à certains moments le dilemme qu'aura à envisager le médecin examinateur sérieux au cours d'une consultation en vue d'un mariage éventuel.

#### ATTESTATION À REMETTRE AU CONSULTANT.

La meilleure attitude à prendre semble bien de remettre à l'intéressé une simple constatation de son état de santé (Payen), en indiquant toujours le résultat de l'examen du sang avec la date à laquelle il a été pratiqué.

S'il y a quelque chose d'anormal dans l'examen clinique ou dans les examens spéciaux, on doit l'indiquer sur le certificat. Les explications doivent être précises et claires, sans équivoque possible. Il y a avantage à utiliser le minimum de termes techniques, et, si on est forcé de le faire, à en donner une explication qui sera comprise par celui ou ceux à qui le certificat est destiné.

#### L'EXAMEN MÉDICAL PRÉNUPTIAL DOIT-IL ÊTRE OBLIGATOIRE?

De prime abord, on serait tenté de répondre par l'affirmative. Malheureusement, il n'existe pas que des avantages à forcer les futurs époux à subir cet examen.

Cette obligation, pour être efficace, ne peut être qu'une obligation légale. Or il ne semble pas opportun, en nos milieux, qu'on recommande à l'Etat de prendre cette responsabilité. « Il y a le danger particu-

lier, souligne Payen, que l'autorité civile n'en vienne quelque jour à transformer en certificat prénuptial obligatoire, avec interdiction formelle du mariage en cas de certificat défavorable, ce qui, dans le principe, était un simple examen médical, au résultat duquel le contrat matrimonial n'était pas subordonné ». Les Evêques de Belgique, hostiles à toute intervention légale, ont émis leur opinion en des termes non ambigus. « Nous tenons à déclarer que nous ne pourrions accepter, sous aucun prétexte, une obligation légale de pareil certificat (prénuptial) » (cité par Payen).

*L'examen prénuptial doit rester libre et volontaire.*

Voici quelles sont les directives de l'évêque canadien des provinces ecclésiastiques de Québec, Montréal et Ottawa dans leur mandement collectif au sujet des investigations prénuptiales, février 1943. « Aussi croyons-Nous de l'intérêt de votre bonheur terrestre et de l'intérêt même de vos âmes, très chers jeunes gens, de vous recommander l'échange réciproque, avant même les engagements définitifs, de votre certificat médical. Que d'unions, en effet, ont tourné au malheur d'âmes innocentes, par le fait d'inaptitudes lamentables aux devoirs mutuels et aux fonctions de la vie conjugale: tares héréditaires, troubles mentaux, maladies contagieuses, infirmités inspirant quelque répugnance, impuissance et le reste. Un médecin probe et consciencieux saura fournir ici des constatations qu'il serait imprudent de négliger, aujourd'hui surtout où les fraudes et les injustices se font si nombreuses. Loin de Nous de vouloir imposer la moindre contrainte: le droit naturel et primordial au mariage appartient si étroitement à la personne humaine qu'aucune loi, aucune puissance terrestre ne saurait jamais le lui enlever ni restreindre. Mais la justice et la charité gardent aussi leurs droits entre deux êtres qui se donnent l'un à l'autre et qui enchaînent leur destin pour la vie et, de quelque façon, pour l'éternité. »

La ligne de conduite est claire: on conseille

l'examen pré-nuptial, on le recommande, mais on ne l'impose pas.

L'idéal est celui-ci: que les futurs époux se fassent examiner et qu'ils échangent leur certificat médical qui n'ira sous les yeux de personne autre qu'eux-mêmes. Chaque conjoint a un droit strict de connaître à l'avance le bilan de santé de son partenaire. On évite ainsi de cruels mécomptes, de brutales et irréparables déconvenues.

#### RÔLE DU MÉDECIN EN MATIÈRE D'EXAMEN PRÉNUPTIAL.

Le rôle du médecin en matière d'examen pré-nuptial est double.

Il doit le conseiller si l'occasion s'en présente et, au besoin, faire naître cette occasion. « Cette croisade de salubrité et de prophylaxie, écrit Roma Amyot, ne peut être réalisée sans leur concours (des médecins): l'enseignement que chaque médecin peut réaliser à ce sujet auprès de chacun de ses malades constitue l'application la plus utile d'une hygiène sociale saine et efficace. » Les succès que l'on a obtenus dans le passé en ce qui regarde l'immunisation contre la variole, contre la diphtérie, la pasteurisation du lait sont les garants que le public, soucieux de sa personne et de son intérêt réel, en comprendra la sagesse et la nécessité.

En plus, lorsqu'il sera appelé à examiner un futur époux ou une future épouse, le médecin, pénétré de l'importance de ses fonctions, devra y donner toute son attention. Les examens incomplets et surtout les certificats de complaisance sont plus que des fautes, ce sont des crimes. Ils engagent l'honneur de la profession et rendent ceux qui en prennent la responsabilité participants à une fraude dont les conséquences sont incalculables.

Pratiqué avec soin et minutie, l'examen médical pré-nuptial ne comporte que des avantages. Il constitue une variété d'eugénisme louable dont on ne saurait trop recommander la diffusion.

#### BIBLIOGRAPHIE

- Roma AMYOT: « Examen médical et mariage. » *L'Union Méd. du Canada*, p. 875, août 1943.
- Hervé BLAIS, O.F.M.: *Les tendances eugénistes au Canada*. L'Institut familial, Montréal, 1942.
- Jos. CAOUCETTE et Oscar GARANT: « Hermaphrodite gynandre externe. » *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux Uni. de Québec*, p. 301, 1935.
- A. CLERC: « Cardiopathies et grossesse. » *Problèmes actuels de Pathologie médicale*, Masson, 1932.
- E. A. COCKAYNE: Article: « Heredity and constitution » in: *The British Encyclopaedia*, vol. 6, p. 452, 1937.
- J. R. EARP: « Health examination and the physician. » *J.A.M.A.*, p. 384, 4 fév. 1928.
- A. Grant FLEMING: « Periodic health examination. » *The Public Health Journal*, p. 62, vol. XIX, 1928.
- Emile GAUMOND: « Xeroderma pigmentosum. » *Bull. Soc. des Hôp. et Bull. Ass. Méd. L.F.A.N.*, 1934.
- E. GUYENOT: *L'hérédité*. Gaston Doin, Paris, 1924.
- Emile JEANBRAU: « Maladies de l'appareil urinaire. » *Précis de Pathologie chirurgicale*. Masson, Paris.
- Edouard JORDAN: *Eugénisme et morale*. Bloud et Gay, Paris, 1931.
- Wilfrid LEBLOND: « Le certificat prénatal. » *Bull. Méd. de Québec*, p. 433, 30, 1929.
- Richard LESSARD: « Les hémorragies par dyscrasie sanguine. Diagnostic et traitement. » *L'Union Méd. du Canada*, 71: 1267 (déc.) 1942.
- M. T. MACKLIN: « Heredity in hemophilia. » *Am. Journ. Med. Sc.*, 175-218, 1928.
- Donatien MARION: « Le certificat pré-nuptial. » Conférence prononcée sous les auspices du cercle Pie X, le 22 octobre 1940, à Montréal.
- G. PAYEN, S.J.: *Déontologie médicale d'après le droit naturel*. Chang-Hai, 1935.
- Michel PETER: *Traité clinique et pratique des Maladies du cœur et de la crosse de l'aorte*. Baillière, Paris, 1883.
- A. R. POTVIN: « A propos d'hermaphrodisme. » *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. uni. de Québec*, page 305, 1935.
- W. M. SCHEPPE: « The evaluation of premarital legislation. » *J.A.M.A.*, 116: 2006 (3 mai), 1941.
- A. SEZARY: « Prophylaxie de la syphilis héréditaire. » *Thérapeutique médicale*, tome V. Masson, 1932.
- Henri SMITH: « Syphilis et mariage. » *L'Union Méd. du Canada*, p. 175, fév. 1943.
- SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL: *Le certificat pré-nuptial*. Brochure du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, novembre 1945.

## EXAMEN DE L'ADULTE

Sylvio Le BLOND (Québec).

L'adulte, c'est l'être humain arrivé à maturité. L'enfant d'il y a quelques années quitte l'adolescence et prend ses responsabilités d'homme. Il pourvoit à ses besoins, ouvre ses ailes et se lance vers l'avenir en mettant à son profit la formation qu'il a reçue pendant ses années d'adolescence. Il a 23 ou 24 ans. Il se mariera et deviendra le chef d'une nouvelle cellule sociale, sa famille.

La jeune fille a 19 ou 20 ans. Sa formation physique est en pleine harmonie. Elle a encore la fraîcheur et l'incertitude d'une adolescente, mais elle est prête pour le grand voyage de la vie et pour ses responsabilités de procréatrice et de mère. Elle n'a pas encore le dégage-ment et les allures franches et complètes de la femme de 30 ans à 35 ans, de la femme qui sait et que l'expérience sexuelle a signée, mais elle est prête et attend seulement qu'on lui demande de faire son devoir.

L'homme se lance dans les affaires, son travail professionnel, scientifique ou manuel. Ses principaux soucis sont celui de réaliser ses ambitions de jeunesse, de mener à bonne fin, avant la vieillesse, le plan qu'il s'est tracé, et surtout celui de gagner sa vie, celle de sa famille, de se procurer le nécessaire, le bien-être et même le superflu. Il travaille donc arduement, s'il n'est pas né paresseux et sans ambition, et il atteint ainsi à la quarantaine son plein épanouissement physique, moral et parfois financier.

Pendant une bonne décade il sera ainsi le maître de la nature, l'être fort qui a une raison, une intelligence qui dirige ses actes et les rend productifs. Survient la cinquantaine; très souvent il a là encore quelques années de verdure. Puis la vieillesse s'annonce. Déjà il la sent venir sans que toutefois elle lui soit encore un obstacle. Et à 60 ans, s'il n'est pas encore un vieillard, il n'a plus la fraîcheur de la quarantaine; les cheveux grisent, la figure se ride et

son aspect change. La peau devient plus fine, glisse plus facilement sur les tissus sous-jacents. Elle se parchemine. La taille se tasse, le dos se courbe. La démarche se fait plus lourde. La voix perd son bel éclat métallique et devient plus rèche. Au bout d'une autre décade il sera un vieillard. Il sera un beau vieillard, bien arrivé, ou une loque selon que la vie lui aura été favorable et facile ou qu'elle lui aura été cruelle.

La femme adulte est dominée par sa vie génitale; les menstruations avec leurs ennuis, la grossesse avec ses inquiétudes, la maternité avec ses douleurs et le soin des enfants avec ses soucis et ses joies, tous les deux parfois extrêmes. Ce plein fonctionnement génital chez la femme apporte chez elle un épanouissement qu'elle atteint vers l'âge de 35 à 40 ans.

Puis vient la ménopause, de 40 à 45 ans. Les glandes ovariennes cessent de sécréter et il s'ensuit des changements profonds dans le comportement physique et parfois moral de la femme. Elle perd la grâce de sa jeunesse et prend celui de la femme mûre dont le rôle ne se borne plus qu'aux soins de ses enfants. Elle perd ses attraits qui la faisaient désirer de l'autre sexe et devient la compagne de l'homme. Elle atteint aussi plus vite que lui la vieillesse et à 60 ans on ne reconnaît plus très souvent la jeune fille d'autrefois.

Voilà un tableau rapidement brossé de l'adulte et de ses évolutions, de l'adulte qui a vécu sa vie sans encombres et qui a pu éviter tous les obstacles apportés par la maladie ou les accidents au cours de sa route.

### AFFECTIONS ACQUISES PENDANT L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

L'homme peut arriver à la vingtaine déjà fortement atteint. Il peut être né infirme et toutes les malformations tératologiques com-

patibles avec une vie prolongée l'accompagneront à travers la vie et en feront une charge pour la société ou seront un fort handicap à ses aspirations. Ces malformations portent surtout sur le système ostéo-articulaire ou sur les viscères. On sait quels infirmes créent les malformations congénitales du cœur et l'hérédité syphilitique. Les maladies de l'enfance ou de l'adolescence peuvent laisser après elles des séquelles qui ne disparaîtront plus: le rachitisme méconnu avec ses déformations osseuses, la paralysie infantile avec ses atrophies et ses impotences, le rhumatisme articulaire aigu et la chorée avec leurs endocardites toujours évolutives, la typhoïde et sa myocardite possible, la néphrite scarlatineuse. Les troubles endocriniens peuvent parfois se corriger. La jeune fille peut présenter, en plus, des troubles menstruels qui la conduiront trop tôt sur la table d'opération, ou créent chez elle une hantise de la périodicité mensuelle. Les affections broncho-pulmonaires de l'enfance peuvent engendrer des séquelles naso-pharyngiennes ou bronchiques permanentes, quand ce ne sera pas la tuberculose pulmonaire qui pèsera constamment sur le futur de ces jeunes êtres.

Le surmenage scolaire, l'absence des jeux extérieurs et des sports pourront influencer sur le développement physique et créer des débiles dont la résistance sera amoindrie. Le milieu familial et le milieu scolaire mal compris, mal dirigés, pourront influencer le développement intellectuel ou moral de ces jeunes dont l'esprit en formation sera fortement impressionné, et ces gens arriveront à la vingtaine déjà névrosés, des aberrants de l'ordre moral qui souffriront toute leur vie et feront souffrir leur entourage.

Il peut arriver encore que le développement se soit arrêté en route et on verra, atteignant l'âge adulte, des êtres nains ou des individus dont l'intelligence se sera arrêtée pendant la prime enfance. Par contre, des hypertrophies du développement donneront lieu à des géants dans le domaine physique et à des génies dans le domaine psychique ou intellectuel.

Cet être humain, ce genre animal dit « homo

sapiens », peut arriver donc à l'âge adulte sain d'esprit et de corps, ayant pu éviter tous les obstacles microbiens ou autres ou les ayant subis sans en conserver de séquelles. Il ne faut pas croire qu'il atteint le sommet et que maintenant tous ces agents vont glisser sur sa cuirasse vaccinée.

Au contraire, il entre dans la période active de sa vie. Certaines parties de son organisme n'atteindront leur plein développement qu'à l'âge adulte, comme le système osseux, qui n'est parfait que vers l'âge de 28 ans. Par contre, d'autres ont déjà commencé à involuer et évoluent déjà vers la sénescence, comme les yeux, par exemple.

#### MALADIES DE L'ADULTE

L'homme, comme la femme, et surtout celle-ci, sont exposés, au cours de leur vie active de la maturité, à de nombreuses affections qui peuvent atteindre tous les appareils.

##### 1° Appareil digestif.

L'ulcère gastro-duodéal est une affection de cet âge. Il a une incidence de 10% à 12%, d'après Palmer, et atteint l'homme plutôt que la femme dans une proportion de 4 à 1. Il semble bien que cette maladie n'atteigne que des types particuliers: types minces, longilignes, tendus, inquiets, anxieux, ou minés par de constants soucis réels ou imaginaires. La guerre a montré une incidence plus élevée de l'ulcère gastro-duodéal dans certains pays, particulièrement en Russie, au moment de l'invasion de cette contrée par les troupes allemandes. Les abus alimentaires ou alcooliques, les abus de tabac sont de cet âge et on sait les gastrites qu'ils engendrent. Les dyspepsies réflexes par constipation, par vice alimentaire, par surcroît de travail, par atteinte d'autres organes importants sont aussi fréquentes que les autres maladies du système digestif. La constipation chez l'individu pressé qui n'écoute pas la voix de son intestin se vengera en lui tenaillant les entrailles. L'ingestion en toute vitesse d'un aliment incomplet ou trop lourd créera des troubles gastriques qui ne se corrigeront peut-être pas toujours en sacrifiant à la

mastication et à la fonction alimentaire raisonnée.

C'est l'âge des cholécystites et surtout de la lithiase biliaire qui s'attaque avec prédilection à la femme de 40 ans qui a déjà eu plusieurs grossesses.

C'est encore l'âge des dyspepsies nerveuses. L'homme ou la femme, pris dans les remous d'une vie intense, d'occupations nombreuses, de soucis de tous les instants, mangent vite, mangent mal, ne laissent pas à leur estomac le temps de digérer. Cet estomac doit digérer des aliments non mastiqués, avalés en vitesse, pendant que le reste de l'organisme, en particulier le cerveau, continue de travailler activement au point parfois de provoquer une inhibition digestive considérable qui peut troubler toutes les fonctions de cet appareil et le rendre excessivement sensible, vibrant à la moindre inquiétude et faisant de son maître un martyr de l'alimentation qui n'est bien que quand il ne mange pas.

### 2° Appareil circulatoire.

Les endocardites ne sont pas de cet âge si on excepte l'endocardite maligne, mais c'est à l'âge adulte qu'on voit se décomposer les cœurs touchés dans leur enfance ou pendant l'adolescence par le rhumatisme articulaire aigu ou la chorée. C'est à cet âge qu'on voit se compliquer la néphrite chronique d'origine scarlatineuse ou autre de l'enfance et se manifester par des troubles circulatoires, hypertrophie cardiaque, œdèmes, hypertension artérielle, etc.

C'est vers la quarantaine, parfois avant, qu'on commence à s'inquiéter de sa pression artérielle et qu'on serait bien heureux de recevoir comme cadeau de fête ou du jour de l'an un sphygmomanomètre pour pouvoir, tous les jours et à tous les instants importants de sa vie, lire, sur la colonne de mercure, les variations dans les chiffres qu'on croit y déterminer une bouffée de chaleur, une digestion lente et pénible, un phénomène neuro-végétatif quelconque. Pour bien des gens l'appareil à pression artérielle est une machine à diagnostic ou mieux à pronostic, et si, par ha-

sard, la pression est normale quand ils la croyaient élevée, ils se rassurent et ils répètent leurs abus.

Il n'en est pas moins vrai que c'est à cet âge qu'apparaît cette affection, signe net de l'usure de la vie qui s'amorce. Malléable parfois, elle répondra bien au traitement. Non malléable, elle restera fixée et ne fera que monter lentement pour devenir plus tard une infirmité dangereuse. Chez la femme, surtout, à la ménopause, on peut voir s'installer une hypertension artérielle qui ne cédera pas toujours à la médication même endocrinienne.

L'angine de poitrine, l'infarctus du myocarde, la thrombose coronarienne sont l'apanage du vieillard, de l'homme qui a dépassé la soixantaine, mais le tribut que ces affections prélèvent chez l'homme de 40 et 50 ans est considérable, même alarmant. L'artério-sclérose est la maladie des vieillards, mais beaucoup n'attendent pas la soixantaine pour la voir s'installer et en présenter les petits signes: temporale sinueuse, arc sénile, radiale indurée, etc., etc.

Les varices apparaissent, chez la femme au cours ou à la suite des grossesses, chez l'homme dont le système veineux débile se laissera dilater et dont le genre de travail, station debout prolongée, favorisera l'apparition. Le variqueux devient un autre infirme exposé à des malaises tenaces et à des complications ulcéreuses ennuyeuses. Les maladies du sang: anémies, leucémies, sont des maladies de l'adulte. Les anémies peuvent exister à tout âge, mais la leucémie est une maladie de la trentaine ou de la quarantaine.

### 3° Appareil respiratoire.

La tuberculose pulmonaire est une maladie de tous les âges, mais elle atteint avec prédilection le jeune adulte. Nombreux sont les gens qui nous racontent que leur père, leur mère, ou frère ou une sœur sont morts de tuberculose pulmonaire à 25 ou 30 ans. La cohabitation, le surmenage, le surcroît de travail, l'ignorance, le manque d'hygiène ont favorisé la localisation de l'infection ou le réveil d'un foyer latent et fauché en pleine flo-

raison une jeune plante. Quelques-uns résisteront à la maladie et réussiront à atteindre un âge assez avancé en semant l'infection autour d'eux.

L'asthme est une autre de ces affections qui peuvent exister dès l'enfance mais qui souvent se manifeste pleinement à l'âge adulte et amène l'emphysème pulmonaire et l'insuffisance cardiaque.

Les infections de la gorge, des voies respiratoires supérieures et inférieures sont aussi fréquentes qu'aux autres périodes de la vie, mais on y attache moins d'importance que dans l'enfance ou à l'âge avancé. « Quand on est homme, on ne passe pas son temps à soigner une grippe ou un rhume: ils passeront comme ils sont venus. » Et puis le rhume traîne et la grippe ne guérit pas. Cette grippe est parfois une poussée de tuberculose pulmonaire qui prendra par la suite une évolution rapide, ou bien elle sera en réalité une infection des voies respiratoires qui ne disparaîtra qu'en laissant après elle une atteinte chronique qui fera de l'individu qui en est porteur un toussueur chronique avec une rhino-pharyngite des plus désagréables ou une bronchite chronique gênante.

#### 4° *Appareil urinaire.*

La lithiase rénale, comme la lithiase biliaire, est la manifestation d'un tempérament lithiasique ou le résultat de mauvaises habitudes alimentaires. Elle survient aux environs de la cinquantaine, très souvent plus tôt.

Les pyélonéphrites, les infections vésicales sont de l'âge adulte. Elles se rencontrent fréquemment chez les femmes dont les grossesses se sont multipliées ou qui ont des accouchements sévères. Les prolapsus, les cystites chroniques font souvent partie du tableau génital chez la femme. Le rein est un organe dont il faut surveiller la fonction chez l'adulte vieillissant, car à cet âge il est d'une sensibilité particulière à toutes les infections.

Les troubles prostatiques chez l'homme font plutôt partie de la gériatrique, mais il est assez fréquent d'en voir survenir les premières manifestations au cours de la 5e décennie.

#### 5° *Appareil génital.*

Nous avons dit plus haut que la vie sexuelle dominait l'âge adulte ou du moins l'accompagnait d'une façon très intime.

Cette vie sexuelle se fait normale chez un individu bien balancé. Elle pourra être exagérée et inconsidérée chez l'hypersexué et l'érotique. Par contre, elle pourra être pervertie chez l'homosexuel ou bien elle sera refoulée et cherchera une porte de sortie dont les manifestations pourront dérouter tout le monde, le sujet lui-même ou le psychiatre le plus averti.

Cette vie sexuelle expose donc les organes génitaux plus que tous les autres appareils de l'organisme. C'est pourquoi les maladies vénériennes à localisation ou à porte d'entrée extra-génitales sont peu fréquentes relativement.

La blennorragie, sous l'influence des sulfamidés et de la pénicilline, a acquis une bénignité qui dame le pion au vulgaire rhume de cerveau. Mais il faut compter avec les gonocoques rebelles, et avec les blennorragies ignorées, chez la femme surtout, qui pourront, celles-là, engendrer toutes les complications de rétrécissements urétraux, les épидидymites, les pelvi-péritonites, les arthrites qui menaçaient ces blessés de l'amour il y a quelques années.

La syphilis se sert des organes génitaux comme porte d'entrée, mais elle les quitte bien vite pour devenir une septicémie aux manifestations cutanées et viscérales.

L'adulte comme l'adolescent de 18 ou 20 ans peut se laisser leurrer par les attraits extérieurs d'un gonocoque ou d'un tréponème camouflés et leur donner l'accolade.

La femme adulte mariée a une vie génitale intense qui chez certaines va dominer la scène, jusqu'à la ménopause. La femme engendre un fœtus, le porte pendant neuf mois dans son sein et l'accouche ensuite dans la douleur. Le même drame se déroule à chaque grossesse et, dans nos bonnes familles, nos mères ont répété ce drame héroïque de nombreuses fois. On a habitué de considérer la grossesse comme un acte physiologique. Mais cet acte physiologique peut se compliquer et devenir pathologique: vomissements incoercibles, albuminurie,

éclampsie, intoxication gravidique, anémie de la grossesse, accidents gravido-cardiaques, dystocies fœtales, dystocies maternelles, accouchements laborieux, accidents du travail, complications post-partum, etc.

La femme adulte mariée est donc exposée à de nombreux incidents pathologiques génitaux.

La femme stérile ou la femme non mariée peuvent présenter des anomalies génitales qui en feront des infirmes et des souffreteuses mensuelles: ovarites scléro-kystiques, insuffisance folliculinique ou lutéinique, dysménorrhées fonctionnelles, etc.

Vers l'âge de 45 ans, la ménopause s'installe. La sécrétion ovarienne cesse et la femme perd quelques-uns de ses caractères féminins qui faisaient son charme. Cette période, pour plusieurs, se passe sans encombrés. Pour d'autres, elle est la dernière étape d'une longue vie sexuelle douloureuse: des bouffées de chaleur intolérables, des douleurs abdominales, des phénomènes circulatoires, de l'hypertension artérielle, des troubles du caractère, une fatigabilité inusitée, parfois un état psychotique intense feront de cette femme une martyre pendant quelques années, puis elle se stabilisera et pourra reprendre à côté de l'homme, son compagnon, une vie sans autres incidents que ceux causés par les enfants qui grandissent et, à leur tour, veulent s'émanciper petit à petit de l'autorité paternelle et maternelle.

#### 6° *Appareil ostéo-articulaire.*

L'homme peut arriver à l'âge mûr portant les cicatrices de maladies de l'enfance dont la paralysie infantile est la plus mutilante. Il peut apporter encore, de son jeune âge, une ostéomyélite chronique qui se tarit si difficilement et laisse après elle des déformations dans les os et des fistules intarissables, lesquelles laissent, elles aussi, des séquelles cicatricielles qui peuvent engendrer des impotences anatomiques.

Les fractures sont aussi fréquentes dans le jeune âge, mais elles laissent moins de séquelles déformantes et guérissent plus vite. L'homme mûr est exposé de par son genre de

travail, et les fractures et les luxations sont fréquentes et mutilantes parfois.

L'arthrite tuberculeuse peut atteindre le jeune homme ou la jeune fille, mais elle est assez rare après la trentaine.

Ce dont on se plaint le plus quand on a atteint l'âge mûr, c'est le « rhumatisme » ou plutôt les douleurs rhumatismales, les douleurs articulaires ou musculaires, manifestations douloureuses subjectives d'origine infectieuse, d'origine toxique ou tout simplement métabolique. Les rhumatismes toxi-infectieux céderont parfois à la disparition d'un foyer dentaire, amygdalien, ou intestinal.

Le rhumatisme chronique progressif déformant est une maladie de l'adulte et du vieillard. Elle frappe vers la quarantaine et évolue en déformant, en immobilisant et en créant des infirmes qui ne mourront pas plus jeunes pour tout cela.

La spondylose rhizomélique est une autre affection rhumatismale qui frappe les jeunes.

#### 7° *Organes des sens.*

A 40 ans l'homme devient presbyte. Il accommode plus difficilement. Il lit son journal soit en le tenant au bout de ses bras ou en renvoyant la tête en arrière.

Les yeux sont exposés aux accidents et aux blessures du travail. Une vision défectueuse non corrigée ou mal corrigée peut entretenir des céphalées tenaces. Les otites de cet âge sont rares, mais les surdités progressives dues à des infections chroniques de la gorge et des trompes d'Eustache sont assez fréquentes. C'est encore l'époque des infections aiguës ou chroniques des cavités sinusales et ethmoïdiennes.

#### 8° *Système nerveux.*

Les affections du système nerveux organique peuvent être des destructions cérébrales par ruptures vasculaires chez des hypertendus. L'apoplexie et l'hémiplégie existent dans la quarantaine. Les névrites et les névralgies, comme les rhumatismes toxi-infectieux, sont fréquentes, toxiques ou infectieuses comme eux. C'est l'âge des abus alcooliques, tabagi-

ques et alimentaires qui peuvent expliquer ces névrites lentes à disparaître.

La sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la syringomyélie, la sclérose latérale amyotrophique, le tabes et les accidents neurologiques de la syphilis n'attendent pas la vieillesse pour se manifester. Au contraire, quelques-uns, comme la sclérose en plaques, par exemple, se manifestent de très bonne heure.

Ce sont surtout les atteintes du système neuro-végétatif qui abondent. Elles existent auparavant et ont suivi l'être humain depuis le jour où il a pris conscience de la vie, soit qu'elles fassent partie de la constitution de l'individu, lui-même, ou qu'elles soient apparues dans un milieu familial où elles existent et où on leur donne une importance primordiale, soit qu'elles soient apparues plus tard à l'occasion d'une grande émotion, d'une étape nouvelle dans la vie, surtout chez la femme: menstruation, mariage, ou à la suite de surmenage, de fatigues répétées, de tensions maintenues pendant trop longtemps. Elles gâtent une vie complète et celle de l'entourage.

Les psychoses et les névroses surviennent aussi chez l'adulte. Elles ont toujours une cause ignorée parfois même du malade et répondront parfois très bien à une interview psychiatrique bien conduite et à une psychothérapie patiente et prolongée.

#### 9° *Maladies de la nutrition.*

Le diabète, la maladie de Basedow, le rhumatisme chronique, la goutte, les maladies allergiques et tous les autres troubles métaboliques sont de cet âge. Ils font partie d'un tableau familial qu'on appelle « l'arthritisme » et on retrouve dans l'histoire familiale un proche parent qui s'est permis dans sa vie une affection semblable ou identique.

#### 10° *Cancer.*

Le cancer est une maladie de l'âge adulte. Il guette tout individu qui atteint ses 40 ans. Les tumeurs osseuses ont une prédilection pour les jeunes, même les adolescents. D'autres cancers n'hésiteront pas à se manifester avant la quarantaine: maladie de Hodgkin, cancer du sein, cancer du rectum. A 40 ans ou 45 ans,

la femme craint le cancer utérin, le fibrome ou le kyste de l'ovaire.

Puis, à 50 ans, l'adénome prostatique apparaît quand ce n'est pas un épithéliome. Les cancers de l'estomac, du foie, ou de l'intestin sont de cet âge.

En somme, il est assez rare qu'un vieillard de 80 ans meure d'un cancer. Le cancer, que l'on ne connaît encore que par ses méfaits, est devenu un ogre, un hydre que l'on redoute avec stupeur. Cette crainte et cette impuissance, qu'on lui oppose, ont créé une névrose nouvelle: la cancérophobie, qu'il faut combattre avec presque autant de vigueur que le cancer lui-même.

#### PRÉVENTION

Nous venons de repasser rapidement les affections et les maladies que l'homme et la femme adultes peuvent rencontrer sur leur route, qui s'allonge sur une période de 40 ans. Est-il possible à l'être humain d'éviter ces obstacles et de parvenir à une verte et agréable vieillesse sans autre infirmité que l'usure normale de la vie arrivant à son temps et non précocement?

L'examen périodique annuel, par exemple, permettra au médecin de dépister les atteintes incipientes des affections métaboliques et d'en arrêter l'évolution autant qu'il en est possible.

La consultation médicale précoce, dès les premiers malaises, permettra encore au médecin de prévenir les complications graves possibles à une infection bénigne, ou de constater l'existence d'une affection morbide dont l'évolution ou la transformation pourront créer des infirmités pénibles ou même tuer son homme.

C'est surtout en évitant le surmenage et les abus que l'homme arrivera à une saine vieillesse. Les abus alimentaires amènent des troubles digestifs, l'obésité, l'hypertension artérielle, l'artério-sclérose, les troubles vasculaires, contribuant à l'apparition des troubles métaboliques tels que la goutte, le rhumatisme chronique et peut-être d'autres troubles encore.

L'abus des toxiques tels que le tabac, l'alcool, le maniement de produits tels que le plomb, le benzol, le phosphore, amènent eux aussi des accidents très graves difficiles à faire disparaître, troubles nerveux, troubles sanguins, etc. L'industrie, l'Etat et l'ouvrier se doivent tous trois de protéger l'humanité contre ces intoxications par des mesures hygiéniques et des sanctions sévères contre ceux qui négligent de les utiliser.

Le médecin pourra diriger son sujet, retrancher de ses habitudes celles qui le prédisposent particulièrement à des atteintes viscérales, prescrire les habitudes hygiéniques qu'il a négligées, prévenir le surmenage et les dépressions nerveuses en l'arrêtant à temps et en le forçant à prendre le repos nécessaire.

Il pourra surtout avertir son sujet: l'avertir des accidents qui le menacent dans son cas particulier, et lui indiquer les façons de les prévenir et arrêter sur la pente néfaste une affection ou une vieillesse précoce qui s'annoncent.

L'Etat ou des organisations sociales, en créant des centres de repos, des centres de convalescence et des centres de réhabilitation, pourraient empêcher l'enfoncement dans le marasme, la dépression et le vieillissement rapide de jeunes gens de 40 ans.

Des soucis d'argent ou familiaux ont ramené au travail trop tôt des individus incomplètement guéris, ont empêché certains de se soigner parce qu'il fallait que leur famille vive. Ces mêmes soucis ont fait impotents

des individus qui, sans eux, auraient recouvré la santé et repris leur vie d'autrefois.

Voilà ce que l'examen de l'homme adulte peut révéler:

- 1° les affections qu'il a apportées de son enfance;
- 2° celles qu'il a rencontrées au cours de sa maturité;
- 3° les moyens à prendre pour prévenir les maladies, les arrêter dans leur marche, pour en empêcher les complications possibles; et
- 4° les moyens que l'Etat ou la Société devraient créer pour permettre à l'homme ou à la femme malades de guérir, de recevoir sans que des soucis financiers ou familiaux soient là pour détruire ou inhiber, les effets d'une cure certaine.

Ces moyens sont des centres de repos pour les gens fatigués, des centres de convalescence pour ceux qui relèvent d'une affection grave et qui ne pourront reprendre leur travail avant quelques mois, des centres de réhabilitation où les convalescents ou les blessés retrouveront, sous une direction éclairée, les fonctions abolies ou ralenties de leurs membres ou de leurs organes, le cerveau et ses fonctions intellectuelles comprises, des organisations sociales du genre de celle de l'Assistance aux Mères Nécessiteuses, capables de pourvoir suffisamment aux familles de ces grands blessés de la vie, mettant ceux-ci à l'abri de soucis financiers qui retardent ou empêchent le recouvrement complet.

## EXAMEN MÉDICAL DU VIEILLARD

Jules PRÉVOST,

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

« Peu de gens savent être vieux. » Cette maxime, vraie au temps de La Rochefoucauld, est encore, aujourd'hui, de brûlante actualité. Et c'est à la médecine qu'il appartient d'enseigner à l'homme l'apprentissage de la vieillesse. Si les mesures prophylactiques ont réussi à prolonger la vie, elles n'ont, à vrai dire, pas encore amélioré de façon notable les conditions de santé des dernières années de l'existence. On a sacrifié la qualité à la quantité. Voilà tout. Mais l'examen médical périodique du vieillard, tout en permettant de prévenir les troubles inhérents à la période de sénescence, lui assurera une meilleure jouissance des années qui lui restent à vivre.

Depuis le début du XXe siècle surtout, la durée moyenne de la vie humaine a subi une augmentation considérable. En effet, si la moyenne de durée de la vie ne dépassait pas 18 ans au temps des Césars, époque où l'Empire romain était dans toute sa splendeur, si elle atteignait seulement 25 ans sous le règne du Roi-Soleil, actuellement, grâce aux nombreux perfectionnements des techniques prophylactiques, cette moyenne de la durée de la vie, particulièrement aux Etats-Unis et au Canada, se place entre 65 et 70 ans. A la lumière des dernières découvertes médicales, il n'est pas téméraire d'affirmer qu'aux environs de 1960, tout nouveau-né normal pourra s'attendre à une durée de vie probable de 75 à 80 ans et peut-être même plus, car les biologistes les plus conservateurs et les plus sérieux de l'heure affirment qu'à sa naissance un bébé normal possède en lui les réserves d'énergie et toutes les capacités nécessaires pour atteindre 100 ans et plus d'une existence profitable et intéressante. Le fait que cet âge soit si rarement atteint chez les humains est dû, en grande partie, à l'ignorance ou à la négligence des lois de l'hygiène et à un mode de vie antiphysiologique.

Cette importante prolongation de la longévité doit être, sans nul doute, attribuée aux progrès constants de l'hygiène qui, par le contrôle des maladies contagieuses, a enfin réussi à triompher des épouvantables épidémies qui prélevaient chaque année le tribut de plusieurs milliers d'existences humaines.

En outre, l'amélioration considérable des conditions générales de vie, les perfectionnements apportés au traitement de maladies telles que la tuberculose et la pneumonie, la baisse du taux de mortalité infantile sont autant d'autres facteurs responsables des résultats dont nous nous glorifions à juste titre aujourd'hui.

Si aux causes déjà mentionnées nous ajoutons la suivante: la diminution du taux de natalité par la pratique du « birth control », nous avons là l'explication de l'accroissement marqué du nombre des vieillards par rapport aux autres groupes de la population et c'est aussi là la conséquence inéluctable de la prolongation de la durée de la vie humaine.

En effet, la comparaison des statistiques des recensements américains de 1940 et de 1930 nous fait remarquer qu'à une augmentation de 7% de la population totale durant cette période, correspondent, d'une part, une augmentation de 35% chez les gens de plus de 65 ans, et, d'autre part, une diminution de 17½% chez les moins de 20 ans.

De plus, la lutte anticancéreuse actuelle; la prévention des accidents de l'industrie de l'automobile et autres, dont le taux de mortalité éclipse ceux de la rougeole, de la scarlatine et de la diphtérie combinés; les immenses progrès récemment accomplis dans le domaine de la nutrition générale, à la suite des expériences des diététiciens de l'Armée américaine; les dernières acquisitions dont la bactériologie, la chimie et la mycothérapie nous ont gratifiés (notamment la pénicilline) et

celles qu'elles nous laissent entrevoir; les possibilités presque illimitées de l'endocrinothérapie dans le rétablissement de l'équilibre humoral; sans oublier cette formidable trouée sanglante que la guerre et ses conséquences n'ont pas fini de creuser dans les rangs de la jeunesse: voilà autant d'autres facteurs qui, tout en retardant de plusieurs années l'échéance de la mort chez les vieux, concourront à l'accroissement de leur nombre dans les années à venir.

Si, comme nous devons nous y attendre, cette augmentation du nombre des vieillards et cette diminution des jeunes se continuent au rythme actuel et dans le même sens, les plus de 65 ans, qui sont, actuellement, au nombre de 9,000,000 aux Etats-Unis, compteront, en 1980, pour 15% de la population totale de ce pays, soit environ 26,000,000.

Le même phénomène se produira en Canada, quoique beaucoup plus au ralenti, surtout dans la province de Québec. Ajoutons cependant qu'à l'heure actuelle, en Canada, 10% de la population a dépassé 60 ans.

\*  
\* \*

Cette pléthore de vieillards entraînera infailliblement des réformes sociales, économiques et politiques multiples et de grande envergure dont la médecine et les médecins ne pourront s'empêcher de ressentir le contre-coup.

Depuis plusieurs années déjà, et dans presque tous les pays qui se disent civilisés, les philosophes, les économistes, les sociologues, les statisticiens et les politiciens, etc., ont porté un intérêt sans cesse grandissant aux problèmes posés par la vieillesse. Tous ces gens ont cherché à mieux connaître cette période de la vie afin d'en améliorer les conditions et d'en mieux utiliser les valeurs. Même dans notre province de Québec, il n'y a pas si longtemps, nos législateurs ont cru bon devoir légiférer en vue de garantir aux vieillards une sécurité financière devant les mettre à l'abri de la misère.

Seule, la médecine a semblé se désintéresser

presque complètement de ce problème qui, dans l'ordre normal des choses, relève de cette science plus que de toute autre. C'est pourquoi la gériatrie en est encore ici à ses premiers vagissements, pour ne pas dire à l'état foetal.

En effet, si, d'une part, l'hygiène et la médecine préventive, bataillant surtout sur le front des maladies de l'enfance, ont réussi à prolonger la vie de façon appréciable, et nous assurent pouvoir la prolonger encore davantage, il faut admettre, d'autre part, qu'elles ont fait peu, pour ne pas dire aucun progrès, dans l'amélioration des conditions de santé de la vieillesse.

L'on s'est si peu préoccupé d'étudier scientifiquement les facteurs de longévité et les besoins distinctifs, somatiques et psychiques, nécessaires à cette période de la vie, que plus les gens vieillissent, plus ils doivent se fier à leur propre régime hygiénique, car ce n'était pas au bureau du médecin qu'ils auraient pu recevoir les directives appropriées à leur état.

Les raisons de cette négligence, apportée à l'étude des maladies survenant dans la vieillesse sont probablement très nombreuses. Peut-être partageons-nous à tort l'opinion générale de la masse, à savoir que la vieillesse est une maladie en elle-même? Peut-être aussi l'attrait de spécialités plus rémunératrices et à résultats plus immédiatement consolants, nous a-t-il fait négliger cette branche de la médecine: la *gériatrie*? Vaut mieux ne pas s'interroger davantage là-dessus. Empressons-nous donc de plaider ignorance. C'est d'ailleurs notre meilleur argument, malgré que le contraire soit inscrit en gothique sur nos parchemins.

Quelles que soient les raisons de cette indifférence passée, le fait est que dorénavant le médecin praticien comptera dans sa clientèle un plus grand nombre de vieillards. Il ne suffira que d'un peu plus de science et de prévention pour apporter une grande amélioration dans les conditions de santé de la vieillesse. C'est par l'étude et la mise en pratique de la gérontologie, et plus spécifiquement de la gériatrie et de l'examen périodique du vieil-

lard, qu'il sera en mesure de prévenir les états pathologiques, qui trouvent dans la sénescence un terrain favorable à leur évolution. Il se familiarisera avec les réactions différentes que présente un organisme ou un organe en voie de dégénérescence normale en réponse aux états pathologiques qui peuvent venir s'y greffer.

Ce faisant, il pourra contribuer à diminuer ou à faire disparaître chez l'homme cette appréhension de la vieillesse, appréhension qui pousse souvent avec le premier cheveu blanc pour ne tomber toujours qu'après le dernier. Grâce à la médecine préventive, la vieillesse et son cortège d'infirmités ne seront plus l'aube de la mort, mais bien le soir de la vie.

Autrement, à quoi servirait-il de tant chercher à prolonger la durée moyenne de l'existence humaine, si comme résultat nous n'obtenons qu'une addition d'années d'infirmités et de misères aux années de maladies dont souffre déjà la vieillesse? Les gens auraient alors raison de répéter avec Besançon: « Autant la vivre courte, mais bonne. »

Avant d'aller plus loin, il convient de définir certains termes et de faire quelques mises au point concernant l'emploi indifférent souvent fait des termes *gériatrie* et *gérontologie*.

La *gériatrie* est cette branche de la médecine qui a pour objet l'étude des manifestations *pathologiques* survenant durant la période de sénescence. En deux mots, c'est l'étude de la sénilité.

La *gérontologie*, c'est la science dont l'objet est l'étude de la vieillesse en général.

« Gérontologie » est donc le terme générique englobant tous les autres. C'est l'étude de la vieillesse considérée à tous les points de vue. Elle comprend donc: 1° la « gériatrie »: étude de la sénilité; 2° la « gériologie »: étude des modifications anatomiques et physiologiques caractérisant la sénescence normale; 3° la « gériosociologie »: étude des problèmes économiques et sociaux suscités par l'augmentation du nombre des vieillards dans la société.

La *gériatrie* à son tour embrasse les branches suivantes:

1° La « gérocomie »: l'hygiène et la médecine

préventive dans ses applications à la vieillesse.

2° La « gérontothérapie »: étude du traitement des maladies de la sénescence.

3° La « gériopsychiatrie »: étude des troubles mentaux se manifestant durant la sénescence.

Il ne faut pas non plus confondre « sénescence » et « sénilité ». Ces deux termes sont d'acception très différente. « Sénescence » signifie le processus normal de la vieillesse alors que « sénilité » désigne le processus pathologique de la vieillesse.

Si ces différentes sciences se partageant l'étude de la vieillesse n'ont pas toujours tenu l'avant-plan, il ne faut cependant pas croire qu'elles n'ont jamais avant aujourd'hui excité la curiosité des humains. Au contraire, tant au point de vue social qu'aux autres points de vue — politique, économique et religieux — dans tous les pays du monde et à toutes les époques, les vieillards, grâce à leur sagesse et à leur expérience de la vie, ont occupé des places importantes dans les sociétés humaines et ont joué un rôle primordial dans l'orientation et la destinée des peuples. Les Mages égyptiens, les Mandarins chinois, les Patriarches antédiluviens, les membres du Sanhédrin juif, les Archontes grecs, les Gérontes de Sparte, les Sénateurs romains et plus près de nous d'autres sénateurs plus récents, mais non moins intéressants pour cela (voulant aussi accaparer l'Histoire au lieu de laisser l'Histoire s'emparer d'eux), tous ceux là et d'autres encore sont le témoignage de l'influence des vieillards dans la société.

N'oublions pas, en passant, ceux qui, comme Branly dans les sciences, Léonard de Vinci dans les arts, Victor Hugo dans les lettres, etc., ont travaillé à l'avancement de la civilisation et au perfectionnement de l'esprit.

Si la médecine contemporaine, comme groupe, s'est plutôt désintéressée du problème de la vieillesse, toutefois, il n'en fut pas toujours ainsi, heureusement, de tous les médecins.

Hippocrate, Celse, Galien et Roger Bacon

furent les précurseurs de la gériatrie. A leur suite, les Anglais Day, Maclachlen et Humphrey, les Français Gillette, Charcot, Rautier, Pic et Brousseau, Besançon et Carrel, les Américains Nascher, Boas, Thewlis et nombre d'autres, se sont intéressés à la question. Mais ce n'est qu'au début du XXe siècle que Nascher en a formulé les trois principes fondamentaux que voici.

*1er principe.* La sénescence de même que l'enfance est une entité physiologique et non un état pathologique de maturité.

*2e principe.* La sénescence est cette période de la vie où la dégénérescence doit être considérée comme normale. Les maladies de la vieillesse sont des conditions pathologiques surajoutées à un organisme normalement en dégénérescence, et non pas des maladies dégénératives en elles-mêmes, comme il s'en rencontre en période de maturité.

*3e principe.* Le but du traitement de la maladie durant la période de sénescence est de ramener l'organe ou le tissu malade à un état normal pour cette période de sénescence et non pas de lui redonner l'état normal de la période de maturité.

Comme, pour bien comprendre une maladie, il faut l'étudier en fonction du terrain sur lequel elle évolue, il nous est donc nécessaire d'approfondir nos connaissances sur les changements anatomo-physiologiques que la période de sénescence produit chez l'homme.

Il faut toujours se rappeler cet axiome: « Que nous traitons des malades et non des maladies. » Ces dernières sont des constructions abstraites sorties, armées de pied en cap, du cerveau des pathologistes. Ainsi tous savent que les différents troubles cardiaques, pulmonaires, digestifs et autres présentent une symptomatologie, une évolution et un pronostic bien différents selon qu'ils évoluent sur un enfant, un homme d'âge mûr ou un vieillard.

De là l'importance de bien connaître la physiologie de la sénescence.

Quel est chez l'homme l'âge d'apparition de cette période?

Les uns le fixent à 55 ans, les autres à 65 et

Nascher, lui, en place le début vers les 60. Comme vous le constatez, cet âge change beaucoup suivant les auteurs, alors qu'en réalité il ne doit varier qu'avec chaque individu en particulier. Ne perdons pas notre temps à passer en revue ces théories qui prétendent se détruire l'une l'autre.

Tout ce qu'il y a de certain, c'est l'impossibilité où l'on se trouve, à l'heure actuelle, d'attribuer un âge précis à l'apparition de la sénescence. En effet, l'âge auquel la vieillesse s'installe chez l'homme est conditionné par de multiples facteurs individuels dont l'hérédité semble être le plus important et où la physiologie a certainement plus à dire que la chronologie.

En attendant de plus grandes précisions sur le sujet en question, il vaut mieux calculer en âge physiologique qu'en âge chronologique lorsqu'il s'agit de vieillards. En effet, un individu de 65 ans peut très bien avoir conservé l'anatomie et la physiologie d'un homme de 40, en pleine maturité, alors que souvent le quadragénaire pourra présenter toutes les modifications anatomo-physiologiques propres à la sénescence.

#### FACTEURS INFLUENÇANT L'APPARITION DE LA SÉNESCENCE (facteurs de longévité)

Plusieurs facteurs peuvent hâter ou retarder l'apparition de la sénescence. De l'avis de la majorité, comme nous l'avons déjà fait remarquer, l'hérédité en est le principal. « Si, dit Besançon, vous êtes le portrait tout craché d'un phénomène de famille qui a décroché les 120 ans, vous avez votre chance. » « On ne peut pas, ajoute-t-il plus loin, changer l'acte de décès de son grand-père. » Et cet autre qui écrit: « Il neige sur les parents et l'avalanche est pour les enfants. »

Le climat en est un autre. Selon des sources officielles, 7,000 centenaires vivaient en Turquie en 1937. La Hongrie, l'ancienne Bohême, serait un pays de centenaires; de même la Bulgarie, de même La Paz en Bolivie, de même le Thibet. Il est à remarquer que ce

sont tous des pays montagneux: l'altitude aurait-elle également une influence favorable à la longévité?

Aux précédents facteurs, il faut ajouter la race, le sexe, le genre de vie, le genre de travail, l'entourage, la nutrition, etc., etc., et certaines infections antérieures dont les principales sont la grippe, les amygdalites et bronchites. Tous ces facteurs peuvent être tenus responsables d'une sénescence prématurée.

Le docteur Besançon, dans son spirituel volume *Les jours de l'homme*, ramène à quatre principaux les facteurs propres à retarder la sénescence:

1) *Le renouvellement des hormones sexuelles* par des procédés plus en honneur chez les anthropoïdes que chez leurs cousins humains, du moins ouvertement. « Une clef dont on se sert ne rouille pas », dit-il.

2) *Les maladies de relais*: l'hypotension, la migraine, la dyspepsie, la goutte, la constipation habituelle, la diarrhée nerveuse, l'asthme, la gravelle, les hémorroïdes, les varices, l'eczéma, même le diabète, et enfin toutes les manifestations de la diathèse neuro-arthritique, seraient, selon lui, des soupapes de sûreté prévenant chez l'homme une explosion prématurée dans l'éternité.

3) *Le travail de l'esprit*: les professions intellectuelles: le notariat, la prêtrise, la littérature, les arts, les sciences favoriseraient la longévité. Fait à remarquer, la médecine n'est pas mentionnée.

4) *L'hérédité*: dont nous avons déjà parlé.

La sénescence s'installe chez l'homme graduellement et de façon insidieuse. Les cellules et les tissus de son organisme subissent des transformations très importantes. Ces changements sont: déshydratation tissulaire progressive avec diminution du liquide intra-cellulaire, altérations des systèmes colloïdaux, perte de l'élasticité tissulaire, dégénérescence des tissus conjonctifs, retard de la division cellulaire, de la croissance et de la réparation tissulaire, atrophie et dégénérescence cellulaire, diminution de la rapidité, de la force et de l'endurance des réactions du squelette neuro-musculaire, atrophie progressive et dégénérescence

du système nerveux. Tous ces changements histophysiologiques se traduisent par des modifications anatomiques externes et internes, et des changements physiologiques et psychiques importants.

*Les modifications anatomiques* se manifestent surtout par: diminution de poids et de stature, modifications du cristallin, rigidité et sclérose du tympan, atrophie des follicules pileux et des glandes sudoripares, grisonnement, fragilité osseuse, sécheresse de la peau, rides et disparition du pannicule adipeux, légère cyphose dorsale, ptose des paupières inférieures, arc sénile inconstant, chute des dents, atrophie du tissu lymphoïde, fragilité érythrocytaire, diminution des réflexes tendineux, atrophie cérébrale à localisation surtout frontale et occipitale.

*Quant aux modifications physiologiques*, elles sont la résultante des altérations anatomiques déjà énumérées. Ce sont: presbytie, hypoacousie, abaissement de la tolérance au chaud et au froid, défaut d'adaptation aux ambiances extrêmes, manque de résistance aux grands efforts, processus ralenti de réparation tissulaire, emphysème pulmonaire, hypertrophie prostatique et stase vésiculaire, circulation déficiente des extrémités, abaissement du métabolisme basal avec diminution de toutes les réactions physiologiques de l'organisme.

*Les principales modifications psychiques* sont: perte ou diminution de la mémoire des faits récents, diminution de la souplesse émotionnelle et idéationnelle, une grande irritabilité, insomnie, hélikiarithmomanie (ou préoccupation de l'âge).

Toutes ces transformations ne sont pas d'observation récente. Hippocrate et Galien eux-mêmes les ont déjà décrites en partie.

Cette connaissance de la physiologie du vieillard permet de mieux saisir les conditions pathologiques qui surviennent à cette période.

Existe-t-il, à proprement parler, des maladies de la vieillesse? De l'avis des plus versés dans la question, il n'y a pas de maladies spécifiquement inhérentes à la vieillesse, pas plus qu'on ne rencontre de maladies spécifiquement

inhérentes à l'enfance, à l'adolescence ou à la période de maturité. Les maladies rencontrées durant cette période de la sénescence peuvent se manifester durant les autres périodes de la vie.

Ne rencontre-t-on pas, en effet, des maladies de l'enfance chez les vieux, certaines infections par exemple; ne voit-on pas aussi chez les enfants des états pathologiques habituellement rencontrés chez les vieillards? Tout récemment, encore, la presse médicale rapportait le cas de Paul Banks, de St-Louis, âgé de 5 ans, souffrant de cette maladie baptisée « progéria ». Cet enfant, quoique très jeune, présente déjà l'aspect anatomo-physiologique d'un homme de 70 ans. Il n'y a donc pas de maladies spécifiques à chaque période de la vie. Si une maladie se manifeste habituellement de façon plus fréquente durant une période donnée, la vraie raison en est le terrain. Et ce terrain de l'enfance diffère de celui de l'adulte comme celui-ci diffère de celui du vieillard.

Les changements anatomo-physiologiques de dégénérescence s'opérant durant la période de sénescence préparent donc un terrain propice à l'éclosion de certains troubles fonctionnels ou organiques. Alors, sous l'influence des facteurs suivants: hérédité, milieu social, économique, familial, éducationnel, nutrition, hygiène de vie, genre de travail, climat, etc., pourront apparaître de façon plus ou moins précoce, selon les individus, certains états pathologiques dont nous reparlerons plus loin d'une façon plus détaillée.

*Les maladies rencontrées durant la période de sénescence peuvent être classifiées en trois principaux groupes:*

- 1) *Maladies survenant surtout durant la vieillesse, mais pouvant apparaître aussi quoique rarement, en toute autre période (artério-sclérose, goutte, arthrite, cancer, et les maladies du système cardio-vasculo-rénal).*
- 2) *Maladies modifiées par l'état de sénescence, mais pouvant survenir à tout âge. Ces maladies proviennent de l'affaiblissement des tissus et des organes.*

- 3) *Maladies non modifiées par la période de sénescence: ces maladies sont plutôt rares dans la vieillesse. Dans ce dernier groupe entrent surtout les infections de l'enfance dont le taux de mortalité augmente graduellement avec l'âge à partir de 10 ans.*

Comme toutes ces maladies existent en puissance chez l'homme bien avant la période de sénescence, il appartient donc au médecin d'enseigner à son patient de prévenir leur apparition précoce. Necker avait bien raison de dire: « Il faut apprendre de bonne heure à être vieux, car le bonheur ou le malheur de notre vieillesse n'est souvent que l'extrait de notre vie passée. »

\* \* \*

Connaissant à fond les manifestations anatomiques et physiologiques normales de la sénescence, l'examen médical périodique du vieillard, tout en renseignant le médecin sur les tendances héréditaires et sur les influences du milieu interne et externe particulières à chaque individu, lui livrera les moyens de prévenir ou de retarder l'apparition des états pathologiques chez le vieillard par une hygiène de vie en rapport avec le terrain propre à chacun d'entre eux.

Même si l'hygiène préventive n'était pas le facteur principal de longévité, il est sûr qu'elle « épargnera au moins, dit Besançon, les accidents de la route et permettra au vieillard d'arriver en bon état au bout de la promenade ». Les résultats qu'on ne manquera pas d'obtenir feront beaucoup pour détruire l'opinion que la vieillesse est une encyclopédie de maladies et le vieillard un hôpital ambulante.

Si on demande à quel temps le vieillard devrait commencer à subir un examen médical périodique, je répondrai paradoxalement: *avant la vieillesse*. En effet, comme la plupart des maladies survenant durant la sénescence défient souvent toute thérapeutique curative et que la majorité d'entre elles débutent insidieusement, même avant cette période, il semble que l'examen devrait commencer durant la période de maturité. Cette façon d'agir rendrait

possible le contrôle des états pré-séniles; et le traitement des troubles concomitants à ces états conférerait une plus grande efficacité à la prévention de leurs conséquences se manifestant durant la période de sénescence. Ainsi le traitement de l'obésité dès la période de maturité éviterait au vieillard les troubles cardio-vasculaires, rénaux et gastro-intestinaux qu'elle engendre habituellement.

