



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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale
du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

ADMINISTRATION
ET SECRÉTARIAT

326 est, boul. Saint-Joseph
Montréal

Tél.: LANcaster 9888

BIBLIOTHÈQUE
SAINT-SULPICE

SECRÉTARIAT

128, rue Sainte-Anne
Québec

RECHERCHE

La recherche ne se termine pas avec la découverte d'un produit nouveau; c'est un procédé continu, consacré à l'amélioration. Elle a pour objet d'établir les moyens de procéder à un raffinement plus complet, une standardisation perfectionnée, et une fabrication économique, pour le bénéfice du médecin et du patient.

La perfection est le but constant poursuivi dans les laboratoires de recherche d'Eli Lilly and Company.

QUALITÉ

RECHERCHE

ÉTHIQUE

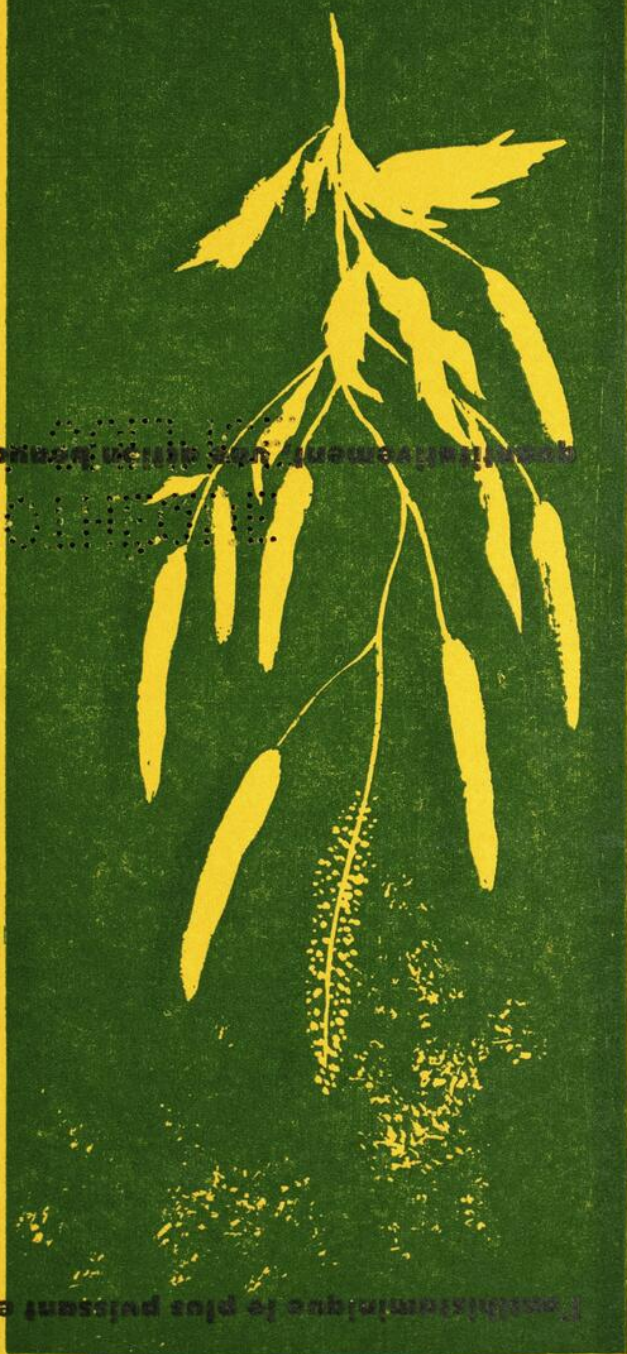
ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED • TORONTO, ONTARIO

Lilly



pour renseignements et prescriptions sur demande

107



MONTREAL
 ..B. N. HALPERN et J. HAMBURGER, C.M.A.J. 59, 322-326, 1948.

ampoules	asthme prurit nocturne zona
dragées	

allergies nocturnes ou rebelles
dans les
"antihistaminique du soir"
 (3277 R.P.)

phénergan

le plus puissant et le plus spécifique

**
 ..B. N. HALPERN, J. of P. and Pharmacol., London, England, Vol. 1, No. 1, Jan. 1949.

gouttes nasales	asthme allergique zona prurit
pommade	
elixir	
ampoules	
dragées	rhume des foins coryza spasmodique asthme allergique zona prurit
ampoules	
elixir	
pommade	

dans toutes les allergies
 (2786 R.P.)

néo-antergan

le plus puissant et le plus spécifique

*

Un Progrès Important en THÉRAPIE ANTIBIOTIQUE

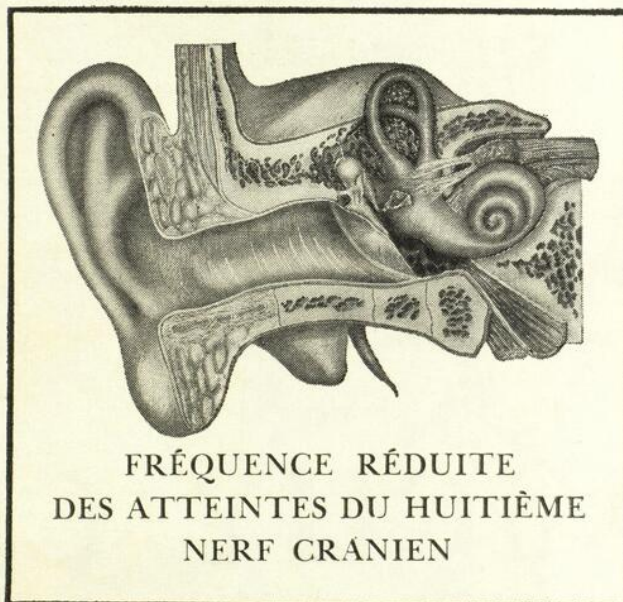
*Prenez note de ces cinq avantages caractéristiques
de la Dihydrostreptomycine Merck*

- (1) **Fréquence réduite des troubles vestibulaires**
- (2) **Remarquablement moins toxique**
- (3) **Réactions allergiques moins fréquentes**
- (4) **Hautement purifiée**
- (5) **Aucune diminution de l'efficacité antibactérienne
contre le *Mycobacterium tuberculosis***

RÉCEMMENT découverte, hautement purifiée, chimiquement distincte de la streptomycine, caractérisée par une forte diminution de la neurotoxicité, la Dihydrostreptomycine Merck est un antibiotique particulièrement utile dans les cas exigeant des doses relativement élevées, tels que la tuberculose miliaire et la méningite tuberculeuse.

Par voie intramusculaire, on peut l'administrer de façon interchangeable avec la Streptomycine Merck (Complexe Chlorure de Calcium) ou d'autres formes de streptomycine.

Documentation descriptive sur demande.



**DIHYDROSTREPTOMYCINE
MERCK**
(sulfate)



MERCK & CO. LIMITED *Chimistes fabricants* MONTREAL - TORONTO - VALLEYFIELD

SOMMAIRE

BULLETIN

Hermile TRUDEL
Le deuxième congrès régional à Chicoutimi 775

J.-P. PAQUETTE
Contribution à l'étude du pneumothorax bilatéral simultané à l'hôpital
du Sacré-Cœur 780

Jules HALLÉ et André POTHIER
Tuberculose laryngo-bronchique et streptomycine 787

Ruben LAURIER et B.-G. BÉGIN
Bronchectasie 793

Paul-M. RICARD et Norbert VÉZINA
Atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule trachéo-œsophagienne 804

Simon LAUZÉ
La maladie fibro-kystique du pancréas 809

INDICATIONS:

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

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

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Gravelle urique et phosphatique

} Une bouteille par jour comme ci-dessus.

Albuminurie des goutteux et des
graveleux

Cystites. — Néphrites

Artério-sclérose au début

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

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

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

AEROSOL DE POCHE DYSPNE-INHAL

UN MICRO-BROUILLARD formé de particules d'une extrême finesse, de la limite de la vision jusqu'aux dimensions microscopiques extrêmes.

VIA LES AERO-BRONCHES — Une particule de grosseur 5 μ chemine aisément jusqu'aux fines terminaisons alvéolaires pour y exercer son action thérapeutique.

FOURNIT
UN
MICRO-
BROUILLARD
SANS
GOUTTELETTES

À LA
PORTÉE
DE TOUS

SOULAGEMENT RAPIDE

de la FIÈVRE DES FOINS
de l'EMPHYÈME
des CRISES ASTHMATIQUES
pour les INHALATIONS
de PÉNICILLINE-AEROSOL.

Pour l'administration d'épinéphrine, de pénicilline, etc., Dyspné-Inhal fournit la nébulisation la plus ténue pour un résultat thérapeutique optimum. Tout asthmatique peut se traiter n'importe quand et n'importe où, dans les meilleures conditions de commodité et d'économie. Le micro-brouillard fourni par le pulvérisateur Dyspné-Inhal prévient les dosages excessifs et leurs suites fâcheuses.

FORMULE

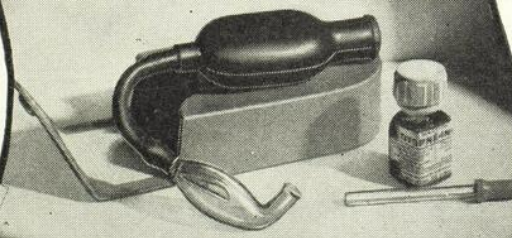
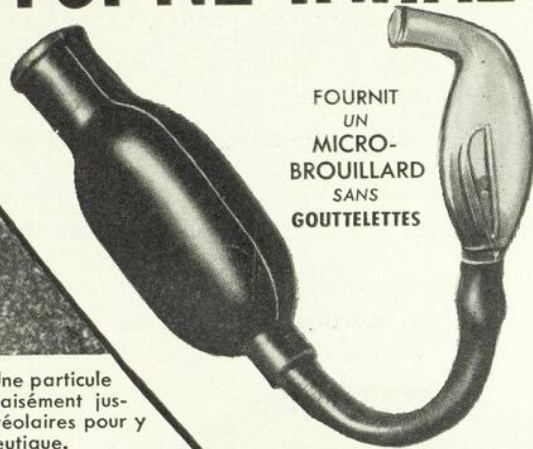
Une solution à 3.5% d'épinéphrine, stabilisée par un procédé spécial

ROUGIER FRÈRES

SPECIALITÉS DE PRESCRIPTION MÉDICALE
350, rue Le Moyne • MONTREAL

Un MICRO-BROUILLARD, sans gouttelettes. La désintégration mécanique fournit un brouillard très actif, dont l'efficacité thérapeutique peut aller jusqu'à 50 doses orales.

FABRICATION INDIVIDUELLE pour assurer un dosage rigoureux et un maximum d'efficacité.



SOMMAIRE

(Suite)

RECUEIL DE FAITS

- Germain PINSONNEAULT
Cancer du sinus maxillaire guéri par roentgenthérapie 816
- M. SAINT-MARTIN et G. LASALLE
Guérison rapide d'une infection de l'oreille à pyocyanique par la streptomycine 819

REVUE GÉNÉRALE

- Donat-Paul CYR
Les nouveaux traitements des maladies du sang 822
- J. BURCKEL
Diagnostic des hémorragies intestinales 828
- Jacques GAGNON
Anesthésie, analgésie, amnésie en obstétrique 833

Le COMPOSÉ
"QUESTRIN"
procure

1

2

DES HORMONES CONJUGUÉES

- soulagent promptement
- produisent une sensation de bien-être

DES VITAMINES DU GROUPE B

- améliorent le métabolisme des hormones

Le Composé "Questrin", un produit hautement efficace, bien toléré et actif "per os", soulage promptement tous les symptômes d'insuffisance œstrogénique. Les patientes éprouvent une sensation de bien-être physique et moral que ne procurent pas les préparations synthétiques.

Il est définitivement établi que les vitamines du groupe B jouent un rôle important dans le bon métabolisme des hormones par le foie. 1, 2, 3, 4 Certaines indications nous portent à croire qu'un grand nombre de femmes n'absorbent pas de vitamines du groupe B en quantités suffisantes, du moins à l'âge de la ménopause, et l'addition de facteurs du groupe B à "Questrin" nous semble judicieuse du point de vue thérapeutique.

Textes descriptifs adressés promptement sur demande.

Sources à consulter

1. "Effect of vitamin B complex deficiency on inactivation of ovarian estrogen in the liver."
Biskind and Shelesnyak, Endocrinology, 30, 819. 1942.
2. "Effect of vitamin B complex deficiency on inactivation of estrone in the liver."
Biskind and Biskind, Endocrinology, 31, 109. 1942.
3. "Thiamine deficiency and high estrogen findings in uterine cancer and in amenorrhagia."
Ayre and Bauld, Science, 103, 441, le 12 avril 1946.
4. "Selective cytology smear for diagnosis of cancer."
Ayre, Am. J. Obstet. and Gynecol., 53, 609. Avril 1947.

Voir aussi notre annonce à la page LXVIII

NOTRE 50^{ÈME} ANNIVERSAIRE

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

MANDELAMINE

**La question du pH urinaire
ne se pose pas avec**

MANDELAMINE

L'antiseptique urinaire de choix

La thérapie à la MANDELAMINE* est simple; elle ne requiert pas de régime élaboré comportant une acidification ou une alcalisation pour augmenter l'efficacité ou réduire la toxicité. Dans un rapport sur les résultats d'une étude clinique portant sur 200 cas, Carroll et Allen¹ écrivent:

"L'administration de Mandelamine maintint l'urine acide sans qu'on ait eu besoin de recourir à des restrictions diététiques ou à l'addition d'autres drogues, excepté toutefois dans les cas où il existait des organismes ayant la propriété de dédoubler l'urée."

L'efficacité de la MANDELAMINE dans les cas d'infection urinaire, tant aigus que chroniques, ainsi que l'absence de toxicité qui la caractérise, en font un antiseptique urinaire de choix.

PRÉSENTATION: Comprimés entériques de 0.25 g. (3/4 grains) chacun, en flacons de 100, 500 et 1,000.

1. Carroll, G., et Allen, N. H.: J. Urol., 55: 674 (1946).

*MANDELAMINE est le nom déposé par Nepera Chemical Co., Inc., pour leur marque d'hexydaline (mandélate de méthénamine).

6 CARACTÉRISTIQUES IMPORTANTES

1. Pas d'intolérance gastrique.
2. Pas de régime solide ou liquide.
3. Pas d'acidification supplémentaire (excepté s'il existe des organismes qui ont la propriété de dédoubler l'urée).
4. Vaste champ d'activité antibactérienne.
5. Aucun danger de résistance au médicament.
6. Simplicité du mode d'emploi — 3 ou 4 comprimés, trois fois par jour.



NEPERA CHEMICAL Co. Inc.

Distributeurs exclusifs

MERCK & CO. Limited

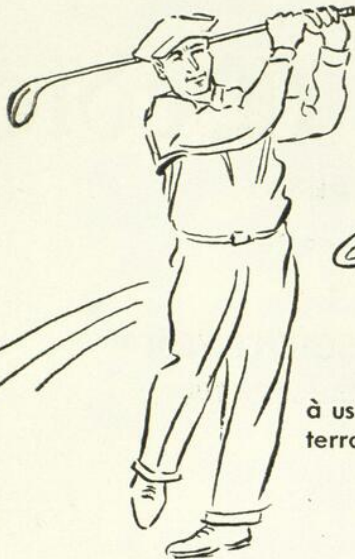
Montréal - Toronto - Valleyfield

SOMMAIRE

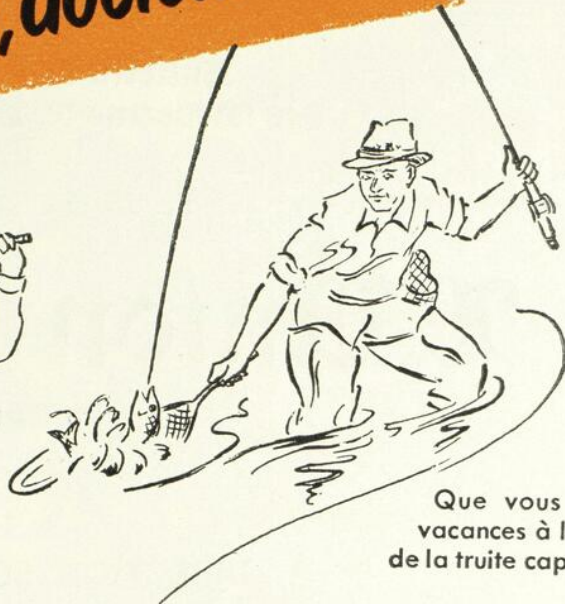
(Suite)

P.-E. JULIEN	
Le décollement de la rétine	837
H. CHARETTE	
La carie dentaire	840
ÉDITORIAL	
Pierre SMITH	
Chirurgie et gériatrie	846
MÉDECINE SOCIALE ET HYGIÈNE	
Hon. Paul MARTIN	
Le plan canadien pour le progrès de l'hygiène	848
Adélarde GROULX	
Les services rendus par le laboratoire municipal	854
CORRESPONDANCE	
André PLICHET	
Lettre de Paris	857
MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES	
Pierre GROBON	
Sur un traitement général des ulcères variqueux et des plaies atones par les "hormones nerveuses"	860
Extraits de journaux	862
• • •	
"L'Union Médicale du Canada", en 1880	865
ANALYSES	867
MÉDECINE	
Implantation sous-cutanée d'insuline dans le traitement du diabète (867). Fibrillation ventriculaire paroxystique avec guérison (867).	
PHTISIOLOGIE	
La streptomycine en vue de la collapsothérapie (868).	
CARDIOLOGIE	
Fibrillation ventriculaire passagère (868). Thrombose du réseau de Chiari (868). Pneu- mopéricarde spontané (869). Cardiopathies congénitales cyanogènes. Importance du cathétérisme du cœur pour leur diagnostic différentiel (869). Etudes sur la circulation chez l'homme. Effet du cétilanid (lanatoside C) sur le débit cardiaque et la P. A. dans la circulation pulmonaire chez des patients avec un cœur compensé et décompensé (869). Action de l'atabrine sur les troubles du rythme (870).	
CHIRURGIE	
La place de la surrénalectomie dans le traitement des artérites (870).	
UROLOGIE	
Cancer primitif de l'uretère (871).	
PÉDIATRIE	
La poliomyélite sans paralysie (871).	
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	
Actinomycose (872). Lésions appendiculaires dans la rougeole au stade d'incubation (872).	
ÉLECTRO-RADIOLOGIE	
Une méthode rapide d'examen radiologique du grêle (873).	
SOCIÉTÉS	874
Société Médicale de Montréal: séance du 1er mars 1949 (874).	
Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec: séance du 4 février 1949 (875); séance du 18 février 1949 (876); séance du 4 mars 1949 (876).	
NOUVELLES	878
REVUE DES LIVRES	896

Bonnes vacances, docteur!



à user le terrain de golf...



Que vous passiez vos vacances à la poursuite de la truite capricieuse...



ou tout simplement à flâner délicieusement dans un hamac...

vous devrez tout probablement faire face à cette menace inévitable du confort estival—le COUP DE SOLEIL.

Voilà pourquoi "TAN-GEL" est indispensable en vacances. C'est une gelée antiseptique, à l'acide tannique, de consistance non grasseuse, qui soulage rapidement la douleur qui accompagne les coups de soleil.

Vous pouvez recommander "TAN-GEL" en toute confiance à vos patients, non seulement pour le soulagement des coups de soleil mais aussi pour d'autres ennuis inhérents à l'été — l'herbe à la puce, les coupures, les éraflures, les piqûres d'insectes, etc. Les mères aimeront à l'employer pour soulager l'irritation causée par les couches, un malaise si fréquent durant les chaleurs.



Nous serons heureux de vous envoyer notre format régulier de deux onces, pour votre usage personnel, afin d'ajouter au confort de vos vacances. Adressez-nous votre demande simplement sur une carte postale portant votre nom et votre adresse.

Charles E. Frosst & Co.

MONTRÉAL

CANADA

NOTRE 50^{ÈME} ANNIVERSAIRE

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872



DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:

Maurice Roch (Genève),

Pasteur Vallery-Radot (Paris),

Edmond Dubé, doyen

Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Charles Vézina, doyen

Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, Albert Bertrand, Roméo Boucher, A. Comtois, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, Richard Gaudet, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Albert Jutras, Renaud Lemieux, Albert LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, L.-P. 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 adjoint à Montréal

Roger Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire de la Rédaction

Pierre Smith

Secrétaire adjoint à Québec

Maurice Beaudry

128, rue Sainte-Anne.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, Maurice Beaudry, P. Bourgeois, A. Cantero, Roland Cauchon, Fernand Charest, C.-E. Côté, 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.



Le prix psychosomatique

La tension constante qu'impose la vie moderne se traduit fréquemment par une lésion gastro-intestinale, et parfois par un ulcère peptique. La prophylaxie et le traitement de l'ulcère peptique comprennent des règles d'hygiène générale, des régimes spéciaux, aussi bien que des méthodes psychiatriques et l'administration d'agents thérapeutiques. La thérapeutique logique de cet état devrait comporter l'administration de substances tendant à réduire l'acidité du contenu gastrique et qui

éviteraient la production d'alcalose ou l'apparition de tous autres effets secondaires. Concomitamment, le produit idéal devrait réaliser un effet de "pansement", et tapisser la muqueuse ulcérée pour la protéger contre l'érosion.

Les laboratoires de recherches *Lederle* ont découvert que le caséinate de calcium, administré *per os* sous une forme appropriée, atteint ce double but et assure au malade un prompt soulagement de ses symptômes.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

North American Cyanamid Limited
7335, boulevard St-Laurent,
Montréal 14, Qué.

**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. L'Ancester 9888.

Σ

Médication Intégrale
DES AFFECTIONS HÉPATO-BILIAIRES

BILOGENE

ARTICHAUT
SOUFRE
BOLDO
BILE
FOIE

REGULARISE la fonction antitoxique du foie.
AUGMENTE la sécrétion biliaire sans troubler
le fonctionnement de la vésicule.
CONTIENT les principes cholérétiques les plus
actifs.
STIMULE la fonction hépatique.

MILLET, ROUX
MONTRÉAL



& CIE, LIMITÉE
CANADA

FLACONS DE 50, 500 ET 1000 COMPRIMÉS

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

R.-E. VALIN,

165 est, rue Laurier, Ottawa.

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Donatien MARION,

326 est, boul. Saint-Joseph,
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Donatien MARION, Montréal.

Hermile TRUDEL, Montréal.

A.-L. RICHARD, Ottawa.

J.-A. VIDAL, Montréal.

J.-B. JOBIN, Québec.

Pierre SMITH, Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,

1990 est, rue Rachel,
Montréal.

COMITÉ DU XX^e CONGRÈS

J.-A. VIDAL, président.

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

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

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

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,

J.-H. LAPOINTE,

Albert PAQUET,

Chs-N. DeBLOIS,

J.-A. JARRY.

Chs VÉZINA,

A.-L. RICHARD,

MEMBRES DU CONSEIL

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



La MEILLEURE DÉFENSE

contre la Fièvre des Foins et autres allergies saisonnières

Quand la Nature s'en prendra de nouveau cette saison au sujet atteint de la fièvre des foins, la meilleure défense, sur la foi des résultats cliniques actuels, est encore

la PYRIBENZAMINE.* Au-delà de 350 rapports publiés attestent son indiscutable efficacité à soulager les symptômes de la fièvre des foins et autres allergies saisonnières

rapidement, efficacement et sans effets secondaires sérieux. C'est l'antihistaminique de choix, jouissant d'une faveur sans cesse grandissante auprès des médecins Canadiens.

Pyribenzamine*

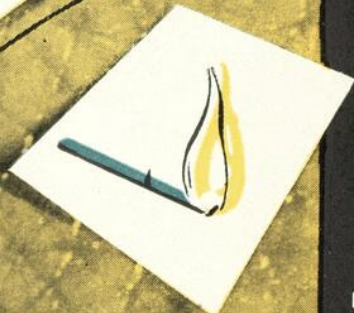
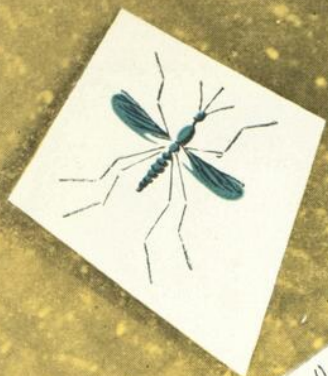
COMPAGNIE

Ciba

LIMITÉE MONTRÉAL

POUR
UNE ANESTHÉSIE
DE SURFACE

prolongée



Le don que possède le Nupercainal à soulager la douleur et le prurit dans les affections de la peau et des muqueuses, rapidement et pour un temps prolongé, rend des services tout particulièrement précieux dans le traitement des brûlures simples, coup de soleil, piqûres d'insectes, herbe à puce, prurit ani et hémorroïdes.

Nupercainal*

*Onguent de dibucaine Ciba

COMPAGNIE

Ciba

LIMITÉE, MONTRÉAL

La Maison
Schering

a le plaisir
d'annoncer
qu'elle peut
maintenant
fournir pour
le traitement du

PSORIASIS

SÉVINON

acide undécylénique

spécialement purifié pour

administration orale

On a récemment signalé "une méthode intéressante d'aborder"¹ le traitement du psoriasis et de la neurodermatite. Perlman² rapporte qu'à la suite de l'administration orale de l'acide undécylénique, 3 d'un groupe de 17 malades ont été complètement soulagés du psoriasis et les autres ont été partiellement soulagés. "Le soulagement du prurit se manifeste parfois dès le deuxième jour du traitement . . . l'acide undécylénique paraît être très prometteur pour le soulagement et peut-être même pour prévenir le retour du psoriasis et de la neurodermatite."²

Le SÉVINON* est présenté en capsules de gélatine contenant 0.44 gramme d'acide undécylénique hautement purifié pour administration orale. Perlman² employait des doses correspondant à 5 ou 6 capsules trois fois par jour et dans certains cas continuait le traitement pendant six mois.

1. Undecylenic Acid and Psoriasis, editorial, J.A.M.A. 139:460, 1949.

2. Perlman, H. H.: J.A.M.A. 139:444, 1949.

*SÉVINON — Nom Déposé de Schering Corporation Limited

Schering

CORPORATION LIMITED • MONTREAL 1

SÉVINON



Spartoval

Isovalérianate Neutre de Spartéine

SEDATIF CARDIO - VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE

Dragées de Spartoval (dosées à 0 gr, 05,) 2 à 6 par jour.

Sparto-Camphre

Campho-Sulfonate de Spartéine et Campho-Sulfonate de Sodium

VERITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE

Diurétique et Cardiotonique d'Entretien

Ampoules de Sparto-camphre: de 2 et 5 cc. (injections sous-cutanées ou intramusculaires).

Dragées de Sparto-camphre: 2 à 6 par jour.

Génistéнал

Ethylphénylbarbiturate Neutre de Spartéine

NEURO-SEDATIF & HYPNOGENE «EQUILIBRANT»

du Système nerveux végétatif

Dragées de Génistéнал (0.035 d'éthylphénylmalonylurée et 0.015 de spartéine).

Adultes: 1 à 6 dragées par jour.

Enfants: ½ à 4

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

JEL-LAX

Laxatif Naturel **AUX FRUITS**

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



Small, illegible text, likely a list of distributors or agents.



Mowatt & Moore Ltd
PRODUITS PHARMACEUTIQUES
DE CHOIX
MONTREAL



PARTURIOL LAFA

(OCYTO-NARGÉNOL RM 206)

Composition : Campho-Sulfonate de dihydroxycodéine, Campho-Sulfonate de scopolamine, Campho-Sulfonate d'éphédrine, Sulfate de Sparteine, Phénylpropionate de dihydroxycodéine, Sérum physiologique.

Propriétés : Hâte le travail — Atténue la douleur — Conserve la lucidité — Ne provoque jamais d'apnée.

Indications : Accouchements.

Posologie : 4 cc. en injection intramusculaire quand la dilatation est à 5 francs. 2 cc. en injection de rappel au besoin.

Présentation : Boîte de 3 ampoules 2 cc.
Boîte de 50 ampoules 2 cc.

Laboratoires Associés Franco-Anglais

Licence

Laboratoires CLIN, Paris

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

GENOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Maladie de Parkinson

Composition: Bromhydrate de Génoscopolamine.

Propriétés: Les mêmes que celles de la Scopolamine, sans en avoir les inconvénients. Sa toxicité est environ 200 fois plus faible que celle de la Scopolamine.

Indications: Maladie de Parkinson, Paralyse agitante, Syndromes post-encéphalittiques.

Posologie: De 2 à 6 granules, ou de 20 à 60 gouttes par jour, prises en deux à trois fois dans la journée, de préférence entre les repas. Commencer par la dose minimum, et augmenter progressivement pour s'en tenir à la dose utile.

L'injection sous-cutanée d'une ampoule de 1 mgr. donne des résultats plus rapides, mais n'est pas souvent nécessaire.

Présentation: Granules au ½ mgr., flacon de 60 granules.
Gouttes, solution à 1.5 p. 1000, flacon de 20 cc.
Ampoules dosées à 1 mgr., 10 amp. de 1 cc.

Laboratoires AMIDO — PARIS

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



Dans les états

exigeant la

pénicillothérapie

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

"Cillenta"

Comprimés

Pommade

Pastilles pour la gorge

Pommade oculaire

Comprimés (Enfants)

Comprimés solubles



HYDROSOLUBILITÉ

GRANDE EFFICACITÉ

ACTIVITÉ PER OS

PROVENANCE NATURELLE

INNOCUITÉ

BONNE TOLÉRANCE

SENSATION D'EUPHORIE

"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

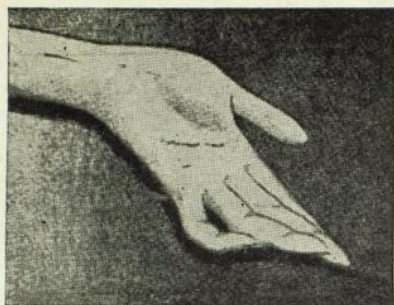
LIQUIDE.— No 869—0.625 mg. par cuillerée à thé
 Bouteilles de 4 onces fluides

Si l'on désire aussi apaiser les troubles nerveux:

- COMPRIMÉS.—** No 877—0.625 mg. par comprimé plus
 1/2 grain de phénobarbital.
 Bouteilles de 100.



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.



la nécessité du fer chez la femme est continue*

Quand la croissance, la menstruation, la grossesse, la convalescence ou les restrictions alimentaires augmentent les besoins en fer de la femme...

Fergon®

Marque du gluconate ferreux

Dans les anémies hypochromes

MIEUX TOLÉRÉ: Grâce à son faible degré d'ionisation, le Fergon est pour ainsi dire non astringent, non irritant et il est rarement cause de malaises gastriques.

MIEUX ABSORBÉ: Le Fergon — gluconate ferreux stabilisé — est soluble et facilement absorbable par voie digestive en milieu acide ou alcalin.

MIEUX UTILISÉ: Des études cliniques comparatives ont démontré que le gluconate ferreux est plus efficacement utilisé que toute autre forme de fer.†

Indications: Traitement et prophylaxie des anémies par carence de fer; particulièrement efficace chez les malades qui tolèrent difficilement les autres formes de fer.

Posologie: La dose moyenne pour adultes est de 3 à 6 comprimés (5 grains) ou 1 à 4 cuillerées à thé d'élixir par jour.

Présentation: Comprimés de 0.325 gm. (5 grains), flacons de 100 et 500; élixir à 5%, flacons de 6 et de 16 onces liquides.



*

"Jusqu'à l'âge de la ménopause, la femme a besoin de deux à quatre fois plus de fer que l'homme... La femme enceinte a aussi un plus grand besoin de fer... les besoins de fer sont accrus... au moment de la puberté... (surtout chez les filles)..."

Goodman, L. et Gilman, A.: The Pharmacological Basis of Therapeutics. New York, The Macmillan Company, 1941, p. 1110, 1115.

†Reznikoff, P. et Goebel, W. F.: J. Clin. Investigation, 16: 547, 1947.

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

FERGON marque de commerce enregistrée.

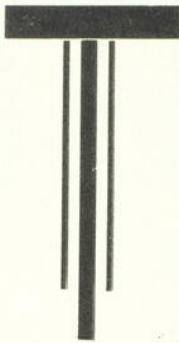
1019 ouest, rue Elliott, Windsor, Ontario.

423 est, rue Ontario, Montréal, P. Q.

profenil

NOUVEL ANTISPASMODIQUE SYNTHÉTIQUE NON NARCOTIQUE

Pour le soulagement de la constriction spasmodique



Un antispasmodique non narcotique.

Efficace dans le soulagement du spasme de la musculature lisse des systèmes circulatoire, gastro-intestinal, biliaire et urinaire.

Pour administration orale: 1 - 2 comprimés de 60 mg. trois fois par jour.

Pour administration parentérale: 1 ampoule de 45 mg. à répéter au besoin.

Documentation sur demande



LABORATOIRES
Lafayette LTÉE

1410, rue Wolfe, MONTREAL, Qué. 999 Dovercourt Rd., TORONTO, Ont.

1 Suppositoire par jour est la médication —
unique et suffisante — à employer dans les...

AMYGDALITES aiguës
PHARYNGITES



SUPPOSITOIRES
NEO-LARYNGOBIS

PRESENTATION:

Boîtes de 2 suppositoires (enfants et adultes)

NEO-LARYNGOBIS a définitivement rendu désuètes et rejeté dans l'ombre les anciennes médications symptomatiques des infections aiguës de la gorge. Dorénavant, il suffit d'un seul suppositoire par jour durant deux jours — exceptionnellement durant trois jours — pour amener une guérison plus rapide, tout en simplifiant les soins donnés au malade.

POSOLOGIE:

Adultes: 1 Suppositoire pour adultes par 24 heures.

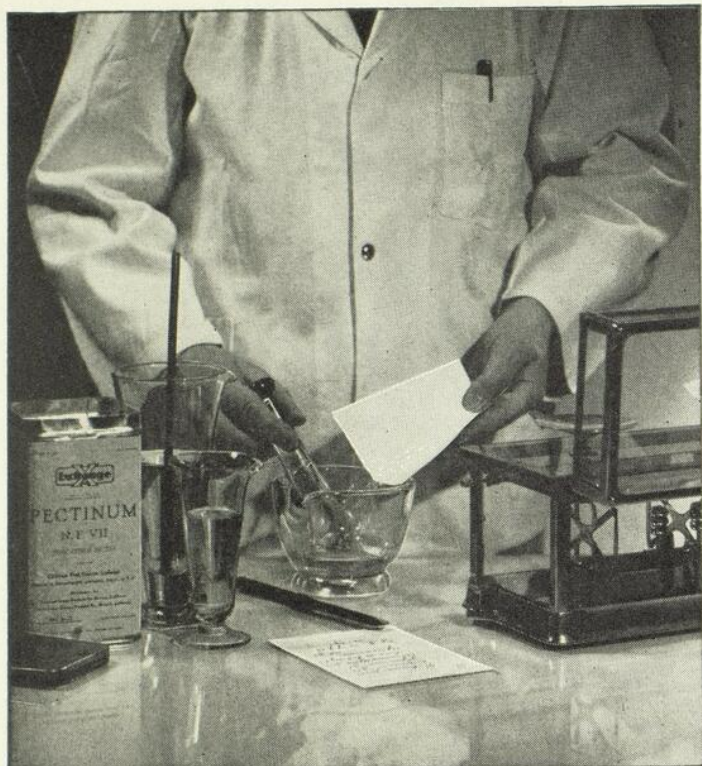
Enfants de 6 à 13 ans: 1 Suppositoire pour ENFANTS par 24 h.

Enfants de 2 à 6 ans: 1/2 Suppositoire pour ENFANTS par 24 h.



LABORATOIRES
Lafayette LTÉE

Agents Exclusifs: GRAVET LTÉE, 1410-Wolfe, Montréal



ANTISEPTIQUE
et
ASTRINGENT
dans les
INFECTIONS
INTESTINALES

ÉMULSIONS

PECTASUL

(avec Sulfa)

CÔLITE ULCÉREUSE
DYSENTERIE BACILLAIRE
DIARRHÉE ESTIVALE
ENTÉRITE

PECTACRINE

(sans Sulfa)

DIARRHÉE
ENTÉRITE
DYSENTERIE
MAL D'ÉTÉ

DEUX SPÉCIALITÉS DES LABORATOIRES

ASGRAIN & HARBONNEAU
Limitée

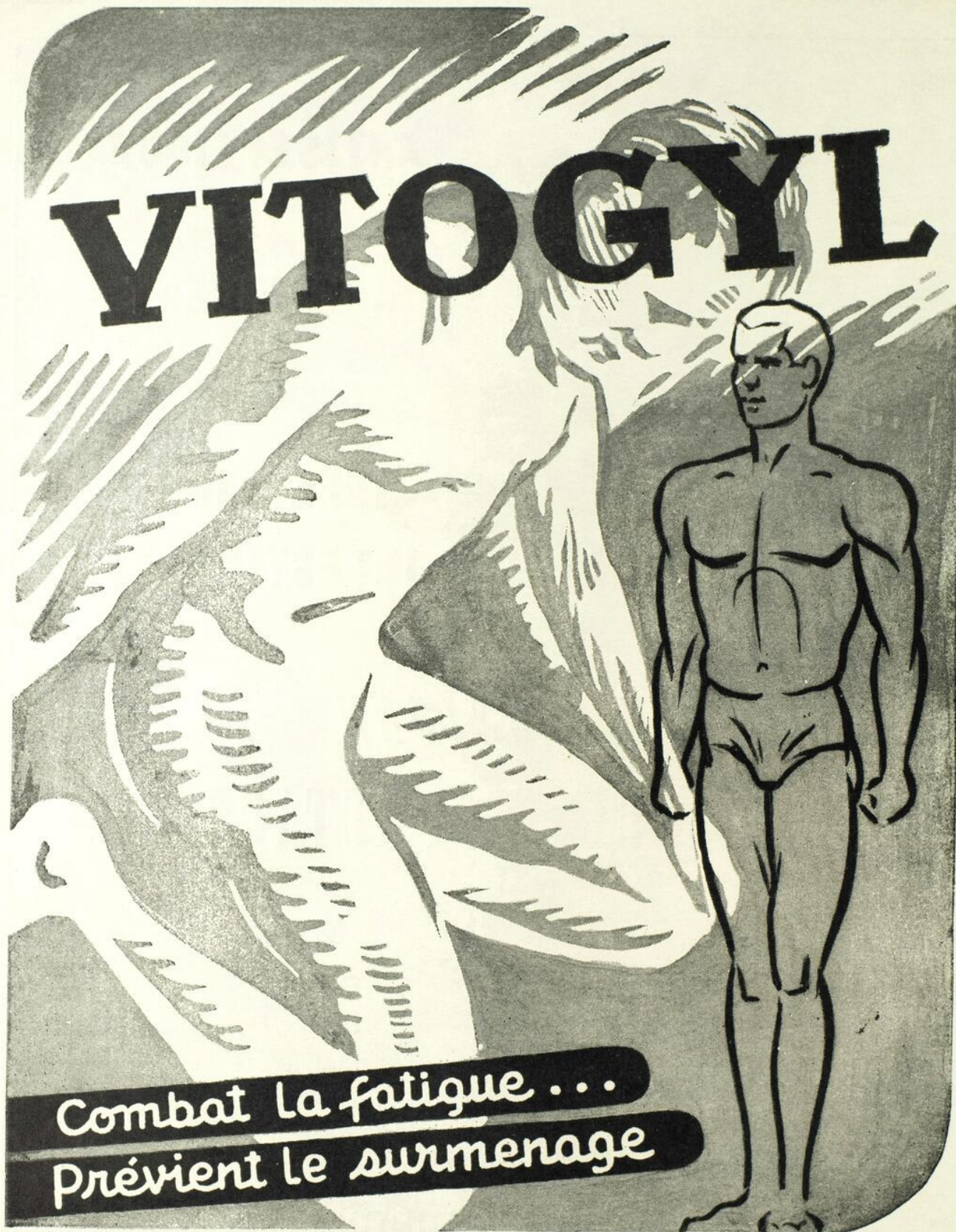
UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL

OTTAWA

MONTRÉAL

QUÉBEC

VITOGYL



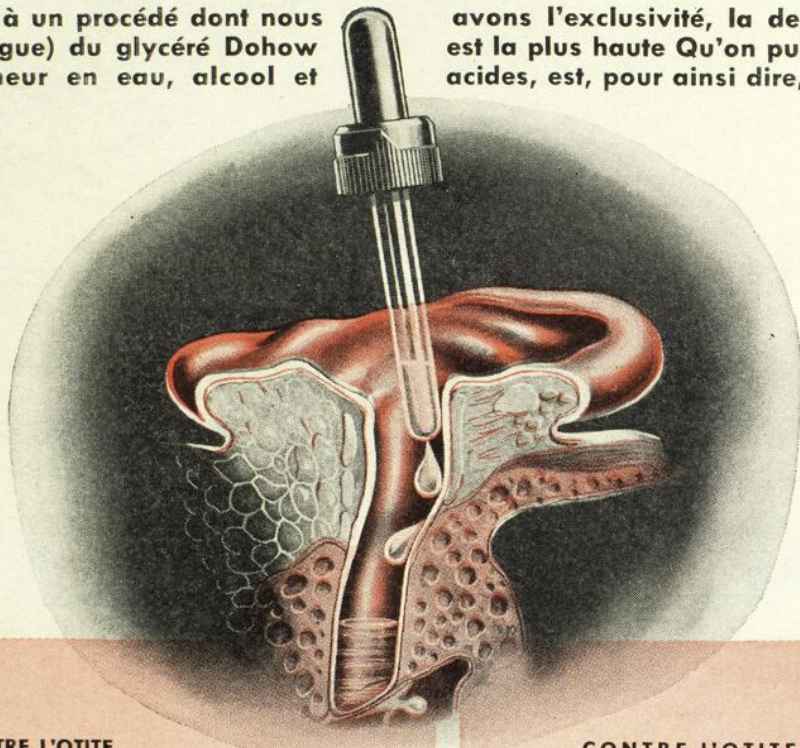
Combat la fatigue ...
Prévient le surmenage

Echantillon et circulaire sur demande
LABORATOIRES DESAUTELS Ltée
200 ouest, rue Craig
MONTREAL

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

Grâce à un procédé dont nous
spécifigues) du glycérol Dohow
sa teneur en eau, alcool et

avons l'exclusivité, la densité (gravité
est la plus haute Qu'on puisse obtenir—
acides, est, pour ainsi dire, nulle.



CONTRE L'OTITE
MOYENNE AIGÜE

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 anal-
gésiques et déshydratantes diminuent la con-
gestion, 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 être obtenue)
Phénazone 0.87 g
Benzocaïne 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 glycérol AURALGAN (DOHOW),
exerce une puissante action dissolvante sur les
protides, liquéfie et dissout les granulations
tissulaires exubérantes, nettoie le conduit audit-
if, 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 envoyés à 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

Un nouveau composé

antihistaminique, la



Thephorin 'Roche'

(tartrate acide du 2-méthyl-9-phényl-2,3,4,9-tétrahydro-1-pyridindène).

La Thephorin est une préparation antiallergique remarquable par sa grande efficacité et le peu de réactions secondaires qu'elle entraîne.

Indications: rhume des foins, asthme, rhinite vasomotrice, rhinite allergique, réactions à certains médicaments (pénicilline, sulfamidés, barbituriques), dermatite, eczéma allergique, prurit, neuro-dermatoses, piqûres d'insectes, urticaire.



Posologie:

1 à 2 comprimés ou 2 à 4 cuillerées à thé de sirop 1 à 3 fois par jour.

Appliquer l'onguent sur la surface affectée aussi souvent qu'il le faut. 2 à 6 applications suffisent en général.

Conditionnements:

Comprimés à 25 mgm.—Flacons de 50, 100 et 1000.

Sirop contenant 10 mgm. par cuiller à thé (4 cc.)—Flacons de 4 et 16 onces.

Onguent à 5%—Tubes de 1½ oz.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE



MONTRÉAL



le "dégel" biliaire

Dans l'angiocholite non calculuse, 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 3 $\frac{3}{4}$ grains,
dans des flacons de 25, 100, 500 et 1,000

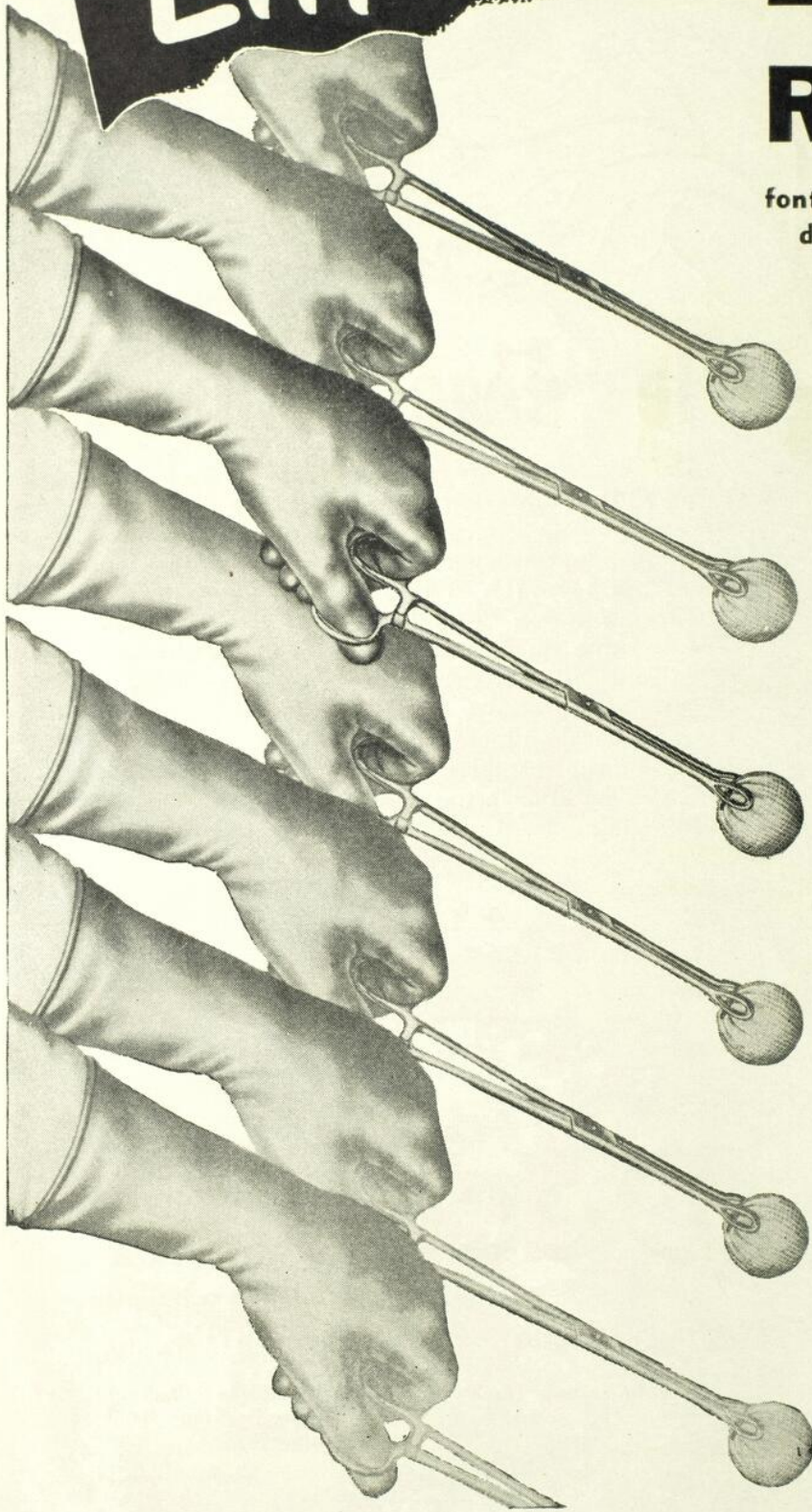
Decholin Sodium^R (marque de déhydrocholate de sodium) en solution aqueuse à 20%; en ampoules de 3 cm³, 5 cm³ et 10 cm³; paquets de 3 et de 20 ampoules.

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



AMES COMPANY OF CANADA, LTD.
TORONTO 4, ONTARIO

Enfin...



PRODUIT DE LA SOCIÉTÉ

(BAUER & BLACK)

DIVISION DE
THE KENDALL COMPANY (CANADA) LIMITED
TORONTO, ONTARIO

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 tampon (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.

* Marque déposée au Canada

Curity
REG. IN CANADA

ACTIVITÉ ÉLEVÉE



TOXICITÉ BASSE

La Néohétramine est moins toxique que n'importe quel autre antihistaminique; quantitativement, sa propriété d'être moins toxique est plus marquée que son activité moins élevée.

De plus, la Néohétramine trouve sa place chez les malades qui sont sujets, l'influence d'autres médicaments, à une sédation trop prononcée ou à certains effets secondaires fâcheux.

Ne manquez donc pas d'ajouter un nouvel élément de sécurité au traitement du rhume des foins et des autres états allergiques.

Présentation — Comprimés dosés à 25 mgms., 50 mgms., et 100 mgms. Flacons de 100 et 1000
Sirop titré à 6.25 mgms. par c.c. flacon de 16 onces liq.

CHLORHYDRATE DE
Néohétramine

Marque du chlorhydrate de thonzylamine.

Monochlorhydrate du N,N-diméthyl-N'-para
méthoxybenzyl-N'(2-pyrimidyl) éthylènediamine,
fabriqué par Nepera Chemical Company, Inc.

Wyeth

Marque déposée

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

A L'EXEMPLE MÊME DE LA

nature



POUR LA DERMATOMYCOSE LE

SOPRONOL

AMÉLIORÉ

COMPOSÉ DE
PROPIONATE - CAPRYLATE



Marque déposée

exerce une véritable action physiologique à l'image même de la nature, il utilise les acides gras existant dans la sueur humaine (propionates et caprylates) pour lutter contre les champignons.

Le **SOPRONOL** est anodin, rapide et efficace.

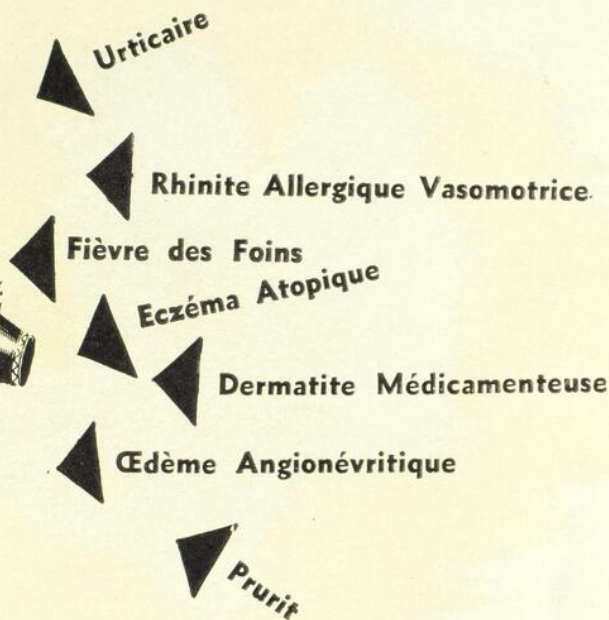
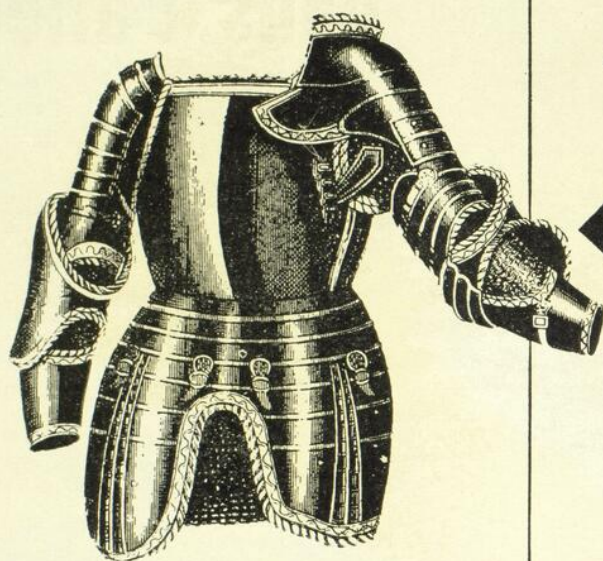
Présentation: SOLUTION
2 onces liq.

POUDRE
2 et 5 onces

ONGUENT
1 once

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

Une Armure pour l'Allergique



Chlorhydrate de **Diatrin***

'WARNER'

Le chlorhydrate de DIATRIN* « Warner » est présenté sous forme de comprimés dragéifiés de 50 mg. - en flacons de 100 et de 1000.

Un antihistaminique d'une grande valeur à faible toxicité et ne produisant que peu ou point d'effets secondaires.

Le chlorhydrate de DIATRIN* 'Warner' procure un soulagement symptomatique prompt et efficace de l'urticaire, de l'œdème angionévritique, de la fièvre des foins, de la dermatite médicamenteuse, de l'eczéma atopique, du prurit, de la rhinite allergique vasomotrice, troubles dont les manifestations sont attribuées à la libération d'histamine dans les tissus.

*Nom déposé

William R. Warner & Co., Ltd.,

727 King St. West, Toronto.

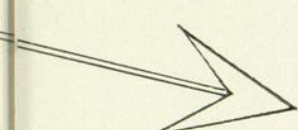


une défense continue dans l'allergie

Au cours du traitement de l'allergie par les antihistaminiques, il est essentiel de procurer au malade un degré de protection à la fois élevé, uniforme et continu. Une excrétion trop rapide ou une désintoxication du médicament entraîne inévitablement un état de défense incertain et variable, alternant entre une protection complète et une vulnérabilité totale. Le Chlorothen Whittier se distingue au point de vue pharmacologique par son action durable. Par conséquent, on peut compter que chaque dose produira un effet protecteur prononcé, pendant des intervalles plus longs — une défense continue contre les allergies.

Whittier présente

le



CHLOROTHEN

WHITTIER

À ACTION DURABLE

Des épreuves cliniques ont établi que le Chlorothen Whittier possède une action très efficace dans le traitement du rhume des foins, de la rhinite vaso-motrice, de l'urticaire, de l'œdème de Quincke et d'autres troubles allergiques. Les malaises secondaires sont habituellement légers et leur incidence se compare avec avantage à celle des autres antihistaminiques.

Pour favoriser une désintégration et une absorption rapides et, par conséquent, une action prompte, le Chlorothen Whittier est présenté en comprimés non enrobés de 25 mgm. chacun pour administration par voie buccale. La dose recommandée est de un à deux comprimés toutes les 4 à 6 heures, selon l'effet obtenu.

Présenté en flacons de 100 comprimés.



Whittier

LABORATORIES

DIVISION NUTRITION RESEARCH LABORATORIES

CHICAGO 30, ILLINOIS



Les RIB-BACK sont des *Auxiliaires*...



Auxiliaires DU CHIRURGIEN:

La supériorité du pouvoir tranchant repose sur la finesse uniforme qui règne tout le long du taillant. Le chirurgien est assuré de trouver entière satisfaction, grâce au Rib-renfort, une caractéristique exclusive qui ajoute de la force et assure le degré de rigidité le plus capable de résister à la pression latérale.

Auxiliaires DES ASSISTANTS:

Il se pose moins de problèmes pour les autres membres de l'équipe chirurgicale lorsqu'ils sont sûrs de la qualité des lames. Moins de délais... moins de confusion... un précieux apport à la réalisation d'un processus chirurgical rigoureusement réglé.

Auxiliaires DE TOUS LES USAGERS:

Des méthodes précises de fabrication et des inspections sévères assurent à toutes les lames une stricte uniformité, ce qui leur confère la faculté de s'adapter exactement et solidement à chaque manche B-P, lui-même construit pour servir de façons diverses. Selon les besoins, on peut instantanément remplacer les uns par les autres différents modèles de lames.

Auxiliaires DE L'ACHETEUR:

Dans chaque douzaine de RIB-BACK qu'il se procure, l'acheteur est assuré de trouver 12 lames parfaites. Leur qualité est supérieure, et la durée d'usage satisfaisant plus étendue, voilà des facteurs qui, du point de vue économique, réduisent la consommation des lames à un minimum.



Demandez-les à votre fournisseur

BARD-PARKER COMPANY, INC.

Danbury, Connecticut, U.S.A.

A BARD-PARKER PRODUCT

PRINCIPE ANTIANÉMIQUE DES EXTRAITS DE FOIE

Maintenant disponible sous une forme pure et cristallisée

La vitamine B₁₂, récemment isolée dans les laboratoires de recherches de la maison Merck, est maintenant disponible. Des expériences cliniques ont démontré que le Cobione* (vitamine B₁₂ cristallisée Merck) possède une activité hématopoïétique très élevée dans le traitement de

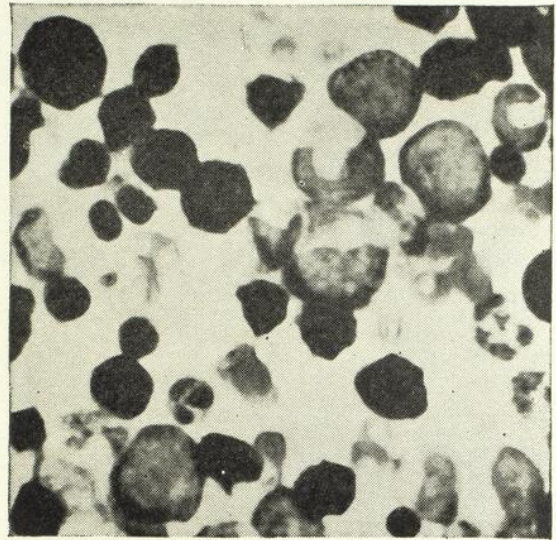
- ★ L'ANÉMIE PERNICIEUSE
- ★ L'ANÉMIE MACROCYTAIRE PAR CARENCE ALIMENTAIRE
- ★ LA SPRUE (tropicale et non tropicale).

LE COBIONE

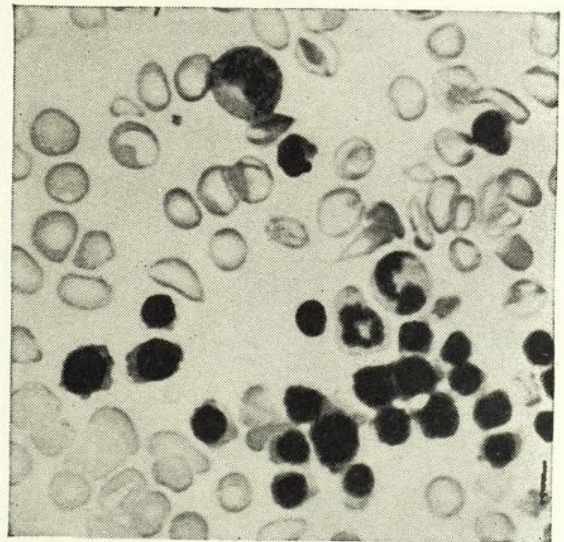
- est un composé pur, cristallisé, possédant une activité très élevée,
- est efficace dans le traitement de l'anémie pernicieuse, y compris les manifestations neurologiques,
- est efficace et bien toléré chez les malades sensibles à toutes les préparations de foie,
- est efficace à des doses extrêmement faibles, vu son activité remarquablement élevée,
- peut être administré par voie parentérale en doses précises parce qu'il est un composé pur et cristallisé,
- n'a encore causé aucune réaction toxique lorsqu'on l'a administré aux doses recommandées.

Documentation sur demande

* Cobione est le nom déposé par Merck & Co., Inc. pour leur marque de Vitamine B₁₂ cristallisée.



Anémie pernicieuse avant le traitement au Cobione (moelle osseuse mégalo-blastique).



Le même malade quatre-vingt-dix heures après une seule injection de 0.025 mg. de Cobione.

COBIONE

NOM DÉPOSÉ

(VITAMINE B₁₂ CRISTALLISÉE MERCK)



MERCK & CO. LIMITED *Chimistes fabricants* MONTREAL - TORONTO - VALLEYFIELD

PRESTIGE



Le prestige et l'acceptation générale dont jouit l'Aspirin ont été établis au cours d'une période de plus de quarante-sept ans, en produisant toujours le meilleur produit du genre que l'habileté scientifique permette d'obtenir. Rien de ce que vous prescrivez n'est fabriqué sous des contrôles plus rigoureux. Depuis les matières premières jusqu'au produit fini, plus de soixante-dix vérifications et essais différents sont faits. L'une des plus belles usines de produits pharmaceutiques au monde ne fabrique qu'une chose . . . l'analgésique pour usage à la maison . . . l'Aspirin.

"Aspirin" est la marque déposée au Canada de
The Bayer Company Limited

“Emprisonné dans chaque obèse un
homme mince proteste énergiquement
de son désir d’être libéré.”

C. C. Palinurus, cité dans le Bull. New York Acad. Med. 24:2 (février) 1948.



La suralimentation emprisonne
“l’homme mince”, et il aura beau pro-
tester jusqu’au jugement dernier, il
n’en sortira jamais à moins que
“l’obèse” ne cesse de se suralimenter.

Le Sulfate de Dexédrine refrène l’appétit, facilite l’arrêt de la suralimentation chez le malade obèse, et diminue ainsi le poids sans danger tout en évitant l’usage (et le risque) de médicaments susceptibles de comporter certains dangers, tel que la thyroïde.

Comprimés de **Sulfate de Dexédrine**

L’agent le plus efficace pour refréner l’appétit et diminuer le poids.

Smith Kline & French Inter-American Corporation

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

*Pour un niveau salivaire de pénicilline élevé et soutenu...
une activation de la circulation et du flot salivaire.*



GOMME PÉNICILLINE Bristol

**Formule NOUVELLE et ESSENTIELLEMENT ORIGINALE—
spécifique des infections intrabuccales.**

AGRÉABLE

Dans ces nouvelles pastilles de gomme pure et délicatement aromatisée à la menthe, il est impossible de déceler—soit par le goût soit par l'odeur—la présence de la médication de pénicilline G cristallisée.

Cette préparation plaira d'emblée à vos patients de tous les âges par sa nouveauté et sa similitude avec l'un des bonbons des plus à la mode.

EFFICACE

Une mastication lente et continue assure dans la cavité buccale une distribution généreuse de pénicilline. La Gomme Pénicilline BRISTOL est indiquée dans la stomatite chancriforme (Angine de Vincent) et dans toutes les infections causées par des organismes pénicillino-sensibles.

Chaque pastille de Gomme-Pénicilline contient 3,000 unités internationales de pénicilline G potassique cristallisée.

En flacons de 10 pastilles.

Se trouve dans toutes les bonnes pharmacies d'ordonnance.

Renseignements complémentaires fournis sur demande par Bristol Laboratories of Canada, Ltd., 286 rue Saint-Paul ouest, Montréal.





PAINTED BY FLETCHER

Vous pouvez faire l'offre, **MAIS...**



• comment pouvez-vous être *assuré*
que les vitamines seront prises?

Un moyen quasi infallible est de prescrire les vitamines sous une forme aussi attrayante que possible à l'oeil, à l'odorat et au goût. • Vous trouverez que cette qualité est caractéristique des produits vitaminiques pour administration orale d'Abbott. Leur préparation est spécialement soignée dans le but d'assurer que les malades les prennent fidèlement suivant les prescriptions du médecin. Et il va de soi que chaque Produit Vitaminique Abbott—oral ou injectable, pour usage thérapeutique ou pour usage comme supplément alimentaire—contient pleinement les quantités indiquées sur l'étiquette.

Les Laboratoires Abbott sont au premier plan en fait de recherches et de développements dans le domaine des vitamines et mettent à votre disposition, par l'entremise de votre pharmacien, une grande variété de produits vitaminiques sous forme de comprimés, de capsules et de solutions.

prescrivez

**LES PRODUITS
VITAMINIQUES**

Abbott



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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 77:

MM. Amyot (Roma); Arcand (Arthur); Archambault (Jules); Archambault (Laurent); Archambault (P.-R.); Autotte (Esdras); Baissette (Gaston); Beauregard (J.-M.); Bélisle (Maurice); Bernier (Alphonse); Bertrand (A.); Boucher (Roméo); Boulais (F.-L.); Boulanger (J.-B.); Boulanger (Jacques); Bourbonnais (Earl); Bourgeois (Paul); Boutin (J.-R.); Brahy (J.); Brien (Jules-A.); Brosseau (Victor); Burckel (Jean); Cabana (J.-Ernest); Cabana (L.-P.); Cantero (Antonio); Caumartin (Paul); Cazal (Pierre); Champoux (G.-Roger); Charbonneau (René); Charest (G.); Charland (Richard-A.); Choquette (G.); Cloutier (G.-E.); Cousineau (A.); Dargis (Jean); David (Paul); Desranleau (Jean-Marc); Desjardins (Edouard); Desrochers (Jean-Louis); Dhotel (Yves); Dionne (Paul); Dorion (J.-Ed.); Duchesne (Laurent); Dufresne (Roger-R.); Dufresne (O.); Dussault (Fernand); Duvalier (François); Faure (Jacques); Foisy (J.-P.); Forté (Lionel); Fortier (Marcel); Frappier (Armand); Fugère (Paul); Gagnon (Jacques); Gariépy (J.-U.); Gariépy (L.-Henri); Gauthier (Bernard); Gauthier (C.-A.); Gauthier (Gérard); Gauthier (Jacques); Gélinas (Réal); Genest (Jacques); Gervais (Maurice); Gingras (Gustave); Grenier (E.-P.); Grignon (R.); Groulx (Ad.); Guilbeault (Albert); Heim de Balsac (R.); Hood (A. J. G.); Jarry (J.-A.); Joly (Pacifique); Joncas (Fernand); Jutras (Albert); Kozlowski (François Bratek); Labelle (Arcade); Lacerte (Jean); Ladouceur (L.); Lambert (A.); Lamoureux (Louis); Landreville (J.-A.); Laperrière (Vincent); Laplante (Aimé); Laporte (J.-N.); Latraverse (V.); Lauzé (Simon); Lauzer (Rosaire); Leblond (Wilfrid); Leclerc (Georges); Lecours (J.-A.); Legault (Jean-Paul); Legault (Léonard); Léger (Jacques); Léger (Jean-Louis); Léger (Lucien); Léonard (Gérard); Lépine (Edgar); LeSage (Albert); LeSage (Jean); Lessard (Jean-Marc); Letellier de Saint-Just (E.); Longtin (Léon); Lortie (Edouard); Lussier (Roger); Mantha (Léopold); Marchand (J.-C.-A.); Marin (Albéric); Martin (L'hon. Paul); Masson (Anne-Marie); McCormick (W. J.); Meloche (Lorenzo); Ménard (Raymond); Meunier (Robert); Monfette (Claude); Moreno (Manuel); Morissette (Léopold); Nadeau (Gabriel); Panisset (Maurice); Panneton (Philippe); Paquette (J.-P.); Parent (Honoré); Patel (Jean); Pelletier (Émile); Pemberton (Ralph); Perras (C.); Pesant (Julien); Pettigrew (Antoine); Piette (Jean); Plichet (André); Plouffe (Adrien); Poirier (Paul); Prévot (A.-R.); Ricard (Hector); Richard (A.-L.); Riopelle (J.-L.); Robert (Paul); Robillard (Rosario); Rolland (P.-E.); Rouquès (Lucien); Royer (Albert); Saint-Martin (Maurice); Samson (J.-Ed.); Saucier (Jean); Simard (L.-C.); Simard (Roland); Smith (Henri); Smith (Pierre); Thévenard (André); Torrè (Pierre); Tremblay (Jacques); Tremblay (Jean); Trudel (Hermile); Vaillancourt (De Guise); Vallée (A.-F.); Vallée (Ls-Yvan); Valois (A.-B.); Vézina (Norbert); Vidal (J.-A.).

...Ma première proposition sera telle que personne ne pourra la nier. On conviendra que quelques malades qui se sont jetés entre les bras de la médecine ont été guéris: mais us ne l'ont pas été tous; et c'est ici qu'on s'élève contre la médecine. Ses ennemis disent que, de plusieurs malades atteints du même mal, ceux qui obtiennent la guérison la doivent à un heureux hasard, nullement aux règles de l'art. Pour moi, je n'ai garde de vouloir priver la fortune de ce qui lui est dû, et je pense que les malades bien soignés ont toujours la bonne fortune, comme ceux qui sont mal traités l'ont mauvaise. Mais comment est-il possible que ceux qui ont été guéris aiment mieux l'attribuer à toute autre chose qu'à l'art, lorsque c'est en l'employant et en suivant ses règles qu'ils ont été guéris. Ils n'ont point voulu se fier à la fortune pour ce en quoi ils ont appelé l'art à leur secours. Ils sont donc à cet égard quittes de reconnaissance envers la fortune, mais non point envers l'art. Ils ont vu une espèce de l'art dans ce en quoi ils se sont livrés et abandonnés à ses règles, et ils ne peuvent méconnaître son existence dans l'opération qu'il a faite.

(Première objection: Bien des malades guérissent sans médecin.) Mais, dira-t-on, beaucoup de malades ont été guéris sans médecin. Qui en doute! n'est-il pas très possible que, sans avoir appelé de médecin, ils soient tombés entre les bras de la médecine. Ce n'est pas qu'ils aient connu ce que la médecine approuve, ni ce qu'elle rejette; mais c'est qu'ils ont réussi à faire les mêmes remèdes qui leur auraient été ordonnés par de bons médecins s'ils en avaient appelé; et c'est une grande preuve de l'art et de son pouvoir, que ceux-là même qui n'y croient pas, ne laissent pas de devoir leur salut à ses règles. Car il faut de toute nécessité que ces malades qui ont recouvré leur santé sans médecin conviennent qu'ils se sont guéris en faisant certaines choses, ou en ne faisant rien. En effet, ils se sont sauvés en mangeant beaucoup, ou en ne mangeant point; en buvant, ou en s'abstenant de boire; en se baignant, ou en ne se baignant pas; par le travail ou par le repos, par les veilles ou par le sommeil, ou par le mélange de ces différentes choses. Et puisqu'ils ont été soulagés, il faut de toute nécessité qu'ils reconnaissent qu'il y a quelque chose par laquelle ce soulagement a été opéré. Comme aussi, si le mal s'est empiré, il y a nécessairement quelque chose qui a produit l'état pire. Il y en aura peu, à la vérité, qui soient en état de discerner quelle a été précisément la chose salutaire, la nuisible. Mais le malade qui pourra faire ce discernement et louer ou blâmer avec justice le régime qu'il aura suivi, trouvera aussi que celui qui l'a sauvé est une partie de la médecine. Les fautes mêmes qu'il aura faites ne sont pas des preuves moins éclatantes de l'existence de la médecine; car ce qui lui a fait du bien à propos, comme ce qui lui a fait du mal, ne lui a été mauvais que par les raisons contraires. Or partout où le bon et le mauvais ont certains modes, comment se peut-il qu'il n'y ait point d'art? Pour moi, je pense qu'il ne peut point y avoir d'art, là seulement où il n'y a ni bien ni mal; mais que dans tout ce, où l'un et l'autre peut se trouver, il faut nécessairement un art, loin d'assurer qu'il n'y en a point...

...Quant à ceux qui allèguent contre la médecine tant de malades qui sont morts entre ses bras, j'admire quelle raison si évidente ils peuvent avoir pour s'en prendre plutôt à l'ignorance des médecins qu'à l'indocilité des malades, comme s'il était seulement possible que le médecin ordonnât ce qu'il ne faut point, et qu'il fût impossible que le malade fût quelque faute contre ses ordonnances. On est plus fondé à croire que le malade a pu ne pas exécuter l'ordre du médecin, qu'à dire que le médecin a ordonné ce qu'il ne fallait pas au malade. En effet lorsqu'un véritable médecin entreprend un malade, il est sain et de corps et d'esprit; il est capable de raisonner sur l'état présent de la maladie, de le comparer avec ce qu'il a vu de semblable, ou d'approchant, dans des cas où il a guéri des malades de leur propre aveu; au lieu que le malade ne sait ni quel est son mal, ni ce qui l'a causé. Il ignore ce que sa maladie peut devenir, et ce qui est arrivé en de semblables rencontres. Il reçoit des ordonnances, tourmenté du présent, effrayé de l'avenir. Il est plein de son mal et vide de nourriture. Il cherche bien plus ce qui le flatte que ce qui peut le guérir; ce n'est pas qu'il veuille mourir, mais il a de l'aversion pour le remède. En cet état, lequel est plus vraisemblable? ou que le malade obéisse comme il faut au médecin, sans faire autre chose que ce qui lui est ordonné; ou que le médecin, qui a les qualités dont j'ai parlé, lui ordonne ce qu'il ne faut pas? N'y a-t-il pas plus d'apparence que le médecin ordonne bien, et que le malade, quelquefois à la vérité hors d'état d'obéir, n'obéisse pas et meurt pour n'avoir pas fait ce qui a été ordonné. Mais ceux qui jugent mal des choses accusent de sa mort celui qui en est innocent, et en déchargent celui qui en est souvent coupable.

