20/1/50

Tome 79 — Numéro 1

MONTRÉAL, JANVIER 1950

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

XXe congrès de l'A.M.L.F.C., Montréal

les 25, 26, 27 et 28 septembre 1950

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

SECRÉTARIAT
128, rue Sainte-Anne
Québec

La recherche améliore les produits déjà existants

La recherche est un travail de tous les instants. L'amélioration des produits actuels est profitable au malade et donne satisfaction au médecin.

Il est aussi important de parfaire des produits existants que d'en découvrir de nouveaux.

Pureté plus grande, standardisation plus précise, économies dans la fabrication, études cliniques plus approfondies amèneront de meilleurs résultats.

La perfection est le but permanent des Laboratoires de Recherches Lilly.

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

T. 79-No 1-6



est le cholérétique préféré des médecins

INDICATIONS: ictère hépatique — engorgement du foie — cholécystite — angiocholite — insuffisance biliaire — radiographie de la vésicule biliaire

COMPRIMÉS: dosés à 0 Gm.30 (5 grains) d'acide déhydrocholique pur, cristallisé. Tubes de 20 et flacons de 100, 500 et 1,000

AMPOULES: de 5 c.c. de déhydrocholate de soude à 20%, soit 1 gramme par ampoule: pour injection intra-veineuse. Boites de 6 et de 100 ampoules

le **DYCHOLIUM** augmente nettement le débit biliaire

littérature et échantillons sur demande

Poulenc Limitée

POULENC

MONTRÉAL

Un Remarquable Progrès Contre La Tuberculose...

Efficacité
Thérapeutique
éprouvée

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

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

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



Streptomycine Merck
Complexe
Chlorure de Calcium

MERCK

Dihydrostreptomycine
(sulfate)
Merck

MERCK & CO. LIMITED *Chimistes Fabricants* **MONTRÉAL - TORONTO - VALLEYFIELD**

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Edouard DESJARDINS

A propos de l'enseignement de la médecine 3

• • •

Ch. DEBRAY, M. ROUX, R. CHEVILLOTTE, S. SÉGAL

Gastrectomie pour ulcus et cancer du moignon gastrique 6

RECUEIL DE FAITS

Roma AMYOT

Paralysie cubitale tardive secondaire à un traumatisme du coude 14

Rosaire LAUZER

Contribution au traitement post-opératoire de la péritonite aiguë 18

J. PRÉVOST et J. DIONNE

Abcès pulmonaire 22

INDICATIONS :

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

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

VICHY CÉLESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

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

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

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

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

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

ils se querellent pour un rien





mais sur un point ils sont d'accord—

Voici une pénicilline liquide au goût délicieux

Vos jeunes malades prendront volontiers l'ESKACILLIN, à cause de son goût délicieux et sa dégustation facile. De plus, les parents préfèrent énormément la posologie de l'ESKACILLIN à l'ennui d'écraser des comprimés et aux cajoleries nécessaires à persuader l'enfant malade d'avaler un mélange désagréable.

Une cuillerée à thé (5 cc.) d'ESKACILLIN renferme 50,000 unités de pénicilline-G cristallisée—et produit une hémoconcentration équivalente à celle provoquée par un comprimé à 50,000 unités. L'ESKACILLIN est présentée en flacon de 2 onces liq., contenant 600,000 unités de pénicilline.

Eskacillin *la pénicilline liquide au goût délicieux.*

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 1

SOMMAIRE
(Suite)

•

REVUE GÉNÉRALE

Maurice GERVAIS

A propos des infiltrations sympathiques 24

René GRIGNON

La fistule thyréoglosse 28

ÉDITORIAL

Paul LETONDAL

A propos du diagnostic de la toxoplasmose 31

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Hon. Paul MARTIN

Le progrès de l'hygiène publique 34

Ad. GROULX

Le Service de Santé et la nutrition — L'hygiène mentale au Service de Santé 37

Pour le traitement de L'ARTHRITE

COMPOSÉ d'"OSTOFORTE"

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

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

"OSTOFORTE"

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

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

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

FORMULE:

	Dans chaque capsule	*Dans la dose quotidienne moyenne (4 capsules)*
Vitamine D	50,000 unités int.	200,000 unités int.
Vitamine A	1,666 unités int.	6,664 unités int.
Vitamine B_1 (chlorhydrate de thiamine)	0.67 mg.	2.67 mg.
Riboflavine (vitamine B_2)	1.00 mg.	4.00 mg.
Niacine (acide nicotinique)	6.67 mg.	26.67 mg.
Vitamine C (acide ascorbique)	15.00 mg.	60.00 mg.

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

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

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

AMINO-BESMIN

COLCHICINE HOUDÉ

DIGITALINE NATIVELLE

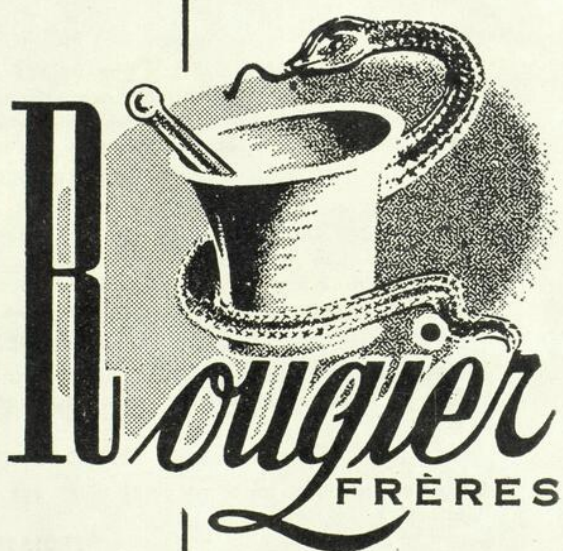
DYSPNÉ-INHAL

EUPNOGÈNE

LIPOTROPE

NITRINOSE

XANTOPHEN



Rougier FRÈRES

SPÉCIALITÉS DE PRESCRIPTION MÉDICALE

Siège social:

350, RUE LE MOYNE, MONTRÉAL 1.

151801

SOMMAIRE

(Suite)

•

VARIÉTÉS

Antonio LECOURS

Hommes et mondes chirurgicaux de Paris 43

L.-F. DUBÉ

La spécialisation vs la pratique médicale. Où allons-nous? 47

Roma AMYOT

Pourquoi "L'Union Médicale du Canada"? 51

M. ROCH

Discours prononcé à la séance inaugurale du XXVIIème congrès français de médecine tenu à Genève, les 29, 30 septembre et 1er octobre 1949, par le professeur M. Roch, président 52

CORRESPONDANCE

André PLICHET

Lettre de Paris 59

CONGRÈS

Vingt-septième congrès français de médecine (Genève) 61

Léon GÉRIN-LAJOIE

Quatrième congrès des médecins catholiques (Rome) 75

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1881 80

ANALYSES 82

MÉDECINE

La biopsie aspiratrice du foie par voie transthoracique (82). **L'utilisation du BAL dans le traitement des empoisonnements par l'arsenic, le mercure et autres poisons métalliques** (82). **Le traitement des nausées et des vomissements consécutifs aux injections de streptomycine par les antihistaminiques de synthèse** (83).

PHTISIOLOGIE

De l'emploi de l'acide para-amino-salicylique dans la tuberculose pulmonaire chronique (83). **Quatre-vingt-dix cas de tuberculose pulmonaire traités par la streptomycine et le pneumothorax combinés** (83). **Tuberculose incipiens chez les adultes de plus de 40 ans** (84). **Lavage des bronches dans la tuberculose pulmonaire** (84). **Empyème, complication de la tuberculose pulmonaire chronique** (85).

CARDIOLOGIE

Nouvelles bases d'interprétation de l'électro-cardiogramme normal et pathologique (86). Changements électro-cardiographiques dans un cas de syndrome de Wernicke (88).

NEURO-PSYCHIATRIE

L'électro-choc: une mise au point (89). **Sur les mouvements volontaires et involontaires** (90).

PÉDIATRIE

La fibro-cystite du pancréas (90).

SOCIÉTÉS 92

La Société Médicale de Montréal: séance du 10 octobre 1949 (92), séance du 8 novembre (93).

La Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec: séance du 16 septembre 1949 (94), séance du 30 septembre 1949 (94), séance du 4 novembre 1949 (95).

Réunion scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 29 septembre 1949 (96).

Réunions scientifiques des internes de l'hôpital Notre-Dame: séances des 11, 18 et 25 octobre 1949 (101).

NOUVELLES 102

REVUE DES LIVRES 114

LIVRES REÇUS 122



L'HIVER — La saison de la neige, des patins étincelants, des traîneaux qui fendent l'air . . . Mais, malheureusement, aussi une saison de rhumes et d'affaiblissement, saison de veilles et d'alertes pour le médecin, une époque où il sera heureux d'avoir à sa disposition la grande série de spécialités pharmaceutiques qui portent l'étiquette "Frosst". Une documentation et des échantillons de chaque produit "Frosst" sont à sa disposition.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

Faits intéressants à noter

"TRULFACILLIN"

Marque "Frosst" de comprimés de trois sulfamides et de pénicilline

Une préparation combinant la **PÉNICILLINE et les SULFAMIDES** dans le but d'accroître les effets thérapeutiques de chacune de ces drogues.

"TRULFACILLIN"

C.T. N° 818 "Frosst"

Sulfadiazine	0.1 G. (1⅔ gr.)
Sulfaméthazine	0.1 G. (1⅔ gr.)
Sulfamérazine	0.1 G. (1⅔ gr.)
Pénicilline-G potassique cristallisée	25,000 unités int.

POSOLOGIE

de 1 à 2 comprimés toutes les quatre heures.

PRÉSENTATION

Flacons de 20 comprimés.

AVERTISSEMENT

La trulfacillin est une méthode de traitement efficace comportant une bonne marge de sûreté dans tous les cas où la chimiothérapie aux sulfamides et à la pénicilline est indiquée. Bien qu'avec l'emploi de cette préparation le danger des phénomènes fâcheux généralement associés à la médication par les sulfamides soit grandement réduit, il ne faut pas cesser d'exercer une constante vigilance dans la recherche et le diagnostic de ces phénomènes, tels que l'agranulocytose, la fièvre, les douleurs articulaires, les manifestations cutanées, etc.

L'action synergique des composés chimiothérapeutiques

On reconnaît depuis longtemps que l'effet d'une combinaison d'agents thérapeutiques à activité pharmacologique similaire, agissant de concert, excède souvent les effets additifs prévus de la combinaison.

Il a été démontré que l'action d'une association de pénicilline et de sulfamides est synergique *in vitro* et *in vivo*. En effet, Bigger[1] signalait, déjà en 1944, que la présence du sulfathiazole augmentait considérablement le point de dilution auquel on peut démontrer l'action inhibitrice de la pénicilline sur les staphylocoques et les streptocoques. Dans le même mémoire, il suggérait l'utilisation chez l'homme de cette action synergique des sulfamides et de la pénicilline pour le traitement d'infections qui n'opposent pas de résistance à ces agents.

Stewart[2] a démontré qu'une action synergique similaire résulte de l'association de pénicilline et de sulfamides en traitement contre certaines bactéries à Gram-négatif. Le résultat d'expérimentations établit que l'inhibition de certains micro-organismes se fait à des taux de concentration bien moins élevés lorsque le sulfathiazole et la pénicilline agissent de concert que lorsque ces agents agissent isolément. Kolmer[3] donne une excellente analyse de la synergie des agents



chimiothérapeutiques et met en lumière de nouvelles expérimentations pratiquées sur la souris, qui démontrent sans laisser beaucoup de doute que l'action synergique de l'association de la pénicilline et des sulfamides observée *in vitro* se produit aussi *in vivo* dans les infections à pneumocoque type 1, à staph. aureus, les infections à strep. hémolytique et à typhoïde.

Il est plus difficile d'établir des données cliniques. Toutefois, nous possédons de nombreux rapports indiquant la valeur de la thérapeutique combinée dans la pneumonie causée par le pneumocoque. Dowling, Hussey, Hirsh et Wilhelm[4] ont observé un taux de mortalité de 9.6 p.c. sur 94 cas traités exclusivement à la sulfadiazine, mais seulement 4.3 p.c. sur 94 cas traités à la pénicilline et à la sulfadiazine. Dans la méningite pneumococcique, le taux de mortalité observé a varié entre 58 et 65 p.c. lorsque le traitement consistait en des composés de sulfamide. Ce taux se chiffre à environ 48 p.c. lorsque la pénicilline est employée seule comme traitement. Waring et Smith[5] ont signalé la guérison de 12 patients sur 13 avec la médication combinée de sulfamides et de pénicilline. Dans les cas d'endocardite aiguë causée par des infections à streptocoques beta hémolytiques, pneumocoques, gonocoques et méningocoques, le traitement au moyen d'une combinaison de pénicilline et de sulfamides semble évidemment tout indiqué, tandis que dans les cas de fièvre typhoïde, l'essai semble judicieux.[6] Dans le traitement de la blennorragie, Hargreaves[7] rapporte de meilleurs résultats avec l'utilisation d'une combinaison de pénicilline et de sulfamides.

Les comprimés "TRULFACILLIN" présentent l'avantage, démontré ci-haut, de l'activité synergique de la pénicilline et de sulfamides dans le traitement de certaines infections. Ils possèdent cet avantage additionnel que la Trulfa-Zine, une combinaison de sulfadiazine, de sulfamérazine et de sulfaméthazine, élimine presque entièrement le danger de lésions rénales par suite de précipitation de cristaux, et comporte une réduction marquée du danger de réactions d'intolérance aux sulfamides.

Sources à consulter

1. "Synergic action of penicillin and sulphonamides."
   Bigger, Lancet, 2, 142, le 29 juillet 1944.
2. "Studies on the effect of penicillin on Gram-negative bacteria. Penicillin-sulfonamide synergy."
   Stewart, J. of Hygiene, 45, 282, août 1947.
3. "The synergistic or additive activity of chemotherapeutic compounds."
   Kolmer, Am. J. Med. Sciences, 215, 136, 1948.
4. "Penicillin and sulfadiazine compared with sulfadiazine alone in the treatment of pneumococcic pneumonia."
   Dowling, Hussey, Hirsh and Wilhelm, Ann. Int. Med., 25, 950, 1946.
5. "Combined penicillin and sulfonamide therapy in the treatment of pneumococcic meningitis."
   Waring and Smith, J.A.M.A., 126, 418, 1944.
6. "Sulfathiazole and penicillin in typhoid fever; report of 6 cases."
   McSweeney, Lancet, 2, 114, 1946.
7. "Synergic action of penicillin and sulfathiazole in gonorrhoea."
   Hargreaves, Brit. J. of Venereal Diseases, 23, 85, juin 1947.
8. " 'Sulfa-Combination' — New chemotherapeutic principle."
   Frisk, Hagerman, Helander and Sjögren, Brit-Med. J. p. 7, le 4 janvier 1947.
9. "Inhibition of drug precipitation in the urinary tract by the use of sulfonamide mixtures."
   Lehr. Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. vol. 58, No. 11, 1945.
10. "Prevention of renal damage by use of mixtures of sulfonamides."
    Lehr, Brit. Med. J., le 13 décembre 1947, p. 943.
11. "Lowered incidence of sensitization through use of sulfonamide combinations."
    Lehr, Brit. Med. Journ., le 18 septembre 1948, p. 543.
12. "Present-day usage of sulfonamides and antibiotics in various diseases."
    Long, New Eng. J. Med., le 4 décembre 1947.
13. "Prognosis and treatment of pneumonia in children."
    King, Arch. Dis. Childh. 19, 122, 1944.
14. "Sulfonamides in treatment of infections in infancy."
    Henderson and Couper, Arch. Dis. Childh., 21, 23, 1946.
15. "Pneumonia".
    Scadding, Practitioner, 157, 333, 1946.
16. "Neurosurgery in the Eastern Theatre of War."
    Johnson and Dick, Lancet, 2, 193, 1945.
17. "A survey of the outcome of 20 cases of H. influenzae meningitis related to bacterial type."
    Zinnemann, Brit. Med. Journ., 2, 931, 1946.



Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872

●

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Pierre Smith

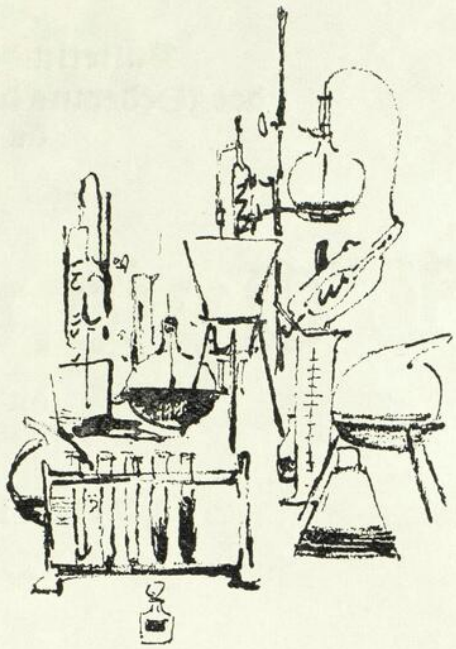
Secrétaire adjoint à Montréal
Roger Dufresne
326 est, boulevard Saint-Joseph.

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

BUREAU DE COLLABORATION

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

AUREOMYCINE



L'AUREOMYCINE

dans les Pneumonies

L'Auréomycine possède un large champ d'activité. Son emploi est notamment recommandé dans les pneumonies à pneumocoque, à streptocoque, à staphylocoque et dans les pneumonies dites "à virus". Elle s'est révélée très efficace contre l'*Hemophilus influenzae,* et est indiquée dans les infections attribuables à ce germe.

L'Auréomycine est avantageusement employée dans les septicémies à bactéroïdes, les brucelloses, les infections à Gram négatif — y compris celles provoquées par le streptocoque, le staphylocoque et le pneumocoque. De même, l'Auréomycine se montre efficace dans les infections suivantes: granulome inguinal, lympho-granulomatose inguinale subaiguë, angine monocytaire, coqueluche, psittacose, fièvre à rickettsies (C. Burnetti) (fièvre Q), vérole à rickettsies, fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, endocardite infectieuse subaiguë réfractaire à la pénicilline, tularémie, typhus, et infections de l'œil (bactériennes et à virus).

Dans les états où la pénicilline est indiquée, la médication idéale est le produit *Lederle,* LEDERCILLIN*, pénicilline G procaïnique "pectinized" et pénicilline G cristallisée dans l'huile. Injecté par voie intramusculaire, le produit réalise des hémoconcentrations rapides et prolongées.

Présentation: Chlorhydrate d'AUREOMYCINE *Lederle*
en capsules: Flacons de 25 capsules, à 50 mg. par capsule.
Flacons de 16 capsules, à 250 mg. par capsule.
pour injection intraveineuse:
fiole de 100 mg. livrée avec ampoule de 10 cc. de solvant de 1 (—) leucine à 1.95%.
en onguent: Tube de 1 once contenant 30 mg.
en solution ophtalmique:
Fiole de 25 mg. avec compte-gouttes; on prépare la solution par addition de 5 cc. d'eau distillée.
en pastilles: Flacons de 25 pastilles à 15 mg. par pastille.

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

*Enrg. au U. S. Pat. Off.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Jean Saucier

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

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

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

GLANDOPLEX



la grossesse et l'allaitement

Entrainent une decalcification intense chez la maman qui doit pourvoir aux besoins calciques du foetus et du nourrisson.

Il importe donc au praticien de combler cette déficience en utilisant une médication calcique entièrement assimilable.

GLANDOPLEX par ses composés calciques, minéraux et organiques apporte à la femme enceinte et à la nourrice l'excédant de calcium dont elles ont besoin. Il facilite l'ossification et la dentition et en combat les états pathologiques.

GLANDOPLEX

Laboratoires "National" Limitée

Agents généraux au Canada:

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE

MONTRÉAL, P.Q.

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel,
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

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

•

COMITÉ DU XXe CONGRÈS

J.-A. VIDAL, président.

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

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

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

•

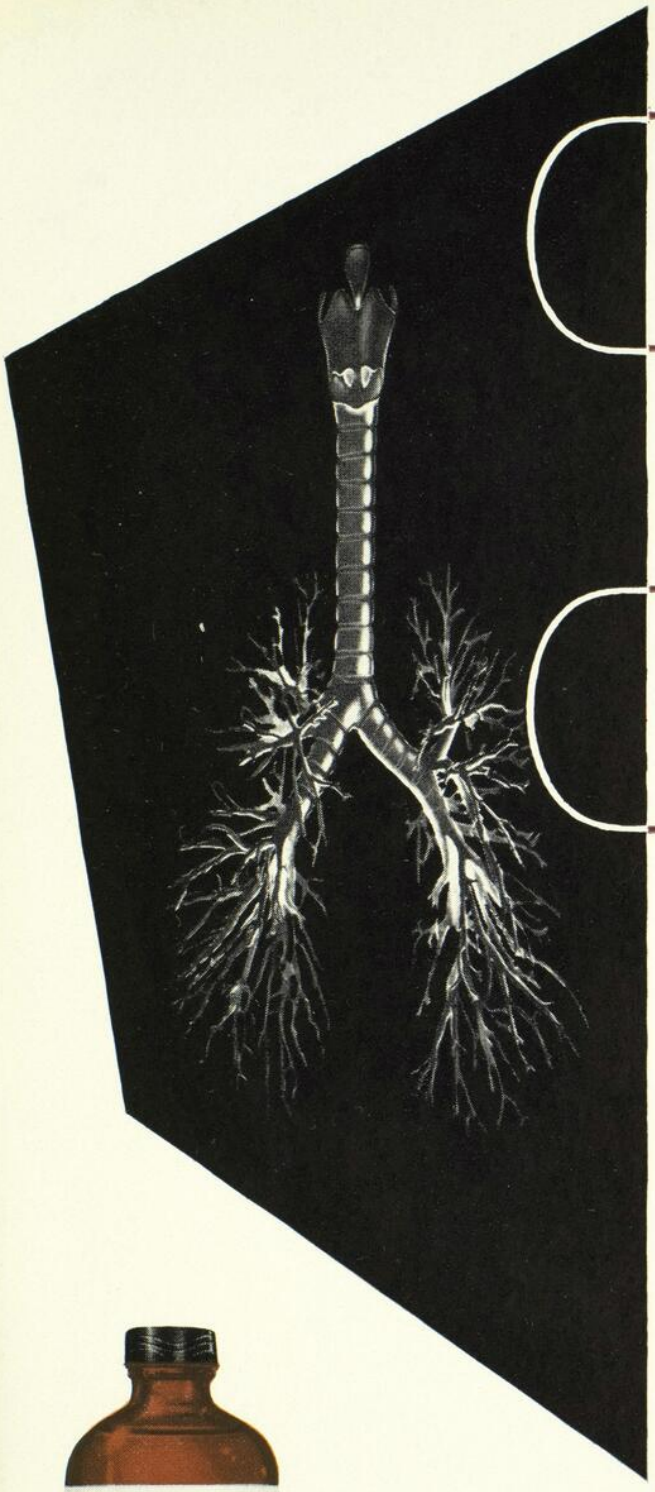
ANCIENS PRÉSIDENTS

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

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1950
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q. 1952
BAILLY, Roland, Saint-Pie de Bagot, P. Q. 1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta 1950
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-E. 1952
BIBAUD, Barthélémi, Valleyfield, P. Q. 1952
BLAIN, Emile, 444 est, rue Sherbrooke, Montréal 1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec 1952
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal 1950
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. 1950
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec 1952
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1050
DANDURAND, René, 847, rue Cherrier, Montréal 1952
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1950
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1952
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec 1952
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. 1952
DUBE, Edmond, 6055, rue Saint-Denis, Montréal 1950
GAUTHIER, C.-A., 53½, rue Saint-Louis, Québec 1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1950
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1952
LECOURS, J.-A., 538, avenue King Edward, Ottawa .. 1952
LEMIEUX, J.-R., 17, rue Sainte-Ursule, Québec 1952
MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville Saint-Laurent, P. Q. 1952
MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-Etienne-Cartier, Montréal 1952
MICHAUD, R., 170 est, rue Laurier, Ottawa 1950
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. .. 1952
MORRISSETTE, Pierre, Saint-Georges, Beauce, P. Q. .. 1952
PELLETIER, A., Winchendon, Mass. 1950
PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. ... 1952
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1950
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1950
POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. 1950
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. 1950
ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté Nicolet, P. Q. . 1952
SORMANY, Albert, Edmundston N.-B. 1950
TANGUAY, Rodolphe, Sudbury, Ont. 1950
TETRAULT, Adélard, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. 1950
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1950
VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1950

UN CONCEPT MODERNE DE LA



Maîtrise Active de la Toux

PYRIBENZAMINE EXPECTORANT
a été conçu pour la maîtrise ***active*** *de la toux y compris aussi bien celle d'origine bronchique qu'allergique.*

Chaque once fluide de PYRIBENZAMINE EXPECTORANT contient:

Citrate de Pyribenzamine - -	240 mg.
Sulfate d'Ephédrine - - - -	80 mg.
Chlorure d'Ammonium - - -	640 mg.

La teneur en PYRIBENZAMINE combat l'effet congestif de l'histamine, diminue la sensibilité de la membrane muqueuse et agit d'une façon synergétique avec l'éphédrine pour amener la décongestion de l'arbre respiratoire tout entier. En plus de son efficacité thérapeutique, PYRIBENZAMINE EXPECTORANT possède un goût et une couleur bien appréciés des patients de tout âge.



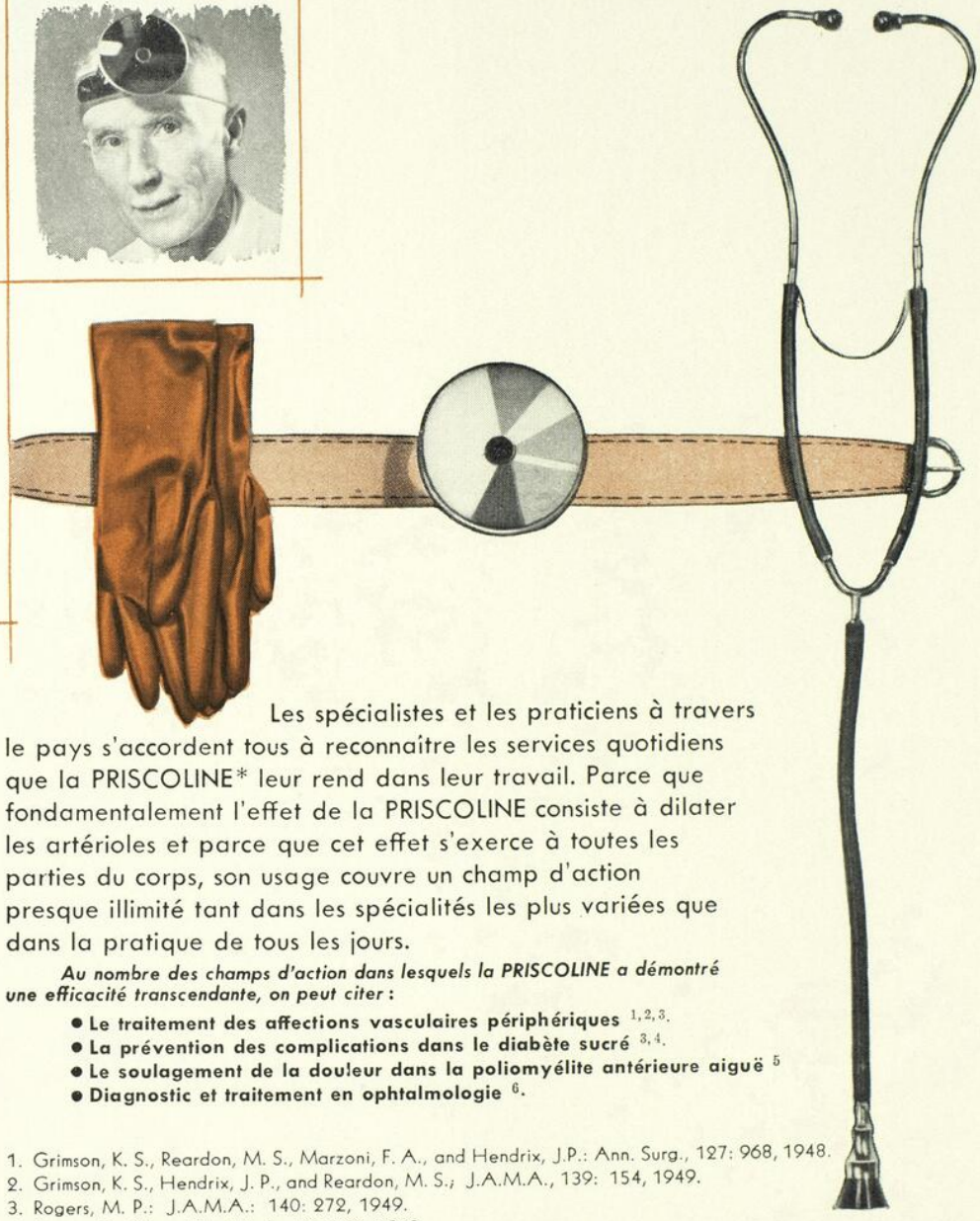
Pyribenzamine* **EXPECTORANT AVEC ÉPHÉDRINE**

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE MONTRÉAL



ILS SONT TOUS D'ACCORD !





Les spécialistes et les praticiens à travers le pays s'accordent tous à reconnaître les services quotidiens que la PRISCOLINE* leur rend dans leur travail. Parce que fondamentalement l'effet de la PRISCOLINE consiste à dilater les artérioles et parce que cet effet s'exerce à toutes les parties du corps, son usage couvre un champ d'action presque illimité tant dans les spécialités les plus variées que dans la pratique de tous les jours.

Au nombre des champs d'action dans lesquels la PRISCOLINE a démontré une efficacité transcendante, on peut citer :

- **Le traitement des affections vasculaires périphériques** [1,2,3].
- **La prévention des complications dans le diabète sucré** [3,4].
- **Le soulagement de la douleur dans la poliomyélite antérieure aiguë** [5]
- **Diagnostic et traitement en ophtalmologie** [6].

1. Grimson, K. S., Reardon, M. S., Marzoni, F. A., and Hendrix, J.P.: Ann. Surg., 127: 968, 1948.
2. Grimson, K. S., Hendrix, J. P., and Reardon, M. S.; J.A.M.A., 139: 154, 1949.
3. Rogers, M. P.: J.A.M.A.: 140: 272, 1949.
4. Singer, R.: Vien. Klin. Wschr. 56: 260, 1943.
5. Smith, E., Graubard, D. J., Goldstein, N., and Rosenblatt, P.: Paper presented May 5, 1949 at Med. Soc. State of N.Y., 143rd Annual Meeting.
6. Fanta, H.: Archiv f. Ophthalmologie, 149: 199-219, 1949.

Pour une description plus détaillée de l'application clinique, mode d'emploi et posologie de la PRISCOLINE, demandez la nouvelle brochure Ciba "L'Usage Clinique de la PRISCOLINE (autrefois PRISCOL)."

Priscoline*

(autrefois PRISCOL)

* Chlorhydrate de benzazoline Ciba.

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE MONTRÉAL

LORSQU'UNE SALICYLOTHÉRAPIE INTENSIVE EST INDIQUÉE...

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

BEREX — *le produit NON TOXIQUE de choix*

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

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

Bouteilles de 100 et de 500 comprimés.

BEREX est le nom déposé de ce produit. Breveté aux Etats-Unis. Demandes de brevets au Canada et pays étrangers.

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

PULMO-BAILLY

TONIQUE RESPIRATOIRE

Gaïacol
Acide phosphorique
Codéine

Affections pulmonaires Convalescences

4 à 5 cuillerées à café par jour

LABORATOIRES A. BAILLY

SPELY-EXPORT

19 RUE DU ROCHER - PARIS

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

Prolongement de l'Activité dans

Angine de Poitrine,

Thrombose des Coronaires,

Sclérose des Coronaires,

Décompensation Cardiaque,

Asthme Cardiaque et Bronchique,

Status Asthmaticus

assuré par son action
Vaso-dilatatrice et Diurétique.



COROPHYLLIN

(Aminophylline M&M)

est un vasodilatateur et un diurétique de première valeur. La sécrétion rénale, stimulée par son emploi, amène une diurèse massive. Le relâchement du spasme des artères coronaires produit une diminution de la douleur. Son action dilatatrice puissante sur les petites bronches et les bronchioles provoque le relâchement de la musculature bronchique et améliore la respiration. Corophyllin est aussi présentée en association avec les barbituriques pour la commodité de la prescription.

M&M Pharmaceutiques

Mowatt & Moore Ltd
PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX
MONTREAL

Dans les états cardiaques et bronchiques, l'expérience clinique a reconnu l'efficacité de l'administration de Corophyllin par voie rectale (suppositoires).

LES SUPPOSITOIRES SONT:—

COROPHYLLIN—Adultes (No 2879)
Corophyllin (Aminophylline M&M) 7½ grs.
COROPHYLLIN —Enfants (No 3038)
Corophyllin (Aminophylline M&M) 3¾ grs.
HYPNOMIN—Adultes (No 2941)
Corophyllin (Aminophylline M&M) 7½ grs.
Pentobarbital sodique ..... 1½ grs.
HYPNOMIN—Enfants (No 2940)
Corophyllin (Aminophylline M&M) 3¾ grs.
Pentobarbital sodique ..... ¾ gr.

Les comprimés glutinisés trouvent leur indication dans les cas où il est préférable d'éviter l'action des sucs gastriques et d'obtenir une action retardée.

COROPHYLLIN 1½ grs. E.C.T. 3046
COROPHYLLIN 3 grs. E.C.T. 2914

Ces préparations d'Aminophylline en association, éprouvées par l'expérience sont aussi présentées pour la commodité de la prescription.

DIG-AMINOPHYLLINE (C.T. 2183)
Aminophylline ..... 1½ grs.
Phénobarbital ..... 1¼ grs.
Digitale poudre B.P. ..... ¾ gr.
PHEN-AMINOPHYLLINE (C.T. 2130)
Aminophylline ..... 1½ grs.
Phénobarbital ..... ¼ gr.

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

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

• **L'ACIDE DÉHYDROCHOLIQUE**

. . . CONSTITUANT DE . .

CHOLIBILE

AVEC LE CASCARA SAGRADA ET LA VITAMINE B¹

est donc indiqué dans

- **Cholécystite — Cholangite**
- **Jaunisse — Insuffisance hépatique**
- **Anorexie — Constipation**

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

MONTRÉAL

"Cette préparation (la "Prémarine") est de beaucoup supérieure aux stéroïdes non conjugués, parce qu'elle est hydrosoluble et assure un taux d'absorption plutôt rapide au niveau de l'appareil gastro-intestinal."

Neustaedter, T.: Am. J. Obst. & Gynec. **46**:530 (oct.) 1943.

"Prémarine"

substances oestrogènes conjuguées (équines)

COMPRIMÉS.— No 865—2.5 mg. par comprimé
No 866—1.25 mg. par comprimé
No 867—0.625 mg. par comprimé
Bouteilles de 20 et de 100

No 868—0.3 mg. par comprimé
Bouteilles de 100

LIQUIDE.— No 869—0.625 mg. par cuillerée à thé
Bouteilles de 4 onces fluides

Si l'on désire aussi apaiser les troubles nerveux:

COMPRIMÉS.— No 877—0.625 mg. par comprimé plus ½ grain de phénobarbital.
Bouteilles de 100.

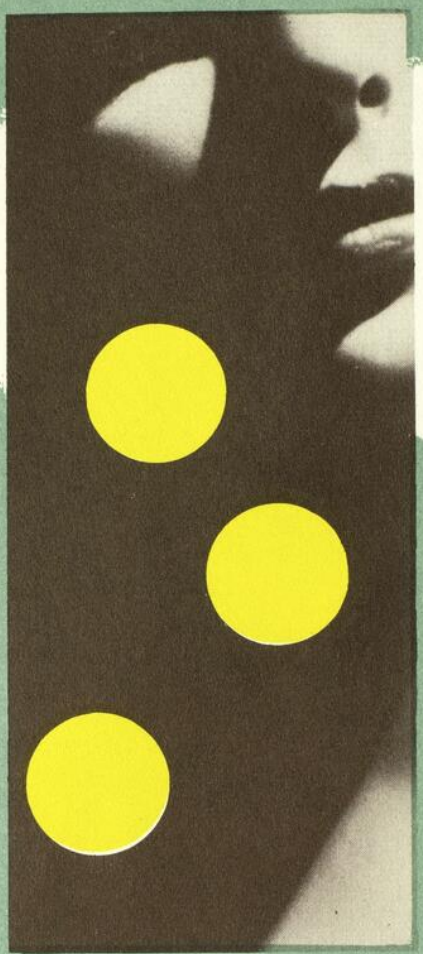
Ayerst

Le traitement par la "Prémarine" se montre en outre efficace dans d'autres affections causées par la carence d'oestrogènes, telles que la vaginite, le prurit vulvaire, l'aménorrhée, l'hémorragie utérine fonctionnelle et l'engorgement laiteux post partum.

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

F2954

pénicillothérapie continue des infections buccales et pharyngées



"CILLENTA"

pastilles pour la gorge

Les Pastilles "Cillenta" procurent d'excellents résultats dans le traitement de diverses formes de l'infection de Vincent affectant la bouche et la gorge. Leur emploi en chirurgie buccale, avant ou après l'intervention, tend à maintenir l'asepsie de la région. Lorsque la douleur est un facteur important, on recommande la formule No 859 pour l'effet anesthésique qu'elle produit grâce à son contenu en benzocaïne.

ACTION LENTE

No 850—1,000 unités int. de pénicilline par pastille.

ACTION RAPIDE

No 849—1,000 unités int. de pénicilline par pastille.

No 858—3,000 unités int. de pénicilline par pastille.

No 857—5,000 unités int. de pénicilline par pastille.

No 859—5,000 unités de pénicilline plus 2.5 mg. de benzocaïne par pastille.

No 860—10,000 unités int. de pénicilline par pastille.

Bouteilles de 20 et de 100 pastilles

S'obtient aussi:

"CILLENTA" COMPOSÉ—COMPRIMÉS No 891

Chaque comprimé contient:

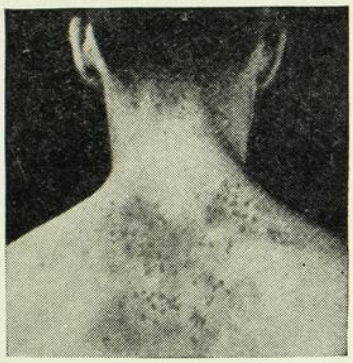
Pénicilline G potassique (cristallisée)	**25,000 U.I.**
Sulfamérazine	**2.5 grains**
Sulfaméthazine	**2.5 grains**
Sulfadiazine	**2.5 grains**

Tubes de 12 et flacons de 50 comprimés

Ayerst

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

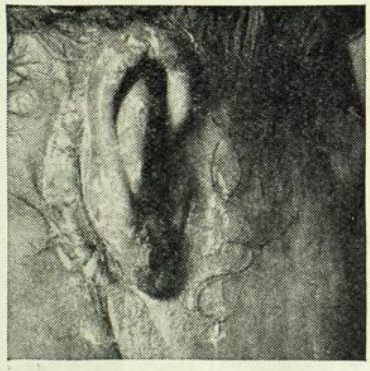
efficacité exceptionelle dans un grand nombre d'affections cutanées vulgaires



Le Pragmatar est particulièrement avantageux dans la dermatite séborrhéique, et pour le soin général et l'hygiène du cuir chevelu séborrhéique.

Le Pragmatar occasionne souvent une amélioration frappante des fongosités vulgaires—même de "pied d'athlète".





Le Pragmatar est énormément efficace contre les éruptions eczémateuses, surtout celles d'une tendance séborrhéique.

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 1

Pragmatar

remarquable onguent à base de goudron-soufre-acide salicylique

Cafergone

(E.C.110)

Traitement Oral

de la crise de Migraine

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

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

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

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

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

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

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

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

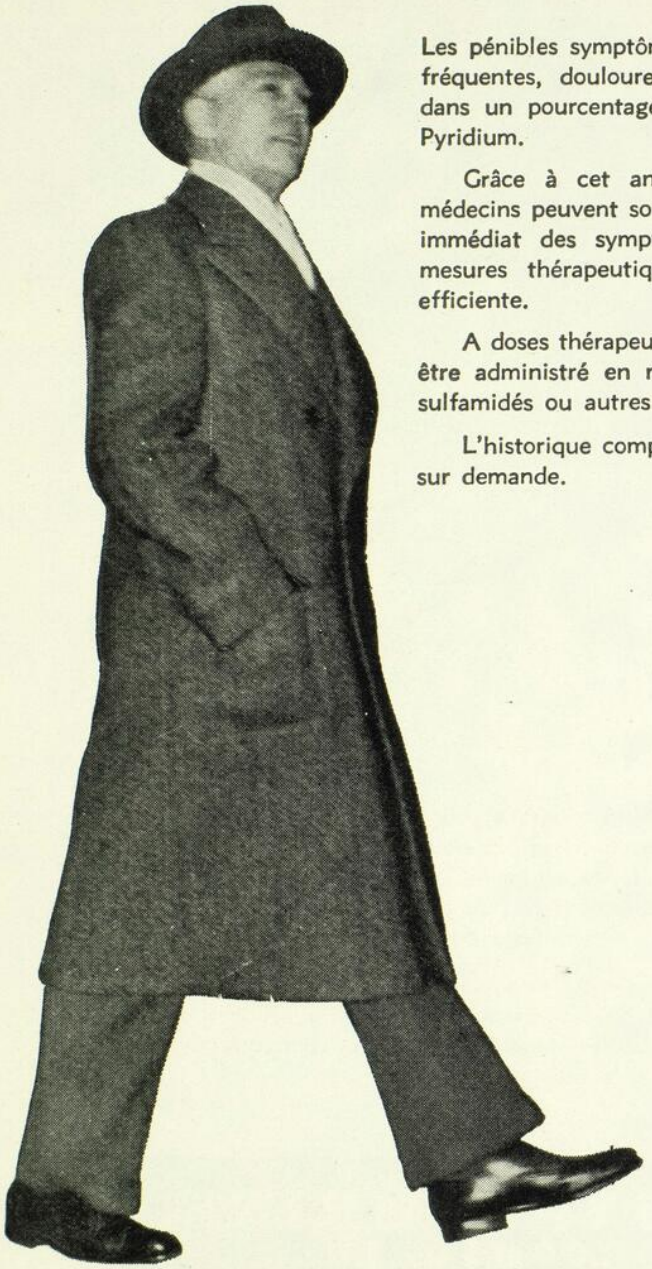
Littérature et échantillons sont à la disposition du Corps Médical.

SANDOZ

SANDOZ PHARMACEUTICALS LIMITED

391, SAINT-JACQUES OUEST **MONTRÉAL, P.Q.**

Le MALADE sous TRAITEMENT



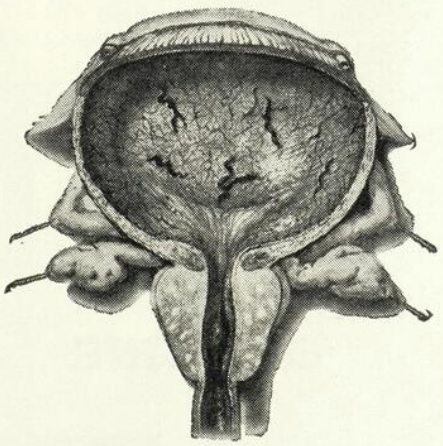
Les pénibles symptômes de l'infection des voies urinaires, tels les mictions fréquentes, douloureuses et cuisantes, peuvent être rapidement soulagés dans un pourcentage élevé de cas par la simple administration orale du Pyridium.

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

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

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

ÉPROUVE
un soulagement bienfaisant
à ses pénibles
SYMPTÔMES URINAIRES



PYRIDIUM®

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

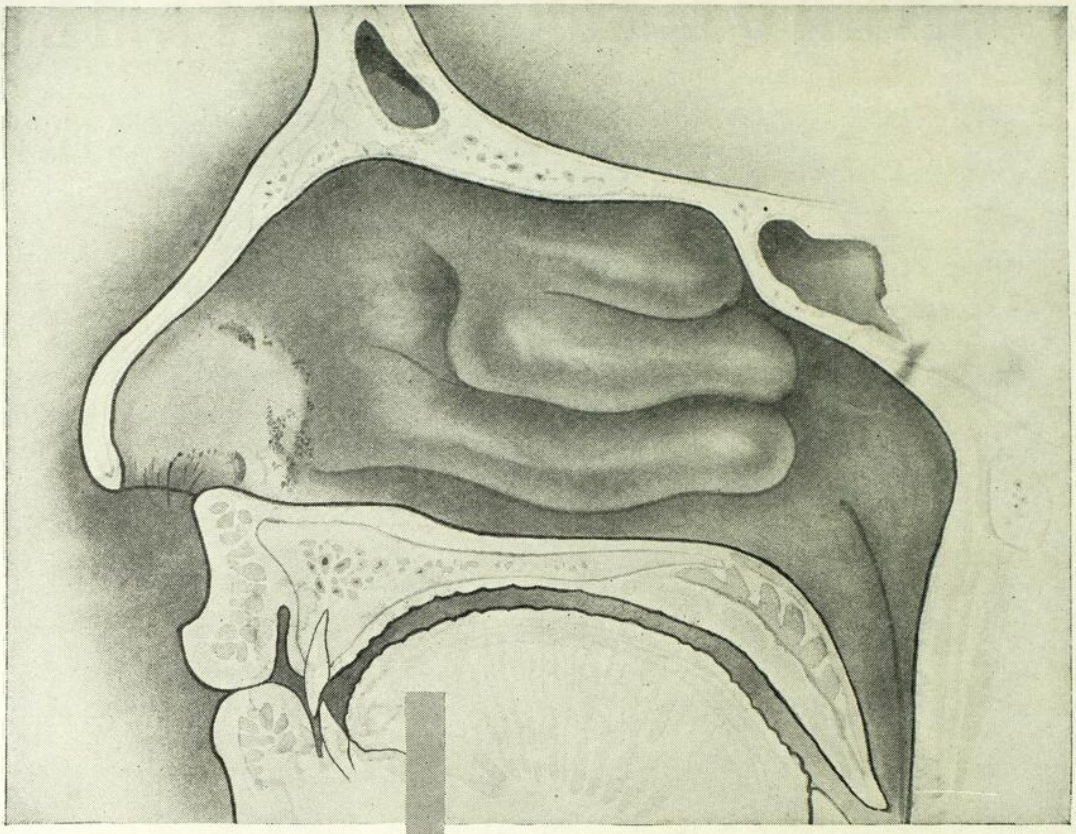
MERCK & CO., LIMITED

Fabricants chimistes

MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD



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



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

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

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

ACCEPTED COUNCIL ON PHARMACY AND CHEMISTRY AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

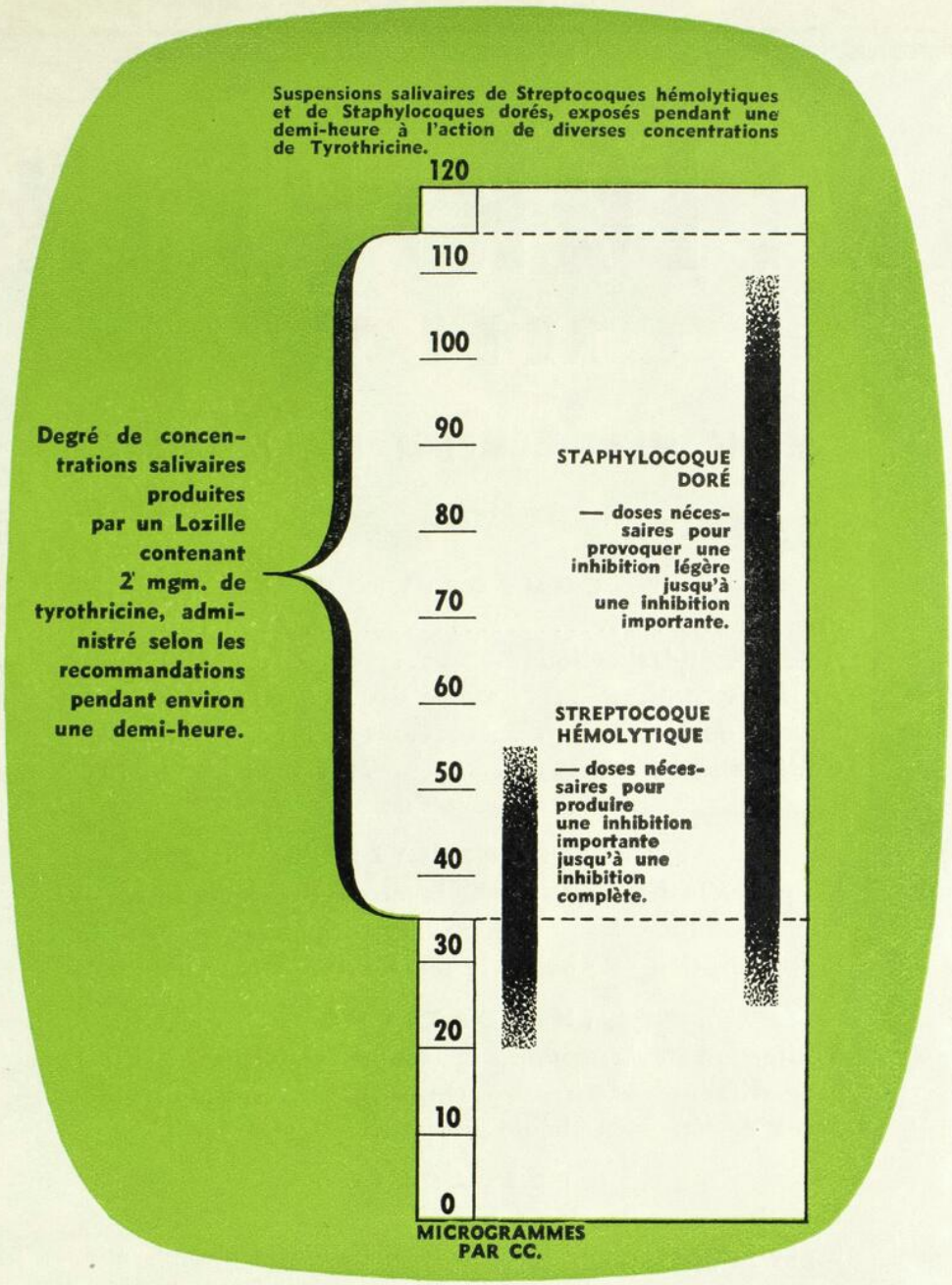
NEO-SYNEPHRINE®
HYDROCHLORIDE
BRAND OF PHENYLEPHRINE HYDROCHLORIDE

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

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

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

443 Sandwich Street, West, Windsor, Ontario.



Concentrations salivaires actives de Tyrothricine

Quand il est administré comme il se doit, un Lozille conserve pendant environ une *demi-heure* les concentrations salivaires indiquées sur le graphique.

La concentration salivaire prolongée assure une action antibactérienne générale contre les organismes gram-positifs, causes des infections oropharyngées aiguës.

La Tyrothricine, contrairement à la pénicilline pour usage topique, se distingue par une absence de toxicité locale. D'un goût agréable, les Lozilles contiennent aussi de la propésine, qui produit une analgésie non-toxique et durable.

Chaque Lozille contient 2 mgm. de tyrothricine et 2 mgm. de propésine. Se vend en fioles de 15 Lozilles.

LOZILLES

PASTILLES DE TYROTHRICINE-PROPÉSINE

WHITE LABORATORIES of Canada, Ltd., 64-66 Gerrard Street East, Toronto, Ont.

ANTIGRIPPINE
MIDY

MÉDICAMENT COMPLET DE LA GRIPPE

●

COMPOSITION

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

pour une dragée de 50 ctg.

PROPRIÉTÉS

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

INDICATIONS

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

POSOLOGIE

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

PRÉSENTATION

Boîte de 12 dragées de 50 ctg.

●

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

●

LABORATOIRES MIDY - PARIS

Au service du Corps médical depuis 1718

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



le "dégel" biliaire

Dans l'angiocholite non calculeuse, la stase qui se produit à l'intérieur du cholédoque occasionne souvent une infection ascendante. L'inflammation et le rétrécissement du conduit créent un terrain favorable à l'obstruction partielle et à l'accumulation de matières purulentes. L'action énergique du *Decholin Sodium* et du *Decholin* — une action hydrocholérétique — a raison de cette stase biliaire. Sous la pression hépatique, une bile abondante, plus fluide, s'écoule par les voies biliaires tel un dégel printanier, emportant avec elle, le pus, les débris, le mucus et la bile stagnante. Grâce au drainage qu'on a ainsi rétabli, on obtient une amélioration de l'état général.

On devrait commencer le traitement avec de faibles doses de *Decholin Sodium* administrées par voie intraveineuse; ces doses sont progressivement augmentées et on les fait suivre d'un traitement aux comprimés *Decholin*.

Decholin®

marque d'acide déhydrocholique

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

Decholin Sodium R (marque de déhydrocholate de sodium) en solution aqueuse à 20%; en ampoules de 3 cm³, 5 cm³ et 10 cm³; paquets de 3 et de 20 ampoules.

DECHOLIN et DECHOLIN SODIUM, marques déposées aux Etats-Unis et au Canada.

AMES

AMES COMPANY OF CANADA, LTD.
TORONTO 4, ONTARIO

Le SPASME engendre la DOULEUR

NEUROPHEN

lève le SPASME

FORMULE

- Novatropine ..... 1 mg.
- Phénobarbital ..... 20 mg.
- Acide Acétylsalycilique .. 150 mg.
- Vitamine K ..... 0.25 mg.

INDICATIONS

- Douleur spastique
- Dysménorrhée
- Coliques biliaire et rénale
- Pyloro- et entéro-spasme

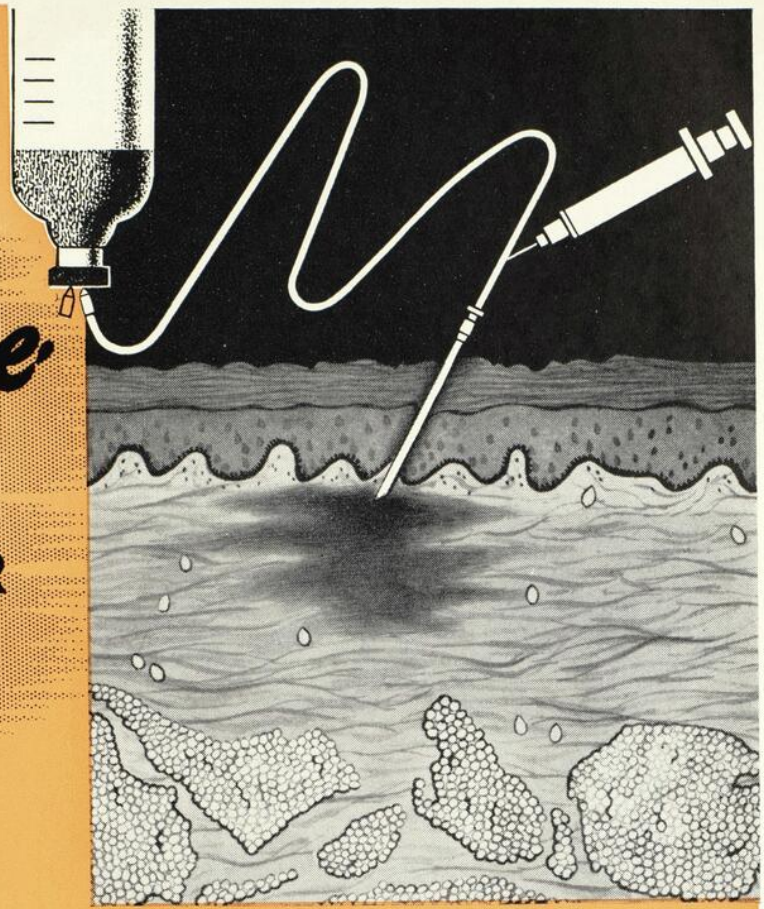
LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

MONTRÉAL

SE

Diffuse

COMME
L'ENCRE SUR
LE BUVARD



Efficacité
accrue
de
l'hypodermoclyse
et de
l'anesthésie...
avec

HYDASE

HYALURONIDASE

Wyeth
Marque Déposée

Les solutions injectées se diffusent aisément dans les tissus préparés à l'HYDASE.

Un plus grand volume de liquide peut être infusé plus rapidement... en toute sécurité. La tuméfaction et la douleur dues à la distension sont éliminées. L'HYDASE est aussi un adjuvant de choix dans l'anesthésie locale ou par infiltration. Atoxicité complète aux doses thérapeutiques.

PRESENTATION: Fioles stériles de 150 unités TR (turbidito-réductrices) — la préparation d'hyaluronidase la plus pure.

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



. . . couvre admirablement les besoins

B • PLEX

B-COMPLEX ELIXIR WYETH

Durant la période aigue, les besoins en éléments vitaminiques B augmentent considérablement et c'est justement à ce moment que le régime — souvent restrictif — en apporte le moins. La quantité de ces facteurs importants est donc vite réduite à un niveau inférieur à la normale. Chez la plupart des malades, on peut s'attendre à une convalescence plus rapide, si on leur ordonne des quantités idoines d'une préparation complexe de vitamines B, à la fois puissante. complète et judicieusement équilibrée.

Présenté sous formes de Capsules, et d'injections.

. . . prête à l'emploi immédiat
aucun solvant à ajouter

SUSPENSION DE WYCILLIN EN TUBEX

PENICILLINE-G PROCAINIQUE POUR INJECTION
***AQUEUSE*, 300,000 UNITES**

PREPARATIONS ADDITIONELLES DE PENICILLINE INJECTABLE

WYCILLIN - WYCILLIN FORTIFIED
LENTOPEN - LENTOPEN ALL PURPOSE

Wyeth
Marque Déposée

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED
WALKERVILLE - ONTARIO



La précision compte...

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

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

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

DIGOXIN

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

UN NOUVEAU JALON IMPORTANT

dans la thérapeutique des affections arthritiques...

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

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

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

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

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

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

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

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

présentation: Flacons de 100 comprimés glutinisés.



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

Pabalate®

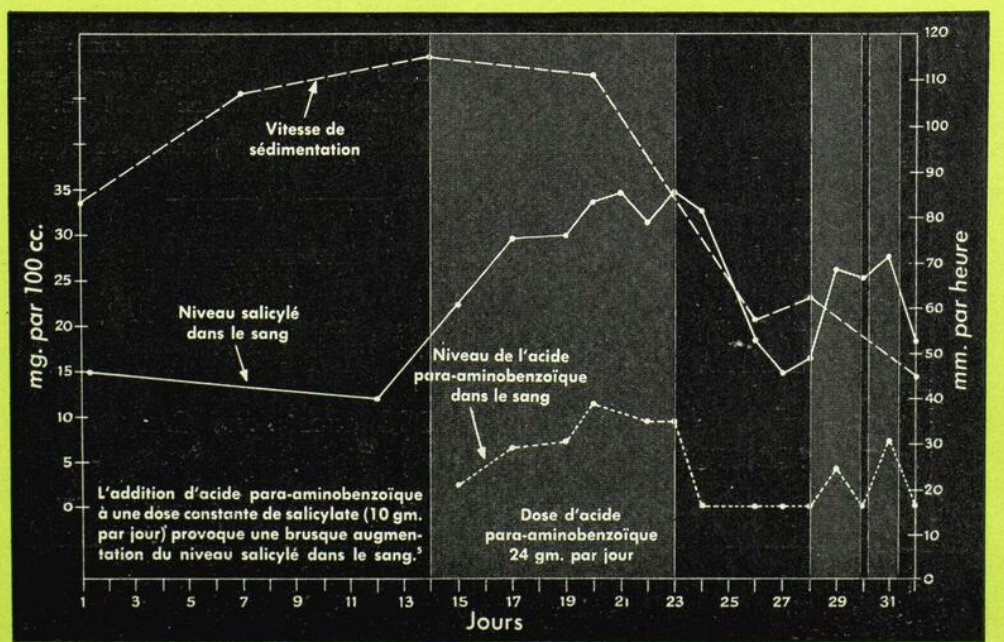
Les comprimés de Pabalate sont glutinisés pour prévenir l'irritation gastrique et assurer une tolérance optimum.

Robins

Agents pour le Canada

THE LEEMING MILES CO., LTD.
1 Notre Dame St. West, Montreal 1, Quebec





bibliographie:

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

TRAITEMENT DES TROUBLES DU FOIE PAR LES DRAGÉES ENTÉRIQUES

ENTÉRYDINE

Recommandées contre les hépatites aiguës ou chroniques, et toute insuffisance biliaire, cause éventuelle de la constipation et de la jaunisse.

Effectuent une dérivation nécessaire aux engorgements du foie, prévenant ainsi la lithiase biliaire qui en découle.

CHAQUE DRAGÉE CONTIENT:

	Boldine .001 gm.		
Sels biliaires	.052 gm.	Eukinase	.026 gm.
Pancréatine	.026 gm.	*Cascara sagrada*	.026 gm.
Ext. artichaut	.026 gm.	Phénolphtaléine	.026 gm.
Podophyline	.006 gm.	Ext. Noix vomique	.003 gm.

Mode d'emploi:

Une ou deux dragées entre les repas ou deux dragées au coucher, suivant l'avis du médecin.

DRAGÉES GLUTINISÉES

PyéLosE

DIURÉTIQUE ACIDIFIANT MICROBICIDE

Indications: *Pyélites, pyélonéphrites, lithiases, cystites, cholécystites.*

Réalise la désinfection des voies biliaires et urinaires.

CHAQUE DRAGÉE CONTIENT:

Mandal. de Calc.	0.060 gm.	Phos. d'ammonium	0.060 gm.
Hydr. de Terpine	0.030 gm.	Acide Nicotinique	0.004 gm.
		Benzo-Méthyl-Oxyquinoléine	0.04 gm.

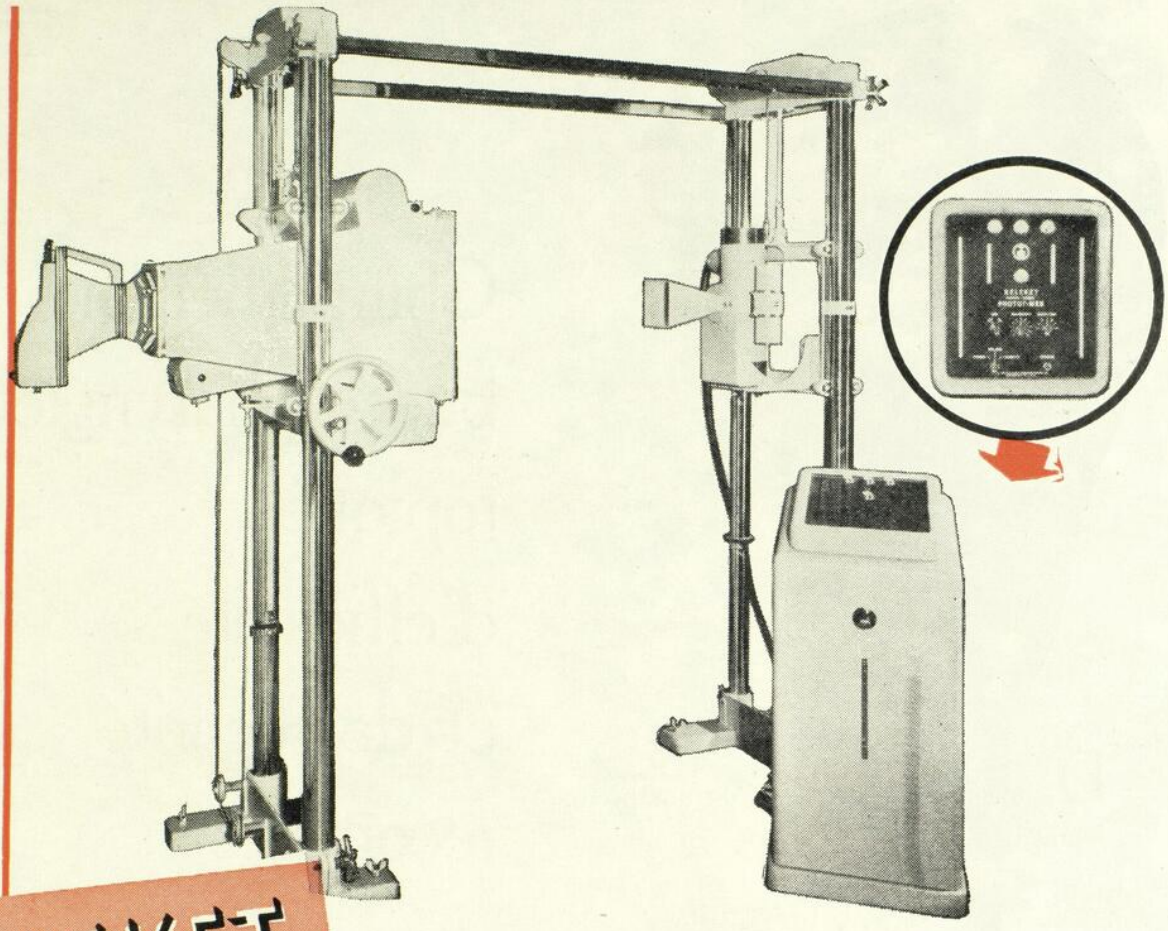
Posologie: Deux dragées trois fois par jour suivant l'avis du médecin.

CIRCULAIRES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE.

LABORATOIRES DESAUTELS LIMITÉE

200 ouest, rue Craig,

MONTRÉAL, - - CANADA



KELEKET Photocron

pour les examens de routine lors de l'admission à l'hôpital

conçu pour simplicité, précision et efficacité.

Le Photocron Keleket s'adapte soit à l'appareil Fairchild pour bobines de 70 millimètres, soit au Fairchild Fluoro-Record utilisant le "cut film" (tel qu'illustré). Le chronomètre photo-électrique de Morgan-Hodges (tel qu'illustré) assure la constance de la densité radiographique. Le générateur du Photocron peut être fourni avec une capacité de 100 ou 200 milliampères.

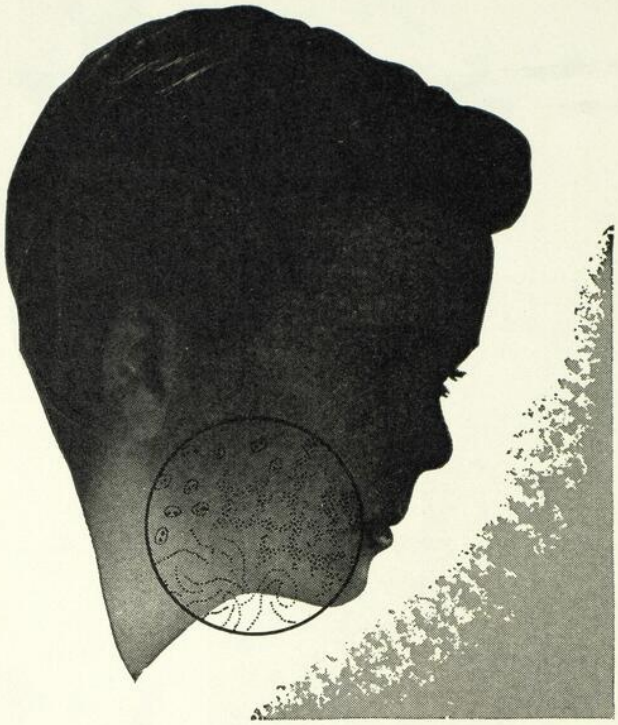
Avec l'un ou l'autre des appareils mentionnés plus haut, le Photocron Keleket répondra à toutes les exigences requises pour l'examen des poumons, soit comme unité indépendante, soit comme complément à un appareil préexistant.

Nous serons heureux de vous envoyer un de nos représentants qui vous suggérera l'installation appropriée à votre hôpital ou votre clinique.

X-ray AND Radium INDUSTRIES LIMITED

261 DAVENPORT RD. - TORONTO 5

MONCTON — MONTRÉAL — WINNIPEG — RÉGINA — CALGARY — EDMONTON — VANCOUVER



Chimiothérapie bucco-pharyngienne topique d'efficacité et de sécurité reconnues

Depuis plusieurs années, de nombreux chercheurs ont démontré que l'usage clinique de la Gomme au Sulfathiazole se montrait très efficace pour enrayer les infections de la bouche et de la gorge — et sans provoquer d'effets secondaires toxiques.

Neiman,* dans une étude poursuivie pendant une période de huit mois sur l'emploi prophylactique de la Gomme au Sulfathiazole, rapporte une diminution appréciable de l'incidence des rhumes, aussi bien que de la pharyngite primaire.

SÉCURITÉ

Le même auteur* déclare: "Il est à noter que les bouches de plus de 100 personnes furent exposées au médicament, sous forme concentrée, tous les jours pendant huit mois, sans aucun effet fâcheux."

White's

Sulfathiazole Gum

CHIMIOTHÉRAPIE SÛRE ET EFFICACE

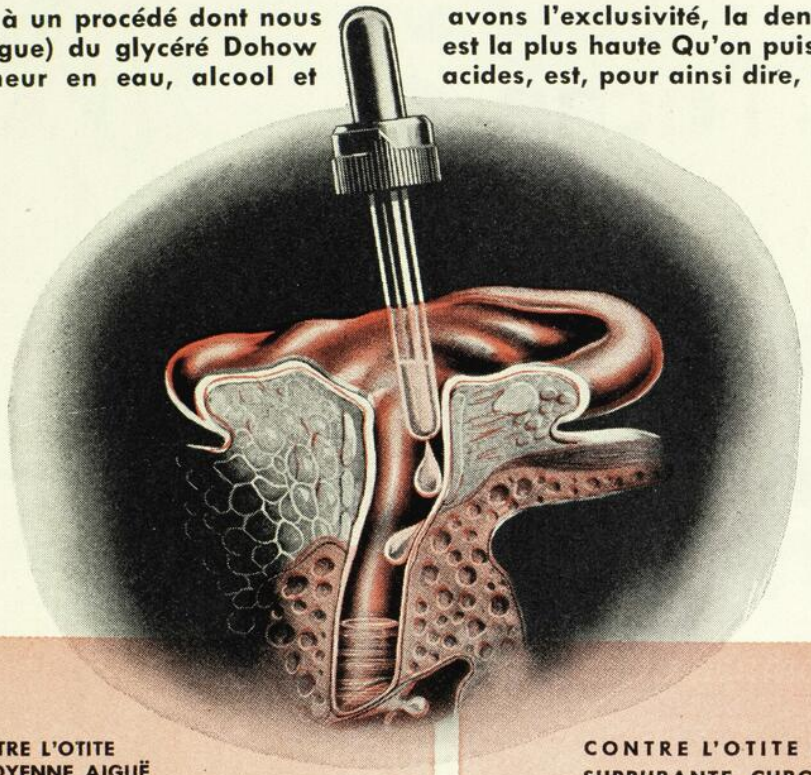
Présentation: Boîtes à coulisse pour ordonnance, contenant 24 dragées — scellées individuellement dans un ruban transparent. Chaque dragée contient 3.75 grains (0.25 gm.) de sulfathiazole.