Un tel examen devrait être répété régulièrement au moins deux fois l'an.

Il va sans dire qu'un bon examen médical du vieillard exige de la part du médecin examinateur un temps plus long et une patience mieux blindée que l'examen d'un adulte d'âge mûr.

« La vieillesse est naturellement bavarde », a dit Cicéron. Il faut donc en prendre son parti et savoir s'armer de patience pour écouter avec attention et jusqu'au bout cette relation hyperdétaillée des symptômes ou problèmes personnels exposés par le vieillard. Malgré que sa description soit enrobée de multiples répétitions, il ne faut jamais tenter de couper court à ses propos. Tous les vieillards ou presque croient qu'une description très circonstanciée de leurs troubles (et, en cela, ils n'ont pas tellement tort) est essentielle à la parfaite compréhension de leur état. Ils se refuseront toujours à coopérer ou à suivre les instructions du médecin qui semble se désintéresser de leurs explications.

Ayant toujours présent à l'esprit que les moindres symptômes, chez le vieillard, peuvent voiler un état pathologique important, le médecin devra s'efforcer de bien écouter et ne pas traiter à la légère les renseignements, même vagues et confus, qui lui seront fournis. Le seul fait d'accorder au vieillard cette attention gaie et bienveillante sera souvent le meilleur remède à la disparition de plusieurs maux.

Boas a raison lorsqu'il prétend que le médecin a trop souvent tendance à minimiser l'importance de ces examens de routine et qu'il peut ainsi manquer de voir certains signes précoces de la maladie, difficilement décelables, surtout au tout début des affections chroniques

de la vieillesse. Comme d'un côté il n'y a pas de ligne de démarcation bien tranchée entre les états cliniques et pré-cliniques de la période dite de sénescence, comme, d'un autre côté, il est admis que les causes réelles de certains états pathologiques, tout particulièrement concernant les maladies chroniques, en sont encore à l'état de pure hypothèse, il s'en suit que le diagnostic précoce des maladies de cet âge présente de grandes difficultés. Et cela d'autant plus que la prévention chez les vieillards consiste dans le dépistage de la maladie, au tout début de son stade symptomatique, voire même avant celui-ci, par le méticuleux « sondage » des terrains.

Afin d'être en mesure de reconnaître ces signes avant-coureurs de la maladie, le médecin doit savoir interroger le vieillard sur ses ascendants, son psychisme, ses habitudes de vie, etc.

Il ne faut jamais manquer de fouiller aussi loin que possible les antécédents héréditaires du patient, car il faut s'attendre à ce que certaines tendances héréditaires ressuscitent chez le patient, à peu près vers le même âge où elles sont apparues dans le passé chez ses ancêtres. Nous n'appuierons jamais trop sur l'importance du facteur hérédité dans la production des états pathologiques surgissant lors de la sénescence.

Mark Twain et Oliver Wendell Holmes soulignent très bien son rôle insigne lorsque, avec une pointe d'humour, ils nous conseillent d'être très judicieux dans le choix de nos parents, si nous aspirons aux sommets de la longévité.

Il est non moins nécessaire de scruter minutieusement le psychisme des vieillards, qui, de l'aveu de Besançon, sont parfois « très difficiles à confesser ». Cette enquête pourra révéler que l'insomnie et l'instabilité émotionnelle affichée ne sont souvent que la résultante de causes telles que l'insécurité financière, l'inadaptation à l'entourage, la perte de mémoire, certains petits drames familiaux, etc., etc., qu'avec un peu de patience, de temps et surtout de tact, le médecin pourrait corriger. Il y a aussi les psychoses séniles, dont les plus fréquentes sont dues à la sclérose cérébrale.

Il faut en outre interroger le vieillard sur ses habitudes de vie, ses goûts, son genre de travail, ses passe-temps favoris, ses relations sociales et familiales, son hygiène de vie (repos, exercices, etc.), son alimentation au point de vue qualité et quantité. Même, il est fortement à conseiller d'incursionner dans le domaine de la vie sexuelle du vieillard. Les révélations de cette enquête confirmeront peut-être souvent les dires de Besançon, à savoir que: « Les vieux n'ont pas attendu les conseils de Brown-Sequard pour fourbir leurs armes avec ou sans coup de feu. »

Les réponses à ce questionnaire fourniront des renseignements intéressants sur les possibilités de résistance du vieillard, s'il en vient aux prises avec certains états pathologiques familiers à cette période. Elles orienteront les mesures préventives nécessaires à juguler, avant leur franche manifestation, certaines maladies que le médecin verra se dessiner très vaguement à travers le réseau des tendances morbides affichées par certains vieux.

Ensuite vient l'examen objectif. Tout le long de cet examen il faut, avec soin, rechercher tous les moindres signes des états pathologiques, qui, sous l'impulsion de certains facteurs déjà mentionnés (hérédité, infection), peuvent naître et trouver sur le terrain modifié par la sénescence des circonstances éminemment favorables à leur évolution. C'est ici surtout que la connaissance des modifications anatomo-physiologiques propres à la sénescence évitera de prendre ces changements pour des états pathologiques.

#### 1) Poids.

Dès le début de chaque examen le patient devra être pesé. Cette pratique mettra souvent sur la piste d'un cancer ou d'une hyperthyroïdie, s'il y a amaigrissement brusque et considérable; alors qu'une série de pertes et de gains rapides devront plutôt faire penser à la rétention et à la déplétion hydrique des **cardiaques**.

#### 2) Examen de la peau.

La trop grande pâleur doit pousser vers la recherche de l'anémie. L'élasticité

cutanée renseigne sur l'état général de nutrition du patient. Une peau ictérique peut vouloir dire un début de cancer du pancréas.

Les lichénifications et les kératoses demanderont d'être surveillées au point de vue malignité.

#### 3) Examen de la tête.

Le grisonnement précoce peut être un signe d'anémie ou d'avitaminose.

L'examen des yeux peut révéler la presbytie (après 40 ans plus de la moitié des gens souffrent de presbytie) et la présence de cataractes. La conjonctive ictérique est l'indice des troubles hépatiques.

Alors que la conjonctive palpébrale pâle met sur la piste de l'anémie.

Le fond d'œil renseigne sur la présence d'urémie, d'hypertension, d'artério-sclérose ou de diabète.

Des commissures labiales rouges et fissurées peuvent indiquer une ariboflavinose.

Une langue lisse est souvent l'indice de déficience en acide nicotinique.

L'hypoacousie graduelle peut laisser soupçonner un processus d'artério-sclérose au début.

L'infection dentaire sous forme de pyorrhée est très fréquente.

Aux oreilles (pavillons) on peut souvent voir et palper les tophi de la goutte.

#### 4) Examen du cou.

Il peut révéler la présence de ganglions hypertrophiés, indice de cancer du poumon, ou nous faire palper un goitre.

#### 5) Colonne vertébrale et région dorsale.

Ces régions sont le siège de cyphose, ou d'ostéo-arthrite de la colonne, spondylose; souvent les femmes aux seins volumineux et « pendants » peuvent présenter des douleurs dorsales hautes.

6) *Thorax.*

Savoir reconnaître le thorax de l'emphysémateux souvent immobilisé en position inspiratoire avec respiration abdominale fréquente; l'emphysème cause la dyspnée et prédispose à la bronchite.

- 1) rechercher aux aisselles: re: métastase de cancer du sein.
- 2) palper les seins: en vue de découvrir les masses suspectes.

7) *Poumons.*

Recherche d'emphysème, bronchite chronique, cancer au début, pneumonie hypostatique souvent sans symptômes apparents.

8) *Cœur et tension artérielle.*

L'importance de la prise de la tension artérielle n'est plus à discuter.

L'hypotension peut être l'indice d'anémie, déficiences endocrines, etc., etc.

Hypertension, artério-sclérose, anévrisme de l'aorte.

Examen du cœur re: angine, insuffisance cardiaque et autres.

9) *Abdomen.*

L'abdomen penduleux, flasque, obèse peut causer une lordose lombaire accompagnée de douleurs dans cette région.

Paroi atone, éentrations chez la femme surtout, hernies ombilicales, inguinales, inguino-scrotales, etc.

*Palpation de l'abdomen.*

Estomac re: tumeurs.

Vésicule biliaire: cholécystite calculuse.

Foie: cirrhose hypertrophique, cancer, congestion.

Rate, splénomégalie.

Appendice: appendicite.

Flatulence: aérophagie.

Cadre colique: masses tumorales.

Loges rénales: lithiase, hydronéphrose, néphroptoses, kystes ovariens, fibromes utérins ou néo-sarcomes.

10) *Organes génitaux: toucher vaginal.*

Hernie inguinale, inguino-scrotale, cancer des testicules et du col utérin, etc.

11) *Toucher rectal.*

Fissures, néo du rectum, hémorroïdes, néo de prostate; adénome prostatique; polypes.

12) *Membres inférieurs.*

Ongles incarnés et infection, circulation des extrémités, gangrène diabétique, varices et ulcères variqueux, rhumatisme articulaire et arthrite, pieds plats, cals plantaires douloureux, déformation du pied (etc.), pouls de la pédieuse.

13) *Membres supérieurs.*

Tophi de goutte aux doigts.

Rhumatisme.

Nodosités d'Heberden.

Pouls — état de la radiale.

*Analyses.*

1) Caractère des selles: re: néo, ulcère, pancréas, cirrhose, lithiase, parasites.

2) Analyse des urines: vessie et rein.

3) Sang: azotémie, cholestérol, B.W., formule sanguine, glycémie, sédimentation, Van den Bergh, amylase et lipase, protéines totales.

4) Métabolisme basal.

Voilà, en résumé, ce que le médecin devrait s'appliquer à rechercher lors de l'examen médical périodique du vieillard.

Cet examen prête facilement et souvent à des erreurs de diagnostic. La tentation de rattacher des symptômes plus ou moins vagues à une entité clinique définie, l'ignorance touchant les processus anatomo-physiologiques de la sénescence, la négligence trop souvent apportée à ces examens de routine, enfin les réponses inexactes que peuvent fournir les patients pour différentes raisons, voilà quelles en sont les principales causes.

Ces erreurs de diagnostic pourraient être facilement évitées dans la plupart des cas. Pour cela, il suffit de pénétrer son esprit des principes suivants:

- 1) *Ne pas toujours chercher à rattacher l'en-*

*semble des symptômes présentés par le vieillard à une seule entité pathologique.*

Autrement dit, il ne faut jamais forcer le malade à entrer dans les cadres souvent trop étroits d'une maladie donnée. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer, au cours d'un examen, la présence de deux, voire même de plusieurs maladies chez un seul individu.

Il arrive aussi très fréquemment que la lésion trouvée ne soit pas le moins du monde à l'origine des troubles dont se plaint le malade, mais qu'elle soit tout simplement une condition associée, dont l'évolution s'était faite sans tapage jusque-là.

Il est également très commun de rencontrer deux lésions différentes en pleine évolution chez le même malade. Si alors l'examen fut trop superficiel, la découverte de l'une fera oublier la possibilité de l'autre et le patient continuera à souffrir comme auparavant.

En effet, il est courant de découvrir une coronarite coexistant avec un ulcère ou un cancer d'estomac, de voir l'hyperthyroïdie accompagner des troubles cardiaques, une tumeur pulmonaire voisiner la tuberculose du même organe, l'hypothyroïdie coïncider avec l'anémie, la défaillance cardiaque aller de pair avec l'emphysème pulmonaire, etc., etc.

Deux lésions, deux maladies évoluant ainsi de concert ne manquent pas de produire des interférences symptomatiques qui, telles celles produites par les ondes hertziennes employées en radiophonie, empiètent les unes sur les autres, embrouillent et compliquent la compréhension.

2) *Durant la sénescence, des maladies bien connues évoluent d'une façon si différente qu'elles peuvent passer inaperçues de l'observateur inattentif.*

En effet, les mêmes maladies évoluant durant l'âge mûr ou l'enfance, présenteraient un tableau plutôt dramatique. A cause de la transformation du terrain et de la diminution de la sensibilité nerveuse chez le vieillard, le tableau subjectif n'est plus le même. Par exemple, l'appendicite, la péritonite et la hernie étranglée, qui occasionnent de si atroces

douleurs durant l'enfance et l'âge mûr, peuvent évoluer de façon presque indolore durant la vieillesse. Plusieurs cancers passent inaperçus tant qu'ils n'ont pas causé l'obstruction; la pneumonie, cette grande faucheuse des vieillards, ne présente souvent qu'une douleur excessivement légère. L'examen subjectif dans ces cas ne révèle rien, ou à peu près. Seuls, l'examen objectif méticuleux et la radiographie de routine peuvent faire déceler de tels états pathologiques presque toujours mortels chez le vieillard.

3) *Nécessité de toujours faire un examen très méticuleux et d'attacher l'importance voulue aux symptômes déclarés.*

Car, s'il y a un substratum, comme il y en a toujours, qu'il soit psychique ou anatomique, aux plaintes des vieux, la méthode « antique et solennelle » du sourire mi-compatissant, mi-moqueur, même accompagné de la classique tape dans le dos du patient, n'est mentionnée dans aucun traité comme étant d'une grande efficacité thérapeutique, si toutefois elle peut en avoir une préventive.

4) *Ne jamais de prime abord ajouter foi au témoignage d'un patient vieillard.*

Il faut contrôler ou faire contrôler ce qu'il avance par un examen objectif. Car le patient, pour plusieurs raisons, peut nous induire en erreur, soit en niant l'existence de certains symptômes, dans le but d'éviter un examen qu'il juge désagréable, soit que sa mémoire en défaut lui fasse nier des vérités pour admettre des faussetés, soit enfin qu'il modifie son témoignage par crainte de l'opération, de la douleur ou des dépenses qu'il imagine devoir être la conséquence de sa réponse.

Il ne faut pas non plus oublier les simulateurs. Mais c'est là un diagnostic dont on abuse trop souvent. Il ne faut pas aller jusqu'à traiter de simulateur un vieillard qui en réalité présente des convulsions urémiques. La chose entraîne à conséquences.

4° *Recherche de certains signes précurseurs échappant souvent à l'examen.*

Trois conditions pathologiques qui, selon Meyer Golob, sont aussi trois signes précurseurs de la sénescence, échappent souvent au

diagnostic précoce. Ces états pathologiques sont:

a) *La dysthyroïdie.* Tous les feux, ceux de l'Amour comme ceux de l'organisme, ont besoin d'oxygène pour la combustion. Il est fréquent de rencontrer, dit Mayo, ces vieillards qui ont brûlé leur thyroïde. L'aspect physique et le métabolisme basal dans ces cas renforceront le diagnostic.

b) *L'achylie gastrique.*

Ce trouble existe souvent sans aucune manifestation importante. Une bonne dame qui se présente au bureau se plaindra de ce que ses Coty et ses autres parfums n'ont plus qu'une odeur d'eau de Cologne, ou pis, qu'ils n'en ont plus du tout, et que ses meilleurs hors-d'œuvre sont de plus en plus fades. C'est, peut-être, là, l'indice d'une atrophie de ses cellules bipolaires et de ses papilles du goût. Ces signes doivent faire penser à l'atrophie gastrique. En l'occurrence, un chimisme gastrique démontrera probablement la présence d'une achlorhydrie.

D'après Ivy, après 20 ans, l'acidité gastrique diminue; après 40 ans, c'est l'achlorhydrie; si bien que après 60 ans, 1/3 des gens sont achlorhydriques.

c) *Le Se de ces signes précurseurs, c'est l'hypertension artérielle dite essentielle.*

Son début est si insidieux et asymptomatique qu'il peut en faire différer le diagnostic jusqu'au jour où la thérapeutique ne pourra qu'avouer son impuissance.

L'examen médical périodique du vieillard permettra plus facilement la prévention de ces maladies qui ont une affinité particulière pour la période de sénescence et qui lui sont les plus mortelles; mentionnons principalement les maladies du système cardio-vasculaire, le cancer, la néphrite avec hypertension, les maladies des voies respiratoires.

1° *Maladies du système cardio-vasculaire.*

Les maladies du cœur constituent la principale cause de mortalité chez les vieillards. Boas affirme que 52% de la mortalité chez les gens âgés (60 et 70 ans) est due à des troubles cardiaques.

A la période de sénescence, certains changements structuraux du cœur, telles l'hypertrophie et certaines modifications vasculaires, telle la rigidité, favorisent la production et la manifestation des troubles cardiaques.

L'artério-sclérose résultant de troubles hormonaux, diététiques et métaboliques peut, suivant ses différentes localisations, occasionner des thromboses cérébrales, coronariennes ou périphériques. C'est une des formes de la dégénérescence tissulaire. Il ne faut pas croire qu'elle soit une affection de l'homme moderne seulement, comme plusieurs se plaisent à le dire. Non! Elle est au moins aussi vieille que les pyramides égyptiennes, puisqu'on a pu la retracer dans le système vasculaire des momies. Quant à la néphrite avec l'hypertension artérielle, dont les causes sont encore plus nombreuses que ceux qui en parlent, elle entraîne différents troubles tels: céphalées, vertiges, etc., et finit par se compliquer d'insuffisance cardiaque, d'ictus cérébral avec hémiplegie, d'urémie, ou d'angine de poitrine, etc. Ces différents chemins conduisent au même point: *la mort.*

2° *Le cancer.*

Au point de vue fréquence, il arrive immédiatement après les cardiopathies. Sa fréquence augmente jusqu'à l'âge de 80 ans, après quoi elle va en diminuant. Son évolution est plus lente chez le vieillard.

On calcule qu'environ 175,000 personnes sont mortes de cancer aux Etats-Unis, en 1945.

Ses localisations les plus fréquentes sont génitales, tant chez l'homme que chez la femme. Hors les organes génitaux, le cancer chez l'homme se développe de préférence dans la bouche, sur les lèvres, la langue, le pharynx, la vessie, les poumons, le rectum, la peau, l'estomac et le pancréas. Chez la femme, il préfère l'intestin, le foie, la vésicule biliaire, la cavité abdominale et les seins.

Chez l'homme, il apparaît entre 60 et 65 ans, alors que chez la femme, il peut se manifester n'importe quand entre 45 et 65 ans.

Chez le vieillard, les symptômes en sont très vagues. Ils peuvent simuler une banale indigestion, lors de leur première manifestation. Ensuite surviendra la kyrielle symptomatique, perte d'appétit, perte du goût de fumer, perte de poids et de force, anémie, vomissements, etc.

3° *Les maladies des voies respiratoires arrivent en 3e lieu comme cause de mortalité.*

La pneumonie, la broncho-pneumonie, l'abcès pulmonaire, la tuberculose sont responsables d'environ 6 à 7% de la mortalité des gens âgés de 50 à 80 ans.

Mais il est bon d'ajouter que la très grande majorité des nonagénaires et octogénaires rencontrent leur nœud gordien dans la pneumonie et la broncho-pneumonie. Et ces maladies sont d'autant plus redoutables qu'elles évoluent presque sans symptôme, chez les vieux. On ausculte, dit Besançon, et on n'a pas trouvé la pneumonie. Elle est là cependant. On la trouverait en ouvrant le corps. C'est la mort en douce, par une congestion qui vient à pas feutrés. Il ajoute: « C'est la mort de presque tous les grands vieux et l'on s'abuse en disant: « La pneumonie est la fin des vieillards », quand il conviendrait de dire « Qu'attendent les médecins pour nous préserver de cette peste! »

Parmi les autres maladies fréquentes chez les vieux, n'oublions pas les troubles mentaux, les maladies de la nutrition et les endocrinopathies.

Les psychoses séniles sont caractérisées par un fonctionnement mental déficient et surtout par la perte de mémoire des faits récents. L'artério-sclérose, le milieu, les influences toxiques et héréditaires en sont les principales causes favorisantes.

Les déments séniles, les délirants confus, les déprimés et agités, les paranoïaques et les pré-séniles sont les principaux types rencontrés chez les vieux.

La période prodromique se manifeste surtout par une plus grande irritabilité, de l'insomnie, des malaises généraux vagues, de la myasthénie et de l'anorexie.

A la période d'état, il y a perte de mémoire des faits récents, troubles de l'affectivité, obstination, entêtement, égoïsme et relâchement moral. La prédominance d'un ou de l'autre de ces symptômes détermine la variété clinique.

Les récentes découvertes de la diététique démontrent toute l'importance qu'il faut attacher à une bonne nutrition durant la période de sénescence.

Il est admis aujourd'hui que plusieurs manifestations de la vieillesse et de la maladie chez les vieillards, manifestations autrefois acceptées comme compagnes inévitables de la sénescence, sont la conséquence éloignée d'une nutrition déficiente ou défectueuse durant les périodes antérieures.

Les processus de réparation se poursuivant sans cesse dans l'organisme humain, le boire, le manger et le sommeil sont donc nécessaires aux fonctions de récupération de l'organisme. La diète doit donc contenir, en proportions suffisantes, les vitamines, les sels minéraux, les amino-acides et autres éléments essentiels à la bonne utilisation des lipides, des glucides et des protéides. En outre, la valeur calorique alimentaire doit être proportionnée aux besoins de chaque individu.

Les maladies de la nutrition, chez le vieillard comme chez les adultes, peuvent être divisées en deux groupes: 1° les maladies du métabolisme, englobant l'obésité, la maigreur, la goutte, le diabète, etc.

Sans nous attarder en de longues considérations symptomatiques, thérapeutiques et diététiques, il est bon d'insister quelque peu sur l'importance de la recherche de ces troubles de la nutrition qu'une enquête détaillée de la diète et du régime de vie du vieillard aidera à mettre en évidence.

Il est souvent difficile de porter un diagnostic précoce, surtout lorsqu'il s'agit de cas limité de déficiences alimentaires, à cause du vague des symptômes et de l'absence de douleur. A l'origine des troubles de la nutrition nous rencontrons les « manies alimentaires », l'inappétence, la perte du goût, l'ingestion de sucreries entre les repas, les chocs émotion-

nels, la constipation, les troubles gastriques, une mauvaise dentition, les prothèses dentaires défectueuses, etc.

Tout autant que l'hypernutrition, l'hypnutrition peut abrégé les jours du vieillard. Le médecin devra toujours chercher la cause de cette maigreur, qui peut être l'hyperthyroïdie, le cancer, etc..., et prescrira à son patient un nombre de calories suffisant au maintien d'un poids normal.

L'hypernutrition avec l'obésité qu'elle entraîne est à la source de multiples troubles et infirmités de la vieillesse. L'obésité est l'ennemie de la longévité. Un apport exagéré de lipides et de glucides favoriserait l'apparition de l'artério-sclérose et de ses complications, du diabète, de la cataracte sénile, de la goutte, etc... Pratiquée à l'âge mûr, l'hypernutrition peut occasionner une sénescence prématurée.

La pesée régulière du patient permettra au médecin de contrôler une obésité naissante. De toute façon, l'alimentation ne doit pas être trop engraisseuse en cette période où le taux des oxydations tissulaires et de l'activité en général est au déclin.

Les hypovitaminoses et les avitaminoses sont aussi très souvent responsables de plusieurs petits troubles se développant au cours de la vieillesse. Selon Boas, il n'est pas rare de rencontrer des symptômes de bérubéri par carence de chlorure de thiamine chez des alcooliques sacrifiant l'alimentation raisonnée à un apport d'alcool exagéré. Certains vieillards souffrant de troubles gastro-intestinaux présentent des signes de pellagre dus à une insuffisante absorption d'acide nicotinique et de riboflavine. D'autres, trop longtemps maintenus à la diète sévère de Sippy pour un ulcère gastrique, ont déjà développé du scorbut par manque d'acide ascorbique. En outre, plusieurs troubles mentaux rencontrés durant la vieillesse doivent leur existence à une carence en acide nicotinique. Enfin, il est hors de doute qu'une alimentation suffisante en vitamines assure une prophylaxie marquée des troubles respiratoires et a un effet général bienfaisant, chez les vieux.

Ceci démontre l'importance qu'il y a pour le médecin de s'enquérir du régime alimentaire du vieillard et de voir à l'améliorer, s'il y a lieu. Il devra toujours:

- fournir une diète suffisante pour ses besoins caloriques;
- favoriser plutôt un surplus qu'une déficience en vitamine;
- adapter la consistance des aliments à l'état dentaire;
- ajuster les constituants aux particularités digestives de chaque individu.

L'endocrinologie apporte aussi sa contribution importante à la connaissance des troubles de la période de sénescence. Les succès de la thérapie de substitution, dans la prophylaxie et le soulagement des états pathologiques qui sont l'apanage de la vieillesse, sont la preuve de l'influence des glandes dans les modifications rencontrées à cette période de la vie.

Le processus de sénescence s'accompagne d'atrophie graduelle des glandes endocrines avec, comme conséquence, une diminution générale de l'activité du système endocrinien.

Certaines glandes peuvent devenir déficientes, par maladie ou autrement, et ces déficiences (thyroïde, surrénale, ovaire, testicule, etc.) ont un effet sénilisant, mais il n'est pas encore prouvé que leur déficience soit la cause de la sénescence.

Les troubles endocriniens les plus fréquemment rencontrés durant la sénescence sont l'hypothyroïdie, le goitre adénomateux, le goitre toxique, le diabète sucré, etc.

Un examen de ce système contribuera à donner une bonne orientation à notre thérapeutique.

#### CONCLUSION GÉNÉRALE

De tout ce que nous avons dit, découle l'importance capitale de l'examen médical périodique du vieillard. Et cette importance s'accroît de jour en jour avec l'augmentation constante du nombre des vieux.

« La révolution qui remodèle la science médicale, dit Piersol, ne doit pas être seulement

une lutte contre la mort, mais aussi une lutte pour la vie. Il ne faut pas chercher seulement à ajouter des années à la vie, mais aussi de la vie aux ans.»

C'est cette lutte pour la vie que nous commençons par l'examen médical périodique du vieillard. Cette précaution rendra d'inappréciables services non seulement à l'individu lui-même, mais aussi à toute la société.

Le vieillard sera alors assuré d'une période de vie plus profitable et plus heureuse durant ses dernières années. Son état de santé lui permettra, tout en évitant l'inactivité qu'il déteste et qui lui fait tort, de se rendre encore, par son travail, utile à la société au lieu de lui être à charge.

Et, dans quelques années, lorsque la médecine aura réussi à vaincre toutes les maladies, le vieillard conservera sa santé jusqu'au jour où la syncope le terrassera.

Alors personne n'aura raison de répéter cette remarque de Théophile Gauthier au sujet de la décrépitude des vieux: « De toutes les ruines du monde, la ruine de l'homme est assurément la plus triste à contempler. »

### Résumé

L'efficacité plus grande des techniques prophylactiques actuelles, la diminution importante du taux de la mortalité infantile sont les principales causes du nombre sans cesse croissant des vieillards dans la société moderne.

Pour faire face au problème posé par cet accroissement, il est important pour le médecin de se familiariser avec la gérontologie et plus particulièrement avec la gériatrie. Bien au courant de l'état physiologique particulier à cette période, il pourra mieux lutter contre les manifestations pathologiques de la sénescence. Il devra surtout s'employer à prévenir ces troubles par un examen médical périodique méticuleux du vieillard.

Avec sagesse, tact, et surtout patience, il fera une enquête soignée de l'hérédité, psychisme, conditions de vie, alimentation et sexualité du vieillard. Lors de l'examen objectif, il ne manquera pas d'interroger tous les

systemes. En contrôlant ou en faisant contrôler les dires du patient, en évitant de rattacher l'ensemble des symptômes à une seule entité pathologique, en accordant toute l'importance voulue aux symptômes déclarés et en pensant que des maladies connues ont une évolution bien différente durant cette période, il évitera les erreurs de diagnostic si faciles et si fréquentes lors de l'examen des vieux.

Il ne faut jamais manquer de rechercher les trois signes précurseurs de la sénescence: la dysthyroïdie, l'achylie gastrique et l'hypertension artérielle dite essentielle. Une attention toute spéciale doit également être apportée au dépistage des maladies qui ont une affinité particulière pour la période de sénescence: maladies du système cardio-vasculaire, rénal, cancer, affections des voies respiratoires, troubles mentaux, maladies des glandes endocrines.

Autre point important, c'est le questionnaire du patient au sujet de son alimentation. En effet, les troubles de la nutrition sont très fréquents chez les vieux. L'hypo ou l'hypernutrition seront cause de maigreur, d'avitaminoses, d'hypovitaminoses, d'obésité, etc., avec tout leur cortège symptomatique.

Cet examen périodique, en permettant la prévention de plusieurs troubles, assurera une vie plus agréable aux vieillards et plus profitable à la société.

### BIBLIOGRAPHIE

#### VOLUMES

1. T. ADDIS et J. OLIVER: *The Renal Lesions in Bright's Disease*. New-York, Paul B. Hoehner, Inc., 1931.
2. A. AIMES: *Météoropathologie*. Norbert Maloin, Paris, 1932.
3. T. C. ALLBUTT et H. ROLLESTON: *The Physiology and Pathology of Old Age*. New-York, MacMillan, 1910.
4. F. M. ALLEN: *Treatment of Kidney Diseases and High Blood Pressure*. Morristown, N. J. Psychiatric Institute, 1925.
5. AMERICAN MEDICAL ASS.: *Handbook of Nutrition*. Chicago, 1943.
6. S. William BECKER et Maximilian E. AUBER-

- MAYER: *Modern Dermatology and Syphilology*. Philadelphie, J. B. Lippincott, Co., 1940.
7. E. T. BELL: *Textbook of Pathology*. Lea & Febiger, Philadelphie, 1944.
  8. BESANÇON: *Les Jours de l'Homme*. Librairie Hachette, Buenos-Aires, 1945.
  9. F. Marcel BEZANÇON, l'abbé Léon BERNARD, etc.: *Pathologie Médicale* (6 vols). Masson & Cie, Paris.
  10. R. BING et W. HAYMAKER: *Textbook of Nervous Diseases*. C. V. Mosby Company, St-Louis, 1939.
  11. Ernst P. BOAS: *The Treatment of the Patient past Fifty*. 1941.
  12. Heller Hardy BRUNOT: *Old Age in New York City*. Welfare Council of N. Y. City, 1943.
  13. C. CALDWELL: *Thoughts on the Effects of Age on the Human Constitution*. Louisville, 1846, Noble.
  14. Alexis CARREL: *L'Homme cet Inconnu*. Plon, Paris, 1935.
  15. J. M. CHARCOT: *Clinical Lectures in the Diseases of Old Age*, trans. by L. H. Hunt. New-York, Wm. Wood and Co., 1881.
  16. Charles COURTENAY: *On Growing Old Gracefully*. New-York, MacMillan, 1936.
  17. E. V. COWDRY: *Problems of Aging*. Williams and Wilkins, Co., 1939.
  18. John W. DRAPER: *The Humors and Shakespeare's Characters*. Duke University Press, Durham, North Carolina, 1945.
  19. E. F. DUBOIS: *Basal Metabolism in Health and Diseases*. 3e éd. Lea & Febiger, Philadelphie, 1936.
  20. Garfield G. DUNCAN: *Diseases of Metabolism*. W. B. Saunders Co., Philadelphie et Londres, 1942.
  21. Jean FINOT: *La Philosophie de la Longévité*. (3e). Schlierher & Frères, Paris, 1901.
  22. F. E. B. FOLEY: *Geriatric Medicine*. W. B. Saunders Co., Philadelphie, 1943.
  23. INTERNAT. M. DIGEST, 34: 181, 1939: *Geriatric Symposium*.
  24. C. JOSLIN: *The Treatment of Diabetes Mellitus*, 1940, éd. 6. Lea & Febiger, Philadelphie, 1937.
  25. Oscar J. KAPLAN: *Mental Disorders in Later Life*. Stanford University Press, 1945.
  26. A. LACASSAGNE: *La Verte Vieillesse*. Imprimerie A. Rey, Lyon, 1924.
  27. George LAWTON: *New Goals for Old Age*. Columbia University Press, N.-Y., 1943.
  28. William G. LEOMOX, Jr.: *Management of the Cardiac Patient*. J. B. Lippincott Co., Philadelphie, 1941.
  29. Gustave LeBON: *Les premières civilisations*. Ernest Flammarion, Paris.
  30. M. A. LEGRAND: *La Longévité à travers les Ages*. Ernest Flammarion, Paris, 1911.
  31. Auguste LUMIERE: *Les Horizons de la Médecine*. Alban Michel, Paris, 1937.
  32. S. METOLNIKOV: *La lutte contre la Mort*. Gallimard, Paris, 1937.
  33. Clarence A. MILLS: *Medical Climatology*. Charles C. Thomas, Baltimore, 1939.
  34. André MISSENERD: *L'Homme et le Climat*. Librairie Plon, Paris, 1937.
  35. I. L. NASCHER: *Geriatrics*, 2e éd. Blakeston, Philadelphie, 1916.
  36. J. R. OLIVER: *Problems of Aging*. Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1942.
  37. Oliver S. ORMSBY et Hamilton MONTGOMERY: *Diseases of the Skin*, 6e éd. Lea & Febiger, Philadelphie, 1943.
  38. J. P. PETERS: *Geriatric Medicine*. W. B. Saunders Co., Philadelphie, 1943.
  39. A. PIE et S. BONNAMOUR: *Précis des Maladies des Vieillards*. Octave Doin & Fils, Paris, 1912.
  40. D. ROTSCCHILD: *Neuropathology of the Aged*. Metropolitan State Hospital, 29 sept. 1940 et 24 mars 1941.
  41. Amram SCHEINFELD: *You and Heredity*. Frederick A. Stokes Co., New-York, 1939.
  42. E. J. STIEGLITZ: *Biological Symposia XI, Aging and Degenerative Diseases*, édité par Robert A. Moore. Jaques Cattell Press, Pennsylvanie, 1945.
  43. E. J. STIEGLITZ: *Geriatric Medicine*. W. B. Saunders Co., Philadelphie, 1943.
  44. Edward A. STRECKER et Ebaugh FRANKLIN: *Practical Clinical Psychiatry*. The Blakiston Co., Philadelphie, 1943.
  45. M. W. THEWLIS: *The Care of the Aged*. C. V. Mosby Co., St. Louis, 1942 (4e éd.).
  46. Charles VIDAL: *Le Vieillard*. B. & Gay, Paris, 1925.
  47. Serge VORONOFF: *La Conquête de la Vie*. Fasquelle, Paris, 1928.
  48. Serge VORONOFF: *Les Sources Renouvelées de la Vie*. Brentano's, New-York, 1942.
  49. Edward WEISS et O. S. ENGLISH: *Psychosomatic Medicine*. W. B. Saunders Co., Philadelphie, 1944.
  50. P. D. WHITE: *Heart Disease*. MacMillan Co., New-York, 1944.
  51. Russell M. WILDER: *Clinical Diabetes Mellitus and Hyperinsulinism*. W. B. Saunders and Co., 1941.
  52. Leonard WILLIAMS: *Middle Age and Old Age*. Humphrey Milford, London, 1925.
  53. William WOLF: *Endocrinology in Modern Practice*. W. B. Saunders, Co., 1940.
  54. Alfred WORCESTER: *The Care of the Aged, the Dying of the Dead*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1945.

## REVUES

1. F. R. ALDERSTEIN: «Full lives for the Aged.» *Recreation*, **39**: 464, 1945.
2. C. P. ARING, J. P. EVANS et T. O. SPIES: *J. A. M. A.*, **113**: 2105, 1939.
3. Joseph H. BARACH: «Diabetes and Geriatrics.» *Clinics*, **5**: 1096, 1946. J. B. Lippincott.
4. L. F. BARKER: «The Senile Patient.» *Am. Int. Med.*, **6**: 1125, 1933.
5. Ed. BARTZ: «Geriatrics — New Lights on Old Folks.» *Clinics*, (août) 1942.
6. H. BENJAMIN: «Gerontotherapy and Geriatrics.» *M. World*, (mai) 1943.
7. Helen C. BENNETT: «Your Occupation determines your life.» *Span. Modern Digest*, **4-12**: 16-18, 1945.
8. N. BLUMBERG, W. I. HEINE et J. LIPSHUTZ: *J. A. M. A.*, **120**: 607, 1942.
9. Henry BRAINERD et William KERR: «Pneumonia in the Aged.» *Clinics*, no **5**, 1124, 1946.
10. BRITISH MED. JOURNAL: «Problem of the Aging.»
11. Paul BRODEUR: «La radiothérapie dans les maladies du vieillard.» *L'Union Méd. du Canada*, (avril) 1946.
12. BROWN: «General Remarks on the Care of the Aged.» *Med. Clinic of N. A.*, vol. **24**, no **1**, juin 1940.
13. Thomas R. BROWN: «Digestive Problems in Old Age.» *Internat. Clinics*, **4**: 33, 1928.
14. L. J. BRUNIE: «Geriatrics.» *California and W. Med.*, **49**: 389, 1938.
15. P. A. BUNN, W. McDERMOTT, S. J. HADLEY et A. C. CARTER: *J. A. M. A.*, **127**: 320, 1945.
16. O. C. CAMPBELL et H. J. MOERSCH: *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, **17**: 513, 1942.
17. *Canadian Doctor*: «Canada's Population Problem.» Mai 1944.
18. CARLSON: «The Physiology of Aging.» *North West Med.*, (mai) 1943.
19. Maurice CHIDECKEL: «At the Sunset of Life.» *Medical Record*, **158**: 665, 1945.
20. H. M. CLUTE et M. W. SWINTON: «Hyperthyroidism in the Aged.» *A. Surg.*, **101**: 1181, 1935.
21. L. I. DUBLIN: «Old Age and what it means to the Community.» *Bull. New York Acad. Med.*, 2e série, **4**: 1078, 1928.
22. D. DUCKLES: «Nutrition in Geriatrics.» *J. Am. Dietet. A.*, **8**: 508, 1942.
23. L. DEDICHEN: «Anacidity in Old Persons.» *Acta Med. Scandinav.*, supp. **7**, p. 345, 1924.
24. Ward DARLEY et S. S. KAUVAR: «Emphysema and Chronic Bronchitis in the Aged.» *Clinics*, no **5**, p. 1143, 1946.
25. N. S. DAVIS: «Factors which may influence Senescence.» *Am. Int. Med.*, **18**: 81, 1943.
26. A. EUSTIS: «The medical Treatment of the Aged.» *New Orleans M. and S. J.*, **93**: 193, 1940.
27. G. K. FENN: «Cardiovascular Disease in the Aged.» *M. Clin. North America*, **24**: 23, 1940.
28. M. FINLAND, M. MEADS et E. M. ORY: *J. A. M. A.*, **129**: 315, 1945.
29. J. B. FITTS: «Nutrition and Longevity.» *M. Times, New York*, **69**: 459, 1941.
30. H. F. FLIPPIN, M. J. GRAYDOSH et W. V. FITTIPOLDI: *J. A. M. A.*, **128**: 280, 1945.
31. M. FOSTER et D. P. BARR: *Journ. Clin. End.*, **4**: no **9**, 417, 1944.
32. Lawrence K. FRANK: «Gerontology.» *Journ. of Gerontology*, (jan.) 1946, p. 1.
33. Meyer GOLOB: «Specialization in Diseases of Old Age: Geriatrics.» *Med. Record*, (18 mai) 1938.
34. Meyer GOLOB: «Reflexions on Geriatrics in Internal Medicine.» *Am. J. of Digestive Disease*, (mars) 1944.
35. M. S. GREGORY: «Psychoses in Old Age.» *Bull. N. Y. Acad. Med.*, 2e série, **4**: 1227, 1928.
36. A. GROLLMANN et J. P. ROUSSEAU: *J.A.M.A.*, **126**: N. Y., 1944.
37. P. F. HAUSMAN et O. T. CLAGETT: *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, **17**: 583, 1942.
38. A. W. S. HAY: *Can. Med. Ass. Journ.*, **43**: 531, 1940.
39. D. K. HENDERSON: «The Early Diagnosis and Treatment of Mental Disorders in Aged.» *Can. Med. Ass. Journal*, **46**: 249, 1942.
40. J. W. HENDRICK: «Hyperthyroidism in Elderly Patients.» *Am. J. Surg.*, **52**: 466, 1941.
41. H. C. HINSHAW et W. H. FELDMAN: *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, **20**: 313, 1945.
42. Trevor H. HOWELL: «Arthritis in Old Age.» *Clinics*, no **5**, p. 1204, 1946.
43. A. C. IVY: «Why we grow old.» *Hygeia*, **23**: 420, 1945.
44. L. L. KAY: «Multivitamin prophylaxis and therapy in respiratory diseases of the Aged.» *Am. J. Digest Dis.*, **10**: 96, 1943.
45. Geo. W. KOSMAK: «Certain aspects of Gynecology as related to Geriatrics.» *Clinics*, no **5**, p. 1230.
46. William B. KOUNTZ: «Management of Nephritis in the E'derly.» *Clinics*, no **5**, p. 1185.
47. J. C. MEAKINS et R. D. McKENNA: *Canad. Med. Ass. Journal*, **48**: 104, 1943.
48. METROPOLITAN LIFE INSURANCE CO.: *Statistical Bulletin*, **23**: P. 1942.
49. R. A. MOORE: «Aging and Degenerative Diseases Biological.» *Symposium I. Lancaster P.A.* Jacques Cattell Press, 1945.

50. I. L. NASCHER: «The Normal Duration of Life.» *M. Times*, **70**: 295, 1942.
51. Alice E. PALMER: «Common Disorders of the Aging Skin.» *Clinics*, no 5, p. 1211, 1946.
52. O. H. P. PEPPER: «Notes in the Field of Geriatric.» *M. Clin. North America*, **20**: 127, 1946.
53. G. M. PIERSOL: «Medical Considerations of some Geriatrics Problems.» *Arch. Ophth.*, **29**: 27, 1943.
54. G. M. PIERSOL: «Coronary Artery Disease in the Aging.» *Clinics*, no 5, p. 1114.
55. H. A. RAFSKY et B. NEWMAN: «Vitamin C Studies in the Aged.» *Am. J. M. Sc.*, **205**: 209, 1943.
56. G. E. REED et K. STERN: «Treatment, pathology and prevention of mental disorders in aged.» *Can. M. A. J.*, **46**: 249, 1942.
57. Leo. W. SIMMONS: «Attitudes toward Aging and the Aged, primitive societies.» *Journal of Gerontology*, no 1, p. 72, 1946.
58. Henry S. SIMMS: «Logarithmic Increase in Mortality as a Manifestation of Aging.» *Journal of Gerontology*, no 1, page, 13 1946.
59. A. W. SOPER: «Gerontology.» *Am. J. of Digest. Diseases and Nutrition*, **12**: 219, 1945.
60. T. D. SPIES et Harvey S. COLLINS: «Observations on Aging in Nutritionally Deficient Persons.» *Journal of Gerontology*, no 1, p. 33, 1946.
61. Harold STEVENS: «Psychiatric Disorders of the Senescence.» *Clinics*, no 5, p. 1301, 1946.
62. E. J. STIEGLITZ: «The Meaning of Geriatrics.» *Clinics*, no 5, p. 1071, 1946.
63. E. J. STIEGLITZ: «Pertinent Problems of Geriatric Medicine.» *Ann. Int. Med.*, **18**: 89, 1943.
64. E. J. STIEGLITZ: «The Periodic Health Inventory.» *Clinics*, no 5, p. 1322, 1946.
65. F. SUMNER: «A Biologist reflects upon Old Age and Death.» *Scientific Monthly*, **61**: 143, 1945.
66. M. W. THEWLIS: «Neurocirculatory Asthenia in the Aged.» *M. Times N. Y.*, **65**: 71, 1937.
67. M. W. THEWLIS: «Care of the Aged.» *J. A. M. A.*, **120**: 799, 1942.
68. W. O. THOMPSON: «Endocrine Problems in Later Life.» *M. Clin. North Am.*, **24**: 79, 1940.
69. E. L. TUOHY: «Feeding the Aged.» *J.A.M.A.*, **121**: 42, 1943.
70. E. L. TUOHY: «Nutrition in relation to Geriatrics.» *Clinics*, no 5, page 1079, 1946.
71. WARTHIN: «The Pathology of the Aging Process.» *Bull. of N. Y. Ac. of Med.*, 1928.
72. Gerald B. WEBB: «Climate and the Aged.» *Bull. N. Y. Ac. Med.*, 2e série, **4**: 1213, 1928.
73. F. A. WILLNS: «A talk on the Adjustment of Man to the Advancing Years of Life.» *Mayo Proceed.*, 1931.
74. Frederic O. ZEMAN: «Infectious Diseases of Old Age.» *Clinics*, no 5, p. 1157, 1946.

### RECTIFICATION

On est prié de prendre connaissance de la correction suivante dans l'article du docteur Réal Doré paru en octobre dans *L'Union Médicale du Canada*, page 1161, dont le titre était: «Les indications du traitement médical, chirurgical et radiologique du goitre.»

A la suite du titre: «Goitre chirurgical», la 6<sup>ème</sup>, la 7<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> lignes devraient se lire ainsi: «Cette conception du goitre chirurgical est, pour Reinhoff, l'involution du goitre que nous appelons médical.» (Le mot évolution ne rend pas l'idée de Reinhoff, seul le mot involution y répond.)

## RECUEIL DE FAITS

### À PROPOS DE FISTULE URÉTÉRO-VAGINALE<sup>1</sup>

Paul BOURGEOIS,  
Chef du service d'Urologie,  
et

Raymond SIMARD,  
Assistant au service de Gynécologie, hôpital Notre-Dame (Montréal).

#### Observation.

Madame L. G., 34 ans, entre à l'hôpital Notre-Dame le 13 février 1946 pour des hémorragies utérines assez abondantes depuis trois mois et une anémie assez marquée. L'examen pratiqué permet de poser le diagnostic de petits fibromes multiples et d'hémorragies d'un type qui commande un curetage-biopsie.

Le 15 février, sous anesthésie au penthotal, après dilatation du col utérin, la curette bute dans la cavité sur une tumeur développée aux dépens du bord droit de l'utérus et sur laquelle elle crie. Il s'agit d'un myome. Le reste de la cavité est curetté et semble d'apparence normale.

L'examen histologique donne le rapport suivant: « Débris de muqueuse utérine au stade folliculinique présentant, dans des fragments de muqueuse qui paraissent provenir de la région endocervicale, quelques aspects villeux et des métaplasies malpighiennes de la surface et de quelques glandes. Il ne s'agit pas de tumeur maligne. »

Le 21 février, l'un de nous pratique une hystérectomie subtotale et une appendicectomie. L'intervention est des plus simples, mais elle exige un débridement de l'uretère gauche. Les suites opératoires sont assez simples jusqu'au 7<sup>e</sup> jour alors que la malade fait une légère ascension de température et accuse une forte douleur du côté de la fosse iliaque gauche. L'examen permet de sentir une tuméfaction douloureuse et le toucher vaginal révèle une

infiltration ligneuse du paramètre gauche. Des applications chaudes, de la pénicilline amènent une diminution des douleurs, une régression de volume en même temps que s'installe par le col utérin un écoulement d'un liquide sanglant et urinaire. La température redescend à la normale et la malade se sent très bien sauf qu'elle est mouillée continuellement.

Le 11 mars, une consultation confirme l'existence d'une fistule urétéro-vaginale dont il s'agit de reconnaître la cause. S'agit-il d'une section ou d'une ligature de l'uretère ou encore d'une nécrose secondaire à une lésion des vaisseaux nourriciers survenue au cours de la libération de l'organe?

Le 12 mars, sous anesthésie locale, le cystoscope B-42 est facilement introduit dans la vessie; les urines sont claires. La muqueuse vésicale ne présente aucune particularité. L'orifice urétéral droit est tout à fait normal et se laisse cathétériser facilement à 22 centimètres de hauteur. Il est par conséquent intact. L'orifice urétéral gauche est légèrement béant. A 2 centimètres, la sonde rencontre une très légère résistance qui se franchit assez facilement; elle monte à 22 centimètres de hauteur et donne issue à de l'urine claire. Cette sonde est laissée à demeure et une pyélographie est réalisée. Une radiographie simple démontre que le cathéter opaque est bien en place et monte à la région du bassin. Une injection de skiodan démontre d'abord une dilatation des calices et de la partie supérieure de l'uretère; à l'union des  $\frac{2}{3}$  supérieurs avec le tiers inférieur de l'uretère il est facile de constater une extravasation du liquide opaque, qui s'étend en nappe dans les tissus périurétéraux

1. Communication à la Société de Chirurgie de Montréal, le 1<sup>er</sup> mai 1946.

jusque dans le bassin. Cette image confirme le diagnostic de fistule urétéro-vaginale.

La facilité avec laquelle le cathétérisme de cet uretère a été réalisé nous permet de penser qu'il s'agit d'une blessure de peu d'importance et nous croyons avantageux de laisser pendant quelques jours cette sonde en place. Malheureusement, elle est de petit diamètre et demande, une fois par heure, de l'aspiration pour maintenir sa perméabilité. Durant le jour cette chose est facile à réaliser, mais au cours de la nuit la malade mouille de plus belle.

Au bout de 5 jours, elle est retirée. La malade se lève, circule et se sent en parfait état et, si ce n'était de son incontinence, elle serait prête à retourner chez elle.

Pendant ce temps le rapport histologique nous parvient avec le résultat suivant: « La paroi musculaire de l'utérus renferme de nombreux petits fibromyomes; il existe, en plus, dans le muscle interne, une endométriose. En un point de la muqueuse on trouve une ulcération recouverte d'une membrane fibrino-purulente. Plusieurs adhérences ont été brisées à la surface de l'un des ovaires. L'autre trompe est adhérente à l'ovaire. L'extrémité de la muqueuse appendiculaire renferme un névrome à cellules argentaffines. »

En vue de nous préparer à une intervention, soit une néphrectomie ou une transplantation intestinale, nous faisons le 20 mars 1946 une exploration urologique complète. La division des urines donne un examen histobactériologique négatif du côté droit. Les urines du rein gauche contiennent quelques polynucléaires, des cocci gram-positif en chaînette, des cocci gram-négatif en chaînette. L'examen fonctionnel est excellent des deux côtés.

Devant cette alternative, nous décidons de conserver ce rein qui nous paraît encore plein de vie et nous préparons la malade à une transplantation intestinale. De l'huile de ricin, des lavements, quotidiens, une diète sans résidu, de la sulfadiazine, etc., sont alors prescrits à la malade pour quelques jours.

A partir de ce moment, l'écoulement vaginal de l'urine diminue de jour en jour si bien que, le 26 mars, la malade obtient son congé et

quitte l'hôpital très heureuse de la tournure des événements. La semaine suivante, elle nous téléphone pour nous dire qu'elle est très bien, n'a plus besoin de se garnir; elle urine quatre ou cinq fois par jour et ne ressent plus aucune douleur.

Le 15 avril, elle revient au bureau; l'analyse des urines est tout à fait normale; le palper abdominal ne démontre plus aucun empâtement et le toucher vaginal permet de constater qu'il n'existe plus d'infiltration d'aucune sorte dans le paramètre gauche. Cette malade est apparemment tout à fait guérie.

\* \* \*

Les blessures chirurgicales des uretères peuvent survenir au cours d'interventions importantes, notamment en gynécologie, où l'on doit enlever des tumeurs énormes, qui déplacent l'uretère, et dans toutes les lésions intraligamentaires. Il est probable que plusieurs d'entre elles passent inaperçues, surtout lorsqu'elles sont unilatérales, et plusieurs morts postopératoires pourraient leur être attribuées. Comme le disait Baldy en 1896, « les blessures de l'uretère ne sont pas des accidents rares quoique très peu d'entre elles aient pu être l'objet de publications ». Et d'après Lowsley, cette opinion, encore aujourd'hui, a subi l'épreuve du temps.

Malgré le faible pourcentage de cas rapportés dans les services hospitaliers, l'on peut dire que le chiffre de 4%, sur une série de 2,225 interventions pelviennes, semble être cependant au-dessous de la vérité.

Les blessures chirurgicales de l'uretère se produisent le plus souvent dans la région du ligament large, où il peut être facile de l'inclure dans la ligature de l'utérine ou encore au niveau du pédicule utéro-ovarien.

Les différents modes sont la ligature, l'incision, la résection, le clampage et la dissection étendue produisant les lésions des vaisseaux nourriciers.

La ligature peut être bilatérale et elle a donné lieu à une intervention que les Américains appellent la « deligation ». Elle peut être partielle et conduire à une fistule ou à un ré-

trécissement. Une suture exerçant une traction sur son adventice peut également produire une obstruction extrinsèque.

L'incision accidentelle peut être longitudinale ou transversale; la première a tendance à guérir spontanément sans rétrécissement tandis que la seconde donne lieu à bien des mésaventures.

L'uretère peut être écrasé ou contusionné par des pinces; la dissection trop poussée et la libération trop marquée apportent, par la destruction de son adventice, des dommages considérables à son apport sanguin; une nécrose s'ensuit qui se manifeste une, deux ou trois semaines après l'opération.

Toute solution de continuité, soit par section primaire ou nécrose subséquente, donne naissance à une fistule qui s'ouvre habituellement dans le vagin ou dans le col; plus rarement, l'issue de l'urine se fera par l'incision abdominale. Mais, fatalement, elle entraînera par cicatrisation une perturbation dans la vidange du rein correspondant et déterminera des lésions de sclérose ou de dilatation qui conduiront nécessairement à des ennuis sérieux.

Nous avons tenu à rapporter cette observation d'abord pour son résultat heureux; et aussi pour nous permettre en discussion d'insister sur une technique qui nous est chère, dans les cas difficiles: la mise en place dans les uretères, avant l'opération, de cathéters urétéraux.

---

## UN CAS DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES GUÉRI EN UNE SÉANCE DE NARCOSE ET CONSIDÉRATIONS SUR LA PSYCHOTHÉRAPIE À L'HÔPITAL GÉNÉRAL

**Lomer CAYER,**

Assistant en Gynécologie, hôpital du Saint-Sacrement (Québec).

et

**Victorin VOYER,**

Psychiatre aux Anciens Combattants,  
Assistant à l'hôpital du Saint-Sacrement (Québec).

### Observation.

Mme L. B., 22 ans, nous est adressée en gynécologie après trois semaines de traitement à un hôpital de sa localité. Elle terminait le deuxième mois de grossesse et vomissait toute alimentation depuis cinq semaines. Après trois autres semaines de soins gynécologiques chez nous, la patiente ne s'était que peu améliorée et ne pouvait être nourrie que par voie intraveineuse. Nous avons fait alors la demande que cette patiente soit vue en psychiatrie.

*L'entrevue psychiatrique.* Rencontrée pour la première fois par le psychiatre, elle recevait en ce moment-là un sérum mixte par voie intraveineuse, isolée dans une chambre d'urgence. La patiente est pâle, bien hydratée mais faible et angoissée. L'appareil à sérum

est écarté afin de rendre l'entrevue plus spontanée.

D'une famille d'ouvrier de trois enfants, de la banlieue de Montréal, elle nous dit n'avoir jamais eu recours au médecin de toute sa vie antérieurement à son mariage. Sa vie fut heureuse, sans troubles névrosiques, sans histoire de migraine ou autre diathèse. Elle a reçu une instruction élémentaire complète, puis, comme toute jeune fille de son âge, a contribué à cette guerre en travaillant à l'usine sans toutefois sortir de son foyer. Il est impossible de mettre en évidence toute habitude anormale ou toute fatigue inusitée antérieurement à sa grossesse.

Mariée en janvier 1946 à un vétéran de la R.C.A.F., elle vit, depuis, chez ses beaux-parents dans une campagne près de Québec.

Ceux-ci sont très bons pour elle. La jeune bru a très peu à faire à la maison; aussi se sent-elle gênée des attentions de l'entourage.

Son mari ne l'a aucunement déçue depuis leur mariage. L'entente conjugale serait parfaite, de même que l'entente sexuelle.

Une perte de poids de vingt livres, depuis le début des vomissements, la rend faible, lui fait perdre son ambition de maternité; cela lui coûte si cher. Elle n'est cependant pas portée à se plaindre démesurément; elle est plutôt restreinte dans ses paroles et demeure à nos yeux une personne d'une maternité raisonnable.