Il y en a d'autres qui condamnent la médecine sous prétexte que les médecins n'entreprennent pas les malades qui sont déjà vaincus par le mal. Ils disent qu'elle se charge volontiers des maux qui se guériraient assez d'eux-mêmes; mais qu'elle ne touche pas à ceux où l'on aurait le plus besoin de son secours. S'il y avait un art de médecine, ajoutent-ils, elle guérirait les derniers comme les premiers. Ceux qui tiennent ce langage auraient plus de raison de se plaindre d'un médecin qui ne les traiterait pas de la folie, qu'ils n'en ont d'accuser la médecine comme ils le font: car celui qui demande d'un artiste ce qui n'est pas de son art, ou qui demande ce qui passe les forces de la nature, est, sans le savoir, dans un état hors de raison, plus prochain de la folie que de l'ignorance. Nous pouvons faire tout ce qui se peut opérer par les instruments de l'art et par ceux de la nature; nous n'en avons point d'autres. Mais quand le mal est plus fort que tous les instruments de la médecine, il ne faut pas attendre que la médecine puisse le détruire: sans aller plus loin, de tous les caustiques dont la médecine fait usage, le feu naturel est celui qui brûle au plus haut degré. Elle en emploie bien d'autres, mais plus faibles. On doute, avec raison, dans les cas qui ont besoin de caustiques, si les maux les plus forts d'un certain degré ne résisteront pas au feu. Mais est-il douteux que le feu n'arrêtera point les plus forts du premier degré. Or, pour ces maux où le feu se trouve faible, il est évident qu'on ne doit rien attendre d'un art qui n'a point d'instrument plus fort que le feu. Il en est de même de tous les autres instruments qui servent à la médecine; et je pense qu'un médecin doit, lorsqu'il les emploie sans en retirer l'avantage qu'il en espérait, en accuser, non l'art, mais la supériorité du mal.

Il en est de ceux qui reprochent aux médecins de ne pas entreprendre les malades surmontés par la maladie, comme de ceux qui demanderaient à tout autre art de faire ce qui n'en dépend pas, ainsi que ce qui en dépend. On peut se faire admirer des médecins de nom, en proposant des vues aussi déraisonnables; mais on passe pour insensé devant les vrais médecins. Ceux qui possèdent l'art, ne s'occupent ni des louanges ni des reproches de ces sortes de personnes. Ils considèrent seulement celles qui savent discerner quand et en quoi les opérations de l'art sont parfaites ou imparfaites, et si l'imperfection vient de l'ouvrier ou du sujet. On pourra dans d'autres discours traiter ce qui concerne les autres arts: pour ce qui est de la médecine, nous avons déjà fait voir ce qu'elle est, et nous allons montrer comment on doit la juger...

BULLETIN

LE DEUXIÈME CONGRÈS RÉGIONAL À CHICOUTIMI

Un événement tel que celui qui s'est produit à Chicoutimi les 2 et 3 juin dernier peut être aussi bien agencé et réussi, mais on peut dire qu'il ne peut le dépasser en talent d'organisation et en succès que pas un n'a pas constaté. Voilà l'impression générale qui se dégage du deuxième congrès régional de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, et les commentaires qui volent encore de bouche en bouche sont à l'honneur de nos confrères de la région Chicoutimi-Lac-Saint-Jean-Charlevoix et des autorités hospitalières et civiles qui ont généreusement prêté leur habile concours.

Le gros des congressistes ont effectué le voyage de Montréal à Chicoutimi à bord du vapeur Richelieu de la compagnie « Canada Steamships Lines » dont les officiers et l'équipage ont manifesté la plus grande courtoisie aux nombreux passagers et partant à notre Association.

A bord, l'entrain le plus joyeux et le plus cordial a régné au retour comme à l'aller parmi les médecins et leurs charmantes épouses et aussi parmi les distingués représentants de maisons pharmaceutiques réputées. La Nouvelle-Angleterre, l'Ontario, le Québec ont fourni une délégation imposante tant par le nombre et par la qualité des voyageurs qui ont laissé leur pratique médicale du Rhode-Island, d'Ottawa, d'Abitibi, du Bas-du-Fleuve, de Québec, des Trois-Rivières, pour aller dire à nos confrères de la région de Chicoutimi comment ils admiraient leur travail, leur esprit scientifique et leur talent d'initiative, grâce auxquels ils sont parvenus à établir une très belle civilisation au royaume du Saguenay.

Partis de Montréal le premier juin au soir, après avoir fait escale à Sorel, à Trois-Rivières et à Québec pour y prendre d'autres congressistes, nous arrivions à Chicoutimi même, gracieuseté du capitaine Bodiensiek et des pilotes, le soir du 2 juin, où une chaude réception nous attendait de la part du docteur Edmond Potvin, président du deuxième congrès, et de son état-major, ses confrères Simard, secrétaire, Boudreault, trésorier, et les autres qui composaient les différents comités.

Les voyageurs, accompagnés des autres congressistes venus en auto, quittèrent le quai pour se rendre à l'hôtel Chicoutimi, où se fit l'ouverture officielle en présence du premier magistrat, le maire Geo.-H. Smith, qui nous offrit au nom de ses concitoyens « la plus cordiale hospitalité ». Le docteur Potvin nous adressa la parole en des termes chaleureux et se fit l'interprète de ses confrères, présents en très grand nombre, en invitant le directeur général de l'Association, le docteur Donatien Marion, à se sentir, avec les congressistes qu'il conduisait, les bienvenus dans son pays.

Ensuite le directeur général, parlant au nom de toute la délégation, se dit heureux d'assister à une si belle fête et à des assises scientifiques dans la région des pionniers du nord. Et la réception du premier soir se termina par un copieux

coquetel généreusement offert, au nom de la ville, par une pléiade de jeunes et élégantes demoiselles.

L'inscription commencée sur le bateau et continuée le lendemain a atteint presque le chiffre de deux cents quand on sait que ce n'est pas chose facile de déplacer à ce temps de l'année des praticiens qui ont à faire face à une grosse besogne quotidienne (l'un d'eux venait de Gravelbourg).

Les assises du deuxième congrès régional furent rehaussées de la présence de distingués patrons d'honneur: l'Honorable Antonio Talbot, C.R., le docteur J.-F.-A. Gatien, représentant le docteur Marc Trudel, président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, MM. P.-E. Gagnon, M.P., J.-A. Dion, M.P., Dr A. Auger, M.P.P., Antoine Marcotte, M.P.P., Dr Eugène Thibault, président de la Fédération des Sociétés médicales de la province de Québec, Dr Roland Décarie, président de l'Association des Bureaux Médicaux de la province, et son Honneur Georges-H. Smith, maire de la Cité de Chicoutimi. Nous avons noté aussi la présence de deux présidents d'honneur: les docteurs Eugène Tremblay, doyen des médecins de Chicoutimi, et H.-D. Brassard, de Roberval.

Au cours de la journée du 3, le programme scientifique, comportant deux sections: médecine l'avant-midi, chirurgie l'après-midi, démontra que les rapporteurs, tous compétents en leur spécialité et domaine, savent se tenir au courant de l'évolution de la science médicale la plus récente. Et, chose à signaler, les auditeurs se pressaient nombreux et attentifs, intentionnés qu'ils étaient à poser des questions pertinentes après l'exposé de chacun des travaux.

Buffet froid le midi, gracieusement offert par les Révérendes Augustines de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier. Variétés de mets et de hors-d'œuvres préparés et servis avec soin et habileté par les religieuses et les infirmières.

Le Conseil de l'Association des Médecins de Langue Française rencontrait avec plaisir, à deux heures de l'après-midi, le conseil d'administration de l'hôpital présidé par la dévouée supérieure, Sœur Saint-Louis de France. De part et d'autre eurent lieu des échanges de bons sentiments. Les Augustines dirent le plaisir qu'elles éprouvaient de recevoir l'Association des Médecins de Langue Française et cette dernière, par la bouche du directeur général, exprima le regret de n'être pas venue auparavant tenir un congrès à l'Hôtel-Dieu, où l'hospitalité est si grandement appréciable et appréciée.

Après cette réception, siégea le Conseil de l'A.M.L.F.C.

Durant ce temps, les épouses des confrères avaient déjà été les hôtes de la compagnie d'Aluminium du Canada au « Saguenay Inn » d'Arvida après avoir visité en autobus Jonquière, Kénogami (les deux jumelles) et Shipshaw. A leur retour, à quatre heures, les religieuses leur offraient aimablement le thé, où toutes débordaient d'activité et de commentaires élogieux.

A sept heures du soir, l'hôtel de Chicoutimi réunissait épouses et congressistes à un banquet traditionnel qui fut une autre occasion de nouer des amitiés avec les voisins de table. Et le mets principal, vous le devinez sans peine

puisque nous n'étions qu'à quelques milles du lac Saint-Jean et que c'était un vendredi: la ouananiche fraîche dont tous ont pu apprécier le fin goût d'amande, la plupart pour la première fois. A l'issue du banquet, le président du deuxième congrès régional, le docteur Edmond Potvin, après une courte allocution où il nous dit sa peine de la trop grande brièveté de notre séjour, présenta ceux qui nous adressèrent la parole: l'Honorable Talbot, Ministre de la Voirie, le docteur Gatien, en l'absence du Dr Marc Trudel, président du Collège des Médecins, le directeur général de l'Association, le docteur D. Marion, qui a fait part à l'assistance des résolutions adoptées par le Conseil de l'Association quelques heures plus tôt (le texte de ces résolutions suit ce bulletin), et le docteur Louis-J. Gobeil de Grande-Baie, qui, dans une conférence profondément spirituelle, et fortement goûtée: « Le Médecin de campagne » (que vous aurez le loisir de lire dans une prochaine livraison de *L'Union Médicale*), fustigea les superstitions et les petits travers de la clientèle aussi bien que les manques... d'étiquette professionnelle de « certains » grands spécialistes envers le médecin de campagne quand ce dernier a recours à leurs services.

En résumé, le congrès de Chicoutimi a été une heureuse occasion d'apprécier à leur valeur les talents de nos confrères de la région du Saguenay, de rencontrer nos amis de là-bas (le comité exécutif de la Fédération des Sociétés Médicales en a profité pour tenir une assemblée sous la présidence du docteur Thibault), de reconnaître l'effort louable des officiers et de tous leurs collaborateurs qui ne nous ont pas ménagé leur peine, de remercier les autorités civiles et hospitalières de leurs gestes d'amitié et de courtoisie.

La présentation des travaux scientifiques, sauf quatre, était d'origine locale et portait sur des sujets sérieux et intéressants pour les praticiens tout autant que pour les spécialistes.

La réception magnifique des Révérendes Augustines dans leur hôpital des plus modernes aux médecins, de même que celle qui a été réservée à leurs épouses, mettait bien en évidence le désir de manifester à tous les visiteurs leur grande joie de les bien recevoir. Ce ne fut pas une mince tâche que de servir tout près de quatre cents personnes.

Plusieurs ont vu Chicoutimi et la région pour la première fois et se promettent d'y retourner. Notons aussi la grande affabilité du capitaine Bodiensick, des pilotes et de l'équipage qui agrémentèrent notre séjour sur le vapeur Richelieu. L'atmosphère de gaieté et de franche cordialité a incité le docteur J.-Emile Rioux, de Sainte-Anne-des-Monts, à proposer au Conseil de l'Association que le troisième congrès régional en 1951 ait lieu en bateau au cours d'une excursion à Rimouski. Cette nouvelle s'est répandue vite et déjà de nombreuses demandes ont été adressées à l'exécutif de l'Association. Le temps froid qui a précédé la croisière a fait une trêve de quatre jours.

Notons que le livret-programme est d'une très belle facture et qu'il comprend des notes historiques et de nombreuses illustrations de sites et d'édifices de la région visitée. Cette œuvre a été rendue possible par l'empressement de tous les annonceurs.

Nous adressons nos sentiments de gratitude aux dames de la région qui se sont dépensées largement au confort de nos épouses, aux journalistes empressés et en particulier à M. Desjardins, de Radio-Canada, qui nous a fait l'honneur des « nouvelles d'actualités » sur tout le réseau français.

Je ne peux, en terminant, passer sous silence la besogne de notre dévoué confrère Georges Manseau, qui a accompli, le sourire aux lèvres et le cœur sur la main, une tâche ardue bien longtemps avant et pendant la croisière. Aussi ses activités antérieures toujours débordantes et cette tâche l'ont terrassé d'une crise cardiaque dont les premiers effets se sont manifestés sur le chemin du retour. Depuis lors, son infatigabilité a trouvé un terme (espérons qu'il soit temporaire) puisqu'il a dû à son tour être hospitalisé et recourir à la science médicale de confrères qui ne cessent de lui prodiguer leurs meilleurs soins.

Le séjour à Chicoutimi a été bien court, mais nous en garderons un éternel souvenir.

Hermile TRUDEL,
Secrétaire-trésorier général

* * *

**RÉSOLUTIONS ADOPTÉES PAR LE CONSEIL DE L'ASSOCIATION DES
MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA, À LA RÉUNION
du 3 JUIN, LORS DU 2^e CONGRÈS RÉGIONAL,
TENU À CHICOUTIMI**

SYSTÈME D'HOSPITALISATION POUR LA CLASSE DES SALARIÉS MOYENS

« Prenant pour acquis que la maladie est toujours une calamité financière pour les salariés et que l'hospitalisation, qui devient souvent nécessaire et inévitable, entraîne des déboursés que le budget familial ne peut solder, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada émet le vœu que:

« Les différents collèges des Médecins et Chirurgiens en collaboration avec les Sociétés Médicales de leur province respective étudient sous tous ses angles un plan d'hospitalisation qui répondrait aux besoins de l'heure. »

* * *

CERTIFICATS DE SPÉCIALISTES

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada, à son 2^e congrès régional, tenu à Chicoutimi, le 3 juin 1949, a émis le vœu suivant:

« Considérant que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, suivant les pouvoirs que lui accorde sa charte, a adopté à la dernière assemblée du Bureau provincial de médecine, en septembre 1948, un règlement ayant pour but l'émission de certificats de spécialistes, fasse tout en son pouvoir, malgré les difficultés inhérentes à toute nouvelle législation, pour que ces certificats soient décernés le plus tôt possible. »

* * *

MÉDECINE INDUSTRIELLE

« *Considérant la valeur inestimable du capital humain;*

« *Considérant que la médecine moderne a beaucoup développé les notions fondamentales de la prophylaxie de l'ouvrier à son travail;*

« *Considérant que les unions ouvrières s'intéressent de plus en plus à cette protection,*

« *L'Association des Médecins de Langue Française du Canada émet le vœu suivant:*

« *1° Que l'on donne plus d'expansion à l'enseignement de la médecine industrielle dans nos universités;*

« *2° Que le Ministère de la Santé réorganise le département de la médecine industrielle pour le plus grand bien de la population ouvrière. »*

* * *

ENSEIGNEMENT MÉDICO-SOCIAL

« *Considérant l'évolution des idées sur les problèmes sociaux;*

« *Considérant que le législateur a adopté des lois qui modifient profondément les relations des différentes classes de la société;*

« *Considérant que le médecin a compris son rôle, de tout temps,*

« *L'Association des Médecins de Langue Française du Canada émet le vœu que les autorités universitaires du Canada organisent un enseignement médico-social qui répondrait aux nécessités de l'heure.*

* * *

NOMINATIONS HOSPITALIÈRES

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada, afin d'élever le niveau scientifique des médecins des hôpitaux de la Province de Québec, émet le vœu que les hôpitaux généraux adoptent une réglementation uniforme quant aux conditions requises pour les nominations aux différents postes hospitaliers.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DU PNEUMOTHORAX BILATÉRAL SIMULTANÉ À L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR¹

P. PAQUETTE,

Chef de service à l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

Est-il besoin de rappeler que l'idée d'un collapsus des deux poumons par pneumothorax a été le concept d'Ascoli, que celui-ci en a rapporté quelque cent cas au congrès de Rome en 1912? Le collapsus bilatéral ne réapparaît cependant au code de la thérapeutique antituberculeuse que vers 1925.

Depuis cette date, il y a eu plus de cent communications de faites sur le sujet portant sur une statistique variant de deux à deux cent onze cas. (B. H. Douglas, D. H. Galey, C.G. Strenges: « Bil. pneumo. » *Am. R. T.B.*, novembre 1938).

Des phthisiologues l'ont pratiqué en France, en Allemagne, en Italie, en Scandinavie et dans les deux Amériques. Tous tirent deux conclusions importantes:

1. — Il n'est pas plus dangereux dans de bonnes conditions pour le phthisiologue compétent de conduire un traitement de pneumothorax bilatéral qu'unilatéral.

2. — Même avec un succès de 35 à 45%, il est intéressant de tenter cette thérapeutique pour ces pourcentages. Si bas soient-ils, ils s'opposent à néant dans l'abstention.

Le présent rapport a pour but de présenter la statistique obtenue par l'étude de nos cas de bilatéraux à l'hôpital du Sacré-Cœur, mais nous avons restreint le travail à l'étude du pneumothorax bilatéral simultané.

Avant de parler chiffres et résultats, il est bon, croyons-nous, de revoir quelques paragraphes concernant cette thérapeutique.

I — MODE D'ACTION

C'est celui du pneumothorax: compression des lésions, des foyers nécrotiques, amorce de fibrose. Diminution et ralentissement de la

circulation, détente et repos pulmonaires. On a craint un temps que les compressions bilatérales ne nuisent à l'hématose. Or, depuis le temps où on a pratiqué cette thérapeutique, jamais, à moins d'un grand spontané, on n'a eu ou rapporté de cyanose ou de grandes dyspnées.

II — VARIÉTÉS

Albert Giraud distingue: 1. — le pneumo. bilatéral d'emblée; 2. — le pneumo. secondairement bilatéral en cas de bilatéralisation au cours du traitement.

Dumarest et Brette ont parlé du pneumo. bilatéral successif en plus.

III — INDICATIONS

A) C'est la lésion bilatérale qu'elle soit cavitaire ou assez importante pour nécessiter une collapsothérapie si la cure s'avère inefficace ou insuffisante.

B) Petites lésions pneumoniques bilatérales.

C) Lésions nodulaires bilatérales limitées.

Comme contre-indications

A) Grande toxicité.

B) Foyers extra-pulmonaires graves.

C) Etat général mauvais. Déchéance organique marquée.

D) Lésions trop étendues (excédant deux lobes).

E) Tuberculose intestinale.

F) Collapsus imparfait du premier pneumo.

IV — CAUSE DES ÉCHECS

Dufourt et Ledru, en 1936, ont admis d'abord que le succès du pneumothorax bilatéral est aléatoire après l'âge de 40 ans. Ensuite, ils attribuent l'échec aux formes anatomo-cliniques, telles les cavités multiples, les cavernes sous-pleurales sans parenchyme péri-lésion-

1. Travail présenté au 19e Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

nel, la granulie qui vient compliquer la maladie et la broncho-pneumonie diffuse. Ils récusent aussi l'entreprise de ce traitement dans de mauvaises conditions de l'état général comme les cardio-réno-pathies, les états cachectiques et les complications tuberculeuses graves.

V — ACCIDENTS

Les auteurs qui ont le plus pratiqué le pneumo. bilatéral ne partagent pas les craintes de ceux qui n'en ont fait que quelques uns. Tous reconnaissent que la perforation constitue le grand danger, danger *in se* et danger plus grave encore de ses conséquences possibles: pneumo. suffocant, épanchement purulent. L'épanchement séro-fibrineux simple, redouté à cause des possibilités de purulence, n'est pas tellement grave: presque toujours il se résorbe et le pneumo. continue sans encombre.

VI — TECHNIQUE

Celle du pneumothorax ordinaire. Il faut éviter les pressions positives. Les mesures d'asepsie doivent être suivies rigoureusement. Doser les quantités d'air selon chaque cas. Surveillance radiologique avant et après l'insufflation. Nous n'avons jamais pratiqué les 2 insufflations le même jour quoique cela se pratique actuellement au dispensaire dans un ou deux cas, sans inconvénient jusqu'ici. De tous les auteurs consultés, seul B. P. Potters, qui a tenté cette thérapeutique sur 211 cas, prétend que l'insufflation bilatérale le même jour est sans danger. Pour l'amorce du second pneumo., tous prônent au moins 10 à 15 jours d'intervalle.

A l'hôpital du Sacré-Cœur, je n'ai pas relevé de cas où le second pneumo. a été amorcé avant que le premier ne soit bien établi par libération d'adhérence. Nous croyons que la durée minima de ces traitements, lorsque effectifs, ne doit pas être inférieure à 3 ans. Si le patient est bien, qu'il tolère parfaitement les deux collapsus, nous ne voyons aucun inconvénient à les conserver jusqu'à 5 et 6 ans. Car nous sommes assurés du bon état présent de notre patient et nous ignorons ce qui se passera à la réexpansion. De plus, nous avons

maintes fois remarqué que, chez les anciens pneumos, la tendance à l'épanchement est rare.

VII — RÉSULTATS AILLEURS

B. P. Potters, qui de tous les auteurs consultés rapporte le plus grand nombre de cas, soit 211 tentatives, a trouvé une liberté pleurale chez 152 patients. La liberté pleurale a été unilatérale chez 49 patients; chez 10 il n'y en avait pas du tout. Il trouva ces résultats heureux puisque, entrepris chez de grands malades, sur 52 cas conservés, 28 travaillent et 17 sont ambulatoires.

Douglas, Saley et Stringer ont fait la tentative chez 205 cas. Pour ces auteurs 58.5% de leurs patients vont bien après 7 ans. Ils n'ont que 25.7% de décès. Dufourt et Ledru rapportaient 53% de bons résultats sur 47 cas.

Corsello et Brackheimer l'ont étudié chez 36 cas, tous de grands malades et de mauvais risques. 21 sont vivants, 18 arrêtés après l'avoir tenté chez des porteurs de complications telles que laryngite et entérite. 7 sont au travail. Ils le considèrent comme traitement sans danger.

Résultats de 22 cas de pneumothorax bilatéraux simultanés à l'hôpital du Sacré-Cœur

Total des cas observés	22
Pneumos irréalisables ou inopérants	4 - 18%
Liberté pleurale	18 - 81%
Résultats heureux, un an et plus	13 - 51%
(au travail depuis plus de 2 ans) ..	4
Total des décès	9
Décès par tuberculose	8 - 36.3%
(y compris les cas de pneumos inopérants)	4
Décès survenus chez les cas de pneumos opérants se limitent à	4
Décès par myocardite... sans relation avec pneumo	1
Cas observés de 1936 à 1948.	

Observations.

Mlle J.D.L., 24 ans

Admise le 13 octobre 1943, pour hémoptysie avec un diagnostic de T.B. exsudative gauche et lésions broncho-pneumoniques à foyers disséminés.

Laboratoire: Gaffky IV.

Amorce gauche le 6 novembre 1943. Dernière insufflation, 18 février 1944.

Amorce droite le 19 février 1944. Dernière insufflation, 8 mars 1944.

Décédée le 23 avril 1944.

Mlle M.D., 41 ans

Admise le 26 février 1942, pour toux, expectoration, laryngite avec un diagnostic de T.B. fibro-caséuse bilatérale et cavitaire.

Laboratoire: Gaffky VI.

Pneumo. droit amorcé le 9 novembre 1942, pneumonolyse le 30 novembre 1942.

Abandonné le 25 février 1943, cavité restant béante.

On avait amorcé le gauche le 1er février 1943, pour l'abandonner le 15 février suivant après trois insufflations ne donnant pas d'images de collapsus.

Cette patiente dépérit graduellement et décède sans traitement collapsothérapique le 9 juillet 1943.

Mlle R.G., 15 ans

Admission le 23 novembre 1941, pour toux, expectoration avec un diagnostic de T.B. exsudative bilatérale.

A son admission, ne crachait pas.

Pneumo. gauche amorcé le 15 janvier 1942. Pneumonolyse le 5 octobre 1942, pour cavité soufflée.

Pneumo. droit est amorcé le 7 janvier 1943. Le gauche est abandonné le 10 novembre 1944, en raison de symphyse progressive.

Congé en bon état général: poids 104 livres, gain de 15 livres. Toux, expectoration: absence. Culture négative. Sédimentation 18 mm. Pneumo. droit abandonné le 12 décembre 1945.

Réadmise le 12 décembre 1946 en grande activité T.B. Décédée en mai 1947.

Mlle L.P., 27 ans

Admise le 22 septembre 1943, pour syndrome grippal et un diagnostic de T.B. ulcéro-caséuse cavitaire des deux sommets.

Laboratoire: Gaffky II.

Pneumo. droit amorcé le 21 octobre 1943.

Pneumo. gauche amorcé le 16 décembre 1943.

Spontané à gauche avec liquide et pus le 23 février 1944.

Décès le 13 mars 1944.

Mlle A.D., 23 ans

Admise le 7 octobre 1939, pour crachats hémoptoïques avec diagnostic de T.B. exsudative bilatérale.

Laboratoire: positive dix mois après son admission.

Amorce droite le 21 octobre 1939. Pneumonolyse 1er juin 1940.

Amorce gauche le 15 février 1941. Pneumonolyse le 7 juillet 1941.

Amélioration temporaire de courte durée. Décès le 26 février 1943.

M. A.B., 43 ans

Admis le 24 août 1939, pour point de côté, température et un diagnostic de T.B. III C à début pleural gauche et diabète. B.K. positif.

Amorce gauche à Ste-Agathe, le 10 janvier 1939. Pneumonolyse impossible.

Amorce droite à l'hôpital du Sacré-Cœur le 9 mai 1940.

Excellent résultat — gain de poids: 5 livres. Crache rarement, B.K. négatif.

Part le 23 octobre 1942 avec congé et suivi au dehors avec pneumo. bilatéral. Décède subitement de dilatation aiguë du cœur à la suite d'une crise de tachycardie paroxystique en 1946. Donc, vie active pendant deux ans.

M. G.G., 40 ans

Admis le 26 avril 1939, pour syndrome tuberculeux avec crachats hémoptoïques et diagnostic de T.B. III C.

Le pneumo. droit est amorcé le 15 août 1939 et abandonné le 18 octobre 1949 parce qu'inefficace et inopérant.

Le pneumo. gauche est amorcé le 11 octobre

1939 et abandonné après 3 insufflations parce qu'impossible à délimiter.

Il décède le 18 octobre 1940, mort 1 an plus tard.

M. W.D., 33 ans

Admis le 22 décembre 1938, pour syndrome de T.B. active avec un diagnostic de T.B. III C accompagnée de syphilis et syndrome cardio-rénal. Présence de bacille.

Amorce droite le 19 avril 1939, abandon le 24 mars 1943.

Amorce gauche le 26 août 1939, abandon le 4 janvier 1940 (pleuroscopie le 2 décembre 1939).

Toujours positif, on pratique une thoracoplastie gauche en deux temps les 26 mai et 25 juin 1941.

Il décède le 12 juin 1943.

Mme P.-E. B., 26 ans

Admise le 10 février 1944, recommandée par Bruchési pour le seul symptôme: fatigue. Infiltration droite et cavité au lobe supérieur gauche. Etat général médiocre.

Le pneumo. gauche est amorcé le 19 juin 1944 et une pneumonolyse intrapleurale pratiquée le 15 janvier 1945. Il y a amélioration. Elle devient négative et part sans congé.

Amorce droite en septembre 1947. Une pneumonolyse extrapleurale droite est pratiquée le 9 février 1948. Sédimentation 8 mm. Elle part en mai 1948, sans congé, avec ses deux pneumos, négative à la culture. Etat général médiocre. A subi thoraco. droite depuis. Va bien. Le gauche est continué.

Mlle J.P., 19 ans

Admise le 19 novembre 1944 pour T.B. II C pneumonique cavitaire droite et exsudative gauche.

Amorce droite le 3 février 1945, pneumonolyse 28 mars 1945.

Amorce gauche le 19 août 1945, pneumonolyse le 5 janvier 1946.

Excellent état général, gain de poids, 2 cultures négatives. Sédimentation passée de 27 à

8 mm. (mariée). Congé: novembre 1947. Va bien.

M. A.A., 17 ans (étudiant)

Admis le 10 novembre 1941, pour toux, expectoration, amaigrissement et diagnostic de tuberculose pneumonique gauche.

Amorce gauche le 18 novembre 1941, pneumonolyse le 3 mars 1942, envahissement du droit.

Amorce droite le 13 avril 1943.

Part avec congé le 22 mai 1944, avec pneumothorax bilatéral en excellente condition, négatif, gain de poids. A noter comme maladie concomitante: myocardite. Décédé de myocardite.

M. R.H., 28 ans

Admis pour syndrome banal de tuberculose ulcéro-caséuse cavitaire gauche et exsudative droite T. III B., Gaffky IV, sédimentation 21 mm.

Pneumo. gauche amorcé le 27 janvier 1947, pneumonolyse le 14 mars 1947.

Amorce droite le 24 juin 1947.

Congé en octobre 1947, pour continuer son pneumothorax bilatéral. Ne tousse pas, ne crache pas, poids stable à 150 livres, va bien.

Mme I.L.G., 21 ans

Admise le 4 juillet 1940, pour syndrome banal avec un diagnostic de lobite supérieure droite, Gaffky IV.

Amorce gauche le 3 décembre 1940.

Amorce droite le 6 juillet 1940, pneumonolyse le 14 octobre 1940.

Cesse de cracher en janvier 1941, ne crache pas depuis, bon état général, poids: entre 112, 116. Pneumo. gauche actuellement en résorption. Travail de maison, mariée depuis 2 ans. Va très bien.

Mme H.G., 31 ans.

Admise le 5 novembre 1945, pour lésion caséuse cavitaire bilatérale T.B., III B avec Gaffky IV, sédimentation 25 mm.

Amorce gauche le 2 octobre 1946, pneumonolyse le 10 février 1947.

Amorce droite le 9 avril 1947, pneumonolyse le 16 août 1947.

Résultat excellent, ne tousse ni ne crache, le poids passe de 91 à 114 livres. La sédimentation de 25 mm. à 13 mm. Suivie en dehors, va très bien. L'état général se maintient bon avec une activité relative.

Mlle G.P.D.

Admise le 17 février 1943, pour tuberculose ulcéro-exsudative des deux sommets.

Laboratoire: examen positif au 2^e examen.

Amorce gauche le 15 juillet 1943, pneumonolyse le 22 janvier 1944.

Amorce droite le 2 septembre 1943, pneumonolyse en janvier 1944 et le 17 mai 1944.

Aucun symptôme subjectif. Congé en 1945, avec symphyse progressive du gauche. Etat général actuel excellent: poids stationnaire à 128, mariée. Soins du ménage. Ne tousse ni ne crache.

M. L.D., 26 ans

Admis le 6 septembre 1941, pour tuberculose fibro-cavitaire à droite et infiltration gauche avec crachats hémoptoïques. Laboratoire: Gaffky III.

Pneumo. droit: amorce le 10 septembre 1942.

Pneumo. gauche: amorce le 23 novembre 1943.

A toujours craché deux onces, positif 2 fois seulement. Part avec congé et pneumothorax bilatéral insufflé toutes les semaines jusqu'en 1946, travaillant avec pneumothorax. Travaille toujours, est bien. Poids stationnaire: 167 livres.

M. J.L., 16 ans

Admis le 11 juin 1940, pour T.B. III B droite, B.K. négatif. La lésion progresse et il devient positif.

Amorce droite le 6 novembre 1940.

Amorce gauche, le 5 juin 1941 (pas de pneumonolyse).

B.K. positif une seule fois, 1 cobaye négatif. Part avec congé et est suivi au dispensaire jusqu'en 1944. Va bien aux dernières nouvelles en 1948, alors qu'il travaille.

Mme J. P. D., 18 ans

Admise le 22 décembre 1938 pour hémoptysies et diagnostic de T.B. exsudative droite.

Laboratoire: positif.

Amorce droite le 4 février 1939. Pneumonolyse le 25 avril 1939 en trois séances opératoires, dernière le 11 juillet 1939.

Amorce gauche le 28 septembre 1939.

Laboratoire: négatif. Gain de poids.

Part avec congé le 6 décembre 1940 ne crachant plus.

Le pneumo. droit abandonné durant l'hiver de 1941 et le gauche entretenu 18 mois. Elle se marie. Depuis on compte 3 grossesses dont la dernière date de 1947. Va très bien.

Mlle M.P., 28 ans

Admise le 1^{er} juin 1946, découverte radiologique. Cas de contact. Début insidieux en 1944 et cure mitigée à domicile. En novembre 1945, hémoptysie.

Pneumo. gauche, amorcé en juin 1945 à l'extérieur.

Pneumo. droit, amorcé le 14 octobre 1947 à l'hôpital du Sacré-Cœur.

Laboratoire: Gaffky IV 2 fois en juin 1946 et une culture positive en juin 1946. 15 autres examens et une culture tous négatifs jusqu'en juin 1948.

La sédimentation passe de 16 mm. à 7 mm.

Poids stationnaire à 103½ livres. Ne crache pas. Va très bien. Cure IV.

Le pneumo. droit doit être abandonné après 3 ans.

Mlle R.L., 23 ans

Admise le 30 juillet 1943 envoyée par la Clinique Laurier. Elle a maigri de 20 livres.

Rapporte de l'asthénie, de l'insomnie, légère hyperthermie.

Diagnostic: T.B. caséo-exsudative bilatérale.

Laboratoire: Gaffky V. Sédimentation 21-22 mm.

Amorce droite, le 28 octobre 1943. Perdu le 24 août 1946.

Amorce gauche le 3 février 1945. Jacobaeus le 21 mars 1945.

Cure sévère pour 2 ans, après quoi on lui donne l'administration des cours aux patients, tout en faisant une cure mitigée. Elle gagne 15 livres.

Réinfection à droite en avril 1948. Perd 15 livres. Devient positive Gaffky V.

La streptomycine donne régression des images et des symptômes. B.K. négatif. Poids stationnaire: 115 livres.

Résultat: temporaire excellent; actuel bon.

M.G.M., 19 ans

Admis le 7 mars 1946 pour T.B. ganglio-pulmonaire droite et T.B. II B pneumonique.

Début par rhume en 1945.

Amorce droite le 7 mai 1946. Jacobaeus le 17 août 1946.

Amorce gauche le 28 octobre 1948.

Laboratoire: B.K. négatif. 3 homogénéisations. 1 liquide gastrique, 1 culture: négatifs en 1948.

Sédimentation: 22-21 mm. Poids: 122 livres. Perte de 8 livres.

Activité légère. Va bien.

M. N.L., 20 ans

Admis le 8 septembre 1936. Lésion droite. Complication: rétrécissement aortique.

Amorce droite le 12 décembre 1936. Phrénemphraxie subséquente.

Sort amélioré le 4 juin 1937.

Réadmis le 28 juillet 1940 pour T.B. III B fibro-caséuse gauche.

Amorce gauche le 3 août 1940.

Abandon du droit le 22 novembre 1940, après 4 ans de pneumo. actif droit, le gauche maintenu. Le patient part le 30 septembre 1942. Travaille 4 ans. Subit une fracture du péroné en juillet 1945. Fait une réactivation subséquente.

Après un repos de 18 mois, va bien et travaille.

Conclusion.

Nous avons exposé succinctement quelques notions capitales sur le pneumothorax bilatéral et les résultats obtenus à l'hôpital du Sacré-Cœur, à Cartierville.

Nous croyons avec les auteurs consultés que cette thérapeutique est précieuse et qu'elle ne doit pas nous apparaître comme un épouvantail.

Il ne faut pas oublier que ce traitement est tenté chez des sujets voués pour la plupart à une issue fatale si nous ne tentons rien.

Avec des résultats éloignés de plus de 50% après un an et plus, nous croyons que nous avons rendu service.

J'admets que le nombre de cas observés n'est pas très volumineux, mais les chiffres obtenus se superposent à ceux obtenus aux Etats-Unis et en France, sur une plus grande échelle. Nous croyons qu'il ne faut pas négliger d'y avoir recours en temps opportun.

BIBLIOGRAPHIE

E. COULAUD: «Contribution à l'étude du pneumothorax bilatéral simultané. Etude statistique sur 116 cas.» *Annales de Médecine*, 28: 320 (oct.) 1930.

Lewis J. MOORMAN: «Simultaneous bilateral pneumothorax.» *South Med. Journ.*, 23: 1088 (déc.) 1930.

DUMAREST et P. BRETTE: *La pratique du pneumothorax*. Masson et Cie, édit., Paris, 3e édit., 1929, p. 323.

Fernand BESANÇON et André JACQUELIN: «Le pneumo. partiel bilatéral et simultané. (Contribution à l'étude du pneumothorax)» *Presse Médicale*, 32: 783 (17 sept.) 1924.

- Emile SERGENT: *Paris Médical Journal*, 1926, cité par Pruvost dans *R. de la Tub.*, 702, 3e Ser. — 7, 1926.
- W. C. POLL et H. P. MARVIN: «Bilat. pneumothorax.» *Am. Rev. T. B.*, 26: 709 (déc.) 1932.
- BURENS: «Pno. bilatéral.» *Revue belge des sciences médicales*, 5: 457 (juin et juillet) 1932.
- Gabriel NADEAU: «Bil. pno.» *New Eng. Journ. of Med.*, 210: 1012 (10 mai) 1934.
- J. S. EDLIN et TANNENBAUM: «Bil. pno. in amb. case.» *Med. Record*, 142: 161 (août) 1935.
- M. MAYERS et T. H. PARKMAN: «Simultaneous bilateral pno.» *Lancet*, 2: 1237 (nov.) 1936.
- Ralph A. BENDOVE: «Bil. pno. treatment in pulm. Tub. Simult. application in ambul. case.» *New York State Journ. of Med.*, 36: 1020 (15 juillet) 1936.
- André DUFOURT et Jean LEDRU: «Bilateral pneumothorax; indications and tech. succe s and dangers.» *Presse Médicale*, 44: 1993 (9 d.c.) 1936.
- H. Frank CARMAN: «Bil. Pneumothorax.» *Am. Rev. T. B.*, 33: 491 (avril) 1936.
- Jos. N. CORSELLO et Raph M. BRUCKHEIMER: «Bil. Simult. artif. pno. in treatment of pulm. T. B. Rep. 36 cases.» *Am. Rev. T. B.*, 33: 501 (avril) 1936.
- B. P. POTTER: «Bilat. Collapso-Therapy in the treatment of pulm. Tub.» *Arch. of Surgery*, 37: 132 (juillet) 1938.
- B. H. DOUGLAS, D. H. SALEY et C. J. STRINGER: «Bilat. art. pneumothorax.» *Am. Rev. T. B.*, 38: 570 (nov.) 1938.
- A. L'ESPERANCE: «Présentation de quelques observations de pneumothorax bilatéral.» *Union Médicale du Canada*, 72: 1172 (octobre) 1943.
- Alb. GIRAUD: *Précis de phtisiologie*. 2e édition, Paris, 1937.
-

TUBERCULOSE LARYNGO-BRONCHIQUE ET STREPTOMYCINE ¹

Jules HALLÉ et André POTHIER,

du service de Broncho-œsophagoscopie de l'hôpital Laval (Québec).

La streptomycine, sur laquelle les phthisiologues fondent beaucoup d'espoir, semble avoir une action particulière sur les localisations tuberculeuses du larynx et des bronches. Aucun médicament n'a encore fourni une réponse aussi rapide et aussi complète. L'affection endobronchique était soumise autrefois aux caprices de l'état général. Depuis dix ans, elle a été traitée par la cautérisation avec des résultats variables. Aujourd'hui la streptomycine en a complètement changé l'évolution.

Nous avons observé, au cours des douze derniers mois, quatorze tuberculoses du larynx et onze tuberculoses des bronches, toutes traitées par la streptomycine, dont plusieurs nous étaient connues depuis des mois, voire des années. A une exception près, tous ces malades ont été maintenus au repos absolu et au lit pendant toute la durée du traitement. Quelques-uns ont reçu la streptomycine sous forme d'aérosol, le plus grand nombre ont été traités par voie parentérale; quelques autres par l'association des deux voies.

Nous admettons d'ores et déjà que l'épreuve du temps n'est pas suffisante pour affirmer la cure définitive des lésions. Les résultats obtenus se maintiennent toutefois après un recul de six à huit mois. Dans plusieurs cas, les progrès acquis persistent malgré la cessation du traitement.

Ce qu'il faut souligner dès maintenant, c'est l'action rapide sur les symptômes fonctionnels. Dans la tuberculose du larynx, la dysphagie, qui a une action si décisive sur la tuberculose pulmonaire par la sous-alimentation qu'elle entraîne, régresse souvent dès les 48 premières heures. Chez les quatorze malades souffrant de tuberculose du larynx, dix présentaient de la dysphagie. Ce symptôme est disparu complètement dans les deux ou trois jours qui suivirent

l'application du traitement. La dysphonie se corrige plus lentement. Le retour de la voix est moins constant et moins durable. Six malades ont recouvré une voix normale après deux semaines; deux autres ont vu leur aphonie se corriger après six semaines; trois ont résisté à la cure.

Le traitement a été effectué à raison de deux injections de 50 cgms par jour. Il est très difficile de préconiser une dose optimale. Les auteurs (1) reconnaissent que "l'accord est loin d'être fait sur ce point".

La sensibilité individuelle, la résistance du bacille à la streptomycine, la provenance du produit, sont autant de facteurs susceptibles d'influencer son action. (2) Certains malades réagissent favorablement à des doses de 0.50 gm. à 1 gm. par jour, d'autres en requièrent deux fois plus.

Un seul de nos malades a reçu quotidiennement 2 grammes de streptomycine pendant un mois, et un gramme par jour, par la suite. Dans les autres cas, nous avons opté pour une dose d'un gramme par jour.

En ce qui concerne les inhalations bronchiques, la streptomycine fut prescrite à raison de 20 centigrammes, trois fois par jour. Chez quatre malades, une solution de streptomycine fut instillée directement dans le bronchoscope au terme d'une endoscopie. Cet apport d'antibiotique en vue d'intensifier la streptomycinothérapie appliquée par d'autres voies est resté un procédé d'exception.

Le traitement a duré trois mois dans la plupart des cas. Il fut arrêté momentanément après quatre semaines, chez un malade présentant des manifestations toxiques dermatotropes et après six semaines chez un malade atteint de vertiges. Dans les deux cas cependant, l'emploi de la streptomycine avait déjà produit une remarquable amélioration de la tuberculose laryngée et bronchique, amélioration qui

1. Communication au XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

s'est maintenue après la cessation du traitement. Six malades sont à compléter leur trois premiers mois de streptomycinothérapie. Leur observation est également rapportée en raison des résultats encourageants obtenus à date.

	Nombre de malades	Guéris	Améliorés	Non améliorés
<i>Larynx</i>	14	9	5	0
Hyperhémie				
(œdème)	14	10	4	0
Granulations	7	4	3	0
Ulcérations	2	0	2	0
<i>Trachée</i>	2	2	0	0
Hyperhémie				
(œdème)	2	2	0	0
Granulations	—	—	—	—
Ulcérations	—	—	—	—
<i>Bronches droites</i>	4	2	2	—
Hyperhémie				
(œdème)	4	2	2	—
Granulations	3	2	1	—
Ulcérations	1	0	0	1
<i>Bronches gauches</i>	7	3	4	0
Hyperhémie				
(œdème)	7	5	2	0
Granulations	5	3	2	0
Ulcérations	2	0	1	1

Dans l'ensemble, ce tableau nous fait voir l'action élective de la streptomycine sur les formes œdémateuses, granuleuses et ulcéreuses récentes du larynx. (3) Les bronches bénéficient aussi de son action dans tous les cas de granulations circonscrites par une muqueuse œdémateuse typique, séparées ici et là par de petites ulcérations récentes. Le médicament agit avec beaucoup plus de lenteur sur les ulcères anciens. Comme l'ulcération laryngée représente toujours une lésion récente, on s'explique la fréquence de son amélioration. (4) Par ailleurs, les lésions anciennes ulcérogranuleuses, avec sténose de l'arbre bronchique, résistent généralement à son action.

Les résultats encourageants obtenus sur les lésions locales s'étendent aussi, et davantage peut-être, à l'état général. Dans la plupart des cas, on a constaté entre le cinquième et le huitième jour une chute de température d'au

moins un degré suivie d'une défervescence encore plus complète dans les jours subséquents. Les mucosités bronchiques deviennent plus fluides, et les malades toussent moins et expectorent plus facilement. L'appétit reprend, la vitesse de sédimentation tend à revenir à une valeur normale. A l'examen bactériologique, les bacilles diminuent (5); ils retiennent moins énergiquement le colorant et ils prennent un aspect granuleux. Les éléments cellulaires se modifient. Les globules de pus font place à des polynucléaires de moins en moins altérés, parfois associés à quelques macrophages. La flore microbienne associée est rapidement stérilisée.

Les résultats cliniques que nous avons obtenus nous ont suggéré quelques hypothèses que nous sommes présentement à vérifier sur des cobayes et des chiens tuberculisés. Les travaux entrepris dans ce domaine sont de date encore trop récente pour que nous puissions en tirer des conclusions définitives. Ils feront l'objet d'une publication ultérieure. Pour l'instant, nous voulons nous borner à rapporter les points saillants de six des vingt-cinq observations mentionnées dans ce travail.

Observation 1.

Paul John D. (hôpital Laval, dossier 8093), âgé de 25 ans, de New Carlisle, Qué., est admis à l'hôpital Laval le 12 mai 1947, à la demande des autorités de l'hôpital militaire du Parc Savard, où il avait été hospitalisé pendant quelques mois. Il est porteur d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse modérément avancée. Une bronchoscopie exploratrice pratiquée le 30 mai 1947 révèle l'existence d'un blocage caséux de l'arbre bronchique supérieur gauche et la présence de très nombreuses granulations bacillaires en bordure et à l'intérieur de cette bronche. Nous aspirons le magma caséux après lavage de la bronche à la pénicilline et nous cautérisons les granulations au nitrate d'argent à 30%. Le malade est revu le 25 août, le 24 septembre et le 3 novembre et un traitement local identique est appliqué chaque fois. Lors de sa quatrième

bronchoscopie seulement, nous pouvons constater une légère amélioration: les sécrétions s'écoulant par la bronche lobaire supérieure gauche sont moins visqueuses, mais la muqueuse est toujours tapissée de nombreuses granulations rougeâtres et facilement sanguinolentes.

Neuf mois après son admission à l'hôpital Laval, nous décidons de soumettre le malade à la streptomycine. Le traitement est commencé le 19 janvier 1948, à raison d'un gramme par jour et par la voie parentérale. La sédimentation est alors de 50. Le 24 février, la vitesse de sédimentation est de 39 et le poids a augmenté de 6 livres et demie. Le 24 mars 1948, la sédimentation est de 15, le malade ne tousse plus et son poids a augmenté de 10 livres et demie. Une bronchoscopie de contrôle pratiquée le 25 mars 1948 permet de constater la coloration rosée de la muqueuse et la ventilation normale du parenchyme pulmonaire par une bronche lobaire supérieure gauche largement ouverte. Il n'y a plus de bouchon caséux, mais les rares sécrétions muco-purulentes qui peuvent être obtenues de cette bronche contiennent encore du bacille de Koch.

Nous considérons ce malade comme très amélioré et nous permettons son transport à l'hôpital Ste-Anne de Bellevue le 4 mai 1948.

Nous sommes d'opinion que l'emploi de la streptomycine a eu un effet très favorable sur la tuberculose endo-bronchique de ce malade. Nous avons tenté pendant neuf mois de guérir cette infection par la cure hygiéno-diététique, l'aspiration des sécrétions visqueuses et la cautérisation au nitrate d'argent des granulations endo-bronchiques, mais sans beaucoup de succès. En moins de quatre mois, la streptomycine a permis une correction de la sédimentation, qui est passée de 50 à 15, une augmentation de poids de dix livres et demie et une disparition complète de toute lésion macroscopique de tuberculose endo-bronchique.

Observation 2.

La deuxième observation a trait à une garde-malade, Gilberte L. (hôpital Laval, dossier

8525), âgée de 23 ans, de Lévis, Qué., admise à l'hôpital le 29 février 1948, pour une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse extensive modérément avancée. Elle présente à ce moment une voix presque blanche et raconte avoir consulté plusieurs médecins afin de faire traiter sa gorge. L'examen du larynx permet de noter l'existence d'un œdème granuleux très marqué de l'espace inter-aryténoïdien, des bandes ventriculaires et des ligaments aryténo-épiglottiques. Il s'agit, à n'en pas douter, d'une tuberculose du larynx qui évolue depuis quelque temps déjà. La malade est mise au repos général et au silence. Une endoscopie est pratiquée le 17 mars 1948 avec l'aide d'un petit endoscope de 5 millimètres de diamètre afin de ne pas blesser le larynx. Nous pouvons alors voir des sécrétions abondantes s'écouler de la bronche lobaire supérieure gauche. Celles-ci sont aspirées pour le laboratoire et la muqueuse nous apparaît recouverte de fines granulations bacillaires. Un traitement à la streptomycine à raison d'un gramme par jour, par la voie intramusculaire, est commencé le 15 avril 1948. L'apparence soufflée du larynx se corrige en neuf jours, le retour normal de la voix est obtenu en deux semaines. La vitesse de sédimentation, qui était de 40 millimètres en mars, passe à 12 le 9 juillet 1948, alors qu'une dernière bronchoscopie de contrôle révèle la régression de toute lésion macroscopique de tuberculose laryngo-bronchique et la disparition des sécrétions mucopurulentes de la bronche supérieure gauche.

Observation 3.

Gaston R. (hôpital Laval, dossier 5928), âgé de 31 ans, de Chicoutimi, Qué., est hospitalisé depuis le 28 novembre 1942, pour une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse extensive très avancée. Ses multiples lésions pulmonaires sont en voie de régression lorsque se développe une localisation active laryngée, en octobre 1946. A la même date, les docteurs Gaumond et Grandbois, de Québec, publiaient leur intéressante communication sur la cure de la tuberculose de la peau par la vitamine

D₂. Dès novembre 1946, nous appliquions ce traitement à quelques cas de tuberculose du larynx. G. R. est soumis à la vitamine D₂ à compter du 21 janvier 1947. Le traitement doit être arrêté le 7 mars, soit six semaines plus tard, par suite d'une aggravation des lésions et d'une azotémie élevée et est remplacé par des cautérisations au nitrate d'argent qui donnent très peu d'amélioration. Le 24 octobre 1947, le malade reçoit sa première injection de streptomycine et le traitement est continué pendant trois mois. Les troubles dysphoniques prennent six semaines à régresser complètement, mais l'état physique du larynx affiche un mieux sensible dès les premiers jours. Le 6 février 1948, après 90 jours de traitement à la streptomycine, au cours desquels il n'y eut aucun signe d'intoxication, le malade accuse une augmentation pondérale de 5 livres, ne tousse plus et a retrouvé une voix normale. Depuis le 11 juin 1948, les expectorations ne contiennent plus de bacille de Koch. La vitesse de sédimentation, qui était de 15 millimètres le 8 novembre 1947, était de 2 millimètres le 15 janvier et de 3 le 11 août 1948.

Ce malade a reçu en tout 90 grammes de streptomycine du 24 octobre 1947 à la fin de janvier 1948.

Observation 4.

Révérènde Sœur H. S. C., âgée de 47 ans, de Bergerville, Qué. (hôpital Laval, dossier 8642), entrée à l'hôpital Laval le 23 mai 1948, pour une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse extensive modérément avancée. Le cliché radiographique fait alors voir une large cavité au sommet pulmonaire gauche. La bronchoscopie permet de constater un œdème considérable de la muqueuse de la bronche lobaire supérieure gauche obstruant presque la lumière de cette bronche. Soumise à la streptomycine, la malade affiche en quelques jours un meilleur état général, l'appétit reprend, le poids augmente et la sédimentation passe de 75 à 22 en cinq semaines. Le 26 juin 1948, alors que la malade avait reçu 40 grammes de streptomycine, un cliché radiographique fait voir une

disparition presque complète de l'image cavitaire du sommet gauche.

La streptomycine est continuée et le progrès dans l'état général continue jusqu'au début du mois d'août, alors que la température et la sédimentation augmentent, la toux reprend et qu'on peut entendre de nouveaux râles bronchiques gauches. Une radiographie, prise le 12 août, laisse voir la réapparition de la caverne. Une bronchoscopie, pratiquée le 28 août, nous permet de noter l'existence d'un bouchon caséux obstruant la bronche lobaire supérieure gauche. Ce bouchon est retiré à l'aide du tube à succion et est suivi de l'extériorisation de sécrétions muco-purulentes. La muqueuse endo-bronchique nous apparaît moins infiltrée qu'au cours de l'examen endoscopique précédent.

Que se passe-t-il exactement chez cette malade? Il est encore trop tôt pour soutenir une opinion avec certitude, mais nous croyons qu'il s'agit ici d'une tuberculose endo-bronchique active au début, s'identifiant par une infiltration et un œdème considérable de la muqueuse au point d'obstruer totalement la lumière bronchique. D'où rétention au niveau de la cavité parenchymateuse sus-jacente. La streptomycine a permis une régression de cet œdème en même temps que le retour de la perméabilité respiratoire et d'un meilleur drainage au niveau du lobe supérieur gauche. Nous croyons que le médicament a eu une action élective sur la bronche plutôt que sur la caverne et celle-ci n'a reflété que l'amélioration de celle-là. Deux mois après le début de la streptomycinothérapie, un magma de caséum a quitté la cavité parenchymateuse pour venir obstruer la bronche pourtant très améliorée et reconstituer dans les jours suivants l'image cavitaire en même temps qu'une symptomatologie pulmonaire et un état général moins encourageants. Nous pourrions mieux établir dans quelques mois le bien-fondé de cette hypothèse, mais nous avons cru que cette observation, bien que forcément incomplète, parce que trop récente, pouvait entrer dans les cadres de cette communication.

Observation 5.

Berthe H., âgée de 26 ans (hôpital St-Sacrement, dossier 3251J), de St-Hyacinthe, Qué., nous est adressée pour bronchoscopie. Cette malade, soumise à une cure sévère depuis six ans pour une tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse, présente toujours des expectorations bacillifères, en dépit d'un nettoyage clinique et radiographique à peu près complet des plaques pulmonaires. Elle avait été bronchoscopée et traitée localement en 1944 et 1945 par le Dr Bonnier à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, pour une tuberculose endo-bronchique qui, apparemment, n'a pas régressé totalement. Nous soumettons cette malade à une endoscopie le 29 avril 1948 et nous pouvons mettre en évidence un rétrécissement scléreux péri-bronchique important de l'extrémité distale de la bronche souche gauche, avec rétention purulente sous-jacente. Deux ulcérations tuberculeuses siègent sous ce rétrécissement annulaire. La broncho-aspiration est suivie d'une instillation de 20 centigrammes de streptomycine dans l'arbre bronchique inférieur gauche. La malade reçoit 2 grammes de streptomycine quotidiennement par la voie intramusculaire pendant un mois et un gramme par jour par la suite pendant deux autres mois. Une bronchoscopie de contrôle est pratiquée six semaines après le début du traitement et une troisième le 6 juillet 1948. Dès la deuxième bronchoscopie, nous constatons la disparition complète des ulcérations tuberculeuses endo-bronchiques ainsi que celle des sécrétions purulentes des bronches inférieures gauches. L'anneau fibreux est resté inchangé, mais ne nuit pas à la ventilation pulmonaire. Tous les examens bactériologiques des sécrétions prélevées directement dans les bronches, aussi bien que des expectorations, n'ont pu mettre en évidence de bacille de Koch depuis le 10 juin 1948, soit six semaines après le début du traitement. Nous avons prescrit des doses quotidiennes plus considérables de streptomycine au début, parce que nous savions être confrontés avec une infection ancienne. La malade a supporté cette médication sans ma-

nifestation toxique. Le traitement est arrêté depuis le 6 juillet 1948. La streptomycine semble bien encore être le principal agent responsable de la disparition de cette tuberculose endo-bronchique.

Observation 6.

Une dernière observation a trait à Albert C., âgé de 41 ans (hôpital Laval, dossier 8590), épicier de la ville de Québec, que nous avons fait entrer à l'hôpital le 27 avril 1948 pour une tuberculose laryngée qui datait déjà de six mois. Nous l'avons traité à la consultation privée et nous avons dû prescrire depuis déjà deux mois de l'héroïne par voie buccale avant les repas afin de combattre une dysphagie intense. Le malade est complètement aphone à son arrivée à l'hôpital, la sédimentation est de 23 et le cliché radiographique pulmonaire permet de constater l'importance des lésions bacillaires. Il ne séjourne que 10 jours à l'hôpital, motivant son départ par la nécessité de sa présence chez lui pour le bon fonctionnement de son commerce. A domicile, il ne se soumet à aucune cure particulière, à l'exception d'un repos d'une heure après le dîner, mais accepte notre suggestion d'injections quotidiennes de streptomycine que lui donne une garde-malade. Nous revoyons le malade une fois par semaine par la suite et nous constatons qu'en dépit de son activité qui n'a pas diminué, qu'en dépit de l'usage du tabac qu'il n'a pas arrêté, la laryngite tuberculeuse a régressé presque totalement. La dysphagie a disparu dès les premières injections, le poids a augmenté de 11 livres, et l'aphonie a fait place à une voix éraillée, mais dont le malade se sert tout le long du jour, malgré les invitations pressantes que nous lui faisons à garder le silence.

C'est le seul, des 25 malades dont nous vous rapportons les observations, qui n'a pas été au repos complet au cours du traitement. C'est l'exception à la règle. Les résultats obtenus sont quand même satisfaisants pour ce qui a trait à la lésion laryngée et auraient certainement été supérieurs si le malade avait été placé dans des conditions optima.

Conclusions.

L'étude de ces quelques cas établit les faits suivants:

1—Le succès de la streptomycine est lié à la précocité de son emploi (observations 2 — 4).

2—La valeur élective de la streptomycine dans le traitement de la tuberculose laryngo-bronchique (observations 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6).

3—Sa supériorité sur les traitements antérieurs (observations 1 — 3 — 5).

BIBLIOGRAPHIE

1. Etienne BERNARD et Alice LOTTE: «Rapport sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la streptomycine.» *Revue de la tuberculose*, **12**: 165 (nos 3 et 4) 1948.
 2. W. JULIEN, P. BEHAGUE, M. GARDERES et P. DOUCET: «Réflexions sur l'emploi de la streptomycine en milieu sanatorial.» *Revue de la tuberculose*, **12**: 210 (nos 3 et 4) 1948.
 3. B. L. FREEDLANDER et F. A. FRENCH: «Constitution of Chemotherapeutic agents in experimental tuberculosis.» *The A. R. of tuberculosis*, **56**: 375 (nov.) 1947.
 4. Myles BLACK et Emil BOGEN: «Streptomycin in Tuberculous Laryngitis.» *The Am. Rev. of tuberculosis*, **56**: 405 (nov.) 1947.
 5. Lyman A. BREWER et Emil BOGEN: «Streptomycin in tuberculous tracheobronchitis.» *The Am. Rev. of tuberculosis*, **56**: 413 (nov.) 1947.
-

BRONCHECTASIE ¹

Ruben LAURIER,

et

B.-G. BÉGIN,

Hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville (Montréal).

On peut définir la bronchectasie: toute dilatation d'un segment quelconque de l'arbre bronchique. Ces lésions de bronchectasie se rencontrent assez fréquemment.

Des statistiques de la clinique Mayo nous montrent que sur 1191 autopsies on a trouvé 47 cas de bronchectasies, soit une incidence d'environ 3.9%. Joress et Robins, de l'Armée des Etats-Unis, affirment que, sur 1753 patients observés à l'hôpital pour troubles pulmonaires, seulement 32 cas ont obtenu leur licenciement, soit environ 2%. Fine et Steinhäusen, sur 156,000 candidats à un entraînement spécial de pilote, n'ont découvert que 41 cas, au cours d'examen de routine.

La bronchectasie est maintenant reconnue comme la seconde en fréquence, après la tuberculose, parmi les maladies chroniques des poumons.

L'ectasie bronchique peut être congénitale, mais elle est le plus souvent acquise.

Le manque de développement de canalisation bronchiolaire durant l'embryogénèse cause l'arrêt de développement des segments correspondants broncho-pulmonaires, lesquels se remplissent de liquide et d'air.

Notons en passant que, dans des cas de situs inversus et de fibrose kystique du pancréas, la bronchectasie est assez fréquente.

Quand elle est acquise, l'obstruction bronchique, l'atélectasie et l'infection sont les principaux symptômes de la bronchectasie.

L'importance de l'infection dans la formation des ectasies est très impressionnante.

Sur un groupe de 33 enfants, Raia a découvert que la pneumonie et que les maladies qui prédisposent à la pneumonie, comme la rougeole et la coqueluche, ont été la cause de la

bronchectasie chez 24 de ces enfants, soit 73%.

La broncho-pneumonie interstitielle compliquant un épisode coqueluchoïde est aussi une cause très fréquente de bronchectasie: c'est ce que déclarent Boyd Warner Diamond et Van Loon.

Riggins nous apprend que 41% des patients atteints de cette maladie l'ont été dans la première décade de leur existence et que 23% des autres ont été atteints avant leur majorité.

Evidemment, il reste que ce n'est pas seulement l'infection qui est la cause de la bronchectasie. L'infection, en effet, peut donner, soit de la bronchite, une pneumonie, une broncho-pneumonie ou des bronchectasies. Il est d'autres facteurs qui entrent ici en jeu.

Les corps étrangers, tels que dents, cacahuètes, peuvent, s'ils demeurent longtemps dans le poumon, créer des bronchectasies marquées.

Il en est de même pour les tumeurs bénignes ou malignes qui causent une obstruction bronchique.

Entre autres causes, ajoutons la sinusite et la fibrose pulmonaire par traction exercée par celle-ci sur les bronches, et causant aussi la bronchectasie.

Nous parlerons plus loin des constatations anatomo-pathologiques, en vous citant les descriptions de notre pathologiste, M. Georges Manseau.

BACTÉRIOLOGIE

Les microbes suivants se rencontrent fréquemment dans la bronchectasie: streptocoques — staphylo et pneumocoques — micrococcus catarrhalis et des fusiformes.

SYMPTOMATOLOGIE

Chez l'enfant, la bronchectasie est souvent

1. Communication au XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

caractérisée par des infections broncho-pulmonaires récurrentes, plus sévères en hiver, et marquées par des paroxysmes de toux et d'expectorations, des vomissements de sécrétions bronchiques avalées.

Durant les épisodes aigus, on pensera souvent à la broncho-pneumonie; dans les périodes de rémission, à la bronchite asthmatique.

Il arrive que le début de la maladie soit obscur.

Quelques-uns nous disent qu'ils sont sujets à des rhumes fréquents; d'autres, qu'ils souffrent de bronchite chronique; d'autres présenteront plutôt les symptômes d'une tuberculose pulmonaire; inhabileté à acquérir du poids, de l'anémie, une faiblesse excessive et une toux chronique.

Le symptôme prépondérant dans la bronchectasie est l'hémoptysie. Ici, il ne faut pas oublier un fait clinique fréquent: la source de l'hémorragie provient plus souvent de la bronche que des poumons.

Rubin affirme que des statistiques ont établi que l'hémoptysie apparaît dans au moins 50% des cas de bronchectasie, que des hémorragies très sérieuses apparaissent dans 10 à 20% des cas, et que des hémorragies mortelles peuvent arriver dans 2 à 3% des cas.

Le fait de ne pas trouver de bacille de Koch dans les expectorations contribue à différencier cette maladie.

A moins d'avoir affaire à un moribond, il est de toute nécessité de faire bronchoscoper ces malades.

Les symptômes classiques sont des quintes de toux très fréquentes, une expectoration profuse, surtout le matin, et en variant les positions, l'hémoptysie et les douleurs thoraciques et abdominales, ainsi que des nausées et des vomissements assez fréquents. Ajoutons à cela de la tachycardie, de l'amaigrissement et une toxémie évidente.

L'empyème se rencontre fréquemment, un état septique qui se prolonge, dégénérera en amyloïdose, avec anémie marquée. Des hémoptysies incontrôlables et des abcès cérébraux viennent souvent en assombrir le tableau.

A l'examen, on note que le mouvement thoracique est considérablement restreint du côté malade. Les vibrations vocales sont augmentées. Des râles fins et moyens sont entendus dans la région para-vertébrale, si le lobe inférieur est pris, et en-dessous de la clavicule, si c'est le lobe supérieur qui en est atteint.

Ajoutez à cela des doigts en baguettes de tambour, chez les sujets ayant présents des signes de bronchectasie depuis longtemps, et le tableau est complet.

La radiographie nous donne parfois des résultats déconcertants, mais nous suggérons, chez ceux que nous soupçonnons être atteints de bronchectasie, des radiographies en postéro-antérieur, antéro-postérieur, et obliques et latérales.

Parfois, nous ne découvrons rien, sur une radiographie ordinaire, surtout si la lésion intéresse le lobe inférieur gauche, lequel peut se rétracter derrière l'ombre du cœur.

Quelquefois, on a une accentuation parahilaire marquée, du côté malade, et des taches broncho-vasculaires assez accentuées, à la base et au tiers moyen.

Enfin, dans les cas de lésions intéressant le lobe supérieur, nous avons assez fréquemment des images aériques souvent causées par des bulles emphysemateuses.

La bronchoscopie ne peut parfois pas localiser exactement le foyer de suppuration. La bronchographie, en somme, nous étale le diagnostic.

Il faut attendre trois à quatre semaines après un épisode thermique ou une hémoptysie, pour demander une bronchographie; chez le tuberculeux, on peut faire la graphie, s'il y a absence de température.

Le diagnostic différentiel doit s'établir entre broncho-pneumonie, lésions de pneumonite chronique, ou bronchectasie.

La bronchectasie sèche doit être différenciée de la tuberculose pulmonaire, de la sténose mitrale ou du cancer, quand il y a hémoptysie.

Il faut toujours avoir en mémoire cet axiome: les lésions du lobe inférieur ne sont pas

tuberculeuses, à moins que les B. K. ne soient démontrés, d'une façon ou d'une autre; les lésions du lobe supérieur sont tuberculeuses, à moins que les B.K. ne soient absents, dans les expectorations.

Le traitement est aussi bien médical que chirurgical.

Appliqué convenablement, le traitement médical va pouvoir soulager le malade, et surtout le préparer aux interventions chirurgicales qui s'imposent dans certains cas. En résumé:

a) Promouvoir le drainage des bronches par l'évacuation posturale.

b) Faire faire des bronchoscopies aspiratrices.

c) Donner des expectorants.

d) Combattre l'infection par la pénicilline, les sulfas, la streptomycine, seuls, ou en association.

e) Remonter l'état général du patient, par des diètes appropriées et des transfusions répétées, si nécessaire.

L'évacuation des sécrétions est la clé de voûte du traitement des bronchectasies: celle-ci sera grandement aidée par le drainage postural.

Pour cela, il faut tenir compte du siège de la lésion: les bronchectasies du lobe supérieur se drainent le mieux dans la position de Fowler.

Les lésions du lobe moyen se drainent mieux dans la position horizontale, le patient reposant sur le côté, en avant ou en arrière, selon que la lésion est latérale, antérieure ou postérieure.

Dans les lésions du lobe moyen et de la lingula du lobe supérieur gauche, il est avantageux d'élever le pied du lit d'environ 15 pouces, et de changer de position fréquemment, dans le but de déloger les sécrétions.

Dans les lésions du lobe inférieur, on demande au patient de se pencher sur le bord de son lit, et de toucher la terre avec ses deux mains, pour faciliter ainsi le drainage.

On recommande de faire ce drainage de dix minutes à vingt minutes, aux quatre heures.

Comme le dit Savy, la dilatation des bronches doit être considérée comme un syndrome anatomique, qui dépend de causes multiples, parmi lesquelles on relève la syphilis, la tuberculose, les abcès pulmonaires, la broncho-pneumonie traînante, et, d'une manière générale, tous les processus qui sont susceptibles de créer une sclérose pulmonaire. Une fois l'ectasie établie, il n'existe aucun agent thérapeutique capable de dissoudre le bloc de sclérose constitué, de régénérer les fibres élastiques rompues, et de reconstituer le tissu broncho-pulmonaire normal. Il faut donc reconnaître que le seul traitement, si radical soit-il, d'une bronchectasie confirmée est la lobectomie, ou la pneumonectomie, ou même parfois, la lobectomie bilatérale.

Nous savons que cette opération est très sérieuse; mais, quand nous y recourons avant qu'il ne soit trop tard, les risques opératoires et postopératoires sont de moins en moins graves. Autrement, le malade s'expose à mener une vie d'infirme, en souffrant amèrement, tour à tour, de toutes les complications qui se présenteront, pour enfin s'offrir aux chirurgiens du thorax dans de très mauvaises conditions, comme ce fut le cas de ce jeune homme de seize ans.

A son admission dans notre service, il présentait un facies adénoïdien, couvert d'acné. Il ne pesait que cent livres, bien qu'il mesurât 5' 5". Ses doigts faisaient songer à des baguettes de tambour, et sa toux, à un tuberculeux cachectique. Une grosse tuméfaction à la région axillaire droite le faisait beaucoup souffrir. Son histoire révéla qu'il toussait depuis sa tendre enfance. Les premières hémoptysies étaient apparues il y avait sept ans. Trois ans plus tard, il aurait présenté des symptômes de pleurésie. Toujours est-il, qu'il fut soumis à une cure sanatoriale, trois ans avant de nous être référé. Les clichés reproduits sur la figure 1, qui avaient été tirés à une clinique antituberculeuse, démontrent l'évolution de février 1944 à mars 1947: réaction chondro-

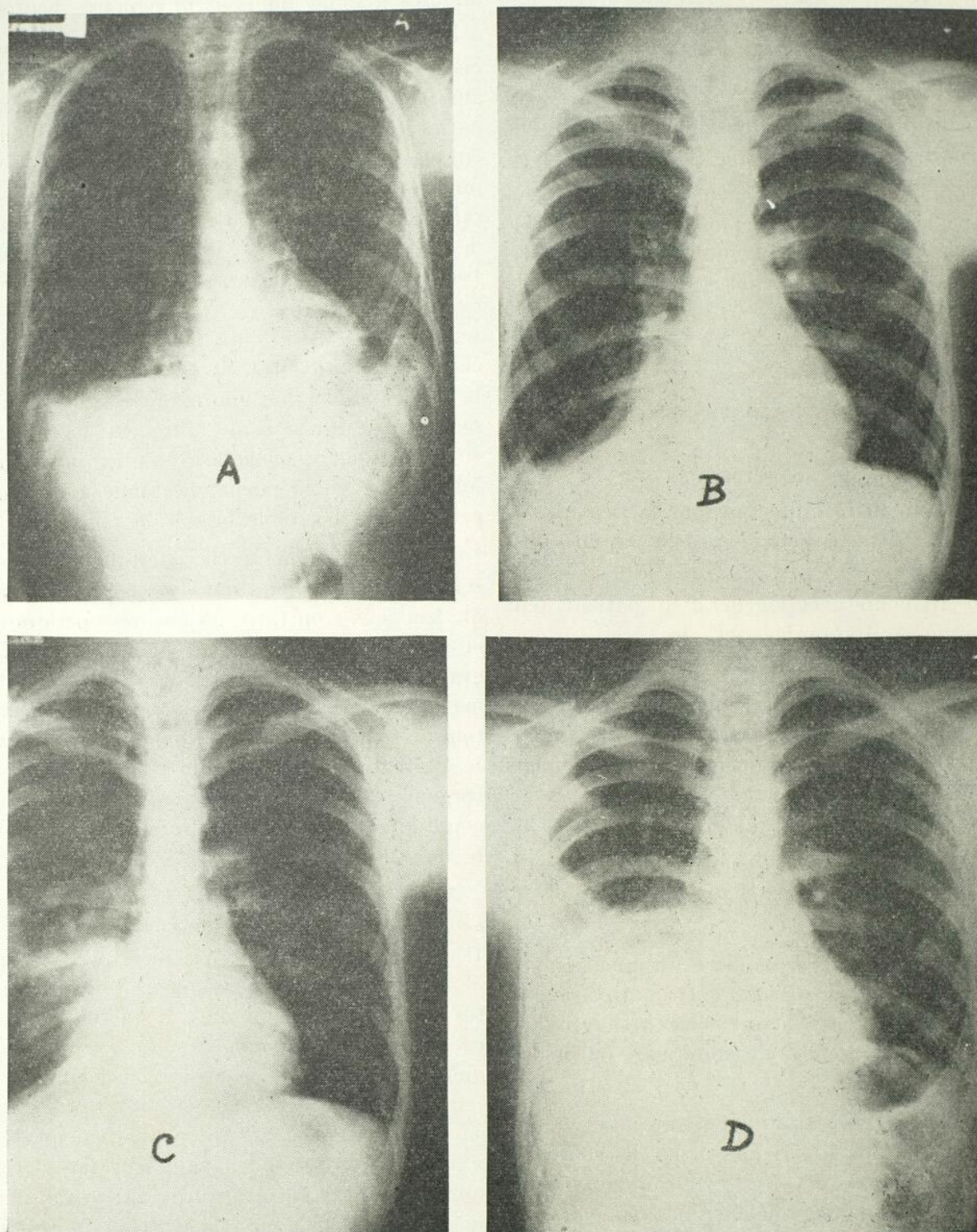


Fig. 1. — A—Le 22 février 1944: surélévation du diaphragme gauche. B—Un an et demi plus tard: placard dense à la région para-médiastinale (base droite). C—Dix mois plus tard: extension des images denses à la base droite, avec évidence de réaction pleurale. D—Huit mois après, image d'abcès pulmonaire compliqué d'empyème, à droite.

latérale, suppuration broncho-pulmonaire à la base droite, abcès pulmonaire, empyème.