White Laboratories of Canada Ltd., *64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Canada.*

* Neiman, I. S.: Prophylactic Value of Sulfathiazole. Arch. Otolaryngol., *47*: 158 (fév.) 1948.

LA NOTION FOURNIE PAR L'EXAMEN DU MALADE DICTE LE CHOIX DE LA MÉDICATION

Grâce à un procédé dont nous avons l'exclusivité, la densité (gravité spécifigue) du glycéré Dohow est la plus haute Qu'on puisse obtenir— sa teneur en eau, alcool et acides, est, pour ainsi dire, nulle.



CONTRE L'OTITE MOYENNE AIGUË

ENLÈVEMENT DES CONCRÉTIONS CÉRUMINEUSES

COMME ADJUVANT D'UNE MÉDICATION ORGANIQUE CONTRE CERTAINS AGENTS INFECTIEUX (PÉNICILLINE, etc.)

OTOPATHIES ASSOCIÉES AUX MALADIES CONTAGIEUSES

SERVEZ-VOUS d'Auralgan

...parce que ses propriétés puissamment analgésiques et déshydratantes diminuent la congestion, calment promptement la douleur, et soulagent l'inflammation, dans tous les cas qui intéressent un tympan encore intact.

FORMULE:

Glycéré DOHOW.....17.90 g
(la plus haute densité qui puisse etrê obtenue)
Phénazone.....0.87 g
Benzocaine.....0.23 g

CONTRE L'OTITE MOYENNE SUPPURANTE CHRONIQUE, LA FURONCULOSE ET LA DERMATOMYCOSE AURICULAIRE,

SERVEZ-VOUS

d'O-TOS-MO-SAN

... parce que cette combinaison chimique des plus efficaces (et non pas une simple mixture), qui réunit le sulfathiazole et l'urée dans un excipient de glycéré AURALGAN (DOHOW), exerce une puissante action dissolvante sur les protides, liquéfie et dissout les granulations tissulaires exubérantes, nettoie le conduit auditif, supprime la fétidité, et tend à activer la réparation normale des tissus en présence d'une otite moyenne suppurante chronique.

FORMULE:

Urée.....2.0 g
Sulfathiazole.....1.6 g
Glycéré DOHOW (base).....16.4 g

Documentation et échantillons enovyés á la demande de MM. les médecins.

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD. · fabricants de l'AURALGAN et de l'O-TOS-MO-SAN

Montréal **New York-13** **Londres**



Pourquoi l'acné

disparaît si rapidement

après l'emploi de

l'Acnomel

La rapidité d'action de l'Acnomel est due, en grande partie, aux qualités exceptionnelles de son véhicule. Ce véhicule spécial, grâce à un principe entièrement nouveau, assure l'efficacité complète des éléments éprouvés de l'Acnomel. Il possède tous les avantages d'une émulsion d'huile aqueuse, tout en étant absolument exempt de cire, d'huile ou de graisse. L'Acnomel est stable, non-graisseux, et de couleur chair.
Il contient 2% de résorcinol et 8% de soufre.
Disponible, sur ordonnance seulement en tubes de 1½ onces spécialement enduits à l'intérieur.

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 1

Acnomel *réalise un notable progrès, à la fois clinique et cosmétique,* **dans la thérapeutique de l'acné**



PAINTED BY FREDE VIDAR

Allo Flagstaff, Ici Florence

partout où se pratique la chirurgie moderne . . .



FLAGSTAFF, ARIZONA—

PLUS DE 1200 rapports publiés constituent un guide sûr et précis qui permet d'obtenir sans danger les meilleurs résultats possibles du Pentothal Sodique pour l'anesthésie intraveineuse. Cette documentation clinique mondial provenant de tous les coins de l'univers et servant dans tous les pays, traite en détail de tous les aspects de l'emploi du Pentothal Sodique—ses avantages et ses inconvénients, les précautions à prendre et les techniques d'administration.

Parmi les nombreux avantages du Pentothal Sodique qui sont énumérés signalons: simplicité de l'équipement, induction rapide et douce de l'anesthésie sans anxiété chez le patient, période de réveil courte et agréable, complications postopératoires moins nombreuses, absence de tout danger d'explosion ou d'incendie. Aimeriez-vous en apprendre plus long sur le Pentothal Sodique? Adressez-nous simplement une carte et nous vous ferons parvenir une littérature détaillée.

LABORATOIRE ABBOTT LIMITEE, MONTREAL 9.

pentothal sodique

(Thiopental Sodique Stérile, Abbott)

pour l'anesthésie intraveineuse

Abbott

COMME ADJUVANT DU PENTOTHAL SODIQUE

Chlorure de *d*-TUBOCURARINE, Abbott

. . . en fioles de 10 cc. et de 20 cc. contenant 3 mg. de chlorure de *d*-tubocurarine pentahydraté par cc. Demandez la littérature.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 78:

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

...En effet, tandis que dans la première édition de son Traité de l'auscultation médiate, *Laënnec, faisant connaître le bruit de « soufflet » qu'il avait constaté chez les sujets atteints de maladie du cœur, le donnait comme une conséquence directe, comme le signe le plus sûr et le plus constant des lésions qui affectent les orifices, et ajoutait que « le lieu et le temps dans lesquels on les entend indiquent évidemment quel est l'orifice affecté »; dans la seconde édition qu'il publia en 1826, c'est-à-dire sept ans après, revenant sur sa première affirmation et faisant en quelque sorte amende honorable, il avoue que, « depuis ses premiers écrits, il a vu mourir un assez grand nombre de sujets ayant présenté le bruit du « soufflet » et « à l'ouverture desquels il ne se trouva aucune lésion... qui ne se rencontre fréquemment chez les sujets qui n'ont présenté aucun souffle ». Il conclut que, ce bruit existant* très fréquemment *chez des gens qui n'ont aucune affection organique du cœur, c'est apparemment à tout autre chose qu'à la lésion même qu'il le faut attribuer.*

...Les souffles anorganiques qui se font entendre au-devant du cœur prennent naissance dans les parties du poumon dont cet organe est entouré.

...On voit qu'il y a nombre de cas où l'observation et l'expérimentation ont pu démontrer de la manière la plus formelle le siège pulmonaire des bruits de souffles anorganiques. Il est certainement logique d'admettre que cette démonstration est également valable pour ceux des souffles anorganiques qui, sans apporter avec eux les mêmes éléments de démonstration, se présentent néanmoins avec des caractères identiques à ceux des premiers. Or, on a vu qu'il en est ainsi pour l'immense majorité des bruits anorganiques et que ceux qui font exception sous ce rapport sont en nombre véritablement infime... Il est par conséquent exact de dire d'une façon générale que les souffles cardiaques anorganiques sont à peu près exclusivement des bruits cardiopulmonaires. Et cette interprétation des faits s'impose d'autant plus inévitablement qu'il n'en est, ainsi qu'on l'a vu, aucune autre qu'il soit permis de lui substituer.

...Le souffle cardiopulmonaire est donc produit le plus souvent, sinon constamment, par une sorte d'aspiration que déterminent les mouvements du cœur.

...Il reste établi que les souffles cardiopulmonaires sont à peu près des bruits aspiratifs déterminés par le retrait systolique ou diastolique de la surface du cœur.

(Potain)

BULLETIN

À PROPOS DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE

Le professeur Roger Dufresne, dans un Bulletin paru dans *L'Union Médicale du Canada,* numéro de novembre 1949, attire l'attention sur l'enseignement de la médecine aux Etats-Unis et au Canada; les propos qu'il tient à ce sujet sont de nature à inspirer de sérieuses réflexions et à susciter des commentaires appropriés.

L'évolution de la médecine n'a peut-être pas la vigueur et les résultats qu'à cette fin de demi-siècle on serait porté à lui attribuer. Un nouveau cinquantenaire commence; verra-t-il les progrès définitifs ou n'assistera-t-il qu'à un recommencement de théories ou d'expériences, les unes vieilles d'Hippocrate, les autres reprises, rejetées, redécouvertes pour n'en mourir que mieux. Un observateur sceptique croit parfois que les découvertes médicales se présentent, disparaissent et reviennent par cycles.

En ce premier mois de la seconde partie du 20e siècle, il est opportun de formuler le vœu qu'un jour prochain la médecine franchisse l'ère expérimentale et soit classée au rang des sciences appelées ou présumées exactes.

Pour arriver à ce but, il faut que les facultés de médecine forment, non seulement d'excellents praticiens, mais préparent d'habiles chercheurs. Le professeur Roger Dufresne signale les difficultés que rencontrent ceux qui ont choisi la mission d'éduquer et qui aiment leur magistère; ces difficultés sont nombreuses et portent pour la plupart sur le facteur pécuniaire; qu'un mécène s'annonce, porteur de la menue monnaie nécessaire et le problème entrevu n'est déjà plus, d'emblée, insoluble.

Les facultés de médecine, certaines tout au moins, sont lourdement blâmées et même parfois accusées en public de n'avoir pas su s'adapter aux circonstances de temps et de lieux; la préparation qu'elles donnent à leurs élèves serait inadéquate et incapable de leur offrir ce qu'il faut pour qu'ils se fassent justice et rendent au patient ce que celui-ci attend d'eux.

Le professeur Roméo Pépin, dans une conférence récente qui paraîtra sous peu dans *L'Union Médicale du Canada,* a fait une

mise au point qui s'imposait et appris à certains des faits ignorés, mais sur lesquels néanmoins on portait jugement sans les connaître.

Il est hors de doute que les facultés de médecine peuvent pécher par omission; elles ne sont pas et ne se prétendent pas infaillibles. Leurs dirigeants ne craignent pas la critique, quand ils la savent constructive; ils la reçoivent avec intérêt lorsqu'elle est mue par des motifs spirituels élevés. Certaines initiatives peuvent paraître osées et intempestives; elles ne sont toutefois que la transposition locale de faits éprouvés ailleurs et reconnus effectifs. Pourquoi ce qui est vrai au delà ne l'est-il plus en deça? Les facultés de médecine s'inquiètent de la préparation à donner au médecin qui n'aura aucune attache hospitalière; elles tâchent de modifier certains de leurs programmes en les orientant de manière que toutes les catégories de futurs médecins y trouvent matière à glaner.

La Faculté de Montréal a même invité en 1949 deux médecins, qui exercent l'un à la ville, l'autre à la campagne, pour dire aux élèves en quoi consiste la pratique extra-hospitalière. Ces cours seront même repris et augmentés en 1950. Les facultés américaines veulent même aller plus loin; pour le moment, la grande majorité se contente de consacrer la dernière année du cours, soit la quatrième, au travail de clinique externe. L'élève finissant fait sa cléricature aux différents dispensaires; ici encore, éternel recommencement: il y a trois quarts de siècle chez nous, l'élève faisait un stage chez un médecin de quartier et suivait l'enseignement direct de celui-ci; bon ou mauvais, il lui en restait toujours quelque chose. L'étudiant de certaines universités américaines a un contact direct avec le malade de la consultation externe et, sous la surveillance d'un clinicien, il en a la charge, diagnostic et traitement. Cette confrontation avec les malades ambulants représente ce qui se passera, l'an suivant, dans son propre cabinet.

L'enseignement idéal en médecine, c'est l'enseignement individuel; les leçons magistrales sont utiles, si elles servent de mises à date et comportent de clairs aperçus d'une question difficile; les cliniques sont indispensables, mais pour qu'elles soient fructueuses, elles doivent conférer à l'élève un rôle actif: l'examen du malade et la rédaction de son histoire.

Les cours théoriques cèdent la place de plus en plus. Si, au lieu de l'être à la Faculté, ils sont donnés à l'hôpital, ils permettent l'illustration, par la présentation de malades dont l'histoire clinique s'appa-

rente ou se superpose même aux syndromes ou à l'entité pathologique étudiée. La Faculté de Montréal en a fait l'essai à la chaire de pathologie chirurgicale. Les élèves y gagnent un enseignement objectif, quelques heures libres et les professeurs y trouvent plus d'agrément et de satisfaction, car ils ont l'impression de faire œuvre différente de celle des manuels.

Les facultés françaises ont reconnu l'importance de l'enseignement clinique direct par la présence constante à l'hôpital de leurs externes et de leurs internes; ceux-ci ne quittent leurs services que pour certains stages obligatoires en sciences basales; les heures et les jours de garde ne sont pour eux que travail surajouté.

Pourquoi n'en serait-il pas de même chez nous? La transition pourrait se faire facilement quand s'ouvrira l'hôpital universitaire et lorsque les hôpitaux de Montréal qui ne l'ont pas encore fait demanderont leur affiliation à la Faculté. Il y aura alors une grande demande et, la liste épuisée des élèves de cinquième année, il faudra nécessairement recourir à la formule de l'externat dirigé qui jouera au bénéfice des étudiants de quatrième ou même de troisième.

Puissent ces modifications souhaitables se réaliser incessamment pour le plus grand bien de nos étudiants et pour le bénéfice ultérieur du patient.

Edouard DESJARDINS.

GASTRECTOMIE POUR ULCUS ET CANCER DU MOIGNON GASTRIQUE[1]

Ch. DEBRAY, M. ROUX, R. CHEVILLOTTE, S. SÉGAL (France)

L'intérêt des cancers de la partie haute de l'estomac s'est singulièrement accru au cours de ces dernières années du fait des progrès de leur diagnostic et de leur traitement chirurgical. Mais il en est certains parmi eux qui semblent jusqu'ici avoir peu retenu l'attention: ce sont les *cancers développés de façon primitive sur des moignons d'estomac après gastrectomie.*

Nous avons pu rassembler dans ces derniers mois six observations de tels cancers. Dans tous ces cas, il s'est agi de néoplasmes survenus plusieurs années après une gastrectomie nécessitée *par un ulcère certain,* duodénal ou gastrique. Ont été éliminés de cette étude les cas beaucoup plus fréquents de cancers du moignon développés après une résection gastrique pour cancer: il ne s'agit plus en effet, dans ces cas, de cancer *primitif* de l'estomac.

Ces observations nous ont semblé intéressantes pour plusieurs raisons: — tout d'abord *la difficulté du diagnostic.* Chez un gastrectomisé qui souffre, le diagnostic s'oriente volontiers d'emblée vers des lésions de la bouche anastomotique, si bien que la lésion néoplasique plus haut située, très souvent difficile à mettre en évidence, risque de passer inaperçue.

— d'autre part les *difficultés thérapeutiques.* L'existence de la bouche de gastrectomie vient compliquer l'exérèse de la tumeur, exérèse déjà difficile par elle-même en raison du siège de la lésion.

— enfin, d'un point de vue général, le fait que nous ayons pu recueillir en peu de temps six observations de ce genre permet de se demander si cette relative fréquence n'est que l'effet d'une coïncidence ou s'il n'y a pas dans l'estomac réséqué des conditions favorisant le développement du cancer.

Observation 1.

Madame Thu..., Marie, 41 ans, a subi une gastrectomie en 1937 pour ulcère du bulbe, gastrectomie qui amena une guérison satisfaisante. En 1945, elle aurait présenté un diabète rénal avec glycosurie importante (57 g. par l.) alors que la glycémie n'était qu'à 0,92 g., à plusieurs reprises. Au début de septembre 1948, 11 ans après sa gastrectomie, apparaissent une anorexie progressive intense, des douleurs postprandiales précoces durant 2 ou 3 heures et bientôt un amaigrissement important.

Une *première série de radiographies* est pratiquée le 1er octobre 1948: la bouche de gastrectomie est parfaite et fonctionne normalement; l'étude du moignon gastrique ne semble rien montrer de particulier au premier abord; toutefois, il existe un doute sur la région du cardia. Une *gastroscopie* est décidée; elle confirme l'intégrité de la partie basse du moignon gastrique; par contre, toute la petite courbure sur 4 ou 5 cm. au dessus du cardia est le siège d'une importante lésion: ulcération recouverte de faussses membranes, irrégulière, limitée par des bords très rouges présentant des hémorragies capillaires susmuqueuses; forte saillie de la petite courbure qui

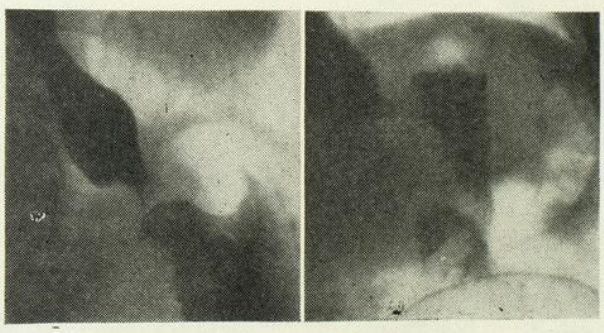


FIG. 1. — (Cliché Puyaubert) — Mme Thu. — Bouche de gastrectomie normale. Dans la clarté de la poche à air, on distingue le dégradé de la tumeur. Celle-ci se prolonge en bas tout le long de la petite courbure et des faces adjacentes qui ont un aspect vermoulu. L'abouchement du cardia dans l'estomac est curieusement trifurqué.

FIG. 2. — (Cliché Mme Tedesco) — Mme Rond. — Bouche de gastrectomie normale. Moignon gastrique exigu. Aspect irrégulier, lacunaire de la petite courbure sous-cardiale. Dilatation de l'œsophage terminal.

1. Présentation faite à une réunion conjointe des Sociétés de Radiologie, de Gastro-entérologie et de Chirurgie de Montréal (Canada), tenue à l'hôpital Saint-Luc, le 24 octobre 1949.

vient presque au contact de l'objectif; l'aspect est celui d'un épithélioma sous-cardial étendu.

De nouvelles radiographies, spécialement centrées, pratiquées le 21 octobre 1948, montrent cette fois des lésions manifestes: dans la partie interne de la poche à air existe un dégradé correspondant au cancer; l'ombre de la terminaison de l'œsophage a un curieux aspect trifurqué. Enfin, la petite courbure sous-cardiale a, sur 4 ou 5 cm., un aspect irrégulier et l'ombre gastrique voisine est de tonalité irrégulière, marécageuse (fig. 1). Le diagnostic de néoplasie juxta et sous-cardiale est certain.

Intervention le 5 novembre 1948. Laparotomie exploratrice; grosse tumeur dure de la partie haute de l'estomac envahissant en partie l'œsophage inférieur; adénopathies rétrogastriques de la chaîne splénique et du mésocôlon; foie normal; nombreuses adhérences périgastrocoliques; prélèvement d'un fragment de ganglion; fermeture.

L'*examen histologique* confirme bien qu'il s'agit d'un *épithélioma cylindrique*. Les suites de l'intervention sont simples, mais l'apparition et l'accentuation d'une dysphagie importante, qui aggrave de jour en jour l'état de la malade, font poser l'indication d'une anastomose palliative.

Elle est pratiquée le 22 novembre 1948 (Prof. Sénèque, Prof. Agr. M. Roux). Abord transpleuro-diaphragmatique par résection de la 8ème côte gauche, agrandi secondairement en thoraco-phréno-laparotomie. Isolement de l'œsophage-thoracique inférieur; isolement d'une anse jéjunale prise suffisamment bas pour pouvoir être amenée sans trop de traction au contact de l'œsophage; section de l'intestin; anastomose en Y termino-latérale en deux plans; anastomose latéro-latérale jéjuno-œsophagienne en deux plans à points séparés. Suspension de l'anse. Mise en place d'une sonde œsophagienne. Les suites sont malheureusement rapidement mauvaises et la malade, très affaiblie, s'éteint le 29 novembre 1948. La vérification n'a pu être pratiquée.

Observation 2.

Madame Rond., Jeanne, âgée de 57 ans, a subi *il y a 17 ans* une gastrectomie pour ulcère de l'estomac (Dr R. Toupet) qui a été suivie d'une guérison parfaite jusqu'à ces derniers mois. Depuis deux mois (janvier 1949), apparaissent des douleurs épigastriques violentes dès la moindre ingestion d'aliments; ces douleurs irradient vers l'hypochondre gauche et sont calmées par des vomissements qui ramènent des aliments non digérés. Appétit diminué; ni constipation, ni diarrhée, ni mélæna. Amaigrissement de 6 kg. Examen par ailleurs négatif.

Examen radiologique le 17 février 1949. La bouche de gastrectomie est normale et fonctionne bien. Mais le moignon gastrique est remarquablement petit et rigide; la poche à air est minuscule. La petite courbure sous-cardiale est irrégulière, déchiquetée. La partie terminale de l'œsophage est nettement dilatée (fig. 2). Le cardia paraît rétréci, ne se dilatant sur aucun des clichés; sa direction est horizontale et irrégulière.

Le diagnostic de néoplasie du moignon est porté. Un essai de gastroscopie montre l'impossibilité de franchir le cardia.

Après une préparation soigneuse en raison de l'état d'anémie (2.870.000 GR) et d'hypoprotidémie de la malade, l'*intervention* est pratiquée le 25 mars 1949 (Prof. Agr. M. Roux) : abord thoracique par résection de la 8ème côte, agrandi secondairement en thoraco-phréno-laparotomie; nombreuses adhérences pleurales que l'on doit cliver; la partie basse de l'œsophage est saine; le diaphragme est envahi par la masse et l'on doit inciser très en arrière, ce qui mène à ouvrir la loge rénale; on a beaucoup de mal à repérer l'anse grêle efférente. Section du grêle à 20 cm. en aval de la gastrectomie; libération du mésentère par 3 ligatures pédiculaires; anastomose en Y termino-latérale en deux plans; on amène le grêle dans le thorax et on réalise en deux plans une anastomose œsojéjunale. Suspension de l'anse; fermeture de la paroi en trois plans.

Malgré un traitement post-opératoire et une réanimation très suivie, la malade meurt le 28 mars 1949.

La vérification immédiate note: liquide séro-hématique très abondant intra-pleural et intra-abdominal; l'anse jéjunale dans son trajet intra-pleural est épaissie, violacée et œdématiée; il existe une fuite à la partie antéro-inférieure de l'anastomose, vraisemblablement par sphacèle.

Observation 3.

Monsieur Bill., Fernand, 59 ans, a subi une gastrectomie en août 1947 pour ulcère de la petite courbure, au niveau de l'angle (Dr Bouvier) ; ce malade souffrait depuis 20 ans, par périodes. Suites opératoires normales. En novembre 1947, apparaissent pour la première fois des troubles dysphagiques; radiographies et œsophagoscopie pratiquées alors sont normales. La dysphagie disparaît, puis reprend presque un an après et, le 20 septembre 1948, une nouvelle œsophagoscopie (Dr Tilman, de Charleville) montre une muqueuse un peu boursouflée et un peu rétrécie à 25 cm. des arcades dentaires.

Dès lors, l'amaigrissement et les troubles dysphagiques s'accentuent. Le 3 mars 1949, un examen radiologique montre, en aval de l'œsophage un peu dilaté, le cardia irrégulier, rigide. La petite courbure sous-cardiale est encastrée, irrégulière (fig. 3). La partie interne de la poche à air dans la région juxta-cardiale est comblée. La bouche de gastrectomie est normale.

Le 12 mars 1949, une gastroscopie est pratiquée. Le passage du cardia est très difficile. Un saignement immédiat brouille l'objectif. Le moignon ne se dilate pas; on a l'impression d'un certain gonflement sous-cardial; pas de bourgeonnement décelable.

En avril 1949, une gastrectomie totale est pratiquée (Dr Bouvier). Intervention par voie abdominale se prolongeant sur le bord gauche du sternum; libération sans trop de difficulté du moignon gastrique; après quoi, l'œsophage est attiré sous le diaphragme et abaissé sur une longueur de 10 cm. La tumeur intéresse le cardia et se propage sur la petite courbure du moignon. Quelques rares ganglions. Section de l'œsophage à 4 bons centimètres au-dessus de la tumeur; puis section du grêle en aval de l'anastomose gastro-jéjunale. Le bout distal monté sous le diaphragme est fixé au niveau des piliers par des points séparés, puis suturé bout à bout avec l'œsophage. Le bout proximal (duodénal) est enfin implanté en Y sur l'iléon. On termine par une iléostomie.

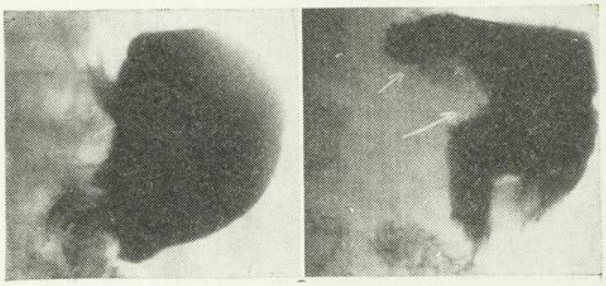


Fig. 3. — (Cliché M. Ségal) — M. Bill. — Cardia irrégulier. Encadrement et lacune de la petite courbure sous-cardiale. Partie interne de la poche à air mal remplie.

Fig. 4. — (Cliché M. Ségal) — M. Led. — Volumineuse lacune de la petite courbure sous cardiale.

Observation 4.

Monsieur Led., âgé de 60 ans, a subi *en 1937,* à la suite d'un long passé douloureux, une gastrectomie pour ulcus bulbaire; les suites opératoires furent satisfaisantes et le malade mena une vie normale jusqu'en 1948. A ce moment (décembre 1948), apparaissent des troubles dysphagiques qui s'accentuent progressivement jusqu'à ne plus laisser passer que les liquides.

Le malade n'est vu que quelques mois plus tard, alors que son état général a beaucoup décliné.

Une radiographie est pratiquée le 31 mai 1949; elle montre la présence d'une énorme lacune (fig. 4) qui intéresse la petite courbure sous-cardiale et remonte jusqu'au cardia.

Une intervention exploratrice est décidée. Par médiane sus-ombilicale on découvre une tumeur intéressant toute la grosse tubérosité jusqu'à l'orifice œsophagien, avec adhérence intime à la rate qui est œdémateuse, infiltrée; elle adhère également au pilier du diaphragme. Devant l'importance des lésions, l'abstention est décidée.

Observation 5.

Monsieur Rob., âgé de 60 ans, est opéré en 1945 d'ulcus duodénal par le Dr Bouvier, avec des suites normales. En mars 1949, alors que l'état général reste satisfaisant, apparaît une dysphagie qui croît progressivement.

Des *radiographies* sont successivement pratiquées en mars et en juillet 1949: sur les premiers clichés, on peut déjà voir un cardia rétréci avec un aspect lacunaire de la partie sus-cardiale de la grosse tubérosité; mais, en fait, ce n'est que 4 mois plus tard que la lésion fut nettement identifiée; les clichés montraient alors un cardia irrégulièrement rétréci, lacunaire, se poursuivant par une petite courbure d'aspect rigide et irrégulier; en même temps, la poche à air semble remplie par une masse tumorale saillante (fig. 5).

L'intervention est décidée le 13 juillet 1949 (Dr Bouvier). Malgré l'importance de la tumeur qui siège sur la partie postérieure du moignon gastrique depuis le cardia jusqu'à la bouche gastro-jéjunale, infiltrant le pancréas, la rate et même la paroi du diaphragme, l'ablation est réalisée. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit bien d'un épithélioma cylindrique.

Observation 6.

Monsieur Angel., Paul, 66 ans, a présenté une longue histoire de dyspepsie de type ulcéreux depuis 1917, avec crises douloureuses post-prandiales, évoluant par périodes et survenant deux heures après les repas, environ, jusqu'en 1924, date à laquelle il fut

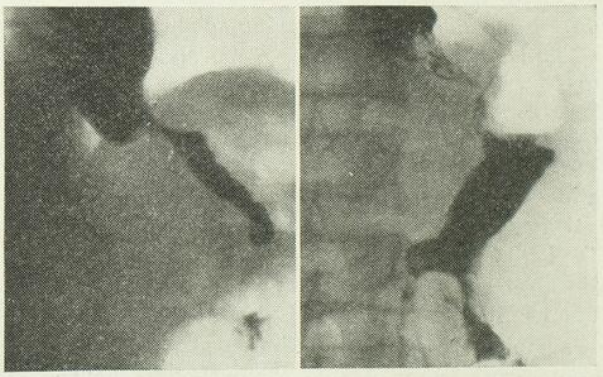


Fig. 5. — (Cliché M. Ségal) — M. Rob. — Rétrécissement excentré de l'œsophage terminal. Dilatation de l'œsophage sus-jacent.

Fig. 6. — (Cliché Hôpital de Vaugirard) — M. Angel. — Moignon gastrique exigu. Dans la poche à air, opacité en demi-teinte correspondant à la tumeur à bords polycycliques. Aspect rigide des bords de l'estomac.

opéré par le Dr Monod: gastrectomie pour ulcus bulbaire.

Au mois de juin 1949, il vient consulter pour des troubles dysphagiques apparus progressivement depuis un mois et ne laissant plus passer alors que les liquides. Le malade a maigri considérablement depuis 6 mois.

Examen radiologique le 11 juin 1949. Le cardia et la partie terminale de l'œsophage abdominal sont irrégulièrement rétrécis. L'œsophage sus-jacent est dilaté. Dans la clarté de la poche à air, tranche en demi-teinte une volumineuse ombre polycyclique. Enorme lacune irrégulière de la petite courbure sous-cardiale (fig. 6). Sur tous les clichés, même aspect rigide.

Devant l'étendue de cette énorme néoplasie et l'état cachectique du malade, on renonce à intervenir.

Le premier fait qui se dégage de l'analyse de ces observations est le *volume important de ces tumeurs* qui en font de mauvais cas chirurgicaux. Dans un seul de nos six cas (observation 3), l'éxérèse fut relativement aisée; il n'y avait que de rares ganglions, et on peut espérer une survie d'une certaine durée. Même dans ce cas la guérison définitive est peu probable car la tumeur, déjà volumineuse, envahissait la partie inférieure de l'œsophage et se propageait le long de la petite courbure du moignon. Dans tous les autres cas, l'exérèse fut soit non tentée (observation 6), soit impossible (observation 1 et 4), soit très difficile (observation 2 et 5). Dans l'observation 2, la tumeur avait envahi le diaphragme, et son extirpation nécessita l'ouverture de la loge rénale; la malade mourut trois jours après l'opération. Dans l'observation 5, l'éxérèse fut pratiquée malgré des adhérences aux organes voisins, mais il est certain que la récidive ne tardera guère.

Ces mauvais résultats opératoires tiennent, comme dans toute la chirurgie du cancer et du cancer de l'estomac en particulier, à un *diagnostic trop tardivement porté*. Deux raisons associées expliquent ce fait: l'une est le siège du cancer, dans une région peu propice à un diagnostic précoce, l'autre est qu'il s'agit de sujet gastrectomisé et qu'on a tendance à rattacher tous les troubles aux séquelles de l'intervention antérieure.

Cliniquement, chacun sait que les tumeurs de la grosse tubérosité et de la partie haute du corps gastrique sont longtemps latentes. Longtemps leur symptomatologie est discrète, et, en particulier, point sur lequel ont encore insisté récemment F. Moutier et Nemours-Auguste dans un remarquable article, la dysphagie est un signe souvent tardif qui témoigne de tumeurs déjà largement envahissantes et dépassant fréquemment la possibilité d'une thérapeutique efficace. Ce symptôme fut pourtant le seul qui commença à inquiéter nos 4 derniers malades et les décida à venir consulter. Chez les deux premiers, par contre, la dysphagie fut précédée pendant assez longtemps de douleurs postprandiales, d'anorexie, d'amaigrissement. Mais, chez ces malades, le premier réflexe fut de penser à des troubles de la bouche anastomotique; or celle-ci était radiologiquement normale, dans son aspect et son fonctionnement, et chez ces deux malades on conclut à l'intégrité du moignon gastrique et de la bouche, alors que la lésion déjà volumineuse était nettement visible pour peu qu'on ait eu l'attention attirée.

Ainsi, ces cancers du moignon sont de « mauvais cancers cliniques », car leur traduction symptomatique est tantôt tardive, tantôt non caractéristique et rattachée presque automatiquement à des troubles de la bouche anastomotique.

Ces tumeurs sont également de « mauvais cancers radiologiques ». Comme plusieurs auteurs l'ont souligné avec insistance récemment, de nombreux pièges jalonnent le chemin du diagnostic; et, comme l'écrivent Gally, Arvay, Moutier, Shemann et beaucoup d'autres, pour les découvrir il faut y penser et régler la technique radiologique de manière à explorer électivement le haut estomac et non pas seulement la bouche. Rappelons simplement à ce propos l'importance de l'examen de face ou en léger O.A.D., de façon à bien séparer l'œsophage de la grosse tubérosité, l'intérêt de l'examen radioscopique après ingestion d'une bouillie épaisse succédant à la baryte liquide de façon à obtenir par sa lente progression un véritable

moule œsophagien permettant de découvrir de légères irrégularités, de minimes rigidités segmentaires que l'on fixera aussitôt sur des clichés, l'importance enfin que l'on doit attacher à l'étude de la poche à air au niveau de laquelle, sur des clichés au contraste peu poussé, on décèlera l'ombre de la tumeur qui peut faire saillie au-dessus du point d'abouchement du cardia, ombre irrégulière, se différenciant bien de l'ombre du cœur ou d'un sein, et qui ne peut être confondue, semble-t-il, comme l'ont montré Moutier, Nemours-Auguste et Mme Houdard, avec l'ombre d'un lobe gauche du foie. Dans les cas difficiles, l'insufflation d'air dans l'estomac ou la méthode récente du pneumopéritoine de Porcher pourront être utilisées avec profit.

Signalons encore deux conditions défavorables supplémentaires chez le gastrectomisé du point de vue radiologique. L'anastomose gastro-jéjunale haute laisse fuir rapidement la baryte dans le grêle et il est souvent difficile de distendre suffisamment l'estomac et de bien mouler son contenu. D'autre part, chacun sait qu'au voisinage de la bouche, surtout sur la petite courbure, existent des irrégularités des contours et de l'ombre gastrique, irrégularités tenant aux froncements réalisés par la suture chirurgicale, à de la gastrite, à de l'œdème, à des invaginations intra-gastriques de la muqueuse grêle, etc. Mais ces images peuvent être aussi celles d'un néo juxta anastomotique. Il y a là une difficulté de diagnostic supplémentaire que l'on peut, en général, dans les cas difficiles, trancher par une étude gastroscopique.

Reconnaissons toutefois que, dans tous nos cas, dès que l'examen radiologique fut bien orienté sur la région juxta-cardiale, des images nettes, indiscutables, furent parfaitement visibles.

« Mauvais cancers cliniques et radiologiques », ce sont aussi de mauvais « cancers gastroscopiques ». Parfois, en effet, l'endoscopie est impossible à réaliser: soit que, le bas œsophage ayant été sténosé ou coudé par l'envahissement de la tumeur, le gastroscope ne puisse entrer dans l'estomac, soit que le bout de l'appareil bute contre la tumeur dès l'entrée dans l'estomac. Dans tous ces cas il faut d'ailleurs, avant tout, ne pas forcer; la prudence est de rigueur, car la paroi, fragilisée par le cancer, peut céder sous une trop forte pression; c'est presque toujours à ce niveau et dans ces conditions que se sont produites les quelques exceptionnelles perforations gastriques imputables au gastroscope flexible. Il faut savoir d'ailleurs que, en soi, le fait de ne pouvoir franchir le cardia avec l'endoscope est très anormal: il indique presque toujours une lésion et, 9 fois sur 10, cette lésion est un cancer du cardia.

Quand le gastroscope a pénétré dans l'estomac, l'endoscopiste n'est pas au bout de ses peines: quelquefois, la lésion est saillante et saignante; elle souille l'objectif de sang, ou bien la tumeur vient au contact de l'objectif, rendant toute vision impossible. Parfois, l'appareil est coudé sur le cancer et toute vision est impossible, la déviation maxima permise étant dépassée. Dans certains cas cependant, l'endoscopie est fructueuse, comme dans l'observation 1, où le gastroscope fit le diagnostic de tumeur sous-cardiale.

Pour éviter ces écueils, nous avons coutume, dans l'étude de ces lésions, de faire précéder le passage du gastroscope par un cathétérisme sous écran radiologique, avec une sonde de Camus armée. Celle-ci nous montre si le passage cardial est facile ou non, si la sonde bute et se recourbe dès son arrivée dans l'estomac. Ces renseignements sont essentiels et permettent de prévoir les difficultés de l'examen gastroscopique.

* * *

Si les difficultés du diagnostic sont grandes, celles de la thérapeutique chirurgicale ne le sont pas moins. Ces difficultés découlent essentiellement de l'importance des lésions. Nous avons vu que deux seulement de nos malades, sur six, ont été justiciables d'une gastrectomie totale, qui a été assez bien supportée, mais que, même dans ces cas, le pronostic lointain

était bien sombre, étant donnée l'étendue des lésions.

Il n'est pas dans nos intentions de reprendre ici toutes les méthodes thérapeutiques et les discussions qu'elles ont suscité à propos du cancer de la partie supérieure de l'estomac; qu'il nous suffise d'insister sur deux points particuliers: la voie d'abord, puis le mode d'anastomose.

1 — En ce qui concerne *la voie d'abord, un premier temps d'exploration abdominale* nous semble indispensable.

Il permet d'abord, outre une vérification du diagnostic, ce qui, dans ces cancers difficiles à reconnaître, n'est pas négligeable, un bilan rapide de l'extension du néoplasme, bilan dont dépend la tactique opératoire. La gastrectomie totale peut être possible par voie abdominale, comme dans deux de nos cas opérés par le Dr Bouvier. Si l'importance des lésions nécessite la résection de l'œsophage terminal, ou si l'on doit se résoudre à une anastomose palliative, un temps thoracique devient obligatoire. Il suffit alors de brancher sur l'incision abdominale une incision thoracique vers la 8ème côte, transformant ainsi la voie d'abord en thoraco-phréno-laparotomie.

D'autre part, chez ces gastrectomisés, un long travail abdominal sous-mésocolique est nécessaire. En effet, si la gastrectomie totale est possible, il faut libérer du mésocôlon le moignon gastrique, sectionner l'anse intestinale près de l'angle duodénal-jéjunal, et faire enfin l'anastomose jéjuno-jéjunale termino-latérale. Si on fait seulement une anastomose palliative, il faut pouvoir choisir une anse assez longue et assez éloignée de la bouche de gastrectomie. Dans les deux cas, seul un abord abdominal permet de réaliser rapidement les temps sous-mésocoliques.

2. — La *réalisation de l'anastomose œso-jéjunale* reste le temps délicat de l'intervention; elle fut faite dans tous nos cas après section de l'anse jéjunale et réanastomose en Y, selon la technique de Roux. Toute la difficulté réside dans la conservation d'une bonne vascularisation de la branche jéjunale ascendante de l'Y et l'un de nos décès semble bien dû à la précarité de cette vascularisation; elle est d'autant plus précaire que le segment de l'anse à anastomoser devra être plus long et nécessitera, par conséquent, plus de ligatures de branches nourricières venues de la mésentérique supérieure. Reynolds, s'appuyant sur les travaux de Rienhoff et sur son expérience personnelle, admet que c'est la première branche intestinale de la mésentérique qui doit être conservée pour nourrir l'arcade bordante et accuse sa section dans le procédé de l'Y de Roux classique, pour expliquer plusieurs échecs personnels, par sphacèle, de telles anastomoses; il propose donc, pour y remédier, de monter vers l'œsophage non plus le segment distal de l'anse choisie, mais le segment proximal dont l'arcade bordante est restée en continuité avec la première artère jéjunale; le bout distal est alors anastomosé à la partie inférieure du segment proximal, ce qui donne ainsi un Y renversé.

En fait, ces données nous semblent assez théoriques; le type de vascularisation des anses intestinales varie d'un sujet à l'autre, et il semble difficile d'édicter des règles formelles; dans la majorité des cas, il semble que ce soit la quatrième ou cinquième artère jéjunale, la plus volumineuse, qui conserve la meilleure vascularisation à l'anse anastomosée; encore faut-il que celle-ci soit suffisamment longue pour ne pas être soumise à des tractions extrêmement préjudiciables à sa vitalité.

Il reste encore un dernier détail qui nous semble important, c'est de pratiquer l'anastomose sur la partie latérale de l'anse jéjunale, et non à son extrémité; c'est un moyen de plus d'obtenir une bonne vascularisation de la bouche; cela permet en outre de mieux fixer l'anse aux organes du voisinage, aux piliers du diaphragme, par exemple, ainsi que le pratique Rudler dans ses gastrectomies totales, ou à la plèvre médiastine, en cas d'anastomose intra-thoracique.

* * *

Ces cancers développés sur un moignon de gastrectomie pour ulcère ont sans doute déjà

été observés à plusieurs reprises; pourtant, le nombre de cas publiés est fort restreint: nos recherches bibliographiques nous ont permis d'en retrouver deux observations seulement: l'une récente de Pascual, de Madrid, chez un malade gastrectomisé 20 ans auparavant pour ulcus, l'autre de Busset, de St Lô (1931), concernant un malade qui avait subi une pylorectomie pour ulcus 7 ans plus tôt. Sans doute a-t-on considéré ces cancers du moignon comme de simples coïncidences, un gastrectomisé pouvant, comme tout autre sujet, être atteint d'un cancer du haut estomac.

Pourtant, on ne peut manquer d'être frappé du fait que nous avons pu réunir en peu de temps six observations, alors que le cancer de la région du cardia n'est pas extrêmement fréquent (12 p. 100 des cancers gastriques pour Moutier). Il y a là une circonstance assez troublante et on peut se demander, au moins à titre d'hypothèse de travail, si la gastrectomie ne favorise pas le développement du cancer.

Les conditions prédisposant au cancer gastrique sont depuis longtemps en discussion, et, dès 1896, Dubreuil posait déjà le problème de l'état précancéreux. On sait qu'ont été invoqués surtout, outre une certaine prédisposition individuelle, 2 facteurs: la gastrite et l'achlorhydrie.

Il est certain que dans l'anémie de Biermer, où gastrite et achlorhydrie sont constantes, la fréquence du cancer de l'estomac est plus grande qu'ailleurs. Jenner trouve, sur 180 biermériens, 7 cancers gastriques, soit 3,88 p. 100, alors que chez des sujets non biermériens de même âge la probabilité statistique ne dépasserait pas 0,3 p. 100. De même, Wilkinson sur 370 anémies biermériennes compte 22 cancers gastriques.

D'un autre côté, entre cancer de l'estomac, anémie de Biermer et achlorhydrie on constate des rapports génétiques fort curieux. Il est classique de rappeler le groupement familial relaté par Martinez où l'on trouve en 4 générations successives: un cancer gastrique chez l'aïeul, puis un autre chez sa fille, puis une anémie de Biermer chez le petit-fils, et, à la quatrième génération, sur 13 descendants, 5 achlorhydriques. De même, Borowarska-Feklova relate le cas du père mort d'un cancer gastrique, tandis que ses trois frères sont tout trois achlorhydriques et qu'une anémie de Biermer survient chez deux d'entre eux.

Dans tous ces cas, l'achlorhydrie a pu être considérée comme le « sol » commun sur lequel germerait anémie de Biermer ou cancer. Or la gastrectomie n'aboutit-elle pas à l'achlorhydrie ou à une forte hypochlorhydrie? D'ailleurs, n'est-ce pas là le but recherché que cette suppression de tout contact chlorhydro-peptique sur une muqueuse trop sensible? Ne pourrait-on alors *invoquer*, comme le faisaient précédemment certains auteurs, *cette achlorhydrie provoquée comme un terrain favorable au cancer?* Certes, nous n'ignorons pas que le rôle cancérigène de la gastrite et de l'achlorhydrie a été fortement combattu par de nombreux auteurs, et non des moindres, et nous nous garderons de conclure.

Il nous a paru bon cependant de verser cette hypothèse de travail au débat des séquelles de la gastrectomie. Seule une étude systématique d'un grand nombre de gastrectomisés suivis pendant assez longtemps autorisant une étude statistique comparative valable, permettra de l'admettre ou de la rejeter.

Quoiqu'il en soit, il faut retenir du point de vue pratique 1 — la possibilité de développement de cancer sur des gastrectomies pour ulcère, gastrectomies parfois très anciennes, remontant dans nos observations à 2, 17, 11, 2, 4 et 25 ans;

2 — la difficulté de leur diagnostic précoce clinique, radiologique et gastroscopique;

3 — la difficulté de leur thérapeutique chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

ALLAINES (d'): « Œsophago-gastrostomies palliatives sous résection dans le cancer de l'œsophage et du cardia. » *Journal de Chirurgie*, no 6, 1949.

Henri BOCKUS: *Gastroenterology*. Saunders, Philadelphie, 1947.

BUSSET: « Cancer développé sept ans après pylorectomie pour ulcus. » *Mémoires de l'Académie de Chirurgie,* 1932.

DIEULAFE: « Conséquences physiologiques des opérations gastriques. » *Semaine des Hôpitaux,* 1949.

GALLY, ARVAY: « Sur le cancer de la grosse tubérosité à retentissement sur le cardia. » *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif,* **37**, 1948.

KREMEN: « Une incision adbomino-thoracique combinée, particulièrement adoptée pour être utilisée dans la gastrectomie totale et l'œsophago-gastrostomie. » *Surgery,* **24**: 1948.

MOUNIER-KUHN et Cl. BERAUD: « Signes radiologiques des cancers de la région cardio-tubérositaire. » *Lyon Médical,* 176, 1946.

MOUTIER: « Le cancer de l'estomac. » *E. M. C.,* Estomac, 9.027 A, 4 et 9.027 C, 3.

MOUTIER, NEMOURS-AUGUSTE: « Le cancer sus-cardial et juxta-œsophagien de la grosse tubérosité gastrique. » *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif,* **37**, 1948.

PASCUAL: « Cancer du moignon vingt ans après gastrectomie pour ulcus. » *Médicina,* Madrid, An., **16**: 1, 1948.

REYNOLDS: « The use of the Roux Y in extending the operability of carcinoma of the stomach and of the lower and of the oesophagus. » *Surgery,* **24**: 239, 1948.

RUDLER: « Un procédé de rétablissement de la continuité intestinale après gastrectomie totale. » *Journal de Chirurgie,* **65**, 393.

SANTY: *Gastrectomies totales par voie sus et sous-diaphragmatique.*

SENEQUE: « A propos de l'œsophago-gastrectomie dans le cancer inextirpable de l'œsophage. » *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif,* **37**, 1948.

SHERMANN: « The Roentgen diagnosis of cancer of the cardiac region of the stomach. » *Surgery,* **25**: 874, 1948.

SWEET: « The treatment of carcinoma of the oesophagus and cardiac end of the stomach by surgical extirpation. » *Surgery,* **23**: 952, 1948.

RECUEIL DE FAITS

PARALYSIE CUBITALE TARDIVE SECONDAIRE À UN TRAUMATISME DU COUDE

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

Il est rare d'observer les effets d'une névrite mécanique par traction, élongation ou arrachement, par contusion, dilacération ou section plus ou moins complète, au delà d'une période qui se mesure en jours et parfois en semaines.

Tel n'est pas le fait d'un type de névrite du cubital par traction, de tension répétée ou d'enserrement dans sa gouttière épitrochléenne consécutive à un traumatisme du coude. Le plus souvent ce traumatisme a entraîné une fracture produite durant l'enfance; ailleurs il s'est produit plus tard et peut entraîner les mêmes conséquences neurologiques éloignées, même si on ne découvre pas sur les clichés radiographiques une image typique d'ancienne fracture du coude, plus précisément d'une fracture sus-condylienne de l'humérus.

A tout événement, nous présentons, par ce court article, deux exemples d'un tel syndrome neurologique par névrite du cubital très tardive, secondaire à un traumatisme du coude.

Observation 1.

Delphis Rob..., 70 ans. Sans occupation.

Malade admis dans le service pour faiblesse et amyotrophie de la main droite. Ces phénomènes ont débuté il y a un an environ par des picotements et engourdissements ressentis à la main.

Il fut victime d'un accident il y a 35 ans, au cours duquel il lui fut infligé un traumatisme sérieux au coude droit.

A l'examen neurologique, il fut constaté une limitation importante de l'extension de l'avant-bras et une impossibilité du mouvement de supination, actif ou passif.

Il existait une déformation prononcée du coude dont l'olécrâne se projetait anormalement en arrière.

Il fut noté de l'atrophie des interosseux de la main et des muscles hypothénariens. Les mouvements d'adduction-abduction des doigts étaient très difficilement exécutés. Les trois derniers doigts étaient maintenus en demi-flexion.

Le signe du journal était présent. Les dernières phalanges des doigts montraient une certaine faiblesse dans leur mouvement d'extension. Le cubital antérieur se contractait avec vigueur et les sensibilités étaient normales à la main. Les réflexes osso-périostés étaient présents et symétriques aux deux membres supérieurs.

Le B. W. du sang fut négatif.

Le liquide céphalo-rachidien était normal. L'azotémie et la glycémie étaient également normales.

L'acide chlorhydrique gastrique fut trouvé en concentration normale.

Radiographie du coude droit.

Elle révéla une image d'une ancienne fracture du coude droit très incomplètement réduite avec productions exophytiques marquées autour des surfaces articulaires et une pseudarthrose permettant un certain degré de flexion de l'avant-bras sur le bras. (Résumé du rapport du Dr P. Brodeur.) (fig. 1 et 2)

Conclusion. Paralysie incomplète du nerf cubital droit. Ancienne fracture — luxation du coude droit, avec déformation de l'articulation.

Ce malade fut soumis à un traitement galvanique localement appliqué. La paralysie cubitale était améliorée de moitié après 30 séances d'électrothérapie.

* * *

Observation 2.

Emile P..., 35 ans. Manœuvre.

Malade admis à Notre-Dame pour faiblesse et amyotrophie de la main droite. Les troubles localisés ont débuté il y a un an par des engourdissements dans le petit doigt. Quelques mois plus tard, le malade constatait une diminution de force dans sa main droite. Depuis deux mois, il observa un amaigrissement des muscles de sa main.

Il y a une vingtaine d'années, il fut d'objet d'un accident qui traumatisa sévèrement son coude droit.

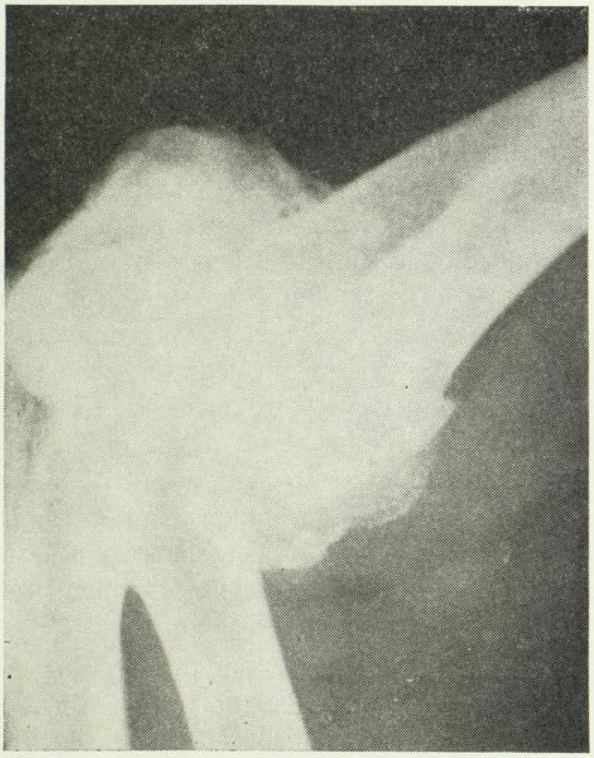


Fig. 1. — Incidence latérale du coude du malade de la première observation. Déformation de l'articulation. Productions ostéophytiques.

A l'examen neurologique, on trouva les signes d'une paralysie incomplète du cubital avec amyotrophie des interosseux et des hypothénariens, sans position vicieuse des doigts. Le signe du journal était présent, les mouvements d'adduction-abduction des doigts étaient difficiles; il existait une hypoesthésie à la main dans le domaine d'innervation cubitale. La supination de la main était impossible et l'extension de l'avant-bras était limitée.

Le muscle cubital antérieur se contractait plutôt normalement. Les réflexes osso-périostés étaient d'intensité normale et symétriques.

Le coude était déformé avec saillie de l'olécrâne.

Radiographie du coude.

Elle révéla des signes d'arthrite hypertrophique avec de multiples exostoses marginales sur tout le contour osseux.. On signala la présence de fines petites images de soustraction ou ostéoporose sur le condyle huméral externe et dans les tissus mous; en regard de

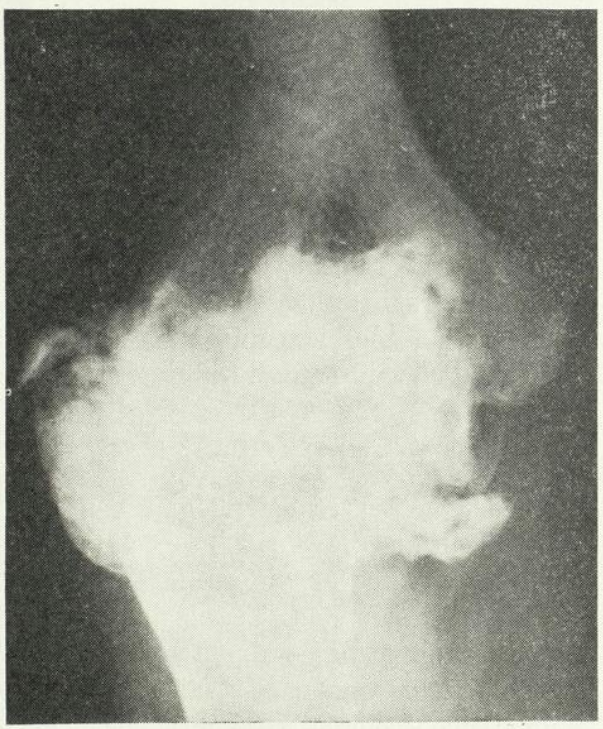


Fig. 2. — Incidence antéro-postérieure du coude du malade de la 1ère observation. Cubitus valgus. Exostoses.

ce dernier, existe un tout petit ossicule de la grosseur d'une tête d'épingle qui semble y être libre. (Résumé du rapport du Dr P. Brodeur.) (fig. 3)

Conclusion. Paralysie incomplète du cubital droit. Ancien traumatisme du coude droit, ayant occasionné une déformation de l'articulation.

Le malade fut confié au Dr Claude Bertrand pour traitement chirurgical. Ce dernier découvrit un épaississement du cubital au niveau de l'épitrochlée. Cette partie du nerf

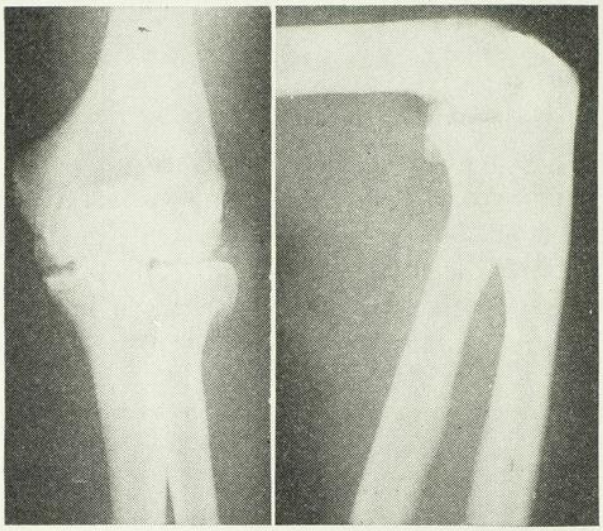


Fig. 3. — Articulation du coude du malade de la seconde observation.

fut libérée et ramenée légèrement plus en dedans; un fragment d'aponévrose et la partie supérieure du muscle cubital antérieur servirent à former un nouveau lit au nerf.

Commentaires

Ces deux observations relatent deux syndromes identiques: une paralysie cubitale partielle. Et ce qui les rapproche encore plus intimement réside dans l'étiologie. Les deux malades subirent un traumatisme du coude il y a plusieurs années. En fait, chez l'un le traumatisme remonte à 35 ans, chez l'autre à 20 ans. Ce traumatisme a provoqué dans les deux cas un bouleversement important de l'articulation, apparent maintenant par des séquelles morphologiques et dynamiques: la déformation comportant surtout la saillie de l'olécrâne, la limitation de l'extension de l'avant-bras et l'impossibilité de la supination. Que la lésion du cubital siège bien au coude, l'intégrité fonctionnelle du cubital antérieur concourt à la confirmer, car c'est le propre de la lésion moyenne de ce nerf de respecter la fonction de ce muscle et du fléchisseur profond des doigts du moins dans ces faisceaux internes. Dans nos deux cas, la névrite du cubital fut une conséquence tardive du traumatisme du coude, nous le croyons.

Le phénomène est connu. On a rapporté des cas où le traumatisme remontait à 30, 40 ans dans le passé et, tout récemment, Mouchet rapportait un tel syndrome apparu 59 ans après la fracture du coude.

C'est d'ailleurs cet auteur qui attira le premier l'attention sur cette paralysie tardive du nerf cubital, dans sa thèse de Paris, en 1898.

Des publications ultérieures confirmèrent, depuis, l'existence de ce type et surtout de ce mécanisme assez surprenant de névrite. Il semble bien, dans l'opinion de Mouchet, que, dans la majorité des cas, il s'est agi d'une fracture humérale sus-condylienne et plus particulièrement du condyle externe. Cette fracture s'effectuerait avec prédilection durant l'enfance et le cubitus-valgus proviendrait en très grande partie d'une ostéogénèse ultérieurement désaxée. Cependant tout traumatisme du coude provoquant un bouleversement anatomique important qui amène la formation ultérieure d'ostéophytes, d'un cal ou d'un processus fibreux qui rétrécissent la gouttière épitrochléo-olécrânienne, compriment le cubital ou encore qui déterminent une élongation constante du nerf par le cubitus-valgus, peut causer le processus névritique.

Les tractions répétées sur le nerf au cours des mouvements de l'avant-bras et plus spécialement les mouvements de flexion, les frictions, les frôlements réitérés pendant des années finissent par entraîner une réaction fibreuse du périnèvre et de l'endonèvre aboutissant à la souffrance des fibres nerveuses elles-mêmes.

Au cours de l'intervention effectuée sur le second malade, il fut constaté un épaississement du nerf au niveau même de la gouttière qui correspond bien à cette réaction fibreuse secondaire aux micro-traumatismes fréquemment et longtemps répétés.

D'autant plus que, dans certains cas, le nerf est littéralement tendu sur le chevalet que devient la gouttière épitrochléenne en conséquence du déplacement du cubitus.

Le traitement de ce genre de névrite, si elle est peu sévère, s'il se trouve chez un sujet non soumis à un travail physique et qui peut donner du repos à son membre, pourrait être palliatif et physiothérapique. Dans notre premier cas, sujet âgé, à sa retraite, un traitement galvanique a amélioré la condition d'au moins 60% et nous n'envisageons pas d'autre thérapeutique pour le moment en conseillant au malade de n'imposer à son membre aucune fatigue inutile.

Dans d'autres cas, si on désire intervenir d'une façon plus radicale, on pourra recourir à la chirurgie.

On a conseillé la transposition du nerf en avant sur les muscles épitrochléens, afin de supprimer la traction du nerf au cours des mouvements de flexion et l'ostéotomie cunéiforme sus-condylienne de l'humérus, afin de corriger le cubitus-valgus et conséquemment de libérer le nerf de la tension à laquelle il était soumis du fait du déplacement articulaire.

Chez notre second malade dont le coude n'offrait pas une déformation excessive et dont l'articulation ne montrait pas de perturbation morphologique trop marquée, on a effectué une intervention chirurgicale moins complète qui a consisté dans une simple libération du tronc nerveux. Il est possible qu'elle ne soit pas suivie d'amélioration sensible. Il faudra, dans cette dernière éventualité, pour ce sujet jeune obligé à un travail physique quotidien, faire plus et recourir à un de ces deux types d'interventions mentionnées plus haut et plus électivement à la transposition antérieure du nerf.

BIBLIOGRAPHIE

A. MOUCHET: *Thèse de Paris,* 1898.
In Traité de chirurgie orthopédique, tome III, page 2315. Masson, édit., Paris, 1937.
La Presse médicale, **57**: 197 (5 mars) 1949.

H. ROGER: *In Traité de médecine,* tome XVI, page 836. Masson et Cie., édit., Paris, 1949.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE DE LA PÉRITONITE AIGUË

Rosaire LAUZER,
Hôpital Saint-Luc (Montréal).

Nous avons eu l'avantage de traiter par la streptomycine, associée à la pénicilline, plusieurs cas de péritonite aiguë que nous avons opérés récemment. La simplicité des suites opératoires immédiates, chez ces malades, nous a fortement impressionnés, et les consolations que nous avons éprouvées à suivre l'évolution heureuse de cette grave maladie nous incitent à en résumer quelques observations.

Les sulfamidés et la pénicilline nous ont certes déjà donné de bons résultats, mais l'association streptomycine-pénicilline est encore plus efficace. A l'aide de cette médication puissante, dès le lendemain de l'opération, nous sentons déjà poindre la victoire. La température tombe et le pouls s'améliore. Dans la suite, les nausées, les vomissements cessent. Les mictions s'établissent spontanément et le malade n'est pas incommodé par les gaz intestinaux. L'abdomen est moins tendu, moins ballonné; bref, il n'y a plus, ou à peu près plus, de péritonisme, contrairement à ce que nous observions autrefois.

Observation 1.

(Dossier 119194, Hôpital St-Luc) André T., âgé de 12 ans, admis le 13 septembre 1948. *Diagnostic.* Appendicite aiguë avec péritonite généralisée.

Opération d'urgence, la nuit. Incision de Mac-Burney. A l'ouverture du péritoine, le pus s'écoule en jet; l'appendice est en position rétro-cæcale, perforé, gangréné. On trouve deux calculs stercoraux libres dans la cavité abdominale. Rupture de l'appendice en voulant serrer la ligature; reprise du moignon en rasant le cæcum. Drainage du Douglas, de la gouttière cæco-pariétale et du nid appendiculaire.

Traitement post-opératoire. Position de Fowler, glace sur l'abdomen, diète liquide. Streptomycine, un gramme par jour, divisé en six injections, toutes les quatre heures. Pénicilline G procaïnée 300.000 unités par jour. Sérum mixte, 1.000 c.c. en injection intraveineuse. Vitamine C, 500 mg. matin et soir.

Evolution post-opératoire de la maladie. La température, qui était à 104° Far. avant l'opération, tombe à 101° dans les premiers 24 heures. Le pouls, de 130, 140, revient à 100. L'abdomen est plus souple, moins ballonné. Le malade est heureux, il se sent déjà soulagé; plus de nausée ni vomissement. Pas de rétention d'urine ni de gaz. Selles le surlendemain, après lavement. Les sérums sont discontinués le troisième jour et l'alimentation reprise régulièrement. Les drains sont retirés, un, à un, à partir du quatrième jour. La streptomycine est cessée le sixième jour et la pénicilline le dixième jour après l'opération.

Observation 2.

(Dossier 119416, Hôpital St-Luc) Gérald L., âgé de 21 ans, admis le 22 septembre 1948.

Diagnostic. Appendicite aiguë, évoluant depuis 72 heures. Opération d'urgence, la nuit. Incision de Mac-Burney, abcès localisé, latéro-cæcal, appendice perforé gangréné, intimement adhérent à la paroi postérieure du cæcum, libération difficile. Résection de l'appendice et drainage de l'abdomen.

Traitement post-opératoire. Le même (voir cas numéro I).

Evolution post-opératoire. La température à 101 le soir de l'opération, monte à 103 le lendemain matin, mais tombe à 100 le soir. Elle oscille au voisinage de la normale les jours suivants. Le pouls, à 112 avant l'opération, descend à 80 le lendemain. Pas de douleur, pas de nausée ni vomissement. Les sérums sont discontinués le troisième jour et l'alimentation

reprise. Les drains sont retirés le quatrième jour. La streptomycine est supprimée le sixième jour et la pénicilline le septième. Lorsque le malade reçoit son congé, après quinze jours d'hospitalisation, la plaie opératoire est cicatrisée, exceptée en un point de la grosseur d'une tête d'allumette.

Observation 3.

(Dossier 119465, Hôpital St-Luc), Raymond L., âgé de 16 ans, admis le 24 septembre 1948.

Diagnostic. Appendicite aiguë, évoluant depuis à peine 24 heures, mais le malade à déjà subi une laparotomie iliaque droite, pour drainage d'une péritonite appendiculaire, dans un autre hôpital, il y a sept ans.

Opération d'urgence. Incision de Jalaguier, appendice en position sous-cæcale, turgescent, recouvert de fausses membranes et présentant deux plaques noirâtres de sphacèle. Résection de l'appendice et drainage de l'abdomen.

Traitement post-opératoire. — Le même.

Evolution post-opératoire de la maladie. La température de 102,2 tombe à 98 le deuxième jour. Le pouls de 120 baisse à 92. Pas de douleur, pas de ballonnement, pas de nausée ni vomissement. Les sérums sont supprimés le troisième jour, les drains le quatrième jour après l'opération. La streptomycine est discontinuée le neuvième jour ainsi que la pénicilline.

Observation 4.

(Dossier 119474, Hôpital St-Luc), Marguerite P., âgée de 23 ans, admise le 25 septembre 1948.

Diagnostic pré-opératoire. Péritonite aiguë tuberculeuse.

Traitement. Repos au lit, diète liquide, glace sur l'abdomen. Pénicilline 50.000 unités toutes les trois heures. La température de 99 à l'arrivée, monte à 103 le 27 septembre. La douleur, le météorisme, le ballonnement de l'abdomen augmentent également et les vomissements commencent. La streptomycine est alors ajoutée au traitement. La température tombe à 100 après 24 heures, mais les vomissements, la douleur, le ballonnement persistent. On perçoit aussi de la matité dans les flancs, matité qui se déplace avec les changements de position de la malade.

Laparotomie para-médiane droite, sus et sous-ombilicale, le 28 septembre. A l'ouverture du péritoine, un liquide jaune citrin sort en jet et s'écoule en abondance à l'extérieur. L'épiploon est rempli de granulations et partiellement accolé au péritoine pariétal. Au niveau du ligament gastro-colique les granulations sont plus nombreuses, plus denses, et la congestion est plus intense. Nous drainons à ce niveau et fermons la paroi plan par plan.

Traitement post-opératoire. Le même.

Evolution post-opératoire: Les vomissements cessent immédiatement. Le lendemain la malade ne souffre presque plus. La température tombe à la normale le troisième jour; elle oscille un peu dans la suite, jusqu'au douzième jour. Le pouls oscille également en suivant une courbe descendante rapide. La malade à des mictions spontanées et des selles par lavement. Les sérums sont supprimés le troisième jour, les drains le cinquième et les points le dixième jour. Lorsque la malade reçoit son congé de l'hôpital, le quinzième jour après l'opération, la plaie est entièrement cicatrisée.

Un fragment d'épiploon, prélevé à la fin de l'opération, révèle des lésions de stéato-nécrose. Il s'agissait, dans ce cas, de pancréatite aiguë à forme péritonitique et non de péritonite tuberculeuse aiguë.

Ce cas a déjà fait l'objet d'une publication antérieure.

Observation 5.

(Dossier 120893, Hôpital St-Luc), Jean H., âgé de 41 ans, admis le 24 novembre 1948.

Diagnostic. Appendicite aiguë avec abcès rétro-cæcal. La crise a débuté il y a 72 heures, après bombance — perdrix au chou, avalée après force « cocktails » — suivie d'indiges-

tion aiguë. Un médecin, mandé le lendemain, avait fait renaître l'optimisme dans l'entourage du malade. Toutefois, le troisième jour, avant d'entreprendre un voyage d'une centaine de milles en automobile, ce monsieur, très affairé, vint nous faire part de ses malaises. La douleur était localisée au cæcum et à la fosse lombaire droite. Les muscles, à ces niveaux, étaient en état de défense continue. La température à 102, le pouls à 88 et la respiration à 20. Il n'en fallait pas plus pour faire dévier le voyage vers l'hôpital et opérer immédiatement.

A l'ouverture de l'abdomen, par l'incision de Mac-Burney, le cæcum apparaît adhérent au cul-de-sac péritonéal et œdématisé. L'appendice est en position rétro-cæcale, gangréné, rupturé à sa base. La libération de l'appendice est difficile et doit être faite avec grandes précautions, sous la menace de déchirure du cæcum. Drainage du Douglas et du nid appendiculaire.

Traitement post-opératoire. — Le même.

Evolution post-opératoire de la maladie. La température se maintient entre 99 et 100, le pouls à 90, durant les quatre premiers jours. Le malade nous répète sa surprise de ne pas souffrir, en établissant une comparaison avec un membre de sa famille, opéré récemment pour une affection semblable. Le 26 novembre, soit le deuxième jour après l'opération, le malade a une petite selle spontanément, mais il reste avec un peu de ténesme rectal. Le 27 au soir, l'abdomen devint ballonné et le malade vomit. Le 28, par lavement huileux, on provoque des selles abondantes, contenant du chou non digéré. La température et le pouls reviennent à la normale le 29 et l'alimentation est reprise régulièrement. Les sérums sont alors supprimés. Les drains cigarettes, au nombre de six, sont retirés un à un, chaque jour. La pénicilline et la streptomycine sont discontinuées le huitième jour. Le 10 décembre, quand le malade quitte l'hôpital, la plaie opératoire est entièrement cicatrisée.