*La narcose.* A ce moment de l'entrevue, d'autres détails obtenus n'ayant que peu d'importance, nous procédons à la narcose. Une ampoule seulement de sept grains et demi d'amytal de sodium fut injectée lentement pendant les 13 à 15 premières minutes de l'entrevue analytique. La patiente est reportée à sa vie de l'enfance et de l'adolescence; la conversation hypnotique repasse différents événements de la vie émotive ainsi que les différentes réactions affectives que la malade a présentées dans le passé. Elle relate des faits et gestes sans importance, sans expérience anormale. Toujours elle fut la bonne fille de l'ouvrier, franche et spontanée, avec bien des rêves que la simple routine de l'école et de l'usine réussissait toujours à éloigner pour une réalité des plus égales, quelquefois monotone.

Son mariage, en fait, fut le grand événement de sa vie. Elle aimait bien son mari, même s'il lui semblait réticent et fermé.

La sexualité lui rendait très heureusement ses normales faveurs. Ce sont les attentions diurnes de la part du mari qui lui semblaient insuffisantes et lointaines. Ses propres spontanéités, à elle aussi, étaient endiguées par la présence des beaux-parents. De sorte que, depuis trois mois de conjugalité, son état émotionnel démontrait une tension et une certaine « régression » affective avec retour exaspérant sur elle-même, ce qu'elle nous exprime tout à coup, en peu de mots et en sanglotant.

A la question à savoir si elle s'ennuyait beaucoup de sa ville natale, elle répond: « Non, maman est venue me visiter depuis. C'est drôle que c'est lors de sa visite que j'ai recommencé à rejeter mes repas. » En poussant l'interrogatoire sur la visite de la mère, la patiente nous avoue candidement: « Maman m'a raconté comment, elle, ne pouvait faire une grossesse sans vomir les neuf mois durant... »

La patiente est sous hypnose complète. Elle est graduellement amenée à une prise de conscience, à la re-synthèse des événements qui l'ont amenée à ses troubles actuels. En même temps que nous obtenions le relâchement corporel le plus complet, elle est amenée à la compréhension que la grossesse est une action physiologique normale, que ses vomissements n'étaient que motivés, conditionnés par son état émotionnel et, par la suite, par la suggestion maternelle, sa maman l'ayant tout simplement précipitée dans cette réaction. Pour terminer, une signification symptomatique de ses vomissements lui est repassée brièvement.

La patiente fut laissée dans une suggestion d'un sommeil profond et il lui est affirmé, comme principale induction, qu'à son réveil elle pourrait manger abondamment ce qu'elle aurait le goût de demander, et cela sans plus vomir un seul des repas suivants.

*Les résultats.* L'entrevue préliminaire et l'hypnose elle-même n'avaient demandé en tout qu'une quarantaine de minutes au plus. La religieuse en charge de la malade — qui, soit dit en passant, était la sœur du mari, et qui fut très surprise du peu de temps pris pour cette thérapeutique — nous téléphonait le soir même que la patiente s'était éveillée d'elle-même deux heures après l'hypnose, avait demandé un service de poulet frit et fait redoubler le service.

Elle demeure à l'hôpital sept jours, sans autre entrevue, si ce n'est une visite à la cuisine où nous rencontrons la patiente essuyant la vaisselle avec sa belle-sœur religieuse. Elle a continué toujours à prendre ses repas sans le

moindre vomissement. Elle avait regagné du poids et se sentait très gaie. Tout est demeuré dans l'ordre, nous dit encore aujourd'hui sa parente, et elle doit accoucher en octobre.

\* \* \*

La psychiatrie a toujours recherché les méthodes psychothérapeutiques, les plus simples, les plus courtes, les plus rapidement effectives. La méthode ici employée en est une déjà vieille. L'éther a servi déjà comme substance hypnotique. Beaucoup d'autres substances ont été essayées. Maintenant que l'amytal de soude est à notre disposition, l'hypnose est une manœuvre simple, courte et sans danger.

Comment se fait-il que la psychothérapie est chose inconnue à l'hôpital général? Pourquoi la médecine ne s'est-elle pas appliquée à résoudre les problèmes émotifs de la grande majorité des malades chroniques qui actuellement encombrant nos hôpitaux?

Tous les médecins savent combien il est difficile de faire admettre un patient à l'hôpital, fût-il le pire cas d'urgence. Et pourtant, à la tournée des services publics aussi bien que privés, combien de dossiers médicaux nous montrent un tableau de température ou autres symptômes d'une maladie aiguë? Une très faible proportion.

Il fait triste aujourd'hui de voir les étudiants en médecine passer leurs examens cliniques. Il n'y a plus de cas aigus à l'hôpital, il n'y a plus « les beaux cas » d'autrefois. A peine un cas de myocardite aiguë de temps en temps, et celui-ci traîne dans le service des mois pour enseignement clinique.

Par contre, l'anxieux, l'hystérique, le fatigué, l'hypocondriaque font bonne couche dans nos salles. Puis viennent les migraineux, les asthénisés et anorexiques, les dyspeptiques... et que d'autres souffreteux chroniques.

Or, quels sont nos procédés thérapeutiques en vigueur? C'est une polythérapie que l'on utilise, nous rappelant étrangement la polyphar-

macie antique des mélanges compliqués et indéfinis.

Il serait urgent de remettre notre thérapeutique hospitalière à une procédure critique sévère, quitte souvent à réhabiliter la psychothérapie aux yeux de la clinique générale. Ce ne serait pas précisément une réhabilitation de la psychiatrie elle-même, mais bien celle du malade chronique actuellement rejeté de la médecine ou victime d'une thérapie prolongée, souvent une cause ou un encouragement à l'invalidité.

La psychiatrie ne peut pas n'être qu'une discipline de diagnostic telle qu'on la pratique actuellement, mais bien aussi une discipline thérapeutique et au surplus préventive.

Que la psychothérapie soit dispendieuse, qu'elle demande trop d'heures de la journée du médecin, il est fallacieux de s'y laisser prendre.

Elle le peut apparemment l'être du fait qu'elle n'est pas mise en pratique en temps et lieu par ceux qui sont en mesure de s'en servir. Ainsi nos malades chroniques, il faut se le dire, sont négligés jusqu'au moment où l'intoxication émotionnelle en est venue à la période irréductible ou encore à produire une complication somatique désespérante.

Le docteur Lester Reynold Dragstedt, professeur de chirurgie à l'université de Chicago, où il poursuit toujours ses recherches sur la vagotomie dans les cas d'ulcère d'estomac, déclare lui-même: « *For nervous stomachs and the tensions and strains of modern life, preventive psychoanalysis may be better than nerve-cutting.* »

La psychiatrie est en mesure de servir et la médecine et la chirurgie, à la condition de réintégrer l'hôpital général, et non pas de se confiner dans les asiles avec ses malades. Il y aurait bien long à dire sur les responsabilités de la reclusion de la psychiatrie. L'examen psychiatrique des praticants de la psychiatrie serait tout aussi éloquent.

L'urgence pour le médecin et le psychiatre de se réconcilier au lit du malade se comprend

très vite si nous considérons la réputation que s'est faite l'hôpital devant la maladie des temps modernes.

Lors d'une guerre, Ambroise Paré a réhabilité la chirurgie aux yeux de la médecine, effaçant l'erreur du moyen âge du divorce de la médecine et de la chirurgie. Que cette guerre ouvre les portes de l'hôpital général aux méthodes psychothérapeutiques qui ont servi avec succès aux Armées.

\* \* \*

Notre cas, ici rapporté, illustre la simplicité de la procédure qui peut être appliquée dans une infinité de cas différents. Elle démontre par elle-même l'économie du temps puisqu'en quarante minutes il a été possible d'obtenir la sédation vagotonique recherchée pendant six semaines. La psychothérapie bien appliquée pourrait décongestionner nos hôpitaux surpeuplés alors qu'ils hébergent actuellement soixante-dix pour cent de névroses ou de troubles somatiques secondaires à des troubles émotionnels.

## ÉPITHÉLIOMA DE L'INTESTIN CHEZ UNE FILLETTE DE 10 ANS

J.-P. BOMBARDIER,

Médecin à l'Hôpital Général de Verdun.

### Observation.

Mlle Jeannine R., 10 ans, est admise dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Général de Verdun le 28 décembre 1945. Elle est apparemment malade depuis 2 mois. Le début a été insidieux, se manifestant par une anémie et un amaigrissement graduels qui inquiètent les parents. Un médecin consulté lui a donné une série d'injections d'extrait de foie de veau. L'état de l'enfant ne s'améliore pas. Au contraire, depuis quelques jours on note un œdème des jambes et un gonflement de l'abdomen. La fillette ne se plaint pas de douleurs toutefois. L'appétit est très bon, la digestion est facile et les selles sont régulières et d'aspect normal. Elle tousse depuis un mois et elle expectore des crachats muqueux. A son admission, le thermomètre marque 102 F., le pouls est à 140.

Antécédents personnels: convulsions en bas âge: coqueluche et rougeole.

Antécédents héréditaires: rien à noter.

*Examen clinique.*

Etat général: cachexie, peau et muqueuses décolorées.

Adénopathie cervicale.

Poumons: râles sibilants; murmure vésiculaire diminué à la base pulmonaire droite.

Cœur: la pointe bat dans le 3e espace intercostal gauche. Souffle à la pointe.



Fig. 1

Abdomen: masse énorme qui remplit l'hypochondre droit jusqu'à la hauteur de l'ombilic et qui envahit une partie de la région épigastrique où elle présente au palper une surface irrégulière.

Membres: œdème léger.

*Examens de laboratoire.*

Urée sanguine: 0.20. Glycémie: 1.98. Urines normales.

Formule sanguine: hémoglobine 30%; G.R. 2,600,000; G.B. 13,135; V.G. 0.57; poly. 89%; lymph. 9%; gr. mono. 1%; éosino. 1%; anisocytose et poikilocytose.

Radiographie pulmonaire: le cœur est étalé transversalement par les hémidiaphragmes qui restent à demi-remontés sous la pression abdominale. Pas de lésion pulmonaire décelable.

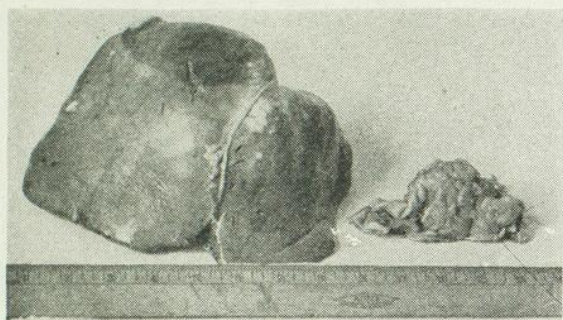


Fig. 2

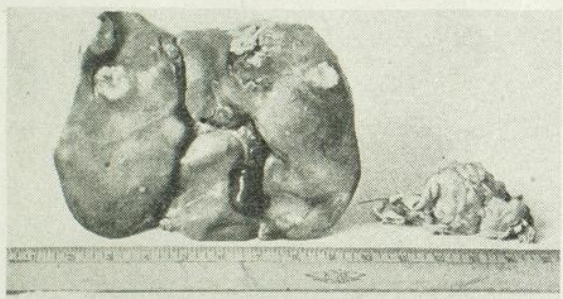


Fig. 3

B.W. négatif. « Vollmer patch test » négatif.

Le 7 janvier, soit 8 jours après son admission, apparaît un léger ictère des conjonctives et les urines deviennent plus foncées. La digestion est moins bonne. Van den Bergh (réaction directe): positive (15 secondes); (réaction indirecte): positive; dosage: 4.4 unités.

Test de l'acide hippurique: dosage: 0.62.

Radiographie de la vésicule biliaire: la vésicule biliaire n'est pas opacifiée.

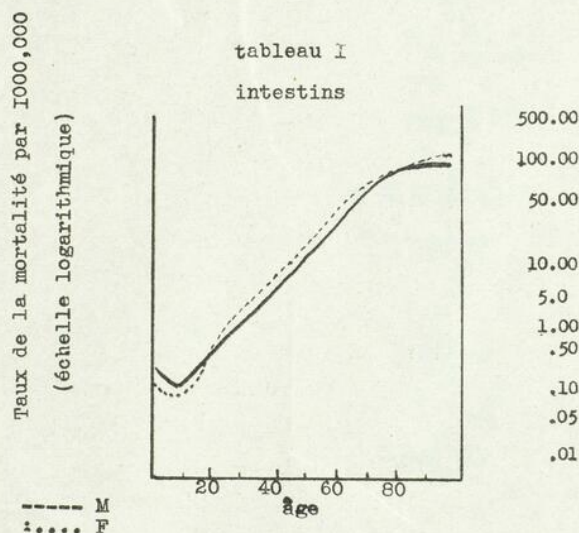
Réaction de Widal négative. Fèces négatives.

A ce moment, le 9 janvier, les éléments de diagnostic sont:

Début insidieux. Cachexie progressive. Gros foie décompensé dont la surface présente une irrégularité à la région épigastrique. Fièvre élevée. Anémie avec déformation globulaire et leucocytose.

A notre point de vue, le diagnostic se pose entre un cancer ou un abcès du foie. Nous demandons l'avis du chirurgien et nous décidons une laparotomie exploratrice. S'il s'agit d'un cancer, l'issue est fatale; s'il s'agit d'un abcès il y a des chances de guérison.

Soins préopératoires: transfusion et vitamine K.



Protocole opératoire (11 janvier). On note un très gros foie, à surface lisse, de coloration normale, congestif. Dans le lobe droit et près de sa face antérieure, on distingue une masse dure, volumineuse. La ponction de cette masse est négative. A la surface du foie, présence de petits points purulents, rares cependant. La rate est bosselée et dure (l'autopsie montrera que la masse palpée était un cancer de l'angle splénique du côlon). Ganglions juxta-spléniques dont un est prélevé pour examen histo-pathologique. Un peu d'ascite dans l'abdomen.

Examen histo-pathologique du ganglion métastatique: épithélioma cylindrique de l'intestin.

Aucune complication chirurgicale. L'enfant meurt de toxémie cancéreuse le 18 janvier 1946.

En effet, le cancer de l'intestin est une chose rare chez l'enfant. Aux Etats-Unis (tableaux), durant les années 1930-32, 5% des décès dus au cancer de l'intestin se trouvaient au-dessous de 30 ans. 85 à 90% des décès survenaient entre 50 et 70 ans, l'âge moyen se trouvant autour de 55 ans.

CITÉ DE MONTRÉAL. — (TABLEAU II.)

Nombre des décès dus au cancer de l'intestin et du rectum, répartis par groupes d'âges de 5 années chacun, de 0 à 29 ans, pour les années 1940-44.

| Année | 0-4 |   | 5-9 |   | 10-14 |   | 15-19 |   | 20-24 |   | 25-29 |   | Total |   |       |
|-------|-----|---|-----|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|
|       | M   | F | M   | F | M     | F | M     | F | M     | F | M     | F | M     | F | Total |
| 1940  | 0   | 0 | 0   | 0 | 0     | 0 | 2     | 0 | 0     | 0 | 0     | 1 | 2     | 1 | 3     |
| 1941  | 0   | 0 | 0   | 0 | 0     | 0 | 0     | 0 | 0     | 0 | 0     | 0 | 0     | 0 | 0     |
| 1942  | 1   | 0 | 0   | 0 | 0     | 0 | 1     | 0 | 0     | 0 | 0     | 2 | 2     | 2 | 4     |
| 1943  | 0   | 0 | 0   | 0 | 0     | 0 | 2     | 0 | 1     | 0 | 1     | 1 | 4     | 1 | 5     |
| 1944  | 0   | 0 | 0   | 0 | 0     | 0 | 0     | 0 | 1     | 0 | 0     | 0 | 1     | 0 | 1     |
| Total | 1   | 0 | 0   | 0 | 0     | 0 | 5     | 0 | 2     | 0 | 1     | 4 | 9     | 4 | 13    |

CITÉ DE MONTRÉAL. — (TABLEAU III.)

Nombre et taux par 100,000 de population, des décès dus au cancer en général, et au cancer de l'intestin en particulier, répartis par sexe et par année d'âge depuis 1940 à 1944 dans la Cité de Montréal<sup>1</sup>.

| Années | Cancer de l'intestin |     |       |                       | Tous les cancers |     |       |                       |
|--------|----------------------|-----|-------|-----------------------|------------------|-----|-------|-----------------------|
|        | Nombre               |     | Total | Taux par 100,000 pop. | Nombre           |     | Total | Taux par 100,000 pop. |
|        | M                    | F   |       |                       | M                | F   |       |                       |
| 1940   | 74                   | 102 | 176   | 19.7                  | 621              | 628 | 1,249 | 139.6                 |
| 1941   | 66                   | 95  | 161   | 17.8                  | 566              | 685 | 1,251 | 138.5                 |
| 1942   | 73                   | 87  | 160   | 17.3                  | 577              | 649 | 1,226 | 132.4                 |
| 1943   | 91                   | 92  | 183   | 19.2                  | 637              | 660 | 1,297 | 136.4                 |
| 1944   | 81                   | 103 | 184   | 18.9                  | 627              | 696 | 1,323 | 136.2                 |

Sommaire du protocole de l'autopsie: toxémie cancéreuse; épithélioma de l'angle splénique du côlon; métastases multiples au foie.

COMMENTAIRES.

L'intérêt de ce cas est le jeune âge de la malade.

1. Les tableaux II et III ont été gracieusement faits à ma demande par la division de la démographie du service de santé de la ville de Montréal.

A Montréal, durant les années 1940-44, 1.5% seulement des décès se trouvaient au-dessous de 30 ans. (Tableaux II et III.)

Un seul décès est dû au cancer du rectum; tous les autres sont causés par des cancers localisés au reste de l'intestin.

Si les statistiques fédérales des Etats-Unis sont bien faites, nous sommes portés à croire que le diagnostic du cancer de l'intestin est

moins bien fait à Montréal chez les moins de 30 ans.

En effet, nous avons trois fois moins de décès, et pourtant Montréal est un grand centre hospitalier qui devrait compter relativement plus de décès que l'ensemble d'un pays, puisque nous avons des cliniques anticancéreuses et l'opportunité des autopsies, dont nous ne profitons pas assez.

Le seul décès, au-dessous de 15 ans, enregistré à Montréal de 1940-1944 se trouve de 0-4 ans. En effet, les statistiques des Etats-Unis démontrent que de 0-4 ans le taux de la mortalité par cancer de l'intestin, bien que faible, est plus élevé que de 5-14 ans. Je crois intéressant de terminer en indiquant par ordre d'importance le siège le plus fréquent

du cancer en général pour les groupes d'âges suivants:

De 0-4 ans: les reins, le tube digestif, le système osseux et le cerveau.

De 5-14 ans: le système osseux et le cerveau, les reins et les surrénales.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. «Cancer mortality in the United States. Age variation in mortality from cancer of specific sites 1930-32.» From the Division of Public Health Methods and National Cancer Institute, p. 7 et 13 *Public Health Bulletin*, no 275, 1941.
  2. Henry L. BOCKUS: *Gastro-Enterology*, vol. 2. W. B. Saunders Co., 1944.
  3. Antoine VALOIS: Service de santé de la Ville de Montréal — Division de la démographie. (Communication personnelle.)
-

# MOUVEMENT MÉDICAL

## LA PÉNICILLINE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Jules ARCHAMBAULT,

Sérologiste et consultant au Ministère de la Santé, P. Q.,  
Division des maladies vénériennes

On ne peut mettre trop d'insistance à rappeler que le traitement de la syphilis par la pénicilline est encore à la période de l'expérimentation. Il ne faudra pas moins de cinq années d'une observation constante, étendue à des milliers de malades, pour en arriver à une conclusion définitive sur la place qui revient de droit à cette nouvelle thérapeutique<sup>1</sup>. Jusqu'ici rien ne prouve qu'elle soit supérieure à la médication arséno-bismuthique, sauf dans quelques états particuliers qu'il importe de signaler aux médecins.

Le mérite revient à Mahoney et à ses associés<sup>2</sup> d'avoir démontré, en juin 1943, l'action favorable de la pénicilline dans la syphilis. Il en est résulté une série d'observations systématiques et coordonnées, sous la direction du Sous-Comité des Maladies Vénériennes du Conseil National des Recherches, jusqu'en janvier 1946, et depuis, sous les auspices de l'Institut National de la Santé, section des études sur la syphilis.

Deux cliniciens: J. H. Stokes et H. C. Solomon, furent adjoints aux membres du comité initial, composé de J. E. Moore, J. F. Mahoney, W. B. Wood, J. R. Heller, et autres. Ont participé à cette étude 41 cliniques: 5 de l'armée et de la marine, 13 du Service de la Santé, 23 cliniques des hôpitaux civils et 7 laboratoires intéressés aux recherches sur la syphilis expérimentale. Les statistiques furent compilées à l'Université Johns Hopkins.

Les syphilis latentes et cardio-vasculaires furent délibérément omises et les recherches

concentrées sur les problèmes urgents que posent:

- 1° les syphilis récentes acquises;
- 2° la syphilis de la femme enceinte;
- 3° la syphilis congénitale du jeune enfant;
- 4° la syphilis nerveuse;
- 5° certaines manifestations tardives osseuses et viscérales.

Sur vingt-six formules de traitement proposées par le Comité, douze, appliquées à 6,558 patients, ont donné des résultats suffisamment concluants pour figurer dans le rapport secret présenté à l'Assemblée de l'Académie des Sciences tenue à Washington les 7 et 8 février 1946.

Nous résumons ici les parties essentielles de ce rapport ainsi que les publications subséquentes par les membres du Comité et leurs associés.

Nous sommes redevables aux docteurs J. F. Mahoney, Evan Thomas et à leurs assistants, de nous avoir facilité l'accès et l'interprétation des statistiques relatives aux cas traités par la pénicilline au « U.S. Marine Hospital » et à l'Hôpital Bellevue, New-York.

### I. — SYPHILIS RÉCENTES ACQUISES

Les cas de syphilis primaire et secondaire soumis au traitement par la pénicilline furent choisis parmi ceux qui présentaient, à la surface des lésions, des tréponèmes décelables au microscope. On obtint vite la preuve que ces lésions devenaient stériles et se cicatrisaient rapidement, aussi bien avec la dose totale faible de 300,000 unités qu'avec celle de 2,400,000 unités, l'une et l'autre étant administrées en 60 injections intramusculaires,

1. Editorial: *Journal of Venereal Disease Information*, mai 1946.

2. Au « U. S. Marine Hospital », Staten Island.

espacées de trois heures, durant une période de 7½ jours.

La négativation de la sérologie fournit le premier indice révélateur de la dose utile. On trouve le Wassermann et le Kahn négatifs au septième mois chez 60% des patients traités par 1,200,000 unités de pénicilline, et seulement chez 30% de ceux qui ont reçu la moitié de cette dose. Avec 2,400,000 unités de pénicilline, la sérologie se négative chez 70% des patients traités dans les deux premières semaines du chancre et chez 38% de ceux dont l'accident initial remonte à plus de 8 semaines. Du fait, il est établi que le taux des insuccès augmente en raison de la durée de la maladie.

Le dosage requis en vue d'un résultat satisfaisant est encore plus clairement indiqué par le taux des récidives cliniques et sérologiques observées à la suite du traitement. Ces récidives ont leur maximum de fréquence du troisième au douzième mois, mais souvent elles se produisent plus tard. Leur taux, tel que révélé par les statistiques, varie en sens inverse de la dose de pénicilline administrée. Ainsi les doses totales de 300,000, 600,000, 1,200,000 et 2,400,000 unités de pénicilline ont donné respectivement, au onzième mois, les taux de 42%, 26%, 18% et 16% de récidives, considérées comme autant d'échecs thérapeutiques.

Il n'est pas démontré que l'emploi de doses supérieures à 2,400,000 unités assure des résultats sensiblement meilleurs. Mais les statistiques sont concluantes sur la possibilité de renforcer l'action de la pénicilline en lui associant la médication arséno-bismuthique.

Un groupe de syphilitiques traités par 320 milligrammes de mapharsen, 600,000 unités de pénicilline et 3 bismuth ont présenté un taux de récidives comparable à celui que l'on observe à la suite de 2,400,000 unités de pénicilline administrées sans adjuvant. Les résultats furent encore plus marqués sur la sérologie, qui s'est négativée aussi rapidement par l'action synergique de ces faibles doses de pénicilline, d'arsenic et de bismuth,

que si l'on eût administré la pénicilline seule à raison de 2,400,000 unités.

On a pu, sans accident, administrer .04 et même .06 de mapharsen tous les jours, durant 8 jours, avec 3 doses de bismuth insoluble, en même temps que la pénicilline. Cette thérapeutique massive se recommanderait en vue de stériliser rapidement une source d'infection que l'on a dû isoler, et chez quelques malades incapables de recevoir des traitements ultérieurs. Mais toutes les fois qu'il est possible de continuer la médication arséno-bismuthique, de crainte de provoquer une dermatite, on espacera de deux jours les doses de mapharsen administrées concurremment à la pénicilline. Puis, durant chacune des dix semaines suivantes, le patient recevra deux mapharsen et un ou deux bismuth.

Sur la durée, le rythme et même sur la nécessité du traitement arséno-bismuthique associé à la pénicilline, l'accord n'est pas fait, faute d'une observation suffisamment étendue et prolongée.

Jusqu'ici la plupart des statistiques sont compilées au onzième mois d'observation. Or, il n'est pas trop de deux années pour éliminer la possibilité de récidives cutanéomuqueuses ou sérologiques, et il faudra un recul de cinq ans avant qu'il soit possible d'appliquer le terme de guérison aux syphilis traitées par la pénicilline. Mais déjà nous savons qu'en syphilis récente, le taux des insuccès admis à la suite du traitement par la pénicilline seule est de beaucoup plus élevé que le taux des récidives sérologiques et cliniques, secondaires ou tardives, observées au cours des années qui suivent la médication arséno-bismuthique intensive et prolongée.

Il faut conclure avec O'Leary que la pénicilline, même à haute dose, ne constitue pas un traitement suffisamment efficace de la syphilis récente pour qu'on l'emploie sans adjuvant. Il serait téméraire de ne pas l'associer à l'arsenic et au bismuth à moins toutefois que l'âge avancé du patient ou son intolérance à l'arsenic n'en proscrivent l'emploi.

A défaut de règles établies par l'expérience, considérons comme un minimum 10 semaines de traitement arséno-bismuthique, pour faire suite à la médication reçue durant la semaine d'hospitalisation. Toutes les fois que la sérologie n'est pas négativée, ou du moins sérieusement modifiée au sixième mois, il y a lieu d'administrer à nouveau le même traitement, ou l'arsenic et le bismuth seuls suivant les formules reconnues.

Si l'on compare la gravité d'une syphilis insuffisamment traitée au peu d'inconvénients que présente un traitement prolongé au delà du strict minimum, on n'hésite pas à choisir l'alternative qui assure davantage la guérison du malade et à continuer le traitement jusqu'au sixième mois.

## II. — SYPHILIS DE LA FEMME ENCEINTE

La valeur incontestable de la pénicilline comme traitement préventif de la syphilis congénitale est mise en évidence par les statistiques des cliniques de l'Université Johns Hopkins et de l'Université de Pennsylvanie. 79 femmes y furent traitées en syphilis primaire et secondaire, avec deux succès: un enfant contaminé, une grossesse interrompue au sixième mois. Le taux des résultats satisfaisants s'évalue à 97.6%; il est aussi favorable que les taux obtenus avec la médication arsenicale, lorsqu'elle intervient avant le cinquième mois de la grossesse.

Mais dans les cas traités tardivement, la pénicilline donne des résultats que l'on ne peut attendre d'aucune autre médication, car elle semble agir aussi bien lorsqu'elle est administrée aux huitième et neuvième mois qu'au quatrième. Dans les statistiques précitées, on relève 14 mères traitées avant la seizième semaine, 31 entre la seizième et la trente-deuxième et 12 à une époque plus tardive, avec un seul succès.

Les résultats sont moins impressionnants en syphilis latente: 23 femmes, la plupart infectées depuis moins de quatre ans, ont donné naissance à 21 enfants apparemment sains;

deux avortements survinrent aux quatrième et septième mois.

Le traitement qui suffit à protéger l'enfant n'exerce pas nécessairement une action aussi favorable sur la syphilis maternelle. Les récurrences s'observent même après la naissance d'enfants sains et il ne semble pas que l'état de grossesse ait d'influence sur le résultat final du traitement.

La dose totale de pénicilline ne doit pas être inférieure à 2,400,000 unités. On l'administre par la voie intramusculaire, en solution saline ou aqueuse, en 60 injections espacées de trois heures, jour et nuit. Il a été conseillé, mais il n'a pas été prouvé nécessaire, de réduire les doses du début afin de prévenir l'avortement.

Après ce traitement qui dure 7½ jours au minimum, une réaction quantitative sera pratiquée au moins chaque mois sur le sang de la mère, et un nouveau traitement à la pénicilline institué s'il se produit une récurrence sérologique, indiquée par un taux plus fort des réagines dans le sang; ou encore si la séro-réaction n'a pas été modifiée.

Le nouveau-né sera soumis, durant trois mois au minimum, à des examens cliniques et sérologiques fréquents. Ils sont de rigueur à la fin du troisième mois. La radiographie des os longs se pratique de préférence aux première et sixième semaines qui suivent la naissance. Notons que 25 pour cent des nouveau-nés reconnus indemnes ont présenté à la naissance une sérologie positive, qui s'est négativée spontanément et définitivement en moins de trois mois.

## III. — SYPHILIS CONGÉNITALE DU JEUNE ENFANT

L'action rapide de la pénicilline, l'innocuité et la brièveté du traitement, placent au premier rang cette médication de la syphilis congénitale du jeune enfant.

Avant la naissance, il s'est déjà produit un envahissement profond des tissus par le tréponème, qui rend l'infection congénitale plus re-

doutable que la syphilis acquise récente. Aussi le dosage recommandé pour celle-ci, qui est de 2,400,000 unités pour un adulte de poids moyen, c'est-à-dire de 16,000 à 20,000 unités par livre, s'avère insuffisant dans la syphilis congénitale du nouveau-né et du jeune enfant.

Dans les cliniques des universités de Pennsylvanie, Texas, Tulane et Johns Hopkins, la pénicilline fut administrée à 191 enfants âgés de 11 jours à 23 mois, en moyenne de 5½ mois. Des doses totales de pénicilline, variant de 10,000 à 32,000 unités par livre, furent réparties en 60 injections intramusculaires espacées de 3 heures, la durée du traitement étant de 7½ jours. A la suite de récurrences, ou d'emblée, on a parfois doublé la dose, le nombre des injections et des jours de traitement.

Des réactions gastro-intestinales, avec élévation de température, se sont manifestées chez 40% des enfants; 8% subirent un choc thérapeutique faible. Le taux de la mortalité fut de 12.5%, à peu près le même que chez un groupe d'enfants traités avec l'arsenic et le bismuth. Des infections autres que la syphilis et la malnutrition figurent comme principales causes de ces décès.

Sur les lésions cutanées et muqueuses, l'action de la pénicilline fut très rapide. Les lésions osseuses ont régressé en moins de 6 mois. Après une période d'observation de 2 à 16 mois, le taux des résultats satisfaisants, caractérisés par l'absence de signes cliniques et la négativité, au moins partielle, de la sérologie, atteint 89.3% chez les enfants qui reçurent plus de 20,000 unités de pénicilline par livre. Avec des doses moindres, les résultats favorables se chiffrent à 74.2%, soit une diminution de plus de 15%.

L'effet du traitement sur la sérologie se manifeste du deuxième au neuvième mois et même plus tard. Au sixième, la sérologie est négative ou sensiblement améliorée chez 75% des enfants traités par la pénicilline à raison de 30,000 unités par livre.

Dans les cas de sérorésistance et de récurrences cliniques ou sérologiques, il faut d'urgence ré-

péter le traitement en doublant la dose initiale et le nombre des injections. L'action continue et prolongée de la pénicilline est un facteur non moins important que la dose totale, qu'il serait parfois utile de porter d'emblée à 40,000 et même à 80,000 unités par livre, suivant de récentes observations.

L'association de la médication arséno-bismuthique à la pénicilline semble, à priori, se recommander dans la syphilis congénitale du jeune enfant, comme dans la syphilis récente de l'adulte. Cependant aucun rapport n'a jusqu'ici fait mention de ce mode de traitement.

Si la pénicilline se montre efficace dans la syphilis du jeune enfant, son emploi dans la syphilis congénitale tardive conduit le plus souvent à des échecs thérapeutiques, comme on l'a constaté dans la kératite et l'arthrite.

#### IV. — SYPHILIS NERVEUSE

Les cas de syphilis nerveuse traités par la pénicilline n'ont pas été soumis à une observation suffisamment longue pour qu'il soit possible de conclure sur les mérites du traitement. Les plus remarquables résultats qui ont suivi son emploi se manifestent sur la formule du liquide céphalo-rachidien, par le retour à la normale de la leucocytose, de la protéine, des réactions colloïdales et par une réduction de la positivité du Wassermann. Les réactions diminuent d'intensité chez 74% des malades; chez un petit nombre, le liquide céphalo-rachidien devient normal (O'Leary). Par ailleurs, il n'existe aucun rapport entre les modifications du Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

La syphilis méningée répond particulièrement bien à la pénicilline, du point de vue clinique et sérologique. Dans les syphilis parenchymateuses et méningo-vasculaires, l'action de la pénicilline reste surtout marquée sur la formule du liquide, l'amélioration clinique ne se produisant à un degré notable que chez 25% des malades. Jusqu'ici les résultats sont nuls dans les crises gastriques et l'arthrite de Charcot. Par contre, les douleurs fulgurantes

du tabes cèdent à la médication. Aucun résultat concluant n'a encore été observé dans l'atrophie optique primitive. Dans tous les cas, la médication est rapidement suivie d'une amélioration notable de l'état général du patient.

Le traitement comporte une dose totale de 4,800,000 unités de pénicilline, que l'on a quelquefois portée à 10 millions d'unités. On l'administre en 60 doses ou plus par la voie intramusculaire, toutes les 3 heures, durant un minimum de 8 jours. Il a été récemment conseillé (O'Leary) de répéter plus d'une fois la série de 4 millions d'unités, à intervalles de 3 à 6 mois, en se guidant sur les signes d'activité constatés à l'examen du liquide céphalo-rachidien, ou révélés par l'état du malade.

C'est durant les 120 jours qui suivent le traitement que son action favorable se manifeste sur la formule du liquide céphalo-rachidien. Dans la paralysie générale, les réactions perdent lentement de leur intensité et les récédives sont fréquentes.

Les cas encore peu nombreux de syphilis nerveuse traités par la pénicilline et soumis à une observation de deux années ou plus, font espérer des résultats comparables à ceux que procurent nos méthodes actuelles, avec des risques moindres. La pénicilline ne présente aucun danger, est d'application relativement facile, mais elle reste décidément inférieure à la malaria dans ses effets sur les symptômes cliniques et sur l'évolution de la paralysie générale. En associant la pénicilline à la malaria, on obtient de meilleurs résultats cliniques et sérologiques qu'en utilisant l'une ou l'autre de ces thérapeutiques isolément.

#### V. — MANIFESTATIONS TARDIVES

L'action de la pénicilline sur les syphilis tardives symptomatiques ou latentes n'a pas été jusqu'ici soumise à des recherches systématiques, comme les syphilis récentes acquises et congénitales, et la syphilis de la femme enceinte.

A défaut de statistiques, un intérêt particulier s'attache aux conclusions d'une récente communication des docteurs O'Leary et Kierland de la clinique Mayo. Suivant ce rapport, la pénicilline exerce une action rapide et marquée sur les gommescutanées et sur l'ostéopériostite. En peu de temps, les ulcérations du septum et du palais se cicatrisent sous l'effet du traitement par la pénicilline, qui agit en même temps sur le tréponème et sur les organismes associés.

Des résultats remarquables furent obtenus dans la syphilis viscérale. Les lésions gastriques ont cédé à une dose de 2,400,000 unités. Dans l'hépatite gommeuse on recommande de petites doses de 10,000 unités répétées toutes les 3 heures pendant deux semaines.

Le problème de la sérorésistance n'est en aucune manière résolu depuis l'avènement de la pénicilline. Cette médication est rarement parvenue à négativer la sérologie en syphilis latente et son emploi ne semble pas indiqué durant cette période de la maladie. Là encore cependant il est possible que la pénicilline puisse être utilement associée aux autres médications antisyphilitiques.

#### LA PÉNICILLINE ET SES DIVERS MODES D'ADMINISTRATION

La série des observations sur la pénicilline serait incomplète sans quelques remarques sur l'instabilité du produit et sur ses modes d'administration.

La pénicilline est un mélange, dont quatre constituants furent identifiés en 1945 et désignés par les lettres G, X, F et K. Un intérêt particulier s'attache aux fractions G et K: la première, cristallisable (comme la pénicilline X) et très active; la seconde, rapidement détruite dans l'organisme. De la proportion relative de ces deux constituants résulte une action plus ou moins marquée de la pénicilline. Ce point est dûment établi par les recherches expérimentales de Chesney, Mahoney et Arnold, Eagle, Fleming, et c'est à la réduction du facteur G et à un excès de la

fraction K dans certains lots de pénicilline, que l'on attribue les échecs qui se sont produits à la suite de leur emploi. Les manufacturiers se sont efforcés d'apporter les corrections nécessaires à leurs produits.

On est à la recherche de nouvelles méthodes d'administration, qui permettraient le traitement de la syphilis sans l'hospitalisation requise avec la pénicilline sodique, en solution saline ou aqueuse. Mais jusqu'ici, on n'en trouve aucune qui puisse lui être substituée.

La pénicilline calcique dans l'huile et la cire, conseillée par Romansky, de même que l'émulsion de pénicilline sodique dans l'huile et la lanoline, suivant la formule de Cohn et de ses associés<sup>1</sup>, l'une et l'autre couramment employées dans la gonorrhée, réussissent souvent à maintenir dans le sang un taux de pénicilline actif pendant 12, 18 et même 24 heures. Mais l'expérimentation dans la syphilis de ces méthodes est de date récente et les institutions qui la poursuivent ne pourront, avant longtemps, présenter de rapport concluant.

Jusqu'à ce qu'il soit définitivement prouvé qu'un autre mode d'administration est aussi efficace, il faut s'en tenir à nos méthodes actuelles et répartir la dose totale de pénicilline en 60 injections intramusculaires; en 120 dans certains cas. L'espacement des doses est rigoureusement fixé à 2 et 3 heures, aussi bien la nuit que le jour. Ce traitement, d'une durée totale de 7½ jours à 15 jours, nécessite l'hospitalisation. Pour aucune considération, on ne peut songer à l'administration par voie buccale de la pénicilline pour traiter la syphilis.

### Conclusion

Pour conclure, nous résumons les directives données au cliniques et aux médecins par la Division des Maladies Vénériennes du Ministère de la Santé.

Le traitement de la syphilis par la pénicilline est encore à la période de l'expérimentation.

1. Huile d'arachide et Falba; mélange préparé à l'Université de Montréal, sous le nom d'Aracol.

Ce traitement requiert l'hospitalisation du malade. On doit en limiter l'emploi aux cas suivants:

1. Syphilis récente chez des personnes incapables de recevoir le traitement hebdomadaire: bûcherons, marins, colons éloignés du médecin.
2. Intolérance à la médication arséno-bismuthique: érythrodermie.
3. Contre-indication à l'arsenic: patient âgé récemment infecté.
4. Sources d'infection qu'il faut isoler et stériliser rapidement.
5. Syphilis de la femme enceinte, surtout si elle n'est pas traitée avant le septième mois.
6. Syphilis congénitale du jeune enfant (jusqu'au 24e mois).
7. Syphilis nerveuse dans quelques-unes de ses formes seulement: méningite syphilitique, tabes évolutif, atrophie optique . . .

*Formule du traitement de la syphilis récente.*

- a) Pénicilline: dose totale de 2,400,000 unités, que l'on administre en 60 injections intramusculaires de 40,000 unités, toutes les trois heures, jour et nuit, durant 7½ jours.
- b) Administrer concurremment: tous les deux jours, un mapharsen .06 ou .04 si le patient pèse moins de 130 livres. Les premier, quatrième et septième jours, 1 à 2 c.c. de bismuth insoluble.
- c) Durant les 10 semaines suivantes, à moins d'impossibilité, mapharsen deux fois la semaine, bismuth une fois.

*Période d'observation — « Follow-up ».*

Examen sérologique mensuel durant 6 mois.

- a) Si la sérologie résiste, traiter de nouveau.
- b) Si elle se négative, examen tous les trois mois, puis tous les six mois, jusqu'à la fin de la cinquième année.

Examiner le liquide céphalo-rachidien après le traitement, et vers la fin de la troisième et de la cinquième année. Examen cardiovasculaire vers la cinquième année.

Aviser le patient qu'il doit s'observer et se rapporter au moindre signe suspect.

## BIBLIOGRAPHIE

- A. COHN, B. A. KORNBLITH, I. GRUNSTEIN, K. J. THOMPSON et Jules FREUND: «Repository injection of penicillin in Water-in-oil emulsion.» *Proceedings Soc. Exp. Biol. and Med.*, **59**: 145, 1945.
- COMMITTEE on Medical Research and the United States Public Health Service: «A joint statement. The treatment of early syphilis with penicillin.» *J. A. M. A.*, **131**: 265 (25 mai) 1946.
- COMMITTEE on Medical Research, the United States Public Health Service and the food and drug administration: «A joint statement. The changing character of commercial penicillin.» *J. A. M. A.*, **131**: 271 (25 mai) 1946.
- William L. FLEMING, Mary H. WOLF: «The therapeutic effectiveness of relatively crude commercial penicillin in early and late rabbit syphilis.» *A. J. of Syph., Gono. and V. D.*, **30**: 468 (sept.) 1946.
- C. N. FRAZIER, E. H. FRIEDEN: «Action of penicillin, especially in *Treponema pallidum*.» *J. A. M. A.*, **130**: 677 (16 mars) 1946.
- Mary S. GOODWIN, John E. MOORE: «Penicillin in prevention of prenatal syphilis.» *J. A. M. A.*, **130**: 688 (16 mars) 1946.
- J. R. HELLER, Chief V. D. Division U. S. Public Health Service. «Result of rapid treatment of early syphilis.» *Journal of V. D. Information*, **27**: 217 (septembre) 1946.
- Norman R. INGRAHAM, J. STOKES, H. BEERMAN, J. W. LENTZ, Virginia S. WAMMOCK: «Penicillin treatment of the syphilitic pregnant woman.» *J.A.M.A.*, **130**: 683 (16 mars) 1946.
- Norman R. INGRAHAM, J. STOKES, H. BEERMAN, J. W. LENTZ, P. GYORGY, Elizabeth ROSE: «Penicillin treatment of the syphilitic infant.» *J.A.M.A.*, **103**: 694 (16 mars) 1946.
- J. F. MAHONEY, R. C. ARNOLD, A. HARRIS: «Penicillin treatment of early syphilis. A preliminary report.» *Ven. Disease Information*, **24**: 355 (décembre) 1943.
- J. F. MAHONEY, R. C. ARNOLD, C. STERNER et al: «Penicillin treatment of early syphilis.» *J. A. M. A.*, **126**: 63 (26 mai) 1945.
- J. E. MOORE, J. F. MAHONEY, J. F. SCHWARTZ, W. STERNBERG: «The treatment of early syphilis with penicillin. A preliminary report.» *J. A. M. A.*, **126**: 67, 1944.
- J. E. MOORE, C. F. MOHR: «Penicillin in the treatment of neurosyphilis.» *A. J. of Syph. Gono. and V. D.*, **30**: 405 (septembre) 1946.
- Paul A. O'LEARY, Robert R. KIERLAND: «Today's treatment of syphilis.» *J. A. M. A.*, **132**: 430-434 (26 oct.) 1946.
- Paul A. O'LEARY, L. A. BRUNSTING, Orville OCKULY: «Penicillin in the treatment of neurosyphilis.» *J. A. M. A.*, **130**: 698 (16 mars) 1946.
- F. W. REYNOLDS, C. F. MOHR, J. E. MOORE: «Penicillin in the treatment of neurosyphilis.» *J. A. M. A.*, **131**: 1255 (17 août) 1946.
- J. H. STOKES, H. STEIGER, C. D. GAMMOND, W. H. STEELE, H. BEERMAN, N. R. INGRAHAM, Paul GYORGY, Elizabeth ROSE, J. W. LENTZ: «Penicillin alone in Neurosyphilis.» *J. A. M. A.*, **131**: 1 (24 mai) 1946.
- Joseph YAMPOLSKY et Albert HEYMAN, Atlanta, Ga.: «Penicillin in the Treatment of syphilis in Children.» *J.A.M.A.*, **132**: 368 (19 oct.) 1946.

# REVUE GÉNÉRALE

## LES ABCÈS PULMONAIRES<sup>1</sup>

Fernand GREGOIRE (Montréal).

Si les abcès pulmonaires étaient connus des grands cliniciens du XIX<sup>ème</sup> siècle, ils étaient considérés comme affection exceptionnelle. L'augmentation de fréquence des infections broncho-pulmonaires, entraînant une suppuration abondante, est-elle réelle, depuis la grippe de 1918, depuis les irritations déterminées par les gaz de combat, et l'augmentation considérable des interventions chirurgicales, ou n'y a-t-il qu'une augmentation apparente de fréquence et en réalité une facilité accrue de diagnostic?

Quoi qu'il en soit, il est certain que le diagnostic d'abcès du poumon est un diagnostic que l'on est exposé aujourd'hui à porter souvent en clinique, et que par suite, l'étude des abcès du poumon doit tenir une place importante en pathologie respiratoire.

Après une brève revue de l'étiologie et de la pathogénie de cette affection, nous ferons un court rappel des données cliniques et radiologiques, pour nous arrêter surtout au *traitement* des abcès pulmonaires, le tout illustré par trois cas assez typiques de cette affection.

### ETIOLOGIE

A) Ils sont *secondaires* dans 15% des cas environ (1).

1<sup>o</sup> Abcès consécutifs aux interventions chirurgicales bucco-pharyngées et abdominales, surtout celles portant sur l'utérus et ses annexes et gastro-duodénales.

2<sup>o</sup> Les abcès secondaires à une affection pulmonaire préalable. D'abord le grand abcès post-pneumonique. Peu fréquent, d'après Gri-

saille, Andral et Trousseau. Par suite les abcès broncho-pneumoniques semblent plus fréquents.

3<sup>o</sup> A côté des infections aiguës, il faudrait citer les traumatismes indirects comme les fractures de côtes et les corps étrangers, cause assez fréquente chez les enfants.

Deux catégories de faits sont plus intéressantes.

4<sup>o</sup> Les abcès consécutifs à la dilatation des bronches.

5<sup>o</sup> Et plus importants encore à connaître sont les faits où un abcès succède ou se surajoute à un cancer bronchique ou pulmonaire, œsophagien ou médiastinal. Graham pense que ces abcès représentent 10% de la totalité tandis que Kindberg et Monod ne l'auraient trouvé que dans 4% des cas.

B) Les abcès primitifs.

*Le plus souvent l'abcès pulmonaire est primitif.* Presque toujours, il s'agit d'une atteinte pulmonaire aiguë, mal définie, d'emblée capable de suppuration.

Evidemment, si l'on n'admet pas leur origine directement aérienne, endo-alvéolaire, les abcès les plus primitifs en apparence sont au sens strict et en réalité *secondaires*.

### BACTÉRIOLOGIE (2)

Nous pouvons avoir affaire à *une grande quantité* de microbes.

A) Microbes *pyogènes*.

1<sup>o</sup> C'est le pneumocoque que l'on cite le plus souvent.

2<sup>o</sup> Le rôle du streptocoque semble aussi important.

3<sup>o</sup> A côté on a signalé: le staphylocoque, l'entérocoque et des microbes plus rares comme le Protéus.

1. Communication à la Société de Phtisiologie de Montréal, le 22 février 1946.

Le point capital est qu'il n'existe pas de forme anatomo-clinique particulière à chaque espèce microbienne.

B) Le *pneumobacille de Friedlander*, qui a deux caractéristiques:

1° L'aspect nécrotique, hémorragique et pyoïde de la lésion l'opposant à l'hépatisation pneumococcique.

2° La multiplication vraiment prodigieuse de ce microbe pathogène sur culture.

C) L'abcès *amibien*. L'amibe embolisée et se multipliant dans le poumon provoque avant tout une nécrose hémorragique. Elle explique les caractères du pus visqueux, de couleur chocolat et *stérile*.

D) Les microbes *anaérobies*.

Qui dit fermentation putride, par les germes anaérobies, dit gangrène. Mais en pratique, à quel moment précis une suppuration simplement fétide doit-elle être dite putride? A quel instant précis, cessant de la considérer comme un abcès, doit-on l'envisager comme une gangrène? Ne faut-il pas voir déjà, dans la fétidité, une signature de l'anaérobiose?

Si l'odeur de l'haleine permet quelquefois à Sergent, « qui en face de la fétidité à odeur de charogne dresse la fétidité à odeur de gaz d'égouts », d'opposer quelques types anatomo-cliniques, tous ces faits représentent aujourd'hui la grosse majorité des suppurations pulmonaires caractérisées:

1° *Anatomiquement*: par la nécrose septique.

2° *Cliniquement*: par la fétidité ou la putridité de l'haleine et des crachats.

Pratiquement, nous retrouverons toujours la flore anaérobie, comme le *Perfringens*, le *Ramosus*, et parfois le *Bactéroïdes Nécroporus*, dont nous parlent Callahan et ses collaborateurs dans *The Journal of Thoracic Surgery* de juin 1945.

E) Enfin les spirochètes seraient présents dans la majorité des cas.

### PATHOGÉNIE (3)

Théoriquement, l'infection du tissu pulmonaire peut être réalisée par quatre voies: voie sanguine, voie lymphatique, voie bronchique, ou directement par traumatisme.

1° L'origine *sanguine* est évidente en cas d'embolie pulmonaire.

2° L'origine *bronchique aérienne descendante* semble bien souvent la plus probable. Il se pourrait que son mécanisme ne fût pas simple. On sait par exemple qu'il est impossible d'obtenir une pneumonie franche lobaire chez le chien, par injection intratrachéale de pneumocoques, et c'est là un des principaux arguments en faveur de l'origine sanguine de la pneumonie. Or Corrylos et Birnbaum ont montré que si l'on provoque l'atélectasie pulmonaire par obstruction artificielle d'une bronche, il devient dès lors aisé d'obtenir l'hépatisation du lobe correspondant. Certaines constatations cliniques et radiologiques leur font croire que les mêmes phénomènes se succèdent chez l'homme, de la même façon: *bouchon muqueux, obstruction bronchique, atélectasie, pneumonie*. Il en est de même pour les *suppurations primitives* et leur développement les rapprocherait ainsi plus étroitement encore des abcès par corps étrangers.

Il y a là un sérieux argument en faveur du traitement bronchoscopique précoce.

3° La voie lymphatique est certainement beaucoup plus rare. Le docteur Jacob Schwartz, dans un article intitulé: « Abcès pulmonaire staphylococcique dû à un traumatisme de la peau », montre le chemin de l'infection aux ganglions axillaires qui se déversent dans la veine sous-clavière et de là au cœur et dans le poumon.

### ETUDE CLINIQUE

Schématiquement, un abcès du poumon passe par 3 phases:

1° Phase de constitution.

2° La vomique.

3° L'évacuation purulente.

1° *Le début.*

Certains abcès s'affirment assez brusquement. Mais la fièvre qui s'allume, les frissons qui l'accompagnent, le point de côté, la toux sèche, rien n'est pathognomonique.

*Parfois, tout cela peut manquer*, et nous trouvons les constatations les plus diverses: ce peut être la simple aggravation de l'état général sans localisation pulmonaire apparente pouvant faire croire à quelque imprégnation tuberculeuse, ou encore réalisant un véritable état typhoïde qui peut se prolonger plusieurs semaines.

D'autres fois, le malade n'accuse qu'un rhume plus accentué que d'habitude. Ou c'est un épanchement passager ou une hémoptysie qui attire l'attention.

*Fait assez curieux, l'infection semble hésiter.*

On voudrait tenter des *ponctions exploratrices*, mais c'est une manœuvre presque toujours vaine et dangereuse pour Kindberg, et absolument interdite d'après Richard Diefenbach, à cause du danger d'infecter la grande cavité pleurale.

2° La « vomique » reste l'épisode central. Lorsqu'elle est manifeste, l'abcès lève le masque.

En théorie, la vomique pulmonaire est précocce, s'opposant ainsi, selon Trousseau, à la vomique pleurale. Elle se produirait au 5<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> jour.

*Parfois annoncée* par quelque hémoptysie, une saveur désagréable de l'haleine ou de la salive, elle se *caractérise* par le subit déchirement intrathoracique, la quinte de toux douloureuse, et la quasi suffocante irruption de pus. Une expectoration purulente abondante, intermittente, lui succède.

Il s'en faut cependant que ce tableau se réalise toujours. La vomique peut être tardive, se produire après 5 ou 6 semaines. Bien plus souvent, la date reste imprécise et la vomique elle-même est impossible à saisir. C'est dans la plupart des cas la simple exagération de l'expectoration habituelle.

3° *Phase de suppuration ouverte.*

Quoi qu'il en soit, une fois l'ouverture bronchique réalisée, l'expectoration purulente et abondante va s'installer. Elle sera irrégulière et intermittente, plus souvent que continue, s'effectuant par brusques décharges.

## SIGNES PHYSIQUES

Ici encore, même variabilité et souvent même incertitude. Les résultats de l'examen vont dépendre:

- A) Des dimensions de l'abcès et de sa profondeur.
- B) Des modalités de son drainage.

Dans quelques cas heureux, on constate des signes nets de caverne. Le plus souvent il n'en est pas ainsi. On peut avoir soit les signes d'une pleurésie de la grande cavité, soit le syndrome classique de la pleurésie interlobaire et plus fréquemment il s'agit de signes pseudo-pleurétiques. Parfois on entend de simples bruits bronchiques ou râles de toutes sortes, secs et humides, plus ou moins diffus.

*En fait*, tous ces signes demandent surtout, pour pouvoir être interprétés, l'examen radiologique (4).

Voici un résumé des principaux types radiologiques d'abcès du poumon:

- 1° Caverne isolée.
- 2° Abcès parahilaire.
- 3° Abcès multiples.
- 4° Abcès axillaire.
- 5° Forme pneumonique pseudo-lobaire.
- 6° Forme aréolaire diffuse.
- 7° Pseudo-pleurésie interlobaire.

Mais, en dépit de ces schémas, il faut avant tout compter sur le remaniement incessant des images et c'est pourquoi nous devons multiplier les radiographies de profil, latéral, et antéro-postérieur, afin d'avoir une idée exacte de la localisation et de l'étendue de l'abcès.

La bronchoscopie est aussi très utile pour localiser l'abcès mais surtout pour différencier une lésion maligne sous-jacente ou postérieurement infectée, d'avec l'abcès pulmonaire.

## EVOLUTION ET PRONOSTIC GÉNÉRAL (5)

Le pronostic des abcès pulmonaires est considérablement amélioré depuis quinze ans. Le docteur Richard Sweet, du « Massachusetts General Hospital », dans un rapport portant sur 120 cas, de 1938 à 42, dit ceci: « Les résultats démontrent qu'il y a une augmentation définie dans le nombre total de guérisons par toutes les méthodes de traitement. Dans ce dernier compte rendu, 59.2% des patients ont été guéris au lieu de 49.2% pour les 5 années précédentes et seulement 34.8% pour les autres 5 ans antérieurs.

Le taux présent de mortalité ne serait que de 18.3% au lieu de 33.9%. La guérison spontanée demeure à peu près la même dans environ 20% des cas.

## COMPLICATIONS

Au cours de leur évolution capricieuse, les suppurations pulmonaires peuvent présenter des complications diverses. Les unes bénignes, les autres graves.

1° Les hémoptysies trouvées dans 60 à 80% des cas, allant des crachats hémoptoïques jusqu'à l'hémoptysie massive.

2° Lésions ostéoarticulaires: hippocratisme des doigts.

3° Laryngite.

4° Complications pleurales. Elles sont de 2 ordres:

a) Ce sont d'abord des épanchements séro-fibrineux. Ils peuvent être passagers, stériles, dus peut-être à une simple réaction de voisinage.

b) Le plus souvent cet épanchement devient putride et le pronostic prend une tout autre sévérité.

5° Le pneumothorax. L'ouverture spontanée de l'abcès à la plèvre serait, d'après Kourilsky, Kindberg et Monod, une éventualité assez rare.

6° Abcès métastatiques.

Les abcès métastatiques lointains sont la signature d'un état septicémique. L'abcès secondaire du cerveau en est un exemple classique. Ce sont des faits d'une extrême gravité.