Son admission en chirurgie thoracique fut retardée de plusieurs mois, à cause de diverses raisons qu'il serait onéreux de discuter ici. Alors, l'état du jeune homme est mauvais: toux et expectoration putride marquées, douleurs thoraciques, abcès de nécessité à la base axillaire droite.

La radiographie (fig. 2) laisse voir un hémithorax inférieur droit voilé. Après drainage chirurgical de l'empyème droit par pleuro-costectomie, bronchoscopies aspiratrices et enfin instillation de lipidiol dans l'arbre bronchique, on a pu mettre en évidence (fig. 3) une bronchectasie étendue à toute la plage droite.

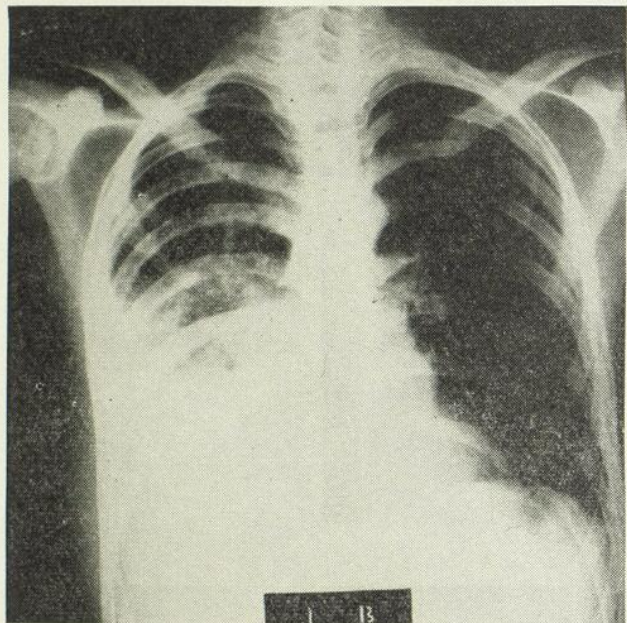


Fig. 2.

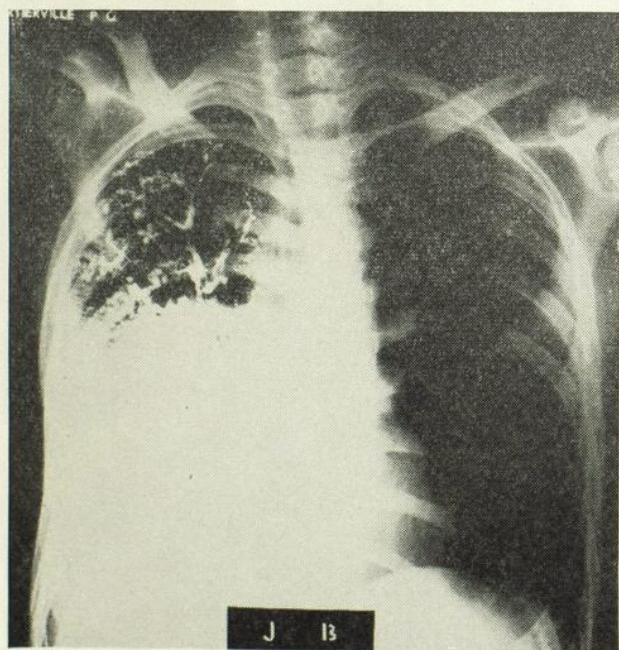


Fig. 3.

Après avoir amélioré son état général, on pratiqua une pneumonectomie droite qui fut des plus laborieuses. Des complications méningées vinrent assombrir le tableau et le malheureux mourut le lendemain. L'histo-diag-

nostic du poumon enlevé fut: broncheectasies multiples et pneumonie chronique.

Nous vous résumerons très brièvement l'évolution d'autres cas qui nous avaient été référés plus tôt dans leur évolution et qui

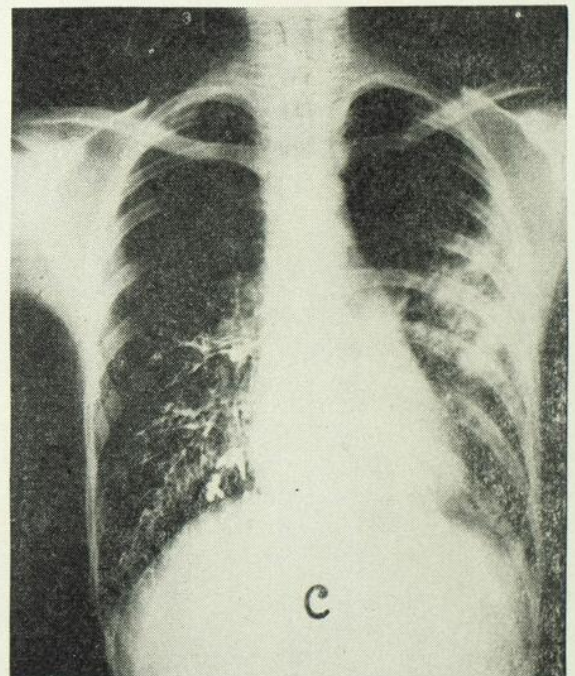
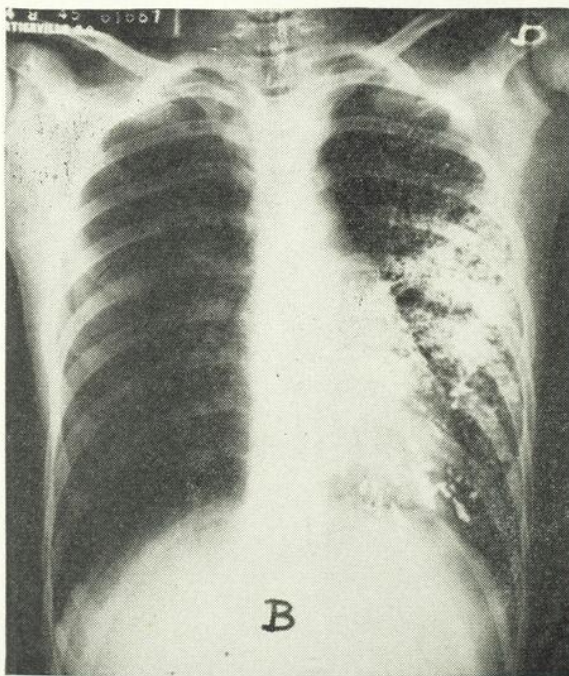
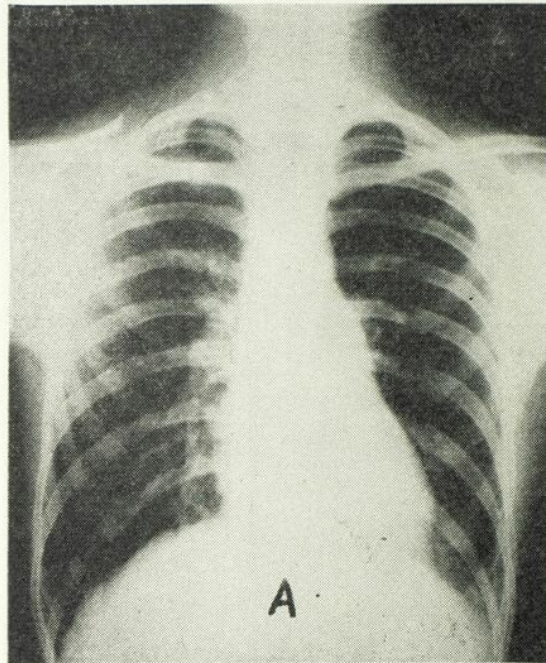


Fig. 4 — A—R. X. à peu près normal. B—Lipiodolage de l'arbre bronchique gauche: broncheectasies dans le segment basal postérieur du lobe inférieur. C—Lipiodolage de l'arbre bronchique droit: petites ectasies dans le segment basal postérieur du lobe inférieur.

jouissent actuellement d'une excellente santé.

R. V., jeune garçon de 15 ans, débile, qui présente une histoire de gripes répétées, de janvier à juillet 1945. Episode plus aigu en juillet: hyperthermie à 100° , toux opiniâtre, expectoration matutinale surtout, et enfin hémoptysie, le 13 juillet. Ces symptômes s'amèn-

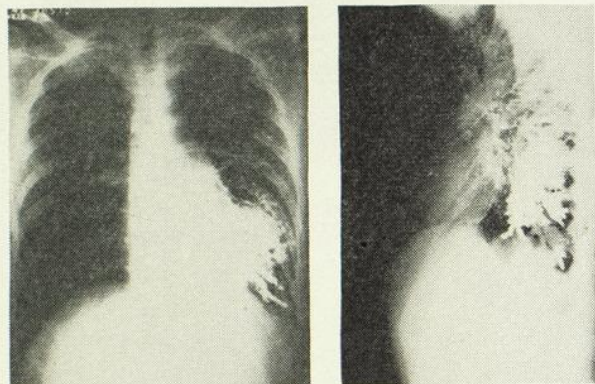


Fig. 5.

dent passablement à la suite de traitements médicaux. Néanmoins, un examen endoscopique complet est recommandé. Le 11 septembre 1945 (fig. 4-A), sa radiographie pulmonaire ne montre rien de bien particulier.

Néanmoins, par bronchoscopie, le docteur M. Bonnier constate une suppuration massive dans le lobe inférieur gauche; beaucoup moins

de suppuration à droite. Les lipiodolages ont révélé les ectasies visibles sur les photos B et C (fig. 4).

La lobectomie fut remise à plus tard. Après deux ans, sans aucun prodrome, grave hémoptysie et nouvelle bronchographie (fig. 5), qui démontre bien que l'exérèse chirurgicale du lobe inférieur gauche doit être considérée dans un avenir rapproché.

Ce fut fait le 15 octobre 1947. Il est retourné chez lui, seize jours après. Depuis, ce jeune homme a repris ses études et tout son entrain.

A. L.: dans le cas suivant, il s'agit d'un homme de 35 ans. Trois ans auparavant, il présente un léger amaigrissement et de l'asthénie. La toux apparut après un gros mal de gorge, deux ans plus tôt, en novembre 1946. Puis, épisodes grippaux avec toux et expectoration abondante blanchâtre. Enfin, au printemps 1947, sont apparues: diaphorèse, douleurs thoraciques et expectorations purulentes contenant des streptocoques, des staphylocoques, des pneumocoques et parfois du sang.

Le film, tiré le 30 avril 1947, nous laisse voir une tache à limites diffuses, dont le centre est plus clair, dans la région moyenne de l'hémithorax gauche. Le docteur C.-A. Messier, par bronchoscopie, le 12 mai, a constaté:

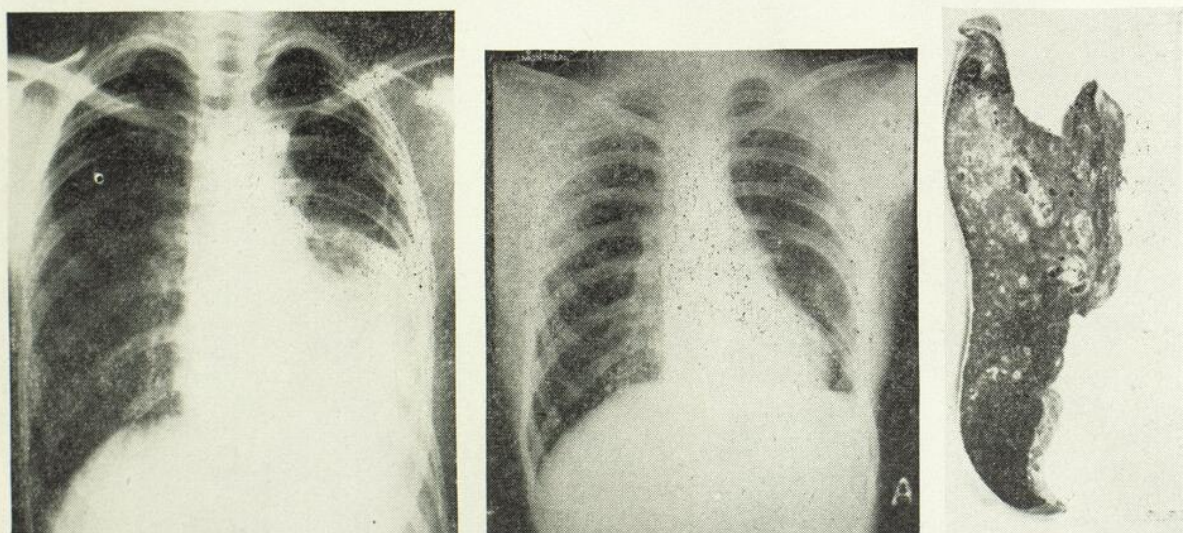


Fig. 6. — A—Seize jours après lobectomie inférieure gauche: réexpansion presque complète du lobe supérieur. B—Neuf mois après la lobectomie. C—Coupe du lobe réséqué: «Nombres dilatations bronchiques entourées de manchons de pneumonie chronique; sclérose septale et emphysème».

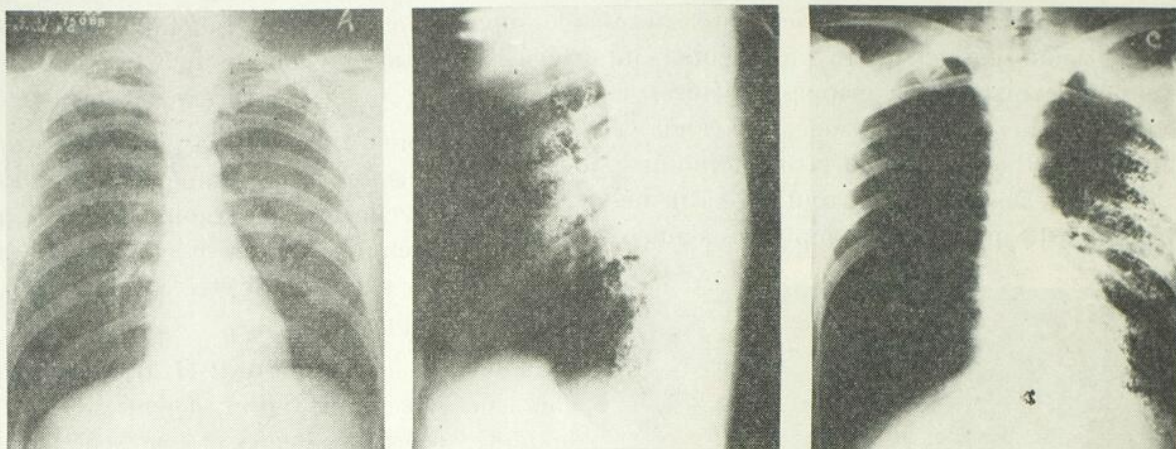


Fig. 7. — A—Le 30 avril 1947: placard à bords imprécis et à centre plus clair à la région para-hilaire gauche. B—Profil de la bronchographie faite un mois plus tard. C—Vue antéro-postérieure du lipiodolage.

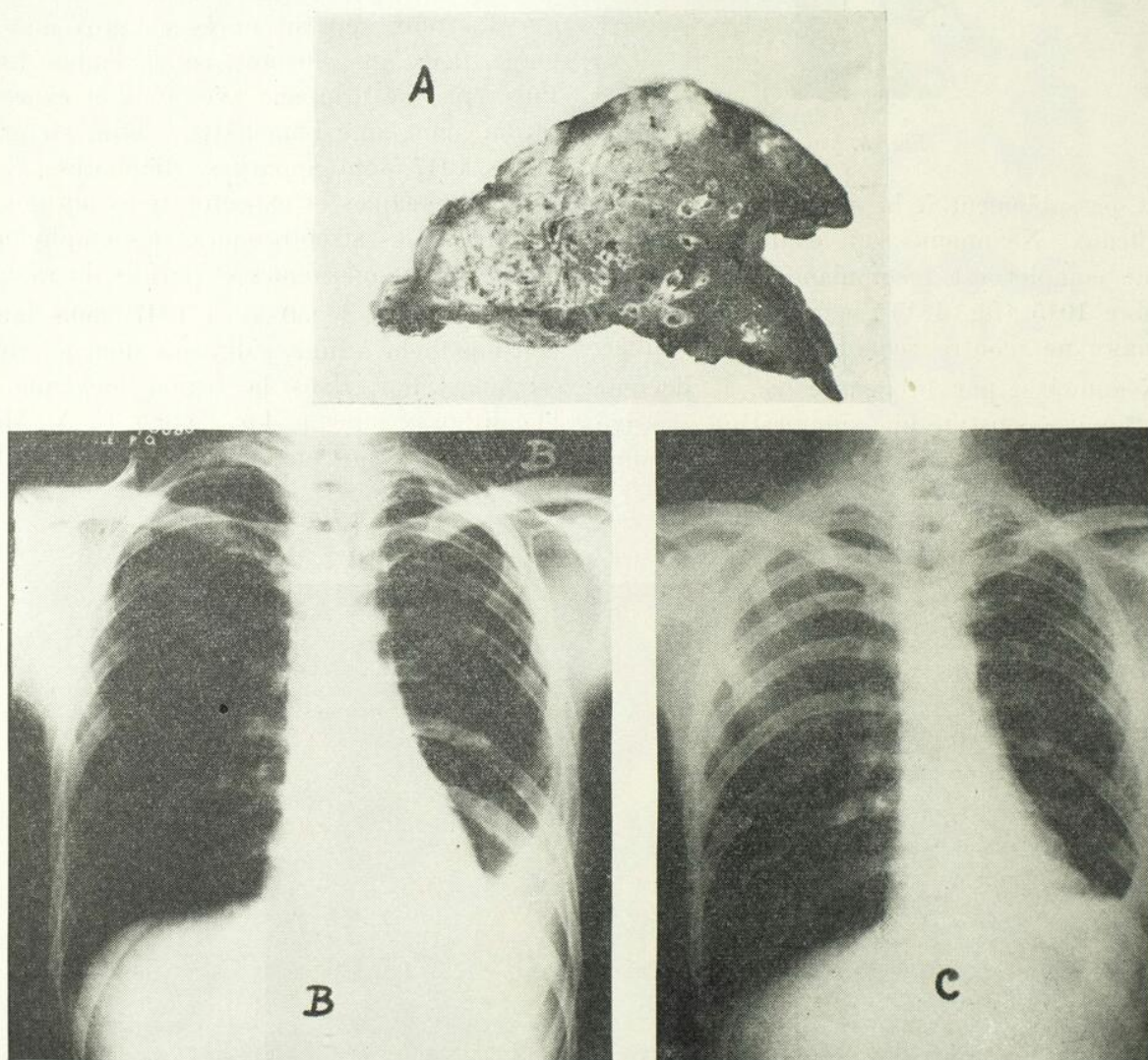


Fig. 8. — A—Photo d'une coupe du lobe inférieur gauche. B—Quatorze jours après la lobectomie: réexpansion marquée du lobe supérieur gauche; épanchement pleural minime dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique gauche. C—Deux mois plus tard, l'espace pleural s'est comblé par l'expansion du lobe supérieur, la surélévation du diaphragme et l'organisation de l'épanchement séro-fibrineux intrapleural.

« Aucune évidence de lésion endo-bronchique néoplasique, productive ou ulcéralive dans les bronches accessibles; mais, quelques aspects de bronchite inflammatoire chronique, sans évidence d'obstruction, au niveau des bronches accessibles ».

La bronchographie démontre qu'il existe des ectasies dans le lobe inférieur gauche et que l'huile opaque n'a pu inonder la partie supérieure de ce lobe.

Le malade fut traité par des bronchoscopies aspiratrices et des inhalations de pénicilline (aérosol). Douze jours avant la lobectomie,

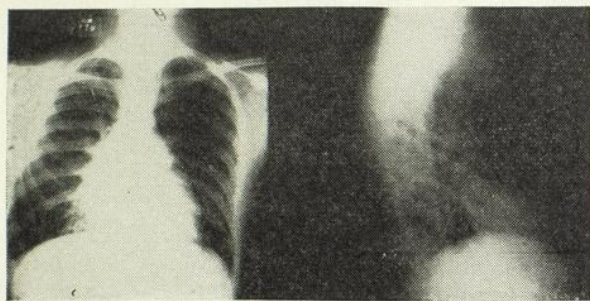
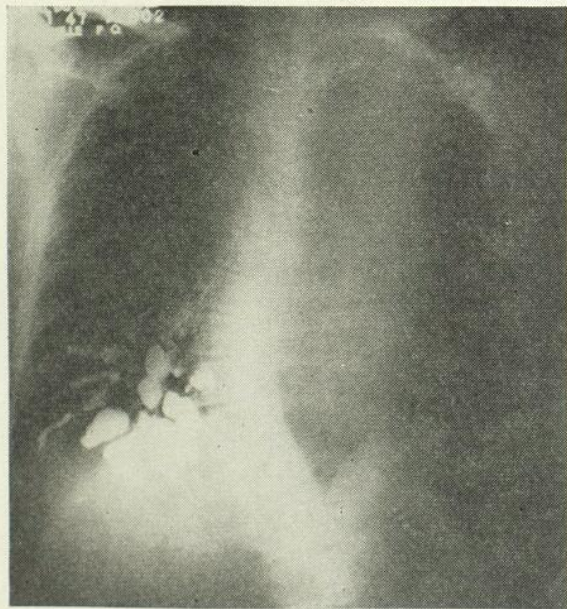


Fig. 9.

la radiographie montre encore un placard dense à centre irrégulier et des taches de lipiodol résiduel à la région axillaire. L'exérèse chirurgicale fut faite le 17 septembre 1947.



L'examen histo-pathologique de la partie supérieure du lobe, surtout, a montré des images de broncheectasies et d'atélectasies massives.

Après quatorze jours, notre malade quittait l'hôpital, en voie de guérison. Deux mois plus tard, il avait gagné huit livres et l'expectoration était devenue pratiquement nulle: guérison.

Y. M.: enfin, un autre cas bien probant est celui d'un adolescent de 16 ans, qui consulta un chirurgien-orthopédiste pour une scoliose dorso-lombaire congénitale. Constatant la toux et l'expectoration abondante, notre confrère nous le référa.

Nous avons remarqué (fig. 9) des images annulaires à la région para-médiastinale inférieure droite, qui font croire à une broncheectasie. L'hospitalisation fut recommandée en octobre 1946, mais le malade ne revint que trois mois après. Mêmes images radiologiques a'ors; mais le docteur C.-A. Messier, par bronchographie, a bien réussi à nous faire voir d'énormes dilatations (fig. 10).

Le 24 février 1947, nous lui avons réséqué le lobe inférieur droit. Le 21 mars, il sortait de l'hôpital, en voie de guérison, et au mois de

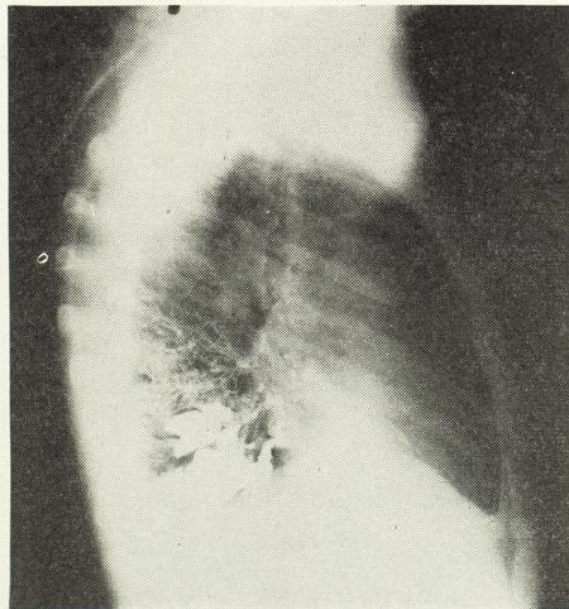


Fig. 10.

mai il jouait au baseball, sans souffrir d'aucun malaise.

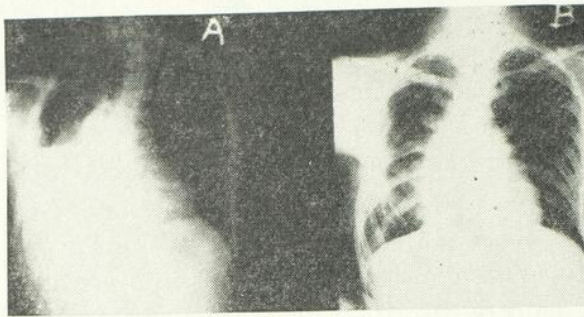


Fig. 11. — A—Quatre jours après lobectomie inférieure droite: les lobes supérieurs et moyens n'ont pratiquement pas repris d'expansion et la base droite apparaît voilée par un épanchement séro-sanguinolent. B—Trois mois et demi après l'opération: expansion complète des lobes restants; disparition de l'épanchement pleural: guérison.

Nous avons cru à des formations kystiques associées ou causales, mais notre pathologiste, le docteur G. Manseau, a révélé: « Bronchectasies multiples dans un lobe pulmonaire en grande partie carnéfié. Aucun indice de kyste ». Nous l'avons retourné au docteur Roger Gariépy pour traitement de la scoliose.

Conclusions.

En résumé, devant un cas de pathologie broncho-pulmonaire, si la tuberculose n'est pas définitivement prouvée, l'on doit sans tarder croire que d'autres maladies pulmonaires peuvent être en cause.

La bronchoscopie complétée par la graphie des arbres bronchiques mettra souvent en lumière des ectasies que la radiographie simple ne peut même pas laisser soupçonner. Dans un cas d'ectasie en voie d'abcédation, éclaircissons le diagnostic au plus tôt, et instituons le traitement indiqué, avant que l'intervention chirurgicale ne devienne impraticable ou trop dangereuse, à cause de l'atteinte de l'état général.

Nous croyons, sans malice, que tous les sanatoriums antituberculeux comptent, chez leurs pensionnaires, quelques bronchectasiques non atteints par le B. K., c'est-à-dire, que le diagnostic différentiel est parfois difficile à

établir. Dans ces cas, et chez ceux qui sont classés non tuberculeux, des consultants en endoscopie et en chirurgie devraient toujours être appelés. Alors, le malade bénéficierait d'une indication opératoire, au moment le plus propice de l'évolution de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

1. H. A. ABRAMSON: « Principles and Practice of Aerosol Therapy (especially penicillin) of Lungs and Bronchi. » *Ann. Allergy*, 4: 44 (nov.-déc.) 1946.
2. R. ADAMS et E. D. CHURCHILL: « Situs Inversus, Sinusitus, Bronchiectasis. » *J. Thoracic Surg.*, 7: 206, 1937.
3. B. G. BEGIN: « Hémoptysie: symptôme de bronchiectasie. » Communication à la Société de Physiologie de Montréal, le 15 déc. 1947 (non publiée).
4. B. BLADES et E. M. KENT: « Individual Ligation Technique for Lower Lobe Lobectomy. » *J. Thoracic Surg.*, 10: 84, 1940.
5. S. DIAMOND et E. L. VAN LOON: « Bronchiectasis in Childhood. » *J. A. M. A.*, 118: 771, 1942.
6. J. K. DONALDSON: *Surgical Disorders of the Chest*. Lea & Febiger, Philadelphie, 1944, pages 176-190.
7. C. E. FIELD: « Bronchography in Children. » *Lancet*, 243: 357, 1942.
8. E. W. FINDLAY Jr et R. H. SWEET: « Aerosol Penicillin as Therapeutic Adjunct in Preparation of Patients for Resection. » *J. Thoracic Surg.*, 16: 81 (fév.) 1947.
9. A. FINE et T. B. STEINHAUSEN: « Non-Disabling Bronchiectasis. » *Radiology*, 46: 237, 1946.
10. G. S. GRIER III: « Importance of Bronchography in Cases of Unresolved Pneumonia. » *Arch. Int. Med.*, 73: 444, 1944.
11. H. C. HINSHAW: « Medical Aspects of Bronchiectasis. » *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, 20: 17, 1945.
12. M. H. JORESS et S. A. ROBINS: « The Diagnosis of Bronchiectasis: Clinical and Roentgenological Observations. » *Dis. of the Chest*, 10: 489, 1944.

13. M. L. MENTEN et T. C. MIDDLETON: « Cystic Fibrosis of the Pancreas: Report of Eighteen Proved Cases. » *Am. J. Dis. Children*, **67**: 355, 1944.
 14. A. RAI: « Bronchiectasis in Children: With Special Reference to Prevention and Early Diagnosis. » *Am. J. Dis. Children*, **56**: 852, 1938.
 15. H. M. RIGGINS « Bronchiectasis: Morbidity and Mortality of Medically Treated Patients. » *Am. J. Surg.*, **54**: 50, 1941.
 16. E. H. RUBIN: Diseases of the Chest, with Emphasis on X-Ray Diagnosis. W. B. Saunders Co., Philadelphie et Londres, 1947. Pages 398-411.
 17. J. A. SICARD et J. FORESTIER: The use of Lipiodol in Diagnosis and Treatment. New York Oxford University Press, 1932.
 18. G. TUCKER: « Bronchoscopic Aspect of Bronchiectasis. » *Arch. Otolaryng.*, **34**: 999, 1941.
 19. W. P. WARNER: « Factors Causing Bronchiectasis: Their Clinical Application to Diagnosis and Treatment. » *J. A. M. A.*, **105**: 1663, 1935.
-

ATRÉSIE CONGÉNITALE DE L'ŒSOPHAGE AVEC FISTULE TRACHÉO-ŒSOPHAGIENNE

Ligature extrapleurale de la fistule, et anastomose bout à bout des segments œsophagiens.

Paul-M. RICARD,

Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame,
Professeur agrégé en chirurgie de l'Université
de Montréal.

et

Norbert VÉZINA,

Montréal.

On distingue plusieurs types de malformations congénitales de l'œsophage (fig. 1). Dans la forme la plus commune, le tube œsophagien se trouve séparé en 2 segments par une solution de continuité d'une importance variable: le segment supérieur se termine en cul-de-sac, tandis que le segment inférieur communique avec la trachée au voisinage de son point de bifurcation (fig. 2). Le nouveau-né qui fait le sujet de cette communication présentait justement une atrésie de ce type.

Encore très récemment, tout enfant qui avait le malheur d'arriver au monde avec une telle malformation était irrémédiablement, et à brève échéance, voué à une mort certaine. Un pronostic aussi sombre n'a plus sa raison d'être cependant aujourd'hui, si l'atrésie est reconnue peu de temps après la naissance. Les réalisations de la chirurgie thoracique actuelle, de même que des soins pré et postopératoires en accord avec les méthodes de la pédiatrie moderne, permettent en effet à la majorité de ces enfants, non seulement de survivre à une opération correctrice, mais également de mener plus tard une vie tout à fait normale.

Leven fut le premier en 1941 à rapporter l'observation d'un enfant ayant survécu aux premières phases d'une opération à stages multiples. La méthode indirecte utilisée par Leven présentait cependant plusieurs désavantages, et elle fit bientôt place à l'anastomose directe, réussie pour la première fois par Haight et Towsley en 1943.¹

1. C. Haight et H. A. Towsley: « Congenital Atresia of the Esophagus with tracheo-esophageal fistula. Extra pleural ligation of fistula and End to end anastomosis of Esophageal Segments. » *Surg., Gynec. and Obst.*, 76: 672, 1943.

A l'heure actuelle, le médecin n'a plus le droit, en présence de cette anomalie, d'adopter une attitude défaitiste, et de se contenter de consoler les parents en leur expliquant qu'il n'y a rien à faire. Au contraire, accoucheurs et pédiatres doivent être continuellement aux aguets pour reconnaître ces cas dès les premières heures, et les diriger le plus tôt à un chirurgien du thorax. D'autant plus que l'atrésie congénitale de l'œsophage ne semble pas aussi rare qu'on l'a cru jusqu'à date. D'après Sir G. Gray Turner, cette malformation se rencontre aussi souvent que le bec de lièvre ou la fissure palatine.²

La présente observation d'un enfant de 6 jours, opéré avec succès pour atrésie de l'œsophage, ne vient que s'ajouter aux publications du même genre déjà relativement nombreuses dans la littérature médicale américaine, pour ne citer que celles de Humphreys, Daniel, Ladd, Swenson et Lam.

DIAGNOSTIC DE L'ATRÉSIE CONGÉNITALE DE L'ŒSOPHAGE.

Au point de vue clinique, les signes sont assez nets. Les sécrétions muqueuses normales du cavum et de la cavité buccale ne pouvant être dégluties, elles s'écoulent d'une façon ininterrompue sous forme d'une écume spumeuse par les orifices nasaires et par les coins de la bouche. Ce mucus, lorsqu'il est assez abondant, est occasionnellement aspiré par la trachée, ce qui donne lieu à de courtes crises d'asphyxie.

2. Sir G. Gray Turner: *The Newcastle Medical Journal*, vol. XXII, janv. 1944 et 1945.

Quand le segment inférieur de l'œsophage communique avec la trachée, et c'est presque toujours le cas, le contenu de l'estomac peut remonter par les voies aériennes presque dans la cavité buccale, ce qui explique parfois la présence de pseudo-vomissements biliaires comme nous avons pu l'observer dans un cas en particulier.

C'est surtout au moment de donner le boire à l'enfant qu'il est facile de se rendre compte qu'il existe une obstruction dans le transit œsophagien. Le lait, pris avec avidité dès le début, est aussitôt vomé avec force après quelques mouvements de succion. Chaque tentative d'alimenter l'enfant est infailliblement suivie d'un accès de cyanose d'une durée variable.

De probable, le diagnostic d'atrésie de l'œsophage s'affirme encore plus lorsqu'on essaie, sous l'écran fluoroscopique, d'introduire un cathéter dans l'œsophage jusqu'à l'estomac: le cathéter s'arrête à 10 ou 12 cm. des lèvres.

Les rayons X permettront d'identifier la forme d'atrésie à laquelle on a affaire. Il serait dangereux d'employer le baryum pour visualiser l'œsophage. Par le cathéter introduit jusqu'au point d'obstruction, on pousse $\frac{1}{2}$ cc. de lipiodol, dont on surveille la coulée sous le fluoroscope. Le lipiodol révèle le niveau jusqu'où descend le fond du cul-de-sac du segment supérieur de l'œsophage: et ceci est important pour dresser les plans de l'opération.

Grâce au lipiodol, il est également facile de se rendre compte si le segment supérieur de l'œsophage communique avec la trachée. La radiographie simple de l'abdomen montrera s'il y a de l'air dans l'estomac ou dans l'intestin: la présence d'air dans le tube digestif indiquant une communication du segment inférieur de l'œsophage avec la trachée.

Il faudra toujours penser que l'atrésie de l'œsophage est souvent associée à d'autres malformations: maladie congénitale du cœur, atrésie de l'intestin, anomalies de l'appareil urinaire, etc. Ainsi l'enfant qui fait le sujet de cette présente communication avait 13 paires

de côtes. Heureusement dans la grande majorité des cas, les malformations qui accompagnent l'atrésie de l'œsophage ne sont pas incompatibles avec la vie.

TRAITEMENT.

Il est illusoire de vouloir remédier à l'atrésie œsophagienne avec fistule trachéo-œsophagienne, sans ligaturer directement la fistule d'abord. Une gastrostomie pratiquée d'urgence, dans le seul but d'alimenter l'enfant, n'avance rien. S'il existe une communication entre l'estomac et l'arbre bronchique, infailliblement l'enfant meurt de bronchopneumonie par aspiration, dans les jours qui suivent la gastrostomie.

L'œsophage est le plus facilement abordé par la voie transthoracique postérieure droite. Lorsque la chose est possible, les 2 segments de l'œsophage sont anastomosés bout à bout, après avoir réparé la brèche laissée dans la trachée par la séparation du segment inférieur de l'œsophage. 24 à 48 heures après cette première intervention, on pratique souvent une gastrostomie dans le but d'alimenter l'enfant à l'aide du tube gastrique, accordant ainsi à l'œsophage le repos nécessaire à une bonne adhésion des bouts de raccordement.

Dans les cas moins heureux où les deux segments de l'œsophage sont trop éloignés l'un de l'autre pour qu'ils puissent être rapprochés directement, on doit recourir à des trucs beaucoup plus compliqués qui varient avec l'ingéniosité de chaque opérateur. Dans une première opération, on fait une ligature de la fistule. Dans un stage subséquent, le segment supérieur de l'œsophage est marsupialisé au-dessus de la clavicule à gauche.

Suivront ensuite une série d'interventions de plastie dans le but de fabriquer, de toutes pièces, un œsophage cutané extérieur qui réunira la bouche cervicale à un segment jéjunal tunnalisé sous la peau.

Ces multiples interventions, on le conçoit, nécessitent une longue hospitalisation, et exigent beaucoup de patience de la part du chirurgien. Mais nous n'avons pas l'embarras du

choix, et les résultats obtenus en fin de compte compensent amplement tous les efforts.

Observation.

L'enfant Roger M. est âgé de 40 heures quand il est vu par l'un de nous à domicile pour la première fois. La mère tient à le faire examiner parce qu'il ne peut prendre que très peu de lait à la fois, et qu'il vomit tous ses boires. Un examen minutieux ne révèle rien d'anormal, sauf quelques petites ulcérations croûtées au niveau du lobule du nez. Les parents expliquent qu'ils doivent continuellement essuyer le nez de l'enfant à l'aide de "Kleenex", à cause d'une écume claire, continue, venant des narines. Lorsqu'on présente le biberon à l'enfant, on note un fait bien significatif: après quelques mouvements de succion énergiques, le bébé arrête subitement de boire, et le lait lui revient par le nez, et par les côtés de la bouche. Cette régurgitation de lait s'accompagne d'un accès de cyanose intense de courte durée.

Ces signes sont suffisants pour faire penser à une atrésie congénitale de l'œsophage.

L'enfant est hospitalisé le jour même, et

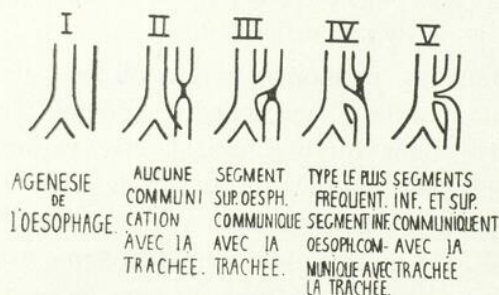


Fig. 1. — Principaux types d'atrésie congénitale de l'œsophage.

l'on demande de ne donner absolument rien par la bouche. Du sérum lactate-Ringer est prescrit à raison de 30 cc. s.c. de chaque côté de l'abdomen, toutes les 8 heures. Les piqûres de pénicilline toutes les 3 heures sont immédiatement commencées dans le but de prévenir la bronchopneumonie. L'enfant est radiographié le lendemain après-midi.

La radiographie montre une atrésie complète de l'œsophage au niveau de la 4^{ème} vertè-

bre dorsale (fig. 3). La présence d'images gazeuses dans l'abdomen fait penser à une communication entre la trachée et l'extrémité inférieure de l'œsophage. (Dr P. Brodeur et Dr A. Vallée)

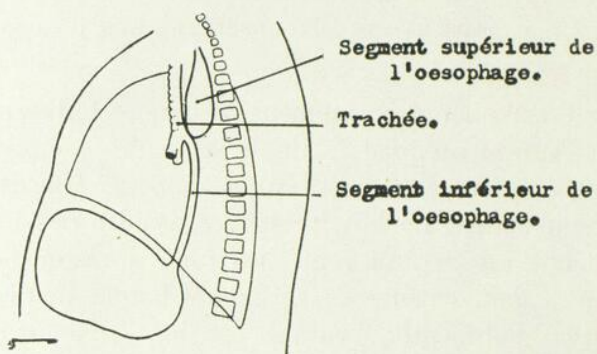


Fig. 2. — Type le plus commun d'atrésie: le segment inférieur communique avec la trachée. D'après Haight: *Annals of Surgery*, 1944).

L'opération est décidée. Durant les 3 jours qui précèdent l'intervention l'enfant est alimenté à l'aide d'acides aminés (parénamine: 75 cc. par jour) et de solutions de dextrose à 5% en goutte-à-goutte I. V.

Intervention:

L'enfant est opéré à l'âge de 6 jours. Son poids est de 5 lbs 15 oz. à ce moment. Le bébé est couché sur le côté gauche, en léger Trendelenburg. Un coussin ouaté permet de donner à la colonne vertébrale une légère courbure à convexité regardant vers le haut et à droite. Le bras droit est étendu en avant pour dégager l'omoplate.

Localement, la peau est infiltrée à la novocaïne. Un mélange à parties égales de protoxyde d'azote et d'oxygène est choisi comme agent anesthésique. Ce mélange est administré à l'aide d'un masque facial muni d'une valve empêchant le retour des gaz exhalés, dans le mélange anesthésique inhalé.³

Les 3^e, 4^e, 5^e, 6^e, 7^e, et 8^e côtes sont réséquées, après décollement du périoste, sur une longueur de 2½ cm. environ. La plèvre, après

3. L. Meloche: « Anesthésie pour un cas d'atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule trachéo-œsophagienne. » *L'Union Médicale du Canada*, 77: 86 (janv.) 1948.

avoir été réclinée vers le milieu, est perforée, sans incident notable d'ailleurs: grâce au système clos employé pour l'administration du mélange protoxyde-oxygène, l'anesthésiste parvient à ce moment à maintenir une pression positive dans le poumon droit.

La grande veine azygos est ensuite ligaturée, puis sectionnée. On procède alors à la libération de l'œsophage: ce dernier présente un renflement à sa partie supérieure, et se continue plus bas par un cordon de moitié plus petit. Après dissection, on note que la partie supérieure, renflée, de l'œsophage se termine en cul-de-sac, tandis que la portion inférieure de

cavité buccale. Les deux segments sont suturés bout à bout sur la sonde. Avant la fermeture de la paroi thoracique, on injecte 100,000 unités de pénicilline directement dans le médiastin. L'opération, commencée à 9 hrs a. m., se terminait à 1.25 p. m.

Evolution postopératoire.

Les suites opératoires immédiates furent des plus calmes. La sonde œsophagienne fut enlevée le soir même de l'intervention. L'oxygénothérapie, sous la tente, fut continuée 24 heures sur 24, durant les 12 jours qui suivirent

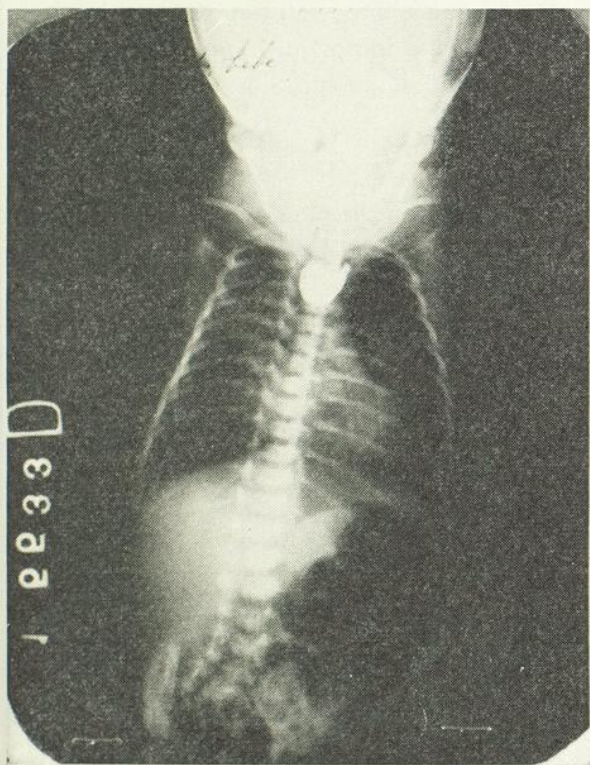


Fig. 3. — Cul-de-sac du segment supérieur de l'œsophage.

l'œsophage vient se jeter juste au-dessus et en arrière de la bifurcation de la trachée (fig. 2).

L'œsophage inférieur est sectionné de son point d'attache avec la trachée, et l'ouverture trachéale est fermée. Une sonde est introduite dans l'œsophage inférieur. Une ouverture est pratiquée dans le cul-de-sac du segment supérieur, et la sonde y est poussée jusque dans la

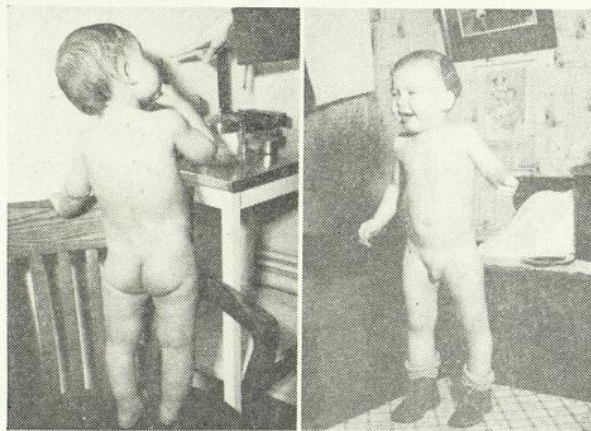


Fig. 4 et 5. — L'enfant est âgé de deux ans et présente un développement normal.

l'opération. On persista à ne rien donner par la bouche. De fait, l'alimentation au biberon ne fut reprise que le 14^e jour après le raccordement de l'œsophage. Les veines des chevilles et des plis du coude servirent aux injections quotidiennes de lactate-Ringer (75 cc. par jour), de dextrose à 5% (150 cc. par jour), et d'acides aminés (60 cc. de parénamine par jour). Cette alimentation par goutte-à-goutte intraveineux dut être poursuivie durant près d'une semaine après la médiastinotomie.

Dans le but d'assurer un repos suffisant à l'œsophage récemment reconstruit, l'enfant, 3 jours après cette première intervention, retournait à la salle d'opération pour y subir une gastrostomie.

L'alimentation par le tube gastrique fut commencée le soir même de la gastrostomie: au début de l'eau légèrement sucrée, puis du

lait évaporé aux dilutions habituelles, toutes les 4 heures.

Un œdème important de la face apparut dans les jours qui suivirent. Pour éliminer la possibilité d'une compression médiastinale, on pratiqua une thoracentèse droite, mais rien ne fut retiré à la ponction. L'œdème se généralisa bientôt au tronc et aux membres, puis diminua progressivement, pour disparaître complètement au bout d'une quinzaine de jours. Il nous a été impossible de déterminer la cause exacte de ces œdèmes, mais nous avons l'impression que nous aurions pu les éviter en administrant moins de solutés et plus de plasma.

Convaincus que la succion chez le nouveau-né est un besoin fondamental qu'il faut assouvir, nous avons demandé de présenter au bébé une tétine de caoutchouc à intervalles réguliers, pendant qu'on le nourrissait à l'aide de son tube gastrique.

Au 21^e jour d'hospitalisation, 12 jours après la mise en place du tube gastrique, l'enfant était alimenté pour la première fois au biberon. Cette alimentation au biberon dut être interrompue peu de temps après cependant, lorsque l'examen radiologique montra une petite fistule de l'œsophage. Dix jours plus tard (30 jours après la médiastinotomie) la traversée de l'œsophage apparaissait normale aux R-X, et le tube gastrique était enlevé.

Le congé fut signé après 53 jours d'hospitalisation; le bébé, âgé de 2 mois à ce moment, pesait 7 lbs 9 oz.

L'enfant fut hospitalisé de nouveau vers l'âge de 5 mois parce qu'il présentait depuis 3 semaines des accès de toux accompagnés de cyanose lorsqu'on tentait de l'alimenter. Le bébé s'étouffe même en prenant de l'eau. A l'examen radiologique, on note alors que la traversée œsophagienne s'effectue sans obstacle, mais qu'il existe une image diverticulaire de la grosseur d'un 5 cents sur le bord droit de l'œsophage, au niveau de la jonction du 1/3 supérieur et des 2/3 inférieurs. Cette fistule remonte légèrement obliquement de bas en haut, mais ne semble pas communiquer avec la trachée et les bronches. (Dr P. Brodeur et Dr A. Vallée) La bronchoscopie également ne révèle aucune fistule. (Dr V. Latraverse)

Durant un mois, l'enfant est nourri à l'aide de gavages uniquement. L'alimentation à la cuiller et à la tasse est ensuite reprise prudemment même si nous savons qu'il persiste un diverticule de l'œsophage. La déglutition provoque encore des crises de toux, mais elles sont beaucoup moins intenses, et il n'y a pas de cyanose. Le bébé retourne chez lui dans un état satisfaisant: il est à ce moment âgé de 8 mois, ne pèse que 12 lbs 13 oz., mais se tient assis seul sans support.

L'un de nous a revu l'enfant récemment. Il est maintenant âgé de 2 ans et pèse 25 lbs (fig. 4 et 5). Il ne s'étouffe plus en mangeant, mais présente une toux chronique. Le dernier lipiodol de l'œsophage (juillet 1948) montrait une amélioration importante, puisque le diverticule achevait de se combler.

Résumé.

Les atrésies congénitales de l'œsophage chez le nouveau-né sont des malformations relativement fréquentes, mais elles sont souvent méconnues. Le diagnostic est basé sur la régurgitation avec cyanose et toux suffocante. Radiologiquement, la sonde opaque dans l'œsophage confirme l'atrésie et son siège précis.

On ne saurait trop insister sur l'importance de faire un diagnostic précoce, car il est essentiel de suspendre le plus tôt possible toute alimentation par la bouche, si l'on veut éviter la bronchopneumonie par aspiration.

Le diagnostic étant posé dès les premiers jours, le traitement chirurgical s'impose: ligature extrapleurale de la fistule, et anastomose termino-terminale des deux segments œsophagiens.

Quand les segments sont trop éloignés l'un de l'autre, on doit procéder à des interventions multiples dans le but de construire un œsophage cutané thoracique antérieur.

Nous avons présenté un cas d'atrésie congénitale de l'œsophage, avec fistule trachéo-œsophagienne, opéré avec succès à l'âge de 6 jours. L'enfant, âgé maintenant de 2 ans, pèse 25 lbs, jouit d'un très bon appétit, et absorbe une diète variée, normale pour son âge, bien que l'œsophage présente aux rayons X un petit diverticule en train de se combler d'ailleurs.

LA MALADIE FIBRO-KYSTIQUE DU PANCRÉAS¹

S. LAUZÉ,

Assistant au laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Depuis la dernière décade, les pédiatres et les pathologistes se sont penchés avec une particulière attention sur la maladie fibro-kystique du pancréas chez l'enfant. Bien que relativement fréquente, cette entité morbide n'avait que très peu attiré l'intérêt jusqu'à ces derniers temps parce qu'elle était assez mal individualisée, appelée qu'elle était tantôt iléus intestinal ou maladie cœliaque, tantôt athrepsie ou broncho-pneumonie selon le symptôme dominant.

Bramwell, en 1902, avait rapporté un cas d'infantilisme qu'il attribuait à une insuffisance du pancréas. Puis, quelques auteurs, allemands pour la plupart, rapportèrent quelques cas de maladie fibro-kystique du pancréas. Mais c'est après 1938 que cette maladie est plus systématiquement recherchée. H. F. Philipsborn, G. Lawrence, K. C. Lewis en six ans ont pu recueillir 26 cas de cette maladie au « Children's Memorial » de Chicago.

Cliniquement, cette maladie se fait sentir à la naissance, ou peu après, par des troubles digestifs vagues chez des enfants au poids stationnaire malgré une diète généreuse et un appétit vorace. Bientôt une infection pulmonaire s'installe qui emporte la majeure partie de ces malades à l'âge de quelques mois. Le diagnostic précis se fait au moyen du tubage duodénal qui rapporte un liquide pancréatique déficient en qualité et en quantité.

Le cas (1) que nous rapportons est celui d'un enfant de 19 mois, de sexe masculin, amené à l'hôpital parce qu'il présentait un syndrome de broncho-pneumonie à répétition depuis six mois et qui mourut au bout de six heures d'hospitalisation. Parmi les examens de laboratoire qui furent pratiqués, nous notons

une glycémie à 0.97 0/00 et une azotémie à 0.28 0/00.

L'examen d'urine se lit comme suit: sucre: absence; albumine: trace; acétone: trace; acide diacétique: absence.

L'autopsie fut pratiquée: nous sommes en face d'un enfant athrepsique ne présentant aucune malformation extérieure. Les deux pou-



Fig. 1. — Pancréas normal d'un enfant de deux ans.

mons sont le siège d'une dilatation bronchique à contenu purulent. Le cœur est de coloration pâle et pèse 85 grammes. Le foie, 420 grammes, est gros et montre une image muscade. La vésicule biliaire mesure 5 centimètres de long et possède un diamètre de 0.5 centimètre. Elle est remplie d'un mucus non teinté de bile. Les reins n'offrent rien de particulier. Le pancréas nous apparaît normal tant par sa grandeur que par sa consistance. Les organes furent fixés au bicromate de potassium et formol.

A l'examen microscopique, le pancréas, sous faible grossissement, nous apparaît comme une mastite scléro-kystique du sein: sclérose dense et abondante enveloppant un tissu glandulaire tantôt kystique, tantôt atrophique. Un examen plus attentif nous montre une sclérose

1. Ce cas fait partie des cas rapportés par le docteur N. Vézina, dans *L'Union Médicale du Canada*, fév. 1948, p. 142. Nous tenons à le remercier de son autorisation de publier de nouveau ce cas pour le traiter du point de vue de la pathologie générale.

concentrique, relativement pauvre en cellules, enveloppant les éléments épithéiaux. Elle est lâche au pourtour immédiat des tubes et canaux mais très dense ailleurs. Ici et là, elle contient quelques cellules rondes à petit noyau sphérique et dont le cytoplasme est bourré de grosses granulations jaunes (à la coloration hémalum-érythrosine-safran). Ces granulations ne se colorent pas en bleu par le Turn-

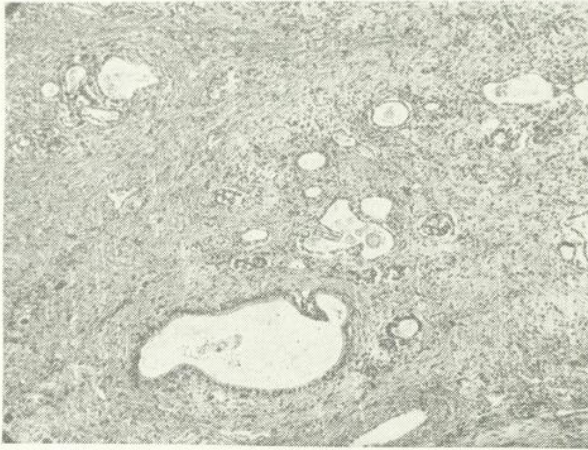


Fig. 2. — Pancréas du cas qui nous intéresse. Noter d'abord la grande quantité de tissu conjonctif dense et ensuite la disparition presque complète de l'élément glandulaire. Les canaux excréteurs sont tous dilatés et contiennent des boules de mucus. A la mi-hauteur à gauche, on reconnaît un flot de Langerhans.

bull; elles ne sont pas argentaffines, mais prennent une teinte saumonée au Scharlach. Sur coupe blanche, ces granulations ont à peu près la même teinte que les hématies.

Du côté des épithéliums, il y a lieu de considérer les tubes excréteurs qui sont tous dilatés. Leur lumière est presque vide: tout au plus, ici et là, contient-elle un mucus dilué et quelques cellules de desquamation. Le contour de ces kystes n'est pas parfaitement circulaire mais dentelé par des éperons conjonctivo-épithéiaux en faisant saillie dans la lumière.

L'épithélium bordant ces kystes est cylindrique. Au pôle basal de ces cellules on note fréquemment une vacuole claire dont le contenu ne se colore pas au Scharlach. Une colo-

ration au carmin de Best n'a pas été faite, étant donné le fixateur employé.

Les lobules glandulaires sont éloignés les uns des autres par la sclérose. A l'intérieur du lobule, les acini sont également dissociés par des fibres conjonctives qui sont ici moins tassées. En tant que lobule, le tissu glandulaire est atrophique, étouffé qu'il est par la sclérose. En nombre d'endroits, ces lobules sont réduits à trois ou quatre acini dont l'épithélium est aplati; à certains points même, perdues dans

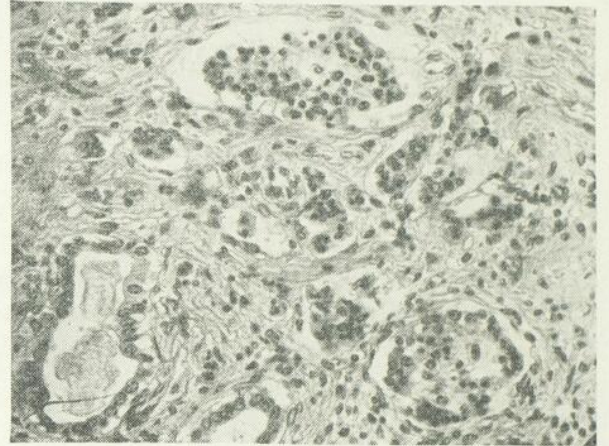


Fig. 3. — Fort grossissement pour mettre en évidence l'aspect picnotique des noyaux des flots de Langerhans. A gauche, éléments glandulaires atrophiques réduits à des traînées cellulaires. En haut et à droite, canal excréteur.

la sclérose, on peut retrouver quelques courtes trabécules d'une ou deux cellules d'épaisseur, seuls vestiges d'un ancien lobule.

D'autre part, les acini possèdent également un épithélium atrophique caractérisé par l'aplatissement du cytoplasme, la disparition presque complète de grains zymogènes, la picnose très fréquente du noyau et l'état vacuolaire du cytoplasme infra-nucléaire. Dans toutes nos préparations, il ne nous a pas été donné de trouver une seule glande normale et le fait pathologique le plus constant fut la disparition des grains zymogènes.

De plus, les noyaux ne sont plus ordonnés dans leur disposition: l'un est haut, son voisin est bas; l'un est couché, l'autre est droit. Ou bien les noyaux des cellules voisines sont

tassés ici et très distants les uns des autres ailleurs.

La lumière des glandes pancréatiques contient des boules de substance dense, la plupart du temps éosinophiles, et quelquefois basophiles. Colorées au mucicarmine, elles se teignent en rosé uniforme. Quelquefois, cependant, elles sont constituées de strates dont l'une, mucicarmineophile, est recouverte d'une autre non mucicarmineophile.

Quant aux îlots de Langerhans, ils sont ou de grandeur normale ou plus petits que la normale. Toujours les cellules sont atrophiques et leur noyau picnotique, si bien qu'à un très faible grossissement, on peut les repérer au seul fait que les noyaux sont plus picnotiques

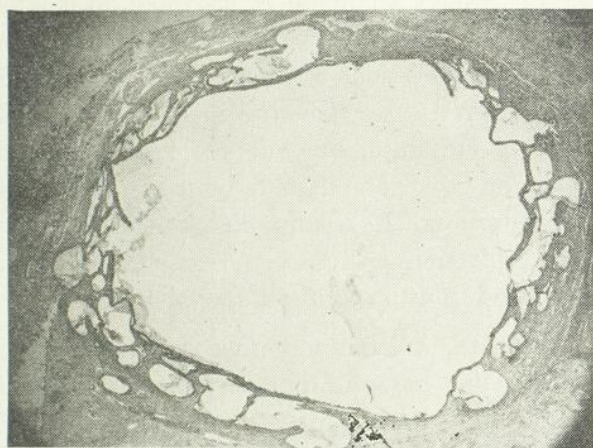


Fig. 4. — Coupe transversale totale de la vésicule biliaire (vidée de son mucus avant la circulation). A noter, l'aspect kystique des glandes.

et plus uniformément picnotiques dans les îlots que dans le voisinage. A la coloration ordinaire, le cytoplasme est acidophile, finement grenu; le noyau est petit, rond et fortement teinté par l'hémalum. Ici et là, persiste un noyau de coloration normale pour nous assurer que la coloration n'a pas dépassé son but.

Les nerfs du pancréas ne présentent rien de notable; nous n'avons pas trouvé de complexes neuro-insulaires. Un ganglion lymphatique attenant au pancréas est le siège d'une forte distension de ses sinus périphériques et médullaires par de la lymphe pauvre en cellule.

La vésicule biliaire, après fixation, contient une substance gélatineuse et opalescente. Au microscope, les glandes de la muqueuse sont dilatées et kystiques; leur lumière est occupée par un mucus dense dans certains, dilué dans d'autres. Les cellules épithéliales bordant ces kystes sont aplaties et leurs noyaux sont couchés ou obliques. Le chorion interglandulaire est dense, lamellaire, et ne contient aucun macrophage ni pigment. La musculature est distendue et la sous-séreuse, épaisse, œdémateuse, contient des coulées de fibrine pure. Des coupes transversales de la vésicule ont été pratiquées à diverses hauteurs et présentent toutes la même image. De nombreuses coupes faites dans la région du col intéressant le canal cystique et le canal hépatique nous

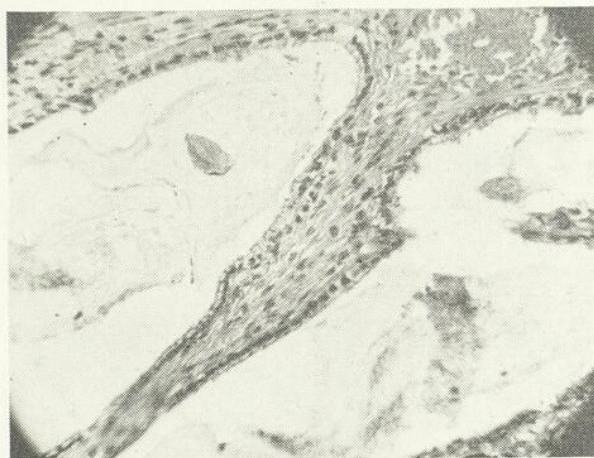


Fig. 5. — Vésicule: fort grossissement de la région des glandes. L'épithélium est atrophique et les glandes sont remplies de mucus.

montrent que ces deux canaux n'ont pas de paroi musculaire propre mais une paroi scléreuse épaisse.

Le test de la perméabilité des voies biliaires n'a pas été pratiqué; néanmoins, devant cette vésicule distendue par un mucus sans pigment biliaire, nous pouvons conclure que nous sommes en face d'une vésicule exclue sans pouvoir déterminer la cause de cette exclusion. Cette particularité a été rapportée une fois sur 44 cas de maladie fibro-kystique où l'autopsie fut faite. (Andersen, 1938, *J. of P.*)

Le rôle présente une image de stase allant

jusqu'à la figure de foie interverti. Les veines centro-lobulaires sont béantes; les deux tiers internes des travées hépatiques sont bourrés de grosses vacuoles de graisse. Le tiers externe possède des cellules qui sont également porteuses de vacuoles de graisse, mais ici elles sont toutes petites dans un cytoplasme granuleux. Les noyaux, partout dans la travée hépatique, sont assez bien conservés et nous ne notons pas de dégénérescence glycogénique des noyaux.

Dans la partie où nous pouvons bien examiner les sinus, c'est-à-dire dans le tiers périportal des travées, il existe un œdème marqué entre l'endothélium sinusal et la cellule hépatique. Notons, enfin, qu'il existe dans certaines régions péri-centro-lobulaires une hémorragie dans la travée hépatique. Un ganglion lymphatique de la région de la vésicule présente une image de stase sinusale superposable à celle du ganglion péri-capsulaire du pancréas.

Du côté du poumon, les bronches, surtout les petites, sont dilatées et remplies d'un pus très dense. La paroi musculaire est atrophique et

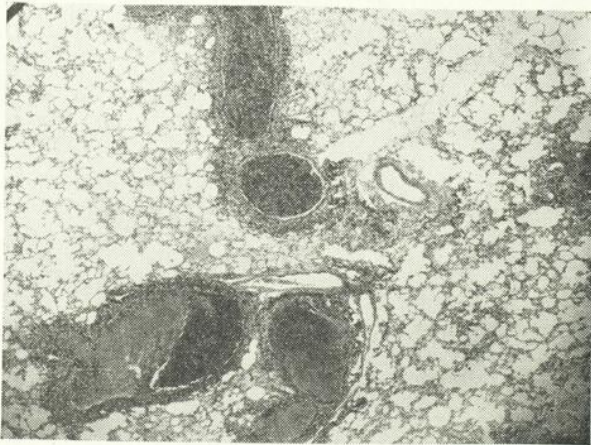


Fig. 6. — Poumon: les bronches sont dilatées et remplies de pus. Le parenchyme pulmonaire adjacent est relativement indemne d'infection.

quelquefois disparue; la muqueuse est souvent ulcérée.

Rarement, la paroi bronchique cède-t-elle pour donner un micro-abcès. Le parenchyme pulmonaire adjacent aux bronchioles ainsi

remplies de pus est à peine touché par une alvéolite catarrhale.

Le cœur ne présente rien de particulier du côté de son endocarde et de son épicaarde. Le myocarde, toutefois, est le siège d'un état grillagé de ses fibres musculaires. Une coloration au Scharlach démontre qu'il s'agit là de gouttelettes graisseuses. Le tissu conjonctif interfasciculaire est œdémateux et possède des vaisseaux sanguins dilatés.

Dans le rein, les glomérules apparaissent turgescents à cause de la dilatation de leurs capillaires et ils laissent filtrer une urine albumineuse. Au niveau du tube contourné no 1 il existe une légère athrocytose des albumines. A ce dernier endroit également, on note de minuscules vacuoles au pôle basal des cellules. Le Scharlach a détecté la présence de gouttelettes de graisse qui, pour être fines, n'en sont pas moins réelles. Malheureusement, comme nous n'avons pas fixé le rein dans l'alcool, il nous a été impossible de rechercher la présence de glycogène dans le bout distal du tube contourné no 1. Néanmoins, quelques tubes, après fixation ordinaire, possèdent des cellules à cytoplasme vidé ou spongieux.

La rate, à l'examen microscopique, est le siège d'une atrophie des corpuscules de Malpighi dont le centre est constitué de petits lymphocytes sans activité régénératrice. La pulpe rouge est congestive; les sinus sont dilatés et tapissés de cellules cubiques. Les travées de Remark sont affaissées et étroites. Dans les sinus comme dans les travées, on note la présence de nombreux globules rouges nucléés et de quelques mégacaryocytes.

Ce tableau est classique par son association de lésions fibro-kystiques du pancréas et de bronchectasie purulente. Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître ce fait et les cliniciens, tirant partie de cette particularité, posent le diagnostic de pancréatite fibro-kystique probable lorsqu'ils voient un nouveau-né présentant des infections pulmonaires à répétition, quittes à préciser le diagnostic par des tests que nous avons mentionnés.

La stase hépatique s'explique assez bien à cause de la myocardite, laquelle est secondaire à l'infection pulmonaire de longue durée. Cet état, même s'il n'est pas constamment noté dans les autopsies rapportées, doit être d'occurrence assez fréquente.

Discussion.

Si l'occurrence de telles lésions est rare dans la maladie fibro-kystique du pancréas, il n'en est pas de même de l'infection pulmonaire qui, elle, est de règle. La plupart des auteurs ont tenté de trouver une explication de ce phénomène.

La première hypothèse proposée fut que l'enfant porteur d'un pancréas fibro-kystique naissait avec une dilatation congénitale des bronches et que cette malformation était la cause favorisante d'une infection. Cette théorie devenait d'autant plus vraisemblable du fait que, chez un individu donné, les défauts congénitaux sont rarement uniques. Rauch et ses associés vinrent sanctionner cette théorie en rappelant que le pancréas et les bronches sont deux dérivés de l'entoderme et que, partant, si le tissu souche est frappé d'une dysgénèse quelconque, il donne naissance à deux dérivés anormaux, dilatés, kystiques: les kystes des canaux excréteurs, d'une part, et la dilatation bronchique, d'autre part.

A notre avis, ces vues, pour élégantes et séduisantes qu'elles soient, ne tiennent pas devant les faits. D'abord ces deux lésions ne sont pas les mêmes. Les kystes du pancréas tiennent à une obstruction des canaux excréteurs au moins dans une partie des cas. Andersen rapporte le fait 7 fois sur 44 cas autopsiés et la recherche d'atrésie n'a pas été faite systématiquement. Kornblith et Otani, d'un côté, Hurwitt et Arnheim, de l'autre, dans leur étude de la question en arrivent à la conclusion que la lésion initiale du pancréas est une atrésie, sinon une obstruction complète, du canal extérieur et que la dilatation des canaux en amont n'est qu'un épiphénomène.

Du côté du poumon, la lésion congénitale primitive, si elle existe, serait une dilatation et non pas une atrésie, car cette dernière, avant de provoquer une dilatation, aurait créé des zones d'atélectasie, fait qui n'aurait pas manqué d'attirer l'attention de ceux qui pratiquèrent les autopsies.

Par ailleurs, il existe un décalage dans le temps entre l'apparition de la pancréatite fibro-kystique et la dilatation bronchique, qui, fait à noter, n'a jamais été décrite comme bronchectasie pure mais toujours comme bronchectasie purulente. Andersen, dans son relevé de la littérature à ce sujet, rapporte 5 cas de nouveau-nés morts avant l'âge d'une semaine et dans aucun de ces cas on n'a remarqué une malformation des bronches. Après 5 semaines d'âge, la broncho-pneumonie est de règle, ce qui laisse supposer qu'à la naissance l'enfant possède un appareil pulmonaire normalement constitué qui, pour des raisons autres que les malformations congénitales, s'infecte facilement. De broncho-pneumonie en broncho-pneumonie, dont il est tiré par les traitements modernes, l'enfant fait une dilatation des bronches par affaiblissement de leur paroi.

Ivy, opérant de jeunes chiens pour exclure le pancréas, a noté qu'un tiers de ses chiens continuaient à se bien porter, qu'un tiers faisaient de la polyphagie et mouraient d'infection pulmonaire et que l'autre tiers mouraient d'infection intercurrente. Nous avons eu l'occasion¹ d'examiner les poumons de trois chiens chez qui on avait fait la ligature des canaux excréteurs du pancréas immédiatement après leur naissance et qui furent sacrifiés vers l'âge de trois semaines. Chez l'un d'eux nous avons trouvé une bronchite purulente. Cette expérience est modeste, il est vrai, mais il faut remarquer que les animaux de laboratoire gardés à une température constante sont peu sujets à une infection secondaire de leur appareil pulmonaire et qu'en cela ils sont mieux partagés que la plupart des enfants.

1. Grâce à l'amabilité de Mme M. S. Sergyeva, de l'Université de Montréal.

Enfin, s'il n'est pas rare de trouver deux lésions congénitales chez le même individu, il est plus rare qu'une lésion congénitale en appelle aussi nécessairement une autre que la maladie fibro-kystique appellerait la dilatation bronchique. D'ailleurs, la bronchectasie purulente peut fort bien s'expliquer par la seule action de l'infection sans faire appel à la dilatation bronchique préalable; le liquide d'œdème et les polynucléaires fusent dans la bronche infectée distendant sa lumière et, pour peu que cette infection prenne naissance dans les bronches terminales chez un enfant miné dans son état général par une mauvaise assimilation et dont la toux reste inefficace, ces bronchioles ne se vident plus et continuent toujours de se laisser distendre par un exsudat purulent. C'est la bronchectasie purulente. Ce mécanisme de distension d'un organe cavitairé par l'exsudat purulent est courant en pathologie générale et le plus pur exemple est bien la dilatation des trompes par le pus.

Si, donc, la dilatation congénitale des bronches dans la maladie fibro-kystique est une possibilité, elle n'est toutefois pas prouvée. D'autre part, nombre de faits tendent à démontrer que l'organisme privé de la fonction exocrine de son pancréas est la proie facile d'infections pulmonaires dont la bronchectasie purulente est la forme la plus fréquente.