Observation 6.

(Dossier 123330, Hôpital St-Luc), Robert B., âgé de 26 ans, admis le 11 mars 1949.

Diagnostic. Péritonite d'origine appendiculaire.

Opération d'urgence. Incision de Mac-Burney, abondance de pus dans l'abdomen, appendice suppuré, perforé. Résection de l'appendice et drainage de l'abdomen.

Traitement post-opératoire. Le même.

Evolution post-opératoire. Le pouls à 120 et la température à 103, lors de l'opération, descendent à la normale le 16 mars, soit le cinquième jour après l'opération. Pas de vomissement ni forte douleur. La streptomycine est alors supprimée et le lever permis. Mais la température remontant à 100, le 18, la streptomycine est reprise jusqu'au 23, et, à cette date, la température se maintenait à la normale.

Observation 7.

(Dossier 124519, Hôpital St-Luc), Laurier N., âgé de 24 ans, admis le 2 mai 1949.

Diagnostic. Péritonite généralisée; température 100, pouls à 64.

Opération d'urgence, incision de Jalaguier, abondance de pus dans l'abdomen, appendice phlegmoneux, amputé à sa base; ligature, résection de l'appendice, drainage de l'abdomen.

Traitement. Le même.

Evolution post-opératoire. Les vomissements cessent après l'opération et la douleur s'atténue rapidement; pas de morphine. La température descend en lysis et reste à la normale le 10 mai. Congé le 14, soit 12 jours d'hospitalisation.

Observation 8.

(Dossier 125321, Hôpital St-Luc), Claude D., âgé de 19 ans, admis le 4 juin 1948.

Diagnostic. Appendicite aiguë, évoluant depuis deux jours.

Opération d'urgence dès l'arrivée. L'appendice est gangréné, et l'abdomen contient du

liquide purulent en petite quantité. L'appendice est enlevé et la cavité abdominale drainée avec soin.

Traitement post-opératoire. Le même excepté la streptomycine toutes les quatre heures, qui est remplacée par la dihydrostreptomycine, à raison de 0,50g. toutes les douze heures.

Evolution post-opératoire de la maladie. La température de 105 tombe à la normale le deuxième jour; le pouls suit la température. La dihydrostreptomycine est alors supprimée. Mais, le soir du troisième jour, la température remonte à 100; elle oscille à 101, jusqu'au douzième jour, malgré la reprise de la dihydrostreptomycine. L'abdomen reste légèrement ballonné et tendu. Le toucher rectal nous permet de percevoir alors un énorme abcès du Douglas. A l'ouverture du cul-de-sac, par le rectum, le pus s'écoule en jet abondant. Deux jours après, la température est à la normale et le malade reçoit son congé le 25 juin, soit 20 jours après l'opération de l'appendice.

* * *

En particulier, dans les suites opératoires des péritonites d'origine appendiculaires, nous serions tenté de conclure, à la lumière des cas traités, qu'à l'aide de la streptomycine associée à la pénicilline, nous entrons dans une ère absolument nouvelle et que le pronostic de cette grave et fréquente maladie se trouve changé du tout au tout. Pour notre part, nous croyons ne plus avoir le droit de laisser souffrir les malades en les privant de cette médication salutaire. Nous la prescrirons dorénavant pour tous nos cas privés et, chaque fois que l'hôpital voudra bien la donner, aux patients de l'Assistance Publique.

ABCÈS PULMONAIRE[1]

J. PRÉVOST et **J. DIONNE**
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

La patiente a été admise d'urgence le 23 juin pour fracture ouverte de la cheville. A ce moment, elle ne présente rien de pathologique en dehors de son traumatisme, si ce n'est un assourdissement des bruits cardiaques et des ronchus localisés au tiers moyen du poumon droit, que signale l'examen pré-anesthésique. Tout évolue très bien jusqu'au 14 juillet, alors qu'à la suite d'un refroidissement, la patiente commence à tousser et à cracher. Sa température atteint 101,4°. L'examen révèle une condensation pulmonaire du lobe supérieur droit. En continuant le traitement aux anti-biotiques, tout semble rentrer dans l'ordre à tel point que l'on cesse complètement la pénicilline le 19 juillet.

Cette nouvelle pathologie chez cette patiente semblait tout à fait contrôlée, lorsque, le 14 août, la température se met à monter pour atteindre 103,3° le 17 août, malgré la pénicilline en injection et en aérosol. A ce moment, le 19 août, on fait une enquête en médecine qui répond: congestion pulmonaire de la base gauche. On continue la pénicilline, la température baisse un peu après quelques jours pour reprendre 7 à 8 jours plus tard. La patiente tousse. parfois présente des expectorations sanglantes.

Le 29 août une radiographie pulmonaire présente une image caractéristique d'un abcès du lobe supérieur du poumon droit. Le 9 septembre, la patiente devient apyrétique et se maintient ainsi encore aujourd'hui. La pénicilline en injection est cessée le 14 septembre et en aérosol le 24 septembre. Toutes les recherches de B.K. sont négatives, même l'inoculation au cobaye. Le 16 septembre, on prend un nouveau film pulmonaire de contrôle qui présente la même image. Le 20 septembre, on fait une bronchoscopie. Le rapport revient comme suit: poumon droit, hyperhémie de la muqueuse ulcérée, rares sécrétions muco-purulentes. Réaction inflammatoire secondaire banale. *Opinion*: — Propose bronchographie après consultation avec la clinique-thorax pour pneumotomie de drainage.

Le 3 octobre, on fait une requête à la clinique thoraco-pulmonaire pour prendre cette malade sous sa directive pour conduite ultérieure. Le 5 octobre, un nouveau film pulmonaire de contrôle: les images persistent.

Le 15 octobre, tomographie: la cavité est située à 7,5 cm. du plan dorsal. Il y a toujours de la pachypleurite apicale.

Actuellement, le plâtre est enlevé et tout évolue pour le mieux du point de vue chirurgical.

28-10-49: — CONSULTATION GÉNÉRALE

Cas présenté par le Dr Jules Prévost.

Histoire de cas présentée par le Dr J. Dionne. Commentaires du Dr Jules Prévost.

Présentée pour trois raisons:

1° — Pour montrer une des premières tomographies du Dr P. Brodeur.

2° — Ce qu'il y a moyen de faire chez cette malade qui est floride et bien, malgré la présence sur les films de lésions cavitaires indiscutables.

3° — Que penser du mécanisme de son abcès. Accident métapneumonique, embolie graisseuse suppurée? Les choses se sont comportées anormalement bien. Elle ne présente aucun symptôme depuis deux semaines. Devons-nous la laisser partir et la suivre ou devons-nous l'opérer? Qu'en pensent les chirurgiens?
Interprétation des films par le Dr J.-L. Léger.

29 août 1949: zone de condensation avec image hydro-aérique au sommet du poumon droit.

5 octobre 1949: cette cavité toujours présente est un peu diminuée, la condensation périphérique est notablement diminuée. Une radiographie prise en position couchée montre une cavité à contour polycyclique, mais pas de niveau liquide à cause de la position.

Tomographie: cette cavité est visible à 7,5cm. du plan dorsal, la cavité est à 7,5cm. du

1. Clinique du Thorax de l'hôpital Notre-Dame.

plan postérieur, c'est-à-dire de la table et les côtes étaient à 6 cm. de ce plan; la cavité se trouve donc à 1,5 cm. des côtes postérieures, donc à l'union à peu près du tiers moyen et postérieur du poumon.

Le Dr Latraverse demande s'il y aurait lieu d'instituer un traitement médical endoscopique avec pénicilline? A son avis, il y aurait lieu de faire une pneumotomie.

Le Dr David a l'impression qu'il y a une amélioration radiologique constante et considérable.

Dr P. Brodeur: « Nous l'avons toujours affirmé. »

Le Dr David croit qu'on doit continuer avec des traitements médicaux et des anti-biotiques.

Le Dr Prévost: « L'état général et local est stationnaire depuis le mois de septembre. »

Le Dr Gélinas-Mackay note que, pour un processus de guérison sur une lésion de cette étendue, il ne s'est pas écoulé un temps très long.

Le Dr Prévost: « Nous constatons l'amélioration générale et locale, mais y aurait-il lieu quand même de faire un traitement chirurgical? »

Le Dr Gagnon: « En comparant le premier et le dernier film, y a-t-il non seulement de la fibrose, mais aussi de l'atélectasie et de l'emphysème. »

Le Dr P. Brodeur croit qu'il y a surtout une différence de technique par l'augmentation des K.V. La rétraction costale ne semble pas plus marquée sur le deuxième film que sur le premier. La trachée n'est pas attirée vers la droite, il y a certainement un peu de fibrose.

En réponse à une question du Dr Gagnon, le *Dr Prévost*: « L'examen des crachats à plusieurs reprises n'a pas montré de B.K. La flore microbienne était variée. Un cobaye inoculé a été sacrifié et est négatif pour tuberculose. »

Le Dr Gagnon: « Je crois que, pour pouvoir répondre au Dr Prévost, il faudrait savoir combien cela prend de temps pour guérir un abcès pulmonaire chronique. Il me semble qu'on peut considérer un abcès pulmonaire comme passé à la chronicité si, au bout de quatre ou six semaines après la phase aiguë, cet abcès n'est pas guéri et disparu radiologiquement. L'histoire clinique fait remonter le début de l'abcès au 14 juillet, soit il y a trois mois passés; il persiste encore une cavité bien démontrée à la tomographie. Je suis convaincu qu'il doit y avoir un abcès chronique avec une coque scléreuse épaisse et ceci répond un peu à la question du Dr P. Brodeur qui demandait si l'on fait encore le plombage à la paraffine. Ces abcès ne sont pas accessibles à ce traitement à cause de cette coque. La pneumotomie, pour répondre au Dr V. Latraverse, est un bon traitement à la période sub-aiguë de ces abcès au moment où le processus est assez mou (après trois ou quatre semaines). A ce moment, avec le drainage, on peut espérer s'il est suffisamment prolongé, avoir une réussite et collaber la cavité. Cependant Rienhoff et Neuhoff, après révision de leurs cas, après 10 à 12 ans, sont d'avis qu'au maximum, à la sixième semaine, ce drainage peut être indiqué. Mais après cela, on devrait procéder à une lobectomie. » En conclusion, le Dr E. D. Gagnon croit que cette patiente devrait subir au moins une tentative de lobectomie.

Le Dr J. U. Gariépy croit que l'on doit craindre la dégénérescence amyloïde éventuelle à cause de la suppuration et que la patiente devrait être opérée. Cependant, il serait d'avis d'attendre trois ou quatre mois pour voir si la guérison n'arriverait pas médicalement.

Le Dr A. Mackay fait remarquer que la patiente a 67 ans, qu'elle est obèse et que son état général, tout en étant bon, est loin d'être idéal pour une cure chirurgicale.

Le Dr V. Latraverse demande si une pneumotomie n'aiderait pas cette patiente sans augmenter le risque opératoire.

Le Dr J.-U. Gariépy craint que cette pneumotomie n'amène une infection secondaire et n'aide pas du tout cette malade.

Le Dr E.-D. Gagnon, après avoir appris que la malade a 67 ans, croit qu'il vaudrait mieux attendre encore quelque temps. Il est contre la pneumotomie.

Conclusion. — Renvoyer la malade chez elle et la suivre à la clinique des Maladies du Thorax pour quelque temps encore.

REVUE GÉNÉRALE

À PROPOS DES INFILTRATIONS SYMPATHIQUES

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

La valeur de plus en plus grande en thérapeutique des infiltrations de la chaîne sympathique est un fait connu de tous. Cette méthode, préconisée par M. le Prof. R. Leriche en 1925, est à l'origine de presque tous les travaux publiés sur les effets de l'inhibition du système nerveux organo-végétatif et, conséquemment, sur la chirurgie du sympathique.

De janvier 1947 à janvier 1949, nous avons pratiqué 636 infiltrations lombaires et 422 infiltrations du glanglion étoilé combinées ou non à l'infiltration du deuxième thoracique, ce qui fait, au total, 1.058 infiltrations de la chaîne sympathique.

Nous avons donné ces infiltrations en majeure partie à la consultation de M. Leriche à Paris et à l'Hôpital Général de Verdun. Près de cent infiltrations furent pratiquées à l'Hôpital Américain de Paris, à la Clinique Lyautey, au bureau et dans divers hôpitaux de Montréal.

Nous voulons dire quelques mots de la technique employée, des indications, mais surtout insister sur les incidents et les accidents qui peuvent arriver au cours de ces traitements et sur ceux que nous avons observés.

Technique

La première technique d'infiltration du ganglion étoilé fut décrite par M. Leriche. Elle consiste à piquer au-dessus de la clavicule, à un centimètre en-dedans de son tiers moyen avec un angle de 45 degrés vers l'apophyse transverse de la septième cervicale et de la première dorsale. Cette voie est abandonnée aujourd'hui, car, avec elle, on risque de piquer la plèvre, la sous-clavière, la vertébrale et même le trou de conjugaison.

Personnellement, nous avons toujours utilisé la deuxième méthode de M. Leriche que nous combinons, quand l'indication s'impose, à la méthode d'Arnulf. Le patient est allongé sur le dos, la tête basse et légèrement tournée du côté opposé. Nous repérons au doigt la face antérieure des apophyses transverses. Il est possible ainsi de sentir le tubercule de Chassaignac et quelquefois, chez les sujets maigres, l'apophyse transverse de la septième cervicale qui est au-dessous. Nous injectons à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule, un peu au-dessous de l'angle formé par le bord externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien et le bord interne de la jugulaire externe jusqu'au plan osseux, en donnant à l'aiguille une direction oblique en bas. A ce point, nous injectons de 15 à 20 cc. de solution anesthésique. Quand nous voulons obtenir une action sur le membre supérieur, nous injectons à cet endroit 5 cc., nous retirons un peu l'aiguille, nous la plaçons plus parallèle au cou et nous la faisons glisser en avant du plan osseux tout en injectant le reste du contenu de la seringue. Ainsi nous obtenons une inhibition du ganglion étoilé et en même temps du deuxième thoracique, puisqu'il est connu que le premier ganglion thoracique forme le pôle inférieur du ganglion étoilé et qu'ainsi ces deux ganglions se confondent. Pendant cette période de deux années, nous n'avons jamais utilisé la voie postérieure.

Pour l'infiltration lombaire, le patient est assis sur le bord du lit, très légèrement courbé en avant. Nous repérons l'apophyse épineuse de la deuxième lombaire et nous piquons à deux travers de doigt du bord supérieur de cette apophyse, perpendiculairement au plan du dos, et nous butons sur l'apophyse trans-

verse. Ce repère est important et nous devons sentir l'apophyse transverse à une distance de 3 à 5 centimètres de la peau, suivant la maigreur ou l'adiposité du patient. Si, à 5 centimètres, aucune résistance osseuse n'est perçue, il faut alors diriger l'aiguille plus haut ou plus bas pour sentir cette apophyse. Une fois l'apophyse transverse localisée, nous dirigeons l'aiguille au-dessus ou au-dessous de l'apophyse, avec un angle de 30 degrés, vers la face antérieure du corps vertébral et nous injectons de 15 à 20 cc. de solution.

Dans les cas de thrombophlébite aiguë avec évidence de spasme, où nous avons employé cette méthode, nous avons placé le patient en décubitus latéral sur le côté du membre atteint.

L'injection doit se faire sans résistance. Si le liquide est difficile à injecter, c'est probablement que le bout de l'aiguille est dans le ligament vertébral commun antérieur et alors il suffit de retirer l'aiguille un peu. La solution employée fut la procaïne à 1% sans adrénaline.

Indications

Les indications de l'infiltration sympathique sont très fréquentes. Il serait trop long de détailler ici tous les cas où l'anesthésie du sympathique est à conseiller. Les livres ou les publications de MM. Leriche (1, 2, 3, 4, 5), Luzuy (6), Arnulf (7), White (8) et Mandl (9), abondent en explications et en justifications physiologiques et devraient être consultés plus souvent.

Parmi les indications de nos 422 infiltrations de l'étoilé, combinées ou non à l'infiltration du deuxième thoracique, nous relevons les troubles suivants: maladie de Raynaud et syndrome de Raynaud, 19 cas; moignon douloureux et membre fantôme des amputés, 9 cas; thrombophlébite axillaire, 1 cas; asthme, 4 cas; état causalgique ou troubles réflexes post-traumatiques, 14 cas; angine de poitrine, 2 cas; lymphœdème chronique, 4 cas; thrombose de la veine centrale de la rétine, 1 cas; douleur par métastase cancéreuse, 3 cas; sclérodermie, 3 cas; syndrome de Volkmann, 1 cas; divers, 12 cas.

Les indications des infiltrations lombaires furent les suivantes: artérites, 42 cas; thromboangéite oblitérante, 12 cas; gelures et séquelles de gelures, 5 cas; moignon douloureux et moignon fantôme, 14 cas; thrombophlébite, 12 cas; dolichomégacolon, 4 cas; embolie artérielle, 4 cas; ulcère postphlébitique et séquelles de thrombophlébite, 20 cas; état causalgique ou troubles réflexes post-traumatiques, 22 cas; lymphœdème chronique, 9 cas; anévrisme poplité, 1 cas; suites d'hémiplégie, 3 cas; ostéoporose tuberculeuse, 1 cas; douleur par métastase cancéreuse, 3 cas; troubles arthritiques, 3 cas; divers, 9 cas.

Ces infiltrations furent données soit à titre thérapeutique, soit comme épreuve de diagnostic ou comme épreuve préopératoire.

Accidents

A.—Nous parlerons brièvement et séparément des incidents et des accidents de l'infiltration de la chaîne cervicale et de la chaîne lombaire.

On peut classer les accidents de l'infiltration stellaire et du deuxième dorsal en accidents pleuro-pulmonaires, bulbo-cérébraux, vasculaires et nerveux. Ces accidents ont été bien étudiés dans un article récent d'Arnulf (10).

1) *Accidents pleuro-pulmonaires.*

Sachant que le ganglion étoilé est situé sur la face postérieure du dôme pleural, il est facile de comprendre pourquoi la piqûre de la plèvre et parfois aussi du poumon est l'accident le plus fréquent. Nous sommes ainsi en présence d'un pneumothorax partiel. Dès que la plèvre est piquée, le patient se plaint de violents points de côté accompagnés d'une quinte de toux et parfois d'expectorations striées de sang. Habituellement, la douleur disparaît au bout de deux ou trois jours avec des calmants. Toutefois, cet accident est déplorable, le malade étant moins calme pour les traitements ultérieurs souvent nécessaires.

Nous avons causé trois pneumothorax partiels et tous trois à gauche. Ceux-ci n'ont été

suivis d'aucun trouble particulier et nous avons pu infiltrer de nouveau ces malades.

Cet accident est dû à une faute de technique; il faut toujours rester au contact de l'os.

2) *Accidents bulbo-cérébraux.*

Quand l'aiguille pique le trou de conjugaison et quand la procaïne est injectée dans le liquide céphalo-rachidien, il y a un arrêt de la respiration d'origine bulbaire. Nous n'avons jamais observé cet accident presque toujours mortel. On ne doit jamais éviter d'aspirer ou de constater s'il n'y a pas un écoulement de liquide au bout de l'aiguille, avant d'injecter la procaïne.

3) *Accidents vasculaires.*

Ces accidents sont fréquents, car l'on sait qu'il existe plusieurs petits vaisseaux dans les plans superficiels de cette région. Le plus souvent, c'est une veine qui est piquée et il se forme un petit hématome sous-cutanée sans importance. Nous avons souvent atteint un vaisseau sanguin mais jamais une artère. Il faut toujours éviter d'injecter quand la seringue a été souillée par un reflux sanguin et, une fois l'aiguille en bonne position, nous employons une autre seringue avec une nouvelle solution. Arnulf met en garde contre la piqûre de l'artère vertébrale, car l'injection de procaïne dans cette artère est suivie d'anesthésie bulbaire. Nous n'avons jamais causé cette complication.

4) *Accidents nerveux.*

Ceux-ci surviennent quand les racines du plexus brachial sont piquées. Ils sont faciles à reconnaître, car le patient ressent toujours la douleur caractéristique de la piqûre d'un nerf, douleur en éclair et très vive dans tout le membre supérieur. Cet accident, qui est toujours sans conséquence, nous est arrivé souvent au début. Il suffit de retirer l'aiguille de quelques millimètres et de la diriger dans une autre direction en reprenant ses points de repère.

B.—Les accidents de l'infiltration lombaire sont moins fréquents et les patients sont, en général, beaucoup moins craintifs. Ici encore on peut classer ces accidents en accidents nerveux et vasculaires.

1) *Accidents nerveux.*

Ceux-ci apparaissent au cours de la piqûre d'une racine nerveuse et le patient se plaint d'une douleur en éclair dans le membre inférieur ou dans la fesse. Il suffit de retirer l'aiguille.

Ici encore, il ne faut pas piquer dans le trou de conjugaison et causer une rachianesthésie. Ceci peut survenir quand l'aiguille est trop inclinée vers la colonne lombaire. Nous n'avons jamais vu cet accident.

2) *Accidents vasculaires.*

Les vaisseaux qu'il est possible de piquer sont surtout les veines lombaires, ce qui peut parfois causer un hématome paravertébral important. Si l'aiguille est trop longue, il y a danger d'atteindre la veine cave ou l'aorte, mais ceci est très rare.

Tous les accidents sérieux des infiltrations peuvent être évités si nous suivons une technique précise, si nous ne perdons pas le contact osseux au moment de l'injecter, si nous avançons l'aiguille avec douceur et si nous évitons d'injecter quand il y a reflux de sang ou de liquide clair dans la seringue après aspiration.

La toxicité et parfois l'intolérance de la procaïne sont toujours à surveiller. Nous avons noté que l'infiltration à la région cervicale donne plus de malaises que l'infiltration à la région lombaire. Assez souvent, environ un cas sur six, le patient devient pâle, ce que nous attribuons à l'effet toxique de la procaïne.

Douze malades ont eu des nausées et ont vomi à la suite d'infiltrations et nous avons observé quatre pertes de connaissance. N'oublions jamais que l'intolérance à la procaïne existe et que, parfois, des accidents mortels peuvent survenir. Nous donnons maintenant de cinq à dix centigrammes d'un barbiturique quelconque trente minutes avant une infiltration et nous évitons d'en pratiquer au bureau.

Nous n'avons jamais eu d'accident mortel à la suite d'infiltration sympathique. Malheu-

reusement, nous déplorons un décès par intolérance à la novocaïne. En février 1948, chez un cardiaque diabétique de 63 ans, gravement touché et qui souffrait de sub-occlusion intestinale avec un hoquet continu depuis huit jours, nous avons injecté le nerf phrénique et la quatrième racine cervicale droite, quelques minutes plus tard, la mort survint avec arrêt respiratoire et cardiaque. L'autopsie fut refusée par la famille.

Nous terminerons en citant les paroles de MM. Gautier et Bacquart (11), prononcées lors d'une communication faite le 16 décembre 1948 à la Société de Chirurgie de Lyon, à propos d'un accident mortel survenu à la suite d'une infiltration stellaire : « Ce fait s'ajoute au bilan des accidents de l'infiltration stellaire dressé, il y a quelques mois, par Arnulf et qui mériterait sans doute d'être accru d'un certain nombre de cas dont la relation n'est faite que timidement ou insidieusement murmurée dans la tiédeur des confidences. L'usage de l'infiltration stellaire et les résultats qui ont consacré sa valeur n'ont rien à redouter d'un jugement franc et loyal et ce n'est pas attaquer la méthode que d'en signaler les risques. Bien que mineure, l'infiltration stellaire demeure une intervention chirurgicale; en tant que telle, elle ne doit être pratiquée qu'en milieu hospitalier et selon les disciplines d'une technique rigoureuse trop souvent ignorée ou transgressée. »

BIBLIOGRAPHIE

1. R. LERICHE: *Physiologie pathologique et chirurgie des artères.* Masson et Cie, Editeurs, Paris, 1943.
2. R. LERICHE: *Physiologie pathologique et traitement chirurgical des maladies de la vaso-motricité.* Masson et Cie, Editeurs, Paris, 1945.
3. R. LERICHE: *Thromboses artérielles.* Masson et Cie, Editeurs, Paris, 1946.
4. R. LERICHE: *Les embolies de l'artère pulmonaire et des artères des membres.* Masson et Cie, Editeurs, Paris, 1947.
5. R. LERICHE: *La chirurgie de la douleur.* 3e édition. Masson et Cie, Editeurs, Paris, 1949.
6. M. LUZUY: *Les infiltrations du sympathique.* Masson et Cie, Editeurs, Paris, 1946.
7. G. ARNULF: *L'infiltration stellaire.* Masson et Cie, Editeurs, Paris, 1947.
8. J. C. WHITE: « Procaine block of the sympathetic nerves in the study of intractable pain and circulatory disorders. » *Surg. Clin. N. A.*, 1263, (octobre) 1947.
9. F. MANDL: *Paravertebral block.* Grune et Stratton, New-York, 1947.
10. G. ARNULF: « Les accidents graves de l'infiltration stellaire. » *Rev. Chir.*, **67**: 73, 1948.
11. GAUTHIER et BACQUART: « A propos des accidents graves de l'infiltration stellaire. » *Lyon Chir.*, **44**: 358, 1949.

LA FISTULE THYRÉOGLOSSE

René GRIGNON,
Chirurgien à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

La glande thyroïde naît d'un diverticule du plancher du pharynx dont le vestige est le foramen cœcum. Ce diverticule s'allonge vers le bas et en arrière, forme un tube, le canal thyréoglosse qui se bifurque plus bas pour former les lobes thyroïdiens. Durant sa descente, le canal passe dans ou en arrière d'un endroit où sera situé l'os hyoïde. La partie distale du tube correspond au lobe pyramidal de la glande thyroïde. Ce canal épithélial s'atrophie généralement vers la 6e semaine de la vie fœtale; nous avons alors le ligament suspenseur de la glande thyroïde si l'oblitération est fibreuse et le muscle « Levator glandulæ thyroïdæ » si l'oblitération devient musculaire. Si le canal ne s'atrophie pas et reste ouvert au foramen cœcum, on a une fistule thyréoglosse borgne interne, si le canal s'oblitère à l'extrémité interne et ne s'oblitère pas ou en partie sur le reste du trajet, on a un kyste thyréoglosse pouvant s'infecter, se fistuliser spontanément ou chirurgicalement à la peau et donner une fistule thyréoglosse borgne externe. Il est possible d'avoir une fistule complète à la suite d'une infection d'une fistule borgne interne, après ouverture spontanée ou chirurgicale de la peau.

La fistule thyréoglosse a donc une origine embryologique.

Le but de ma communication est d'attirer l'attention sur la localisation de cette lésion afin d'éviter les erreurs de diagnostic, sur les trajets possibles de ces fistules et sur la technique chirurgicale adéquate afin d'éviter les récidives, quand ce ne sera pas des complications quelquefois irréparables.

Les lésions chirurgicales du cou les plus fréquentes sont les fistules et les tumeurs. Selon leur topographie, elles peuvent être divisées en 2 groupes:

- *Lésions médianes:*
  - Thyroïdes non descendues,
  - Kystes thyréoglosses,
  - Fistules thyréoglosses,
  - Lobes pyramidaux,
  - Adénome de l'isthme thyroïdien.
- *Lésions latérales:*
  - Uniques:
    - Kystes bronchiaux,
    - Fistules bronchiales,
    - Tumeurs du corps carotidien,
    - Neuro-fibrome,
    - Lymphosarcome,
  - Multiples:
    - Thyroïdes aberrantes,
    - Glande T. B.
    - Glandes inflammatoires non spécifiques.
    - Inflammations variées.
  - Uniques ou Multiples:
    - Goitres.

Observation 1.

Monsieur R.L. âgé de 23 ans, se présente pour une fistule cervicale médiane sous hyoïdienne. Ce patient avait été opéré, en 1940, pour un kyste thyréoglosse suppuré et fistulisé, il avait eu une ablation du kyste avec résection de la fistule. Lors de la première opération, le rapport anatomo-pathologique se lisait comme suit:

« Cavité de revêtement stratifiée présentant çà et là des follicules lymphoïdes. Par places, au voisinage de ce revêtement, on trouve, dans le tissu conjonctif, de petits amas de tissus thyroïdiens embryonnaires ou adultes. »

(Dr. L.-C. Simard)

Le patient sembla guéri pour quelques mois, puis il nota, au même niveau, la présence d'une petite tuméfaction qui se fistulisa de nouveau.

Il se présente pour traitement, 6 ans et demi après la récidive.

Opération: 23-7-47. *Protocole opératoire*

Anesthésie: pentothal, éther intra-trachéale, — coloration de la fistule, — résection de la cicatrice cutanée, dissection du trajet fistuleux lequel est indépendant du lobe pyramidal de la glande thyroïde et remonte vers le milieux de l'os hyoïde. Résection de la portion médiane de cet os à travers lequel passe la fistule.

Résection en masse du septum lingual jusqu'à la base de la langue. Drain sous hyoïdien — fermeture de la membrane hyoglossienne — agrafes sur la peau.

Les suites opératoires sont sans incident. Le 4e jour, le drain est retiré et les agrafes sont enlevées. Congé le 5e jour avec une plaie guérie. Pas de récidive actuellement.

Observation 2.

Mademoiselle J.B., âgée de 22 ans, se présente pour une fistule cervicale médiane sous hyoïdienne qui existe depuis l'âge de 5 ans.

On note, à ce niveau, la présence d'une cicatrice horizontale mais la patiente prétend n'avoir jamais été opérée.

Opération: 1-4-48. *Protocole opératoire*

Anesthésie: pentothal, ether, C3H6 intra-trachéale, — coloration de la fistule. — Incision horizontale sous hyoïdienne — après la section du peaucier du cou, à cause de la diffusion du colorant dans les tissus mous, la dissection de la fistule, rendue possible par la traction, nous conduit à l'os hyoïde. — Résection de la partie médiane de celui-ci ainsi que du septum lingual jusqu'à la base de la langue. Drainage sous hyoïdien — fermeture de la membrane hyoglossienne. Soies sur la peau.

Les suites opératoires sont sans incident si ce n'est un léger suintement aqueux qui dura quelques jours. Le 4e jour, le drain est retiré et les points sont enlevés. La patiente quitte l'hôpital le 6e jour avec une plaie en voie de guérison. Pas de récidive actuellement.

Observation 3.

Monsieur A.L., âgé de 23 ans, m'est dirigé pour un kyste sébacé infecté, cervical, médian, sous hyoïdien, qui suppure depuis 6 mois. Avant la suppuration, le patient avait noté la présence d'une tuméfaction du volume d'une petite olive, puis survint de la rougeur, de la douleur et finalement de la suppuration qui persista jusqu'à maintenant.

Opération: 24-8-48. *Protocole opératoire*

Anesthésie: pentothal, C3H6 intra-trachéale, — coloration du trajet fistuleux, — incision en V englobant la fistule et une petite dépression cutanée qui remonte à la déglutition. Dissection de la fistule qui nous conduit en bas jusqu'au lobe pyramidal de la glande thyroïde et en haut jusqu'à l'os hyoïde. La partie supérieure est oblitérée mais la traction nous permet de suivre facilement le trajet. Résection de la partie médiane de l'os hyoïde ainsi que du septum lingual jusqu'à la base de la langue. Drainage sous hyoïdien — fermeture de la membrane hyoglossienne — soies sur la peau.

Les suites opératoires sont sans incident. Les points sont enlevés le 3e jour et le drain retiré. Le patient quitte l'hôpital le 5e jour. Pas de récidive actuellement.

Examen Anatomo-pathologique

Quatre coupes ont été prélevées au niveau de la pièce opératoire.

La première, au niveau de la fistule, révèle un tissu conjonctivo-musculaire et adipeux. Je n'ai pu mettre de fistule en évidence à ce niveau.

La deuxième, prise à la partie supérieure près de l'os hyoïde, montre un cordon fibreux dense.

La troisième, prise à la partie inférieure près du lobe pyramidal, montre un petit trajet fistuleux entouré d'une réaction inflammatoire chronique et d'un tissu conjonctif dense.

La quatrième, prise au niveau du petit récessus cutané, montre que ce recessus est le

point d'arrivée d'une fistule dont les bords sont constitués par un tissu de granulation en réaction inflammatoire chronique abondante. Le tissu conjonctif du pourtour est dense et en réaction inflammatoire chronique.

(Dr Claire Gélinas MacKay.)

* * *

La présentation de ces trois observations nous montre un premier cas avec une opération incomplète, un deuxième cas qui fut probablement traité comme s'il s'agissait d'un kyste sébacé infecté et un troisième dont le diagnostic de kyste sébacé infecté avait été posé.

J'attire donc l'attention sur les faits suivants:

1. — Importance de bien examiner les tuméfactions et les suppurations cervicales médianes afin d'éviter les erreurs de diagnostic.

2. — Dans tous les cas, la dissection doit au moins dépasser, après résection de sa partie médiane, l'os hyoïde sinon se rendre jusqu'au foramen cœcum.

3. — Ne jamais oublier d'explorer vers le lobe pyramidal de la glande thyroïde.

4. — La chirurgie du cou, en général, doit être faite minutieusement avec les instruments adéquats et l'anesthésie appropriée;

On évitera ainsi les récidives souvent irréparables.

Le traitement des lésions thyréoglosses est toujours chirurgical. S'il s'agit d'un kyste non infecté, on peut tenter de le disséquer avec son vestige embryonnaire jusqu'au foramen cœcum. Si le kyste est suppuré, il vaut mieux faire une petite incision, drainer et réséquer plus tard la fistule, comme s'il s'agissait d'une complication.

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

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

Tome 79, No 1 — Montréal, janvier 1950

À PROPOS DU DIAGNOSTIC DE LA TOXOPLASMOSE

De toutes les branches de la médecine, la pédiatrie est l'une de celles qui a le plus progressé dans ces vingt dernières années, et de tous les chapitres de la pédiatrie, celui qui concerne les maladies infectieuses est l'un de ceux qui ont le plus évolué depuis dix ans. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la table des matières d'un Traité récent de Médecine Infantile, comme celui de Mitchell-Nelson [1], pour s'en convaincre. On se rend compte qu'on y décrit maintenant, non seulement des infections bactériennes et à spirochètes, mais également des maladies infectieuses causées par des virus, des rickettsies, des champignons, des parasites et des protozoaires, dont il n'était pas fait mention jusqu'ici.

Tel est le cas de la toxoplasmose, maladie nouvelle en clinique humaine, mais dont l'agent pathogène était connu depuis un peu plus de quarante ans. Le parasite, en effet, fut découvert en 1908 par Charles Nicolle et L. Manceaux [2] chez un rongeur de Tunisie, le gondi *(Clenodactylus gondi)*. Par la suite, le toxoplasme a été trouvé chez un grand nombre d'animaux dans la plupart des pays.

Ce n'est que depuis 1939 que l'on sait reconnaître la maladie dans l'espèce humaine, grâce aux travaux de A. Wolf, D. Cowen et B. H. Paige (de New-York) [3] et Albert B. Sabin (de Cincinnati) [4], à qui nous devons la plupart de nos connaissances sur le sujet. En France, à la suite d'une revue générale de G. Lavier en 1945 [5], des observations de toxoplasmose humaine, en particulier chez l'enfant, ont été rapportées. Au surplus, il y a lieu d'attirer l'attention sur les mises au point de Raymond Turpin [6], Roger Pluvinage [7] et Stéphane Thieffry [8]. Aux Etats-Unis, il faut signaler l'article de Albert Sabin dans le *Brennemann's Practice of Pediatrics* et celui de Joseph S. D'Antoni dans le *Traité de Pédiatrie,* de Mitchell-Nelson.

Ce qui frappe en lisant ces travaux, c'est que le domaine de la toxoplasmose humaine est beaucoup plus vaste qu'on ne le croyait au début. S'il est vrai, comme l'a souligné Raymond Turpin

1. Mitchell-Nelson: *Textbook of Pediatrics.* Edité par Waldo E. Nelson. 4e édition, revisée. W. B. Saunders Co., Philadelphie et Londres, 1947.

2. C. Nicolle et L. Manceaux: « Sur un protozoaire nouveau du Gondi: toxoplasma n. g. » *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis,* **2**: 97, 1909.

3. A. Wolf, D. Cowen et B. H. Paige: « Toxoplasmose humaine; accident chez les enfants tel que l'encéphalomyélite. Vérification par transmission animale. » *Science,* **89**: 226, 1939. « Encéphalomyélite à toxoplasme. III. Un nouveau cas d'encéphalomyélite dû à un protozoaire. » *Am. J. Path.,* **15**: 657, 1939. « Encéphalomyélite toxoplasmique. IV. Transmission expérimentale de l'infection d'un enfant à des animaux. » *J. Exp. Med.,* **71**: 187, 1940.

4. A. B. Sabin: « Toxoplasmose, une maladie reconnue récemment chez l'homme. » *In* Advances in Pediatrics. *Intersciences,* édit., New-York, 1942, 1.

5. G. Lavier: « La toxoplasmose. » *La Presse Médicale,* **53**: 107-109 (3 mars) 1945.

6. R. Turpin: « La toxoplasmose du nourrisson. » *Les Actualités Médico-Chirurgicales Pratiques* de C. Lian, **3**: 239, 1949. Editions R. Lépine, Paris.

7. R. Pluvinage: « La toxoplasmose. » *La Presse Médicale,* **57**: 705-708 (30 juillet) 1949.

8. S. Thieffry: « Encéphalo-myélite toxoplasmique et toxoplasmose humaine. » *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Pédiatrie, Seconde Enfance,* 1ère édit., 1949, 26595, 1-6.

en parlant de la forme du petit enfant, qui est considérée à l'heure présente comme la plus fréquente, « qu'il faudra dorénavant penser à la toxoplasmose chez tout nourrisson atteint d'hydrocéphalie, de méningo-encéphalite de nature indéterminée, chez tout enfant épileptique, aveugle ou même arriéré, quand ces états morbides ne sont rattachables à aucune étiologie précise », ce serait une erreur de croire que la toxoplasmose ne s'extériorise cliniquement que par des troubles nerveux et oculaires. En réalité, l'on peut observer, chez l'adulte il est vrai, d'autres manifestations: une colite ulcéreuse avec selles muco-hémorragiques, de l'ictère avec hépato-splénomégalie, une éruption papulo-maculeuse associée à un syndrome de pneumonie atypique.

Il est actuellement impossible de présenter une étude d'ensemble complète de la toxoplasmose au point de vue clinique, le nombre des observations publiées n'étant pas suffisamment considérable pour en donner un tableau général. Mais on a décrit à date quelques *formes cliniques*: forme intra-utérine, forme du nourrisson, forme du grand enfant, forme de l'adulte, formes inapparentes.

1° *Forme intra-utérine.* Le diagnostic n'a pu en être fait encore pendant la vie. La seule observation publiée est celle d'un nouveau-né chez lequel l'hydrocéphalie a été reconnue pendant la grossesse, mais le volume du crâne était tel que l'on dut avoir recours à la crânioclasie. L'examen anatomique a révélé des lésions diffuses d'encéphalomyélite avec calcifications, de la choriorétinite et de très nombreux toxoplasmes.

2° *Forme du nourrisson et du petit enfant.* Elle est de beaucoup la plus fréquente et se traduit par la tétrade: *a*) hydrocéphalie; *b*) convulsions; *c*) choriorétinite; *d*) dépôts calcaires intracérébraux visibles à la radiographie. Le syndrome peut avoir une évolution suraiguë et fatale ou bien être compatible avec la vie et donner lieu à des séquelles graves avec retard du développement psychomoteur.

3° *Toxoplasmose de l'enfant.* Il faut y penser en présence d'une « encéphalite », dont la cause n'apparaît pas très clairement et qui s'accompagne de convulsions, de fièvre, sans hydrocéphalie et sans atteinte oculaire.

4° *Toxoplasmose de l'adulte.* Différente des précédentes et caractérisée par des accidents respiratoires et cutanés: un syndrome de pneumonie atypique, avec éruption maculo-papuleuse que l'on a comparée à la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses.

5° *Formes légères et inapparentes.* Elles font actuellement l'objet de recherches et leur fréquence apparaîtra plus grande dans quelques années, lorsqu'il sera devenu possible, dans la plupart des pays, de les reconnaître durant la vie grâce au laboratoire.

Et ceci m'amène à dire un mot, en terminant, du *diagnostic biologique* de la toxoplasmose par la « réaction de neutralisation » de Sabin. Elle consiste à mettre en présence, *in vivo*, le sérum du malade avec une suspension de toxoplasmes. L'on injecte dans le derme du lapin plusieurs mélanges de concentrations différentes et un liquide témoin ne contenant que des toxoplasmes sans addition de sérum. La réaction est dite positive si, au bout d'une semaine, l'animal n'a réagi qu'au témoin. C'est alors seulement qu'on peut affirmer du

vivant du malade qu'il s'agit de toxoplasmose.

Le concours du laboratoire est donc indispensable au praticien pour faire un diagnostic précoce de la maladie. Aussi serait-il souhaitable qu'un service de sérodiagnostic soit mis à la disposition des cliniciens dans l'un de nos centres scientifiques, comme on l'a fait récemment à l'Institut Pasteur de Paris sur l'initiative du professeur P. Mollaret, pour permettre aux médecins, non seulement de reconnaître la toxoplasmose à ses débuts, mais également d'en dépister les formes frustes et latentes. Ces conditions sont nécessaires pour progresser dans l'étude de cette maladie nouvelle, dont on ne connaît pas encore le mode de transmission et la prophylaxie, et dont on doit chercher à améliorer le traitement.

Paul LETONDAL.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

LE PROGRÈS DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE [1]

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

1. NOTRE BUT: LA BONNE SANTÉ UNIVERSELLE

Je tiens tout d'abord à vous remercier de la résolution que cet organisme a adoptée l'an dernier, à savoir que le Programme national d'hygiène constitue « *une mesure qui rendra l'année 1948 mémorable dans les annales de l'hygiène publique sur ce continent.*

L'orientation donnée par l'« American Public Health Association » depuis plus de trois quarts de siècle a été d'une si haute inspiration que l'hygiène publique aux Etats-Unis et au Canada offre, pour le demi-siècle à venir, d'incomparables promesses.

Après avoir lutté longtemps pour bien faire comprendre au public quelles étaient leurs intentions et obtenir pour leurs programmes l'appui voulu, les membres de cette Association doivent avoir conscience d'avoir accompli quelque chose de concret. A titre de pionniers sur ce continent et, sous maints rapports, d'inspirateurs mondiaux dans ce champ vital de l'effort humain, vous avez développé un programme d'hygiène publique proportionné aux immenses besoins de nos populations.

Nous savons que l'hygiène publique, qui s'occupait d'abord, par des interventions isolées, de combattre les épidémies et les maladies contagieuses, s'est occupée ensuite, d'une façon permanente, de la salubrité du milieu et de la quarantaine; puis qu'elle s'est intéressée à tous les aspects de la mauvaise santé, et, de plus en plus, à la prophylaxie. Dans le prochain demi-siècle, nous devons viser à rien de moins que la bonne santé universelle, cette santé que la constitution de l'Organisation mondiale de la santé définit comme « *un état de bien-être physique, mental et social, et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.* »

2. LA PROSPÉRITÉ EST LA CLEF DE LA SANTÉ

L'hygiène publique est affaire d'intérêt public. Ainsi que les membres de cette Association l'ont répété avec tant d'insistance, elle embrasse tout ce qui, dans notre société, touche à la santé physique et mentale.

La santé nationale repose sur la prospérité nationale. *La pauvreté et la mauvaise santé sont étroitement alliées*: pour que la bonne santé ait l'occasion de s'épanouir, nous devons donc faire en sorte que notre prospérité soit partagée.

Il y a relation étroite entre la santé et le bien-être, deux questions d'importance nationale. Le Gouvernement a prouvé, il y a cinq ans, qu'il était convaincu de cela, en créant un nouveau ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et en plaçant un membre du cabinet à la tête de ce ministère. Nous croyons qu'en assurant la sécurité économique, ce qui facilite la voie à des normes acceptables d'alimentation, de logement, de vêtement et de soins médicaux, nous assurons, par le fait même, un meilleur état de santé.

Au cours des derniers vingt ans, particulièrement, le Gouvernement canadien a consacré une part de plus en plus grande des ressources nationales au bien-être de la population, dans le but d'ajouter aux mesures de prévoyance sociale que les provinces, les municipalités et les organismes bénévoles maintiennent depuis longtemps. *A l'heure actuelle, le Canada dépense chaque année près d'un milliard de dollars pour la santé et le bien-être,* ce qui correspond, aux Etats-Unis, à une dépense de 11 milliards ou plus.

Il était possible et impérieux, à la suite d'un degré de prospérité et de sécurité économique jamais atteint par nos deux pays de porter notre effort d'hygiène publique à un niveau encore inconnu. Il convient de puiser dans le trésor national pour compenser les frais que la mauvaise santé et la maladie imposent à la nation.

Vers la fin de la guerre, nous avons constaté, à la suite de relevés sanitaires, que nous sommes l'un des peuples les plus sains de la terre, grâce à l'initiative et au dévouement des services de santé fédéraux, provinciaux et municipaux, des organismes d'hygiène bénévoles, des médecins, des dentistes, des infirmières et de nos préposés à l'hygiène. Mais nous nous sommes trouvés aussi en présence de statistiques sanitaires dont nous n'avons guère à nous enorgueillir.

Nous avons décidé de remédier à cela.

De nouveaux progrès dans cette voie auraient obéré les budgets sanitaires des provinces, déjà sextuplés au cours des derniers vingt ans. Aussi avons-nous décidé de puiser dans le trésor fédéral afin de suppléer à l'action sanitaire provinciale et municipale et de faciliter à un plus haut degré, dans toutes

1. Traduction d'un discours prononcé au banquet du 77e congrès annuel de l'"American Public Health Association", à l'hôtel New Yorker, New-York, le mardi 25 octobre 1949.

les régions du Canada et pour tous les Canadiens, l'accès à la bonne santé.

Nous en sommes venus à la conclusion que le moment était arrivé de porter un grand coup. C'est pourquoi le Gouvernement a inauguré l'an dernier, le Programme national d'hygiène du Canada, en vertu duquel 165 millions de dollars sont mis à la disposition des provinces, pendant les premiers cinq ans, dans le but de les aider à poursuivre des relevés d'hygiène, à construire un plus grand nombre d'hôpitaux et à donner plus d'expansion à leur effort sanitaire.

Afin d'arriver au but que nous nous sommes fixé, nous avons approprié par tête, en vertu de notre Programme, *plus du double* que ne le prévoit l'excellent système de subventions d'hygiène des Etats-Unis.

3. LE PROGRÈS DU CANADA EN HYGIÈNE PUBLIQUE

Cette intervention du Gouvernement canadien dans le champ de l'hygiène a une importance majeure, étant donné que, dans le passé, notre action sanitaire fédérale s'est limitée à des services traditionnels, comme la quarantaine, l'immigration, la régie des stupéfiants, les marins malades, la santé des Indiens, la surveillance des aliments et des drogues, en plus de toutes les mesures de prévoyance sociale qui touchaient indirectement à l'hygiène.

Déjà, après un peu plus d'une année de pleine mise en vigueur du Programme, nous constatons une remarquable activité sanitaire dans chacune des provinces canadiennes. Nous pouvons désormais espérer que le soin donné à la santé en notre pays atteindra un degré auquel nous n'avions jamais encore songé. Un nouvel enthousiasme, des idées neuves, de nouveaux progrès surgissent de partout. Permettez-moi de vous citer quelques faits saillants de l'an dernier:

Ces subventions ont donné naissance à 1.400 projets au moins d'hygiène publique.

On a aidé d'une manière importante à la construction d'hôpitaux dont le besoin se faisait sérieusement sentir et qui auront plus de 15.000 lits.

L'effectif des préposés à l'hygiène publique a augmenté de 1.500. Il a été possible à 1.200 de ces hygiénistes de compléter leur formation.

On rapproche le soin de la santé à la campagne du niveau qu'il a atteint dans les villes.

Du sang nouveau a été infusé aux campagnes provinciales destinées à réduire la mortalité maternelle et infantile, à combattre des affections comme la diphtérie et la typhoïde, et à tenir en échec les grands fauteurs d'infirmité comme la poliomyélite, l'arthrite et le rhumatisme.

Les gouvernements provinciaux créent de nouveaux services afin de donner plus d'expansion à leurs services d'hygiène publique.

On crée, en nombre impressionnant, des centres et des dispensaires d'hygiène publique. Il y a 22 nouveaux dispensaires d'hygiène mentale.

Quand le besoin s'en fait sentir, on fournit du matériel scientifique aux hôpitaux, aux sanatoriums et aux dispensaires.

Les campagnes provinciales contre les affections mentales, le cancer, la tuberculose, les maladies vénériennes et les conditions déformantes chez les enfants, prennent de l'ampleur.

4. ACTION NATIONALE ET PROGRÈS DE LA SANTÉ

Le nouveau Programme national d'hygiène est la preuve de l'intérêt que nous portons au progrès de la santé. Grâce à ces initiatives nouvelles des Etats-Unis et du Canada, la logique prend en main la direction de l'organisation sanitaire, là où le hasard l'avait laissée. Nous voulons marcher de front avec les progrès de la médecine et nous ne tolérons pas que quoi que ce soit empêche notre population de recevoir les meilleurs soins possibles pour sa santé.

Nous devrions faire tout ce qu'il faut pour prévenir la maladie, pour mettre les soins médicaux et hospitaliers à la portée, de quelque façon, de tous nos citoyens, en quelque endroit qu'ils soient domiciliés, quel que soit leur revenu, et cela aussi vite que nos ressources le permettront. Dans des pays comme les nôtres, où le niveau de vie est le plus élevé de l'univers, nous ne devons pas permettre que le manque d'argent entraîne la négligence de la santé.

Ne nous imaginons pas que cet objectif est à portée de notre main ou que nous l'atteindrons sans un redoublement d'efforts.

L'hygiène publique ne se limite plus aux soins rudimentaires à donner à la famille ou à la localité; elle voit maintenant aux soins d'hygiène de régions entières. A la suite du progrès de la médecine et des mesures d'hygiène publique qui l'ont accompagné, il faut que les gouvernements centraux, à cause du fardeau de plus en plus grand découlant de ces responsabilités, appuient en fin de compte, de nos jours, l'œuvre des administrations provinciales et d'Etat. Ainsi, l'accès à la bonne santé devient une affaire nationale.

Pendant plusieurs générations, les membres de cette Association ont soutenu ce qui était en réalité un combat d'arrière-garde contre la maladie. Aujourd'hui les populations de nos deux pays, impressionnées par vos efforts passés, viennent de vous confier par l'intermédiaire de leurs gouvernements, des ressources qui permettront de faire de plus grands et de plus rapides progrès.

5. LE PARTAGE DES FRAIS DE MALADIE

A mesure que l'hygiène publique est plus largement soutenue, son concept devient toujours de plus en plus compréhensif et c'est, là, ce que cette Association

a recherché si longtemps et si effiicacement. Il embrasse aujourd'hui tout ce qui touche à l'hygiène physique et mentale. L'intérêt dont l'« American Public Health Association » a fait preuve, au cours des dernières années, en assurant des soins médicaux, en est la preuve. Après avoir réussi à améliorer les facilités et les services d'hygiène, nous devons maintenant mettre à la portée de toute la population ces facilités et ces services pour l'installation desquels cette même population a payé.

Nous voulons aussi faire en sorte que nul de nos concitoyens ne soit privé, pour des raisons d'ordre économique, des soins que sa santé requiert. C'est là, je le crois, le problème actuel qui se présente à tous ceux qui s'occupent d'hygiène et qui ont consacré leur vie à la lutte contre la mauvaise santé et contre la maladie, obstacles au progrès humain.

On s'intéresse donc davantage aux moyens de répartir, d'une manière équitable, les frais de la maladie. Au Canada, par exemple, les principales associations d'hygiène et d'hommes de profession, ainsi que tous les grands partis politiques, ont approuvé le principe de l'assurance-santé. Les enquêtes, faites en 1944 et cet été auprès du public, démontrent que huit Canadiens sur dix sont en faveur de quelque sorte d'assurance-santé publique.

Actuellement, deux provinces canadiennes ont l'assurance obligatoire contre les frais hospitaliers. Il y a aussi une assurance contre les frais médicaux et hospitaliers dans une petite région de l'Ouest canadien. Les programmes d'assurance volontaire contre ces frais sont aussi très encouragés au Canada.

Il y a quatre ans déjà que le Gouvernement canadien a offert d'aider les provinces à répartir sur toute la population les frais que cause la maladie. Notre Programme national d'hygiène, dont je vous ai un peu parlé ce soir, pose les assises d'un système national d'assurance-santé. Le développement de nouveaux services et la construction d'hôpitaux hâtent le jour où il sera possible, dans chacune des provinces, de préparer les voies à l'assurance contre les frais médicaux et hospitaliers, assurance que le Gouvernement fédéral subventionnera à la suite d'ententes satisfaisantes avec les administrations provinciales.

Au point de vue constitutionel au Canada, l'action sanitaire relève d'abord des provinces. C'est pourquoi le premier ministre du Canada disait récemment: « *Il appartient à la population et au gouvernement de chaque province d'élaborer eux-mêmes des plans d'assurance-santé qui tiennent compte de leurs conditions locales et de leurs traditions* ».

6. LA SANTÉ MONDIALE

L'accès à la bonne santé est un droit fondamental de l'homme que les gouvernements se doivent de protéger par-dessus tout. A cause de l'intelligence que nous avons du problème et des moyens que nous prenons pour le résoudre, nous n'avons pas besoins de craindre pour l'avenir de l'hygiène publique sur ce continent. Mais ce droit devrait faire partie de l'héritage de tous les peuples. Aussi, regardons au delà de nos frontières et pensons à la santé des autres peuples de l'univers.

Sous un régime de collaboration mondiale, les nations fortes doivent prêter de leur force et les favorisées du sort partager leur bonne fortune. Des nations comme les nôtres, qui ont une solide organisation d'hygiène publique et où l'état de santé a atteint un niveau supérieur, devraient conseiller et aider les pays dont les programmes sont moins avancés ou qui ont de la difficulté à appliquer ces programmes. Dans le programme des Nations Unies, rien, certes, ne donne plus d'espoir à l'humanité que l'activité d'organismes comme l'Organisation mondiale de la santé, qui permettent de traduire en actes efficaces le principe contenu dans le quatrième point du Président Truman.

Aux yeux de tous ceux qui travaillent dans le champ de l'hygiène publique, le prochain demi-siècle sera le témoin de grands progrès. Il faudra s'imposer un effort spécial, faire preuve d'une particulière perspicacité. Envisageons l'ampleur et la complexité de notre tâche. De tous les problèmes qui confrontent l'humanité, le problème de la santé est celui qui peut se contenir le moins facilement en d'étroites limites. Tout ce qui touche au bien-être humain touche aussi à la santé. La maladie ne connaît ni classes sociales, ni frontières nationales.

En nous fortifiant contre la maladie, en encourageant de solides programmes qui assureront un bon état de santé, en plaçant à la portée de toute notre population les moyens d'améliorer sa santé, nous pouvons continuer de jouer un rôle important dans la création, sur ce continent, d'un mode incomparable de vie.

Sous nos régimes démocratiques, négliger de quelque façon le droit du citoyen à la santé, c'est violer le principe sur lequel nos pays ont été édifiés, à savoir que notre société doit fonctionner pour le bien général. C'est affaiblir la solidarité mondiale que de négliger de faire notre part pour aider les autres peuples à acquérir la santé. A la suite des progrès récents, nous espérons que, avant que ce siècle ne s'achève, nous aurons réussi dans nos pays à triompher de la maladie, tout en aidant à créer l'unité au sein d'un monde à la recherche de la santé.

LE SERVICE DE SANTÉ ET LA NUTRITION [1]

L'HYGIÈNE MENTALE AU SERVICE DE SANTÉ [1]

Ad. GROULX, M.P.H.,
Directeur du Service de Santé, Ville de Montréal.

Parmi les problèmes de santé publique à la solution desquels le Service de santé de Montréal travaille sans répit et obtient des résultats, il y a celui des aliments et de l'alimentation rationnelle. L'alimentation est, en effet, le premier besoin fondamental de l'individu et de la collectivité.

Déjà, depuis nombre d'années, le Service de santé de la ville de Montréal s'occupe d'assurer à la population des aliments sains par un contrôle sanitaire adéquat et par l'adoption de mesures législatives telles que la filtration et la chlorination de l'eau, la pasteurisation et l'inspection du lait, pour ne citer que les deux principales.

L'enseignement de l'alimentation rationnelle et les directives données à ce sujet sont très importantes pour assurer la croissance normale et le développement physique de l'individu et prévenir les maladies secondaires à une mauvaise alimentation. La nutrition est surtout un problème de l'enfance et de la mère, sans cependant négliger les gens d'âge adulte.

Déjà, depuis plusieurs années, un grand travail a été fait en ce qui regarde le nourrisson dont toute l'hygiène, en somme, repose sur l'alimentation. Les améliorations apportées dans l'enseignement de la puériculture et l'œuvre des consultations de nourrissons ont été et demeurent d'un grand secours.

Le Service municipal de santé, par l'entremise de certaines de ses divisions, s'intéresse aux problèmes des aliments et de l'alimentation.

Les statistiques permettent l'étude de la mortalité chez les nourrissons et chez l'enfant d'âge préscolaire et scolaire, défavorisés par une nutrition défectueuse et permet d'élaborer un programme d'action. La dénutrition est fréquente chez le jeune enfant et l'écolier.

Les laboratoires effectuent les analyses nécessaires du lait et de ses sous-produits, de l'eau, des viandes et autres aliments, pour s'assurer de leur qualité de façon à procurer à la population des aliments sains.

L'inspection des aliments, dont nous vous avons déjà entretenus à ces émissions[2], contribue:

1° — à faire l'inspection des aliments, surveiller bien attentivement leur préparation et leur manipulation pour en assurer la qualité et salubrité, et

2° — à faire l'éducation en matière de nutrition dans les endroits où l'on produit et prépare les aliments pour le commerce, surtout dans les industries de produits alimentaires, fermes, laiteries, restaurants, salles à manger, etc.

Une grande proportion de la population prend ses repas dans les restaurants. Il importe donc de voir à ce que ces clients aient des aliments sains, ayant conservé leur valeur nutritive. Certains endroits emploient des spécialistes en diététique dont la fonction est de contrôler la valeur alimentaire des menus.

Le système d'émission de la carte de santé aux manipulateurs d'aliments, à la suite d'un examen médical incluant la radiographie pulmonaire et la prise de sang, prévient la transmission des infections par les aliments, dont le lait, les viandes, etc., en ne permettant pas aux contagieux, malades ou porteurs de germes, la manutention des aliments.

La Division de la tuberculose assure l'enseignement d'un meilleur régime alimentaire au malade et à sa famille et, au point de vue

1. Causeries prononcées à l'émission « Tribune des Conférenciers de CKAC ». « Quart d'heure de Concordia », les 16 octobre 1949 et 21 novembre 1949.

(2) Causeries prononcées à l'émission « Tribune des Conférenciers de CKAC », « Quart d'heure de Concordia », les 15 mars, 19 avril et 21 juin 1948, à 10 heures 30 du soir et publiées dans « L'Union médicale du Canada », juillet, septembre et octobre 1948.

prévention, diffuse au public les notions d'alimentation rationnelle.

La Division de l'hygiène de l'enfance joue le plus grand rôle dans l'enseignement des règles de l'alimentation. Ses fonctions sont intimement liées aux régimes que doivent suivre la mère et l'enfant; l'alimentation les concerne davantage.

Enseigner aux mères enceintes l'alimentation qui convient à leur état est l'une des fonctions de la consultation prénatale et de l'hygiène maternelle. Cet enseignement est de la plus grande importance pour la future mère elle-même, pour assurer son état général de santé, conserver sa dentitition et la préparer à l'allaitement dont elle gratifiera son enfant; il est aussi très nécessaire pour assurer la venue d'un bébé normal et en santé, l'évolution de sa denture normale et prévenir chez lui le rachitisme par la formation normale du système osseux.

L'hygiène infantile est avant tout un problème d'éducation et d'alimentation. C'est le rôle de la consultation municipale de nourrissons et préscolaire de s'en préoccuper. Elle a pour but, en ce qui concerne la nutrition:

1° — de promouvoir et d'encourager l'alimentation maternelle, condition essentielle au développement de l'enfant:

2° — de diriger l'alimentation artificielle, procurer à l'enfant une alimentation suffisante et lui assurer une croissance normale;

3° — d'indiquer le régime alimentaire qui convient à l'enfant, en tenant compte de son âge et de son poids.

Cet enseignement des principes alimentaires aux mères joue un grand rôle dans la prévention de la dénutrition chez les enfants d'âge préscolaire, i.e. de 1 à 6 ans, période où il doit être continué.

L'examen médical des élèves dans les écoles, qui a pour but de surveiller le développement physique de l'enfant, permet la recherche des défauts physiques, en particulier l'état de dénutrition qui peut exister chez lui.

Les médecins et les infirmières du Service de santé, au cours de leurs visites dans les écoles et des examens médicaux, enseignent les principes de l'alimentation rationnelle et dondent des causeries aux élèves sur l'art de bien manger et sur les principes essentiels de l'alimentation. La contribution des instituteurs à cet enseignement est d'une aide précieuse. Des conférences organisées avec les parents sont aussi très utiles.

L'enseignement fait par les infirmières dans les familles au cours des visites à domicile rend de grands services. Elles sont préparées à ce rôle par leur entraînement et les séries de cours qu'elles ont à suivre à ce sujet. Ce travail d'éducation fait à domicile, dans les consultations et dans les écoles, est une partie importante de leur travail.

Il faut attacher une grande importance à l'alimentation rationnelle de l'écolier, à la régularité de ses repas et à la variété des aliments qui doivent être donnés en quantité suffisante. On doit éviter entre les repas tout ce qui peut intervenir avec son appétit. L'enfant a d'abord besoin d'un déjeuner substantiel et bien balancé, avant son départ pour l'école. Le midi, il doit prendre un repas chaud. Ce repas, pour lui être profitable, doit contenir en quantité suffisante des vitamines, des sels minéraux, etc., nécessaires à sa croissance normale. Le lait complet pasteurisé est pour lui un aliment excellent.

Le Service de santé dans son travail général d'éducation doit profiter de tous les éléments mis à sa disposition pour organiser l'enseignement de la nutrition. C'est pourquoi, en 1942, *une nutritionniste* avait été nommée à titre d'aviseur, pour faciliter cet enseignement spécial, contribuer à l'entraînement technique et pratique des infirmières et à la préparation des programmes d'éducation publique; cette première titulaire a quitté le Service en 1947.

Le Service de santé, de plus, distribue des tracts concernant l'alimentation rationnelle; il a organisé et organise des cours et conféren-

ces aux mères dans les consultations prénatales, les consultations municipales de nourrissons, les garderies, etc., des conférences et réunions publiques dans les districts sanitaires, des leçons aux élèves dans les écoles, etc. Rappelons ici, à ce sujet, la campagne entreprise en 1942 et celle poursuivie de 1942 à 1947, avec la coopération du Comité de nutrition de Montréal, que j'avais l'honneur de présider, et la campagne conjointe d'alimentation et d'hygiène dentaire qui se poursuit depuis plusieurs années dans les écoles, avec la collaboration des autorités scolaires et de la Ligue d'hygiène dentaire de la Province de Québec; des concours de nutrition ont aussi été organisés, avec la collaboration du Bureau des œuvres sociales scolaires.

Mademoiselle Fernande Durand

Récemment, (le 11 août 1949) pour remplir cette vacance, mademoiselle Fernande Durand a été nommée en qualité de « nutritionniste » grade 2, à la Division de l'hygiène de l'enfance.

Après de brillantes études et l'obtention de son brevet lettres-sciences en 1940, mademoiselle Durand entrait, en 1942, à l'Institut de diététique et de nutrition de l'Université de Montréal et y obtenait, après 4 années d'étude, le baccalauréat ès sciences (nutrition). Au cours des deux années suivantes, elle fit des études post-scolaires au même Institut et recevait, en 1948, sa maîtrise ès sciences (nutrition).

« Nutritionniste » d'expérience, mademoiselle Durand a rempli des emplois au Ministère de l'agriculture, à l'Institut de diététique et nutrition de l'Université de Montréal, ainsi qu'à l'Institut de chimie de la même institution. De plus, elle a été professeur de nutrition aux hôpitaux Notre-Dame, St-Luc et St. Mary's et à l'Ecole supérieure de pédagogie familiale.

Mademoiselle Durand rendra au Service de santé des services signalés dans le domaine de l'enseignement de la nutrition et toute la population de Montréal en bénéficiera.

Projet nouveau: une section de la nutrition

A titre de projet nouveau, il y aurait lieu, pour compléter le programme actuel de l'enseignement de l'alimentation rationnelle dans le Service de santé, et à cause de l'importance de ce problème, de créer une section de la nutrition dans la Division de l'hygiène de l'enfance. Le personnel de techniciens entraînés qui y seraient attachés, en plus de la « nutritionniste » (grade 2) actuelle, dont je viens de parler, consisterait en un médecin-hygiéniste (D.P.H.) spécialisé en nutrition, à titre de consultant et d'un certain nombre de « nutritionnistes » (grade 2 ou grade 1), selon les besoins, attachées à chacun des districts sanitaires de la ville.

Les fonctions de cette section nouvelle ont été décrites brièvement au cours d'une causerie[3] que j'ai prononcée déjà sur ce sujet, en 1944, dans les termes suivants:

« Etudier le problème de la nutrition et de l'alimentation, rechercher les cas de malnutrition et les corriger en améliorant l'alimentation, contrôler la valeur nutritive des aliments et améliorer l'alimentation, de façon à prévenir la dénutrition, préparer les programmes d'éducation publique et assurer la préparation et l'entraînement du personnel: médecins et infirmières, préparer le matériel éducatif: articles pour les journaux, textes pour la radio, conférences et matériel devant servir dans les écoles, et organiser des exhibits; avoir des conférences dans les écoles avec les professeurs pour leur indiquer ce qu'ils doivent enseigner aux élèves, organiser des repas offrant une alimentation balancée et des conférences avec les parents, organiser des cours pour les mères dans les consultations prénatales, guider le personnel et voir à l'entraînement des infirmières visiteuses. »

---

(3) « L'enseignement de la nutrition dans un service municipal de santé » — Causerie prononcée à la conférence régionale annuelle des infirmières de la Metropolitan Life Insurance Company. Hôtel Mont-Royal le 13 octobre 1944 et publiée dans « L'Union médicale du Canada », Tome 74, février (174) 1943.

* * *

La santé mentale joue un rôle prépondérant chez l'individu et dans la société, à titre égal, sinon supérieur, à celui de la santé physique. La prévention des maladies mentales est aussi importante que celle des maladies physiques. De plus en plus on doit aussi se préoccuper du comportement de l'enfant dès son jeune âge.

L'hygiène mentale est donc appelée à jouer un rôle primordial et, dans le plan fédéral de santé actuel, on lui accorde un rang de première importance.

En mai 1929, le Comité d'hygiène mentale du Canada, section du Québec, étudiait l'opportunité d'élaborer un programme d'hygiène mentale dans la province.

Ce programme consistait dans:

1. — l'organisation du travail de dépistage des anormaux dans les écoles (sous-doués intellectuels et instables) et leur classification;

2. — la formation des classes auxiliaires et écoles spéciales;

3. — la fondation d'institutions spéciales où une certaine classe de sous-doués intellectuels seraient placés pour y recevoir un enseignement technique et sensoriel;

4. — l'organisation de consultations d'hygiène mentale ou psychiatriques.

Le dépistage des sous-doués est un des nombreux objectifs prévus. De fait c'est par là que le travail a commencé.

A Montréal, à la suite de l'adoption du programme que je viens de citer, une « section de l'hygiène mentale » a été créée dans le service de santé comme complément de la division de l'hygiène de l'enfance; elle fut inaugurée le 18 septembre 1929, avec un personnel composé de deux médecins psychiatres, engagés à temps partiel, et de deux infirmières psychologistes à temps complet. Ces deux médecins psychiatres, pionniers ici dans ce domaine, tous deux de l'hôpital St-Jean-de-Dieu, étaient le Dr L. de Bellefeuille, chef de service, décédé il y a quelques années, et le Dr O. Noël, surintendant médical de la même institution, qui a pris sa retraite récemment. Je rends un hommage particulier à ces deux collègues distingués qui, dès le début, nous ont prêté leur concours précieux, leur savoir et leur expérience.

La première année les dépenses furent réparties également entre le Comité d'hygiène mentale du Canada et le service de santé. A partir de l'année financière 1930-31, elles ont été absorbées totalement par la Cité. A ce moment, le personnel a été augmenté d'un troisième médecin et d'une infirmière, tous deux à temps complet. Depuis, il a été porté à 4 médecins psychiatres permanents, dont 3 à temps partiel et 1 à temps complet, 8 infirmières hygiénistes dont une chef de groupe.

Si nous ajoutons une sténo-dactylo, le personnel actuel de cette section est de 13 employés. Son budget pour l'année financière 1949-50 est de $36.828.

Inauguré dans les classes de la Commission des écoles catholiques, le dépistage des sous-doués n'avait pas encore été entrepris dans les écoles protestantes. Seulement, à la suite d'une entente conclue entre la Commission des écoles protestantes et le service de santé, ce travail a été commencé en septembre 1931, dans les écoles anglaises protestantes, par un médecin psychiatre à temps partiel et une infirmière visiteuse à temps complet, tous deux de langue anglaise.

Fonctions — considérations générales

De 1929 à 1934 (juin), les activités de la section de l'hygiène mentale ont surtout consisté dans un travail de recherches dans les écoles et la publication d'un rapport (4) du travail accompli pendant cette période de 5 ans.