7° *Maladies associées.* Les abcès du poumon peuvent se compliquer d'une autre affection ou venir en aggraver le cours. Ils sont fréquents dans le développement des cancers du poumon.

L'association abcès tuberculose pulmonaire est assez rare, mais fort intéressante, et comporte des possibilités variées.

*Abcès du poumon et dilatation des bronches,* dont nous parlera le docteur Latraverse. L'anatomie pathologique nous a bien montré la complexité de la question:

1° Dans certains cas, il s'agit évidemment de dilatation ancienne, fixée dès l'enfance et se compliquant secondairement d'abcès pulmonaire.

2° Dans d'autres cas, c'est l'abcès de toute évidence qui est primitif et c'est après sa guérison ou bien, lorsque apaisé, il est devenu définitivement chronique, que la dilatation secondaire se développe.

3° (Enfin) dans une troisième catégorie de faits, il y a intrication contemporaine de lésions bronchiques destructives et de suppuration proprement parenchymateuse.

8° *Enfin la mort subite,* qui arrive surtout chez les plus de 50 ans. D'une façon générale, ces complications sont tardives. Elles apparaissent brusquement, sans que rien les puisse faire prévoir, chez les malades dont l'abcès est en pleine évolution ou semble apaisé ou mieux guéri ou persiste depuis plusieurs mois.

Cette notion est des plus importantes et nous ne devons pas la perdre de vue en discutant des indications thérapeutiques. A maintes reprises, des complications parfois mortelles se sont produites alors qu'en fin de compte, après des hésitations prolongées, on se décidait à appeler le chirurgien. (M. Sarrazin.)

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL (6)

Le diagnostic d'abcès pulmonaire est presque toujours chose fort délicate.

L'abcès aigu sera naturellement à distinguer de toutes les infections aiguës broncho-pulmonaires; pneumonies et broncho-pneumonies, de tout ordre et de toute nature.

Nous aurons à éliminer les lésions parenchymateuses proprement dites, les affections bronchiques et les pleurésies enkystées.

### 1° Lésions parenchymateuses.

Il s'agit tout d'abord des différentes « tumeurs pulmonaires » non dans leur forme typique, avec les hémorragies si spéciales et les signes précoces de compression, mais de ces cancers pulmonaires qui s'accompagnent de véritables foyers de gangrène pulmonaire de sorte que le néo peut passer inaperçu et la suppuration putride du poumon, constituer à elle seule le tableau clinique.

D'autre part, certains cancers se développent sous une forme cavitaire et suppurée, qui rend leur méconnaissance inévitable:

a) *Cancers atypiques*, provoquant, par compression du pédicule, une nécrose secondairement infectée du poumon adjacent.

b) Le cas des cancers *typiques*, où la nécrose cancéreuse, doublée d'une insuffisance d'irrigation sanguine, commande le développement d'une véritable caverne cancéreuse à l'intérieur de la tumeur.

Il faut donc toujours penser au cancer surtout après 40 ans. Les sarcomes pulmonaires généralement *arrondis*, peuvent prêter à confusion. Il faut aussi penser au kyste hydatique peu fréquent ici. Enfin certains cas de T. B. pourront n'être que difficilement reconnus. (Mme Zéphirin Lafond? Mlle Françoise Pajant.)

### 2° Les bronchorrées et les ectasies bronchiques.

C'est à en reconnaître les différentes variétés par bronchoscopie et bronchographie que devraient tendre tous nos efforts. Il n'y a pas toujours à proprement parler de diagnostic différentiel à discuter. Une fois fait l'inventaire minutieux des lésions, on les classera selon ses idées personnelles sur la question.

### 3° Les pleurésies enkystées et la pleurésie interlobaire.

Ici le diagnostic est très difficile, mais le plus souvent, chez l'adulte, il s'agit d'un abcès pulmonaire.

## TRAITEMENT DES ABCÈS DU POUMON

Nous parlerons d'abord:

1°) Des traitements médicaux associés à la bronchospie.

2°) Des traitements purement chirurgicaux.

Le problème du traitement des suppurations pulmonaires est l'un des plus complexes de la médecine et dès l'abord on peut assurer qu'il n'y a pas de ligne de conduite réglée d'avance.

Nous passerons sous silence les anciens traitements à la teinture d'ail et à la trypoflavine qui ont été remplacés par les sulfamidés et la pénicilline. Comme principe général, dans les abcès *aigus*, nous essaierons le traitement médical associé à la bronchoscopie durant les premières semaines.

Nous emploierons la *pénicilline* de préférence aux sulfamidés. Les retards dans la résolution, sous le traitement par les sulfamidés, ont augmenté considérablement, surtout chez les gens âgés de plus de 40 ans. Ceci serait dû vraisemblablement à une baisse des protéines totales portant particulièrement sur les albumines. (*Glasgow M. J.*, 25-59-65, fév. 1945.)

Nous emploierons la pénicilline à la dose de 180,000 à 200,000 unités par 24 heures, intramusculaire en une seule injection huileuse ou dans un soluté physiologique, 30,000 U. aux 4 heures. Nous lutterons ainsi contre l'infection et, dans la majorité des cas, nous aiderons beaucoup à diminuer la féétidité des expectorations.

Nous ferons en même temps une bonne désinfection locale des voies aériennes supérieures (et nous ferons mettre des suppositoires créo-rectaux pour aider davantage) ou nous ferons respirer par le patient des aérosols de pénicilline (7). Mais il faudra aider le drainage de ces suppurations. Un moyen fort simple, mais qui a peut-être été trop négligé, c'est le drainage en position déclive, le thorax en bas du lit, en commençant une minute trois fois par jour en augmentant d'une minute tous les jours jusqu'à cinq minutes trois fois par jour.

Dès l'arrivée du patient à l'hôpital, nous demandons le concours du bronchoscopiste. Cette

première bronchoscopie, acte d'exploration autant que de thérapeutique, sera suivie plus ou moins rapidement d'une deuxième séance surtout de *drainage*. C'est l'*aspiration*, dans les temps ultérieurs, qui demeure l'acte essentiel.

Elles seront plus ou moins rapprochées, d'après les indices plus ou moins prononcés de rétention. Nous devons aussi faire une *étude élaborée de l'hémogramme et de la protéinémie* totale avec rapport A/G.

En effet, ces suppurations provoquent l'anémie et l'hypoprotéinémie, d'après un récent rapport des docteurs Armstrong, England et collaborateurs de l'Université Harvard (8). Ils concluent: « Le développement de l'anémie et de l'hypoprotéinémie pourrait être anticipé, par l'emploi précoce de sang entier et de plasma, ensemble avec une diète très riche en protéine et appropriée.

De plus, comme il y aurait baisse surtout des albumines et parmi elles surtout de la thiamine et possiblement de la pyridoxine, nous donnerons du chlorure de thiamine, i. e. Vit. B<sub>1</sub> à fortes doses, jusqu'au recouvrement complet.

Il faudra donc, dès que les expectorations seront moins fétides et que les patients auront un peu d'appétit, leur donner de la *viande* en quantité, au lieu de les laisser s'étioler et s'anémier par une diète liquide.

Mais le danger, c'est de trop attendre du traitement médical et ainsi de perdre un temps précieux. Si la guérison spontanée doit se produire, elle survient ou pour le moins s'amorce dès les premières semaines. Si, au cours de cette période de surveillance étroite, l'état général s'améliore et si l'écran montre un nettoyage radiologique progressif, l'on peut surseoir à l'idée d'une intervention chirurgicale et laisser le malade courir sa chance de guérison spontanée. Au contraire, si, le drainage se faisant mal, l'écran révèle une accentuation des images et une extension des lésions pulmonaires, si des foyers de condensation se précisent, si l'étude de l'évolution montre des répétitions de poussées fébriles accompagnées de tachycardie, de diarrhée, avec diminution rapide du poids et des forces, il est bien évident que le patient

devra sans plus tarder être confié au chirurgien.

Ce court délai de 4 à 6 semaines écoulé, il ne faudra plus compter sur la guérison spontanée, et se rappeler que, dès que les chances de guérison spontanée ont disparu, les chances de guérison chirurgicale vont en diminuant chaque jour et, en définitive, l'abstention opératoire, passé les deux premiers mois, tue plus de malades qu'elle n'en guérit.

Le docteur Dieffenbach va beaucoup plus loin et dit: « Une opération au début est, de l'avis de tous les chirurgiens thoraciques, le vrai traitement de l'abcès pulmonaire putride. Seulement quelques cas guériront spontanément et il est hasardeux de s'y fier. » (9)

Ordinairement, l'abcès s'ouvre dans une bronche et peut se drainer plus ou moins. La T° revient à la normale et les symptômes subjectifs disparaissent. C'est le facteur le plus dangereux, parce qu'il donne au patient et à son médecin une fausse impression de sécurité. (M. Sarrazin.)

L'abcès continue à être présent et à entretenir des microbes. Ce n'est qu'une question de temps avant qu'il se réactive. En présence d'un abcès facilement accessible, bien collecté, nettement circonscrit, mais non ouvert dans les bronches, et déterminant des accidents infectieux graves, dus à la rétention, mieux vaut intervenir d'urgence sans attendre une vomique (10).

De même, si la cavité est ouverte mais insuffisamment, si deux ou trois vomiques et bronchoscopies n'ont pas amené une sédation franche des accidents aigus, l'opération est indiquée sans délai, par drainage. Car, si nous attendons l'installation du stage de chronicité, il faudra faire une lobectomie ou une pneumonectomie et les difficultés techniques sont grandes alors.

#### LOCALISATION

Pour faire un drainage, l'important est de bien localiser l'abcès afin de ne pas entrer dans la grande cavité pleurale. Par chance,

la plupart des abcès sont situés à la périphérie. Exception faite pour ceux situés le long de la scissure interlobaire, ces abcès périphériques causent des adhérences et ceci permettra de les drainer sans entrer dans la grande cavité pleurale.

Ici la radiographie est d'une extrême importance et il ne faut pas avoir peur d'en faire prendre: en profil, en latéral et en antéro-postérieur (11). La fluoroscopie, après injection de bleu de méthylène, et d'huile iodée dans un espace interpleural près de la zone abcédée, aidera à la localisation.

Les signes physiques, comme la matité, l'abolition de la respiration, la douleur et la sensibilité, nous aident aussi.

1° Au moment de l'intervention du drainage, après ablation d'un segment costal, la plèvre n'étant pas encore ouverte, si on voit que les 2 feuillets se meuvent l'un sur l'autre librement, le docteur Dieffenbach conseille de faire un tamponnement dans le fascia endothoracique, espérant qu'il favorisera la formation d'adhérences. Revenir dans une semaine.

2° Une autre méthode est de suturer les 2 plèvres, et d'isoler par une gaze afin de ne pas infecter la grande cavité.

3° Si on ouvre la plèvre accidentellement et que le poumon s'affaisse, on peut avec un doigt aller explorer pour savoir où loge l'adhérence. Ensuite fermer et ouvrir là où elle siège.

4° Si tout le poumon est affaissé, le laisser revenir et ensuite intervenir.

On doit pour l'intervention employer l'anesthésie locale, faire la résection d'un segment costal, ouvrir la cavité de l'abcès, et faire un bon tamponnement en laissant la plaie largement ouverte.

C'est d'après le docteur Dieffenbach le procédé idéal. L'anesthésie générale serait d'après le même auteur hasardeuse. Quelques abcès pulmonaires s'ouvrent d'emblée dans la grande cavité pleurale et non dans la bronche. Neuhof et Hurwitz vont même jusqu'à affirmer que tout empyème putride est dû à un abcès pulmonaire putride.

On doit alors drainer l'empyème et on mettra une pression négative par succion et ceci pour trois raisons (12):

- 1°) On aspire ainsi l'arbre bronchique infecté.
- 2°) On aide à aérer le poumon.
- 3°) On permet à l'oxygène d'arriver à la région infectée et de détruire les anaérobies.

Dans un certain pourcentage de cas, les résultats seront décevants.

Certains facteurs, comme l'âge, la condition physique du patient, la gravité de l'acte chirurgical antérieur préalable, sont autant de facteurs qui influencent les résultats.

Cependant, d'après Neuhof et Hurwitz, les mauvais résultats seraient dus au type de chirurgie employée, mais ceci ne semble pas être l'explication complète. Qu'on emploie le tamponnement ou le tube de drainage, ceci est d'importance secondaire.

Le tamponnement est indubitablement plus sûr, si l'hémorragie est à redouter. Par contre, le tube de drainage pourvoit à une meilleure aération. Dans la cavité d'abcès les sulfamidés s'avèrent peu efficaces, mais dans l'incision ils peuvent prévenir l'infection.

Si l'infection dure depuis longtemps, il s'est formé du tissu fibreux avec épithélisation intraparenchymateuse, infection des autres bronches environnantes qui se dilatent à leur tour avec abcès secondaires. Alors il faudra faire la lobectomie ou même la pneumonectomie totale, par ligature individuelle des éléments du hile, fermeture de la bronche par des sutures en matelas et recouvrement du moignon par des lambeaux de plèvre. On pourra mettre de la poudre de sulfamidés dans la cavité mais pas de pénicilline, car, d'après notre expérience, elle serait trop irritante, causerait de vives douleurs et provoquerait la formation de liquide. On peut aussi mettre du plasma dans la cavité après pneumonectomie. Si le lobe restant après lobectomie s'est affaissé, on fera un drainage fermé avec cathéter et aspiration continue, afin de maintenir une pression négative.

tive constante durant les 2 ou 3 premiers jours et de permettre la réexpansion pulmonaire.

Si le lobe restant est adhérent, on pourra fermer hermétiquement et ponctionner toutes les 12 heures au début et 24 heures ensuite.

Durant l'opération il sera très important d'installer une transfusion dès le début et de prendre la pression artérielle toutes les minutes.

On ne devra pour aucune considération la laisser baisser en bas de 80 et il faudra même donner le sang sous pression si elle hésite à se rétablir. On peut donner 3,000 c.c. de sang sans inconvénient grave.

Bronchoscopie aspiratrice immédiatement après l'opération. Oxygénothérapie par tube en permanence pour 24 heures. On continuera la pénicilline aux mêmes doses pour une quinzaine de jours.

On fera faire des hématocrites à répétition avec hémogrammes et protéinémie et, s'il y a nécessité, on fera donner d'autres transfusions ou du plasma, les jours suivants.

Et maintenant, nous allons étudier ensemble l'histoire de trois cas d'abcès pulmonaires, lesquels illustrent assez bien les différentes possibilités de guérison par le traitement médical associé à la bronchoscopie, par le drainage et par la lobectomie.

\* \* \*

### Observation 1.

Monsieur A. P..., 62 ans.

Patient admis à l'hôpital du S.-Cœur le 2 juillet 1945, pour abcès pulmonaire. Début de la maladie il y a cinq semaines par une fatigue extrême, frissons et température vespérale, avec toux fréquente. Il consulte à ce moment, mais on ne lui prescrit qu'un expectorant et le repos.

Mais après deux ou trois jours, le patient se rend compte qu'il a très mauvaise haleine. On pense à ses dents. Les deux premières extraites, montrent des abcès sous-jacents. Mais au lieu de diminuer, les expectorations augmentent et l'odeur devient de plus en plus marquée.

Le médecin commence alors à donner de la pénicilline à petites doses et le patient constate qu'à partir de ce moment, il crache beaucoup plus, mais que ses expectorations deviennent beaucoup moins odorantes.

A son entrée ici il fait 102 degrés de température vespérale et le lendemain de son arrivée il fait une vomique de 16 onces. Il crache même un peu de sang. Il a maigri de 18 livres depuis cinq semaines et ne pèse que 114 livres. Il est pâle, mais n'a pas le teint terreux. A l'examen pulmonaire, on note une diminution de l'amplitude thoracique à droite avec matité à la partie moyenne et vibrations augmentées à ce niveau. A l'auscultation, inspiration et expiration soufflante de timbre cavitaire en arrière à droite, à la partie moyenne, avec nombreux râles bulleux et bruits adventices.

Le patient est mis à la pénicilline à raison de 180,000 U. I. M. par jour. Le surlendemain, bronchoscopie exploratrice et aspiratrice qui confirme le diagnostic d'abcès putride du segment supérieur du lobe inf. droit. La température tombe à 99 degrés après cette aspiration et revient à la normale une semaine plus tard.

A ce moment une nouvelle bronchoscopie montre beaucoup moins de congestion des bronches de drainage du lobe inf. droit. A l'insinuation d'un petit aspirateur courbe dans ce lobe, déversement d'un peu de pus et de sang.

*Conclusion.* Si, d'ici une semaine ou deux, la cavité n'a pas de tendance à s'effacer, il y aurait avantage à ne pas différer l'ouverture externe de l'abcès.

Le 25 juillet 1945, nouvelle bronchoscopie, de contrôle.

L'insinuation d'un petit aspirateur courbe dans le segment sup. du lobe inf. droit, ramène un peu de pus et de sang.

Régression considérable de la congestion locale. A ce moment, le patient n'expectore presque plus, est apyritique, a gagné 5 livres de poids et nous sommes d'avis qu'il peut bénéficier d'un congé dans son foyer, mais nous recommandons un contrôle radiologique et, s'il y a lieu, bronchoscopique et bronchographie dans un mois ou deux.

Le patient quitte l'hôpital le 29 juillet 1945 et retourne chez lui où il continue d'engraisser. Il a complètement cessé de tousser et d'expectorer et nous avons fait, depuis, deux radiographies de contrôle qui montrent une régression *ad integrum* de sa lésion parenchymateuse.

*Traitement.* Ce patient a été traité à la pénicilline à raison de 180,000 U. I. M. par jour durant 15 jours.

Il a eu 3 bronchoscopies.

Il a fait du drainage en position déclive, avec aminophilline, pour aider à dilater ses bronches. Il a guéri spontanément sans intervention chirurgicale.

### Observation 2.

M. A. G..., 41 ans, admis dans le service de chirurgie thoracique le 30 octobre 1944, envoyé par le docteur J.-A. Vidal, pour abcès pulmonaire.

A son arrivée, le patient pèse 151 livres. Mesure 5 pieds 5½ po. A bon appétit et digère bien. Il tousse beaucoup et crache de 100 à 200 grammes par jour. B. K. toujours négatifs.

*Examen clinique.* Matité à la région antéro-sup. droite. A l'auscultation, une respiration rude aux deux temps au sommet post. et quelques râles bulleux. A la partie axillaire ant., vis-à-vis le 3e espace

pour de la toux et des troubles digestifs. L'observation faite alors laisse croire qu'il tousse depuis une dizaine d'années. Cette toux cependant ne s'accompagne pas d'expectorations. Il éprouverait assez souvent des douleurs thoraciques.

Six mois avant l'admission, la toux se serait accompagnée de perte de connaissance. L'examen radio'ogique des poumons, à cette date, montre une

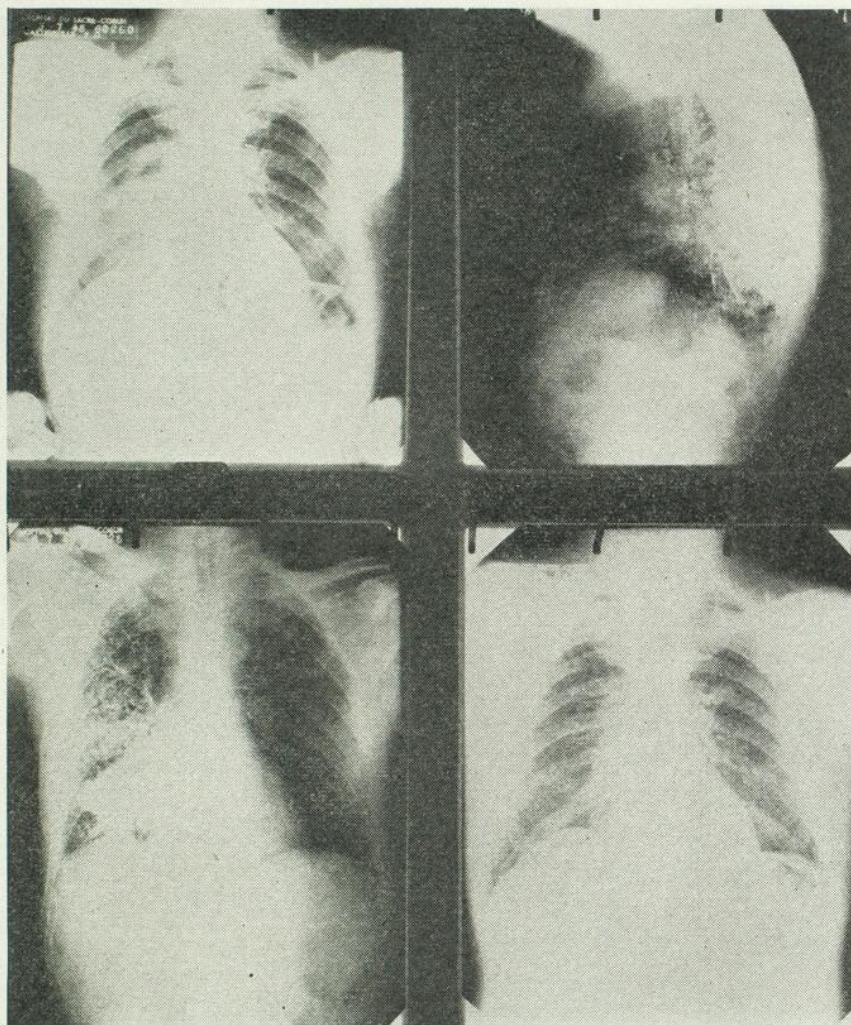


Fig. 1. — M. A. P..

intercostal, diminution très notable de la respiration.

Une ponction a été tentée et est revenue blanche. Mais, quelques jours plus tard, le patient se plaint de fortes douleurs à droite. Quintes de toux subintrantes. Expectoration abondante.

*Diagnostic:* pneumo spontané après thoracenthèse.

En quelques mots, voici son histoire antérieure. En 1940, alors que le patient était dans l'armée, il fut hospitalisé à l'hôpital St-Sacrement à Québec

image absolument normale. Un diagnostic final de bronchite chronique avec manifestations asthmatoïdes a été porté. A ce moment, le patient est sorti de l'armée et a commencé à travailler.

Le 15 avril 1944, la maladie a débuté par un étouffement subit et serrement thoracique accompagné de dyspnée. Les malaises ont duré une heure. Il a cessé son travail pour 2 mois, puis l'a repris le 15 juin 1944 jusqu'au 30 juillet. Depuis le début de son affec-

tion il a craché abondamment, mais les expectorations n'ont jamais été ma'odorantes, même si le goût en était mauvais. Il a craché un peu de sang le 26 oct. 1944.

Quand il tousse, il éprouve une douleur en avant sous le sein droit. Son haleine est fétide. Evolution fébrile avec pouls variant de 100 à 112. Une bronchoscopie faite le 8 novembre 1944 nous donne ceci: «L'exploration endoscopique minutieuse de l'arbre

d'air avec emphysème s. c. moins marqué. Prise de pression I. P. -3 +5, moins 100 cc.: -4 +2.

Le patient ne crache plus que 75 grammes par jour, mais, à intervalles, il fait de la température jusqu'à 103 degrés le 15 décembre au soir, pour revenir à la normale en quelques jours.

Le 18 janvier 1945. Vomique considérable, 6 crachoirs. Quelques jours plus tard, il crache encore 300 cc.

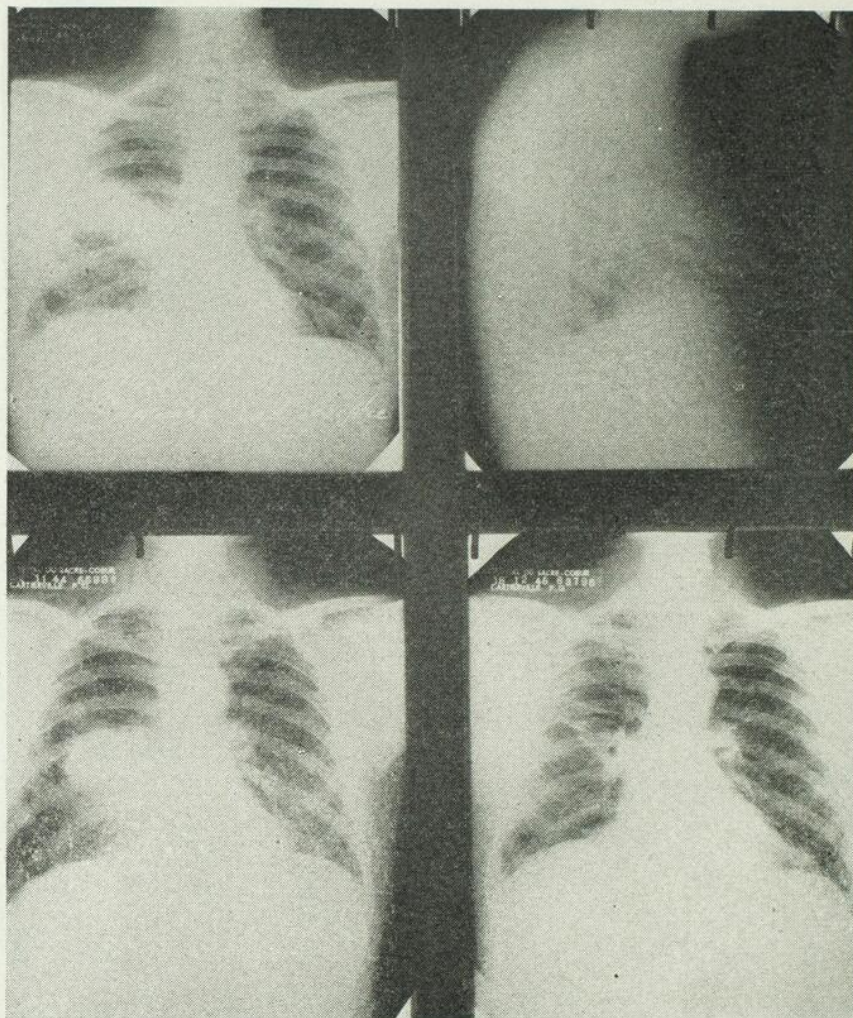


Fig. 2. — M. A. G...

bronchique droit n'a pas décelé de trajet purulent dans aucun des 3 lobes; à peine notons-nous une hyperémie dans le carrefour lobaire, lobe moyen et lobe supérieur.» La bronchographie du poumon droit fut faite 2 jours après.

Après une ponction, le patient a fait de la température en clocher à 102 degrés pour revenir à la normale 4 jours plus tard.

Le 25 novembre 1945 on note encore la présence

Le 27 janvier 1945 il est opéré. Incision rectangulaire dans la région thoracique ant. droite. Un segment de la 3e côte est enlevé. La scissure horizontale ne peut être qu'assez difficilement identifiée, mais le poumon présente à ce niveau une dureté marquée. les plèvres sont symphysées. Une ponction dans cette zone permet de retirer du pus très fétide. Le trocart est laissé en place et une ouverture est faite à l'électrocoagulation. On tombe sur une cavité abcédée du volume d'un œuf contenant des grumeaux et du pus

très odorant. Mèches laissées en place. Plaie laissée largement ouverte.

Le 31 janvier, débridement de la plaie opératoire de façon à avoir un meilleur accès à l'abcès pulmonaire.

A partir de ce moment le patient cesse de faire de la température. Il engraisse de 10 livres, l'orifice

torer. Vers la fin de novembre, 4 à 5 crachats de sang très odorants. Il consulte son médecin, qui lui fait une radiographie pulmonaire et une analyse d'expectorations. Le lendemain, violent point de côté, sous le mamelon droit, irradiant à tout le poumon. Le 1er décembre 1944, à la suite d'une quinte de toux, il fait une hémorragie très considérable, environ 2

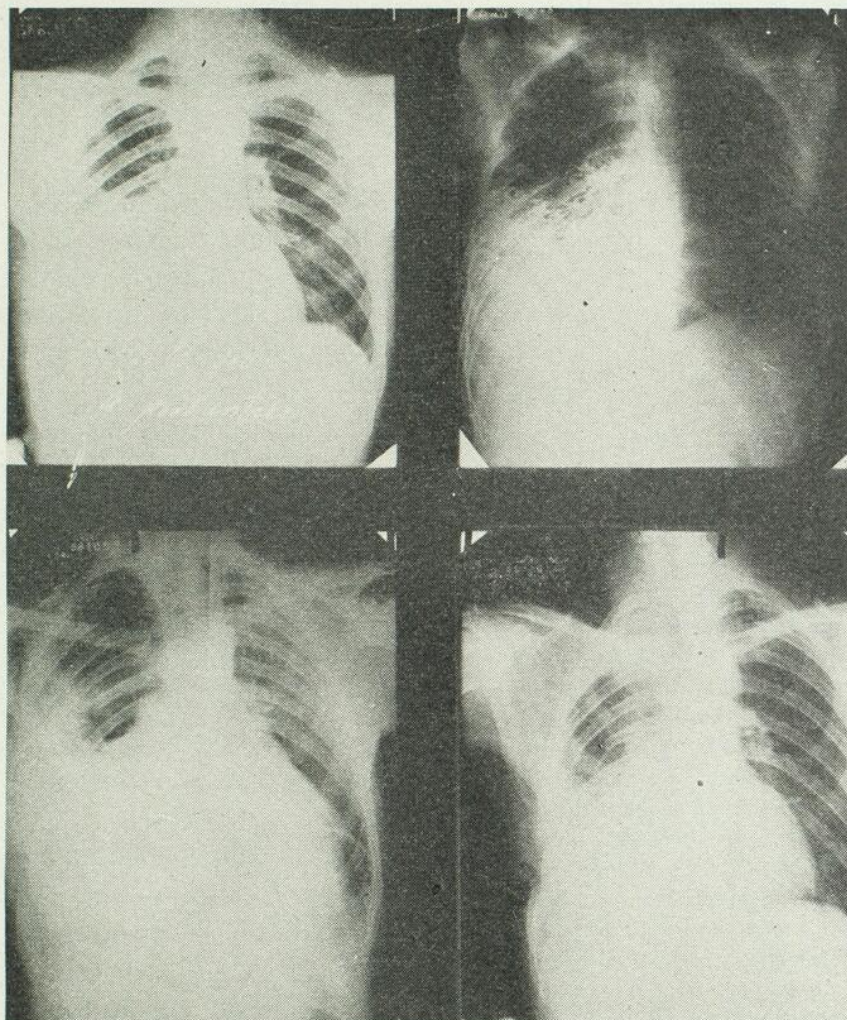


Fig. 3. — M. G. M...

se ferme, mais il crache toujours non odorant. Quitte l'hôpital le 5 mars en bonne voie de guérison. Il travaille actuellement, se sent très bien, mais nous notons sur ses radiographies l'image cicatricielle des rebords de son abcès.

### Observation 3.

M. G. M..., 24 ans, mécanicien. Admis le 14 fév. 1945.

Diagnostic d'entrée: abcès pulmonaire droit.

Maladie actuelle: amygdalectomie le 16 novembre 1944. 5 jours après, il commence à tousser et à expec-

pintes de sang, et il est hospitalisé à Sainte-Justine dans le service du docteur Bonnier, du 3 décembre 1944 au 2 janvier 1945. Il subit 8 bronchoscopies aspiratrices. Le docteur Bonnier demande son hospitalisation au Sacré-Cœur et le patient entre ici le 14 janvier 1945.

Une radiographie est faite avec attention particulière au lobe inférieur droit. Voile homogène dense de la demie inf. de la plage droite. Sur la radio, de profil, cette densification est située à la partie post. et correspond au lobe inf. droit. Images aériques au

sein de ce lobe sans niveau liquide visible. Abscès du lobe inf. droit avec densification.

Le 15 février 1945. Bronchographie du poumon droit, avec attention particulière au lobe inf. Les images fluoroscopiques et radiographiques démontrent une mauvaise perméabilité du lobe inf. à l'huile opaque. Ce lobe est densifié et induré dans sa plus grande partie. Les grosses bronches segmentaires de ce lobe et leurs ramifications se sont remplies de lipiodol. Ces bronches se sont dilatées. Bon remplissage du lobe moyen et du segment apical du lobe inf. qui ne révèle rien d'évident.

*Examen objectif.* Taille: 5 pieds 8 po., poids, 139½. Perte de 10 livres depuis le début. Pouls, 96; respiration, 28; température, 98.4.

Système respiratoire. Toux fréquente. Expectations, jaune verdâtre, odorantes, environ 190 grammes par jour. Inspiration: amplitude thoracique diminuée à la base droite. Palpation: vibrations abolies à la demie inf. droite. Percussion: matité franche à la demie inf. droite. Auscultation: respiration abolie dans la demie inf. droite. Cœur: normal. Pression artérielle, 110-55.

Les examens de laboratoire sont normaux. Analyse d'urine: normale. Sang: 3,600,000 avec 75% d'hémoglobine. Globules blancs: 13,593. Polynucléaires: 76%. Lymphocytes: 20%. Monocytes: 4%. Poly. éosinophiles: 0. Protéines totales: 8.8%. Urée: 0.25. Glycémie: 1.15. Analyse d'expectoration: négative.

Plasma: lobectomie le 7 mars 1945, après bronchoscopie. La cavité pleurale est ouverte. Le lobe inf. est d'apparence brunâtre. La dissection de ce lobe est commencée sous la coupole diaphragmatique, la base est ainsi complètement libérée sans difficulté, ainsi que la face externe. La scissure est repérée, le sommet du lobe inf. est très adhérent à la base du lobe sup. et en séparant les 2 lobes, un abcès du volume d'une noix de Grenoble est ouvert. Ce dernier était à la base du lobe sup. Le plan médiastinal est libéré avec difficulté. Comme le malade est fatigué, on place un tourniquet sur les structures hilaires et le lobe est enlevé. Il est à noter que ce fut le dernier patient chez qui le tourniquet fut employé. Sutures du moignon par points en U. Sufathiazole. Drain cigarette à la 9e côte et fermeture hermétique. Transfusion durant et après l'opération.

*Suites postopératoires.* Durant l'après-midi, son pouls devient rapide et filant, mais tout rentre dans l'ordre; vers 8 heures, miction. Le lendemain, à cause d'un peu de sang dans ses urines, on n'ose pas donner de transfusion, mais sérum. Le patient reçoit 150,000 U. I. M. de pénicilline par jour. La température se maintient plutôt à la normale du 3e au 7e jour pour devenir subfébrile le soir, lors de sa réaction pleurale. Le drainage étant insuffisant, le liquide devient purulent et odorant avec une poussée de température à 102, les 12 et 13 avril, qui nécessite une

thoracotomie et un meilleur drainage le 14 avril 1945. Lavages pleuraux. Dans la suite, la température revient progressivement à la normale.

Le 19 avril, le moignon est retiré. Drainage de 150 cc. de pus verdâtre. Le patient se sent soulagé. Dans la suite, il crache beaucoup plus et nous pensons à une fistule. A partir de ce moment, le patient fait parfois un peu de rétention accompagnée d'un peu de température, parfois même jusqu'à 101 pour un soir ou deux et revenir à la normale ensuite. Vers la mi-juin, sa température est normale, sa fistule se ferme et le patient part guéri le 30 juin 1945.

\* \* \*

**Comme conclusion,** nous nous souviendrons qu'il est important de faire un diagnostic précoce et qu'après les cinq ou six premières semaines, si l'abcès n'a pas tendance à la guérison, il faudra faire un drainage chirurgical.

2° Donner du plasma et du sang afin de prévenir l'hypoprotéïnémie et l'anémie.

3° Bien localiser l'abcès avant d'intervenir, mais ne jamais faire de ponction afin d'éviter l'infection de la cavité pleurale.

4° Employer de préférence l'anesthésie locale, car l'élimination du réflexe de toux est hasardeuse.

5° Le drainage en pression négative est suggéré dans les cas d'empyème.

6° Lors de lobectomie ou de pneumonectomie la ligature individuelle des éléments du hile sera faite et le traitement pré et postopératoire est d'importance primordiale.

En suivant ces principes, nous n'aurons pas l'impression de guérir tous les patients, mais nous diminuerons certainement l'incidence de mortalité et nous contribuerons ainsi à sauver un plus grand nombre de ces pauvres malheureux qui mettent tout leur espoir en nous.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. KINDBERG et MONOD: *Les abcès du poumon*, page 29.
2. KINDBERG et MONOD: *Les abcès du poumon*, page 33.
3. KINDBERG et MONOD: *Les abcès du poumon*, page 48.

4. KINDBERG et MONOD: *Les abcès du poumon*, page 115.
  5. Richard H. SWEET: *Surg. Gynec. and Obs.*, **80**: 568 (janvier) 1945.
  6. KINDBERG et MONOD: *Les abcès du poumon*, page 122.
  7. F. A. KNOTT et W. CLARK: « Absorption of Aerosol Penicillin Via Lung. » *Lancet*, **1**: 468 (14 avril) 1945.
  8. S. Howard ARMSTRONG Jr, Albert C. ENGLAND Jr, Culting B. FAVOUR et I. Herbert SCHEINBERG: « Anemia and Hypoproteinemia complicating severe protracted pneumonia treatment with penicillin. Role of specific supportive treatment. » *J.A.M.A.*, **127**: 303 (10 fév.) 1945.
  9. R. H. DIEFFENBACH: « Lung abces. » *Clinics*, page 1395, février 1945.
  10. KINDBERG et MONOD: *Les abcès du poumon*, page 180.
  11. R. H. DIEFFENBACH: « Lung abces. » *Clinics*, page 1396, fév. 1945.
  12. R. H. DIEFFENBACH: « Lung abces. » *Clinics*, page 1398, fév. 1945.
-

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 75 — No 12 — Décembre 1946

LA CHIRURGIE  
PHYSIOLOGIQUE DE L'ULCÈRE  
GASTRO-DUODÉNAL

Depuis nombre d'années, les physiologistes ont compris le rôle important du système nerveux dans la genèse de l'ulcère gastro-duodéal. Les cliniciens, d'autre part, ont maintes fois attiré l'attention sur la fréquence de ces ulcères chez les personnes soumises, par leur occupation et leur genre de vie, à une tension nerveuse ou mentale exagérée. Le dernier grand conflit armé a ajouté au nombre incalculable de ses victimes un fort contingent de militaires qui ont contracté des ulcères gastro-duodénaux. Et les neuro-chirurgiens ont remarqué, au cours de la convalescence postopératoire des opérés pour lésions cérébrales, maints cas d'ulcères perforés, qu'une simple coïncidence ne saurait expliquer.

Si le tractus gastro-intestinal possède son automatisme indépendant de la volonté, le pneumogastrique et le sympathique exercent un rôle manifeste sur la tonicité, la motilité, l'irrigation et l'activité sécrétoire du même conduit. Et, jusqu'à un certain degré, ces deux systèmes peuvent jouer une influence antagoniste.

L'activité exagérée du sympathique peut entraîner, théoriquement du

moins, le spasme du cardia, l'atonie gastrique, le spasme du pylore, et une diminution dans la tonicité et la motilité intestinales. Si la sécrétion du suc gastrique n'est pas directement influencée, il peut en résulter quand même une vaso-constriction étendue ou limitée.

L'idée que l'ulcère serait dû à l'anémie locale d'un territoire de la muqueuse gastrique consécutive aux embolies et aux spasmes, gagne du terrain. Cushing, d'ailleurs, nous laisse entendre qu'un certain nombre d'ulcères survenus au cours de la convalescence de ses opérés pourraient bien reconnaître cette origine<sup>1</sup>.

S'inspirant de ces faits, les chirurgiens français, depuis quelques années, ont traité les ulcéreux gastro-duodénaux, soit par infiltration du sympathique et des splanchniques, soit par leur résection<sup>2</sup>.

Froelich a rapporté récemment 25 cas personnels d'ulcères gastro-duodénaux opérés depuis 1942 par la splanchnicectomie et l'ablation du premier ganglion lombaire. « Les résultats furent excellents dans 9 cas, bons dans 5 cas, où il n'y avait plus d'ulcère visible sur les radiographies mais où les malades ressentait encore quelques douleurs abdominales passagères. Les résultats furent insuffisants dans 3 cas avec persistance d'une petite niche d'ulcère, sans que les malades cependant aient interrompu leur travail. Les

1. Extraits traduits de Lester R. Dragstedt: « La section des vagues de l'estomac dans le traitement de l'ulcère. » *Surg. Gyn. & Obst.*, oct. 1946.

2. F. Froelich. « A propos de 25 cas d'ulcères gastro-duodénaux traités par la splanchnicectomie et l'ablation du premier lombaire. » *Pr. Méd.*, 25 mai 1946.

resultats furent mauvais dans 5 cas; les malades ont dû subir une résection gastrique pour persistance de douleurs et de signes radiologiques. Enfin, dans 3 cas, les résultats sont restés inconnus... »

« Nous ne pouvons nier que l'ensemble de ces résultats ne parle guère en faveur de la splanchnicectomie. Nous ne dirons certes pas non plus que l'intervention sympathique n'a aucune influence sur l'évolution, voire même sur la guérison de l'ulcère. Tous nos malades étaient d'anciens ulcéreux, ayant passé par toute la gamme des traitements médicaux sans le moindre résultat.

« Ni la loi des probabilités, ni un heureux hasard ne peuvent expliquer les 14 bons résultats où les malades, sans régime, sans traitement, sans interruption de leur travail, on vu leur situation changer de fond en comble. La splanchnicectomie est la cause de ces succès. Il y a cependant les autres, ceux qui gardent un peu de troubles, avec des signes radiographiques d'ulcères, et qu'il fallait réséquer.

« Toutefois, nous sommes persuadés qu'entre ces deux groupes il y a un élément différentiel qui joue, un trouble physiologique dont nous ignorons le mécanisme. C'est aussi la raison pour laquelle nous continuerons à envisager le problème de l'ulcère sous l'angle de l'énervation sympathique ou parasympathique, l'énervation ne jouant peut-être qu'un rôle de transmetteur d'excitations pathologiques, la maladie primitive se trouvant ailleurs. »

Revenons donc maintenant au pneumogastrique, à son action et à ce qu'on peut espérer de sa section.

L'action exagérée du pneumogastrique peut entraîner un relâchement du cardia et du pylore, un accroissement de la motilité et des contractions de l'estomac et une augmentation de la sécrétion du suc gastrique. L'hypermotilité gastrique chez la plupart des ulcéreux est connue depuis longtemps, et chez eux aussi la sécrétion excessive du suc gastrique dans l'estomac à jeun, donc en l'absence du bol alimentaire agissant comme stimulant. La section complète des vagues abolit l'hypermotilité et l'hypersécrétion, indiquant par là le facteur nerveux sur leur production. La disparition des symptômes cliniques et les constatations radiologiques et radioscopiques prouvent que même les larges ulcères cratériformes de l'estomac et du duodénum, même les ulcus peptiques, peuvent être guéris par la section des vagues, section qui corrige également les facteurs entretenant la chronicité et la progression des lésions.

La constatation que la sécrétion gastrique exagérée et continue chez les ulcéreux est d'origine nerveuse, constitue la base physiologique de la section des pneumogastriques dans les cas d'ulcères gastro-duodénaux.

Jusqu'à aujourd'hui, quelques centaines d'ulcéreux ont bénéficié de cette méthode pratiquée surtout aux Etats-Unis par Dragstedt, Keith Grimson, Francis Moore, Dixon et Clargett. Chez ces opérateurs, l'avis semble unanime quant à la valeur des résultats obtenus. Cependant, la période d'observation est encore trop brève (ici il faut compter par années) pour juger du résultat final à longue échéance, et pour constater s'il n'y aurait pas ultérieurement régé-

nérescence des nerfs vagues sectionnés chirurgicalement.

Cependant, on peut d'ores et déjà considérer que la section des pneumogastriques donne de meilleurs et de plus durables résultats que la splanchnicectomie, et que cette vagotomie est en passe de devenir un concurrent sérieux des amputations gastriques dans les ulcères gastro-duodénaux.

Puisse donc cette opération physiologique remplacer au mieux, dans la plupart de ces cas, l'opération anatomique, cette gastrectomie généreusement mutilatrice que nous pratiquons encore... d'une main légère et l'âme sereine.

PIERRE SMITH.

# VARIÉTÉS

## VALEDICTORY ADDRESS

Presented at the 77th Annual Meeting of the Canadian Medical Association,  
held at Banff, Alberta, June 10, 11, 12, 13, 14, 1946

Ladies and Gentlemen,

The 77th Annual Meeting of the Canadian Medical Association, aptly called the Victory meeting, concludes magnificently my term of office. Our deep gratitude is due to the Local Arrangement Committee under the able chairmanship of Doctor Wallace Wilson, and the array of members of his various Committees, including, not the least important, the Ladies' Committee, under the direction of Mrs. Wallace Wilson, for their untiring efforts in bringing about such a happy succession of events.

No setting of natural beauty could be more fitted to hold our scientific, business and social meetings. It is indeed only by the grace of God that we can delight our eyes to such grandeur and magnificence. Our only regrets come from our inability to have satisfied the hundreds, yes, the hundreds, of our colleagues, who wished to be with us to-day, but due to lack of accommodation had their requests turned away. It is no fault of the Housing Committee. A registration unsurpassed as yet would have been accounted for, could have we found board and lodging for everyone.

\* \* \*

This meeting being a tribute to our medical officers who were in His Majesty's Forces, it serves as a proof of our admiration to those men who have so gallantly answered the call of our Country.

Some have paid with their lives their heroic devotion in the face of danger. It is natural that our first thoughts go to them with a sense of deep gratitude and sincere regret. May God have mercy on their soul,

and let not their supreme sacrifice been made in vain.

At this evening's ceremonial a special tribute to them will be paid.

\* \* \*

To those more fortunate who have returned or are returning, it is with great satisfaction and pleasure that we greet them with open arms. Nothing has been spared to have them feel that their homecoming is most welcome. May they know we awaited their return as from the very day they departed.

\* \* \*

It is with a great sense of pride indeed, that I presided over the destinies of the Canadian Medical Association, during the past year which has been fraught with events of tremendous importance throughout the world, not only in the realm of medical affairs, but also in the field of international politics. For every Canadian the most important event has been the victorious ending of the war. No doubt, there are still the incommensurate problems of rehabilitation of the returned men and the readjustment of their lives to post-war activities. There are also the tragic sufferings and the horrible hunger of the peoples of Europe where war has been most merciless. Our duty towards them has not ended, and as citizens of Canada we must carry on our charitable contribution towards the alleviation of those sufferings.

The political and psychological maturity which has been attained by Canada through this war must be maintained. We believe, it is through the combined efforts of homogenous groups, such as the Canadian Medical Association, that racial and regional differences

and much of the parochial pettiness will disappear from Canadian politics to be replaced by unity and cohesion. The acknowledgment by our Government of a Canadian citizenship, should do much to do away with our heterogeneity and dispel in our own eyes and in the eyes of the world that Canada is a hybrid mixture of races, according to the country of origin of our ancestors. It can help us develop our own cultural individuality. And as has been written somewhere, "this need not mean the growth of a dangerous nationalism. Canada's position as an independent country, a member of the British Commonwealth, and, eventually, of the Pan-American Union, may enable her to dispense with the narrower aspects of nationalism and become the most internationally minded of all countries".

This belated admission of a Canadian nationality will bring about greater possibilities to each group. The Medical Profession will not be spared. The problems which have been brought to our attention in the last quarter of a century have become more and more numerous and important each year. They have been studied in the light of regional or provincial solutions. In the last decade we have vied with them in a more national atmosphere. It will now be our responsibility to tackle them in their relationship within an international concept. The Canadian Medical Association is quite aware of this evolution, and your Executive through your Council has already taken steps in that direction. In the Reports to Council we read: "In October 1945, your Executive Committee recommended to the Government of Canada that a Medical Division of the United Nations should be formed, and proposed that the first Medical Congress be held in Canada. Your Committee later provided suggestions to the Government with respect to the organization of a United Nations Health Division".

Pursuant to these recommendations and suggestions, Dr. Brock Chisholm, the Deputy Minister of National Health for Canada, was sent to Paris, to represent our Country at a pre-

paratory meeting. A United Nations Health Division became into existence and the Deputy Minister of Health for Canada became its first secretary. A meeting of named delegates of this new body, to formulate a Constitution and By-Laws, is convened for next week in New York City. The Canadian Government has been chosen to sit in at this meeting. The Honorable Minister of National Health, as head of this Canadian Delegation, has forwarded to our general-secretary his desire to have him as an advisor, and attend the meetings in New York. As far as we know, we believe it is the first time that a Government of any nation has asked a representative of a voluntary medical body to act as advisor. It is a tribute to the Canadian Medical Association and the recognition of the able qualities, sound judgment and learned knowledge of our General-Secretary.

You readily realize that the constant relationship of your Association with the Government in medical matters during the war, has not ended with it. It is continuing to advise on all pertinent questions and it is holding its own in the maintenance of the principles upon which our profession has been edified.

\* \* \*

The activities of the Association have been varied and multiple. I will not endeavour to summarize them, but I would like to mention a few.

A plan for the Medical Care of the Veterans was elaborated. A special Committee under the chairmanship of Doctor Fred McGuinness and comprising representatives of all the Divisions, was very active and spared no efforts in establishing regulations and a schedule of fees which could be applicable to the whole of Canada. The Department of Veterans Affairs accepted whole-heartedly the proposed plan but difficulty arose when the Treasury Board did not accept the Tariff. It was therefore no fault of our own if the scheme is still unannounced to the medical profession of Canada. Nevertheless, I am pleased to let you know that arrangement

may be forthcoming in the near future and every physician in Canada will be so notified, in due course of the plan as such.

The relationship of this Committee with the Director of Medical Services of the Department of Veterans Affairs and his personnel, has been most cordial. Our thanks for this cordiality has already been expressed at Council a few days ago, but I am confident that the members of the Canadian Medical Association will want to show their appreciation to Doctor William Warner and his colleagues for this frank endeavour. We know the difficulties with which the Director of Medical Services of the Department of Veterans Affairs is faced from time to time, but we want him to rest assured that he has the entire confidence and support of all the members of the medical profession of Canada.

\* \* \*

We have followed with interest the progress of the Dominion-Provincial conference on Reconstruction and our Consultant on Medical Economics sat as an observer at all the meetings. The data he brought back from the discussion have been most useful in obtaining the trend of thought of each of our nine Provincial Governments on matters of Social Security and particularly on the problem of Medical Economics.

The question of health insurance has again occupied the attention of the members of the medical profession, and the different Regional and Provincial Committees created in each Division to study this vital question have given much time and energy, not only to accumulate facts but also to formulate regulations and draft working procedure for the betterment of the health of the people of Canada without prejudice to the principles of the medical profession. These sub-committees have been in constant communication with the Committee on Economics which has again done a yeoman job during the year. We owe the Chairmen of Committees and Sub-Committees and their members a debt of very deep gratitude.

\* \* \*

I had the occasion of visiting the nine different Divisions at respective Annual Meetings. It constituted a rather unique and most enlightening experience. The personal contacts achieved, the attendance at business and other sessions, the glamour of the official functions, the intimacy of the bed-room chats, the mellowness of an informal drink, all the little and big things that make Conventions have brought to my mind a great deal of satisfaction. Everywhere we experienced a uniform climate of sincerity and goodwill and we felt a regular and strong pulse of Canadianism.

This spirit of national faith in our country exists amongst all classes of people. It is comforting, and indeed gratifying to realize such a situation in this world upset by greed and lawlessness, by famine and despair.

We believe, the medical profession is playing an important part in maintaining this trend. The role we are called upon to play is not limited to the scientific field. The vast majority of us are men in active practise, whose duties bring us in close contact with people of all walks of life, and our influence upon them is immense. The trend we give, may determine in a way, the trend to be taken in other fields of activities.

\* \* \*

With the drop of the first atomic bomb there was felt in every intelligent mind and in most hearts a certain apprehension of what lies ahead. Every move, in all fields, political, religious, economical, military, professional, industrial labor, is now significant, and may be one of life or death. If one dangerous event is allowed to drift by unnoticed or unchallenged, it might start that swift flow that history warns, can seldom be stopped. It is indispensable that we be on the alert. It is vital that we know the facts. Only will the full knowledge of these facts shall we be in a position of discussing and advising on matters of health. Moreover, this knowledge should

not limit it self to its repercussion within the boundary of our municipality or our Province.

True, matters of health are relevant to the Provinces. But in the study and application of our provincial problems, the profession must view its aims within the adjustment of the application of any system, in the setting of it, into an overall picture of our vast Dominion. It must fit in like in a giant jig-saw puzzle where the minutest piece has its place in the completion of a map or a work of art. To so achieve such work of art, it is our duty to unite our efforts and pursue an honest endeavour to obtain 100% membership of the medical profession within the Canadian Medical Association. Its activities and its standing in the realm of Canadian Economics are a challenge to those who still refuse to join our ranks. Its will to live in times of distress and its success in the past are a guarantee for the future.

In planning and organizing health services, each Province should remember that its boundaries are not marked by any impenetrable enclosure and that it is a part of a whole and that this whole must bear some unity, if Canada is to hold its own in the realm of international endeavour.

As a profession, we must give to the rest of the people of Canada, this sense of unity so necessary to make our country big and true. But let it be clear that unity does not necessarily, and it does not in fact, mean uniformity. It is by its diversities of tongue, by its diversities of soil, by its diversities of industries that Canada reaps its glory. Would Canada be as rich, would it have for us true Canadians, the meaning and the value it originally obtained, if a Province became a new country, or a division of another country? No indeed, for each Province within itself brings to the wealth and beauty of our

Country its own riches and its own grandeur. If one could attain a height so great and have a vision so keen as to reach, from his vantage point in the skies, the bellowing waves of the Atlantic on the farthest shore East, and the calmer waters of the Pacific at the farthest beach West, it would encounter a multitudinous variety of hills and lakes and rivers and prairies and forests and mountains and cities and hamlets so harmoniously synchronized that it would resemble the melting of the colours in a rainbow where the whole so beautiful has components so different. Such is unity as we understand it, each group or profession or trade working hand in hand as Canadians for Canada.

Those of you who donned a uniform in the last war, had the same spirit and the same enthusiasm and the same will to serve and do their duty as the other officers and men of the rest of the Dominion. Just so, did those who could not serve in the Armed Forces or those whose duty it was to stay at home, helped and toiled that Canada, with the other Allied Nations, emerge victorious over the Evil Forces that plunged this peace-loving world into an abominable Hell.

No barrier were there between those men who fought at Dieppe, Falaise or Caen. No barrier of creed, race or tongue must emerge from amongst the members of our profession. Let us set the pace, so that our heart beats synchronized for the betterment of our country and our souls melted into a spiritual atmosphere, we may be partaking at the same time, in "the development of our concept of Canadian citizenship and to the forging of lasting bonds of Canadian Unity".

Léon GERIN-LAJOIE,

*Président,*

*"Canadian Medical Association".*

## LETTRE DE FRANCE

Parmi les manifestations scientifiques qui ont eu lieu au cours de l'été, les trois journées médicales organisées par le Professeur Pasteur Vallery-Radot, du 17 au 19 mai, à l'hôpital Broussais, ont brillé d'un éclat particulier. De nombreux médecins venus de Suisse, de Belgique, de Hollande, de Grande-Bretagne, de Tchécoslovaquie lui ont donné l'allure d'un petit congrès international. De nombreuses communications furent faites montrant le travail accompli pendant l'occupation et depuis la libération par la médecine française. Entre autres, le Professeur agrégé L. de Gennes, examinant les derniers progrès en thérapeutique endocrinienne, montra l'efficacité que l'on pouvait attendre des œstrogènes de synthèse. Etienne May indiqua les avantages de la ponction de la glande thyroïde au moyen d'un simple trocart qui permet de pratiquer, extemporanément, des examens histologiques. Par ce procédé, l'hésitation n'est plus possible entre un cancer et un fibrome, entre un simple goitre et un adénome du corps thyroïde. Cette ponction faite sous anesthésie locale est sans danger. Milliez souligna que certaines hypertensions au cours des néphrites aiguës ou de l'éclampsie puerpérale peuvent être dues à une rétention hydrique. Halpern, qui joua un si grand rôle dans la découverte des antihistaminiques de synthèse, fit le point des recherches dans ce domaine. Mauric précisa la posologie de ces corps et leurs bons résultats dans certains eczémas, dans les dermites artificielles, le zona, dans l'urticaire, l'œdème de Quincke, le rhume des foins et l'asthme.

Enfin le Professeur Pasteur Vallery-Radot tira les conclusions essentielles de ces rapports et montra la part de la médecine française dans les progrès réalisés.

