



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)

Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull

les 6, 7, 8, 9 septembre 1948

ADMINISTRATION  
ET SECRÉTARIAT

326 est, boul. Saint-Joseph  
Montréal  
Tél.: LANcaster 9888

SECRÉTARIAT

128, rue Sainte-Anne  
Québec

*Selon la Décision  
du Clinicien*



Aux Laboratoires de Recherches Lilly,  
la décision finale pour l'introduction  
d'une nouvelle drogue dépend entière-  
ment de l'efficacité clinique de cette  
substance. Peu importe les résultats  
obtenus au laboratoire, c'est toujours  
le clinicien qui a le dernier mot.  
Avant d'y apposer l'étiquette Lilly,  
l'efficacité thérapeutique de toute  
nouvelle préparation doit être défini-  
tivement établie par des épreuves  
pharmacologiques et cliniques précises.

*Lilly*

# DILVASÈNE

Un nouveau vaso-dilatateur  
plus actif, plus stable

## • ACTION

Le Dilvasène (2249 F.) a une action essentiellement parasymphomimétique qui s'exerce sur le système vaso-moteur périphérique.

Le Dilvasène provoque une vaso-dilatation des artérioles qui s'accompagne en même temps d'une vaso-constriction des veinules avec diminution de la stase capillaire périphérique.

## • AVANTAGES

La stabilité du Dilvasène dans l'organisme est telle que, contrairement à l'acétylcholine qui est rapidement détruite par la cholinestérase, ce produit est très actif par voie buccale.

Le Dilvasène est bien toléré si la posologie est correctement calculée, et n'est pas toxique aux doses thérapeutiques.

Le Dilvasène ne s'accumule pas dans l'organisme et peut être administré sans danger pendant des semaines et des mois.

## • INDICATIONS

Maladie de Raynaud et troubles vaso-moteurs des extrémités — Acrocyanose, érythrocyanose — Engelures — Acroparesthésie douloureuse et manifestations douloureuses périphériques — Sclérodermie — Artérite des membres inférieurs — Migraine, névralgie méningée, céphalée — Plaies atones, escarres, ulcères variqueux.

## • POSOLOGIE

Le Dilvasène doit être administré presque toujours par voie buccale; il peut l'être quelquefois par voie intramusculaire, jamais par voie intraveineuse.

Chaque sujet réagit suivant l'état d'équilibre de son système vago-symphomimétique et la posologie est, de ce fait, individuelle.

Documentation sur demande

**POULENC**

•  
**MONTREAL**

# Un Auxiliaire Efficace pour le Traitement de Certains Types de Tuberculose

L'expérience clinique indique que la Streptomycine, comme auxiliaire de la thérapie ordinaire, est l'agent chimiothérapeutique le plus efficace pour le traitement de certains cas de tuberculose. Dans des cas choisis, la Streptomycine s'est avérée efficace pour abrégé la période d'invalidité.

La forme nouvelle et améliorée de ce

précieux agent antibactérien — la Streptomycine Merck (Complexe Chlorure de Calcium) — fournit ces trois remarquables avantages:

- 1** *Pureté accrue*
- 2** *minimum de douleur après l'injection*
- 3** *efficacité uniforme.*

## STREPTOMYCINE Complexe Chlorure de Calcium Merck

**MERCK & CO.**  
LIMITED  
*Chimistes - Fabricants*



MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD

## SOMMAIRE

### BULLETIN

Roma AMYOT	
L'aide financière du fédéral et la construction des hôpitaux .....	655
Hermile TRUDEL	
Du nouveau .....	658
. . . . .	
Paul DAVID	
Diagnostic "in vivo" des calcifications mitrales et aortiques .....	660

### RECUEIL DE FAITS

Roma AMYOT	
Un cas d'agénésie du corps calleux; diagnostic par la pneumo-encéphalographie .....	667
Philippe PANNETON et René CHARBONNEAU	
Un cas de dystrophie marginale ectasique de la cornée .....	670
Jean LACERTE	
Traitement de l'iritis chronique chez trois malades .....	673

**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

# 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.

FOURNIT  
UN  
MICRO-  
BROUILLARD  
SANS  
GOUTTELETTES

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

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**  
SPÉCIALITÉS 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)

### ÉDITORIAL

Albert LeSAGE

Le plumbagol et la furonculose ..... 675

Nouveau traitement de l'asthme, de la maladie de Quincke et autres  
syndromes paraphylactiques ou anaphylactiques ..... 676

### HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

L'hon. Paul MARTIN

Une ère nouvelle pour l'hygiène, au Canada ..... 678

J.-R. BOUTIN

Médecine préventive à Montréal ..... 687

G. CHOQUETTE

Aperçu du problème vénérien dans la Province de Québec ..... 696

### VARIÉTÉ

Gabriel NADEAU

Le grand électuaire de l'orviétan, au pays de la Nouvelle-France (suite) 698

# Pour le traitement de L'ARTHRITE

# COMPOSÉ d'"OSTOFORTE"

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

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

"OSTOFORTE"

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

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

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

### FORMULE :

	Dans chaque capsule	Dans la dose quotidienne moyenne (4 capsules)
Vitamine D . . . . .	50,000 unités int.	200,000 unités int.
Vitamine A . . . . .	1,666 unités int.	6,664 unités int.
Vitamine B <sub>1</sub> (chlorhydrate de thiamine)	0.67 mg.	2.67 mg.
Riboflavine (vitamine B <sub>2</sub> )	1.00 mg.	4.00 mg.
Niacine (acide nicotinique)	6.67 mg.	26.67 mg.
Vitamine C (acide ascorbique)	15.00 mg.	60.00 mg.

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

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

Charles E. Frosst & Co.  
MONTREAL CANADA





## Soulagement bienfaisant

Le soulagement symptomatique rapide que confère le Pyridium est extrêmement agréable au malade souffrant de symptômes urinaires douloureux tels que: douleur, mictions impérieuses et fréquentes nycturie et ténésme.

L'administration *per os* du Pyridium à la dose de 2 comprimés trois fois par jour, soulagera ces symptômes chez un grand nombre de malades ambulants, leur permettant ainsi de continuer des activités normales sans malaise appréciable.

L'effet primordial du Pyridium est essentiellement local; il agit directement sur la muqueuse du tractus génito-urinaire. Le Pyridium ne comporte aucune action sédative centrale ni narcotique.

On peut administrer le Pyridium à doses thérapeutiques avec une sécurité quasi complète pendant toute l'évolution d'une cystite, d'une pyélonéphrite, d'une prostatite ou d'une urétrite.

*Documentation sur demande.*

... est la réponse  
caractéristique  
de la  
Pyridiumthérapie

# PYRIDIUM®

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

MERCK & CO., LIMITED

*Fabricants chimistes*

MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD



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

# SOMMAIRE

(Suite)

## CORRESPONDANCE

A. PLICHET	
Lettre de Paris .....	712

## CHRONIQUE SÉMÉIOLOGIQUE

Roméo BOUCHER	
Où il n'est question d'aucun signe en particulier .....	715

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1879 .....	717
--	-----

ANALYSES .....	719
----------------	-----

## MÉDECINE

Rhumatisme et arthrite. Revue des littératures anglaise et américaine des dernières années (719). Nouveautés thérapeutiques dans les maladies du poumons (724). Expérience des patients ayant fait du rhumatisme articulaire aigu, qui ont servi dans les forces armées, 1942-1946 (725).