Le programme a consisté dans:

1. — l'organisation et le dépistage des sous-

4. Section de l'hygiène mentale. Organisation et fonctionnement — 1929-35. Rapport par le Dr Ad. Groulx, le 18 février 1935.

doués et leur classification, dans les écoles.

2. — l'organisation, en 1933, d'une clinique municipale d'hygiène mentale;

3. — l'ouverture de classes auxiliaires qui ont commencé à opérer en 1935.

A cette fin, en 1933, la Commission des écoles catholiques de Montréal envoie M. l'abbé Irénée Lussier en Europe se spécialiser comme psychologue. A son retour on lui confie l'organisation des classes auxiliaires. Il est actuellement visiteur pour ces classes.

En 1948, on signale l'organisation de 85 classes auxiliaires dans les écoles catholiques et 13 dans les écoles protestantes. Il y a une école spécialisée, l'école Marie-Tavernier.

En résumé le travail consiste dans la recherche des sous-doués et des enfants qui présentent des problèmes de comportement dans les écoles et le travail de la clinique. Il est complété par certaines enquêtes familiales faites par les infirmières.

Un travail d'éducation est fait dans les écoles auprès des instituteurs sur la façon de procéder auprès des enfants. Les cas sont d'abord dépistés par les instituteurs ou le principal de l'école et ensuite référés à notre personnel. Les écoles sont visitées selon les directives des préposés, dans les Commissions scolaires, à l'organisation des classes auxiliaires et en coopération intime avec eux.

Sur le nombre d'enfants référés pour examen psychométrique, la moitié peut être considérée comme cas anormaux et l'autre moitié comme cas émotifs ou ayant des problèmes à résoudre.

La clinique municipale d'hygiène mentale est ouverte à tout le monde. Les cas lui sont référés par les écoles, les hôpitaux, la Cour juvénile et le service municipal du bien-être social.

En plus, le personnel de cette section est appelé à visiter certaines institutions sous les auspices de la « Société d'adoption et de protection de l'enfance » pour fins de placement et d'adoption d'enfants: ce sont les crèches et orphelinats tels Marieville, Huberdeau, Chambly, le Mont Saint-Antoine, etc.

Les rapports des tests psychométriques dans les écoles, pour l'année scolaire 1947-48 et de la clinique pour 1948, montrent le travail accompli dans une année, qui a consisté dans l'examen de 3636 élèves dans les écoles et 562 à la clinique d'hygiène mentale.

Le travail prend un aspect préventif comme dans les autres domaines de la santé publique. Il s'agit de dépister de bonne heure certaines déviations de comportement, certains troubles de caractère et de la personnalité et au moyen de la psychothérapie, on peut enregistrer d'excellents résultats.

Je suis heureux de dire mon appréciation pour le dévouement, la collaboration et le travail de nos médecins psychiatres, les docteurs J.-E.-A. Marcotte et R. Richard (il y a 2 vacances à combler présentement) et par les infirmières hygiénistes attachées à cette section. Ils accomplissent une grande somme de travail en regard de la tâche considérable à faire et des demandes nombreuses en suspens. Les autorités scolaires et le personnel enseignant nous prêtent un concours qu'il m'est agréable de souligner et de louer.

Les résultats obtenus à date démontrent que le service de santé dans le domaine de l'hygiène mentale ne répond cependant qu'à 60% des demandes à Montréal.

Il importe donc de développer davantage le programme de l'hygiène mentale dans le service de santé de Montréal, d'accentuer le travail de dépistage des sous-doués dans les écoles et, en particulier, l'aspect clinique de l'hygiène mentale, par la création d'une division autonome dans le service, d'un centre clinique municipal et de 5 cliniques volantes dans les districts sanitaires, et par l'augmentation de son personnel spécialisé composé de psychiatres, psychologues, infirmières hygiénistes et auxiliaires sociales.

Ce bref exposé vous démontre une fois de plus l'expansion prise par votre service de santé dans l'intérêt de la santé de la population de Montréal. Il illustre l'intérêt des administrateurs de la Cité à toutes les questions de bien-être physique et mental.

Je désire profiter de cette occasion pour signaler à votre attention deux nominations importantes, parmi le personnel des infirmières attachées à cette section, qui ont été faites il y a quelque temps.

La première concerne Mlle B. Laliberté, l'une des deux premières infirmières nommées en 1929, qui, d'assistante-infirmière en chef, a été promue infirmière en chef à la section du nursing (3).

Mlle Laliberté fut diplômée comme garde-malade de l'hôpital St-Jean-de-Dieu, en 1927, et de l'Université de Montréal. Elle a fait un stage de 2 ans au « Greystone Park Hospital » du New-Jersey. Elle est entrée au service de santé le 1er septembre 1929, à titre temporaire, et, le 8 avril 1931, elle était nommée en permanence infirmière psychologue.

Pour les années académiques 1942-43 et 1943-44, elle a bénéficié de deux bourses d'étude octroyées par la Ville de Montréal, pour lui permettre de suivre des cours à l'Université Columbia de New-York. A son retour, elle était promue assistante de l'infirmière en chef, le 14 mars 1945.

En septembre 1946, la Fondation Rockefeller lui a octroyé une troisième bourse pour poursuivre des études à l'Université Columbia, où elle obtenait le titre de « Master of Arts » en nursing.

Le remplacement de Mlle B. Laliberté par Mlle G. Hubert, infirmière hygiéniste comme « infirmière chef de groupe », dans la section de l'hygiène mentale, constitue la seconde promotion.

Mlle Hubert est entrée au service de la Ville le 10 mars 1932. Pour l'année académique 1941-42, à titre de boursière de la Ville, elle a suivi des cours d'hygiène publique à l'Université de Montréal et y a obtenu son diplôme d'infirmière hygiéniste. Par la suite, elle fut promue comme telle. A ce titre, elle est attachée à la section d'hygiène mentale de la division de l'hygiène de l'enfance, depuis 7 ans. Durant les absences de Mlle Laliberté à New-York, elle agissait comme infirmière chef de groupe.

Ses années de service, sa compétence et son dévouement lui méritaient la promotion qu'elle vient d'obtenir.

3. *Bulletin d'hygiène*. Vol. 35, no 3, mai-juin 1949, page 2.

VARIÉTÉS

HOMMES ET MONDES CHIRURGICAUX DE PARIS

Antonio LECOURS, F.R.C.S. (C), F.A.C.S. (Ottawa).

Il est peut-être plus facile au visiteur qu'au stagiaire de se faire une opinion objective sur le monde médical de Paris, comme il est de promener ses regards sur l'ensemble d'un paysage pour en percevoir les reliefs.

On pourrait par contre classifier et même redouter les impressions de notre récent séjour à Paris comme celles d'un reporter de passage. Cet écueil est facile à éviter chez un chirurgien de langue française, de plusieurs années de métier, qui veut voir ce qui se passe ailleurs, dans sa spécialité. Il nous semble qu'alors moins de choses échappent à son entendement et que des comparaisons sont au moins possibles, dans le domaine qui l'intéresse.

Disons tout de suite que, du point de vue chirurgical, nous avons été immédiatement rassurés. Non pas que, pendant la guerre, nous ayons douté des hommes et de leur enseignement, mais plutôt que nous ayons ressenti un malaise aux récits de leurs moyens de travail, de recherche et d'atteinte des cadres universitaires et hospitaliers. Car, après avoir vu ces hommes évoluer dans leurs milieux, il ne semble pas plus possible qu'il y ait en France un fléchissement de l'esprit médical que de l'esprit tout court; trop de manifestations le tiennent en alerte et assurent la vigueur de sa santé. Quant aux conditions matérielles, le redressement actuel laisse au visiteur peu à évoquer des difficultés passées. De cette période de recueillement, le monde médical français est sorti en un élan qui se mesure de nouveau à l'échelle du monde.

Les hôpitaux

Les Canadiens qui ont fait un séjour à Paris savent combien ses vieux hôpitaux, l'Hôtel-Dieu, la Salpêtrière, Saint-Louis, la Charité, la Pitié, sont essentiels au paysage architectural et historique de la ville. Leurs vieux murs racontent dans le style de l'époque la gloire des maîtres qui s'y sont illustrés; ils sont des monuments à la pensée médicale française. Il n'est donc pas question de toucher à ce riche patrimoine artistique que le visiteur retrouve toujours avec attendrissement.

Les exigences de la médecine contemporaine trouvent pourtant leur compte dans la modernisation graduelle de leurs intérieurs, aussi bien que dans l'édification, encore récente, de nouveaux centres hospitaliers comme Beaujon, Broussais et Bichat. Nous avons vu, par exemple, à la Pitié, dans le service du professeur Petit-Dutaillis, une installation qui révolutionne l'éclairage des salles d'opération. Ici, le plafond est remplacé par une coupole en béton armé où sont encastrés une soixantaine de projecteurs. Ceux-ci fonctionnent en groupes de 7 à 12 et leurs rayons convergent tous en un cône lumineux vers le champ opératoire. Ce système élimine les ombres sur la table d'opération, de même que la chaleur des réflecteurs qui se dégage à l'extérieur de la coupole. Ce dispositif évite les déplacements de la table d'opération pour l'éclairage des cavités profondes puisque la direction des rayons peut s'abaisser jusqu'à 30° sur l'horizontale. Enfin, plusieurs fenêtres rectangulaires, aménagées dans la coupole entre les projecteurs, donnent aux spectateurs une vue plongeante et rapprochée sur le champ opératoire.

Par ailleurs l'instrumentation dans les hôpitaux de l'assistance publique est adéquate, mais on se plaint des lenteurs de l'administration. Pour obtenir la moindre amélioration, il faut mettre en branle un tel organisme que parfois on y renonce. Nous ne pensons pas

qu'on puisse parler, cependant, d'outillage démodé ou incomplet, comme on semble en avoir souffert pendant la guerre.

Le travail chirurgical

Au hasard de nos journées, nous avons remarqué le travail intense qui se fait sur le sympathique, toujours sous l'inspiration de l'école de Leriche: dénervation des sinus carotidiens pour la libération de cortisone dans le rhumatisme, section des nerfs cardiaques du plexus pré-aortique dans l'angine de poitrine, splancnicectomie thoraco-lombaire dans l'hypertension essentielle.

Sur le tube digestif, nous avons vu faire avec beaucoup de succès plusieurs résections de cancer de la portion moyenne de l'œsophage. La chirurgie gastrique est, dans l'ensemble, assez radicale, surtout depuis les progrès de l'anesthésie. Quant à celle du cancer du rectum, on s'efforce, en bien des milieux, de la rendre plus conservatrice surtout en ce qui concerne le sphincter anal. Le dernier livre du professeur d'Allaines, très riche d'expérience, en fait foi.

La chirurgie des voies biliaires reçoit un traitement de plus en plus sélectif grâce à la radio-manométrie per-opératoire, comme nous l'avons vue pratiquée à Vaugirard dans le service du professeur Sénèque. La table d'opération à pied excentrique facilite les procédures. On sait que cette méthode d'exploration peut épargner certaines vésicules biliaires, déceler certains calculs du cholédoque, certains blocages soit au canal cystique soit au sphincter d'Oddi. La substance employée est le Tenebryl, parfaitement miscible à la bile et qui donne de ce fait « des images finement constrastées ».

On a créé à Broussais, dans le service du professeur d'Allaines, un « Centre des maladies bleues », où les cas de Fallot, de canal artériel et de rétrécissement de l'aorte sont traités depuis deux ans. On y fait progresser, grâce à certaines modifications de techniques et d'instrumentations et d'échanges de vues avec l'étranger, les interventions classiques de Blalock et de Pott. Le succès de ce centre est assuré par une magnifique coopération entre les médecins de province et les cardiologues, anesthésistes et chirurgiens du service.

L'ostéosynthèse par enclouage médullaire paraît en faveur, dans les fractures diaphysaires fraîches, les fractures anciennes, les fractures ouvertes, les retards de consolidation, les cals vicieux, les pseudarthroses, les fractures pathologiques et même, à titre préventif, dans les ostéoses comme le Paget et le Recklinghausen. La modification française du clou de Kuntscher lui a donné une forme pleine et une certaine malléabilité qui permet de le raccourcir ou de l'incurver légèrement en cours d'intervention en évitant les ruptures.

Le traitement chirurgical des varices ne semble pas être appliqué de façon aussi systématique qu'en Amérique. Peut-être sont-elles traitées dans les cliniques privées; toujours est-il que nous en avons rarement vu dans les hôpitaux de l'assistance publique. L'angiographie se pratique au Diodone, substance diiodée de la pyridone et de l'éthanolamine.

Enfin, dans le domaine de l'instrumentation, nous avons remarqué l'emploi très répandu du matériel de suture non-résorbable, des plaques de nylon dans les éventrations à cause de la grande tolérance des tissus pour ce matériel, de multiples appareils d'aérosols et de magnifiques modèles de tables d'opération. Pour le canadien, le coût est à peu près le même que sur le marché américain.

Les congrès

Le mois d'octobre ramène à Paris la série des congrès médicaux. Même dans la Ville-Lumière on veut tenir compte de la saison et des évènements sociaux pour assurer le succès des réunions médicales. C'est ainsi qu'on fait coïncider toutes celles d'octobre avec le Salon de l'Automobile, la saison fraîche, les expositions artistiques, la rentrée théâtrale, la relâche touristique des hôtels, la présentation des collections des grands couturiers.

Tous ces congrès se tiennent à l'Ecole de Médecine. Le grand amphithéâtre y reçoit les communications scientifiques tandis que les couloirs sont bordés d'étalages commerciaux.

Nous avons suivi le 52e Congrès français de Chirurgie du 3 au 8 octobre, les Entretiens de Bichat du 10 au 15 octobre et les séances du Centenaire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris du 21 au 22 octobre.

C'est au cours du Congrès de chirurgie que se fit avec beaucoup de succès, à l'Hôpital des Enfants Malades, la première transmission en France d'une opération chirurgicale télévisée; il s'agissait d'une résection avec reconstruction de la hanche par le docteur J. Judet.

Pendant ces journées, trois grandes questions ont été étudiées: le traitement radical du cancer du pancréas, le traitement de l'ostéomyélite aiguë à staphylocoque doré, et l'electro-chirurgie en chirurgie générale. Une vingtaine de communications y furent aussi faites dans les diverses spécialités chirurgicales. La chirurgie du cancer du pancréas est encore grevée d'une mortalité de 45%, mais donne quand même certains espoirs. L'ostéomyélite aiguë demande une étude minutieuse de chaque cas en particulier avant de décider du traitement chirurgical ou conservateur. Quant à l'électro-chirurgie, elle ne semble pas avoir retenu la faveur des chirurgiens français, même si elle garde certaines indications bien spéciales. Ce congrès donne une bonne vue d'ensemble sur la chirurgie française, car la majorité des rapporteurs sont de province.

L'initiative des « Entretiens de Bichat » revient aux professeurs Guy Laroche et Justin Besançon. Celui-ci nous explique à notre arrivée à Paris, que le groupe de l'hôpital Bichat a inauguré, il y a deux ans, ces « Entretiens » en collaboration avec les médecins des hôpitaux de Paris. L'an dernier, dix-neuf cents médecins et spécialistes s'y sont inscrits et, devant le succès remporté alors, ces journées sont en train de devenir une tradition. Deux facteurs en ont assuré la popularité: le premier tient à la variété et le second à la publication des communications.

Les organisateurs ont réussi ce tour de force de présenter en 6 jours, avec profit pour les auditeurs, 200 conférences de 5 minutes chacune. Nous disons « avec profit » pour les raisons suivantes: chaque conférence intéresse le praticien ou le médecin de quartier, elle est répétée pendant la semaine, et enfin se continue sous forme d'« entretien » du rapporteur et des auditeurs intéressés dans un local de l'hôpital désigné à l'avance et adjacent à l'amphithéâtre. De sorte que les 300 sièges de celui-ci sont suffisants à chaque moment, en dépit du nombre des inscriptions. Les horaires indiqués dans le programme étaient strictement respectés afin de permettre aux auditeurs de ne venir qu'aux entretiens qui les intéressaient.

L'autre facteur de succès est la publication, *avant* le congrès, des communications. Celles-ci tiennent dans deux volumes de quelque 400 pages chacun, un de médecine et l'autre des spécialités. On conçoit l'avantage qui en résulte pour l'auditeur de pouvoir lui aussi « se préparer ». Admirons, en passant, le cran des rapporteurs et de quelles expérience et références ils doivent se munir.

Des films médicaux français et étrangers « doublés » en français, présentés aux heures des repas, assuraient la continuité des séances. On pouvait y voir en outre une série d'expositions-cliniques avec radios, schémas et documents sur des découvertes ou des techniques récentes. Une ligne téléphonique directe de douze appareils était à la disposition des praticiens pour leurs appels d'urgences. Enfin, chaque auditeur de ce cours de perfectionnement recevait un diplôme témoignant de son assiduité.

La vénérable Société Médicale des Hôpitaux de Paris est entré dignement et solennellement dans sa cent unième année. Grâce à son dévoué secrétaire, le professeur Netter, dont nous avions suivi les cours à Lariboisière, nous avons pu assister aux manifestations du centenaire. Des rapporteurs étrangers ont présenté des communications scientifiques; c'est ainsi que les sociétés savantes de vingt-huit pays

y ont participé, rendant à la médecine française un hommage international. Le Canada était représenté par le docteur C.-A. Gauthier de Québec qui a parlé du « Rôle de l'université en regard de la responsabilité médicale ». Enfin la *Presse médicale* a publié une magnifique édition de luxe pour marquer cet événement.

Nos médecins-étudiants à paris

A titre de renseignement, nous avons appris au Secrétariat de la Faculté que l'admission des bacheliers canadiens en première année est facile; ils reçoivent pour leurs études secondaires une équivalence complète. Le cours est de cinq ans, mais ils ne peuvent pas s'engager bien avant dans la voie des concours et on leur explique bien qu'ils n'auront jamais droit de pratique en France.

Quant au médecin canadien d'expérience qui arrive en France, il doit faire preuve lui d'éclectisme et prendre son bien là où il le trouve et l'adapter aux besoins de sa pratique, à plus forte raison s'il s'adresse aux hôpitaux de province. Mais, surtout s'il est universitaire, il ne peut manquer d'envier l'énorme matériel clinique dont on dispose pour l'enseignement. Les services hospitaliers de cent lits avec chacun toute une hiérarchie enseignante ne se comptent plus; en quelques mois, ce personnel peut y puiser une vaste expérience sur un sujet donné, édifier des statistiques, tirer des conclusions cliniques et publier largement.

Finalement, le cas des stagiaires, boursiers ou autres, est l'objet d'études spéciales de part et d'autre depuis quelques mois. *L'Union médicale* a déjà rapporté les heureuses initiatives de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada en faveur de nos médecins en France, de même que la réunion que son directeur général, le docteur Marion, a organisé et présidé en octobre à la Maison Canadienne à Paris. On y a étudié plusieurs problèmes, en particulier les moyens de concilier les études en France avec les périodes d'internat et de résidence requises pour l'admission aux examens des divers diplômes de spécialités au Canada. On se rend très bien compte là-bas comme ici que, de retour au pays, ces médecins veulent être en mesure de faire état de leurs stages. Il semble que toute la question en soit une d'entente, de régularisation et d'équivalence, surtout en ce qui concerne les hôpitaux de province, et que seul le trait d'union soit nécessaire. C'est pourquoi certains amis du Canada comme les professeurs Kourilsky, Besançon et autres, très au fait de la question, sont déjà en pourparlers avec les Collèges et Associations canadiens. Le problème de la « résidence » exigée pour certains concours semble le plus épineux. Il se peut que, dans ce cas, le titre français « d'assistant étranger » soit celui qui réponde le mieux à ces desiderata. En effet, si on admet que, pour le médecin canadien, un séjour aux Etats-Unis ou ailleurs est également désirable et même nécessaire dans certaines spécialités, ce poste d'assistant étranger est accessible et peut être complété dans le temps raisonnable de un à un an et demi. On peut se procurer tous les renseignements sur ce sujet en écrivant au bureau de l'A.D.R.M., Faculté de Médecine, 12 rue de l'Ecole de Médecine, Paris (6e).

La Maison Canadienne reste le point de ralliement dans la vie des nôtres à Paris. Son directeur, monsieur Rioux, en est l'âme rayonnante, hospitalière et toujours jeune. Son grand chagrin est de ne pouvoir abriter tous les étudiants canadiens à Paris. Il se propose de venir bientôt au pays trouver le mécène qui voudrait agrandir la Maison et attacher son nom à cette magnifique réalisation universitaire.

A la fin de la journée, les étudiants sont heureux de se retrouver à la Maison et, semble-t-il, n'en repartent pas volontiers pour la soirée. La fatigue, le budget, les intérêts communs, les discussions les y retiennent. « Qu'on ne vienne pas nous dire, protestait l'un d'eux, que *les* étudiants à Paris perdent leur temps; surtout avec les sacrifices que la plupart de nos parents font pour nous ». Un autre, marié et père d'un enfant, qui demeure en dehors de la Maison Canadienne, nous confiait que le coût de la vie avait doublé à Paris depuis un an.

« Ce n'est plus cent dollars mais deux cents par mois que ceux de chez nous doivent m'envoyer à présent ». Mais tous ont le feu sacré et on les sent prêts à consentir plus encore pour retarder leur départ de Paris. Quelle aisance cependant si on la compare à la situation des quelque six mille étudiants inscrits à la Faculté de médecine, dont une enquête récente de Paris-Soir a montré une grande partie subsistant au prix des occupations les plus pénibles.

Jamais, depuis la fin de la guerre, le nombre des médecins-étudiants canadiens en France n'a été aussi grand que cette année. Sans doute parce qu'ils s'y sentent spécialement bienvenus. Ils profitent ainsi de l'excellente impression créée par nos militaires, nos universitaires, le personnel de notre ambassade et nos touristes, et représentent les meilleurs espoirs de la pensée médicale française au sein des diverses cultures du Canada.

LA SPÉCIALISATION vs LA PRATIQUE MÉDICALE OÙ ALLONS-NOUS ?

Le développement des sciences médicales a amené la spécialisation en médecine.

Cette division de la médecine s'est faite par la force même des choses, un seul cerveau ne parvenant plus à assimiler toutes les connaissances que comporte cette science toujours en progrès.

Il importe de déterminer ce qu'on doit entendre par « spécialité » en médecine.

En réalité, il existe deux groupes différents de spécialisations.

Spécialisation technique

Les techniques particulières sont devenues extrêmement nombreuses. Tous les médecins ne peuvent se familiariser avec chacune d'elles.

Les médecins ayant acquis la connaissance de ces techniques sont devenus des spécialistes. La stomatologie, l'ophtalmologie, la chirurgie, la radiologie, etc... sont des « spécialités techniques ».

La médecine générale, elle aussi, se développe chaque jour davantage. L'interniste doit connaître la physiologie et la pathologie générale; sa culture médicale doit être complète, aucun domaine de la médecine interne ne doit lui rester étranger.

Spécialisation clinique

Par suite de son expérience particulière ou de travaux personnels poussés dans un sens déterminé, des internistes peuvent acquérir sur certains points des connaissances supérieures à celles de la plupart de leurs confrères.

Alors, une division arbitraire, une « spécialisation clinique » s'est ainsi imposée. Un cardiologue, par exemple, pouvant très bien avoir sur les affections cardiaques des connaissances supérieures à celles de ses confrères.

Dans le langage courant, ce sont ces derniers qui sont considérés comme étant des spécialistes. On ne dit pas spécialiste en stomatologie, mais dentiste, etc., mais on dit un spécialiste des poumons, du cœur, etc...

La médecine interne, aux yeux du public, s'est morcelée en une série de spécialités avec ce résultat déplorable que les malades vont de spécialiste en spécialiste suivant la localisation qu'ils attribuent aux symptômes qu'ils ressentent. D'autre part, le jeune médecin qui, sortant de l'Université ou arrivant d'une course de trois mois en Europe, s'intitule spécialiste dans une des branches de la médecine interne, affirme une chose inexacte. A ce moment de sa carrière il ne peut être plus spécialiste

que son voisin. Bien plus, s'il se cantonne trop tôt dans la pratique d'une spécialité clinique, il ne sera jamais qu'un mauvais spécialiste.

La médecine est UNE. C'est là une notion fondamentale que je vous demande de défendre avec énergie. C'est l'interniste qui doit être le pivot de la pratique médicale.

L'enseignement d'une spécialisation doit se limiter au domaine technique.

La spécialisation clinique ne doit pas résulter d'un enseignement particulier, mais d'une expérience ou de travaux personnels. C'est le jugement de ses pairs qui fait considérer le médecin comme étant une autorité dans une question particulière. Même une licence octroyée à la suite d'un examen n'ajoutera rien à l'opinion du corps médical.

Médecine sociale

Si les spécialisations cliniques ont eu pour effet un morcellement et, par conséquent, une limitation du domaine de la médecine interne, bien plus dangereuses sont les divisions d'une autre sorte de médecine.

Nous avons vu distinguer une médecine préventive d'une médecine curative; on a parlé d'une médecine du travail opposée, sans doute, à une médecine « des loisirs »; voici maintenant une médecine sociale antagoniste, peut-être, d'une médecine non sociale.

Ce terme de médecine sociale est profondément regrettable. Il paraît réserver un aspect social à une médecine particulière. Or, la médecine est essentiellement sociale dans tous ses aspects. Tous les médecins, tant qu'ils sont, font de la médecine sociale. Cette médecine sociale n'est pas une nouvelle forme de médecine comparée à la médecine ordinaire; elle résulte simplement du fait que, de curative uniquement, la médecine tend à devenir de plus en plus préventive et que, par conséquent, le milieu social dans lequel vit le malade, prend une importance de plus en plus grande. Les connaissances nécessaires pour rendre la médecine toujours plus préventive, ne doivent pas être réservées à des médecins spécialisés. C'est tout le corps médical qui doit en être instruit.

L'envergure du domaine social dépasse d'ailleurs le champ d'action du médecin. Vous voulez des résultats sur le taux de morbidité générale? Eh bien! pour obtenir des résultats réels, il faut le concours du législateur qui doit faire des lois pour améliorer la situation sanitaire du pays; il faut des œuvres sociales pour aider ceux dont les ressources sont insuffisantes; il faut des hygiénistes pour diriger l'organisme; il faut le corps médical de cette province. Une diminution de la morbidité générale peut résulter de cette large collaboration. Celle-ci seule permettra de réaliser la véritable médecine préventive.

Donner à cette politique sociale le nom de médecine sociale ne peut que créer une regrettable confusion. En d'autres termes ce qui est social c'est l'organisme, la médecine est et reste UNE.

Etatisation de la médecine

L'évolution sociale a profondément modifié la composition de la clientèle médicale.

De plus en plus, le médecin est appelé à donner ses soins à des collectivités organisées.

Jadis, en dehors de sa clientèle privée, le médecin consacrait une partie de son temps à la charité, en soignant gratuitement les malheureux.

Aujourd'hui, l'assistance a remplacé la charité; puis la prévoyance s'est organisée. Les grands organismes: manufactures, chantiers, les assurances, etc... ont créé des services médicaux pour leur personnel, l'état a mis sur pied un organisme énorme qui s'étend partout et la clientèle privée voit chaque jour diminuer ses effectifs. Plus que cela, les œuvres, et elles sont légions, ont organisé leurs services médicaux propres et le médecin est devenu le fonctionnaire des œuvres d'assistance, de prévoyance des grands organismes. De là, à la fonctionnarisation complète du corps médical, le chemin n'est pas long.

L'étatisation de la médecine *présentera certains avantages pour certains médecins,* mais il est également sûr qu'elle sera funeste pour l'avenir de l'exercice de la médecine.

Certes, la médecine n'est pas parfaite, mais le fait d'introduire dans la pratique médicale la paperasserie administrative, est corollaire inévitable d'une étatisation et, restreindre la responsabilité professionnelle à celle d'un fonctionnaire vis-à-vis de son administration, ne saurait engendrer le progrès.

La médecine, par suite des responsabilités qu'elle comporte, doit s'exercer dans une atmosphère de liberté, elle doit conserver son caractère de profession libérale. Le médecin qui entre dans l'engrenage d'un service d'assistance quelconque prend le monopole de la clientèle.

Mais le monopole engendre l'inertie scientifique. Le progrès, au contraire, est favorisé par la concurrence saine et libre qui est source d'émulation, d'initiative et d'enthousiasme, qualités sans lesquelles il n'est pas de vrais médecins.

Le rôle de l'Etat, dans ma conception des choses médicales, est de coordonner, de promouvoir, éventuellement de subventionner, il n'est pas d'organiser la médecine.

Comme je vous l'ai dit précédemment, la médecine est UNE. On ne sépare pas plus la médecine préventive de la médecine curative, que le diagnostic du traitement.

Je vois un grand danger dans la manière actuelle de procéder. La médecine préventive et curative sont si intimement liées que la distribution gratuite de l'une conduira fatalement le public à exiger, un jour, la gratuité de l'autre. C'est du reste ce qui se pratique en maints endroits et, quand on aura étendu le bénéfice de la médecine préventive à de nouvelles catégories d'usagers, on amputera d'autant la clientèle du médecin praticien.

Lors d'une conférence donnée, tout récemment, par M. le docteur Alphonse Bernier, de l'hôpital St-Luc, à Montréal, devant les membres de *l'Association des médecins de l'Est,* sous la présidence de l'actif docteur Paul Letondal, le conférencier déclarait: « Quoi que l'on fasse la spécialisation restera et le médecin de famille également. »

Pour sûr que le spécialiste restera. C'est également notre avis. Mais on admettra qu'il était nécessaire de bonifier les moyens de conquérir ce titre. C'est ce qu'a compris le Bureau Provincial de médecine, l'an dernier. Oui, le spécialiste restera et pour bien des raisons. Tout d'abord il est très utile, nécessaire et souvent indispensable. De plus, personne ne niera que notre profession a besoin de plus nombreuses compétences dans toutes les branches de la médecine et de la chirurgie, afin de donner *du solide* à notre profession et *rogner* les appels à l'étranger.

Toutes ces raisons sont dans l'ordre. Elles expliquent que l'Université, le Gouvernement, les philantropes, etc., encouragent la formation de spécialistes par le moyen de bourses d'étude ou de toutes autres manières. La nécessité d'un tel mouvement s'avère utile si on en juge par le nombre croissant de noms sur la liste, chaque année.

Mais pour le *Médecin de Campagne,* M. le docteur Bernier est-il aussi certain qu'il résistera? Pas dans la forme actuelle, ça c'est certain. Qui peut vous dire comment se fera la pratique médico-chirurgicale, à la campagne, dans un demi-siècle? C'est court, cinquante ans, lorsque l'on s'arrête pour regarder en arrière. Il y a toute une organisation qui s'est formée, graduellement, sans faire de bruit, peut-être même sans s'en douter, dont il est facile de suivre le programme qui s'exécute à un rythme accéléré. Et remarquez bien que le programme, s'il y en a, n'est pas mauvais dans tous les articles. Pour le moment, posons des jalons prophétiques en ce qui a trait à la pratique médicale-rurale.

Dans cinquante ans, il y aura pléthore d'hôpitaux régionaux égrenés, ici et là, à travers la Province, autour desquels les *Médecins de Campagne* se grouperont.

Le cri d'alarme: que les paroisses rurales manquent de médecins sera alors une réalité. Le groupe médical-rural aura tendance à se spécialiser. La radio, la télévision seront portées à un haut degré de perfection. De notre bureau, sans même nous *déranger,* il sera possible et même pratique... d'examiner un mala-

de, de le questionner, de le percuter, de l'ausculter, de lire une radiographie même si votre patient est à cinquante milles. Dans les cas urgents, il sera facile d'aller quérir le malade, le blessé ou la femme en travail car les voies de communication seront parfaites pour l'auto, l'auto-neige ou l'aéroplane. Le médecin se déplacera rarement — c'est le malade qui sera transporté à la consultation. De la sorte, nécessairement, le nombre des *Médecins de campagne* qui est d'environ quatre cents (400) actuellement, ira en diminuant. Ils seront remplacés, dans tous les centres où il n'y a plus de médecins, pour combler les vides, par des gardes-malades. Elles sont actuellement à la besogne, plus nombreuses que vous le croyez. Ceci vous surprend ?...

Dans un discours de fin de banquet, pour créer une impression d'admiration pour le *Médecin de Campagne, ça paraît bien* de déclamer: qu'on l'admire! qu'on le loue! qu'on en fasse quasi un *grand homme!* On lui répète qu'il faut qu'il tienne... on va même jusqu'à dire qu'il est indispensable... ici applaudissements... Qu'a-t-on fait pour l'aider?... Qui va répondre?...

On veut qu'il tienne, alors que de cent manières on le tue. On le tue dans l'œuf, le temps le plus dangereux, durant ses études médicales. On le tue plus tard par des procédés que nous n'analyserons pas aujourd'hui.

Nous n'écrivons pas pour critiquer mais pour exalter *la plus belle figure* dans la lignée médicale de notre Province.

On crée toutes les catégories inimaginables de spécialités; on les encourage; on distribue des facilités d'études. Tout ceci est très bien et parfaitement dans l'ordre et mérite que l'on continue, que l'on amplifie le mouvement.

Mais la spécialité de *Médecin de Campagne,* voulez-vous nous nommer le titulaire de la *Première Bourse d'Etude de perfectionnement?* Pourtant ces cours seraient bien utiles. *Le Médecin de Campagne* est loin d'avoir *bonne presse* et *bonne tribune.*

La pratique médicale, à la campagne, il faut l'avoir vécue pour en parler et l'enseigner. Nous avons horreur des flagorneurs. A la campagne, le médecin soigne la famille non l'individu. Même non héréditaire, la maladie est le plus souvent familiale et s'explique par la souche comme par l'entourage et le milieu.

En poussant l'analyse de la situation du *Médecin de Campagne* plus loin, nous tombons dans le domaine de l'intervention de l'Etat... Ouf!...

Sous ce rapport, depuis quelque temps, Ottawa nous fournit un fichu exemple de ce que l'on peut faire, avec l'argent, même dans un domaine qui ne lui appartient pas.

Louis-Félix DUBÉ.
Médecin de Campagne

POURQUOI "L'UNION MÉDICALE DU CANADA" ?

La lecture de l'histoire de la « Société médicale des hôpitaux de Paris » qui vient de fêter son centième anniversaire de fondation nous a grandement intéressé. Nous l'avons lue dans une récente livraison de « La Presse Médicale », éloquemment exposée par le docteur E. Rist, ancien président. Un fait a plus particulièrement saisi notre attention. Et la connaissance de ce fait a immédiatement permis un rapprochement entre ce qui s'est passé alors à Paris et ce qui s'accomplit à Montréal en 1872, lors de la fondation de la « Société Médicale de Montréal » et de l'« Union Médicale du Canada. »

On doit savoir que le même groupe de médecins furent les fondateurs de ces deux organismes. Or voici le fait rapporté par Rist. Durant les premières années de son existence, soit presque jusqu'en 1885, la « Société médicale des hôpitaux de Paris » publia ses comptes rendus dans un journal français hebdomadaire, à l'époque assez répandu, l'« Union Médicale ». Il est certain que nos médecins fondateurs connaissaient ces rapports étroits entre la Société et le journal français. Il est plus que probable que, cherchant une dénomination du journal qu'ils désiraient établir, ils ne trouvèrent mieux à faire qu'à le qualifier du nom de celui qui servit de bulletin de la « Société médicale des hôpitaux ». L'hypothèse est d'autant plus vraisemblable que l'« Union Médicale du Canada » était destinée à publier les comptes rendus de la « Société médicale de Montréal », ce qu'elle fit d'ailleurs et fait encore après 77 années.

Nous ne connaissions pas la genèse de la dénomination de notre journal; la génération des fondateurs est disparue, aucune transmission orale de leurs décisions n'est parvenue jusqu'à nous et les documents parus dans les premiers numéros de « l'Union Médicale du Canada » ne révèlent aucun indice à cet effet.

Ce coin obscur de notre petite histoire médicale peut être éclairée par cette analogie entre le fait parisien préalable et le fait canadien auquel participa un groupe de nos prédécesseurs bien au sus des institutions françaises et admirateurs de leurs activités.

Notre hypothèse possède au moins une vraisemblance qui respecte parfaitement les processus habituels des initiatives humaines dans des organisations similaires.

Roma AMYOT.

DISCOURS PRONONCÉ À LA SÉANCE INAUGURALE DU XXVIIème CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE TENU À GENÈVE LES 29, 30 SEPTEMBRE ET 1er OCTOBRE 1949, PAR LE PROFESSEUR M. ROCH, PRÉSIDENT.

Pourquoi sommes-nous réunis ici? Pour nous réjouir de quelques heures de délassement qui, je le souhaite, seront agrémentées par les rayons d'un soleil automnal. Pour avoir le plaisir de nous rencontrer entre confrères afin d'apprendre à mieux nous connaître, et sans doute aussi à mieux nous apprécier. Pour échanger des propos aimables, des notions nouvelles et des idées suggestives.

N'avez-vous pas expérimenté, les uns et les autres, qu'un mémoire dont vous connaissez personnellement l'auteur, vous le lisez avec un plaisir et un intérêt bien plus grand que si le signataire, même illustre, n'a pas de visage pour vous. A plus forte raison bénéficierez-vous de l'audition d'exposés vivants, présentés par des savants particulièrement compétents.

En fait, nos assises vont être des journées d'instruction mutuelle, elles vous seront riches d'enseignement, je vous en donne l'assurance avec la conviction que m'a apportée la lecture des rapports. Je tiens dès maintenant à féliciter les auteurs de ces mémoires, à les remercier de la collaboration qu'ils nous ont apportée et qui parera d'un prestige nouveau les sciences médicales et la clinique des pays de langue française.

Nous sommes aussi réunis parce que nous formons une communauté linguistique, Canadiens, Belges, Luxembourgeois, Suisses romands serrant les rangs — ce qui nous apparaît aujourd'hui plus nécessaire que jamais — autour de nos confrères français, que nous eussions désiré voir plus nombreux. Certes, nous comprenons que ceux qui vivent dans un grand centre médical, en respirant l'atmosphère tonifiante, bénéficiant de sociétés locales fort actives, ne comprennent pas comme d'autres l'utilité du travail accompli par l'Association des Médecins de Langue française. Ils ne ressentent pas la nécessité des réunions périodiques qu'elle organise, comme l'éprouvent beaucoup d'entre nous qui occupons les marches du domaine linguistique français. Les séances que nous allons tenir durant ces trois journées feront, j'en suis persuadé, dans le domaine médical, une belle et réconfortante manifestation du génie français.

Nous sommes heureux de sentir auprès de nous, et avec nous, des amis de langue latine, parlant l'italien, l'espagnol, le portugais, le roumain, et je ne peux oublier le romanche qui est l'une des quatre langues nationales suisses. Ces confrères viennent en quelque sorte nous étayer moralement de leur présence; tout à l'heure, plusieurs d'entre eux vont nous apporter les résultats de leurs recherches et de leurs observations. Nous nous réjouissons de les entendre parler français avec un accent ensoleillé qui ne dépare pas notre langue, et avec des tournures de phrases toujours correctes, parfois exceptionnelles, dont nous savons apprécier la saveur.

Je salue aussi, bien amicalement, ceux qui se trouvent ici sans être ressortissants de contrées de langue latine et qui, par leur présence, et mieux encore par leur participation active à nos travaux, témoignent de leur estime pour la culture médicale française et nous montrent qu'en tant que langue internationale, le français ne doit pas perdre ses prétentions.

En votre nom à tous, j'adresse une pensée de sympathie aux habitués de nos congrès que des circonstances adverses et parfois tragiques tiennent éloignés de nous. Je pense particulièrement aux Tchèques et aux Roumains.

* * *

En cette séance inaugurale, un usage 26 fois respecté réclame du président un discours traitant d'un sujet d'ordre général.

Considérant la ville où nous sommes réunis et l'une des questions à l'ordre du jour, j'ai été tenté de vous exposer le rôle joué par les médecins genevois dans le développement de nos connaissances concernant le goitre: en 1820, l'iode étant découvert depuis peu, Jean-François Coindet eut l'idée de l'utiliser pour traiter le goitre endémique. Jean-Louis Prevost avant Chatin, proposa d'administrer l'iode à petites doses à titre préventif, ces petites doses dont, sans vous en douter, vous bénéficiez à chacun des repas que vous prenez ici. En 1858, Frédéric Rilliet présenta à l'Académie de Médecine de Paris — non sans y rencontrer beaucoup de sceptiques — un mémoire sur ce qu'il nommait l'iodisme constitutionnel qu'aujourd'hui nous savons être une hypertyréose provoquée par la fonte de la thyroïde hypertrophiée. Jacques Reverdin le premier, en 1882, signala l'existence du myxœdème post-opératoire. Mes confrères suisses m'ont déjà entendu relater ces quelques chapitres de l'histoire médicale dont, à Genève, nous conservons une légitime fierté. Par égard pour eux, j'ai choisi un autre sujet.

Je traiterai de la valeur pratique de l'examen cli-

nique. Puisse-t-il ressortir de ce que je vais vous exposer un encouragement au travail pour nous tous qui sommes pour la plupart cliniciens, de culture latine et de tempérament individualiste!

Depuis qu'il y a des congrès de médecine, je suis certain que tous les présidents auraient pu dire avec une conviction sincère: « Les sciences médicales sont à une période passionnément intéressante de leur développement; nous sommes enthousiasmés, grisés par l'importance des découvertes faites au cours de ces dernières années. Mais aussi l'exercice de l'art de guérir se trouve à un moment critique d'une évolution qui en modifie beaucoup les conditions, en sorte que se posent au médecin des questions d'adaptation auxquelles il lui est difficile de répondre. » Or, j'ai la naïveté de croire que ces propositions, sans doute maintes fois formulées en ces termes ou en d'autres meilleurs, n'ont jamais été aussi vraies qu'aujourd'hui.

Je vais tout d'abord tenter de vous exposer trois des causes — celles qui me semblent les plus importantes — qui, durant ce siècle, ont considérablement changé les conditions de la pratique, en sorte que des problèmes angoissants se présentent devant chacun de nous, particulièrement devant ceux qui sont en contact journalier avec les malades. Ces causes sont la spécialisation, le développement de la médecine sociale, le crédit toujours croissant accordé par le public aux réclames les plus éhontées et aux âneries charlatanesques les plus niaises.

* * *

L'impossibilité de se tenir au courant dans tous les domaines de la médecine a provoqué, au siècle dernier déjà, les premières spécialisations. Aujourd'hui, les difficultés des techniques utilisées, soit pour préciser un diagnostic, soit pour exécuter certaines interventions thérapeutiques, l'obligation d'employer des appareils coûteux et compliqués dont le maniement demande un long entraînement, ont engendré d'une part la prolongation des études et du temps d'apprentissage, nécessité contre quoi je ne vois pas de remède, d'autre part un fractionnement excessif des spécialités elles-mêmes.

En médecine interne, il ne suffit plus d'être gastro-entérologue, cardiologue ou phtisiologue ni de se cantonner dans l'étude et le traitement des maladies infectieuses, des affections du foie ou de celles des glandes endocrines; chez ces spécialistes, on voit déjà se dessiner des prédilections: des gastro-entérologues s'occupent exclusivement de l'estomac et du duodénum, tandis que d'autres s'intéressent aux affections du côlon. Voués à l'analyse des électro-cardiogrammes ou à l'étude des pressions artérielles, veineuses, intraventriculaires, des cardiologues oublieront de palper le pouls de leurs malades et ne tiendront pas grand compte d'un bruit de souffle valvulaire. Bien sûr, ici, je charge un peu, mais à peine. La neurologie et la neuro-psychiatrie, que pour ma part je me refuse à laisser sortir du domaine de la médecine générale, ne se subdivisent-elles pas maintenant selon les conceptions plus ou moins métaphysiques de ceux qui les cultivent.

Par ailleurs, la spécialisation ne s'arrête pas à l'établissement du diagnostic. Elle sévit aussi pour les applications thérapeutiques. C'est bien commode... Commode pour le médecin; dangereux pour le malade. Celui-ci choisit son traitement en choisissant son médecin. S'il ne guérit pas, c'est lui qui s'est trompé.

Si maintenant nous considérons le champ de la pathologie dite externe — devenue bien assez interne pour que nous osions y jeter un regard — nous voyons des spécialisations plus poussées encore. En certains grands centres, un chirurgien ne fera que des thoracoplasties, tandis que son voisin, à longueur de journée, rabotera des hernies discales; d'autres seront entraînés à cureter la pelle turcique, d'autres encloueront des cols fémoraux ou consacreront leur temps à réparer des pieds bots. Est-ce que j'exagère? Pas beaucoup!

Sans chercher bien loin, je pourrais vous montrer ici un spécialiste de la greffe de la cornée, un spécialiste du traitement chirurgical du diabète sucré, un spécialiste de la cholinestérase et un spécialiste des lésions traumatiques du méso-diencéphale, un spécialiste de la cardio-vectographie, un spécialiste des arthropathies allergiques et un autre, spécialiste du rhumatisme neuro-endocrinien, un spécialiste de la thérapeutique par le canotage qui paie d'exemple avec conscience.

La nécessité de spécialisations toujours plus étroites va créer, crée déjà, pour les facultés des petites villes, des problèmes insolubles de recrutement. Trouve-t-on maintenant des individus capables de dominer et d'enseigner toutes les disciplines qui dépendent d'une chaire de clinique médicale ou de clinique chirurgicale?

Tous, nous estimons que la spécialisation est un mal. Néanmoins, nous gardons notre considération à ceux qui limitent — même exagérément — le champ de leur activité. Dans un domaine particulier, ils acquièrent des connaissances approfondies et une maîtrise dans les actes qu'ils exécutent quotidiennement, dont nous sommes disposés à faire profiter nos clients, les membres de notre famille, dont nous-mêmes à l'occasion nous désirons profiter aussi. Nous rions de la sotte confiance que tant d'ignorants manifestent en recherchant avant tout l'intervention du spécialiste; en fait, nous faisons comme eux.

Il n'en reste pas moins que, par accoutumance et en vertu de la loi du moindre effort, le spécialiste tend à ne voir que l'organe dont on lui demande de s'occuper ou le genre d'affection qu'il est entraîné

à traiter. Il en arrive ainsi à pratiquer avec des œillères, une médecine que l'on pourrait appeler « parcellaire », une médecine qu'il exerce sur un ensemble composé de beaucoup de parcelles dont aucune ne devrait être considérée comme indépendante des autres. Cette vue bornée risque d'entraîner des erreurs bien regrettables.

J'ose croire que les enseignements que nous allons retirer de ces trois journées de travail vont nous montrer à quel point l'exclusivisme manifesté par certains spécialistes est peu scientifique, peu raisonnable. Elles montrent aussi l'utilité, que dis-je, la nécessité de nos congrès dans lesquels sont traités des sujets d'intérêt général.

* * *

J'en arrive à la deuxième cause du malaise actuel. La nécessité où se trouvent beaucoup de pays d'armer et d'exercer tous les hommes valides et d'en augmenter le nombre, le développement de la grande industrie au détriment de l'artisanat, la généralisation des assurances de toutes espèces, comportant le désir légitime d'éviter les mauvais risques et de dépister les simulateurs, une meilleure connaissance des maladies épidémiques et contagieuses et des moyens d'en empêcher l'extension, entraînent la médecine vers une pratique collective, standardisée et obligatoire: vaccinations nombreuses et variées, radiophotographies, isolement forcé, traitements omnibus appliqués parfois en dehors de la présence du médecin... entorses toujours plus fréquentes à la règle millénaire du secret professionnel et, dans bien des cas, impossibilité pour beaucoup de malades de s'adresser au médecin de leur choix.

Ces mesures collectivistes, le médecin, individualiste par vocation, les tient pour détestables et pourtant il n'ose ni ne doit s'insurger contre elles tant leurs conséquences pour la santé publique sont favorables; les statistiques le prouvent pour les pays tempérés et d'ancienne civilisation presqu'autant que pour les pays tropicaux et neufs.

Il faut néanmoins reconnaître que ces mesures ont contribué à faire perdre aux relations entre malades et médecins le caractère amical qui les rendait autrefois si agréables et si bienfaisantes. Fondu dans la masse, l'individu ne compte plus guère... et pas seulement dans les pays dits totalitaires. Il est permis de le regretter car chaque être humain a ses réactions propres, qui dépendent de sa constitution, de l'état chimique particulier de ses humeurs, en sorte qu'il ne répond pas toujours comme le ferait son voisin, voire son propre frère, à une cause morbide déterminée, ou à tel vaccin, à tel remède administré selon des règles systématisées et codifiées.

Quant aux réactions psychiques de l'individu, qui sont d'importance primordiales, la pratique standardisée n'en peut tenir compte. La résurgence de la médecine psychosomatique, qui n'a de nouveau que le nom, ne serait-elle pas une manière de compensation à la médecine collective et matérialiste? Cette façon prétendue nouvelle d'envisager le rôle du psychisme dans l'étiologie des troubles fonctionnels, et même comme cause première de lésions organiques, n'a-t-elle pas été récemment remise en honneur dans les pays où la socialisation de la pratique médicale est la plus avancée?

* * *

La troisième cause de nos préoccupations doit être encore évoquée.

Jamais les procédés de diagnostic mis à notre disposition n'ont été aussi perfectionnés et surabondants; jamais leurs réponses n'ont été aussi sûres, aussi précises, jamais nous n'avons possédé des moyens de guérir aussi nombreux et d'une efficacité aussi certaine, jamais l'instruction « publique, laïque et obligatoire » n'a été aussi largement répandue dans la population de nos pays respectifs; et pourtant, à notre étonnement attristé ou à notre indignation parfois véhémente, jamais les charlatans n'ont eu autant de succès auprès des malades, les charlatans et les pratiques les plus sottes de la sorcellerie moderne. Il y a peu de temps, à Genève, siège d'une faculté de médecine, siège de l'Organisation mondiale de la Santé, j'ai vu une mère de famille, diabétique, qui s'est laissée mourir pour avoir remplacé ses injections d'insuline par l'enterrement, au fond d'un jardin, d'une ficelle nouée selon des rites que j'ignore. Je pourrais aisément — et vous le pourriez sans doute aussi — multiplier les exemples d'une conduite aussi absurde. On ne se console pas de pareils malheurs en y voyant un mode de sélection éliminant les imbéciles. Nous ne pouvons pourtant pas, nous autres médecins, désirer rester seuls au monde.

Il faut conclure que l'esprit scientifique n'a pas éclairé la masse de nos concitoyens, et aussi que le malade a besoin d'entrer en relations sympathiques et jusqu'à un certain point mystiques avec celui de qui il attend la guérison. Il a besoin d'être considéré avec amitié, comme une personne et pas seulement comme un assuré numéroté, il désire qu'on écoute ses doléances, il réclame qu'on étudie avec intérêt son cas singulier et qu'on en déduise des prescriptions thérapeutiques adaptées à son état, des prescriptions qui ne lui paraissent pas trop dépourvues d'originalité.

* * *

Il existe donc un désarroi dans l'état actuel de la pratique médicale, un désarroi créant un malaise que l'on perçoit davantage dans nos pays latins que dans d'autres où pourtant les causes qui le provoquent existent, me semble-t-il, à un degré encore plus accentué.

Ces causes, j'ai cherché à vous en montrer les

principales: la spécialisation faisant perdre de vue que l'organisme est un tout, la médecine sociale qui, au bénéfice de l'organisme-collectivité, amène à négliger les cellules-hommes qui le composent; le développement extraordinairement rapide de nos procédés de diagnostic et de nos moyens de traitement, qui vient compliquer l'exercice de notre art non sans éloigner encore davantage le malade de son médecin.

La maladie étant diagnostiquée, son étiologie déterminée, il importe maintenant d'en chercher le remède.

Ce remède, je crois le connaître et vais vous le proposer. Il s'agit tout simplement de se remettre à pratiquer avec sérieux et conscience l'examen clinique comprenant l'interrogatoire du malade, l'observation attentive des symptômes qu'il présente, la recherche des signes faite tout d'abord avec les moyens les plus simples, les plus directs et le moins d'appareils possible: une serviette, un stéthoscope, un appareil à mesurer la tension artérielle, une montre marquant les secondes et une épingle, n'oublions pas l'épingle; on le voit, il n'est besoin que d'outils que tout médecin possède, mais dont, trop souvent, il néglige de se servir comme il néglige d'exercer ses yeux, ses oreilles et ses mains.

Certes, il faut consacrer du temps à cet examen, surtout lorsqu'on a affaire à un individu qu'on ne connaît pas encore. Un bon médecin ne devrait jamais laisser voir qu'il est pressé. Il doit se comporter comme s'il n'avait qu'un malade: celui en face duquel il se trouve au moment présent. Sans manifester d'humeur, il laissera parler son patient, tout en l'empêchant de se perdre en digressions et en lui posant des questions destinées à provoquer les précisions nécessaires.

Il faut ensuite observer avec perspicacité, jouir d'une ouïe fine et s'en servir, posséder une main capable de palper avec une douceur insistante. Il faut encore connaître les positions à faire prendre au malade afin de pouvoir l'examiner dans les meilleures conditions, en particulier lorsqu'il s'agit de rechercher les réflexes tendineux.

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

Ces jeunes, et les vieux qui font comme eux, ont grand tort, non pas d'étudier les microbes, de dénombrer des leucocytes, d'enregistrer des graphiques, mais d'oublier que des procédés d'investigation bien plus simples ont aussi leur valeur.

* * *

En bien des cas, l'interrogatoire apporte des renseignements essentiels et suffisants à l'établissement du diagnostic. Il ne faudra pas une longue conversation pour soupçonner une paralysie générale à son début, un tabes provoquant des douleurs fulgurantes, une artériosclérose des membres inférieurs, un ulcère d'estomac, des accès de paludisme, une hypertrophie de la prostate, de l'insuffisance cardiaque...

Un observateur pénétrant tirera déjà bien des conclusions — des conclusions à vérifier, j'entends bien — de petites choses significatives: étoiles vasculaires, cicatrice sur le gland, orthopnée, tremblement, doigts hippocratiques... Une plus longue énumération serait fastidieuse et superflue. Qui, une fois ou l'autre, n'a pu reconnaître d'un coup d'œil une néphrite aiguë, une aortite, une maladie de Basedow, une sciatique, une cirrhose...

Pour les hommes, une cigarette sur la table de nuit annoncera la guérison de même que, pour les femmes, un miroir.

Il m'arrive de faire sourire mes élèves lorsque je leur parle de ce que l'on peut tirer de l'inspection d'un pan de chemise: la bilirubinurie, l'hématurie se révèlent bien sûr avec évidence, mais aussi l'urobilinurie qui fait des taches rose-saumon, et la glycosurie qui empoisse le linge. Et je ne mentionne que pour mémoire l'indécence du paralytique général qui, brusquement découvert, n'a jamais le réflexe pudique d'abaisser son vêtement.

Tous les sens doivent être mis à contribution. J'excepte pourtant le goût: contrairement aux principes que je défends, j'admets que la réaction de Fehling puisse remplacer la dégustation des urines.

Les sensations olfactives, dont on ne peut guère se protéger, ont un intérêt qui n'est pas négligeable: l'odeur de l'haleine de l'urémique, celle des sueurs provoquées par une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, celle du cancer ulcéré de l'utérus permettent de faire des diagnostics, en quelque sorte, à vue de nez aussi bien que le parfum d'acétone du coma diabétique et la puanteur de la gangrène pulmonaire.

J'ai vu mon maître Mayor obtenir des résultats étonnants de la palpation de ventres enduits de vaseline. Rien ne peut remplacer, dans le diagnostic des ptoses abdominales, la recherche du signe de Glénard. Quant à l'appréciation de la température, j'ai pu me convaincre, en examinant des malades souffrant de thromboses artérielles, que la main était presque aussi sensible à de petites différences de température que le thermomètre.

On va m'objecter que ces notions obtenues directement sont peu exactes, parfois trompeuses et qu'elles sont corrigées et même remplacées avec avantage par les renseignements provenant d'examens spéciaux, endoscopies, analyses, enregistrements graphiques etc., qui donnent des réponses sûres et précises. Je n'en disconviens pas. J'apprécie les compléments d'infor-

mation, les contrôles et la précision. Toutefois, une précision trop minutieuse est fort souvent superflue pour le clinicien. Quant aux décimales que nous indiquent avec conscience nos collaborateurs scientifiques, elles ne nous donnent qu'une illusion de précision. Un automobiliste n'a que faire qu'on lui indique en centimètres la distance d'une ville à une autre.

L'examen clinique simple, il est bon d'y insister, fournit souvent des renseignements que ne peuvent donner d'autres modes d'exploration. Des frottements pleuraux, des râles bronchiques perceptibles à l'auscultation, ne coïncident pas nécessairement avec des images radiologiques. La dyspnée, la cyanose, l'anasarque, des souffles valvulaires se rencontrent souvent chez des individus dont l'électro-cardiogramme apparaît à peu près normal et l'ombre cardiaque à peine modifiée. Une hypertension décapitée n'est pas toujours reconnaissable au manomètre. L'interrogatoire d'un anémique révèle des déficits fonctionnels ou au contraire une tolérance sans rapport avec le taux de l'hémoglobine. Une cirrhose peut être cliniquement très manifeste, un foie peut être infarci de métastases cancéreuses, sans que les épreuves hépatiques décèlent la moindre insuffisance. On observe parfois un tableau clinique de méningite avec un liquide céphalo-rachidien normal, et le contraire se rencontre aussi bien. La palpation d'un ventre n'est pas suppléée par des analyses dc suc gastrique, et pas beaucoup mieux par les radiographies d'un transit gastro-intestinal. Un toucher rectal, me dira-t-on, ne remplace pas une rectoscopie. J'en suis certain, mais la proposition inverse est tout aussi vraie.

Dans le vaste domaine des maladies infectieuses aiguës, qui obligent à prendre incontinent des mesures prophylactiques et thérapeutiques, les réponses du laboratoire parviennent souvent avec retard au médecin, alors qu'il n'en a plus besoin. Neuf fois sur dix, le diagnostic de la rougeole, de scarlatine, de diphtérie et même de fièvre typhoïde aura été posé d'après les seuls symptômes cliniques.

Il est d'ailleurs remarquable que l'individualisation de nombreuses entités infectieuses ait été l'œuvre de cliniciens du siècle dernier qui appuyaient, il est vrai, leurs observations sur des contrôles anatomiques. Louis, dont Ameuille a rappelé qu'il passait deux heures dans le service de Chomel pour prendre une seule observation, Louis a décrit la fièvre typhoïde un demi-siècle avant la découverte du bacille d'Eberth. Bretonneau a observé et isolé la « diphtérite » sur laquelle il a publié des mémoires entre 1821 et 1826. Il soupçonnait déjà l'existence de l'agent spécifique et transmissible, alors que Loeffler a trouvé le bacille qui porte son nom en 1884. Les affections pulmonaires que nous considérons aujourd'hui comme étant des pneumonies à virus, ont été bien séparées des pneumonies franches, il y a cent ans, par Fournet et Woillez.

Quant à la tuberculose, « on avait d'elle, nous dit Edouard Rist, depuis l'antiquité, une notion très obscure. Laënnec découvrit l'enchaînement et l'évolution de ces lésions, leur identité essentielle dans leur diversité, les signes qui les font reconnaître pendant la vie à chaque étape de la maladie ». C'était près d'un demi-siècle avant les expériences de Villemin et plus de 60 ans avant la découverte du bacille de Koch.

C'est encore l'observation clinique qui a révélé à Landouzy que la pleurésie séro-fibrineuse est le plus souvent « monnaie de tuberculose » et c'est elle encore qui a permis à Fournier d'affirmer que l'ataxie locomotrice et la paralysie générale sont d'origine syphilitique, trente-deux ans avant la découverte du tréponème, trente ans avant la mise en pratique de la réaction de Bordet-Wassermann, réaction précieuse sans doute, mais comme tant d'autres souvent en défaut.

Je crois avoir suffisamment souligné la valeur de l'examen clinique dans l'exercice de l'art médical.

Est-il possible d'estimer numériquement cette valeur? Un cardiologue américain de grande et légitime réputation, P. D. White, l'a tenté: il accorde 50% aux anamnestiques, 30% à la recherche des signes physiques, 10% à l'électro-cardiographie, 5% aux examens radiologiques, le 5% restant aux diverses analyses, épreuves fonctionnelles, etc. Bien entendu, il s'agit d'une appréciation toute personnelle qui concerne les cardiopathies et rien d'autre. Malgré les idées que je professe, je crois que j'aurais moi-même été moins généreux que White. Toutefois j'ai plaisir à souligner la part considérable faite à l'investigation clinique par un médecin distingué des Etats-Unis — le pays où le laboratoire tient une si grande place que le diagnostic est, dit-on, posé parfois « sur fiches » en dehors de la présence du malade qui m'apparaît être pourtant la principale pièce à conviction.

* * *

J'aurais voulu encore montrer l'importance de l'examen clinique dans le développement et la progression de la physiologie et de la pathologie, importance plus grande que ne le pensent ceux que je nomme avec respect, reconnaissance, admiration et un peu d'envie « les scientifiques », ici représentés par d'éminents savants dont quelques-uns ont bien voulu mettre à notre portée le fruit de leur travail.

Cette thèse a été défendue en 1922, au XVIème Congrès français de Médecine, par son président, Fernand Widal, avec une autorité et une éloquence que je ne possède pas. Widal rappelait les notions précises que la méthode anatomo-clinique avait apportées sur les localisations cérébrales, les voies et les centres de la sensibilité, les fonctions des noyaux centraux; tout ce que la physiologie avait pu retenir

des études cliniques faites sur le foie et le rein malades. Il soulignait que les premières avitaminoses furent découvertes chez l'homme, de même que les méiopragies des glandes endocrines et leurs relations avec le système nerveux végétatif. Il n'y a rien à retrancher à l'exposé de ce grand maître; ce qu'aujourd'hui on y pourrait ajouter nécessiterait des développements qui nous éloigneraient trop de notre propos.

Je me bornerai à dire ceci: j'ai souvent participé comme parent pauvre à des sortes de conseils de famille composés en majorité de « scientifiques » devant décider de l'attribution d'une récompense ou d'une bourse de travail. J'ai parfois constaté le dédain avec lequel les physiciens, les chimistes, voire les physiologistes et les zoologues, considéraient les travaux des cliniciens et les mémoires sortis des services hospitaliers lorsque le laboratoire n'avait pas été mis largement à contribution. Il existe chez quelques-uns de nos collègues, ce qu'on pourrait appeler un « complexe de supériorité » qui s'accompagne par voie de conséquence, chez les cliniciens d'un complexe d'infériorité, dont je voudrais tâcher de les guérir par quelques mots de psychothérapie rationnelle.

Le clinicien doit être constamment prêt à profiter des occasions qui lui sont offertes par le hasard. Il ne peut modifier à son gré les conditions de son observation car, pour lui, l'expérimentation est limitée par le respect dû à l'homme, loi morale dont certaines transgressions ont suscité une indignation qu'on ne doit pas laisser s'éteindre.

Combien plus confortable est la situation du chercheur qui, à loisir, dans son laboratoire, choisit l'objet de ses recherches en ayant la possibilité de renouveler, de contrôler et de varier ses expériences.

Je prétends qu'un médecin qui observe un fait l'amenant à poser avec clarté un problème nouveau a déjà du mérite, et que s'il parvient, par ses propres moyens, par les moyens du bord, dirais-je, à apporter la solution de ce problème, il est digne de tout encouragement et de toute récompense.

Que les cliniciens redressent donc l'échine et relèvent la tête!

* * *

L'examen clinique étant terminé, il peut ne pas suffire. Je le reconnais, cela n'est pas rare. Des confirmations, des précisions, s'avèrent nécessaires, des épreuves fonctionnelles aussi, et des examens complémentaires qu'on doit laisser faire par un confrère spécialisé. Mais ces suppléments d"information, ils seront demandés à bon escient et non pas par routine, « pour avoir tout fait ». Il en résultera une épargne appréciable pour les finances et la force de résistance du patient.

L'examen clinique simplifie donc l'exercice de la pratique médicale qui en devient moins dispendieuse et moins éprouvante pour ceux qui en ont besoin. Mieux encore, il rend plus intimes les rapports entre malades et médecins. Pour ceux-ci, il constitue le moyen le plus naturel, le plus humain, le plus efficace de mériter et de retenir la confiance. Le médecin qui aura lui-même percuté, ausculté, palpé son homme, il l'aura véritablement pris en main. Il ne risquera pas d'avoir la pénible surprise d'entendre objecter à ses conseils l'opinion d'un masseur ou les allégations d'un tortilleur de vertèbres.

Quant au problème de l'enseignement, la revalorisation de l'examen clinique doit permettre aux professeurs des grandes disciplines médicales de voir dans le malade un tout, un ensemble d'organes étroitement dépendants les uns des autres, en corrélation constante non seulement par contiguïté, mais encore par l'intermédiaire du système nerveux et des humeurs circulantes. Que le maître se fasse aider par des assistants ayant des intérêts spécialisés, c'est aujourd'hui indispensable, mais que lui-même sache garder la vision synthétique et qu'il use de son autorité pour en montrer l'importance fondamentale à ses collaborateurs. Qui sait si, dans quelques années, on ne verra pas apparaître une nouvelle spécialité: celle du médecin général ensemblier.

* * *

Les anamnestiques étant recueillis, les symptômes et les signes cliniques observés et enregistrés, les renseignements du laboratoire et des spécialistes lui étant parvenus, le médecin se trouvera assez éclairé pour discuter en lui-même — ou avec un confrère mandé en consultation — de l'établissement du diagnostic et des mesures à prendre.

Ce n'est pas la partie la plus aisée de la pratique médicale, mais c'en est, à mon avis, la plus passionnante, que de grouper en son esprit les symptômes et les signes, que de les classer en discriminant ceux qui sont essentiels et ceux qui ne le sont pas, ceux qui ont une valeur parlante et ceux qui ne disent rien et ensuite, par un raisonnement déductif, que de parvenir à une conclusion satisfaisante. C'est alors surtout qu'il faut considérer l'ensemble, redouter les idées préconcues, ne pas se laisser impressionner par un seul signe prétendu pathognomonique, par un dosage, par un graphique ou par l'opinion trop catégorique d'un radiologue ou de quelqu'autre spécialiste à œillères.

S'il est permis d'être juge et partie, j'estime que c'est dans ce domaine de l'observation et de la dialectique clinique que peut le mieux se manifester la supériorité des médecins de culture latine.

Nous sommes ici, en quelque sorte, entre nous, aussi pouvons-nous avouer que nous sommes effrayés de la puissance matérielle des grandes nations qui cernent le monde latin, et en même temps transportés d'ad-

miration par le succès des recherches scientifiques réalisées par les pays anglo-saxons, dans ces pays aux ressources presque illimitées où les laboratoires sont généreusement dotés et où le travail en équipe se montre si fructueux. Or, nos laboratoires à nous — en Europe continentale tout au moins — sont souvent misérables, nos collaborateurs peu nombreux, pauvrement rémunérés, ne pouvant consacrer tout leur temps au travail désintéressé; de plus, il faut savoir le reconnaître, nos tempéraments insubordonnés ont peine à s'adapter au travail en équipe.

En présence des difficultés dans lesquelles nous nous débattons, n'avons-nous pas, les uns et les autres, éprouvé quelques sentiments défaitistes? Ne nous prenons-nous pas à douter de l'efficacité de nos efforts et de la valeur de notre production?

Je suis persuadé que médecins français et belges vous oubliez trop la part honorable que, durant cette dernière décade, dans des conditions matérielles défavorables et dans une ambiance morale accablante, vous avez prise au développement des sciences médicales. En tant que citoyen d'un pays providentiellement épargné au sein d'un continent tourmenté, je tiens à rappeler ici le réconfort et le sentiment de joie profonde que nous apportaient à nous autres Suisses, en dépit des fermetures de frontières, les indices que, malgré les horreurs de la guerre et l'oppressante occupation ennemie, votre volonté de travail n'était pas abattue.

Si je suis certain de l'importance et de la valeur de vos recherches d'ordre scientifique, je suis tout aussi convaincu que vous avez maintenu très haut le niveau de la pratique médicale parce que, dans l'ensemble, moins que d'autres, vous avez négligé l'examen clinique et la dialectique intelligente dans la discussion du diagnostic.

* * *

Je voudrais bien n'être pas mal compris. Si je ne me trompe, c'est le médecin et physiologiste Henri Roger qui a dit: « Celui qui oppose la clinique et le laboratoire n'a rien compris ni à la clinique ni au laboratoire. » Je demande avec force qu'on ne me considère pas comme un *minus habens* incompréhensif. Je ne méconnais aucun des enseignements, que nous ont apportés les recherches expérimentales, et je proclame que beaucoup des notions que nous fournissent les analyses chimiques, les enregistrements graphiques, les radio- et endoscopies, sont pour le clinicien des compléments d'information d'une grande utilité, très souvent même indispensables.

Mais je ne m'élève que contre cette foi naïve et exclusive que professent trop de nos contemporains, bourdons balourds du corps médical, dans les chiffres qu'inscrivent sur des papiers diversement colorés nos gracieuses libellules de laboratoire.

* * *

J'ai terminé.

Maintenant, mes chers confrères, au travail! Pour trois jours, je vous permets, je vous recommande même, délaissant vos occupations coutumières, d'écouter les maîtres éminents qui vont vous instruire des découvertes les plus modernes de la science.

A vous, il appartiendra d'en tirer les conséquences pratiques. Les malades qui vous attendent ne pourront qu'y gagner.

CORRESPONDANCE

LETTRE DE PARIS

Du 24 au 30 septembre dernier, s'est tenu à Rome, le IVème Congrès des médecins catholiques sous la présidence du Professeur Gedda.

L'ouverture du Congrès eut lieu au Capitole, en présence de Son Eminence le cardinal Pizzardo, du maire de Rome et des ministres de la Santé Publique et de l'Instruction publique. Congrès important puisqu'il réunissait 400 médecins appartenant à 32 nations différentes.

Le thème du Congrès portait sur la personne humaine envisagée du point de vue médical.

Le prochain Congrès aura lieu en France, à Lourdes, en 1951.

Le 21 et 22 octobre 1949, la « Société médicale des hôpitaux de Paris » a célébré son centenaire.