\* \* \*

Les antihistaminiques ne sont pas les seuls médicaments que l'on puisse opposer aux ma-

ladies allergiques. Voici que le docteur Charpy, qui a préconisé la vitamine D<sub>2</sub> dans le traitement du lupus, continuant ses recherches dans le domaine de la dermatologie, vient, avec le docteur Grapin, d'attirer l'attention sur l'action du pentaméthylène-tétrazol, que nous appelons en France le cardiazol, sur certaines dermatoses.

Ce médicament aurait une action immédiate sur les dermatoses prurigineuses, sur l'urticaire, sur la maladie de Quincke, sur le strophulus des enfants. Les prurits localisés ano-scrotaux et ano-vulvaires, les névrodermites, les lichénifications diffuses constituent les indications majeures de ce traitement. On obtient dans ces maladies des résultats presque constants sous la réserve qu'aucune application locale ne soit faite et qu'on ait éliminé toute cause directe d'entretien de l'intolérance. L'action trophique du cardiazol en fait un médicament remarquablement actif des ulcères des jambes et des plaies atones.

On peut envisager, suivant Charpy et Grapin, deux types de traitement: un traitement d'assaut relativement fort, mais court (applicable par exemple aux prurits), comprenant pour un adulte de poids moyen, chaque jour pendant 3 à 5 jours consécutifs, une injection de 10 à 20 centigr. de cardiazol, soit 1 à 2 ampoules de 1 cent. 3 de solution commerciale, plus, toutes les 2 ou 3 heures, 1 à 3 comprimés de 10 centigr. ou 20 à 60 gouttes de la solution commerciale et un traitement prolongé (par exemple, dans les ulcères des jambes) consistant en une ou deux injections de 1 centigr. tous les deux jours en série de 10 à 15 injections.

\* \* \*

Pour ne pas quitter la dermatologie, rappelons que les syphiligraphes français ont entrepris l'étude sur une grande échelle des arsé-

nonnes. Ils ont à leur disposition, fournis par Spécia, le Fontarsan, analogue au Mapharsen, et le Fontarsol, analogue au Chlorarsen. Voici les conclusions que donnent le Professeur agrégé Degos, médecin de l'hôpital St-Louis, et ses collaborateurs J. Hewitt et J. Pinard<sup>1</sup>: les arsénones sont aussi bien tolérées que les arsénobenzols et même le pourcentage des arrêts de traitement imposés par de véritables intolérances semble inférieur avec les arsénoxydes. L'activité des arsénones n'est pas supérieure à celle des arsénobenzols. La brièveté des séries permet une hospitalisation moins longue, d'où le désencombrement des services et les avantages budgétaires qui en découlent. Mais du point de vue prophylactique, le problème se pose tout autrement. Il est difficile de garder le malade à l'hôpital, après la fin de la 1ère série arsenicale. Or après une série d'arsénoxyde de 15 jours, la contamination est plus à craindre qu'après une série d'arsénobenzol de sept semaines.

Quoi qu'il en soit, il est utile d'avoir à sa disposition un nouvel arsenical, d'autant plus que les intolérances à l'arsénobenzol et aux arsénones ne semblent pas jouer parallèlement. Toutefois, les syphiligraphes français, malgré le nombre élevé de malades qu'ils ont eu à traiter à Saint-Louis, estiment qu'il est trop tôt pour avoir sur ce médicament une opinion définitive et qu'ils n'ont pas assez de recul pour juger, en toute connaissance, son action thérapeutique.

\* \* \*

La dernière séance de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le 12 juillet, a été animée par une discussion sur le traitement des abcès du poumon. Se basant sur 89 observations publiées avant 1943 et sur 44 observations personnelles recueillies depuis l'ère des sulfamidés et de la pénicilline, MM. Even, J. Lecœur et C. Sors ont conclu que le traite-

ment médical des abcès du poumon avait fait faillite. A cet échec, il faut opposer la belle série d'abcès guéris par la pneumectomie de Santy et M. Bérard, chirurgiens lyonnais, qui en ont rapporté 200 cas. L'école de Lyon, grâce à ces deux chirurgiens, a pris une avance considérable, sur les autres écoles, dans la chirurgie du poumon. Malgré quelques succès récents dus à l'administration de la pénicilline par aérosols, les conclusions presque unanimes de la Société ont été que le traitement médical ne peut être que le préambule de l'acte opératoire et qu'il y a intérêt pour le patient à ne point retarder la décision de le confier à un chirurgien spécialisé.

\* \* \*

Le Professeur Baudoin, qui, pendant les années difficiles de l'occupation, avait occupé, à la satisfaction des professeurs et des étudiants, le poste particulièrement délicat de doyen de la Faculté de Médecine de Paris, vient de prendre sa retraite. C'est le Professeur Léon Binet qui lui succède à partir du 1er novembre. Léon Binet, professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, bien qu'il soit membre de l'Académie de Médecine et membre de l'Académie des Sciences, est un jeune doyen. L'autorité qu'il a su acquérir auprès des étudiants par ses cours très vivants et toujours très intéressants facilitera sa tâche. Elève de Roger et d'Achard, il s'est signalé par de nombreux travaux de physiologie par des recherches portant particulièrement sur l'anoxie, sur l'oxygénothérapie. Avec Tiffeneau, il a tout récemment mis au point un appareil simplifié pour le traitement par aérosols des affections respiratoires. A son instigation un centre spécial a été créé à l'Hôtel-Dieu dans le service de clinique du Professeur H. Bénard, le successeur de Noël Fiessinger, pour le traitement de ces maladies et l'application de cette méthode.

\* \* \*

L'année scolaire s'est terminée par le Concours de l'agrégation. Un projet de réorgani-

1. R. Degos, J. Hewitt et J. Pinard: « Les arsénones dans le traitement de la syphilis. » *Paris Médical*, 17 juillet 1946.

sation des études médicales, mûri pendant la guerre, devait supprimer ces concours spéciaux destinés au recrutement des professeurs. On s'était aperçu, en effet, que les seuls professeurs n'étaient pas en nombre suffisant pour assurer l'enseignement des jeunes étudiants qui s'inscrivent de plus en plus nombreux à la Faculté. Les médecins des hôpitaux, dont le concours est au moins aussi difficile que celui de l'agrégation, les aidaient dans leur tâche, sans pour cela acquérir les honneurs et avantages attachés à la fonction de professeur. Le

projet en question supprimait l'agrégation, donnait aux médecins des hôpitaux le titre de « maîtres de conférences » et permettait ainsi aux étudiants un plus grand choix d'éducateurs. Cette réforme, désirée par la plupart, est remise à plus tard. Sur l'ancien mode, on a donc procédé à ces concours qui se sont déroulés avec un peu moins de cérémonial qu'à l'ordinaire puisque les candidats ont été dispensés, pour cette année, de revêtir l'habit de soirée pour faire leur leçon.

André PLICHET.

---

## CHRONIQUE THÉRAPEUTIQUE

### UNE NOUVELLE ARME CONTRE LE CANCER ?

Roger DUFRESNE,

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

Il ne s'agit pas encore de la bombe atomique, bien qu'on la doive aux recherches suscitées par la dernière guerre.

A la fin du conflit de 1914-18, l'ypérite, ou gaz moutarde, employé d'abord par les Allemands puis par les Alliés, avait fait ses preuves comme gaz de combat. C'était un irritant vésicatoire énergique. On se rendit compte par la suite qu'il atteignait à la longue un certain nombre de tissus, entre autres le système leucopoïétique.

Au début de la dernière guerre, on s'intéressa de nouveau au gaz toxiques. On le fit avec des méthodes scientifiques améliorées par un quart de siècle de progrès. A partir du gaz moutarde, sulfure d'éthyl di-chloré, on en arriva à des analogues azotés: di et tri-chloroéthylaminés. On s'aperçut que ces corps chimiques s'attaquaient à la prolifération tissulaire d'une manière qui ressemblait sensiblement à celle des rayons X. On se demanda quel rôle ils pourraient jouer dans la lutte contre le cancer: Les recherches cliniques poursuivies dans ce sens ont fait l'objet de communications récentes dans les revues médicales et scientifiques. Ces travaux datent de quelques années déjà, mais on a dû attendre la fin des hostilités avant de les révéler au public puisqu'il s'agissait de substances chimiques dites « confidentielles ».

En avril dernier<sup>1</sup>, Gillman et Philips, dans un article qu'ils qualifiaient d'avant-coureur, discutaient des propriétés biologiques et thérapeutiques de l'ypérite et de ses dérivés azotés.

En juin, dans le *J.A.M.A.*<sup>2</sup>, Cornelius P. Rhoads, de New-York, président du « Committee on growth of the National Research Council », faisait une déclaration officielle au sujet de l'action des « nitrogen mustards » sur les néoplasmes.

En septembre<sup>3</sup>, et en octobre<sup>4</sup>, toujours dans le *J.A.M.A.*, paraissaient deux études cliniques dues à des groupes différents de chercheurs. On y rapportait les résultats obtenus dans la maladie de Hodgkin, le lymphosarcome, les leucémies et certaines autres affections de même nature.

A date, seulement deux des dérivés azotés de l'ypérite ont été étudiés. Il en reste des centaines d'autres parmi lesquels on découvrirait peut-être des substances plus actives et moins toxiques.

Expérimentalement, les « nitrogen mustards » atteignent surtout le tube digestif et les systèmes hémato et lymphopoïétiques. Le mécanisme de leur activité toxique à l'égard de la cellule n'est pas élucidé. On parle d'inactivation des enzymes essentiels à la vie cellulaire; on a aussi constaté qu'il pouvait s'agir d'une atteinte du noyau cellulaire, d'une altération des chromosomes qui se transmettent de génération en génération de cellules. En clinique, on ne s'est pas servi de l'ypérite lui-même; on a eu recours au chlorhydrate de tri/B chloroéthylamine et de méthyl bis/B chloroéthylamine qui sont solubles et que l'on a donnés par voie intraveineuse à la dose d'un dixième de milligramme par kilogramme

1. *Science*, **103**: 409 (avril) 1946.

2. *J. A. M. A.*, **131**: 656 (22 juin) 1946.

3. *J. A. M. A.*, **132**: 126, (21 sept.) 1946.

4. *J. A. M. A.*, **132**: 263 (5 oct.) 1946.

de poids, par jour et par série de quatre jours que l'on a répétée à différents intervalles selon l'évolution de la maladie. Les premiers essais cliniques, qui datent apparemment de quatre ou cinq ans, furent faits sur six cancéreux parvenus à la phase terminale de leur maladie. Deux d'entre eux souffraient de lymphosarcome radio-résistant; on assista, après une seule série de «nitrogen mustards», à une diminution impressionnante des masses tumorales. Ce succès apparent donna un nouvel élan aux recherches.

A l'heure actuelle, après quelques années de recul et d'observation d'environ deux cents malades, on s'est rendu compte que cette thérapeutique n'était guère plus encourageante que la radiothérapie. Il est sûr qu'elle ne peut pas guérir les néoplasmes auxquels on l'a opposée; tout au plus peut-elle, comme les rayons X, influencer passagèrement l'évolution de certains d'entre eux. Dans la maladie de Hodgkin seule, les résultats sont parfois encourageants. Dans les cas favorables, les dérivés de l'ypérite font disparaître les tumeurs devenues radio-résistantes. Mais les rayons X semblent constituer le traitement de choix si l'affection est localisée. Lorsque, le processus se généralisant, l'état général

baisse, la fièvre dure, la cachexie et l'anémie apparaissent, les «nitrogen mustards» y ont parfois une influence favorable mais passagère. Ce sont là leurs seuls succès à date et encore ne s'obtiennent-ils qu'au prix de certains inconvénients et dangers: phlébite à l'endroit de l'injection, nausées et vomissements quelques heures après celle-ci; puis après un certain délai: anémie, thrombocytopenie, granulopenie qui limitent la durée du traitement.

Contre le lymphosarcome, les leucémies, le myélome multiple, cette thérapeutique n'a rien donné . . . L'atteinte de l'hématopoïèse semble toutefois plus contrôlable qu'avec le benzène. Les dérivés de l'ypérite connaîtront-ils un sort plus enviable que ce dernier? Auront-ils une popularité aussi éphémère? C'est fort possible. Ces réserves expliquent le point d'interrogation dont nous avons orné le titre de cette chronique.

L'ypérite et ses dérivés actuellement à l'essai ne feront peut-être pas merveille, mais les recherches entreprises dans cette voie peuvent conduire à des découvertes plus fructueuses. C'est ce qui motive, à notre avis, l'intérêt que l'on doit accorder à ces nouveaux agents thérapeutiques.

## “ L'Union Médicale du Canada ” en 1877

### Société Médicale de Montréal

Séance du 7 novembre 1877.

décembre 1877.

Le Dr. A. Laramée, 2e vice-président, au fauteuil. Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Il est proposé par le Dr L.-J.-P. Desrosiers, secondé par le Dr C. M. Filiatrault, que le Dr L.-J.-V. Cléroux soit admis membre actif. Adopté.

Sur proposition du Dr J. Archambault, secondé par le Dr H. A. Lanthier, le Dr J.-J. Desroches est aussi admis membre actif.

Le Dr S. LACHAPELLE donne lecture d'un travail intitulé: « Quelques considérations sur la thérapeutique au sujet de la médication stimulante dans la pneumonie. »

Le docteur blâme fortement les accusations faciles de la thérapeutique. Il trouve dans la nature de la science médicale et son histoire les explications qui font comprendre l'incertitude thérapeutique, et justifient pleinement la lenteur de sa marche vers la perfection. Les progrès de cette branche de la médecine depuis le commencement de ce siècle lui donnent même un certain degré de positivisme qu'elle n'avait pas auparavant, et lui assurent dans un avenir prochain une certitude assez absolue.

Ensuite le lecteur donne un résumé des doctrines de l'inflammation. Les théories de Brown, de Broussais, de Conheim et de Vershow sont brièvement exposées. Il est d'opinion que l'inflammation doit être considérée comme Brown la considère, c'est-à-dire comme une maladie asthénique, et qu'en conséquence la médication stimulante doit être sa médication. Il trouve dans la théorie cellulaire une confirmation de la doctrine de Brown.

Appliquant ces données à la pneumonie, rien de surprenant que Todd et Bennett aient eu tant de succès dans le traitement de cette maladie par les alcooliques et les toniques. En effet, ces deux médecins donnent une statistique de 3 p. c. de mortalité seulement chez les pneumoniques soumis à cette médication. Ces chiffres doivent donner à penser que comprendre l'inflammation à la manière de Brown, c'est la bien comprendre.

La conclusion de ce travail est que nous devons donner une *fair play* à cette médication, pour nous convaincre par nous-mêmes de sa valeur réelle.

Le Dr L.-J.-P. DESROSIERS. — Depuis si longtemps que les médecins consacrent leurs études à la guérison des maladies, il est surprenant qu'on n'ait pas

pu encore parvenir à s'accorder sur le traitement de la pneumonie. Autant de générations médicales, autant de traitements proposés. Chaque pays emploie un traitement spécial. Ainsi les Anglais préconisent le traitement stimulant, et dans les autres pays la contro-stimulation est généralement recommandée. Le peuple anglais est celui de tous les peuples qui se stimule le plus. Rien d'étonnant, par conséquent, que, lorsque survient la maladie, l'Anglais ne puisse se passer alors de stimulants, et c'est pour cela que cette médication réussit si bien chez eux; si on les soumet à un traitement contro-stimulant, on en retire le plus souvent des résultats désavantageux.

Je me rappelle avoir traité, il y a quelques années, une pneumonie chez un patient d'origine anglaise, d'une constitution robuste et habitué aux alcooliques. J'institue un traitement contro-stimulant exclusivement, le malade est pris de delirium tremens, et meurt. Pour moi, je crois que la mort, chez cet homme, a été hâtée sinon amenée par le manque de stimulants. En sorte que généralement, dans le traitement de la pneumonie, il faut prêter une attention toute particulière à la constitution et au régime habituel du malade, et nous conduire en conséquence.

Dr C.-M. FILIATRAULT. — Dans le traitement des maladies, on ne doit pas expérimenter un remède sans le raisonner. Il ne faut pas adopter une méthode de traitement, à l'exclusion de toute autre, sans se rendre compte de ses effets. L'empirisme est bon quelquefois, mais il vaut mieux raisonner son traitement. Auprès d'un malade, l'empirique agit en aveugle.

Quant à l'emploi des stimulants dans la pneumonie, ce traitement offre certainement des dangers. Si on a trop saigné anciennement, peut-être maintenant ne saigne-t-on pas assez. Pour ma part, je suis persuadé que dans tous les cas de pneumonie, il est presque toujours permis de saigner, mais que ce soit au début. Je n'aimerais pas à stimuler un malade qui n'est pas habitué à ce genre de vie; mais, d'un autre côté, on doit nécessairement administrer des stimulants aux patients qui y sont habitués. En somme, la meilleure médication est celle qui est raisonnée, et employée suivant le sujet.

Dr THÉOG. FAFARD. — Le médecin peut se méprendre sur le diagnostic de la pneumonie.

La pneumonie ou la fièvre pneumonique, comme l'appellent quelques auteurs, n'est pas commune. Mais la rencontre-t-on, il faut alors ne pas négliger les antiphlogistiques et les contro-stimulants; cependant, chez les sujets débilités, les stimulants doivent avoir la préférence sur les autres méthodes.

Dr A. A. LANTHIER. — Dans le traitement des maladies en général, mais plus particulièrement dans l'inflammation des poumons, le médecin ne doit pas être trop exclusif. Il faut tenir compte des habitudes du malade, de son tempérament, de sa constitution, du climat, de la saison, et de beaucoup de circonstances. Tel traitement qui réussit bien chez certains sujets est très nuisible chez d'autres. Souvent aussi la nature par elle-même fait plus pour la guérison que les remèdes, et le médecin doit, dans ces cas, aider la nature et non entraver ses efforts.

Dr A. DAGENAIS. — Je ne saurais admettre qu'il ne puisse y avoir d'inflammations sthéniques. En effet, ne rencontre-t-on pas la pneumonie chez des malades robustes, d'une forte constitution? Il y a alors chez eux fièvre forte, température élevée, pouls dur et plein, et il n'est pas rationnel de donner des stimulants à de tels malades. Quant aux statistiques de M. Bennett, qui a traité et guéri ses pneumoniques par l'alcool, je me permettrai de les révoquer en doute. Je ne saurais croire qu'un médecin puisse accepter avec confiance de telles statistiques, car elles démontrent évidemment qu'on ne fait pas mention des cas de décès par cette méthode de traitement.

Je suis en faveur des antiphlogistiques. Dans les cas d'inflammation de poumons, j'ai pour règle générale de pratiquer la saignée. La saignée, messieurs, est moins dangereuse qu'on ne pense; et, si on ne saigne pas maintenant, c'est pour suivre la mode, ou pour s'attacher à l'opinion de quelque célébrité. Pour ma part, je suis tout à fait persuadé que la vogue des stimulants est due au nom de M. Bennett plutôt qu'aux statistiques qu'il a publiées. C'est donc pour suivre la mode, que plusieurs rejettent la saignée depuis quelques années. Quant à moi, je me suis déjà repenti de ne pas avoir saigné, mais jamais de l'avoir fait. Dans la pneumonie entre autres, la phlébotomie procure du soulagement presque immédiat, et est suivie en général, d'un résultat plus heureux qu'avec les autres systèmes de traitement.

Dr A. LAMARCHE. — Pour discuter convenablement sur cette question, il faut tout d'abord s'entendre sur le point de départ de la pneumonie. Cette maladie est-elle due à l'excitation ou à l'épuisement du système nerveux? Du moment que ce point de départ est bien établi le traitement en découle naturellement.

Dr A.-T. BROUSSEAU. — Dans la pneumonie, en France, on a expérimenté les deux méthodes: les stimulants et les antiphlogistiques. M. Béhier, d'un côté, recommandait la méthode de Bennett; M. Sée, au contraire, conseillait les contro-stimulants, et assurément les meilleurs résultats étaient dus aux antiphlogistiques.

Qu'on interroge la constitution médicale de notre Canada, surtout chez les habitants de la campagne,

on peut affirmer que la pneumonie n'est pas due, habituellement au moins, à un épuisement du système nerveux, c'est dire, en un mot, que chez eux la saignée est impérieusement requise pour le succès du traitement.

Dr J.-O. BEAUDRY. — Il n'y a pas de doute qu'anciennement, la pratique habituelle était beaucoup plus favorable à la saignée dans le traitement de la pneumonie. Mais si on en recherche la raison, c'est que les constitutions étaient plus fortes, les sujets plus vigoureux. A-t-on saigné trop alors? Je ne saurais le dire. Cependant, aujourd'hui, les constitutions sont généralement plus faibles, les patients plus débilisés, et c'est pour cela que les stimulants rendent de si importants services dans un grand nombre de cas. Est-ce à dire qu'il ne faut jamais saigner? Non. En beaucoup de circonstances le traitement antiphlogistique rend d'éminents services, mais chez beaucoup de patients, les stimulants sont absolument requis. On dit que les Anglais réussissent bien en stimulant leurs malades; je n'ai pas de peine à le croire, car l'Anglais, habitué à manger son *roast-beef* et à boire son *porter* et *ale*, s'il tombe malade, requiert des stimulants pour soutenir son économie et résister à la maladie.

Dr A. LARAMÉE. — Dans le traitement de la pneumonie il ne faut pas perdre de vue la forme de l'affection, l'âge, le tempérament, le climat, les habitudes et tout ce qui se rattache aux conditions individuelles, etc.

Le traitement ne saurait donc être uniforme, cependant la saignée jointe aux émétiques donne généralement les meilleurs résultats. Depuis sept à huit ans j'ai été plusieurs fois témoin des succès de ce traitement, autrement dit méthode de Laënnec. Cependant, dernièrement, j'avais, dans le même temps, à traiter deux femmes pneumoniques. L'une faible et lymphatique a été soumise au vin et peu aux émétiques. L'autre robuste et ayant une pneumonie double a été traitée par les émétiques particulièrement, et sur le déclin de la maladie par les stimulants. Je dois ajouter que dans ce cas-ci les vésicatoires ont été largement employés. Toutes deux sont revenues à la santé, mais la dernière s'est rétablie plus lentement que la première. Le traitement de la pneumonie par les alcooliques fait merveille en Angleterre s'il faut en croire les statistiques de Bennett. Je suis bien d'opinion que ce succès trouve sa raison dans les habitudes générales d'intempérance de l'Anglais. Dans la pneumonie sthénique, je ne crois pas que les alcooliques, grâce à leur propriété d'abaisser la chaleur animale, soient aussi nuisibles qu'on le pense, mais ils sont inutiles en ce sens qu'ils font perdre un temps précieux en prenant la place d'autres indications plus pressantes, c'est-à-dire la saignée et les émétiques. Du reste, les

alcooliques, eu égard à leur action stimulante, trouvent leur application dans les pneumonies adynamiques et surtout chez ceux habitués aux liqueurs enivrantes car il ne faut pas oublier ce précepte, aussi ancien que la médecine, de ne pas interrompre brusquement une habitude, fût-elle vicieuse.

En France, le système exclusif des stimulants a été expérimenté sur une grande échelle et il a donné des résultats bien opposés à ceux d'Angleterre. La méthode de Bennett ne peut pas être généralisée dans le traitement de la pneumonie. Elle n'est pas suivie en France et elle compte sur une minorité en Allemagne.

Il ne faut pas oublier qu'entre six et quinze ans et même jusqu'à trente ans, la pneumonie a une tendance marquée vers la résolution, c'est au médecin d'avoir à l'esprit son rôle de *minister et interpres naturæ*.

Le Dr Beaudry donne avis de motion, qu'à la prochaine séance, il proposera le Dr Amédée Lasalle comme membre actif.

Et la séance est levée.

G. O. BEAUDRY, M. D.,  
Sec.-trés. S. M. de M.

---

## 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

I. D. FAGIN et E. H. SCHWAB. — **Emphysème médiastinal spontané.** (*Spontaneous mediastinal emphysema.*) "Ann. of Int. Med.", 24: 1052 (juin) 1946.

*Pathogénie.* Laënnec 1831, Muller 1888, Macklin 1937, sont les 3 pathologistes désignés par les auteurs comme ayant le plus contribué à nous donner une bonne compréhension de cette entité. Une certaine quantité d'air s'échapperait des alvéoles (résultat d'un emphysème compensateur local ou d'un défaut constitutionnel) dans le tissu conjonctif périvasculaire et de là vers le hile et le médiastin.

Cas étudiés: les 3 cas des auteurs ajoutés aux 36 cas décrits dans la littérature constituent la base de cette étude.

*Etiologie:* âge moyen: 26.7 années. 36 hommes, 3 femmes. Aucune cause prédisposante ne fut trouvée dans 16 cas. Dans 14 cas les symptômes succédèrent à un exercice léger ou modéré. Dans 7 on trouva un antécédent ou une concomitance d'accident respiratoire.

*Symptomatologie.* 1. Douleur. Une douleur soudaine dans le thorax constitue en général le premier symptôme. Dans 1 cas elle fut graduelle et elle ne fut totalement absente que dans 3 cas. Son intensité est variable. Son irradiation simule celle de l'angine de poitrine, c'est-à-dire à l'épaule gauche et au bras gauche. Elle peut être passagère ou durer plusieurs jours. L'intensité et la durée dépendent du degré de distension des tissus médias-

linaux. Dans la majorité des cas l'intensité était radicalement influencée par des changements de position, le décubitus latéral gauche l'aggravant et la position debout la diminuant.

2. Sensation de craquement. Avec le début de la douleur thoracique ou dans les heures et jours qui suivent, le patient peut éprouver une sensation particulière de craquement dans la région rétrosternale ou précordiale.

3. Dyspnée. Ce syndrome fut observé dans 19 cas et 13 de ces cas avaient en plus de leur emphysème médiastinal un pneumothorax.

*Signes physiques.* 1. Crépitation médiastinale (signe de Hamman). Hamman décrit ce signe quasi pathognomonique de ce syndrome. Il s'agit de sons crépitants que l'on entend avec le stéthoscope appliqué sur la région cardiaque, qui sont synchrones avec les phases de la contraction cardiaque mais plus marqués pendant la systole. Ils sont dus à la compression de l'air dans le médiastin par les mouvements du cœur. Ce signe n'a manqué que dans 1 cas de la série.

2. Diminution de l'aire de matité cardiaque. Ce signe fut signalé dans 12 cas.

3. Pneumothorax. Dans 21 cas un pneumothorax toujours gauche ordinairement de peu d'étendue fut trouvé.

4. Emphysème sous-cutané. Signalé dans 8 cas, il intéresse le cou, les espaces supra-claviculaires ou la paroi thoracique antérieure.

5. Emphysème médiastinal spontané. La température, le rythme respiratoire, le pouls et la pression artérielle subissent en général des altérations très peu impressionnantes.

*Laboratoire.* Dans 14 cas on trouva une évidence radiographique d'air dans le médiastin. Chez 5 cas seulement on constata une augmentation des globules blancs. L'électrocardiogramme enregistré dans 19 cas montra des anomalies dans 8.

*Diagnostic différentiel.* Toute maladie caractérisée par de la douleur dans le thorax peut entrer dans le diagnostic différentiel de l'emphysème médiastinal spontané: infarctus du myocarde, péricardite, anévrisme disséquant de l'aorte, pleurésie, embolie pulmonaire, etc.

*Pronostic.* Excellent.

*Traitement.* Symptomatique.

Paul DAVID.

### PHTISIOLOGIE

A.-F. LEMANISSIER. — **Symphyse pleurale provoquée artificiellement par injection de sang dans la plèvre.** "Paris Médical", 18: 195 (4 mai) 1946.

Procédé découvert par José Argemi Lloveras, repris par Maxwell en Angleterre et Edw. Kupka et William Wagner en Amérique.

L'A. expose la technique américaine qu'il a employée dans le traitement d'un cas d'abcès du poumon traité par la méthode de Monaldi.

On sait que, pour parvenir à pratiquer un drainage de Monaldi, il faut que le poumon soit adhérent à la paroi thoracique par le truchement d'une symphyse pleurale sous-jacente.

La technique consiste donc à insérer le trocart de Kuss dans un espace intercostal sous-jacent à la cavité pour s'assurer d'une liberté pleurale ou d'une symphyse. S'il y a un pneumothorax déjà existant, il aspire le plus d'air possible en vue de l'ectasie pulmonaire. Durant cette manœuvre, une aigle retire 10 cc. de sang du bras opposé. Ce sang est ensuite injecté par le trocart de Kuss avec l'asepsie la plus rigoureuse. Puis, le malade est couché de façon à mettre le sang injecté en contact avec les plèvres, sous la cavité à drainer. L'opération est répétée 8 à 12 jours plus tard. Il faut de 2 à 6 injections. Il n'y a pas d'accidents.

J.-P. PAQUETTE.

J. BRUN, J. VIALIER et J. OLLAGNIER. — **Le traitement médical curatif des abcès froids tuberculeux de la plèvre.** "Rev. Tub.", 9: 377, 1944-1945.

Les auteurs font la revue des traitements suggérés dans le traitement des pleurésies purulentes: ponctions, injections modificatrices, oléothorax, chirurgie, puis ils décrivent les 3 causes de ces pleurésies: séquelles de pleurésies séro-fibrineuses, complications de pneumothorax spontané ou thérapeutique; conséquences d'une ostéite costale.

Ces auteurs traitent précocement cet accident par les grands lavages par la quinine et urée: deux fois par semaine, avec 2 litres de sérum tiède et 4 ampoules de 10 cc. de quinine urée à 10% par litre. Ils terminent en laissant dans la plèvre 1 à 2 ampoules de 10 cc. de quinine urée à 4%. Tolérance excellente. Espacer les lavages lorsque ces lavages deviennent clairs et diminuer la concentration.

Les A. ont présenté 12 observations avec 12 résultats excellents.

J.-P. PAQUETTE.

Minas JOANNIDES. — **La diaphragmatite aiguë primitive. Syndrome d'Hedblom.** (*Acute primary diaphragmatitis. Hedblom's Syndrome.*) "Diseases of the Chest", 22: 89 (mars-avril) 1946.

Le syndrome d'Hedblom ou diaphragmatite aiguë primitive, c'est une inflammation du diaphragme, c'est aussi une myosite primitive de ce muscle. Son syndrome a été décrit pour la première fois en 1935, soit quatre années après que l'auteur l'eut reconnu; c'est pourquoi on peut aussi lui donner le nom de « syndrome de Joannides ».

Ordinairement, au côté atteint, on note, après un début subit, une douleur intense, logée au rebord costal du thorax inférieur et aussi à l'épaule correspondante. L'inspiration réveille une douleur très intense: c'est le thorax qui s'immobilise surtout à sa partie inférieure, tandis que la partie supérieure de l'abdomen devient ordinairement très tendue. On observe souvent, aux premières heures, un

frisson ou un mal de tête. La radioscopie nous fait voir un diaphragme surélevé avec des mouvements à peine perceptibles.

Jusqu'alors, on avait pensé que ces lésions du diaphragme étaient secondaires. Si elles venaient de la région supérieure, on accusait la plèvre et le poumon sus-jacents, tandis que, si elles venaient de la région inférieure, on les mettait sur le compte de lésions venant de la région sous-phrénique, de la surface péritonéale sous-jacente. Or le syndrome d'Hedblom, c'est une lésion primitive des fibres musculaires du diaphragme, avec atteinte plus ou moins marquée de la plèvre à sa partie supérieure et de la région sous-phrénique à sa partie inférieure.

L'auteur en a étudié 42 cas et tous ont fait les diagnostics suivants: pleurésie diaphragmatique, pneumonie de la base, cholécystite aiguë, appendicite aiguë. Or le diagnostic différentiel doit être de plus fait avec un pneumothorax aigu spontané, une pleurodynie, une névralgie intercostale, un pneumopéritoine spontané, une atélectasie pulmonaire, un spasme aigu du diaphragme et le syndrome du scalène.

En conclusion, le syndrome d'Hedblom est une entité clinique. C'est en y pensant (polypnée, immobilisation du thorax à sa partie inférieure, douleur à la partie supérieure de l'abdomen) que l'on parvient à éviter des erreurs de diagnostic graves, en sachant le grand nombre de maladies graves qui peuvent simuler ce syndrome.

Paul-René ARCHAMBAULT.

M. René COHEN. — **La cure de silence et d'immobilité dans la tuberculose pulmonaire.** "La Presse Médicale", 54: 363 (1 juin) 1946.

La tuberculose ostéo-articulaire est devenue solidement guérissable le jour où on a eu le courage d'exiger non plus seulement un alitement strict, mais une immobilisation complète, et où l'on n'a plus hésité à continuer cette épreuve durant des années. Ne peut-on donc espérer, en appliquant à la tuberculose pul-

monaire les mêmes principes qu'à la tuberculose de l'appareil locomoteur, en poussant le repos au maximum, en exigeant l'immobilité stricte et le silence, parvenir à améliorer le pronostic? Ainsi conclut l'auteur qui, au début de son travail, cite la célèbre phrase du phthisiologue Jaquerod: « Ce qui peut arriver de mieux à un tuberculeux est de se casser la jambe. » Jusqu'à présent, la lutte antituberculeuse n'a pas été poussée jusqu'à cet héroïsme: la cure de silence et d'immobilité, ce qui épargne au poumon une fraction supplémentaire de son travail. Ainsi pourra-t-on comparer cette cure à celle exigée des coxalgiques et des pothiques.

Physiologiquement, tous savent que le moindre effort exige une augmentation des échanges gazeux; aussi la phonation exige-t-elle « une dépense considérable équivalente à la marche ». La preuve? Des tuberculeux ont eu des traumatismes accidentels qui les ont totalement immobilisés, d'autres se sont soumis volontairement à cette cure radicale, ces deux groupes de malades ont vu leurs lésions s'atténuer rapidement pour finalement guérir. Il y a certes des cas qui, quoi que l'on fasse, ne guérissent pas; il faut toujours y penser.

Dès l'abord, il y a deux contre-indications à cette cure. Premièrement, les malades atteints trop gravement. Deuxièmement, les sujets qui ont une idiosyncrasie individuelle.

Enfin cette cure n'exclut pas tous les autres moyens qui sont actuellement à notre disposition.

Paul-René ARCHAMBAULT.

#### ENDOCRINOLOGIE

B. T. KING et L. J. ROSELLINI. — **Traitement de la thyroïdite aiguë avec le thiouracil.** (*Treatment of Acute Thyroiditis with Thiouracil.*) "J.A.M.A.", 129: 267 (sept.) 1945.

King et Rosellini ont toujours constaté que, quoi qu'on fasse, la thyroïdite aiguë suit généralement son cours ordinaire, dont l'évolution varie de 6 semaines à 6 mois.

La radiothérapie améliore quelquefois la thyroïdite. Mais cette maladie de la glande thyroïde guérit tout aussi bien et même mieux sans irradiation. Ce mode de traitement présente en plus le danger de l'hypothyroïdie ou du myxœdème consécutifs.

Les sulfamidés sont sans effet sur l'inflammation de la glande thyroïde, disent-ils.

Après avoir parlé de l'étiologie et du diagnostic clinique de la thyroïdite, les A. rapportent onze cas de thyroïdite traités avec le thiouracil, à la dose de 20 ctgm. trois fois par jour.

De ces 11 cas 8 ont guéri en trois semaines ou moins.

L'insuccès de trois cas serait dû au fait que la réaction inflammatoire était à son déclin le jour où le thiouracil fut prescrit, ou encore, pour ceux qui furent irradiés antérieurement, la radiothérapie aurait déjà contrôlé l'activité inflammatoire de la glande thyroïde.

Un cas de thyroïdite d'Hashimoto n'a pas été modifié par le thiouracil.

Les rapporteurs terminent en disant que, si le patient est vu dès le début de son inflammation thyroïdienne, le thiouracil doit être considéré comme l'agent spécifique de la thyroïdite aiguë.

A. DORE.

#### CARDIOLOGIE

F. S. P. VAN BUCHEM. — **Calcification extensive du cœur chez une jeune adulte.** (*Extensive calcification in the Heart at an Early Age.*) "Acta Medica Scandinavica", 125: 182, 1946.

A l'âge de 15 ans, une jeune fille, jusqu'alors bien portante, a sa première syncope. Depuis, ces attaques se répètent fréquemment et sont associées à l'effort, ou à l'émotion, ou à un changement de température. Elle accuse des douleurs dans le dos s'irradiant dans les deux bras à la marche, grande fatigue, dyspnée, palpitations, cyanose occasionnelle. Premier examen à 18 ans, pression artérielle 135/90, cœur un peu augmenté de volume, foie palpable: un travers de doigt, Hg. 100%, G. R.

5,230,000, R. X. du cœur: augmentation du volume du cœur, saillie de l'artère pulmonaire. A la scopie, plusieurs calcifications, mobiles, sont observées dans l'ombre cardiaque. E. C. G.: déviation électrique droite, calcium sanguin: 13.2 mg. %, cholestérol: 2,23 o/oo. Elle est ensuite revue périodiquement durant les trois années suivantes. Fatigue et dyspnée augmentent, œdème des jambes, cyanose plus marquée, ascite, décompensation du cœur et mort. Autopsie: hypertrophie et dilatation du cœur droit. Toutes les valvules sont normales. La paroi du ventricule gauche montre de nombreuses calcifications. Celles-ci ne sont pas associées à aucune autre pathologie cardiaque: infarctus, injection, etc. Les glandes parathyroïdes sont normales et dans les autres tissus aucune calcification ne fut trouvée. Absence d'ostéoporose.

Ce cas, dans l'état actuel de nos connaissances, ne peut être rattaché à aucun syndrome connu.

Paul DAVID.

W. S. PRIEST et C. J. MCGEE. — **La streptomycine dans le traitement de l'endocardite bactérienne subaiguë.** (*Streptomycin in the treatment of subacute bacterial endocarditis.*) "J. A. M. A.", 132: 124 (21 sept.) 1946.

Les auteurs rapportent trois cas où la streptomycine fut employée à la dose de 500,000 unités (0.5 gm.) par jour chez des patients atteints d'endocardite maligne. Ces cas furent choisis parce que la pénicilline administrée à très forte dose, 2,000,000 d'unités par jour, s'était révélée incapable de stériliser le sang. Dans les trois cas, la streptomycine eut une action évidente. Dans le premier, les lésions valvulaires cultivées à l'autopsie demeurèrent stériles; dans les deux autres, elle parvint à négativer les cultures sanguines. En somme, la streptomycine semble pouvoir donner de bons résultats là où la pénicilline a échoué, ce qui, en fin de compte, constitue une exception.

Paul DAVID.

S. A. LEVINE et A. E. GEREMIA. — **Les signes auscultatoires dans la persistance du canal artériel.** (*The Auscultating Findings in Patent Ductus Arteriosus.*) "Bull. of the New Engl. Med. Center", 148 (8 août) 1946.

Depuis que la chirurgie cardiaque permet de corriger certaines malformations congénitales du cœur, il est devenu très important de poser un diagnostic anatomique précis dans tous les cas de maladie cardiaque congénitale. Les auteurs font dans ce but une étude des syndromes et signes qu'ils ont observés chez 37 patients atteints d'une persistance vérifiée du canal artériel et non compliquée par d'autres lésions.

Dans la plupart des cas, un diagnostic précis a pu être posé par la simple auscultation. Cet examen révèle un souffle mécanique caractéristique qui a son maximum d'intensité dans le 2<sup>e</sup> espace intercostal gauche. Il est rude, systolo-diastolique et plus fort durant la systole. Un souffle de ce type fut constaté dans tous les cas de cette série. Quelques cas cependant montrèrent un souffle beaucoup plus discret et dans un cas le constituant diastolique était à peine audible.

L'électrocardiogramme est très important, car il est presque toujours normal et son anormalité chez un patient permet la plupart du temps d'exclure le diagnostic de persistance du canal artériel. Une déviation électrique droite ne fut enregistrée qu'une seule fois dans cette série. La radiologie peut rendre service. Les signes suivants sont les plus souvent observés: dilatation de l'artère pulmonaire (82%), élargissement cardiaque (76%), élargissement de l'oreillette gauche (71%), engorgement des vaisseaux pulmonaires (68%). Si après ces examens le diagnostic demeure incertain, la cathétérisation du cœur droit peut régler le problème. Si la teneur en oxygène de la première portion de l'artère pulmonaire est nettement plus grande que celle de l'oreillette droite ou du ventricule droit, cela veut dire que du sang artériel pénètre dans cette artère. Cette constatation

établit d'une façon précise le diagnostic de persistance du canal artériel.

Paul DAVID.

#### NEURO-PSYCHIATRIE

II. A. TUCKER et R. C. V. ROBINSON. — **Neuro-syphilitiques traités par la pénicilline. Réactions d'Herxheimer probables.** (*Neurosyphilitic patients treated with penicillin. Probable Herxheimer Reactions.*) "J. A. M. A.", 132: 281 (5 oct.) 1946.

Les auteurs rapportent deux observations où les malades présentèrent des réactions nerveuses sévères à de la pénicilline intramusculaire. Il s'agit d'abord d'une malade de 32 ans qui était souffrante probablement de paralyse générale et qui tout récemment avait été prise soudainement d'hémiparésie droite avec aphasie que les auteurs attribuèrent le plus probablement à un ramollissement cérébral. On la soumit à la pénicilline à la dose de 50,000 unités toutes les 3 heures, désirant atteindre la dose totale de 10,000,000 unités. Deux jours plus tard, s'installa un état de mal convulsif excessivement sévère qui céda graduellement à une médication fortement sédatrice; les convulsions continuèrent cependant de revenir une dizaine de jours plus tard.

Le second malade est un homme de 30 ans qui était porteur d'une neuro-syphilis asymptomatique.

On commence le même traitement à la pénicilline. Le deuxième soir on le trouve sur le plancher criant et gesticulant, en proie à une violente agitation motrice. Il existait des signes d'irritation méningée et le liquide d'une seconde ponction lombaire montra une leucocytose plus abondante qu'à la première avec 57% de polynucléaires.

De septembre à octobre 1943, 208 neuro-syphilitiques furent traités à la pénicilline à l'hôpital Johns Hopkins. 26% de ces malades présentèrent des réactions à la pénicilline, allant de l'hyperthermie, de la légère confusion mentale jusqu'à du délire paranoïde et hallucinatoire avec violence du comportement. Des auteurs ont rapporté l'instal-

lation d'une myélite transverse, de crises d'épilepsie jacksonnienne au début de la pénicillinothérapie de la neuro-syphilis. Ils croient que ces accidents de mal convulsif et d'agitation extrême qui se sont montrés chez leurs malades peuvent être interprétés comme des réactions du type Herxheimer.

Roma AMYOT.

B. J. SLATER et Nathan FRANCIS. — **Benadryl, facteur contributoire d'un accident.** (*Benadryl, a contributory cause of an accident.*) "J. A. M. A.", **132**: 212 (28 sept.) 1946.

Le Benadryl, récemment recommandé contre l'urticaire et le prurit des dermatoses allergiques, possède en plus une action hypnotique occasionnant de la somnolence. Cette conséquence doit être connue des médecins afin qu'ils puissent prescrire cette substance à bon escient, à des doses congrues et à des heures en rapport avec les occupations du sujet. Il lui faut savoir également que cette action hypnotique peut s'amplifier par l'effet cumulatif de doses répétées.

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade de 20 ans qui souffrait de rhume des foies. On lui prescrivit du Benadryl à prendre à 4 h. A.M., à l'heure où les manifestations étaient le plus sévères. Une journée, il prit son médicament à la dose de 50 centigrammes à 8 heures A.M. sans réaction secondaire apparente. Le lendemain, il reprit la même dose à 7 heures A.M. Il se rendit à son travail à 8 heures; il se sentait somnolent. A 9 heures A. M. il conduisait un petit camion électrique sur une plate-forme; du fait de sa somnolence il perdit le contrôle de sa conduite et le camion tomba de la plate-forme. Heureusement le malade eut le temps de sauter avant la chute du véhicule et d'éviter des blessures graves, sinon plus.

Bien qu'aucune preuve absolue ne puisse appuyer la contribution du Benadryl dans la survenue de cet accident, on peut présumer qu'il en fut ainsi.

Aussi est-il raisonnable de penser à l'action narcotique du Benadryl quand on doit le pres-

crire à des sujets qui conduisent une automobile, qui travaillent dans des industries où ils devront manipuler des machines de tous genres ou des objets en mouvement. Des accidents pourront de la sorte être évités.

Roma AMYOT.

#### DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Richard EMMET. — **Kératose blennorragique.** (*Keratosis blennorrhagica.*) "Am. Archives of Dermatology and Syphilology", **53**: 278 (mars) 1946.

Un soldat, âgé de 21 ans, est hospitalisé le 1er février 1944 pour des douleurs à un pied, des douleurs et de l'œdème du genou gauche. Six jours après on note un écoulement urétral. Cet écoulement contient des gonocoques et on fait prendre au malade de la sulfadiazine. En quelques jours on obtient l'assèchement du canal urétral, mais les douleurs au genou continuent et le 28 fév. le poignet droit devient œdématisé. Vers le milieu de mars les douleurs sautent d'une jointure à l'autre, atteignant successivement le genou droit, la cheville gauche, la main droite et le poignet droit. Le 20 mars, apparaissent une vingtaine de bulles sur les genoux. Le 29 mars, on peut voir sur les pieds, les jambes, les cuisses, l'abdomen, les avant-bras et les mains, des vésicules, des pustules et de nombreuses lésions cornées. On fait alors un diagnostic de kératose blennorragique, lequel diagnostic est confirmé par l'examen histologique.

Le 3 avril, on commence à traiter le malade par la pénicilline en injections intramusculaires. Une dose initiale de 40,000 unités est suivie de 20,000 unités toutes les 3 heures jusqu'à ce qu'un total de 200,000 unités aient été injectées. Trois jours plus tard les lésions commencent à sécher et à tomber. Le 7 avril, les douleurs ont beaucoup diminué d'intensité, la température, qui s'était maintenue entre 99 et 101 degrés F., redevient normale et, le 16 du même mois, toutes les lésions sont disparues. Deux mois plus tard, le malade est considéré

comme guéri puisqu'il n'a pas présenté de récurrence même après des exercices physiques rigoureux.  
Henri SMITH.

Edwin L. PFUETZE et Harold G. NELSON. — **Le traitement des dermatoses pustuleuses graves et de la septicémie staphylococcique par administration orale de pénicilline.** (*Treatment of severe pustular dermatoses and staphylococcal septicemia by oral administration of penicillin.*) "American Archives of Dermatology and Syphilology", **53**: 128 (février) 1946.

Les auteurs rapportent les bons résultats qu'ils ont obtenus avec la pénicilline chez deux malades, l'un souffrant d'une pyodermite grave des deux mains, l'autre présentant une dermatite pustuleuse étendue compliquée de septicémie staphylococcique.

Dans le premier cas, il s'agit d'un malade âgé de 34 ans qui consulte pour de nombreuses lésions pustuleuses couvrant les doigts et les faces palmaires et dorsales des deux mains.

Traitées d'abord à la sulfadiazine, les lésions disparaissent en 8 jours, mais réapparaissent 4 jours plus tard. On répète alors le même traitement mais en y adjoignant 200,000 unités de pénicilline en injections. Cinq jours après guérison apparente, la dermatose récidive.

C'est à ce moment que l'on décide de donner de la pénicilline par voie buccale. Le malade prend d'abord 10 comprimés de pénicilline calcique (200,000 unités) toutes les heures pour 4 doses. Ensuite il prend 7 comprimés toutes les 2 heures pendant les 24 heures qui suivent, puis il termine le traitement en prenant, le jour seulement, 5 comprimés toutes les 2 heures pendant 14 jours.

Sous l'effet de ce traitement, les pustules disparaissent en une semaine et, 21 jours plus tard, elles n'ont pas récidivé.

Le second malade, une femme âgée de 20 ans, est admise à l'hôpital pour des lésions pustuleuses étendues des mains, bras, jambes et cuisses. La température est à 104 F. et une hémoculture faite à ce moment-là révèle la présence dans le sang de staphylocoque doré hémolytique.

La pénicilline par voie buccale amène une amélioration rapide des lésions cutanées et des symptômes généraux. L'hémoculture est négative après 24 heures, la température tombe à 98.6 en 36 heures et les lésions cutanées sont complètement guéries après 7 jours de traitement.

Les auteurs sont d'avis qu'ils auraient probablement obtenu les mêmes résultats avec des doses moindres de pénicilline. Aucune réaction toxique, toutefois, ne fut observée avec les doses employées.

Henri SMITH.

William B. SWARTS. — **Gangrène cutanée aiguë, idiopathique, circonscrite.** (*Acute, idiopathic, circumscribed cutaneous gangrene.*) "Am. Archives of Dermatology and Syphilology", **53**: 477 (mai) 1946.

Après une brève revue de la littérature médicale l'auteur présente deux cas de gangrène cutanée qu'il ne peut rattacher à aucune cause bien définie.

1er cas. Un homme de 23 ans est admis à l'hôpital avec une histoire de phlyctènes qui seraient apparues sur la face dorsale de son pied gauche. Ces phlyctènes n'ont pas tardé à devenir noirâtres et elles forment en se juxtaposant un large placard circonscrit.

Pas de symptômes généraux. Les examens de laboratoire ne révèlent rien d'anormal. Les cultures sont négatives tant pour les aérobies que pour les anaérobies. Les réactions sérologiques pour la syphilis sont négatives. L'examen physique général et l'examen neurologique ne décèlent rien de pathologique. Les pulsations des artères tibiales antérieures et postérieures sont fortes.

Après 3 jours, la plaque gangréneuse ne s'étend plus et la cicatrisation est complète en 7 semaines.

Le traitement a consisté uniquement en saupoudrages au sulfathiazole et applications de chaleur sèche. Aucun pansement.

2ème cas. Un homme âgé de 22 ans raconte, à son admission à l'hôpital, qu'une semaine plus tôt il a commencé à sentir des engourdissements dans son pied gauche. En-

suite apparent, sur la face dorsale du pied et la cheville, des phlyctènes qui rapidement formèrent des escharres noirâtres. Les plaques de gangrène cessèrent de se développer après 3 jours. Tous les examens de laboratoire ainsi que les examens physiques et neurologiques sont négatifs. Les pulsations artérielles sont normales.

Ce malade a été traité de la même façon que le précédent et la cicatrisation fut obtenue en 7 semaines.

Les caractéristiques de la gangrène cutanée aiguë idiopathique circonscrite sont les suivantes: (1) apparition spontanée chez des individus apparemment en bonne santé; (2) période d'activité de 3 jours pendant lesquels apparaît d'abord une petite vésicule qui se dessèche rapidement en une croûte noirâtre qui s'étend par ses bords pour former une plaque de gangrène; (3) résultat négatif des examens physiques, neurologiques et de laboratoire; (4) cicatrisation en 6 à 8 semaines.

L'auteur pense que cette gangrène cutanée peut être sous la dépendance de troubles neuro-trophiques.

Henri SMITH.

Leslie NICHOLAS. — **Erysipéloïdes: traitement heureux avec la pénicilline.** (*Erysipeloid: successful treatment with penicillin.*) "American Archives of Dermatology and Syphilology", 54: 57 (juillet) 1946.

Les sulfamidés donnent des résultats fort inconstants dans l'érysipéloïde. Le sérum anti-erysipelotrix-rhusiopathiæ, d'autre part, expose le malade à des réactions parfois très graves. La pénicilline employée expérimentalement chez des souris a donné d'excellents résultats à Heilman et Herrell.

L'auteur rapporte les résultats qu'il a obtenus avec la pénicilline chez un soldat qui développa un érysipéloïde de Rosenbach après avoir été mordu à un pouce par une écrevisse de mer.

La pénicilline fut administrée par voie intramusculaire à raison d'une injection de 25,000 unités toutes les 3 heures. Six heures

après le début du traitement, le malade admet que la sensation de tension a diminué dans son doigt, les mouvements de flexion et d'extension se font normalement et l'érythème est moins intense.

Après 24 heures de traitement, l'éruption est en voie de régression et elle est entièrement disparue quand un total de 800,000 unités de pénicilline ont été injectées.

La guérison dans ce cas doit être attribuée uniquement à la pénicilline puisque aucun autre traitement général ou local n'a été employé. L'auteur est d'avis que l'érysipéloïde de Rosenbach pourrait être guéri avec des injections moins nombreuses de pénicilline mais en employant des doses plus fortes à chaque injection. Il se pourrait même que la guérison puisse être obtenue en se servant de la pénicilline par voie buccale.

Henri SMITH.

L. P. EREAUX et G. E. CRAIG. — **L'emploi de l'Anthallan en dermatologie.** (*The use of Anthallan in dermatology.*) "C. M. A. J.", 54: 361 (oct.) 1946.

Les pédiatres et les dermatologistes, pour combattre les désordres dus à l'allergie, recherchent sans cesse de nouveaux moyens de lutte. Depuis vingt ans, des investigations ont été faites dans les laboratoires et les cliniques afin de trouver un nouveau médicament pour détruire une substance « H » et contrecarrer l'action biologique de l'histamine. L'histaminase, le bédryl, le péri-benzamine n'ont pas donné les résultats attendus. Des rapports encourageants par Ghiselin, jr., et par Tremble, qui ont utilisé l'Anthallan dans le traitement de rhinites vaso-motrices, et de McKee, qui l'a employé dans le traitement des dermatoses allergiques, nous ont incités à en faire l'emploi personnellement dans quelques dermatoses. L'emploi de ce médicament est d'un grand secours pour diminuer le prurit et les désordres qui en découlent.

*Pharmacologie:* c'est une base organique peu soluble dans l'eau, soluble dans les solvants organiques. Il est absorbé par le trac-

tus intestinal. L'élimination par le rein débute entre dix et quinze minutes après l'ingestion et est terminée après vingt-quatre à trente-six heures. Sa toxicité est peu prononcée.

*Mode d'action:* ce médicament semble posséder une faible activité antihistaminique et celle-ci prévient, contrecarre et antagonise l'action spastique de l'histamine.

*Dosage:* l'Anthallan est employé aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, soit en poudre ou en capsules de 0.085 grms données après les repas afin d'éviter toute irritation intestinale. La poudre se donne de préférence dans du miel ou de la sauce aux pommes. La dose moyenne est de 4 à 6 capsules par jour chez les enfants et de 12 à 15 capsules chez les adultes. Il ne faut pas s'attendre à un résultat la première semaine, mais il faut

continuer les mêmes doses pendant trois semaines et les diminuer de moitié pour les deux ou trois semaines suivantes.

L'Anthallan est surtout employé dans l'eczéma infantile, la dermite atopique, la névrodermite et les toxidermies au sulfathiazole et la pénicilline. Par le fait qu'il diminue le prurit, il élimine les dangers d'infection secondaire. Son emploi associé à la radiothérapie avec applications de pommade à base de goudron donne les meilleurs résultats surtout si on ajoute, au coucher, une ou deux capsules de bédryl. Son action est nulle dans les urticaires chroniques et pigmentaires, le prurit vulvaire, les dermites séborrhéiques, etc.

Maurice BEAUDRY.

---

## REVUE DES LIVRES

---

Wilson J. SMILLIE, professeur d'hygiène publique et de médecine préventive à la faculté de médecine de Cornell. — **Preventive Medicine and Public Health.** New-York: MacMillan, 1946, 607 pages.

Ce manuel comble une lacune au moment où la médecine prend de plus en plus conscience de son rôle préventif. L'auteur est d'opinion que « le médecin praticien doit à sa clientèle et à la société de prévenir la maladie chez son patient et de promouvoir la santé de sa famille et de son milieu ». Le docteur Smillie a le mérite d'avoir considéré le point de vue de l'étudiant en médecine qui a besoin de connaître les principes de la médecine préventive dans le but de les appliquer chaque jour aux problèmes qu'il rencontre dans la pratique de sa clinique. Il a évité de décrire le rouage administratif des services d'hygiène et les détails des techniques nécessaires à leur mise à l'œuvre. D'excellents manuels existent déjà pour ceux qui parmi eux désireraient se spécialiser en hygiène publique.

Par contre, l'auteur a développé certains aspects de la médecine préventive sommairement traités jusqu'alors, tels que: l'hygiène mentale, l'alcoolisme, les maladies dégénératives, le service social médical, le rôle de la garde-malade en hygiène publique et les mesures de la médecine préventive perfectionnées durant la dernière guerre.

Le volume se divise en six parties: une excellente introduction qui renferme une étude complète (trop détaillée peut-être) des statistiques démographiques suivie d'une section sur l'hygiène des milieux, le contrôle des maladies contagieuses, l'hygiène de l'enfant, la protection de la santé chez l'adulte et l'administration de l'hygiène publique.