## PHTISIOLOGIE

L'action de la streptomycine sur la tuberculose pulmonaire. Rapport préliminaire (725). Le pneumothorax extrapleurale dans un cas silico-tuberculose (726). La réinfection de la T. B. pulmonaire d'origine endogène et exogène. Un cas rapporté (726). La silicose crée-t-elle une prédisposition à la pneumonie? (727).

## CHIRURGIE

Le traitement chirurgical de la cholécystite aiguë (727). Les amputations à mi-jambe pour la gangrène diabétique (727). Désastres à la suite de la ligature et de l'injection de veines variqueuses (728). Le syndrome de l'oblitération thrombotique du carrefour aortique (728).

## GASTRO-ENTÉROLOGIE

L'entérogastrone dans le traitement de l'ulcère peptique (729).

## NEURO-PSYCHIATRIE

La thérapie intrathécale n'est pas nécessaire dans le traitement de la méningite par "hemophilus influenzae" (729). L'artériographie cérébrale dans l'hémorragie subarachnoïdienne (730).

## DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Teignes du cuir chevelu chez les enfants des écoles publiques d'Ottawa, 1946-1947 (730).

## ÉLECTRO-RADIOLOGIE

Le cancer du sein: rôle de la chirurgie et de la radiothérapie; 1ère partie: étude des facteurs qui déterminent le succès ou la faillite du traitement (731).

## HYGIÈNE

Diminution des taux de mortalité par rougeole et coqueluche dans la province d'Ontario, de 1900 à 1945 (733).

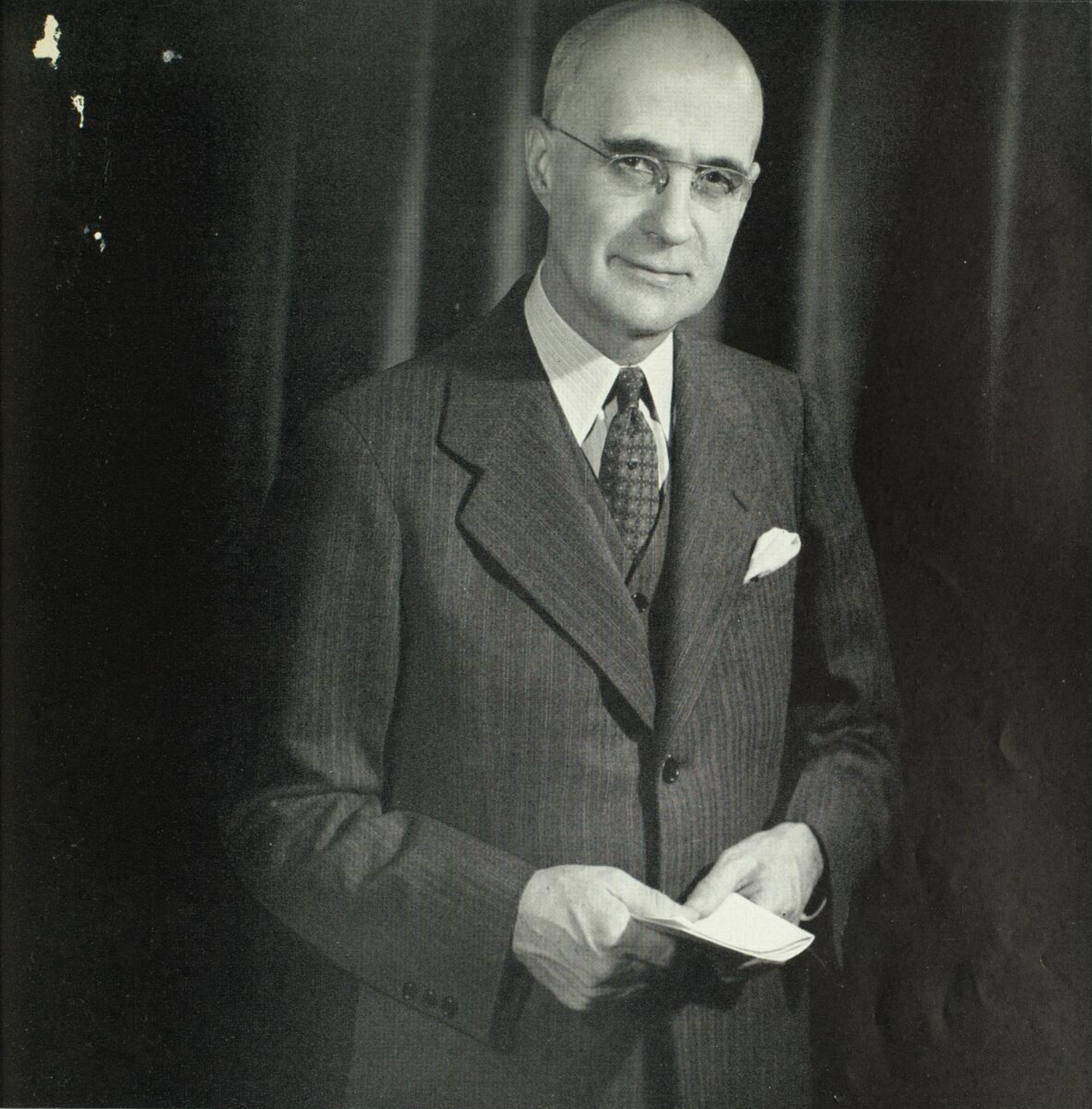
SOCIÉTÉS .....	734
----------------	-----

La Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec: séance du 9 avril 1948 (734); séance du 16 avril 1948 (734).  
Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 29 janvier 1948 (735).

NOUVELLES .....	744
-----------------	-----

REVUE DES LIVRES .....	760
------------------------	-----

LIVRES REÇUS .....	778
--------------------	-----



*Doyen de la faculté de médecine,*

*Université de Montréal, Montréal, Que.*

## **EDMOND DUBÉ, B.A., M.D., F.R.C.S.(C), F.A.C.S.**

M. le docteur Edmond Dubé est né à Montréal en mai 1894, où il fit ses premières études. Plus tard, il entra au Séminaire de Joliette où il obtint son baccalauréat ès arts en 1913. Il gradua à l'Université Laval, à Montréal, en 1918, et poursuivit ses études à Paris, de 1919 à 1922, se spécialisant en chirurgie. En 1922 il se joignit, à titre de chirurgien, au personnel de l'hôpital Ste-Justine où il fut fait Directeur médical en 1931. Il devint professeur de chirurgie à l'Université de Montréal en 1937, et professeur de chirurgie infantile et d'orthopédie en 1942. Le docteur Dubé est un ancien président de la Société médicale de Montréal et de la Société de Chirurgie de Montréal; il est membre de "The Canadian Association of Clinical Surgeons". Il fut nommé Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal en 1944.