C'est en effet le 25 juillet 1849 que prit naissance cette Société. Le gouvernement de la IIème République, issue de la Révolution de 1846, avait réuni en un seul organisme les trois institutions jusque là indépendantes qui, depuis l'ancien régime, présidaient à l'assistance aux malades, aux infirmes, aux vieillards et aux enfants abandonnés. Jusqu'alors les médecins des hôpitaux étaient nommés par le gouvernement. La loi du 10 janvier 1849, qui réorganisait les hôpitaux, établit que les médecins et chirurgiens des hôpitaux seraient nommés au concours. Le nouveau régime créait donc un corps hospitalier homogène. Les médecins de ce corps furent tout naturellement amenés à se grouper en une société. Les statuts de cette société lui assignaient un triple but: l'étude des progrès de la médecine pratique, l'examen de toutes les questions relatives aux établissements hospitaliers, la défense des intérêts du corps médical hospitalier. C'était donc à la fois une société scientifique et une association corporative.

Grâce au président actuel de la « Société médicale des hôpitaux », le professeur Pasteur Vallery-Radot, le centenaire fut célébré avec tout l'éclat désirable.

La séance solennelle d'ouverture eut lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine rempli des représentants les plus éminents de la clinique française et des délégations de plus de 30 nations, sous la présidence du ministre de la Santé.

Dans son discours d'ouverture, le professeur Pasteur Vallery-Radot a évoqué les grandes figures de la médecine parisienne qui ont, depuis cent ans, illustré la « Société médicale des hôpitaux ». Puis le Dr Rist a retracé les étapes de la vie de la Société au cours de ce siècle. Le directeur de l'Assistance Publique, le Dr Leclainche, rappela que l'Assistance Publique devait son prestige aux médecins de la « Société médicale ». Enfin le ministre de la Santé, dans une brève allocution, souligna le rôle primordial que les médecins français auront à jouer dans la vie sociale de leur pays.

Les réunions scientifiques eurent lieu à l'hôpital Beaujon, à l'hôpital Bichat, à l'hôpital Broussais, à l'hôpital Laënnec, à la Salpêtrière. Les communications des membres des Sociétés médicales étrangères, des Sociétés de province et, des Sociétés parisiennes de différentes disciplines ont rempli ces séances.

La célébration de ce centenaire a pratiquement absorbé l'activité de la « Société médicale des Hôpitaux » pendant le mois d'octobre. Dans les autres Sociétés, signalons qu'à l'Académie de chirurgie (1), le professeur d'Allaines, les Drs Lenègre, Dubost, Scebat et Mathivat sont venus apporter les résultats de leurs premières interventions palliatives pour le rétrécissement mitral. Cette intervention s'adresse à une forme spéciale de cardiopathie, le rétrécissement mitral œdémateux bien individualisé par Gallavardin.

1. Académie de Chirurgie, 26 octobre 1949.

Ce rétrécissement mitral est caractérisé essentiellement par des symptômes pulmonaires (crises d'œdème, hémoptysies). Il revêt une physionomie radiologique un peu spéciale: le ventricule droit n'est pas dilaté, l'artère pulmonaire est saillante, les hiles pulmonaires chargés. Ces symptômes correspondent à des phénomènes d'artérite et d'œdème pulmonaires, en rapport avec une hypertension importante dans le domaine de la petite circulation, contrastant avec une pression veineuse périphérique normale. Il est essentiel, pour poser l'indication opératoire, d'avoir précisé ces données par la mesure des pressions intracardiaques.

L'intervention palliative consiste à établir un court-circuit entre la petite et la grande circulation. Après thoracotomie droite une anastomose est réalisée entre la veine azygos et la veine pulmonaire supérieure droite. Onze cas furent opérés, trois sont morts, il s'agissait de malades entre 30 et 50 ans qui présentaient une distension vasculaire droite. Ce facteur est maintenant considéré comme une contre-indication. Tous les autres malades ont bien supporté l'opération. Chez un malade, on ne put cependant réaliser l'anastomose, on dut se contenter d'une simple ligature de la veine pulmonaire. Il reste donc 7 malades anastomosés et guéris de leur intervention: 5 ont eu un bon résultat, les deux autres ont eu une amélioration passagère. Ces échecs sont dûs vraisemblablement à une thrombose secondaire de l'anastomose.

Ces premiers résultats montrent que, dans les cas bien choisis de rétrécissement pulmonaire à forme œdémateuse avec retentissement pulmonaire sans distension ventriculaire, une opération palliative de dérivation permet une amélioration spectaculaire et transforme le pronostic de cette affection, jusque là souvent mortelle, avant même que ne s'installent les phénomènes d'asystolie.

A l'Académie de médecine, le professeur R. Debré et H. E. Brissaud (2) ont insisté à nouveau sur le danger des doses excessives de vitamine D_2 chez l'enfant.

Si la vitamine D_2 est excellente dans le traitement et la prévention du rachitisme et de la tétanie, par contre, on la donne trop souvent dans le cas de fatigue, de pâleur, de maigreur, d'anorexie à des doses trop importantes telles que 600.000 unités ou 15 milligrammes que certains même font répéter plusieurs jours de suite.

Aux 254 cas d'intoxication sérieuse et aux 68 cas d'intoxication grave déjà signalés, les auteurs ajoutent 27 observations personnelles. 16 décès ont été observés, dont 12 chez des enfants, parmi lesquels 9 nourrissons de 1 à 2 ans.

Le tableau de l'intoxication, qui est due à la vitamine elle-même et non à des impuretés, doit être connu: l'anorexie, la pâleur, l'amaigrissement, la déshydratation, les vomissements, les douleurs abdominales, parfois la fièvre sont les symptômes principaux auxquels s'ajoutent l'hypertension, l'azotémie, la calciurie intermittente, les troubles du fonctionnement rénal. Les erreurs de diagnostic avec la méningite tuberculeuse, l'anorexie nerveuse, la néphropathie chronique, le diabète insipide sont fréquentes. Les petits enfants sont les plus sensibles: le régime lacté, l'exposition au soleil et aux rayons ultraviolets augmentent le danger.

L'administration de doses massives de vitamine D_2 est rarement indiquée, elle doit être réservée aux cas où elle est indispensable et sous surveillance médicale attentive.

En cette fin d'année 1949, nous n'oublierons pas d'évoquer le centenaire de la naissance du grand médecin Sir William Osler. A cette occasion, la Presse Médicale *a publié dans un de ses derniers numéros un article en hommage à sa mémoire. Nous savons tous en France la grande valeur scientifique du savant et la profonde valeur morale de l'homme. Son caractère autant que son savoir ont fait de Sir William Osler une des plus grandes figures médicales du siècle dernier.*

André PLICHET.

2. Académie nationale de médecine, 18 oct. 1949.

CONGRÈS

VINGT-SEPTIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Genève 29-30 septembre, 10 octobre 1949.

I — LES PROTIDES DU PLASMA À L'ÉTAT NORMAL ET PATHOLOGIQUE

Les protéines du plasma humain normal.

Professeur MACHEBŒUF (Paris).

Le plasma contient un mélange de très nombreuses protéines difficilement isolables, car leurs propriétés physiques et chimiques sont voisines. L'idéal serait d'obtenir chacune d'elles à l'état de pureté qui, seul, permet la définition d'une espèce chimique. Une protéine pure répondrait de façon parfaite à divers critères d'homogénéité que le rapporteur étudie brièvement: critère de solubilité, critère d'homogénéité électrophorétique, critère d'homogénéité d'ultra-centrifugation. Mais c'est seulement pour de très rares protéines que l'on approche de cet idéal dans le cas du plasma. Cependant les biochimistes sont parvenus à subdiviser les protéines plasmatiques en fractions bien différenciées contenant chacune un groupe restreint de protéines. Les méthodes modernes de fractionnement permettent de ne pas dénaturer les protéines et de leur laisser par conséquent les diverses propriétés physiologiques ou biochimiques que chacune d'elles présente dans le plasma. Chacune de ces propriétés se trouve localisée dans une seule des fractions, celle qui contient la protéine correspondante

Certaines des fractions obtenues ont déjà reçu de fructueuses applications médicales et sont préparées en grandes quantités; sérum-albumine cristallisée, fractions globuliniques contenant les anticorps, globuline anti-hémophilique, fibrine, fibrinogène, thrombine, isoagglutinines diverses (anti A, anti B, anti Rh) etc. D'autres fractions qui n'ont pas encore reçu d'application pratique présentent un grand intérêt théorique: lipoprotéines β et α, transferrine, Ac-globuline, haptoglobine, antilipfanogène glucoprotéines plasmatiques, hémocupréine, plasminogène, prothrombine, enzymes plasmatiques divers, etc.

Le rapporteur expose les principes des diverses méthodes de fractionnement:

1) *Relargage simple par des sels.*

Ici le rapporteur insiste particulièrement sur les récents travaux de Derrien qui sont pleins de promesses.

2) *Relargage avec variations de pH.*

Le rapporteur rappelle ici l'obtention déjà ancienne de la cristalbumine, puis ses propres travaux qui ont conduit à l'obtention de la première lipoprotéine.

3) *Précipitations fractionnées par variations simultanées de la force ionique, du pH, de la température et de la teneur en alcools ou en solvants organiques divers.*

Le rapporteur expose ici les magnifiques travaux en cours de l'école américaine de E. J. Cohn.

Ultracentrifugation et hyperglobulinémie.

J. WALDENSTROM (Upsala)

L'ultracentrifugation se propose d'étudier les variations de poids moléculaire des constituants protéiniques du plasma. Etant donné sa complexité cette méthode n'est pas encore très utilisée en clinique. Dans son rapport W. s'efforce de comparer les résultats obtenus par l'ultracentrifugeuse avec des méthodes plus simples.

1. Méthode de gélification.
   a. formolgel: le temps de gélification est proportionnel aux taux des globulines. Cette réaction est malheureusement d'une durée trop longue dans les cas douteux.
   b. l'alcacido-réaction est une méthode plus rapide aux résultats comparables à ceux du formolgel.

2. La réaction d'euglobuline (très simple et rapide) a une grande valeur pour l'étude des protéines sériques pathologiques.

3. La viscosimétrie peut être une réaction très intéressante si le taux des albumines ne change pas. Une viscosité plus élevée que le taux de globulines indique la présence d'une globuline pathologique; cela nous amène à procéder à l'ultracentrifugation.

4. L'accélération de la vitesse de sédimentation trahit bien la présence d'une hyperglobulinémie.

Dans ces, l'ultracentrifugation a montré que la fraction gamma est celle qui a la constante de sédimentation la plus élevée. La définition exacte des macroglobulines aide alors l'auteur à poser un diagnostic précis. Normalement, pour les fractions globuliniques, ces chiffres sont tout à fait différents et

on trouve à l'aide de l'ultracentrifugeuse une variabilité de globulines beaucoup plus grande que par d'autres méthodes.

Les hypoprotéinémies.

Francis TAYEAU et Eugène NEUZIL
(Bordeaux).

Depuis quelques années, un certain nombre de publications ont envisagé les aspects sémiologique et thérapeutique des hypoprotéinémies; les auteurs se sont donc attachés au côté plus physiologique de la question: ils ont cherché à montrer comment des travaux purement expérimentaux avaient pu servir de guide à l'interprétation des symptômes cliniques.

Après avoir montré les renseignements que pouvait fournir l'étude de la protéinémie dans le métabolisme azoté, T. et N. envisagent l'étiologie pathogénique des hypoprotéinémies. Ils passent rapidement sur les hypoprotéinémies par dilution sanguine et étudient en détail les troubles du métabolisme des protéines; ils sont ainsi amenés à envisager successivement les hypoprotéinémies par insuffisance d'apports protidiques (carences, troubles digestifs), par troubles de la synthèse des protéines (affections hépatiques) et par déperdition exagérée de protéines (néphrites, néphroses, hyperthyroïdie, etc.)

Ils exposent et discutent les conséquences des hypoprotéinémies (œdèmes, hyperlipémie, hyporésistance aux infections, etc.).

Enfin, T. et N. envisagent le traitement des diverses hypoprotéinémies: ils discutent les avantages et les inconvénients des diverses thérapeutiques (injection d'eau physiologique, transfusion, injection de plasma, de fractions protéidiques, de polymères synthétiques, d'aminoacides, suralimentation, etc.).

T. et N. terminent leur rapport en attirant l'attention sur les problèmes, encore inexplorés, posés par les hypoprotéinémies.

Les hyperprotéinémies. Méthodes d'investigation et signification clinique.

E. LÖFFLER, F. WUHRMANN,
Ch. WUNDERLY, (Zürich)

Les recherches que nous poursuivons depuis plus de 10 ans ont montré que *toute modification du spectre des protéines sériques se répercute nécessairement sur l'ensemble des constituants protéiques du plasma.* Quelle que soit la transformation première on voit toujours que *le taux des albumines s'abaisse, tandis que celui des globulines s'élève,* le taux des protéines totales pouvant rester inchangé, s'élever ou s'abaisser. On peut donc parler d'un *mécanisme inverse et unilatéral de la régulation de l'équilibre albumine-globuline*: les albumines semblent devoir s'adapter et assurer ainsi une certaine compensation des variations du taux des globulines.

Dans l'étude de milliers de cas, appartenant aux domaines les plus divers, *nous n'avons jamais pu déceler,* même dans les hyperprotéinémies les plus fortes *aucune augmentation pathologique de la fraction albumine.* (Whurmann et Wunderly). Les globulines seules sont responsables des hyperprotéinémies, l'augmentation pouvant intéresser une seule ou plusieurs des sous-fractions globuliniques (α β ou γ).

On peut en outre affirmer, surtout en se basant sur sur des études sérologiques récentes, qu'un grand nombre de *modifications quantitatives des protéines sériques* s'accompagne d'une transformation de la structure de ces corps, c'est-à-dire d'une *modification qualitative*: *dysprotéinémie* (troubles pathologiques du comportement fonctionnel des protéines) ou *paraprotéinémie* (présence dans le sang de paraprotéines).

A l'origine de l'élévation du taux des globulines responsables de toutes les formes d'hyperprotéinémie on trouve les états les plus divers. L'organisme réagit à la plupart des *inflammations chroniques* par une production accrue de globulines, avant tout de la sous-fraction, corps ayant le caractère et la fonction d'anticorps. L'étude de l'*immunité active* chez les animaux de laboratoire a permis de suivre ce phénomène avec une grande précision. En pathologie humaine on a trouvé des hyperprotéinémies par augmentation de la sous-fraction globulinique γ dans la *maladie de Nicolas-Favre, l'endocardite lente, la tuberculose pulmonaire, la maladie de Besnier-Boek-Schaumann,* des cas particuliers de *polyarthrite rhumatismale chronique* et dans les maladies tropicales telles que *la lèpre, le paludisme* et la *schistosomiase.*

Mais c'est dans *la maladie de Kahler* que l'on trouve les exemples les plus frappants d'une atteinte exclusive de l'une des sous-fractions des globulines. Nous basant sur l'étude de 60 cas de *plasmocytome,* nous avons montré qu'on peut distinguer cinq groupes bien caractérisés par l'électrophorèse, la réaction de Weltmann, le néphélogramme et la réaction au sulfate de cadmium. (Pour plus de détails voir le travail original.)

Discussions sur les rapports principaux.

1er sujet: Les protides du plasma à l'état normal et pathologique.

Gajdos: démontre les difficultés qu'il a eues pour l'identification de protides, avec des méthodes non spécifiques et les résultats qu'il a obtenus.

Homburger: demande au Prof. Loffler si, dans l'évolution d'une myélomatose, il a vu les caractères spécifiques électrophorétiques changer.

LOFFLER: répond que non.

WALDENSTROM: signale qu'en Suède la répartition des myélomes alpha, bêta et gamma est toute différente de celle de Zurich, il n'a jamais eu, sur 50 cas, de myélomes alpha.

DELBART: a trouvé sur 25 cas, une répartition encore différente. Cet auteur a analysé, dans les cas de myélomatose, les acides aminés et a noté l'absence complète de méthionine, comme on le voit dans les maladies à virus, dans l'albumose de Bence-Jones.

COMMUNICATIONS

L'analyse du sérum sanguin par la méthode polarographique.

H. KUSKE et G. RIVA (Berne)

Sur la base de 750 analyses, dont 85 combinées avec un examen complet de la formule des protéines sériques (vitesse de sédimentation, Weltmann, Takata, protéinémie totale et diagramme d'électrophorèse), les auteurs ont pu établir une relation intéressante: dans les dysprotéinémies du type de la néphrose avec Weltmann raccourci, Takata négatif et augmentation des globulines, le polarogramme est *positif*. Dans les dysprotéinémies du type de la cirrhose avec Takata positif, Weltmann allongé et augmentation des globulines le polarogramme est *normal*. Une exception remarquable qui révèle une spécifité intéressante de la réaction de polarographie concerne la grossesse et les toxicoses gravidiques: ces cas qui s'accompagnent d'une dysprotéinémie du type de la néphrose ont un polarogramme normal. Le polarogramme fut positif dans 98 (83%) sur 118 cas de tumeurs malignes, la valeur pratique de la polarographie pour le diagnostic sérologique du cancer est très limitée. (R. A.)

Etude de la formule glycoprotéidique du sérum sanguin dans 200 cas normaux et pathologiques.

M. F. JAYLE (Paris)

La méthode proposée est fondée sur la détermination de l'azote et du sucre protéidique des fractions globuliniques et albuminiques du sérum sanguin. On en retire la concentration des 4 fractions protéiques distinctes dénommées: globulines A, globoglycoïdes, albumine C et séroglycoïde.

Les 163 sérums étudiés sont groupés en 9 catégories. Après avoir défini les normes de la formule glycoprotéidique chez le sujet sain, on constate que l'amplitude et la sensibilité de ses variations pathologiques sont plus grandes que celles des albumines et des globulines totales. La détermination de l'albumine C est particulièrement intéressante dans les affections hépatiques et rénales, où le quotient albumine C/ sérum globulines exprime le degré de l'insuffisance hépatique ou la gravité de l'atteinte rénale.

Constitution chimique et concentration sérique de l'haptoglobine.

M. F. JAYLE et G. CONAS (Paris)

L'haptoglobine est une globine sérique qui a la propriété de se combiner à l'hémoglobine dans un rapport stoechiométrique. L'étude du complexe formé a montré qu'une molécule-gramme d'hémoglobine (70.000 g.) se combine à 110.880 g. de protéines haptoglobiniques et à 5440 g. de sucres haptoglobiniques. Il en résulte que l'unité clinique d'haptoglobine correspond en moyenne à 138. 6 mg. % de protéines et à 6.8 mg. d'hydrates de carbone. Un sérum pathologique ayant un indice égal à 5 aura donc le 1/10 de ses protéines constituées par de l'haptoglobine.

La physiopathologie de l'action antistéatogène des protides et de certains facteurs dits lipotropes.

H. BENARD et A. GAJDOS (Paris)

Les a. rappellent l'action préventive et curative des protéines alimentaires sur la stéatose et la cirrhose hépatique expérimentales. Cette action des protides repose essentiellement sur leur teneur en *méthionine*. Cet aminoacide, contrairement à l'opinion classique, ne semble pas agir comme précurseur de la choline. Dans certaines conditions expérimentales, cette dernière substance est dépourvue d'action, alors que la méthionine se montre efficace.

Le mécanisme de l'action antistéatogène des protides est encore mal connu. A côté de l'amélioration du métabolisme des phospholipides par ces corps on doit également tenir compte du fait que la méthionine facilite l'estérification du cholestérol.

La *cystine* contrairement à la méthionine favorise la stéatose hépatique. Cette action s'explique peut-être par l'inhibition de la désaturation des acides gras.

L'hypoprotéinémie des cancéreux.

F. HOMBURGER (Boston)

Les études de Whipple ont démontré qu'il existe dans l'organisme un nombre de « compartiments protidiques », comme par exemple le foie, les muscles,

les globules rouges, les autres organes parenchymateux et le plasma sanguin.

Nous considérons que les tumeurs malignes sont des « compartiments protidiques pathologiques » qui participent au métabolisme général des protéines. Lorsqu'elles élaborent des protéines pathologiques, il y aura paraprotéinémie, lorsqu'elles utilisent des protéines plasmatiques il y aura hypoprotéinémie et, en plus, elles peuvent influencer la synthèse protéinique des autres compartiments.

Etude des paraprotéinémies du plasmocytome et de celles, frustes, des malades atteints de cancer de l'estomac. Dans le premier cas: constatation d'une régénération très rapide des protéines pathologiques. L'étude de l'hypoprotéinémie des porteurs de Ca. de l'estomac, par l'électrophorèse, a démontré que cette hypoprotéinémie n'est pas due à la dénutrition, ni à la perte excessive de protéines, mais à des mécanismes différents: il s'agit ou bien de diminution des processus de synthèse, ou de modifications de distribution des fractions.

Les protides au cours des dénutritions sévères.

M. LAMOTTE et S. LAMOTTE-BARILLON (Paris)

Les a. rapportent quelques-uns des résultats qu'ils ont obtenu dans l'étude des protéides chez les récupérés de camps de concentration. Ils signalent l'absence d'un rapport obligé entre l'hypoprothéinémie et l'œdème de famine. La baisse importante de la pression oncotique développée par certains sérums, malgré un taux protidique voisin de la normale, les orienta vers la recherche d'une anomalie physico-chimique. Des ultracentrifugations vérifièrent cette hypothèse, montrant dans le sérum des dénutris, des fractions protidiques anormales, à poids moléculaire très élevé, une polydispersité plus grande de la fraction albumine. Ces protides anormaux auraient une origine musculaire et seraient à la base des lésions rénales rencontrées chez ces malades. Les a. insistent enfin sur la persistance très longue de l'anomalie protidique qualitative (plus de 19 mois dans un cas) après le retour à des conditions normales de vie.

Le rôle des plasmocytes dans la formation des globulines plasmatiques.

H. DUBOIS-FERRIÈRE (Genève)

Les recherches de l'auteur démontrent que les plasmocytes remplissent une fonction de résorption de déchets de protéolyse tissulaire et d'albumines étrangères et que, s'ils participent à la formation des paraprotéines du myélome et à celle des anticorps lors des réactions immunologiques, ils ne jouent pas de rôle dans la production des globulines physiologiques.

Hémoplasmopathies expérimentales.

E. POLI (Milan)

Les hémoplasmopathies expérimentales hyper-disglobulinémiques réactives peuvent être provoquées par l'activation du réticule et de sa fonction plasmaprotidopoiétique. Les A. en examinent les caractéristiques hématochomiques, hémocytologiques et morphologiques.

Séparation des protéines plasmatiques intervenant dans la formation de la thrombine.

R. FEISSLY (Lausanne)

La méthode proposée par Doladilhe et Bierry pour le fractionnement du sérum peut être appliquée au plasma lorsqu'il s'agit de séparer les générateurs de la thrombine. On constate en effet que l'homoglobuline correspond à la prothrombine, alors que la protéine visqueuse contient le thromboplastinogène et d'autres principes intervenant dans la formation du ferment coagulant. Le fractionnement du plasma d'hémophile permet de déceler, dans les albumines, un facteur inhibant la thrombinoformation. Ce facteur est inactivé à 67°.

Les protéines du sérum dans les maladies du foie.

G. VIOLLIER et H. STAUB (Bâle)

Texte non parvenu.

Sur une relation possible entre l'hypoalbuminémie et la teneur du foie en acide ribonucléique au cours des hépatites.

J. WARTER, P. MANDEL, P. METAIS et J. TOUILLIER (Strasbourg)

Les relations étroites qui existent entre l'acide ribonucléique tissulaire et les synthèses protéiques ont incité les auteurs à rechercher dans l'appauvrissement du foie en cet acide nucléique une cause de l'hypoalbuminémie caractéristique des atteintes du parenchyme hépatique. Ils ont étudié à cet effet la teneur du foie en acide ribonucléique, constituant essentiellement cytoplasmique, et en acide désoxyribonu-

cléique, constituant nucléaire, dans les cirrhoses humaines et dans des cirrhoses expérimentales du rat. Des résultats concordants obtenus chaque fois, se dégage la conclusion suivante: il existe une diminution manifeste de l'acide ribonucléique, sensiblement parallèle à la diminution de la sérum-albumine. Les auteurs ont également établi, à l'aide du dosage de l'acide désoxyribonucléique joint à l'appréciation sur les coupes histologiques du pourcentage des cellules hépatiques restantes, un procédé permettant d'évaluer quantitativement le nombre de cellules hépatiques existantes et contenues dans le foie tout entier.

Cette évaluation permet d'apprécier la baisse de l'acide ribonucléique d'une façon plus rigoureuse.

Hyperprotéinémies au cours de certaines affections hépatiques.

J. WARTER, P. MANDEL, P. METAIS et J. TOUILLIER (Strasbourg)

Les auteurs rapportent 22 cas d'hyperprotéinémie relevés chez 169 malades atteints d'affections diverses du foie, ce qui représente une proportion de 13 p. cent. 13 d'entre eux ont été constatés chez des cirrhotiques, et c'est dans ces cas que les chiffres les plus élevés de protéines ont été notés. Ces hyperprotéinémies sont dues à une majoration des globulines, qui atteignent parfois des taux considérables rappelant ceux des malades du système réticulo-endothélial et du kala-azar. Les auteurs distinguent deux groupes parmi ces hyperprotéinémies: l'un avec sérum-albumine normale; le second, avec une sérum-albumine abaissée, ce dernier se voyant surtout dans les cirrhoses. Ces deux groupes ont un pronostic très différent, et il apparaît que l'hyperglobulinémie souvent très forte du 2e groupe a, par elle-même, une signification péjorative. Les auteurs discutent le mécanisme de ces hyperprotéinémies en se basant essentiellement sur les données fournies par le fractionnement des globulines.

La protidémie dans le diagnostic de l'insuffisance parenchymateuse et mésenchymateuse du foie.

A. GAMBIGLIANI ZOCCOLI (Turin)

La prolifération conjonctivale diffuse du foie (maladie de Banti, certaines cirrhoses) avec faible ou nulle compromission du parenchyme, amène une hyperglobulinémie sans hypoalbuminémie. Dans ces cas le bilan de l'azote est négatif, et les lipotropes le rendent positif. La lésion parenchymateuse diffuse comporte (en valeurs pour cent cc. de plasma) une hypoalbuminémie avec hypoprotidémie totale. Comme dans ces cas il y a habituellement une augmentation de la masse plasmatique, la quantité totale des protéines circulantes est supérieure à la normalité; l'albuminémie est cependant basse aussi en valeurs absolues. Dans ces cas le bilan de l'azote est positif.

Syndromes liposcléreux par dysprotéinémie.

W. BLANC (Genève)

Il faut considérer certaines hyalinoses, à l'égal des amyloïdoses et paramyloïdoses, comme un dépôt de protides: une paraprotéïnose. Elles sont aussi associées à des modifications de globulines sériques. Parmi les diverses formes de hyalinoses extensives évoluant dans le tissu adipeux (liposcléroses progressives), celles qui frappent le médiastin ou l'espace rétropéritonéal réalisent des syndromes pseudotumoraux de compressions multiples. La similitude de ces hyalinoses avec les chéloïdes fait penser au rôle possible du terrain dysprotéïnique dans la genèse de ces dernières.

Réactions de floculation dans le sérum déglobulinisé.

G. PIOTROWSKY (Genève)

Par la déglobulinisation du sérum on peut étudier les modifications de l'albuminémie au moyen des réactions de floculation. Ces réactions, particulièrement celles basées sur la floculation d'un complexe lipoïdo-résineux (cholestérol-teinture de benjoin p. ex.) sont les moyens les plus sensibles pour apprécier ces altérations que l'on trouve plus particulièrement dans les affections hépatiques. A côté des dysglobulinémies quantitatives et qualitatives, il y aura lieu d'envisager des dysalbuminémies.

Etude électrophorétique des sérums d'hyper et d'hypothyroïdiens. Premières observations.

E. WIEDEMANN et J. MAHAUX (Bruxelles)

Texte non parvenu.

Le métabolisme protidique dans le pemphigus.

P. CERUTTI et P. CACCIALANZA (Modène)

Avec l'appareil de distillation de Parmas-Wagner-Pregl, pour déterminer les différentes fractions protéiniques, les a. ont confirmé que, dans le pemphigus bulleux, il y a une hypoprotidémie constante, avec di-

minution des albumines, les globulines restant au total inchangées. Mais il y a diminution des pseudo-globulines I et augmentation des pseudoglobulines II. En outre on constate une élévation de l'azote incoagulable.

Les épreuves de la labilité sérique sont positives, dans les cas où il y a les plus fortes hypoprotéinémies. Ces altérations sont d'autant plus marquées que le pronostic est plus grave, ces tests ont plus de valeur pour le pronostic que pour le diagnostic. L'hypoprotéinémie serait en rapport avec la plasmorrhée.

Ces modifications des protéinémies sont accompagnées, à l'analyse du médullogramme dans plusieurs cas, d'une augmentation des plasmocytes murs, petits et fortement basophiles, mais pas d'une augmentation des plasmocytes hystioïdes.

Régime hyperprotéiné et bilan azoté.

M. DEMOLE et D. ALBRECHT (Genève)

L'établissement d'un bilan azoté est la seule manière précise d'apprécier l'importance d'une carence en protides et doit servir de guide pour contrôler l'efficacité des régimes hyperprotéinés. Les auteurs citent quelques exemples du bilan azoté, pratiqués chez des anémiques graves et des cirrhotiques au cours du traitement diététique. Cette méthode sert également à établir le « minimum azoté » indispensable à un individu donné, et permet de trouver la meilleure utilisation par l'organisme des protides de haute valeur biologique.

Etude électrophorétique des protéines sériques chez le fœtus, dans le placenta et chez le nourrisson.

R. MARTIN DU PAN, D. MOORE et Ed. H. FISCHER (Genève)

L'analyse de près de 60 électrophorèses du sérum de femmes au cours de leur grossesse, de fœtus et de nourrissons a démontré les faits suivants:

1) une baisse de l'albumine chez la femme au cours de la grossesse: sans doute par insuffisance de protéines alimentaires,

2) une élévation de l'alpha et la bêta-globuline mais pas de modifications de la famma-globuline pendant la grossesse,

3) chez le fœtus: une augmentation de l'albumine, pas de modifications de l'alpha et de la bêta-globuline, une forte élévation de la gamma-globuline.

4) Chez le nourrisson: une brusque élévation de l'alpha et de la bêta-globuline lorsqu'il est nourri au colostrum, une baisse de la gamma-globuline pendant les 2 premiers mois de la vie. La forte élévation de la gamma-globuline est due sans doute au passage de cette protéine porteuse d'anticorps au travers du placenta.

Fondements physico-chimiques et applications pratiques du gel au formol.

G. MILHAUD (Genève)

La réaction au formol permet de mettre en évidence une hyperglobulinémie gamma même légère si l'on prend soin de l'exécuter à 40° et d'attendre 48 h. A l'extrême simplicité de son exécution, qui la met à la portée de chaque praticien, elle joint l'avantage de la spécificité.

Dans le passé, on limitait son emploi à la détection des perturbations protidiques considérables que réalisent certaines maladies tropicales; en fait, la réaction au formol-gel mérite une large diffusion.

II — LES HYPERTHYROÏDIES

Histophysiologie de la thyroïde normale et pathologique.

Prof. P. A. BASTENIE (Bruxelles)

1. Histophysiologie normale: grâce aux découvertes de ces dernières années dans le domaine de l'hypophyse, des substances goitrigènes, et de l'iode radioactif on a pu éclaircir beaucoup de problèmes de l'histophysiologie normale de la thyroïde.

Action de l'hormone hypophysaire thyréotrope: sous l'action de la thyréostimuline, le colloïde se fluidifie et disparaît, les vésicules thyroïdiennes s'affaissent, les cellules deviennent cylindriques, de nombreuses mitoses apparaissent. L'iode thyroïdien diminue en faveur de l'iode sanguin. En cessant cette administration de thyréostimuline, on observe un retour rapide à la normale.

Ces observations ont permis d'expliquer certaines hyperactivations saisonnières, l'activation par le froid. Le parenchyme activé détermine donc hyperplasie et hypertrophie: multiplication cellulaire, hypertrophie de l'appareil de Golgi, apparition de granules d'oxydase et de peroxydase.

Action des produits goitrigènes: la thiourée et ses dérivés bloquent le système enzymatique, qui préside à la fixation de l'iode sur la thyrosine. Ils provoquent en même temps que des phénomènes thyréoprivés un tableau histologique d'hyperactivité. Avec l'iode radioactif on observe que, si le parenchyme a perdu la faculté de fixer l'iode organique, il garde la propriété d'absorber l'iode qui passe dans le sang.

Puis l'auteur se livre à quelques considérations sur la thyroïde humaine en dehors des syndromes

thyroïdiens, insistant sur la fonction essentiellement endocrine des cellules cylindriques, enfin il analyse les phénomènes de la sécrétion thyroïdienne.

2. Histologie thyroïdienne dans l'hyperthyroïdie. Hyperplasie diffuse dans les cas non remaniés par le traitement. Les cellules éosinophiles et les amas lymphoïdes ne seraient pas un élément spécifique de diagnostic de la thyrotoxicose. Ces cellules ne sont que phénomènes dégénératifs et, avec l'infiltration du stroma, témoignent d'un processus de thyroïdose involutive. La thyroïde, traitée à l'iode, présente des manifestations d'involution, celle traitée aux antithyroïdiens une hyperplasie, mais pas constante.

3. Histologie du myxœdème. Perte de stimulation du parenchyme thyroïdien par suite d'une déficience en hormone thyréotrope. Disparition parfois du parenchyme. Prolifération singulière, non exceptionnelle, de vestiges du canal thyréoglosse. C'est le type de la « thyroïdose involutive ». Sur 400 autopsies, l'a. a relevé 100 cas où le parenchyme présentait des dégénérescences de nature éosinophile du parenchyme et des réactions inflammatoires du stroma. Dans les cas de goitre hypothyroïdien, on voit parfois des adénomes circonscrits, micro-macrofolliculaires, pouvant faire admettre l'idée d'une hyperactivité sécrétoire. Toutefois le plus fréquemment ce sont des goitres colloïdes.

L'a. signale enfin le « myxœdème hypophysaire », ce qui signifie que la maladie de Simmonds peut prendre l'allure d'un myxœdème. (8 observations personnelles).

L'examen de l'histophysiologie thyroïdienne est une bel exemple des rapports notés entre fonction et structure.

Les hyperthyroïdies d'origine nerveuse.

L. LANGERON (Lille)

Admise par Charcot puis par les tenants des théories sympathiques, abandonnée ensuite pour les idées endocriniennes pures, cette origine nerveuse des hyperthyroïdies est de nouveau à l'ordre du jour à la suite des acquisitions de ces dernières années.

Il existe des centres diencéphaliques spécialisés réglant l'activité thyroïdienne, le métabolisme basal et l'exophtalmie; le sympathique se comporte comme un excitateur, le parasympathique comme un modérateur de l'activité thyroïdienne. Inversement la thyroxine est remarquable par son affinité nerveuse, tant à la périphérie qu'au niveau des centres.

La majeure partie des signes hyperthyroïdiens sont d'origine nerveuse; si généralement il s'agit d'une réponse nerveuse à une excitation thyroïdienne primitive, il n'est pas exclu qu'une excitation nerveuse initiale ne puisse mettre en branle l'activité thyroïdienne.

De fait, de nombreuses affections nerveuses, périphériques ou centrales, encéphalites parkinsoniennes et choc émotionnel particulièrement, s'accompagnent fréquemment d'hyperthyroïdie: la coïncidence pure étant peu probable, on peut admettre qu'il s'agit d'une excitation thyroïdienne à point de départ nerveux, d'une hyperthyroïdie d'origine nerveuse par mise en branle initiale du système nerveux. Dans certains cas (M. Roch) tout se passe comme si cette excitation nerveuse était capable de créer un syndrome clinique d'hyperthyroïdie, sans participation du corps thyroïde, constatation susceptible de faire réviser nos conceptions nosologiques de l'hyperthyroïdie.

Ces hyperthyroïdies d'origine nerveuse ont une physionomie clinique variable, de la forme complète « goitre exophtalmique », aux aspects mono-symptomatiques. On peut se demander s'il ne conviendrait pas d'y intégrer les cas étiquetés « parabasedow, instabilité thyroïdienne, syndrome pseudobasedowien de la puberté, états sympathicotoniques ». Les séquelles de la thyroïdectomie et certaines actions thérapeutiques nerveuses peuvent s'expliquer par cette notion.

Dans le cadre actuel des hyperthyroïdies, celles d'origine nerveuse peuvent être classées comme témoignant d'un trouble du mécanisme régulateur thyroïdien.

L'intérêt de ces faits est de fournir un nouvel exemple d'endocrinopathie d'origine nerveuse et d'une maladie débutant dans la sphère neuro-psychique pour intéresser ensuite un territoire organique avec création de lésions irréversibles. On peut les rapprocher des phénomènes « d'irritation sympathique ».

Les hyperthyroïdies d'origine ovarienne.

J. HOET et J. LEDERER (Louvain)

Dans le cadre complexe de la maladie de Basedow, certains cas éclatent à la suite de la castration ou de la ménopause. Dans ces cas et dans ces cas seuls, la folliculine à haute dose est capable de guérir tous les symptômes y compris le goitre et l'exophtalmie. Cette méthode, seul procédé physiologique, agit par l'intermédiaire du relai hypophysaire.

Le foie des hyperthyroïdiens.

G. BICKEL et E. RUTISHAUSER (Genève)

Dans les cas légers d'hyperthyroïdisme, ce n'est que par l'examen fonctionnel du foie qu'on arrive à déceler des troubles de la fonction hépatique chez plus de la moitié des malades observés. L'hyperthyroïdie plus importante, avec manifestations hépatiques plus graves, se traduit par des poussées d'ictère, bénignes,

mais pouvant aller dans quelques cas jusqu'à l'atrophie jaune aigüe du foie. Dans les cas chroniques, la souffrance hépatique prend le type de la cirrhose, plutôt trouvaille d'autopsie que constatation clinique évidente.

L'étude anatomo-pathologique démontre que les altérations morphologiques du foie sont plus fréquentes encore que les manifestations fonctionnelles. Les foies sont franchement atrophiques et les altérations histologiques varient suivant le stade évolutif de la maladie. Lésions de type aigu: nécroses à point de départ centrolobulaire, accompagnées de vasodilatation capillaire et d'œdèmes péricapillaires (hépatose séreuse). Lésions réversibles.

Lésions chroniques: scléroses de topographie irrégulière, prédominant dans la région sous-capsulaire et pénétrant dans les lobules. Ces lésions sont alors irréversibles.

Ces lésions hépatiques, souvent au second plan, ont une signification clinique importante, parce qu'elles sensibilisent le malade à toutes sortes de facteurs traumatisants: narcoses, infections, chocs opératoires et même traumatismes psychiques. En conséquence thérapeutique de protection nécessaire: régimes riches en hydrates de carbone et en protéines, vitamines, glucose et aussi extraits hépatiques, choline et méthionine.

Le traitement antithyroïdien a une répercussion secondaire favorable sur le foie. Mais il n'est pas exclu que, si cet organe est touché, le patient soit sensibilisé à toutes sortes de chimiothérapies et qu'alors surviennent avec une plus grande fréquence chez ces malades les accidents d'ictère thyro-thérapeutique et l'agranulocytose. Ce sont alors plus phénomènes d'intolérance que véritable action toxique.

Nouveaux traitements médicaux de l'hyperthyroïdie.

G. LAROCHE et Y. BARRÉ (Paris)

Le rapport passe en revue les différents traitements de l'hyperthyroïdie en développant particulièrement la question des antithyroïdiens de synthèse et en indiquant les données actuelles sur l'iode radio-actif, pour dégager des indications thérapeutiques générales et apprécier les résultats actuellement obtenus.

La description clinique et expérimentale d'antithyroïdiens est suivie de l'étude clinique de l'efficacité de la thiourée, du thiouracile, de l'amino-thiazol et de leurs dérivés, méthyl-thiouracile, propyl-thiouracile, benzyl-thiouracile et tétra-méthyl-thiourée.

Les auteurs notent l'efficacité sur les grands signes cliniques et biologiques de l'hyperthyroïdie, marquent une réserve sur l'action des médicaments, d'une part sur l'exophtalmie et le goitre lui-même et, d'autre part, dans les goitres nodulaires volumineux. Dans ces derniers cas, l'action est moins rapide et l'existence de noyaux durs et augmentant rapidement de volume doit faire craindre la possibilité de dégénérescence et préférer la chirurgie.

Les doses moyennes seront de 0.40 à 0.80 pour la thiouracile, de 0.15 à 0.30 pour le méthyl, le propyl et le benzyl thiouracile ainsi que la tétra-méthyl-thiourée. Les doses, faibles au début du traitement, seront ensuite adaptées à l'effet recherché. Il faut surtout souligner la nécessité de traitements prolongés sur un ou deux ans, pendant lesquels l'adjonction de faibles doses de corps thyroïde est recommandée.

Les incidents thérapeutiques sont passés en revue: incidents mineurs cutanés, digestifs ou généraux et majeurs: les troubles sanguins avec la leucopénie et l'*agranulocytose*. Celle-ci surviendrait dans 2% des cas traités au thiouracile, plus souvent assez précocement, parfois annoncée par les signes précédents ou parfois latente, et c'est dire la nécessité des examens systématiques répétés de la série blanche. La mortalité reste de 25% malgré la pénicillothérapie intensive et les adjuvants: acide folique, vitamine B_6.

Les dérivés propyl-thiouracile et tétra-méthyl-thiourée paraissent nettement moins toxiques encore que justifiant la même surveillance.

Les auteurs passent ensuite en revue les différentes indications particulières aux antithyroïdiens: grossesse pendant laquelle le traitement médical ne paraît plus contre-indiqué, à condition de sevrer l'enfant à la naissance — cardiothyréose où les antithyroïdiens jugulent le plus souvent les accès paroxystiques de la tachycardie et même l'hyposystolie basedowienne qui a pu être médicalement améliorée mais qui justifie mieux l'exérèse chirurgicale du corps thyroïde — hyperthyroïdie de l'enfance, où des succès sont enregistrés, diabète, acromégalie et autres affections associées à propos desquelles la littérature est passée en revue.

Les indications médicales et chirurgicales sont alors discutées en tenant compte de la forme du goitre exophtalmique, de son siège, de l'âge, du sexe, des complications dues à l'hyperthyréose ou aux médicaments, de la possibilité sociale, d'examens suivis, etc.

Si l'intervention chirurgicale est décidée, soit d'emblée, soit après essai médical, l'intérêt d'un traitement antithyroïdien de 3 à 6 semaines en moyenne, puis iode pré-opératoire sur une période de 15 jours, est développé.

Enfin, les auteurs font place aux travaux américains, déjà étendus, concernant l'iode radio-actif I_{130} et I_{131} et qui ouvrent une possibilité nouvelle et extrêmement féconde tant dans l'étude approfondie de la physiopathologie du corps thyroïde et du métabolisme de l'iode que dans l'usage thérapeutique de ces isotopes qui paraissent particulièrement

efficaces, sans cependant que l'on soit encore assuré de leur innocuité à longue échéance.

Les auteurs concluent en écrivant que les traitements modernes de l'hyperthyroïdie, tout en constituant un progrès clinique, ne s'attaquent pas encore véritablement à la cause du mal, mais doivent permettre, pendant les rémissions prolongées qu'ils obtiennent, de préciser cette cause elle-même, organique, génitale ou psychique, pour tenter d'y remédier.

Discussion des rapports principaux.

MM. Justin-Besançon, Klotz et Grivaux présentent un cas de Basedow après castration chirurgicale. Traitement à l'Œstradiol, observation d'une nette diminution des stimulines thyréotropes et des 17-cétostéroïdes. A côté de cela les a. insistent sur la présence des poussées thyroïdiennes au cours des syndromes hyperfolliculiniques. Traitement alors au testostérone.

M. Huguenin relève quelques points importants à propos des cas traités chirurgicalement: présence dans les thyroïdes traitées de petits foyers latents, source possible de récidive. Insiste en outre sur la discordance des faits anatomo-cliniques, enfin les cas traités aux antithyroïdiens de synthèse ont une image anatomo-pathologique propre qu'il décrit.

M. Jentzer signale l'existence de goitres hyperthyroïdiens micro-sporadiques et en démontre quelques exemples. Il attire l'attention sur l'existence des tests à la procaïnestérase et sur les particularités de l'élimination urinaire des isotopes de l'iode, pour le diagnostic de l'hyperthyroïdie.

M. H. Welti prend la défense de la chirurgie et déclare n'avoir pas vu d'exophtalmie augmenter après l'opération. Pour lui l'œdème basedowien que l'on rencontre aux chevilles est de même type que celui de la région orbitaire, mais après l'opération cet œdème est de régression plus rapide aux chevilles qu'à l'orbite. W. a. vu des exophtalmies qu'il croyait irréductibles finir par disparaître dans un laps de temps très prolongé.

M. R. Junet attire l'attention sur la présence de l'ophtalmoplégie chez certains hyperthyroïdiens, persistant après un traitement anti-thyroïdien.

M. Lederer: ces ophtalmoplégies sont dues à des lésions des noyaux de la base.

M. Langeron est du même avis et pense avec M. Welti que l'opération ne peut rien y changer.

MM. May Netter et Bloch-Michel. La ponction et la ponction-biopsie du corps thyroïde rendant les plus grands services est couramment pratiquée par ces auteurs. Ils annoncent leurs bons résultats dans la ponction des kystes, la ponction-biopsie des hypertrophies thyroïdiennes diffuses. Il semble que l'utilité clinique dans le domaine restreint de l'hypofonction et de l'hyperthyroïdie ne soit pas encore démontrée, mais elle permettra de distinguer peut-être les hyperthyroïdies d'origine primitive de celles d'origine hypophysaire.

COMMUNICATIONS

Le souffle continu thyroïdien supérieur, signe caractéristique de la maladie de Graves-Basedow.

C. LIAN, H. WELTI et H. DEBEDES (Paris)

Un souffle continu thyroïdien s'observe dans 20% des goitres exophtalmiques exclusivement dans la maladie de Basedow, jamais dans les adénomes toxiques. Dans la quasi-totalité des cas il s'agit d'un souffle continu thyroïdien supérieur, ayant son maximum d'intensité en dedans du pôle supérieur du lobe latéral. Il est facile de distinguer ce souffle de celui d'un anévrisme artério-veineux traumatique et du souffle continu jugulaire siégeant dans le triangle sus-claviculaire.

Il est la conséquence d'une grande hyperactivité thyroïdienne allant de pair avec une grande vasodilatation active, réalisant en quelque sorte de larges et rapides communications capillaires entre artères et veinules. Le souffle est alors trouvé dans les cas où existe une très grosse veine thyroïdienne totalisant les vibrations nées en de multiples points intra-thyroïdiens.

Variations de l'eau liée aux protéines globulaires et tissulaires au cours des syndromes dysthyroïdiens.

G. GIRAUD, H. LATOUR H. LEVY et P. ABOUDARAM.

La méthode de *Cristol* et *Benezech* permettant la détermination de l'eau totale, de l'eau libre et de l'eau liée d'un volume donné de globules, apporte des conclusions très intéressantes dans les maladies thyroïdiennes. D'une part elle permet de découvrir une déperdition d'eau libre des globules au profit du plasma, aussi bien chez les hyperthyroïdiens que chez les hypothyroïdiens. Les thérapeutiques opposées qui corrigent ces deux états redressent aussi les déviations initiales de la répartition hydrique globulaire. Le déroulement de ces transferts d'eau est remarquablement parallèle à celui qui a été récemment étudié entre les cellules et le compartiment extra-cellulaire, au cours des mêmes maladies.

Des conclusions d'un autre ordre peuvent être apportées, concernant l'eau libre liée aux protéines globulaires. Si celle-ci ne varie pas d'une façon franche chez les basedowiens, elle est considérablement

élevée chez les hypothyroïdiens, comme chez les addisoniens traités. Cet enrichissement en eau liée, osmotiquement inutilisable, nous prouve que, si les fluctuations hydriques des hyperthyroïdiens et des hypothyroïdiens nous offrent à première vue un parallélisme qui ne laisse pas d'être surprenant, elles n'en sont pas moins différentes dans leur mécanisme intime. L'appréciation exacte de la valeur de l'eau liée aux protéides globulaires dans les maladies thyroïdiennes exige en fait la détermination constante du volume moyen des hématies. Dès maintenant les résultats apportés ne paraissent pas négligeables mais ils doivent dans l'avenir s'appuyer sur cette notion.

Les liquides extracellulaires dans l'hyperthyroïdie.

R. CACHERA et M. LAMOTTE (Paris)

Le volume des liquides extra-cellulaires a été mesuré par la méthode au thiocyanate de sodium chez une série de malades avant et après traitement de leur thyréotoxicose. Une augmentation notable de ce volume liquide a été observée. La moyenne des résultats s'établit à 28.5% du poids du corps dans l'hyperthyroïdie, chez les sujets normaux à 21.1%.

Bien qu'ayant maigri, les hyperthyroïdiens ont plus de liquides extra-cellulaires que n'en comportait leur poids antérieur. Dans les amaigrissements d'autres origines le volume de ces mêmes liquides diminue par rapport au poids de départ.

L'effet des divers traitements, surtout des antithyroïdiens de synthèse, a été contrôlé chez 13 malades: une réduction du volume du liquide extracellulaire a été constatée dans tous les cas. Cet effet paraît une conséquence directe de la suppression de l'hyperthyroïdie.

Formes digestives des hyperthyroïdies.

J. DUBARRY et J. RIVIERE (Bordeaux)

Les auteurs rapportent 48 cas d'hyperthyroïdie à forme digestive. Ils insistent sur la fréquence relative de ces troubles, à condition de savoir les dépister précocément, en particulier chez la femme, sur leur sensibilité au traitement thyro-frénateur qui permet par la suite de reprendre un traitement jusque-là purement inopérant. Ils soulignent l'aspect clinique très différent de celui des troubles digestifs de la maladie de Basedow classique et, notamment, la fréquence des états biliaires et des constipations avec méga-dolichocolon.

Pathogénie: allusion à l'hyperpituitarisme qu'il est classique d'admettre à la période préménopausique de la vie génitale de la femme.

Un nouveau test de dosage biologique de la thyréo-stimuline dans le sang et les urines des hyperthyroïdiens.

J. RIVIÈRE et J. L. JAUBERT (Bordeaux)

Les auteurs passent en revue les travaux publiés sur le dosage biologique de l'hormone thyréotrope de la pituitaire antérieure. Ils constatent que la quasi-totalité des auteurs qui se sont intéressés à cette question ont utilisé des animaux entiers, non hypophysectomisés, le plus souvent à cause des difficultés techniques de l'hypophysectomie. Ils proposent l'emploi de la banale grenouille des marais comme animal-test, à cause surtout de la facilité de son hypophysectomie. Ils insistent sur la nécessité absolue de se servir uniquement d'animaux pituitoprivés et donnent le résultat de leurs investigations à l'aide de leur technique chez 17 hyperthyroïdiens.

Hyperthyroïdies massives dans la population française et chez les personnes déplacées en Tyrol.

L. J. TAMALET (Innsbruck)

L'a. a observé dans la population française du corps civil d'occupation en Tyrol, une endémie goitreuse de grosse importance. Les sujets étaient frappés parfois quelques jours après leur arrivée. La plupart en moins de 2 ans. Le M. B. montre une élévation de + 15 à + 45% en moyenne. Les Français de régions montagneuses ont été les plus sensibles. Cette congestion thyroïdienne peut disparaître spontanément. Les personnes déplacées dans des camps du Tyrol voient survenir les mêmes symptômes encore plus rapidement. Seules des influences géo-physiques, peuvent en partie expliquer ces phénomènes dans un pays où 55% des enfants des écoles présentent un goitre avec presque toujours une hyperthyroïdie.

Le basedowisme ou l'hyperthyroïdie de l'imprégnation bacillaire.

P. CLÉMENS (Bruxelles)

Rapports entre le terrain et l'hyperthyroïdie. Influence directe ou indirecte du sympathique cervical, intercorrélation avec l'antéhypophyse et les centres nerveux. Action sur ces divers facteurs de la toxine bacillaire. Syndrome en général bénin. Traitement: Vit. M. et D. se méfier de: iodures, hormones, antithyroïdien.

Hyperthyroïdisme et manifestation neurovégétatives en pathologie nord-africaine.

G. GELIN (Oran)

L'a. attire l'attention sur les états parabasedowiens réalisés par l'infestation amibienne chronique, de plus en plus fréquente en Afrique du Nord. En cas de défaillance des examens biologiques, l'auteur préconise la mise en œuvre d'un traitement, prudemment institué, d'épreuve et étroitement surveillé par les examens cliniques et les investigations biologiques.

Inconvénients et dangers des antithyroïdiens de synthèse.

H. WELTI (Paris)

La médication par les antithyroïdiens de synthèse, dans de nombreuses circonstances, ne permet pas de guérir les hyperthyroïdiens. Le chirurgien, sollicité par les malades non améliorés qui viennent le consulter pour intervention chirurgicale, est particulièrement bien placé pour s'en rendre compte. L'auteur en se basant sur une série de 8000 thyroïdectomies qu'il a faites depuis 1930, cherche à préciser les limites des tentatives médicales raisonnables et les circonstances dans lesquelles la chirurgie doit être envisagée.

La communication de Mr. H. Welti a été l'occasion d'un échange de vues, entre les partisans du bistouri et les internistes, qui fut par moments assez vif.

Relevons les interventions de: Prof. van Goidsenhoven (Louvain), qui insiste sur le fait suivant: avant de parler d'échecs, il faut bien individualiser les cas, voir aussi si le traitement a été sagement conduit et bien suivi. L'a. est persuadé qu'alors on obtient des guérisons définitives par les antithyroïdiens de synthèse, combinés à l'iode, sauf pour les goitres nodulaires avec hyperthyroïdie, qui, eux, relèvent de la chirurgie.

Dr. R. S. Mach (Genève): Les échecs sont souvent dus à l'emploi d'une préparation de mauvaise qualité, ou à une mauvaise conduite du traitement. Il y a une grande responsabilité à entreprendre un tel traitement et il faut le suivre jusqu'au bout. Recommande l'usage du Thiomidil Wander.

Essai de traitement de la maladie de Basedow par la paraoxypropiophénone

M. PERRAULT et J. VIGNALOU (Paris)

La composante hypophysaire de la maladie de Basedow résiste beaucoup au traitement antithyroïdien. La frénation hypophysaire par les œstrogènes ne paraît pas intéresser plus de 10% des cas. La paraoxypropiophénone (corps H365), dont la formule correspond à la moitié de celle du diéthylstilboestrol, se présente comme un frénateur hypophysaire de synthèse, pratiquement dépourvu du pouvoir œstrogénique périphérique. Sa toxicité est nulle.

Son action a été manifeste dans de nombreuses observations de bouffées de chaleur et d'hyperfolliculinisme. Elle a permis encore d'améliorer un chorioépithéliome malin avec métastases pulmonaires. Dans la maladie de Basedow les résultats ont été des plus encourageants contre l'exophtalmie et vis-à-vis de l'hyperoestrogénie. L'action est nette dans les exophtalmies récentes et contre les poussées. Absence d'action antithyroïdienne, qui permet d'associer ce médicament à ceux dirigés contre l'hyperthyréose.

Le testostérone dans le traitement des hyperthyréoses.

J. OLMER, ERLANDE et GUARRIGUES (Marseille)

Texte de la communication non parvenu.

Contribution anatomo-clinique à l'étude du syndrome iode-Basedow.

L. COPELMAN, L. CAMPEANU et A. DIACONU (Bucarest)

Le traitement intensif iodé avec le sel de Plummer chez un malade de 64 ans, détermina l'apparition d'un goitre diffus homogène. Sections microscopiques du goitre: une puissante lame de tissu fibreux, largement vascularisée traverse les lobes glandulaires et divise la glande en plusieurs lobules de forme et dimension variées. La plupart des lobules, surtout ceux du lobe droit, présentent des vésicules hyperplasiques, dont l'épithélium est formé par des cellules cylindriques, hautes, tassées. Excrétion aussi des réserves colloïdales. Conclusions: précautions à prendre en cas de traitement iodé intensif surtout chez des vieillards.

L'hyperthyroïdie post-thérapeutique, suivant l'iode radio-actif dans le traitement des cancers de la thyroïde.

F. HOMBURGER et J. P. TRUNNEL (Boston et New-York)

On a vu chez les malades traités par l'iode pour des cancers de la thyroïde, des crises post-thérapeutiques d'hyperthyroïdie aiguë grave. Elles résultent

de la destruction des tumeurs avec libération d'iode lié aux protéines dans la circulation. Alors que cette hyperthyroïdie, une fois établie, ne répond pas aux mesures thérapeutiques, elle peut être prévenue par le traitement au propylthiouracil avant l'administration d'iode radio-actif.

Action antithyroïdienne des dérivés du thiouracile.

D. BARGETON, J. COTTET et C. KRUMM-HELLER (Paris)

1) Les différents tests expérimentaux d'activité antithyroïdienne sont de valeur très inégale. Le plus satisfaisant utilise l'abaissement du métabolisme basal chez le Rat en fonction du temps. Les signes histologiques sont d'interprétation difficile.

2) Le facteur temps joue un rôle important dans la manifestation de l'action antithyroïdienne. Six semaines sont nécessaires pour le développement d'un effet maximal. La dose influe sur l'ampleur de l'effet final obtenu, non sur sa vitesse d'installation.

3) L'action obtenue est réversible. La thyroïde peut retrouver son intégrité anatomique et fonctionnelle après arrêt du traitement.

Action des vitamines C et B_1 sur l'hyperthyroïdie.

J. VIÑAS-ESPIN (Toulouse)

Dans la maladie de Basedow, par suite de l'accroissement du métabolisme hydrocarboné-Bl, se produirait une carence relative en aneurine. Un accroissement du métabolisme de l'acide ascorbique est compensateur de la carence relative en Vit. Bl.

L'administration de Vit. B1, en satisfaisant les besoins accrus de son propre métabolisme, facilite, avec une meilleure utilisation de la vitamine C, la correction de l'hyperthyréose.

L'administration de Vit. C. jusqu'à saturation, en compensant la relative carence en Vit. B1., s'oppose au syndrome hyperthyroïdien.

III — LE TRAITEMENT DU CANCER PAR LES HORMONES

Résultats expérimentaux du traitement des cancers par les hormones.

A. LACASSAGNE (Paris)

L'a. énumère dans son rapport les diverses recherches expérimentales sur le cancer, les cancers provoqués de la peau et, plus particulièrement, ceux qui sont provoqués à la suite d'hypophysectomie, à la suite d'administration d'hormones: œstrogènes et androgènes.

Il passe ensuite en revue les travaux sur les recherches expérimentales du carcinome mammaire de la souris et des possibilités qu'on a de les modifier avec l'hormonothérapie: androgènes d'une part, progestérone et extraits de l'ante-hypophyse d'autre part.

Il mentionne encore les travaux expérimentaux sur les tumeurs mammaires du rat ainsi que les travaux plus particuliers sur les fibromes utérins chez la lapine et la souris et l'hypertrophie de la prostate chez le chien. La chimiothérapie dans ces différents cancers n'a pas obtenu de résultat très brillant, probablement parce qu'on oublie la notion de multiplicité et de disparité des tumeurs. Toutefois, deux faits acquis restent: la certitude d'une action hormonale antagoniste et le rôle de l'hypophyse. C'est dans des tumeurs bénignes ou de faible malignité qu'on a pu le mieux les étudier. Comment agissent ces facteurs? Est-ce un effet direct sur la cellule réactive ou bien y a-t-il une sécrétion hypophysaire particulière qui joue un rôle dans la pathogénie de certains cancers? Tout cela reste dans le domaine de l'hypothèse.

L'a. envisage pour terminer l'action possible d'anti-hormones.

Le traitement hormonal des cancers du sein.

L. De GENNES (Paris)

A la lumière des très nombreux travaux expérimentaux et cliniques ayant trait à cette question et de leurs constatations personnelles, MM. L. de Gennes et C. Laroche ont essayé de fixer la place que doivent prendre la castration et l'hormonothérapie dans le cancer du sein. Elles ne constituent qu'une mesure thérapeutique de complément qui ne peut nullement se substituer à la cure radicale du cancer.

Dans les cancers inopérables, la castration, surtout chirurgicale, permet d'obtenir des survies prolongées et de diminuer les souffrances pendant un laps de temps d'ailleurs imprévisible. L'administration des androgènes à forte dose permet d'obtenir des résultats analogues; plus facile à faire accepter par des femmes jeunes, elle présente de larges indications parmi lesquelles les métastases osseuses occupent la première place.

Les œstrogènes, enfin, beaucoup plus actifs sur la tumeur mammaire, seront utilisés chez la femme âgée, ménopausée depuis plusieurs années, où ils pourront influencer l'évolution des métastases cutanées et viscérales. Leur action sur les localisations osseuses paraît, par contre, moins constante.

Chez l'homme, enfin, la castration et les œstrogè-

nes peuvent donner des résultats analogues à ceux obtenus dans le cancer prostatique.

Quant à l'intérêt prophylactique de ces méthodes, il reste très discuté et la conduite thérapeutique dépendra de multiples facteurs dans lesquels rentrent des considérations non seulement médicales mais encore psychologiques.

Le traitement hormonal des cancers de la prostate.

J. GIBERT (Lyon)

Ce travail est limité à l'étude de 80 observations dont la plupart ont été régulièrement suivies, en général, par le même observateur. Il y a maintenant un recul de 4 ans depuis le début du traitement du cancer de la prostate par les œstrogènes.

Les a. énumèrent les différents médicaments utilisés sans qu'il y ait une grande différence entre eux, toutefois, à la période terminale on obtient encore parfois un soulagement des douleurs en changeant d'œstrogènes.

Les a. énumèrent en détail leurs observations pour conclure de la façon suivante: l'efficacité du traitement hormonal est évidente; elle soulage la plupart des troubles déclenchés par l'évolution du cancer de la prostate. Est-il possible d'apprécier si le traitement hormonal qui donne certainement une survie plus confortable amène aussi une survie plus longue? En 1943, la durée moyenne de la maladie appréciée chez 100 malades était de 3 ans. Nous avons vu qu'actuellement on peut estimer à 4 ans la durée moyenne de l'évolution totale. Les œstrogènes permettent donc d'obtenir un gain d'une année et sur cette évolution de 4 ans ils donnent l'illusion de la guérison pendant 3 ans environ.

Discussion.

Jentzer et Chanal énoncent les bons succès obtenus dans le cancer de la prostate: prolongation de la vie, illusion de la guérison, cessation des douleurs métastatiques, amélioration de l'état général, mais pas de rétrocession des métastases osseuses confirmées par la biopsie et la radiologie. Le produit employé est un œstrogène de synthèse (Hormoestrol Siegfried).

Perrier note l'influence des œstrogènes sur la dysurie, la consistance et le volume de la tumeur, les algies pelviennes et l'état général.

Homburger.

Huguenin.

COMMUNICATIONS

Les métastases osseuses des cancers prostatiques.

J. A. LIÈVRE (Paris)

Texte non parvenu.

Résultats obtenus par les hormones de synthèse dans le traitement des cancers et des métastases cancéreuses.

M. ALBEAUX-FERNET, M. GELINET et S. TCHEKOFF (Paris)

Les a. rapportent les résultats d'essais thérapeutiques effectués avec le Dinœstrol en injections de suspensions aqueuses cristallines, dans 11 cas de cancers inopérables du sein après la ménopause. En dehors d'une action manifeste sur l'état général, ils observent une sédation des douleurs, particulièrement remarquable et utile, une diminution des signes locaux et des métastases; les métastases des parties molles paraissent particulièrement sensibles. Il ne s'agit que d'amélioration temporaire, mais dont la réalité conduit à des interprétations pathogéniques intéressantes.

L'action locale des œstrogènes hydrosolubles dans les maladies prénéoplasiques, néoplasiques et dystrophiques de la peau.

A. AGOSTINI et G. TONIOLO (Sienne)

Texte non parvenu.

Les œstrogènes dans l'ostéose cancéreuse prostatique.

H. SERRE et G. VALLAT (Montpellier)

9 malades ont été étudiés en 2 ans. Les métastases se sont manifestées par des douleurs et des signes de compression, rarement par des tumeurs osseuses. Le

Diéthylstilbœstrol aux doses quotidiennes de 5 à 35 mg. fut bien toléré. Les signes de féminisation constants ne sont pas une contre-indication à son emploi. L'amélioration fut très bonne dans 8 cas sur 9. L'évolution radiologique des lésions par contre se poursuit, marquée par une densification progressive, aboutissant à l'œstéomarmoréose, et par l'apparition d'opacités arrondies « en tache de bougie ». L'iliogramme permet d'objectiver l'activité du processus néoplasique malgré la sédation clinique. En l'absence de dosages des phosphatases acides, la vitesse de sédimentation globulaire, bien que non spécifique, présente un intérêt diagnostic et évolutif.

Action du testostérone sur une métastase vertébrale de cancer thyroïdien opéré; arrêt radiologique du processus destructeur avec recalcification.

E. MERLE, L. DURAND et
P. MERLE (Clermond-Ferrand)

Une femme de 40 ans, opérée en 1945 d'un cancer thyroïdien, fait en 1948 une métastase vertébrale au niveau de D8. Un traitement ininterrompu par le propionate de testostérone à doses moyennes, associé à la vitamine B2 et à la calcithérapie, a rapidement fait disparaître les douleurs en même temps que se relevait l'état général. La vertèbre D8 en voie de destruction, avec tassement progressif, s'est peu à peu recalcifiée et le disque aplati résultant du tassement a repris, sur les clichés radiographiques, une densité osseuse normale. (Projection de films réduits).

4ème CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS CATHOLIQUES

— ROME —

(du 24 septembre au 2 octobre 1949)[1]

Léon GÉRIN-LAJOIE,
Vice-doyen de la Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Le 4ème Congrès International des Médecins Catholiques, tenu à Rome du 24 septembre au 2 octobre, sous la présidence honoraire de son Altesse Eminentissime in principe Ludovico Chigi Albani, a été un véritable succès. Le président général, le professeur Luigi Gedda, le secrétaire général, le docteur Agostino Maltarello, et leur Comité d'organisation se sont dépensés sans compter pour assurer un programme scientifique intéressant et un programme social qui a laissé bien peu de temps aux congressistes pour des visites non-officielles.

L'ouverture solennelle a eu lieu dans la salle de la Prothomoteca, au Capitole le samedi 24 septembre, à 18 heures et trente. Des discours de bienvenue et l'annonce de l'ouverture officielle ont été fort applaudis. Le lendemain dimanche, 25 septembre, la messe du Saint-Esprit fut célébrée, en l'Eglise Saint-Marc, par son Excellence le cardinal Joseph Pizzardo, président de la Congrégation des Séminaires et des Universités; elle fut suivie par l'inauguration de l'exposition « Le christianisme dans la médecine », dans la salle royale du Palais de Venise où avaient lieu les réunions scientifiques. Comme le titre de l'exposition l'indique, une série de tableaux, de maquettes, de statues et de livres anciens, reproduisant la part que le christianisme a occupé dans la médecine, illustraient, de façon vivante, le rôle que la religion a joué auprès des malades. Après la visite de l'exposition eut lieu la première séance scientifique sur: « La création de l'âme » que le rapporteur, le Docteur Albert Niedermeyer de Vienne, a traité d'une façon magistrale. (Annexe A)

A 15 heures, une première promenade touristique à travers la Ville Eternelle, avait été organisée et, à 18 heures, une réception des congressistes à l'Université Pontificale Grégorienne, suivie par un concert polyphonique de la Chapelle Sixtine, dirigé par son Excellence Monseigneur Lorenzo Perosi. Les artistes de la Chapelle Sixtine ont une réputation mondiale et l'éloge de Monseigneur Perosi n'est plus à faire. Nous avons été très fortunés d'avoir eu l'occasion d'entendre ce chœur qui nous servit un concert de toute beauté.

Le lundi, 26 septembre, un deuxième rapport fut présenté par le professeur Joao Maria Porto, de Lisbonne, et le docteur Antonio Castillo de Lucas, de Madrid, sur « L'eugénique pré-matrimoniale ». (Annexe B)

A 16 heures, une séance fut organisée par les soins du Centre de Déontologie et de Recherches médicales de Pax Romana sur des problèmes de déontologie. Le professeur Portes, de Paris, a analysé le code de déontologie médicale préparé par l'Ordre des Médecins de France, conjointement avec le Gouvernement français; il a disserté sur l'action morale et les limites d'un code de déontologie médicale. Le docteur Oberlin, également de Paris, a traité des buts de la recherche et de la déontologie médicale et a été suivi par le Révérend Père Larere, aumônier de la Compagnie de Jésus, directeur de la Conférence Laënnec et des Cahiers de Laënnec qui nous dit: « Comment étudier et faire connaître les problèmes de déontologie ».

1. Publié conjointement dans le *Bulletin de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal,* automne 1949.

Le mardi, 27 septembre, eut lieu la présentation du troisième rapport: « La narco-analyse du point de vue médico-moral et d'éthique sociale », par les professeurs V. M. Palmieri, de Naples, et Prick, de Nimègue. (Annexe C).

Une deuxième promenade touristique eut lieu à travers la ville ce même jour et à 16 heures une réception fut offerte par le « Souverain Ordre Militaire de Malte » à la villa l'Aventin. C'est dans un cadre d'une richesse extraordinaire et de souvenirs précieux que les congressistes furent reçus par le Grand Maître de l'Ordre de Malte.

Le mercredi, 28 septembre, fut présenté le quatrième rapport sur: « L'insémination artificielle », par le docteur Jésus Bacala de Manille. (Annexe D)

Enfin le docteur Henri Grenet, de Paris, en collaboration avec la « Société Belge de Saint-Luc », présenta un mémoire intitulé « Droits et limites de la médecine sociale vis-à-vis de la personne humaine ». (Annexe E)

Soulignons que la présentation des rapports était suivie de discussions et qu'un certain nombre de communications ont été présentées en fin de séances scientifiques durant ces quatre jours de congrès. (Annexe F)

Les langues officielles étaient le français, l'anglais, l'italien, l'espagnol, et l'allemand. Nous avons éprouvé quelque difficulté à suivre tous les exposés; les traductions étaient forcément très succinctes, ce qui ne permettait pas une discussion universelle. Nous avons tout de même été très impressionnés par l'esprit religieux profondément senti et par l'expression de foi de ceux qui ont adressé la parole.