Quelle est la pathogénie de cette fibrose et de cette atrophie glandulaire du pancréas? Il faut d'abord noter qu'il s'agit d'une maladie apparaissant le plus souvent à la naissance et faisant mourir l'enfant après quelques jours de vie. Lorsque l'enfant vit pendant quelques mois ou quelques années, il est la plupart du temps possible de relever dans son passé quelques symptômes permettant de croire qu'il était déjà atteint de cette maladie dès sa naissance. Ces faits suffisent pour faire entrer cette affection parmi les maladies congénitales. Voulant serrer le problème de plus près, différents auteurs ont cherché quelles pouvaient être la pathogénie et l'étiologie de cette maladie.

Certains, dont Farber, ayant trouvé, au niveau des différents organes possédant un épithélium à mucus (glande salivaire, glande bronchique, vésicule biliaire), des boules de mucus épais, acidophile, tout comme dans les glandes et les tubes excréteurs du pancréas, ont vu là un vice général dans la sécrétion des glandes à mucus dont la pancréatite fibro-kystique ne serait qu'une partie du tableau. Ce mucus vicié semble, à l'examen microscopique tout au moins, trop épais pour être excrété librement. Il obstrue les glandes et les canaux excréteurs, causant ainsi leur atrophie. Une fibrose réactionnelle s'ensuit à partir du tissu conjonctif de soutien. Au niveau du pancréas, tout particulièrement, une telle obstruction suivie d'atrophie glandulaire et de sclérose amène le tableau clinique que l'on sait.

Cette théorie, appuyée sur des faits bien constatés, pose le problème très vaste de la stabilité du mucus dans l'organisme et Farber estime que, pour expliquer une telle altération du système à mucus, on doit rechercher du côté du système nerveux un centre chargé du contrôle de la sécrétion du mucus.

Une autre théorie voit la lésion primitive dans une malformation des canaux excréteurs de cet organe, sous forme de rétrécissement ou d'oblitération. A priori, cette hypothèse est vraisemblable puisque les atrésies et les oblitérations de tubes de l'organisme comptent pour une grande partie des malformations congénitales: telles sont les astrésies du rectum, de l'uretère, du canal hépatique et de l'œsophage.

A posteriori, cette théorie est prouvée par quelques cas bien étudiés par Kornblith et Otani d'un côté, et par Hurwitt et Arnheim de l'autre, qui ont trouvé une sténose indiscutable des canaux excréteurs du pancréas. Dans la série publiée par Andersen, sur douze cas étudiés à ce point de vue, neuf montrèrent une atrésie des canaux, deux étaient dilatés et un était normal.

Dans ces cas où il y a malformation des canaux excréteurs, on ne peut que faire appel à

un défaut de développement au cours de l'embryogénèse. Le pancréas, à ce moment, est le siège de grands remaniements quand sa portion ventrale vient se souder à la portion dorsale. Les canaux excréteurs de la première s'anastomosant aux canaux excréteurs de la seconde donnent la portion juxta-duodénale du canal de Wirsung. Au moment de la jonction, s'il survient un arrêt ou un ralentissement dans le bourgeonnement d'une des parties jointives, il se produit une oblitération ou une atrésie des canaux excréteurs.

Dans les cas de maladie fibro-kystique du pancréas, la recherche d'atrésie devrait se faire systématiquement, et cela à l'aide de coupes sériées, les autres techniques, comme la dissection des canaux, étant trop délicates et leurs résultats trop aléatoires.

Ces deux théories ne s'excluent pas nécessairement; toutes deux, en ce qui concerne le pancréas, font appel à une obstruction des canaux excréteurs, que celle-ci soit le fait d'une malformation du canal ou qu'elle soit due à un « bouchon de mucus ». Mais, ce qu'il y a

d'acquis, c'est que dans certains cas il existe une malformation des canaux du pancréas. Existe-t-elle toujours? Et si elle n'existe pas toujours, et que le mucus soit simplement modifié dans sa consistance, il faudra faire des recherches sur l'étiologie de ce déséquilibre.

BIBLIOGRAPHIE

1. D. H. ANDERSEN: *Am. J. Dis.*, **56**: 344, 1938.
2. S. FARBER: *Arch. Path.*, Tome XXXVII, p. 238, 1944.
3. HURWITT et ARNHEIM: *Am. J. Dis. Child.*, **64**: no 3, p. 443.
4. B. A. KORNBLITH et S. OTANI: *Am. J. Path.*, **5**: p. 249, 1929.
5. LUBARCH: **2**: p. 286.
6. E. H. RUBINS: *Dis. of the Chest.*, **22**: 388, 1947.
7. N. VEZINA: *Un. Méd. du Can.*, **77**: 142 (fév.) 1948.
8. W. H. COLE et J. S. HOWE: *Surgery*, **8**: 19, 1940.
9. A. C. IVY: *Am. J. Dig. Dis. & Nut.*, **3**: 677, 1926.
10. T. C. KLUMPP et A. V. NEALE: *Am. J. Dis. Child.*, **40**: 1215, 1930.
11. H. F. PHILIPSBORN, Jr, G. LAWRENCE et K. C. LEWIS: *J. Ped.*, vol. 25, no 4, p. 284, 1944.

RECUEIL DE FAITS

CANCER DU SINUS MAXILLAIRE GUÉRI PAR RÖENTGENTHÉRAPIE (Observation personnelle)

Germain PINSONNEAULT,

Chef du service de Röntgentherapie à l'Institut du Radium (Montréal).

Le cancer du sinus maxillaire est en règle générale un épithélioma, et quatre fois sur cinq, un épithélioma épidermoïde. Il progresse du côté de l'orbite, des fosses nasales, de la bouche ou de la joue. Il métastase peu et tardivement. Les ganglions, quand ils apparaissent, sont situés dans les régions sous-maxillaire, carotidienne, ou préauriculaire. Ces relais ganglionnaires sont très exceptionnellement dépassés. Les formes qui tendent à s'étendre vers le haut sont moins métastasantes que celles qui progressent vers la bouche.

Le diagnostic est rarement fait avant qu'une ou plusieurs des parois du sinus ait cédé sous la pression de la tumeur et produit des déformations des structures avoisinantes. Nous avons pris la mauvaise habitude de compter, pour le diagnostic, sur la biopsie, alors que nous devrions normalement pouvoir nous fier à un examen radiologique correctement pratiqué. L'érosion et l'envahissement capricieux des parois sinusales, joints à l'évolution insidieuse et particulière de la maladie, devraient suffire, dans la majorité des cas, à orienter le clinicien vers un processus néoplasique plutôt qu'infectieux. Il est à se demander aussi si l'abus de la transillumination, aux dépens de la radiographie, dans l'exploration du sinus maxillaire, n'est pas une cause de la découverte trop tardive des épithéliomas?

Dans un mémoire paru en 1946 dans le *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, Mathez, de Lausanne, pose la question du traitement du cancer du sinus maxillaire sous un jour hardi et nouveau. L'auteur est d'avis « qu'on ne doit envisager, en matière de thérapeutique du néoplasme du sinus maxillaire,

qu'un seul et unique traitement, tout pesé et considéré, celui de la radiothérapie profonde ».

Après avoir souligné les déboires des autres modes de traitement, Mathez fait l'histoire de la röntgentherapie dans les épithéliomas du sinus. Cette histoire débute en 1928 avec une première guérison due à Holfelder. Puis vient, en 1939, l'important travail de Del Regato, inspiré par Coutard. Le travail en question porte sur dix cas, absolument inopérables et traités uniquement par röntgentherapie. Les doses varient de 4,200 r en 14 jours à 10,750 r en 64 jours. Deux malades sont morts de radionécrose, l'un après 7,850 r administrés en 15 jours, et l'autre après 10,750 r administrés en 64 jours. Quatre malades ont obtenu des guérisons datant de 5 à 15 ans. La durée du traitement pour ces quatre cas guéris a varié de 12 à 59 jours, et la dose moyenne a été de 7,800 r.

A la série de Coutard, Mathez ajoute un cas de Ponthus, Dargent et Papillon, de Lyon, et deux cas à lui, dont l'un inédit. La lecture du mémoire de Mathez nous a incité à rapporter l'observation personnelle suivante, où la röntgentherapie a été seule en cause, et où la guérison se maintient depuis huit ans.

Observation.

Institut du Radium — Dossier 21-464. R. M., 64 ans, de Lafond, Alberta, nous est adressé, en mai 1941, par son médecin, le Dr Decosse, de St-Paul, pour un épithélioma du sinus maxillaire. Les premiers signes, qui remontent à 10 mois, ont consisté en douleurs lancinantes dans la mâchoire supérieure gauche. Par la suite, une tuméfaction s'est mani-

festée, portant à la fois sur la joue gauche et sur la portion du palais avoisinant la gencive supérieure gauche. Plus tard enfin, est apparue, sur la gencive, une petite tumeur framboisée et friable du volume d'une fève, comportant, à sa base, une fistule par où s'écoulait un liquide séro-sanguinolent. La biopsie fut pratiquée par le Dr Decosse. Elle porta à la fois sur la gencive et à l'intérieur du sinus. L'examen des fragments fut fait au laboratoire provincial d'anatomie pathologique de l'Université d'Alberta. Dans le tissu provenant de la gencive aussi bien que dans celui provenant de la cavité du sinus, on trouva le même type de tumeur caractérisée par des massifs de cellules épithéliales, de type épidermoïde, à prolifération rapide, et à différenciation plutôt faiblement marquée.

Le malade nous arriva le 2 juin 1941, très souffrant, et dans un état général assez touché. La tumeur bombait à travers le plancher de l'antre, à l'endroit des molaires supérieures gauches. La radiographie montrait un voile opaque, massif, couvrant toute la région du sinus maxillaire gauche. Il était impossible d'après ce cliché de se prononcer sur le degré d'érosion des parois par la tumeur. Il n'y avait pas de ganglions palpables dans les régions cervicale et sous-maxillaire.

Après les analyses de routine, qui ne révélèrent rien d'anormal, le traitement fut entrepris sur un appareil à tension pulsatoire de 400 Kv., à 90 cm. de distance, avec une filtration de 2 mm. de Cu. et 3 mm. d'Al., et un débit de 4 milliampères. Un champ sur la joue gauche, à direction antéro-postérieure obliquée vers la ligne médiane, et un champ sur la joue droite à direction droite-gauche. Les champs comprenaient la portion de la joue limitée en dedans par le versant du nez, en haut par un plan passant au-dessous du globe oculaire, en dehors par la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur, et en bas, par la ligne interdentaire. Le champ gauche, correspondant à la lésion, reçut 2,750 r et le champ droit 2,000 r., soit 4,750 r au total. L'étalement des doses fut pratiqué de la façon suivante:

3 juin	joue gauche	250 r.
4 juin	" "	250 r.
5 juin	" "	250 r.
6 juin	" "	500 r.
7 juin	" "	500 r.
9 juin	" "	500 r.
10 juin	joue droite	500 r.
11 juin	joue gauche	500 r.
12 juin	joue droite	500 r.
13 juin	joue droite	500 r.
14 juin	joue droite	500 r.
Total 11 jours		Total 4,750 r.

On observa une réaction très intense de la peau et des muqueuses de tout le massif facial, avec radioépidermite du type exsudatif à l'endroit de la joue gauche. Le malade retourna dans son pays dans les derniers jours de juin, avec une réaction dans la période de déclin. Nous eûmes de ses nouvelles par lettre dans les mois qui suivirent son départ. La guérison survint très rapidement.

En juin 1945, le malade revient nous voir. La peau de la joue gauche est absolument normale: pas d'atrophie, de pigmentation, de télangiectasie ni d'œdème. Une stéréoradiographie du massif facial est faite par le Dr N. Allaire. « Le sinus maxillaire droit est grand, étalé, bien aéré. Le sinus maxillaire gauche demeure toujours opaque, d'une opacité presque homogène. Sa cavité paraît à peu près oblitérée. De plus, les parois osseuses bordant la cavité sinusale, notamment la paroi externe, près de la suture maxillo-malaire, montrent des irrégularités et une réaction discrète de sclérose sur tout son pourtour. » (Dr Allaire)

La gencive a recouvré son volume et son aspect normal, et le malade porte, depuis un couple d'années, un dentier qui ne lui a jamais causé aucun ennui.

Les dernières nouvelles que nous avons eues du malade datent du premier février dernier. Il était, à cette époque, en parfaite santé, malgré son âge avancé.

Commentaires et conclusions.

Nous croyons avec Mathez que, « tout pesé et considéré », la röntgenthérapie est, à l'heure actuelle, le meilleur traitement de l'épithélioma du sinus maxillaire. Il nous est arrivé, comme à la plupart des radiologistes qui s'occupent de la röntgenthérapie, d'entreprendre des cancers du sinus sans grande conviction sur le succès des résultats, ou, autrement dit, avec la conscience facilement satisfaite qui préside aux traitements palliatifs. La routine de la röntgenthérapie dite palliative, dans certains cancers, constitue un penchant dangereux, contre lequel il importe de lutter. L'incurabilité des tumeurs, basée sur des pronostics soi-disant scientifiques de radiorésistance, ne peut que ménager des surprises et des remords!

Les doses de radiations utilisées par Coutard, d'après le travail de Del Regato, sont, à notre avis, impraticables. La durée du traitement et la faiblesse du débit dans les méthodes dites de Coutard nous paraissent de beaucoup moins d'importance que la qualité des radiations employées. La thérapie des cancers profonds, telle qu'on la pratique ordinairement, gagnerait à être faite avec des rayons produits à plus haut voltage, plus filtrés, et administrés à plus grande distance. La radiothérapie transcutanée des tumeurs est incompatible avec les soucis d'économie. Il faut renoncer à y faire vite et à peu de frais. Elle s'oppose à la radiothérapie des lésions superficielles, directement accessibles, où, par contre, on paraît exposé à perdre son temps à vouloir faire autrement.

GUÉRISON RAPIDE D'UNE INFECTION DE L'OREILLE À PYOCYANIQUE PAR LA STREPTOMYCINE

Maurice SAINT-MARTIN,
Bactériologiste en chef
du Ministère de la Santé.

et

Gérard LASALLE,
Service de Dermato-Syphiligraphie,
Hôpital Général de Verdun.

Bien avant la découverte du bacille pyocyanique par Gessard, en 1852, les chirurgiens étaient familiers avec la décoloration bleu verdâtre des pansements recouvrant certaines plaies infectées. A cette époque, il y avait divergence d'opinions quant au pouvoir pathogène de ce microbe, les uns le considérant comme un microbe curieux et inoffensif, les autres comme un organisme redoutable. Des études ultérieures révélèrent que chaque école avait partiellement raison. Car le bacille pyocyanique ou *pseudomonas aeruginosa* est un microbe pathogène facultatif. En effet, s'il est un saprophyte de la peau et de l'intestin de l'homme et des animaux, il peut causer, seul ou associé, des infections sérieuses chez certains sujets jeunes ou débiles. De même, à la faveur d'un traumatisme ou d'une infection de la peau et des muqueuses, le *Ps. aeruginosa* peut acquérir un pouvoir pathogène redoutable.

Décrire ses méfaits serait repasser la pathologie infectieuse de presque tous les organes. Ses manifestations les plus connues sont l'infection des plaies et les suppurations de l'oreille moyenne avec leurs complications : surdité, mastoïdite et méningite.

L'ulcère de la cornée est la manifestation oculaire la plus fréquente. Le système respiratoire n'en est pas indemne, car on l'a rencontré associé à d'autres bactéries dans quelques cas de broncheectasie, de broncho-pneumonie et de gangrène pulmonaire. Il a été isolé fréquemment du système digestif, par exemple, de lésions nécrotiques et ulcératives de l'estomac et de l'intestin, d'abcès du foie, d'appendicites, de dysenteries et de fistules intestinales. Chez le nourrisson, il peut causer des diarrhées aiguës souvent fatales et une infection ombilicale appelée *ecthyma-gangrenosum*. Le système génito-urinaire paie aussi

son tribut à l'aide de cystites aiguës et chroniques, d'orchites, d'infections urinaires, d'endocervicites et de septicémie puerpérale. Quelquefois, l'infection peut se généraliser et causer une septicémie souvent mortelle ressemblant à la fièvre typhoïde. Enfin, et c'est ce qui nous intéresse à l'occasion de cette observation, ce microbe est souvent l'agent responsable de lésions dermatologiques importantes. Ces infections sont remarquables par leur forte tendance à l'ulcération et leur résistance à toute forme de thérapeutique (1).

Observation.

Le 30 juillet 1948, Mlle R. L., âgée de 21 ans, consulte pour lésions bilatérales du conduit auditif externe. Ces lésions auraient débuté à la fin de mai 1948 par une otorrhée indolore, suivie d'une dermite à extension assez rapide intéressant l'oreille, le cuir chevelu et les régions sous-mammaire et inguinale. Le diagnostic posé fut celui d'eczéma infecté du conduit auditif externe. Les lésions de voisinage ne possédant pas les caractères de la lésion du conduit auditif externe furent étiquetées pyodermites. L'examen clinique et les analyses de routine du sang et des urines furent sans particularité.

La patiente semblait particulièrement inquiète de l'état de ses oreilles, qui ne s'améliorait pas malgré une multitude de traitements. Citons différentes sortes de gouttes pour oreilles, pansements humides, eau d'Alibour, peroxyde, pénicilline intramusculaire et locale, tyrothricine en instillations, etc.

Comme le pus était de couleur jaune verdâtre, nous avons pensé, vu la localisation, à une infection à pyocyanique. Effectivement, le pus des deux oreilles donna à la culture une poussée pure de *Ps. aeruginosa*. Cet organis-

me était fortement virulent, car l'injection de 1 cm.³ d'une culture en bouillon de 24 heures par voie intrapéritonéale au cobaye fit succomber l'animal en moins de 20 heures. L'autopsie démontra la présence d'un œdème gélatineux au site de l'inoculation, un exsudat péritonéal abondant et des hémorragies punctiformes de tout l'intestin. Le bacille fut retrouvé en culture pure après ensemencement du liquide péritonéal. Des cultures sur milieu de Sabourand éliminèrent l'origine mycotique de ces lésions. De leur côté, les sécrétions des lésions sous-mammaires et inguinales fournirent des cultures pures de staphylocoques dorés hémolytiques coagulase positifs.

L'infection étant bilatérale, nous avons cru intéressant d'appliquer une médication alternée. L'oreille gauche fut traitée à l'aide d'une solution aqueuse de streptomycine contenant 2500 unités par cm.³ tel que recommandé par Callaway (2). L'oreille droite fut instillée à l'aide d'une solution de B. Q. X. à 35% (benzénoxydioxypyrolidinéthanoate de sodium). Après 48 heures de traitement, l'oreille gauche est sensiblement améliorée, alors que les lésions de l'oreille droite ne semblent pas modifiées. Un prélèvement pratiqué au niveau de l'oreille droite donna une culture pure de bacilles pyocyaniques, alors que la culture des sécrétions de l'oreille gauche montra une diminution notable du nombre des colonies. Après 96 heures de traitement, l'oreille gauche était libre de sécrétions avec lésions en voie de guérison. L'état des lésions de l'oreille droite n'étant pas favorablement modifié, le traitement au B. Q. X. fut abandonné. Les examens bactériologiques, négatifs pour l'oreille gauche, ne montrèrent aucune modification dans le nombre des *Ps. aeruginosa* pour l'oreille droite. Alors un traitement à la streptomycine fut institué pour l'oreille droite et, 72 heures plus tard, une amélioration nette des lésions, avec cultures négatives, fut notée. L'évolution des lésions se continua vers la guérison et la patiente, revue en février 1949, est définitivement guérie de son eczéma infecté des conduits auditifs externes.

COMMENTAIRES.

Au risque d'énoncer un truisme, il nous semble que toute infection devrait faire la preuve de son agent étiologique propre. Reconnue depuis toujours, cette vérité acquiert plus de poids en notre siècle de chimiothérapie et d'antibiothérapie. Pour éviter des échecs thérapeutiques regrettables et de discréditer ainsi à tort les médications sérieuses, il est important de reconnaître le microorganisme responsable de l'infection et quelquefois de déterminer sa sensibilité à l'égard du médicament employé. Ainsi, dans notre cas, employant une méthode de dilution en tubes utilisée dans les laboratoires du Département des Anciens Combattants, la souche de *Ps. aeruginosa* isolée était sensible à la streptomycine (*), étant inhibée à une concentration de 1 unité par centimètre cube. Utilisant la méthode par disque, nous n'avons pu noter aucune inhibition de cette souche par une solution de B. Q. X. à 35%. La détermination du degré de sensibilité vis-à-vis de la streptomycine a son utilité si l'on sait qu'il existe des souches de *Ps. aeruginosa* streptomycino-résistantes (3).

Chez notre patiente, il y avait intérêt à obtenir une guérison rapide à cause de la localisation de l'infection au conduit auditif externe et de son extension possible à l'oreille moyenne et interne avec conséquence ultime: ostéite des osselets et surdité définitive. Il ne faut pas oublier non plus qu'il importe de choisir un antibiotique de choix, car la streptomycine peut sensibiliser le sujet, qu'elle soit appliquée au canal auditif externe ou ailleurs (4).

Les analyses bactériologiques pratiquées au cours de cette observation nous ont permis de constater un phénomène de variation intéressant. L'identification du *Ps. aeruginosa* est basée, pour une large part, sur la propriété de produire un pigment bleu pâle appelé pyocyanine. Ce moyen de différenciation n'est pas entièrement satisfaisant, car il existe des souches non productrices de pyocyanine. En

* La streptomycine nous fut gracieusement fournie par la compagnie Merck, Montréal (M. S. M.)

effet, à la faveur de certains facteurs comme la symbiose avec des cocci gram-positifs, la lyse bactériophagique, les milieux additionnés d'antiseptiques ou même sans cause apparente, le bacille pyocyanique perd ce pigment (5). Ainsi, Aoki (1926) (6), étudiant 50 souches, en trouve 3 capables de former la fluorescine et incapables de produire la pyocyanine et 8 souches incapables de former l'un ou l'autre de ces pigments.

Les deux souches de *Ps. aeruginosa* isolées avant le début du traitement possédaient les caractères morphologiques, physiologiques et biochimiques décrits par Bergey (7). La souche isolée de l'oreille droite, après traitement au B. Q. X., était absolument typique. Le bacille pyocyanique isolé de l'oreille gauche après traitement à la streptomycine était atypique. Les variations suivantes furent observées : 1° les formes en bâtonnets étaient presque disparues pour être remplacées par des formes filamenteuses ; 2° la souche avait perdu le pouvoir de liquéfier la gélatine ; 3° le microbe ne pouvait plus former la pyocyanine. Ces caractères furent conservés après 3 sous-cultures. De plus, un passage sur cobaye démontra que ce variant n'avait rien perdu de son pouvoir pathogène.

Conclusions

1° Nous avons présenté un cas d'eczéma infecté du conduit auditif externe, dû au *pseudomonas aeruginosa* et guéri par un traitement local à la streptomycine.

2° A l'occasion de cette observation, nous avons voulu attirer l'attention sur la fréquence relative des infections à pyocyanique.

3° De nos jours, il est nécessaire de connaître l'agent étiologique d'une infection si l'on veut appliquer avec succès une médication par les agents chimiques ou les antibiotes.

4° Enfin, au point de vue bactériologique, il nous a été permis d'isoler une souche aberrante de *Ps. aeruginosa*, incapable de produire le pigment pyocyanine.

BIBLIOGRAPHIE

1. H. H. WAITE: « A Contribution to the Study of Pyocyanus Infection with a report of two cases. » *J. Inf. Diseases*, **5**: 542, 1908.
2. J. L. CALLAWAY: « Pseudomonas Aeruginosa Infection of Ear Treated with Streptomycin. » *Arch. Dermat. and Syph.*, **55**: 237 (fév.) 1947.
3. E. J. PULASKI et S. F. SEELEY: « Further Experiences with Streptomycin therapy in United States Army Hospitals. » *J. Lab. and Clin. Med.*, **33**: 1-14 (janvier) 1948.
4. M. B. SULZBERGER et R. BAER: *The 1947 year book of Dermatology and Syphilology*, Year Book Publishers. Chicago, page 50.
5. W. J. WILSON: « The colon group and Similar Bacteria. » *A system of Bacteriology*, **4**: 332, 1929.
6. K. AOKI: *Zbl. Bakt.*, **98**: 186, 1926.
7. BERGEY's *Manual of Determinative Bacteriology*, 6e édition, Williams and Wilkins Co., Baltimore, page 89, 1948.

REVUE GÉNÉRALE

LES NOUVEAUX TRAITEMENTS DES MALADIES DU SANG¹

Donat Paul CYR,

Clinique Lahey (Boston, Massachusetts).

Je veux d'abord remercier les officiers de l'Association Médicale de l'honneur qu'ils m'ont conféré en m'invitant à adresser la parole devant le XIXe Congrès.

Je tiens à passer en revue avec vous des nouvelles méthodes de traitement des maladies du sang qui, depuis quelques années, ont été le fruit d'expériences cliniques et de travaux de laboratoire. Les remarques qui suivent ont été recueillies dans la littérature médicale, à laquelle j'ajoute quelques observations personnelles.

L'ACIDE FOLIQUE

Depuis son introduction en clinique par Spies en 1945 et sa synthèse par Angier dans la même année, l'acide folique s'est révélé un moyen thérapeutique très puissant dans l'anémie macrocytaire à déficience. De nombreuses observations faites directement chez l'homme ne laissent aucun doute que, dans l'anémie perniciose addisonienne, l'anémie macrocytaire par dénutrition, l'anémie accompagnant la sprue, la pellagre et la grossesse, la réponse hématopoïétique à l'acide folique égale celle que l'on observe après l'administration d'extrait de foie, qui depuis bien des années fut considéré le remède spécifique pour ce type d'anémie.

Notre expérience porte surtout sur l'anémie perniciose addisonienne. Voici un résumé de 10 cas traités à l'acide folique pour une période de 4 à 24 mois (fig. 1). Vous voyez que les taux des globules rouges, de l'hématocrite, et de l'hémoglobine, qui étaient bien bas au début du traitement, sont retournés à la normale

et s'y sont maintenus pendant toute la période du traitement.

Chez tous les malades traités à l'acide folique les symptômes s'améliorent; la glossite, la diarrhée, la faiblesse, l'anoxerie disparaissent et le poids retourne à la normale.

Malgré ces beaux résultats hématologiques il faut attribuer à l'acide folique un rôle bien secondaire dans le traitement de l'anémie per-

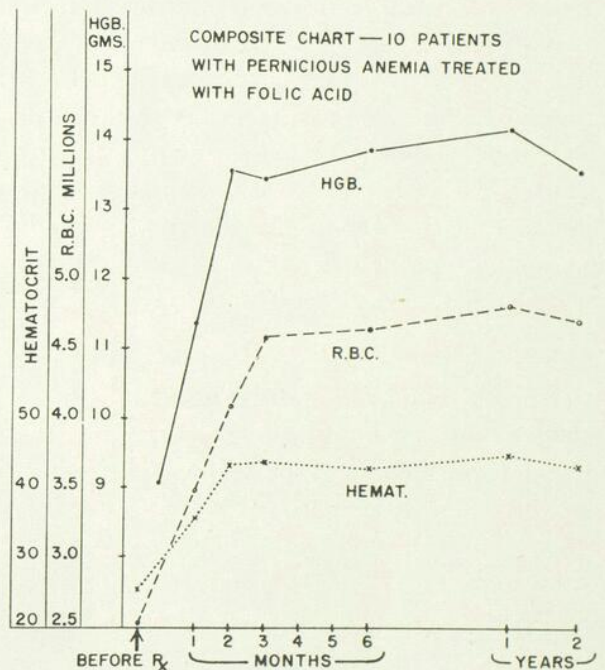


Fig. 1.

nicieuse. La raison en est que les complications neurologiques sont beaucoup trop fréquentes et leur évolution parfois dangereusement rapide. Ainsi, sur 20 de nos malades traités à l'acide folique, six, ou 30%, ont présenté des complications neurologiques dans un espace de 4 à 14 mois après le début du traitement. Par exemple, une dame âgée de 53 ans fut traitée

1. Communication au XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

à l'acide folique pendant neuf mois. Dix jours après l'apparition des paresthésies aux jambes, elle ne pouvait presque plus marcher. Plusieurs auteurs rapportent des expériences semblables (fig. 2). L'acide folique n'est pas le traitement de choix de l'anémie pernicieuse. Elle ne guérit ni ne prévient les lésions neurologiques, qui après tout constituent l'aspect le plus sérieux de la maladie.

Auteurs	No de Cas	Complication Neurologique Pourcentage	Date d'apparition
1. Heinle et Welch	47	6	?
2. Vilter	24	21	2 à 8 mois
3. Clinique Lahey	20	30	4 à 14 mois
4. Hall	14	36	?
5. Meyer	11	27	1½ à 3 mois
6. Wagley	10	80	8 jours à 12 mois

Fig. 2.

AMINOPTÉRINE

La synthèse de l'acide folique, ou acide ptéroylglutamique, déclencha une série d'expériences de laboratoire qui produisirent plusieurs composés de ce facteur. Certains de ces composés synthétiques empêchent la croissance du streptocoque fécal R et par conséquent ce sont des antagonistes de l'acide folique.

Farber, à l'hôpital des enfants à Boston, fit l'observation que l'emploi de certains composés de l'acide ptéroylglutamique, c'est-à-dire la dioptérine et la téroptérine, donnait en somme un coup de fouet aux leucémies aiguës chez l'enfant. A l'autopsie la moelle présentait une suractivité extraordinaire et les organes étaient envahis de leucoblastes et de cellules jeunes à un degré jamais rencontré auparavant chez plus de 200 cas de cette maladie. Il conclut alors que, si ces substances chimiques dérivées de l'acide folique pouvaient ainsi réactiver la leucémie aiguë, les antagonistes, aussi dérivés du même facteur, auraient peut-être un effet contraire, c'est-à-dire celui de retarder ce processus néoplastique. Le

moins toxique parmi plusieurs antagonistes est l'aminoptérine.

Depuis novembre 1947, Farber et ses collaborateurs ont traité à l'aminoptérine 51 enfants souffrant de leucémies aiguës. Sur 40 suivis pendant une période de plusieurs semaines ou plusieurs mois, plus d'une vingtaine ont présenté une rémission que l'on ne peut guère attribuer à la transfusion ou à une rémission spontanée. En effet, dans certains cas la rémission est frappante et les enfants retournent à l'école en bonne santé.

Chez ces enfants traités à l'aminoptérine on observe dans le sang et dans la moelle une diminution ou même une disparition des leucoblastes, la formule différentielle retourne vers la normale, les globules blancs diminuent et les globules rouges augmentent ainsi que l'hémoglobine. Aussi la rate diminue de volume et les adénopathies disparaissent.

Farber signale cependant que les complications sont fréquentes et parfois intempestives. Des stomatites ulcéreuses ainsi que des lésions nécrotiques de l'intestin se manifestent beaucoup trop souvent. Jusqu'à présent il n'y a aucun moyen de remédier à ces complications.

Au 1er Congrès de la société internationale d'hématologistes au mois d'août 1948, d'autres chercheurs ont rapporté leurs expériences dans le traitement de la leucémie myéloïde chronique chez l'adulte. Les résultats furent médiocres. Tout de même on a produit des rémissions assez satisfaisantes chez des moribonds où la maladie avait évolué du stage chronique au stage aigu, ce qui arrive assez souvent dans la leucémie myéloïde chronique.

Farber et ses collaborateurs ont sagement évité d'en tirer des conclusions trop enthousiastes. Ils admettent franchement que l'aminoptérine ne guérit pas la leucémie aiguë. Tout de même il est encourageant de constater que pour la première fois on a découvert un remède qui peut retarder l'échéance fatale dans une maladie qui auparavant avait échappé lamentablement à toute méthode thérapeutique.

URÉTHANE

En 1946 Hadow et Sexton démontrèrent que l'uréthane, connu depuis longtemps comme un hypnotique faible, pouvait produire une leucopénie marquée chez les sujets soumis à l'expérimentation. Paterson appliqua cette constatation à la clinique et ce fut le point de départ de nombreuses recherches dans le traitement des leucémies.

L'uréthane est un ingrédient chimique avec une formule bien simple qui ressemble de près à celle de l'urée et de l'alcool éthylique (fig. 3). En plus de sa qualité d'hypnotique faible,

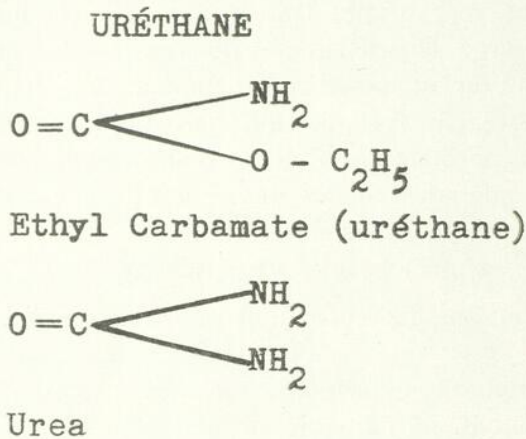


Fig. 3.

c'est un dépresseur du pouvoir leucocytaire, donc capable d'abaisser le nombre des leucocytes dans le sang. Quoique le mode d'action ne soit pas bien connu, le point d'action semble être au niveau des myéloblastes, des promyélocytes et myélocytes.

L'uréthane s'applique surtout au traitement des leucémies myéloïdes chroniques. Les meilleurs résultats ont été obtenus chez les cas traités dès le début de la maladie. C'est aussi un médicament précieux chez les malades qui se montrent résistants aux rayons X. On peut s'attendre qu'à peu près les deux tiers des patients soumis au traitement avec l'uréthane auront des rémissions très satisfaisantes. Ainsi, chez un de nos malades, la leucocytose dépassait 185,000. Après 18 jours de traitement à l'uréthane le nombre des leucocytes s'abaisa à 63,000. Chez un autre une leucocytose de

115,000 fut abaissée à 27,300 en 23 jours de traitement. Aussi l'on constate le retour vers la normale de la formule sanguine avec une diminution de globules à formes jeunes. Les globules rouges et l'hémoglobine augmentent, ce qui prouve bien que le médicament n'est pas nocif pour les globules de la série rouge. L'on constate aussi une modification du myélogramme. Les myéloblastes diminuent en nombre ainsi que les promyélocytes et les myélocytes.

En plus des changements dans le sang et dans la moelle, il y a une amélioration des symptômes: la splénomégalie, l'hépatomégalie et l'adénopathie diminuent.

Cette action de l'uréthane se manifeste après une période de latence nettement plus longue que celle que l'on observe après la roentgenthérapie. L'uréthane ne peut pas prétendre remplacer le traitement par rayons X. C'est un adjuvant qui a l'avantage d'être administré plus facilement, d'être moins toxique et moins coûteux.

L'uréthane est administré par la bouche à la dose d'un gramme trois fois par jour soit comme pilule ayant un entourage entérique et contenant un demi-gramme, soit dans l'eau chloroformée additionnée de sirop d'orange: 1 gramme d'uréthane pour 16 c.c. de solution. Parfois on peut l'administrer par voie intramusculaire ou intraveineuse.

A l'exception des nausées, qui sont assez fréquentes, et quelquefois des vomissements, les effets toxiques sont rares. Il faut tout de même se rappeler que l'uréthane est un agent cytotoxique qui peut causer une hypoplasie de la moelle osseuse. Deux morts ont déjà été signalées. Le traitement doit être suivi de près avec des examens de sang assez fréquents. Cependant, à moins que le taux des globules blancs ne s'abaisse au delà de 10,000, il ne faut pas interrompre le traitement car une récurrence prompte est la règle.

Le succès avec l'uréthane est moins net dans les leucémies lymphoïdes chroniques. Dans la leucémie aiguë, quoiqu'il puisse produire une chute rapide des leucocytes, l'uréthane n'a aucune valeur thérapeutique.

LE GAZ MOUTARDE

Au début de la IIe guerre mondiale, le gaz moutarde fut remis à l'étude. On connaissait déjà depuis la Ie guerre ses effets toxiques sur les organes hématopoïétiques. L'étude au laboratoire démontra que les chlorures du gaz moutarde avaient un effet destructeur sur les cellules qui ont une tendance à proliférer rapidement, surtout les lymphocytes. Il fut tout naturel alors de l'appliquer au cancer du tissu lymphoïde. Chez l'homme le chlorure bis-méthyl-B-chloroéthylamine parut le moins toxique. Le produit s'administre par voie endoveineuse à la dose d'un dixième de milligramme pour chaque kilogramme de poids, répété une fois par jour pendant quatre jours. Le médicament est dissous immédiatement avant l'emploi. On l'injecte directement dans le tube de caoutchouc au cours d'une perfusion rapide de sérum physiologique.

Deux à quatre heures après chaque traitement, les malades sont presque toujours saisis de nausées et parfois de vomissements, ce qui

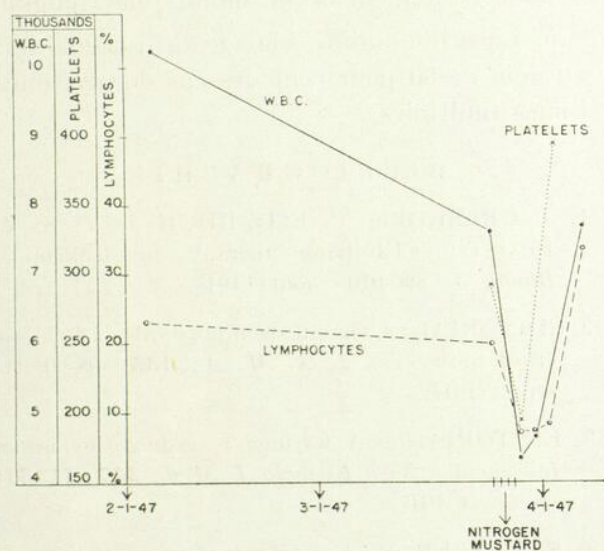


Fig. 4.

peut s'améliorer par l'administration d'un sédatif. Nous injectons en plus 50 c.c. de procaine à deux pour cent dans le sérum physiologique.

Les effets toxiques les plus importants apparaissent dans le sang. Une leucopénie assez marquée est la règle (fig. 4). Elle atteint son

maximum dans deux ou trois semaines. Au début il y a une chute des lymphocytes dans la formule sanguine. Quelques jours plus tard la diminution des granulocytes contribue à la leucopénie. Rarement a-t-on rencontré des états agranulocytaires. Les hématies et l'hémoglobine diminuent de peu. Les plaquettes aussi sont affectées mais rarement au point de produire des hémorragies. L'examen du sang retourne à la normale dans 4 ou 6 semaines. Il ne faut donc pas répéter le traitement trop souvent de crainte d'amener une aplasie totale de la moelle osseuse.

La moutarde à l'azote s'emploie surtout dans la maladie de Hodgkin. Les formes généralisées, avec symptômes systémiques, mais avec état général satisfaisant, constituent l'indication majeure de ce traitement. Haden rapporte que 70 pour cent des malades auront des rémissions assez satisfaisantes. Il ajoute que 90 pour cent des cas auront une amélioration symptomatique. En général, les rémissions ne durent que quelques semaines. Dans les cas de maladie de Hodgkin moins rapidement évolutives, les rémissions peuvent durer six à douze mois.

L'effet de ce médicament sur l'état général est parfois remarquable. La fièvre s'abaisse dans deux ou trois jours, l'appétit revient et l'asthénie disparaît. Le prurit est souvent calmé ainsi que les douleurs osseuses.

Par suite de la désintégration des cellules tumorales, les masses ganglionnaires fondent rapidement. Les œdèmes et les signes de compression disparaissent. Souvent le foie et la rate hypertrophiés disparaissent sous le rebord costal.

Il faut signaler que les résultats ne sont pas toujours aussi brillants. Chaque cas a une tendance évolutive différente à base des divergences anatomiques de cette maladie. Les formes rapidement évolutives répondent moins bien au traitement. Il en est de même avec les rayons X. En effet, la moutarde à l'azote n'est pas supérieure à la radiothérapie. C'est un remède accessoire qui peut être très précieux lorsque les rayons X sont devenus impuissants.

LA STILBAMIDINE

Snapper, en 1946, introduisit la stilbamidine et la pentamidine dans le traitement des myélomes multiples. L'idée lui est venue du fait que les composés du groupe diamidine sont bien connus pour leur efficacité dans le Kala Azar, une maladie qui aussi s'accompagne d'une hyperglobulinémie.

Dans certains cas de myéломatose la douleur est remarquablement affectée par la stilbamidine. Ainsi une malade âgée de 64 ans se présentait à la clinique en septembre 1947. Depuis un an elle souffrait de douleurs lombaires, et l'examen révéla une myéломatose avec fracture de L¹ et L². On lui donna un premier traitement de 1800 mgm. de stilbamidine. Un mois plus tard, elle revint à la clinique se plaignant de douleurs violentes

STILBAMIDINE

Résumé de 194 Cas
Trouvés dans la
Littérature Médicale

Soulagement de la douleur

Complet	24.7%
Modéré	38.7%

Aucun Soulagement 32.9%

Aggravation de la douleur 3.7%

Fig. 5.

dans la hanche droite et la cuisse gauche. On lui donna une nouvelle série de traitements. Un mois plus tard, la douleur avait disparu, le bon état se maintient encore après 18 mois. Elle a pu reprendre son travail après une interruption de 18 mois. Deux mois après la deuxième série, elle présenta des paresthésies dans le domaine du trijumeau des deux côtés. Cette complication du traitement a déjà été signalée par Snapper.

La stilbamidine s'administre par voie intraveineuse à la dose de 150 mg. dans 20 cc. d'eau stérilisée ou par voie intramusculaire dans 5 cc. de procaïne à deux pour cent.

L'injection se fait tous les deux jours pour un total de 4 ou 5 grammes. Pour éviter des réactions assez sérieuses il vaut mieux injecter, dix minutes auparavant, 0.5 cc. d'adrénaline. On conseille un régime pauvre en protéines animales pendant le traitement. Quoique dans un assez grand nombre de cas la douleur soit améliorée (fig. 5), il faut dire que le médicament n'a pas grande influence sur l'évolution naturelle de la maladie. Snapper fit l'observation que les cellules myéломateuses deviennent surchargées de granules d'acide ribonucléique.

Conclusion.

1. L'acide folique n'est pas le médicament de choix dans le traitement de l'anémie pernicieuse.
2. L'aminoptérine peut retarder l'évolution fatale de la leucémie aiguë chez les enfants.
3. L'uréthane produit des rémissions assez satisfaisantes dans la leucémie myéloïde chronique.
4. La moutarde à l'azote s'emploie surtout dans le traitement de la maladie de Hodgkin.
5. La stilbamidine soulage la douleur dans au delà de 60 pour cent des cas de myéломatomes multiples.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. CRESKOFF, T. FITZ-HUGH Jr, et S. W. FROST: «Urethane therapy in leukemia.» *Blood*, 3: 896-910 (août) 1948.
2. EDITORIAL: «The nitrogen mustards (β -chloroethyl amines).» *J. A. M. A.*, 135: 98-99 (13 sept.) 1947.
3. EDITORIAL: «A warning regarding the use of folic acid.» *New England J. Med.*, 237: 713-714 (6 nov.) 1947.
4. S. FARBER et Al: «Temporary remissions in acute leukemia in children produced by folic acid antagonist, 4-aminopteroyl-glutamic acid (Aminopterin).» *New England J. Med.*, 238: 787-793 (3 juin) 1948.
5. L. S. GOODMAN et Al: «Nitrogen mustard therapy.» *J. A. M. A.*, 132: 126-132 (21 sept.) 1946.

6. R. L. HADEN: «Hematology.» *J. A. M. A.*, **136**: 308-310 (31 janv.) 1948.
 7. R. W. HEINLE et A. D. WELCH: «Folic acid in pernicious anemia; failure to prevent neurologic relapse.» *J. A. M. A.*, **133**: 739-741 (15 mars) 1947.
 8. J. S. HIRSCHBOECK et Al: «Effects of urethane in the treatment of leukemia and metastatic malignant tumors.» *J. A. M. A.*, **136**: 90-95 (10 janv.) 1948.
 9. L. O. JACOBSON et Al: «Nitrogen mustard therapy.» *J. A. M. A.*, **132**: 263-271 (5 oct.) 1946.
 10. E. PATERSON, A. HADDOW, I. A. THOMAS et J. M. WATKINSON: «Leukaemia treated with urethane compared with deep x-ray therapy.» *Lancet*, **1**: 677-683 (11 mai) 1946.
 11. C. P. RHOADS: «Nitrogen mustards in the treatment of neoplastic disease.» *J. A. M. A.*, **131**: 656-658 (22 juin) 1946.
 12. Frederick II SARGENT: «Folic acid»: Pteroylglutamic acid and related substances.» *New Eng. J. Med.*, **237**: 667-671 (30 oct.), **237**: 703-707 (6 nov.) 1947.
 13. I. SNAPPER et B. SCHNEID: «On influence of stilbamidine upon myeloma cells.» *Blood*, **1**: 534-536 (nov.) 1946.
 14. I. SNAPPER: «Stilbamidine and pentamidine in multiple myeloma.» *J. A. M. A.*, **133**: 157-161 (18 janv.) 1947.
 15. I. SNAPPER et B. SCHNEID: «The development of basophilic inclusion bodies in myeloma cells after stilbamidine treatment.» *Ann. Int. Med.*, **27**: 541-547 (oct.) 1947.
 16. P. F. WAGLEY: «Neurologic disturbances with folic acid therapy.» *New Eng. J. Med.*, **238**: 11-15 (1 janv.) 1948.
 17. C. H. WATKINS, T. COOPER et H. Z. GIFFIN: «The use of urethane (ethyl carbonate) in the treatment of leukemia. A preliminary report.» *Blood*, **3**: 892-895 (août) 1948.
 18. J. J. WEBSTER: «Urethane in leukemia.» *J. A. M. A.*, **135**: 901-903 (6 déc.) 1947.
 19. M. M. WINTROBE et Al: «Nitrogen mustard as a therapeutic agent for Hodgkin's disease, lymphosarcoma and leukemia.» *Ann. Int. Med.*, **27**: 529-540 (oct.) 1947.
-

DIAGNOSTIC DES HÉMORRAGIES INTESTINALES

Jean BURCKEL (France).

On désigne sous le nom d'hémorragie intestinale tout saignement se produisant dans le segment du tube digestif situé entre le pylore et l'anus.

La valeur séméiologique est considérable; l'intérêt diagnostique est centré sur la découverte de la cause; soulignons déjà que, si le sang provient de l'intestin, la cause de l'hémorragie peut être extra-intestinale.

Plusieurs aspects, très différents, peuvent se trouver réalisés. Nous décrivons successivement: l'hémorragie de grande abondance, l'hémorragie moyenne ou faible et enfin les hémorragies occultes.

L'hémorragie de grande abondance est toujours précédée ou accompagnée de signes en rapport avec la spoliation sanguine: malaise avec état lipothymique, bourdonnements d'oreille, éblouissements; le corps se couvre de sueurs froides, les extrémités se refroidissent. En même temps, on est frappé par la pâleur du sujet, l'accélération du pouls, petit, voire même filiforme, l'abaissement de la T.A.

Dans certains cas, elle est également précédée par des signes locaux: douleurs abdominales, sensation de chaleur.

Plus ou moins rapidement, souvent en quelques minutes, l'hémorragie s'extériorise; il s'agit d'une hémorragie de sang rouge, liquide, ou partiellement coagulé, pur ou mêlé de matières. Parfois, l'issue du sang est retardée et ce n'est qu'après quelques heures que se produit l'émission de sang noirâtre, poisseux, ayant l'aspect de goudron liquide: c'est le melæna. Enfin, l'aspect peut être mixte, sang rouge d'abord, puis noirâtre.

Il importe, en présence d'un tel tableau d'hémorragie grave, d'immobiliser le malade, de prescrire des hémostatiques et de surveiller le pouls, la tension, en se tenant prêt à faire une transfusion, éventuellement.

Une forme spéciale doit être isolée: c'est l'hémorragie foudroyante où la mort survient par anémie suraiguë, avant même que le sang ait pu s'extérioriser.

L'hémorragie de moyenne ou de faible abondance se passe, en règle, de manifestations générales importantes. On peut cependant noter parfois un certain malaise, un peu de pâleur.

Elle peut se présenter sous deux aspects:

Tantôt sang rouge: il faut préciser s'il est émis dans l'intervalle des selles ou encore s'il les précède, les accompagne, les suit. On précisera également s'il s'agit de sang pur ou s'il est mélangé de pus, de mucus (selles mucopurulentes).

Tantôt sang noirâtre: les selles sont alors visqueuses, ressemblant à du goudron liquide, ou mêlées de particules noirâtres ressemblant à de la suie ou à du marc de café. Ces différents aspects de melæna témoignent de la présence de sang modifié par un séjour assez prolongé dans le tube digestif.

Dans les hémorragies occultes par contre, les selles ont un aspect normal et seuls les examens chimiques permettent de reconnaître la présence de sang (réaction de Weber, à la teinture de Gaïac, réaction de Meyer à la phénolphtaléine; réaction de Rolland au pyramidon). Il est indispensable de prendre la précaution de mettre le malade à un régime strictement lacto-végétarien pendant les 3 jours qui précèdent l'examen (ce délai est d'ailleurs insuffisant si le transit intestinal est trop allongé; il faut s'en informer avant d'interpréter les résultats).

Un seul examen ne suffit pas; il est intéressant en effet de préciser si les hémorragies sont continues ou intermittentes.

Le diagnostic différentiel est facile si le sang est rouge.

Éliminer cependant des selles colorées arti-

ficiellement par du carmin, par ex., ou du sang venu des voies génitales.

Il est plus délicat en cas de melæna. Ne pas croire à du melæna en présence de selles colorées par certains médicaments (fer, bismuth), par la bile ou par certains aliments (épinars). Interroger le malade et demander l'aide des réactions chimiques caractéristiques.

Du melæna vrai peut ne pas être d'origine intestinale. S'il est en général facile de reconnaître une hémoptysie ou une épistaxis déglutée, le problème peut être plus délicat en cas de gastrorragie. Certes, la notion d'une hématomèse vient orienter le diagnostic, mais d'une part une hémorragie gastrique peut se traduire par du melæna sans hématomèse, d'autre part un ulcère du duodénum peut entraîner une hématomèse. Les examens clinique et radiologique ont ici un intérêt primordial (en même temps d'ailleurs qu'ils fournissent des arguments pour le diagnostic étiologique).

Le cas particulier de l'hémorragie foudroyante pose enfin un problème médico-légal: celui du diagnostic de la cause d'une mort quasi subite.

Le diagnostic étiologique, dans une première éventualité, est évident, ou se trouve d'emblée orienté par un contexte clinique évocateur.

Après une intervention sur l'intestin, après un traumatisme de l'abdomen, plaie ou contusion, l'hémorragie peut survenir presque immédiatement, ou dans les jours qui suivent. C'est un symptôme important d'atteinte viscérale.

Nous en rapprocherons les hémorragies intestinales après ingestion de caustiques, celles qui sont dues à la présence d'un corps étranger. Le diagnostic en général ne souffre pas de difficulté, sauf dans certains cas spéciaux: enfants, aliénés.

L'hémorragie intestinale peut survenir au cours d'une maladie générale, au même titre que d'autres hémorragies cutanées ou muqueuses:

au cours d'un syndrome hémorragique: ic-tère grave, leucémie, hémophilie, scorbut;

au cours d'un syndrome toxique: intoxication par le mercure, intoxication alimentaire, urémie avérée, brûlures étendues;

au cours de l'asystolie (rare);

au cours de maladies infectieuses: formes hémorragiques de la scarlatine, de la variole, des septicémies; spirochétose ictéro-hémorragiques, fièvre jaune; fièvre typhoïde enfin, qui mérite une place à part, à cause de la fréquence relative de l'hémorragie intestinale, comme complication de cette affection.

Elle peut se manifester au début; elle est en général peu abondante, de pronostic peu grave.

Elle peut se manifester plus tardivement, vers le 2-3e septenaire, c'est le cas le plus fréquent: elle peut alors être grave par son abondance ou sa répétition.

Elle peut enfin être la première manifestation qui attire l'attention sur une forme fruste de fièvre typhoïde, mais, même dans ce cas, la clinique et les examens de laboratoire font la preuve de la dothiéntérie.

L'hémorragie intestinale peut survenir au cours d'un syndrome d'occlusion intestinale: hernie étranglée, volvulus, infarctus mésentérique, invagination intestinale. Elle constitue un symptôme important; nous y reviendrons d'ailleurs lorsque nous envisagerons l'invagination intestinale du nourrisson.

L'hémorragie intestinale peut faire partie d'un syndrome dysentérique avec les douleurs, les épreintes, les ténésmes et l'émission de selles striées de sang. Il peut s'agir: de dysenterie bacillaire, de dysenterie amibienne, de recto-côlite hémorragique cryptogénétique (affection récidivante, à poussées, caractérisée à la rectoscopie dans les formes typiques par une congestion de la muqueuse, des taches ecchymotiques; de plus, le sang perle à la surface de la muqueuse).

Mais il faut savoir que le cancer du rectum peut évoluer sous le masque d'un syndrome dysentérique. Il faut pratiquer un toucher rectal et une rectoscopie.

Nous signalons enfin les cas où l'hémorragie

intestinale vient compliquer une affection déjà diagnostiquée, par exemple un ulcère du duodénum antérieurement reconnu, ou une cirrhose de Laënnec évidente. Le problème à ce moment est plus pronostique que diagnostique.

Dans un deuxième groupe de faits, l'hémorragie intestinale est au premier plan, et son étiologie, loin d'être évidente ou facilement décelable grâce à un riche cortège symptomatique, va réclamer une enquête minutieuse sur les antécédents du malade, un examen clinique complet, et différentes recherches spéciales (radiographies, rectoscopie, etc.). Soulignons à ce propos que, si l'hémorragie a été importante, il faut savoir attendre quelques jours avant de mettre en œuvre certains de ces examens complémentaires.

Notons tout d'abord que l'allure même de l'hémorragie vient souvent orienter le diagnostic, non pas sur la cause elle-même, mais sur le segment intestinal qui a saigné, ce qui circonscrira les recherches.

C'est ainsi qu'une petite hémorragie de sang rouge, non mêlé aux selles, évoque un saignement recto-sigmoïdien.

Un melæna, au contraire, fait penser à une origine haute, le sang digéré ne pouvant provenir que de l'intestin grêle (cependant une petite quantité de sang d'origine colique éliminée tardivement pourrait revêtir l'aspect de melæna).

Une hémorragie abondante de sang rouge, par contre, peut être d'origine basse ou haute. Il est intéressant, dans ce cas, de voir les selles les jours suivants: si elles ont l'aspect melænique, on pensera à un saignement de l'intestin grêle.

Bien entendu, tout ceci n'a qu'une valeur indicatrice; cependant, on pourra ainsi, dans un grand nombre de cas, préciser le segment intestinal qu'il faudra explorer à fond, sans négliger aucun moyen d'investigation.

Dans ces conditions, deux éventualités sont fréquentes.

L'hémorragie est en rapport avec une lésion

basse, recto-sigmoïdienne, donc accessible à l'exploration directe.

Il peut s'agir: de cancer du rectum, à forme proliférante, ulcéreuse, plus rarement infiltrante. Le toucher rectal, qui doit être systématique chez tout malade présentant une affection du tube digestif, peut faire le diagnostic que précisera la rectoscopie; celle-ci permet en outre la biopsie; il peut s'agir aussi d'hémorroïdes banales, dont on voit avec l'anuscope la couronne violacée, parfois bosselée, énorme, pseudo-tumorale. Il faut d'ailleurs se méfier et rechercher systématiquement un petit cancer qui peut se cacher derrière ces lésions si fréquentes. Plus exceptionnellement, on aura à reconnaître par la rectoscopie une polypose rectale, une tumeur villeuse, une rectite tuberculeuse, amibienne, ou une rectite de la maladie de Nicolas Favre.

Il peut s'agir de lésions plus hautes, non accessibles à l'exploration directe. La plus importante, par sa fréquence, est l'ulcère du duodénum. Cliniquement, on y pense si on relève dans les antécédents du malade des douleurs tardives, rythmées par les repas, quotidiennes pendant une certaine période, puis disparaissant jusqu'à la poussée suivante. Mais l'histoire peut être beaucoup moins caractéristique, et les troubles digestifs sont plus banaux. Ils peuvent même manquer complètement, l'hémorragie est le seul symptôme de l'affection.

Dans tous les cas, on ne saurait se passer de la radiographie (radiographies en série). On recherchera sur différents clichés une niche des bords (rare), une niche de face. On sait d'ailleurs que les images caractéristiques peuvent s'effacer à la suite de l'hémorragie. On ne peut alors se prononcer, et il faudra recommencer les clichés ultérieurement, de préférence en période douloureuse (si le malade en présente, bien entendu).

Une autre cause, importante elle aussi, est représentée par le cancer colique. En dehors de l'hémorragie (rarement importante d'ailleurs), on trouvera des signes extrêmement variables: troubles du transit (diarrhée, con-

stipation, crises de subocclusion par exemple), troubles de l'état général, très variable, parfois inexistant. L'hémorragie peut ici encore être le seul signe clinique, c'est d'ailleurs peu fréquent.

Quoi qu'il en soit, la radiographie est indispensable. On recherchera, par lavement baryté, en un point du côlon, gauche, transverse ou droit: un arrêt de la baryte; ou un rétrécissement irrégulier, ou une image lacunaire, qui doivent être retrouvés sur plusieurs clichés.

Parfois la radiographie après lavement baryté ordinaire ne suffit pas, et il faut recourir aux clichés après imprégnation avec des solutions colloïdales, clichés qui pourront montrer en un point la perte de la bordure de sécurité.

D'autres causes sont plus rares: polypose colique; tuberculose intestinale; poussée aiguë d'amibiase jusque là latente; côlites chroniques d'origine diverses; ulcère simple du côlon; lésions de l'intestin grêle, exceptionnelles: polypes, angiomes (Brulé et Hillemand), carcinome.

Le diagnostic de ces causes rares est en règle très difficile. Il est des cas où il a pu n'être précisé qu'à l'intervention.

Tout à fait à part, nous décrirons les *hémorragies intestinales liées à une parasitose*. Il s'agit d'hémorragies petites, microscopiques, mais qui peuvent entraîner par leur répétition un état d'anémie intense. C'est la recherche des œufs de parasite dans les selles qui permettra le diagnostic (ankylostome, trichocéphale).

Il nous reste à envisager les *causes extra-intestinales*. Nous ne reviendrons pas sur les hémorragies intestinales qui peuvent survenir au cours d'une cirrhose avérée. Leur diagnostic est évident. Le seul problème revient à s'efforcer d'en préciser le mécanisme.

On recherchera des modifications de la crasse sanguine (temps de saignement, de coagulation); on recherchera des signes de fragilité capillaire (signe du lacet); on fera doser la prothrombine pour déceler un déficit possible

en vitamine K; parfois il y aura pyléphlébite au cours d'une cirrhose: fièvre, douleurs, poussée d'ascite coïncidant avec hémorragies souvent abondantes et répétées.

Par contre, nous insisterons sur les *hémorragies intestinales liées à une atteinte hépatique encore discrète*. Le cas le plus fréquent est celui d'une cirrhose au début, à la phase pré-ascitique. On recherchera d'autres signes témoignant de troubles du fonctionnement hépatique: anorexie, alternatives de constipation et de diarrhée, subictère des conjonctives, petites épistaxis, gingivorragies.

Le foie est souvent un peu gros, quelle que soit la forme sous laquelle la cirrhose pourra évoluer ultérieurement. Parfois, il existe un certain degré de circulation collatérale, des hémorroïdes d'apparition récente, une augmentation du volume de la rate. On cherche systématiquement sur le malade en position genupectorale s'il n'existe pas une légère lame d'ascite, qui serait masquée en décubitus dorsal par le météorisme.

Les antécédents et les stigmates d'éthylisme enfin pourront venir apporter un argument supplémentaire encore qu'inconstant et non décisif en faveur du diagnostic de cirrhose encore compensée. On fera en tout cas un bilan des fonctions hépatiques par les différents examens de laboratoire (galactosurie provoquée, rose bengale, etc...).

Il est beaucoup plus rare que l'hémorragie intestinale puisse être attribuée à une syphilis hépatique, à une tuberculose hépatique (exceptionnelle), à un "foie cardiaque".

Il est bien souvent difficile d'incriminer avec certitude l'origine splénique d'une hémorragie intestinale, si l'on excepte les cas de splénomégalies considérables. Car, si la splénomégalie constitue le meilleur argument en faveur de l'origine splénique d'une hémorragie inexplicable par ailleurs — encore qu'on ait pu parfois parler de splénopathies sans splénomégalie — il n'est pas rare que le volume de la rate diminue après l'hémorragie. Il faudra donc revoir le malade ultérieurement, si les premiers examens ne sont pas démonstratifs.

Encore reste-t-il à essayer de préciser l'étiologie de la splénomégalie, qui peut être infectieuse, parasitaire, tumorale. Il peut aussi s'agir d'une splénopathie par surcharge, ou encore d'une maladie de Banti. C'est là un point très délicat. Le problème essentiel (au point de vue du malade, ce qui est bien le principal), ce sont les indications thérapeutiques. La question de la splénectomie se pose et l'accord n'est pas fait de façon définitive sur les indications et contre-indications de cette intervention; on peut distinguer:

La splénomégalie thrombo-phlébitique, où la splénectomie est contre-indiquée (Chabrol et la majorité des auteurs), mais Milhit et Lamy n'admettent pas cette contre-indication.

Les splénomégalias sans atteinte de la veine porte ni de ses branches, où la splénectomie est susceptible de donner de bons résultats (pas toujours, car des récidives d'hémorragie sont possibles: F essinger, Cheva'lier).

Nous signalerons enfin que l'hémorragie intestinale pourrait être due à l'hypertension artérielle, à l'artério-sclérose; n'invoquer ces causes qu'après avoir éliminé toute autre étiologie, et surveiller le malade pour modifier éventuellement ce diagnostic.

Pour terminer, nous mettrons l'accent sur une notion capitale: il n'est pas toujours possible de trouver la cause d'une hémorragie intestinale. Un certain nombre d'entre elles restent inexplicables, toutes les investigations étant négatives. Parfois le mystère se trouve élucidé ultérieurement par l'apparition de signes nouveaux, mais il n'est pas rare qu'il reste entier de façon définitive.

Chez l'enfant et le nourrisson, on aura, comme chez l'adulte, à incriminer selon les cas un traumatisme, une intoxication, une infection, une tumeur, une ulcération digestive, une cause hépato-splénique. Certaines causes sont plus fréquentes que chez l'adulte.

Invagination intestinale aiguë, dont l'hémorragie est un signe majeur, puisqu'on a pu

dire que l'association de symptômes d'occlusion avec une émission de sang par l'anus signifiait invagination "avec la rigueur d'une équation algébrique".

On se trouvera en présence, dans certains cas, de purpura abdominal; ulcère du diverticule de Meckel.

Les hémorragies de cause inconnue sont loin d'être rares. Chez le nouveau-né, on peut observer des hémorragies gastro-intestinales, d'origine obscure souvent. Après s'être assuré qu'il s'agit bien d'une hémorragie et non pas de la déglutition de sang provenant d'une crevasse du mamelon de la nourrice, on pourra parfois incriminer un traumatisme obstétrical, une infection, une syphilis congénitale. Récemment, enfin, on a signalé le rôle que jouait l'hypothrombinisme dans la genèse de certaines de ces hémorragies.

L'établissement du pronostic, en présence d'un malade qui a présenté une ou plusieurs hémorragies intestinales, est souvent difficile; il dépend en effet de la cause de l'hémorragie, et des moyens d'action que l'on peut diriger contre elle. Or, nous avons vu combien le diagnostic étiologique peut être délicat, ainsi que le choix d'une thérapeutique. Nous ne pouvons donc envisager ici que le pronostic du symptôme lui-même: il dépend de l'abondance de l'hémorragie, certaines pouvant mettre immédiatement la vie du malade en danger, voire même entraîner une mort foudroyante; il dépend de la répétition de l'hémorragie, bien difficile à prévoir. Indiquons à ce propos que des hémorragies petites, microscopiques même, répétées, peuvent entraîner un état d'anémie très grave.

Dans l'ensemble, il est indispensable de suivre attentivement de tels malades (pouls, T.A., numérations globulaires) et parfois de savoir différer la mise en œuvre de certains examens jusqu'à ce que le risque de récurrence de l'hémorragie soit réduit au minimum.

ANESTHÉSIE, ANALGÉSIE, AMNÉSIE EN OBSTÉTRIQUE¹

Jacques GAGNON,

Hôpital Général de la Miséricorde (Montréal).

A l'occasion de cette 4e journée médicale de l'Association Médicale du District de Valleyfield, votre président m'a demandé de vous résumer les différents procédés d'analgésie et d'anesthésie employés en obstétrique, particulièrement les plus récents, vous en exposant les avantages et les désavantages, et accentuant sur les plus aptes à vous rendre service suivant que le travail est exécuté à domicile, à la campagne ou à l'hôpital.

Comme vous le constatez, le chapitre est vaste, trop vaste pour une étude approfondie. Nous passerons donc rapidement sur les techniques les plus désuètes.

Tout d'abord, posons un principe général: tout médicament calmant est bon, qu'il soit opiacé, barbiturique ou autre, qu'il soit d'action centrale ou régionale, à la condition qu'il soit utilisé à bon escient, i. e. 1) à la dose exacte pour l'effet désiré et connu, 2) en relation avec les susceptibilités personnelles de la patiente et 3) au moment propice.

Tel le verre de scotch, à même dose chez 3 personnes, produira autant d'effets contraires et parfois indésirés autant qu'inattendus.

L'anesthésie et l'analgésie en obstétrique ont connu 3 périodes évolutives.

La première, où on ne faisait rien et où on laissait faire. Certaines contrées non civilisées et même civilisées en sont encore à ce stade. Elle comprend les débuts de la civilisation et l'âge des sages-femmes, où les positions obstétricales variaient suivant les tribus et les croyances: debout bras élevés et attachés, ou suspendues sous les aisselles avec traction sur l'abdomen pour chasser les mauvais esprits, ou agenouillées, une aide debout sur les épaules, se servant de son poids pour accentuer la contraction utérine et accélérer d'autant l'expulsion du fœtus.

En somme, négligeant la douleur, le problème se résumait à la force nécessaire en vue de l'expulsion.

La deuxième période se situe après 1847, où le chloroforme puis l'éther vinrent adoucir la période terminale des douleurs expulsives. Les recherches se poursuivent encore dans ce domaine, bien que plusieurs méthodes soient aujourd'hui bien au point, tels la caudale, le bloc périméal, la rachianesthésie et l'anesthésie générale au cyclopropane ou au protoxyde d'azote.

La troisième période, qui chevauche la précédente, comporte l'expérimentation, durant la période de dilatation préparatoire à l'expulsion, au moyen des opiacés, des barbituriques, des sédatifs synthétiques, enfin des associations médicamenteuses calmantes et synergiques.

Hélas! la panacée n'est pas encore trouvée. Le médicament qui agira, du début à la fin du travail, qui satisfera toutes les données de la physiologie et plaira à toutes les formules sociales: maman, belle-maman, belles-sœurs, cousines, etc., n'est pas encore trouvé. Trop de facteurs entrent en ligne de compte.

Il y a *la parturiente*: son état général, sa pathologie, son âge, sa parité, ses habitudes de vie, son ambiance éducationnelle.

Le mobile: le fœtus, sa grosseur, sa conformation, sa position, sa présentation, etc.

Le passage: d'abord osseux, le bassin, détroit supérieur, moyen et inférieur, le promontoire, les ischions, le sacrum, etc., puis les parties molles, le vagin, la vulve, le périnée.

La contraction utérine: sa fréquence, son intensité douloureuse, etc.

Enfin *le milieu*: hôpital ou domicile, à la ville ou à la campagne, l'entourage des mères et des belles-mères, etc. Autant de facteurs qui vous donneront la gamme des accouchements les plus normaux et faciles aux plus compliqués et dystociques.

1. Communication à la 4ème Journée médicale de l'Association Médicale du District de Valleyfield, 29 septembre 1948.

Deux principes ne doivent jamais être oubliés. D'abord l'examen complet de chaque cas: sa classification et sa compréhension. En deuxième lieu, la primipare demande à son accoucheur un contrôle de sa contraction trop forte, tandis que la multipare lui réclame un stimulant. La secundipare craint et veut les deux.

Souvenons-nous de cette phrase: « Calmez la primipare, ménagez la secundipare, stimulez la multipare. » Le succès est déjà plus près de vous.

Ceci posé, passons en revue les différents médicaments à notre portée.

A. — LES ANESTHÉSIIQUES: tous utilisés habituellement à la période d'expulsion.

1) *Les volatils.* Chloroforme, éther, chlorure d'éthyle. Ils restent les anesthésiques de choix à domicile et même à l'hôpital pour la majorité des cas normaux. Une mixture comprenant $\frac{1}{4}$ de chloroforme et $\frac{3}{4}$ d'éther est à mon avis la formule idéale et la moins toxique.

2) *Les gazeux.* Le cyclopropane, utilisé surtout à l'hôpital durant les longues interventions. Le protoxyde d'azote, pour sa part, rend la contraction utérine indolore sans l'enrayer; il est surtout utile à grande paume, il ne donne pas de résolution musculaire, et reste délicat à manipuler à l'expulsion puisqu'il n'arrête ni ne ralentit la contraction. Ce gaz est donc utilisé à titre d'analgésique durant la dernière période de dilatation.

3) *Les locaux.* La caudale, à l'hôpital seulement. Dangereuse à domicile, à cause du danger de contamination et de shock. S'emploie durant les périodes de dilatation et d'expulsion. Méthode de choix quand elle va bien. Difficile d'application en dehors des centres hospitaliers, où il y a absence de personnel entraîné. Pourcentage de réussite d'environ 30% dont 1 à 2% d'accidents: incontinence urinaire, paralysie temporaire et parfois permanente des membres inférieurs, infiltration et infection des tissus mous recouvrant le sacrum, et quelques mortalités. De moins en moins utilisée même aux États-Unis, sauf pour des cas bien particuliers.

La rachianesthésie, utilisée à l'expulsion seulement dans les centres hospitaliers. Plus en faveur actuellement que la caudale.

Le bloc périméal, de plus en plus employé. Il requiert une technique simple. Il est très utile chez les cardiaques et en général chez les patientes qui ne peuvent supporter l'anesthésie par inhalation. Il consiste en une anesthésie locale du périnée, du pourtour de l'anus, des grandes lèvres, et du plancher du vagin. Une bonne anesthésie requiert environ 50 cc. de novocaïne ou autre produit similaire: procaïne, métycaïne, et permet en général l'application du forceps, l'épisiotomie et la reprise du périnée sans autre adjuvant par inhalation.

B) LES ANALGÉSIIQUES pour leur part sont ordinairement employés durant la période de dilatation du col utérin.

A retenir 2 grandes classes:

Les hypnotiques. Tous de la grande famille des barbituriques. Que ce soit phénobarbital, Amytal, pentobarbital, Séconal ou Nembutal. Ils diffèrent les uns des autres par leur durée d'action.

Les narcotiques. Comprenant la morphine, les médicaments du groupe de la belladone, tels la scopolamine, l'hyoscyamine et l'atropine, enfin les dérivés et les succédanés synthétiques, tels le Demerol.

Les barbituriques. Tous ils ont été utilisés et classifiés: Séconal, Nembutal, phénobarbital, etc. Les formules se rapprochent; les différents radicaux sont responsables des durées d'action et des intensités calmantes. Administrés « per os », ils possèdent tous les mêmes défauts: absorption inégale et incertaine selon les estomacs, danger de vomissement de la part de la patiente. Administrés par le rectum en capsule ou en lavement, l'absorption est plus régulière, plus complète, mais reste sujette aux susceptibilités de chacune.

Le Pentothal par exemple, dérivé du Nembutal par le remplacement d'un radical OH par un radical sufurique, nous a donné des résultats très encourageants. Il est rapide d'action et d'élimination, sans danger pour la mère et l'enfant. Le pourcentage de réussite parfaite se rapproche de 70%; analgésie et

anesthésie partielle, environ 15%, absence d'analgésie 15%. Tous les cas cependant évoluent rapidement et en général le travail se termine dans les quelques heures qui suivent son administration.

A connaître cependant, la technique de préparation et d'administration, le temps propice de son application et la dose exacte. Ces détails sont compilés dans un texte déjà paru dans *L'Union Médicale* de juillet 1945 et février 1946. Je vous y réfère.