L'auteur a su traiter objectivement les sujets controversés. Il n'a pas craint cependant d'y ajouter son opinion personnelle sur la médecine socialisée par exemple. Son point de vue sur l'eugénisme et le contrôle des naissances ne sera pas partagé, à mon avis,

par les nôtres, du fait qu'il n'est pas conforme à notre pratique médicale ni à notre doctrine religieuse.

D'ailleurs, le docteur Smillie n'a fait qu'endosser l'opinion d'un de ses associés (qui ont collaboré à seize des quarante-sept chapitres que contient cet ouvrage).

Ce manuel semble avoir plus fait pour intéresser l'étudiant en médecine à l'hygiène publique et à la médecine préventive que tout autre du genre. Il suffit, pour s'en convaincre, de noter les nombreuses histoires de cas tirées de la clinique médicale à l'appui des principes énoncés dans les différentes parties du volume.

La bibliographie est courte, bien choisie et de date récente. Ce manuel représente l'effort le plus louable qui ait été accompli dans le but d'incorporer la médecine préventive et l'hygiène publique à la pratique de la clinique médicale dans l'état actuel de nos connaissances. Nous n'hésitons pas à le conseiller à l'étudiant en médecine, au médecin praticien ainsi qu'au professeur d'hygiène et de médecine préventive.

Antoine VALOIS.

Le 10 octobre 1946.

---

A. ROCHON-DUVIGNAUD. — **Les yeux et la vision des vertébrés.** — Un volume de 708 pages. Masson et Cie, éditeurs. Paris, 1946.

L'Ophtalmologie comparée a déjà une assez longue histoire. De Pourfour du Petit, A. Haller, Soemmering, Tréviranus, Jean Müller et Henri Müller, etc..., aux nombreux travailleurs actuels, elle a, au cours de deux siècles, fait de nombreuses acquisitions. Naguère annexée aux traités d'ophtalmologie, elle a acquis sa place en physiologie générale et en zoologie. Présentée tout d'abord comme une « organologie », catalogue de pièces détachées, description séparée de chaque partie de l'œil dans la série animale, elle est actuellement devenue synthétique. Elle envisage l'œil dans son unité anatomique et

ENFIN VOUS POUVEZ PRESCRIRE.



**VICHY**  
**CELESTINS**

PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS  
REPRÉSENTANTS EXCLUSIFS  
VICHY FRANCE



*Nouvelle Médication*  
*pour la sinusite et les infections*  
*des voies respiratoires*  
*Injection Intramusculaire*

FORMULE  
Iodoforme      Menthol  
Iodures        Camphre  
Ampoules de 1 cc.  
(En solution huileuse de  
faible acidité)

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS AU CANADA

**HERDT & CHARTON, INC.**

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

MONTRÉAL

fonctionnelle et comme partie intégrante d'un organisme où il joue un rôle, souvent primordial, à côté des autres organes des sens.

Cependant tout traité de zoologie ne pouvant, faute de place, exposer l'ophtalmologie avec un détail suffisant, l'ouvrage spécial reste utile ou même indispensable. Le but de celui-ci est de faire connaître l'essentiel de la structure et des fonctions de l'œil des vertébrés et son importance vitale qui varie suivant les espèces. Il est fait surtout du point de vue zoologique. Il complète les traités de zoologie. Il offre au lecteur les indications générales qui permettent d'aborder les mémoires spéciaux, de classer les notions qu'ils mettent en relief, de pénétrer ainsi l'ophtalmologie comparée dans toute son étendue actuelle et d'en suivre le mouvement.

De tout temps séduit par l'œil et la fonction visuelle et, suivant l'âge et les circonstances, chasseur, anatomiste, ophtalmologiste, l'auteur a longtemps disséqué et coupé des globes oculaires d'animaux et d'hommes et étudié la vision, avant de beaucoup lire. Méthode qui devient d'autant plus nécessaire que la littérature s'accroît de jour en jour et menace de submerger quiconque n'a pas un contact suffisant avec la réalité. Il y a assez de bibliothèques; il manque un laboratoire dans la brousse, dirigé par un chasseur histologiste. Les animaux exotiques que nous ne pouvons tuer à la chasse pour fixer leurs yeux immédiatement après la mort, meurent dans les jardins zoologiques et nous n'avons que leurs cadavres dont la rétine est toujours devenue inutilisable. Si, dans l'avenir, on livrait aux histologistes l'animal moribond dont les tissus sont encore normaux, toute l'histologie comparée pourrait faire des progrès rapides. Ils sont réservés aux pays où à l'établissement qui le premier saura prendre une telle mesure, tout à fait respectueuse de la vie des animaux et du but essentiel des parcs zoologiques qui est de montrer au public des animaux vivants.

Monographie imposante qui saura, sans aucun doute, compléter l'instruction des ophtalmologistes et des curieux de la nature sur cette très importante fonction sensorielle.

P. Emile WEIL. — **L'hémophile — affection familiale.** — Masson et Cie, éditeurs. Paris, 1946.

Rien de plus difficile que de définir et l'on peut hésiter devant la définition de l'hémophilie. Comme dans presque tous les cadres médicaux on est en présence de faits apparentés, qui groupés constituent une entité; mais autour de ce noyau, se placent d'autres faits moins caractéristiques dans un halo plus ou moins lumineux. C'est dans ce halo que résident toutes les difficultés des cas de transition, des cas complexes.

Jadis sous le nom d'hémophilie, on réunissait toutes les observations de diathèse hémorragique, sans bien distinguer ce qui était de l'hémophilie et ce qui n'en était pas. Il a fallu beaucoup de temps, beaucoup de recherches pour apporter quelques clartés dans ce fatras. En réalité, la définition de l'hémophilie devrait être placée, non au début de ce livre, mais à la fin, recevant ainsi sa justification de l'expérience.

Disons seulement que l'hémophilie est une maladie familiale héréditaire qui s'extériorise par des hémorragies graves, incoercibles, provoquées par les causes les plus minimes, maladie caractérisée par des lésions permanentes du sang, un retard considérable de la coagulation.

C'est cette affection familiale que l'auteur surtout étudie. Il passe ensuite en revue les états hémophiliques non familiaux qui ont le même caractère de permanence que l'hémophilie familiale; enfin il considère des états hémophiliques passagers susceptibles de compliquer des états morbides divers et de disparaître avec eux, enfin des états plus complexes où l'hémophilie semble s'associer à l'autre diathèse hémorragique que l'on a mis longtemps à séparer de l'hémophilie, l'hémogénie, les purpuras chroniques.

Ces cadres permettront à l'auteur de passer en revue toutes les questions que pose l'étude de l'hémophilie. Il montre combien la nosographie a fait de progrès tant théoriques que pratiques dans ce grand chapitre de pathologie, mais aussi combien notre ignorance reste importante sur beaucoup de points.

## NÉCROLOGIE

---

### LE DOCTEUR ANTHIME DELISLE

Le docteur A. Delisle, ancien hygiéniste d'Embrun, où il a pratiqué la médecine durant 18 ans, est décédé tout récemment à l'âge de 53 ans. Le docteur Delisle avait reçu son doctorat de l'Université de Montréal.

---

### LE DOCTEUR J.-ALBERT JINCHEREAU

Le docteur J.-A. Jinchereau est décédé le 25 octobre à l'âge de 68 ans. Le défunt s'était spécialisé en ophtalmo-oto-rhino-laryngologie et exerçait depuis 1905 après avoir reçu son doctorat de l'Université Laval de Québec.

---

### LE DOCTEUR A.-J. LAFLEUR

Le docteur Lafleur vient de mourir subitement à l'âge de 59 ans. Pédiatre distingué qui, par ailleurs, avait conservé les attributions et le rôle de médecin de famille, le docteur Lafleur était membre du personnel médical de l'hôpital Sainte-Justine depuis 27 ans. Il avait participé volontairement à la guerre de 1914-18 comme major à l'hôpital Laval.

L'affabilité du docteur Lafleur et l'aménité

de ses manières rendaient son commerce des plus faciles et agréable. Il laisse le souvenir d'un homme paisible, discret, honnête, qui n'a causé aucun préjudice ni aucun ennui à ses confrères durant sa carrière de médecin et de spécialiste attaché à l'institution qu'il a bien servie. Sa contribution à la société, à la classe pauvre en particulier comme médecin d'un de nos grands hôpitaux de la Métropole, reste le plus beau monument érigé à sa mémoire.

Le docteur Lafleur était un diplômé de l'Université Laval de Québec, qui lui décerna son doctorat en 1915.

---

### LE DOCTEUR CHS-AUGUSTE RAYMOND

Le docteur Raymond vient de mourir à l'âge de 56 ans. Le défunt avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Québec, avait exercé à Donnacona jusqu'à 1938. Depuis, il s'était retiré à Neuville. Un de ses fils, Georges, est actuellement étudiant en médecine à l'Université de Montréal et nous prions ses beaux-frères, le docteur Charles-Auguste Gauthier, MM. Charles Rinfret et Rosaire Rainville, de Québec, le docteur C.-E. Roy, de Nicolet, d'accepter nos condoléances.

---



# GYNEXYL

LAURIN

Complexe Végétal

—  
Régulateur du Système  
Circulatoire

—  
Sédatif Utéro-Ovarien

PHYTOTHÉRAPIE  
GYNÉCOLOGIQUE

*Troubles de la puberté  
et de  
la ménopause.  
Dysménorrhée. Ménorrhagie.  
Déséquilibres  
fonctionnels.*

POSOLOGIE : Une à trois cuillerées à dessert par jour, aux repas,  
pur ou dilué dans de l'eau.

---

LABORATOIRES L. LAURIN, 86, Bould de Port-Royal, PARIS

*Fabricants et Concessionnaires*

**ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL**

## NOUVELLES

### ÉCOLE D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Prospectus 1946-1947<sup>1</sup>

A: RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

*Nécessité d'une Ecole d'Hygiène au Canada français.*

L'Hygiène publique et la Médecine préventive prennent une telle importance dans la vie des nations que les universités et les gouvernements estiment de leur devoir d'en activer le plus possible l'enseignement postsecondaire.

Au Canada français, dans la province de Québec en particulier, cet enseignement devenait nécessaire. Les universités, les autorités sanitaires provinciales et municipales, les professions médicale et hygiéniste, plusieurs corps publics étaient depuis longtemps unanimes dans cette réclamation.

Jusqu'ici les étudiants canadiens-français désireux de se spécialiser en hygiène devaient se diriger vers l'extérieur. Ordinairement, peu familiers avec la langue anglaise, ils ne s'adaptaient qu'avec difficulté à la mentalité didactique anglo-saxonne.

*Montréal, centre idéal pour une Ecole d'Hygiène.*

Le besoin d'une Ecole d'Hygiène au Canada français étant devenu pressant, il fallait reconnaître également que c'est aux très grandes villes qu'appartient cet enseignement spécialisé, là où réside un matériel humain considérable et varié, où l'on maintient de toute nécessité une organisation sanitaire moderne et complète.

Nulle autre ville, même en Amérique, peut-on affirmer, n'offre un champ d'études et de recherches en hygiène surpassant celui qu'on trouve dans la région de Montréal. C'est le centre géographique et stratégique d'une région de faible étendue, mais comprenant beaucoup de villes et de villages d'importance variable et où habite les 2/3 de la population du Québec: il en résulte ainsi une réduction des déplacements pour les enquêtes et les démonstrations. On y trouve aussi naturellement plus des 2/3 des médecins de la Province, les industries les plus importantes et un nombre imposant d'organisations de santé dépendant du service publique ou de l'initiative privée: services sociaux, associations bénévoles, clubs

1. Un programme plus détaillé est en voie de publication.

philanthropiques, cliniques spécialisées, écoles universitaires, bibliothèques, laboratoires et autres institutions précieuses pour l'enseignement et mentionnées plus loin.

*Fondation de l'Ecole d'Hygiène.*

C'était donc à bon droit que le 22 novembre 1945, la Commission des Etudes de l'Université de Montréal établissait une école autonome d'hygiène, et la dotait des droits, pouvoirs et attributions que confère la Charte de l'Université à ses écoles fusionnées. Mais la fondation d'une telle école entraînait des déboursés considérables que l'Université ne pouvait faire par elle-même, et il convenait de solliciter l'aide financière des autorités civiles. Le 9 avril 1946, l'Assemblée législative de Québec, à la suggestion de l'hon. J.-H.-A. Paquette, M.D., ministre de la Santé, adoptait unanimement une loi spéciale pour aider à l'établissement de cette école d'hygiène et accordait à cette fin à l'Université de Montréal, pour une période de vingt ans, une subvention annuelle de quarante mille dollars. Les législateurs du Québec créaient ainsi un précédent probablement mondial, car il semble qu'aucune école d'hygiène existante n'ait jamais bénéficié d'une générosité comparable de la part des gouvernants; en fait toutes doivent leur fondation et leur entretien au concours financier d'organismes privés. C'est à l'honneur de nos hommes d'Etat d'avoir compris leur responsabilité à l'égard de la santé publique, au point d'assurer la meilleure formation aux techniciens qui en ont la sauvegarde.

*Avantages.*

L'établissement de l'Ecole d'Hygiène de l'Université de Montréal comportera d'immenses avantages pour la santé publique dans la Province, en particulier les suivants:

Les études se feront sur place, en français, et coûteront moins cher à nos étudiants, capables pour un grand nombre de loger chez eux ou chez des proches.

Le recrutement du personnel hygiéniste sera intensifié, ce qui permettra de remédier à la pénurie d'officiers de santé publique dont la Province a toujours souffert.

L'enseignement et le programme seront adaptés à nos besoins, à nos conditions, à nos intérêts, à nos problèmes de l'après-guerre, et permettront de tirer parti de toutes nos ressources en personnel et en matériel.



Traitement efficace des  
**SALPINGITES OVARITES CHRONIQUES**  
(Sclérokystiques)

## **SOLUTION JACOBSON**

(ÉTHER BENZYL-CINNAMIQUE)

**ACTION.** — *Sur l'élément douleur:* Celle-ci cède en général vers la 4<sup>ième</sup> ou 5<sup>ième</sup> injection (4 à 5 jours). Cette action se manifeste surtout dans les cas où la douleur est continue.

*Sur la lésion elle-même:* Celle-ci subit une régression par étapes. On voit d'abord la masse se limiter, puis se transformer en un empâtement plus ou moins diffus, et finalement il n'y a plus qu'un épaissement de consistance fibreuse.

Boîte 12 amp 1 c.c.

**ANGLO-FRENCH DRUG CIE, LTÉE.**

- **MONTREAL**

*Ressources en personnel et en matériel.*

L'École d'Hygiène compte maintenir la plus étroite collaboration avec les organismes officiels de santé publique, ainsi qu'avec les autres écoles ou facultés universitaires. Dans les cas de la faculté de médecine, des écoles d'infirmières, des écoles supérieures de pédagogie, le bénéfice mutuel qui en découlera est évident. Dans celui de la faculté des sciences sociales, la nécessité de cette association provient des facteurs économiques qui influent sur la santé publique, et des problèmes d'hygiène qui se rencontrent fréquemment au cours du service social.

L'École profitera particulièrement de son association avec le ministère de la Santé, l'un des mieux organisés au Canada, tant pour l'enseignement qu'elle a confié à plusieurs de ses techniciens, que pour les stages pratiques des étudiants. La proximité des laboratoires du ministère, les plus importants du pays et de ses services de génie sanitaire, d'hygiène industrielle, et autres, favorise heureusement une collaboration absolument indispensable.

Le service municipal de Santé, un modèle en Amérique, offre un champ admirable pour beaucoup de travaux pratiques des élèves: inspections sanitaires, inspection scolaire, hygiène de l'enfance, cliniques dentaires, cliniques d'hygiène mentale, lutte contre la tuberculose et contre les maladies vénériennes, et bien d'autres services qui deviennent une véritable école d'application pour les futurs gradués, et sans lesquels il ne serait pas possible de leur donner une formation complète.

Enfin et surtout, l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal offre des espaces, du personnel et de l'équipement avec une telle générosité que l'École d'Hygiène, déjà heureuse de se considérer comme la fille de l'Institut, se voit dotée, dès son berceau, de toutes ses richesses intellectuelles et matérielles. Elle ajoutera l'enseignement supérieur à l'œuvre de l'Institut, déjà si fertile, en matière de recherche scientifique et de production biologique. Si, pour des raisons purement administratives, surtout financières, ces deux organismes sont des institutions distinctes, on conçoit cependant que, sur le plan intellectuel et scientifique, par leur commune direction, et même sur le plan matériel, par les locaux et l'équipement qu'ils partagent, ils constituent une même entité consacrée au triple objectif: recherche, enseignement et production.

La recherche étend sans cesse le champ de nos connaissances en hygiène publique et en médecine préventive; l'enseignement forme les techniciens qui appliquent ces connaissances et gratifient le public d'autant de bienfaits; et la production, par ses revenus, soutient les services de la recherche et de l'enseignement. C'est une combinaison aussi heureuse

que logique, c'est la formule des grands Instituts d'Hygiène dans le monde depuis Pasteur.

*Ecole autonome.*

Si l'École d'Hygiène est autonome, c'est que l'autonomie, entre autres avantages généraux, facilite l'unité de direction, la coordination, l'initiative, la rapidité d'action et d'adaptation, la discipline, ainsi que l'orientation de l'enseignement vers un seul et même but.

L'autonomie attire et concentre l'intérêt du public, des pouvoirs publics et des entreprises privées. Elle permet de recueillir plus aisément des fonds et des octrois attribuables exclusivement à des fins déterminées. Elle met les diplômés de l'École sur le même pied que ceux d'autres universités et proclame ainsi devant le public la haute spécialisation et l'importance des études de ses gradués, leur conférant ainsi plus de prestige et d'autorité.

*Ecole complète.*

L'École d'Hygiène servira éventuellement à la formation professionnelle du personnel hygiéniste de toutes catégories. Le premier groupe d'étudiants comprend des médecins désirant se qualifier en hygiène publique. A mesure que les circonstances le permettront, l'École étendra son enseignement en vue de former les autres groupes professionnels se destinant au service exclusif de la santé publique: ingénieurs-hygiénistes, inspecteurs sanitaires, dentistes-hygiénistes, vétérinaires-hygiénistes, cliniciens en tuberculose, cliniciens en hygiène mentale, éducatrices-hygiénistes, techniciens de laboratoire, etc.

Elle se consacrera également au perfectionnement postsecondaire des membres de professions connexes qui ont une part de responsabilité en raison de leur rôle complémentaire dans le même domaine: professeurs-hygiénistes pour notre système scolaire, médecins à l'emploi d'industries et de compagnies d'assurances, administrateurs ou techniciens d'associations bénévoles intéressées à la santé publique, opérateurs d'usines de filtration de l'eau, de pasteurisation du lait, d'épuration des égouts, et d'autres encore.

*Ecole internationale.*

Si l'on jette un regard en dehors de la Province de Québec, il est permis de concevoir qu'en plus d'être autonome et complète, l'École d'Hygiène prendra avant longtemps un caractère international. Les Canadiens français des provinces-sœurs, les Franco-Américains, les étudiants de France et des possessions françaises, ceux des Antilles, de l'Amérique latine et de l'Amérique du Sud, forment un vaste réservoir d'élèves dont le français est la langue maternelle, ou au moins la langue seconde, et qui



*Il ne peut même pas l'arrêter dans cette ruelle!*

**LE RACHITISME APPARENT EST EN RÉGRESSION . . .** Mais, en dépit de la diminution du nombre de ceux dont les os sont grossièrement déformés, l'incidence du rachitisme est toujours d'une fréquence alarmante (46.5% pour les enfants de 2 à 14 ans<sup>1</sup>).

1. Follis Et Al (Am. J. Dis: Child.: juillet 1943).

**LA CARIE DENTAIRE N'EST PAS EN RÉGRESSION . . .** Mais l'importance de la fluorine par rapport au maintien de dents saines est maintenant reconnue et l'avenir augure bien pour la génération future.

**L'ORICAL E.B.S. EST RICHE EN CALCIUM, PHOSPHORE ET VITAMINE D, TOUS DES ÉLÉMENTS ESSENTIELS POUR LA FORMATION D'UNE BONNE OSSATURE.**

L'Orical E.B.S. contient 1/80e grain de **FLUORINE** par comprimé.

L'Orical E.B.S. plaît aux enfants par son **GOÛT AGRÉABLE.**

**Remarque:** Nous avons abandonné la vente de cette préparation sous la marque "Calfos", car cela prêtait à confusion avec la marque d'un autre fabricant. Il n'y a pas eu, toutefois, de changement dans la nature ou la qualité de notre préparation qui est maintenant offerte sous la désignation de "Orical E.B.S. C.T. No 175".

**Contenu des comprimés Orical:**

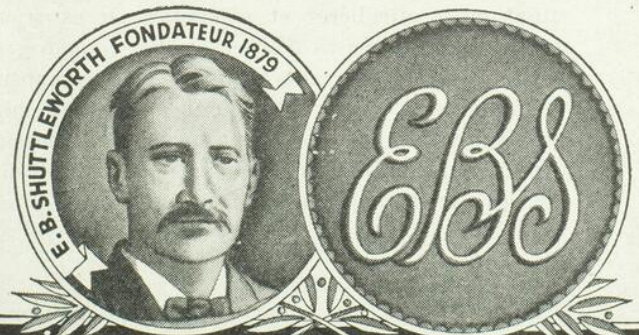
|                   |   |                |
|-------------------|---|----------------|
| 5 gr. d'OS BROYÉS | } | Calcium 25%    |
|                   |   | Fluorine 0.25% |
|                   |   | Phosphore 11%  |

VITAMINE D 400 Unités Int.

**The E. B. SHUTTLEWORTH Chemical Co., Ltd.**  
525 LOGAN AVENUE, TORONTO 6

*Une compagnie entièrement canadienne*

ÉTABLIE EN 1879



**LE SYMBOLE DE QUALITÉ**  
DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

un jour tourneront probablement les yeux vers la seule Ecole d'Hygiène de langue française en Amérique, héritière uniquement favorisée des cultures française, anglaise et américaine mais dans laquelle l'enseignement postscolaire de l'hygiène publique se poursuit suivant le programme américain, incontestablement le meilleur au monde.

#### *Direction.*

Cette nouvelle Ecole d'Hygiène est dirigée:

- A. au point de vue pédagogique, par un Conseil pédagogique;
- B. au point de vue administratif, par l'Université de Montréal.

#### B: PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT

##### *Liste des matières.*

Le programme d'enseignement pour les médecins-hygiénistes comprend de l'instruction théorique et des travaux pratiques. Il est divisé en quatre grands secteurs correspondant aux départements de l'école et comprend les matières suivantes:

1. *Microbiologie et immunologie*: microbiologie; immunologie; parasitologie et entomologie.
2. *Epidémiologie*: biométrie; épidémiologie; cliniques des maladies infectieuses.
3. *Hygiène des milieux*: salubrité; biochimie; nutrition; hygiène industrielle; habitation et urbanisme; prévention des accidents.
4. *Santé publique et médecine sociale*: sociologie; administration de l'hygiène publique; législation sanitaire; administration de bureau et de personnel; organisation des soins médicaux; administration hospitalière; nursing en hygiène publique; éducation publique; hygiène et religion; hygiène physiologique et gérontologie; hygiène maternelle; hygiène infantile; hygiène scolaire; hygiène dentaire; hygiène mentale; tuberculose; maladies vénériennes.

Les travaux pratiques consistent en exercices divers où l'enseignement théorique doit être appliqué à des situations particulières et concrètes, en expériences de laboratoire, visites d'observations, enquêtes, rapports, etc. De fréquents séminaires et symposiums permettent de prendre une vue d'ensemble de grands problèmes dont l'étude se rattache à des enseignements reçus dans plusieurs départements, forcément séparés par des cloisons artificielles.

##### *Examens.*

Les candidats aux honneurs de la graduation devront passer avec succès des examens théoriques, oraux et écrits, et des examens pratiques. A la forma-

tion académique des étudiants devra s'ajouter une période d'apprentissage ou d'internat dans un service d'hygiène publique: à ce sujet le cas de chaque élève est étudié en particulier.

##### *Diplôme.*

Le diplôme accordé lors de la graduation aux médecins-hygiénistes sera le Diplôme en Hygiène publique ou D.H.P.

##### *Année académique.*

La date d'ouverture des cours est fixée au 14 octobre 1946. L'année scolaire est composée de trois trimestres de dix semaines chacun. Les élèves réguliers, candidats au diplôme, sont tenus de suivre tous les cours théoriques et pratiques ainsi que les séminaires.

##### *Déboursés.*

Les frais fixes sont établis provisoirement à \$250.00 pour l'année.

Les frais variables seront d'environ \$50.00 et comprendront le dépôt de laboratoire, l'usage d'un microscope, la contribution à l'Association des étudiants, les droits d'inscription et de diplôme, etc.

Le Directeur,

Armand FRAPPIER, B.A., M.D., L.Sc.

L'Assistant-directeur,

Jules GILBERT, B.A., M.D., D.H.P.

## LA SOCIÉTÉ CANADIENNE D'OTOLARYNGOLOGIE

Lors du Congrès de l'Association Médicale Canadienne tenu à Montréal en juin 1946, la section d'otolaryngologie avait désigné quelques spécialistes en cette matière pour former une société « canadienne » d'otolaryngologie. Réunis à Banff en juin de cette année, ils ont complété leur travail d'organisation. Cette nouvelle société bilingue est maintenant en mesure d'envoyer à tous ceux qui se spécialisent en oto-rhino-laryngologie au Canada, de l'Atlantique au Pacifique, une invitation à en devenir membres immédiatement, sur réception de la formule d'adhésion qu'ils n'auront qu'à remplir.

La première réunion annuelle aura probablement lieu en juin 1947, soit à Minaki Lodge, lors de l'assemblée de la Société Canadienne d'Ophtalmologie, soit à Winnipeg, en même temps que le congrès de l'Association Médicale Canadienne.

Jules BRAHY, secrétaire

## *Messieurs les Médecins,*

La Maison HERDT & CHARTON, INC., est heureuse de vous informer qu'elle est maintenant en mesure de vous fournir comme autrefois les produits français des Laboratoires "CHOAY" et "FRAISSE" dont nous vous donnons la liste ci-dessous:

### LES LABORATOIRES FRAISSE

- Ampoules Névrosthéniques:** Boîtes de 12 et de 50 ampoules de 1 cc  
**Injections Désensibilisantes:** Boîtes de 6 et de 50 ampoules de 5 cc  
**Ampoules Camphro-Salyl:** Boîtes de 6 ampoules de 5 cc.  
**Ampoules Ferrugineuses:** Boîtes de 12 et de 50 ampoules de 1 cc

### LES LABORATOIRES CHOAY

Assortiment complet de:

- 1° **PRODUITS glandulaires simples** (extraits totaux) sous forme de comprimés et d'ampoules tels que: **Extrait ovarien, Corps jaune, thyroïde, hépatique, splénique, etc.**
  - 2° **Glandes associées (Syncrines CHOAY)** sous forme de comprimés et d'ampoules tels que: **Pluriglandulaires M. et F., Thyro-Ovarien, Surréno-Hypophysio-Ovarien, Ovaro-Mammaire, etc.**
- GELOTANIN** (cachets et poudres).  
**THALASSOL** — Boîtes de 10 et 50 ampoules de 5 cc.

*Représentants exclusifs pour le Canada:*

**HERDT & CHARTON, Inc.,**  
 2027, Avenue du Collège McGill

Tél. LA. 4285

MONTRÉAL

### LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La réunion de novembre de la Société de Chirurgie de Montréal a eu lieu à l'hôpital Notre-Dame, sous la présidence du docteur J.-H. Rivard, mercredi, le 6 novembre 1946, à 4.30 heures, p.m.

Communications au programme:

- a) Considérations sur un cas de kyste du pancréas:  
Docteur J.-H. Rivard.
- b) Observation sur l'absence du vagin:  
Docteur Arthur Magnan.
- c) Présentation d'un cas d'ostéosynthèse fait il y a 25 ans:  
Docteur J.-E. Cabana.

### LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTRÉAL

Une réunion de la Société de Phtisiologie de Montréal a eu lieu à l'Institut Bruchési, le 30 octobre 1946, à 9 heures p.m.

Le programme était le suivant:

1. Quelques histoires de cas:  
Docteur Gérard Poupard, Institut Bruchési.
2. Adénome bronchique — Complications — Traitement:  
Docteur J.-Ls Pilon, hôpital du Sacré-Cœur.
3. Pneumothorax de la base chez les thoracoplastisés:  
Docteur J.-A. Millet, hôpital du Sacré-Cœur.

### RAPPORTEURS AU DEUXIÈME CONGRÈS PAN-AMÉRICAIN DE RADIOLOGIE

Les docteurs Origène Dufresne et Hervé Lacharité, de Montréal sont au nombre des rapporteurs inscrits au programme du deuxième congrès pan-américain de radiologie, qui se tiendra à La Havane (Cuba), du 17 au 21 novembre 1946.

Le docteur Origène Dufresne traitera de la radiothérapie dans les états inflammatoires et le docteur Hervé Lacharité de la radiothérapie dans les périarthrites. Le docteur Louis-Philippe Bélisle, également de Montréal, sera au nombre des congressistes.

### MAISON CANADIENNE À MONTPELLIER

Les autorités de l'Université de Montpellier, France, viennent d'organiser une maison entière qui sera mise à la disposition des étudiants canadiens. Cette heureuse initiative est principalement l'œuvre du célèbre professeur Paul Lamarque, qui a fait, ces mois derniers, un voyage au Canada. Déjà, quelques étudiants canadiens sont attendus à Montpellier, où ils prépa-

reront le diplôme d'électro-radiologie. Ce sont le docteur Marcel Longtin et le docteur Jean-Pierre Jean, tous deux de l'Hôtel-Dieu de Montréal, le docteur Jean-Louis Léger, de l'hôpital Notre-Dame, et le docteur Lafleur de l'Institut du Radium.

Cette bonne nouvelle a été d'abord communiquée au docteur Albert Jutras, professeur agrégé d'électro-radiologie à la faculté de médecine de l'Université de Montréal et chef du service de radiologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal, actuellement à Paris pour assister au congrès des médecins électro-radiologistes.

### LE CONGRÈS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE À PARIS

Le docteur Albert Jutras, de l'Hôtel-Dieu de Montréal, a fait le discours de clôture du congrès d'électro-radiologie, vendredi, le 11 octobre.

Le professeur Jean Thibaud, directeur de l'Institut de physique atomique de l'Université de Lyon, a été le conférencier d'ouverture.

A ce congrès, la France était représentée par ses grands maîtres: les docteurs Deherm, Proulx, Coliez, Robert, Lachapelle, Lacassagne, Joliot-Curie, Lamarque et plusieurs autres.

### L'HÔPITAL DU WAR MEMORIAL (Bruxelles) ET LA PÉDIATRIE

Le docteur Maurice Lust, de Bruxelles, nous informe que les plans de construction du nouvel hôpital du War Memorial prévoient la possibilité de recevoir comme internes, à l'hôpital, les jeunes médecins canadiens qui se spécialisent en pédiatrie et qui désirent s'initier aux disciplines belges.

Il ajoute que le fait de recevoir dans cet hôpital de jeunes pédiatres canadiens, à titre d'internes, resserrera encore les liens d'amitié qui unissent nos deux pays.

### GRANDE FÊTE À L'HÔTEL-DIEU DE WINDSOR, Ont.

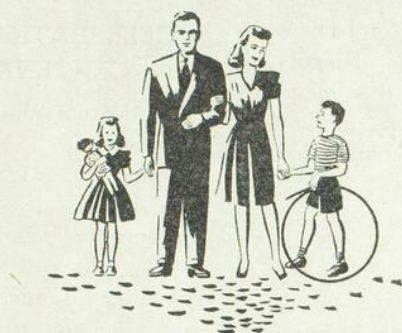
Notre confrère directeur de *L'Union Médicale*, le sénateur Gustave Lacasse, de Tecumseh, Ont., était le président actif du comité chargé de lancer une campagne de souscription pour ériger un monument à la mémoire de Jeanne Mance, en face de l'Hôtel-Dieu de Windsor, Ont.

Le dévoilement de ce monument à la première garde-malade laïque de l'Amérique du Nord eut lieu le dimanche, 27 octobre 1946, à 3 heures p.m. Le docteur Gustave Lacasse présida la cérémonie, qui

★

★

# "THIRONEX"



## dans le traitement des ANÉMIES SECONDAIRES

★ Le "Thironex", préparation pratique et efficace dans le traitement des anémies secondaires, renferme les meilleures doses de fer, d'extrait de foie et de complexe vitaminique B. Il est présenté sous forme de comprimés et de sirop, pour en faciliter l'administration à tous les patients: enfants ou adultes.



Brochures concernant les Comprimés et le  
Sirop "Thironex" envoyées sur demande.

se déroula par un soleil magnifique, en plein air, sur les terrains de l'hôpital. L'auditoire était considérable et fort attentif. Des allocutions furent prononcées par le sénateur Athanase David, de Montréal, par le sénateur Joseph-Raoul Hurtubise, de Sudbury, et par le Révérend Père Brennan, représentant de l'évêque de London.

L'organisateur de la fête, le sénateur Lacasse, en plus d'un discours bien senti, lut une poésie qu'il avait composée en l'honneur de l'héroïne du jour.

Parmi les médecins présents, nous avons pu remarquer l'honorable Raymond Morand et le docteur Euclide Joinville, de Windsor. L'Hôtel-Dieu de Montréal avait cru de son devoir de déléguer, à titre de représentants officiels, deux des membres de son corps médical: le docteur Romuald Gatien, président du bureau médical, et le docteur Edouard Desjardins.

---

### CONFÉRENCE DU DOCTEUR LOUIS-CHS SIMARD

Le docteur Louis-Charles Simard, président de l'ACFAS et professeur agrégé à l'Université de Montréal, donna une conférence le 30 octobre 1946, sous les auspices de «The Cancer Research Society Inc.». La conférence se tint à l'Université de Montréal.

---

### NOMINATION À LA SOCIÉTÉ DES TECHNICIENS EN RADIOLOGIE

Lors de la dernière réunion des techniciens en radiologie, il y eut une conférence par le docteur W. L. Ritchie, radiologiste en chef du Montreal General Hospital, et, à cette occasion, le docteur Albert Comtois, radiologiste en chef de l'hôpital Sainte-Justine, a été nommé membre du bureau des examinateurs.

---

### NOUVEL HÔPITAL À DRUMMONDVILLE

On commencerait prochainement, sur un terrain récemment acquis des Frères de la Charité, rue Hériot, à Drummondville, les fondations d'un nouvel hôpital qui coûtera près d'un million de dollars. Il s'agirait d'un hôpital d'une capacité de 100 lits, mais qui pourrait facilement être agrandi, au besoin, pour le porter à 150 lits.

Le Gouvernement provincial a consenti un octroi de \$325,000 pour favoriser la construction de cet hôpital.

### HÔPITAL PROJETÉ À ST-JOSEPH D'ALMA

On parle très fortement, dans la région du Lac St-Jean, de l'érection d'un hôpital depuis que les autorités du Ministère de la Santé ont laissé entendre qu'elles favoriseraient le projet de la construction d'un hôpital à St-Joseph d'Alma.

L'édifice projeté comprendrait un hôpital d'une centaine de lits dont le coût serait au voisinage d'un million de dollars.

---

### CÉLÉBRATION, EN ANGLETERRE, DU CENTENAIRE DE L'ANESTHÉSIE

Le docteur Wesley Bourne, chef du Département d'Anesthésie à McGill, et anesthésiste en chef à l'hôpital St. Mary's, de Montréal, représentera le Canada lors des fêtes du centenaire de l'anesthésie qui seront célébrées en Angleterre. Cet anniversaire est sous le patronage de l'Association des Anesthésistes de Grande-Bretagne et de l'Irlande.

Le docteur Bourne sera le délégué à ces fêtes anglaises de l'American Society of Anesthetologists, de la Canadian Anesthetists Society, ainsi que du Département d'Anesthésie de McGill et de l'hôpital St. Mary's.

---

### RÉUNION DE L'ACEMI (CAMSI) À MONTRÉAL

La dixième réunion annuelle de l'ACEMI (CAMSI) se tint à l'Université McGill, de Montréal, du 14 au 17 novembre 1946.

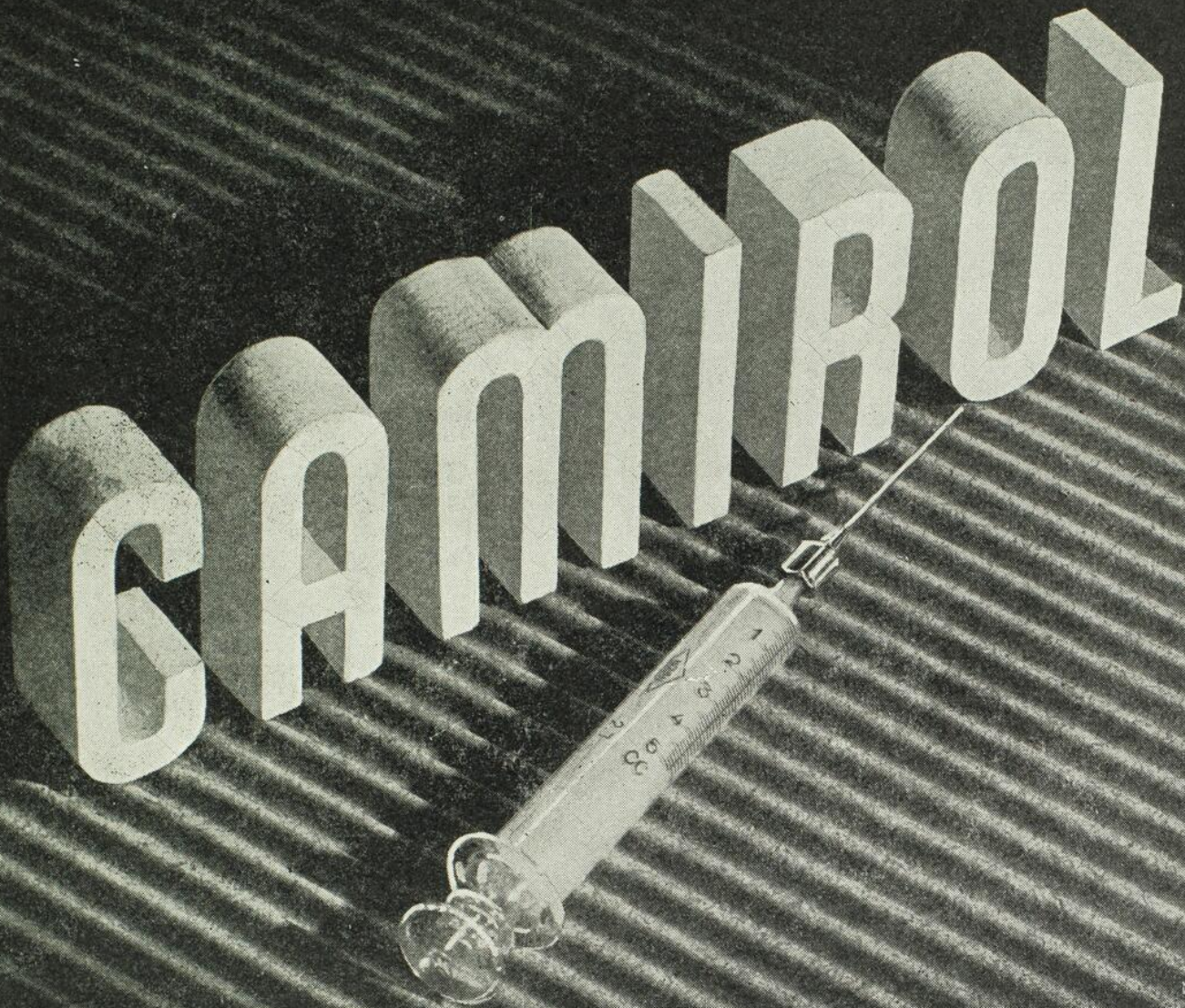
Le doyen de McGill, le docteur J. C. Meakins, fut le conférencier au dîner du 14 novembre. Le docteur J. F. McIntosh parla au déjeuner du même jour. Le docteur Jean Saucier fut un des participants au Forum tenu le samedi soir, 16 novembre, à l'issue du dîner donné à l'hôtel Mont-Royal.

Le docteur Pierre-Paul Ju'ien, de l'Université de Montréal, est le vice-président actuel de l'ACEMI.

---

### VIENT DE PARAÎTRE

Monsieur le docteur Auguste Panneton, qui, sous le pseudonyme de Sylvain, a donné à la littérature canadienne de nombreux ouvrages comportant de belles études sur la vie dans les forêts mauriciennes, vient de publier, chez Fides, une nouvelle édition de son magnifique ouvrage: *Dans le bois*, qui a paru dans notre ville voici une dizaine d'années. Le même auteur publiera incessamment: *Le long de la route*, recueil de tableaux de la vie rurale.



*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

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

**HERDT & CHARTON, INC.**

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLEGE MCGILL, MONTRÉAL

### PRIX DE LA SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE GASTROENTÉROLOGIE

La Société Nationale Américaine de Gastroentérologie annonce les conditions de son prix annuel en argent pour l'année 1947:

\$100 et un certificat de mérite seront donnés à la meilleure contribution inédite en gastroentérologie ou au sujet qui s'y rapproche. Des certificats seront aussi accordés aux médecins dont les contributions en auront paru dignes.

Les concurrents américains doivent être membres de l'American Medical Association; les concurrents étrangers doivent être membres d'organisations semblables dans leur propre pays.

Le vainqueur sera choisi par un jury impartial et la récompense lui sera accordée lors du banquet annuel de la National Gastroenterological Society, en juin 1947. L'Association se réserve le droit exclusif de publier le travail primé dans sa publication officielle *The Review of Gastroenterology*.

Tous les manuscrits présentés pour le prix de 1947 devront être limités à 5,000 mots, être dactylographiés en anglais et soumis en cinq copies, le ou avant le 1er avril 1947.

### NOUVEAU DIRECTEUR DE LA LUTTE CONTRE LA PARALYSIE INFANTILE

Le docteur Harry M. Weaver vient d'être nommé directeur de recherches au sein de la National Foundation for Infantile Paralysis. Le docteur Weaver sera chargé du programme de recherches de cette fondation nationale et verra à couronner les efforts des universités, des laboratoires, des hôpitaux et des services d'hygiène publics, afin de trouver des moyens de prévenir et de guérir la poliomyélite.

Jusqu'à la fin de mai 1946, la National Foundation a autorisé des dépenses au montant de \$17,329,189.01 pour des recherches pour la publicité éducationnelle et pour l'aide accordée lors des épidémies de poliomyélite; de ce montant total, la somme de \$5,745,977.88 a été spécialement mise de côté pour favoriser les travaux de recherches.

### LES MÉDECINS ÉDUCATEURS

Le professeur C. E. A. Winslow, de l'École de Médecine de l'Université Yale, vient d'insister sur le fait que la prévention des phobies contagieuses est aujourd'hui une des tâches les plus importantes des médecins et des hygiénistes.

La profession médicale, d'ailleurs, porte un intérêt chaque jour croissant à l'étude des facteurs qui peuvent favoriser le bien-être public.

### L'HÔPITAL D'EDMONTON

L'hôpital militaire d'Edmonton, installé dans l'ancien collège des Jésuites, vient de recevoir le nom de Charles H. Camsell, C.M.G., d'Ottawa, sous-ministre des Mines et des Ressources pendant un quart de siècle. Son Exc. le gouverneur général présida l'ouverture officielle de l'hôpital pendant sa visite à Edmonton, le 25 août 1946.

Cette nouvelle est annoncée par le ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social, qui a pris la direction de l'hôpital, au début de l'année, pour les services d'hygiène destinés aux Indiens.

L'hôpital Charles Camsell peut contenir de 350 à 400 lits. Il a servi d'hôpital à l'armée américaine, puis à l'armée canadienne, avant de passer sous la juridiction du ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social.

En vertu d'un accord avec le ministère des Affaires des anciens combattants, l'hôpital traitera d'abord les cas de tuberculose chez les anciens combattants. Son directeur médical sera le docteur Herbert Meltzer, autrefois de Ninette, Man.

### L'"HEURE DE BIOLOGIE" À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La reprise des conférences organisées par la Société de Biologie de Montréal et appelées « Heures de Biologie », eut lieu jeudi, le 7 novembre, à 5 heures de l'après-midi. Ces conférences s'adressent aux professeurs de tous les ordres d'enseignement (écoles primaires, couvents, écoles normales, facultés), aux étudiants des diverses facultés ou écoles, au public désireux de suivre les progrès de la science. Ces conférences sont ouvertes à tous et auront lieu à l'Université de Montréal, 2900 boulevard du Mont-Royal, Salle H-4.

7 novembre — M. Léon Lortie, D. Sc.: Histoire des théories et des découvertes concernant le sang.

14 novembre — M. Jean-Paul Cuerrier: Appareil circulatoire chez les animaux.

21 novembre — Dr Jean Frappier: Eléments morphologiques du sang.

28 novembre — Dr Gaston Gosselin: Les constituants chimiques du sang et leur importance clinique.

5 décembre — Dr Eugène Robillard: Fonctions respiratoires du sang.

### LES COURS POSTSCOLAIRES À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La première série de cours postsecondaires commence à la Faculté de Médecine avec le début de l'année scolaire 1946-47. Le nombre des inscrits, à date, est

# DELBIASE

METHODE CYTOPHYLACTIQUE  
DU PROFESSEUR P. DELBET

**STIMULANT**  
BIOLOGIQUE GÉNÉRAL

PAR  
MINÉRALISATION  
MAGNÉSIENNE  
DE L'ORGANISME



LABORATOIRES GRIMAULT  
51, RUE FRANÇOIS-1<sup>er</sup>  
PARIS 8<sup>e</sup>

**SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE**  
INCORPORÉE

680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTRÉAL

La direction et le personnel de notre maison vous expriment, à l'occasion de Noël et du Nouvel An, leurs vœux les plus sincères de joie, de prospérité et de bonheur.

PUISSE 1947 VOIR SE RÉALISER  
VOS PROJETS LES PLUS CHERS.

*La Librairie Beauchemin Limitée*

**quel antibiotique doit-on employer en thérapie intranasale ?**

**Le Tyrothricin**, composant bactéricide du 'PROTHRICIN,' est un décongestionnant antibiotique nasal, qui offre plusieurs avantages sur la pénicilline dans le traitement local de la sinusite, de la rhinite, du coryza et de la congestion nasale.

\***Le Tyrothricin** détruit rapidement les micro-organismes lorsqu'on l'emploie en application directe. Les effets bactéricides de la pénicilline ne se font sentir que deux heures après l'application topique.

\***Le Tyrothricin**, à l'encontre de la pénicilline, est modérément absorbé par les tissus et demeure peu de temps en contact avec la surface sous traitement.

\***Le Tyrothricin** possède une faible tension superficielle et des propriétés détersives qui facilitent son contact immédiat avec les régions infectées et favorisent sa pénétration dans les fissures et les follicules tissulaires. La pénicilline n'est pas douée de ces propriétés.

\***Le Tyrothricin** est remarquablement stable en solution; son efficacité demeure constante à la température de la chambre. Ce produit est offert sans date d'expiration. Les solutions de pénicilline sont sensiblement instables.

'**Prothricin**' est un décongestionnant antibiotique nasal, qui contient de la tyrothricin (0.02%) et du chlorhydrate de 'Propadrine' (1.5%); c'est un vaso-constricteur remarquablement dépourvu d'effets secondaires fâcheux, attribuables à l'éphédrine et autres produits similaires.

'**Prothricin**', grâce à ses effets décongestionnants, sert à rétablir les fonctions intranasales et le drainage, il combat l'infection bactérienne; n'entrave aucunement l'activité ciliaire ou autre processus physiologique intranasal.

*Présenté en flacons de 1 once avec compte-gouttes.*

Sharp & Dohme (Canada), Ltd., Toronto 5, Ont.

SHARP  
& DOHME

'**PROTHRICIN**'

*décongestionnant nasal antibiotique*

de 18. Ces cours sont organisés en vue de décerner un diplôme de maîtrise. Ils portent sur la médecine, la chirurgie, la gynécologie, la chirurgie infantile, l'urologie, l'ophtalmo-oto-rhino-laryngologie, la pédiatrie, la radiologie.

### NOMINATIONS

Le docteur Georges Deshaies, de l'hôpital du Sacré-Cœur, vient d'être nommé professeur agrégé en chirurgie thoracique.

Le docteur Jacques Bruneau, de l'Hôtel-Dieu, vient d'être nommé assistant-universitaire à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

L'hôpital Sainte-Justine annonce la nomination de cinq nouveaux consultants: le docteur Georges Cloutier, en chirurgie plastique; le docteur Jean Denis, en allergie; le docteur Réal Doré, en chirurgie du goitre; le docteur Mercier Fauteux, en chirurgie cardio-vasculaire; et le dentiste Lucien Reeves, en chirurgie maxillaire.

### LES NOUVEAUX INTERNES

Les nouveaux stages d'internat junior commenceront le 1er mars 1947. Avec ce groupe se terminera le programme des cours accélérés.

### LES COURS DE MÉDECINE INDUSTRIELLE ET SOCIALE

La Faculté a, de nouveau cette année, repris le programme de cours de médecine industrielle et sociale. Ces cours ont été donnés par les docteurs A. Chartier, J.-J. Côté, Jean Paquin, Charles Hébert et Jean Tremblay.

### INSCRIPTIONS EN MÉDECINE

Le nombre d'inscriptions chez les étudiants en médecine pour l'année scolaire 1946-47 se chiffre à 469. La section pré-médicale est de 120.

### NOMINATIONS À L'INSTITUT DE DIÉTÉTIQUE

La Faculté de Médecine annonce la nomination de mademoiselle Rachel Beaudoin, M.s.c., à la direction de l'Institut de Diététique, et également celle de mademoiselle I. Knight, P.h.t., qui assistera mademoiselle Beaudoin dans ses fonctions et assumera la direction des travaux de recherches à l'institut.

L'Institut de Diététique a enregistré, cette année, le plus grand nombre d'inscriptions, soit 30 nouvelles

étudiantes. Il a également inauguré, en septembre dernier, sa section d'études « post-graduate ». Deux étudiantes s'y sont inscrites et ont commencé les études et les travaux de recherches qui les conduiront à la maîtrise ès sciences « nutrition », que sanctionnait la Commission des Etudes de l'Université en mai dernier.

### L<sup>r</sup>. DOCTEUR VALMORE LATRAVERSE AU CONGRÈS PAN-AMÉRICAIN DE CHICAGO

Le premier congrès pan-américain d'oto-rhino-laryngologie et de broncho-cesophagologie vient de se tenir à Chicago, du 17 au 19 octobre 1946, à l'hôtel Palmer House.

Le docteur Valmore Latraverse était le secrétaire français de ce congrès, qui sera répété tous les ans, à l'avenir.

### BUREAU MÉDICAL DE L'ASSOMPTION

Les anciens élèves du collège de l'Assomption organisent, chaque année, un examen complet des élèves. A cet effet, ils ont constitué un bureau médical dont les officiers, pour 1947, sont: président: docteur Eustache Marion; vice-président: docteur Edouard Forest; conseillers: docteurs Oscar Gendron et J.-M. Rousseau.

### LE DOCTEUR ALBINI PAQUETTE AU CONGRÈS DE CLEVELAND

Le docteur Albini Paquette, ministre de la Santé, représenta la province de Québec au Congrès de l'« American Health », à Cleveland, Ohio.

Ces importantes assises, qui groupèrent des sommités du monde médical de toute l'Amérique du Nord, s'ouvrirent le 11 novembre et durèrent trois jours.

L'« American Public Health » se réunit chaque année dans un Etat quelconque de la république voisine et même au Canada. Il groupe des représentants de chacun des Etats américains et de chaque province du Canada. Les travaux présentés ont une importance toute particulière. On s'occupe de façon spéciale de coordonner les efforts de tous les organismes qui s'occupent d'hygiène et de santé publique, afin d'obtenir de meilleurs résultats dans la lutte pour la protection de la santé.

### NOUVELLES DE FRANCE

#### Centenaire de la Société Nationale de Chirurgie

La Société Nationale de Chirurgie (actuellement Académie de Chirurgie) a été fondée il y a cent



ans. La commémoration de sa fondation a eu lieu à l'Hôtel de Ville de Paris, le mercredi 9 octobre 1946, sous la présidence de monsieur le professeur A. Basset, président de l'Académie de Chirurgie.

#### Hommage au professeur Leriche

La remise d'une épée d'honneur à monsieur le professeur Leriche a eu lieu, le jeudi, 10 octobre 1946, au Collège de France, sous la présidence de monsieur le recteur Roussy.

#### XLe Congrès français d'Urologie

Le 40e Congrès français d'Urologie a eu lieu à Paris, du 4 au 11 octobre 1946, au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine. La séance d'ouverture consista dans une allocution du président du Congrès, le docteur Gouverneur, dans un rapport du secrétaire général, monsieur le docteur Michon, et dans un exposé par monsieur le professeur Auvinne et par monsieur le docteur Viollet sur les résultats de la néphrostomie.

#### XXVIe Congrès d'Hygiène à l'Institut Pasteur

Le Congrès annuel d'Hygiène a eu lieu au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de monsieur le docteur Dujarric de la Rivière, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine.

Le Congrès fut ouvert par monsieur le Ministre de la Santé publique, le lundi 21 octobre 1946. Les questions inscrites à l'ordre du jour étaient les suivantes:

##### A.—*L'hygiène de l'habitation.*

- a) L'hygiène dans les constructions en général;
- b) l'hygiène dans la construction et le fonctionnement des hôpitaux. (Conceptions françaises et étrangères.)

##### B.—*Les méthodes de séro-réaction dans le diagnostic de la syphilis:*

Leurs techniques; leurs valeurs respectives.

Secrétariat général: société de médecine publique et de génie sanitaire, 1, ave Victoria, Paris (4e).

#### Groupement de physiologie infantile

La première réunion a eu lieu le lundi, 18 novembre, à 9 heures, dans le service de Polyclinique infantile du professeur Debré, à l'hôpital des Enfants Malades.

Le professeur Debré ouvrit la séance et parla de l'aspect radiologique du thorax au cours de la tuberculose initiale; des rapports furent également présentés sur le même sujet. Le professeur Sorrel traita des erreurs de diagnostic du mal de Pott chez l'enfant.

#### Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France

Le congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France eut lieu à Genève et à Lausanne, du 22 au 27 juillet 1946.

Le docteur Braun, de Zurich; J. Sather, de Joinville; J.-A. Barré, de Strasbourg; DeMorsier, de Genève; Cossa, de Nice; et Muller, de Munsingen, présentèrent des travaux.

#### La poliomyélite en France

On signale quelques foyers épidémiques de poliomyélite avec une cinquantaine de cas en Côte d'Or. Des foyers moins étendus ont été constatés dans le Loiret, le Cher, l'Yonne, la Saône-et-Loire et même en Seine-et-Oise. Il s'agit d'une recrudescence saisonnière de la maladie plus forte que celle de l'an dernier, mais qui est loin d'atteindre l'étendue de l'épidémie de 1943. Les mesures prophylactiques habituelles sont prises: surveillance des colonies de vacances installées, interdiction d'en installer de nouvelles dans les communes contaminées et dans les gros rassemblements d'enfants et des baignades collectives.

L'Institut Pasteur est, cette année, en mesure de fournir du sérum de Pettit, préparé grâce aux singes importés l'an dernier, et le ministère de la Santé a un stock important de sérum des convalescents des Etats-Unis, dont le pouvoir anti-infectieux s'est révélé particulièrement efficace. Cliniquement, l'épidémie actuelle se manifeste par des formes paralytiques classiques et par des formes frustes, méningées et encéphalitiques, notamment dans la Côte d'Or et le Loiret.

#### Nécrologie

Le docteur Marcel Brûlé, médecin des Hôpitaux et professeur à la Faculté de Médecine de Paris, est décédé le 5 août 1946.

#### A la mémoire de Marfan

La translation des cendres du professeur Marfan, ancien président de l'œuvre Grancher, vient d'avoir lieu le 4 septembre, à Castelnaudary, son pays natal. Avant l'inhumation définitive, un service religieux a été célébré à la Collégiale Saint-Michel de Castelnaudary. Après la cérémonie, une plaque commémorative a été apposée sur la maison natale de Marfan, 6, rue du Palais, à Castelnaudary. Des discours ont été prononcés par le docteur Armand Delille, au nom de l'Académie de Médecine et de l'Œuvre Grancher; par monsieur Maurice Mordagne, au nom des amis de Marfan; par monsieur le maire de Castelnaudary; par monsieur le professeur Sorrel, de Toulouse; enfin, par monsieur le Préfet de l'Aude.