Le jeudi, 29 septembre, nous avions la très grande joie d'être reçus par Sa Sainteté le Pape Pie XII, à Castelgandolfo. Ce fut évidemment le clou de la réunion et nous avons reçu à cette occasion un enseignement précieux dans les paroles que Sa Sainteté a bien voulu nous adresser. (Annexe G)

Nous avons eu le grand privilège de baiser la bague pontificale et de recevoir des paroles encourageantes pour le peuple canadien et catholique. Après cette visite, nous avons continué vers Naples et, le lendemain, vendredi 30 septembre, nous visitions les ruines de Pompeï, les thermes de Castellamare, la ville de Salerne où fut bâtie la première faculté médicale au monde, qui fut en même temps le berceau de l'hygiène et de la médecine préventive.

Le lendemain, 1er octobre, une excursion avait été organisée à Capri. Le congrès s'est terminé par une séance de clôture à l'université de Naples, au retour de Capri. C'est alors que l'assemblée choisit la France, pour lieu de réunion dans 2 ans, et le Canada pour l'année 1953.

Enfin le traditionnel banquet final eut lieu dans l'un des chics restaurants de Naples, sur les bords de la Méditerranée.

Le lendemain, dimanche, nous revenions à Rome en autocar, en passant par Cassino où, sur le sommet du Mont-Cassin, les Moines Bénédictins ont commencé la reconstruction de leur monastère, qui avait été détruit, comme on s'en souvient, au cours de la dernière grande guerre.

S'étaient inscrits au Congrès, le prof. C.-A. Gauthier de Québec, délégué officiel de l'Université Laval, le prof. Léon Gérin-Lajoie, de Montréal, délégué officiel de l'Université de Montréal et de la Faculté de Médecine, le prof. Fabien Gagnon, de Québec, qui présenta un travail sur « le cancer du col chez les religieuses », le docteur Henri Lapointe de Québec, le docteur J.-E. Lemieux, de Mont-Laurier. Lors de l'audience papale nous avons remarqué en plus, le prof. Rosario Fontaine, médecin-légiste, le docteur Claude Bertrand, neurochirurgien à l'hôpital Notre-Dame.

Les pays suivants avaient des représentants: Argentine, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Tchecoslovaquie, Chili, Colombie, Egypte, France, Grande-Bretagne, Allemagne, Liban, Luxembourg, Malte, Nouvelle-Zélande, Hollande, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Espagne, Suède, Suisse, Etats-Unis, Hongrie, Grèce, Indes, Irlande, Italie.

Environ 800 congressistes prirent part aux

réunions scientifiques et en comptant les épouses et les membres de famille il y eut tout près de 1.400 inscriptions.

LA CRÉATION DE L'ÂME

Résumé du travail du
docteur Albert Niedermeyer, de Vienne.

1. L'ancienne distinction entre un fœtus *animatus* et *non animatus resp. formatus* et *informis* ne peut plus être soutenue. Il n'y a pas de fœtus *non animatus resp. informis*, au contraire dès le moment de la fécondation le fœtus est vivant et animé.

2. L'ancienne controverse était de savoir si, chez le fœtus humain, l'animation avec l'*anima rationalis* résulte dès le premier moment ou si l'*infusio animæ rationalis* a lieu après l'information avec des formes intermédiaires (*anima vegetativa, sensitiva*). Aujourd'hui la théorie presqu'universellement admise est celle de l'animation instantanée (simultanée) avec l'*anima rationalis* (doctrine de l'animation simultanée).

3. Néanmoins la question controversée entre la théorie de l'animation simultanée (St Albert) et l'animation successive (St Thomas) n'est pas encore résolue définitivement.

4. Les tenants de l'animation simultanée prétendent que cette théorie s'accorde mieux avec les doctrines de la biologie moderne: le fœtus étant dès le premier moment de la fécondation vivant et animé.

5. La théorie de l'animation simultanée s'accorde mieux, mais en apparence, avec les intuitions biologiques, l'évolutionisme biologique ne connaissant point de différence principale entre l'*anima rationalis* et les formes plus basses, de même qu'entre l'homme et les formes sous-humaines.

6. Aussi il y a, de la part de la biologie, des arguments pour la théorie de l'animation successive, spécialement de la part de l'embryologie et de la morphologie — les idées actuelles de l'évolutionisme sont ici à corriger. Du point de vue de la théorie de l'hérédité et de la psychologie de l'inconscient, le doctrine de l'animation successive semble fondée.

7. La plupart des savants croient aujourd'hui la théorie de l'animation successive comme surmontée définitivement: c'est une erreur. Maintenant comme auparavant, elle reste à discuter, au moins comme *sententia probabilis* et aussi comme *æque probabilis* à côté de la doctrine de l'animation simultanée.

8. La portée pratique de cette question controversée est sans doute considérable; mais on a exagéré cette portée particulièrement pour la question de la permission juridique et morale de produire l'avortement avant l'*infusio animæ rationalis;* c'est une erreur de prétendre que l'avortement n'est pas un meurtre en cas de l'animation successive.

9. En tout cas, le fœtus, même avant l'*infusio animæ rationalis,* est un *homo in potentia* — son meurtre étant au moins un *homicidium attentatum s. anticipatum*: du point de vue de la justice un délit d'assassinat, du point de vue de la morale un *peccatum grave contra V. præceptum* — en certain sens aussi *contra I. præceptum.*

EUGÉNIQUE PRÉ-MATRIMONIALE

Résumé du travail du
Professeur Joao Maria Porto, de Lisbonne.

Si les populations sont la plus flagrante expression de l'existence des nations, il est nécessaire que les gens soient sains et vigoureux, physiquement et moralement.

Or, c'est en suivant simultanément trois chemins que s'effectue la valorisation des sociétés:

1. Par l'amélioration individuelle des éléments qui, actuellement, les composent;
2. Par l'utilisation, de la part de la société actuelle et de la part de chacun de ses éléments, de moyens suivant lesquels les sociétés progressent numériquement;
3. Par l'utilisation de moyens selon lesquels le progrès s'effectue par la qualité des éléments des générations à venir.

Ce sont ces dernières mesures qui étaient proprement dans l'esprit de celui qui, pour la première fois, a défini l'eugénisme et ce sont elles qui exigent le recours aux études de l'hérédité.

Pour une personne d'âme bien formée, rien ne pourra constituer un plus grand motif d'orgueil que de se voir être surpassée par ses enfants en robustesse, beauté physique et qualités intellectuelles, morales et affectives.

L'eugénique pré-matrimoniale a pour objectif de préparer les jeunes gens et les jeunes filles, qui contractent mariage, non pas pour qu'ils aient beaucoup d'enfants, mais bien pour qu'en les ayant, ils deviennent physiquement parfaits et pourvus d'un psychisme sain.

Toutes les pratiques et tous les conseils tendant à obtenir de tels objectifs sont utiles et louables du moment qu'ils ne sont pas contraires à la dignité de la personne humaine, ou, plutôt, du moment qu'ils ne contrarient pas la conception chrétienne de la vie quant à son origine, sa nature et son destin surnaturel et éternel.

Par les temps qui courent, d'égoïsme et de matérialisme éhonté, le jeune homme (ou la jeune fille) recherche dans un mariage riche une sorte de mise à la retraite, et méprise ou oublie que pour la fidélité du ménage, dans une hiérarchie de valeurs, les intellectuels et les moraux occupent une place supérieure aux matériels. Que chaque « futur » (jeune homme

ou jeune fille) recherche entre ceux, ou celles, qui peuvent constituer leur conjoint, celui ou celle qui réunit les meilleurs dons physiques et psychiques, et il y aura là une mesure eugénique salutaire.

Toutefois, le champ principal de conseil et de pratiques eugéniques sont la maladie et la tare morphologique ou mentale.

Quant à la maladie (tuberculose, paludisme, crétinisme endémique, alcoolisme, syphilis, etc.) je dirai ce qui suit: les affections de type toxi-infectieux n'ont pas de caractère héréditaire au sens biologique du terme.

Quelques-unes, par exemple la tuberculose, ne provoquent pas la dégénérescence, car les enfants de parents tuberculeux, écartés immédiatement après la naissance au sein d'une famille saine, se développent selon une courbe pondérale normale et parfaite comme si ils provenaient de parents en parfaite santé.

Pour d'autres, par exemple l'alcoolisme et la syphilis, il peut survenir pour la descendance des stigmates de dégénérescence. Ce sont de simples caractères de dégénérescence; et, puisqu'ils atteignent le « soma » et non le germe, l'alcool aboli et la syphilis traitée, les propres dégénérés peuvent reproduire des individus qui ressembleront plus aux grands parents qu'à leurs parents, c'est-à-dire qu'ils retournent au type primitif de l'espèce. Si les éléments fondamentaux du phénomène héréditaire sont la similarité et la continuité, il n'y a pas eu là hérédité au sens biologique du terme. Le stigmate dégénératif ne se perpétue que si l'agent morbide a intéressé le germe et, dans l'enceinte chromosomique, a provoqué le phénomène de mutation du gène.

Par conséquent, si l'alcoolique ou le syphilitique désire contracter mariage, sa ségrégation ne se justifie pas si elle est faite après le traitement ou la suppression des toxiques.

Quant à la tare, l'expression tare suppose que l'affection a un support génétique. Il faut alors distinguer selon qu'il s'agit de tare morphologique ou mentale.

Tare morphologique comme par exemple: polydactylie, sinédactylie, ptose palpébrale unilatérale ou bilatérale, pied bot équin, etc...

Ce sont des tares de nature génétique et monomère, d'hérédité mendélienne, doctrine tant certifiée par les faits (quoique l'espèce humaine ne soit pas le meilleur champ d'observation du fait du petit nombre d'enfants de chaque famille) qu'elle ne craint pas l'apparente victoire du biologiste russe Lisenko, dans le champ scientifique de la génétique, car elle repose sur les faits positifs et non sur des conceptions primaires d'ordre philosophique.

L'opposition faite par celui-ci provient, non pas de l'observation sereine et froide des faits, mais bien de ce que ses conclusions pratiques, résultant de la déduction théorique de la doctrine mandélienne, ne donnent pas satisfaction à ses objectifs sociaux et politiques.

L'observation montre que la descendance de couples, dans quelqu'une de ces tares, est de type dominant et se transmet dans la proportion approximative de 50%.

Vu qu'elles ne portent pas tort aux facultés supérieures de l'âme et qu'elles intéressent seulement un défaut physique ou un autre, il n'y a pas de raison, par conséquent, pour que la société se sente diminuée par sa présence car elle lui assure un travail normal et c'est là ce qui est la base de la civilisation.

Ce qui importe, c'est d'informer celui (ou celle) qui souffre du défaut et celui (ou celle) qui doit se lier avec par le mariage, sur les risques probables que court la progéniture.

En face des éclaircissements, c'est eux qui seront juge de la décision à prendre.

* * *

Quant au *morbus hémoliticus neonatorum,* quelqu'un propose le diagnostic systématique du signe Rh du futur ou de la future, comme objectif d'opposition au mariage, au cas où le Rh serait positif pour le jeune homme et négatif pour la jeune fille. Rien ne le justifie:

1o Parce que, si Rh est positif dans 85% des hommes et 15% des femmes, une moyenne de 12% des mariages s'effectue où l'homme est Rh plus et la femme Rh moins, et, malgré tout, l'érythroblastose figure seulement dans la proportion de 2% entre les familles ainsi constituées et ainsi l'erythroblastose est plutôt rare;

2o Parce que il y a des cas d'éritroblastose dans les descendances de mère Rh *plus;*

3o Non seulement parce qu'on connaît des mesures de prophylaxie contre la maladie hémolytique (les travaux qui se font dans ce sens nous donnent l'espérance de succès progressifs), mais encore parce qu'il y a déjà des mesures de traitement de la maladie propre dans le néonatorum.

* * *

Les choses sont différentes quant au mariage de ceux qui possèdent quelque tare psychique, car ce sont là des valeurs négatives qui offrent un risque de procurer également des valeurs négatives.

La société ne bénéficiera que s'ils sont infécondés. Ce que l'on recherche, c'est que seulement soit distribuée la bonne semence dans le champ de la voie collective.

Cependant, si l'empêchement au mariage ne supprime pas chez les intéressés les impulsions imprévoyantes et réussit seulement la substitution de la légitimité de la descendance par la bâtardise, pourrait-on obtenir la solution du problème par ce qu'on appelle la stérilisation eugénique?

Une telle pratique, outre d'être préjudiciable aux droits de la personne humaine, ne fournit pas la suppression de la tare, soit du fait de son caractère caché qui fait que des individus, même quand ils sont phénotypiquement normaux, soit génétiquement tarés, soit parce qu'on n'évitera pas la mutation qui, en génétique c'est monnaie courante, ferait de telle sorte que les mesures eugéniques d'effets irréversibles seraient comparables au tonneau des Danaïdes.

Il est prouvé que du mariage d'individus, l'un d'entre eux porteur de schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, épilepsie, peut descendre d'un individu parfaitement normal; d'un autre côté d'individus phénotypiquement normaux peut dériver une descendance pourvue de cette tare.

Les descendants de deux conjoints hétérosigotes phénotypiquement normaux, mais avec un gène allelomorphe morbide, courent le risque, dans un pourcentage raisonnable de près de 25%, de recevoir par hérédité le gène morbide des deux sources paternelle et maternelle et d'être génotypiquement taré.

Toutefois, personne ne penserait à stériliser les parents qui phénotypiquement se confondent avec les individus les plus normaux du monde.

Qu'une telle ségrégation ne s'effectue pas par des moyens violents, mais bien par des conseils et des mesures persuasives. Et que, dans l'impossibilité de dissuader une personne tarée de constituer une famille, on tente de la convaincre, pour son bénéfice propre et celui de la société, qu'elle le fasse pour le moins avec une personne qui ne souffre pas du moindre vestige de tare et n'en possède pas dans toute son ascendance ou sa collatéralité.

Bien qu'ainsi, on n'évite pas l'hérédité du génotype, on évite, malgré tout et avec un pourcentage notable, celle du phénotype.

Conclusions du
Dr Antonio Castillo DeLucas, de Madrid.

1. L'eugénésie pré-matrimoniale est la plus importante pour la vigorisation intégrale de l'espèce humaine.

2. L'eugénésie positive est la seule vraiment scientifique et chrétienne.

3. L'hérédité des caractères somatiques n'est pas suffisante pour l'eugénésie intégrale.

4. L'eugamie en s'occupant de la sélection biopsychique des fiancés complète l'eugénésie pré-matrimoniale.

5. Les facteurs social, éducatif et du milieu collaborent indispensablement dans l'eugénésie.

6. La chasteté est la base de l'eugénésie pré-matrimoniale.

7. Le certificat pré-matrimonial doit être volontaire et son utilisation dirigée par la conscience médicale chrétienne.

8. Les traitements organiques sont insuffisants dans la préparation des futurs époux.

9. C'est une nécessité absolue de suivre les doctrines de l'Eglise catholique pour aboutir à la parfaite eugénésie pré-matrimoniale.

(*à suivre*)

"L'Union Médicale du Canada" en 1881

Le "Canada Medical Record" et l'Université Laval à Montréal.

Janvier 1881.

Jusqu'en 1871 il n'y avait à Montréal que deux écoles de médecine: la faculté de l'Université McGill et l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, affiliée à l'Université Victoria de Cobourg, Ontario. En 1871, l'Université du Collège Bishop, de Lennoxville, ouvrit une troisième faculté de médecine à Montréal, laquelle, après neuf années d'existence, nous annonce tout ingénument, par son organe le *Canada Medical Record,* qu'elle a surmonté tous les obstacles dressés sur sa route et y a même trouvé les éléments du succès qui couronne aujourd'hui ses travaux. Nous sommes vraiment charmés d'apprendre cela. Mais voilà qu'en 1879 l'Université Laval de Québec vient ouvrir une quatrième faculté de médecine à Montréal. Pour le coup, s'écrie le *Canada Medical Record,* c'est trop fort; que l'Université Bishop ait doté Montréal d'une faculté de médecine alors qu'il en existait déjà une de la même dénomination religieuse et une autre catholique, c'est parfait (n'a-t-elle pas réussi, en dépit des difficultés ou plutôt grâce aux obstacles qu'on lui a opposés?).

Mais que le Laval vienne fonder une quatrième faculté de médecine, ce n'est plus nécessaire depuis que nous y sommes, deux universités protestantes et une école catholique sont bien suffisantes pour les étudiants canadiens-français et catholiques romains qui suivent les cours de médecine à Montréal.

Ce qu'en dit le *Canada Medical Record* n'a pas pour but de faire de la réclame en faveur du Bishop! mais de donner un exposé *impartial* des difficultés qui existent entre l'Université Laval et l'Ecole de médecine Victoria. On ne s'en serait pas douté. Nos confrères du *Record* paraissent manier mieux l'encensoir que la plume. N'est-ce pas la notion la plus élémentaire du journalisme que pour parler sensément d'une question en litige, il faut en connaître le pour et le contre et ne pas se tenir satisfait des informations puisées auprès *d'une seule* des parties intéressées, c'est cependant ce qu'a fait notre confrère, aussi son écrit n'est-il qu'un tissu d'appréciations fausses, comme chaque lecteur qui connaît un peu la question pourra en juger *in petto,* ou à haute voix suivant ses intérêts et ses convictions.

Notre confrère ne voit dans toute cette question qu'un complot tramé par le Pape, Mgr Conroy et l'Université Laval contre l'Ecole de Médecine (*a trap set for them unsuspiciously*). Nous ne voulons pas même effleurer les difficultés qui existent entre nos deux institutions médicales, l'*Union Médicale* a toujours gardé sur cette question ce qu'elle croit être une sage réserve. Quant au reste, il nous est bien permis d'en manifester notre appréciation.

Le *Record* voit dans l'établissement de la faculté de Laval à Montréal une insulte et un défi aux trois écoles déjà existantes en cette ville et prétend que deux facultés protestantes et une catholique sont bien suffisantes pour l'éducation médicale de nos étudiants canadiens-français et catholiques romains. L'accusation d'égoïsme et d'arrogance qu'il lance contre le Laval, parce qu'il ignore absolument les faits, s'il ne les dénature volontairement, pourrait ici lui être appliquée avec plus de raison.

Mais vraiment, va-t-on nous faire un crime d'avoir la prétention d'enseigner nous-mêmes la médecine à nos coreligionnaires et à nos compatriotes d'origine canadienne-française, de trouver regrettable que nos compatriotes suivent des cours de médecine donnés dans une langue étrangère qu'ils ne comprennent qu'imparfaitement, des leçons basées sur des principes religieux qui ne sont pas les leurs, de faire la lutte en un mot pour que dans une province catholique et canadienne-française nos compatriotes trouvent assez d'avantages et de garanties dans les institutions catholiques et françaises pour les dispenser d'aller puiser l'enseignement dans d'autres qui n'ont ni leur croyance ni leur langue. Cela se nomme-t-il de la prétention et de l'égoïsme? La théologie et la médecine se touchent de trop près pour vouloir les séparer. La crâniotomie en est une preuve entre mille. Et puis nous sommes jaloux de notre langue, n'est-ce pas légitime? et, de même que nous trouvons ridicule Dupuis qui, de retour de la république voisine, s'appelle M. Wells, Larocque, M. Stone, Leblanc, M. White, de même nous ne pouvons sans une arrière-pensée entendre un médecin canadien-français, presque inévitablement destiné à vivre et à pratiquer parmi les gens de sa propre nationalité, ne pouvoir parler médecine dans sa langue maternelle et ahurir à tout instant ses confrères et ses compatriotes de termes et d'accent étrangers. Si nous étions perdus dans l'élément anglais, notre langue pourrait devenir une objection, mais grâce à Dieu, dans la province de Québec, nous pouvons nous instruire, pratiquer la médecine, vivre et mourir en français. Ainsi donc quatre ou six universités anglaises et protestantes ne rencontreraient pas plus nos besoins que deux, et nos confrères du *Record* peuvent en prendre leur parti, nous saurons maintenir le droit que nous avons de pourvoir nous-mêmes aux besoins de l'enseignement médical de nos compatriotes, et cela sans que personne ait le droit de

s'en plaindre, du moment que nous nous conformons aux lois établies.

Quant à l'opportunité d'avoir à Montréal deux écoles catholiques françaises au lieu d'une, cela concerne si peu nos confrères du *Record* et intéresse tellement l'élément canadien-français, qu'ils seraient bien aimables de ne pas s'immiscer dans nos affaires de famille; si pourtant ils y tiennent nous leur reconnaissons leur droit d'en parler à leur aise, quitte à nous de leur rappeler de temps à autre ce que l'on entend en français par un exposé *impartial* des faits.

Quand le Bishop parut en 1871 il existait déjà à Montréal une université anglaise et protestante qui, nous sommes heureux de le dire, donnait alors comme aujourd'hui un excellent enseignement à ses élèves. Personne pourtant, parmi nous, ne s'insurgea contre la nouvelle faculté. Et si, comme le dit le *Record,* ce sont les difficultés qui l'ont rendue si prospère, nous n'avons aucun droit de nous enorgueillir de son succès. Pendant ses neuf années d'existence, personne parmi nous ne lui a jamais contesté son droit d'exister, *ni discuté son opportunité*. Nous avons même été si réservés à son égard que nous ne savions même pas qu'elle fût si florissante.

Dans cette charge à fond de train contre la faculté de médecine de Laval à Montréal, le *Record* a peut-être aussi un autre mobile que l'amour de la justice et les intérêts de la science, et nous comprenons à demi-mot qu'il n'aime pas à voir deux écoles françaises de médecine à Montréal. L'élément anglais trouvant depuis longtemps à l'Université McGill un enseignement médical aussi complet que possible, nous comprenons les inquiétudes de notre confrère lorsqu'il voit les Canadiens français se mettre eux aussi en mesure de rencontrer sous ce rapport tous les besoins de leurs étudiants.

Dans un pays comme le nôtre, composé d'éléments hétérogènes, il faut savoir respecter les droits et les opinions de caste et pouvoir regarder briller le soleil sur la flèche de vingt temples où Dieu est servi et adoré de manières différentes.

Que nos confrères anglais aient deux écoles, qu'ils en aient quatre, peu nous importe. Quant à l'opportunité d'avoir ici deux écoles canadiennes-françaises, le *Record* devrait avoir la générosité facile de laisser décider cette question par ceux qu'elle concerne immédiatement.

Nous ne suivrons pas nos confrères du *Record* dans le voyage légal qu'ils entreprennent avec si peu de documents, nous préférons nous en rapporter à la sagesse de ceux qui ont mission pour régler ces questions.

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

L. BERTRAND. — **La biopsie aspiratrice du foie par voie transthoracique.** "Semaine des Hôpitaux de Paris", **25**: 769 (6 mars) 1949.

L'endroit de la ponction transthoracique se fait en 7' ou 8' espace intercostal sous la ligne axillaire antérieure. L'anesthésie locale est pratiquée avec 10 cc. d'une solution de procaïne à un pour cent. La canule, munie d'un trocart, a une longueur de 16 cm. par 1,5 à 2 mm. de diamètre. Il est bon de s'enquérir du temps de saignement, de coagulation et de la prothrombine avant la ponction.

En 8 mois, l'auteur a pratiqué 34 biopsies aspiratrices sur le foie chez des malades souffrant de tuberculose pulmonaire miliaire. A leur arrivée, quelques malades avaient un foie légèrement hypertrophié, chez la plupart le foie n'était pas gros. Toujours avec la streptomycine, on vit ces petites hypertrophies fondre rapidement en plus d'une amélioration pulmonaire. Chez deux malades, on fit la ponction du foie au cours d'un P. N. O. thérapeutique et cela sans aucun incident.

Lorsque la ponction est faite, le malade ressent parfois une douleur qui irradie du point ponctionné vers l'épaule. Cette douleur toujours insignifiante peut durer quelques heures sans nécessiter de narcotiques. Il n'y a jamais eu d'hémorragie du foie et encore peut-on toujours la prévenir en faisant les examens de routine sur la qualité du sang. Jamais l'auteur n'a raté une ponction.

Paul-René ARCHAMBAULT.

W. T. LONGCOPE et J. A. LUETSCHER. — **L'utilisation du BAL dans le traitement des empoisonnements par l'arsenic, le mercure et autres poisons métalliques.** *(The use of BAL (British anti-lewisite) in the treatment of the injurious effects of arsenic, mercury and other metallic poisons.)* "Ann. of Int. Med.", **31**: 545 (octobre) 1949.

Le BAL est un produit découvert par Stocken et Thompson dans les laboratoires du professeur Peters, d'Oxford. Le BAL s'allie à l'arsenic de l'organisme pour donner une substance non toxique.

Le BAL s'emploie de préférence par voie I. M. Solution à 5 ou 10% de BAL et de 20% de benzylbenzoate dans de l'huile d'arachide (peanut). Si la dose administrée est trop forte, le BAL peut produire des smyptômes d'intolérance: nausée, vomissement, céphalée, brûlure des lèvres, constriction de la gorge, etc... Résultats très encourageants dans le traitement de la dermatite arsénicale dont la durée est d'environ 20 jours au lieu de 65 jours.

Les auteurs essaient ensuite le BAL dans le traitement des intoxications mercurielles en particulier par le bichlorure de mercure dont on se sert assez souvent pour se suicider. Ils ont soigné 61 patients. Les résultats démontrent clairement que le BAL est un antidote effectif du bichlorure de mercure quand le traitement peut être commencé dans les quelques heures après l'empoisonnement.

Les patients avalèrent une quantité de bichlorure de mercure qui a varié entre 0,5 et 20 g. et 41 ont absorbé 1 g. ou plus. Les auteurs ont perdu seulement deux patients. Deux facteurs importants de réussite: début précoce du traitement, quantité de BAL administrée. Sur 38 patients qui ont reçu le BAL dans les 4 heures après ingestion de bichlorure, aucun décès, sur 86 traités par les méthodes anciennes sans BAL, 27 morts.

La première dose de BAL était de 300 mg. puis 150 mg. toutes les 4 h. pendant 24 à 36 h., puis 150 à 300 mg. par jour suivant l'évolution clinique. En plus les auteurs utilisèrent les lavages gastriques contenant du « sodium formaldehyde sulfoxylate » et de grandes quantités de liquide.

Le BAL semble donner des résultats favorables dans le traitement des intoxications par l'or et l'antimoine.

Par contre, ce produit ne semble pas efficace et peut être dangereux pour combattre l'intoxication par le plomb.

Paul DAVID.

J. R. BIGNAIL et J. CROFTON. — **Le traitement des nausées et des vomissements consécutifs aux injections de streptomycine par les antihistaminiques de synthèse.** *(Anti-histamin Drugs for nausea and vomiting due to streptomycin.)* "British Medical Journal", **4591**: 13 (1er janv.) 1949.

Les auteurs ont traité 3 malades avec de la streptomycine. Or, après un temps plus ou moins variable, ces malades ont eu des nausées et des vomissements après chaque injection. Pour parer à ces inconvénients, ils ont donné du benadryl 0,5 toutes les 8 heures. Ces troubles disparurent rapidement après la prise de cet antihistaminique. Pour contrôle, les A. ont substitué du lactose au benadryl, ce qui ne calma aucunement les troubles. Alors les auteurs reprirent le benadryl (ou antistine), avec le même succès. S'il y a des vertiges qui accompagnent les nausées et vomissements, les antihistaminiques n'ont aucun effet. Ces troubles toxiques seraient donc secondaires à une hypersensibilité ou à des impuretés.

Paul-René ARCHAMBAULT.

PHTISIOLOGIE

Chester EASTLAKE, Jr. et Alvan L. BARACH. — **De l'emploi de l'acide para-amino-salicylique dans la tuberculose pulmonaire chronique.** *(Use of para-aminosalicylic acid in chronic pulmonary tuberculosis.)* "Diseases of the Chest", **16**: 1 (juillet) 1949.

La croissance du bacille tuberculeux sur milieu de Dubos est inhibée d'une façon marquée par le sérum de malades ou d'individus sains qui ont ingéré 2 à 4 grammes d'acide para-amino-salicylique. Les bacilles employés provenaient de malades et de la souche H 37 Rv.

L'acide para-amino-salicylique fut administré à 12 malades souffrant de tuberculose pulmonaire chronique avancée. Le dosage employé fut de 10 à 11 grammes par jour, par périodes de trois semaines chacune avec un intervalle d'"une semaine entre chaque période. Chez sept malades dont les symptômes d'infection active étaient assez marqués pour juger de l'efficacité du médicament, on observa une amélioration clinique. Trois malades présentèrent une récurrence des symptômes à la fin du traitement. Les effets caractéristiques de l'administration de l'acide para-amino-salicylique furent une réduction rapide de la toux et des expectorations, de même qu'une diminution de la fièvre. Ces résultats favorables apparurent généralement au cours de la première semaine de traitement. Les effets secondaires furent des nausées intermittentes, des vomissements et des selles diarrhéiques. Chez trois des douze malades ces symptômes furent assez graves pour faire cesser l'administration du médicament.

Les résultats cliniques favorables dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique par l'acide para-amino-salicylique suggèrent que ce médicament est un agent utile dans le traitement des exacerbations de la maladie.

Léo LAMARRE.

G. A. HYMAN et S. H. HOFFMAN. — **90 cas de tuberculose pulmonaire traités par la streptomycine et le pneumothorax combinés.** *(90 consecutive cases of pulmonary treated by a combination of streptomycin and pneumothorax.)* "Amer. Rev. of Tuberculosis", **59**: 539 (mai) 1949.

Etant donné le fort pourcentage de streptomycinorésistance et la rapidité de son apparition chez les porteurs de cavité, les auteurs firent l'expérience du traitement combiné du pneumothorax et de la streptomycine chez 90 de leurs patients. Les doses de streptomycine

employées varièrent de 0,5 g. à 2 g. par jour. La durée moyenne du traitement par l'antibiotique fut de 4 mois.

Dans 50 cas la streptomycine précéda le pneumothorax. 26 patients devinrent B. K. négatifs et l'on obtint 5 fermetures de cavités par la streptomycine seule. Lorsque le pneumothorax fut institué, le nombre des B. K. négatifs atteint 34 et celui des cavités fermées 24. L'on observe une amélioration radiologique excellente dans 13 cas, et importante dans 33 cas.

Le pneumothorax et la streptomycine furent donnés concurremment dans 15 cas. De ce nombre 11 devinrent B. K. négatifs et présentaient une fermeture de cavités. L'amélioration radiologique était excellente dans 6 cas, et importante dans 6 autres.

Les 25 autres patients reçurent le pneumothorax avant la streptomycine. Dans ce groupe 5 fermetures de cavités et 5 négativations des expectorations furent obtenues par le pneumothorax seul. Ces chiffres furent portés respectivement à 17 et à 18 lorsque la streptomycine fut ajoutée au traitement. La radiographie fut améliorée d'une façon excellente dans 5 cas, et d'une façon importante dans 11.

Les auteurs reconnaissent la difficulté d'attribuer ce qui revient à l'une ou l'autre de ces thérapeutiques. Ils constatèrent toutefois que leur emploi simultané donne des résultats bien supérieurs à ceux que l'on obtient habituellement par leur usage séparé. Il y aurait avantage à faire précéder le pneumothorax par la streptomycine; l'on serait ainsi plus à l'abri des complications du pneumothorax. Les auteurs conseillent 1 mois de streptomycine à raison de 1 g. par jour, amorce du pneumothorax, suivie de 2 autres semaines de streptomycine à la même dose. Il est très important, s'il y a lésion endobronchique, de faire précéder le pneumothorax par la streptomycine. En plus de donner un fort pourcentage de guérison, ce mode de traitement a l'avantage de ne pas nuire à une thérapeutique plus active que l'évolution de la maladie pourrait nécessiter.

Maurice DORAY.

A. D. CHAVES. — **Tuberculose incipiens chez les adultes de plus de 40 ans.** *(Incipient pulmonary tuberculosis in persons over forty.)* "Amer. Rev. of Tuberculosis", **59**: 469 (mai) 1949.

La conception voulant que les personnes indemnes de tuberculose pulmonaire à 40 ans le deviennent toute leur vie est plus ou moins juste. Depuis 1940, sur environ 6.000 cas de contacts tuberculeux examinés périodiquement, l'auteur en découvre 5 cas. Il ajoute ces cas aux 17 cas rapportés par Reisner (*Amer. Rev. of Tuberculosis*, février 1948).

De ces 22 cas, 19 étaient porteurs d'une radiographie négative ne datant pas de plus d'un an. L'âge varie entre 40 et 75 ans. A date 8 patients sont décédés; 4 présentent des lésions très avancées; 2 des lésions minimes et 8 des lésions apparemment arrêtées.

L'évolution des lésions est sensiblement la même que chez les gens moins âgés. L'auteur conclut qu'il y aurait avantage à faire des radiographies en série et des épreuves à la tuberculine chez les gens de plus de 40 ans.

Maurice DORAY.

Juan T. CASTILLO. — **Lavage des bronches dans la tuberculose pulmonaire.** *(Bronchial lavage in pulmonary tuberculosis.)* "Diseases of the Chest", **16**: 81 (juillet) 1949.

2.214 lavages des bronches furent faits à Cuba pendant les années 1945 à 1948. De ce nombre 614 ont été faits avec la technique propre à l'auteur.

Par le lavage des bronches on a trouvé du bacille tuberculeux:

dans 45,4 pour cent des cas modérément avancés, considérés comme guéris et conservant des images radiologiques de fibrose;

dans 17 pour cent des cas modérément avancés, considérés comme guéris avec des images radiologiques négatives;

dans 90 pour cent des cas de lésions minimes sans expectoration;

dans 10 pour cent des cas de contact avec des images radiologiques négatives.

Dans un groupe de 90 patients comprenant des cas d'asthme, de cancer du poumon et de bronchiectasie, le lavage des bronches n'a démontré aucun bacille tuberculeux.

Technique. Le patient, assis sur une chaise droite, sort la langue et la tient lui-même dans cette position avec une compresse. Il devra alors respirer par la bouche pendant toute l'opération. On fait alors une légère anesthésie locale en badigeonnant les amygdales, la luette et la paroi postérieure du pharynx avec une solution de pontocaïne à 1 pour cent. On passe alors par le nez une sonde Nélaton No 14 et on la pousse jusqu'à ce qu'elle atteigne le bucco-pharynx; cependant, la sonde ne va pas dans le larynx ou la trachée. Au moyen d'une seringue de 20 cc. abouchée au cathétère on instille alors 5 cc. d'une solution de pontocaïne, de manière à ce que le liquide tombe goutte à goutte sur la paroi postérieure du pharynx; ceci pour réduire le réflexe tussigène, pas trop cependant puisque le patient doit pouvoir tousser au bon moment. Pour que l'anesthésique atteigne les bronches, il est essentiel que le patient respire fortement par la bouche et évite de tousser. Le patient se couche alors sur le côté correspondant aux lésions, la tête plus haute que le thorax. Dans cette position on instille alors 15 à 30 cc. de solution salée isotonique tiède. Quand la solution a séjourné dans les bronches quelque 2 à 3 minutes, le patient sent un fort besoin de tousser; on lui donne alors un verre gradué et on lui demande de tousser vigoureusement. Le liquide de retour est alors concentré et la recherche du bacille est faite.

Léo LAMARRE.

Oscar AUERBACH. — **Empyème, complication de la tuberculose pulmonaire chronique.** "Amer. Rev. of Tuberculosis", **5**: 601 (juin) 1949.

L'auteur, pour éclaircir certaines controverses au sujet de l'empyème comme une complication de la tuberculose pulmonaire, a revisé mille huit cent soixante-quatorze (1.874) autopsies de personnes mortes de tuberculose pulmonaire chronique. Sur ce nombre, on trouva 311 cas d'empyème dont 250 (81%) chez des malades ayant eu un pneumothorax artificiel et 59 (19%) chez des malades n'ayant reçu aucun traitement. Il est donc justifiable de dire que l'empyème est la complication principale du pneumothorax artificiel.

L'auteur ensuite étudie la durée de la maladie avant l'amorce d'un pneumothorax artificiel ainsi que la période de temps durant laquelle le pneumothorax artificiel a été maintenu et cite que dans 180 cas (72%) le pneumothorax artificiel fut commencé au début de la maladie, i. e. pendant les 7 premiers mois. L'empyème est donc, en général, une complication de début du pneumothorax artificiel, mais peut survenir à n'importe quel moment aussi longtemps que le collapsus est maintenu en présence d'une cavité ouverte.

Se basant sur la découverte de 153 cas (49,1%) de fistules broncho-pleurales, après examen macroscopique et microscopique, l'auteur est d'avis que l'empyème constaté dans chacun de ces cas était dû à une fistule broncho-pleurale.

Enfin, en discussion, l'auteur prouve que l'empyème est bien dû à une fistule bronchopleurale. En effet, dit-il, dans les cas de cette série où on n'a pas pu trouver la présence de fistule broncho-pleurale à l'autopsie, il y avait eu cependant, alors que le patient vivait, des signes révélant la présence d'une fistule broncho-pleurale tels que: une déviation marquée du médiastin au côté opposé; des pressions pleurales fortement positives du côté malade; l'expectoration de bleu de méthylène injecté auparavant dans la cavité pleurale; la dyspnée et la douleur du côté atteint. De plus, dans cette série de cas, les autopsies ne révélèrent aucune rupture d'adhérences dans le pneumothorax artificiel ayant pu occasionner l'empyème, et on n'a pas pu prouver que l'infection de la cavité pleurale venait de l'extérieur.

René POIRIER.

CARDIOLOGIE

Marcel SEGERS. — **Nouvelles bases d'interprétation de l'électro-cardiogramme normal et pathologique.** "Acta Cardiologica", Supplementum IV, p. 1-93, 1948.

L'auteur apporte des données nouvelles d'interprétation de l'électro-cardiogramme normal et pathologique. Le résumé d'un travail aussi considérable (93 pages) ne permet qu'un exposé très sommaire des théories qu'il a énoncées, des faits qu'il a recueillis et des conclusions qu'il en a tirées.

Ses recherches sont basées sur une méthode d'investigation nouvelle et sur un matériel d'étude bien défini:

1. Emploi de plusieurs dérivations simultanées permettant la corrélation des différentes courbes obtenues;

2. Etude détaillée de toutes les activités électriques du cœur par les dérivations classiques d'Einthoven et par 28 dérivations unipolaires thoraciques, dont 3 postérieures, et 18 antérieures;

3. Etude comparative entre les processus de conduction normaux et anormaux, chez un même sujet, condition réalisée dans les blocs intraventriculaires intermittents et dans les troubles passagers de la conduction à l'occasion d'une extrasystole auriculaire.

I.—*Interprétation de l'E. C. G. normal*

Partant du principe généralement admis que toute dérivation des potentiels électriques du cœur représente en fait la somme algébrique d'un lévo- et d'un dextro-cardiogramme, il reconstitue, par un nouveau procédé de calculs, la forme exacte des courbes du lévo- et du dextro-cardiogramme. Une étude minutieuse de ces courbes lui permet de tirer ces conclusions:

1. La morphologie du lévo- et du dextro-cardiogramme est à peu de choses près la même. Son contour général est semblable à celui de l'E. C. G. global, sauf que le voltage est plus faible;

2. L'analyse de ces deux courbes du lévo- et du dextro-cardiogramme démontre les faits suivants:

a) ces courbes traduisent essentiellement le processus d'invasion dans les parois latérales du cœur et il y a concordance entre la direction moyenne du processus d'invasion et l'orientation de l'axe électrique aux différents moments de l'activation;

b) l'invasion septale ne modifie que très peu la forme de la courbe électro-cardiographique normale;

c) la présence de Q en D_1 traduit une prédominance de l'activation gauche, mais non nécessairement une précocité d'invasion gauche;

d) l'onde S en D_1 répond à une activité ventriculaire droite et l'onde R résulte de l'activation gauche et droite.

II.—*Interprétation de l'E. C. G. précordial*

La même méthode d'investigation appliquée à la détermination du lévo- et du dextro-cardiogramme dans les dérivations précordiales a permis à l'auteur de vérifier et de confirmer la théorie classique de la négativation cellulaire, et rejoignant en cela les idées de Wilson, de conclure:

1. Que dans une dérivation unipolaire la traversée de l'onde sous l'électrode exploratrice donne d'abord naissance à la branche montante de l'onde R, puis à sa branche descendante;

2. Que l'activation d'autres territoires myocardiques, soit avant, soit après celui qui est sous l'électrode exploratrice, donne une onde Q ou une onde S.

III.—*Les différents types de blocs intraventriculaires.*

L'auteur passe à l'étude de l'E. C. G. pathologique en abordant le chapitre du bloc intraventriculaire. Il rejette totalement, par une série d'arguments et de faits fort variés, l'hypothèse du blocage de l'une des branches hisiennes pour expliquer certaines images pathologiques connues jusqu'ici sous le nom de bloc de branche .

Par une étude détaillée, chez le même sujet, dans un même enregistrement, de complexes normaux alternant avec des complexes anormaux, et par l'établissement précis de la mo-

dification initiale du complexe ventriculaire par les différents types de blocs intraventriculaires, il a apporté de nouveaux documents relatifs aux blocs intraventriculaires:

1. Ils se développent soit au sein de la paroi latérale du cœur, soit au niveau du septum médian.

2. Les blocs de la paroi intéressent soit toute l'épaisseur, soit la seule couche sous-endocardique, ou sous-épicardique; ces 3 types correspondent aux images qualifiées jusqu'ici de bloc de branche.

3. Le bloc septal correspond aux images dites de prépondérance.

4. Les troubles de la conduction limités à une surface restreinte de la paroi myocardique se classent sous le type « bloc focal ».

5. Chacun de ces types peut intéresser l'un ou l'autre des ventricules, et selon la durée du bloc, supérieure ou inférieure à 0,12 seconde, il est dit majeur ou mineur.

6. Le point où siège habituellement le bloc se situe au niveau des jonctions des tissus de structure et de chronaxie différentes i. e. au niveau de la jonction purkinio-myocardique. Voilà l'explication physiologique à la base des différents types de bloc proposés par Segers.

IV.—*Le bloc sous-épicardique.* ...

Le blocage de la conduction est localisé au niveau de la jonction purkinio-myocardique dans les couches sous-épicardiques gauche ou droite, et se vérifie notamment dans certains cas de bloc de Wilson intermittents.

Il ne peut s'agir d'un bloc de branche:

1. Seule la partie terminale du complexe QRS est modifiée.

2. L'image en M des précordiales droites montrent des indentations et un retard de la déflection intrinsèque dans sa branche terminale, raisons qui plaident en faveur d'un trouble de la conduction sous la couche la plus près de l'électrode exploratrice, la couche sous-épicardique.

3. L'image RS enregistrée dans les précordiales gauches montre un encochage siégeant dans la seconde moitié de ce complexe, de sorte que seule la partie terminale du QRS est élargie. Le trouble de la conduction est localisé dans la région sous-épicardique gauche.

4. L'exploration électrokymographique dans ces cas montre qu'il n'y a pas d'asynchronisme important entre l'éjection ventriculaire gauche et droite.

V.—*Le bloc pariétal.*

Il n'existe pas de différences fondamentales entre le type sous-épicardique et le type pariétal et les formes intermédiaires entre les deux types sont très fréquentes. Ici cependant le complexe QRS est modifié dès le début, il est constitué d'une seule onde de négativation survenant nettement plus tard que normalement, signant ainsi l'invasion en une seule étape de la paroi myocardique et une extension plus grande de l'altération de la conduction que dans le type sous-épicardique.

Des indentations apparaissent dans les précordiales qui regardent le ventricule intéressé par le bloc.

De ces faits, Segers conclut à un trouble de la conduction intéressant toute la paroi myocardique, par un blocage des jonctions synaptiques. Des preuves électro-cardiokymographiques plaident aussi contre l'interprétation classique de bloc de branche que l'on donne à ces images. D'ailleurs aucune donnée anatomo-pathologique n'a pu encore apporter de preuves décisives pour confirmer cette notion de bloc de branche. De nombreux auteurs ont observé dans ces cas de bloc de branche des lésions diffuses au sein des parois ventriculaires, mais pas d'interruption systématique de la branche hissienne.

Les lésions peuvent atteindre une branche du faisceau de His, mais c'est exceptionnel.

VI.—*Bloc focal.*

Segers place dans cette catégorie les blocs qui ont une zone de projection thoracique limitée à une ou plusieurs dérivations précordiales, les autres ayant des complexes normaux. Selon qu'ils sont sous-épicardiques ou pariétaux, ils épousent les différentes morphologies de ces deux types.

VII.—*Bloc sous-endocardique.*

Ce type correspond au bloc concordant, considéré d'ordinaire comme un bloc de type commun survenant dans un cœur vertical. L'auteur suggère, comme interprétation de ce type de bloc, un trouble de la conduction au niveau des synapses purkino-myocardiques des couches endocardiques de la paroi ventriculaire. Le processus d'invasion des zones sous-endocardiques dans ces cas se fait de l'extérieur vers l'intérieur, explication des deux caractères essentiels de ces blocs:

1. Développement d'une onde intrinsèque prématurée dans les dérivations précordiales.

2. Dérivation de l'axe électrique de R du côté hétérolatéral dans les dérivations périphériques.

Le fait qu'on puisse rencontrer alternativement, chez le même sujet, un bloc de type commun et un bloc de type homophasique est encore une autre preuve contre l'hypothèse du bloc de branche.

VIII.—*Bloc septal.*

L'auteur interprète les images électro-cardiographiques de prépondérance comme des images dues à un blocage au niveau du septum. A l'appui de cette conception il apporte les arguments suivants:

1. Le mode brusque d'apparition et de disparition de ces images ne peut s'expliquer que par un blocage de la conduction.

2. L'absence de retard de l'onde intrinsèque signifie que le blocage ne peut se produire qu'au niveau du septum.

3. L'aspect du septum, visualisé par l'angiocardiographie dans ces cas de « prépondérance », où l'on note une déformation nette du septum, est un argument en faveur de cette interprétation.

4. Les images de « prépondérance » se transforment souvent en une altération typique de la conduction intraventriculaire.

IX.—*Blocs intraventriculaires mixtes.*

Il peut exister plusieurs zones de blocage et toutes les associations des différents types de blocs sont possibles.

X.—*Etude des zones muettes.*

Segers donne cette appellation aux zones myocardiques altérées par l'infarctus et ses séquelles anatomiques. A l'aide des précordiales multiples il apporte des faits nouveaux, utiles dans l'établissement du diagnostic des ondes Q.

1. Zones muettes antérieures:
   - *Q pathologique*: son amplitude va en diminuant de gauche à droite.
   - *Q physiologique*: son amplitude va en croissant de gauche à droite.
2. Zones muettes postérieures:
   - *Q pathologique*: diminution graduelle de son amplitude de bas en haut le long de la colonne vertébrale.
   - *Q physiologique*: augmentation régulière de son amplitude de bas en haut.

XI.—*Etude du syndrome Wolff-Parkinson-White.*

Cette anomalie électrique est due à la présence d'une onde supplémentaire venant empiéter sur l'espace P-Q.

Cette invasion précoce correspond à une modalité de conduction analogue à celle qui apparaît au cours d'un bloc intraventriculaire.

Il existe un faisceau de conduction purement myocardique reliant directement l'étage auriculaire à l'étage ventriculaire au niveau du septum médian du cœur.

L'auteur termine son travail en soulignant l'intérêt pratique de cette nouvelle interprétation des blocs.

Réginald JOHNSON.

L. WALLACE et E. CLARK. — **Changements électro-cardiographiques dans un cas de syndrome de Wernicke.** *(Electrocardiographic changes in a case of Wernicke's syndrome.)* "Ann. of Int. Med.", **31**: 675 (octobre) 1949.

On sait que le cœur est touché dans l'avitaminose B, pellagre et beriberi. Le cas présenté par les auteurs montre des changements électro-cardiographiques imposants chez un patient dont tout le reste du bilan cardiaque est négatif. Cet homme de 40 ans a un syn-

drome de Wernicke typique (polioencéphalite hémorragique). Les signes électriques disparurent rapidement après une cure de chlorure de thiamine.

Paul DAVID.

NEURO-PSYCHIATRIE

L. B. KALINOWSKY. — **L'électro-choc: une mise au point.** *(Present Status of Electric Shock Therapy.)* "Bulletin of the New York Academy of Medicine", **25**: 541 (septembre) 1949.

L'auteur, un pionnier dans l'expérimentation clinique de l'électro-choc, présente ici une synthèse de nos connaissances actuelles sur cette forme particulière de traitement psychiatrique, après un recul d'une dizaine d'années.

Le mécanisme physio-psychiatrique de l'électro-choc reste à trouver; toutefois, l'auteur attribue aux convulsions, et non au passage du courant, l'efficacité thérapeutique.

L'hypertension et les lésions du myocarde, la tuberculose, l'arthrite, l'épilepsie ne représentent pas des contre-indications au traitement s'il s'impose, pas plus d'ailleurs que la grossesse ou l'âge du malade.

Les seules complications à craindre sont les fractures, celles des os longs (humérus et fémur surtout), et celles, rares mais souvent bilatérales, de la cavité cotyloïde. Les fractures intéressant la partie moyenne de la colonne dorsale n'exigent pas l'arrêt du traitement. Ces accidents, quoique imprévisibles, sont moins fréquents si l'on n'exerce pas sur le malade de contrainte excessive au cours de la crise.

L'auteur obtient un relâchement musculaire en provoquant d'abord une absence, avant de déclencher les convulsions: c'est la mesure prophylactique de routine qu'il recommande. Il n'autorise l'emploi du curare que dans les cas de maladie osseuse antérieure, comme chez les pagétiques et les porteurs de fractures récentes.

Les états d'agitation postcomitiaux demandent l'administration intraveineuse, à une dose de 0,5 g., d'amytal; dans les cas d'agitation, l'on peut injecter par la même voie, avant le choc, 4 ou 5 cc. de coramine.

L'on note après une série d'électro-chocs des réactions organiques, d'ordre affectif et mnésique, et des modifications électro-encéphalographiques; ce sont là des changements réversibles de courte durée.

Un psychiatre peut donner des électro-chocs à son cabinet, pourvu qu'il y puisse traiter une syncope respiratoire; que le malade vienne accompagné et qu'il soit constamment surveillé à la maison.

C'est dans les psychoses affectives, principalement dans les dépressions de tout genre, que l'électro-choc trouve son indication la plus formelle. Trois à cinq traitements suffisent en général à faire disparaître les symptômes dépressifs; mieux vaut en ajouter un ou deux, mais guère plus, un chiffre plus élevé ne donnant pas de meilleurs résultats. Les dépressions d'allure modérée présentent un risque plus grave de suicide que les mélancolies qui abolissent toute initiative; le médecin doit savoir que l'électro-choc constitue dans ces cas le traitement de choix et référer au psychiatre ces malades aux premiers signes d'insomnie, d'amaigrissement et de malaises vagues qu'ils accusent. La manie ne cède parfois qu'à un rythme de trois traitements quotidiens. Les épisodes maniaco-dépressifs ont toujours tendance à se renouveler: l'électro-choc ne prévient pas les récidives, mais diminue la durée et la souffrance de la crise; on a réussi à soutenir l'effet de l'électro-choc, après guérison, en le répétant tous les mois.

L'électro-choc ne donne pas les mêmes résultats dans la schizophrénie. Le type catatonique agité, puis le type paranoïde en phase aiguë répondent le mieux. Le type catatonique stuporeux résiste davantage et le type hébéphrénique encore plus. Le traitement doit être précoce: dans le premier semestre de la maladie, il y a rémission dans 60 à 70% des cas; après un an, il y a chute brusque et rapide du pourcentage d'améliorés. L'échec est de règle dans la paraphrénie, les syndromes paranoïdes tardifs et l'hypocondrie, dont les victimes sont d'âge mûr. Si l'état schizoïde persiste après le quarantième traitement, on associe la cure de

Sakel à l'électro-choc, qu'on administre à la fin du coma insulinique. Ce n'est qu'après ces tentatives restées vaines que l'on doit songer à la chirurgie. L'électro-choc se donne à un rythme d'entretien chez les schizophrènes internés.

L'électro-choc contrôle souvent les traits psychotiques de certaines maladies organiques telles que la paralysie générale, le parkinsonisme et l'épilepsie.

On peut utiliser les effets immédiats de l'électro-choc pour mettre une fin au grattage de lésions cutanées, éviter la crise de désintoxication chez les morphinomanes en cure.

Il n'y a qu'une indication de l'électro-choc en dehors des psychoses, la dépression de type réactionnel: encore faudra-t-il traiter ensuite la névrose sous-jacente. Il y a même, après électro-choc, exaspération de l'angoisse des névrosés. Les psychonévroses relèvent de la psychothérapie; l'auteur condamne l'usage abusif qu'on a fait de l'électro-choc dans ce domaine. Il croit que les indications de la psychothérapie et celles du traitement de choc ne sont pas les mêmes et qu'elles se chevauchent rarement.

J.-B. BOULANGER.

A. M. RABINER. — **Sur les mouvements volontaires et involontaires.** *(Concerning Voluntary and Involuntary Movements.)* "Bull. New York Acad. Med.", **25**: 566 (septembre) 1949.

Cette étude porte sur le rôle des mécanismes pyramidaux et extrapyramidaux dans la genèse des mouvements. L'auteur s'y propose d'interpréter d'après les données actuelles de l'anatomie et de la physiologie nerveuses, l'aspect paradoxal de certains phénomènes qui se présentent couramment en neurologie clinique. Voici les conclusions qui se dégagent de la communication.

Les faisceaux pyramidal et extrapyramidaux cheminent ensemble, parcourant le centre ovale, la capsule interne, le tronc cérébral et la moelle, pour aboutir au neurone périphérique qui transmet aux muscles l'action conjuguée des centres supérieurs (« final common path » de Sherrington).

Toute activité motrice provient, en dernière analyse, d'excitations afférentes qui pénètrent dans les régions sensitives du cerveau et qui déterminent, par l'intermédiaire de la voie pyramidale, le passage de stimulations efférentes du cortex moteur aux cornes antérieures de la moelle.

La destruction totale des voies motrices efférentes amène une paralysie spasmodique, de l'hyperréflectivité, le signe de Babinski et parfois l'abolition des réflexes superficiels. Comme ces modifications fonctionnelles dépendent chacune d'actions indépendantes transmises par des fibres distinctes, il sera possible, au cours d'un processus pathologique incomplet, de trouver certaines fonctions disparues et d'autres restées indemnes, conservées.

L'intégrité des noyaux gris centraux est essentielle au bon fonctionnement du cortex moteur. D'autre part, dans les cas d'une atteinte soit du cortex moteur, soit du faisceau pyramidal, les lésions des noyaux gris centraux n'auront pas nécessairement de manifestation musculaire telle que des troubles du tonus ou des mouvements involontaires anormaux.

Exception faite des crises convulsives, il ne se produit pas de mouvements involontaires anormaux en présence de noyaux gris centraux intacts. Les centres sous-corticaux bloqueraient les déplacements moléculaires qui gagnent les centres sensitifs et n'en permettraient pas l'issue par les voies pyramidales. Lorsque ces noyaux sont malades, ils ne mettent plus obstacle à la forme particulière de dyscinésie qui, échappant au contrôle sous-cortical, se rend à la voie pyramidale pour donner des mouvements involontaires anormaux typiques de la lésion.

J.-B. BOULANGER.

PEDIATRIE

Paul et André BERTOYE (de Lyon). — **La fibro-cystite du pancréas.** "Pédiatrie", **3**: 648 (novembre-décembre) 1948.

Dans cette revue générale, les auteurs sont d'avis de ranger la fibro-cystite du pancréas

dans les syndromes cœliaques, à côté de la forme idiopathique et de l'intolérance congénitale aux amidons.

Avec Anderson, ils désignent sous le nom de syndrome cœliaque des « états cliniques survenant chez le nourrisson ou l'enfant, caractérisés par une intolérance chronique aux graisses ou à l'amidon alimentaire, ou aux deux, par l'émission de volumineuses selles boueuses et par une augmentation du volume de l'abdomen ».

Dans la forme idiopathique ou maladie cœliaque proprement dite, l'affection débute après la première année; la digestion des graisses et des hydrates de carbone est défectueuse, mais le tubage duodénal révèle des ferments pancréatiques intacts.

Il n'en est pas de même dans la fibro-cystite du pancréas, dont le début est beaucoup plus précoce, le plus souvent de la naissance à l'âge de quatre mois. Les graisses et l'amidon ne sont pas digérés. Surtout les ferments pancréatiques sont absents ou fortement diminués. Ajoutons qu'il existe d'ordinaire, associés au syndrome digestif, des accidents respiratoires, en particulier de la dilatation des bronches.

Le diagnostic de l'intolérance congénitale aux amidons, qui apparaît entre le troisième et le douzième mois, est beaucoup plus facile. On trouve dans les selles une quantité appréciable de grains d'amidon et dans le suc pancréatique une diminution ou une absence d'amylase. L'état général est beaucoup moins atteint que dans les deux formes précédentes, si bien que la croissance est le plus souvent normale.

D'importants progrès ont été réalisés dans le traitement de la fibrose-cystite du pancréas dans ces dernières années. Grâce à une diététique plus appropriée, mieux adaptée à la capacité digestive de l'enfant, grâce à l'emploi des sulfamides d'abord, puis de la pénicilline contre les infections des voies respiratoires, qui compliquent si souvent la maladie, le pronostic de cette grave affection s'est transformé, ainsi que le démontrent les statistiques. L'une des plus concluantes est celle du « Babies Hospital », de New-York. Avant 1938, la mortalité était de 75% au cours de la première année et les quelques survivants mouraient avant l'âge de cinq ans. De 1939 à 1944, sur 28 cas, 6 seulement survécurent. Mais de 1944 à 1946, avec les améliorations apportées à la thérapeutique, sur 27 cas traités, 21 sont encore vivants.

Ces chiffres sont particulièrement éloquents et montrent l'intérêt de cette différenciation des syndromes cœliaques et de la lutte contre l'infection par les antibiotiques, en particulier par la pénicilline.

Paul LETONDAL.

SOCIÉTÉS

« L'Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 10 octobre 1949

Tenue au Jardin Botanique.

Présidence conjointe de MM. Origène Dufresne et Adélard Groulx.

Mortalité chez l'enfant d'âge scolaire.

M. Antoine VALOIS

Monsieur Valois étudie, à l'aide de graphiques, la mortalité scolaire de 4 à 14 ans. De 10 à 14 ans, la mortalité est plus basse. Il rapporte également le taux de mortalité par quartier pour différentes maladies. Parmi les principales causes de mortalité chez les enfants d'âge scolaire viennent les accidents et les maladies contagieuses.

Contrôle des maladies contagieuses à l'école.

M. G. CHAREST

M. Charest nous donne l'historique du département de Santé de la ville de Montréal, ainsi que la raison d'existence du contrôle dans les écoles. Ces visites scolaires ont pour but de limiter les maladies contagieuses, trouver les défauts physiques et organiques apparents, voir à ce que la vaccination soit faite. Ce travail requiert la coopération du médecin praticien, de l'infirmière et du méedcin visiteur.

Autres aspects des problèmes de santé de l'écolier.

M. B. PRIMEAU

M. Primeau insiste de nouveau sur la coopération nécessaire entre médecins praticiens et service de santé dans le dépistage et le contrôle des maladies contagieuses. M. Primeau suggère l'examen médical et dentaire périodique dans le but de mieux orienter les enfants atteints de maladies organiques. Une diététicienne serait également précieuse, afin de corriger l'alimentation des enfants.

En discussion.

M. Adélard Groulx, Ernest Sylvestre, A.-R. Foley, B. Primeau, G. Charest et Antoine Valois:

De la discussion il ressort les principaux points suivants:

1° — Examen scolaire tous les six mois;

2° — Les médecins praticiens déclarent les maladies contagieuses graves et négligent les autres;

3° — Les accidents surviennent principalement à la périphérie de la ville, à cause des excès de vitesse;

4° — La vente du lait au chocolat dans les écoles est condamnable: 1° — en raison de la mauvaise habitude donnée à l'enfant à l'école, car 60% des enfants prennent du lait au chocolat à l'école et ne veulent plus prendre de lait entier à la maison; 2° — parce que le lait au chocolat comporte une soustraction importante de Ca et de Vitamine A, éléments importants dans la croissance de l'enfant;

5° — Des classes spéciales pour les enfants porteurs de rhumatisme et de cardiopathie s'imposent, de même que pour les infirmes, les épileptiques et les arriérés mentaux.

6° — Tous les écoliers devraient être radiographiés et avoir une épreuve tuberculinique.

Le secrétaire des séances,

Pierre MARION.

* * *

Séance du 8 novembre 1949.

Tenue à l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc

Présidence de M. Albert Jutras.

Les maladies lymphocytaires traitées par le gaz moutarde.

M. Eug. BALANGÉRO

Le gaz moutarde a une action rapide. Il trouve son indication dans les maladies lymphocitaires, là où la radiothérapie est inefficace. La contre-indication réside dans la leucopénie. Les signes de toxicité consistent dans l'apparition de nausées, vomissements, nécroses, phlébothrombose. M. Balangéro présente cinq cas de lymphosarcome traités avec le gaz moutarde et mentionne les bons résultats obtenus dans quelques cas.

Quelques cas de chirurgie chez le nourrisson.

M. Lucien JULIEN

M. Julien nous a fait un brillant exposé de l'occlusion intestinale, des sténoses pyloriques, des hernies ombilicales et inguinales. Il rapporte les statistiques américaines en rapport avec la fréquence des malformations congénitales du tube digestif. Il importe de poser le diagnostic précocement, en faisant un bon examen clinique et, au besoin, avoir recours aux R-X simples de l'abdomen. Dans la plupart de ces cas, il faut combattre la déshydratation, intervenir rapidement et combattre l'infection. Puis, M. Julien passe en revue les différentes techniques opératoires de l'atrésie intestinale, de la sténose pylorique, des hernies ombilicales et inguinales.

Un grand brûlé.

M. Geo. LANDRY

M. Landry présente un grand brûlé traité avec du plasma et des greffes multiples de peau de prépuces de nouveau-nés. Le propionate de testosterone a été employé à la dose de 20 à 40 mg. par jour. M. Landry déconseille l'emploi du tanin, du violet de gentiane ou du « triple dye ». Le meilleur traitement du début consiste à combattre le choc par l'injection de plasma et l'application locale de gaze enduite de vaseline boriquée.

Constipation chez les enfants.

M. Gérard JONCAS

M. Joncas passe en revue les différentes causes de la constipation. Il condamne l'usage intempestif de laxatifs. Il suggère l'examen des selles, le toucher rectal et l'examen radiologique du tube digestif.

Chirurgie cardiaque.

M. Mercier FAUTEUX

M. Fauteux nous a fait un long exposé de ses travaux sur la chirurgie cardiaque. Il a mentionné quelques cas opérés à Montréal, dont un cas de tétralogie de Fallot, un cas de coarctation de l'aorte, un cas de persistance du canal artériel, ainsi que deux cas de ligature de la grande veine coronaire. M. Fauteux a présenté les pièces anatomiques d'un cœur biloculaire. Chez une malade, M. Fauteux est réintervenu afin de dilater avec le doigt l'orifice pulmonaire. Cette manœuvre fut un succès, car la malade se porte bien.

Diagnostic précoce du cancer utérin (technique de "Surface Biopsy")

M. Pierre RABIL

M. Rabil rappelle brièvement l'historique de la question depuis les débuts de M. Papanicolaou et présente un film tourné dans les laboratoires du professeur Ayre, de McGill.

Le secrétaire des séances,

Pierre MARION.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

Séance du 16 septembre 1949

Tenue à l'Hôtel-Dieu de Québec.

Cancer du cardia.
Traitement chirurgical par voie endo-thoracique (sept observations)

M. François ROY

L'auteur rapporte sept cas de cancer du cardia qui ont pu être opérés avec succès par voie endo-thoracique.

L'âge de ces malades varie entre 56 et 70 ans et la durée d'évolution clinique de la maladie entre 2 et 10 mois.

Trois sont décédés. La survie a été de 13 mois et de 3 ans.

Deux ne présentent aucun signe clinique de récidive ou de métastase après deux ans. Un est mourant de métastases abdominales après vingt mois. Le dernier vient d'être opéré.

Il est important de noter qu'on a pu enlever les tumeurs des sept malades qui se sont soumis à l'opération et, sur ce nombre, un seul avait des métastases ganglionnaires discrètes. D'après ces quelques cas, il semble que le cancer du cardia ne soit pas un trop mauvais cancer. D'ailleurs les statistiques démontrent que 23% des malades, vus à l'autopsie, présentaient des néoplasmes résectables.

La précocité du diagnostic est la chance essentielle qui doit être donnée au malade.

La dysphagie vraie est déjà un symptôme tardif. La moindre gêne rétro-sternale, au moment de l'alimentation, le moindre trouble digestif, surtout chez un sujet ayant dépassé la cinquantaine, commandent un examen sérieux de l'œsophage et de l'estomac.

Une fois que le diagnostic du cancer du cardia ou de l'œsophage a été porté, la chirurgie s'impose.

Ces quelques cas rapportés, tous avec des suites opératoires faciles, montrent la confiance que médecins et malades doivent lui accorder, à condition que les uns et les autres aient le courage de l'accepter avant qu'il ne soit trop tard.

Anesthésie en pédiatrie.

MM. Fernando HUDON et A. JACQUES

Après quelques considérations anatomiques et physiologiques spéciales à l'enfant, les auteurs étudient les soins et la médication préopératoire, soulignent les avantages et les désavantages des anesthésiques habituels, préconisent l'intubation, passent en revue l'adaptation des différentes méthodes et les techniques anesthésiques variées pour le jeune malade, expliquent le protocole de la dissection veineuse et résument les soins post-opératoires.

* * *

Séance du 30 septembre 1949.

Tenue à la Clinique Roy-Rousseau.

L'alcoolisme chronique et ses traitements.

M. Lionel-H. LEMIEUX

L'alcoolisme chronique est devenu un problème médical depuis le milieu du XIXe siècle. On a préconisé des cures d'abstinence et d'isolement, des cures morales, psychologiques et psychiatriques, des cures médicamenteuses et biologiques et, enfin, diverses cures de dégoût dont la plus récente est la cure par l'*Antabuse*.

On rapporte de nombreux incidents survenus au cours du traitement par l'*Antabuse* de 32 alcooliques chroniques: principalement quatre cas de réactions allergiques cutanées, deux cas de pollakiurie durable, dont un avec énurésie et impuissance sexuelle, un cas d'épilepsie généralisée et deux cas d'excitation maniaque.

Les résultats thérapeutiques rapportés par d'autres auteurs tendent à se rapprocher de ceux de toutes les autres cures, soit 40% de guérisons et 60% d'échecs. Cette proportion semble s'expliquer par l'existence d'une constitution psychopathique chez 60% des alcoolomanes.

Traitement du vertige de Ménières. (Emploi des antihistaminiques)

MM. Charles-A. MARTIN et A. BEAUDRY

Le vertige labyrinthique a des caractères bien définis et objectifs. C'est un syndrome de localisation qui peut être symptomatique ou cryptogénétique. On en connaît des formes passagères et des formes paroxystiques de longue durée.

Ce sont ces dernières formes, surtout quand elles sont cryptogénétiques, qui présentent un problème médical étiopathogénique et thérapeutique.

Chaque théorie explicative est à l'origine de thérapeutiques spéciales. Les principales sont: celle des accidents vasculaires, celle des infections focales, celles des troubles métaboliques, vasomoteurs et allergiques.

On présente l'observation de deux malades qui ont été guéries par le Phenergan et on rapporte les succès obtenus par la Dramamine (Gravol).

L'action de ces médicaments n'est pas rapportée à leur propriété antihistaminique.

Le ménièrisme psychosomatique est considéré comme une erreur de diagnostic.

* * *

Séance du 4 novembre 1949.

Présentation de classification d'interprétations radiologiques des pneumoconioses.

M. Jules GOSSELIN

Etude faite des différentes classifications déjà proposées et explications du mode de travail de la classification qui a présenté le plus d'avantages lors d'un travail d'interprétations radiologiques de dossiers de pneumoconioses.

Voici les divisions générales qui ont été utilisées:

a) Aspect normal (négatif),
b) Aspect réticulaire,
c) Aspect micro-nodulaire,
d) Aspect nodulaire,
e) Aspect nodulaire et ombres diffuses,
f) Ombres diffuses généralisées,
g) Accentuation du dessin broncho-vasculaire,
h) Tuberculose (cavernes).

Fistulisation bronchique d'un abcès pottique dorsal.

MM. J.-P. ROGER et M. BEAULIEU

Les auteurs présentent un malade souffrant d'une tuberculose vertébrale étendue à toute la colonne dorso-lombaire et compliquée d'un abcès ossifluent fistulisé dans la bronche-souche gauche. Cette observation met en lumière deux faits principaux.

Tout d'abord, il est souvent difficile de faire le diagnostic d'un mal de Pott à forme diffuse superficielle. Les lésions vertébrales sont très discrètes et seules les couches osseuses sous-périostées participent au processus inflammatoire. Ce n'est souvent qu'à l'occasion de la prise d'une radiographie démontrant l'existence d'un abcès en fuseau ou simplement un élargissement des masses paravertébrales qu'on peut localiser un foyer pottique. La constatation de nombreux becs de corbeau ou de ponts ostéophytiques réunissant les corps vertébraux peut prêter à confusion et en imposer pour un rhumatisme vertébral surtout en l'absence de complications nerveuses ou de fistules.

Enfin la fistulisation d'un abcès pottique dans les voies respiratoires constitue une complication grave contre laquelle le chirurgien est pratiquement désarmé. Toutefois, depuis l'apparition de la streptomycine, il semble qu'on puisse espérer la guérison dans certains cas.

Dilatations bronchiques des lobes supérieurs.