A l'Hôpital Général de la Miséricorde, où les travaux ont été exécutés, le Pentothal par la voie rectale est devenu la technique de routine, chez 90% des primipares et près de 50% des multipares.

Aux Etats-Unis, le Pentothal est utilisé aussi par la voie rectale, à une dose double de la nôtre, i.e. 2 ctgr. par livre de poids de la patiente. C'est la dose chirurgicale. Nos voisins recherchent l'anesthésie, la disparition complète de la douleur: nous, nous recherchons l'analgésie, i.e. une douleur éteinte, diminuée, laissant à la nature sa part du travail.

Depuis quelque temps, pour plus de succès, nous faisons l'association du Pentothal avec le Demerol et parfois avec la scopolamine, que nous administrons, soit avant le Pentothal, lorsque le col n'est pas suffisamment effacé comme dans les positions postérieures gauche ou droite, soit après le Pentothal lorsque celui-ci a été administré trop tôt ou que l'effet attendu ne se réalise pas.

Enfin le Somnifène i.v., méthode de choix chez les éclampsiques, lorsque le gluconate de calcium i.v. à hautes doses n'enraie pas les crises. Il doit être utilisé avec prudence à cause de la cyanose fréquente du bébé. Il va s'en dire, c'est la technique qui procure infailliblement 100% d'analgésie et d'anesthésie chez la parturiente.

Les opiacés et les calmants synthétiques:

La morphine reste encore le médicament de choix pour les cas rébarbatifs. Administrée loin de l'expulsion, elle demeure le plus puissant réducteur des anneaux de contractions tenaces, anneaux de Bandl ou du col. Près de

l'expulsion, elle est responsable de la dépression respiratoire des bébés.

La Spasmalgine et le sédol sont des associations possédant la morphine et sont soumis aux mêmes remarques.

Le Demerol, produit synthétique de même formule et de même indication que la morphine, est aujourd'hui le plus employé à l'hôpital et à domicile. Il remplace avec succès la morphine, étant un moindre dépresseur de la respiration du bébé. Il est cependant et très souvent impuissant lorsque utilisé seul. C'est pourquoi en général il est associé à un autre produit, soit analgésique, soit amnésique.

La scopolamine est en général utilisée à titre d'amnésique seulement. La dose habituelle est de 1/150 de grain. Associée à la morphine, la scopolamine à dose répétée a donné naissance en 1902 à une technique allemande préconisée par Steinbuchel et Gratz et appelée « twilight sleep ». Plus tard, en 1906 et en 1914, nos voisins des Etats-Unis présentèrent plusieurs rapports favorables de cette application. Malgré toutes les nouveautés en analgésie, cette méthode est encore très à l'honneur aux Etats-Unis. On y a simplement substitué le Demerol à la morphine.

Le Parturiol, produit français, développé durant la récente guerre, possède un analgésique, la codéine, un stimulant de la contraction utérine, la spartéine, et un amnésique, la scopolamine. Il a connu beaucoup de succès en France, où on débute dans l'ère des analgésiques. N'a pas cependant donné ici les résultats vantés, parce que nous étions habitués à des doses analgésiques plus effectives. En général, il donne 50% de réussite. Il possède cependant cet avantage d'être un complexe calmant de la douleur, stimulant de la contraction utérine et un amnésique général. A ce point de vue il fait un pas sur les associations que, nous, nous réalisons avec des médicaments différents et en plusieurs injections. Une fois la dose corrigée, la dernière retouche donnée, il ouvrira davantage les horizons de la physiologie et des besoins de l'obstétrique.

Dernièrement, nous arrivait des Etats-Unis un nouveau médicament de provenance allemande, qui remplacerait, croit-on, la morphine et même le Demerol. Ces derniers donnent de l'accoutumance à des degrés différents. Ce nouveau médicament, qui porte actuellement un numéro, serait bientôt en vente libre, sitôt que les essais cliniques et de laboratoires seront terminés.

Actuellement et de façon générale nous utilisons des associations médicamenteuses suivant les cas, activant ou ralentissant la contraction utérine, en accentuant ou en amoindrissant son intensité. Il incombe au médecin de diriger ce travail; chacun des cas se ressemble à certains points de vue, cependant qu'il diffère en de nombreux détails. La monotonie des cas est ainsi brisée.

Parmi ces associations médicamenteuses, mentionnons: le Demerol et la scopolamine; le Demerol et le Pentothal rectal; le Demerol et le Somnifène; le Demerol et le Parturiol. On voit que le Demerol reste le calmant de base, auquel on ajoute soit un analgésique ou un anesthésique ou un amnésique. Les résultats sont partout satisfaisants.

Quelle que soit donc la méthode employée, l'important est d'établir, en ce qui regarde les centres hospitaliers, une méthode de routine qui devient plus efficace et plus sûre à mesure que le personnel devient plus entraîné. Il faut cependant connaître toutes les autres méthodes et savoir s'en servir au besoin.

A ce nombre imposant de médicaments qui composent aujourd'hui l'arsenal thérapeutique de l'accoucheur, il reste une classe, qui

est hélas! parfois trop ignorée et qui était autrefois la seule arme effective de nos prédécesseurs.

Les anti-spasmodiques, tels l'adrénaline, la trasantine et le plus puissant de tous, le sulfate de magnésie. Les vieux accoucheurs les connaissent; les plus jeunes l'ignorent trop souvent. Etes-vous en face d'un cas récalcitrant où la dilatation ne procède plus, où la contraction, malgré les calmants et les associations analgésiques, ne cède pas: en général les cas de concentration d'anneau du corps utérin (anneau de Bandl) ou du col, donnez 4 cc. de sulfate de magnésie à 50% et $\frac{1}{4}$ de grain de morphine, arrêtez tout travail, laissez reposer votre malade. Une heure ou 2 après, la dilatation est habituellement complète, l'expulsion se produit spontanément. Malgré leur antiquité, ces médicaments ne sont pas à oublier.

J'ai ébauché devant vous le grand chapitre des anesthésiques et des analgésiques en obstétrique. Le choix est aujourd'hui vaste et toutes les méthodes sont bonnes. Choisissez et utilisez-les à bon escient.

Laissez aux hôpitaux les méthodes plus compliquées, vous réservant, pour vos accouchements à domicile, les méthodes plus simples, telles que:

- Demerol et scopolamine
- Demerol et Parturiol
- Demerol et sulfate de magnésie
- Demerol et Pentothal rectal.

Avec tant d'armes, il ne me reste plus qu'à vous souhaiter des accouchements faciles et reposants.

LE DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE¹

P.-E. JULIEN (Shawinigan-les-Chutes).

Le but de ce travail n'est pas de vous dire ce qu'est le décollement de la rétine et pas davantage de vous apprendre comment on en fait le diagnostic. Je ne viens pas non plus discuter devant vous du problème des déchirures et de leurs relations avec la pathogénie de cette maladie. Car, si en 1938 Redslob pouvait écrire que plus de 600 travaux avaient été publiés sur ce sujet sans vider la question, vous pensez que dix ans plus tard il serait téméraire de ma part de solutionner ce problème.

Je voudrais plutôt contribuer à faire disparaître, chez nous, le mythe de l'invulnérabilité du décollement de la rétine. Et, si après cette causerie vous pouviez envisager comme possible la cure de cette terrible maladie, j'en serais très satisfait.

C'est dans le service du docteur Bailliart, aux « Quinze-Vingts », sous la direction de Madame Schiff que j'ai pu étudier cette question. En 1934, j'assistai au traitement complet de plus de vingt cas; cinq ans plus tard j'en fis autant, pour en traiter ensuite personnellement plus de quinze. Vous concevez dès lors mon optimisme, et c'est dans cet état d'esprit que je pose, comme condition première de réussite, la conviction que vous pouvez guérir, lorsqu'il se présente à la consultation, le malade porteur d'un décollement de la rétine.

Nous parlerons donc successivement:

1. — De la localisation du décollement.
2. — Du repérage des déchirures et de leur appréciation.
3. — De l'intervention.
4. — Du pronostic.

1. — LOCALISATION DU DÉCOLLEMENT.

Le malade qui porte depuis sa première visite des lunettes sténopéiques est d'abord atropinisé, et c'est dans cet œil dilaté qu'il

faudra localiser la poche rétinienne. Facile à voir, sa délimitation exacte est toujours délicate. Il faut distinguer de suite: 1) le décollement traumatique; 2) le décollement secondaire à une tumeur du voisinage, grossesse, allergie, etc.; enfin 3) le décollement idiopathique: celui qui nous intéresse. D'où première déduction; transillumination du globe chaque fois que vous êtes en présence d'une poche saillante de la rétine.

L'usage du miroir plan nous renseigne parfaitement sur le site du décollement et nous donne une idée assez juste de son étendue. Mais c'est ici le triomphe de l'ophtalmoscope. Par lui nous pouvons apprécier: l'étendue exacte d'un méridien à l'autre; la distance du limbe; la mobilité et les circonvolutions de la rétine, par ailleurs sa surface lisse et sans rides; enfin les brides et surtout la motilité du décollement, à savoir s'il a émigré ou est en voie de le faire. Le champ visuel sera toujours le dernier acte de ce temps important, car lui seul nous permet de juger objectivement de l'étendue du trouble rétinien et en certain cas servira à déceler un mince décollement à son début, imperceptible à l'ophtalmoscope.

En résumé: port de lunettes de Lindner, atropinisation, transillumination, usage du miroir plan, examen direct et champ visuel.

2. — REPÉRAGE DES DÉCHIRURES.

Ici vous préparez le succès ou l'insuccès de l'intervention. Et, même si on a pu prouver histologiquement que certains cas de décollement existaient sans déchirure, au point de vue pratique il faut ignorer cette assertion et se mettre à l'œuvre avec la certitude que les déchirures existent. Ce qui devient, pour les chercheurs avides, un véritable marathon. Qu'il faille un, deux ou trois jours, ne vous laissez pas de faire des dessins chaque jour, que vous comparerez ensuite pour votre édification personnelle et le profit du malade. Les

1. Communication à la Société Canadienne d'Ophtalmo-oto-laryngologie au XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

schémas Amsler-Dubois rendent le travail très aisé.

Où trouver les déchirures? Dans le centre de la poche, dans les replis muqueux, et parfois tout à l'ora quand il s'agit d'une désinsertion complète. En certains cas une ponction en plein centre du décollement sera nécessaire pour l'apercevoir. Enfin, il faudra pratiquer soi-même et faire pratiquer au patient une véritable acrobatie de l'œil pour pouvoir examiner dans tous ses recoins la rétine malade, toujours convaincu qu'il ne vaut pas la peine d'intervenir si on n'est pas fixé d'abordsur ce point. C'est la clef du succès.

Quant à la valeur pronostique de la déchirure, vous concevez facilement que si ses bords sont nets, sans lambeaux, ou encore s'il s'agit d'une désinsertion complète, fût-elle large, le pronostic est supérieur de beaucoup à celui d'une large déchirure avec rebord replié ou dégénéré et pis encore s'il s'agit de déchirures multiples, indice toujours certain d'un tissu rétinien pauvre.

3. — INTERVENTION.

Les premiers travaux datent de 1906 et ont été exécutés par Gonin, professeur de Lausanne. En 1920 il signale pour la première fois l'importance de la déchirure qu'il s'applique à fermer avec un galvano-cautère, type Paquelin. Devant les délabrement causés: hémorragie du vitré, cicatrice large amenant la déformation du globe et surtout l'impossibilité de retouche, ce procédé fut abandonné.

A cette époque il faut mentionner les travaux de Guist et Lindner, de Vienne, qui doivent être considérés comme des étapes dans l'acheminement de la mise au point du procédé actuel.

Vers 1932, le professeur Weve, d'Utrecht, eut le grand mérite de mettre au point une nouvelle technique d'oblitération de la déchirure par la diathermo-coagulation. La supériorité de cette technique ne réside pas tant dans l'emploi de la diathermie que dans la possibilité qu'elle a de suivre à chaque instant, avec l'ophtalmoscope, la localisation des fonctions

par rapport à la déchirure et ainsi d'en faire une intervention méthodique, et en quelque sorte à ciel ouvert. Ce qui d'ailleurs avait déjà fait dire à Amsler que pour Gonin l'instrument le plus important n'était pas le Paquelin mais l'ophtalmoscope.

De plus, cette nouvelle méthode, moins brutale, diminue les risques d'hémorragie, détermine les cicatrices plus petites et partant élimine les rétractions cicatricielles mentionnées plus haut; mais surtout, et c'est peut-être son plus grand mérite, elle permet les reprises opératoires aussi souvent que nécessaire. Cette technique que tous peuvent lire en détail dans les traités d'ophtalmologie se pratique sous anesthésie locale et peut se résumer comme suit: (a) mise à nu de la sclérotique; (b) repérage à l'aide des dessins du méridien et de la distance du limbe, où faire la première ponction; (c) électro-coagulation au point de repère avec une électrode simple et dessinée à cette fin. J'ajouterai qu'il faut un certain entraînement pour empêcher une évacuation trop abondante du liquide sous-rétinien et éviter tout particulièrement de perforer les veines verticilleuses; (d) dès la première ponction, vérification à l'aide de l'ophtalmoscope de la portée de votre première charge et au besoin rectifier le tir; (e) une fois fixé, vous continuez les ponctions nécessaires à l'encerclement de la déchirure ou au barrage arrière de la désinsertion.

Quelle force de courant employer? Weve dit lui-même: « Il n'y a qu'un moyen de doser le courant et ce moyen est biologique, c'est d'observer l'effet du contact à l'aide de l'ophtalmoscope. » Et dans l'occurrence vous reconnaîtrez un cercle pâle avec un point noir au centre.

Soins postopératoires: le malade reste couché dans la position qui favorise davantage la réapplication de la déchirure. Un pansement binoculaire est maintenu pendant cinq jours durant lesquels l'atropinisation de l'œil opéré est continuée tous les jours. Après ce temps l'œil sain est découvert, mais ne peut

voir qu'à travers la lunette sténopéique. Huit jours plus tard l'œil opéré est libéré de son pansement et on peut faire le premier examen du fond d'œil; le malade peut s'asseoir dans son lit, mais sa vision est restreinte pour les deux yeux aux seules ouvertures des lunettes de Lindner.

Levé vers le douzième jour, le malade reçoit son congé, mais devra rester au repos pour au moins deux mois. Toujours soumis au port des mêmes lunettes pendant ce temps.

Le champ visuel de contrôle pourra être fait quelques semaines après la sortie de l'hôpital.

Le danger de cette intervention réside surtout dans l'hémorragie du vitré. Mais, à la suite d'un auteur qui pouvait écrire que jamais il n'avait vu d'hémorragie non résorbée complètement, je puis ajouter qu'un malade opéré en août 1947 constitue aujourd'hui une preuve convaincante pour le plus pessimiste. (Observation 2)

4. — PRONOSTIC.

Weve parle de 92% de guérison dans les cas frais. Vous réalisez de suite la distinction qui s'impose quant aux cas à opérer: les cas frais, les cas anciens.

Dans les premiers — datant d'un ou deux mois — il semble qu'il n'y ait aucune raison d'insuccès pour quelqu'un de familier avec la technique opératoire.

Dans les cas anciens — de six mois et plus — il faut compter avec l'âge du malade et l'état de ses tissus. Il faut considérer aussi l'âge du décollement, la qualité et la quantité des déchirures, le type de l'œil à opérer (myope ou non, aphaque ou normal), l'existence de brides, etc. Tous autant d'éléments susceptibles de modifier le pronostic.

En résumé, suivant en cela l'opinion d'Aruga, il faut se préoccuper très sérieusement de l'état général — endocrinien, rénal, vasculaire — de son patient. Car, s'il existe une déficience qui puisse produire un jour ou l'autre un décollement de la rétine, il est élémentaire que ce désordre soit l'objet d'un traitement pré et surtout postopératoire si on veut maintenir bons les résultats obtenus.

LA CARIE DENTAIRE

Les facteurs qui contribuent à la produire et leur "interaction".

H. CHARETTE, D.D.S.,

Chirurgien-dentiste au Service de la Santé de la Cité de Montréal.

En abordant cette étude, il faut d'abord convenir que toute la question de la carie dentaire est encore là devant nous, presque en son entier.

Depuis plus de soixante ans, l'étude du problème a progressé lentement. Dans l'état actuel de nos connaissances, assez peu de données positives nous permettent d'entrevoir une solution prochaine tant au point de vue théorique que pratique.

Le cas est en tous points semblable à celui de bien d'autres maladies, que la science médicale n'a pas encore mâtées.

THÉORIES SUR LA CARIE.

Après de très laborieuses recherches, guidé, sans doute, par les grandes découvertes de cette époque, Miller, vers 1880, énonça sa fameuse théorie de la relation directe entre les propriétés acidifiantes des bactéries de la bouche et le processus de la carie.

Certains auteurs ont appuyé, par leurs recherches subséquentes, le bien-fondé de cette hypothèse. Mais, d'autres chercheurs ont infirmé la valeur de ces conclusions en observant des faits sur lesquels ils ont édifié des théories différentes.

Acidogénèse.

Miller (1) avait déjà énoncé que la carie dentaire était une décalcification de l'émail et de la dentine par l'acide, produit de fermentation des amidons et des sucres, en présence de certains micro-organismes.

Goadby (2), dans une étude sur la flore buccale, où il note déjà des bactéries de genres différents, place au premier rang les espèces acidogènes. Elles sont, dit-il, dans tous les cas,

les initiatrices du processus de la carie.

A cette école, répondit une autre présentant la théorie de la carie par protéolyse.

Protéolyse.

Bernhard Gottlieb (3) a exprimé l'opinion que la carie dentaire est une dégradation de la substance protéique de l'émail s'étendant en profondeur. L'envahissement de la trame organique qui se nécrose par la suite constitue le processus de la carie.

Harry Frisbie (4) écrit encore que la carie est essentiellement une dégradation de la matière organique du tissu de l'émail par des bactéries genre cocci bien plus qu'une simple décalcification par acide avec destruction des sels organiques de l'émail.

Par des méthodes histologiques, il a démontré la présence de bactéries sphéroïdes dans la matière organique de l'émail.

FACTEURS GÉNÉRAUX

De nombreux facteurs généraux peuvent intervenir au cours du processus de la carie dentaire.

Actuellement, les faits cliniques sont trop peu consistants pour nous permettre d'établir des relations certaines. Les recherches en ces matières n'en sont encore qu'à leur début. Rien encore ne justifierait la moindre élaboration de principe, si élémentaire fût-elle.

Cependant, il faut noter certaines causes prédisposantes très importantes. C'est de la période de la formation de la dent que dépendra la valeur réelle de cet organe.

Depuis l'instant où se différencient les cellules adamantoblastes et odontoblastes qui élaborent leurs tissus propres, jusqu'au mo-

ment de la formation complète de l'émail, c'est-à-dire jusqu'à l'éruption de la dent, se confectionne la qualité d'émail, la valeur des dents que nous aurons en bouche.

Le degré de perfection de l'émail détermine la résistance que la dent offrira plus tard aux divers facteurs locaux que nous verrons tantôt.

Nutrition.

Puisque la diète doit procurer à l'organisme tous les éléments de vie nécessaires, on imagine que les dents doivent en subir les effets bons ou mauvais. Il est même permis de croire que, si nous connaissions et appliquions les principes d'une alimentation naturelle parfaite, le problème de la carie dentaire n'existerait peut-être pas. L'exemple des Eskimos et de quelques autres peuplades primitives semble prouver que la carie dentaire est la rançon d'une alimentation déséquilibrée que notre civilisation a imposée.

On connaît aujourd'hui l'influence des facteurs vitaminiques sur la formation des tissus de la dent. Toutes les vitamines sont des facteurs de croissance, la vitamine A en particulier.

Une carence en vitamine C (5) chez les animaux cause la dégénérescence de la pulpe et de la dentine, et Howe lui aurait attribué un effet marqué sur la décalcification de l'émail.

On a démontré que la vitamine D influence la formation de la dent, rend celle-ci moins résistante à la carie.

Son rôle à l'endroit du calcium et du phosphore ajoute encore à son importance. Ces sels minéraux, puisque nous avons affaire dans l'émail à un phosphate tricalcique, sont également indispensables. Et c'est la vitamine D qui est l'agent régulateur de ces éléments dans l'organisme. On voit combien calcium et phosphore et vitamine D sont précieux. Sitôt, donc, que le métabolisme est faussé, on peut présumer le degré d'hypoplasie dont la dent sera marquée. Le tissu dentaire en évolution peut être le siège de troubles provenant d'une ca-

rence en vitamine D, tout comme le tissu osseux, quand apparaît le rachitisme.

Maladies générales.

Certaines maladies qui affectent la stabilité du système nerveux, le bon fonctionnement des glandes endocrines et le métabolisme général, sont des facteurs capables d'influencer partiellement la susceptibilité d'un individu à la carie.

Actuellement, aucune donnée certaine ne semble déterminer à quel moment et à quel degré la portée de ces facteurs peut intervenir.

Hérédité.

Il semble que l'on puisse attribuer encore à l'hérédité certaines influences. On croit possible que la résistance (6) à la carie chez l'homme soit héréditaire. Des auteurs attribuent à des systèmes endocriniens semblables l'observation (7) que les filles et leurs mères présentent souvent les mêmes défauts dentaires. La forme (8), la disposition et l'occlusion des dents sont aussi des traits dont on rend encore l'hérédité responsable.

Toutes ces causes indirectes, si imprécises soient-elles, n'en fournissent pas moins, assurément, des conditions favorables ou défavorables à la denture. Elles offrent une valeur de terrain que nous allons maintenant retrouver en bouche, en repassant les facteurs locaux tels qu'ils se présentent généralement.

FACTEURS LOCAUX.

Salive.

Tous les auteurs ont toujours attaché une grande importance à la salive et l'ont patiemment étudiée. On convient généralement que 6.8 est le pH salivaire normal. Certains (9) précisent que 6.6 est le pH le plus élevé où l'émail puisse être dissous. On affirme (10) aussi qu'il existe une relation entre le pH salivaire et le taux de carie. Cependant, d'autres font encore remarquer que dans la même bouche il y a écart entre le pH du milieu où

se situe la carie et celui des régions qui en sont indemnes.

Divers facteurs peuvent contribuer à faire varier les résultats d'analyse. Le taux de calcium et de phosphore dans la salive est très variable. La présence (11) d'ions de phosphore et de calcium maintient l'équilibre vers l'alcalinité en neutralisant la production d'acide. On a démontré que les personnes faisant peu ou pas de carie avaient une salive plus saturée de phosphate de calcium que d'autres aux caries désordonnées. Dans l'état actuel des recherches (12), l'apport alimentaire de calcium et de phosphore semble n'avoir que très peu d'influence sur la teneur de ces sels dans la salive.

La mastication (13), en provoquant une salive plus abondante, dilue l'acide produit localement. Mais, si les conditions de la bouche sont telles que la production d'acide devient presque constante, le pouvoir tampon de la salive est alors dépassé, et il n'y a plus d'effet neutralisant efficace.

Morphologie.

L'arrangement des dents qui favorise la rétention de débris alimentaires est un autre point important. Certaines régions demeurent complètement à l'abri des heureuses influences de la salive. Quels que soient le flot salivaire et la qualité de sa composition, l'état de stagnation qui prévaut alors permettra à la flore buccale d'y séjourner avec toute liberté d'action.

La morphologie de la dent ajoute encore à ces difficultés. Ses sillons (points et fissures) viennent s'unir en joints plus ou moins parfaits; sa surface d'émail présente souvent une structure favorable à la rétention des aliments. Les points de contact normaux faussés par une mauvaise articulation ont les mêmes conséquences.

Histologie.

La structure histologique des tissus de la dent comporte elle aussi des aspects non né-

gligeables. La résistance de la dent est diminuée quand, durant sa formation, ses tissus ont souffert même momentanément d'une carence dans l'apport de matériaux. La dent hypoplasique est une proie facile à la carie dentaire. Toute solution de continuité sur la surface de l'émail est une porte d'entrée à l'invasion microbienne.

Nous avons vu la dent sous ses différents aspects et considéré les variations de la salive qui l'environne. Nous examinerons maintenant comment ce milieu est conditionné par le jeu normal de facteurs exogènes, au premier rang desquels se place la flore buccale.

Flore buccale.

Acidogène.

Des bactéries qui la composent, mentionnons d'abord la plus connue, le lacto-bacille acidophile, auquel, aujourd'hui, on concède surtout une valeur d'incidence (14). C'est à la phase initiale de la carie que l'on reconnaît surtout son rôle nocif. Dans les bouches où il y a caries, on note (15) chaque fois sa présence. La tendance (16) ou la résistance à la carie est toujours en rapport avec la présence ou l'absence de lacto-bacilles dans la bouche. On affirme que la seule analyse de la salive quant au nombre de lacto-bacilles présents est un indice sûr du taux de la carie. Il en est de même du streptocoque odontolicus, qu'on estime même plus acidogène à certains points de vue. On a émis l'opinion que ces bactéries agissent en symbiose.

Protéolytique.

A ces bactéries, dont je n'ai mentionné que les deux plus importantes espèces, ajoutons-en d'autres que l'on peut aussi considérer comme acidogènes, mais agissant également par protéolyse: le sarcina lutéa, le streptocoque viridans, le B. subtilis et certains staphylocoques.

Enfin quelques-uns dont l'action est spécifiquement protéolytique, les actinomyces et les leptotrix. Ces dernières formes plus évoluées s'entrelacent comme de véritables treillis s'agrippant à la dent, et envoient même des

prolongements dans les lamelles dentaires et forment, pour ainsi dire, le canevas de la plaque dentaire.

Plaques dentaires.

Quelles que soient les théories émises par les différentes écoles, qui se partagent le champ de la recherche, c'est pour toutes la flore bactérienne qui est l'agent causal de la carie. C'est pourquoi aussi, de part et d'autre, on attribue à la plaque dentaire un des rôles les plus importants dans la production de la carie. Elle consiste (17) en une natte épaisse et poreuse capable d'absorber une quantité considérable de débris alimentaires, de cellules épithéliales et de liquide. Les bactéries (18), facteurs déterminant des lésions, constituent à peu près la moitié de son volume total. La situation habituelle où on la retrouve trop souvent en fait un milieu idéal de culture. Elle est logée en des endroits où la salive ne peut en empêcher la formation ni plus tard en neutraliser les effets, et elle adhère fermement sur la surface de la dent.

Sucres.

La présence d'hydrates de carbone qu'on y retrouve met, certes, en cause la diète souvent trop généreuse en ces substances. On sait que la ptyaline et les amylases de la salive les dégradent en sucres.

On sait de plus qu'en présence des sucres, pour qu'il y ait production d'acide (19), il faut encore des systèmes enzymatiques appropriés; les bactéries les fourniront. Donc, pourvu que les bactéries forment les enzymes indispensables et trouvent le substrat convenable, nous avons une rapide production d'acide.

Hygiène buccale.

Tous ces facteurs, dont nous venons de voir l'action se conjuguer si intimement pour la perte des dents, font de l'hygiène buccale plus qu'un souci de propreté individuelle déjà fort recommandable.

Les soins professionnels dentaires s'imposent pour faire disparaître convenablement les plaques dentaires d'apparences variées et dépôts de calculs.

Notons, ici, que les bouches où le tartre se forme plus abondamment sont souvent celles où les caries sont moins fréquentes. Il faut un pH salivaire normal ou à tendance alcaline pour qu'il y ait formation de dépôts. La valeur tampon de la salive joue alors normalement et les caries sont moins nombreuses.

Si l'ablation du tartre n'est pas faite soigneusement et régulièrement, l'irritation des tissus nous donnera une des formes variées de gingivite. Que cet état pathologique persiste, nous aurons ensuite successivement destruction de la membrane périodentaire, dégénérescence des tissus environnants ou périodontoclasie, enfin pyorrhée et perte des dents.

Il faut ajouter ici les obturations faites à la hâte, mal finies et non contrôlées, et certaines pièces défectueuses de prothèse. Tous ces travaux, s'ils ne sont pas judicieusement élaborés, par la rétention des aliments qu'ils favorisent, seront la cause de nouvelles lésions.

Enfin, les pâtes dentifrices trop abrasives, une manipulation maladroite de la brosse à dents peuvent dans une certaine mesure provoquer de petites caries gingivales par érosion des tissus.

FACTEURS INHIBITEURS.

Pour atténuer l'impression que cet exposé a pu créer, permettez que je dise quelques mots de certaines substances qui, jointes à tous les autres moyens thérapeutiques connus et de pratique courante, aideront, espérons-le, à combattre plus efficacement la carie dentaire.

Tryptophane.

Voici ce que l'on sait aujourd'hui du tryptophane (20) en regard de la carie dentaire. Dans les bouches où les caries foisonnent, la salive hydrolyse les amidons très rapidement

avec production d'acide, dans les autres cette réaction chimique se fait très lentement. Parce que l'on avait remarqué qu'une diète où les hydrates de carbone avaient été remplacés par des protéines avait diminué les caries, on fit appel à des acides aminés, lesquels dérivent des protéines, et en particulier au tryptophane. Après en avoir fait ingérer à des patients faisant beaucoup de caries, on a remarqué que leur salive devenait semblable à celle des patients faisant peu ou pas de carie. Des recherches nombreuses sont encore à faire pour prouver à quel point le tryptophane ou des dérivés agissent sur les amylases salivaires pour en modifier et ralentir le rôle normal. On n'en connaît pas encore la composition optimum, ses effets physiologiques exacts, et on ne sait jusqu'à quel point il peut enrayer la carie dentaire.

Fluor.

Le fluor (21) est un autre élément important dans la lutte contre la carie chez les enfants: Des analyses (22) ont prouvé que les dents saines contiennent plus de fluor que les dents cariées.

A la suite de plusieurs examens de contrôle dentaire, on s'est rendu compte, en les comparant à ceux faits en d'autres régions, que, là où l'eau de consommation contenait du fluor, l'incidence de la carie était le tiers de celle constatée dans les villes témoins. Là où il y avait fluorose, le taux de carie était également réduit.

Partout où l'on fit les mêmes examens, on obtint les mêmes résultats, avec ce détail pratique qu'au point de vue prévention, la concentration optimum ne devait pas dépasser beaucoup 1ppm. sans risque de produire la fluorose (émail madré dû à l'excès de fluor).

En certains endroits, on a imaginé d'ajouter du fluor à l'eau de consommation. En 1945, la ville de Grand Rapids, Mich., en a commencé l'expérience. Le coût de l'opération est de 10 cents par personne de population par année. La même expérience est en cours

au Canada, à Brantford, Ontario, la ville de Sarnia servant de témoin.

Comme nous l'avons déjà vu, la dent est de beaucoup plus susceptible à de telles influences pendant sa période de formation. D'où il suit qu'il nous faut attendre encore quelque deux ans avant de connaître les résultats qu'apporteront ces expériences de l'eau artificiellement fluorée, dans la génération d'enfants sous observation actuellement. Des résultats provisoires font espérer en une réduction de 60% dans l'incidence de la carie.

Une autre méthode employée pour se servir du fluor comme inhibiteur de la carie est l'application topique d'une solution de fluorure de sodium à 2%. Les résultats obtenus de cette manière semblent donner une réduction d'au moins 40% de la carie dentaire.

On a aussi pensé à la possibilité d'employer le fluor sous forme alimentaire: aucune donnée scientifique n'a encore appuyé cette prétention.

Nos connaissances sur le mécanisme inhibiteur du fluor et sur son action à l'égard de la carie ne sont pas encore établies sur des études scientifiques précises et complètes.

Vitamine K.

En 1942, on s'est aperçu que la vitamine K (23) synthétique entravait l'action des enzymes et retardait notablement la production d'acide lactique à partir du glucose ainsi que le fait le tryptophane.

Comme on s'était rendu compte que cette substance avait un effet purement local, on imagina pour fins d'expérience de l'incorporer à de la gomme à mâcher. Après dix-huit mois de surveillance très étroite, cette tentative donna les résultats suivants: chez un premier groupe, à qui l'on avait prescrit cette gomme additionnée de vitamine K, l'on vit les nouvelles caries diminuer de 60%, comparativement à d'autres groupes servant de témoins.

La vitamine K n'eut aucun effet sur les caries déjà existantes. L'on n'observa aucune

contre-indication à l'usage de la vitamine K synthétique.

On affirme (24) que la réduction des caries que procure la vitamine K, chez les personnes qui souffrent de carie, est plus grande que ce que l'on peut attendre de l'usage du fluor dans l'eau de consommation.

Urée et ammonium.

Des dentifrices mis récemment sur le marché promettent, dit-on, beaucoup. Leur pouvoir inhibiteur tiendrait à l'addition d'urée et de phosphate dibasique d'ammonium, l'urée agissant sur les plaques dentaires et le sel d'ammonium sur la flore buccale.

Des noms de belle réputation y auraient collaboré d'assez près, semble-t-il. Mais aucune revue dentaire, aucun auteur ne nous en a encore garanti la valeur et l'authenticité. Tout de même, le fluor chez les enfants, la vitamine K, le tryptophane, ces dentifrices nouveaux et quelques autres méthodes encore à l'étude paraissent en train d'édifier peu à peu un réseau protecteur autour de la carie dentaire.

Conclusion.

Résumons cet exposé par les quelques idées générales suivantes:

Les facteurs généraux ont, certes, une importance appréciable, mais une importance de terrain.

Les facteurs locaux sont considérés comme les causes déterminantes de la carie.

Leur ensemble est si complexe qu'il semble encore impossible de tirer une conclusion satisfaisante.

Cependant, leur "interaction" commence à être comprise, et petit à petit nous nous approchons de la connaissance du processus de la carie dentaire.

Enfin, quelques inhibiteurs de la carie viennent d'attirer l'attention de la profession dentaire.¹

1. Sincères remerciements à ceux qui ont permis la présentation de ce travail, et spécialement au docteur Jules Gilbert, assistant-directeur de l'École d'Hygiène de l'Université de Montréal, et au docteur Jean-Paul Lussier, D.D.S., assistant à la chaire de physiologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

BIBLIOGRAPHIE

1. T. M. GRABER: «Local Factors in Dental Caries.» *J. A. D. A.*, **35**: 94 (juillet) 1947.
2. Kenneth W. GOADBY: «Micro-Organisms in Dental Caries.» *D. Cosmos*, **42**: 201 (mars) 1900.
3. Bernhard GOTTLIEB: *Dental Caries*. Lea & Febiger, Philadelphie, 1947, page 68.
4. Harry E. FRISBIE et James NUCKOLLS: «Caries of the Enamel.» *J. D. R.*, **26**: 181 (juin) 1947.
5. Landford Caroline SHERMAN: *Essentials of Nutrition*. The MacMillan Co., New-York, 1947, p. 299 (Henry C. Sherman et Sherman).
6. Ray C. TAYLOR: «A Free Diagnostic Service.» *Mich. P. H.*, **32**: (août) 1944.
7. T. A. HARDFROVE: «Glandular and General Systemic Factors in the Process of Decay.» *J. A. D. A.*, **29**: 1803 (octobre) 1942.
8. L. S. FOSDICK: «Factors in Natural Immunity to Caries.» *J. A. D. A.*, **37**: 423 (octobre) 1948.
9. T. M. GRABER: *Op. cit.*, p. 110.
10. T. M. GRABER: *Op. cit.*, p. 109.
11. L. S. FOSDICK: *Op. cit.*, p. 423.
12. Rudolf KRANFELD: *Histopathology of the Teeth and their Surrounding Structures*. Lea & Febiger, Philadelphie, 1943, p. 34.
13. L. S. FOSDICK: «Dental Caries.» Inédit. Sun Valley, Ohio, 1948.
14. W. R. HARRISON: «Lactobacilli vs Streptococci in the Etiology of the Dental Caries.» *J. A. D. A.*, **37**: 391 (octobre) 1948.
15. Ray C. TAYLOR: *Op. cit.*, p. 150.
16. Walter C. McBRIDE: *Juvenile Dentistry*. Lea & Febiger, Philadelphie, 4e édit., 1947, p. 281.
17. Theo. HANKE: «Studies on the Local Factors in Dental Caries.» *J. A. D. A.*, **27**: 1379-93, 1940.
18. B. F. MILLER, J. A. MUNTZ et S. BRADEL: «Decomposition of Carbo-hydrates Substrate by Dental Plaque Material.» *J. D. R.*, **19**: 473-78, 1940.
19. L. S. FOSDICK: *Op. cit.*, p. 420.
20. Naomi C. TURNER: «Tryptophane as a Preventive for Caries.» *Jour. Sc. H.*, **15**: 53 (mars) 1945.
21. Francis A. ARNOLD, Jr: «Fluoride Therapy for the Control of Dental Caries.» *J. A. D. A.*, **27**: 433 (octobre) 1948.
22. «The Michigan Workshop of the Evaluation of Dental Caries Control Technics.» *J. A. D. A.*, **36**: 15 (janvier) 1948.
23. L. S. FOSDICK: «A New Control of Dental Caries. Toward Good Teeth.» 12e assemblée annuelle de «Good Teeth Council for Children Inc.»
24. F. E. HOGE: *Practical Pedodontia of Juvenile Operative Dentistry*, 5e édit. The C. V. Mosby Co., St-Louis, 1946.

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 78, No 7 — Montréal, juillet 1949

CHIRURGIE ET GÉRIATRIE

Depuis nombre d'années, pédiatrie et chirurgie infantile ont acquis droit de cité et font bonne vie commune. De vastes hôpitaux, spécialement conçus et aménagés à cette fin, sont desservis par des pédiatres et des chirurgiens spécialisés qui, outre leur compétence, possèdent « une grâce d'état », une attitude d'esprit particulière devant la maladie ou la lésion chirurgicale de l'enfant.

Gériatrie et chirurgie des vieillards, quoique de date plus récente, sont à leur tour en plein essor. Objet de recherches, de travaux, de communications et de rapports déjà nombreux, la

gériatrie et la gérontologie¹ sont, en outre, inscrits aux programmes de Bien-être social.

La durée moyenne de la vie a augmenté visiblement au cours des siècles. De 22 ans, au temps de l'Empire romain, elle est passée à 35 ans vers la fin du Moyen Age, à 46 ans au XVIIIe siècle; elle est maintenant de 60 à 65 ans. Grâce encore à la réduction de la mortalité infantile et à la diminution de la mortalité dans les âges plus avancés, les statisticiens prédisent que, en 1970, cette durée moyenne de la vie atteindra 70 ans. L'âge des vieillards de jadis se rapproche donc, de ce fait, de l'âge des adultes d'aujourd'hui.

Grâce à cette évolution, à la possibilité pour un plus grand nombre de personnes d'atteindre un âge plus avancé, médecins et chirurgiens sont ainsi appelés à traiter un plus grand nombre de malades ayant dépassé l'âge adulte.

S'il reste encore toutefois difficile de définir la vieillesse, de préciser le début du vieillissement, d'en traduire objectivement l'usure et de pouvoir y remédier, bref s'il est malaisé d'augmenter l'accroissement de la longévité individuelle, il n'en reste pas moins vrai que « la médecine a réalisé des progrès réels dans le domaine de la gériatrie dont les efforts tendent à réduire l'incidence ou la gravité des affections de la vieillesse ».

C'est grâce à ces progrès que la chirurgie des vieillards connaît, depuis quelques années, une ampleur inusitée. Nombre de chirurgiens se sont attachés à démontrer la possibilité, voire même

WILENSKY: « Préparation aux grandes interventions chirurgicales chez les malades âgés. (Preparation of elderly patients for large scale operations.) » *New York State J. Med.*, 15 nov. 1947.

C. Stuart WELCH: « Chirurgie des vieillards. (Surgery in the aged.) » *New England J. Med.*, 10 juin 1948.

Henri SIMONNET: « Quelques réflexions sur le vieillissement. » *L'Information médicale*, 4 janv. 1949.

George STRENGER: « Le traitement chirurgical de la hernie chez le vieillard. (The surgical treatment of hernia in the aged.) » *Annals of Surgery*, février 1949.

Maurice PESTEL: « Vieillesse et vieillissement. » *Presse Médicale*, 28 mai 1949.

Edouard DESJARDINS: « Malade, âgée de 90 ans, récemment opérée pour hernie crurale étranglée et sphacélée. » *Archives, Hôtel-Dieu, Montréal*.

1. Gérontologie: étude des altérations anatomiques et physiologiques spontanées, naturelles dues à la vieillesse. Gériatrie: les manifestations morbides revêtent chez le vieillard une allure spéciale; c'est là le caractère même de la gériatrie. (Maurice Pestel)

la nécessité d'opérer les malades âgés, si rien en dehors du temps chronologique ne vient nettement contre-indiquer l'intervention chirurgicale.

La formule banale « trop vieux pour l'opération », justifiée éventuellement par des accidents mortels postopératoires, doit tout de même nous rappeler que l'âge des malades à opérer doit être considéré plus comme un ensemble de processus dégénératifs que comme une simple addition d'années. A 75 ans, un homme peut fort bien être un bon candidat à l'opération si, d'autre part, la lésion et l'état général ne la contremandent point. Le facteur âge ne doit donc pas à lui seul commander l'abstention. Un vieillard, tout comme un adulte, saura accepter un risque opératoire plutôt que de terminer ses jours à la suite de mois, voire d'années, grevés de malaises et de souffrances.

S'il semble inutile d'opérer pour des lésions bénignes ou mineures ou pour des infirmités bien tolérées, il existe par contre certaines catégories d'opérations auxquelles le chirurgien ne saurait se soustraire. Ainsi, les opérations d'urgence visant à parer à un danger immédiat (perforations viscérales ou occlusions intestinales), celles qui doivent soulager de douleurs périodiques intenses (coliques hépatiques), celles dont le but est de faire disparaître une infirmité physique grave susceptible de complications (hernie volumineuse ou douloureuse); dans le même cadre

pathologique existent les interventions urologiques si fréquentes et si souvent impérieuses, et les interventions pour cancers anatomiquement opérables.

Il n'existe pas de formule magique exclusive pour conduire sans risque un malade âgé à l'opération chirurgicale. Un anesthésiste de carrière saura choisir au mieux le mode d'anesthésie convenant à chaque cas particulier. Toutes les recherches de laboratoire, tous les contrôles radiologiques et cliniques, utilisés pour l'adulte, restent valables pour les vieillards. Cependant, comme les malades âgés sont souvent atteints de maladies concomitantes, l'interprétation des rapports obtenus et celle des constatations cliniques exigent réflexion et patience et quelquefois une surveillance préopératoire prolongée.

Quant à l'évolution postopératoire des malades âgés, elle est quelquefois entravée par des complications le plus souvent infectieuses, vasculaires ou pulmonaires qui justifient encore davantage une sérieuse thérapeutique préventive.

Mais, aujourd'hui, le malade âgé qui accepte l'intervention chirurgicale est soutenu avant, pendant et après par de puissants agents de prévention, de soutien et de traitement, inconnus des générations précédentes. C'est une raison de plus d'espérer en l'avenir de l'heureuse association de la gériatrie et de la chirurgie des vieillards.

Pierre SMITH.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

LE PLAN CANADIEN POUR LE PROGRÈS DE L'HYGIÈNE¹

1. LE PROGRÈS DE L'HYGIÈNE ET LA LIGUE CANADIENNE DE SANTÉ.

Une nouvelle ère s'ouvre, au Canada, dans le domaine de l'hygiène. La population de ce pays est résolue à vaincre tous les obstacles qui l'empêchent d'accorder à sa santé les meilleurs soins possible. Cette détermination s'incarne dans le Programme national d'hygiène. Mais, comme notre santé requiert plus d'attention, il faut, j'en suis convaincu, que notre activité sanitaire accélère le pas. J'ai l'honneur d'exposer, devant ceux qui sont les chefs de ce mouvement, les progrès accomplis récemment dans le domaine de l'hygiène et de jeter un coup d'œil sur la voie qui s'ouvre devant nous.

Je remercie l'hon. Russell T. Kelley, ministre de la Santé en Ontario, de sa trop aimable présentation. Je sais très bien quel élan son enthousiasme donne aux plans sanitaires ontariens. Depuis dix mois surtout, j'ai eu le plaisir de collaborer étroitement avec M. Kelley ainsi qu'avec tous les ministres provinciaux de la Santé, car le Gouvernement fédéral et les administrations provinciales travaillent de concert, et avec un succès remarquable, à faire contribuer le Programme national d'hygiène au bien de la population.

Je désire profiter de l'occasion pour exprimer, au nom du Gouvernement, nos sentiments de profonde estime envers les directeurs et les membres de la Ligue canadienne de Santé ainsi qu'envers tous ceux qui appuient ses nobles causes. La Ligue a toujours préconisé avec succès des mesures progressives d'hygiène. Elle a donné son appui au Programme national d'hygiène de même qu'elle avait auparavant appuyé tout progrès sanitaire au Canada. Des organismes d'hygiène bénévoles comme la Ligue canadienne de Santé jouent un rôle important dans le champ de l'hygiène, en ce qu'ils ne cessent de rechercher les domaines où l'hygiène a été négligée et de convaincre l'opinion publique que l'on doit combler ces lacunes.

2. FILM ANTICANCÉREUX DÛ À LA COOPÉRATION CANADO-AMÉRICAINE.

Les Canadiens sont l'un des peuples les plus sains de la terre, ce qui ne veut pas dire que nous

devions nous contenter de l'état actuel des choses. Certes, ce fait est au crédit des administrations fédérale, provinciales et municipales, ainsi qu'à celui des organismes d'hygiène bénévoles, mais, en principe, notre bon état de santé repose sur la haute valeur des recherches et des soins médicaux en ce pays. La preuve, et une preuve éclatante, en est que l'Institut national du cancer des services d'hygiène publique des Etats-Unis a sollicité la collaboration du ministère canadien de la Santé nationale et du Bien-être social pour la production d'un film sur la recherche cancéreuse, ainsi que Washington et Ottawa l'annonçaient hier soir, simultanément.

Ce film, que l'on accompagnera d'une documentation appropriée, répondra aux besoins de nos deux pays. C'est notre Office national du film qui le produira, en consultation avec l'Institut médical du film des écoles de médecine américaines. Ce film a pour but d'attirer l'attention des étudiants sur le domaine captivant de la recherche cancéreuse, en leur montrant quels efforts s'imposent les chercheurs scientifiques pour découvrir les secrets de ce fléau. Le cancer, à l'instar de tant d'affections qui affligent l'humanité, constitue une menace pour les citoyens de tous les pays. Que nos deux pays s'unissent pour produire un film qui aidera à la lutte anticancéreuse auprès de leurs populations respectives, voilà qui prouve, d'une manière magnifique, que nous comprenons que le problème de la morbidité est un problème universel.

Ce frappant exemple d'action internationale est une nouvelle preuve, après beaucoup d'autres, que le Gouvernement et les grandes fondations d'hygiène bénévoles des Etats-Unis reconnaissent à quel haut degré sont parvenus, en notre pays, la recherche médicale et les services d'hygiène. Nous l'avons constaté, en maintes occasions, lorsqu'ils ont appuyé les projets de recherche canadiens et qu'ils ont rendu hommage à nos chercheurs médicaux. Par exemple, ce sont nos voisins et amis du sud qui commanditent plusieurs des nombreux projets de recherche qui sont en voie de réalisation au Canada. Nos chercheurs médicaux, qui, dans le passé, ont si bien mérité du Canada tout en servant la cause de l'humanité, continuent de justifier la confiance que les Canadiens et d'autres peuples ont placée en eux. C'est parce que nous comptons tant sur leur succès que les subventions fédérales pour fins de recherche en hygiène seront fortement augmentées cette année et prendront une importance sans précédent.

1. Traduction d'une causerie prononcée par l'hon. Paul Martin, *ministre de la Santé nationale et du Bien-être social*, dans la série des conférences données sous les auspices de la Ligue canadienne de Santé, le 1er avril 1949, à 8h.30 du soir, au *Eaton Auditorium* de Toronto (Ont.).

3. LE PROGRAMME NATIONAL D'HYGIÈNE.

Le secret de la recherche, c'est de trouver de nouveaux moyens de résoudre de vieux problèmes. Le monde civilisé doit beaucoup de ses succès à cette tournure d'esprit, qui fait que l'on s'aventure dans des sentiers inconnus et que l'on s'achemine vers de nouveaux horizons. Le progrès de l'hygiène, au Canada, s'est accompli sans fanfare. Il a été une succession d'efforts réguliers et soutenus. L'an dernier, alors que nos réalisations sanitaires avaient atteint leur plus haut degré, le Gouvernement fédéral a proclamé un nouveau et important programme d'hygiène nationale qui dépassait de loin tous les programmes précédents et qui offrait à chaque province de magnifiques occasions de consolider et d'étendre ses services d'hygiène.

Je vous dirai ce soir comment, dans le court espace de sept mois, cet appel à l'action a été entendu. Mais il n'y a pas que le Programme national d'Hygiène. Ce Programme, il faut l'examiner dans la perspective de toutes les initiatives sanitaires progressives et de toutes les mesures qui ont été prises pour assurer le bien-être de notre population. Voici les principaux objectifs du programme fédéral :

1. Favoriser, par le versement de subventions au montant de \$625,000, de sérieuses enquêtes, dans chaque province, sur les besoins et les facilités d'hygiène.
2. Au moyen de subventions annuelles progressives, allant de \$16,495,000 à \$23,000,000, consolider et étendre les services d'hygiène provinciaux; appuyer les projets d'hygiène publique et de recherche en ce domaine; former des hygiénistes de carrière; secourir les enfants infirmes; lutter contre les maladies vénériennes et contre la tuberculose; appuyer les campagnes contre le cancer et les maladies mentales.
3. Permettre aux provinces, grâce à des subventions qui, en cinq ans, formeront un total de \$65,000,000, de construire un plus grand nombre d'hôpitaux et d'agrandir les hôpitaux actuels.

En notre pays, l'hygiène relève d'abord des provinces. Le simple bon sens demande que l'administration de l'hygiène, par le canal des provinces et des municipalités, se tienne dans le plus étroit contact possible avec la population, mais il appartient à tous les gouvernements de guider et d'orienter. Assurément, les gouvernements ne sauraient avoir de devoir plus important que celui d'assurer à leurs citoyens les services sanitaires dont ils ont un besoin urgent.

Il a été très facile d'obtenir la plus entière coopération entre le Gouvernement fédéral et les administrations provinciales lorsqu'il s'est agi d'appliquer le nouveau programme fédéral. La raison en est que toute autre considération a cédé le pas à celle du

bien-être de la population. Si, dans l'exercice de leurs nouvelles responsabilités dans le domaine des services d'hygiène, il a été impossible aux provinces d'utiliser entièrement les subventions fédérales mises à leur disposition, c'est qu'elles ne pouvaient pas prendre de mesures remédiatrices avant d'avoir terminé les enquêtes préalables qui s'imposaient. Il y a pénurie de matériaux et de main-d'œuvre pour la construction des hôpitaux. Il n'y a pas encore, pour administrer et faire fonctionner les programmes d'expansion, assez d'hygiénistes compétents.

En dépit de toutes ces difficultés, les initiatives que le Programme national d'hygiène a suscitées prouvent amplement que nous en sommes rendus à un tournant de notre histoire sanitaire. Voici, sommairement, quelques preuves à l'appui :

- Neuf provinces sont en train de faire chez elles des enquêtes sanitaires complètes.
- Les nouveaux hôpitaux qui se construisent donneront 13,000 lits de plus.
- Des centaines d'hygiénistes de carrière suivent des cours de spécialisation.
- On procure en grande quantité aux hôpitaux, aux sanatoriums, aux dispensaires et aux unités sanitaires, le matériel technique dont ils ont tant besoin.
- Le nombre des préposés provinciaux à l'hygiène augmente considérablement.
- Afin de mettre de meilleurs soins d'hygiène à la portée de la population rurale du Canada, on organise, en même temps que des unités sanitaires et des services infirmiers, un réseau de dispensaires d'hygiène mentale, de soins dentaires aux enfants, de diagnostic du cancer et de dépistage de la tuberculose.
- On appuie la tenue d'enquêtes massives, afin de se mettre au courant de besoins sanitaires que l'on ignore et de les satisfaire.
- On renforce et on étend les programmes provinciaux d'hygiène.
- On intensifie la lutte contre les maladies vénériennes, le cancer, la tuberculose et les maladies mentales.
- Les programmes provinciaux de prophylaxie prennent de plus amples proportions.
- On encourage la recherche en hygiène publique et sur des fléaux comme le cancer.
- On donne de meilleurs soins aux enfants infirmes.
- On lance des campagnes contre l'arthrite et contre le rhumatisme.
- Plus de 700 projets d'hygiène provinciaux ont été approuvés.
- Des projets provinciaux sont en voie de réalisation qui auront leur répercussion sur la santé de chaque citoyen canadien.

4. NOUVELLES FORMES DU PROGRÈS SANITAIRE.

Il est difficile de donner en résumé les réalisations dues au Programme national d'hygiène, parce qu'elles s'étendent à tout le domaine de l'hygiène publique. On peut dire, d'une façon générale, qu'elles permettent de compléter le travail de tous les préposés à l'hygiène, en améliorant les facilités qui sont disponibles dans tout le Canada et en permettant aux médecins privés, qui seront moins pris par le traitement de quelques-unes des maladies les plus graves, de consacrer plus de temps à la prophylaxie. En généralisant la gratuité des traitements, le Programme permet aux provinces et aux municipalités de prendre une plus large part des soins d'hygiène gratuits, soins qui, jusqu'ici, accaparaient lourdement les médecins privés.

Je vais maintenant passer brièvement en revue quelques-uns de ces nouveaux accomplissements, par tête de chapitre, avant de souligner l'importance qu'il faut attacher à ces divers projets, en tant qu'ils constituent des indices de la nouvelle structure de services sanitaires qui est en train de prendre forme en ce pays.

a) *Amélioration des facilités d'hygiène publique.*

Les soins d'hygiène dépendent des facilités disponibles et du nombre d'hygiénistes professionnels qui peuvent les mettre à contribution. L'hôpital est, aujourd'hui, le centre des soins médicaux; il est donc urgent, afin de pouvoir répondre à la demande, d'accroître les commodités hospitalières. Les subventions fédérales encouragent la construction d'hôpitaux de tous genres dans toutes les parties du pays, à partir des vastes hôpitaux métropolitains jusqu'aux humbles postes infirmiers. Les provinces peuvent maintenant, plus facilement, ouvrir des hôpitaux dans des régions où le besoin s'en fait gravement sentir, ce qui, non seulement, donnera un meilleur service d'hospitalisation aux résidents de ces régions, mais aussi encouragera les hygiénistes à pratiquer leur profession aux environs des nouveaux hôpitaux.

On fournit aux maisons de santé, aux dispensaires d'hygiène mentale et aux salles psychiatriques des hôpitaux généraux des quantités impressionnantes de matériel scientifique pour le diagnostic, le traitement et la thérapeutique professionnelle. Les hôpitaux généraux, les dispensaires antituberculeux et les unités de diagnostic mobiles reçoivent du matériel radiographique. On outille également les dispensaires anticancéreux, les dispensaires dentaires pour les écoles, et les dispensaires pour les enfants infirmes.

b) *Amélioration des services d'hygiène publique.*

Les services d'hygiène publique s'accroissent en même temps que les facilités qui sont offertes. On apporte plus d'attention à la salubrité du milieu, à la fois dans les régions urbaines et rurales. Plusieurs villes canadiennes renforcent leurs services d'hygiène

publique. Dans les campagnes, on étend les services infirmiers. Les gouvernements provinciaux organisent de nouvelles divisions qui assureront des services d'hygiène dentaire, de génie sanitaire, d'inspection des hôpitaux et d'enseignement de l'hygiène. Six provinces étendent le champ d'action des unités sanitaires afin d'améliorer les services d'hygiène des régions rurales. On ouvre beaucoup de dispensaires où l'on multipliera les mesures de prophylaxie. Dans toutes les provinces, des dispensaires d'hygiène mentale secourront les intéressés.

L'un de nos objectifs, c'est d'amener les services d'hygiène ruraux au même niveau que les services urbains. *Car, dans le domaine des soins sanitaires dont les Canadiens doivent bénéficier, nous ne voulons pas de deux poids ni de deux mesures.*

c) *De meilleurs soins dentaires pour les enfants canadiens.*

Ce sont les enfants qui, les tout premiers, doivent bénéficier de soins sanitaires. Le Programme national d'hygiène comprend d'importantes mesures destinées à protéger la santé de la génération montante.

— On s'occupe davantage, dans toutes les écoles du Canada, d'assurer les soins médicaux et dentaires.

— En Saskatchewan, des milliers d'enfants seront immunisés qui, jusqu'ici, ne l'avaient pas été.

— Dans la province de Québec, toute une génération d'enfants sera inoculée au vaccin B.C.G. afin de la rendre plus résistante à la tuberculose.

— On s'efforce, dans plusieurs provinces, de rechercher les enfants victimes de conditions déformantes et de leur assurer de meilleurs soins.

— Dans toutes les parties du Canada, on porte plus d'attention aux enfants atteints d'affections mentales et à l'éducation spéciale à donner aux déficients mentaux.

d) *On insiste sur la prophylaxie.*

Le Programme national d'hygiène encourage les provinces à s'occuper spécialement des mesures de prophylaxie. Quatorze nouveaux dispensaires d'hygiène mentale que l'on est en train d'organiser font partie d'un programme dynamique destiné à traiter les affections mentales dès leur apparition. On ouvre des dispensaires pour le diagnostic du cancer. Au programme de la lutte antituberculeuse, sont inscrites les enquêtes massives radiographiques, par l'entremise desquelles il y aura un million de plus d'examen par année. Les hôpitaux généraux ontariens sont dotés de commodités radiographiques qui leur permettront d'examiner tous les malades admis dans leurs murs. Toutes les provinces, avec le temps, prendront la même initiative.

On est en train de dresser les plans de l'offensive contre l'arthrite et le rhumatisme. La Colombie-Britannique, qui a son programme tracé, a reçu de l'aide, et toutes les provinces emploient une part de leurs

subventions fédérales d'hygiène publique pour seconder le travail de la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme. Avec l'aide des subventions fédérales et des fonds de cette Société, les victimes de l'arthrite pourront, avec le temps, bénéficier des meilleures méthodes de diagnostic et de traitement que la médecine moderne puisse imaginer.

e) *Amélioration des services de traitement.*

L'accroissement des facilités d'hospitalisation et du nombre des dispensaires, ainsi que l'importante amélioration de l'outillage, entraîneront une amélioration marquée dans les traitements médicaux. La pénicilline est fournie gratuitement pour le traitement des maladies vénériennes. La streptomycine, qui opère de merveilleux effets dans certains cas de tuberculose, est fournie gratuitement à tous ceux qui en ont besoin. *A elle seule, la streptomycine représente, dans le programme fédéral, une dépense de plus de \$260,000.*

5. UN DEMI-SIÈCLE DE RÉALISATIONS.

Dans la plupart des sphères d'activité humaines le progrès est lent et difficile à discerner. Mais ces développements de l'hygiène ont tant d'importance que personne ne devrait les ignorer. Un âge nouveau commence pour nous. Nous pouvons, dans nos plans, nous inspirer des progrès récents et des progrès faits au cours des années. Remontons au début du siècle. Il y a cinquante ans, les Canadiens devaient surmonter beaucoup d'obstacles pour bénéficier des soins médicaux. Notre population était plus disséminée. Les déplacements étaient lents. Il existait peu d'hôpitaux et les malades se soignaient en général à la maison. La médecine ne savait rien des sulfamidés, des antibiotiques, du radium. Elle connaissait très peu les rayons X. Il y avait peu de grandes enquêtes pour découvrir la maladie, et l'immunisation ne protégeait qu'une mince proportion de la population. La quarantaine servait bien à empêcher les maladies de pénétrer au Canada, mais on s'occupait beaucoup trop peu, en dedans du pays, des conditions créatrices de maladie. Les hygiénistes avaient tant à faire avec la médecine curative, qu'il leur restait peu de temps pour s'occuper de prophylaxie.

Les progrès que nous avons faits depuis lors ressortent bien du fait que les perspectives de survie, à la naissance, ont monté d'environ vingt ans. Dans le court espace de vingt années, le taux de mortalité infantile a baissé de plus de la moitié; pourtant nous n'occupons encore que le dixième rang parmi les nations. Le taux de mortalité maternelle a décliné de près des trois quarts; mais plusieurs de ces décès pourraient encore s'éviter. Le taux de mortalité par la tuberculose est un peu au-dessus de la moitié de ce qu'il était; mais nous savons que nous pouvons et devons faire beaucoup mieux.

Prenons la résolution de développer au pays un système d'hygiène tel qu'aucun enfant ne meure inu-

tilement, qu'aucune mère ne manque des meilleurs soins. Détrônons la tuberculose du premier rang des causes de décès chez les nôtres. Dans nos campagnes contre le cancer, les maladies mentales, l'arthrite, contre tous les grands fléaux, apportons entre nous, gouvernements et hygiénistes professionnels et bénévoles, cet esprit de collaboration qui a si bien réussi, en cinquante ans, à réduire les décès par la tuberculose à moins du cinquième de ce qu'ils étaient.

Pour le taux de mortalité générale, le Canada occupe le trois ou quatrième rang parmi les nations pour lesquelles il y a des statistiques. Il saute aux yeux que si nous sommes parmi les premières nations, nous avons encore beaucoup à faire. Le cancer cause environ seize mille morts par année. Chaque année nos maisons de santé reçoivent environ dix mille malades. Les soins sanitaires varient beaucoup entre les diverses parties du Canada, entre les régions rurales et urbaines, entre les citoyens des divers groupes de revenu. Le Programme national d'hygiène s'attaque avec succès à ce déséquilibre. Mais si nous voulons bien mériter de la justice sociale, nous devons mettre plus de hardiesse dans nos plans.

Le Programme national d'hygiène couronne cinquante ans de progrès de l'hygiène au Canada. Le Gouvernement fédéral, en offrant aux provinces des subventions pour fins d'hygiène et de construction d'hôpitaux, au montant de 162 millions de dollars pour une période initiale de cinq ans, accorde un appui bien mérité aux efforts des services municipaux et provinciaux d'hygiène et aux services distingués de nos hygiénistes professionnels et bénévoles.

Il est vrai que nos statistiques supportent la comparaison avec celles des autres pays. *Mais les statistiques ne disent pas tout. Les citoyens du Canada ne jouissent pas encore tous des mêmes soins sanitaires.* Tandis que pour les grands risques sanitaires, comme la tuberculose et les maladies mentales, le manque d'argent nuit rarement au bon traitement, une grande partie de notre population, il n'y a aucun doute, trouve dans le coût exorbitant de la maladie un obstacle à plusieurs formes de soins. En tout ce qui regarde l'hygiène, nous devons nous fixer, comme objectif, les plus hautes normes sanitaires de l'univers. Notre but devrait être d'occuper le premier rang parmi les nations. Pour en arriver là, nous devons assurer à tous les citoyens des soins adéquats. Il ne faut pas que la moyenne nationale générale nous fasse croire que la négligence dont souffre la santé de quelques-uns de nos concitoyens sera compensée par les bons soins que d'autres reçoivent.

C'est un signe de l'excellence du concept canadien de la société et du sens de la responsabilité montré par nos gouvernements, que d'accorder autant d'attention aux soins sanitaires en notre pays. Pourquoi en serait-il autrement? La devise de la Ligue cana-

dienne de Santé est: « *La santé fait la richesse de la nation* ». *La maladie et l'infirmité coûtent au pays plusieurs centaines de millions de dollars par année en perte de temps et de production. C'est une bonne affaire pour nous que de faire ce nouveau placement de 30 millions de dollars ou plus chaque année à même les ressources de la nation pour améliorer la santé nationale grâce à notre programme fédéral. Au milieu de notre plus grande prospérité, nous ne pouvons négliger les besoins d'aucun de nos concitoyens.*

Le problème de la santé ne peut se considérer en dehors du bien-être général du citoyen canadien. *Pauvreté et mauvaise santé vont de pair.* La première condition indispensable à la santé nationale, c'est la prospérité. La condition suivante, c'est de prendre toutes les mesures nécessaires pour que les avantages de la prospérité soient largement partagés, de sorte qu'aucune personne désireuse et capable de travailler ne soit oubliée. Ceux qui sont malades, infirmes, ou trop jeunes ou trop vieux pour travailler doivent aussi être soignés à même les ressources de la nation. Les progrès faits en vertu du Programme national d'hygiène complètent la très grande contribution déjà apportée à la cause de la bonne santé par les pensions de vieillesse et de cécité, par l'assurance-chômage, par toutes les mesures prises pour réadapter les anciens combattants, pour aider les fermiers et les pêcheurs, pour donner, grâce aux allocations familiales, la même chance à tous nos enfants. Tout cela fait partie d'un réseau national de mesures sociales qui donnent à plusieurs de nos concitoyens des occasions qu'ils n'auraient peut-être pas eues autrement: celles de maintenir de bons niveaux d'hygiène alimentaire, de jouir de bons services sanitaires et d'avoir des maisons, des vêtements et des soins convenables.

Nous ne devons pas piétiner sur place dans le domaine de l'hygiène. Chaque fois qu'une mesure s'impose pour la santé de nos concitoyens, nous devons la prendre. *Le Canada a déjà fait un bon bout de chemin, mais je crois qu'il lui reste encore une longue route à parcourir.* Il faut répondre aux nouveaux besoins à mesure qu'ils se présentent. Jusqu'ici, cela a été, en général, affaire individuelle; mais, maintenant, les gouvernements doivent envisager les mesures à prendre en faveur de la collectivité, afin de veiller à ce que nul ne se voie refuser des soins sanitaires parce qu'il ne peut les payer.

6. FUTURS PLANS DE PROGRÈS SANITAIRES.

Depuis plusieurs années le Gouvernement fédéral croit que répartir le coût de la maladie plus équitablement sur toute la population permettrait à tous les citoyens d'avoir une meilleure part des soins disponibles au pays. Le Programme national d'hygiène est en fait un premier pas indispensable dans

la réalisation de cet objectif. Ce programme établit les conditions fondamentales préalables à un système national d'assurance-santé. *Les nouveaux services développés et les nouveaux hôpitaux bâtis avec les fonds que fournit le gouvernement fédéral hâtent le moment où chaque province pourra prendre de nouvelles mesures pour instituer l'assurance contre les frais médicaux et hospitaliers, assurance à laquelle, bien entendu, le gouvernement fédéral contribuera en vertu d'ententes satisfaisantes qui régiront la coopération fédérale-provinciale.*

A cause de l'importance du projet, je veux rappeler à mes auditeurs une déclaration récente du premier ministre du Canada. Il a dit:

« 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. »

Il faut noter que le Programme national d'hygiène n'a pas été seulement l'aboutissement des propositions relatives aux subventions d'hygiène, aux enquêtes et à la construction d'hôpitaux, propositions faites aux provinces par le gouvernement fédéral en 1945-1946. Ce Programme dépasse de beaucoup ces propositions. La meilleure preuve, c'est que l'an dernier les provinces ont disposé de \$17,123,000 de plus en subventions que si elles n'avaient reçu que les montants prévus par les propositions.

Ce surplus d'allocation, qui étend le champ d'action et l'efficacité des propositions originales, sert maintenant aux provinces à augmenter le nombre de leurs hygiénistes, à développer de nouveaux services d'hygiène et à accroître les facilités d'hospitalisation et d'hygiène. A mesure que ces nouvelles facilités deviendront disponibles, les provinces elles-mêmes, au moyen d'enquêtes en marche, seront en mesure de déterminer la rapidité avec laquelle l'assurance contre les frais médicaux et hospitaliers pourra entrer en vigueur. Tout en développant leurs plans grâce au stimulant des subventions rendues possibles par le Programme national d'hygiène, les provinces auront, pour les appuyer dans leur objectif, cette conviction largement partagée au Canada par les profanes comme par les hygiénistes professionnels, à savoir que le pays doit se hâter de développer un meilleur système de services sanitaires, afin d'amoin-drir le plus possible la difficulté d'assurer de bons services sanitaires aux personnes qui, sans qu'il y ait de leur faute, ne peuvent en payer le coût.

Au moment où nous poursuivons nos plans et nos programmes dans ce sens, je suis sûr que, sur un point, il n'y aura aucun désaccord. Nous ne voulons en aucune manière affaiblir au pays les relations amicales et heureuses entre médecin et malades. C'est une considération importante, et fondamentale. Il faut conserver à tout prix les rapports traditionnels

de médecin à malade; cela peut se faire, j'en suis sûr, surtout depuis que les grandes associations professionnelles d'hygiène ont pris si nettement fait et cause pour un système approprié d'assurance contre les frais médicaux et hospitaliers.

Le programme national d'hygiène a reçu l'appui de la population canadienne, parce qu'il répond à un besoin national évident. En préparant nos plans futurs, nous demandions direction, inspiration et appui aux organismes bénévoles nationaux, comme la Ligue canadienne de Santé. Nous comptons qu'ils éveilleront l'intérêt public, qu'ils encourageront et maintiendront nos progrès. Leurs programmes d'éducation sanitaire ont un double effet: en accordant aux soins d'hygiène toute leur valeur, ils portent le public à s'intéresser à l'amélioration des services sanitaires. Grâce à leurs efforts bénévoles dans le domaine de l'enseignement de l'hygiène, ils aident à créer une opinion publique avertie et intelligente, opinion publique qui, dans une société démocratique, est la source de toute notre énergie.

Quiconque se dépense dans le champ de l'hygiène en notre pays devrait se rendre compte de l'immense

intérêt que tous les Canadiens manifestent lorsqu'il s'agit de maintenir notre organisation sanitaire à la hauteur de nos besoins. Il ne faut rien laisser perdre de cet élan. Au moment où, par des mesures comme le Pacte de l'Atlantique, nous renforçons les bastions extérieurs qui protègent notre mode de vie, nous ne devons pas trahir la cause commune de l'humanité. Nous ne devons pas retarder notre ascension vers la justice sociale que nous devons à tous les Canadiens. Si nous voulons résister à la pression d'autres idéologies, il faut que nous prenions, en ce pays, les mesures d'hygiène et de bien-être qui donneront à notre population, qui en sera la bénéficiaire, une foi perpétuelle dans la valeur et le sens de la démocratie. Un peuple sain et laborieux, un peuple conscient de ses droits démocratiques et assuré que nul effort n'est épargné pour les traduire en actes, un tel peuple aura foi en la démocratie, travaillera pour elle, parce qu'il sera convaincu, de par sa propre expérience, qu'elle est un puissant crédo politique. La responsabilité qui nous incombe saute aux yeux: il faut faire en sorte que la foi démocratique de notre population repose toujours sur des fondements aussi solides.

LES SERVICES RENDUS PAR LE LABORATOIRE MUNICIPAL ¹

Ad. GROULX, M.P.H.,

Directeur du Service de Santé, Ville de Montréal.

Les laboratoires, dans un service de santé, constituent une division technique importante et nécessaire organisée pour répondre à tous les besoins de la santé publique. Ils sont une arme essentielle pour assurer le contrôle des maladies infectieuses et la salubrité des aliments.

La direction des laboratoires est confiée au docteur Rosario Bérard, bachelier ès arts et docteur en médecine de l'Université de Montréal. Il compte 20 années d'expérience à cette division, dont neuf années comme surintendant.

Il est secondé par un médecin bactériologiste d'expérience, le docteur Louis Paré, ancien chef des laboratoires de l'hôpital Ste-Justine et de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke; par M. Eudore Giguère, bachelier en sciences appliquées et ingénieur chimiste diplômé de l'École polytechnique et reconnu comme expert chimiste auprès des tribunaux; par M. P.-A. Bérard, docteur en sciences, et M. C. Cofsky, pharmacien chimiste, qui remplissent respectivement leurs fonctions à titre de chimiste et d'assistant-chimiste; il y a aussi deux analystes et deux assistants-analystes, deux aides de laboratoire et deux employées de bureau; soit un total de treize employés. Cette division dispose d'un budget de \$45,014.00.

Le travail d'analyses accompli est réparti en deux groupes: bactériologiques et chimiques. Il contribue au dépistage des maladies contagieuses et autres, et rend possible le contrôle bactériologique et chimique des aliments.

Nos laboratoires du Service de santé sont avant tout des services de diagnostic médical et clinique. Ils secondent le travail accompli pour la prévention de la diphtérie, de la ty-

phoïde, des maladies entériques, de la tuberculose, des maladies vénériennes et autres par les analyses du sang, des sécrétions et excréments: crachats, urines, selles, prélèvements, etc.

Le surintendant-épidémiologiste de la division des maladies contagieuses, les phtisiologues de la division de la tuberculose, le surintendant de la division des maladies vénériennes, y puisent les renseignements nécessaires leur permettant de poser un diagnostic précis et de prendre les mesures nécessaires pour le contrôle des maladies contagieuses et la sauvegarde de la santé publique.