# Hygiène menstruelle améliorée

## AU POINT DE VUE PHYSIQUE

TAMPAX, protection menstruelle *interne* des plus avantageuses, élimine les inconvénients physiques (et les malaises) occasionnés par l'ancien mode de protection . . . parce que ce tampon est d'un modèle unique qui assure le confort, offre une protection adéquate et ne peut se désagréger *in situ*. La petite section transversale facilite l'insertion et le retrait du tampon. On peut en disposer facilement. Son application *intravaginale* élimine l'odeur, le prurit et l'irritation vulvaire — ce qui permet le libre exercice des sports et des activités sociales sans l'ennui de ceinture, épingles ou bourrelets indiscrets. Offert en trois degrés d'absorption: Régulier, Super et Junior, pour répondre aux besoins particuliers. Le coupon ci-dessous est à votre disposition.

# TAMPAX

POUR UNE PROTECTION MENSTRUELLE AMÉLIORÉE

*Publicité acceptée par The Journal of The American Medical Association*

**CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.,  
Brampton, Ontario.**

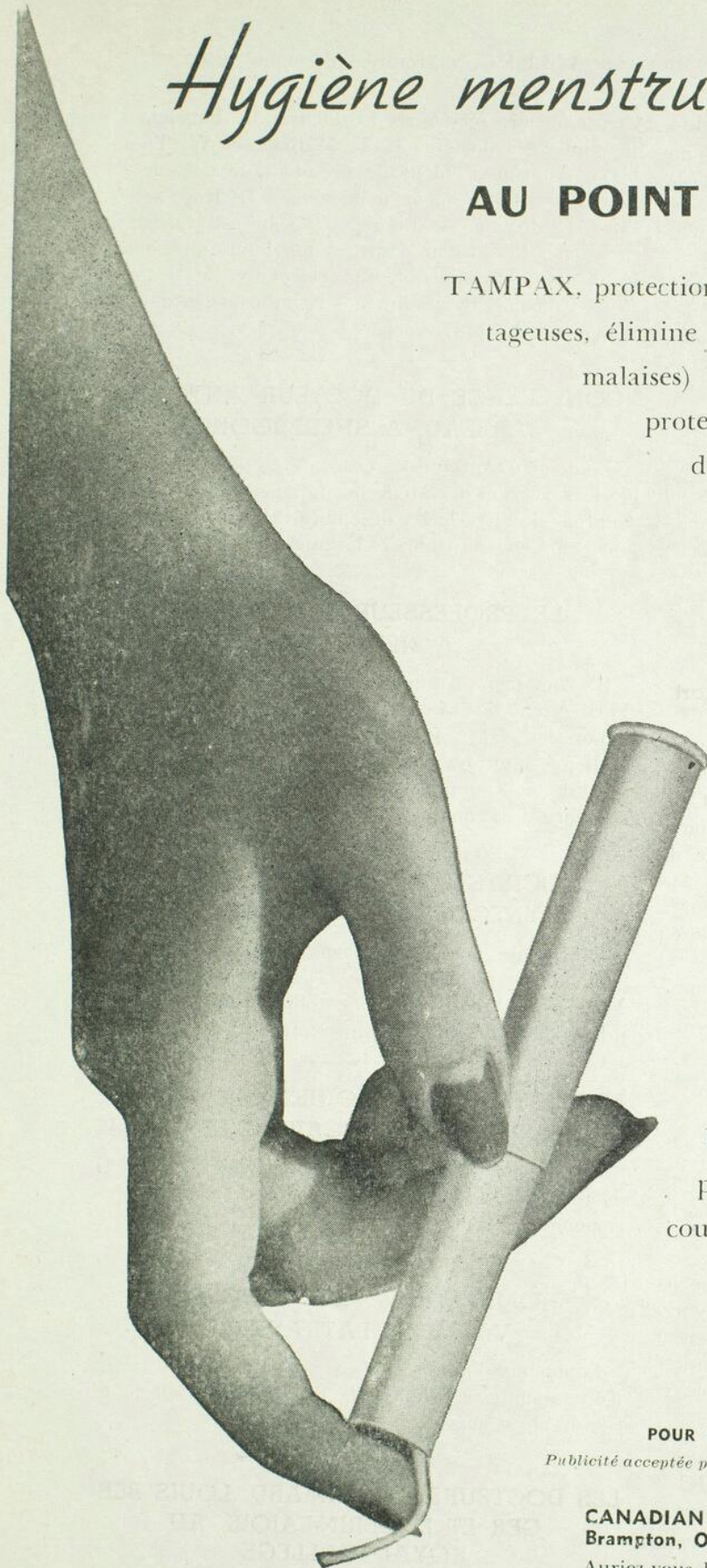
Auriez-vous l'obligeance de m'envoyer des échantillons de Tampax sous les trois degrés d'absorption — ainsi qu'un résumé de 6,500 cas.

Nom .....

(lettres moulées)

Adresse .....

Ville ..... Province ..... P6-34



### **Le XLIXe Congrès Français de Chirurgie**

Le XLIXe Congrès de l'Association Française de Chirurgie a tenu ses assises dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, du 7 au 12 octobre. Plus de vingt nations y étaient représentées avec une centaine de délégués.

Le docteur Charles Petitclerc, de Québec, prononça une allocution au nom du Canada, lors d'un déjeuner organisé à Chartres par le docteur de Fourmestreaux, président du Congrès.

### **Le Congrès d'Orthopédie**

La XXIe réunion annuelle de la Société française d'orthopédie et de traumatologie a eu lieu le vendredi, 11 octobre 1946, au grand amphithéâtre de l'Hôpital des Enfants Malades, sous la présidence de M. Marcel Lance.

Un banquet réunit le soir, à la maison des Alliés, les membres du Congrès et tous les délégués étrangers, au nombre desquels se trouvait le docteur J.-E. Samson, de Montréal.

### **Cérémonies du cinquantenaire de la mort de Louis Pasteur**

Les cérémonies du cinquantenaire de la mort de Louis Pasteur se sont déroulées à Paris, du 18 au 25 novembre 1946 et elles ont donné lieu à un Congrès des Sciences Pastoriennes. Il y eut réception à l'Institut Pasteur, séances de travail au Collège de France, pèlerinage au pays de Pasteur (Dôle et Au-bois), visite des laboratoires de l'Institut Pasteur à Garches et réception des congressistes par le Conseil Municipal de Paris.

Le docteur Armand Frappier, de Montréal, représentait le Canada.

### **LE BULLETIN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal vient de faire paraître le premier numéro de son « Bulletin », revue de 16 pages qui paraîtra trois fois l'an.

Au sommaire du premier numéro, on remarque les noms du doyen, monsieur Edmond Dubé, du vice-doyen, monsieur Léon Gérin-Lajoie, et du professeur Pierre Masson. Le Comité de rédaction est composé des docteurs Edmond Dubé, Léon Gérin-Lajoie et Edouard Desjardins.

### **ÉLECTION DU CONSEIL À SAINT-LUC**

Des élections ont été tenues récemment, en l'hôpital Saint-Luc, pour choisir les officiers du corps médical de cette institution pour 1947. Ont été élus à l'exécutif du conseil médical: président, le docteur F.-A. Fleury; vice-président, le docteur J.-H.

Charbonneau; secrétaire, le docteur R. Lallemant; membres, les docteurs C.-T. Mathieu et W. Tremblay. Au conseil médical: président, le docteur E. Garceau; vice-président, le docteur A. Le Roy; secrétaire, le docteur A. Bernier. Au bureau médical: président, le docteur Pierre Smith; vice-président, le docteur L. Archambault; secrétaire, le docteur P.-E. Chicoine; secrétaire des réunions scientifiques, le docteur L.-P. Desrochers.

### **CONFÉRENCE DU DOCTEUR ANTONIO BARBEAU, À SHERBROOKE**

Le docteur Antonio Barbeau a été l'hôte d'honneur de l'Association des Médecins de langue française des Cantons de l'Est, le 1er décembre 1946. Il y prononça une conférence intitulée: « La fontaine de Jouvence ».

### **LE PROFESSEUR P. MASSON, À NEW-YORK**

L'« American Academy of Sciences », de New-York, a tenu, les 15 et 16 novembre 1946, une réunion importante. Le professeur P. Masson, de Montréal, a participé à un symposium sur le mélanoblaste et le titre de sa communication était: « La cellule pigmentaire de l'homme ».

### **SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA**

La Société des Obstétriciens et gynécologues du Canada a tenu ses assises à l'Alpine Inn, de Ste-Marguerite, les 27, 28 et 29 octobre 1946, sous la présidence du docteur William Scott.

### **LE DOCTEUR PAUL BOURGEOIS, MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE**

La Société Française d'Urologie vient d'élire le docteur Paul Bourgeois, de Montréal, membre correspondant étranger.

### **NOMINATION DU DOCTEUR VALMORE LATRAVERSE**

Le docteur Valmore Latraverse, de Montréal, vient d'être nommé « Fellow » de l'« American College of Chest Physicians ».

### **LES DOCTEURS L.-C. SIMARD, LOUIS BERGER ET L. GÉRIN-LAJOIE AU ROYAL COLLEGE**

Le « Royal College of Physicians and Surgeons of Canada » vient de tenir une réunion à Ottawa, au

# MÊME EN CE PAYS DE COCAGNE...



IL Y A UN BESOIN PRESSANT DE CONSEILS  
PROFESSIONNELS SUR LA QUESTION DE L'ALIMENTATION

## SUPPLÉMENT ALIMENTAIRE B. D. H.

Une capsule et un comprimé  
constituent une seule dose.

### VITAMINES

chaque capsule contient:

|   |            |
|---|------------|
| Vitamine A.....   | 1,500 U.I. |
| Pro-vitamine A<br>(Beta-carotène).....                      | 1,500 U.I. |
| Vitamine D.....   | 600 U.I.   |
| Chlorhydrate de thiamine<br>(Vitamine B <sub>1</sub> )..... | 1.2 mg.    |
| Riboflavine<br>(Vitamine B <sub>2</sub> ).....              | 1.0 mg.    |
| Amide d'acide nicotinique.....                              | 10.0 mg.   |
| Acide ascorbique<br>(Vitamine C).....                       | 25.0 mg.   |

### SELS MINÉRAUX

chaque comprimé contient:

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| Sulfate ferreux B.P.<br>desséché..... | 2.0 grains |
| Phosphate de calcium<br>B.P.....      | 2.0 grains |

Pour préserver le chlorhydrate de thiamine de l'action destructrice des sels de fer, le Supplément Alimentaire B.D.H. est présenté sous deux formes: les vitamines en capsules et les sels minéraux en comprimés.

En dépit de la grande variété d'aliments protecteurs disponibles, certains facteurs tels que le caprice au sujet des aliments, leur choix non judicieux, une préparation trop hâtive et des repas irréguliers, exercent une influence défavorable sur les conditions diététiques des groupes de tous âges.

Quand, pour diverses raisons, l'alimentation quotidienne ne fournit pas les aliments voulus, l'administration du Supplément Alimentaire B.D.H. assurera les niveaux et proportions des sels minéraux et vitamines qui manquent le plus souvent dans le régime alimentaire mixte ordinaire.

Présentation en boîtes contenant un flacon de 100 capsules et un flacon de 100 comprimés.



**THE BRITISH DRUG HOUSES**  
(CANADA) LIMITED

Toronto

Canada

Château Laurier, les 15 et 16 novembre 1946. Les docteurs Louis-Charles Simard et Léon Gérin-Lajoie, de Montréal, ainsi que le docteur Louis Berger, de Québec, étaient au programme des travaux scientifiques.

### NOUVEAUX BOURSIERS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

On compte, parmi les nouveaux boursiers de la province de Québec, plusieurs jeunes médecins. Le docteur Antoine Larue, de Neuville, le docteur Jules Lavoie, de Québec, le docteur Pierre Marion, de Montréal, et le docteur Georges Landry, de Montréal, sont au nombre des heureux récipiendaires.

### LE DOCTEUR S. TAYLOR ACCUEILLI À QUÉBEC

Le docteur Stephen Taylor, du Royal College of Physicians (England) et député travailliste aux Com-

munes, a été reçu à déjeuner, le 14 novembre 1946, par le Ministère provincial de la Santé. En l'absence du ministre, l'honorable Marc Trudel a présidé.

Le docteur Taylor a fait une causerie sur le nouveau plan anglais de sécurité sociale, appelé « plan Beveridge », et sur son application en Angleterre.

### RÉUNION SCIENTIFIQUE À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Une séance d'étude, avec présentation de malades, a eu lieu à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal, samedi, le 30 novembre 1946, à 10 heures a.m.

Au programme:

- 1.—Docteur Jean Lapointe: La sinusite.
- 2.—Docteur Willie Major: Un cas de myélite ossifiante chronique.
- 3.—Docteur Gaston Caisse: Les fractures é'oignées du coude.
- 4.—Docteur Hermile Trudel: Est-ce de la granulie?

### CLINIQUES DE DERMATO-SYPHILIGRAPHIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL — 1946-1947

Professeur: Albéric Marin.

Professeur agrégé: P. Poirier.

Assistants: Drs A. Lambert, F. L. Boulais, J.-P. Foisy.

| Mois  | Date | Jour     | Lieu       | Heures  | Groupe | Présentation de malades.  | Moulages. | Photos. |
|-------|------|----------|------------|---------|--------|---|-----------|---------|
| Sept. | 20   | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | A      | Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques.   |           |         |
| "     | 27   | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | A      | Acnés. Tuberculose et Tuberculides.   |           |         |
| Oct.  | 4    | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | A      | Lichen plan. Purpura. Herpès et Zona.   |           |         |
| "     | 11   | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | B      | Teigne et Pelade, etc.  |           |         |
| "     | 18   | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | B      | Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques.   |           |         |
| "     | 25   | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | B      | Eczéma. Dermites artificielles. Urticaires. Allergie.   |           |         |
| "     | 25   | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | B      | Psoriasis. Pityriasis rosé. Eczématides, etc.   |           |         |
| Nov.  | 8    | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | C      | Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques.   |           |         |
| "     | 15   | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | C      | Eczéma. Dermites artificielles. Urticaires. Allergie.   |           |         |
| "     | 22   | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | C      | Impétigo. Sycosis. Furoncles. Intertrigos. Ulcères variqueux. Gale et Phtiriase.                    |           |         |
| "     | 29   | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | C      | Syphilis congénitale. Syphilis et grossesse. Traitements.   |           |         |
| Déc.  | 2    | Lundi    | N.-Dame    | 9 à 11' | E B    | Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques.   |           |         |
| "     | 5    | Jeudi    | N.-Dame    | 9 à 11' | E B    | Impétigo. Sycosis. Furoncles. Intertrigos. Ulcères variqueux. Gale et phtiriase.                    |           |         |
| "     | 6    | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | D      | Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques.   |           |         |
| "     | 9    | Lundi    | N.-Dame    | 9 à 11' | E B    | Syphilis I, II, III. Latente et viscérale. Diagnostic. Ultra et sérologie. Ponction lombaire.       |           |         |
| "     | 12   | Jeudi    | N.-Dame    | 9 à 11' | E B    | Traitements de la syphilis I, II, III. Latente et viscérale.  |           |         |
| "     | 13   | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | D      | Eczéma. Dermites artificielles. Urticaires. Allergie.   |           |         |
| "     | 16   | Lundi    | N.-Dame    | 9 à 11' | E B    | Cancers et précancers (biopsie). Leucoplasie. Tumeurs bénignes et verrues, etc. Rayons X et Radium. |           |         |



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 toujours 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.



LA LUTTE  
DES  
T. F. P. J.

Trois fois par jour, il faut que la mère, fatiguée d'avance, lutte avec son petit malade, pour lui faire accepter sa potion, son gargarisme ou pour administrer son badigeonnage.

Avec Laryngobis, ce problème n'existe plus. **Un suppositoire par jour** est la médication suffisante pour venir rapidement à bout de l'amygdalite aiguë.

## LARYNGOBIS

Suppositoires à base de sel bismuthique de l'acide heptadienecarboxylique

Boîtes de 2 ou de 12 suppositoires pour adulte ou enfant.  
Prière de préciser le dosage sur l'ordonnance.



L. A. B. O. R. A. T. O. I. R. E. S  
**Lafayette** LTÉE

1410, rue Wolfe, Montréal

|      |    |          |            |         |     |   |
|------|----|----------|------------|---------|-----|---|
| "    | 19 | Jeudi    | N.-Dame    | 9 à 11' | E B | Syphilis nerveuse. Diagnostic.  |
| "    | 20 | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | D   | Impétigo. Sycosis. Furoncles. Intertrigos. Ulcères variqueux. Gale et phtiriase.                    |
| 1947 |    |          |            |         |     |   |
| Jan. | 9  | Jeudi    | N.-Dame    | 9 à 11' | E B | Traitements de la syphilis nerveuse.  |
| "    | 10 | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | D   | Lichen plan. Purpura. Herpès et Zona. Teigne et pelade, etc.  |
| "    | 13 | Lundi    | N.-Dame    | 9 à 11' | F C | Cancers et précancers (biopsie). Leucoplasie. Tumeurs bénignes et verrues, etc. Rayons X et Radium. |
| "    | 16 | Jeudi    | N.-Dame    | 9 à 11' | F C | Syphilis I, II, III. Latente et viscérale. Diagnostic. Ultra et sérologie. (Ponction lombaire.)     |
| "    | 17 | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | E   | Eczéma. Dermites artificielles. Urticaires. Allergie.   |
| "    | 20 | Lundi    | N.-Dame    | 9 à 11' | F C | Syphilis nerveuse. Diagnostic.  |
| "    | 23 | Jeudi    | N.-Dame    | 9 à 11' | F C | Traitement de la syphilis nerveuse.   |
| "    | 24 | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | E   | Psoriasis. Pityriasis rosé. Eczématides. Etc.   |
| "    | 27 | Lundi    | N.-Dame    | 9 à 11' | F C | Traitements de la syphilis I, II, III. Latente et viscérale.  |
| "    | 30 | Jeudi    | N.-Dame    | 9 à 11' | F C | Acnés. Tuberculose et tuberculides.   |
| "    | 31 | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | E   | Acnés. Tuberculose et tuberculides.   |
| Fév. | 3  | Lundi    | N.-Dame    | 9 à 11' | F C | Lichen plan. Purpura. Herpès et Zona. Teigne et pelade, etc.  |
| "    | 6  | Jeudi    | N.-Dame    | 9 à 11  | A D | Syphilis I, II, III. Latente et viscérale. Diagnostic. Ultra et sérologie. (Ponction lombaire.)     |
| "    | 7  | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | F   | Eczéma. Dermites artificielles. Urticaires. Allergie.   |
| "    | 10 | Lundi    | N.-Dame    | 9 à 11' | A D | Traitements de la syphilis I, II, III. Latente et viscérale.  |
| "    | 13 | Jeudi    | N.-Dame    | 9 à 11' | A D | Cancers et précancers (biopsie). Leucoplasie. Tumeurs bénignes et verrues, etc. Rayons X et Radium. |
| "    | 14 | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | F   | Psoriasis. Pityriasis rosé. Eczématides, etc.   |
| "    | 17 | Lundi    | N.-Dame    | 9 à 11' | A D | Impétigos, Sycosis. Furoncles Intertrigos. Ulcères variqueux. Gale et phtiriase.                    |
| "    | 20 | Jeudi    | N.-Dame    | 9 à 11' | A D | Syphilis nerveuse. Diagnostic.  |
| "    | 21 | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | F   | Lichen plan. Purpura. Herpès et Zona. Teigne et pelade, etc.  |
| "    | 24 | Lundi    | N.-Dame    | 9 à 11' | A D | Traitements de la syphilis nerveuse.  |
| "    | 27 | Jeudi    | N.-Dame    | 9 à 11' | A D | Acnés. Tuberculose et tuberculides.   |
| "    | 28 | Vendredi | Hôtel-Dieu | 9 à 10½ | F   | Impétigos. Sycosis. Furoncles. Intertrigos. Ulcères variqueux. Gale et phtiriase.                   |

Les praticiens sont invités à assister à ces leçons cliniques, faites à l'hôpital Notre-Dame et à l'Hôtel-Dieu.

### PRÈS DE 200 CLINIQUES ANTITUBERCULEUSES

Quand une personne pense qu'elle souffre de tuberculose, elle doit aller chez un médecin, dans un dispensaire, ou dans un hôpital, ou encore à la clinique antituberculeuse que tiennent chaque mois dans les régions pourvues d'unités sanitaires les cliniciens ambulants du ministère provincial de la Santé, que dirige l'honorable Dr J.-H.-A. Paquette. Au cours du mois d'août 1946, ces techniciens en tuberculose ont tenu 193 cliniques dans les différentes parties de la province et examiné 7,023 personnes. La règle fondamentale pour éviter la tuberculose est de se conserver aussi vigoureux et aussi bien portant que possible,

car lorsque les microbes arrivent dans les poumons d'une personne bien portante, ils ont moins de chance de s'y développer; chez les personnes affaiblies, ils peuvent se propager rapidement et engendrer la peste blanche.

Pour avoir une bonne santé, il faut donner de l'air dans les chambres, dans les salles d'écoles, dans les endroits où l'on travaille, où l'on s'amuse; il faut profiter autant que possible du grand air. Mère, faites coucher vos enfants de bonne heure le soir; laissez-les dormir à l'air en tenant les fenêtres ouvertes, en été pour commencer, et ensuite en toutes saisons. Avoir une bonne nourriture, ne pas se fatiguer, mener une



*De  
beaux états  
de Service*

Le PROLUTON, progestine injectable, et le PRANONE, progestine orale, se sont acquis de beaux états de service<sup>1-4</sup> dans la lutte contre l'avortement spontané dû à l'insuffisance d'hormone lutéale.

## PROLUTON ET PRANONE

En préparant l'utérus pour la nidation et le bon développement de l'oeuf normal, le PROLUTON et le PRANONE jouent souvent un rôle salubre dans les cas d'avortement habituel et de menace d'avortement.

**PROLUTON:** Progestérone pure de Schering, en solution huileuse pour injection intramusculaire. Ampoules de 1 cc., à 1, 2, 5 et 10 mg. Boîtes de 3, 6 et 50 ampoules.

**PRANONE:** Anhydro-hydroxyprogestérone Schering, à prendre par la bouche. Comprimés de 5 et 10 mg. Boîtes de 20, 40, 100 et 250 comprimés.

### BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Mason, L. W.: Am. J. Obst. & Gynec. 44:630, 1942.
- (2) Krohn, L., and Harris, J. M.: Am. J. Obst. & Gynec. 41:95, 1941.
- (3) Davis, C. D.: Hamblen, E. C.; Cuyler, W. K., and Baptist, M.: J. Clin. Endocrinol. 2:377, 1942.
- (4) Greenblatt, R. B.: Bull. Univ. Hosp., Georgia 3:1, 1941.

"PROLUTON" ET "PRANONE" SONT DES NOMS DÉPOSÉS

*Schering* CORPORATION LIMITED

137, rue St-Pierre, Montréal 1, P. Q.

vie régulière, tel'es sont les conditions nécessaires pour se bien porter.

Les enfants souffrent parfois de mauvaises habitudes préjudiciables. Pour protéger leur santé, ils doivent éviter de mettre dans leur bouche leurs doigts, des pièces de monnaie, les crayons et les jouets. Ils ne doivent pas sucer un bonbon qu'un autre a déjà mis dans sa bouche, ni se servir d'un verre ayant servi à un autre. Tous les enfants qui vont à l'école doivent avoir leur gobelet individuel. N'oubliez donc jamais que la tuberculose la plus commune est une maladie des poumons. Les cas sont nombreux. On en meurt souvent. Soignée à temps et quand les conseils d'un médecin compétent sont suivis, elle peut guérir. Les malades peuvent la communiquer aux personnes bien portantes. La mère doit être la gardienne de son foyer et tout mettre en œuvre pour le préserver contre ce terrible fléau.

## 51.269 NAISSANCES DURANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1946

### Un record

Le ministère provincial de la Santé estime que, cette année, le nombre total des naissances atteindra au moins 102.500. En effet, durant les six premiers mois de 1946, 51.269 bébés sont nés dans la province de Québec; il est permis de supposer qu'un nombre égal d'enfants naîtra au cours du second semestre. Depuis 1940, l'accroissement dans ce domaine est manifeste: 83.857 en 1940, 89.209 en 1941, 95.031 en 1942, 98.744 en 1943, 102.262 en 1944, 103.700 en 1945. Il y a donc une progression bien régulière depuis six ans; cette année, il est très probable qu'elle se poursuivra.

### Mariages

Au contraire, les statistiques des mariages accusent une régression notable. Le premier semestre de 1946 n'en compte que 13.795. A ce rythme, 1946 marquera une diminution de quelque cinq mille sur 1944, soit seulement 27.590 mariages contre 31.922 en 1944.

### Mortalité

La mortalité générale ne varie guère depuis quelques années. Le nombre des décès se maintient entre trente-trois et trente-cinq mille. Cette année, au cours des six premiers mois, il n'y a eu que 16.885 décès. Chiffre vraiment satisfaisant! En effet, la population augmentant sans cesse, le taux de la mortalité générale se trouve à décroître si nos décès demeurent au même niveau de période en période. C'est ce qui explique que notre taux est maintenant, quant à la mortalité générale, inférieur à celui de l'Ontario. La mortalité infantile demeure, elle aussi, stationnaire en dépit du grand nombre des naissances, ce qui est également satisfaisant. Il est même possible qu'on enregistre, sous ce rapport, une légère diminution cette année. On estime que le nombre des décès à cet égard ne dépassera guère 6.300. L'an dernier,

il se fixa à 6.500. Tels sont les chiffres que vient de publier le ministère de la Santé, que dirige l'honorable Dr J.-H.-A. Paquette, m.d.

## NOUVEL IMMEUBLE HORNER

La première partie du nouvel immeuble Horner est en voie de construction à Ville St-Laurent, dans la banlieue de la métropole. C'est une mesure qui s'impose, en dépit des conditions défavorables, étant donné la grande extension des marchés intérieurs et extérieurs pour les préparations Horner. Le présent local, rue St-Urbain, au centre de la ville, ne suffit plus aux exigences de l'heure.

La construction en cours — dont les dimensions sont de 100 x 140 pieds — sera peut-être complétée vers le 1er décembre prochain. Elle permettra la production des acides aminés sur la plus haute échelle et, en plus du laboratoire des préparations hormonales, logera la chaufferie et la resserre aux outils.

Dès la fin de la crise des matériaux, la division des acides aminés formera partie intégrante d'un édifice plus spacieux permettant ainsi à la compagnie Frank W. Horner Limited de disposer plus à son aise de son laboratoire actuel.

Construit de brique et de béton, haut de 28 pieds, le nouvel immeuble Horner sera, une fois terminé, sur un seul étage mesurant 200 x 500 pieds.

L'édification du nouveau laboratoire assurera la standardisation des fabrications, et mettra en œuvre les outillages les plus modernes, les plus perfectionnés, les plus puissants.

Les conditions d'éclairage, l'air climatisé, un système de chauffage du dernier modèle et la chaleur radiante partout où elle sera possible dans l'édifice, assureront aux employés le maximum de confort.

## UN NOUVEAU MÉDICAMENT BACTÉRICIDE: LA FURACINE

Un nouveau médicament puissant qui promet de prendre sa place parmi les bactéricides les plus effectifs vient d'être mis sur le marché. La furacine a déjà été expérimentée sur les champs de bataille. Le docteur Albert B. Scott est le découvreur de ce médicament.

## À ATLANTIC CITY, DU 9 AU 13 JUIN 1947

Le concours spécial, intitulé: « Du courage et du zèle en dehors des limites du devoir » (en temps de paix et en temps de guerre), permettra la distribution de nombreuses récompenses dont des coupes, des médailles et aussi \$34.000 en bons d'épargne. Ces récompenses seront accordées à ceux dont les travaux artistiques auront obtenu les faveurs du jury. L'art est la meilleure thérapeutique occupationnelle pour les médecins.

Ceux qui seraient tentés de s'inscrire pour ces prix peuvent le faire en écrivant au docteur Harvey Agnew, President, A. P. A. A., 280 Bloor St. West, Toronto 5, Ont., Canada.

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 <sub>1</sub> " par c.c. . . . . | 0.158 mgms  |
| Riboflavine "B <sub>2</sub> " par c.c. . . . .          | 0.062 mgms  |

## POSOLOGIE

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

**MONODIUM**  
**VOMICIDE**  
**TONISEDINE**  
**VEINASE**  
**HEMO-VITOL**

# 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.

Laboratoire

**MAROIS**

Montréal

# LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

## Certificats en spécialités

Les avantages d'une réglementation en ce qui concerne la pratique des spécialités ont été un sujet d'intérêt et de discussion parmi les membres de la profession médicale dans tout le Canada depuis plus de douze ans. Avant l'année 1934, l'Association Médicale Canadienne consacra beaucoup de temps à l'étude des moyens à prendre pour l'établissement d'une telle réglementation. Le Conseil de l'Association Médicale Canadienne en vint finalement à la conclusion qu'il était préférable que la réglementation des certificats soit entreprise par une organisation centrale plutôt que par plusieurs comités se rapportant chacun à une seule spécialité. Certaines organisations du même ordre semblaient avantageuses et, après sérieuse considération et recherches approfondies, il fut décidé que le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada constituait l'organisme le plus apte à entreprendre la tâche. Par conséquent, une requête fut adressée au Collège Royal par le comité exécutif de l'Association et, en 1937, ce dernier accepta formellement cette charge. Cependant, comme la Constitution du Collège Royal ne comportait pas le certificat en spécialités, un amendement à l'Acte d'Incorporation fut demandé et obtenu par un Acte du Parlement en 1939.

Selon le décret de la Constitution actuellement en vigueur, l'Article 4 des statuts du Collège se lit comme suit:

« Article 4. Certificat de spécialistes.

Des certificats de qualification peuvent être accordés en spécialités médicales ou chirurgicales approuvées par le Conseil selon la réglementation promulguée par le Conseil. »

Jusqu'à présent, les Spécialités approuvées pour le certificat sont les suivantes:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Anesthésie</b>             | Chirurgie orthopédique                     |
| Dermato-syphiligraphie        | Pédiatrie                                  |
| Médecine interne              | Pathologie et/ou bactériologie             |
| Neurologie et/ou psychiatrie  | Agents physiques                           |
| Neuro-chirurgie               | Radiologie                                 |
| Obstétrique et/ou gynécologie | Chirurgie: générale, plastique, thoracique |
| Ophtalmologie                 | Urologie                                   |
| Otolaryngologie               |  |

Bien que le Conseil du Collège possède le contrôle du certificat en spécialités, l'administration en est confiée à un comité pour chaque spécialité. Quant aux spécialités qui ont leurs sociétés bien organisées, les plus grands soins ont été pris pour assurer les meilleures relations dans le travail entre le Collège et ces sociétés.

### CERTIFICAT SANS EXAMEN

Il a semblé convenable au début d'accorder un certificat sans examen aux candidats qui ont étudié et exercé une spécialité pendant au moins cinq ans, et qui sont considérés par le Conseil du Collège comme récipiendaires répondant aux conditions requises pour le certificat de qualification dans cette spécialité.

Cette période initiale se termine le 31 décembre 1946 et aucune application ne sera acceptée après cette date pour le certificat.

---



---

C. R. M. C. C. - C. R. M. C. C. - C. R. M. C. C. - C. R. M. C. C. - C. R. M. C. C. - C. R. M. C. C.

---



---

## CERTIFICAT SUR EXAMEN

### Conditions d'admission aux examens:

*Les candidats doivent posséder les qualifications suivantes:*

- a) Status moral et professionnel satisfaisant.
- b) Diplôme d'une école de médecine approuvée par le Conseil.
- c) Les candidats devront produire des certificats attestant qu'ils ont étudié et/ou pratiqué durant une période de cinq années ou plus, depuis qu'ils ont obtenu leur diplôme.
- d) Internat général d'au moins un an dans un hôpital approuvé par le Conseil.
- e) Etude et entraînement dans la spécialité dans laquelle le certificat est désiré, de pas moins de deux ans dans un hôpital organisé pour l'entraînement de cette spécialité.
- f) Une partie de l'entraînement sera consacrée à l'étude de la médecine interne ou de la chirurgie générale, et des sciences médicales de base nécessaires à la compréhension voulue de la spécialité pour laquelle le certificat est demandé.
- g) Etude et/ou pratique de la spécialité pour laquelle le certificat est demandé pour compléter la période de cinq ans.
- h) Quand l'entraînement du candidat a été interrompu ou subi sur une base de temps partiel, le Conseil considérera l'entraînement du candidat satisfaisant.

### Sujets de l'examen:

1. Principes et pratiques de la spécialité — 1 épreuve.
2. Connaissance des sciences de base nécessaires à la juste compréhension de la spécialité pour laquelle le certificat est désiré — 1 épreuve.

Les épreuves de l'examen sont en partie écrites, en partie cliniques et en partie orales; l'examen est fait par un jury composé de deux spécialistes. Un candidat qui échoue à l'examen écrit n'est pas admis aux examens oraux et cliniques.

### Endroits et dates des examens — 1947:

L'application pour l'examen écrit doit être envoyée au Secrétaire Honoraire, sur la formule régulière, en même temps que tous les certificats mentionnés ci-dessus. Les candidats seront avisés de se présenter pour les examens seulement si le cours d'études et l'entraînement sont satisfaisants et acceptés par le Comité de vérification des titres et qualifications (Credentials Committee).

Les examens écrits auront lieu dans dix des principaux centres du Canada: Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, London, Toronto, Kingston, Montréal, Québec et Halifax.

Les examens oraux et cliniques auront lieu dans un ou plusieurs centres que l'on annoncera plus tard.

Les examens écrits et les examens oraux et cliniques auront lieu à l'endroit ou aux endroits, et aux dates annoncés dès le début de 1947.

### Droits d'examen:

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| Droit d'examen . . . . . | \$25.00 |
| Certificat . . . . .     | \$25.00 |

### Demandes de renseignements:

Tout membre de la profession médicale désirant l'obtention d'un certificat peut se procurer une formule d'application sur demande.

*Toute correspondance doit être adressée à:*

JOHN E. PLUNKETT, M.D., F.R.C.P.(C),  
*Secrétaire honoraire.*

The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada,  
150, rue Metcalfe,  
OTTAWA, Canada.

---



---

C. R. M. C. C. - C. R. M. C. C. - C. R. M. C. C. - C. R. M. C. C. - C. R. M. C. C. - C. R. M. C. C.

---



---

# J. EDDÉ LIMITÉE

Édifice New Birks, MONTRÉAL

PRODUITS  
récemment arrivés de France

---

## TRÉPHONYL du DrRoussel

*Ampoules buvables.*

*Extrait de Foie frais embryonnaire. Sérum hémopoïétique.*

Régénérateur de la cellule.

## SALICYLNA

*Comprimés dosés à 0 Gr. 50 de Salicylate de Soude chimiquement pur,*

Toutes les indications du Salicylate.

## EUTENSYL

Régulateur de l'hypertension.

## BALSAMORHINOL

Huile balsamique, antiseptique et décongestionnante.  
(Flacon avec bouchon instillateur)

## GOUTTES I.A.M.

*Iode, Arsenic et Manganèse.*

Tonique puissant et d'effet rapide.

## VULCASE

*Comprimés.*

Dépuratif soufré.

*Les comprimés de***ZYMION**

LABORATOIRES COUTURIEUX

*dans les diverses formes de***REUMATISME**

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

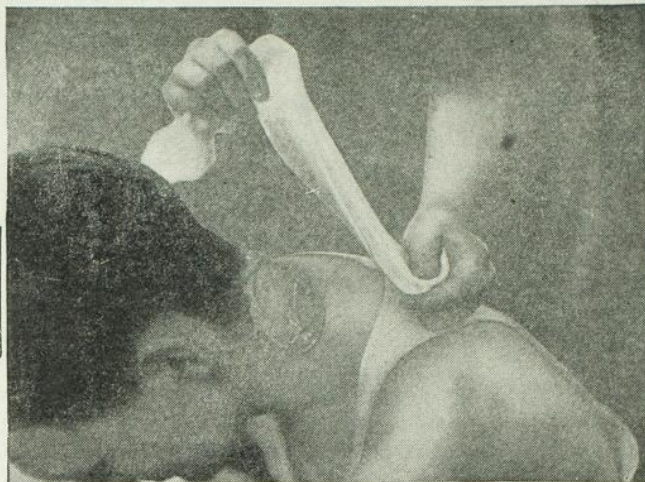
**AMPOULES 2 cmc**

|  |       |
|--|-------|
| Glycérophosphate de Soude              | 0.05  |
| Nucléinate de Soude . . . . .          | 0.005 |
| Méthylarsinate discodique . . . . .    | 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<br>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.



Quand la diarrhée, la colite ulcéreuse, ou toute autre affection gastro-intestinale inhibe l'absorption, l'avitaminose B en est souvent la conséquence. La thérapie par voie buccale se montre parfois inférieure aux besoins de l'organisme, et l'administration parentérale des facteurs essentiels de la vitamine B complexe peut constituer le pas indispensable qui sauve le malade.<sup>1</sup> Le Solu-B intramusculaire ou intraveineux est souvent indispensable pour porter directement aux tissus carencés des doses puissantes et précises de facteurs majeurs de la vitamine B complexe.

1. Int. Abst. Surg.: Supplément du Surg. Gynec. and Obst.: 74:309 (Avril) 1942.

**SOLU-B** Boîtes de cinq ampoules de 10 cc., chaque ampoule est accompagnée d'une ampoule d'eau bi-distillée stérile. Boîtes de vingt-cinq ampoules de 10 cc. sans eau distillée.

\* Nom déposé

384, Rue Adélaïde, Ouest

**Upjohn**  
TORONTO, ONTARIO

PRODUITS PHARMACEUTIQUE DE QUALITE DEPUIS 1886

# m a î t r i s e . . .

La maîtrise des hémorragies capillaires et veineuses réduit les pertes de sang qui accompagnent ou suivent les opérations chirurgicales. Employé thérapeutiquement pour enrayer et maîtriser les hémorragies en hémoptysie, épistaxis, ulcères sanguinolents, hématurie, purpuras et hémophilie, KOAGAMIN\* réduit les pertes de sang des malades. Il économise du temps aux médecins.

Notre contrôle de laboratoire de KOAGAMIN vous garantit un produit non-toxique et exempt de pyrogène. KOAGAMIN peut s'administrer soit par injections intraveineuses, soit par injections intramusculaires. Livré en ampoules de 10 cm. KOAGAMIN se maintient stable indéfiniment.

*Documentation s'enverra à la demande*



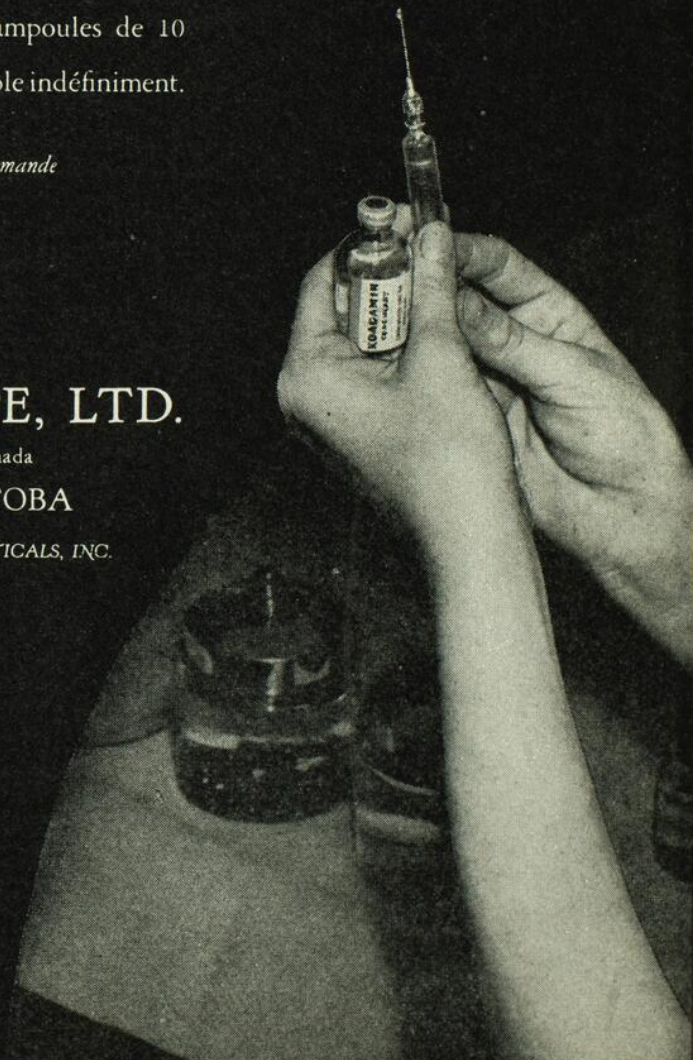
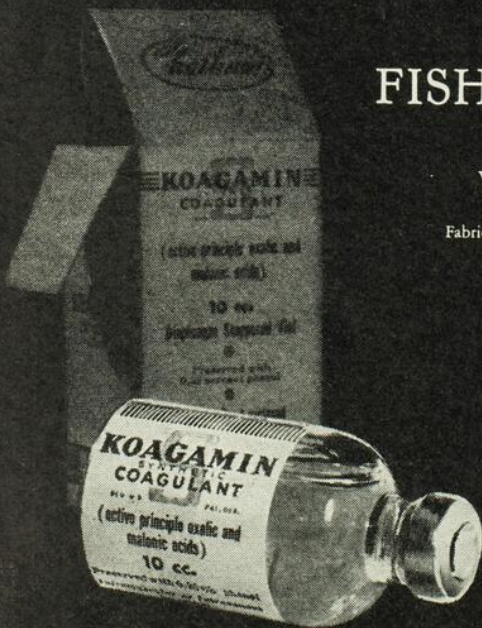
**FISHER & BURPE, LTD.**

Distributeurs exclusifs au Canada

**WINNIPEG, MANITOBA**

Fabriqué par CHATHAM PHARMACEUTICALS, INC.

Newark 2, N. J., U. S. A.





# Apprécies des médecins très occupés

● Les Steri-Pads\* vous épargnent du temps quand vous êtes pris par vos multiples occupations. Pas besoin de couper, plier ou de stériliser à l'autoclave. Cachetés sous enveloppes séparées, les Steri-Pads sont toujours prêts à employer — stériles, commodes, peu coûteux.

Deux grandeurs — 3" et 4" carrés, en boîtes de 25 et 100.

*\*Marque déposée de Johnson & Johnson*



# STERI-PADS

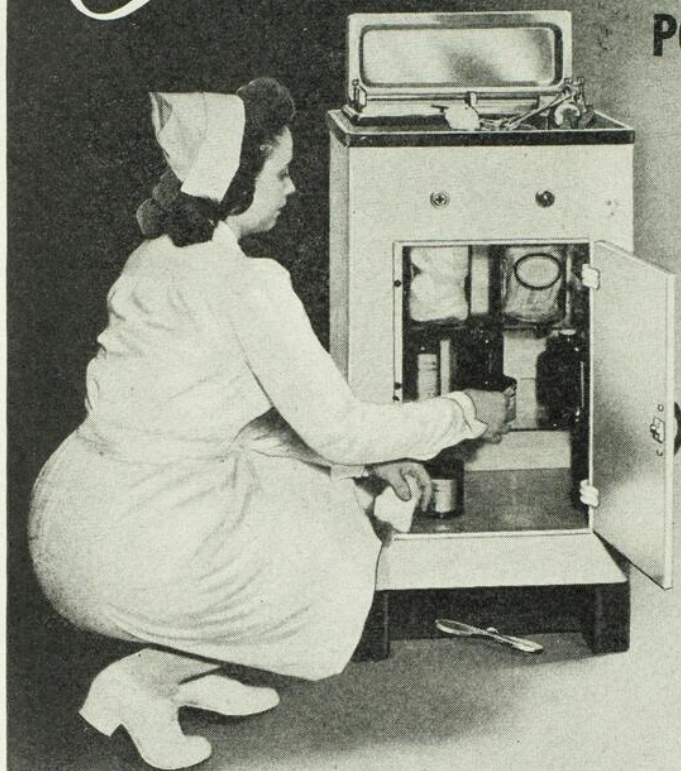
COMMANDEZ - LES CHEZ  
VOTRE FOURNISSEUR

*Johnson & Johnson*  
LIMITED MONTREAL

# Comparez

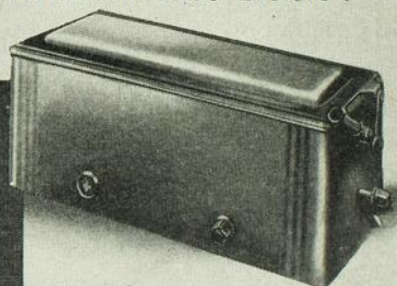
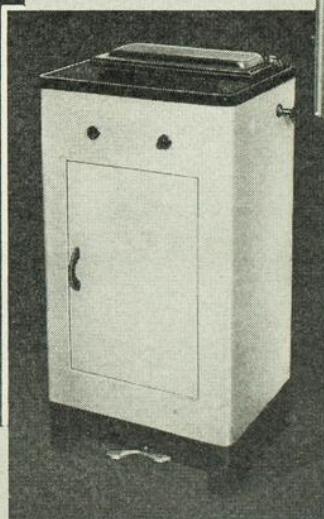
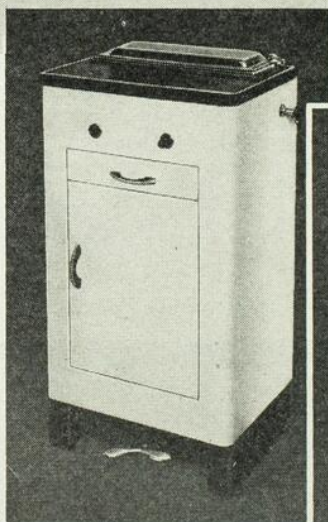
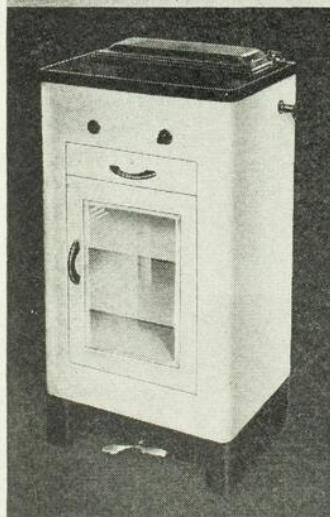
l'état avancé du fonctionnement automatique des

## STERILISATEURS "AMERICAN" POUR LES PETITS INSTRUMENTS



Appliqué à ces stérilisateur 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 sélection de modèles de cabinet, bellement achevés, sujets à leur disponibilité.

COMMANDEZ AUJOUR-  
D'HUI ou demandez-nous  
les brochures descriptives.



## AMERICAN STERILIZER COMPANY

Erie, Pennsylvania

DESIGNERS AND MANUFACTURERS OF SURGICAL STERILIZERS, TABLES AND LIGHTS

**EDITIONS BEAUCHEMIN**

(Extrait du catalogue)

**ROMANS**

|   |        |   |        |
|---|--------|---|--------|
| Angus Graham<br><b>NAPOLÉON TREMBLAY</b> . . . . .                | \$1.50 | Oscar Masse<br><b>LA CONSCIENCE DE PIERRE LAUBIER</b> | \$0.75 |
| Geneviève de la Tour Fondue<br><b>RETOUR À LA VIGIE</b> . . . . . | \$1.00 | Paule Régnier<br><b>L'ABBAYE D'ÉVOLAYNE</b> . . . . . | \$1.25 |
| Geneviève de la Tour Fondue<br><b>MONSIEUR BIGRAS</b> . . . . .   | \$1.25 | Raymonde Vincent<br><b>CAMPAGNE</b> . . . . .         | \$1.25 |
| Louis Fréchette<br><b>ORIGINAUX ET DÉTRAQUÉS</b> . . . . .        | \$1.25 | Raymonde Vincent<br><b>BLANCHE</b> . . . . .          | \$1.25 |
| Edmond Grignon<br><b>EN GUETTANT LES OURS</b> . . . . .           | \$1.25 | René Bazin<br><b>MAGNIFICAT</b> . . . . .             | \$1.25 |
| Louis Fréchette, etc.<br><b>CONTES D'AUTREFOIS</b> . . . . .      | \$1.25 | Colette Yver<br><b>CHER CŒUR HUMAIN</b> . . . . .     | \$1.25 |
| Léon Bloy<br><b>LE DÉSESPÉRÉ</b> . . . . .                        | \$1.25 | <b>COMMENT S'EN VONT LES REINES</b> . . . . .         | \$1.50 |
| Z.-B. Markevitch<br><b>STEPPE D'UKRAINE</b> . . . . .             | \$1.00 | <b>LES DAMES DU PALAIS</b> . . . . .                  | \$1.75 |
|   |        | <b>LES SABLES MOUVANTS</b> . . . . .                  | \$1.75 |
|   |        | <b>PRINCESSE DE SCIENCE</b> . . . . .                 | \$1.75 |
|   |        | <b>UN COIN DU VOILE</b> . . . . .                     | \$1.25 |
|   |        | <b>VOUS SEREZ COMME DES DIEUX</b> . . . . .           | \$1.35 |

**LITTÉRATURE**

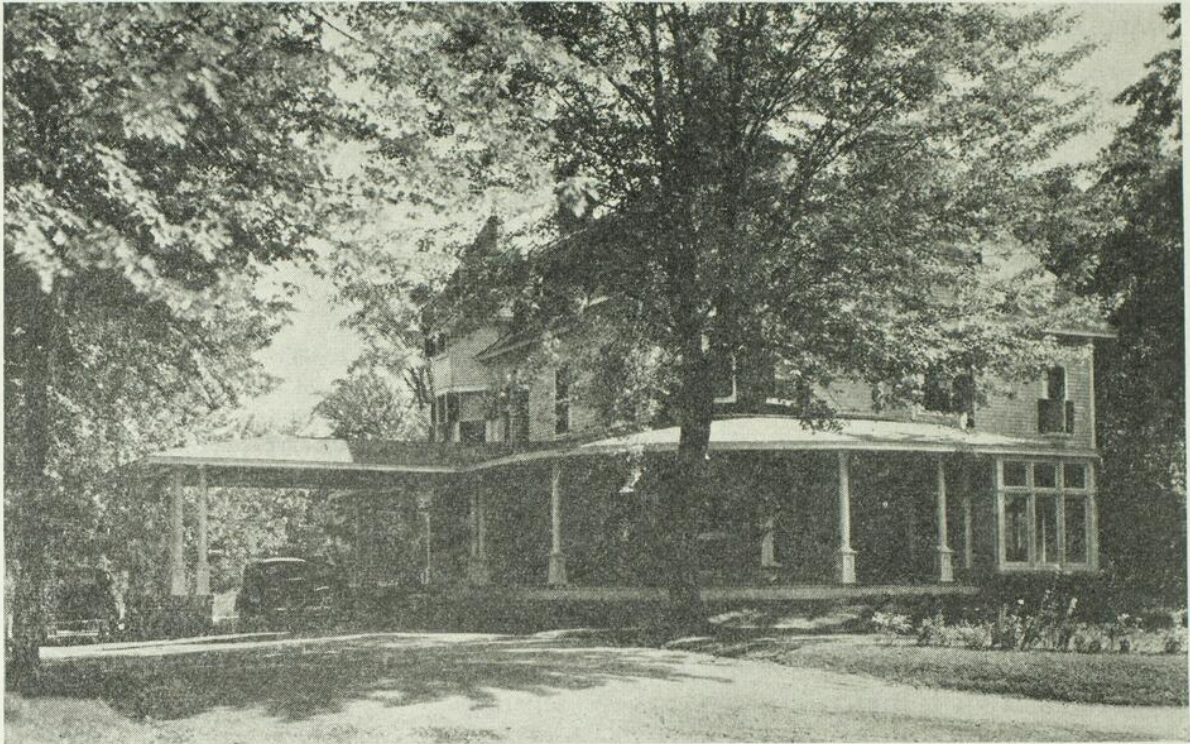
|   |        |  |        |
|---|--------|--|--------|
| H. de Balzac<br><b>TRAITÉ DE LA VIE ÉLÉGANTE</b> . . . . .                    | \$1.25 | Léo-Pol Morin<br><b>MUSIQUE</b> . . . . .                                    | \$2.00 |
| Marie de Villers<br><b>RÉPONSE À DÉSESPOIR DE VIEILLE<br/>FILLE</b> . . . . . | \$0.75 | Guy Sylvestre<br><b>SONDAGES</b> . . . . .                                   | \$1.00 |
| Léon Chancerel<br><b>LES JEUX DRAMATIQUES</b> . . . . .                       | \$0.75 | Marius Barbeau<br><b>L'HOMME AUX TROIS FEMMES</b> . . . . .                  | \$1.25 |
| Rina Lasnier<br><b>MADONES CANADIENNES</b> . . . . .                          | \$3.50 | Marcel Dugas<br><b>UN ROMANTIQUE CANADIEN: LOUIS<br/>FRÉCHETTE</b> . . . . . | \$1.25 |

**HISTOIRE**

|  |        |   |        |
|--|--------|---|--------|
| René Grousset<br><b>HISTOIRE DE LA CHINE</b> . . . . .                     | \$1.50 | Henri de Kerillis<br><b>DE GAULLE DICTATEUR</b> . . . . .   | \$2.00 |
| Jean Bruchesi<br><b>HISTOIRE DU CANADA POUR TOUS,<br/>2 vol.</b> . . . . . | \$2.50 | Léon Marchal<br><b>DE PÉTAİN À LAVAL</b> . . . . .          | \$1.50 |
| Léon Marchal<br><b>VILLE-MARIE. Les origines de Montréal</b>               | \$1.25 | Kenneth Pendar<br><b>LE DILEMME FRANCE-ÉTATS-UNIS</b>       | \$2.50 |
| Abbé Charles Journet<br><b>VUES CHRÉTIENNES sur la POLITIQUE</b>           | \$1.00 | Ernest Gagnon<br><b>LOUIS JOLLIET</b> . . . . .             | \$2.00 |
| Louis Rougier<br><b>LES ACCORDS PÉTAİN-CHURCHILL</b>                       | \$2.00 | Major Sévigny<br><b>FACE À L'ENNEMI</b> . . . . .           | \$1.25 |
|  |        | Major Poulin<br><b>696 HEURES D'ENFER avec le Royal 22e</b> | \$1.35 |

**EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES**

# SANATORIUM PRÉVOST



Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Grand parc boisé de 600,000 pieds carrés. Tennis et jeux. Chambres confortables. — Cuisine soignée.

ÉTABLISSEMENT CONSACRÉ  
AU **TRAITEMENT INDIVIDUEL**  
DES AFFECTIONS DU SYSTÈME  
NERVEUX

par deux médecins spécialistes et un personnel hospitalier de grande expérience. - Cures de repos. - Régimes. - Physiothérapie. - Traitements spéciaux des toxicomanies. - Pyrétothérapie. - Electro-chocs.

•

Direction médicale confiée aux docteurs Jean Saucier et Roma Amyot, professeurs agrégés de neurologie à l'Université de Montréal et spécialistes agrégés par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

•

4455 ouest, Boulevard Gouin

Téléphone: BYwater 2405

Tenir les médecins et les hôpitaux au courant des tout derniers développements techniques se rapportant aux appareils électro-médicaux et radiologiques, et fournir un service expert d'inspection et de réglage de ces appareils, voilà deux fonctions très importantes de notre maison établie depuis de nombreuses années.

Un ingénieur de service Victor est presque aussi facile à atteindre que votre appareil téléphonique, car ses quartiers généraux sont à une distance commode de chez-vous. Vous trouverez en lui une source sûre de suggestions utiles au sujet de vos besoins et problèmes individuels, et vous verrez qu'il appréciera toute occasion que vous lui fournirez de démontrer la valeur tangible du service individualisé Victor.

Des stocks très complets, entreposés en divers points stratégiques de la Province, nous permettent de vous assurer la prompte livraison de vos besoins journaliers en films et réactifs radiographiques, milieux diagnostiques opacifiants, fournitures de chambre noire, etc.

Nous serons heureux de répondre à toute demande de renseignements.