LES DOYENS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DU CANADA . . . troisième d'une série.

*Des exemplaires de cette photographie, propres à être encadrés,  
sont à la disposition des médecins ou étudiants en médecine.  
Ceci ne constitue pas une recommandation des produits "Tissot".*



## "PROHEMA"

L'anémie hypochrome est une maladie d'insuffisance, et, comme dans la majorité des maladies de cette nature, l'insuffisance est multiple. Bien que le fer puisse être la plus importante des substances qui fassent défaut, les observations (1) indiquent que quoi que l'administration du fer, seul, tende à améliorer l'état des patients souffrant d'anémie, cette amélioration pourrait être encore plus marquée, et des rechutes semblent se produire malgré que la médication au fer continue. Cette constatation a porté à croire que l'insuffisance de fer ne causait pas, seule, l'anémie du type hypochrome, mais que d'autres insuffisances, probablement d'origine diététique, y étaient associées.

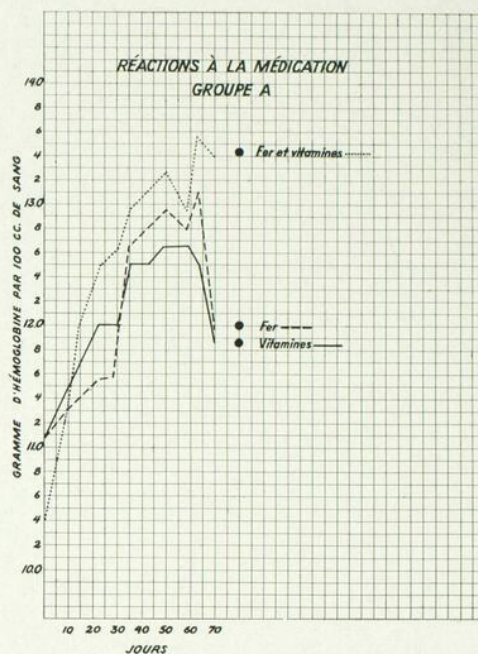
Des recherches furent alors instituées en vue d'éclaircir cet état. Puisque les cas d'anémie hypochrome se présentent généralement chez les femmes, les observations portèrent uniquement sur ce sexe. Durant la guerre, des milliers de femmes furent employées dans de grandes industries, et l'on profita de ces importantes concentrations d'employées du sexe féminin pour faire des enquêtes préliminaires démontrant le taux de personnes souffrant d'anémie et étudier les résultats qui se produisaient à la suite de l'administration de suppléments variés.

Les patientes souffrant d'anémie furent classées en différents groupes. À l'un de ces groupes l'on donna des placebo; à un deuxième groupe l'on n'administra que du fer; un troisième fut traité exclusivement à l'aide de vitamines; un quatrième reçut du fer et des vitamines; un cinquième, du fer et du cuivre; enfin, un sixième groupe fut traité au moyen de fer, cuivre et vitamines. Il fut tôt remarqué que chez les groupes à qui l'on donnait uniquement des placebo ou des vitamines, il ne se manifesta aucune amélioration soutenue. L'administration exclusive de fer produit une amélioration initiale considérable, mais cette amélioration ne fut pas soutenue, tandis que le groupe recevant du fer et des vitamines, et celui qui recevait du fer, des vitamines et du cuivre, furent ceux chez qui l'amélioration fut la plus marquée et cette amélioration fut soutenue. Dans plusieurs cas, il sembla que les réactions éprouvées par les patientes recevant du fer, du cuivre et des vitamines furent plus favorables que chez les autres.

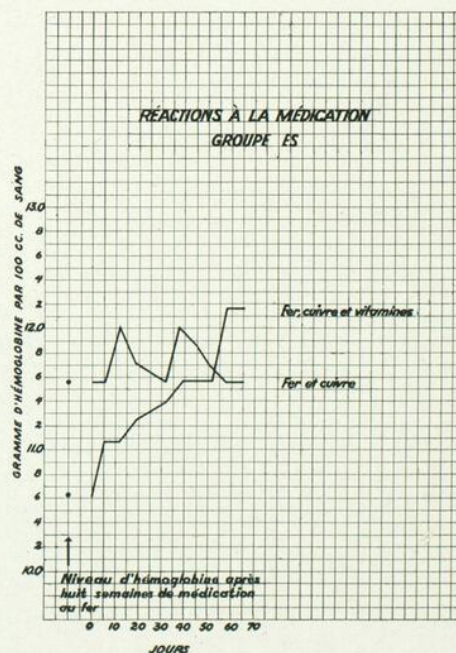
(1) Denstedt, O.F., Division de la biochimie, université McGill Communication particulière.

Les graphiques suivants fournissent le meilleur moyen d'illustrer les résultats obtenus:

GRAPHIQUE No I



GRAPHIQUE No II



À la faveur de ces observations, la formule de "Prohema" fut élaborée avec la conviction que bien des cas d'anémie secondaire qui étaient auparavant réfractaires au traitement par le fer seul, réagiront maintenant de façon favorable au traitement par "Prohema".



## Tablettes "PROHEMA"

S.C.T. No 432 "Frosst"

Chaque tablette enrobée de sucre contient:

Sulfate ferreux (exsic.)	0.3 G.
Sulfate de cuivre	1.6 mg.
Vitamine A	1500 unités int.
Vitamine D	333 unités int.
Chlorhydrate de thiamine (Vitamine B <sub>1</sub> )	1 mg.
Riboflavine (Vitamine B <sub>2</sub> )	1 mg.
Acide ascorbique (Vitamine C)	25 mg.
Concentré de foie	67 mg.

Fraction anémie secondaire tirée de 3.33 G. de foie entier).

Dose:—une tablette trois fois par jour.

Présentation:—flacons de 100 et de 500 tablettes.

L'on reconnaît depuis quelque temps l'importance de l'acide folique comme facteur hématopoïétique, et, bien qu'on admette que cette vitamine du groupe B n'a généralement aucun effet dans le traitement de l'anémie secondaire, elle peut avoir de la valeur dans le traitement des cas d'anémie secondaire où il est évident que le développement des érythrocytes est imparfait. Pour de tels cas l'on fabrique le produit "Prohema" additionné d'acide folique.

## "PROHEMA" et acide folique

S.C.T. No 433 "Frosst"

Chaque tablette enrobée de sucre contient:

Sulfate ferreux (exsic.)	0.3 G.
Sulfate de cuivre	1.6 mg.
Vitamine A	1500 unités int.
Vitamine D	333 unités int.
Chlorhydrate de thiamine (Vitamine B <sub>1</sub> )	1 mg.
Riboflavine (Vitamine B <sub>2</sub> )	1 mg.
Acide ascorbique (Vitamine C)	25 mg.
Concentré de foie	67 mg.

(Fraction anémie secondaire tirée de 3.33 G. de foie entier)

Acide folique ..... 1.67 mg.