Les laboratoires sont aussi une aide précieuse aux médecins de Montréal et leur offrent une collaboration dans le diagnostic des maladies par les analyses. La plupart étant effectuées à leur demande, surtout les analyses des urines, du sang (autres que pour la syphilis) et des sécrétions et excréments. Toutes ces analyses sont faites gratuitement à la demande des médecins; pour les analyses du sang et des urines nous exigeons un certificat du médecin traitant, attestant l'incapacité de payer de la part du patient. Le rapport des analyses est adressé au médecin lui-même.

Je dois ajouter qu'un bon nombre d'analyses sont aussi faites à la demande du Service de la police et des diverses divisions du Service de santé.

Au cours de l'année 1948, 76,215 analyses bactériologiques et chimiques ont été effectuées dans nos laboratoires: 35,155 pour le contrôle de l'eau, du lait et des aliments et 41,060 pour diagnostic clinique; sur ce nombre 17,600 sur demande des médecins praticiens.

La recherche de la typhoïde, des paratyphoïdes A et B et des dysenteries a nécessité plus de 2,700 examens biologiques et bactériologiques du sang, par agglutination des bacilles, de recherches des bacilles dans les selles

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC, Quart d'heure de Concordia », le 18 avril 1948, à 10 heures et demie du soir.

et les urines des malades, des porteurs de germes ou des manipulateurs d'aliments. Les examens biologiques du sang pour les recherches sérologiques effectuées aux laboratoires consistent surtout en réaction d'agglutination de Widal et de Dreyer, pour la typhoïde, les paratyphoïdes, la brucellose et le groupe des bacilles dysentériques.

2,941 analyses des sécrétions du nez et de la gorge des malades et des contacts ont permis la recherche des cas de diphtérie. Ces examens sont faits sur milieu de culture au sérum de bœuf coagulé après 18 heures d'incubation. Le petit nombre de ces analyses est attribuable au nombre peu élevé des cas de cette maladie.

On a effectué plus de 7,413 analyses des crachats, dont 6,140 par un examen direct après étalements et coloration; on a fait 1,260 examens directs et cultures, soit des crachats, soit des lavages gastriques effectués à la clinique Laurier, à la demande des médecins.

Comme contribution à la lutte contre les maladies vénériennes, nous avons procédé à 2,719 examens pour les recherches du gonocoque dans les sécrétions urétrales et vaginales, par l'examen direct et la culture, pour le Service de la police, la division des maladies vénériennes et de la carte de santé.

Pour le séro-diagnostic de la syphilis, le personnel du laboratoire a procédé à 3,887 prises de sang. Le sang que nous prélevons est envoyé au laboratoire provincial pour analyse pour la réaction du Wassermann.

2,865 examens cytologiques du sang ont été faits; ils comprennent la numération des globules rouges et des globules blancs, la formule leucocytaire et le pourcentage d'hémoglobine pour le sang, la numération des lymphocytes dans le liquide pleurétique et céphalo-rachidien.

Les examens bactériologiques des selles comprennent la recherche des amibes, des œufs, des vers, des fibres musculaires, de l'amidon, du sang et du pus, du bacille de Koch et des bacilles causant les infections intestinales.

Il s'est fait au laboratoire du Service de santé, en 1948, plus de 16.071 analyses chimi-

ques et microscopiques d'urine. On a fait également des analyses du sang pour azotémie, glycémie, créatinine et cholestérine.

La deuxième fonction de la division des laboratoires concerne le contrôle de la qualité des aliments, de l'eau, du lait, etc., par des analyses bactériologiques et chimiques. Ces examens complètent le travail de surveillance et d'inspection fait par les inspecteurs sanitaires à ces points de vue. En 1948, 35,155 analyses de cette nature ont été faites.

Les analyses pour les produits alimentaires comprennent des analyses bactériologiques et chimiques de l'eau, du lait, de la crème, de la crème glacée, du breuvage lacté au chocolat, des viandes et des conserves. Ces analyses sont réparties en analyses quantitatives et en analyses qualitatives:

a) en analyses quantitatives effectuées sur milieux solides à l'agar, afin d'établir le nombre de bactéries dans un centimètre cube.

b) en analyses qualitatives effectuées sur un milieu liquide à la bile pour la recherche du groupe colibacille. C'est l'épreuve de fermentation.

Les aliments naturels sont examinés sur différents milieux de culture et les conserves également sont ensemencées sur plusieurs milieux de culture différents.

L'eau de l'aqueduc est soumise à trois contrôles minutieux, d'abord toutes les heures à l'aqueduc municipal même, ensuite par le prélèvement, dans différents centres de la ville, d'un certain nombre d'échantillons par semaine et, de plus, par la collecte d'échantillons souvent répétée par le laboratoire provincial.

L'eau des bains publics et des piscines est également contrôlée régulièrement au point de vue bactériologique. On prélève un échantillon par bain, chaque semaine, ce qui a nécessité 1,308 analyses en 1948.

Le lavage des ustensiles, des récipients, de la vaisselle et de la verrerie dans les laiteries, les restaurants et les tavernes est également contrôlé par l'analyse des eaux de lavage de ces différents établissements. Par suite des 2,422

analyses effectuées en 1948 qui permettent ce contrôle, le Service de santé a pu porter une attention toute particulière au lavage, à la propreté et au degré de stérilisation des récipients, des bassins, de la vaisselle et des verres dans les établissements où l'on sert des aliments et des breuvages au public.

Pour le contrôle du lait, de la crème et des sous-produits du lait, des viandes et des conserves, il s'est fait au laboratoire, en 1948, 30,721 analyses bactériologiques et chimiques dont 28,683 sur le lait nature, pasteurisé ou non, la crème et leurs sous-produits. 2,038 recherches bactériologiques et chimiques ont été effectuées sur les viandes non préparées, la saucisse, les viandes préparées, les conserves, et, dans les cas d'empoisonnements alimentaires, pour la recherche des métaux toxiques et des préservatifs.

Le lait pasteurisé, en plus d'être contrôlé par des recherches bactériologiques, est soumis à l'épreuve de la phosphatase. Cet essai qui est très sensible permet de contrôler que le lait,

qui a été chauffé à une température déterminée et qui a été maintenu à cette température pendant tout le temps nécessaire, est bien pasteurisé. Et même, cet essai permet de déceler la présence de lait cru non pasteurisé mélangé à du lait parfaitement pasteurisé.

Toutes ces analyses effectuées au laboratoire du Service de santé sont faites suivant les techniques officielles et reconnues par l'"American Public Health Association".

Ces quelques renseignements suffisent à démontrer l'importance des laboratoires dans notre Service de santé et la somme importante de travail qui s'y fait.

J'en profite pour rendre témoignage au docteur R. Bérard et à son personnel, pour le dévouement qu'ils apportent dans l'accomplissement de leurs fonctions. Ils sont pour vous et pour nous une aide précieuse dans la prévention et le diagnostic des maladies et la solution nécessaire à certains problèmes de santé publique.

CORRESPONDANCE

LETTRE DE PARIS

Le corps médical français doit marquer ce mois d'avril 1949 d'une pierre blanche. En effet, après plus de 12 ans d'efforts, la retraite du médecin est enfin réalisée.

Pour qu'elle pût se faire, il a fallu l'inclure dans un système général de retraite pour les non-salariés. Dans un premier temps, l'Etat a organisé les retraites des travailleurs qui sont servies par la Sécurité Sociale. Dans un deuxième temps l'Etat s'est préoccupé de celles des non-salariés qui comprennent les professions libérales et les artisans.

Une loi votée le 18 janvier 1948 organisait les allocations-vieillesse pour ce groupe important. Elle déterminait le taux minimum de l'allocation qui est la moitié de l'allocation des vieux travailleurs, fixait à 65 ans l'âge auquel les non-salariés pouvaient prendre leur retraite, arrêta à 7.000 frs le prix de la cotisation annuelle.

Ainsi, quand le médecin parviendra à 65 ans (à 60 ans s'il est inapte au travail), s'il a travaillé au moins 10 ans, dans la profession, il touchera pour le reste de ses jours, à condition qu'il cesse la profession, 19.200 frs par an. Son conjoint, quand il aura atteint à son tour 65 ans, touchera 15.600 frs par an.

Cette retraite est appelée retraite de base, elle est extrêmement modeste, elle est commune à tous les non-salariés, elle est la moitié de la leur.

Mais cette loi du 18 janvier 1948 prévoyait la possibilité, pour chaque profession non salariée, d'établir un régime complémentaire de retraite fonctionnant à titre obligatoire, organisé et régi par la profession.

C'est la véritable retraite qui s'ajoute à la première.

Cette retraite complémentaire est construite sur les bases suivantes: retraite par répartition et non par capitalisation (ce dernier mode aurait été dangereux en raison de l'instabilité de

notre monnaie); retraite accordée sans discrimination des ressources personnelles du bénéficiaire; obligation de cesser l'exercice de la médecine pour l'obtention de la retraite; obligation d'avoir exercé la pratique civile comme non-salarié pendant au moins 20 années avant l'âge de 65 ans; exemption de la cotisation la première année de l'installation et à partir de 75 ans chez les médecins âgés. A cette retraite sera adjoint ultérieurement un régime d'assurances couvrant le risque invalidité et décès.

Si nous entrons dans les détails du projet qui a été établi et qui sera vraisemblablement adopté, nous voyons que la retraite est calculée en fonction du nombre d'années d'exercice, chaque année comptant pour un certain nombre de points.

A la prise d'effet de la retraite, on établit le nombre de points acquis par le bénéficiaire et le montant de la retraite est fixé par la valeur annuelle du point (car il s'agit d'une retraite par répartition) multipliée par le nombre de points acquis.

La cotisation annuelle est égale à 70 fois la somme obtenue en calculant au 1er janvier de l'année la moyenne arithmétique des tarifs de la consultation et de la visite dans certains départements. Elle s'élèvera pour 1949 à 21.000 frs. On admet qu'il y aura 27.000 cotisants.

Il faut remarquer que la retraite est fixée par une échelle mobile. Elle variera avec les honoraires des visites et consultations, par conséquent avec la valeur du franc.

Le Conseil d'Administration de ce régime complémentaire, composé entièrement de médecins, a admis qu'il était juste de demander aux premières générations de retraités, et qui n'auront pas ou qui auront peu cotisé, de compenser les efforts des jeunes médecins par le versement d'un modeste capital dit capital de rachat calculé en fonction de l'âge de prise

d'effet de la retraite et du nombre d'années de cotisations.

Deux cas sont donc à considérer d'après la date d'installation du médecin.

Pour les médecins qui vont s'installer après la création de la retraite, le cas est simple: ils sont dispensés de cotisation l'année de leur première installation. Ils versent leurs cotisations jusqu'à l'âge de la prise d'effet de la retraite, qui ne peut être antérieur à 65 ans (sauf en cas d'invalidité totale, où l'âge est ramené à 60 ans).

Ils acquièrent les points suivants: de l'année de leur premier versement de cotisation jusqu'à l'âge de 65 ans, 4 points par an. S'ils continuent à exercer après 65 ans, ils doivent payer leurs cotisations et acquièrent 8 points par année de versement et cela jusqu'à 75 ans.

A l'âge où la retraite est prise, on multiplie le nombre de points obtenus par la valeur du point et on obtient la somme qui sera versée chaque année jusqu'à sa mort au médecin.

La retraite ainsi calculée est réversible de moitié sur la tête du conjoint dès que ce dernier a atteint l'âge de 65 ou de 60 ans en cas d'invalidité et à condition que le médecin ait atteint lui-même l'âge de la retraite.

Pour les médecins installés avant la création de la retraite, chaque année d'exercice, avant la date de cette création compte 2 points; chaque année d'exercice de la création de la retraite jusqu'à 65 ans compte 4 points; chaque année après 65 ans compte 8 points.

Pour avoir une retraite entière, il faut totaliser 140 points. Si le médecin n'a pas atteint 140 points, il pourra soit verser une certaine somme (capital de rachat), soit se contenter d'une retraite inférieure calculée au prorata de ses points.

D'après les calculs faits sur travaux d'actuariers, la retraite totale, soit 140 points, sera de 102.000 frs par an, auxquels s'ajouteront la retraite de base, 19.200 frs, celle de son conjoint, 15.600 frs, une bonification provenant du placement des capitaux de rachat. Au total, avec ce projet, la retraite du médecin

(avec son conjoint âgé de plus de 65 ans) pourra être de 142.800 frs par an. Celle du médecin célibataire ou veuf sera de 127.000; celle de la veuve de 69.000 frs.

Tel est dans ses grandes lignes le projet de la retraite complémentaire dont le principal artisan fut un de nos confrères, le Dr Vauzanges, qui est extrêmement compétent en matière d'assurances. Des assouplissements, des modifications de détail pourront intervenir, mais dans l'ensemble ce projet sera très probablement adopté. D'ailleurs, la retraite de base a pris effet le 1er avril dernier et il est vraisemblable qu'au mois d'octobre prochain la retraite complémentaire pourra être servie.

Evidemment, ces retraites proposées sont faibles par comparaison avec d'autres retraites. Mais le médecin n'est pas fonctionnaire. On oublie facilement que l'Etat prend à sa charge plus de la moitié des retraites de ses agents. Les médecins doivent faire leurs retraites, seuls, sans intervention des Pouvoirs Publics. Certes, quand on songe qu'à 65 ans le médecin après une vie de labeur à nulle autre pareille aura à peine le minimum vital, on peut trouver cette retraite dérisoire. Mais entre le zéro qui existe actuellement, chez nous, en France, et les 12.000 frs par mois qui existeront demain, se place la perspective, pour beaucoup de médecins ou de veuves de médecins, de ne plus mourir de faim, car la liste est plus longue qu'on ne croit de ceux ou de celles qui attendent avec angoisse le jour où ils toucheront la première mensualité de la retraite.

Aussi est-ce par une longue ovation qu'à l'Assemblée qui réunissait au début du mois tous les présidents et tous les secrétaires des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, fut accueilli le président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le professeur Portes, dont l'inlassable et persévérant labeur, depuis trois ans, a permis cette belle réalisation.

On me pardonnera d'avoir exposé si longuement ce qui touche exclusivement le corps médical français. Mais, à la réflexion, l'importance de cette réalisation dépasse les frontiè-

res de la France. Au moment où de tous côtés, sous tous les ciels, la médecine libérale est attaquée et parfois même par ceux qui en font partie, au moment où certains prônent la fonctionnarisation de la médecine, comme donnant plus de garantie pour les malades et assurant aux médecins une vieillesse plus heureuse, le corps médical français, tout en comprenant

et en assurant sa mission sociale, a pu réaliser, dans le cadre de la médecine libérale, un système de retraite encore incomplet mais qui pourra être amendé, perfectionné et complété dans l'avenir sans l'aide de l'Etat. Et ceci valait la peine d'être dit.

André PLICHET.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

SUR UN TRAITEMENT GÉNÉRAL DES ULCÈRES VARIQUEUX ET DES PLAIES ATONES PAR LES "HORMONES NERVEUSES"¹

Pierre GROBON,

Attaché médical à l'Hôpital Necker (Paris).

Les ulcères variqueux paraissent être actuellement une affection de plus en plus fréquente.

Nous nous permettons de signaler les heureux effets tant préventifs que curatifs de notre méthode, puisque les injections parentérales "d'extrait neural" sont autant capables d'empêcher l'apparition d'un ulcère variqueux que de guérir une plaie atone constituée de vieille date, creusée et de large étendue. De plus, et c'est là un point fondamental, sur lequel nous voulons insister tout particulièrement, le pronostic pour ces affections est également très favorable, puisque les plaies ne récidivent pas dans la grande majorité des cas, si le traitement a été convenablement suivi.

COMPOSITION

L'"extrait neural" est un extrait de moelle épinière bovine préparé par un procédé spécial de laboratoire, visant à isoler les corps actifs appelés "hormones nerveuses".

Ce produit est secondairement repris par le sérum physiologique, en vue de son administration par les voies intramusculaire, buccale ou par "arrosage local". Il est présenté sous forme d'ampoules de 5 cc. correspondant à 3 grs de moelle épinière fraîche.

Ce mode de préparation permet de réaliser un traitement absolument indolore, ne produisant pas d'eschare et d'une innocuité absolue.

De nouvelles recherches pharmacologiques et cliniques nous ont conduits à associer à l'extrait médullaire de l'extrait de nerfs, dont l'action est encore plus efficace. Cet extrait possède des "hormones nerveuses" que nous

nous efforçons actuellement d'isoler et de faire cristalliser.

Enfin, disons que l'extrait de moelle épinière équine nous paraît encore plus actif que celui d'origine bovine dans le traitement des plaies atones survenant chez des sujets tuberculeux.

Cette idée est basée sur la notion de pathologie vétérinaire, mettant en lumière l'extrême rareté de la tuberculose chez le cheval.

C'est précisément cette remarque qui permit au docteur vétérinaire Jean Lamoureux de penser à l'hypothèse de l'existence de corps antituberculeux dans cette dernière préparation.

BASES DE LA MÉTHODE

Nous rappellerons ici très succinctement les différents rapprochement biologiques qui nous ont amené à penser à l'idée d'un traitement de "la peau par les nerfs".

Ce fut tout d'abord la notion embryologique d'une origine commune ectodermique des systèmes nerveux et cutané, qui nous conduisit à admettre une dépendance étroite entre les deux tissus.

Ce fut aussi l'hypothèse d'une sécrétion nerveuse généralisée à tous les nerfs, étant donnée l'existence certaine et prouvée des fibres adrénergiques et cholinergiques.

Mais surtout, c'est de la coexistence si fréquente des lésions nerveuse et cutanée, telles qu'on les rencontre au cours des paraplégies, des poliomyélites, des polynévrites, des zonas, que nous avons pensé à cette nouvelle méthode.

Au total, la peau et le tissu nerveux sont

1. D'après la méthode de l'auteur.

constamment en relation et il était logique de les traiter l'un par l'autre.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Sans insister longuement, rappelons que l'extrait neural vise avant tout les traitements: des ulcères variqueux, des troubles trophiques jambiers, des douleurs des péri-phlébites et même des phlébites, de certains eczémas et prurits (travaux du docteur vétérinaire D. Grobon, au cours de certains eczémas canins), mais aussi, des ulcères gastro-duodénaux et de l'hypertension.

Enfin, il y a lieu d'insister sur les bons résultats obtenus récemment dans certaines énurésies nocturnes des jeunes enfants par la simple administration buccale, sans aucune injection parentérale.

Des résultats analogues seront obtenus dans toutes les affections où l'on pourra suspecter l'origine névritique.

La seule contre-indication formelle de notre produit est l'*angine de poitrine*, qui en interdit l'emploi, même par *voie buccale*.

CONDUITE DU TRAITEMENT

a) *Traitement général*

Le traitement consiste en une série de douze injections intramusculaires d'"*extrait neural*". Dosé à 5 cc.

Pratiquées tous les jours, soit douze jours pour la série. Cette première série doit être en moyenne suivie, un mois après, d'une deuxième série dite "*d'entretien*", et comportant également douze injections intramusculaires.

Si besoin est, six mois après, on fera une troisième série semblable. Ce nombre d'injections prescrit n'est d'ailleurs qu'une moyenne, il n'y a aucun danger à faire des séries plus longues.

Exceptionnellement, ces injections peuvent être suivies d'une légère réaction à type de frissons, mais qui ne sera d'aucune gravité.

Ce produit est en effet parfaitement toléré, même par des malades très âgés, et son emploi amène souvent une amélioration nette de l'état général.

b) *Traitement local*

Avec cette méthode, le traitement local passe au tout deuxième plan. On ne mettra sur la plaie qu'un peu d'éther sans frotter, et on recouvrira de compresses stérilisées.

Dans les cas rebelles, il sera bon de pratiquer avec le même produit l'"*arrosage local*" à la seringue, après avoir détergé la plaie à l'éther, ce qui amènera un bourgeonnement très rapide des tissus.

Il importe cependant de bien savoir que l'œdème jambier sera le gros écueil du traitement et commandera la thérapeutique correspondante: compression de la jambe par bandes silicatées compressives, drainage hépatique, traitement général adéquat.

En aucune façon on ne favorisera la transpiration jambière excessivement irritante pour les téguments, ni par coton cardé, ni par bandes ou bas caoutchoutés.

Par temps de forte chaleur, on supprimera même l'emploi de la bande Velpeau.

Le malade se trouvera bien, du seul emploi de bandes de gaze.

Conclusion.

Actuellement, notre statistique porte sur un nombre de 3,500 cas d'ulcères variqueux environ, avec 90% de guérisons chez des malades traités tant en ville qu'à l'Hôpital Necker (Paris).

Ces résultats thérapeutiques sont maintenant corroborés par les intéressants travaux d'histologie de Monsieur le Professeur Cailiau, de l'École de Médecine de Rouen, ainsi que de ceux de l'École de Strasbourg prouvant la part prépondérante des lésions du sympathique intra-pariéto-veineux, dans les capillarites, lésions princeps des ulcères variqueux. En régénérant le système nervo-veineux par notre méthode, on réalise donc, là, un traitement général de la maladie variqueuse, et bien plus on suscite dans tout l'organisme un travail de régénérescence tissulaire.

BIBLIOGRAPHIE

Articles et communications du docteur P. Grobon

- « Au sujet d'une thérapeutique nouvelle des ulcères variqueux et des plaies atones en général par les « hormones nerveuses » contenues dans l'Extrait total de moelle épinière bovine. » *Science Médicale Pratique*, avril 1947.
- « A propos d'un nouveau traitement des ulcères variqueux. » *Journal des Praticiens*, 29 mai 1947.

« Les hormones nerveuses », thérapeutique nouvelle des ulcères variqueux et des plaies atones en général. » *Journal des Praticiens*, 16 octobre 1947; *Medical Digest*, décembre 1947.

« Au sujet du traitement des ulcères variqueux et des plaies atones par les « hormones nerveuses ». » *Science Médicale Pratique*, novembre 1947.

« Sur les « hormones nerveuses », dans le traitement des plaies atones. » Conférence à la Société de Phlébologie (Paris), 28 avril 1948.

Traitement de l'arthrite rhumatoïde

Des travaux récents, des tentatives thérapeutiques de très fraîche date ont semblé démontrer que l'arthrite rhumatoïde, une des formes les plus répandues du rhumatisme chronique, a une origine à laquelle participent certaines hormones du cortex surrénalien. La pathogénie hypothétiquement invoquée semble complexe; cette affection relèverait du syndrome d'adaptation de Selye et serait couplée à une viciation du métabolisme du sel.

A tout événement, l'emploi de l'hormone adrénocorticotrope de l'hypophyse et de certains composés hormonaux du cortex surrénalien (17-hydroxy - 11 - dihydrocorticostérone; déhydrocortistérone; 17-hydroxycorticostérone) a paru amener des résultats surprenants chez certains malades. Il semble que cette voie puisse conduire à une découverte thérapeutique des plus importantes. — (Editorial — *British Medical Journal*, 812 (7 mai) 1949.

Traitement de la névralgie du nerf honteux interne.

Cette névralgie primitive ou secondaire se localise aux organes génitaux, au périnée, à la fesse en dedans de l'ischion et en bordure de l'anus. Elle peut être secondaire à des compressions par des tumeurs du petit bassin, très souvent par un cancer du rectum; dans d'autres cas, elle paraît être primitive puisqu'aucune lésion ne peut être identifiée.

Son traitement efficace est neuro-chirurgical et consiste dans la section, après laminectomie,

des racines postérieures S³ et S⁴. La section de S⁴ amène plus particulièrement la disparition de la douleur à la marge de l'anus et semble ainsi impliquer les fibres sensibles du nerf anal. (J.-A. Chavany. — *La Presse Médicale*, 57: 430 (19 mai) 1949.

Céphalée après la ponction lombaire.

Cette céphalée serait concomitante d'une hypotension du liquide céphalo-rachidien. Elle s'améliorerait et même disparaîtrait immédiatement par injection intrathécale de soluté salé isotonique qui rétablit la tension intracrânienne à un niveau normal ou plus élevé que la normale. Ce type de céphalée serait la conséquence d'une rétropulsion de la base et des parties postérieures du cerveau. Ce déplacement créerait une traction sur ses attaches et plus particulièrement sur les gros vaisseaux artériels de cette région de la base (Pickering. *Brain*, 71: 242 (sept.) 1948.

Douleurs intolérables et lobotomie.

La lobotomie consiste dans la section, au sein du lobe préfrontal, des fibres d'association qui le relie aux autres parties du cerveau. Il semble que c'est plus particulièrement l'interruption du contact fronto-thalamique qui amène l'effet psychologique déterminé: indifférence affective, disparition de toute souffrance morale ayant trait au passé et à l'avenir, imprévoyance, prodigalité, diminution du sens moral, disparition de toute initiative créatrice et constructive. Cette méthode est utilisée pour le traitement de cer-

tains syndromes mentaux. Elle sert aussi au soulagement de la perception, de l'intégration consciente des syndromes douloureux. Aussi, on rapporte les résultats très favorables de la lobotomie sur 28 cas de douleurs irrésistibles causées soit par un cancer, soit par des névralgies de diverses origines, résistant à toute thérapeutique.

Ce procédé est intéressant par ses possibilités d'action. Les voies sensibles ne sont pas touchées par la lobotomie, mais la répercussion sur la conscience ou plutôt sur l'affectivité étant réduite à très peu sinon à néant, la souffrance est d'autant apaisée. (J. B. Dynes et J. L. Poppen. *J. A. M. A.*, 140: 15 (7 mai) 1949.

Le diagnostic d'un coma.

Il est habituellement urgent de formuler un diagnostic étiologique d'un coma. Cela n'est pas toujours facile et il est impératif de connaître certains critères cliniques qui pourront aider à cette fin, en plus des réponses données aux recherches de laboratoire. Bien entendu, l'histoire du cas procurera la solution dans bien des cas. Voici quelques indices cliniques comportant une signification utile.

Pouls plein et bondissant: hypertension artérielle.

Pouls lent: hypertension intracrânienne par une tumeur par exemple, comme le plus souvent.

Pouls irrégulier: porte l'attention vers le cœur.

Hypothermie: coma morphinique ou par exposition au froid.

Écoulement de pus par oreille ou sinusite: possibilité d'abcès intracrânien.

Résistance à l'ouverture des yeux et globes qui se cachent derrière la paupière supérieure qu'on soulève: coma hystérique.

Des signes neurologiques parfois subtils, des notions anamnestiques pourront différencier une contusion cérébrale, une hémorragie épidurale, un hématome sous-dural aigu ou chronique d'évolution.

L'hémorragie cérébrale survient surtout chez des hypertendus.

La thrombose avec ramollissement cérébral se rencontre surtout chez des sujets âgés, à moins qu'il ne s'agisse de syphilis (ou de diabète). Elle s'installe souvent durant le sommeil, est associée à de l'hypotension artérielle ou à une affection cardiaque.

L'embolie cérébrale est trouvée chez des sujets plus jeunes et s'effectue surtout au cerveau gauche.

Une hypertension intracrânienne trouvée à la ponction lombaire ou à l'examen du fond de l'œil favorise le diagnostic d'une tumeur alors qu'un B.W. positif avec courbes colloïdales positives incline vers la thrombose par artérite. On devra aussi penser à la possibilité d'une hémorragie sous-arachnoïdienne, d'une thrombose des sinus veineux, d'un coma hyper ou hypoinsulinique, urémique, d'un syndrome de Stokes-Adams, d'un coup de chaleur, d'un coma par insolation.

En somme une partie importante de la pathologie doit être invoquée en présence d'un coma et tous les renseignements anamnestiques, cliniques et bio-chimiques doivent servir au diagnostic véritable. (Lister A. Mount. *M. Clin. N. Am.*, 32: 795 (mai) 1948.

Un service de psychiatrie dans tout hôpital général.

Il est admis maintenant que des services de psychiatrie doivent se trouver dans les hôpitaux généraux. Bien entendu, ils n'ont pas à se substituer aux institutions pour aliénés où sont traités et gardés de grands malades délirants, détériorés ou arriérés. Ces services servent plutôt par leur consultation externe et leur section d'hospitalisation qui ne doit pas manquer, si on veut traiter les malades avec tous les moyens possibles et selon les indications thérapeutiques individuelles. Dix pour cent des lits d'un hôpital général devraient être consacrés au service de psychiatrie. Soit dans la section interne, soit à la consultation externe peuvent être traités des cas peu sévères et débutants de schizophrénie, des cas de dépression nerveuse réactionnelle ou affective, de mélancolie, d'hypomanie, de psycho-névro-

se, de psycho-somatique, de manifestations mentales par adaptation défectueuse conjugale ou sociale, par difficultés matérielles ou morales. Tous ces malades traités au début de leur affection et dans des conditions favorables, d'une façon assidue, appropriée et sympathique, guériront tôt dans une bonne proportion des cas. (B. L. Keyes, R. S. Bookhammer et A. J. Kaplan. *Am. J. Psy.*, **105**: (août) 1948.

Le pentothal en goutte à goutte intraveineux.

Le pentothal en solution à 1/1000 (en moyenne) dans un soluté glucosé ou chloruré, administré en goutte à goutte intraveineux, offre des avantages précieux pour provoquer le sommeil chez certains sujets qu'on désire opérer, soit comme anesthésique de base, soit comme méthode complémentaire à la rachianesthésie ou comme procédé d'induction chez des malades cardiaques. Il peut servir aussi en médecine comme médication anti-convulsivante ou hypnotique. (B. A. Greene et J. W. Pellon. *Surgery*, **24**: 855 (novembre) 1948.

La dihydrostreptomycine contre la tuberculose.

La dihydrostreptomycine paraît présenter beaucoup moins de toxicité pour le nerf auditif que la streptomycine. Par ailleurs, elle semble être moins active dans la tuberculose; aussi faut-il l'employer à des doses plus élevées (2-3 grammes par jour). Elle est plus irritante, causant plus de douleur au lieu d'injection et amenant des complications médullaires et surtout méningées employée par voie intrathécale. Son emploi par cette dernière voie est donc contre-indiqué jusqu'à nouvel ordre. Dans le cas d'une méningite tuberculeuse, faudrait-il donc employer la dihydrostreptomycine par voie musculaire et la streptomycine par voie intrathécale. (H. Hinshaw, etc. *Am. Rev. Tub.*, **58**: 525 (novembre) 1948.

Traitement de schizophrénie.

Observation de 1,005 cas de schizophrénie s'étendant sur 11 ans. Il ressort de cette étude qu'il n'existe pas de traitement spécifique de la démence précoce. Cependant, il semble que le coma insulémique procure des résultats plus favorables que le traitement par occupation, par sympathie et intérêt porté au malade, par les soins ordinaires hygiéno-diététiques de l'hospitalisation, que la convulsivothérapie également. (L. A. Finiefs. *J. Ment. Sc.*, **94**: 575 (juillet) 1948.

Diurétique mercuriel.

L'emploi du mercurhydrin par voie orale peut rendre de grands services dans le cas d'une insuffisance cardiaque avec œdème et épanchement.

Son administration est facile et élimine la voie parentérale. Les complications qu'on a attribuées à cette médication étaient souvent dues à d'autres causes comme l'intoxication digitalique. En somme, cette préparation ne comporterait pas une toxicité importante si elle est employée à bon escient. (H. A. Solomon et A. Abraham. — *New York State J. Med.*, **48**: 1593 (5 juillet) 1948.

Arthrite rhumatoïde et sels d'or.

Quatre cent soixante-quinze sujets à arthrite rhumatoïde furent traités aux sels d'or aux doses maxima de 50 milligrammes et le plus souvent de 25 milligrammes, la dose totale d'une série ne devant pas dépasser 790 milligrammes. Succès dans 68.3% des cas comportant une amélioration objective et subjective. Réactions toxiques dans 15% des séries et 21% des sujets traités. De la prudence, certaines précautions et la connaissance des complications possibles couplées à l'utilisation occasionnelle du BAL réduiront la gravité de ces complications à néant. (A. W. Dubbs et J. Goldman. — *Pennsylvania Med. Journ.*, **52**: 35 (octobre) 1948.

Roma AMYOT.

“L'Union Médicale du Canada” en 1880

Origines de la médecine préjugés populaires

Dr H. Lamarche

Juillet 1880.

... « Voici, dit Maxime de Tyr, comment on rapporte que la médecine a été jadis inventée: Les parents des malades allaient les déposer dans les rues et les passages les plus fréquentés. Les passants s'approchaient, les questionnaient et selon qu'ils avaient été atteints du même mal et avaient été guéris en prenant quelque chose, ou en faisant quelque amputation ou par la diète, chacun indiquait le remède qui avait réussi. L'identité des maladies fixa dans la mémoire l'identité des médicaments et une courte habitude de l'ensemble de ce résultat fut la mère de la science. Cette tradition de l'art à son berceau, a malheureusement survécu aux progrès de la médecine et si, aujourd'hui, on ne dépose plus le malade dans la rue, en revanche, les voisines et les commères s'installent à son chevet et lui prodiguent, de la meilleure foi du monde, les trésors de leur expérience médicale.

« Un des plus anciens médecins dont l'histoire de la Grèce fasse mention est Esculape ou Asclépiade. On le disait fils d'Apollon et il apprit de Chiron l'art de guérir. Il était prêtre-médecin, comme ceux qui l'adoraient dans la suite, grand magicien et le plus célèbre des médecins helléniques. Il vivait à une époque antérieure au siège de Troie. Au rapport de Pline, il mourut frappé par la foudre. La fable ne manque pas d'y trouver matière à une intrigue olympique; elle nous dit, en effet, que Pluton, jaloux des succès d'Esculape, s'en plaignit à Jupiter qui foudroya le grand ressusciteur de morts. Apollon, frappé dans ses affections les plus chères, jura de se venger; ne pouvant s'attaquer à Jupiter, il tua les Cyclopes qui fabriquaient ses foudres. Jupiter pour le consoler plaça Esculape parmi les constellations sous le nom de *Serpenteire*, mais en même temps, pour satisfaire sa justice, il exila Apollon sur la terre et sépara la médecine du sacerdoce et décréta qu'elle ne serait désormais qu'un art, un métier qu'on exercerait pour de l'argent. Voilà, messieurs, l'origine de nos honoraires, origine tellement problématique et contestée que nous avons cru, dans ces derniers temps, devoir établir un tarif légal qui pût nous les assurer d'une manière plus juridique.

« Les Grecs furent les premiers à adorer Esculape comme dieu de la médecine et à lui ériger des temples qui devinrent très nombreux et subsistèrent jusqu'à la venue de Jésus-Christ. Les prêtres d'Esculape portaient le nom d'Asclépiades et l'art de guérir fut leur apanage jusqu'à Hippocrate...

« ... Ce ne fut que sous Auguste que la profession médicale fut élevée au rang auquel elle avait droit. L'empereur était atteint d'une maladie qui menaçait de le mener au tombeau, les sommités médicales avaient épuisé en efforts stériles toutes les ressources de l'art. Antonius Musa, un affranchi qu'Auguste avait honoré de sa confiance en le nommant son médecin, entreprit de le guérir et y parvint par une méthode contradictoire à toutes les théories de l'époque. Cette heureuse cure valut à Musa tout ce qu'un Romain pouvait ambitionner; l'empereur le combla de largesses et le peuple lui éleva une statue à côté de celle d'Esculape. Bien plus, Auguste fit décréter par le Sénat, qu'en reconnaissance des services de son affranchi, tous les médecins romains seraient désormais exempts d'impôts à perpétuité, et accorda à Musa et à tous ceux qui dans la suite pratiqueraient la médecine, le droit de porter l'anneau d'or des chevaliers, ce qui était alors le privilège de la noblesse. Cet usage si flatteur pour nous s'est perpétué à travers les siècles, et après 1700 ans nos universités catholiques continuent à remettre à leurs gradués l'anneau d'or comme signe de la noblesse de caractère qui doit les distinguer, en même temps que le diplôme qui leur donne le titre de docteur.

« Sous cette puissante impulsion, la médecine fit des progrès prodigieux, on vit bientôt s'organiser le service médical de la marine et des armées, l'assistance médicale publique et privée, et un service médical pour toutes les principales associations de l'empire. Le paganisme, depuis longtemps, oscillait sur son vieux socle, l'abjuration de Constantin en fit un monceau de ruines; les disciples du Christ après avoir prouvé dans l'arène des cirques ce que peut la foi soutenue par l'espérance, étonnèrent le monde d'une vertu toute nouvelle, la charité chrétienne, on vit surgir les hôpitaux. On attribue généralement à Fabiola, grande dame romaine et chrétienne, la fondation du premier établissement de ce genre vers l'an 380; cependant le Dr Gauthier, sur la foi de saint Epiphane, parle de plusieurs hôpitaux qui existaient à Sébaste et dans d'autres villes de l'Asie, à une époque antérieure. Saint Basile fonda, à Césarée, en 372, un hôpital qui était si vaste que saint Jean Chrysostome le compare à une ville. En 542, fut fondé par Childebert 1er, le plus ancien des hôpitaux français, l'Hôtel-Dieu de Lyon.

« Le mot « hospitalia » servait à désigner des appartements de leurs palais où les riches romains donnaient l'hospitalité aux étrangers et aux voyageurs. Le premier asile uniquement destiné à recueillir les malades et les infirmes pauvres reçut le nom de *nosocomium* qui signifie: lieu où l'on transporte les

malades, mais l'expression n'a pas prévalu et l'usage nous a transmis et nous fait conserver le mot *hôpital* qui n'est pourtant pas aussi juste...

«... Les premières ébauches de dissection eurent lieu à Bologne, en 1151, et en Sicile, en 1250, mais l'esprit public et l'autorité s'en émurent tellement qu'il fallut discontinuer. En 1306, Mondini de Luzzi entreprit à son tour d'arracher à la mort le secret de la vie, mais quand vint le moment de disséquer la tête du cadavre, l'audace lui manqua et il jeta son scalpel, effrayé, comme il le dit lui-même, de l'énormité du crime qu'il allait commettre. Dans le courant du 14^e siècle, les papes vinrent mettre un terme à ces scrupules et autorisèrent les dissections et, en 1539, parut le fondateur de l'anatomie moderne, l'immortel André Vésale. Acharné au travail et dédaignant les superstitions de l'époque, il allait pendant la nuit détacher du gibet de Montfaucon les cadavres des assassins que la justice y laissait exposés à la rapacité des oiseaux de proie et rentrait chez lui courbé sous le poids du hideux fardeau qui jeta tant de lumière sur son art et tant de gloire sur son nom.

« De l'anatomie, on le conçoit, naquit la chirurgie et, quarante ans après Vésale, en 1590, parut Ambroise Paré, le père de la chirurgie moderne, le savant modeste qui disait: « Je pensai, Dieu le guérit. » Les chirurgiens n'étaient pas alors ce qu'ils sont aujourd'hui. Ils eurent à soutenir pendant plus de deux siècles la haine des médecins et les empiètements des barbiers. Jusqu'à Charles VII, le mariage fut

interdit aux médecins et il leur était défendu de verser le sang, ce dont ils s'abstenaient volontiers vu leur ignorance de l'anatomie, mais, comme dit Bouchut, au lieu d'appeler les chirurgiens à leur aide pour les opérations qu'ils ne savaient pas faire, les médecins de la faculté appelaient au contraire les barbiers qui, par reconnaissance, tracassaient les chirurgiens de tout leur pouvoir. Les ordonnances du roi et du prévôt de Paris n'y firent rien, il fallait la révolution de 1789 pour mettre ces deux branches de la médecine sur un pied d'égalité. Quant aux barbiers, qui alors ouvraient les abcès, appliquaient les ventouses, réduisaient les dislocations et les hernies, pratiquaient la saignée, l'opération de la cataracte et celle de la pierre et tout ce qui est du ressort de la petite chirurgie, ils se contentent aujourd'hui d'être artistes capillaires et ne conservent plus de leur antique splendeur que le bâton rouge et blanc qui se dresse coquettement sur la façade de leur boutique et qui rappelle le bras d'un patient qu'on vient de saigner et d'entourer d'une bandelette...

«... On veut être trompé et on y tient. Que le médecin consciencieux, après un examen attentif, dise au malade qui l'a fait appeler: Monsieur, je n'ai rien à faire, la nature se chargera de votre guérison, il se trouvera là quelqu'un pour chuchoter: c'était bien la peine de le faire venir. Hippocrate a dit, il y a 2,000 ans: « C'est souvent faire beaucoup que de ne rien faire. » Beaucoup de gens ne s'en doutent pas encore. Entre ne savoir rien faire et savoir ne rien faire, il y a toute la distance du charlatan au médecin... »

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

Luis VARGAS. — **Implantation sous-cutanée d'insuline dans le traitement du diabète.** (*Subcutaneous implantation of insulin in diabetes mellitus.*) "Lancet", 1: 598 (9 avril) 1949.

Après de multiples expériences, l'auteur a démontré que l'implantation sous-cutanée de cristaux d'insuline-protamine-zinc mêlée à une quantité égale de cholestérol pouvait contrôler le diabète expérimental chez le lapin. L'absorption quotidienne est d'environ 1% de la quantité totale implantée.

L'auteur rapporte les résultats obtenus chez sept patients traités par cette nouvelle méthode.

La quantité d'insuline requise chez ces patients variait de 40 à 180 unités par jour. Les doses implantées furent de 2,000 à 16.850 unités.

Quatre de ces patients purent discontinuer leurs injections pendant tout le temps de l'expérience. La durée d'effet de ces cristaux est encore imprécise, mais l'on croit qu'elle pourra varier de 80 à 100 jours. Il est à remarquer qu'il n'y eut aucun cas d'absorption massive pouvant faire craindre un dangereux choc hypoglycémique.

L'auteur signale que non seulement l'on pourra abolir les injections quotidiennes, mais que, grâce à l'absorption lente et régulière de l'insuline, l'on peut espérer un meilleur contrôle du diabète.

Cette nouvelle méthode est pleine d'avenir. Peut-être révolutionnera-t-elle le traitement du diabète?

Jean PRUD'HOMME

Poul BECHGAARD. — **Fibrillation ventriculaire paroxystique avec guérison.** (*Paroxysmal Ventricular Fibrillation with Recovery.*) "Acta Medica Scandinavica", 9: 132 (fasc. 1) 1949.

C'est immédiatement avant la mort que fut observée la fibrillation ventriculaire pour la première fois, et il y a tout lieu de croire que c'est souvent ainsi que se termine la vie.

La fibrillation ventriculaire paroxystique avec survie a généralement été considérée comme un phénomène très rare, mais on en a rapporté ces dernières années plusieurs cas qui ont été vérifiés par l'ECG.

L'auteur prend pour acquis qu'on a fibrillation quand le rythme dépasse 400 par minute, et flutter quand il dépasse 250 par minute.

Il rapporte le cas intéressant suivant. Un homme de 50 ans absorbe 10 gms d'extrait de fougère, ce qui lui permet de se débarrasser d'un tænia. Mais, 4 jours après, il se sent pris de nausées, vomissements, diarrhée, douleurs précordiales avec angoisse et pertes de connaissance accompagnées d'incontinence vésicale et urinaire (Stokes-Adams).

Un ECG pris pendant l'une de ces crises a montré de la fibrillation ou du flutter ventriculaire pendant 125 secondes, une période d'extrasystoles ventriculaires, puis une période d'allongement du temps de conduction avec dissociation occasionnelle et enfin retour au rythme sinusal normal. Le patient est mort 13 mois plus tard, subitement, probablement de fibrillation ventriculaire après avoir été bien pendant tout cet intervalle.

L'autopsie n'a pu mettre en évidence aucune maladie cardiaque.

Les crises ont cédé à une thérapeutique intensive combinée de strophantin I.V. et de digitale pendant environ 20 jours.

J.-Roger GAREAU

PHTISIOLOGIE

J. D. STEELE, Jr., et T. R. MURPHY. — **La streptomycine en vue de la collapsothérapie.** (*Streptomycin in preparation for collapsotherapy.*) "Amer. Rev. of Tub.", **58**: 393 (oct.) 1948.

Pour préparer 17 malades (13 hommes et 4 femmes) souffrant de T.B. pulmonaire exsudative, les auteurs ont donné tous les jours, durant une moyenne de 78 jours, 0.75 à 2 grammes de streptomycine divisée en 3 doses par jour. Cette thérapeutique a été employée avant et durant la collapsothérapie. Chez 13 de ces malades, la tuberculose évoluait activement, avant que la streptomycinothérapie ne fût commencée. Douze patients devinrent prêts pour la thoracoplastie, trois pour le pneumothorax intrapleurale, deux pour la pneumolyse extrapleurale.

Conclusion: la streptomycine a réussi à arrêter les progrès de la maladie chez 13 des 17 malades. Sans cette thérapeutique préparante, la plupart de ces malades n'auraient jamais pu devenir des sujets aptes à la collapsothérapie et nous les aurions vus mourir sans être capables de les secourir.

Paul-René ARCHAMBAULT

CARDIOLOGIE

Sidney P. SCHAWARTZ, Jack ORLOFF et Charles FOX. — **Fibrillation ventriculaire passagère.** (*Transient Ventricular Fibrillation.*) "Am. Heart J.", **37**: 21 (janv.) 1949.

Les attaques syncopales du Stokes-Adams avec dissociation auriculo-ventriculaire seraient souvent dues à de la fibrillation ventriculaire passagère: voilà ce qu'a révélé chez 3 patients une étude électrocardiographique et phonocardiographique des troubles du rythme cardiaque qui précèdent la fibrillation ventriculaire.

Celle-ci est *toujours* précédée:

Par la présence d'un rythme ventriculaire fondamental variable avec changements périodiques dans le rythme du « pacemaker » A-V du cœur.

Par l'apparition d'extra-systoles ventriculaires initiales, isolées puis en groupes.

Par l'apparition d'ondes fibrillaires qui suivent toujours les extra-systoles ventriculaires.

Pendant la période prémonitoire, l'ECG montre des complexes ventriculaires déformés, avec un segment RS-T prolongé et une onde T qui s'inverse de plus en plus à chaque battement, traduisant ainsi la diminution de la conduction ventriculaire qui conduira à la fibrillation ventriculaire.

Cette fibrillation, même si elle ne dure que quelques secondes à la fois, ne se produit jamais sans ces signes prémonitoires; et inversement, quand on observe ces signes sur un tracé, on peut penser que le patient pourra faire des attaques syncopales.

J.-Roger GAREAU.

J. L. ORBISON. — **Thrombose du réseau de Chiari.** [*Thrombosis of anomalous chordae in the right atrium (Chiari's Network).*] "Am. Heart J.", **37**: 119 (janv.) 1949.

Chiari rapportait, en 1897, 11 cas où il avait trouvé un réseau de fibres dans l'atrium droit du cœur. Ces fibres sont des restes de la valvule droite du sinus veineux, laquelle régresse habituellement au quatrième mois de la vie fœtale pour former des valvules aux orifices de la veine cave inférieure et du sinus coronaire, et pas autre chose.

Le réseau de Chiari résulte donc d'une anomalie de développement et peut, d'autre part, donner lieu à des curiosités dont les deux principales sont la production d'un souffle (Alvarez puis Wilson) et la thrombose, avec ou sans embolies pulmonaires.

Dans le cas rapporté, le patient a d'abord souffert de défaillance congestive du cœur puis de thrombose du réseau de Chiari et,

enfin, d'embolies pulmonaires qui l'ont emporté.

Il est à noter qu'en plus de la persistance du réseau de Chiari, on lui a aussi trouvé une persistance du foramen ovale et une maladie polykystique des reins. Les anomalies congénitales voisinent assez fréquemment...

J.-Roger GAREAU.

Vernon C. HARP et Edwin S. PEEKE. — **Pneumopéricarde spontané.** (*Spontaneous Pneumocardium — Case report.*) "Am. Heart J.", **37**: 134 (janvier) 1949.

Le pneumopéricarde en question fut diagnostiqué du vivant du patient à l'occasion d'un cliché thoracique de routine, en dépit du peu de symptômes que présentait le patient.

Cause: épithélioma squirrheux de l'estomac avec ulcération, adhérences au diaphragme, au péricarde et au côlon transverse avec fistule gastro-colo-péricardique.

Résultat: mort par péricardite et pneumopéricarde; défaillance congestive du cœur, avec hydrothorax bilatéral, œdème pulmonaire, et congestion passive du foie.

Symptômes connus depuis 6 ans avant sa mort: amaigrissement de 35 livres en 8 mois, anachlorhydrie gastrique complète, anémie hyperchrome, dénutrition et alcoolisme chronique.

Symptômes la veille de sa mort: diarrhée depuis longtemps, faiblesse extrême et alitement depuis trois semaines, pas de douleur.

Diagnostic pré-mortem:

1° Malnutrition avec avitaminose, névrite périphérique, et hypoprotéïnémie.

2° Pneumonie du lobe inférieur gauche avec hydrothorax.

3° Pneumopéricarde.

J.-Roger GAREAU.

Robert CHARLIER. — **Cardiopathies congénitales cyanogènes.** — Importance du cathétérisme du cœur pour leur diagnostic différentiel. "Acta Cardiologica", **4**: 68, 1949.

Malgré une énorme accumulation de faits cliniques, les malformations congénitales du

cœur se singularisent par une pauvreté de symptômes et de signes caractéristiques. A l'heure actuelle, les méthodes d'examen dont le clinicien dispose habituellement (propédeutique, radioscopie, électrocardiographie) s'avèrent à maintes occasions insuffisantes pour établir un diagnostic de certitude. Les physiologistes sont venus au secours du médecin et ont donné une méthode très fertile en renseignements: le cathétérisme du cœur. Souvent cette méthode à elle seule permet de faire un diagnostic de certitude. Cette exploration permet: 1° de mesurer la pression qui règne dans les cavités cardiaques et les gros vaisseaux de la base du cœur; 2° de prélever du sang à partir des divers étages du cœur et d'en analyser la teneur en oxygène; 3° d'affirmer directement, dans certains cas, l'existence de diverses malformations en suivant à la fluoroscopie la sonde dans les diverses cavités.

L'auteur illustre la grande valeur de cette méthode par la présentation de deux malades intéressants. Chez le premier, le diagnostic clinique possible de syndrome d'Eisenmenger a été confirmé; chez le second, le diagnostic clinique probable de syndrome d'Eisenmenger fut infirmé et l'existence d'une tétralogie de Fallot a été démontrée.

Paul DAVID.

H. LAGERLOF et L. WERKO. — **Etudes sur la circulation chez l'homme.** — Effet du cédilanid (lanatoside C) sur le débit cardiaque et la P. A. dans la circulation pulmonaire chez des patients avec un cœur compensé et décompensé. (*Studies on the circulation in man. — The effect of cedilanid (lanatoside C) on cardiac output and blood pressure in the pulmonary circulation in patients with compensated and decompensated heart disease.*) "Acta Cardiologica", **4**: 1, 1949.

Cette étude montre que l'administration I. V. de cédilanid augmente le débit cardiaque en dedans de 30 minutes dans les cas où le cœur est insuffisant, sans changement des pressions dans les artères pulmonaires ou bra-

chiales et dans le ventricule droit. Cette augmentation fut observée, que le rythme fût régulier ou qu'il y eût fibrillation, et n'est pas liée à un ralentissement du cœur.

Dans les cœurs bien compensés, le cédilanid ne causa aucun changement de pression appréciable.

Cette étude ne confirme pas les avancés de McMichael: à savoir que l'augmentation du débit cardiaque après administration de digitale est secondaire à une chute de la pression dans l'oreillette droite.

L'action d'une dose intraveineuse de 0.8 mgm. de lanatoside C a été étudiée dans 5 cas d'insuffisance cardiaque et dans 7 cas de maladie cardiaque ne présentant pas d'insuffisance.

Le débit cardiaque, les pressions de l'oreillette droite, du ventricule droit, des artères pulmonaires et brachiales furent déterminés au moyen du cathétérisme du cœur droit avant et à certains intervalles après l'administration de cette digitale.

Le débit cardiaque augmenta dans tous les cas d'insuffisance tandis que dans les autres cas on observa soit une élévation, soit une diminution du débit.

Paul DAVID

M. M. GERTLER et S. B. YOHALEM. — **Action de l'atrabrine sur les troubles du rythme.** (*The effect of atrabrine (quinacrine hydrochloride) on cardiac arrhythmias.*) "A. H. J.", 37: 79 (janvier) 1949.

Les auteurs ont utilisé ce produit dans des cas de fibrillation auriculaire, de tachycardie supraventriculaire et de tachycardie ventriculaire. La dose d'atrabrine varia de 0.3 à 0.6 gm. par voie I.M. L'atrabrine est dissoute dans 10 cc. d'une solution de novocaïne à 1%.

26 patients faisant de la fibrillation auriculaire furent traités par de l'atrabrine avec de bons résultats chez 13. Dans les cas où l'atrabrine fut un échec, ni la digitale ni la quinine ne réussirent.

2 cas de tachycardie nodale, de flutter auriculaire et de tachycardie ventriculaire furent

traités par l'atrabrine avec succès dans 3 des 6 cas.

Paul DAVID

CHIRURGIE

L. LEGER, A. MATHIVAT et S. TCHEKOFF. — **La place de la surrénalectomie dans le traitement des artérites.** "La Presse Méd.", 56: 898 (25 déc.) 1948.

Le traitement chirurgical des artérites diffère selon la variété d'artérite et vise à arrêter le processus de thrombose, à favoriser la vasodilatation collatérale afin de permettre la revascularisation du membre malade.

Von Oppel fut le premier à pratiquer des surrénalectomies dans le but de guérir des artéritiques et cette intervention fut reprise et étudiée par Leriche et son école.

Depuis 1943, les auteurs ont opéré 25 malades sans mort opératoire. 13 de ces interventions datent de plus de deux ans et, sur ces 13 cas, les auteurs notent 8 bons résultats, 2 résultats médiocres et 3 échecs.

Aucun de ces malades ne présentait les caractères de la thromboangéite oblitérante.

La surrénale gauche, le plus souvent, fut enlevée sans association de sympathectomie. Les auteurs n'ont jamais observé chez leurs opérés de signes d'insuffisance corticale et les répercussions sur l'organisme de la surrénalectomie furent sans importance.

Toutes les surrénales enlevées présentaient des lésions histologiques. L'hyperplasie de la corticale avec légère atteinte médullaire et l'épaississement de la capsule furent les lésions les plus fréquemment rencontrées.

Dans certains cas, surtout chez les patients jeunes et d'âge moyen, lorsque l'artérite présente encore des tendances spasmodiques, la surrénalectomie peut stabiliser la maladie et souvent procurer une amélioration très nette.

Chez les sujets âgés, les auteurs conseillent les interventions sympathiques ou de désobstruction. Si celles-ci échouent, il y a lieu, si la condition le permet, de procéder à une surrénalectomie.

Maurice GERVAIS

UROLOGIE

John Herman LONG. — **Cancer primitif de l'uretère.** (*Primary cancer of the ureter.*) "The Journal of Urology", 61: 23, 1949.

Les méthodes plus exactes de diagnostic ainsi que l'accroissement du nombre d'urologues spécialisés sont probablement la cause qu'un plus grand nombre de cancers primitifs de l'uretère sont rapportés dans la littérature médicale.

Les tumeurs malignes de l'uretère se résument à deux types: 1° — solides: 40%; 2° — papillaires: 60%.

Seulement deux cent un cas de cancers primitifs de l'uretère ont été rapportés jusqu'à maintenant. L'analyse de ces cas montre ce qui suit.

Fréquence: deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Age: plus de 50% des cas se rencontrent entre 60 et 70 ans.

Localisation: l'uretère droit est atteint deux fois plus souvent que le gauche. La tumeur siège au tiers inférieur de l'uretère deux fois plus souvent qu'aux deux tiers supérieurs.

Symptômes: hématurie: 70%; douleur: 64%; tumeur: 40%.

Urine: hématurie considérable ou microscopique. Les urines peuvent contenir des cellules tumorales. La *cystoscopie* peut nous montrer: 1° la tumeur se projetant à l'extérieur de l'orifice urétéral; 2° une surélévation du muscle inter-urétéral; 3° l'œdème et la congestion de l'orifice urétéral; 4° la présence de sang dans l'orifice; 5° une obstruction complète ou partielle de l'orifice urétéral; 6° la diminution de fonction du côté atteint.

L'étude radiologique peut nous révéler: 1° une hydronéphrose du côté correspondant; 2° un défaut de remplissage dans la zone de la tumeur; 3° des métastases.

Le traitement de choix consiste dans l'urétéro-néphrectomie.

Ces tumeurs donnent des métastases dans 34% des cas aux ganglions lymphatiques ré-

tro-péritonéaux, au foie, aux os et aux poumons.

Résultat: 25% de mortalité postopératoire, aucun décès, quatre ans après l'opération, n'a été attribuable aux métastases. Après l'opération, les patients doivent être examinés tous les trois mois la première année, tous les six mois les 2e, 3e et 4e années et une fois par année ensuite.

L'auteur rapporte un cas personnel de cancer à type papillaire traité par urétéro-néphrectomie avec survie de sept ans et examen physique complet négatif jusqu'à présent.

Jean-Paul BRAULT.

PEDIATRIE

SILVERTHORNE et Collaborateurs. — **La poliomyélite sans paralysie.** (*Non-paralytic Poliomyelitis.*) "Can. Med. Ass. Journal", 60: 356 (avril) 1949.

Etude portant sur 37 malades hospitalisés au cours de l'épidémie ontarienne de 1947. Dans chacun de ces cas, le diagnostic de poliomyélite sans paralysie a été porté sur la foi de signes méningo-rachidiens et de la cytologie du liquide céphalo-rachidien. Les symptômes subjectifs comprennent, par ordre de fréquence: fièvre, céphalée, vomissements et nausées, douleurs à la gorge et à la nuque, constipation, douleurs dans les membres, douleurs abdominales, constipation. On n'a observé de convulsions que dans un seul cas. Seuls 4 malades sur 21 ont montré une persistance de l'hyperalbuminorachie lors de la seconde ponction lombaire pratiquée de 16 à 45 jours à compter du début de la maladie. Par contraste, durant la même période, sur 20 malades atteints de paralysie, 15 ont montré une hyperalbuminorachie dans le même délai. La recherche du virus poliomyélitique dans les selles de 20 patients non paralytiques n'a donné que quatre résultats positifs. Par ailleurs, un de ces cas a montré une réaction de fixation du complément avec l'antigène ourlien. Les A. opinent que plusieurs de ces cas ne représentent pas une poliomyélite vraie, mais des in-

fections par d'autres virus neurotropes, notamment ceux des oreillons et de l'encéphalomyélite équine.

Paul de BELLEFEUILLE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lyle A. WEED et Archie H. BAGGENTOSIS. — **Actinomycose.** (*Actinomycosis.*) "Am. J. of Clin. Path.", **19**: 201 (mars) 1949.

On a d'abord découvert l'actinomycose chez le bétail puis chez l'homme et on a assimilé les deux maladies. L'agent étiologique est classifié de la façon suivante dans la 6e édition du Bergey's Manual of Determinative Bacteriology:

Famille des actinomycétacées.

Genre I — *Nocardia*, aérobie strict, quelquefois acido-résistant.

Genre II — Anaérobie ou micro-aérophile.

Le processus clinique diffère selon qu'il s'agit de l'un ou de l'autre agent.

Dans 35 cas d'autopsies d'actinomycose, on a retrouvé l'actinomyces bovis, de façon certaine dans 21 cas, de façon douteuse dans 3 cas, et on ne l'a pas retrouvé du tout dans 11 cas. Deux de ces derniers cas ressemblaient à de la nocardiose et on a de fait isolé la *nocardia* en culture pure dans l'un d'eux. On a souvent une association microbienne, c'est ce qui explique probablement les pyélonéphrites abcdées et les abcès du cerveau que l'on rencontre parfois, même assez souvent.

Les localisations cliniques de l'actinomyces bovis sont de trois ordres: cervico-faciales, thoraciques et abdominales.

Au point de vue histologique, les granulations sont souvent différentes surtout quand il s'agit de *nocardia*. On a alors une nécrose rapidement progressive sans tissu de granulation avec, soit des colonies de filaments ramifiés gram-positifs sans massues, soit des phagocytes renfermant des filaments isolés.

Au point de vue bactériologique, il est très important de cultiver les grains actinomyco-

tiques sur des milieux aérobiques ou autres pour faire le diagnostic différentiel, car la nocardiose est sensible aux sulfamidés, tandis que l'actinomycose réagit à la pénicilline (*in vitro*).

J.-Roger GAREAU

Morris A. SIMON et Harry C. BALLON. — **Lésions appendiculaires dans la rougeole au stade d'incubation.** (*Appendiceal lesions in the prodromal stage of measles.*) "Am. J. of Cl. Path.", **18**: 796 (oct.) 1948.

Ces lésions appendiculaires sont plutôt rares, et le nombre de cas publiés restreint.

Tout de même, vu la présence fréquente de douleurs abdominales accompagnant la rougeole, et la possibilité d'une appendicite aiguë concomitante, il faut garder en mémoire la possibilité de ce diagnostic.

Il s'agit de la présence de cellules géantes multinucléées dites de Warthin-Finkeldey dans le tissu lymphoïde du tractus digestif, des amygdales, de la rate, des ganglions lymphoïdes intra-abdominaux et du thymus. Ces cellules peuvent avoir jusqu'à 80 noyaux. Elles caractérisent la période d'incubation de la rougeole, et sont probablement produites par la congglomération de plusieurs lymphocytes.

L'auteur rapporte quatre cas d'appendicectomie en période d'incubation de rougeole. Dans trois des cas, la présence de cellules typiques de Warthin-Finkeldey dans l'appendice a fait porter le diagnostic de rougeole avant l'apparition du rash. Dans deux des cas, des lésions inflammatoires furent constatées à l'appendice.

L'appendicite aiguë doit-elle être opérée pendant la période d'incubation de la rougeole?

Oui, car la perforation est toujours à redouter.

N.B. Le diagnostic différentiel est à faire avec l'adénite mésentérique, fréquente dans la rougeole, et qui va aussi causer de la douleur abdominale.

J.-Roger GAREAU

ELECTRO-RADIOLOGIE

Sydney WEINTRAUB et Robert G. WILLIAMS. — **Une méthode rapide d'examen radiologique du grêle.** (*A rapid method of roentgenologic examination of the small intestine.*) "The Am. J. of Roent. and Rad. Ther.", **61**: 45 (janv.) 1949.

Les liquides froids accélèrent considérablement le transit du grêle. Le grêle a pour fonction de rendre isotoniques les solutions ingérées. Si l'on administre une suspension de baryum dans du sérum physiologique, ce travail de normalisation sera épargné et la durée du transit intestinal en sera pour autant réduite. Cette solution physiologique produit par le fait même moins de modifications dans le desin muqueux.

C'est avec ces notions en vue que les auteurs ont imaginé une méthode rapide d'examen du grêle, dont voici les détails:

1) Examen radioscopique et radiographique de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum (4 onces de baryum et 4 onces de sérum salé physiologique à la température de la chambre).

2) Le patient boit 8 onces de sérum physiologique glacé.

3) Un grand film 14 x 17 est pris cinq minutes après cette deuxième ingestion.

4) Immédiatement après la prise de ce cliché, le patient boit encore 8 onces de sérum physiologique glacé.

5) Autre grand cliché après quinze minutes.

6) Autre grand cliché après trente minutes.

7) Les films sont vus par le radiologiste, qui étudie ensuite les endroits suspects, en radioscopie et par « spot-films ». Si le cæcum est atteint, il en profite pour examiner la région iléo-cæcale.

8) Si la tête du repas n'a pas rejoint le cæcum, des films additionnels sont pris à intervalles de trente minutes, jusqu'à ce que le cæcum soit atteint.

D'après cette méthode, dans 83% des cas normaux, le cæcum est atteint en une demi-heure ou moins. Et, dans 90% des cas normaux, un examen du grêle est terminé dans une heure.

Dans les cas pathologiques, le transit est également accéléré sans nuire à l'interprétation de la lésion.

Jean-Louis LEGER

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 1er mars 1949

Tenue à l'Institut de Microbiologie et
d'Hygiène de l'Université de Montréal

Présidence de M. Albert JUTRAS

**La valeur des signes radiologiques dans
l'appendicite chronique.**

M. L.-P. BÉLISLE

M. Bélisle répond d'abord aux objections générales contre l'exploration radiologique de l'appendice, objections d'ordre anatomique, physiologique et clinique.

La méthode d'exploration employée est celle du repas baryté; elle donne un pourcentage de visibilité d'environ 50 à 75% et permet, dans des conditions normales de transit du grêle, une étude détaillée de la région iléo-cæco-appendiculaire, après une période de 4 à 5 heures.

En dépit d'une étude clinique attentive et d'une habile chirurgie, l'appendicite chronique montre après l'opération un fort pourcentage de mauvais résultats. L'exploration radiologique entre des mains consciencieuses et esclaves d'une technique rigoureuse devient une adjonction précieuse aux autres moyens diagnostiques.

D'après les résultats de l'enquête du rapporteur, l'amélioration postopératoire s'est avérée un critère intéressant pour juger comme définitivement utile l'exploration radiologique et pour hiérarchiser les caractères pathologiques de l'appendice découverts par l'examen.

Vingt ans de contrôle expérimental et clinique de la toxicité, de la vitalité et des propriétés allergisantes et immunisantes du B. C. G.

M. Armand FRAPPIER

M. Frappier nous donne un bref aperçu de l'histoire du B.C.G. au Canada et rappelle les raisons scientifiques justifiant l'emploi du B.C.G.: tout d'abord, le caractère contagieux de la tuberculose, la valeur prémunisante de l'infection primaire naturelle ou expérimentale, la nécessité de vacciner au moyen de bacilles vivants, l'innocuité désormais indéniable du vaccin B.C.G., et enfin sa remarquable efficacité aujourd'hui prouvée expérimentalement et cliniquement par des statistiques solides.

L'innocuité du B.C.G. est démontrée par toute une accumulation de faits expérimentaux. Jamais on n'a pu apporter la preuve, soit chez l'homme ou l'animal, que le B.C.G. ait provoqué des lésions évolutives de nature tuberculeuse. Quant à l'efficacité du B.C.G., les travaux de nombreux auteurs de divers pays s'accordent à la reconnaître. Chez l'enfant, les premières enquêtes statistiques révèlent une réduction de 50% dans la mortalité par toutes causes à la suite de la vaccination au moyen du B.C.G., relativement à ce qu'on observe chez les enfants non vaccinés servant de témoins, et cette baisse est due à la réduction de la mortalité par tuberculose.

Les travaux de Baudoin et Ferguson démontrent que le B.C.G. est un vaccin stable à faible toxicité et qui garde toujours la même vitalité d'une souche à l'autre.

Le secrétaire des séances,
Pierre MARION

**LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX
UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC**

Séance du 4 février 1949

Tenue à la Clinique Roy-Rousseau

**Syndrome de Korsakoff et alcoolisme
chronique.**

MM. G.-H. LARUE et C. DROLET

Présentation de cinq malades atteints de psychose de Korsakoff, psychose qui comporte un syndrome à la fois neurologique et mental. Les symptômes neurologiques sont ceux d'une polynévrite. Les troubles psychiques comportent une amnésie des faits récents et un état de fabulation. Les recherches faites au sujet de l'étiologie de cette psychose ont démontré qu'elle était causée par une avitaminose B. Cette découverte permet un traitement prophylactique, utile surtout chez les alcooliques chroniques, qui savent prendre quotidiennement une dose de vitamine B, en vue d'éviter la polynévrite et les troubles mentaux.

**La tuberculose à l'hôpital St-Michel-
Archange.**

M. Louis ROUSSEAU

Tous les hôpitaux d'aliénés ont un pourcentage élevé de morbidité et de mortalité tuberculeuses.

L'encombrement de ces hôpitaux favorise la contagion dans une certaine mesure, mais il faut aussi tenir compte du nombre considérable de sujets qui sont tuberculeux à l'admission. Dans des hôpitaux américains, on évalue à 1.6% les aliénés souffrant de tuberculose à leur admission.

En 1948, à l'hôpital St-Michel-Archange, il y eut 64 mortalités attribuables à la tuberculose, soit un chiffre de 1.1 pour 100. Aux Etats-Unis, la mortalité est de 0.668 pour 100.

Si l'on tient compte de la mortalité générale par tuberculose des Etats-Unis et de la province de Québec, le rapport entre la mortalité

générale et la mortalité chez les aliénés de ces deux pays n'est pas discordant.

Des mesures devraient être prises pour éviter la contagion.

A l'hôpital St-Michel-Archange, tous les employés ont subi les réactions tuberculiniques et les sujets trouvés réceptifs à la tuberculose ont été vaccinés.

La vaccination sera faite sous peu chez tous les malades.

Tuberculomes cérébraux.

MM. S. CARON et A. BEAUDRY

Il a été observé à la Clinique Roy-Rousseau, de mai 1946 à juillet 1948, six cas de tuberculomes cérébraux, tous rencontrés chez des adultes. L'âge moyen s'élève à 41.1 ans. La localisation est: protubérance: 3; cervelet: 2; cerveau: 1.

Quatre avaient des localisations certaines tuberculeuses ailleurs dans l'organisme; deux sont morts de méningite T.B.

Le diagnostic tumoral, étiologique, celui de localisation a été confirmé par l'examen histopathologique dans cinq cas.

L'incidence générale du tuberculome varie de 2.5 à 10% parmi les tumeurs intracrâniennes selon les centres neurologiques ou non où il a été observé.

L'homme est deux fois plus atteint que la femme.

On le rencontre à un âge moyen de 31.8 ans. La localisation chez l'adulte est aussi fréquente au cerveau qu'au cervelet et toutes les localisations cérébrales sont possibles. Les éléments de diagnostic fournis par l'âge, le sexe, la localisation, tout comme par l'examen radiologique mettant en évidence des calcifications seulement dans 0.01% des cas, sont de faible valeur.

Le diagnostic est possible, à condition que, chez tous les malades suspects de tumeur cérébrale, on recherche systématiquement des lésions tuberculeuses localisées ailleurs dans l'organisme, qu'elles soient anciennes ou récentes.

tes, évolutives ou non. A cette fin, tous les examens radiologiques, cliniques, bactériologiques doivent être faits avec une extrême précision.

Electro-choc et psychonévrose.

MM. C.-A. MARTIN et L.-H. LEMIEUX

445 cas de psychonévroses diverses ont été traités par l'électro-choc associé à une psychothérapie électrique faite en séances brèves et multipliées. Il y eut 33.5% de guérisons et 41.8% d'améliorations. La durée moyenne de l'hospitalisation fut de 1 mois et demi. Les résultats thérapeutiques sont comparables à ceux que l'on obtient par les méthodes classiques; mais la durée du traitement est considérablement plus courte.

* * *

Séance du 18 février 1949

Tenue à l'Hôpital du Saint-Sacrement

Ethmoïdite et méningite.

MM. O. FRENETTE et J.-R. VAILLANCOURT

Nous avons présenté un cas d'ethmoïdite aiguë, ayant causé comme complications locales une infection du sac lacrymal et une lymphangite régionale.

Après disparition presque complète des symptômes (la céphalée seule persistant), le malade développe une méningite.

Nous avons voulu particulièrement attirer l'attention sur les infections très fréquentes du sinus ethmoïdal, lesquelles sont méconnues ou négligées.

Myélome multiple.

MM. H. NADEAU et P. MAHEUX

Les auteurs présentent l'observation d'un cas de myélome multiple. Le malade est porteur de lésions mitro-aortiques qui font penser au diagnostic d'endocardite maligne à évolution lente. Les modifications de la formule blanche, qui comporte un grand nombre de formes jeunes de leucocytes, dirigent les re-

cherches du côté des organes hématopoïétiques, en l'espèce la moelle osseuse. L'examen radiologique permet de déceler des lésions osseuses caractéristiques: multiples vacuoles, de quelques millimètres de diamètre, taillées à l'emporte-pièce, à rebords nets, sans processus d'ostéoplastie, disséminées dans les os du squelette: sternum, côtes, colonne vertébrale, celle-ci prend l'aspect de plato-spondylie dans la région dorso-lombaire. Il existe une fracture par écrasement de la troisième vertèbre cervicale. L'examen histologique de la moelle osseuse obtenue par biopsie confirme le diagnostic de myélome multiple, en l'espèce un sarcome myéloblastique ou myéloblastome.

A cette occasion les auteurs insistent sur les difficultés diagnostiques que présente une telle affection. Le myélome multiple a été pendant longtemps du domaine des anatomo-pathologistes; l'absence de signes cliniques caractéristiques le fait souvent confondre avec d'autres maladies des os plus fréquentes et mieux connues. Ils insistent en plus sur l'importance des examens radiologiques et biopsiques au cours des maladies des organes hématopoïétiques. Ils signalent l'importance d'une collaboration étroite entre les différentes disciplines médicales dans la solution des nombreux problèmes qui se présentent chaque jour dans la clinique médicale.