## POUR VOUS SERVIR



**VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.**

DISTRIBUTORS FOR GENERAL  ELECTRIC X-RAY CORPORATION

TORONTO: 30 Bloor St., W.

MONTREAL: 600 Medical Arts Bldg.

OTTAWA: 41 Inglewood Place

HALIFAX: 37 Deacon St.

1896



1946

# SANATORIUM de BLOIS

*50e année d'existence*

***Maison de repos, de régime et de convalescence***

## **AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL**

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violet, etc., etc.

MÉDECIN-DIRECTEUR: . . . Dr Charles de BLOIS

DIRECTEUR-ADJOINT: . . . Dr Georges de BLOIS

### **MÉDECINS CONSULTANTS:**

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr Charlemagne BARIBEAU, Trois-Rivières; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. 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**

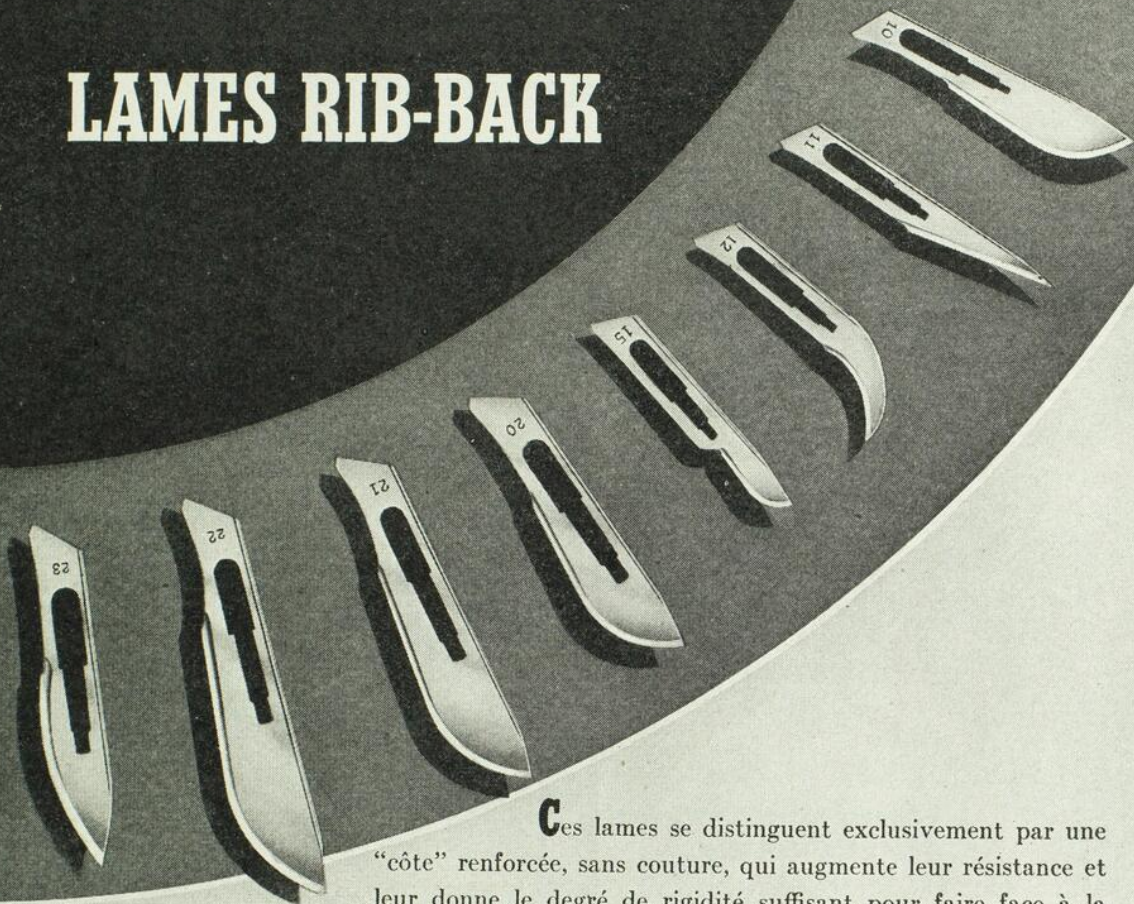
•  
Téléphone 3420

Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.  
**SANATORIUM de BLOIS**

225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.

*D'un tranchant supérieur . . .*

## LAMES RIB-BACK



Ces lames se distinguent exclusivement par une "côte" renforcée, sans couture, qui augmente leur résistance et leur donne le degré de rigidité suffisant pour faire face à la pression latérale, offrant ainsi au chirurgien une aide pratique dans tout le domaine de son activité.

D'importance plus capitale encore est la supériorité du tranchant, due à la précision uniforme de l'acier. Résultat de méthodes ingénieuses de fabrication et de contrôle qui ont créé un nouveau standard dans le fonctionnement des lames chirurgicales, les LAMES RIB-BACK prêtent un service avantageux au chirurgien parce qu'elles possèdent un fil tranchant dont on peut dépendre . . . un fil vraiment supérieur.

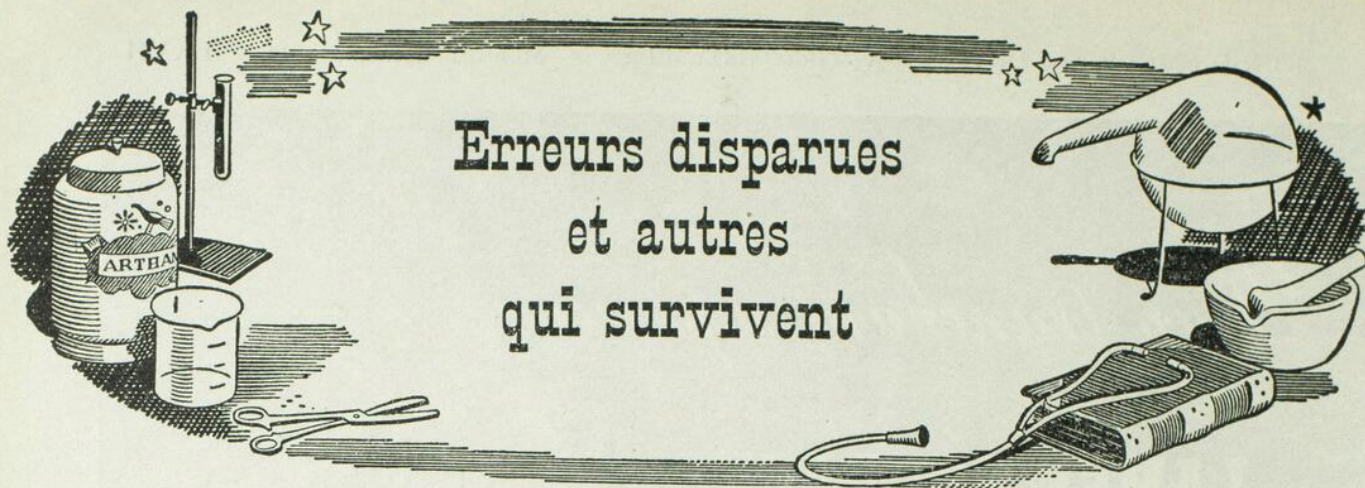


*Demandez-les à votre Fournisseur*

**BARD-PARKER COMPANY, INC.**

DANBURY, CONNECTICUT

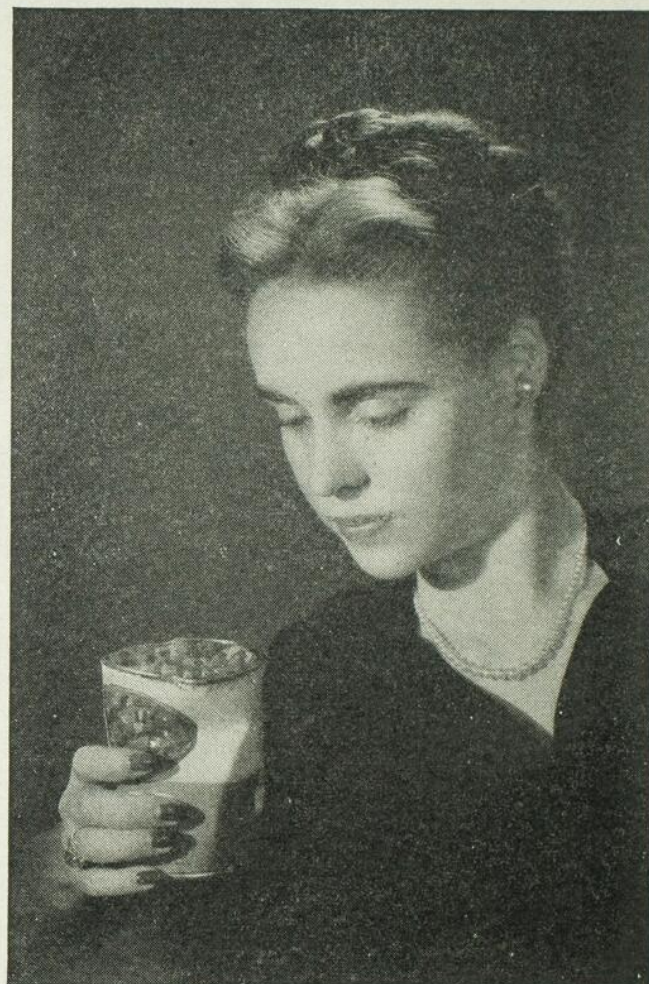
**A BARD-PARKER PRODUCT**



## Erreurs disparues et autres qui survivent



**Au cours de l'épidémie** de 1665, les Londoniens allumèrent des feux de joie, dans le but de "purifier l'air" disaient-ils. Ils tuèrent aussi tous les chiens, car ils rendaient ceux-ci responsables de la propagation de la maladie. Les rats, qui étaient seuls responsables de l'épidémie, ne furent pas molestés.



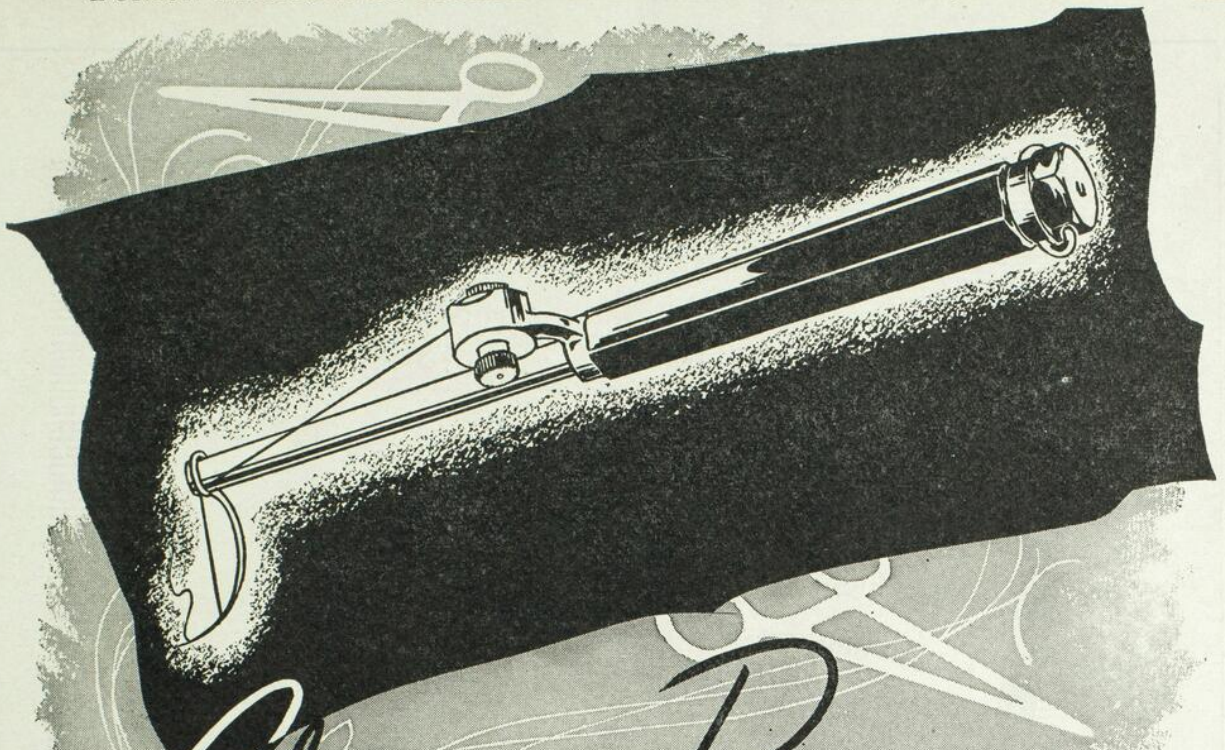
**Voir de la rouille** à l'extérieur des boîtes inquiètent beaucoup de gens qui croient, même par ces temps modernes et civilisés, que le contenu de la boîte est contaminé. Mais en vérité, à moins que la rouille ait rongé toute l'épaisseur du métal, l'aliment qui se trouve dans la boîte est parfaitement sain et mangeable.



### AMERICAN CAN COMPANY

MONTREAL • HAMILTON • TORONTO • VANCOUVER

AUCUN AUTRE RÉCIPIENT NE PROTÈGE COMME LA BOÎTE MÉTALLIQUE



# 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 \_\_\_\_\_

« SUR LA RECOMMANDATION DE PLUSIEURS  
GRANDS SPÉCIALISTES EN DERMATOLOGIE, nous  
avons omis, dans la formule  
de l'huile Baby's Own,  
les composés chimiques  
douteux, les antiseptiques  
violents et tout autre  
ingrédient auquel  
pourraient faire objection  
les membres éminents de  
la profession médicale. »



C'est la raison pourquoi l'huile Baby's Own ne contient aucun antiseptique.

Dès le début, la compagnie J. B. Williams voulut fabriquer une huile qui pourrait convenir à la peau de **tous** les bébés, car leur épiderme délicat résiste mal aux antiseptiques chimiques, si doux soient-ils.

D'un océan à l'autre, les médecins, les gardes-malades, les spécialistes de la peau et les mamans recommandent cette huile.

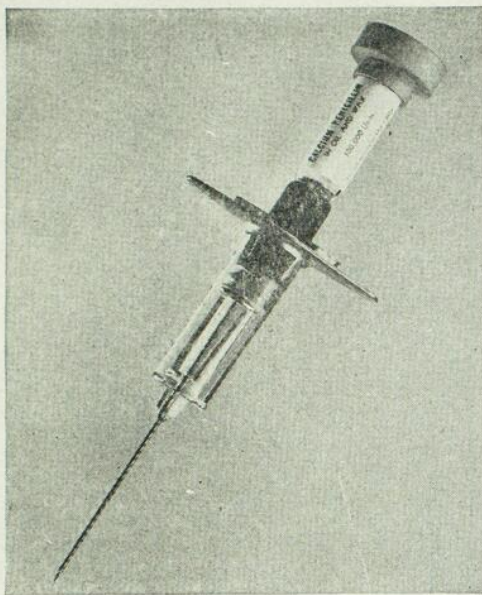
L'huile Baby's Own est douce, pure, onctueuse, absolument anodine. Elle est spécialement traitée pour convenir à la peau des bébés.

L'huile Baby's Own peut être employée en toute confiance. Ne craignez rien; il n'y en a pas de meilleure.

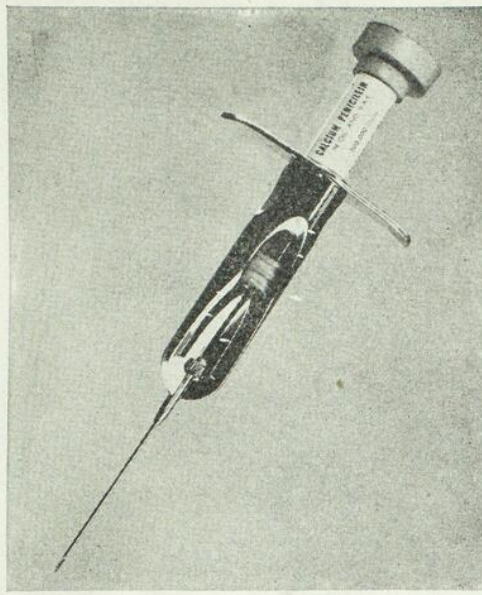
# Huile Baby's Own

---

## DEUX MÉTHODES COMMODES D'ADMINISTRER LA PÉNICILLINE PRÉPARÉE À L'HUILE ET À LA CIRE



Seringue en Plastique



Seringue Métallique

### PÉNICILLINE CALCIQUE DANS DE L'HUILE ET DE LA CIRE

Depuis la première publication de Romansky rapportant qu'il avait obtenu des niveaux sanguins de pénicilline satisfaisants maintenus pendant dix-huit heures à la suite d'une seule injection de 300,000 unités de pénicilline calcique dans de l'huile et de la cire, les Connaught Medical Research Laboratories ont poursuivi des recherches de laboratoire et des études cliniques en collaboration sur le traitement de la gonorrhée et de la pneumonie. Il y a eu ample confirmation du fait que la pénicilline préparée selon la formule de Romansky maintient les niveaux sanguins requis pour le traitement de la gonorrhée et de certains états, et permet de ne donner qu'une injection toutes les douze à vingt-quatre heures. Pour la commodité du médecin, les Laboratoires présentent le produit dans deux sortes de seringues:

#### PAQUET CONTENANT LA SERINGUE EN PLASTIQUE

Cet emballage comprend une Seringue-Cartouche B-D\* en Plastique, prête à servir immédiatement avec une cartouche spéciale contenant 300,000 Unités Internationales de pénicilline calcique dans 1 cc. d'huile d'arachide et de cire d'abeille. La seringue en plastique est jetée après emploi.

#### PAQUET CONTENANT LA SERINGUE MÉTALLIQUE

Cet emballage comprend une Seringue-Cartouche B-D\* en métal, deux aiguilles No 20 stérilisées, et une cartouche contenant 300,000 Unités Internationales de pénicilline calcique dans 1 cc. d'huile d'arachide et de cire d'abeille. La seringue en métal est destinée à servir indéfiniment avec des cartouches et des aiguilles de rechange. On peut se procurer séparément des Laboratoires des cartouches de rechange de pénicilline calcique dans de l'huile et de la cire.

\* Nom Déposé de Becton, Dickinson & Co.

---

**CONNAUGHT MEDICAL RESEARCH LABORATORIES**  
University of Toronto  
Toronto 4, Canada

---



## Appel d'urgence en 1900

Tant que les gens seront malades, les médecins recevront des appels d'urgence au milieu de la nuit. On a cependant une satisfaction de nos jours: il n'est plus nécessaire d'allumer les fanaux ni d'atteler.

Même au temps des voitures à chevaux, le nom Ivory était devenu pour bien des médecins le prototype de la pureté et de la douceur pour un savon. C'est pourquoi le savon Ivory a toujours compté parmi les produits dignes de confiance recommandés par les médecins.

Aujourd'hui, Ivory est un savon encore meilleur qu'il y a cinquante ans. Les 216 épreuves de qualité auxquelles on le soumet durant sa fabrication en plus des recherches continuellement poursuivies dans les grands Laboratoires de Recherches sur la Peau de Procter & Gamble vous justifient de répéter aux mères la recommandation faite par de nombreuses générations de médecins: « Pour le bain du bébé, employez un savon pur et doux comme Ivory. »

FABRIQUÉ AU CANADA



99, <sup>99</sup>/<sub>100</sub> % Pur... Il flotte

# MENOPAUSE



## **OESTRILIN en COMPRIMÉS** (ESTROGENES DESBERGERS)

**Substances Estrogéniques Conjuguées  
PAR VOIE BUCCALE**

Simple ou avec Phénobarbital  $\frac{1}{2}$  grain

**LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL**  
388 ouest, rue St-Paul  
Montréal, Canada



Quand *l'Anémie* fait partie  
du tableau . . .

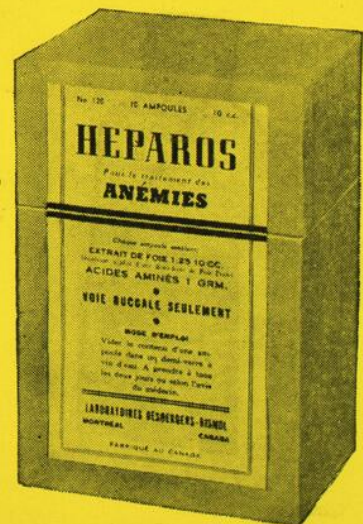
# HEPAROS

un concentré d'extrait de foie dont chaque dose de 10 cc. renferme l'ensemble des principes actifs anti-anémiques, et 1 gramme du groupe des acides aminés essentiels, est indiqué tout particulièrement.

Le traitement des patients anémiques avec l'extrait de foie, combiné aux acides aminés, est la thérapeutique la plus logique. L'HEPAROS est le supplément nutritif le plus complet pour l'anémie pernicieuse ou secondaire.

Tous les acides aminés essentiels sont contenus dans l'HEPAROS.

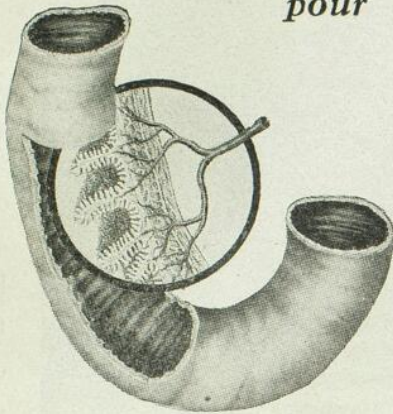
Littérature sur demande



**LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL**  
388 ouest, rue St-Paul, MONTREAL, CANADA

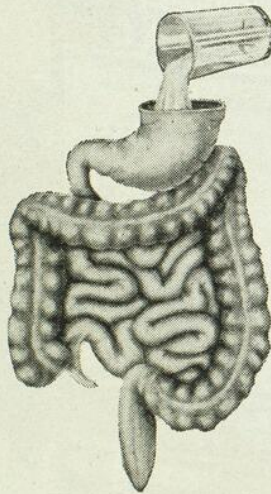
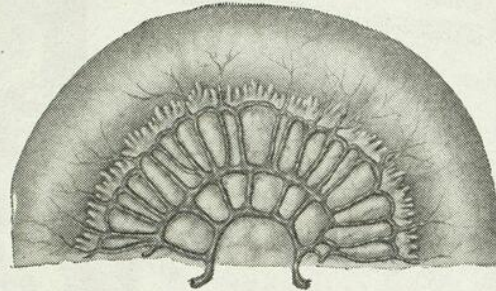
## La douce pression du "volume liquide"

*pour un nettoyage complet sans irritation*

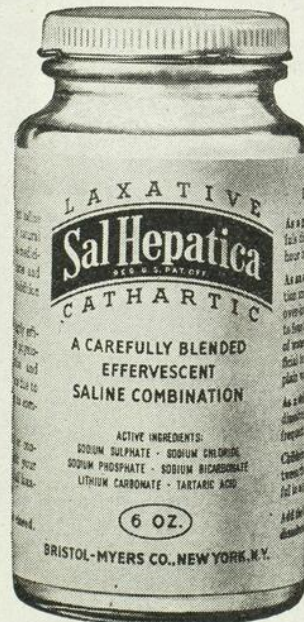


Coupe schématique de villosités intestinales illustrant le mécanisme des échanges liquidiens par lequel l'eau est attirée des capillaires sanguins vers la lumière intestinale pour aider à constituer le « volume liquide ».

Schéma macroscopique démontrant comment la riche vascularisation du mésentère facilite les échanges liquidiens et la formation d'un volume important au niveau de l'intestin.



La douce pression de Sal Hepatica ne s'exerce pas sur un segment particulier du tube intestinal. Elle est efficace partout, depuis la première position de l'intestin jusqu'au dernier segment.



*Un produit de*

**BRISTOL MYERS Company of Canada, Ltd., 3035 LM, rue Saint-Antoine, Montréal, Canada.**

# AL - U - LAC

pour Troubles d'Estomac



Traitement effectif dans tous les cas d'ulcères gastriques et duodénaux, hyperacidité gastrique et acidité qui accompagne la gastrite chronique.

AL-U-LAC agit comme agent physique aussi bien que chimique: son action étant adsorbante et neutralisante, la neutralisation graduelle ne produit pas d'alcalose du système.

Flacons de 50 et 100 comprimés.

Littérature et échantillons sur demande

**SMALLWOOD PHARMACEUTICALS LIMITED**

Biologistes — Pharmaciens — Chimistes

TORONTO

CANADA

ORANGEVILLE

# LA TABLE BASCULANTE TYPE "B" KELEKET

*satisfait à toutes les exigences radiologiques*

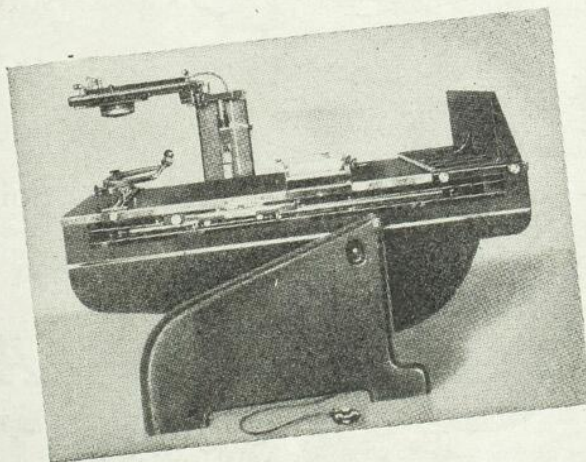


**Flexibilité**  
**Stabilité**  
**Commodité**

La table type "B" est idéale pour la Radiographie, la Fluoroscopie et la Fluorographie. Grâce à une solide base en alliage d'aluminium et à un châssis soudé, l'appareil possède une robustesse et une durabilité inégalées combinées avec un minimum de poids. Rien n'excède du côté de la table où l'opérateur travaille, et une large ouverture pour les pieds permet de travailler tout près de la table. Grâce à un moteur silencieux, la table peut s'incliner entre 15 degrés — position de Trendelenburg — et la verticale.

## **Accessoires faciles à adapter**

Au lieu de l'écran fluoroscopique régulier, on peut se procurer un Dispositif Sélecteur à Poses multiples. On peut le commander avec la table, ou l'adapter facilement n'importe quand. Ce Dispositif s'adapte parfaitement à la fluoroscopie et à la fluorographie. Comme autres accessoires faciles à adapter, mentionnons un fixe-tête entièrement ajustable, une bande à compression et un appui-pieds.



X 96A-

Notices descriptives illustrées envoyées sur demande s'adresser à

**X-RAY and RADIUM INDUSTRIES LTD.**

261 DAVENPORT RD.

TORONTO 5

313 DOMINION SQUARE BLDG.  
MONTREAL, QUE.

705 LINDSAY BLDG.  
WINNIPEG, MAN.

11 MERRICK BLDG.  
EDMONTON, ALTA.



# Vous aimez une Nourriture Bonne, Fine et Appétissante—

IL EN DE MÊME DES BÉBÉS CONFIÉS À VOS SOINS!



• Naturellement, la qualité est toujours la première chose à considérer quand vous recommandez des aliments pour les bébés confiés à vos soins. Et la bonne saveur, la couleur et la consistance sont aussi importantes. Voilà pourquoi tant de médecins prescrivent les Purées Heinz. Scientifiquement préparées suivant des prototypes de qualité résultant de 77 années d'expérience, les Aliments Heinz pour Bébé sont ce qu'il y a de mieux, à tous points de vue, pour vos nouveaux patients.



*Aliments*  
**Heinz**  
*pour Bébé*



## MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
  - ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
  - ŒUVRES SOCIALES DE MÉDECINE PRÉVENTIVE
  - VACCINATION **GRATUITE** CONTRE LA TUBERCULOSE PAR LE BCG
  - PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

*PURETÉ — SÉCURITÉ — EFFICACITÉ*

Excipient huileux

# “ARACOL”

pour l'injection intramusculaire de la PÉNICILLINE

Prolonge l'action de la Pénicilline d'au moins 12 hrs

■  
**Economique:** une ou deux injections par jour de Pénicilline dans l'Aracol suffisent  
le médecin y gagne en prenant quelques secondes pour préparer lui-même son émulsion

**Pratique:** Indolore  
fond et se liquéfie rapidement —  
s'émulsionne instantanément —  
s'injecte aisément — se résorbe rapidement

N. B. — Bien mesurer à la seringue:

1.4 cc d'eau pour dissoudre la Pénicilline

3.4 cc d'Aracol liquéfié à douce chaleur.

■  
FORMULE SUPÉRIEURE ET ÉPROUVÉE  
■

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

2900, boulevard du Mont-Royal,

Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

## LA VIE AVEC "FISTON" par *Elsie*, la Vache Borden

"JE M'EXCUSE D'AVOIR RECOURS  
À CETTE TACTIQUE DE COMMANDO MAIS  
C'EST MON LAIT ÉVAPORÉ BORDEN'S!"



Le Lait Evaporé Borden's est du lait complet concentré puis stérilisé et homogénéisé.

Le lait qui porte la marque Borden's doit être aussi pur et sain que cela est possible de faire en choisissant les vaches les plus saines et en pratiquant le contrôle de laboratoire le plus rigoureux qui soit. De plus, des experts techniciens surveillent chaque

étape de sa production.

En outre, le contenu naturel en vitamine D est accru par irradiation.

Ce sont là les raisons pour lesquelles tant de médecins se sentent sûrs d'eux quand ils recommandent le Lait Evaporé Borden's pour les formules de bébés. "Si c'est du Borden's, il *Faut* que ce soit bon!"



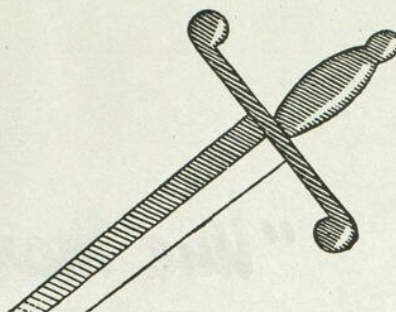
**Contenu naturel en vitamine D  
accru par irradiation.**

Nous nous ferons un plaisir de vous envoyer, sur demande, des suggestions pour formules, sous forme de cartes, ainsi que des blocs-notes pour ordonnances.



**THE BORDEN COMPANY LIMITED**

Spadina Crescent, Toronto 4



"LA VIE DE L'HOMME EST UN EQUILIBRE  
CONSTAMMENT MENACE PAR LES MICROBES."

— Louis Pasteur

L'usage de 'Dettol' en solution concentrée est sans aucun effet toxique. Sa solution à 2% détruit très rapidement les streptocoques hémolytiques et le colibacille, même en présence de pus.

UN ANTISEPTIQUE aussi efficace en dilution que sûr à haute concentration, qui élargissait d'une façon inouïe la marge entre la dose cliniquement efficace et la dose toxique, devait, dès son apparition, commander l'intérêt le plus vif. Et donc, depuis son introduction dans la médecine anglaise, il y a quelque dix ans, 'Dettol' a subi l'épreuve d'une vaste expérience clinique. Son comportement, enregistré non seulement dans les publications scientifiques, mais aussi dans les manuels réguliers, influence aujourd'hui l'opinion et la pratique médicales de tout l'Empire britannique.

GERMICIDE HAUTEMENT EFFICACE, non toxique, stable, actif en présence de sang et de pus, désodorisant, d'odeur agréable, ne tachant ni le linge ni la peau, 'Dettol' est clairement indiqué pour servir dans tous les cas où une antiseptie infailliblement efficace, sûre et plaisante s'impose.

LA CREME OBSTETRICALE 'DETTOL' est une préparation à 30% de 'Dettol' dans un véhicule approprié, la bonne concentration pour usage immédiat dans les cas d'obstétrique. Appliquée sur la peau de la patiente et sur les gants de l'opérateur, elle forme pendant plus de deux heures une barrière sûre contre la réinfection.

**"Une Marge de Sécurité"**  
pour la prévention du rachitisme

... maintenant fournie par  
**LE LAIT CARNATION À 400 UNITÉS**

Selon le « Council on Foods and Nutrition » de l'« American Medical Association », l'augmentation récente de la teneur en vitamine D dans le Lait Evaporé Carnation est « plus considérable que ce qui est habituellement nécessaire pour la prévention du rachitisme chez les enfants normaux, et offre une marge de sécurité ».

Le Lait Carnation fournit maintenant 400 unités internationales de vitamine D par pinte reconstituée (moitié Carnation,

moitié eau). Il est maintenant irradié à cette teneur — presque deux fois et demie ce qu'il était auparavant.

Le Lait Carnation à 400 unités remplace le Lait Carnation irradié fournissant auparavant 162 unités de vitamine D par pinte reconstituée. On peut maintenant l'obtenir en quantités pour répondre aux besoins essentiels de la profession médicale dans toutes les parties du Canada... *Carnation Company, Limited, Toronto 1, Ont.*

**Lait**


Produit  
dans le Québec



**Carnation**

"provenant de vaches bien nourries"





*5 grains  
d'Aspirin*

**70 ÉPREUVES  
ET  
VÉRIFICATIONS DIVERSES  
À SON APPUI!**

Les Laboratoires Bayer font de l'“Aspirin” depuis plus de quarante-six ans.

Pour assurer la qualité, l'uniformité, la pureté et la désagrégation rapide des comprimés d'“Aspirin”, on a établi soixante-dix épreuves et vérifications diverses.

Toute l'expérience, les connaissances scientifiques et l'ingéniosité humaine ont été mises à contribution pour obtenir un comprimé d'“Aspirin” qui fournit un analgésique que vous pouvez prescrire en toute confiance.

**“ASPIRIN”**

# SEULS les Aliments Libby's pour Bébés sont HOMOGENEISES



## L'homogénéisation élimine les facteurs indigestes

Bien que les autorités en nutrition admettent que l'addition d'aliments solides à l'alimentation lactée de l'enfant à un âge aussi précoce que possible soit une saine pratique en nutrition, beaucoup de médecins ont hésité à la recommander durant les premiers mois de l'enfance, à cause du danger de troubles digestifs occasionnés par les fibres coriaces des légumes et du passage dans le gros intestin d'aliments insuffisamment digérés. Le procédé breveté d'Homogénéisation Libby's, ayant pour effet de briser les parois cellulaires et de pulvériser les fibres coriaces, a eu raison de ces deux objections. Des expériences cliniques ont démontré que lorsque les Aliments Homogénéisés Libby's pour Bébés sont ajoutés à l'alimentation dès l'âge de deux mois, ils ne provoquent aucun trouble digestif et ils fournissent des facteurs alimentaires précieux que le lait ne peut offrir, notamment le fer et certaines vitamines. Parce que seuls les Aliments Libby's pour bébés sont

homogénéisés, aucun autre aliment ne peut fournir ce complément alimentaire, essentiel à une alimentation optima à un âge aussi précoce, sans danger de troubles digestifs.

DES RAPPORTS PROVENANT DE CLINIQUES ET DE LABORATOIRES SERONT ENVOYÉS SUR DEMANDE

Légumes Potagers  
 Carottes  
 Pois  
 Epinards  
 Soupe au Foie  
 Soupe au Bœuf et Légumes  
 Soupe aux Légumes  
 Pruneaux  
 Pommes et Abricots  
 Pouding à la Cossetarde  
 Lait Evaporé et Homogénéisé Libby's

## LE PROCÉDÉ D'HOMOGENÉISATION DE LIBBY'S

1. Ouvre les parois cellulaires, libère la nourriture et la disperse d'une façon homogène.
2. Pulvérise les cellules indigestes et les fibres coriaces.
3. Expose la nourriture à l'action des sucs digestifs sur une surface considérablement accrue, facilitant ainsi la digestion.
4. Augmente la disponibilité de la nourriture, facilitant ainsi son utilisation.
5. Rend la cellulose mécaniquement douce, sans nuire à l'effet physiologique de la masse sur la motilité intestinale.

*Libby's*  
**HOMOGENIZED**  
 (EXTRACELLULAR)  
**BABY FOODS**

BFM6-46



# Le SPENCER

soutient efficacement  
la matrice  
avant et après la grossesse

Dessiné individuellement pour la personne qui doit le porter, le support maternel Spencer soutient efficacement le bas de l'abdomen et assure la liberté voulue au haut de l'abdomen. A gauche, vous voyez la ceinture maternelle Spencer ainsi qu'un support pour les seins spécial à la grossesse. Le support maternel se fait aussi du genre corset.

*Pour atteindre une marchande de supports Spencer, consultez le bottin du téléphone, sous "Corsetière Spencer", ou écrivez-nous directement.*

PERMETTEZ-NOUS DE VOUS ADRESSER  
UNE BROCHURE

## SUPPORTS DE DESSIN INDIVIDUEL SPENCER

pour l'abdomen, le dos et les seins

SPENCER SUPPORTS (CANADA) Limited  
Rock Island, Québec.  
En Angleterre: Spencer (Banbury) Ltd., Banbury, Oxon.  
Aux États-Unis: Spencer, Incorporated, New Haven, Connecticut.

Nom ..... M.D.

Adresse .....

151-12-46

# WYANOÏDS

*pour*

# HÉMORROÏDES

## EXTERMINEZ

Les poux du corps, les puces, les lentes

Facilement et rapidement

avec

## CUPREX

CUPREX est une préparation mise à point tout particulièrement pour le traitement de la PEDICULOSE—(affection occasionnée par les poux de tête, les poux du corps ou du pubis). Il suffit habituellement d'une seule application de CUPREX pour détruire les oeufs ou lentes. CUPREX est non collant, ne dégage aucune odeur et son prix est minime.

*Chez tous les pharmaciens*

**CUPREX**  
UN PRODUIT DE MERCK

MERCK & CO., LIMITED, FABRICANTS CHIMISTES,  
MONTRÉAL TORONTO

*Pour  
l'oestrogénothérapie,  
Souvenez-vous du ...*

## Benzœstrol

(2, 4-dl(p-hydroxyphényl)-3-éthyl hexane)

**Schieffelin**

*Anciennement connu sous le nom déposé  
d'OCTOPOLLIN*

Ce qui intéresse le plus le médecin dans l'oestrogénothérapie, c'est l'efficacité clinique et l'absence de réactions secondaires toxiques. Le BENZŒSTROL de Schieffelin & Co. constitue une contribution importante à l'oestrogénothérapie parce que tout en étant un œstrogène efficace, il est remarquablement bien toléré, par la bouche ou en injection.

### COMPRIMÉS DE BENZŒSTROL

0.5, 1.0, 2.0, 5.0 mg.  
Flacons de 50, 100 et 1000.

### SOLUTION DE BENZŒSTROL

5.0 mg. par cc.  
Fioles multidoses de 10 cc., fermées avec capsules en caoutchouc.

### COMPRIMÉS VAGINAUX DE BENZŒSTROL

0.5 mg.  
Flacons de 100.

*Échantillons et notice envoyés  
sur demande.*

Concessionnaires pour le Canada:

**LAURENTIAN AGENCIES**

429, rue St-Jean-Baptiste, Montréal, P.Q.



**Schieffelin & Co.**

Laboratoires de Recherche et de Fabrication  
20 COOPER SQUARE • NEW-YORK 3, N.-Y.



# AGAROL

Une Thérapie Efficace  
pour la

## Constipation

La constipation, aiguë ou habituelle, cède facilement à l'Agarol. Etant une huile minérale et une émulsion d'agar-agar avec de la phénolphtaléine, il se mélange complètement avec le contenu des intestins, fournit de l'humidité inabsorbable, lubrifie le conduit intestinal et assure des selles normales et régulières.

L'Agarol ne contient pas trop d'huile minérale qui pourrait occasionner un écoulement. Il n'active pas outre mesure le mouvement péristaltique, mais il exerce une stimulation douce et suffisante qui produit une évacuation alvine régulière et sans effort. Grâce à son goût agréable, l'Agarol est facile à administrer à l'adulte ou à l'enfant le plus difficile.

OMNIS ORBIS



WARNER  
ESTABLISHED 1856

*Le Cachet d'Excellence*

**WILLIAM R. WARNER  
& CO. LTD.**

727 KING ST. W., TORONTO



Fabriqués par THE  
CANADA STARCH  
COMPANY Limited,  
Montréal et Toronto.



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 ENCEIN-  
TE"  
 La brochure: "DEXTROSOL"

Nom .....

Adresse .....

## UN MÉLANGE LACTÉ de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de Maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de Maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

## SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de Maïs . . . un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants . . . des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

*A messieurs les médecins:*

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

**ARTHUR HIRBOUR**

*est tout indiquée  
pour la préparation  
de vos ordonnances*

NOUS N'EM-  
PLOYONS QUE  
LES PRODUITS  
CHIMIQUES  
SUPÉRIEURS.



40 ANNÉES  
D'EXPÉRIENCE  
COMME PHAR-  
MACIE PRO-  
FESSIONNELLE



R<sub>x</sub>

Angle ST-DENIS et DE MONTIGNY — Téléphone: LANcaster 7356 — MONTREAL

**DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE**  
*Toujours le même but:*

**RÉDUIRE LE TAUX DE LA  
MORTALITÉ INFANTILE**  
*Par la Qualité de nos Produits*

*J. Joubert*  
**LIMITÉE**

**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**

AMherst 8900-3733

**MONTY, GAGNON & MONTY**

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 4156, rue Adam.  
1926, rue Plessis.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

# TABLE DES ANNONCEURS

| Pages  | Pages                          |
|--|--------------------------------|
| Abbott Laboratories Ltd. . . . .   | XXXIX-XL                       |
| American Sterilizer Company (Stérilisateurs "American")  | LXII                           |
| American Can Company (Erreurs disparues et autres qui survivent) . . . . .                               | LXVIII                         |
| Anglo-Canadian Drug Co. (Ulcaps) . . . . .   | XXXV                           |
| Anglo-French Drug Cie (Solution Jacobson) . . . . .  | XLII                           |
| Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (A la ménopause) . . . . .   | I                              |
| Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Alphamettes et Huiles de foie de morue) . . . . .                       | II                             |
| Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Thironex) . . . . .   | XLV                            |
| Bard-Parker Company, Inc. (Lames Bib-Back) . . . . .   | LXVII                          |
| Bayer Company Ltd. (Aspirin) . . . . .   | LXXXI                          |
| Borden Company Ltd., The (Lait évaporé Borden's) . . . . .   | LXXVIII                        |
| Bristol Myers Co. of Canada, Ltd. (Sal Hepatica) . . . . .   | LXXIII                         |
| British Drug Houses (Canada) Ltd. (Supplément alimentaire B.D.H.) . . . . .                              | L                              |
| Burroughs Wellcome & Co. (Digoxine) . . . . .  | XXI                            |
| Canada Drug Co., Ltd. (Pavéral) . . . . .  | LXXXVI                         |
| Canada Starch Co. Ltd., The (Sirop de maïs "Crown Brand" et "Lily White") . . . . .                      | LXXXV                          |
| Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax) . . . . .  | XLIX                           |
| Carnation Company Limited (Lait Carnation) . . . . .   | LXXX                           |
| Casgrain & Charbonneau, Ltée (Rectocrine) . . . . .  | XVI                            |
| Casgrain & Charbonneau, Ltée (Discamin) . . . . .  | XXVI                           |
| Chatham Pharmaceuticals, Inc. (Koagamin) . . . . .   | LX                             |
| Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Certificats en spécialités) . . . . .               | LIV-LV                         |
| Connaught Medical Research Laboratories (Pénicilline calcique) . . . . .                                 | LXXI                           |
| Denver Chemical Manufacturing Company, The (Anti-phlogistine) . . . . .                                  | XIII                           |
| Dohow Chemical Company Ltd. (Auralgan)—(Otosmosan)   | XXV                            |
| Eddé, J., Limitée (Trephonyl)—(Salicylna)—(Eutensyl)—(Balsamorhinol)—(Gouttes I-A-M)—(Vulcase) . . . . . | LVI                            |
| Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. . . . .  | Première page de la couverture |
| Frosst, Charles E. & Co. . . . .   | XVII-XVIII-XIX-XX              |
| Giroux, J.-O. (Opticien) . . . . .   | LXXXVII                        |
| Heinz Co. of Canada Ltd. (Aliments Heinz pour bébés)   | LXXXVI                         |
| Herdt & Charton, Inc. (Produits français) . . . . .  | XLIV                           |
| Herdt & Charton, Inc. (Camirol) . . . . .  | XLVI                           |
| Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) . . . . .   | XLVIII                         |
| Horner, Ltd., Frank W. (Urasal) . . . . .  | XXXIII                         |
| Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal ("Aracol") . . . . .                  | LXXXVII                        |
| Johnson & Johnson Ltd. (Steri-Pads) . . . . .  | LXI                            |
| Joubert, J. J., Ltée (Produits) . . . . .  | LXXXVI                         |
| Laboratoires Desbergers-Bismol (Oestrilin) . . . . .   | 4e page de la couverture       |
| Laboratoires Jean Olive (Zymion)—(Nucléarsitol Robin)  | LVII                           |
| Laboratoires Laçayette (Suppositoires Laryngobis)—(Profenil) . . . . .                                   | LI                             |
| Laboratoires Marois (Amino-Vitol)—(Oxycholine) . . . . .   | LIII                           |
| Laboratoires Poulenc Frères (Coryphédrine) . . . . .   | 2e page de la couverture       |
| Laurentian Agencies, Reg'd. (Ertron) . . . . .   | XIV-XV                         |
| Lederle Laboratories Inc. (Rhincazine) . . . . .   | XI                             |
| Libby, McNeill & Libby of Canada Ltd. (Les Aliments Homogénéisés Libby pour bébés) . . . . .             | LXXXII                         |
| Librairie Beauchemin Limitée (Extrait du catalogue) . . . . .  | LXIII                          |
| Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Oleum Percormorphum) . . . . .                                    | 3e page de la couverture       |
| Merck & Co. Ltd. (Pyridium) . . . . .  | V                              |
| Merck & Co. Ltd. (Streptomycine) . . . . .   | XXX                            |
| Merck & Co. Ltd. (Cuprex) . . . . .  | LXXXIII                        |
| Millet, Roux & Cie (Ampho-vaccins Ronchese)—(Glycastrichnol) . . . . .                                   | IX                             |
| Monty, Gagnon et Monty . . . . .   | LXXXVI                         |
| Murine Co. (Un collyre isotonique moderne) . . . . .   | IV                             |
| Numotizine, Inc. (Numotizine) . . . . .  | LVIII                          |
| Pharmacie d'ordonnances Arthur Hirbour . . . . .   | LXXXV                          |
| Phillips Co. Division. The Chas H. (Lait de magnésie Phillips) . . . . .                                 | XXII                           |
| Procter & Gamble (Ivory) . . . . .   | LXXII                          |
| Reckitt & Coleman (Canada) Ltd. ('Dettol') . . . . .   | LXXIX                          |
| Reed & Carrick (Canada) Ltd. (Nephritine) . . . . .  | XXXVIII                        |
| Rougier Frères (Xantophen) . . . . .   | III                            |
| Rougier Frères (Gynexyl) . . . . .   | XLI                            |
| Sanatorium de Blois (50e année d'existence) . . . . .  | LXVI                           |
| Sanatorium Prévost . . . . .   | LXIV                           |
| Schering Corporation Limited (Proluton et Pranone) . . . . .   | LII                            |
| Schieffelin & Co. (Benzoestrol) . . . . .  | LXXXIV                         |
| Sharp & Dohme (Canada) Ltd. ('Prothricin') . . . . .   | XLVII                          |
| Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Orical E.B.S.)  | XLIII                          |
| Singer Sewing Machine Co. (Sututeur chirurgical Singer)  | LXIX                           |
| Smallwood Pharmaceuticals Ltd. (Al-U-Lac) . . . . .  | LXXIV                          |
| Smith & Nephew Ltd. (Gypsona) . . . . .  | XXXVII                         |
| Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer)  | LXXXIII                        |
| Squibb, E. R., & Sons of Canada Ltd. (Capsules de vitamines)   | VII                            |
| Stearns & Company of Canada, Ltd., Frederick (Parenamine) . . . . .                                      | XXIII                          |
| Upjohn (Solu-B) . . . . .  | LIX                            |
| Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor)  | LXXXVIII                       |
| Victor X-Ray Corporation of Canada, Ltd. (Pour vous servir)  | LXV                            |
| Vinant Limitée (Pommade Midy)—(Rhinamide) . . . . .  | XXXVI                          |
| Vinant Limitée (Lipiodol Lafay)—(Génésérine) . . . . .   | XXXIV                          |
| Warner, William R. & Co. Ltd. (Agarol) . . . . .   | LXXXIV                         |
| White's (Otomide) . . . . .  | XXVIII-XXIX                    |
| Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B. (Baby's Own) . . . . .   | LXX                            |
| Wingate Chemical Co. Ltd., The (Glyseennid) . . . . .  | XXVII                          |
| Winthrop Chemical Company Inc. (Devegan) . . . . .   | XXIV                           |
| Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (B-Plex) . . . . .  | XXXI                           |
| Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (Amphojel) . . . . .  | XXXII                          |
| Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (Wyanoïds pour Hémorroïdes) . . . . .                                 | LXXXIII                        |
| X-Ray and Radium Industries Ltd. (Keleket) . . . . .   | LXXV                           |

## J.-O. GIROUX

**Optométriste-Opticien**

*Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris*

**LUNETTES, LORGNONS  
VERRES OPHTALMIQUES**

**Assisté d'optométristes  
et opticiens diplômés**

---

*Pour rendez-vous*  
**Plateau 5151, Local 29**

**BUREAUX CHEZ**

# Dupuis Frères

LIMITÉE  
**MONTREAL**

# SAL-IODUM VALOR

**UN**

**SPECIFIQUE**

**DU**

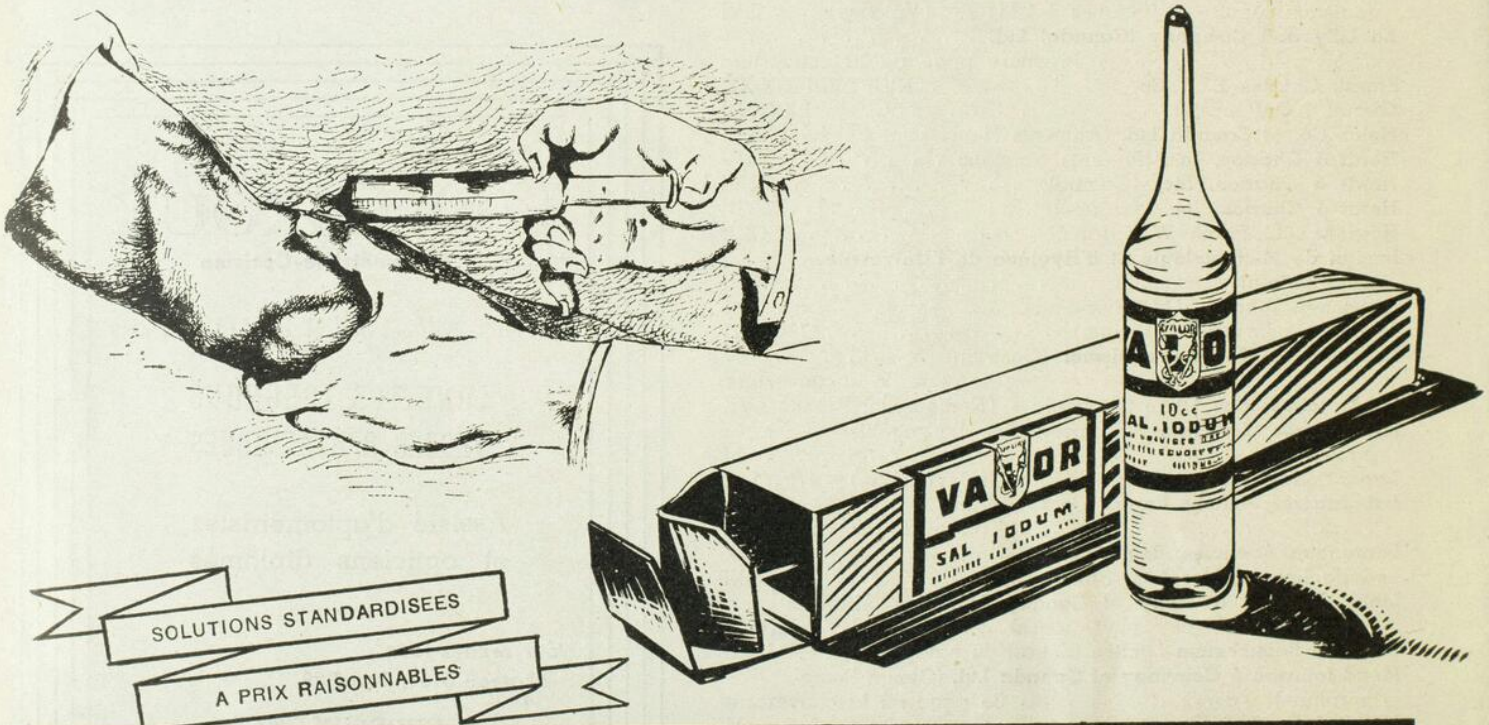
**RHUMATISME**

*L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.*

*L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.*

*Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.*

*Posologie: Une injection (20 c.c.) peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.*



**USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.**

**MONTREAL**



## Ancienne Méthode . . .

de guérir le rachitisme au-dessus  
du tronc fendu d'un frêne

**P**ENDANT plusieurs siècles — et apparemment jusqu'à maintenant, même en ce pays, les enfants rachitiques ont été passés au-dessus du tronc fendu d'un frêne pour les guérir de leur rachitisme et, désormais, on supposait l'existence d'une certaine affinité entre l'enfant et l'arbre.

Frazer \* déclare que le mode ordinaire d'effectuer le traitement consiste à ouvrir le tronc d'un jeune frêne sur une longueur de quelques pieds et de passer l'enfant nu au-dessus de cette ouverture, soit trois fois de suite, soit trois fois ce nombre de fois successivement. Dans l'ouest de l'Angleterre, on dit que l'expérience doit être tentée au lever du soleil. Aussitôt la cérémonie terminée, l'arbre est solidement ligoté et la fissure recouverte de boue ou d'argile. La croyance veut que la guérison de l'enfant s'effectue en même temps que la cicatrisation de la fissure de l'arbre. D'autre part, si la fissure ne se referme pas, l'enfant restera difforme aussi, et si l'arbre vient à mourir, l'enfant ne survivra pas.

\* Frazer, J. G., *The Golden Bough*, vol. 1, New York, MacMillan & Co., 1923.



Il est intéressant de noter que ce traitement du rachitisme sur le tronc ouvert d'un frêne doit coïncider avec le lever du soleil, puisque sa lumière, nous le savons, est en elle-même un traitement spécifique naturel.

## Nouvelle Méthode . . .

### Prophylaxie et traitement du rachitisme avec L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD

**A**UJOURD'HUI, le médecin possède l'Oleum Percomorphum de Mead, préparation de vitamine D naturelle, acceptée par le Conseil sur la Pharmacie et la Chimie, réellement efficace dans la prophylaxie et le traitement du rachitisme lorsqu'on l'administre à doses exactes.

Comme tout autre médicament dans le traitement d'autres affections, de plus fortes doses peuvent être nécessaires dans les cas très graves. On peut affirmer que lorsque l'Oleum Percomorphum est administré à la dose indiquée, des résultats manifestes en résultent dans la plupart des cas de rachitisme, quelle que soit la gravité ou la durée de la maladie.

En raison de sa forte teneur en vitamines A et D, l'Oleum Percomorphum de Mead s'avère également avantageux dans les cas de carence tels que: tétanie, ostéomalacie et xérophtalmie.

ACCEPTÉ PAR LE CONSEIL SUR LA PHARMACIE ET LA CHIMIE: l'Oleum Percomorphum, associé à d'autres huiles de poissons et Miosérol, contient 60.000 unités de vitamine A et 8.500 unités de vitamine D par gramme. Présenté en flacons de 30 c.c. et 60 c.c. et en flacons de 50 et 250 capsules.

MEAD JOHNSON & COMPANY, OF CANADA, LIMITED, BELLEVILLE, ONTARIO

**OESTRILIN**

(ESTROGÈNES DESBERGERS)

**EN COMPRIMÉS**

# Hormones Oestrogéniques Naturelles

(d'origine chevaline)

## Voie buccale

**DEUX FORMULES:**

### Simple

0.65 mgm. Sulfate d'Estrone par comprimé

### Avec Phénobarbital

0.65 mgm. Sulfate d'Estrone et 0.03 gm. Phénobarbital par comprimé



**INDICATIONS:**

***PERTURBATIONS DE LA MÉNOPAUSE***

*Littérature sur demande*

**LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL**

*388 ouest, rue Saint-Paul Montréal*

Pharmaciens

Chimistes

Biologistes