M. Roland DESMEULES, F.R.C.P.(C)

L'auteur rapporte cinq observations qui sont une nouvelle preuve de la fréquente étiologie tuberculeuse des bronchectasies des lobes supérieurs.

Le diagnostic de dilatations bronchiques est suspecté avant l'introduction du lipiodol mais il faut reconnaître que la bronchographie lipiodolée est le procédé qui permet d'établir le diagnostic de certitude.

Les antibiotiques peuvent être utilisés lorsque l'infection bronchique présente des signes d'évolution aiguë ou sub-aiguë.

L'auteur hésite à croire que la lobectomie puisse trouver une indication fréquente chez des malades qui souffrent peu de leurs ectasies bronchiques et qui ont le plus souvent une histoire ancienne ou actuelle d'infection tuberculeuse.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 29 septembre 1949.

Présidence de M. Georges Hébert.

A propos d'un kyste pseudo-mucineux d'origine brennérienne accompagné d'une hyperplasie de la muqueuse utérine.

MM. Roland SIMARD et Simon LAUZÉ

Mme M.C., 69 ans, ménopausée depuis 20 ans, se présente le 17 juin 1949, pour suintement sanguin, sans cause apparente, depuis environ 4 mois. De plus, troubles digestifs intenses avec sensation de plénitude et de ballonnement ayant débuté 6 mois auparavant. Le poids est stationnaire depuis 10 ans et l'état général est bon sauf une azotémie à 0,62 mg.

Examen gynécologique

Abdomen: on palpe une masse médiane, suspubienne remontant à l'ombilic, régulière, lisse, très mobile et du volume d'un melon.

Vagin: atrophique, du type sénile.

Utérus: petit, en antéversion, régulier et mobile, indépendant de la masse abdominale.

Col: au spéculum, aucune particularité clinique.

Diagnostic clinique. Epithélioma des ovaires.

Kyste de l'ovaire.

Opération le 23 juin 1949 (L.M.S.O.)

A l'ouverture de l'abdomen, on constate la présence d'un kyste de l'ovaire gauche, du volume d'un gros melon, parfaitement libre dans la cavité abdominale. L'utérus, en rapport avec l'âge de la malade, est légèrement augmenté de volume et ramolli. En présence des signes cliniques, on procède d'emblée à une hystérectomie totale et à une annexectomie bilatérale.

Fermeture de la paroi en quatre plans, sans drainage.

Constatations macroscopiques

L'ovaire gauche est le siège d'un kyste biloculaire de la grosseur d'un melon (une des loges contient un liquide clair, peu filant; l'autre contient une substance épaisse de coloration chamoirée).

Dans l'un des pôles du kyste, on trouve une masse de tissu plein.

A l'histologie, ce massif est constitué de nombreux îlots cellulaires brennériens typiques. La partie kystique est tapissée par un épithélium cylindrique à mucus (kyste pseudo-mucineux).

Entre ces deux formations bien différentes, il existe des micro-kystes bordés sur une partie par un épithélium *brennérien* et sur une autre partie par un épithélium à *mucus* et cela sans discontinuité.

Il y a donc plus qu'une association de deux tumeurs; ces images de passages d'un épithélium brennérien à un épithélium à mucus suggèrent fortement que l'un engendre l'autre. Novak est d'avis que certains kystes pseudo-mucineux prennent naissance ainsi.

L'examen des organes génitaux de cette femme est également intéressant, par un autre côté sans relation avec cette tumeur ovarienne. La muqueuse utérine est en hyperplasie: de 8 mm. d'épaisseur, elle possède des glandes micro-kystiques au niveau desquelles on voit des mitoses. (Swiss Cheese).

Une telle image d'hyperplasie est considérée comme résultat d'une hypersécrétion folliculinique: lorsqu'elle accompagne les tumeurs fonctionnelles de l'ovaire (folliculome et thécome) elle est facilement explicable. Dans les autres cas (comme ici), elle pose un problème.

Ce cas est rapporté: a) à cause de la coexistence d'une tumeur de Brenner et d'un kyste pseudo-mucineux dans un ovaire; fait qui peut jeter de la lumière sur la genèse de certains kystes pseudo-mucineux;

b) à cause de l'existence d'une muqueuse utérine hyperplasique en l'absence d'une tumeur ovarienne fonctionnelle.

Discussion.

M. Roland Simard: Ce cas est présenté à cause de la rareté de la tumeur brennérienne. Novak aurait observé seulement 16 cas.

M. Simon Lauzé: Les kystes pseudo-mucineux sont des kystes d'origine endo-dermique. Il s'agit d'un cas de tumeur de Brenner ce qui est très rare et il y a en plus un kyste pseudo-mucineux ce qui est plus rare encore.

M. Paul Dontigny: L'hyperplasie de la muqueuse utérine vient apparemment d'une stimulation continuelle par une substance œstrogène. Il est possible que la surrénale sécrète une substance œstrogène qui aurait stimulé la muqueuse utérine. Il aurait été intéressant de faire le dosage des substances œstrogènes avant et après l'intervention. Si cela n'a pas été fait, il serait encore intéressant d'y procéder et si ce dosage est élevé, il y aurait lieu de croire que les substances œstrogènes viennent de la surrénale.

M. Jacques Gauthier: Il est maintenant reconnu qu'il y a des cas d'hyperplasie de l'endomètre sans tumeur de l'ovaire. Dans ces cas, les œstrogènes viendraient du métabolisme ou du cholestérol.

M. Louis-Charles Simard: Dans les tumeurs de la granulosa, il y a une différenciation thécale assez importante. Dans certaines tumeurs ovariennes, comme dans la tumeur de Brenner, à partir du moment où il y a prolifération, il y a une différenciation thécale.

M. Jean-Louis Léger demande si la malade aurait pu recevoir des injections de substances œstrogènes après sa ménopause.

M. Roland Simard répond au *docteur J.-L. Léger* que la malade n'avait pas pris de médication endocrinienne.

Cas d'invagination intestinale.

M. Esdras AUTOTTE

L'enfant F.L..., 5½ ans, se plaignait de douleurs abdominales diffuses, depuis 2 jours, lorsqu'à minuit trente, le médecin est appelé, parce que le pauvre petit n'en pouvait plus de vomir. Cet état durait depuis le souper.

A l'inspection, le médecin est en face d'un enfant bien constitué qui ne semble pas trop intoxiqué, mais qui présente un facies douloureux et inquiet. Le ventre n'est pas ballonné mais il est peu mobile. A l'examen, le médecin perçoit la présence d'un boudin douloureux d'environ 3 pouces de longueur, à droite et un peu au-dessus de l'ombilic. L'enfant a eu de petites selles sans présence de sang. Il vomit un liquide vert sale durant l'examen. Il est impossible de savoir s'il passe des gaz.

Le diagnostic d'invagination intestinale est cependant posé et l'hospitalisation proposée n'est acceptée que le lendemain matin.

Après hospitalisation, à la demande des parents, une radiographie d'urgence ne montre pas l'occlusion intestinale. On y voit un appendice allongé, sinueux, douloureux et le diagnostic radiologique en est un d'appendicite (petite crisette).

Le chirurgien consulté décide de remettre l'opération à plus tard, étant donné qu'on ne voit plus le boudin et que la région appendiculaire n'est pas trop douloureuse. Le ventre est surtout douloureux dans la région sous-hépatique et légèrement rigide à ce niveau.

La glace, la pénicilline et les sérums sont prescrits.

Le lendemain, le chirurgien qui a vu le malade de bonne heure, semble disposé à retarder encore une fois l'opération, mais le médecin, après un nouvel examen, insiste pour une opération d'urgence. L'état du patient l'inquiète. Son ventre est plus douloureux, le malade qui n'a pris aucune alimentation depuis son arrivée continue à vomir, il n'a pas eu de selle, il est plus intoxiqué, il y a réaction péritonéale.

De plus, la formule sanguine montre une

polynucléose de 72% avec 17.900 globules blancs.

L'enfant est opéré par le Dr R. Dionne qui signe le protocole opératoire suivant: « Anesthésie-Cyclopropane. Incision iliaque droite et prolongation vers le haut. A l'ouverture du péritoine, liquide séreux, abondant et sous pression.

1) Appendicectomie. A l'exploration, sensation d'un boudin dans la région iléo-cœcale. Invagination sur une longueur d'environ 4 pouces, non réductible.

Résection du grêle dans la partie terminale de l'iléon à environ 3 pouces du cœcum.

2) Entérostomie termino-terminale. Hémostase. Fermeture des différents plans. Agrafes sur la peau. »

Au retour de la salle d'opération, on prescrit des stimulants cardiaques, pénicilline 50.000 unités toutes les 4 heures, streptomycine 125.000 unités toutes les 6 heures, prostigmine ¼ amp. toutes les 6 heures, béclysyl et aurigène I.V., tube de levine.

L'enfant commence à boire le soir de l'opération. Les sérums sont cependant donnés durant 6 jours; la pénicilline, la streptomycine et la prostigmine sont abandonnées le 10ème jour, alors que l'enfant a une selle normale.

Du 4ème au 6ème jour, l'enfant présente une T° de 101 à 103°, causée par un abcès de la paroi qui, après débridement, guérit rapidement.

Une radiographie de contrôle, 3 semaines après l'opération, se lit comme suit:

« Repas baryté (23/11/48): la traversée de l'œsophage et le remplissage gastrique s'effectuent normalement. L'estomac est de type orthotonique, ne contient pas de liquide au moment de l'examen, et les plis de sa muqueuse ont partout une apparence normale. Les parois et les courbures gastriques ne sont pas déformées. Les passages pyloriques dessinent un bulbe et un duodénum d'aspect normal.

Le transit du grêle s'effectue normalement.

Après 2 heures, l'estomac est à moitié vide, le baryum occupe tous les groupes d'anses grêles qui présentent un aspect tout à fait normal. Il n'y a pas de fragmentation du repas. Il n'y a pas de boudinage ni distension d'anses grêles. La tête du repas est au bas-fond cœcal.

Après 4 heures, l'estomac est tout à fait vide, le baryum occupe les derniers groupes d'anses grêles et le cœco-ascendant.

Après 24 heures, il ne reste que des traces de baryum dans tout le cadre colique. Il n'y a pas de rétention dans le grêle. La région iléo-cœcale est tout à fait souple au palper et indolore. » (Dr J.-L. Léger).

L'enfant reçoit son congé après 27 jours d'hospitalisation. Il est guéri. Il a été vu à diverses reprises depuis, et il est en parfaite santé.

Commentaires.

L'invagination intestinale est surtout fréquente chez les enfants de moins de 3 ans, plus particulièrement chez les nourrissons et on y trouve surtout les variétés iléo-cœcales et coliques. La forme iléale est la plus rare. La présence de melaena est presque la règle et signe le diagnostic lorsqu'on y trouve une tumeur abdominale douloureuse avec vomissements et arrêt des gaz. La récidive est possible de même que la guérison spontanée qui peut se faire par élimination de la partie de l'intestin invaginée. Le diagnostic doit être précoce, la radiographie ne sera qu'un autre moyen de diagnostic et le traitement chirurgical avec ses techniques opératoires améliorées doit être le traitement de choix.

Discussion.

M. Esdras Autotte: Il s'agit ici d'un cas d'invagination intestinale. C'est un cas plutôt rare dans les premières années de la vie. Le diagnostic est difficile. Ici la radiologie nous a plutôt induits en erreur. Tout ce que l'on voyait, d'après le rapport radiologique, était un appendice plutôt long.

M. Paul David: Y avait-il danger, avant l'opération, de faire un lavement baryté?

M. Jean Tremblay demande des explications sur le fait que l'on a pas vu l'invagination sur les clichés radiologiques. Il mentionne qu'il existe une méthode de désinvagination

sous écran radiologique. Il s'informe si le toucher rectal avait été fait.

M. Jean-Louis Léger: Non seulement le lavement baryté n'est pas un danger, mais il est souvent indiqué pour réduire l'invagination et ainsi éviter une intervention chirurgicale. Au point de vue radiologique parfois on ne pose pas le diagnostic d'invagination parce que l'on n'y pense pas, mais si on examine de nouveau les clichés radiologiques après avoir été informé du diagnostic post-opératoire, on note que l'image est assez typique.

M. Paul Brodeur: L'image radiologique est ici suffisamment classique pour suggérer l'invagination. C'est moi qui ai examiné le cliché radiologique et j'aurais dû mentionner la possibilité d'un diagnostic d'invagination, dans le rapport.

Il demande au chirurgien quelle était la localisation exacte de l'invagination.

M. René Dionne répond au *docteur P. Brodeur* que l'invagination était située à environ 3 ou 4 pouces de la partie terminale de l'iléon.

M. Albert Bertrand demande pourquoi on a prescrit de la pénicilline plutôt que de la streptomycine, avant l'intervention.

M. Claude Léonard s'informe si la tentative de réduction par lavement baryté peut être dangereuse.

M. Paul Brodeur répond au *docteur C. Léonard* que tout ce qui entre dans l'intestin par lavement peut également en sortir par lavement, sans danger.

M. Esdras Autotte répond au *docteur J. Tremblay* que le toucher rectal avait été fait.

Il dit au *docteur A. Bertrand* que la streptomycine n'a pas été donnée à cause des difficultés au point de vue de la prescription de ce médicament.

Nouvel appareil à pression positive pour usage post-trachéotomique. — Démonstration.

M. Valmore LATRAVERSE

Hudon (Québec) a expérimenté l'appareil de Barach à l'aide de longue tubulures et de vases d'eau placés près du lit du malade.

Nous avons été témoins du fonctionnement de ce montage qui nous a paru plutôt encombrant quoique très utile.

Aussi, depuis 5 ans, songions-nous à un appareil compact, même ambulant, de manipulation et d'entretien faciles pour les gardes-malades ou leurs auxiliaires.

Au printemps dernier, avec l'aide d'un machiniste bénévole, nous avons condensé dans un cylindre en aluminium de 2 p. x 1½ p. le mécanisme du masque à pression positive de Barach (Meter Mask) dont on vous présente ici un exemplaire.

Tout le dispositif de notre appareil est démontable.

Chez notre dernier cas de laryngectomie, l'appareil s'est démontré efficace; à peu près pas de sécrétions; donc, diminution appréciable du nombre des aspirations trachéo-bronchiques; toux réflexe beaucoup moins fréquente; sommeil plus paisible; pansement renouvelé 5 jours après l'opération.

Grâce à notre appareil, nous osons espérer et prévoir que les trachéotomisés et les laryngectomisés pourront dorénavant occuper une chambre à plusieurs lits sans incommoder les autres patients comme ce fut le cas du patient ici présenté.

Habituellement, nos malades étaient isolés dans une chambre.

Le gain réalisé avec ce nouveau dispositif est que l'horreur des gardes-malades pour le soin de cette catégorie d'opérés s'est transformée en attention souriante au grand bénéfice des patients dont le psychisme demande à être soutenu.

Discussion.

M. Valmore Latraverse montre des transparents sur l'écran et explique le principe du masque de Barach. Il applique le nouvel appareil à un malade afin de mieux en montrer le fonctionnement.

Leucoplasie et cancer.

M. Adrien LAMBERT

C'est un fait bien connu que la leucoplasie buccale favorise éminemment le cancer. De

cette notion découlent certaines données qu'il faut remettre en lumière de temps en temps.

La présente observation n'a donc pour but que d'illustrer, une fois de plus, la possibilité de cancérisation d'une leucoplasie et de rafraîchir la mémoire sur les erreurs à éviter et la conduite à tenir en l'occurrence.

Observation

A.L..., 58 ans, présentait depuis 10 ans, à la partie antérieure dorsale droite de la langue, une plaque leucoplasique pour laquelle il entretenait une parfaite indifférence. Sans doute savait-il que, trente ans auparavant, il avait souffert d'un chancre à la verge, banalement cautérisé au nitrate d'argent. Egalement se rappelait-il qu'en 1930 il avait dû subir un traitement anti-syphilitique pour un Wasserman positif. Mais tout cela ne l'impressionnait guère, au point qu'il se refusa à toute surveillance médicale jusqu'au jour ou (août 1949) apparut sur la leucoplasie une petite ulcération douloureuse qui s'obstina à ne pas guérir. Accouru chez un médecin, il lui raconta son histoire de syphilis, vieille de trente ans, — traitée médiocrement — et consentit à prendre deux injections d'arsenic et de bismuth, en attendant le résultat de la sérologie sanguine.

Or deux à trois semaines plus tard la minuscule ulcération s'était transformée en une lésion proliférante, de la grandeur d'une pièce de cinquante sous et du volume d'un œuf de pigeon!

C'est à ce moment que nous le voyons et constatons ce qui suit: la plaque leucoplasique, couvrant la moitié antérieure droite de la langue est presque dans sa totalité envahie par une ulcération bourgeonnante, mamelonnée, fissurée, reposant sur une masse indurée qui intéresse toute l'épaisseur de la langue. Les bords sont relevés en vague et forment comme un anneau autour de l'ulcération à laquelle ils donnent un aspect cratériforme.

Une biopsie confirme le diagnostic clinique d'épithélioma spino-cellulaire et, le jour même, dix milligrammes de radium sont implantés en quinconce dans la tumeur et y demeurent durant six jours...

De ces faits peuvent être tirées les déductions classiques suivantes:

1) La syphilis négligemment traitée expose aux pires conséquences.

2) La leucoplasie linguale est une dégénérescence épithéliale assez souvent en relation étroite avec la syphilis.

3) Si la leucoplasie liée au tabagisme, à l'infection et à la carie dentaire, à des appareils de prothèse défectueux, à des courants galvaniques émanant de métaux à polarité dissemblable contenus dans les obturations, sont de nature plutôt bénigne et guérissent par de simples moyens prophylactiques, par contre la leucokératose à point de départ syphilitique ne rétrocède pas et laisse la porte ouverte à l'épithéliomatisation.

4) Il est inutile et dangereux de traiter par l'arsenic et le bismuth une leucoplasie derrière laquelle on soupçonne une vieille syphilis: c'est une méthode inopérante et qui, par le coup de fouet qu'elle provoque, peut amorcer la transformation maligne.

5) La leucoplasie légère, discrète, inactive ne demande qu'une surveillance prolongée et des mesures d'hygiène buccale et générale.

6) La leucoplasie en activité, extensive, fissurée, papillomateuse ou verruqueuse commande une biopsie immédiate et un traitement approprié, qui sera l'exérèse, s'il n'y a pas de cancer décelable, ou la radiumthérapie dans le cas contraire.

Discussion.

M. Adrien Lambert: Le traitement antisyphilitique chez un malade qui présente de la leucoplasie doit être tout au moins remis à plus tard. Sur toute leucoplasie évolutive, il faut d'abord faire une biopsie. Si on a éliminé d'une façon certaine le diagnostic d'épithélioma on peut tenter le traitement de la syphilis.

M. Valmore Latraverse: Lorsque la leucoplasie est située au voisinage d'une corde vocale ou sur le larynx, il faut la considérer comme une lésion pré-cancéreuse. Le traitement est l'extirpation chirurgicale large avec une partie du tissu sain.

M. Paul Brodeur: Il n'y a pas de doute que les arsenicaux donnent un coup de fouet à la tumeur. Il faut toujours traiter d'abord le cancer avant de songer à traiter la syphilis.

M. Louis-Charles Simard: Il y a 10 ans, le docteur A. Marin a montré un cas de large tumeur du coin des lèvres. Un diagnostic anatomo-pathologique d'épithélioma spino-cellulaire caractéristique a été posé. Comme le malade était un syphilitique, le traitement antisyphilitique avait été commencé avant le résultat de l'examen anatomo-pathologique. La lésion a rétrocédé rapidement en quelques jours. Le malade a été revu quelques années plus tard et il était complètement guéri.

Le secrétaire adjoint du B. médical,
Georges LECLERC.

RÉUNIONS SCIENTIFIQUES DES INTERNES DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 11 octobre 1949

Le 11 octobre dernier, les internes de l'Hôpital Notre-Dame présentèrent leur quatrième après-midi d'études de la présente saison. Ils avaient invité comme conférencier le docteur Yves Chaput qui traita des maladies du côlon chez les malades qui se présentent au bureau.

Ce dernier avertit ses auditeurs qu'il ne s'arrêterait qu'aux troubles fonctionnels à cause de leur grande fréquence. Après avoir rappelé quelques notions essentielles d'anatomie, d'histologie et de physiologie, il insista sur l'importance du toucher rectal et de l'anuscopie. Par la suite, il s'arrêta successivement à la constipation, à la diarrhée, à la flatulence, aux gaz intestinaux et à la colopathie spasmodique, au côlon irritable. Il énuméra les principaux facteurs étiologiques de ces affections et en indiqua la thérapeutique. Il termina par quelques considérations sur le dolichocôlon et sur la valeur de la psychothérapie dans les troubles digestifs non organiques.

Au cours de la même séance, le docteur Georges Jolivet parla d'une façon brillante sur les hématuries.

Le docteur Jean Gratton rapporta le cas d'une jeune femme enceinte, hypertendue et ayant présenté déjà deux crises de toxémie de la grossesse. La discussion porta sur le pronostic et sur l'orientation de la thérapeutique.

Séance du 18 octobre 1949

Le 18 octobre, le docteur Jean-Louis Léger, revenu du congrès européen de Neurochirurgie et de Neuroradiologie, fut le médecin invité au «mardi des internes». Il présenta à l'assemblée les films les plus intéressants de la semaine: un diverticule de Zenker, six niches au niveau de l'estomac ou du duodénum, une occlusion du grêle, une atrésie complète du côlon chez un nouveau-né, deux kystes rétropéritonéaux appartenant vraisemblablement au rein, un néo du rectum, une méningocèle, une tumeur du cervelet et deux tumeurs cérébrales.

Cette initiative du docteur Léger fut si goûtée que, quelques jours plus tard, après une délégation d'internes, les autorités de l'hôpital et du département de Radiologie décidèrent que, dorénavant, tous les jeudis après-midi de 4.30 à 5.30 hres, les radiogrammes les plus suggestifs des derniers jours seraient interprétés à l'amphithéâtre.

Un travail intéressant fut offert par le docteur Gaétan Lemire sur les urgences au cours des comas par les dépresseurs. Il rappela les complications possibles et indiqua le traitement à suivre devant un coma alcoolique, un coma à la suite d'une intoxication par le monoxyde de carbone, un coma barbiturique et un coma par la morphine.

Le docteur Lafleur rapporta un cas d'anémie pernicieuse traitée avec la vitamine Bl2 et le docteur Jean Prud'homme, après avoir décrit un cas de purpura non-thrombocytopénique essentiel, demanda des suggestions thérapeutiques.

Séance du 25 octobre 1949

Ce fut le docteur Charles-Emile Grignon qui fut l'invité d'honneur à l'après-midi des internes, le 25 octobre. Le docteur Grignon avait choisi de nous parler de la stérilité.

Il rappela que de 25 à 40% des hommes étaient en cause dans les cas de stérilité conjugale. Il énuméra les principales causes générales de celle-ci, soit: l'hypoprotéinémie, l'avitaminose A, les infections générales, les fièvres prolongées et les troubles circulatoires. Quant aux causes particulières, elles peuvent être: les anomalies des organes génitaux, les infections du testicule et des vésicules séminales chez l'homme, l'anovulation, les anomalies et les infections de la vulve, du vagin, de l'utérus et des annexes chez la femme.

En terminant, le docteur Grignon insista sur l'importance de l'examen du sperme, de la biopsie du testicule, de la biopsie de l'endomètre et de l'insufflation des trompes pour le diagnostic et le pronostic de la stérilité.

Au cours d'une communication subséquente, le docteur Armand Trépanier traita des urgences en urologie. Il s'arrêta notamment aux lésions aiguës du rein, de l'uretère, de la vessie et de l'urètre ainsi qu'aux rétentions complètes.

Puis le docteur Marc Geoffroy présenta un patient souffrant d'une affection cardio-rénale dont l'auditoire discuta longuement.

NOUVELLES

À LA COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR L'AVANCEMENT DES ARTS, DES LETTRES ET DES SCIENCES AU CANADA

(le 10 novembre 1949)

Le docteur Philippe Panneton, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, déposant en son nom personnel, attire l'attention de MM. les Commissaires sur le règlement suivant du Ministère de l'Impôt sur le revenu:

Pour les médecins, les dépenses encourues dans un voyage à un congrès médical à l'étranger ne sont déductibles de l'Impôt que si tel congrès a lieu aux Etats-Unis.

J'attire l'attention de MM. les Commissaires sur un fait qui semble avoir été négligé par les autorités; à savoir que le Canada est pays britannique et non américain. Comment se fait-il que les dépenses encourues pour assister à un congrès en Grande-Bretagne ne sont pas déductibles de l'impôt; de même qu'aux congrès en France, qui pourtant est la source de l'une de nos deux grandes cultures!

L'évolution vers l'américanisation et l'éloignement graduel de nos sources britannique et française sont des faits que l'on peut regretter et qui sont malheureusement encouragés par de tels règlements.

LE COMITÉ FRANCE-CANADA

Le comité France-Canada de l'A.D.R.M. a appris à sa dernière réunion, avec une profonde émotion, la mort tragique du professeur Legrand, et des docteurs René Dandurand et Azarie Cousineau, survenue le 9 octobre. Il charge l'« Association des Médecins de Langue Française du Canada », de transmettre, aux familles de ses confrères et à tout le corps médical canadien, ses condoléances confraternelles.

Le secrétaire:
Docteur CHIGOT.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'EST DE MONTRÉAL

L'assemblée générale annuelle de l'Association des Médecins de l'Est de Montréal avait lieu le mardi 13 décembre 1949, au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur Paul Letondal. Cette réunion coïncidait avec le dernier dîner-causerie organisé par l'Association en 1949.

A l'issue de la conférence du docteur J.-Roméo Pépin, de l'Hôtel-Dieu, sur « le Praticien et l'Université », des vœux furent adoptés pour améliorer l'enseignement dans les Facultés de Médecine, dans l'intérêt de la santé publique. On appuya fortement sur la nécessité de modifier les programmes en vue de préparer avant tout des praticiens de médecine générale. Dans ce but, on suggéra même l'institution d'un internat de deux ans dans les hôpitaux universitaires, sous le contrôle des Facultés de Médecine, pour la formation immédiate d'omnipraticiens, destinés aux centres ruraux ou éloignés de la province.

L'importance pratique des cours de perfectionnement pour les médecins est telle qu'on a émis le vœu que soit fondé un Institut d'enseignement médical postscolaire dans la province de Québec, qui serait exclusivement consacré à ce genre d'enseignement.

Enfin, l'on a suggéré que l'enseignement officiel des maladies contagieuses soit donné à l'hôpital Pasteur aux étudiants en médecine de l'Université de Montréal. Cet hôpital, situé dans l'est de la ville — et qui est un modèle du genre, — comprend 350 lits exclusivement pour les maladies contagieuses.

Le Prix de l'Association des Médecins de l'Est, fondé en 1949, pour récompenser le meilleur travail sur « la profession médicale et l'Etat », a été accordé au docteur Conrad Gagnon. Ce Prix, au montant de $100.00, était un don de la Pharmacie Sarrazin et Choquette.

Dans son rapport annuel comme secrétaire, le docteur Julien Pesant souligna que l'Association avait inauguré la formule des dîners-causeries qui s'est révélée particulièrement heureuse. Les sujets traités, les conférenciers et les laboratoires qui ont coopéré, au cours de l'année 1949, furent les suivants: « Le Praticien et le Laboratoire », par le docteur Eugène Robillard, de l'Université de Montréal (Laboratoire Marois) ; « Le Praticien et les Hôpitaux », par le docteur Emile Blain, de l'hôpital Notre-Dame (Laboratoire Lancet) ; « Le Praticien et les Spécialistes », par le docteur Alphonse Bernier, de l'hôpital Saint-Luc (Anglo-French) ; enfin, « Le Praticien et l'Université », par le docteur J.-Roméo Pépin, de l'Hôtel-Dieu (Laboratoire Nadeau).

Après ces conférences, il y eut discussion et des vœux furent adoptés pour améliorer les conditions de la pratique médicale. En voici la teneur:

1° Que les associations médicales soient consultées à l'avenir pour la nomination des médecins qui feront partie des commissions ou comités destinés à éclairer le Gouvernement en matière d'hygiène et de médecine préventive.

2° Que les pouvoirs publics contribuent à augmenter le nombre de nos compétences dans le laboratoire et les rayons X par l'octroi de bourses d'études à des médecins désireux de se spécialiser dans ce domaine et qu'on leur accorde par la suite une situation convenable avec une juste rémunération.

3° Qu'un hôpital général de 600 lits soit fondé dans l'est de la ville de Montréal. Les autorités compétentes sont instamment priées de voir à sa réalisation prochaine dans le plus bref délai possible.

4° Que les programmes de l'enseignement médical, dans les hôpitaux de langue française de la ville de Montréal, soient publiés régulièrement dans nos revues de médecine et que les praticiens soient invités à bénéficier de cet enseignement. Dans ce but, un comité a été formé et chargé de recueillir les renseignements nécessaires pour les transmettre à la direction de nos revues médicales.

C'est avec joie et un sentiment de légitime fierté que les membres de l'Association ont appris la décision du Gouvernement provincial d'accorder l'octroi depuis si longtemps demandé pour un hôpital général dans l'est de Montréal. Il est indéniable que le travail effectué par les différents conseils qui se sont succédés et que le dernier vœu adopté au mois de mai 1949 et adressé à l'honorable Maurice Duplessis, ont aidé sonsidérablement à la réalisation du projet.

En terminant son rapport annuel, le docteur Pesant a rendu hommage au président sortant de charge, le docteur Paul Letondal, pour son esprit d'initiative et sa compréhension des problèmes du praticien. Il a donné à l'Association une heureuse impulsion et le Conseil qu'il a dirigé a réalisé le programme qu'il s'était tracé au début de l'année.

En quittant la présidence, le docteur Letondal remercia ses collègues de leur coopération et souligna le fait que l'Association terminait l'année avec un excellent état financier, malgré les dépenses occasionnées par l'organisation des dîners-causeries, ainsi que l'atteste le rapport du trésorier, le docteur René Major.

Avant de clore l'assemblée, l'on procéda à l'élection des membres du nouveau Conseil pour l'année 1950 avec les résultats suivants: président, le docteur L.-René Dionne; 1er vice-président, le docteur Gérard Rivard; 2e vice-président, le docteur Viateur Archambault; 3e vice-président, le docteur Origène Dufresne; secrétaire, le docteur Julien Pesant; trésorier, le docteur René Major; conseiller, le docteur Paul Letondal, président sortant de charge; directeurs: les docteurs Lucien Amyot, Léon Ledoux, Conrad Gagnon et J.-E. Limoges.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR ALPHONSE BERNIER SUR LE PRATICIEN ET LES SPÉCIALISTES

Allocution de l'hon. Marc Trudel

Au troisième dîner-causerie de l'Association des Médecins de l'Est qui avait lieu le 15 novembre 1949, au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur Paul Letondal, président de l'Association, le docteur Alphonse Bernier, de l'hôpital Saint-Luc, prononça une conférence sur « le Praticien et les Spécialistes ».

Après avoir exposé cette délicate question d'éthique médicale, le docteur Bernier exprima son opinion sur les tendances actuelles de la médecine vers la spécialisation.

Il est aujourd'hui très difficile, pour ne pas dire impossible, dit-il, à un seul homme d'emmagasiner et de retenir toutes les connaissances nouvelles, souvent indispensables à un exercice scrupuleux et logique de la médecine. Alors le praticien limite son champ d'action. Il se spécialise.

D'aucuns se sont élevés contre cette tendance. Ici le conférencier tente de faire la part des choses. Cette spécialisation, on ne pourra jamais l'arrêter et si jamais on tentait de le faire, on risquerait gros jeu, tout l'avenir de la médecine.

Quoi que l'on fasse, la spécialisation restera et se développera davantage. Mais est-ce à dire pour cela que le praticien général est voué à une disparition plus ou moins rapprochée. Le docteur Bernier ne le croit pas, mais est d'avis que dans quelques années, la tâche du praticien de médecine générale sera probablement la plus lourde à porter.

Au cours de la discussion qui suivit cette conférence, l'honorable Marc Trudel, président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, invité à prendre la parole, expliqua le but du Bill qui accorde au Collège le privilège de donner des certificats de compétence dans les différentes spécialités médicales et chirurgicales. Ce que l'on veut, dit-il, c'est que le médecin spécialiste soit certifié par ses pairs, c'est-à-dire ses collègues dans la spécialité. C'est une protection non seulement pour le public, mais même pour le praticien de médecine générale. Le docteur Trudel profite de la circonstance pour féliciter le conférencier et les organisateurs de ce dîner-causerie pour le succès remporté et souligna l'intérêt de ces réunions où sont étudiés les problèmes du praticien.

CONFÉRENCE DU PROFESSEUR J.-ROMÉO PÉPIN SUR LE PRATICIEN ET L'UNIVERSITÉ

Le professeur J.-Roméo Pépin, de l'Hôtel-Dieu, était l'hôte d'honneur et le conférencier de l'Asso-

ciation des Médecins de l'Est, lors du dernier dîner-causerie de l'année 1949, qui avait lieu le mardi 13 décembre, au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur Paul Letondal, président de l'Association. A cette occasion, le docteur Pépin parla du « Praticien et de l'Université ».

Ce dîner, gracieusement offert aux membres de l'Association des Médecins de l'Est par le Laboratoire Nadeau, terminait une série de quatre dîners-causeries consacrés à l'étude des problèmes du praticien au cours de l'année 1949.

Voici les conclusions de la causerie du professeur Pépin: « 1° L'Université doit assurer l'enseignement en fonction de l'orientation de la majorité de ses élèves; 2° 75% d'entre eux se destinent à la pratique de la médecine générale, soit dans les milieux urbains, ou ruraux; 3° l'évolution rapide de la médecine lui crée le devoir impérieux d'organiser des cours de perfectionnement (refreshing courses), ainsi que le disent nos confrères américains, qui permettent à tous les médecins de se tenir à la page sans le souci d'un séjour d'études à l'étranger; 4° la Faculté de Médecine doit accepter comme une nécessité l'adoption d'un plan décennal, d'après lequel on assurera aux chaires de clinique et de matières de base des assistants de première valeur; 5° le fonctionnement de ce plan devrait pourvoir à l'octroi de bourses par le gouvernement non pas au postulant lui-même, mais à la Société d'administration qui, à son tour, se baserait sur les recommandations de la Faculté pour leur attribution; 6° il est désirable de conseiller fortement aux boursiers de puiser à la culture fraiçaise comme à la culture américaine. »

LE DOCTEUR CONRAD GAGNON OBTIENT LE PRIX DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'EST DE MONTRÉAL POUR SON TRAVAIL SUR LA PROFESSION MÉDICALE ET L'ÉTAT

Le Conseil de l'Association des Médecins de l'Est de Montréal, à la suggestion de son président, le docteur Paul Letondal, avait fondé en 1949 un Prix, pour récompenser le meilleur travail sur « la profession médicale et l'Etat ». Ce prix au montant de $100.00, gracieusement offert par la Pharmacie Sarrazin et Choquette, a été accordé au docteur Conrad Gagnon, le 13 décembre 1949, lors de l'assemblée générale annuelle des membres de l'Association.

SYMPOSIUM SUR LES SYNDROMES CŒLIAQUES À LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE MONTRÉAL

La Société de Pédiatrie de Montréal tenait sa première réunion de l'année 1950, le jeudi 12 janvier dernier, au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur Paul Letondal.

Cette séance était entièrement consacrée à l'étude des acquisitions récentes sur les syndromes cœliaques. Le sujet fut présenté, sous forme de symposium, de la façon suivante:

a) Les syndromes cœliaques. Classification. Etude clinique et thérapeutique. — docteur Paul Letondal;

b) Les syndromes cœliaques. Coprologie clinique. — docteur N.-R. Bouziane;

c) Les syndromes cœliaques. La fibrose kystique du pancréas. — docteur Raymond Labrecque.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Mardi, le 20 décembre 1949, eurent lieu à l'hôpital Saint-Luc de Montréal les élections de la Société Médicale de Montréal. Le résultat en est le suivant:

Président: docteur Origène Dufresne; premier vice-président: docteur Paul-René Archambault; second vice-président: docteur Albert Bertrand, de l'hôpital Notre-Dame; conseiller: (le président sortant de charge) docteur Albert Jutras; secrétaire-général: docteur Paul Robert; trésorier: docteur René Rolland; secrétaire des séances: docteur Pierre Marion.

NOMINATION DU DOCTEUR ROGER DUFRESNE COMME PROFESSEUR TITULAIRE

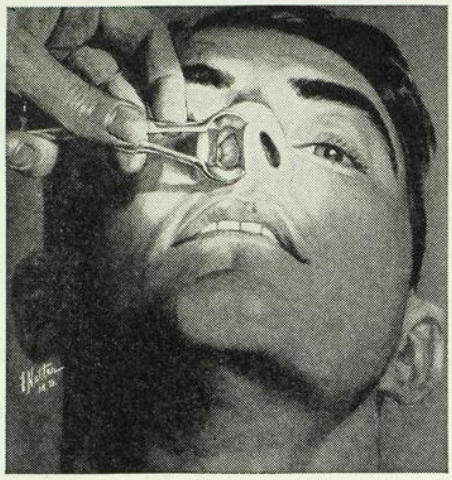
Le Conseil de la Faculté de Médecine a nommé le docteur Roger Dufresne, de l'hôpital Notre-Dame, professeur titulaire de matière médicale et de thérapeutique; l'élection a eu lieu à la séance de novembre 1949.

NOMINATION, COMME PROFESSEUR AGRÉGÉ, DU DOCTEUR JEAN-LÉON DESROCHERS

Le Conseil de la Faculté de Médecine a, sur recommandation du jury, nommé, après concours, le docteur Jean-Léon Desrochers, attaché à l'Hôtel-Dieu et à Sainte-Justine, professeur agrégé en neurologie.

ÉLECTIONS DU BUREAU DU SANATORIUM PRÉVOST

A l'assemblée annuelle tenue le 19 décembre 1949, les membres du bureau médical du Sanatorium Prévost ont fait le choix de leurs officiers pour l'année



Comment la **double action** de Par-Pen vous aide à combattre l'infection intra-nasale

Par-Pen exerce: 1. Une constriction plus rapide et plus prolongée par la solution de bromhydrate de Parédrine. La Parédrine avance la ventilation et l'écoulement et ainsi assiste la bactériostase au siège de l'infection.

Par-Pen exerce: 2. La puissante action anti-bactérienne de la pénicilline sodique cristallisée dont la concentration de 500 unités par cc. est l'optimum. Par-Pen n'empêche pas l'action des cils vibratiles et n'irrite pas la muqueuse nasale. Par-Pen est présenté en flacon de 1 once liq.

Smith Kline & French Inter-American Corporation
Montréal 1

Par-Pen le vasoconstricteur-pénicillin

pour emploi intra-nasal

1950. Ont été élus: président, le docteur Roma Amyot; secrétaire, le docteur Paul Larivière; conseillers, les docteurs Léon Gérin-Lajoie, Alcide Pilon et Jean Saucier, directeur médical.

CONSEIL MÉDICAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE L'ARTHRITE ET DU RHUMATISME (DIVISION DE QUÉBEC)

Lors d'une séance du comité exécutif et des directeurs de la Société Canadienne de l'arthrite et du rhumatisme (division de Québec), tenue à l'Hôtel Windsor, sous la présidence de M. Paul Vaillancourt, le docteur H. P. Wright, son vice-président, a fait connaître la liste des médecins appelés à faire partie du comité médical consultatif. Les voici: docteurs Albert Jutras, Gaston Gosselin et Roland Dussault, de l'Hôtel-Dieu; Eugène Robillard, professeur de physiologie; E. S. Mills, professeur de médecine à McGill; G. R. Brow, du Royal Victoria; Charles H. Létourneau, de l'hôpital de la Reine Marie; Lyman Duff, doyen de McGill; Louis Johnson, du Royal Victoria; S. Dworkin, assistant professeur de physiologie à McGill; G. J. Petrie, orthopédiste; J. Turner, surintendant médical du Royal Victoria; E. R. Watson, du Montreal General Hospital; Adélard Groulx, médecin-chef du Service de Santé; Edmond Dubé, doyen de la Faculté de Montréal; Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé; Roger Gariépy, de l'hôpital du Sacré-Cœur; Roméo Pépin, de l'Hôtel-Dieu; Henri Charbonneau, de l'hôpital Pasteur; Charles Vézina, doyen de Laval; Georges Hébert et Jules Prévost, de l'hôpital Notre-Dame; Berchmans Paquette, chef du service de Santé de Québec; J.-Baptiste Jobin, de l'Hôtel-Dieu de Québec, et Jean Bouchard, du Royal Victoria Hospital.

Des centres pour la lutte contre le rhumatisme seront maintenus par la Société à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Royal Victoria de Montréal et à l'Hôtel-Dieu de Québec.

RÉUNION À MONTRÉAL DES RADIOLOGISTES

Les 4, 5 et 6 janvier 1950, se tiendront à l'Hôtel Windsor de Montréal, les séances annuelles de l'Association canadienne des Radiologistes.

Le docteur E. M. Spencer, de Saskatoon, est le président actuel de l'Association; les secrétaire-trésorier et assistant secrétaire-trésorier en sont les docteurs E. M. Crawford et Jean Bouchard, de Montréal; les conseillers du district de Montréal sont les docteurs Origène Dufresne et D. L. McRae.

Les séances auront également lieu à l'Institut Neurologique, à l'hôpital de la Reine Marie, à Saint-Luc et à Notre-Dame.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE SAINT-SAUVEUR

Le 14 décembre, la Société Médicale de Saint-Sauveur de Québec tint son assemblée générale annuelle, au cours de laquelle eurent lieu les élections du bureau pour 1950.

Le docteur Jacques Tremblay a été élu président, en remplacement du docteur Rosaire Rainville. Le premier vice-président est le docteur Adrien Pouliot, le second vice-président est le docteur Emilien Maranda, le secrétaire est le docteur Roland Gingras et le docteur Jean-Louis Létourneau a été nommé trésorier.

CONFÉRENCE DU PROFESSEUR AGRÉGÉ HENRI GASTAUT À L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Mardi, le 20 décembre 1949, sur invitation du professeur Jean Saucier, le professeur agrégé Henri Gastaut, de Marseille, donna une conférence à l'Hôtel-Dieu de Montréal sur l'épilepsie et le rôle de la lumière dans sa production, vu à l'électro-encéphalographie.

La leçon a été suivie d'un film sonore sur le même sujet.

LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CRIMINOLOGIE

Vendredi, le 16 décembre 1949, le Sanatorium Prévost fut l'hôte d'un conférencier français chargé de l'organisation de comités nationaux devant faire partie de la Société Internationale de Criminologie, le docteur Pierre Piprot, d'Alleaume. Cette société a été fondée à Rome en 1938 et tiendra un Congrès à Paris en septembre 1950.

Le Comité local canadien a été choisi à l'issue de la causerie. Le docteur Paul Larivière en a été élu président; les docteurs Ewen Cameron et Rosario Fontaine en sont les vice-présidents; le Père Noël Mailloux, o.p., en est le secrétaire.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de Chirurgie de Montréal a tenu sa séance de décembre à l'hôpital Notre-Dame sous la présidence du professeur Paul Bourgeois. Les com-

HEMO-BEX

afin . . .
qu'ils resplendissent
de santé

Tonique efficace et agréable au goût, spécialement indiqué pour enfants.

VITAMINE "D" Sels de Calcium, Glycérophosphate de Fer, Manganèse plus facteurs de **VITAMINE "B".**

"Santé et Maladie"



ANGLO-FRENCH DRUG Cie, Ltée,
Montréal 18, P. Q.

Généreux échantillons à Messieurs les Médecins.

munications au programme étaient au nombre de deux. La première, faite par le professeur Bourgeois, portait sur l'évolution d'un cancer du rectum, et, la seconde, présentée par le docteur Jean Tremblay, était intitulée: Diagnostic d'élimination.

LES DERMATOLOGISTES EN CONGRÈS

Les docteurs Paul Poirier, Georges Leclerc, Jean-Paul Foisy et Henri Smith ont assisté au congrès de l'« American Academy of Dermatology », tenu à Chicago du 4 au 8 décembre 1949.

L'ÉCOLE D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Messieurs les professeurs Lépine et Simonnet ont repris leurs cours sur les Virus et la Nutrition respectivement.

L'Ecole remplit son rôle national en recevant les étudiants de langue française du Canada désireux de se perfectionner dans l'hygiène publique et boursiers des différents ministères provinciaux. Parmi eux se trouvent le docteur Léonard Marcoux, boursier de la province du Manitoba, et le major Paul Bazinet, M.D., boursier de l'Armée canadienne.

Le rayonnement international et la mission culturelle franco-latine de l'Ecole se trouvent aussi affirmés du fait que le gouvernement français y tient un boursier, le docteur vétérinaire Jean Haag.

L'Ecole des infirmières-hygiénistes est maintenant intégrée dans l'Ecole. Les cours que tous les groupes suivent en commun constituent une économie et préparent les hygiénistes à leur futur travail d'équipe.

LE PROFESSEUR PIERRE LÉPINE À L'INSTITUT DE MICROBIOLOGIE

Le retour du professeur Pierre Lépine a coïncidé avec l'établissement définitif du Service des Virus.

Le Service des Virus s'est enrichi de précieux instruments de laboratoire: une supercentrifugeuse « Sharples » tournant à 50.000 tours autostérilisable, une centrifugeuse « International » réfrigérée.

LES PROFESSEURS PANISSET ET FORTÉ DE RETOUR

M. le docteur vétérinaire Maurice Panisset et M. Lionel Forté, B.Ph., M.Sc., sont revenus de divers congrès scientifiques dont l'un à Istamboul où M. Panisset a présenté des travaux. Sur le chemin du retour, il a donné quelques leçons en France et M. Forté a procédé à des démonstrations.

CONFÉRENCE DU PROFESSEUR ARMAND FRAPPIER

Récemment, le docteur Armand Frappier a été invité comme conférencier par « Trudeau School of Tuberculosis », N.-Y., école qui a formé la plupart des spécialistes phtisiologues des Etats-Unis.

NOUVEAU BOURSIER À L'INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE

L'Institut de Microbiologie et d'Hygiène a accueilli un boursier de la « Lady Davis Foundation », le docteur Sherman-Warczewski, autrefois du service du professeur Pasteur Vallery-Radot, à Paris.

VISITEURS DISTINGUÉS À L'ÉCOLE D'HYGIÈNE

L'Institut a reçu la visite du Dr Herman Hilleboe, Commissioner of Health pour l'Etat de New-York, une autorité mondiale dans les questions de tuberculose; le docteur Oliver, de la « Rockefeller Foundation », et M. Pierson, de la « Paderewski Foundation ».

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL SAINT-LUC

Les récentes élections à l'hôpital Saint-Luc, pour l'année 1950, ont donné le résultat suivant:

Conseil médical: président, docteur Alphonse Bernier; vice-président, docteur Alfred LeRoy; secrétaire, docteur Marcel Ostiguy; représentant du Conseil à l'Administration, docteur W. Tremblay.

Bureau médical: président, docteur L.-Ivan Vallée; vice-président, docteur Adrien Tremblay; secrétaire, docteur René Major; secrétaire aux assemblées scientifiques, docteur Laurent Pesant; représentant du Bureau médical au Conseil médical, docteur C.-E. Roy.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR F. W. CLÉMENT À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La Société des Anesthésistes de la province de Québec a été l'hôte d'un distingué collègue des Etats-

Nouveau Traitement Scientifique

pour les

ULCÈRES GASTRIQUES

et DUODÉNAUX

ROBUDEN

VOIE BUCCALE et INJECTABLE

Dragées à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE, préparés de diverses méthodes

Ampoules injectables à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE. préparés de diverses méthodes

Société suisse de gastro-entérologie

Genève 22-23 juin 1946

(Voir Médecine et Hygiène, no 78)

Suite des résumés des communications

II

P.-d. Dr H. Kapp (Bâle)

1. Le traitement de l'ulcère gastrique et duodénal par le Robuden.

L'accroissement, ces dernières années, des ulcères gastriques et duodénaux a contribué au fait que de nombreux cas ont dû être traités ambulatoirement. L'étude de nombreux médicaments dans des conditions graves a été ainsi rendue possible.

Rapport sur le traitement avec le Robuden.

Sur 30 cas d'ulcères gastriques, la niche, après le traitement, avait disparu dans 21 cas, persisté dans 9 cas et récidivé dans 5 cas. On constate donc un succès temporaire dans les deux tiers des cas et un succès durable dans environ la moitié des cas traités.

Sur 34 cas d'ulcères duodénaux, la niche, après le traitement, avait disparu dans 29 cas, persisté dans 5 cas et récidivé dans 5 cas. Succès temporaire, cinq sixièmes des cas et succès durable, deux tiers des cas.

On peut conclure sur la base de ces recherches que le traitement ambulatoire avec le Robuden fournit des résultats comparables à ceux du traitement par le repos et la diététique.

Documentation et échantillon médical envoyés sur demande.

Préparé par

LES LABORATOIRES ROBAPHARM SOC.

BÂLE, SUISSE

Représentants exclusifs au Canada

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL - MONTRÉAL

Unis, le docteur F. W. Clement, de Toledo (Ohio), mardi, le 15 novembre, à l'Université de Montréal.

Le docteur Clement est l'élève du docteur McKesson et il est un protagoniste convaincu de l'anesthésie générale au protoxyde d'azote associé à l'inhalation d'oxygène. Il a d'ailleurs écrit un volume bien coté sur le sujet de ce mode d'anesthésie et il en a fait l'objet de sa conférence. Il a été présenté par le professeur Edouard Desjardins et remercié par le docteur Moïse Clermont.

CERTIFICATS DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

Les examens d'automne du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada se sont tenus à peu près simultanément pour l'obtention du certificat de spécialiste et pour le « fellowship ».

Au nombre des candidats qui ont obtenu leur certificat, on note les noms des docteurs Germain Bigué, d'Amos et Montréal, Conrad Saint-Jean, de Granby, Jules Lavoie et J. Marceau, de Québec, en chirurgie générale; des docteurs Claude Monfette, Gaston Duclos, Rol. Cloutier, René Charbonneau et Michel Mathieu, de Montréal, en ophtalmologie; du docteur Jean-Paul Jean, de Montréal, en électroradiologie; des docteurs Paul Guertin et Raymond Blais, de Montréal et Hubert Tougas, de Verdun, en oto-rhino-laryngologie; du docteur Albert Royer, de Montréal, en pédiatrie; du docteur Jacques Olivier, de Sherbrooke, en bactériologie et anatomie pathologique; du docteur Maurice Saint-Martin, de Montréal, en bactériologie.

ASSOCIATION DES MÉDECINS CANADIENS EN FRANCE

Composition du comité de l'Association des Médecins canadiens en France, fondée à la Maison canadienne à Paris, le 27 octobre 1949:

Président honoraire à titre français: professeur Raoul Kourilsky; *président honoraire à titre canadien*: docteur Donatien Marion; *membres honoraires*: docteurs Eugène Thibault, Richard Gaudet, Jean Champeau.

Comité: *président-fondateur,* docteur Paul Vigneau; *secrétaire,* docteur Flavien Melanson; *trésorier,* docteur François Brisson; *conseillers,* docteur Vincent Gauthier, docteur Benoît Boucher, docteur Caron et docteur Powers.

COMITÉ PERMANENT DE LA SURVIVANCE FRANÇAISE EN AMÉRIQUE

Lors de la dernière réunion plénière tenue à Québec, en novembre dernier, le docteur Wilfrid LeBlond a été nommé membre et élu directeur du Comité Permanent de la Survivance Française en Amérique.

ÉLECTIONS AU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS DE QUÉBEC

Le docteur Wilfrid LeBlond a été élu président du Bureau médical de l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Il succède au docteur Paul Rochette. Le docteur LeBlond est directeur du laboratoire de l'hôpital de l'Enfant-Jésus; il est également professeur titulaire à la Faculté des Sciences Sociales, professeur agrégé à la Faculté de Médecine et chargé de cours à l'Ecole de Commerce de l'Université Laval.

PLUS DE 320.000 ÉCHANTILLONS EXAMINÉS AUX LABORATOIRES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le nombre des échantillons examinés au laboratoire de sérologie, pour la recherche et le contrôle des maladies vénériennes, a atteint les chiffres de 314.272 pour le sang et 6.470 pour le liquide céphalo-rachidien, au cours de l'année 1948. L'augmentation sur l'année précédente fut de 10,8%, et, comme une diminution de 10,3% avait été notée en 1947, alors que le licenciement des forces armées était terminé, le total des échantillons se trouve être à peu près le même en 1948 qu'en 1946. Par contre, la somme de travail accompli a été plus considérable du fait que sur 4.905 échantillons de sang, une réaction quantitative de Kahn fut pratiquée avec 8 dilutions croissantes de sérum et qu'une réaction quantitative de Wasserman fut ajoutée comme contrôle sur 1.555 échantillons. Tels sont les renseignements qui paraissent dans le rapport annuel de la division des maladies vénériennes du ministère provincial de la Santé que dirige l'honorable docteur J.-H.-A. Paquette.

« La division des maladies vénériennes considère l'éducation comme le facteur principal de sa campagne antivénérienne et elle poursuit ses efforts pour répandre les notions de prévention et de guérison des maladies vénériennes, dit le rapport.

« Dans ce but, des conférences sont organisées à l'intention de la population médicale, industrielle, scolaire, etc. Ces conférences, illustrées de films, sont données à des groupes différents réunissant des audi-

...le plus facilement absorbé *

FERROCHLOR E.B.S.



LE CHLORURE FERREUX EST LA FORME SOUS LAQUELLE LE FER EST LE PLUS FACILEMENT ABSORBÉ*

LIQUIDE Chaque once liquide fournit 16 grains de chlorure ferreux et 6 mg. de Vitamine B_1. Présenté en bouteilles de 1 livre, 80 onces et 1 gallon.

COMPRIMÉ Chaque comprimé équivaut à 2½ grains de chlorure ferreux combiné avec 1.0 mg. de Vitamine B_1. Présenté en flacons de 100, 500 et 1000 comprimés.

*Documentation sur demande.

THE E.B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO., LTD. TORONTO, CANADA

Représentants:

M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q. — M. A. A. Summers, Morrisburg, Ont.
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont St-Denis, Wolfesfield Park, P. Q.
M. Léon Viens, 9510, rue Saint-Hubert, Montréal, P. Q. — M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.

toires du même âge, du même sexe, afin que chaque groupe reçoive les renseignements appropriés.

« Un grand nombre de publications éducationnelles sont continuellement distribuées, des causeries à la radio sont données périodiquement et des *nouvelles éclairs,* qui frappent l'imagination des auditeurs, sont fréquemment irradiées. »

53.967 EXAMENS D'ENFANTS DE 6 ANS OU MOINS

Pour vivre longtemps, il faut vivre sans excès, ni abus. Modération en toutes choses.

Les hommes ne vivent pas longtemps parce qu'ils veulent vivre trop vite, écrit un homme du XVIIème siècle. La vie a besoin d'être entretenue avec une extrême modération; tout ce qui la surexcite est nuisible à sa fin. Pour vivre longtemps, il faut vivre doucement; de même que pour marcher longtemps, il faut aller selon son pas ordinaire, et non courir. Ce sont là des conseils que donnent les hygiénistes de tous les temps. Une vie sage et régulière contribue assurément pour beaucoup à la prolongation de l'existence. Il faut commencer dès le jeune âge. Bien plus, il faut que les parents y préparent soigneusement leurs enfants dès avant qu'ils aient eux-mêmes l'âge de le faire. C'est pourquoi, dès sa naissance, l'enfant doit être habitué aux pratiques que prescrivent l'hygiène et la médecine préventive. Les Unités sanitaires procurent aux familles de la province de Québec le complément nécessaire à toute éducation à cet égard. Grâce aux cliniques de puériculture, les mères de famille peuvent se renseigner auprès des hygiénistes provinciaux sur l'état de santé de leurs petits. Au cours d'octobre, dans les territoires desservis par nos Unités, on a tenu 779 cliniques de puériculture, examinant plus de seize mille nourrissons et plus de dix mille enfants d'âge préscolaire. Les nourrissons visités à domicile ainsi que les moins de six ans ont également bénéficié des avantages que procurent les Unités sanitaires puisque 11.303 nourrissons et 15.359 enfants de six ans ou moins ont eu la visite des hygiénistes. C'est ainsi que le ministère de la Santé s'efforce de répandre les notions d'hygiène et de médecine préventive et d'en faire profiter nos nombreuses familles.

VERATRITE

Dans l'hypertension

FORMULE:

Chaque tablette contient: **Veratrum Viride** (titré biologiquement), 3 Unités Craw, Nitrite de Soude, 1 gr., Phénobarbital, ¼ gr.

ACTION:

Il est aujourd'hui prouvé que le Veratrum Viride administré oralement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. Le Veratrum Viride produit un effet plus constant et de plus longue durée. (Dr. Edouard D. Freis, Medical Clinic of North America, Boston, numéro septembre 1948).

La vaso-dilatation neurogénique, observée en premier lieu par Wilson & Smith, relativement à l'action du Veratrum Viride, est d'un avantage considérable dans le traitement de l'hypertension.

POSOLOGIE:

Administrer une tablette 2 heures après chaque repas durant la première semaine. Augmenter ou diminuer la dose selon la réaction du patient.

Documentation et échantillons envoyés aux médecins sur demande.

Fabriqué par IRWIN NEISLER & CO., Decatur, Ill., U.S.A.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,
2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

OSMOPAK

localise sûrement l'infection

FORMULE:

OSMOPAK est un pansement osmotique émollient composé de 58% de sulfate de magnésie, de 1-2% de benzocaïne et de 1-25,000 de vert brillant, dans une base miscible à l'eau.

OSMOPAK est recommandé dans tous les cas d'infection en général, clous, furoncles, plaies diabétiques, etc., et dans le traitement d'inflammation ou d'infections locales purulentes des mains, des pieds ou de tout autre tissu sous-cutané. L'OSMOPAK procure le maximum de drainage avec un minimum de perte de tissu. Il est aussi recommandé dans la cervicite et la vaginite.

Présentation: Pots de 115 et 577 grammes.

Echantillon médical et documentation sur demande.

Manufacturé par Irwin Neisler Co., Decatur, Ill. U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,
2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

REVUE DES LIVRES

E. BRUMPT, membre de l'Académie de Médecine, prof. honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, directeur honoraire de l'Ecole de Malariologie de l'Université de Paris. — **Précis de parasitologie.** Sixième édition entièrement remaniée. Deux volumes, 2.138 pages; 1.305 figures, 4 planches dont 2 en couleurs. Collection de Précis Médicaux. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Depuis la 5e édition de cet ouvrage, en 1936, les études parasitologiques ont été nombreuses et ont pris une importance pratique des plus grandes du fait de la seconde guerre mondiale. Il a fallu à l'auteur beaucoup de temps pour compulser l'immense accumulation de documents publiés sur les divers aspects de la parasitologie théorique et appliquée.

De nombreux voyages lui ont d'autre part permis de rapporter des milliers de photographies concernant l'épidémiologie des maladies parasitaires et un abondant matériel scientifique, vivant ou mort.

D'importantes découvertes et de remarquables progrès ont été faits depuis 1936 dont nous rappelons les principaux: rôle des arthropodes vecteurs établi sur des bases expérimentales; identification de diverses fièvres récurrentes déterminées par des spirochètes; distribution géographique de l'amibe dysentérique; leishmanioses cutanées et viscérales; lutte contre les trypanosomoses humaines; lutte contre la maladie de Chagas; sporozoaires (recherches sur la toxoplasmose et sur le cycle évolutif des piroplasmes et des *hepatozoon* d'animaux divers); maladies à rickettsia (Q. Fever principalement); parmi les rickettsioses récemment décrites: la fièvre pourprée sibérienne, le typhus du Kenya, les fièvres boutonneuses de Sibérie et du Queensland septentrional, la rickettsiose varicelliforme des Etats-Unis...

En helminthologie: découverte, chez les Trématodes, du cycle évolutif complet du *Dicrocoelium dendriticum;* thérapeutique et prophylaxie des bilharzioses; chez les Cestodes: découverte du cycle évolutif des anoplocéphalidés chez les Oribatidés. L'onchocercose a été beaucoup étudiée en Afrique et en Amérique; le cycle évolutif du strongle géant a été découvert en 1945.

L'entomologie médicale a fait l'objet de très importantes recherches: rôle de nouveaux acariens (*dermanyssus sanguineus,* divers ixodinés); étude plus poussée des trombiculidés; lutte contre les réduvidés, les simulies; rôle vecteur de diverses parasitoses par les phlébotomes; rôle des culicidés et des moustiques dans la transmission de nouvelles maladies à ultravirus; rôle très important de l'actif insecticide D.D.T.

La partie de l'ouvrage consacrée à l'étude de la mycologie a été entièrement remaniée et simplifiée. Le chapitre des champignons auxiliaires a bénéficié de certains développements.

L'ouvrage, qui tient compte de ces nouvelles acquisitions, mentionne toutes les espèces parasitaires observées chez l'homme, tout en proportionnant leur description à l'importance qu'elles possèdent dans l'état actuel des connaissances. Outre la biologie des parasites, il étudie leur mode de destruction et l'épidémiologie des maladies qu'ils déterminent ou transmettent, afin de lutter efficacement contre eux à tous les stades de leur existence. C'est pourquoi les maladies parasitaires y sont étudiées surtout au point de vue étiologique et prophylactique.

De nombreuses figures nouvelles sont venues s'ajouter à l'iconographie déjà très abondante. 513 figures sur les 1.300 de l'ouvrage sont originales et proviennent des collections recueillies par l'auteur au cours de ses voyages et des photographies qu'il a prises.

Au cours de ses éditions successives, ce livres qui était à l'origine un *Précis,* est devenu un véritable *Traité,* que seuls le travail considérable de l'auteur, la grande richesse de ses collections et sa compétence indiscutée pouvaient mener à bonne fin.

Michel DECHAUME, prof. de Clinique Stomatologique à la Faculté de Médecine, stomatologiste des Hôpitaux de Paris. — **Précis de stomatologie.** 2e édition, revue et augmentée. Un vol. de 832 pages, avec 256 figures. Collection de Précis Médicaux. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

La stomatologie trouve naturellement sa place parmi les spécialités médicales. Elle est nécessaire à la formation médicale, aux recherches scientifiques et aux progrès de la thérapeutique dentaire. D'autre part, si la pathologie dentaire participe aux règles de la pathologie générale, il est non moins certain que la thérapeutique chirurgicale des affections maxillaires gagne à être conçue et réalisée par un médecin connaissant minutieusement toutes les modalités et les répercussions des affections dentaires, les écueils et les ressources de la prothèse.

description

Le *Prothricin* est un décongestif antibiotique, topique, isotonique, efficace et non toxique, contenant de la *tyrothricine* (0.02%), et du chlorhydrate de *Propadrine* (1.5%).

prothricin

DECONGESTIF NASAL ANTIBIOTIQUE

SHARP & DOHME

applications

Le coryza,
la sinusite,
la rhinite,
et la congestion
nasale.

action

Le *Prothricin* est un
décongestif nasal
qui conserve son efficacité
bactéricide même en
présence de pus et de mucus.

Présenté en flacons d'une once avec compte-gouttes.

SHARP & DOHME (Canada) Ltd., Toronto 5, Ontario

Aussi l'auteur rappelle-t-il, au début de son ouvrage, l'essentiel de la discipline médicale: en stomatologie, même pour une simple affection dentaire, il ne faut jamais entreprendre un traitement sans avoir formulé un diagnostic précis. Ceci implique la nécessité d'un examen systématique qui ne se limite pas toujours exclusivement à la denture, mais comprend aussi l'exploration des territoires voisins de la bouche et un examen général.

Cet examen complet est indispensable pour formuler un pronostic; c'est ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, que telle ulcération tuberculeuse de la muqueuse buccale, chez un sujet indemne de bacillose viscérale, est une affection moins grave que s'il existe une tuberculose pulmonaire.

La seconde édition de ce Précis a été revue et augmentée. Il répond toujours à ce triple but: 1o instruire le médecin non spécialisé d'une pathologie dont la fréquence et la gravité lui échappent trop souvent; 2o grouper pour le stomatologiste, à côté de la pathologie courante buccale, dentaire, maxillaire, salivaire..., les maladies plus exceptionnelles de la bouche, de la face et du cou, notamment celles qui constituent la localisation primitive, parfois unique, d'une maladie générale; 3o exposer, pour le chirurgien-dentiste, les questions de pathologie dentaire sous un angle médical.

Ces notions ont été groupées de façon aussi rationnelle que possible en cinq grands chapitres.

Divisions de l'ouvrage

I. *Maladies des parties molles de la cavité buccale.* — Maladies de la muqueuse buccale. Maladies des lèvres, des gencives, du palais, du plancher de la bouche, de la langue. Autres maladies de la cavité buccale.

II. *Maladies de la dent et du ligament alvéolo-dentaire.* — Embryologie pathologie de la dentition. Maladies des dents; de la pulpe; du ligament alvéolo-dentaire. Septicité bucco-dentaire. Hygiène et thérapeutique bucco-dentaire.

III. *Maladies des maxillaires, de l'articulation temporo-maxillaire, des glandes salivaires, de la face et du cou.*

IV. *Les grandes maladies générales en stomatologie.* — Syphilis de la cavité buccale. Tuberculose et cavité buccale. Mycoses cervico-faciales. Cancer de la bouche. Avitaminoses et cavité buccale. Généralités. Troubles endocriniens, leurs répercussions bucco-dentaires.

V. *Maladies professionnelles.* — Lésions buccales, dentaires et maxillaires dans les maladies professionnelles. Maladies professionnelles du stomatologiste et du chirurgien-dentiste.

ASCHKENASY, P. BOULANGER, E. CHAIN, P. FOUCHE, A. HOREAU, B.-P. JANSEN, H.-A. KREBS, J. LAVOLLAY, A. LESPAGNOL, J. NEUMANN, J. ROCHE, F. TAYEAU. — **Exposés annuels de biochimie médicale.** Publiés sous la direction de Michel POLONOVSKI, prof. de Chimie médicale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine. 10e série. Un volume de 390 pages, avec figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Cette nouvelle série rassemble 11 conférences de chimie médicale faites par des biochimistes réputés à la Facultés de Médecine de Paris. Ces conférences portent sur des sujets d'actualité intéressant, au premier chef, le physiologiste et le médecin.

Chapitres de l'ouvrage

Etudes sur la structure et la synthèse de la pénicilline (E. Chain). — Le cycle des acides tricarboxyliques (H.-A. Krebs). — Méthodes nouvelles de dosage dans le domaine des vitamines et des acides aminés (B.-P. Jansen). — Les substances actives contre la fragilité vasculaire (J. Lavollay et J. Neumann). — Arginase et déguanidases (J. Roche). — Aspects et problèmes en génétique biochimique (P. Fouché). — Sur les récents œstrogènes de synthèse (M.-A. Horeau). — Considérations sur le métabolisme intermédiaire des acides aminés (P. Boulanger). — La structure des dérivés naturels à travers quelques méthodes et hypothèses chimiques (A. Lespagnol). — Biochimie des acides biliaires (F. Tayeau). — Biochimie de l'hépatopoïèse (A. Aschkenasy).

Sujets traités dans la neuvième série

Les protéines musculaires (M. Dubuisson). — Les isotopes stables. Leur utilisation (L. Bugnard). — Un facteur nouveau, présent dans le beurre d'été, activant la croissance chez le rat (J. Boer). — Iodoprotéines thyroïdiennes, protéines iodées par voie chimique et mécanisme de formation de la thyroxine (J. Roche et R. Michel). — Les saponosides (Ch. Sannie). — Récentes acquisitions biochimiques obtenues par l'emploi analytique de l'acide périodique (J. Courtois). — Les poisons mitotiques: activité mitoclasique et constitution chimique (P. Boulanger). — Biochimie de l'inositol (P. Fleury et P. Balatre).

Sujets traités dans la huitième série

La synthèse biologique de l'urée (F. Leuthardt). — Déterminisme chimique des réactions cellulaires au sein des foyers d'infection bactérienne (A. Boivin et A. Delaunay). — Action des vésicants et toxiques de guerre sur les protéines et les enzymes (Z.-M. Bacq et V. Desreux). — Hypothèses et expériences sur le mécanisme d'action des hydrocarbures cancérigènes (A. Lacassagne). — Lésions biochimiques (M. Florkin). — La méthionine (M. Polonovski et A. Gajdos).

AGRIPPOL



ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE

INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.



COMPOSITION

Acétophénétidine — Acide acéthylsalicylique

Chlorhydrate d'aminoxide-atropine

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

— Structure chimique et activité pharmacodynamique (A. Lespagnol). — Biogénèse, métabolisme intermédiaire et élimination des hormones ovariennes (M.-F. Jayle). — Les ferments jaunes, anciens et nouveaux (P. Boulanger). — Conceptions modernes sur la structure des anticorps (M. Macheboeuf). — Les glucosides cardiotoniques (Ch. Sannie et M. Frèrejacque). — Les effecteurs des enzymes (J. Roche et Nguyen-Van Thoai).

M. ALBEAUX-FERNET, L. BELLOT, J. DERIBREUX, M. GELINET. — **L'année endocrinologique.** Première année. Un volume de 148 pages. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Cette nouvelle collection, dont paraît la première série, se propose d'exposer les questions concernant l'endocrinologie qui ont fait l'objet de travaux récents.

Les auteurs de l'Année Endocrinologique ont voulu donner non pas le résumé sec et strict des observations et des travaux endocrinologiques parus dans l'année, mais des exposés complets de sujets à l'ordre du jour, appuyés sur une bibliographie française et étrangère. Ils ont cherché la clarté et la précision en même temps que la solidité des faits rapportés. Ils s'adressent ainsi, à la fois, aux spécialistes soucieux d'être « à la page », aux étudiants voulant moderniser leurs dossiers et aux praticiens désireux de maintenir leurs moyens de diagnostic et de thérapeutique à la hauteur des récentes découvertes.