* * *

Séance du 4 mars 1949

Tenue à l'Hôpital des Anciens Combattants

Considérations sur un cas de cancer du poumon.

MM. J.-L. PETITCLERC et G. MARCEAU

Jusqu'à il y a une vingtaine d'années, deux erreurs persistaient dans le monde médical. La première était que le cancer du poumon fût une rareté alors qu'aujourd'hui, on le place comme le deuxième plus fréquent de tous les cancers; la seconde voulait que cette maladie fût mortelle alors qu'on a des survies de plus

de 8% après 5 ans chez les pneumectomisés pour épithélioma bronchique.

Nos connaissances plus exactes sur la nature des tumeurs pulmonaires, l'ingéniosité des moyens pour porter un diagnostic précoce et les progrès toujours grandissants de la chirurgie sont les causes de cette nouvelle conception.

Le cancer du poumon est avant tout un épithélioma bronchique typique "epidermoid carcinoma", "glandular carcinoma", ou atypique "oats cells carcinoma".

Le diagnostic précoce se fait par la radiographie, la bronchoscopie et la recherche des cellules cancéreuses dans les expectorations. La chirurgie consiste en la pneumectomie avec évidemment ganglionnaire. Il ne faut pas craindre de faire une thoracotomie exploratrice si nécessaire.

Quelquefois les premiers symptômes de la maladie sont les signes d'une métastase cérébrale. Tel est le cas chez le malade de la présentation.

Chez les malades inopérables reste contre la douleur la cordotomie ou la radicotomie. La radiothérapie et la radiumthérapie ont été essayées sans résultat.

Une statistique importante de 2,048 cas de cancer du poumon donne à l'aide de la chirurgie une survie après 5 ans de 8%.

Infiltration continue du sympathique. Technique nouvelle.

M. Bernard PARADIS

Après avoir énuméré les nombreuses maladies où le sympathique est troublé, l'auteur donne sommairement la physiopathologie de ces troubles. Il propose une infiltration localisée à la chaîne sympathique en cause. Il donne la technique ainsi que les indications de l'infiltration continue.

Références: 1. Maurice Lusuy: *Les infiltrations du sympathique.*

2. Leriche: *La chirurgie de la douleur.*

3. Goodman et Gilman: *The pharmacological Basis of Therapeutics.*

4. J. Eugene Ruben et Patricia Mary Kamler: Continuous Lumbar Sympathetic Block: *Anesthesiology*: janvier 1949.

5. F. Hudon et B. Paradis: Diagnostic and Therapeutic Nerve Blocks — *Treatment Services Bulletin*, Vol. 11, p. 17-22 — Octobre 1947.

6. B. Paradis: Anesthésie rachidienne segmentaire. *Laval Médical* — Vol. 13, No 7 — p. 825-831 — Septembre 1948.

Les accidents encéphalopathiques chez les hypertendus.

MM. Sylvio LeBLOND et C. NADEAU

Ces accidents seraient le spasme artériel, la thrombose artérielle et l'hémorragie cérébrale. Cette dernière beaucoup plus rare. Les conséquences du spasme artériel et de la thrombose sont l'hémiplégie non proportionnelle, proportionnelle croisée et alterne selon la topographie des lésions cérébrales en cause.

Deux hypertendus artérioscléreux de 65 ans, l'un obèse, l'autre maigre, ayant fait tous deux une hémiplégie, furent traités avec hydrochlorure de papavérine et acétylcholine avec de très bons résultats. Le petit hémiplégique ne montre aujourd'hui aucune séquelle clinique d'hémiplégie et cela après trois semaines de traitement.

L'autre obèse hémiplégique marche avec un peu plus de difficulté étant donné la persistance d'une certaine raideur de sa jambe droite. Cependant, il y a amélioration de jour en jour. La papavérine fut donnée tous les jours et à la dose de trois à 5 grains en même temps que ces injections intramusculaires d'acétylcholine à la dose de 0.10 c. gms. die. La médication déplétive, la saignée, quelques jours après l'installation de la thrombose, le malade étant préparé la veille par 1/6 grain de morphine et 1/150 atropine avec la purgation drastique répétée, ont aidé à décongestionner nos patients.

La tension artérielle chez nos deux patients était d'environ 200/130. Elle se maintient aujourd'hui avec une moyenne de 175/90 et l'albumine est disparue dans les urines.

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Faculté de Médecine

Concours d'agrégation

Le Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, conformément à une décision prise à sa séance du 16 mars 1949, ouvre un concours d'agrégation pour le poste d'agrégé suivant:

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE

Ceux qui désirent poser leur candidature sont tenus de le faire par écrit avant le 1er juillet 1949.

Le règlement exige de chaque candidat qu'il ait fait un stage d'au moins 3 ans comme assistant à l'une des chaires d'enseignement de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Dans certaines conditions la durée du stage peut être abrégée.

Tout candidat doit produire, en même temps que sa demande écrite, une attestation du ou des professeurs auprès desquels il a travaillé. La demande doit aussi faire mention des titres du candidat et des travaux scientifiques qu'il a publiés.

La demande des candidats doit être adressée au directeur des études avant l'expiration du délai indiqué plus haut: 1er juillet 1949.

Les candidats pourront obtenir une copie des règlements concernant le concours d'agrégation en s'adressant au secrétariat de la Faculté de Médecine.

* * *

Concours d'agrégation

Le Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, conformément à une décision prise à sa séance du 18 mai courant, ouvre un concours d'agrégation pour le poste d'agrégé suivant:

NEUROLOGIE

Ceux qui désirent poser leur candidature sont tenus de le faire par écrit avant le 30 juin 1949. Le règlement exige de chaque candidat qu'il ait fait un stage d'au moins 3 ans comme assistant à l'une des chaires d'enseignement de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Dans certaines conditions, la durée du stage peut être abrégée.

Tout candidat doit produire, en même temps que sa demande écrite, une attestation du ou des professeurs auprès desquels il a travaillé. La demande doit aussi faire mention des titres du candidat et des travaux scientifiques qu'il a publiés.

La demande des candidats doit être adressée au directeur des études avant l'expiration du délai indiqué plus haut: 30 juin 1949.

Les candidats pourront obtenir une copie des règlements concernant le concours d'agrégation en s'adressant au Secrétariat de la Faculté de Médecine.

* * *

Avis de nomination de titulaire

Le Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, conformément à une décision prise à sa séance du 18 mai courant, déclare ouverte, pour la nomination d'un titulaire, la chaire suivante:

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Ceux qui désirent poser leur candidature à ce poste de titulaire sont tenus de le faire par écrit avant le 30 juin 1949.

Le règlement qui indique les conditions de nomination à ce poste sera fourni par le chef du Secrétariat de la Faculté.

La demande des candidats doit être adressée à monsieur le docteur Edmond Dubé, doyen de la Faculté, avant l'expiration du délai indiqué plus haut (30 juin 1949).

Edmond Dubé, M. D.,
Doyen de la Faculté de Médecine.

LA COMMISSION DU SERVICE CIVIL DU NOUVEAU-BRUNSWICK DEMANDE DES MÉDECINS HYGIÉNISTES

Qualifications.

Les candidats doivent être gradués en médecine d'une université reconnue ou être qualifiés pour pratiquer la médecine au Nouveau-Brunswick.

Appointements.

D'après les classifications établies par le Service Civil et basées sur les qualifications du candidat. Promotions à ceux qui font des études complémentaires; assistance pécuniaire accordée à cette fin.

Positions permanentes avec tous les avantages du Service Civil; trois semaines de vacances avec salaire par année; caisse de retraite; allocation appréciable pour automobile.

A remarquer.

Certains services du Département de la Santé sont en voie d'expansion et ont besoin de personnel. Octrois disponibles pour études.

Pour tout renseignement, s'adresser à :

La Commission du Service Civil
du Nouveau-Brunswick,
Edifice Hôtel Queen,
Fredericton, Nouveau-Brunswick.

**LE PRIX CASGRAIN & CHARBONNEAU
DÉCERNÉ, CETTE ANNÉE, À M. BENOÎT
ROUSSEAU, D. Pharm., SÉROLOGISTE
ADJOINT À LA DIVISION DES LABO-
RATOIRES DU MINISTÈRE DE LA
SANTÉ DE LA PROVINCE
DE QUÉBEC**

Le travail qui a valu à M. Rousseau les honneurs du prix s'intitule « Etude sur les Méthodes de Séro-Diagnostic de la Syphilis ». Il se compose de deux parties principales. La première consiste dans un exposé couvrant l'aspect historique général du séro-diagnostic de la syphilis, depuis la réaction originale de Wassermann et la découverte du T. Pallidum. Puis sont énumérées et discutées les différentes modifications qui ont été apportées aux techniques primitives, alors plus ou moins sûres, jusqu'aux procédés actuels de laboratoire qui font des méthodes modernes une aide indispensable pour le dépistage systématique et le traitement de cette sournoise infection.

En second lieu, le travail comprend la discussion purement technique de tous les composants essentiels d'une bonne réaction, soit de fixation du complément, soit de flocculation, et de l'état qu'il faut faire de leurs rapports mutuels. Enfin, viennent de nombreuses études comparatives qui mettent surtout clairement en évidence la valeur de la réaction de fixation du complément, particulière au laboratoire de sérologie du Ministère de la Santé, à laquelle l'auteur a contribué, depuis nombre d'années, par ses recherches personnelles et des modifications successives, à assurer une stabilité qui la rend digne de la confiance des médecins de la Province.

**LE DOCTEUR PAUL BOURGEOIS, NOMMÉ
PROFESSEUR D'UROLOGIE**

Lors de la séance du 18 mai 1949, la chaire d'urologie de l'Université de Montréal a été pourvue d'un

nouveau professeur titulaire: le docteur Paul Bourgeois, chef du service d'Urologie de l'hôpital Notre-Dame.

**ÉLECTIONS AU CONSEIL DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE MONTRÉAL**

Mercredi, le 8 juin 1949, le choix du nouvel exécutif était au programme de la séance du Conseil. Le professeur Edmond Dubé a été réélu doyen pour un nouveau terme; il en a été ainsi pour le vice-doyen, le professeur Léon Gérin-Lajoie, et pour le secrétaire, le professeur Emile Legrand. Les autres membres de l'Exécutif sont les professeurs Charles-Emile Grignon, Edouard Desjardins, Jean Saucier et Eugène Robillard.

**LA PSYCHIATRIE À L'UNIVERSITÉ DE
MONTRÉAL**

La Faculté vient d'organiser un département de psychiatrie qui sera chargé de l'enseignement de cette science à l'Université.

**INITIATIVES DE LA FONDATION
L. DE G. BEAUBIEN**

La Fondation L. de G. Beaubien a permis aux professeurs Sourdille et Paufigue, le premier de Nantes et le second de Lyon, de donner à la Faculté des cours et, à l'hôpital Sainte-Justine, des démonstrations cliniques sur la greffe de la cornée.

NOUVEAUX MÉDECINS

Les étudiants en médecine qui viennent de terminer avec succès leurs derniers examens et qui méritent le titre de docteurs en médecine sont au nombre de 155, dont 82 ont fait leurs études à l'Université de Montréal et 73 à l'Université Laval de Québec.

CONFÉRENCIERS ÉTRANGERS

Les docteurs Sohier, Moricard et Cullen ont donné à la Faculté de Montréal des conférences durant le mois de mai, les premiers sous les auspices de l'École d'Hygiène et de la Société Médicale de Montréal, et le dernier à l'invitation de la Société des Anesthésistes.

UN NOUVEL AGRÉGÉ EN MÉDECINE: LE DOCTEUR PAUL ROBERT

A l'issue d'un concours tenu pour une place d'agrégé en médecine, l'heureux élu a été le docteur Paul Robert, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal et chargé de l'enseignement de la propédeutique à l'hôpital des Anciens Combattants du Chemin de la Reine-Marie, où il est médecin consultant.

NOMINATIONS À LA FACULTÉ

Récemment, le Conseil de la Faculté a confirmé la nomination, comme assistants à titre enseignement, des collègues suivants: les docteurs Paul Dumas et Gérard Morin (médecine à l'Hôtel-Dieu), Gaston Loignon (psychiatrie à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu), Jacques Gauthier (gynécologie à l'hôpital Notre Dame), Georges Leclerc (dermato-syphiligraphie à l'hôpital Notre-Dame), Rolland Blais (dermato-syphiligraphie à l'Hôtel-Dieu), Paul Martin (anatomie pathologique à l'hôpital Sainte-Justine), Charles Mathieu (oto-rhino-laryngologie à l'Hôtel-Dieu), Roland Pellerin (ophtalmologie à l'Hôtel-Dieu).

COURS POSTSCOLAIRES À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Trente élèves se sont inscrits aux cours postsecondaires spéciaux qui se donnent à l'hôpital Sainte-Justine. Ces cours portent sur la biochimie, la physiologie, l'anatomie pathologique, la pharmacologie et l'hématologie.

RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES ANATOMO-PATHOLOGISTES

L'amphithéâtre de l'Institut d'Anatomie pathologique de l'Université de Montréal a été le siège des assises annuelles de la Société des Anatomico-pathologistes de la Province de Québec. Cette réunion eut lieu les 20 et 21 mai.

Parmi les rapporteurs au programme, on note les noms du professeur Pierre Masson et des docteurs Simon Lauzé, Robert Moore, Douglas Waugh, S. Kobernick, Théo. Waugh, N. A. Simon, J. E. Pritchard, Sergio Bencomo, Alphonse Bernier, F. W. Wigglesworth, J.-Edouard Morin, R. C. Ross et Bonenfant.

A l'issue des séances scientifiques eurent lieu les élections qui ont donné les résultats suivants: président, le docteur Pritchard, du « Montreal General Hospital»; le docteur J.-Edouard Morin, de l'Université Laval de Québec, vice-président, et W. H. Matthers, du « Montreal General Hospital », secrétaire.

Le conférencier d'honneur fut le professeur Pierre Masson, qui traita des tumeurs bénignes des nerfs périphériques.

LE DOCTEUR MERCIER FAUTEUX À BURLINGTON

La Faculté de Médecine de l'Université du Vermont a organisé récemment une série de cours sur le système cardio-vasculaire qui furent suivis par une centaine de médecins de l'Etat du Vermont et des Etats avoisinants. Le docteur Paul D. White fut le conférencier principal pour ce qui concerne la pathologie médicale cardio-vasculaire, et le docteur Mercier Fauteux fut le conférencier principal pour présenter les différents aspects de la chirurgie du cœur. Ces cours ont duré du 13 au 18 juin. Les autres conférenciers furent des membres de la Faculté de Médecine de l'Université du Vermont. Le docteur W. Raab, professeur de médecine expérimentale, a été l'organisateur de ces cours donnés au « Bishop DeGoesbriand Hospital », à Burlington.

ENTENTE PROCHAINE ENTRE UNIVERSITÉS FRANÇAISES ET CANADIENNES

Nous apprenons de bonne source que la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal vient de prendre l'initiative d'un projet d'entente avec les universités françaises et les universités canadiennes.

L'entente projetée porterait sur l'aide apportée par les facultés françaises aux étudiants canadiens et consisterait dans l'organisation de cours postsecondaires préparant aux examens de certification ou de « fellowship » du Collège royal et à ceux de spécialistes du Collège des Médecins.

LE DOCTEUR LÉON LONGTIN ÉLU MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

La Société Médicale de Genève, Suisse, a élu comme membre associé, lors de sa séance du 3 mai 1949, le docteur Léon Longtin, professeur agrégé d'anesthésiologie à l'Université de Montréal et anes-

thésiste à l'Hôtel-Dieu.

Le docteur Longtin a fait six mois d'enseignement de l'anesthésie à Genève et fut pendant toute cette période chef du service d'anesthésie de l'Hôpital Cantonal.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR MATHIEU-PIERRE WEIL À L'HÔTEL-DIEU

Mercredi, le 8 juin, le docteur Mathieu-Pierre Weil, médecin des hôpitaux de Paris, porta la parole à l'issue d'une séance clinique tenue à l'Hôtel-Dieu de Montréal. Il parla des œstrogènes et du rhumatisme.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR GÉRIN-LAJOIE AU ROTARY

Mardi, le 14 juin, le docteur Léon Gérin-Lajoie, vice-doyen de la Faculté de Médecine et professeur de gynécologie, était le conférencier d'honneur au dîner hebdomadaire du Rotary Club de Montréal, tenu à l'hôtel Mont-Royal.

Le docteur Gérin-Lajoie a participé à la fondation de la Société Médicale Mondiale et c'est de celle-ci et de certains de ses buts qu'il a entretenu ses auditeurs.

LE DOCTEUR ARMAND FRAPPIER À LA SOCIÉTÉ ROYALE

La Société Royale du Canada vient d'accueillir dans ses rangs le docteur Armand Frappier, directeur de l'École d'Hygiène et de l'Institut de Bactériologie et de Microbiologie de l'Université de Montréal.

LE DOCTEUR ANTONIO CANTERO, AU BRÉSIL

Notre collaborateur, le docteur Antonio Cantero, est en ce moment au Brésil, où il poursuit une série d'études et où il a été invité à prononcer des conférences scientifiques.

UN NOUVEAU PRÉSIDENT À LA SOCIÉTÉ DE CARDIOLOGIE

La Société de Cardiologie a procédé, il y a quelque temps, à la tenue de ses élections et un nouveau

président a été choisi dans la personne du docteur Rodrigue Lefebvre, chef de la section de cardiologie de l'Hôtel-Dieu et professeur agrégé à l'Université de Montréal.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR STUART CULLEN À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Lundi, le 30 mai 1949, le docteur Stuart Cullen, professeur d'anesthésiologie à l'Université d'Iowa et chef du service d'anesthésie à l'hôpital d'Iowa City, donna une leçon dans l'amphithéâtre de l'Université de Montréal. Il parla de la ressuscitation cardiaque et de l'anesthésie en chirurgie thoracique.

Présenté par le professeur de pathologie chirurgicale, le docteur Edouard Desjardins, il fut remercié par les docteurs Georges Cousineau et Moïse Clermont.

3 CLINIQUES MOBILES DE LA CROIX-ROUGE

La caravane médicale et dentaire de la Croix-Rouge a quitté Montréal, récemment, à destination des centres isolés de l'Abitibi et de la Gaspésie. Cette caravane est plus importante que par les années passées et son personnel est plus nombreux.

Le docteur J.-P. Nadeau dirige l'une des trois cliniques mobiles. Le personnel de la première clinique comprend les docteurs M. Geoffroy, R.-G. Désilets, J. Casaban, de Montréal, et les gardes-malades Jeannette Lemay, de Montréal, et Germaine Vaillancourt, de Québec; dans la seconde clinique, on remarque les docteurs Alphonse Bardari, Guy Girardin, L.-P. Perreault, de Montréal, et les gardes-malades T. Gauthier, de Montréal, et Patricia Halle, de Québec. Cette clinique est dirigée par le docteur Hervé Deschesnes. La troisième clinique est sous la direction du docteur J.-P. Couture, qui compte en son personnel les docteurs B. Desmarais et P. Grenier, de Montréal, et G. Massicotte, de Joliette, ainsi que les gardes-malades Yvette Provencher et Florence Gagnier, de Montréal.

VOYAGE À ROME DU DOCTEUR JEAN GRÉGOIRE

Le docteur Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé, est parti le 11 juin en avion, pour se rendre à Rome, où il prit part au congrès mondial de

santé, sous les auspices des Nations Unies. Ce congrès fait suite au congrès international de médecine de l'assurance-vie, qui a eu lieu à Rome, du 6 au 10 juin. A ce congrès, le docteur Charles Laflamme, de Québec, a présenté un travail. C'était le premier Canadien français à prendre part à ces assises.

LE DOCTEUR MOÏSE CLERMONT À LA PRÉSIDENTE DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSISTES

Le docteur Moïse Clermont, chef du service d'anesthésie à l'hôpital de la Miséricorde et anesthésiste en chef de la faculté de chirurgie dentaire, a été récemment élu président de la Société Canadienne des Anesthésistes, division de Québec.

NOS MÉDECINS AU CONGRÈS INTERNATIONAL SUR LE RHUMATISME

Un groupe de dix médecins de Montréal et du district ont participé au septième congrès international sur le rhumatisme, tenu à l'hôtel Waldorf-Astoria, à New-York, du 30 mai au 3 juin. Ces médecins sont les docteurs William Addleman, J.-Antoine Blais, Earl Bourbonnais, Valleyfield; René Dandurand, J.-M. Léonard, J.-M. Lessard, L.-A. Long, Robert-C. Meunier, Edgar R. Watson et Henry P. Wright.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTRÉAL

La Société de Phtisiologie de Montréal tenait, le 27 mai, dans l'Edifice du Ministère de la Santé, 1570, rue Saint-Hubert, sa dernière assemblée avant la saison des vacances. Cette séance portait sur la streptomycinothérapie et les communications suivantes ont été présentées:

- a) Streptomycine dans les ostéo-arthrites tuberculeuses fistulisées.

Dr André Cusson, du service d'orthopédie de l'hôpital du Sacré-Cœur. Discussion: Dr J.-E. Samson.

- b) Streptomycine et pneumopéritoine chez un tuberculeux.

Dr J.-J. Laurier, du Service de Phtisiologie de l'hôpital du Sacré-Cœur.

- c) Streptomycine et tuberculose pulmonaire.

Dr Jacques Gougoux, du service de Phtisiologie de l'hôpital du Sacré-Cœur. Discussion: Dr J.-A. Vidal.

- d) Streptomycine et tuberculose urinaire.

Dr Jean Charbonneau, du service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

LA NÉCESSITÉ D'UN CODE DE DÉONTOLOGIE

L'Académie de médecine de France vient de se prononcer en faveur d'un code international de déontologie médicale dans le vœu suivant:

« L'Académie nationale de médecine, évoquant le procès de Nuremberg et les crimes commis, à l'occasion des guerres et conflits de toute nature, contre les personnes humaines, particulièrement blessées ou malades, prisonnières ou détenues, et se refusant à laisser le corps médical se faire l'instrument de pressions quelconques portant atteinte à leur intégrité physique, morale ou intellectuelle, émet le vœu que l'exercice de la médecine, en temps de guerre, comme en temps de paix, soit précisé par un code de déontologie international à caractère obligatoire à établir par un organisme international, code dont l'enseignement serait réglementaire dans les facultés et écoles de médecine de tous les pays. »

LE DOCTEUR RENÉ CHARRY, DE TOULOUSE, À MONTRÉAL

Le docteur René Charry, éminent chirurgien de Toulouse, était, récemment, de passage dans la métropole, après avoir participé au congrès international sur le rhumatisme, tenu à New-York. Il était l'hôte d'honneur de la Société Médicale de Montréal, à un dîner intime offert au Cercle Universitaire.

Voici en quels termes le docteur Charry schématisait les principes de la spécialité à laquelle il consacre ses études et ses recherches: « Être à la médecine ce que le sculpteur est à l'art, voilà ce que se propose le spécialiste de la chirurgie des articulations, dénommée en termes scientifiques « arthroplastie ». La beauté inhérente de la chirurgie atteint donc en ce domaine un sommet, puisqu'elle reconstitue ce que la nature avait déjà fait. »

Le même jour, le docteur Charry avait présenté, à l'Hôtel-Dieu, un film en couleurs illustrant quelques-unes des plus intéressantes opérations articulaires et les résultats surprenants qu'elles permettent. Ce film a été réalisé par le docteur Charry lui-même.

Nomination du docteur N. R. Bouziane

Le docteur N. R. Bouziane, chef du laboratoire de l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal, vient d'être nommé *fellow de l'International Society of Hematology* lors du congrès que cette société a tenu à Buffalo.

♦♦♦

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

Congrès français de médecine

**XXVII^e session, Genève, 29-30 septembre
et 1^{er} octobre 1949**

PROGRAMME**Jeudi, 29 septembre 1949.**

9 h. 15. — A l'Aula de l'Université, séance d'ouverture du Congrès, sous la présidence de M. Albert Picot, président du Département de l'Instruction Publique de la République et Canton de Genève.

LES PROTIDES DU PLASMA À L'ÉTAT NORMAL ET
PATHOLOGIQUE.

10 h. 15. —

Professeur Machebeuf, Paris: « *Les protéines du sérum normal.* »

Professeur J. Waldenstroem, Upsal: « *Renseignements fournis par l'ultra-centrifugation sur l'équilibre protidique.* »

Professeur Tayeau, Bordeaux: « *Les hypoprotéinémies.* »

15 h. — Professeur W. Löffler, Privat-docent F. Wuhrmann et docteur Wunderly, Zurich: « *Les hyperprotéinémies. Méthodes d'investigation et signification clinique.* »

Discussion et communications se rapportant au sujet traité.

17 h. 30. — Réception au Grand-Théâtre, offerte par les Autorités cantonales et municipales de Genève.

Vendredi, 30 septembre 1949.**LES HYPERTHYROÏDIÉS.**

9 h. 15. —

Professeur P. Bastenie, Bruxelles: « *Aspects histologiques et action de la thyroïde.* »

Professeur L. Langeron, Lille: « *Les hyperthyroïdies d'origine nerveuse.* »

Professeur J. Lederer et Professeur J. Hoet, Louvain: « *Les hyperthyroïdies d'origine ovarienne.* »

Professeur G. Bickel, Genève: « *Le foie des hyperthyroïdiens.* »

15 h. — Professeur G. Laroche, Paris: « *Nouveaux traitements médicaux de l'hyperthyroïdie.* »

Discussion et communications se rapportant au sujet traité.

20 h. 45 — Réception au Grand-Théâtre, offerte par le président du Congrès.

Samedi, 1^{er} octobre 1949.**LE TRAITEMENT DU CANCER PAR LES HORMONES.**

9 h. 30 —

Professeur A. Lacassagne, Paris: « *Résultats expérimentaux du traitement des cancers par les hormones.* »

Professeur L. de Gennes, Paris: « *Le traitement hormonal des tumeurs du sein.* »

Professeur Cibert, Lyon: « *Le traitement hormonal des cancers prostatiques.* »

Discussion et communications se rapportant au sujet traité.

20 h. — à l'Hôtel des Bergues, dîner officiel.

Local des séances: Aula de l'Université.

Secrétariat: Jusqu'au début du Congrès: Professeur E. Martin, 16, boul. Helvétique, Genève (tél.: 5-35-44).
Au cours du Congrès: permanence à l'Université.

Communications.

De nombreuses communications ont déjà été annoncées. Leur nombre devra probablement être limité et leur durée est fixée à dix minutes. Dernier délai d'inscription: 30 juin.

Ces communications doivent se rapporter uniquement aux grands sujets traités.

Projections: Il sera possible de projeter des diapositifs, ainsi que des films de 9 et 16 mm., et d'utiliser un épidiastroscope.

Inscription.

La carte de *membre titulaire* donne droit aux deux volumes (rapports et discussions), aux réceptions et au dîner officiel. Son prix est fixé à 35 francs suisses ou 3.500 francs français.

La carte de *membre associé* donne droit aux réceptions et au banquet. Elle est réservée aux dames et aux personnes accompagnant les congressistes. Son prix est fixé à 15 francs suisses ou 1.500 francs français.

Les bulletins d'inscription doivent être envoyés, accompagnés du montant de la cotisation, avant le 15 août.

Pour les participants français, à Monsieur G. Masson, 120, boul. Saint-Germain, Paris (6^e).

Pour les ressortissants d'autres pays, à Monsieur G. Roch, 14 Corratierie, Genève. Chèques postaux I. 115.89.

Logement.

Les possibilités de logement sont limitées à Genève en automne et il est prudent de réserver sa chambre à temps, soit directement, soit par l'intermédiaire du Secrétariat du Congrès. Il faut compter, pour une chambre à un lit et le petit déjeuner :

dans un hôtel de 1er ordre: 18 fr.

dans un hôtel de 2e ordre: 11 fr.

dans un hôtel de 3e ordre: 8 fr.

Mentionner, sur le bulletin d'inscription, la durée de votre séjour et la catégorie d'hôtel choisie.

En cas de nécessité, il est prévu de loger des congressistes chez des particuliers.

Transport.

Des démarches ont été faites pour obtenir de la Société Nationale des Chemins de Fer Français, pour les voyages en France, une réduction de 20%. Les formules pour bénéficier de ce tarif spécial sont à demander soit à Monsieur G. Masson, à Paris, soit au Secrétariat à Genève.

Exportation de devises.

Il est possible que les congressistes puissent bénéficier de certains avantages dans l'exportation de devises suisses hors de France, cependant pour le montant aucune certitude ne peut être donnée. La réglementation actuellement appliquée permet aux Français de sortir une fois par an de 50 à 150 francs suisses.

Exposition.

Une exposition de livres médicaux et de produits pharmaceutiques aura lieu dans le hall de l'Université. Pour renseignements et inscriptions, s'adresser à Monsieur Boymond, pharmacien en chef de l'Hôpital cantonal, Genève.

Comité des dames.

Un Comité de dames s'occupera de la réception des familles des congressistes.

Le président: Prof. M. Roch,
4, Avenue Jules-Crosnier, Genève.

Le secrétaire général: prof. Eric Martin,
16, boul. Helvétique, Genève.

UNE SUBVENTION D'HYGIÈNE POUR LE DISPENSARE DES TROIS-RIVIÈRES

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que, en vertu du Programme national d'hygiène, on a approuvé une

dépense de \$45,000 dans le but de financer l'établissement, aux Trois-Rivières, d'un dispensaire d'orientation juvénile.

Ce projet, le premier à être soumis par Québec en vertu des subventions fédérales pour fins d'hygiène mentale, est dû à l'initiative de l'Institut psychosocial des Trois-Rivières.

Le dispensaire fonctionne depuis octobre dernier et dessert les municipalités de la région situées au sud du Saint-Laurent aussi bien que celles qui sont situées au nord, comme Shawinigan Falls, La Tuque et Grand'Mère. On estime à 200,000 âmes la population de la région que dessert le dispensaire.

Le ministre de la Santé nationale fait remarquer que l'Institut psycho-social accomplit un excellent travail dans un domaine qui a été négligé jusqu'ici. Il s'occupe du diagnostic et du traitement de tous les genres de troubles mentaux qui apparaissent chez les enfants; il prévient les affections mentales en rectifiant, dès le début, les conditions mentales anormales; il enseigne aux parents ce qu'il faut faire pour que l'enfant se développe normalement. Dans la mise en œuvre de ce programme, l'Institut ne s'intéresse pas uniquement à l'enfant lui-même; il s'occupe aussi des autres membres de la famille, de l'école et des autres facteurs qui contribuent au développement de l'enfant. Le département de psychiatrie de l'Université Laval a approuvé le programme de l'Institut.

Quand le dispensaire sera complètement organisé, son personnel comprendra, en plus d'un psychiatre, d'un psychologue et d'un travailleur social, des consultants en médecine, en pédiatrie et en travaux cliniques de laboratoire; une infirmière d'hygiène mentale; des travailleurs sociaux adjoints; un thérapeute de groupe; un psychologue d'orientation professionnelle et un secrétariat. Le matériel que l'on achètera à même les fonds fédéraux comprend de l'outillage technique et un ciné-projecteur qui servira à la formation du personnel et à l'éducation des parents.

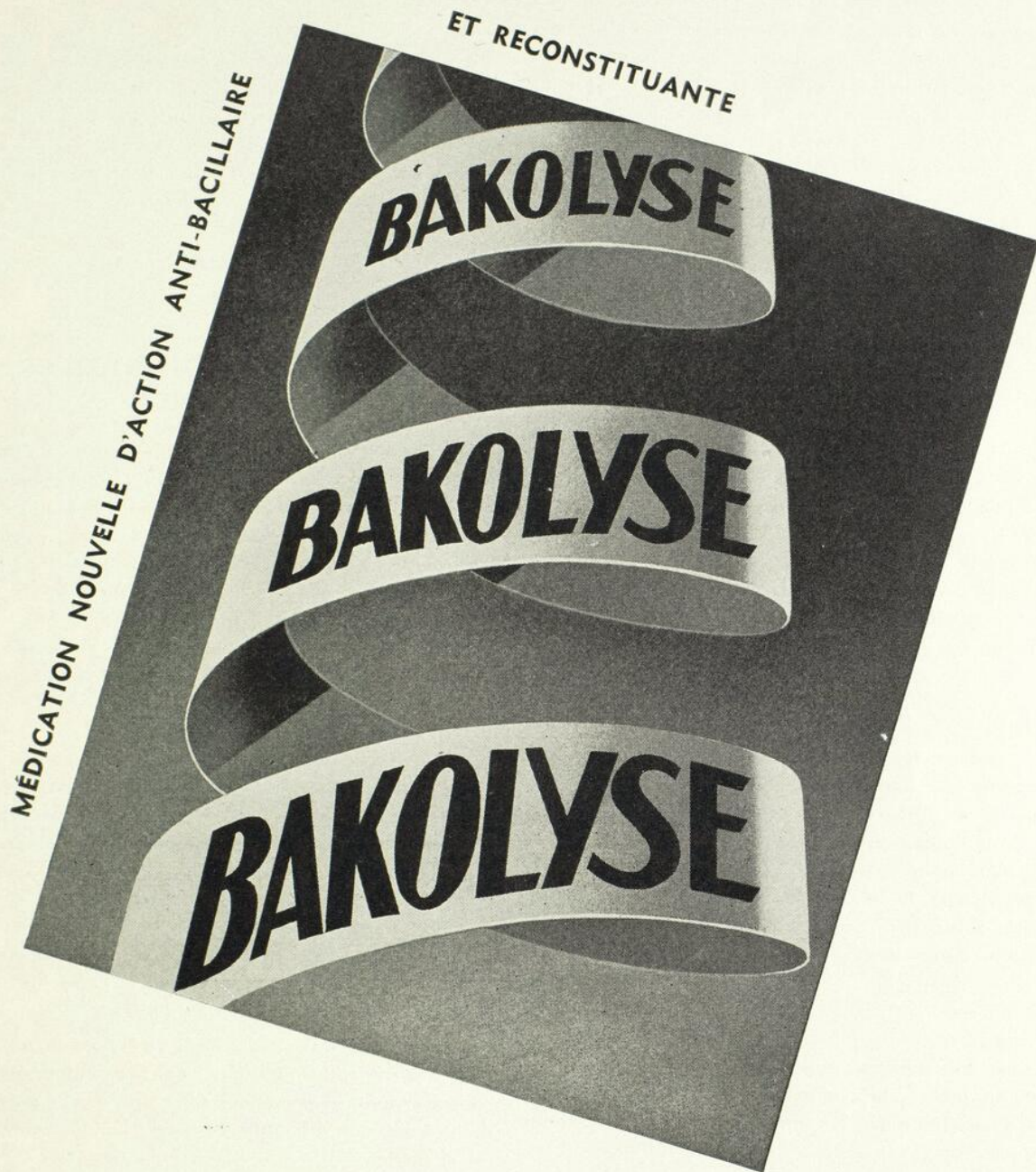
Le coût de ce projet sera imputé à la quote-part de \$1,140,846 attribuée annuellement à la province de Québec en vertu de la subvention fédérale pour fins d'hygiène mentale.

L'INSTITUT BRUCHÉSI DE MONTRÉAL

Les notes du mois

Les tuberculoses minimales.

Le dépistage des tuberculeux a eu pour résultat de réduire le nombre des grands tuberculeux. Le changement amené dans la situation de la tuberculose, aux points de vue: maladie, contagion et mentalité, doit attirer notre attention sur cet autre problème:



Acides Aminés et Créatinine

● **présentation**

Ampoules de 2 cc.
Boîtes de 10 ampoules.

● **formule**

Histidine chl.	0.0075
Créatinine	0.005
Glycocolle	0.05
Méthyl Glycocolle	0.05
Méthyl N. Leucine L.	0.0075
Solution saccha Q. S. pour 1 cc.	

Préparée uniquement par les
LABORATOIRES A. SAUVIN - PARIS - FRANCE

Agents exclusifs pour le Canada:

ANGLO-FRENCH DRUG CIE, LTÉE

MONTREAL 18.

la tuberculose minime chez nos patients. Il ne faudrait pas considérer le danger d'une aggravation comme peu probable. L'évolution peut se réaliser au moment où le patient y songe le moins.

Il est donc important que le médecin garde sous observation et revoie souvent son malade. Quand il aura fait son diagnostic, il devra l'avertir de son état, lui permettre de travailler si sa condition le lui permet mais dans des conditions d'hygiène et sans surmenage et exiger le plus grand repos possible après le travail. S'il ne pose pas ces conditions, le pauvre malade, qui n'est pas incommodé par son mal, peut prendre trop de liberté et se retrouver un jour en pleine évolution tuberculeuse. Les examens et les contrôles nécessaires devront être faits, pour s'assurer qu'il n'y a pas d'activité. La présence de bacilles dans les crachats ou le liquide gastrique est une indication du danger de contamination de l'environnement.

Enfin, la première année, le médecin ne laissera pas passer trois mois sans revoir ce malade et refaire tous les examens nécessaires. La deuxième année, si la lésion ne s'est pas modifiée il le reverra de six mois en six mois. Comme le danger de réveil est toujours possible, le malade sera averti de se faire examiner tous les ans.

Le docteur Rappoport disait, en 1940, dans une conférence à la 40^{ème} réunion de l'Association Canadienne Antituberculeuse: « A cause de la diminution de la contagion, les pertes d'allergie sont aujourd'hui plus nombreuses. Il faut donc surveiller plus attentivement le réveil des vieilles lésions et des lésions douteuses. Ces malades devront demeurer sous notre surveillance toute leur vie. »

Gare au soleil.

Voici l'été avec ses journées de soleil brûlant. Des malades tuberculeux iront de leur propre mouvement ou même dirigés par leur médecin faire une cure d'héliothérapie. L'attrait du soleil et la mode les pousseront à exagérer. C'est donc le temps de les avertir du risque qu'ils pourraient courir. Les malades tuberculeux, surtout ceux qui ont des foyers caséux, doivent éviter les expositions répétées ou prolongées aux rayons du soleil. Ils sont une cause provocatrice de l'évolution de ces foyers.

Cyriosité.

La chenille de ruche d'abeilles, a-t-on découvert, est réfractaire au bacille de Koch. C'est elle, d'ailleurs, que l'on avait supposée, avant la découverte des antibiotiques, être le seul être vivant capable de détruire le bacille tuberculeux. A cause de sa disposition naturelle à digérer la cire des ruches, elle eût pu aussi entamer l'enveloppe adipocireuse du bacille, sa seule **défense**.

L'huile de foie de morue.

Il se fait actuellement des recherches sur le pouvoir bactériostatique des huiles de foie de morue et chaulmoogra iodées, pour certaines formes de bacilles de Koch. A la suite de certaines expériences, on avait déjà trouvé dans l'huile de foie de morue, chauffée, un pouvoir tuberculicide intéressant.

Avis aux chercheurs, la matière des expériences abonde chez nous.

COLLABOREZ AU MAINTIEN DE L'HYGIÈNE

Sans la collaboration de tous, une société ne saurait bénéficier des avantages de l'ordre. Voulez-vous que votre ville soit propre, bien tenue et qu'on y respecte l'hygiène et la santé de la population, faites-vous les apôtres de l'hygiène dans votre ville ou votre village et commencez par mettre en pratique les conseils suivants:

Faites vos achats de viande dans les établissements où l'on respecte les préceptes de l'hygiène, où le personnel a le souci de la propreté.

Faites vos achats d'épicerie dans les épiceries bien tenues, surtout dans celles où les denrées alimentaires qui ne sont pas enveloppées ne sont pas exposées aux poussières, ni aux mouches, où les biscuits et les bonbons sont manipulés avec le soin voulu.

Exigez de votre laitier un lait de première qualité; qu'il soit transporté dans un véhicule propre et dans des contenants impeccables.

En refusant d'accepter le pain si le livreur n'a pas de panier destiné exclusivement à cette fin, vous l'obligez à respecter les lois de l'hygiène.

Si vous prenez vos repas dans un restaurant ou dans toute autre salle publique, ne fréquentez que les endroits dont le personnel offre toutes les garanties de propreté et de santé requises. La contamination est si facile.

N'allez chez le barbier que si vous êtes certain de la propreté de son établissement. Exigez un drap immaculé, des serviettes non utilisées, un blaireau et un rasoir stérilisés. C'est votre droit strict.

Et vous, madame, qui fréquentez telle ou telle maison de coiffure, ne tolérez aucune atteinte à la propreté. Les instruments dont on se sert doivent être désinfectés avant de vous toucher.

Au marché, exigez que les viandes soient enveloppées dans du papier brun et propre. Consultez votre inspecteur sanitaire au moindre doute.

S'il y a une rivière, un ruisseau ou un autre cours d'eau près de chez vous, souvenez-vous qu'il est interdit d'encombrer les rives avec des débris.

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.

VERTAVIS une nouvelle préparation dans le traitement de l'hypertension essentielle

Chaque tablette contient 10 Unités Craw de **Veratrum Viride** contrôlé biologiquement par les Laboratoires de recherches Irwin Neisler & Co., Decatur, Ill.

Les expériences faites dans de nombreuses cliniques ont démontré que le **Veratrum Viride** titré biologiquement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. (The Medical Clinics of North America, septembre 1948; Doctor Freis, page 1253.) Les tablettes Vertavis doivent être prises à une heure d'intervalle et de préférence après les repas. La dose doit être augmentée ou diminuée graduellement selon les résultats obtenus.

POSOLOGIE:

Donnez une tablette VERTAVIS (10 unités Craw) aux heures ci-dessous mentionnées:

SEMAINE	VERTAVIS	MATIN	SOIR	Dose quotidienne Unités Craw
1ère semaine	1 tablette à	7 heures	7 heures	20
2ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 heures	30
3ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 & 8 heures	40
4ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7 & 8 heures	50
5ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7, 8 & 9 heures	60

Documentation complète et échantillon envoyés à MM. les médecins 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.

Suivez ces conseils et vous aurez fait beaucoup pour la sauvegarde de votre santé et de celle de vos concitoyens.

EN VACANCES, PRENEZ GARDE À LA TYPHOÏDE

Au cours des trois prochains mois, la typhoïde fera de grands ravages dans notre population, surtout chez les gens qui visitent nos plages et les régions éloignées chères aux villégiateurs. Chaque année, durant la période estivale des vacances, la typhoïde fait de nombreuses victimes. Si l'on tient compte du fait que cette maladie dure en moyenne six semaines, exige trois mois de convalescence et cause une faiblesse générale dont on ne revient qu'au bout de 5 ou 6 autres mois, il paraît infiniment plus sage de prendre toutes les mesures propres à l'éliminer. La typhoïde est éminemment contagieuse. Par conséquent, si vous allez à la campagne ou dans une agglomération dont vous ne connaissez pas l'état sanitaire, soyez prudents. Sachez d'abord quelle est, en cet endroit, la qualité de l'eau et du lait. Si l'eau provient d'un aqueduc approuvé par les services d'hygiène ou d'un puits protégé contre toute contamination, vous pouvez l'utiliser. Si vous n'avez pas la certitude absolue que l'eau est bonne, saine, que ce soit pour boire, pour les besoins de la bouche ou pour la cuisine, vous ne devez jamais vous en servir sans l'avoir fait bouillir. Tels sont les conseils que donnent les hygiénistes du ministère provincial de la Santé.

Quand vous buvez du lait, soyez sûr qu'il a été pasteurisé ou pasteurisez-le vous-même en le faisant bouillir trois minutes à gros bouillons. N'absorbez jamais un lait non identifié. Le fromage de type canadien doit mûrir au moins 90 jours. Assurez-vous de son âge avant d'en manger ou d'en offrir à vos enfants, chaque portion doit porter la date de fabrication.

N'acceptez jamais d'aliments — mollusques en particulier — à moins qu'ils ne proviennent d'un établissement où l'on respecte les préceptes de l'hygiène. Craignez les mouches comme la peste. Enfin, faites-vous vacciner contre la typhoïde à l'avance, soit plusieurs semaines avant votre départ et vous passerez vos vacances dans une plus grande sécurité. Vos enfants seront mieux protégés. Vous serez moins inquiets.

CONFISCATION DE 18.022 LIVRES D'ALIMENTS IMPROPRES À LA CONSOMMATION

Surveillez la qualité et la quantité des aliments que vous absorbez.

Pour vivre longtemps, un bon régime est indispensable. La qualité et la quantité des aliments jouent un rôle prépondérant dans la diète quotidienne. La qualité se résume à ne point utiliser d'aliments contraires à notre estomac et à suivre les conseils des hygiénistes spécialisés en nutrition. La quantité consiste à ne pas absorber plus d'aliments qu'il ne faut pour une digestion facile. L'expérience doit nous éclairer dans l'observation de ces deux principes lorsque nous sommes parvenus à quarante, cinquante et au plus tard à soixante ans. Tout homme qui mène une vie régulière et frugale ménage, par le fait même, sa santé.

Il convient cependant de souligner un autre aspect de la qualité des aliments. C'est celui de leur état quand ils nous arrivent du fournisseur. A ce point de vue, le ministère provincial de la Santé entretient un certain nombre d'inspecteurs qui sont chargés, entre autres choses, de la surveillance des établissements où se fait la manipulation des denrées alimentaires. Des inspections ont lieu périodiquement dans les diverses régions desservies par les Unités sanitaires de comté.

Le travail des inspecteurs apparaît dans les rapports mensuels de la division des Unités sanitaires. Le rapport d'avril vient précisément d'être compilé. Il indique que, durant ce mois, les inspecteurs ont confisqué 18,022 livres d'aliments impropres à la consommation. Voici une liste des établissements visités: 2,085 boucheries, 1,432 épiceries, 168 boulangeries, 604 restaurants, 170 marchés publics, 31 beurreries et fromageries, 325 laiteries publiques, 259 usines de pasteurisation, 962 vacheries et laiteries du producteur.

Si la qualité de vos aliments est bien surveillée, il n'en faut pas moins prendre garde à la quantité que vous absorbez. La gourmandise est un péché. C'est aussi un péril terrestre. « L'homme périt à tout âge, dit Buffon, au lieu que les animaux semblent parcourir d'un pas égal et ferme l'espace de la vie. » Nous nous tuons en abusant de la vie sous prétexte qu'elle est trop brève. Un peu de raison, un peu de prévoyance, que de maux nous épargnent ces deux gardiennes de l'existence. C'est ce que conseillaient les anciens. C'est ce que suggèrent les hygiénistes. Chacun doit en faire son profit.

DILAXOL

(EN POUDRE)

E.B.S.



avec ferments et essence de menthe poivrée.

Présenté en boîtes de 2 onces avec étiquettes amovibles, et en cartons de 1 livre. Egalement sous forme de liquide.

Echantillon et renseignement sur demande.

THE **E.B.S.** 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, 1875, boul. Pie IX, Montréal, P.Q.

M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P.Q.

AIDE AUX RECHERCHES SUR LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

L'hon. Paul Martin annonce que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a approuvé une dépense de \$11,000 aux fins de recherches, en Ontario, sur deux aspects de la lutte antituberculeuse.

En premier lieu, le docteur John H. C. Douglas poursuivra des études supérieures en fonction pulmonaire dans un laboratoire spécialement équipé du service des maladies de la poitrine de l'Université Columbia, à l'hôpital Bellevue de New-York. Un montant de \$5,000 est affecté à ces recherches, qui supposent l'emploi de l'oximètre Millikan, appareil dont l'on se sert pour évaluer l'étendue de l'incapacité pulmonaire.

Le second projet touche aux recherches sur la préparation d'une nouvelle forme de B. C. G. et sur son application. Ces recherches, au coût de \$6,000., seront faites à l'École d'hygiène de l'Université de Toronto. On espère trouver le moyen de préparer le B.C.G. sous forme de poudre, ce qui permettra de s'en servir avec de bons résultats quand une période considérable de temps se sera écoulée entre sa préparation et son utilisation.

Le coût de ces projets sera imputé sur la quote-part ontarienne de la subvention de 3 millions de dollars et plus, attribuée aux provinces pour fins de lutte antituberculeuse, en vertu du Programme national d'hygiène.

SUBVENTIONS FÉDÉRALES À TROIS UNIVERSITÉS POUR FINS DE RECHERCHE

M. Paul Martin, ministre de la Santé nationale, annonce que les trois universités suivantes: Western Ontario, de London, Queen's, de Kingston, et Laval, de Québec, viennent de recevoir plus de \$20,000 de subventions fédérales d'hygiène, pour recherches spéciales et pour l'organisation de nouveaux services de neuropathologie et de lutte anticancéreuse.

Le ministre de la Santé nationale déclare à ce sujet: « Le service de recherches médicales de Western Ontario rapporte que, aux stades ultimes des affections mentales comme la schizophrénie, les malades donnent des preuves cliniques du mauvais fonctionnement des glandes à sécrétion interne. Le service de métabolisme de la faculté de médecine recherchera le rapport qui existe entre les glandes endocrines et le développement de ces affections, surtout chez les enfants. »

Les départements de biophysique et de prophylaxie clinique, à Western, entreprendront d'autres recherches sur les modifications physiologiques qui accompagnent

les émotions, spécialement dans des états morbides comme l'ulcère gastrique et l'hypertension, où l'on croit que la tension émotive joue un rôle prépondérant. On se servira, pour ces recherches, de l'appareil cardiographique que l'on a perfectionné, il y a plusieurs années, à Western. On a déjà pris les enregistrements de plus de 300 personnes normales, et l'on poursuivra les recherches quelque temps encore, en examinant des personnes normales et anormales. Les subventions pour ces deux groupes de recherches que Western entreprendra s'élèveront à \$6,950.

Le département de pathologie de l'Université Queen's, de Kingston, recevra environ \$5,700, ce qui lui permettra d'établir un service de neuropathologie qui recevra, afin d'en faire l'analyse, un nombre de plus en plus grand d'échantillons de tissus nerveux que les divers hôpitaux de Kingston lui feront parvenir. La subvention fédérale servira à payer les salaires et à fournir de matériel le nouveau service.

À l'Université Laval, de Québec, on donnera plus d'importance au service d'histopathologie du centre anticancéreux de l'université, afin de permettre de faire un plus grand nombre d'examen. Une subvention de \$8,000 est réservée pour payer les salaires de quatre nouveaux techniciens et pour acheter du matériel scientifique. La province contribuera une somme correspondante.

M. Martin ajoute: « Le centre anticancéreux de Laval a rendu de grands services, depuis de longues années, aux hôpitaux de la province de Québec. Nous croyons que, grâce à l'augmentation du personnel et du matériel, il sera en mesure de rendre de plus grands services encore dans cet important domaine du dépistage et du contrôle du cancer. »

Les ministères de la Santé des provinces d'Ontario et de Québec ont recommandé ces projets en vertu du plan fédéral d'hygiène. Le coût en sera imputé sur la quote-part, attribuée à ces provinces, des subventions fédérales aux fins d'hygiène mentale et de lutte anticancéreuse.

SUBVENTIONS FÉDÉRALES AUX SANATORIUMS

L'hon. Paul Martin annonce que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a approuvé une dépense de \$102,000, partie des subventions fédérales d'hygiène, dans le but de payer les traitements de directeurs médicaux de 14 sanatoriums pour tuberculeux de la province de Québec.

« Ces directeurs permanents, déclare M. Martin, auront droit de surveillance dans ces sanatoriums et seront responsables au ministère provincial de la

Nouveau Traitement Scientifique

pour les

ULCÈRES GASTRIQUES et DUODÉNAUX

ROBUDEN

VOIE BUCCALE et INJECTABLE

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 duodéal 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

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

Santé, surtout en ce qui regarde l'admission et l'exéat des malades, le traitement accordé et d'autres points techniques. En raison de ce projet, le personnel des sanatoriums sera augmenté; on obtiendra aussi la coordination et la coopération voulues pour que l'admission et l'exéat des malades se fassent avec méthode et que les soins de convalescence soient plus étendus.»

M. Martin fait remarquer que ce sont des commissions privées ou des congrégations religieuses qui, dans le Québec, possèdent et exploitent tous les sanatoriums. Jusqu'ici tout le personnel médical était au service de ces organismes privés. Mais, en vertu d'une nouvelle entente, des fonds permettront de nommer 14 médecins supérieurs, qui seront fonctionnaires.

C'est le ministère de la Santé de la province de Québec qui a soumis ce projet. Le coût du projet sera imputé à la subvention d'un million de dollars et plus que le plan fédéral d'hygiène attribue annuellement à cette province pour l'extension de la lutte antituberculeuse.

SUBVENTIONS D'HYGIÈNE POUR L'ACHAT D'ÉQUIPEMENT D'HÔPITAL

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que des subventions fédérales d'hygiène serviront à acheter du matériel médical, chirurgical et scientifique pour le nouveau sanatorium Saint-Joseph, de Montréal, et pour l'hôpital de Lourdes-de-Blanc-Sablon, sur la frontière du Labrador. On estime à \$172,500 le coût total de ce matériel.

Le matériel médical, chirurgical et technique qu'achète le sanatorium Saint-Joseph comprend des machines radiographiques et un appareil de contrôle, des unités de diathermie, des tables d'anesthésie et du matériel d'oxygène, une unité dentaire complète, une unité d'urologie, du matériel pour quatre grandes salles d'opération et pour deux petites salles, et de grandes quantités d'appareils médicaux et scientifiques dont on se servira dans tout l'hôpital.

«Ce matériel, déclare M. Martin, devrait beaucoup aider à assurer les facilités les plus modernes de diagnostic et de traitement aux tuberculeux hospitalisés au sanatorium Saint-Joseph.»

On outille l'hôpital de Lourdes-de-Blanc-Sablon de telle sorte qu'il puisse assurer des services médicaux, chirurgicaux et obstétriques à la population clairsemée d'une région de la rive nord. Il aura deux dispensaires, l'un à Saint-Augustin-de-Blanc-Sablon, et l'autre à Tête-à-la-Baleine. Il y aura une infirmière à chaque dispensaire, et l'hôpital sera sous la direction

d'un médecin résidant. La subvention fédérale pour l'achat du matériel dépassera \$22,000.

Le coût de chacun de ces projets est imputé à la quote-part des subventions fédérales que reçoit la province de Québec pour la lutte antituberculeuse et l'extension des mesures générales d'hygiène publique.

LA MÉDECINE A DES AILES

De vastes prairies, des forêts immenses, des lacs et des rivières en très grand nombre. Aucune province peut-être n'offre une géographie semblable à celle de la Saskatchewan. Les fermes sont distantes les unes des autres, les villages sont disséminés sur une échelle de quinze à vingt-cinq milles, les communications sont difficiles, les moyens de transport sont souvent inadéquats.

En raison de cet état de choses, il était presque impossible de transporter les malades et les blessés jusqu'au prochain hôpital. Dans bien des cas, on devait avoir recours à des moyens primitifs de locomotion sur des routes en fort mauvais état. Plus souvent qu'autrement, la personne mourait sans avoir reçu le moindre secours médical. Car le progrès n'avait pas toujours pénétré ces vastes régions de l'ouest canadien.

Mais, il y a deux ans, un ex-pilote du Corps d'Aviation Royal Canadien imagina d'organiser un service d'ambulance aérien. Il suggéra son plan aux autorités provinciales et réussit à les convaincre: quelques semaines plus tard, on inaugurerait le nouveau service! Vingt-neuf envolées en vingt et un jours assurèrent à l'entreprise un succès immédiat. L'ambulance aérienne était définitivement établie.

Au centre de commandes, on reçoit les appels de médecins, infirmières et autres personnes responsables. L'ambulance est disponible de l'aube au crépuscule, sept jours par semaine, hiver comme été. Tous les cas d'urgence sont acceptés, quelle que soit la distance à parcourir, ou les obstacles à vaincre. Depuis la frontière américaine jusqu'aux territoires du Nord-Ouest, pas un coin de la Saskatchewan où l'ambulance aérienne ne puisse atteindre dans un délai maximum de trois heures. Selon le cas, les malades sont transportés vers l'hôpital le plus proche: Régina, Prince-Albert ou Saskatoon.

C'est tout un art que de piloter cet avion nouveau genre. Parfois on devra poser son appareil au bord d'une forêt, dans une savane ou en plein cœur d'un champ de blé, sur un lac peu profond, ou sur un sol rocailleux. L'équipage opère avec diligence, car on sait que le moindre délai met une vie en danger.

Sur les fermes lointaines où jusqu'alors la maladie et les accidents faisaient tant de victimes, on peut

CALIGESIC

onguent analgésique à la calamine

SHARP
& DOHME

Le soulagement symptomatique doit être à la base du traitement des dermatites provoquées par le sumac vénéneux. Le traitement local par l'Onguent CALIGESIC rafraichissant et adoucissant se montre des plus efficaces pour enrayer rapidement la démangeaison quasi intolérable, et il contribue à empêcher la vésiculation et la desquamation.

L'Onguent CALIGESIC est astringent; il est doué de propriétés analgésiques et anesthésiques, protectrices, rafraichissantes et adoucissantes. Il n'est pas huileux. Il

élimine le besoin irrésistible de gratter les lésions et éloigne ainsi le danger d'infection secondaire.

Principales indications: dermatites par herbe à la puce, arbre à la gale, coup de soleil, prurit; de même que le prurigo estival, éruption, morsures d'insectes et autres irritations cutanées mineures.

100 grammes d'Onguent CALIGESIC contiennent: calamine, 8 gm.; benzocaïne, 3.00 gm.; hexyl-m-crésol, 0.05 gm. Offert en tubes de 1½ onces. Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 5, Ontario.

traitement
topique

des dermatites

Caligesic

onguent analgésique à la calamine

(non huileux)

aujourd'hui obtenir en un clin d'œil les secours du médecin, et même les soins d'hôpital. Le service d'ambulance par air a fait naître un sentiment nouveau de sécurité pour les centaines de Canadiens qui habitent les coins les plus reculés de cette vaste province.

Sous le titre « Extrême urgence », l'Office National du Film vient de réaliser un documentaire sur l'organisation et le fonctionnement de ce service aérien d'ambulance. Ce film sera bientôt présenté dans la série « En Avant Canada ».

♦♦

53.481 ENFANTS EXAMINÉS PAR LES HYGIÉNISTES PROVINCIAUX EN MARS

Ne sachant ni vivre, ni mourir, les hommes s'en vont au gré des jours sans se préoccuper d'hygiène parce qu'ils tiennent beaucoup trop à leurs mauvaises habitudes. Il faut que la maladie vienne les éveiller. Cette angoisse féconde qu'apporte la crainte de cesser d'être bien portant, nous la sentons croître en nous à mesure que les années s'écoulent. Cependant, pour cultiver sa santé, il faut commencer par abandonner ses mauvaises habitudes. Une fois acquise, la santé est facile à conserver: il suffit de suivre les préceptes de l'hygiène et de la médecine préventi-

ve. Si vous voulez être bien portants, ayez des habitudes régulières. Le bain, les repas, l'exercice ou le sommeil ne sont jamais si bienfaisants que lorsqu'ils reviennent à intervalles fixes. Le maintien de la santé n'a rien de pénible pour qui s'est fait une habitude d'observer les lois de l'hygiène. C'est d'ailleurs une constatation que l'on peut faire à toutes les périodes de la vie et dans les circonstances les plus diverses. L'exemple des futures mères mettant en pratique les enseignements de l'hygiène dès avant la naissance de leurs petits parce qu'elles savent que la vie de l'enfant commence dès avant son arrivée au monde est péremptoire. La santé du nouveau-né dépend de celle de sa maman. Elle a donc le devoir de veiller sur sa propre santé si elle veut préparer celle de son bébé. Les Unités sanitaires du ministère de la Santé sont à la disposition des mères de famille. Elles doivent profiter des enseignements de nos hygiénistes qui, chaque mois, donnent des leçons et des démonstrations. Au cours du mois de mars 1949, les hygiénistes ont rencontré près de cinq mille mamans et fait plus de deux mille visites prénatales à domicile. Ils ont examiné 53.481 nourrissons et enfants de moins de six ans, soit à domicile, soit dans les cliniques de puériculture. Par ailleurs, ils ont vacciné 2.622 personnes contre la typhoïde et immunisé 2.972 enfants contre la diphtérie tandis que 2.042 recevaient des immunisations de rappel. Protégez la santé de vos enfants. C'est votre devoir.

CRÉSOPIRINE

DOULEURS RHUMATISMALES,
NÉVRALGIE, INSOMNIE, RHUMATISME ARTICULAIRE, AIGU, FÉ-
BRILE, GRIPPE.

DÉPUROGENE

DÉCONGESTIF RAPIDE DES
PLÉTHORIQUES, ÉLIMINATEUR DE L'URÉE ET DE LA CHOLESTÉRINE
DU SANG.

FÉNUGRÈNE

PUISSANT AGENT D'AUG-
MENTATION DE POIDS. POUDRE DE FÉNUGREC DÉSHUILÉE ET DÉSO-
DORISÉE CONTENANT TOUS SES PRINCIPES ACTIFS, PHOSPHORES
ET CHOLESTÉRINES.

FUCUSOL

OBÉSITÉ. EMBONPOINT EXAGÉRÉ.

MUTHANOL

SYPHILIS. A TOUTES SES PÉ-
RIODES ET DANS TOUTES SES MANIFESTATIONS. LUPUS ERYTHÉ-
MATEUX. PIAN-ANGINE DE VINCENT. LE MUTHANOL ASSURE
UNE ACTION THÉRAPEUTIQUE INTENSE ET DE LONGUE DURÉE.

HERDT & CHARTON, INC.

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLEGE MCGILL, MONTREAL

REVUE DES LIVRES

M. LUZUY et J. F. PORGE. — **Traitement chirurgical de l'hypertension.** Préface du Professeur agrégé J. Lenègre. Un vol. de 160 pages, avec 58 figures. — Doin et Cie, édit., Paris, 1948.

Résumant la somme des connaissances actuelles sur le traitement de l'hypertension artérielle, les auteurs étudient d'abord l'évolution des idées sur la pathogénie, l'état actuel des conceptions physiopathologiques et ensuite font une revue des travaux expérimentaux belges, américains et français.

Ils analysent tour à tour les diverses épreuves si nécessaires pour le choix des malades pouvant bénéficier d'un acte chirurgical et limitant ainsi les indications et les contre-indications opératoires.

Les différentes voies d'accès chirurgical sont toutes décrites avec précision et les résultats obtenus par quelques chirurgiens américains et français sont détaillés. M. Maurice Luzuy est venu aux Etats-Unis et au Canada il y a à peine deux ans, il a vu travailler ces mêmes chirurgiens et ainsi ce livre contient de nombreux détails techniques d'importance.

Ce livre se termine par une courte étude de l'hypertension endocrinienne et de l'hypertension rénale.

Dans sa préface, le professeur Lenègre avoue: «... le domaine de la chirurgie reste encore vaste dans le traitement de l'hypertension artérielle. D'abord, l'opération est une nécessité chez certains patients, et le restera aussi longtemps que nous ne serons pas dotés d'un traitement médical efficace. Ensuite, elle procure d'indiscutables succès à la seule condition que les médecins veuillent bien adresser leurs malades au chirurgien assez tôt, et bien avant l'apparition des accidents ultimes. »

De cet effort de synthèse, il résulte un livre clairement écrit, vivant et parfaitement illus-

tré par Wagner, qui apportera à chacun, sur le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle, des notions précises et des renseignements indispensables.

Maurice GERVAIS.

Pierre DUREL, médecin de l'hôpital Saint-Lazare. — **Les métrites du col. Etude anatomo-clinique. Nouveaux traitements.** Avec la collaboration de Lucien Dutheil, ancien interne de l'hôpital St-Lazare, et Hubert Autrand, ingénieur I. E. N. 2ème édition revue et augmentée. Un volume de 334 pages, avec 100 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

C'est la seconde édition de l'ouvrage par lequel P. Durel, en 1941, apporta une contribution très appréciée à la mise en ordre de l'étude clinique, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique des métrites du col.

L'auteur, malgré le titre qu'il a donné à son ouvrage, a fréquemment parlé de la métrite totale, de la diffusion de l'infection blennorrhagique, des troubles endocriniens, et cette extension aux domaines voisins se retrouve dans les chapitres consacrés à la thérapeutique. C'est que, bien que l'étude soit centrée sur la métrite chronique du col, foyer de résistance de l'infection, il y a lieu d'envisager dans sa complexité le problème clinique et thérapeutique qui ne se soucie pas des barrières de la nosologie.

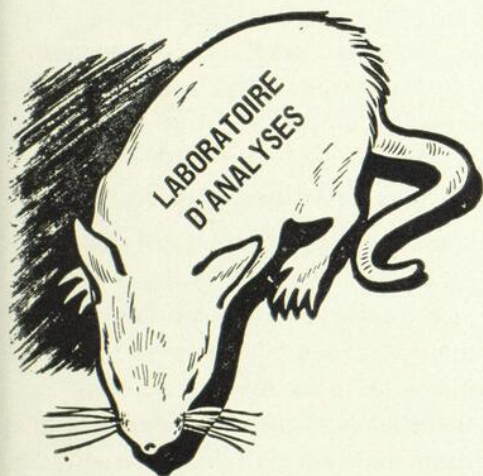
Cette seconde édition a permis une mise à jour concernant particulièrement la thérapeutique: dans sa première édition, l'auteur insistait sur la sulfamidothérapie, autant pour souligner son intérêt que pour montrer les limites de ses possibilités. Cette nouvelle édition lui permet de simplifier ce chapitre et d'insister sur la sulfamidorésistance. De plus, un chapitre est consacré à la pénicilline — pénicilline G et pénicilline-retard — que P. Durel a particulièrement étudiée.

Avis spécial à MM. les Médecins

Diagnostic de la grossesse

MAINTENANT \$ **4.⁰⁰**

**Aussi analyses complètes du *sang* - de *l'urine*
sels - *crachats* - *facteur R. H.***



Prises de sang faites à la pharmacie sans charge additionnelle.

Prises directes de l'urine par un médecin ou une garde-malade diplômée.

Nous envoyons chercher les échantillons à domicile (ville). Rapports le jour même.

Pour les clients de la campagne, nous expédions des bouteilles spécialement emballées, sur demande. (Rapports dans les 48 heures)

DIRECTION : ARTHUR SARRAZIN et LUC CHOQUETTE,

Pharmaciens, chimistes analystes, bacheliers de l'Université de Montréal,
Docteur de l'Université de Paris.

ANALYSES : MÉDECIN, GARDE-MALADE, TECHNICIENNE MÉDICALE,
diplômées des Hôpitaux.



Sarrazin & Choquette

PHARMACIENS — CHIMISTES — ANALYSTES

921 EST, RUE SAINTE-CATHERINE, MONTRÉAL — PLateau 9622

Le chapitre d'endocrinologie a été, lui aussi, tenu à jour des acquisitions de ces dernières années.

P. DELMAS, G. GIRAUD, E. JEANBRAU, P. LAMARQUE, E. LEENHARDT, J. BOUCOMONT, J. MARGAROT, P. PAGES, V. RICHE, L. RIMBAUD, J. TERRACOL et H. VILLARD, professeurs à la Faculté de Médecine de Montpellier. — **L'examen du malade. Guide clinique de l'étudiant et du médecin. Médecine — chirurgie — obstétrique — neurologie et spécialités.** 3^e édit. revue et augmentée. Un volume de 392 pages. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

Il ne s'agit pas d'un ouvrage de séméiologie ou de diagnostic, mais d'un livre destiné à guider les premiers pas de l'étudiant et à raviver les connaissances indispensables au praticien.

Comme le dit dans la Préface un des auteurs, le Professeur E. Jeanbrau, « sa substance est faite des règles, des axiomes et des conseils que, par tradition orale, les maîtres transmettent à leurs disciples durant les matinées à l'hôpital ».

Les différents professeurs de Montpellier, chacun dans la partie où il excelle, ont donc tracé en quelques pages l'essentiel des règles de l'examen clinique. Ils proposent des cadres faciles à retenir pour interroger un malade pour rédiger son observation, et pour exposer son cas dans une épreuve de scolarité ou de concours.

Autant qu'à l'étudiant ce manuel est utile au praticien, à qui il fournit, sous une forme méthodique et maniable, l'utilisation de ses connaissances nosologiques en une « tactique » d'examen du malade.

J. MALMEJAC. — **Médecine de l'Aviation. Bases physiologiques et physio-pathologiques.** Un volume de 328 pages. — 1200 francs. — Masson et Cie, édit., Paris.

L'aviation a pris, en une quarantaine d'années, un essor considérable. Le record de vol sans escale est porté à plus de 16,000 kilomè-

tres, les vitesses atteignent presque celle du son, les déplacements dans la stratosphère sont possibles.

Mais la navigation aérienne soumet l'homme à des séries d'influences dont chacune, à partir d'un certain seuil, risque d'être une source de troubles fonctionnels, sinon d'accidents, d'un déterminisme particulier.

Les recherches expérimentales à leur sujet, dont on retrouve la source dans les travaux mêmes de Lavoisier sur la respiration, dans ceux d'une si vivante actualité de Paul Bert. « Premier Médecin de l'Air », sur les effets de la dépression barométrique, constituent une base essentielle en matière de médecine aéronautique. Riches en déductions théoriques et pratiques, explicatives, elles permettent de comprendre, d'interpréter et de traiter les troubles qui peuvent être observés au cours des vols ou après une pratique plus ou moins prolongée de l'aviation. Elles conduisent enfin à imaginer des moyens de protection grâce auxquels l'homme se déplace à des altitudes normalement incompatibles avec la vie.

Les problèmes biologiques posés intéressent toutes les grandes fonctions; les uns s'apparentent à des questions de physiologie générale et, comme tels, peuvent être étudiés dans les laboratoires les plus divers; d'autres exigent des installations très particulières que seuls les organismes spécialisés possèdent. En 1942, après le débarquement allié en Afrique du Nord, le laboratoire de Physiologie de la Faculté de Médecine d'Alger devint le laboratoire d'Etudes Médico-physiologiques de l'Aviation française renaissante. Son activité fut orientée vers la solution de problèmes d'un intérêt immédiat pour le personnel navigant (hygiène, examens en caisson, sélection psycho-physiologique) et vers la réalisation de recherches expérimentales sur des questions d'actualité. Entre temps de solides liaisons furent directement établies avec des laboratoires alliés, un enseignement de Médecine aéronautique fut créé et donné, dès le début de 1944, aux médecins de l'Air, puis aux étudiants de l'Université d'Alger.

NEUROPHEN

un antispasmodique, un sédatif
et un analgésique

SÛR

Formule nouvelle et éprouvée.

Un comprimé renferme:

Novatropine (Méthylbromure d'homatropine)	1 mgm.
Phénobarbital	20 mgms.
Acide Acétylsalicylique	150 mgms.
Ménadione (Vitamine K)	0.25 mgm.

INDICATIONS:

Le NEUROPHEN est indiqué pour soulager la douleur spastique, les états anxieux, les malaises et la céphalée présente dans les cas suivants: dysménorrhée, coliques biliaire et rénale, ulcères peptique et duodénal, hyperchlorhydrie, spasme du pylore, entéro-spasme et colites de diverses natures.

POSOLOGIE:

Un comprimé toutes les 2 ou 3 heures. Il est préférable de ne pas dépasser 6 comprimés par jour.

TOXICITÉ:

Il est important de noter que la toxicité de la Novatropine (méthylbromure d'homatropine) est 1/30^è de celle de l'Atropine.

PRÉSENTATION:

Flacons de 100, 500, 1,000 et 5,000 comprimés.

ACTION PHARMACODYNAMIQUE: Celle-ci s'explique par l'action combinée des constituants de NEUROPHEN:

1.—Le **méthylbromure d'homatropine** est un substitut de l'atropine qui exerce une action parasympathicolytique ou vagolytique. Sa toxicité est beaucoup plus faible que celle de l'atropine et entraîne des effets cérébraux moins prononcés. Quant aux effets secondaires de l'atropine — sécheresse de la bouche et de la peau, troubles de la vision (cycloplégie) — ils sont bien moins marqués avec ce composé¹. Le méthylbromure d'homatropine est surtout intéressant comme antispasmodique dans le traitement des divers types de spasmes viscéraux.

2.—Le **phénobarbital** est un dépresseur du système nerveux central. Il remplit son action sédativ à faibles doses. L'intérêt de son association à l'homatropine est particulièrement évident dans les spasmes viscéraux accompagnés d'une tension nerveuse anormale. Grâce à son action sédativ centrale, le phénobarbital augmente l'action antispasmodique du méthylbromure d'homatropine. Le NEUROPHEN est donc spécialement indiqué dans tous les cas de spasmes de la **musculature lisse** qui se présentent, encore plus accentués, chez des sujets nerveux et émotifs, et qui n'auraient pas été influencés par d'autres types d'antispasmodiques.

3.—La présence de l'**acide acétylsalicylique** dans cette association augmente encore l'action sédativ du NEUROPHEN et confère à ce produit **une double action analgésique**. Ainsi le NEUROPHEN entraîne-t-il un soulagement de la douleur spasmodique, par son action vagolytique, et de la céphalée ou des malaises qui y sont souvent associés, par son effet analgésique central.