Dose:—une tablette trois fois par jour.

Présentation:—flacons de 100 et de 500 tablettes.

# "SÉDOXIN"

Pour le traitement des vomissements associés à la grossesse

La documentation (2) que renferme le compte rendu de Willis et de ses collaborateurs, portant sur leurs observations cliniques touchant le traitement, par les vitamines B<sub>1</sub> et B<sub>6</sub>, de la nausée et des vomissements de la grossesse, a naturellement soulevé le plus vif intérêt. Depuis sa publication, de nombreux médecins ont pratiqué cette méthode avec des résultats plus ou moins satisfaisants.

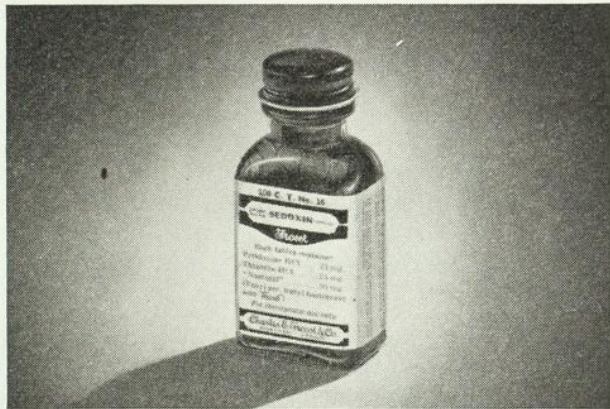
On a, d'autre part, obtenu des résultats plus heureux et plus certains par l'injection d'une combi-

naison de vitamines B<sub>1</sub> et B<sub>6</sub>, avec—comme complément—l'ingestion d'une combinaison analogue accompagnée d'une faible dose d'un barbiturate. Après avoir obtenu un soulagement on doit continuer le traitement *per os* en vue de prévenir toute rechute.

On doit faire une injection intraveineuse quotidienne (de 2 à 4 doses) de 50 mg. de chlorhydrate de pyridoxine (vitamine B<sub>6</sub>) et de 50 mg. de chlorhydrate de thiamine (vitamine B<sub>1</sub>). Durant les intervalles d'une injection à l'autre, et comme agent prophylactique, administrer trois fois par jour, de façon ininterrompue durant plusieurs semaines, un comprimé de "Sédoxin" (contenant 25 mg. de chlorhydrate de pyridoxine, 25 mg. de chlorhydrate de thiamine, et 30 mg. de "Noctinal").

On a noté chez plusieurs sujets un soulagement presque complet après une ou deux injections intraveineuses. Ce soulagement fut définitif en certains cas; chez d'autres, il a fallu répéter la médication intraveineuse à intervalles irréguliers. Cette dernière occurrence est moins fréquente lorsque le traitement par voie intraveineuse est suivi de l'administration *per os* de Sédoxin. On ne peut pas encore donner d'explication raisonnée du traitement. Toutefois, les auteurs du compte rendu susdit suggèrent que le retour de l'appétit et le maintien de la tonicité stomacale normale sont peut-être la cause des bons résultats obtenus.

(2) Willis, Winn, Morris, Newsom and Massey, Am. J. Obst. & Gyn., 44, No 2, 265, août 1942.



## "SÉDOXIN"

(Marque d'un composé de pyridoxine et de thiamine)

C.T. No 16 "Frosst"

Chaque comprimé contient:

Chlorhydrate de pyridoxine (Vitamine B <sub>6</sub> )	25 mg.
Chlorhydrate de thiamine (Vitamine B <sub>1</sub> )	25 mg.
"Noctinal" (acide butyle secondaire éthyle barbiturique)	30 mg.

Dose:—un comprimé trois fois par jour.

Présentation:—flacons de 20 et de 100 comprimés.

## PYRIDOXINE et THIAMINE, R<sub>50</sub>

Ampoule No 553 "Frosst"

Chaque ampoule d'un cc. contient:

Chlorhydrate de pyridoxine (Vitamine B <sub>6</sub> )	50 mg.
Chlorhydrate de thiamine (Vitamine B <sub>1</sub> )	50 mg.

Présentation: boîte de 6 ampoules.

Charles E. Frosst & Co.  
MONTREAL CANADA

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

Fondée à Québec en 1902

**L'Union Médicale  
du Canada**

Fondée en 1872

●  
**DIRECTION SCIENTIFIQUE**

**MEMBRES D'HONNEUR**

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson.

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

**Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE**

**BUREAU DE DIRECTION**

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

**BUREAU DE RÉDACTION**

**Rédacteur en chef**

**Roma AMYOT**

**Assistant-rédacteur en chef**

Edouard Desjardins

**Secrétaire de la Rédaction**

Pierre Smith

Secrétaire adjoint à Montréal

Roger Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

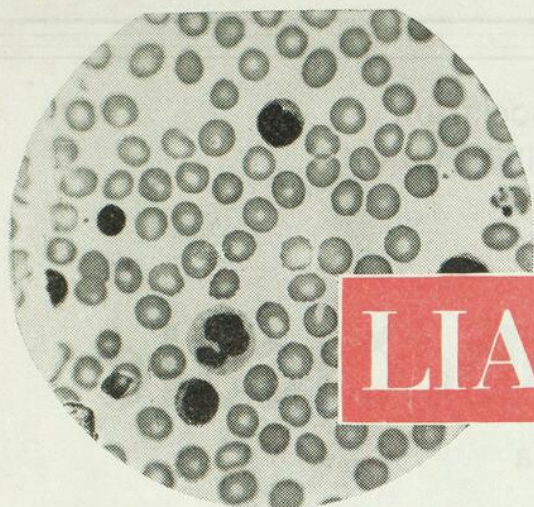
Secrétaire adjoint à Québec

Maurice Beaudry

128, rue Sainte-Anne

**BUREAU DE COLLABORATION**

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



*Quand le diagnostic  
différentiel de l'anémie  
devient difficile*

**LIAFON**

SQUIBB

Foie desséché  
Sulfate ferreux  
Acide ascorbique  
Acide folique

**Nouvelle association hématogène pour l'administration  
simultanée de quatre produits thérapeutiques essentiels**

**FOIE DESSÉCHÉ :** Foie total dont l'eau seule a été éliminée. Apporte les éléments nutritifs du foie frais, y compris les facteurs indispensables, expérimentalement et cliniquement, qui agissent sur l'anémie secondaire.

**SULFATE FERREUX ANHYDRE :** L'une des formes de fer la plus aisément utilisée, tolérée et absorbée. Comme traitement spécifique des anémies par carence de fer.

**ACIDE ASCORBIQUE :** Constitue souvent une nécessité préalable dans les anémies liées à l'avitaminose C. Des travaux récents tendent à démontrer qu'il favorise l'absorption du fer et la maturation des globules rouges.

**ACIDE FOLIQUE :** Facteur du complexe vitaminique B stimulant de la moelle; agent spécifique des anémies macrocytaires de la sous-alimentation, de la grossesse, de la pellagre et de la sprue; associé au foie par voie parentérale, se révèle efficace dans l'anémie pernicieuse d'Addison.