Divisions de l'ouvrage

Surrénales: Diagnostic de la maladie d'Addison. Hypertension sèche d'origine surrénale et syndrome d'adaptation de Selye. Traitements actuels de la maladie d'Addison. Arthrites au cours de traitements par la désoxycorticostérone. — *Corps thyroïde*: Antithyroïdiens de synthèse dans le traitement des hyperthyréoses. Indications actuelles de la chirurgie dans le traitement des hyperthyréoses. Iode radioactif. — *Hypophyse*: Le test de l'intolérance à l'insuline. Les nanismes d'origine cérébrale. — *Ovaires*: Frottis vaginaux. Œstrogènes de synthèse. Troubles de la ménopause et leur traitement. Traitement des rhumatismes de la ménopause par les œstrogènes de synthèse. Obésités spongieuses féminines. — *Testicules*: Hormonothérapie masculine dans la gynécomastie. Arthroses au cours de traitements par la testostérone. — *Seins*: Hormonothérapie du cancer du sein par la testostérone. Hormonothérapie du cancer du sein par les œstrogènes de synthèse. — *Parathyroïdes*: L'hormone parathyroïdienne. Tests d'insuffisance parathyroïdienne.

Maurice DEPARIS, prof. agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des Hôpitaux de Paris. — **Névralgies du glosso-pharyngien.** Un vol. de 156 pages, avec 5 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Les névralgies du glosso-pharyngien ont été l'objet, en raison de la variété des faits, de très nombreux travaux qui ont donné une description clinique à laquelle il a été peu ajouté depuis, en même temps qu'ils apportaient la technique chirurgicale de ces redoutables névralgies.

Dès le début, on a pu montrer que la résection du nerf glosso-pharyngien pouvait supprimer la névralgie si douloureuse; les nombreuses recherches ultérieures ont permis de préciser les résultats physiopathologiques des névrotomies effectuées par voie exocrânienne ou des radicotomies endocrâniennes.

Après de nombreuses années d'observation, il fallut bien reconnaître que dans certains détails de séméiologie dans l'évolution et dans les récidives, de nombreux éléments demeuraient obscurs.

De même, dans l'étude de la séméiologie des troubles postopératoires après section externe et interne, il existait certaines variations.

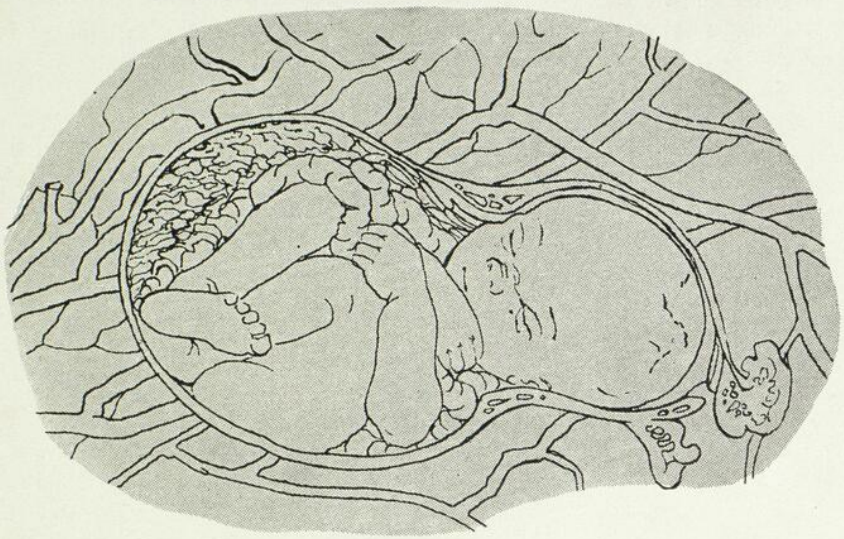
L'auteur, qui a consacré depuis plus de vingt ans des travaux à l'étude des névralgies faciales (et spécialement au « tic douloureux du trijumeau »), a jugé intéressant de faire le point sur les acquisitions concernant la clinique et la thérapeutique des névralgies de type paroxystique du glosso-pharyngien.

La plupart des chirurgiens français qui s'y sont intéressés ont montré l'intérêt qu'il y avait à accumuler les données pratiques sur ce problème. Ils ont insisté sur les caractères cliniques de cette affection qui intéresse les médecins, les neurologistes, les oto-rhino-laryngologistes, les stomatologistes. C'est en apprenant à la connaître qu'on peut mieux dépister cette névralgie qui n'est pas aussi rare qu'on pourrait d'abord le penser, mais qui est souvent confondue avec d'autres algies et par conséquent très mal traitée.

Si cette étude présente avant tout une incidence pratique: s'efforcer de soulager les malheureux algiques, elle apporte en outre une nouvelle contribution à la physiologie du nerf chez l'homme et à la recherche de l'origine si mystérieuse des tics douloureux.

L'auteur rappelle brièvement quelques données élémentaires concernant l'anatomie du nerf et sa physiologie, puis aborde l'étude clinique et thérapeutique des divers types d'algies du glosso-pharyngien.

Une Meilleure Alimentation Maternelle



LE SUPPLÉMENT DIÉTÉTIQUE B. D. H.

contient maintenant

PLUS de CALCIUM, PLUS de FER, ainsi que des ÉLÉMENTS CATALYSEURS

Lorsque le "régime mixte ordinaire" ne fournit "pas suffisamment" d'aliments essentiels au cours d'une période où les besoins sont plus grands, l'administration quotidienne du Supplément Diététique B. D. H. procure une marge étendue de sécurité.

NOUVELLE FORMULE ÉPROUVÉE

Chaque capsule contient:

Vitamine A	1,500 U. I.
Pro-vitamine A (carotène-Bêta)	1,500 U. I.
Chlorure de Thiamine	1.2 mg.
Riboflavine	1.0 mg.
Nicotinamide	10.0 mg.
Acide Ascorbique	25.0 mg.
Vitamine D	600 U. I.
Phosphate de calcium bicalcique (2½ grains)	165.0 mg.
Iode	0.2 mg.

Chaque comprimé contient l'équivalent de:

Sulfate ferreux B. P. (5 grains)	330.0 mg.
Cuivre	1.5 mg.
Manganèse	2.0 mg.

L'administration d'une capsule et d'un comprimé constitue une seule dose.

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED

TORONTO *CANADA*

Divisions de l'ouvrage

Anatomie du nerf glosso-pharyngien. Physiologie du nerf glosso-pharyngien.

Etude clinique des névralgies du glosso-pharyngien. — Névralgies essentielles. Description préliminaire. Etiologie. Début. Phase de névralgie constituée. Evolution. Formes cliniques. — Névralgies symptomatiques. Etiologie. Symptomatologie. — Sympathalgies. — *Diagnostic des névralgies du glosso-pharyngien.* Diagnostic positif. Diagnostic différentiel. — *Etude thérapeutique.* — Névralgies essentielles. Thérapeutique médicale. Thérapeutique chirurgicale. Névralgies symptomatiques. — Sympathalgies. — Pronostic. Parallèle entre les névralgies trigéminales et glosso-pharyngiennes. Données physiologiques. Physio-pathologie et pathogénie. Conclusions.



Nuit BLANCHE

Lorsque l'anxiété et la douleur s'unissent pour bannir le sommeil, la Cibalgine à petites doses produira souvent un résultat qu'il n'est possible d'obtenir qu'avec de très fortes doses d'un sédatif ou d'un calmant lorsqu'ils sont donnés seuls. La raison réside dans l'action synergétique des ingrédients de la Cibalgine, le Dial et l'aminopyrine, l'effet calmant du premier amenant le patient à réagir mieux à l'action analgésique du second. La Cibalgine contient ½ gr. de Dial et 3½ gr. d'aminopyrine par comprimé ou par c.c. de solution en ampoule. Chaque substance maintient son entité chimique et pharmacologique.

Cibalgine*

COMPAGNIE Ciba LIMITÉE MONTRÉAL

*Association "Ciba" d'aminopyrine et d'acide diallylbarbiturique

LIVRES REÇUS

Cardiologie. Daniel Routier. Vol. de 367 pages. — Librairie Maloine, Paris, 1949.

Le sexe. Vera Dantchakoff. — Presses Universitaires de France. Paris, 1949.

Canada 1949 (Edition française). — Bureau Fédéral de la Statistique, Ministère du Commerce, Ottawa.

Oral Bacterial Infection — Diagnosis and Treatment. Lyon P. Strean. — Henry Kimpton's Publishing House, Great Britain. (Dental Items of Interest Publishing Co. Inc., Brooklyn 7, N. Y.)

L'asepsie. Maurice Terrillon. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

Thrombo-phlébites cérébrales. Raymond Garcin et Maurice Pestel. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Groupes sanguins (Techniques de détermination des). Jean Moullec. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Jeux musculaires et expressions du visage. Roger Ermiane. — Lib. Le François, Paris, 1949.

Cours de médecine du travail. Henri Desoille. — Librairie Le François, Paris, 1949.

Les ostéites des maxillaires. Friez, Marie, Lepoivre, Lambert, Vrasse, Hénault, Cernéa, Lebourg, Hennion. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

L'acide oxalique (Physio-pathologie de... chez l'homme). Joseph Khouri. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

Précis de bactériologie médicale. Pierre Gastinel. Collection de Précis Médicaux. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Manuel de radiodiagnostic clinique. R. Ledoux-Lebard et Guy-R. Ledoux-Lebard. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Précis de parasitologie (Tomes I et II). E. Brumpt. Collection de Précis Médicaux. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Précis de stomatologie. Michel Dechaume. Collection de Précis Médicaux. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

L'année endocrinologique. Albeaux-Fernet, L. Bellot, J. Deribreux et M. Gélinet. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Exposés annuels de biochimie médicale. Publiés sous la direction de Michel Polonovski. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Névralgies du glosso-pharyngien. Maurice Deparis. — Masson et Cie., édit., Paris, 1949.



Dans

L'ASTHME BRONCHIQUE

l'utilisation précoce de la thérapeutique la plus efficace assure non seulement un soulagement mais encore un regain de confiance chez le malade.

L'AÉROSOLTHÉRAPIE avec la SOLUTION VAPONEFRIN(R) RÉSULTE en une augmentation plus marquée de la capacité vitale chez l'asthmatique, sans s'accompagner d'effets secondaires ni d'accoutumance . . .

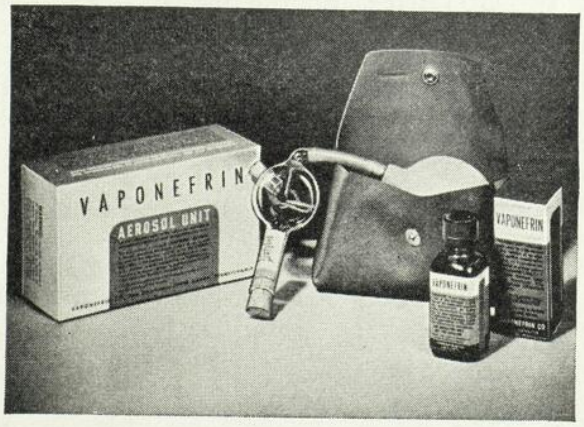
- **PROMPTE ACTION LOCALE DANS LES BRONCHIOLES ET LES ALVÉOLES.**
- **SOULAGEMENT RAPIDE DU BRONCHOSPASME.**
- **DOSAGE MINIMUM.**
- **COÛT RELATIVEMENT PEU ÉLEVÉ (2¢ par traitement).**

La trousse AEROSOL VAPONEFRIN[R]

contient: le nébuliseur breveté VAPONEFRIN [2] avec poire, 15 cc. de solution VAPONEFRIN [1] et une pochette pour le transport.

THÉRAPEUTIQUE RAPIDE ET EFFICACE.

FACILITÉ D'ADMINISTRATION.



1. VAPONEFRIN est notre marque déposée pour une solution comparable à une solution à 1.25% d'épinéphrine référence standard canadien et contenant 2.25% de chlorhydrate d'épinéphrine RACÉMIQUE pour 100 cc. et 0.5% de chlorbutanol.
2. Le nébuliseur breveté VAPONEFRIN produit un aérosol volumineux et d'une extrême finesse dont les particules mesurent entre 0.5 et 2.5 microns.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

VAPONEFRIN COMPANY

2515, VAN HORNE MONTRÉAL

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

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

LE VACCIN B C G

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

— Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.

— Épreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.

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

— FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.

— Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.



ALBERT CALMETTE
1863 - 1933

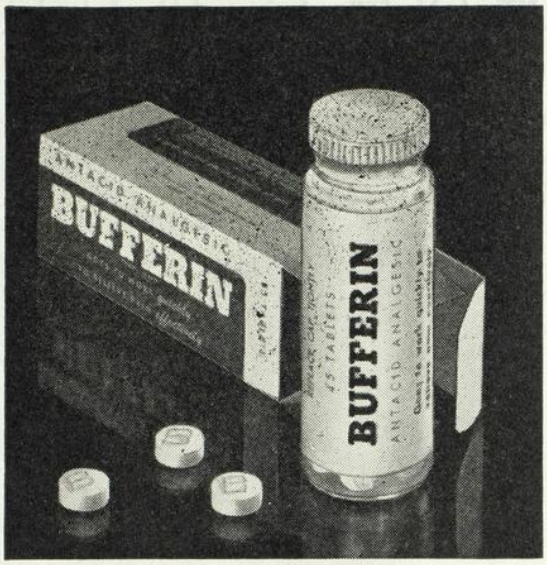
*J. A. BAUDOUIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.
R. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

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

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

(sans but lucratif)

Un nouveau comprimé offrant



1 un soulagement plus rapide avec

2 une meilleure tolérance gastrique

BUFFERIN, le nouvel analgésique antiacide de Bristol-Myers, soulage plus rapidement la douleur que l'acide acétylsalicylique seul parce qu'il est plus vite absorbé dans le courant sanguin. Des essais cliniques ont démontré que 10 minutes seulement après l'ingestion de **BUFFERIN,** les niveaux sanguins de salicylate sont approximativement 20% plus élevés que 20 minutes après l'ingestion d'acide acétylsalicylique seul.

BUFFERIN est mieux toléré, particulièrement chez les patients qui ont déjà subi des embarras gastriques occasionnés par l'acide acétylsalicylique seul.

INDICATIONS: — Pour le soulagement des céphalées et névralgies simples, des douleurs musculaires et des malaises éprouvés au cours de la grippe, des rhumes, des infections légères, *et particulièrement* pour ces cas de rhumatisme et d'arthritisme qui exigent une salicylo-thérapie intensive et prolongée.

BUFFERIN ne contient pas de sodium. On peut le prescrire sans crainte aux malades astreints à un régime exempt de sodium.

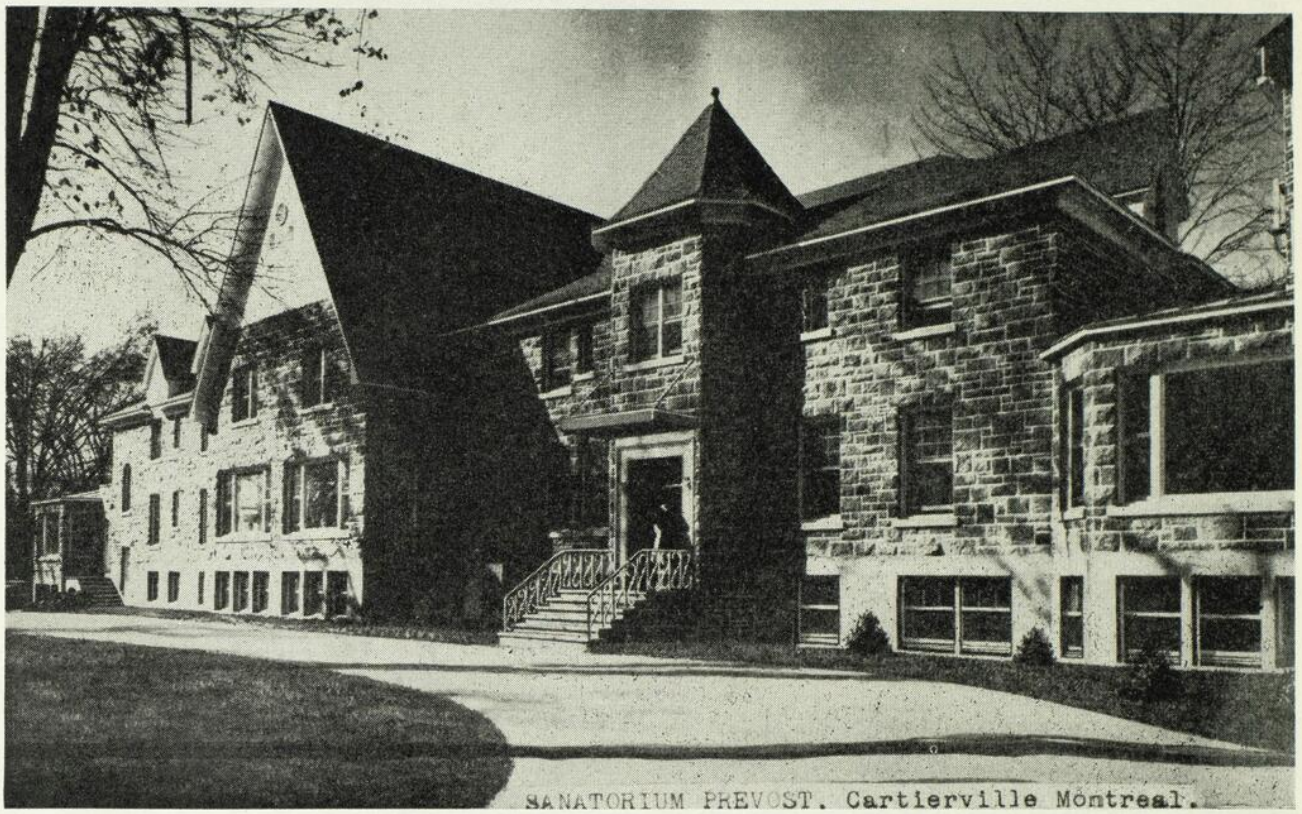
Un comprimé de **BUFFERIN** associe 5 grains d'acide acétylsalicylique à des proportions optima de carbonate de magnésie et de glycinate d'aluminium.

BUFFERIN **est offert en fioles de 15 et de 45 comprimés. Echantillons gratuits et documentation descriptive sur demande.**

BUFFERIN est un nom déposé par BRISTOL-MYERS Company of Canada Limited

Un produit de **BRISTOL-MYERS — 3035 rue St-Antoine, Montréal 30, P.Q.**

SANATORIUM PRÉVOST



FAÇADE SUD

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

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

BUREAU MÉDICAL

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

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

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

Facteur Antianémique *Pur et Cristallisé*

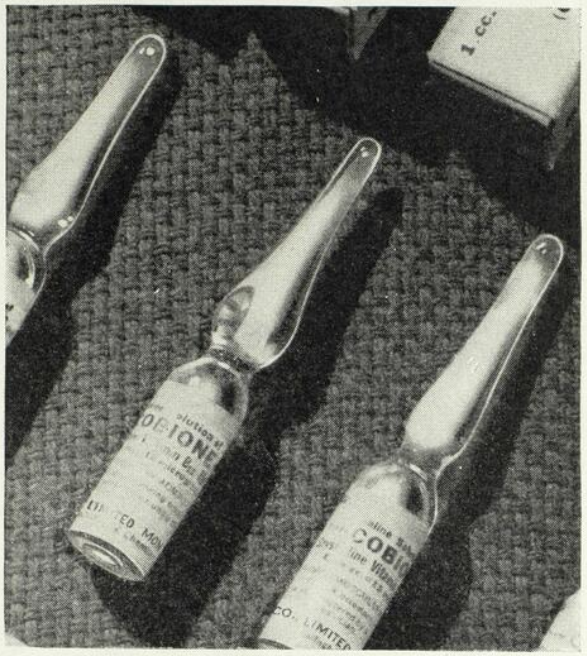
BAISSE DE PRIX IMPORTANTE

Le nouveau bas prix du COBIONE* fait de ce thérapeutique puissant une substance d'emploi très économique.

A poids égal, le plus puissant agent thérapeutique connu.

Non toxique — Stable — Ne produit pas de sensibilisation.

Efficace et bien toléré chez les sujets sensibles aux préparations et aux concentrés de foie.



ACTION THÉRAPEUTIQUE RAPIDE

Vu le fait que les injections de COBIONE ne provoquent presque pas d'irritation, on peut avec ce facteur antianémique pur et **cristallisé,** administrer de fortes doses, capables d'amener un **prompt soulagement aux manifestations neurologiques** de l'anémie pernicieuse.

EFFET DURABLE

Afin de prolonger l'effet thérapeutique du COBIONE, on peut l'administrer à doses massives sans irritation des tissus ou induration.

La Commission Consultative de la Pharmacopée américaine, section des préparations antianémiques, vient de déclarer que — exception faite des préparations à base de vitamine B_{12} cristallisée — l'intérêt supérieur des malades comme celui des médecins et pharmaciens exige que l'on s'abstienne d'indiquer les résultats de titrages non officiels de la vitamine B_{12} sur les étiquettes de préparations antianémiques de la pharmacopée américaine.

*COBIONE est le nom déposé par Merck & Co. Inc. pour leur marque de Vitamine B_{12} **cristallisée.**

MERCK & CO. LIMITED
Chimistes fabricants

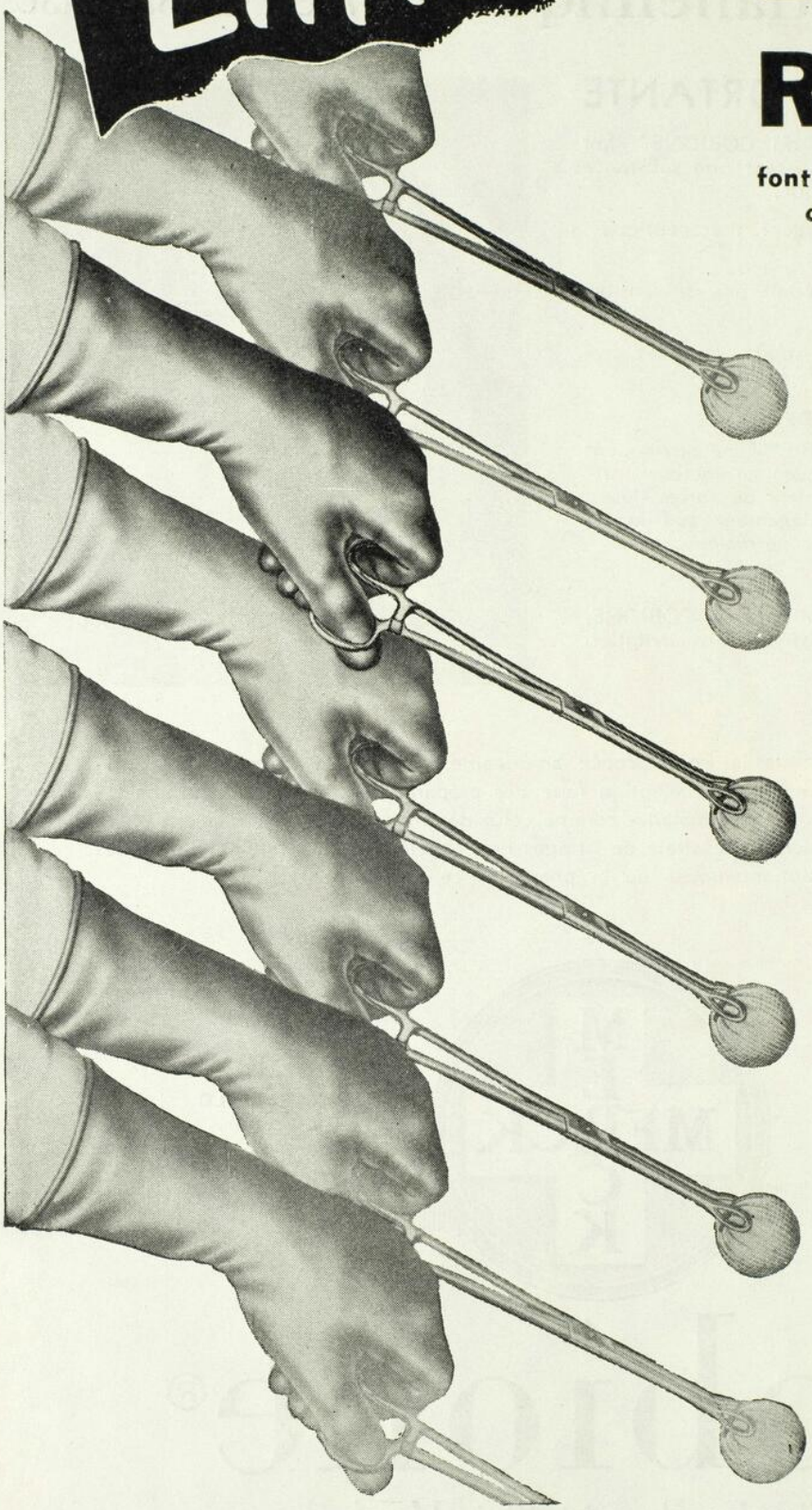
MERCK

MONTRÉAL
TORONTO
VALLEYFIELD

Cobione®

Vitamine B_{12} cristallisée Merck

Enfin...



les nouvelles

ÉPONGES

(à pince)

RONDIC

type sphérique

font gagner du temps, et s'avèrent d'une extrême utilité dans toutes les divisions d'un hôpital.

Les nouvelles éponges RONDIC CURITY sont du type sphérique, et analogues à celles qu'on faisait jadis à la main dans la plupart des hôpitaux. Offertes en 4 formats commodes, elles se composent de coton à longues fibres, solidement recouvert de gaze à mailles fines.

Ces éponges RONDIC peuvent être utilisées avec des pinces dans toutes les différentes branches de la chirurgie — on y a eu recours, avec succès, dans les interventions abdominales, vaginales, rectales, etc. Dans tous les cas où l'on se sert d'une pince à éponge, les éponges RONDIC sont toujours prêtes... sur-le-champ.

Leurs destinations sont innombrables, dans toutes les divisions d'un hôpital. Citons, entre autres — comme éponge et tampons (amygdalectomies); apprêt et badigeonnage; pour essuyer l'épiderme après une hypodermoclyse ou une injection hypodermique ou intra-vasculaire; à toutes autres fins où l'on utilise une éponge à pince (plateaux-utilité à chaque étage de l'hôpital, voiturettes de pansements, laboratoires, salles d'examen et de soins d'urgence, etc.)

Ces nouvelles éponges sphériques "toutes prêtes" font gagner aux infirmières un temps précieux, qu'elles peuvent ainsi consacrer à leurs fonctions professionnelles. Tous les hôpitaux connaissent les avantages des autres pansements "tout faits" (éponges en gaze CURITY, éponges LISCO★, éponges RADIOPAQUE★ . . .); ce n'est qu'à compter d'aujourd'hui que des éponges sphériques permettent de bénéficier des mêmes avantages.

Demandez au représentant de la marque CURITY de vous démontrer les propriétés des nouvelles éponges RONDIC.

*Maque déposée au Canada.

PRODUIT DE LA SOCIÉTÉ

BAUER & BLACK

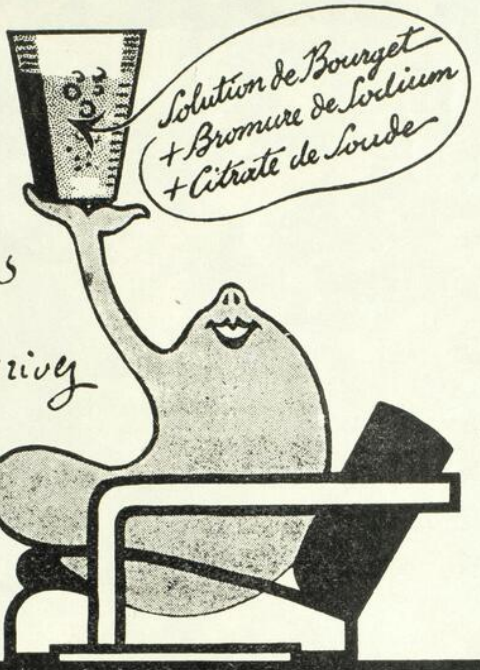
DIVISION DE
THE KENDALL COMPANY (CANADA) LIMITED
TORONTO, ONTARIO

Curity
REG. IN CANADA

UN COMPRIMÉ DANS UN 1/2 VERRE D'EAU

Vos aérophages,
Vos dyspeptiques,
Les petits hépatiques
seront heureux.... si vous leur prescrivez

NORMOGASTRYL



Médication alcalino-sédative des gastro-hépatiques fonctionnels

Littérature et échantillons sur demande

•

Agents pour le Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
200, rue Vallée :-: **Montréal**

NORMOGASTRYL

PASSITONYL

FORMULE
pour 100 grammes:

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

Adultes: 1 *cuillerée à dessert avant les repas, midi et soir.*
Enfants: 2 *cuillerées à thé par jour.*

SÉDATIF et TONIQUE NERVIN

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

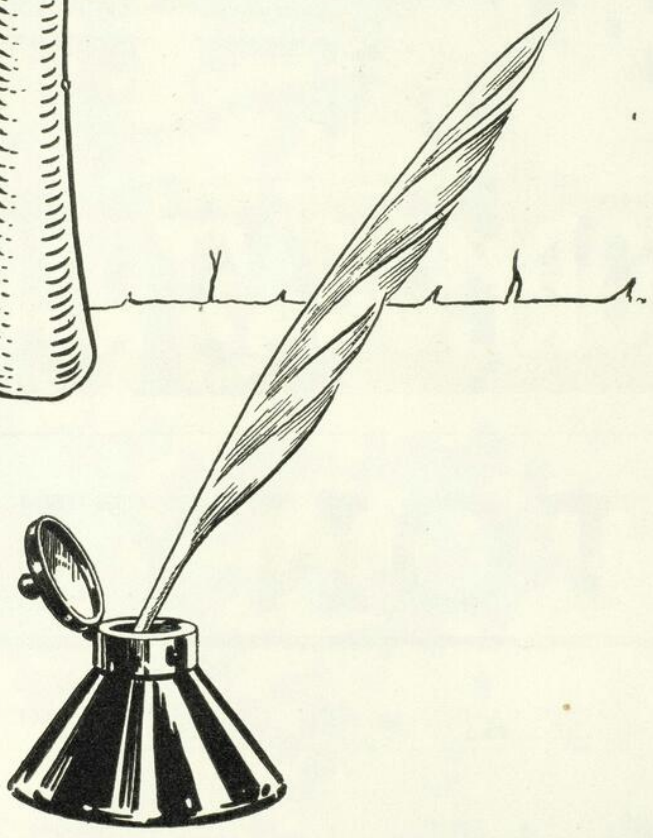
CALME et TONIFIE

Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée, Montréal.

La Librairie Beauchemin Limitée

imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,

offre



ses services à tous les

MÉDECINS,

ANNONCEURS

et

LECTEURS

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

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

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

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE

LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

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

Les rhumes

SONT HORS DE MODE

maintenant que nombre de chercheurs [1-3] ont rapporté les résultats remarquables obtenus par la thérapie antihistaminique pour le rhume banal. La toux, l'éternuement et la sécrétion nasale — occasionnés par le rhume — deviennent démodés.

aujourd'hui le

COMPOSÉ CAUBREN®

combat le rhume

LE COMPOSÉ CAUBREN ENRAYE LE RHUME EN

diminuant la contagion **soulageant les symptômes** **abrégeant la durée**

Le composé Caubren contient:

Citrate de chlorothen ..... 25 mg.
antihistaminique de longue durée et de faible toxicité.
Phénacétine ..... 320 mg.
Caféine ..... 32 mg.
Analgésique et antipyrétique comme adjuvants.

Posologie:

un a deux comprimés toutes les 3 à 4 heures durant 48 heures au moins, en commençant aussitôt que possible dès l'apparition des premiers symptômes. Enfants: selon le poids.

Présentation: Flacons de 20 et de 100 comprimés.

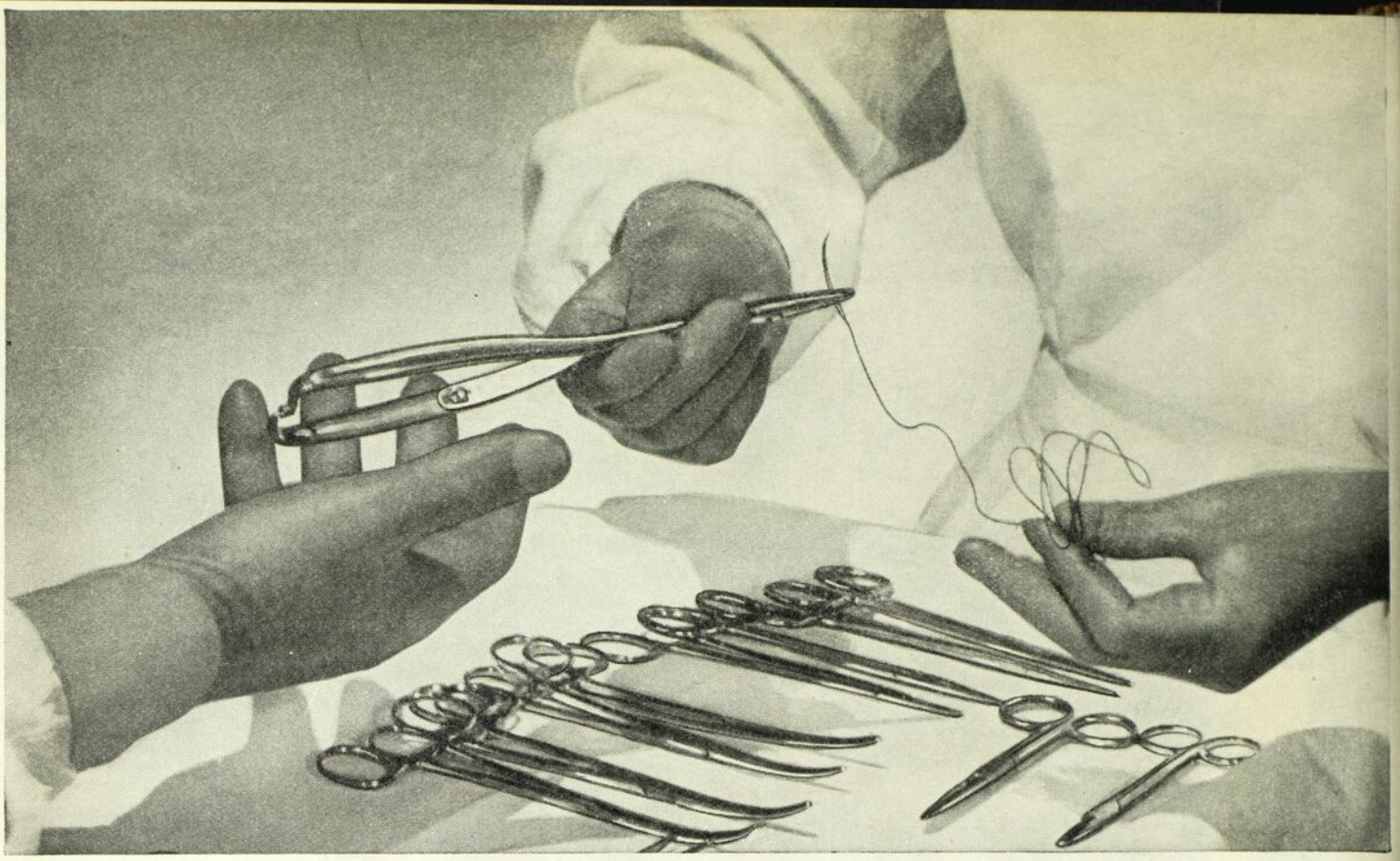
Bibliographie: (1) Brewster, J. M.: U. S. Nav. M. Bull., **49**: 1, 1949. (2) Gordon, John S.: The Laryngoscope, **58**: 1265-73, 1948. (3) Murray, H. G.: Indust. Med., **18**: 215, 1949.

Whittier LABORATORIES



DIVISION NUTRITION RESEARCH LABORATORIES • CHICAGO 30, ILLINOIS

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



Vous pouvez maintenant employer les Sutures Ethicon avec aiguille Atraloc* sans frais supplémentaires.



Les boîtes métalliques "Sterile Pack" renferment les sutures Ethicon avec aiguille Atraloc*, prêtes à servir.

Au même prix que les sutures ordinaires.

Les chirurgiens et les hôpitaux ont applaudi l'annonce disant que les prix des sutures Echicon avec aiguille Atraloc* étaient les mêmes que pour les sutures ordinaires. (Les sutures avec deux aiguilles sont aussi réduites).

Ces économies substantielles ont favorisé chez plusieurs l'adoption de nos sutures avec aiguilles et ont permis de profiter d'une technique perfectionnée et d'une manipulation

Les hôpitaux économisent de plusieurs façons.

Les sutures Ethicon en boîtes métalliques "Sterile Pack" permettent aux hôpitaux de réaliser des économies substantielles. Et maintenant, les chirurgiens peuvent employer les sutures Ethicon avec aiguille Atraloc*, destinées aux interventions générales, gastro-intestinales, obst., et gynéc., amygdales et circoncision, présentées en boîtes "Sterile Pack" — *au même prix que les sutures ordinaires.*

Les sutures Ethicon avec aiguille Atraloc* suppriment la nécessité d'enfiler et facilitent au plus haut degré la tâche du chirurgien.

Quant aux hôpitaux, ils n'ont plus à se préoccuper du problème d'acheter, d'emmagasiner et de préparer les aiguilles. Des sutures avec aiguille Atraloc* sont constamment disponibles pour usage immédiat.

Dans la salle d'opérations, la garde-malade gagne du temps précieux. L'opération se fait rapidement et sans interruption.

Demandez les sutures Ethicon avec aiguille Atraloc*.

*Atraloc — désigne les aiguilles sans chas, "Ethicon".

ETHICON Sutures

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

Elastoplast

TRADE MARK

ELASTIC ADHESIVE

BANDAGES

Dans le monde entier, on a reconnu l''Elastoplast' comme le pansement chirurgical moderne et idéal. La masse adhésive particulière, employée dans la fabrication de l''Elastoplast', combinée aux propriétés d'élasticité remarquable, offre un degré précis de COMPRESSION et d'ADHÉSION, deux qualités essentielles pour le succès de la technique.

L''Elastoplast' est aussi d'emploi économique. Comme pansement, l''Elastoplast' protège les granulations de formation récente et pourvu qu'aucune douleur sérieuse ne se fasse sentir, il devrait être laissé en place aussi longtemps que possible.

Les bandages adhésifs élastiques 'Elastoplast' se vendent en bandes de 2, 2½, 3 et 4 pouces de largeur par 5-6 verges de longueur (étendues).



MADE IN ENGLAND BY
T. J. SMITH & NEPHEW LTD., HULL.

SMITH & NEPHEW LIMITED

378 ouest, rue Saint-Paul Montréal, P. Q.

Le nouveau spécifique contre les nausées

Gravol



dans **LA GROSSESSE**

LE MAL DE MOUVEMENT

LA MALADIE DES RADIATIONS

et autres conditions ayant comme facteurs les nausées et les vomissements

Comptes rendus tirés de la bibliographie sur le 8-chloro théophyllinate de l'éther diphénylméthylique du bêta-diméthylaminoéthanol (GRAVOL).

GRAVOL DANS LA GROSSESSE

"Sur quarante-trois patientes souffrant de symptômes depuis 4-6 semaines, trente-et-une (72%) furent complètement soulagées dans une période de trois heures après le traitement. Douze patientes (28%) n'éprouvèrent pas de soulagement". (1)

GRAVOL DANS LE MAL DE MOUVEMENT

98.6% efficace comme prophylaxie du mal de mer... élimine les symptômes dans une proportion allant jusqu'à 97.6% des cas déjà déclarés. (2)

GRAVOL DANS LA MALADIE DES RADIATIONS

Sur 82 patients souffrant de la maladie des radiations à un degré grave ou modéré, 65 ont rapporté des résultats bons ou excellents. (3)

FORMULE DE GRAVOL:

Chaque comprimé strié contient:

8-chloro théophyllinate de l'éther diphénylméthylique du bêta-diméthylaminoéthanol 50 mg.

PRÉSENTATION

Gravol est présenté en flacons de 25 et de 100 comprimés striés d'une force de 50 mg.

NOTE: A date, il n'existe aucune évidence de réactions toxiques imputables à Gravol. Toutefois, certains individus peuvent très bien éprouver un certain affaissement ou une légère confusion à la suite d'une posologie élevée ou continue.

Références:

1. Carliner, P. E., Radman, H. M. et Gay, L. H.: Science, 110: 215 (août 26/49). 2. Gay, L. H. et Carliner, P. E.: The Prevention and Treatment of Motion Sickness. Bull. Johns Hopkins Hosp., mai 1949. 3. Beeler, J. W., Tillisch, J. H. et Popp, W. C.: Proc. Staff Meet. Mayo Clinic (sept. 14/49).

FRANK W. HORNER LIMITED

MONTRÉAL **CANADA**

SUPPOSITOIRES
REC.CA

CALCITHÉRAPIE PAR VOIE RECTALE

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

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

LABORATOIRES JEAN OLIVE

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

Première réalisation d'un produit détersif qui mousse - et qui est acide - pH 3.6 - remplace les savons tous alcalins en présence d'eau - rétablit le pH de la peau - pH 4.5 • **DERMACIDE** • élaboré à l'instigation et sur les conseils du professeur Darier • **DERMACIDE** • réalise le traitement moderne des affections cutanées - dans la plupart des cas son action est complétée par • **VITA-DERMACIDE** • pâte acide - grasse - vitaminée - soluble à l'eau.

LABORATOIRES M. PORCHER — 35, rue des Blancs Manteaux — PARIS

AU CANADA: **LABORATOIRES JEAN OLIVE** — 200, RUE VALLÉE, MONTRÉAL, P. Q.

EFFICACITÉ



Les contrôles complets qui régissent la fabrication de l'Aspirin assurent une efficacité uniforme. En tout, plus de soixante-dix vérifications et essais différents sont faits au cours de la fabrication du mieux connu de tous les analgésiques. La renommée de l'Aspirin, et son acceptation comme *l'analgésique* pour usage à la maison, font l'objet d'une surveillance jalouse. Dans l'une des plus belles usines de produits pharmaceutiques au monde, où l'Aspirin est fabriqué, *l'excellence* est le prototype de qualité.

Pourrions-nous vous envoyer une bonne provision d'échantillons médicaux?

Ecrivez à:

The Bayer Company Ltd., 1019 Elliott Street, W., Windsor, Ontario

"Aspirin" est la marque déposée au Canada de The Bayer Company Ltd.

La Qualité

supprime la rançon du bon marché

Lorsqu'elle s'applique à un délicat instrument de précision, "la qualité" suppose l'emploi de matières premières les meilleurs, l'oeuvre d'un art jamais surpassé, ainsi que des méthodes et des conditions supérieures essentielles à une production de qualité.

Evidemment, il en coûte davantage pour produire un instrument de qualité supérieure . . . et, logiquement, une telle qualité justifie un prix de vente apparemment plus élevé, en raison de l'usage prolongé et de la satisfaction plus complète qu'elle assure.



LES LAMES RIB-BACK

nous en fournissent un excellent exemple car, dans leur fabrication, on vise à la qualité—non au prix. Même si le coût initial d'une douzaine est légèrement plus élevé, une analyse du prix effectuée pendant une période déterminée révèlera souvent qu'en comparaison, le coût par lame individuelle est véritablement moindre.

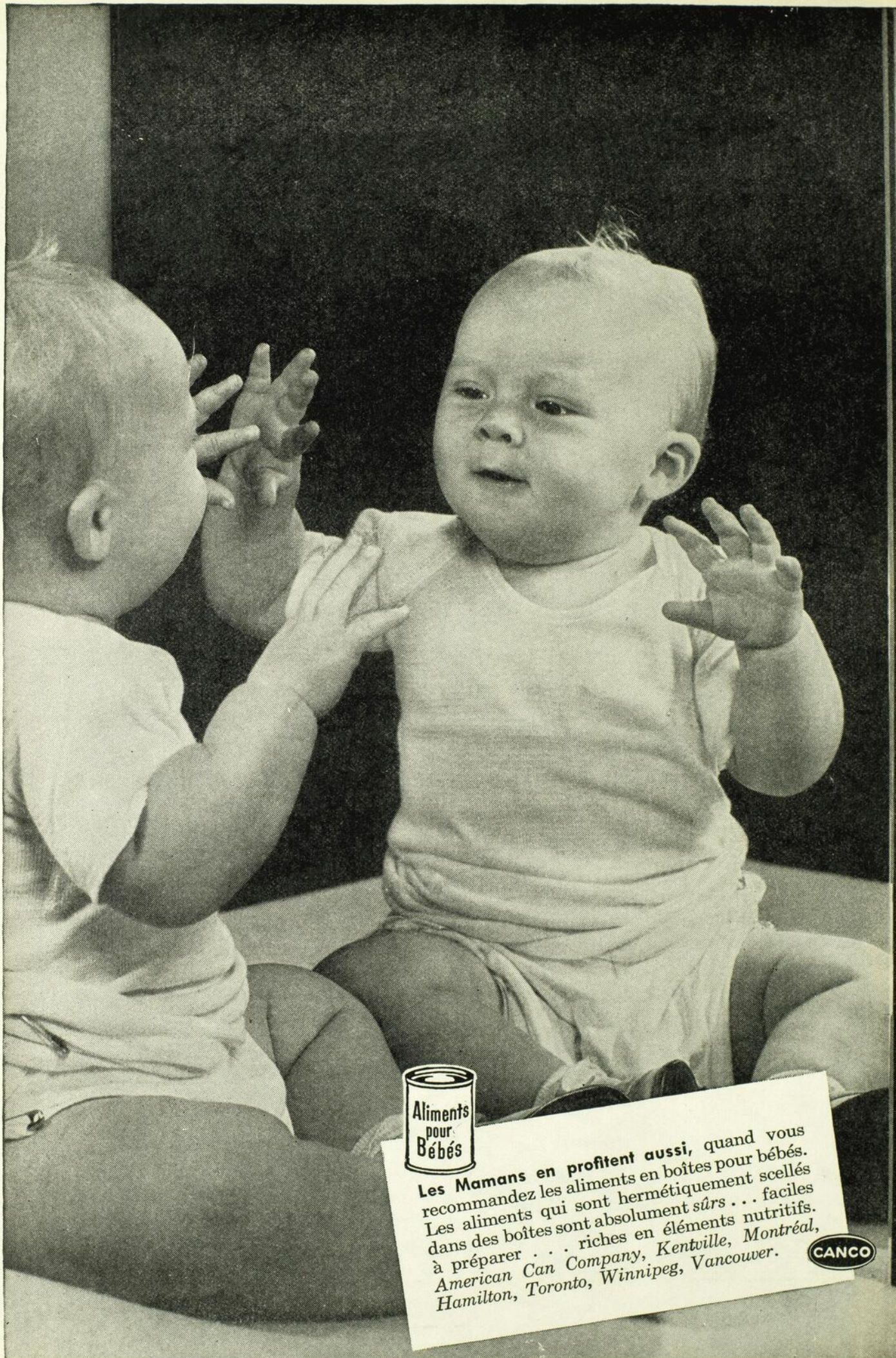
Dans chaque douzaine de lames Rib-Back qu'il se procure, l'acheteur est assuré de trouver 12 lames parfaites. Le degré d'efficacité supérieure de leur tranchant, ainsi que les plus longues durées d'un usage satisfaisant, constituent des facteurs qui, du point de vue économique, réduisent la consommation des lames à un minimum. Dans nombre d'hôpitaux où l'on a le culte de la qualité, on sait maintenant que la qualité de Rib-Back supprime la rançon du bon marché.

Demandez-les à votre fournisseur

BARD-PARKER COMPANY, INC.
Danbury, Connecticut, U.S.A.

It's Sharp

A BARD-PARKER PRODUCT


Aliments pour Bébés
Les Mamans en profitent aussi, quand vous recommandez les aliments en boîtes pour bébés. Les aliments qui sont hermétiquement scellés dans des boîtes sont absolument sûrs . . . faciles à préparer . . . riches en éléments nutritifs.
American Can Company, Kentville, Montréal, Hamilton, Toronto, Winnipeg, Vancouver.
CANCO

De nouveau à la disposition du corps médical canadien

CYSTOCONES

Suppositoires

Cyclopenténylallylmalonylurée associée à son sel d'Ephédrine et à la Belladone totale.

MÉDICATION DES ALGIES ET DES SPASMES DOULOUREUX DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

Prostate - Vessie

DÉCONGESTIONNANT LOCAL — SÉDATIF GÉNÉRAL ASSURE LE REPOS NOCTURNE

Elimination rapide permettant des cures prolongées sans aucun effet d'accoutumance.

Boîtes de 6, et boîtes de 18 suppositoires

Laboratoires SITSA, Paris, France

J. EDDÉ Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

ANÉMIES CONVALESCENCES



Agent Général J. EDDÉ Ltée MONTRÉAL

PANCRINOL Ampoules buvables 5 cc.

TONI-PANCRINOL (Elixir, flacon 240 cc.)

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

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

Dermatologie et syphiligraphie
Neurologie
Psychiatrie
Pédiatrie
Radiodiagnostic
Radiothérapie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

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

Neuro-chirurgie
Obstétrique et gynécologie
Ophtalmologie
Chirurgie orthopédique
Otolaryngologie
Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

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

SPÉCIALITÉS MÉDICALES

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

SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

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

Les demandes concernant les examens de 1950 doivent être présentées avant le **30 avril 1950.** Il ne sera tenu aucun compte des demandes faites après cette date.

Copies des règlements concernant les examens pour le titre d'Associé, et pour le certificat d'examen, ainsi que des formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant

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

Pratiquée chez soi ou ailleurs

L'ÉPREUVE "ÉCLAIR"

Simplifie la recherche du sucre et de l'acétone dans les urines

PAS D'ÉPROUVETTES - PAS DE DOSAGE - PAS D'ÉBULLITION

Les diabétiques accueilleront avec plaisir l'épreuve "Éclair" (réactif sec prêt à utiliser), en raison de sa simplicité et de sa facilité d'emploi. Pas d'éprouvettes, pas d'ébullition, pas de dosage; simplement un peu de poudre, un peu d'urine — s'il y a présence de sucre ou d'acétone, la modification de couleur se produit à l'instant.

Galatest — **Pour la recherche du sucre dans l'urine**

Réactif à l'Acétone (Denco) — **pour la recherche de l'acétone dans l'urine**

LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES

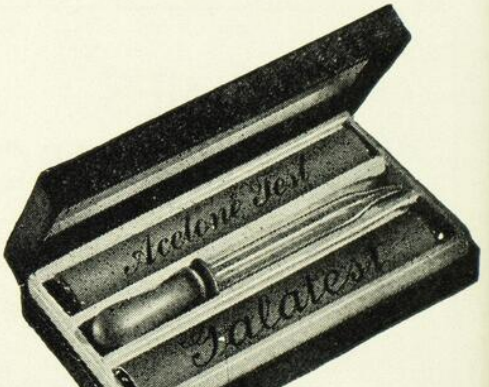
1. Un peu de poudre



2. Un peu d'urine

Modification de couleur instantanée

Notices descriptives sur demande.



Nécessaire contenant une fiole de réactif d'acétone (Denco) et une fiole de Galatest maintenant disponible. Très commode pour la trousse du médecin ou du diabétique. Le nécessaire contient aussi un stilligoutte médical et une échelle de couleurs. Ce nécessaire si commode ou les fioles de rechange sont en vente à toutes les pharmacies d'ordonnances et chez les marchands d'instruments chirurgicaux.

Accepté pour publicité dans le "Journal of the American Medical Association".

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

286 ouest, rue St. Paul, Montréal

Toutes les Indications de
l'IODE et des IODURES



IODOGÉNOL
PÉPIN

Pas d'Iodisme

AGENT GÉNÉRAL : J. EDDÉ Ltd - MONTRÉAL

Le Soufre et l'Iode
dans la thérapeutique du **RHUMATISME.**

Laboratoires BRISSON, Paris.

SÉTI
Ampoules jumelées de soufre et d'iode pour injections intramusculaires ou intraveineuses.

NÉO-SÉTI
Solution buvable de soufre et d'iode.

SÉTIPYRINE
Comprimés sédatifs des douleurs.

Traitement des Rhumatismes aigus et chroniques.
Rhumatismes déformants.
Sciatiques-Lumbago.

J. EDDÉ LIMITÉE, Edifice New Birks, **MONTRÉAL,** Agents pour le Canada

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE . .

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

VALERIANETS-DISPERT®

Sédation et euphorie pour les patients nerveux et irritables

Chaque comprimé contient 0.05 Gm. d'extrait de valériane finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité. Sans odeur et sans goût. N'est pas sujet à accoutumance.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Un léger calmant du système nerveux central. Indiqué dans les cas de troubles émotifs, états d'anxiété, insomnie nerveuse, ainsi que dans le syndrome nerveux de la ménopause et dans certains cas d'artériosclérose.

1 ou 2 comprimés au besoin ou 3 comprimés au coucher. En flacons de 50, 100 et 500.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC. **1123 Broadway, New York**

Distributeur au Canada: **LYSTER CHEMICALS, Ltd.** **222 Hospital St., Montreal 1, Canada**

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Par la Qualité de nos Produits

J. J. Joubert LIMITÉE

TRAITEMENT DE LA TOUX?

•

SUPPOSITOIRES
RECTOCRINE

Formule: Adulte et enfant.

Echantillons et littérature à Messieurs les Médecins seulement.

Deux spécialités des Laboratoires.

ASGRAIN & HARBONNEAU Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL"

OTTAWA MONTRÉAL QUÉBEC

BETAGEN
VITAMINE B COMPOSÉE
ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B_1
(chlorure de Thiamine)
Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B complexe
B_3, B_4, B_5, B_6
Lécithine d'œufs
Avénine

Glycérophosphates
de Sodium
de Calcium
de Potassium
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

Saveur agréable — Tolérance parfaite.

La Cie **CANADA DRUG CO.,** *Montréal*

FORMES

A: Adultes
T: Tuberculeux
E: Enfants

PRÉSENTATION

Boîte de 20 ampoules

AMPOULE BUVABLE

CRINHÉMOL

Haute concentration de FOIE DE VEAU.
Très agréable au goût.

Dépositaire:
Maison GALLO 207 ouest, rue Notre-Dame, Montréal. — HArbour 4658

VOS
SERVICES PROFESSIONNELS SONT APPRÉCIÉS MAIS NE SONT PAS TOUJOURS PAYÉS PROMPTEMENT

Notre service consiste à percevoir vos créances d'une manière efficace tout en sauvegardant la bonne entente entre vous et votre patient.

Nous obtenons des résultats en établissant un contact personnel et en insistant surtout sur la responsabilité morale.

UN ESSAI DE NOTRE SERVICE VOUS CONVAINCRA.

PROFESSIONAL REVISION BUREAU

1466, rue Drummond, Montréal 25, P. Q.

A vous, à votre famille,

nos voeux de

Bonne et Heureuse Année

SAVARD & HART

MEMBRES DE LA BOURSE DE MONTRÉAL
MEMBRES DU CURB DE MONTRÉAL

276 ouest, rue Saint-Jacques
Téléphone PLateau 9501
MONTRÉAL

QUÉBEC — TROIS-RIVIÈRES — SHERBROOKE
SAINT-JEAN, P. Q.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS DE PRIX ANNUELS

Deux prix annuels, la "Médaille du Collège Royal des Médecins du Canada" et la "Médaille du Collège Royal des Chirurgiens du Canada", sont offerts pour les meilleurs **travaux originaux** en sciences fondamentales ou en recherches cliniques, effectués par des Canadiens, dans les domaines de la médecine ou de la chirurgie.

Ces prix ont pour objet de stimuler l'esprit de recherche chez les jeunes. Une limite d'âge de 40 ans a donc été imposée. Les gagnants seront invités, aux frais du Collège, à présenter leurs travaux à sa réunion annuelle.

Les nominations pour ces prix, accompagnées de manuscrits, doivent être faites par des Associés (Fellows) du Collège **seulement** et doivent parvenir au bureau du Collège au plus tard **le 1er avril 1950.** Les candidats qui ont l'intention de prendre part à ce concours pourront s'adresser au bureau du Secrétaire pour plus amples renseignements au sujet de la longueur et du genre de manuscrit désiré.

Aucun prix ne sera décerné si, de l'avis du Conseil du Collège, les travaux soumis n'ont pas suffisamment de valeur.

Pour plus amples détails quant aux règles établies, s'adresser au bureau du:

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

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories (Pentothal Sodique) ..... XLI - XLII
American Can Co. (Aliments pour bébés) LXIX
Ames Company of Canada Ltd. (Decholin) XXIX
Anglo-French Drug Co. (Hemo-bex) XLIV
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Prémarine) — (Cillenta) ..... XXI - XXII
Bard-Parker Co., Inc. (Rib-Back) LXVIII
Bauer and Black (Eponges Rondic) LVII
Bayer Co. Ltd., The (Aspirin) LXVII
Berex Pharmacal XVII
Bristol-Myers Company of Canada Ltd. (Bufferin) LIV
British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Supplément diététique B. D. H.) L
Burroughs Welcome & Co. (Digoxin) XXXIII
Canada Drug Co. (Betagen) LXXIV
Canada Drug Co. (Pavéral) LXXIII
Casgrain & Charbonneau Ltée LXXIV
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) LXXI
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) LXXV
Compagnie Ciba Ltée (Pyribenzamine) — (Priscoline) XV - XVI
Compagnie Ciba Ltée (Cibalgine) LI
Denver Chemical Manufacturing Co., The (L'épreuve "Eclair") LXXI
Dohow Chemical Co. Ltd., The (Auralgan, O-Tos-Mo-San) XXXIX
Dupuis Frères (Examen de la vue) LXXVI
Eddé, J., Ltée (Iodogénol) — (Séti) — (Néo-Séti) — (Sétipyrine) LXXII
Eddé, J., Ltée (Cystocones) — (Pancrinol) LXX
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. ..... Première page de la couverture
Frosst, Charles E. & Co. (Trulfacillin) ..... VII - VIII - IX
Frosst, Charles E. & Co. (Ostoforte) IV
Gallo, Maison (Crinhémol) LXXV
Herdt & Charton, Inc. (Robuden) XLV
Herdt & Charton, Inc. (Veratrite) — (Osmopak) XLVII
Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) XLIX
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II
Horner Ltd., Frank W. (Gravol) LXV
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) LIII
Johnson & Johnson Ltd. (Ethicon) LXI
Joubert, Ltée, J. J. LXXIII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Rhiniphen) XXX
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Cholibile) XX
Laboratoires Désautels (Entérydine) — (Pyélose) XXXVI
Laboratoires Desbergers Ltée (Coryzal) ..... Quatrième page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Rec.ca) — (Dermacide) LXVI
Laboratoires Jean Olive (Normogastryl) — (Passitonyl) LVIII
Lederle Laboratories (Auréomycine) XI
Leeming Miles Co., Ltd., The (Pabalate) .... XXXIV - XXXV
Librairie Beauchemin Limitée LIX
Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Oleum percomorphum) ..... Troisième page de la couverture
Merck & Co. Ltd. (Dihydrostreptomycine) I
Merck & Co. Ltd. (Pyridium) XXV
Merck & Co. Ltd. (Cobione) LVI
Millet, Roux & Cie (Glandoplex) XIII
Mowatt & Moore Ltd. (Corophyllin) XIX
Phillips Co. Division, The Chas. H. (Lait de magnésie) LXIII

Pages

Poulenc Limitée (Dycholium) ..... Deuxième page de la couverture
Professional Revision Bureau (Recouvrement de créances) LXXV
Rougier Frères (Spécialités) V
Sanatorium Prévost LV
Sandoz Pharmaceuticals Ltd. (Cafergone) XXIV
Savard & Hart LXXV
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Prothricin) XLVIII
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Ferrochlor) .. XLVI
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskacillin) III
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Par-Pen) XLIII
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Pragmatar) XXIII
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Acnomel) XL
Smith and Nephew (Elastoplast) LXIV
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) .. LXII
Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Valerianets-Dispert) LXXIII
Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor) LXXVII
Vaponefrin Co. (Aérosol) LII
Vinant Limitée (Pulmo-Bailly) XVIII
Vinant Limitée (Antigrippine Midy) XXVIII
White Laboratories of Canada (Lozilles) XXVII
White Laboratories of Canada (Sulfathiazole Gum) .. XXXVIII
Whittier Laboratories (Division Nutrition Research Laboratories) (Caubren) LX
Winthrop-Stearns Inc. (Néo-Synéphrine) XXVI
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Hydase) — (Wycillin) ..... XXXI - XXXII
X-Ray and Radium Industries Ltd. (Keleket Photocron) XXXVII



Sal-Iodum Valor

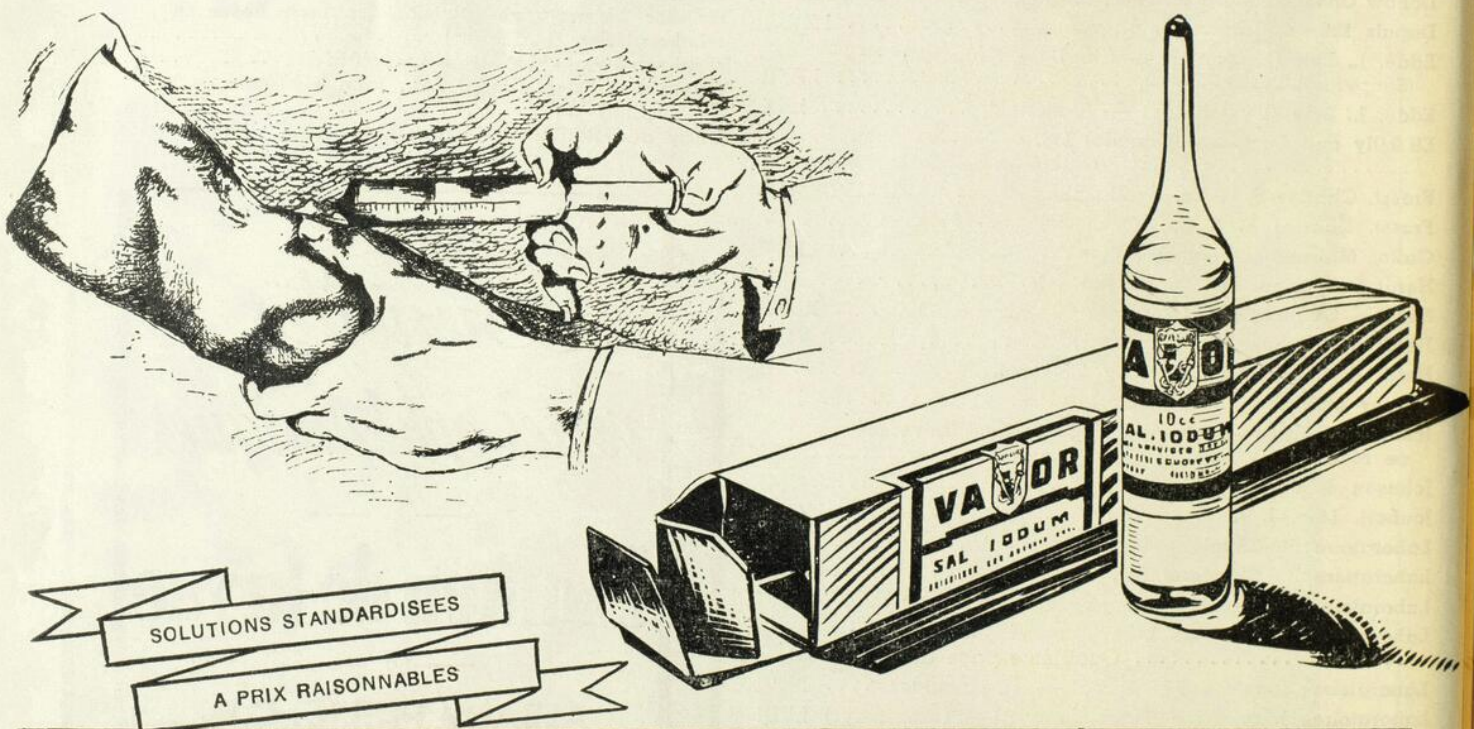
UN SPECIFIQUE DU RHUMATISME

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, *les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.*

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, *dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.*

Posologie: *Une injection* (20 cc.) *peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.*



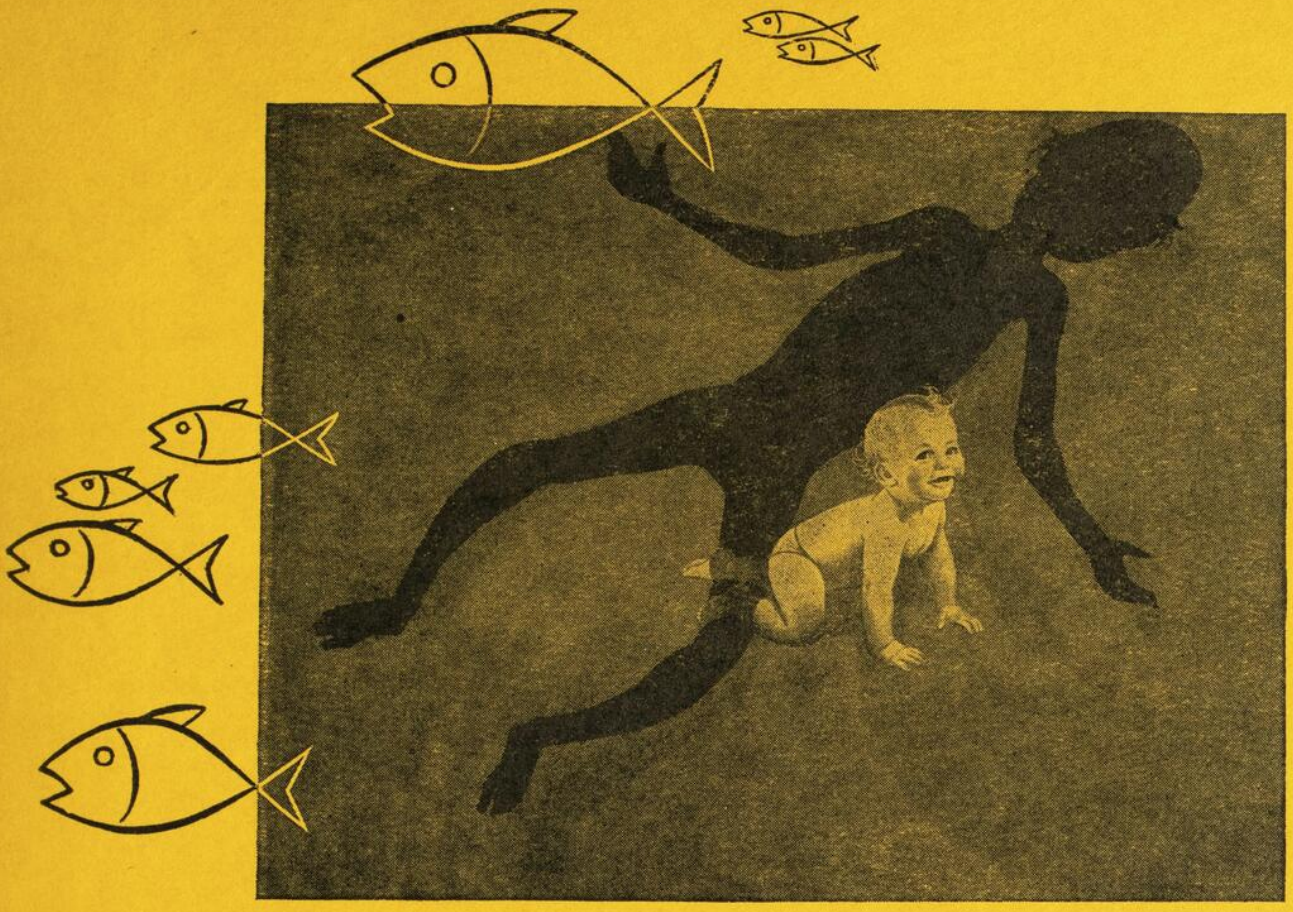
SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

VALOR



Supplément de soleil...

écarte le danger du RACHITISME

Le rachitisme peut se trouver chez des jeunes enfants apparemment sains et bien nourris mais qui n'ont pas reçu l'apport de vitamine D et n'ont pas été suffisamment exposés aux rayons ultra-violets. Il est maintenant généralement admis qu'un supplément de vitamine D doit être donné non seulement aux nouveaux-nés, mais aux enfants plus âgés et aux adolescents. L'Oleum Percomorphum de Mead. Avec Autres Huiles de Foies de Poissons et Viosterol répond à ce besoin.

Oleum Percomorphum de Mead

1. Est une source extrêmement riche* en vitamines naturelles A et D.

2. Peut être donné sous forme de gouttes facilement administrées et bien tolérées; est aussi fourni sous forme de capsules.

3. A une réputation de 16 ans de succès en usage clinique.

*Activité: 60.000 unités U.S.P. de vitamine A et 8500 unités U.S.P. de vitamine D au gramme. Chaque goutte fournit 1250 unités de vitamine A et 180 unités de vitamine D; chaque capsule renferme 5000 unités de vitamine A et 700 unités de vitamine D.

Offert en flacons de 10 cc et de 50 cc; et en bocaux de 50 et de 250 capsules.



CORYZAL

DESBERGERS

CORYZAL est la médication Antihistaminique tout particulièrement indiquée dans:

RHUME - CORYZA - RHINITE

Formule pour un comprimé:	
Chlorure de thénylpyramine	35 mgm.
Chlorure d'éphédrine	20 mgm.
Acide acétylsalicylique	225 mgm.
Phénacétine	150 mgm.
Caféine	35 mgm.

POSOLOGIE:

Un ou deux comprimés aussi près que possible de l'apparition des premiers symptômes. Puis un comprimé une heure plus tard, ensuite un comprimé à toutes les trois ou quatre heures.

CONDITIONNEMENT:

Flacons de 25 et 100 comprimés.

DESBERGERS
BONUM
DIAGNOSTICUM
POSTULAT BONUM
MEDICAMENTUM

MONTRÉAL CANADA