4.—Le **Ménadione** (vitamine K) a été associé à la préparation, parce qu'il diminue les effets toxiques du salicylate. La marge de sécurité thérapeutique du NEUROPHEN est augmentée d'autant dans toutes ses applications thérapeutiques, notamment dans les cas où l'on est en droit de supposer l'existence d'une hypotherbinémie ou d'une carence en vitamine K.

1. Cushny's Pharmacology and Therapeutics, 13^{ème} éd., révisée par A. Grollman et D. Slaughter, 1947, p. 478.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

Théorie et pratique furent toujours intimement liées.

Telle est l'idée directrice de ce travail. Son but est de réunir, dans une vue d'ensemble et à la lumière des données les plus récentes, les éléments physiologiques et physiopathologiques qui constituent les bases essentielles de la médecine de l'aviation. Le terrain solide des faits a été rarement abandonné pour celui des hypothèses, sauf dans les cas où celles-ci ouvrent des horizons nouveaux. Le détail a été volontairement sacrifié à la vue synthétique. A défaut d'une documentation complète, impossible à réunir en ce moment et d'ailleurs inutile dans un tel exposé, nous espérons que le lecteur y trouvera les données fondamentales susceptibles de l'aider dans l'exploration de cette nouvelle spécialité médicale.

D. CALEWAERT. — **Conception physique de la vie.** — Librairie Maloine, édit., Paris, 1947.

La Médecine est un art. Tant que les médecins ne pourront, par équations différentielles, déduire mathématiquement d'une somme de symptômes, ce qui manque à un organisme pour recouvrer totalement ses fonctions normales, la Médecine ne sera pas une science exacte.

Mais cette apparente faiblesse recèle en réalité une force incalculable: tandis que les sciences exactes ne progressent que sur des bases solidement établies, sur des données universellement admises, la Médecine peut s'élançer, par bonds, bien en avant des hypothèses et des théories en vigueur.

C'est en quoi elle est comparable aux arts: elle en a la souplesse et l'imagination, elle en a l'intuition et l'inspiration.

Cependant, le médecin ne s'en tient pas là: et ce que son imagination lui apporte, ce que son intuition lui suggère, il ne l'admet pas comme vérité: il veut contrôler ces données, il cherche à confirmer et à prouver ce qu'il avance.

Tout ce livre tient dans ces nuances: nous nous sommes élancés dans un domaine inconnu, nous avons commencé à en scruter quelque coin, à observer quelque face.

Et, malgré quelques ombres, le tout nous a paru d'une harmonie merveilleuse: harmonie du domaine entrevu, harmonie l'englobant dans la nature environnante.

Alors, devant l'étendue du paysage nous nous sommes sentis trop seuls: et nous préférons léguer notre bien à tous, pour que tous contribuent à le connaître et à le mesurer, pour que tous commencent à le comprendre et à l'aimer. Notre seul supplice au lecteur sera de se montrer indulgent si parfois une explication semble boiteuse, ou si un fait se trouve récalcitrant; qu'il se souvienne du mot de Péguy, qu'une œuvre ne se mesure pas à ses brèches, mais à ses citadelles.

(Introduction)

Techniques de chirurgie pelvienne. Un volume de 122 pages, avec 75 figures. 380 fr. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1948.

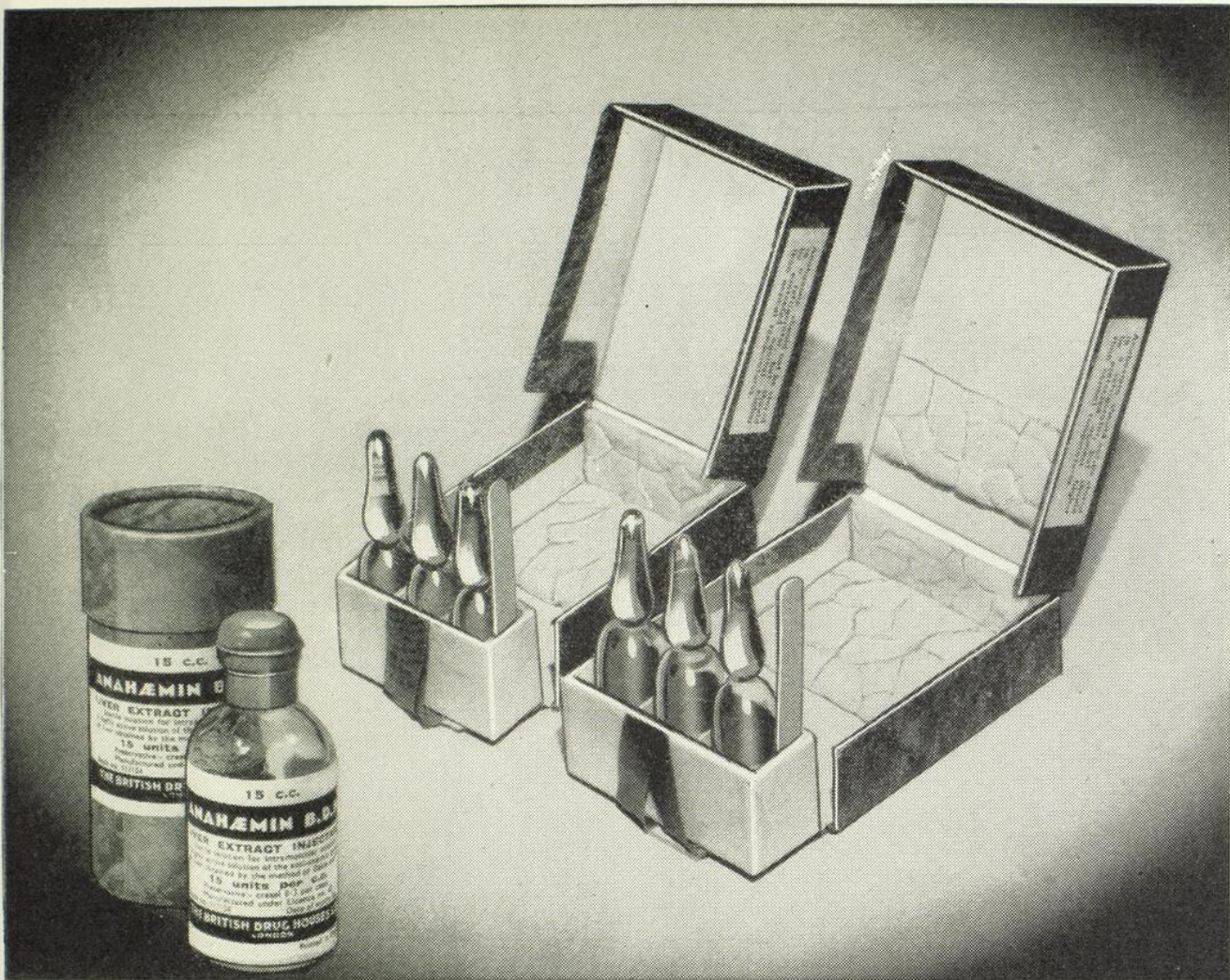
Cet ouvrage, soigneusement et abondamment illustré, comporte la description des techniques personnelles de chirurgie pelvienne utilisées par son auteur depuis plus de quinze ans.

Tout à tour sont décrites:

- l'incision pubienne en gynécologie;
- la technique de l'extra-péritonisation avec ses différentes applications;
- celle de l'exérèse ganglionnaire dans les cancers du col.

Par ailleurs, l'auteur s'est particulièrement intéressé à divers points de technique dans la cure de la cystocèle, dans certains prolapsus, dans la cure de la cystocèle avec hystérectomies vaginales.

Les deux derniers chapitres ont trait à l'opération conservatrice de Sorési dans la chirurgie du fibrome et au traitement chirurgical des communications rectovaginales. C'est avant



“LE SUPER-CONCENTRÉ”...

Possédant néanmoins toutes les propriétés érythropoïétiques des préparations à base de foie relativement peu raffinées

ANAHAEMIN B.D.H.

(Extrait de foie injectable, 15 unités par cc.)

- Les principales indications de l'Anahaemin B. D. H. sont le traitement de l'anémie pernicieuse et autres anémies mégalo-cytaires et la prévention de l'éclosion de la dégénérescence combinée subaiguë de la moelle épinière, ainsi que la correction des symptômes remédiables de ce syndrome s'il est déjà établi.
- Une troisième application importante de l'Anahaemin B. D. H. est dans le traitement de la débilité, la perte de vigueur et la fatigabilité excessive.
- Pour ces trois indications, l'Anahaemin B. D. H. ne le cède en rien aux produits hépatiques moins raffinés pour ce qui est de l'efficacité, du volume, de la fréquence d'administration et de l'économie.

Présentée en: ampoules de 1 cc. fioles de 15 cc. ampoules de 2 cc.

THE BRITISH DRUG HOUSES

(CANADA) LIMITED

TORONTO

CANADA



tout l'œuvre d'un praticien qui n'a cessé de confronter le résultat de ses techniques dans sa pratique journalière.

C. CHIPPAUX, médecin commandant du corps de santé colonial, professeur agrégé de l'École d'application du service de santé des troupes coloniales. — **Éléments d'anthropologie**. Un volume de 158 pages, 34 figures, 10 cartes, 5 tableaux. 600 francs. — Librairie Maloine, édit., Paris.

L'anthropologie physique « stricto sensu » de certains auteurs subit ces derniers temps un renouveau dans les milieux médicaux et scientifiques. Il était donc intéressant de faire le point, de résumer et classer dans un petit livre de vulgarisation nos connaissances actuelles sur l'étude de l'homme sous l'angle des différences raciales.

L'auteur a divisé son ouvrage en trois chapitres. Le premier comprend un exposé des méthodes de recherches anthropologiques: biométrie descriptive génétique. Les caractères physiques morphologiques y sont analysés sommairement. Une étude succincte des caractères physiologiques (sang, métabolismes divers, croissance, puberté et ménopause), un aperçu de la pathologie et de la psychologie comparée, complètent les connaissances qui permettent la distinction entre les races humaines.

Le second chapitre est d'ordre pratique. Les techniques d'anthropométrie y sont exposées mais seulement pour les recherches de base. Les manipulations pour le moulage d'une tête, d'une main, d'un pied y sont longuement et minutieusement expliquées. Enfin, un rappel de quelques indices anthropométriques et de robusticité complète ces instructions pratiques.

Dans le troisième chapitre enfin, l'auteur brosse à grands traits un tableau des différents groupes et types raciaux à partir des caractères physiques étudiés au premier chapitre. Cette troisième partie se réfère essentiellement à l'ouvrage du Professeur Vallois: « Les races humaines ».

Le livre est dépouillé le plus possible de termes techniques. La légende des figures et le texte en effet s'apparentent plus à une terminologie anatomo-topographique qu'anthropologique. De ce fait, cet ouvrage déborde largement le cadre médical et s'adresse à tous ceux qui vivent ou passent d'un continent à l'autre, à qui les ouvrages de vulgarisation de sociologie, d'ethnologie, de linguistique sont souvent familiers. Ils trouvent ici facilitée leur entrée dans une discipline nouvelle.


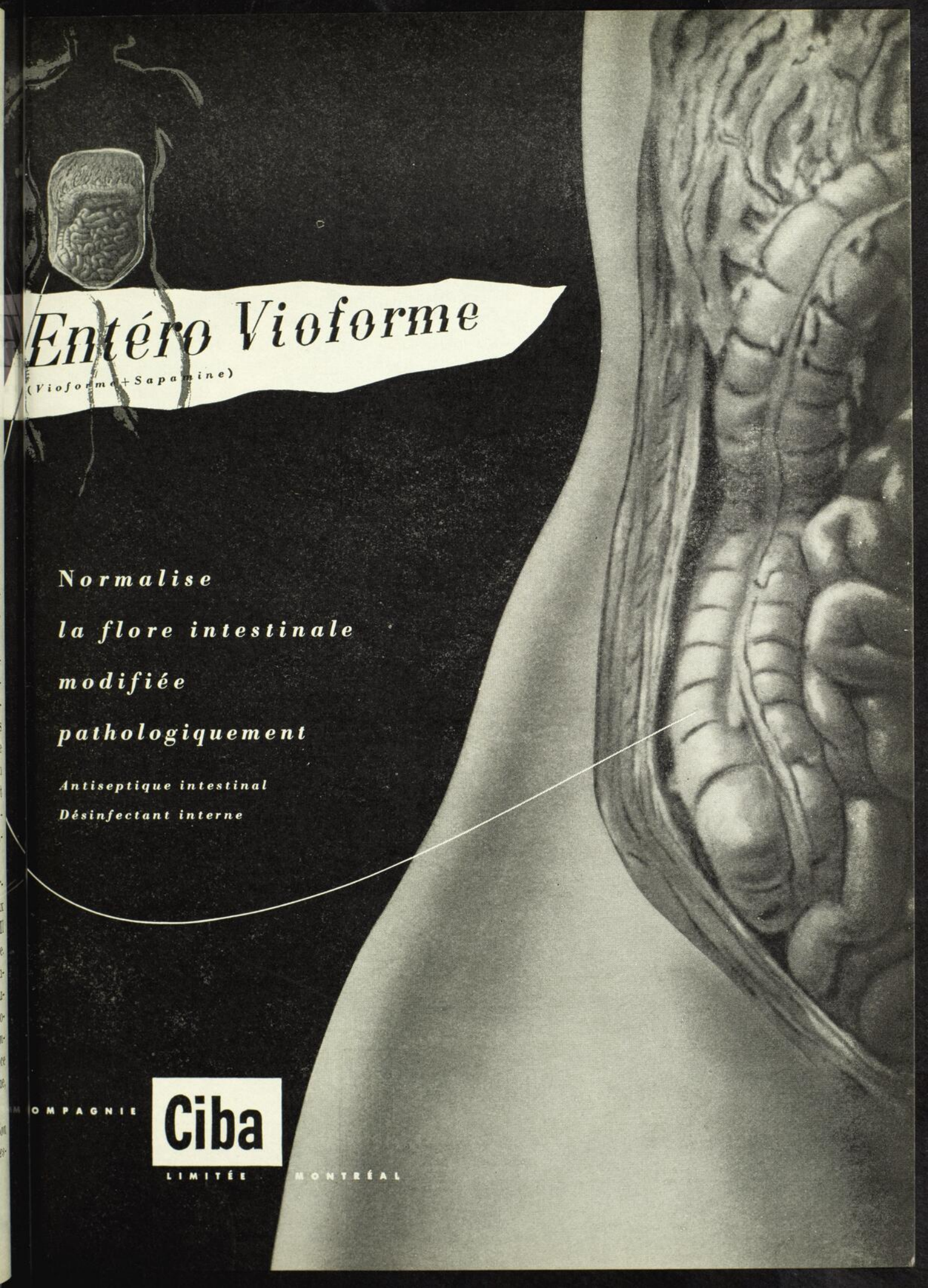
Docteur M. MAILLET. — **Le nourrisson**. 3^e édition. — Tome I: **Puériculture**. Un volume de 162 pages. 200 fr. — Tome II: **Le nourrisson malade**. Un volume de 256 pages. 300 fr. — Collection "Petits Précis". — Librairie Maloine, édit., Paris.

Cette nouvelle édition s'est enrichie d'un second volume. Le premier est, comme antérieurement, consacré au *Nourrisson bien portant*, et constitue un petit *Manuel de Puériculture pratique*.

Éléments de physiologie et d'hygiène individuelle du nourrisson; alimentation et méthodes modernes actuellement en usage; observation de l'enfant souffrant et soins usuels que l'entourage du bébé doit être à même d'instituer en attendant la venue du médecin ou pour exécuter ses prescriptions, sont autant de chapitres susceptibles d'intéresser les médecins, les puéricultrices, et les mères de famille.

Le second volume est consacré au *Nourrisson malade*: il s'adresse principalement aux étudiants et aux médecins non spécialisés. Il comprend deux parties: dans la première, l'auteur poursuit un but très limité et essentiellement pratique, qui est d'envisager exclusivement quelques *grands symptômes* pathologiques et d'évoquer, à leur propos, les *principaux diagnostics* qu'ils suscitent: en présence de telle ou telle manifestation pathologique, à quoi faut-il penser?

La seconde partie a trait à l'alimentation chez les nourrissons atteints de *troubles digestifs*.



Entéro Vioforme

(Vioforme + Sapsamine)

*Normalise
la flore intestinale
modifiée
pathologiquement*

Antiseptique intestinal

Désinfectant interne

COMPAGNIE

Ciba

LIMITÉE

MONTRÉAL

La diète hydrique et les moyens d'enrayer la diarrhée et la déshydratation; la technique de la réalimentation; les laits modifiés et les aliments de régime les plus généralement employés, sont les principales questions exposées d'un point de vue purement pratique.

Dans son ensemble, cet ouvrage de 418 pages réserve une part particulièrement importante à la *diététique* du nourrisson.

A cet égard, ce petit Précis fut, il y a plus de dix ans, un promoteur, auprès du public médical et paramédical, des importantes modifications apportées dans la manière d'alimenter les jeunes enfants; il réservait une large place aux laits et aliments de régime, dont le nombre s'était considérablement accru.

Dans cette nouvelle édition, l'auteur, en restant systématiquement sur le plan pratique, expose la méthode d'alimentation qui a pris désormais droit de cité chez le nourrisson bien portant, et il fait un choix, parmi les multiples laits et aliments proposés pour le nourrisson malade. Il souhaite ainsi faciliter aux étudiants et aux jeunes médecins non spécialisés la connaissance et l'application pratiques des questions d'alimentation dont l'importance est capitale chez les enfants du premier âge, et il espère, en outre, contribuer à la formation de « diététiciennes » qui sont, pour les médecins, les mères de famille et les œuvres infantiles des auxiliaires désormais indispensables, fort en faveur à l'étranger, mais malheureusement exceptionnelles dans notre pays.

Jean SCHAEPELYNCK, professeur à la Faculté française de Médecine de Beyrouth.
— **Lobes et zones des poumons.** Un volume de 110 pages, 22 figures. 275 fr. — Librairie Maloine, édit., Paris.

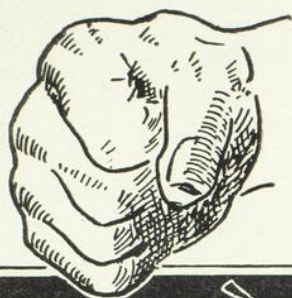
On demeure surpris devant cette sorte d'indifférence que manifestèrent longtemps les anatomistes à l'égard du poumon. Le bloc pulmonaire considéré dans son ensemble comme parenchyme respiratoire fut abandonné à l'anatomie microscopique alors que l'architecture fondamentale de l'organe demeurait inconnue.

Il convenait d'étudier avec plus de soin cette terre inexplorée pour permettre aux cliniciens et aux radiologistes de préciser leurs observations, de situer avec précision les lésions pulmonaires, de déterminer aussi la raison d'être de certaines localisations pathologiques.

M. Schaepelynck est du nombre de ces anatomistes qui n'a pas été rebuté par l'étude délicate et minutieuse de la structure des poumons et qui a su comprendre toute la valeur et l'intérêt d'établir une systématisation.

L'ouvrage de M. Schaepelynck n'est donc pas une vulgaire mise au point des connaissances récentes sur la constitution anatomique des poumons, il est le fruit des longues et patientes recherches de l'auteur. A ce titre, il constitue un document de haute valeur scientifique destiné aussi à rendre d'inappréciables services aux médecins radiologistes et à tous les cliniciens.

LABORATOIRES JEAN OLIVE — 14, rue des Minimes — PARIS IXe

ASTHÉNIESLEURS
FORMES
SUITES
CAUSES**ADYNAMIES**ÉTATS
D'INFÉRIORITÉ
DE
L'ORGANISME**VIRISTHÈNE**

Base de médication toni-nerveuse, la triade:
Phosphore, Arsenic, Noix vomique, est renforcée dans
les gouttes concentrées de Viristhène par l'adjonction
d'éléments métalliques essentiels aux fonctions vitales.

Phosphore, Arsenic, Noix
vomique, Manganèse, Zinc,
Cuivre, Magnésium.

"LA PILULE LIQUIDE"

20 à 25 gouttes deux fois par
jour; avant, pendant ou après
les repas, dans un peu d'eau.

Canada: LABORATOIRES JEAN OLIVE — 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 pro-
fesseur 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.

SANATORIUM PRÉVOST



SANATORIUM PRÉVOST. Cartierville Montreal.

Façade Sud du nouveau Sanatorium Prévost. Tous les pavillons sont maintenant ouverts aux malades à l'exception du "pavillon bleu", à l'extrême droite, que l'on aménage présentement pour abriter des laboratoires et quelques chambres.

L'établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

- Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

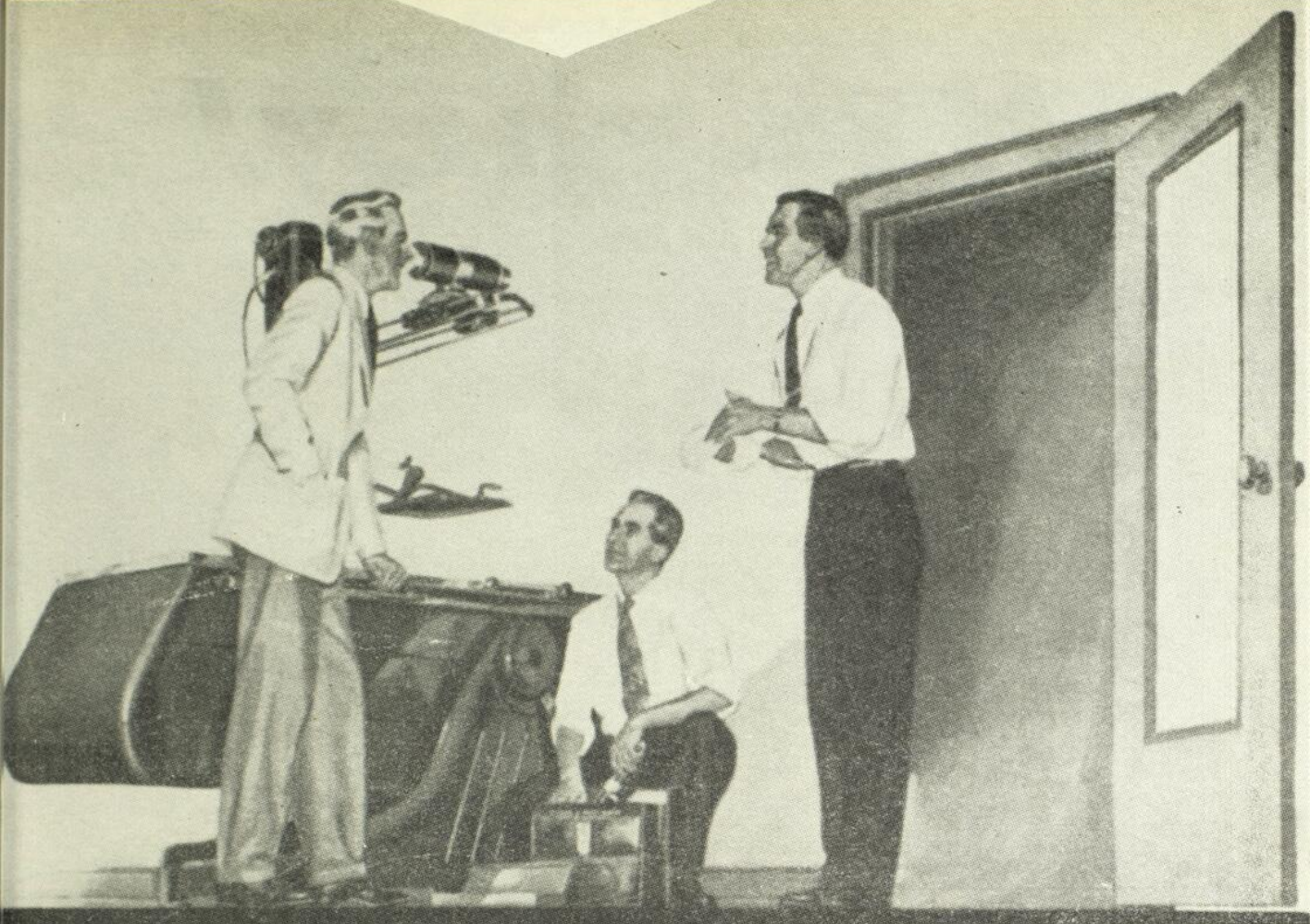
BUREAU MÉDICAL

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, Jean-Léon Desrochers, Paul Larivière, Emile Legrand, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

Consultants: Drs Fernand Charest, René Dandurand, Paul David, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J.-A. Vidal.

4455 OUEST, BOULEVARD GOUIN.

TÉLÉPHONE: BYwater 24 5 ★



fin? ou le début?

Le docteur Lebrun vient de recevoir son appareil de rayons X: l'installation est terminée, et il paraît très satisfait. Mais que va-t-il maintenant se passer? Sera-ce la fin banale d'un "marché" ou le début d'une relation plus intime? Le docteur Lebrun a fait un placement à long terme: son succès dépend de l'intérêt que le manufacturier continuera de porter à l'emploi efficace et profitable de l'appareil.

Le docteur Lebrun comprend l'aide qu'il faudra être prêt à fournir pour que son appareil obtienne et maintienne de bons résultats, d'une façon invariable au cours des années. Cela signifie qu'on s'intéressera d'une façon capitale à tous les détails, si menus soient-ils, et qu'ils contribuent à atteindre cette fin... une série de lettres, quelques pellicules qu'il faut livrer immédiatement, une attention urgente pour service.

Parce qu'il a confié ce soin à Picker, le docteur Lebrun, comme tant d'autres, goûte, au cours de son travail quotidien, une tranquille sérénité d'esprit et, dans les cas urgents, il obtient une protection assurée. Chez Picker, les fournitures et l'entretien sont synonymes de sécurité à long terme et de responsabilité continue: une considération à ne jamais oublier lorsqu'en fonction du développement, on serait tenté d'accepter un compromis.

Picker
x-ray

Picker possède des postes de service et des bureaux de vente dans les principales villes des Etats-Unis et du Canada; tous sont sans cesse à votre service pour offrir les appareils de rayons X, les accessoires et les fournitures

PICKER X-RAY OF CANADA LIMITED
3443, rue Saint-Denis, Montréal, P. Q.



appareils



accessoires



entretien

Hydroxyl

Régulateur de la digestion. De grande valeur et de saveur agréable

Il agit contre les fermentations et l'acidité. Il ne produit pas de gaz douloureux et, à ce point de vue, son action est plus efficace que celle des carbonates et des bicarbonates.



Renferme par once fluide:

Papaïne	1 grain	Magnésie hydratée
Pancréatine	1 grain	(fraîchement précipitée) représentant en magnésium l'équivalent de
Diastase	1 grain	Carbonate de magnésium
Oxyde de bismuth hydraté (fraîchement précipité) représentant en bismuth l'équivalent de Salicylate de bismuth..	4 grains	100 grains
		Sulphocarbonate de Soude
		5 grains

DOSE: Une à deux drachmes.

La Compagnie J. F. HARTZ Limitée

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

Toronto

Montréal

Demandez les Produits pharmaceutiques HARTZ

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

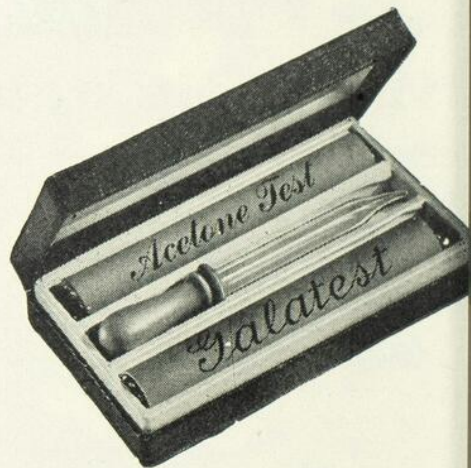
LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES

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

LABORATOIRES JEAN OLIVE

200, rue Vallée — MONTRÉAL

NORMOGASTRYL — Union de Pharmacologie scientifique appliquée, Agen

formule de Bourget et bromure de sodium en comprimés effervescents de 1 gramme. aérophages, dyspeptiques, petits hépatiques. 3 comprimés-doses matin, midi et soir dans un demi-verre d'eau tiède.

NEUROSOLÈNE — Laboratoires Paul Bréant, 11, rue de Clichy, Paris

extraits de jusquiame, valériane, oxyde de zinc, barbital à 0.017 gms. sédatif nervin, insomnies. 2 à 4 comprimés par jour.

BRÉAL — Laboratoires Bréant.

Comprimés glutinisés et dosés à 0.50 gm. de chlorure d'ammonium C. P. acidification des urines. 3 à 6 comprimés par jour lors des deux principaux repas.

PHOSPHONEUROL — Laboratoire Depruneaux, Fontenay S/Bois, près Paris

Acide phosphorique, phosphate de soude, biphosphate de chaux, glycéro de magnésie, concentré sans excipient. dépressions nerveuses, surmenage, insomnies, récalcification. 30 à 50 gouttes par jour dans de l'eau tiède.

PYCOLINE — Laboratoires Roger Savoie, Vendôme

Chlorure d'ammonium 0.25. Chlorhydrate d'oxyquinoléine 0.05, Hydrate de terpine 0.03 gms. par comprimé. Colibacillose, Cystites, pyérites, lithiases oxaluriques et phosphaturiques. 6 à 10 comprimés par jour.

NESTOSYL — Laboratoire P. Baude, 72, rue Saint-Dominique, Paris

pommade anesthésique, aminobenzoates d'éthyle et de butyle. arrête la douleur, prurits, dermatoses, lésions; aussi en liquide pour gynécologie, et sondages. applications, pansements, examens, sondages.

DERMACIDE — Laboratoires M. Porcher, 35, rue des Blancs-Manteaux, Paris

solution savonneuse spéciale, entièrement acide. modificateur du Ph-dermatoses, gynécologie, cuir chevelu. lavages, pansements, douches.

ECZÉDA — Laboratoires Porcher.

pommade polyréductrice. dermatoses, prurits, eczémas, urticaires. applications, pansements.

ECZOSEC — Laboratoires Porcher.

pommade sèche, adhésive, sans corps gras. dermatologie, s'enlève à l'eau. applications, pansements.

ARGÉDRINE (gouttes) — Laboratoires Jean Olive, 14, rue des Minimes, Paris

nucléinate d'argent et chlorhydrate d'éphédrine en solution stable, aqueuse. affections nasales, rhume de cerveau, sinusite; fièvre des foins, rhinites... adultes, 5 à 6 compte-gouttes par jour.

COMPRIMÉS MAVER — Laboratoires Jean Olive.

aconit, grindélia, terpine, codéine, opium. toux sèches, rebelles, quinteuses. 5 à 6 par jour loin des repas (narcotique).

GRINDÉLYNE (gouttes) — Laboratoires Jean Olive.

bromoforme, aconit, serpolet, belladone, drosera, grindélia, tct. opium, ext. chanvre indien. (Adjoindre le sirop Grindélyne, non narcotique). médication spéciale de la coqueluche, bronchites, toux nerveuses. de 10 à 40 gouttes par jour (narcotique).

TRISALYL — Laboratoires Jean Olive.

polysalicylates de potassium, calcium, sodium, en équilibre ionique. rhumatisme sous ses diverses formes. comprimés, 0.50 gm., ampoules de 1 gm. 10 cc., intraveineuses, ou sirop.

VIRISTHÈNE (gouttes) — Laboratoires Jean Olive.

phosphates de Cu, Zn. chl. de magnésium, arrhénal, sulf. de Mg, phosphate de Calcium, acide phosphorique, kola, noix vomique. déchéances nerveuses, asthénies, anémies..., faiblesse masculine. 20 à 25 gouttes deux fois par jour dans de l'eau sucrée.

**Échantillons et littérature médicale sur demande.
Vente en vrac pour MM. les Médecins et les Hôpitaux.**

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

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

Dermatologie et syphiligraphie	Pédiatrie
Neurologie et/ou psychiatrie	Radiologie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

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

Neuro-chirurgie	Chirurgie orthopédique
Obstétrique et/ou gynécologie	Otolaryngologie
Ophthalmologie	Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

Les Spécialités approuvées pour le certificat sont les suivantes:

Anesthésie	Obstétrique et/ou gynécologie	Médecine physique
Dermatologie et syphiligraphie	Ophthalmologie	Chirurgie plastique
Chirurgie générale	Chirurgie orthopédique	Santé publique
Médecine interne	Otolaryngologie	Radiologie: Diagnostique et/ou thérapeutique
Neurologie et/ou psychiatrie	Pédiatrie	Chirurgie thoracique
Neuro-chirurgie	Pathologie et/ou bactériologie	Urologie

Copies des règlements concernant les examens pour le titre d'Associé et pour le certificat de spécialiste, de même que des bulletins de demande, peuvent être obtenus en s'adressant au:

Secrétaire honoraire,

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

Lunettes
verres ophtalmiques

— o —
Examen de la vue
— o —

ALBANY PHILIE. O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

Dupuis Frères
Opticiens

MONTREAL

Pediculosis capitis



UN NOUVEAU
TRAITEMENT

SULEO — EMULSION
CAPILLAIRE AU D D T
détruit et prévient
l'infestation pédiculaire
(Pediculosis capitis).
Détruit aussi bien les
lentes que les poux...
son emploi passe
inaperçu.

APPROBATION
MÉDICALE

"Jusqu'à présent, chaque cas traité par l'émulsion au D D T a été guéri après une seule application. On peut s'attendre à un tel résultat, car la durée de protection qu'offre le D D T dépasse la période d'incubation des lentes."
(British Medical Journal, 24 mars 1945)

SULEO

Emulsion capillaire au D D T

Se vend dans toutes les pharmacies. Brochure et échantillon envoyés sur demande à:

J. M. Inwood Limited, 406 Hopewell Avenue, Toronto.

HÉMOSTYL

Sérum hémopoïétique frais de cheval

FLACONS - AMPOULES

Anémies
Convalescences
Hémorragies

1 à 2 ampoules le matin à jeun dans 1/4
de verre d'eau, par voie buccale.

SIROP

Anémies des enfants
Chloro-anémies

1 cuillerée à potage (enfants une cuillerée
à café) avant les trois principaux repas.

—•—
Laboratoires du D^r ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS

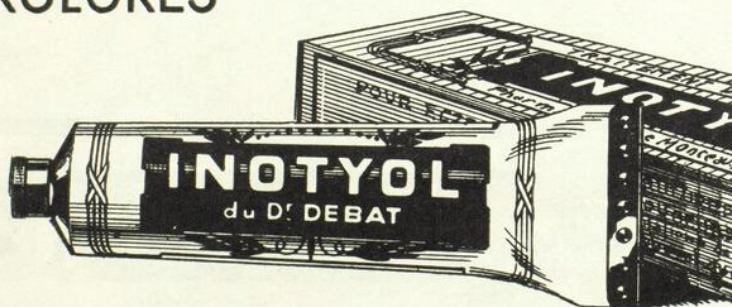
Agents pour le Canada : **J. EDDÉ L^{tée}**, New Birks Bldg., MONTRÉAL

ECZÉMAS

Agent Général
J. EDDÉ L^{tée}
MONTRÉAL

ULCÈRES - BRÛLURES

Lésions et
Irritations
de la Peau



Pommade INOTYOL

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 journallement 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

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Par la Qualité de nos Produits

J. Joubert
LIMITÉE



Pour combattre la flatulence dans les cas de putréfaction et de fermentation intestinales

EUCARBON®

Chaque comprimé contient: extrait de rhubarbe, séné, soufre précipité, huile de menthe poivrée et huile de fenouil, dans un excipient formé de charbon de saule suractivé.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Laxatif doux, adsorbant et carminatif. Indiqué dans les cas d'indigestion, d'hyperacidité, de ballonnement et de flatulence.

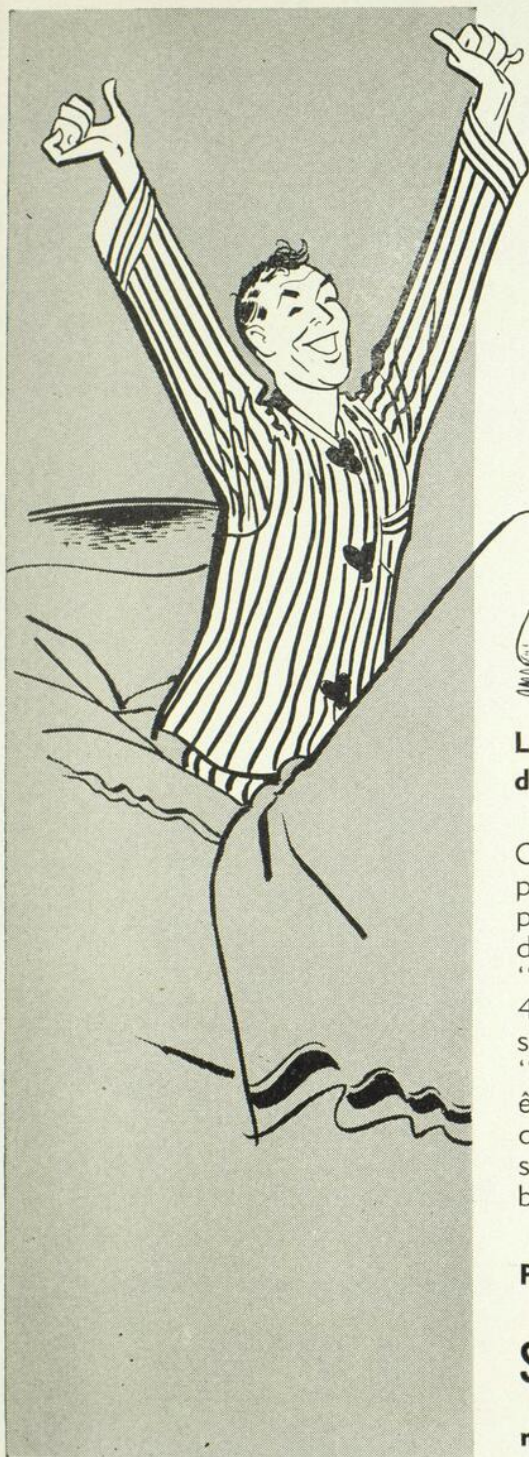
1 ou 2 comprimés par jour, une demi-heure après les repas.

En flacons de 100.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC.

1123 Broadway, New York

Distributeur au Canada: LYSTER CHEMICALS, Ltd. 222 Hospital St., Montreal 1, Canada



Une Bonne Nuit de Repos Une Bonne Journée de Travail

Les patients allergiques obtiennent les deux, avec 4 petites doses.

Confort 24 heures par jour pour vos patients allergiques... grâce à Decapryn qui procure un soulagement durable à dose-milligramme peu élevée.

"Les symptômes furent soulagés pendant 4 à 24 heures après l'administration d'une seule dose de Decapryn — " ¹

"Il fut constaté que 12.5 mg. pouvaient être administrés pendant la journée avec comparativement peu de réactions secondaires; pourtant cela assurait des bons résultats cliniques soutenus — " ²

Prescrivez le

SUCCINATE DE Decapryn

marque de Succinate de Doxylamine

L'ANTIHISTAMINIQUE À ACTION TRÈS DURABLE POUR ADMINISTRATION À PETITES DOSES.

1 ou 2 comprimés de 12.5 mg., P.R.N. Egalement présenté sous forme de sirop agréable au goût, spécialement destiné aux enfants (6.25 mg. par 5 cc.) et en comprimés de 25 mg.

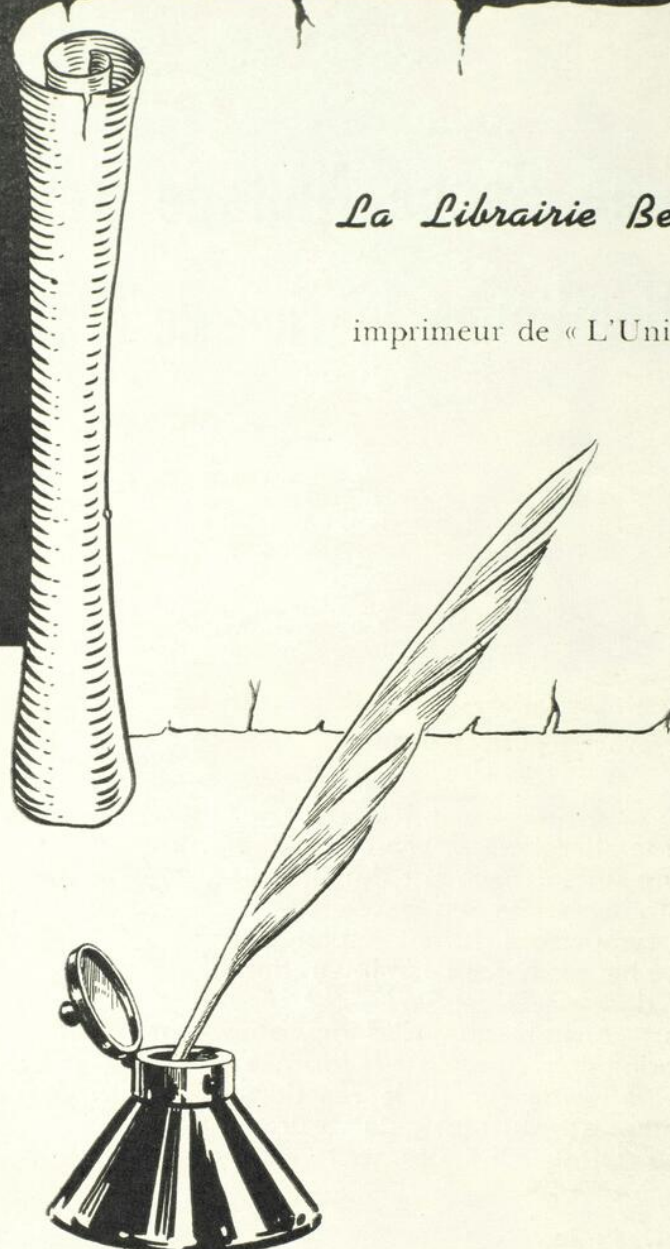
SUCCURSALE CANADIENNE



TORONTO 9, Ont.

CINCINNATI • U. S. A.

1. Sheldon, J. M. et d'autres: Univ. Michigan Hosp. Bulletin, 14: 13-15 (1948).
2. MacQuiddy, E. L.: Nebraska State Medical Journal, 34: 123 (1949).



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

BETAGEN

VITAMINE B COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B₁
(chlorure de Thiamine)
Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B complexe
B₂, B₄, B₅, B₆
Lécithine d'œufs
Avénine

Glycérophosphates
de Sodium
de Calcium
de Potassium
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

Tonique et Aliment Nervin

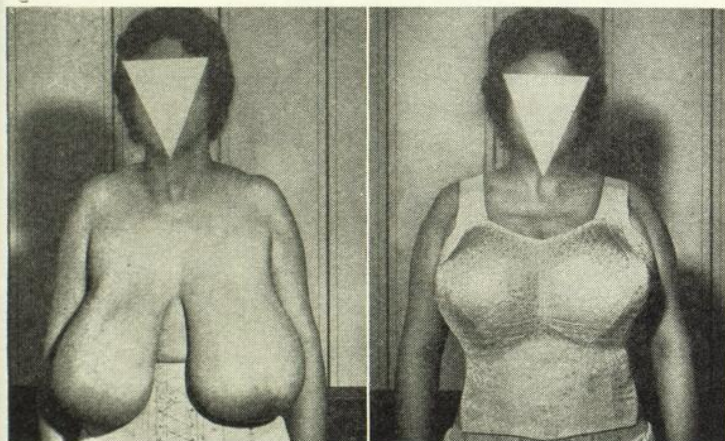
Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

Saveur agréable — Tolérance parfaite.

La Cie **CANADA DRUG CO.**, Montréal



“... les seins ptosés
peuvent exercer
une pression sur le
diaphragme, le coeur
et les poumons”*

Cette pression “peut également conduire à la scoliose et autres problèmes orthostatiques”.* Spencer a créé pour la patiente ci-dessus, un support pour les seins qui soulage cette pression et relève les seins, afin d'encourager une meilleure circulation et soulager la tension sur les muscles et ligaments du haut de la poitrine, du cou et du dos. Les résultats cosmétiques sont très satisfaisants.

Chaque Spencer est dessiné, taillé et fait individuellement pour chaque patient.

Pour atteindre une marchande de Supports Spencer, consultez le bottin du téléphone, sous “Corsetière Spencer”, ou écrivez-nous directement.

* LaRoe, E.-K.: *Care of the Breast*, Froben Press, New-York, 1948.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED,
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis: Spencer, Inc., New Haven, Conn.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Ltd., Banbury,
Oxon.

Veuillez m'adresser la brochure “Comment les Supports Spencer secondent le traitement du médecin”.

Nom M.D.

Rue

Ville et Province..... 151-7-49

SUPPORTS DE DESSIN INDIVIDUEL SPENCER

pour l'abdomen, le dos et les seins



**Achetez ce que
vous achèteriez pour votre maison . . .**

RÉFRIGÉRATION DE FRIGIDAIRE

Il n'y a pas d'indicateur plus simple et plus sûr en choisissant les appareils de réfrigération pour vos entreprises, industries, ou besoins professionnels que celui-ci :

Plus de Frigidaire au Service de plus de Canadiens que tout autre Réfrigérateur

A toutes les questions que vous pouvez poser, Frigidaire répond "Sûreté".

Vous voulez être sûr que votre appareil de réfrigération soit proportionné à vos besoins.

Frigidaire est le plus grand fabricant du monde d'appareils de réfrigération électrique. Frigidaire a le personnel le plus considérable d'ingénieurs et de dessinateurs de toute l'industrie — s'appuyant sur une expérience de plus d'un quart de siècle.

Vous voulez être sûr que l'équipement installé soit le plus profitable pour vos besoins.

Frigidaire fabrique le plus grand assortiment de compresseurs, unités refroidissantes et contrôles de toute l'industrie. Frigidaire peut alors assortir avec précision les différents éléments d'un système frigorifique, ce qui

donne une opération absolument équilibrée, une plus longue vie, et des frais d'opération les plus minimes.

Vous voulez être sûr de pouvoir obtenir facilement et en vitesse, du Service ou des pièces de rechange.

Ce Service et les pièces de rechange Frigidaire sont disponibles chez les Marchands Frigidaire de Réfrigération Commerciale dans toutes les villes et villages importants du Canada. Un appel téléphonique vous les amènera.

Vous voulez être sûr de la permanence du fabricant.

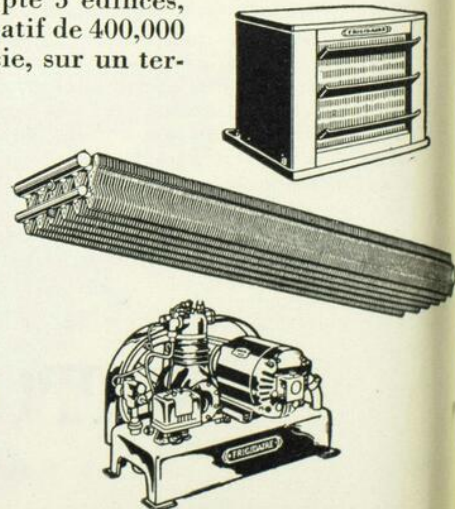
Frigidaire possède à Leaside, Ontario, une des usines les plus grandes et les plus modernes du Canada pour la fabrication d'appareils de réfrigération. Cette usine compte 5 édifices, ayant un total approximatif de 400,000 pieds carrés de superficie, sur un terrain de 5½ acres.



TYPES D'ÉQUIPEMENT EN Réfrigération conçus par FRIGIDAIRE POUR LES HÔPITAUX ET INSTITUTIONS

Armoires réfrigérées	Refroidisseurs pour l'eau
Réfrigérateurs pour produits biologiques	
Installations de refroidisseurs type chambre	
Cabinets pour crème glacée	Fabricateurs de glace
Congélateurs	Chambres de congélation

L'équipement Frigidaire est disponible pour tous les besoins du commerce, de l'industrie et des professionnels. Consultez le Marchand Frigidaire de Réfrigération Commerciale de votre localité. Ou écrivez à Frigidaire Products of Canada Limited, Montréal.



Vous êtes doublement protégés avec deux grands noms

FRIGIDAIRE

fabriqué
exclusivement
par

General Motors

ÉVACUATION des BOUES BILIAIRES

BILI-SOL

A base d'un **charbon animal suractivé et d'oléate de soude**, le **BILI-SOL** est la réalisation scientifique d'une méthode empiriquement employée depuis des siècles, en Europe et dans le Moyen Orient.

EN BOÎTES DE 128 COMPRIMÉS DE 1 GRAMME

Pour la conduite du traitement, il est important de s'en tenir aux indications suivantes qui sont basées sur l'expérience.

Pendant les périodes aiguës: 16 comprimés par jour en 2 fois, 1 à 2 heures avant les deux principaux repas.

Durée du traitement: 30 à 40 jours.

Dans les états frustes: 6 à 8 comprimés par jour en 2 fois, avant les deux principaux repas, pendant 15 jours, tous les 3 mois.

J. EDDÉ Ltée, Édifice New Birks, Montréal.

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.

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

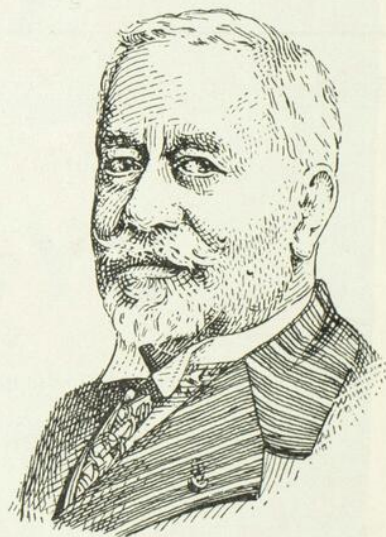
- RECHERCHES
 - ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
 - ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
 - PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

LE VACCIN BCG

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

- Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.
- Épreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.
- 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANSCUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).
- FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.
- Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.



ALBERT CALMETTE
1863 - 1933

*J. A. BAUDOIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.

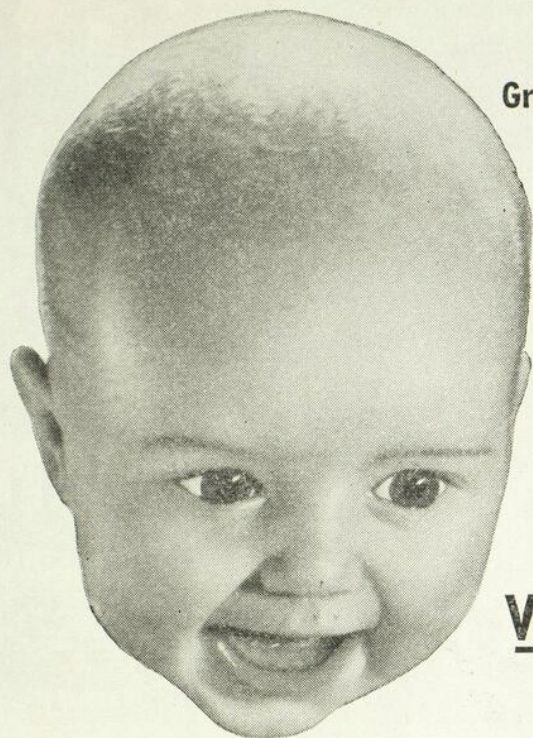
R. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

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

2900, boulevard du Mont-Royal,

Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)



Grâce à vous, Médecins —



Plus d'un million
de bébés profitent
avec les
Viandes Swift's pour Bébés

Aucun autre aliment pour bébés, tout préparé, n'a été adopté du jour au lendemain comme l'ont été les Viandes Swift's pour Bébés. Songez donc! En deux ans, depuis que Swift a lancé ces produits, plus d'un *million* de bébés les ont mangés et ont profité grâce à eux. Aujourd'hui, plus de bébés que jamais auparavant ont un meilleur début dans la vie—*plus tôt*—grâce à leurs médecins qui ont recommandé les Viandes Swift's pour Bébés.

**100% viande—spécialement préparées
Passées au Tamis ou Coupées en Dés**

Les Viandes Swift's Passées au Tamis sont de consistance si fine, si lisse qu'elles peuvent facilement être données au biberon pendant les premières semaines de la vie. Certains médecins recommandent les Viandes Swift's Passées au Tamis à partir de la sixième semaine. D'autres, quand le bébé commence à prendre des aliments solides.

Les Viandes Swift's Coupées en Dés sont des viandes juteuses, coupées en morceaux tendres pour encourager la mastication—appétissantes, elles aident à prévenir l'anorexie chez les bébés plus âgés et chez les jeunes enfants. Les six variétés—boeuf, agneau, porc, veau, foie, coeur—aident les bébés à prendre de bonnes habitudes alimentaires.

**Des études cliniques ont montré que les
bébés se portaient mieux quand ils
mangeaient de la viande**

La viande fournit l'une des sources naturelles les plus riches de protéines complètes et de qualité supérieure, de vitamines B, et de fer nécessaire à la formation du sang. La viande fait que tous les amino-acides essentiels sont utilisables *simultanément*—pour une synthèse protéique optimum. Des essais cliniques montrent que des bébés auxquels on donne de la viande sont plus satisfaits—et dans un *meilleur état physique* que ceux auxquels on ne donne pas de viande. Des études plus poussées ont montré que le fer, produit hématopoïétique, que contient la viande peut prévenir l'anémie infantile.

Remarque—Dans les cas où les enfants ne supportent pas la caséine contenue dans le lait, les Viandes Swift's Passées au Tamis peuvent très bien être tolérées. Dans de tels cas, beaucoup de médecins recommandent de donner ces viandes en grandes quantités pour remplacer le lait dans l'alimentation des bébés.



Toutes les déclarations concernant l'alimentation qui sont contenues dans cette annonce ont l'approbation du Comité des Aliments et de la Nutrition de l'Association Médicale Américaine.

SWIFT



... la première marque en fait de viandes

... la première maison à préparer et à éprouver au point de vue clinique les Viandes 100% pour Bébés.



Six auxiliaires des médecins--chacun d'eux qualifié!

1 DRYCO . . . un aliment pour bébés, vitaminé et facile à digérer, qui accélère la reprise du poids à la naissance, et fournit la meilleure nutrition pendant les premiers mois de la vie où la croissance est la plus rapide.

Grâce à sa teneur élevée en protéines, basse en matières grasses et modérée en hydrates de carbone, Dryco vous permet d'ordonner une formule qu'il est très facile de varier dans les cas d'alimentation *spéciale* comme dans les cas d'alimentation normale.

2 LAIT PROTÉINÉ C.M.P. . . . un lait acidifié riche en protéines, pauvre en matières grasses et *très pauvre* en hydrates de carbone. Il a été employé avec beaucoup de succès dans l'alimentation infantile dans des cas de diarrhée chez des bébés élevés au biberon, de dyspepsie, de dénutrition dues à des troubles gastro-intestinaux, de maladie coeliaque, et comme nourriture pour les prématurés lorsque l'on ne peut pas se procurer de lait de femme.

3 LAIT À L'ACIDE LACTIQUE C.M.P. . . . un lait pasteurisé déshydraté par pulvérisation, inoculé avec une culture de bacille d'acide lactique, et incubé jusqu'à ce qu'il ait le degré d'acidité voulu.

Le Lait à l'Acide Lactique C.M.P. possède toutes les excellentes qualités du produit fraîchement préparé et,

de plus, est uniforme et stable. On le reliquifie vite et facilement pour emploi immédiat.

4 MULL-SOY . . . un aliment émulsifié à base de fèves de soya, employé pour remplacer le lait dans les cas d'allergie au lait chez les bébés, les enfants et les adultes. Il a un goût agréable, est bien toléré et facile à digérer.

Mull-Soy, dilué avec un volume égal d'eau, possède toutes les propriétés nutritives essentielles du lait de vache ordinaire.

5 LAIT ÉVAPORÉ BORDEN'S . . . un lait complet, pur et frais, évaporé jusqu'à double concentration, et homogénéisé pour être plus lisse, facile à digérer, et être employé dans les formules d'alimentation pour bébés. Enrichi de vitamine D.

6 KLIM . . . lait en poudre, déshydraté par pulvérisation, contenant tous les éléments nutritifs précieux du lait complet frais. Un moyen simple et efficace de fournir plus de substances solides du lait sans augmenter le volume total du régime alimentaire.

Le procédé de déshydratation par pulvérisation donne un caillot mou et floconneux qui se digère facilement et qui est surtout désirable dans l'alimentation infantile.

Aliments *Borden's* pour Formules

THE BORDEN COMPANY, LIMITED.

De la documentation sera envoyée franco, par la poste, à tout médecin qui en fera la demande.

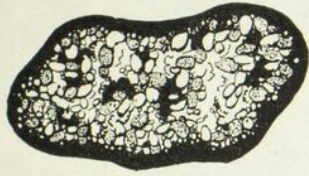
Division des Aliments pour Formules
Spadina Crescent, Toronto 4, Ontario



LES ALIMENTS
HOMOGENÉISÉS
POUR BÉBÉS ONT UNE CONSISTANCE
DIX FOIS PLUS FINE QUE CELLE DES
ALIMENTS PASSÉS AU TAMIS

Libby's

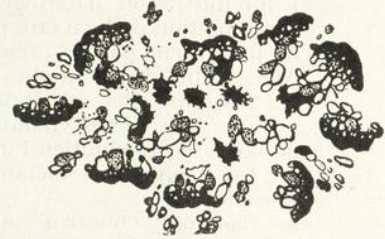
CELLULE NUTRITIVE AVANT L'HOMOGENÉISATION



Remarquez que les éléments nutritifs sont entourés d'une enveloppe coriace de cellulose que le tamisage ne brise pas. Les sucs digestifs insuffi-

sants que contient l'estomac de bébé ne peuvent pas imprégner cette enveloppe de cellulose et les éléments nutritifs dont bébé a besoin sont perdus. Les aliments non digérés passent dans le gros intestin où ils peuvent fermenter et causer des dérangements sérieux.

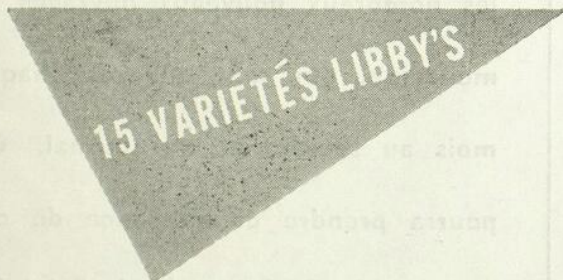
CELLULE NUTRITIVE APRÈS L'HOMOGENÉISATION



Remarquez que l'enveloppe coriace de cellulose a été complètement brisée. Les éléments nutritifs ont été libérés pour que la digestion se fasse rapidement. Le danger des désordres intestinaux causés par la fermentation d'aliments partiellement digérés est éliminé, et le bébé obtient plus de nourriture de la même quantité d'aliments.

Le danger des désordres intestinaux causés par la fermentation d'aliments partiellement digérés est éliminé, et le bébé obtient plus de nourriture de la même quantité d'aliments.

Les Aliments tamisés et homogénéisés Libby's pour Bébés offrent une valeur nutritive importante. Un tableau montrant une analyse de ces aliments est à votre disposition. Pour en obtenir un exemplaire, les pédiatres et les médecins sont priés d'écrire à Libby's, Chatham, Ontario.



- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| Epinards | Légumes avec Bacon et Orge |
| Carottes | Soupe aux Légumes |
| Pois | Soupe au Foie |
| Pois, Carottes, Epinards | Compote de Pommes |
| Betteraves | Pommes et Pruneaux |
| Courges | Pommes et Abricots |
| Légumes avec Boeuf et Orge | Pêches |
| | Pouding à la Cossetarde |

LIBBY, McNEILL & LIBBY OF CANADA, LIMITED
 Chatham Ontario

SEULS LES ALIMENTS LIBBY'S POUR BÉBÉS SONT HOMOGENÉISÉS

MÉDICATION
par les
OESTROGÈNES

additionnés de
VITAMINES du
GROUPE B
... pour améliorer le
métabolisme des hormones

COMPOSÉ
"QUESTRIN"

"QUESTRIN" — marque "Frosst" de substances oestrogènes naturelles, conjuguées (équines), hydro-solubles et actives "per os", standardisées colorimétriquement et biologiquement.

L'administration d'oestrogènes naturels produit une sensation de bien-être physique et moral que ne produisent pas les préparations synthétiques. Avec l'administration du Composé "Questastrin", cet heureux effet est encore plus marqué par suite de l'action des vitamines du groupe B, soit de favoriser le maintien intégral de l'habileté du foie à opérer le métabolisme des hormones stéroïdes.

Le Composé "Questastrin", un produit hautement efficace, bien toléré et actif "per os", soulage promptement toutes les manifestations d'insuffisance oestrogénique telles que syndrome de la ménopause, aménorrhée, hémorragie utérine fonctionnelle, vaginite, kraurosis de la vulve, engorgement des seins faisant suite à l'accouchement.

COMPOSÉ "QUESTRIN" 10 M

S.C.T. No 430 "Frosst"

Chaque tablette contient:

une quantité de "Questastrin" équivalente, en activité biologique, à 1.25 mg. de sulfate d'oestrone sodique;
levure de bière concentrée 100 mg.
chlorhydrate de thiamine 3 mg.
riboflavine 2 mg.
niacinamide 10 mg.
*chlorhydrate de pyridoxine 1 mg.
*d-pantothénate de calcium 5 mg.
acide ascorbique 25 mg.
vitamine D 500 un. int.

* Le rôle joué par ces deux vitamines dans l'alimentation humaine n'est pas encore déterminé.

COMPOSÉ "QUESTRIN" 5 M

S.C.T. No 429 "Frosst"

Chaque tablette contient:

Formule identique à celle du produit S.C.T. No 430, sauf que la quantité de "Questastrin" équivaut, en activité biologique, à 0.625 mg. de sulfate d'oestrone sodique.

POSOLOGIE:

une tablette, d'une à trois fois
par jour, après les repas.

PRÉSENTATION:

flacons de 20 et de 100 tablettes.



Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

NOTRE 50^{ÈME} ANNIVERSAIRE

Voir aussi notre annonce à la page IV

CHANGEMENT D'ADRESSE

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph — LANCASTER 9888, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

Les médecins sont cordialement invités à venir consulter et feuilleter les nombreux nouveaux ouvrages de médecine, qui sont envoyés chaque mois au secrétariat du Journal. On pourra prendre connaissance de ces volumes à: 326 est, boul. Saint-Joseph — 9 heures a.m. à 5 heures p.m.

TABLE DES ANNONCEURS

Pages	Pages		
Abbott Laboratories	XXXIX-XL	Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Neurophen)	XLVIII
Ames Company of Canada, Ltd. (Decholin)	XXVII	Laboratoires Désautels (Vitogyl)	XXIV
Anglo-French Drug Co. (Bakolyse)	XLI	Laboratoires Desbergers Ltée (Bismol) .....	.....
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Cillenta)	XX	.....	Quatrième page de la couverture
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Premarin)	XIX	Laboratoires Jean Olive (Viristhène) — (Dermacide) —	.....
Bard-Parker Co., Inc. (Lames Rib-Back)	XXXIV	(Vita-Dermacide)	LI
Bauer & Black (Eponges Rondic)	XXVIII	Laboratoires Jean Olive (Produits)	LV
Bayer Company Ltd. (Aspirin)	XXXVI	Laboratoires Lafayette (Néo-Laryngobis) — (Profenil) ..	XXII
Borden Company, Ltd. The (Six auxiliaires des médecins) LXVI		Laboratoires Poulenc (Néo-Antergan) — (Phénergan) ..	.....
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Gomme pénicilline) XXXVIII		.....	Deuxième page de la couverture
British Drug Houses (Canada) Ltd. (Anahaemin B.D.H.) XLIX		Lederle Laboratories (Le prix psychosomatique)	IX
Canada Drug Co. (Betagen)	LXI	Libby, McNeill & Libby of Canada, Ltd. (Aliments homo-	.....
Canada Drug Co. (Pavéral)	LVIII	généisés)	LXVII
Canada Drug Co. (Tri-Sulfa)	LXIX	Librairie Beauchemin Ltée	LX
Casgrain & Charbonneau Ltée (Pectasul) — (Pectacrine) XXIII		Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Pablum) ..	.....
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis)	LVI	.....	Troisième page de la couverture
Compagnie Ciba Ltée	XIII - XIV	Merck & Co. Ltd. (Dihydrostreptomycine)	I
Compagnie Ciba Ltée (Entéro Viofoime)	L	Merck & Co. Ltd. (Mandelamine)	V
Denver Chemical Manufacturing Co., The (L'épreuve		Merck & Co. Ltd. (Cobione)	XXXV
"Eclair")	LIV	Merrell Company, The Wm. S. (Succinate de Decapryl) LIX	
Dohow Chemical Co., Ltd. The (Auralgan) — (Otos-		Millet, Roux & Cie (Bilogène)	XI
mosan)	XXV	Mowatt & Moore Ltd. (Jel-Lax)	XVII
Dupuis Frères (Examen de la vue)	LVI	Picker X-Ray of Canada Ltd. (La fin ou le début?)	LIII
Eddé, J., Ltée (Hémostyl) — (Inotyol)	LVII	Rougier Frères (Dyspné-Inhal)	III
Eddé, J., Ltée (Bili-Sol) — (Cystocones)	LXIII	Sanatorium Prévost	LII
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. (Recherches) .....	.....	Sarrazin & Choquette (Analyses complètes)	XLVII
.....	.....	Schering Corporation Ltd.	XV
.....	.....	Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Caligesic)	XLV
Frosst, Charles E. & Co. (Bonnes vacances, docteur)	VII	Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Dilaxol)	XLIII
Frosst, Charles E. & Co. (Composé "Questrin")	IV	Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Sulfate de	.....
Frosst, Charles E. & Co. (Composé "Questrin")	LXVIII	Dexédrine)	XXXVII
General Motors (Frigidaire)	LXII	Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer)	LXI
Hartz Ltée, La Compagnie J. F. (Hydroxyl)	LIV	Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Eucarbon)	LVIII
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	II	Swift Canadian Co. Ltd. (Viandes Swift's)	LXV
Herd & Charton, Inc. (Osmopak) — (Vertavis)	XLII	Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor) LXX	
Herd & Charton, Inc. (Robuden)	XLIV	Vinant Ltée (Spartoval) — (Sparto-Camphre) — (Génis-	.....
Herd & Charton, Inc. (Crésopirine) — (Dépurogène) —	.....	ténal)	XVI
— (Fénugrène) — (Fucusol) — (Muthanol)	XLVI	Vinant Ltée (Parturiol Lafa) — (Génoscopolamine)	XVIII
Hoffmann-La Roche Ltée (Thephorin 'Roche')	XXVI	Warner & Co., Ltd., William R. (Chlorhydrate de Diatrin) XXXI	
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université		Whittier Laboratories (Division Nutrition Research	.....
de Montréal (Vaccin BCG)	LXIV	Laboratories) (Chlorothen)	XXXII - XXXIII
Inwood Ltd., J. M. (Suleo)	LVI	Winthrop-Stearns Inc. (Fergon)	XXI
Jacubert Ltée, J. J. (Produits)	LVIII	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John	XXIX - XXX

ASSOCIATION RATIONNELLE DES SULFAS.

COMPRIMÉS

TRI - SULFA

SODIUM BICARBONATE

CRISTALLISATION ET CALCUL RÉNAL ÉVITÉS PAR L'ALCALINISATION DE LA FORMULE:

Aussi TRI-SULFA
en suspension
contient
0.30 gram.
par cuillerée à thé.

SULFATHIAZOLE
SULFAMÉRAZINE
SULFADIAZINE

0.50 gramme du mélange par comprimé.

Aussi TRI-SULFA
sans bicarbonate, à 0.50 gram.
par comprimé et
0.30 gram. par comprimé
pour enfant.

La Cie CANADA DRUG CO., Montréal

SAL-IODUM VALOR

UN

SPECIFIQUE

DU

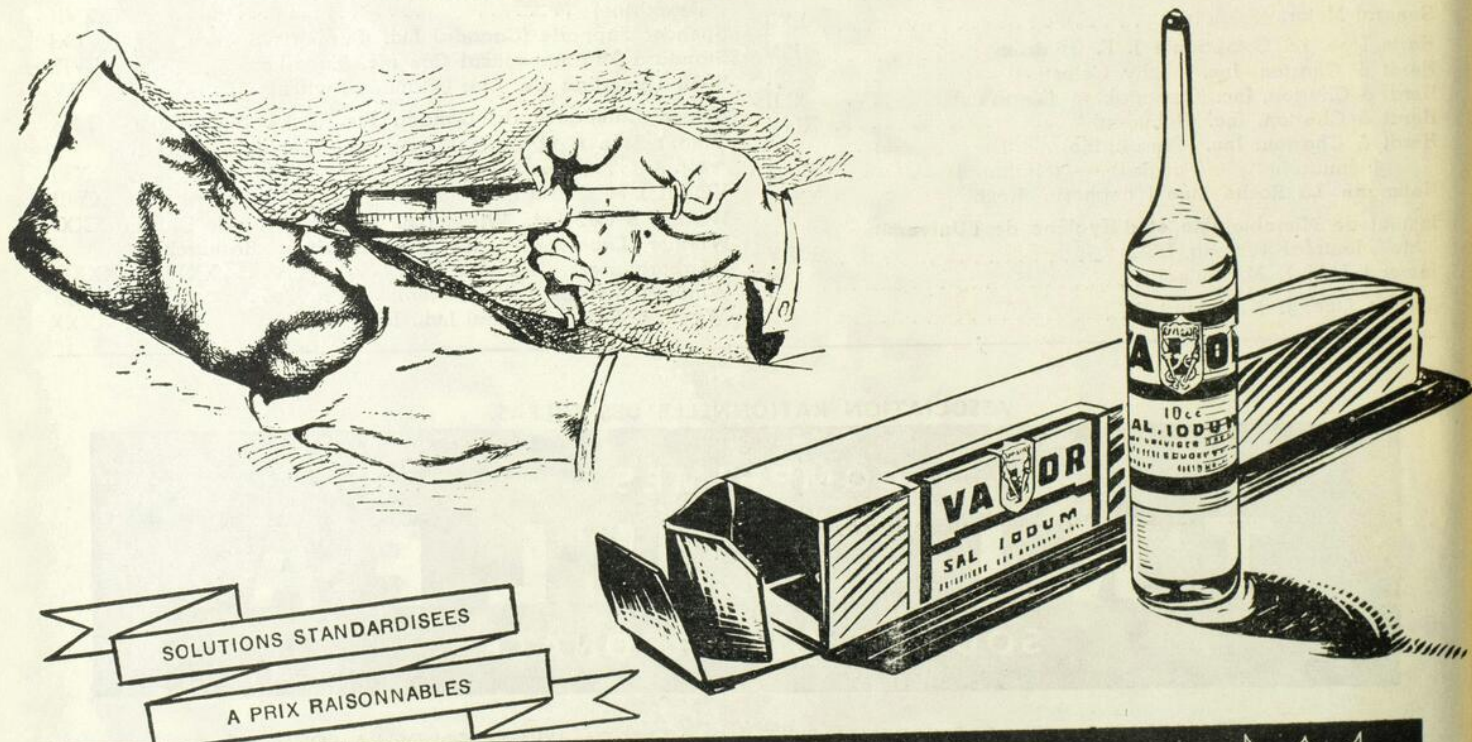
RHUMATISME

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.

Posologie: Une injection (20 cc.) peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.



USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTREAL



A black and white photograph of a baby sitting on the floor, crying with their mouth open and sucking their thumb. The baby is wearing a light-colored, short-sleeved shirt and shorts. The background is a plain, light color.

DONNEZ MOI ENCORE DU PABLUM!

MEAD JOHNSON & CO. OF CANADA, LTD.
BELLEVILLE, ONTARIO

BISMOL



forme un pansement
protecteur idéal
de l'estomac et
de l'intestin.

L'EFFICACITÉ DU BISMOL EN FAIT UNE MÉDICATION DE TOUT PREMIER RECOURS DANS LES CAS... D'ACIDITÉ STOMACALE

accompagnée de nausées, gaz, brûlement d'estomac,
ulcères.

DOSE: Une cuillerée à dessert dans un demi-verre d'eau
avant chaque repas, selon l'avis du médecin.

DIARRHÉE

fermentation, entérocolite, etc...

DOSE: Une ou deux cuillerées à table toutes les deux ou trois heures,
selon l'avis du médecin.

DIARRHÉE DES BÉBÉS

DOSE: Une demie à une cuillerée à thé avec un peu d'eau, autant de
fois par jour qu'il y a de selles.



Conditionnement:
Flacons de
8 et 16 onces.