Ainsi, quand le tableau clinique est complexe, lorsque l'on a raison de soupçonner plus d'une forme d'anémie, le *Liafon* apporte les éléments thérapeutiques essentiels.

Liafon est présenté  
en flacons de  
100 et de 1.000.

UNE CAPSULE LIAFON RENFERME :	ÉQUIVALENTS POSOLOGIQUES	
	3 capsules par jour	6 capsules par jour
Foie desséché . . . . . 0,5 gm. ( Représentant approx. 2 gm. de foie frais )	*6 gm. foie frais	*12 gm. foie frais
Sulfate ferreux anhydre . 2,0 gr. ( Représentant approx. 2,85 gr. de sulfate ferreux )	*8,5 gr. sulfate ferreux	*17 gr. sulfate ferreux
Acide ascorbique . . . 50,0 mgms.	150 mgms.	300 mgms.
Acide folique . . . . . 1,67 mgms.	5 mgms.	10 mgms.

\*Equivalent approximatif

Pour documentation, s'adresser à

**E. R. SQUIBB & SONS CANADA LIMITED**

36-48 CALEDONIA ROAD - TORONTO

**SQUIBB**

FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES POUR LE CORPS MÉDICAL DEPUIS 1858

---

---

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

Fondée à Québec en 1902

**L'Union Médicale**  
du Canada

**ADMINISTRATION**

**OFFICIERS**

Président: Richard Gaudet

Vice-présidents: Jean Saucier et Gustave Lacasse

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

**COMITÉ EXÉCUTIF**

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

**COMITÉ DE PUBLICITÉ**

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

**CORRESPONDANTS**

MM. A. Pichet (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);

P. Bertrand, R. Gaudet (Sherbrooke);

Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières);

D. Collin (Saint-Boniface);

L.-P. Mousseau (Edmonton).

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

Publicité: Jacques D. Clerk, 326 est, boul. Saint-Joseph. L'Ancester 9888.

---

---



*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. St-Joseph  
Montréal.

### EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

**Donatien MARION,** Montréal.

**Hermile TRUDEL,** Montréal.

**Chs VÉZINA,** Québec.

**A.-L. RICHARD,** Ottawa.

**J.-A. VIDAL,** Montréal.

**J.-A. LECOURE,** Ottawa.

**J.-E. PERRAS,** Hull.

### SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

**Hermile TRUDEL,**

1990 est, rue Rachel  
Montréal.

### COMITÉ DU XIX<sup>e</sup> CONGRÈS

**A.-L. RICHARD,** président.

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

**J.-A. LECOURE,** Secrétaire,  
538, avenue King Edward,  
OTTAWA.

**J.-E. PERRAS,** Trésorier,  
192, rue Principale,  
HULL, P. Q.

### ANCIENS PRÉSIDENTS

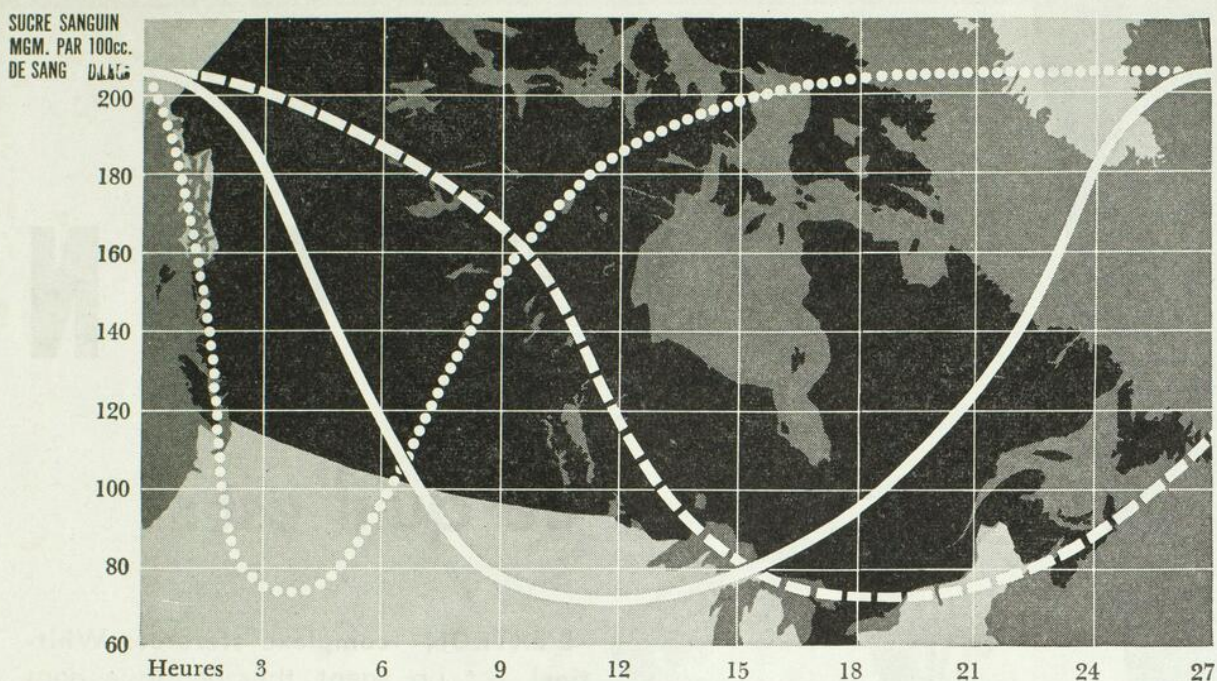
**Albert LeSAGE,**  
**J.-H. LAPOINTE,**

**Albert PAQUET,**  
**Chs-N. DeBLOIS,**

**J.-A. JARRY,**  
**Chs VÉZINA.**

### MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal . . . . .	1950	LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa . . . . .	1950
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q. . . . .	1948	LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H. . . . .	1948
BAILLY, Roland, St-Pie de Bagot, P. Q. . . . .	1948	LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal . . . . .	1948
BEAUCHEMIN, L.-O. Calgary, Alberta . . . . .	1950	LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec . . . . .	1948
BELIVEAU, P., Méthégan, N.-E. . . . .	1948	MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville Saint-Laurent, P. Q. . . . .	1948
BIBAUD, B., Valleyfield, P. Q. . . . .	1948	MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan . . . . .	1950
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal . . . . .	1948	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River . . . . .	1948
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec . . . . .	1948	MORRISSETTE, Pierre, St-Georges, Beauce, P. Q. . . . .	1948
BOHEMIER, Anatole, 3425, rue St-Hubert, Montréal . . . . .	1948	PELLETIER, A., Winchendon, Mass. . . . .	1950
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal . . . . .	1950	PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. . . . .	1950
BROUSSEAU, L.-P., Malartic, P. Q. . . . .	1950	PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. . . . .	1950
CARON, Sylvio, Mastai, Québec . . . . .	1948	POWERS, A., 11, Front, Hull, P. Q. . . . .	1950
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal . . . . .	1950	RIOUX, J.-Emile, Ste-Anne-des-Monts, P. Q. . . . .	1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. . . . .	1950	ROULEAU, J.-M., St-Grégoire, Co. Nicolet, P. Q. . . . .	1948
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. . . . .	1950	SMITH, Pierre, 300, carré St-Louis, Montréal . . . . .	1948
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec . . . . .	1948	SORMANY, Albert, Edmunston, N.-B. . . . .	1950
DOMINGUE, Albert, Granby, P.Q. . . . .	1948	TANGUAY, R. Sudbury, Ont. . . . .	1950
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal . . . . .	1950	TETRAULT, Adélar, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. . . . .	1950
GAUTHIER, C.-A., 53 1/2, St-Louis, Québec . . . . .	1950	THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. . . . .	1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. . . . .	1950	VIAU, Horace, 467, Rideau, Ottawa . . . . .	1950
JOANNETTE, Albert, Ste-Agathe-des-Monts, P. Q. . . . .	1948		
LACHANCE, Wilfrid, Chicoutimi, P. Q. . . . .	1948		



Présentation au Médecin Canadien de la  
préparation d'Insuline à *L'Action Intermédiaire*.

●●●● INSULINE d'action rapide  
- - - INSULINE d'action lente  
— GLOBINE INSULINE d'action INTERMEDIAIRE

## GLOBINE INSULINE AVEC ZINC 'WELLCOME'

La Globine Insuline avec Zinc 'Wellcome' arrive au Canada, non pas comme préparation non éprouvée — mais plutôt comme une dont l'efficacité est prouvée.

Dans un rapport au Canadian Medical Association Journal, Rabinovitch et al déclarent: "Les informations compilées à date indiquent bien que la venue de globine insuline marque un avancement précis. Son adjonction aux insulines déjà en usage dans le traitement du diabète sucré est donc amplement justifiée."<sup>1</sup>

- *D'action intermédiaire*, la Globine Insuline est plus lente que l'Insuline non-modifiée, et plus rapide que l'Insuline Protamine Zinc.
- L'effet apparaît en moins de deux heures, s'accroissant régulièrement pour atteindre un niveau tel entre la 8<sup>ième</sup> et la 16<sup>ième</sup> heure qu'il offrira un maximum d'activité durant la période de rationnement d'hydrate de carbone.
- L'activité décroît la nuit, réduisant ainsi la possibilité de réaction nocturne. Après 24 heures, l'effet est à peu près nul, ce qui

évitera l'effet cumulatif que pourrait produire la dose du lendemain.

- Toute tendance à l'hypoglycémie se produirait donc au milieu de l'après-midi alors que le patient pourra facilement s'en rendre compte et la corriger.
  - Globine Insuline ne cause pas de réactions locales ou d'allergie d'importance.
- Globine Insuline avec Zinc 'Wellcome' est présentée en flacons de 10 cc., 40 et 80 unités par cc. Acceptée par The Council on Pharmacy and Chemistry, American Medical Association. Fabriquée pour Burroughs Wellcome & Co. (The Wellcome Foundation Ltd.) par The Wellcome Research Laboratories, Tuckahoe, New York.

<sup>1</sup>. Canad. M. Assn. J. 56:595 (June) 1947.  
'Wellcome' marque de fabrique enregistrée.



BURROUGHS WELLCOME & CO. (THE WELLCOME FOUNDATION LTD.) MONTREAL

# L'ERTRON

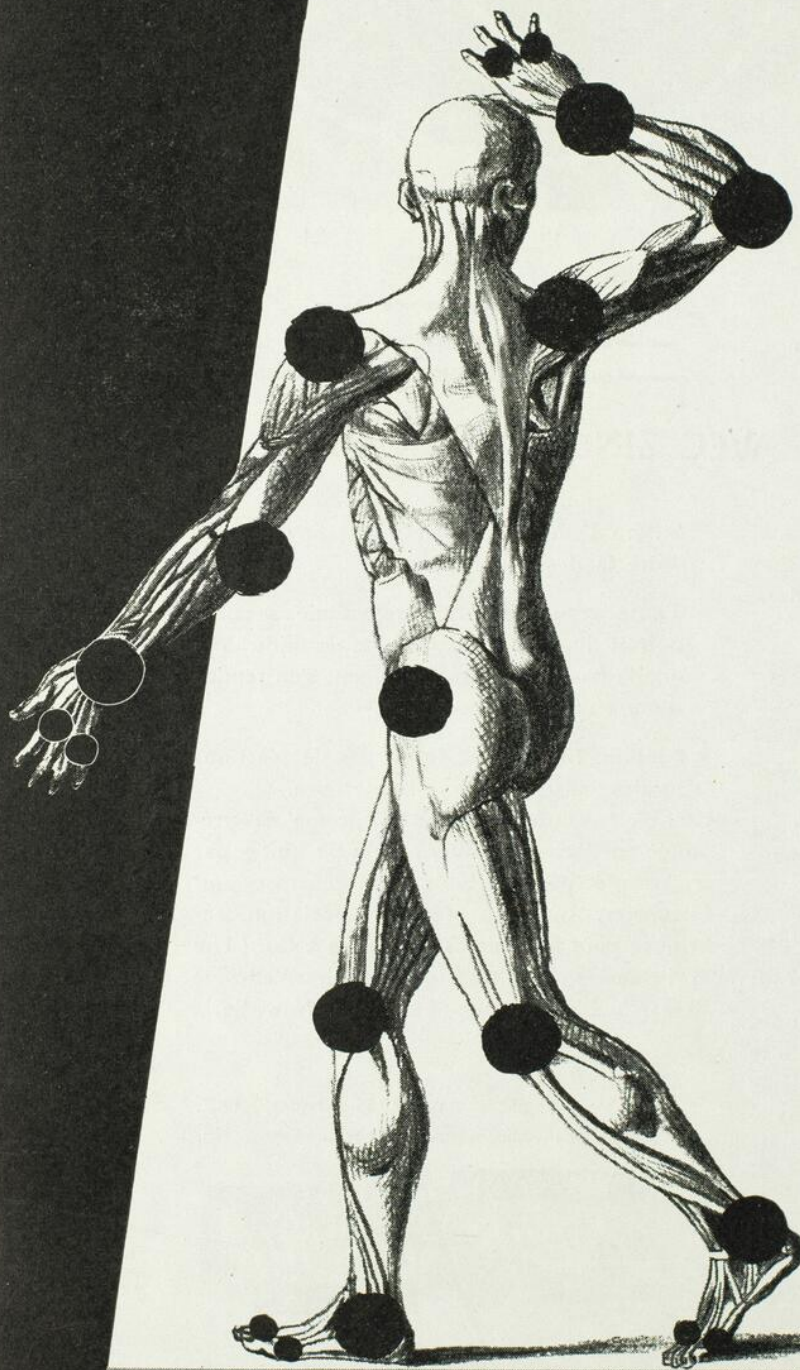
## Ce qu'il est:

**L'ERTRON** (complexe stéroïde, **Whittier**) est un agent thérapeutique dont l'efficacité est amplement démontrée dans le traitement de l'arthrite chronique et dont l'effet arthrokinétique est manifeste dans de nombreux cas.

La composition chimique de l'**ERTRON** est unique. Il s'agit d'un mélange complexe de sous produits provenant de l'activation électrique d'ergostérol vaporisé par la chaleur.

D'après les travaux cliniques entrepris par les principaux hôpitaux et universités depuis plus de treize ans, l'**ERTRON** s'est révélé relativement sûr.

Chaque capsule d'**ERTRON** contient 5 milligrammes de produit d'activation titrés biologiquement à une activité antirachitique de cinquante mille unités internationales. Flacons de 50, 100 et 500 capsules.



# dans l'arthrite

## Ce qu'il n'est pas :

**L'ERTRON** n'est pas une panacée ni un spécifique capable d'éliminer les moyens médicaux, chirurgicaux ou physiothérapeutique qui ont fait leurs preuves.

**L'ERTRON ne doit pas** être confondu avec les produits à base de vitamine D, obtenus par d'autres méthodes (irradiation par l'ultra-violet) ou provenant d'autres sources (huiles de foie de poisson).

Il est peu probable que l'**ERTRON** entraîne des effets secondaires fâcheux pouvant nécessiter la suspension du traitement, à condition qu'il soit administré sous la surveillance du médecin.

**ERTRON INJECTABLE:** Chaque ampoule contient des produits activés, dans l'huile de sésame, titrés biologiquement à une activité antirachitique de cinq cent mille unités internationales. En boîtes de six ampoules de 1 c.c.



Nutrition  
Research  
Laboratories

*Chicago 30*



VITES YOUR INQUIRIES ON ERTRON

# GÉNÉSÉRINE

Sédatif des troubles sympathiques

**POLONOVSKI et NITZBERG.**

**Composition:** Salicylate de Génésérine.

**Indications:** Hypo-acidité gastrique, Syndrome solaire, Dyspepsie atonique, Palpitations et tachycardie des cœurs nerveux.

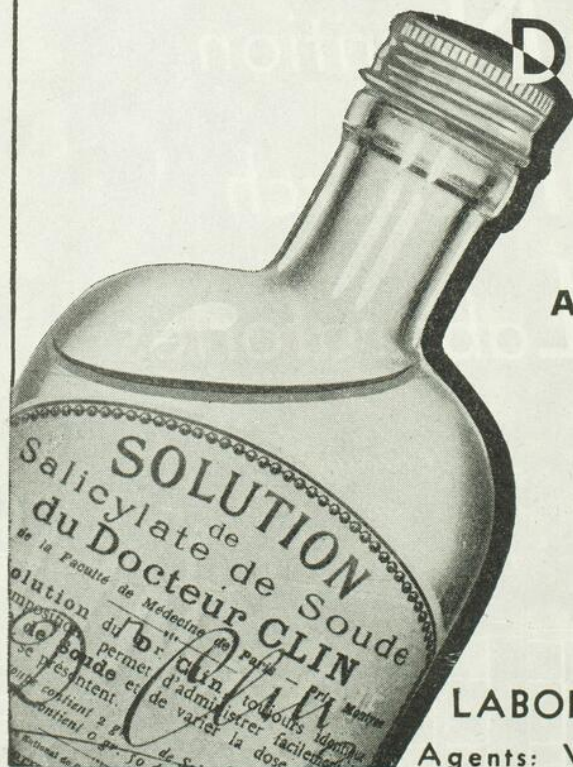
**Posologie:** La dose moyenne est de 4 à 6 granules par jour. Si l'on prescrit les gouttes, on en donnera 20 avant chaque repas, 60 par jour. Les injections sous-cutanées sont surtout indiquées dans les cas de crises douloureuses intenses, contre l'angoisse et l'insomnie persistante des dyspeptiques.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

**Présentation:** Granules au ½ mgr., flacon de 60 granules.  
Gouttes, solution au millième, flacon de 20 cc.  
Ampoules dosées à 2 mgr., boîte de 10 amp. de 1 cc.  
Note: Chaque unité correspond à dix jours de traitement à dose journalière maximum.

—♦—  
**Laboratoires AMIDO — PARIS**

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

# LA SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE DU DOCTEUR CLIN



**RHUMATISME**

**ARTHRITISME • SCIATIQUE**

**TOLÉRANCE • ACTIVITÉ**

Flacon de 300 c.c.

—  
**LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS**  
Agents: **VINANT Ltée**, 200, rue Vallée, **Montréal**

pour rétablir le bien-être

à la ménopause

**"PRÉMARINE"**



Les symptômes physiques de la ménopause, déjà si pénibles, sont trop souvent intensifiés par la dépression mentale et l'indifférence pour le milieu ambiant. Non seulement la "Prémarine" s'est montrée capable d'apaiser les troubles physiques, mais elle procure à la patiente une sensation de bien-être et partant un renouvellement d'intérêt pour ses occupations ordinaires. Cet oestrogène de provenance naturelle, actif "per os", est exceptionnellement bien toléré.

**"PRÉMARINE"**

*substances oestrogènes conjuguées (équines)*

**COMPRIMÉS:** No 866: dosés à 1.25 mg.  
No 867: dosés à 0.625 mg.  
Bouteilles de 20 et de 100  
No 868: dosés à 0.3 mg.  
Bouteilles de 100

**LIQUIDE:** No 869: dosé à 0.625 mg. par  
cuillerée à thé  
Bouteilles de 4 onces fluides



**UNE NOUVELLE PRÉPARATION  
POUR LE TRAITEMENT DE LA**

*Diarrhée*



AYERST No 951  
**"TOMECTIN"**  
 PECTATE DE NICKEL COMPOSÉ

Le pectate de nickel, par ses propriétés antitoxiques et bactériostatiques et par son action antihémorragique, constitue une médication efficace dans divers états diarrhéiques, y compris la dysenterie bacillaire.

La pulpe de tomate desséchée s'est aussi montrée très utile pour enrayer la diarrhée sans cause organique. On trouve ces deux facteurs antidiarrhéiques associés dans le "Tomectin".

Le "Tomectin" se dissout facilement dans l'eau et donne une préparation ayant le goût du jus de tomate. Son agréable saveur, son efficacité thérapeutique et sa facilité d'emploi en font un traitement précieux de la diarrhée chez les nourrissons, les enfants ou les adultes.

*Chaque gramme de "Tomectin" renferme:*

Pectate de nickel . . . 150 mg.  
 Chlorure de sodium . . . 50 mg.  
 Pulpe de tomate desséchée 800 mg.

*Boîtes de 50 grammes*



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



LE  
**BOULEVERSEMENT**  
DE LA  
*Conception*

C'est au moment où la femme commence à prendre conscience du profond bouleversement biologique qui affecte son être intime, que prennent souvent naissance les malaises désagréables qui viennent jeter une ombre sur sa gestation et qui, dans certaines formes graves, peuvent produire la déshydratation et conduire même à l'avitaminose.

Gravidox\* association du chlorhydrate de pyridoxine et du chlorhydrate de thiamine **Lederle**, prescrit avec les sédatifs et le régime appropriés, tend à empêcher les vomissements excessifs de la grossesse, à condition qu'ils ne soient pas causés par une affection hépatique ou rénale.

Présentation: Solution — fiole de 10 c.c.  
Comprimés — flacon de 50

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**  
North American Cyanamid Limited  
7335 Boul. St-Laurent - Montréal 14, P.Q.

\* Enrg. U.S. Pat. Off.

# POMMADE MIDY

## SUPPOSITOIRES MIDY

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



**4**  
PRINCIPES  
ACTIFS

# HÉMORROÏDES

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

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

## PARTURIOL LAFA OBSTETRIQUE

(OCYTO-NARGÉNOL RM 206)

*Composition :* Campho-Sulfonate de dihydroxycodéinone, Campho-Sulfonate de scopolamine, Campho-Sulfonate d'éphédrine, Sulfate de Spartéine, Phénylpropionate de dihydroxycodéinone, 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. 2cc. 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 Limitée**, 200, rue Vallée, **MONTREAL**.

# la volonté de "s'accrocher" et de vivre

Pour "diminuer la sensation de fatigue et d'épuisement, fournir de l'énergie, améliorer l'état d'esprit, soutenir la volonté de s'accrocher et de vivre,"<sup>1</sup> le Medical Research Council a approuvé l'usage de la 'Méthédrine'\* marque désignant le chlorhydrate de d-N-Méthylamphétamine (d-désoxyéphédrine).

A doses plus faibles, la Méthédrine est plus active et plus rapidement efficace que l'amphétamine;<sup>2</sup> elle possède un champ d'action étendu comme stimulant du système nerveux central pour améliorer l'état d'esprit et combattre la dépression.<sup>3</sup>

La Méthédrine se montre particulièrement utile dans les maladies chroniques, après les interventions chirurgicales, dans les néoplasies inopérables, pour réduire la durée de l'anesthésie ou de la narcose et après la période critique de la pneumonie.<sup>4</sup>

Dans la majorité des cas il ne se produit pas de réactions secondaires avec des doses de 5 à 10 mg. Le surdosage a une action générale analogue à celle de l'hyperexcitation sympathique. La 'Méthédrine' ne doit pas se prescrire chez les malades atteints de dégénérescence du myocarde. Une surveillance spéciale doit être exercée chez les sujets âgés et dans les cas d'affections cardio-vasculaires, de thyrotoxicose et d'hypertension.



## 'Méthédrine'

\*Marque de Fabrique

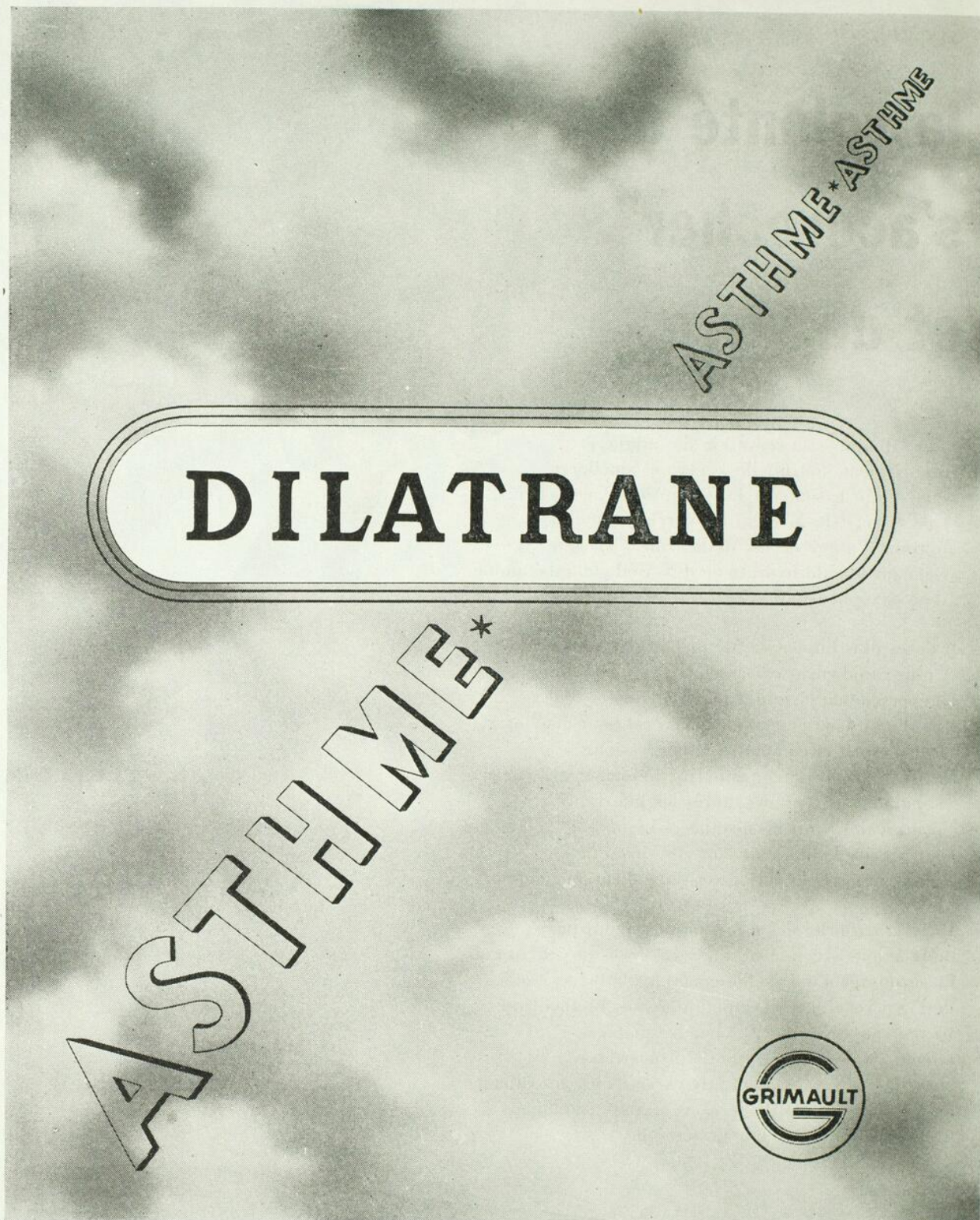
Chlorhydrate d-N-Méthylamphétamine

1. M.R.C. War Memorandum No. 8, H.M.S.O. 1943.
2. M. Record 156:422 (July) 1943.
3. Anesthesiology 7:1 (Jan.) 1946.
4. War Med. 3:60 (Jan.) 1943.



BURROUGHS WELLCOME & CO (The Wellcome Foundation Ltd.) Montreal 2

Comprimés divisibles  
à 5 milligrammes  
Flacons de 100 et de 500



ASTHME\*ASTHME

# DILATRANE

ASTHME\*



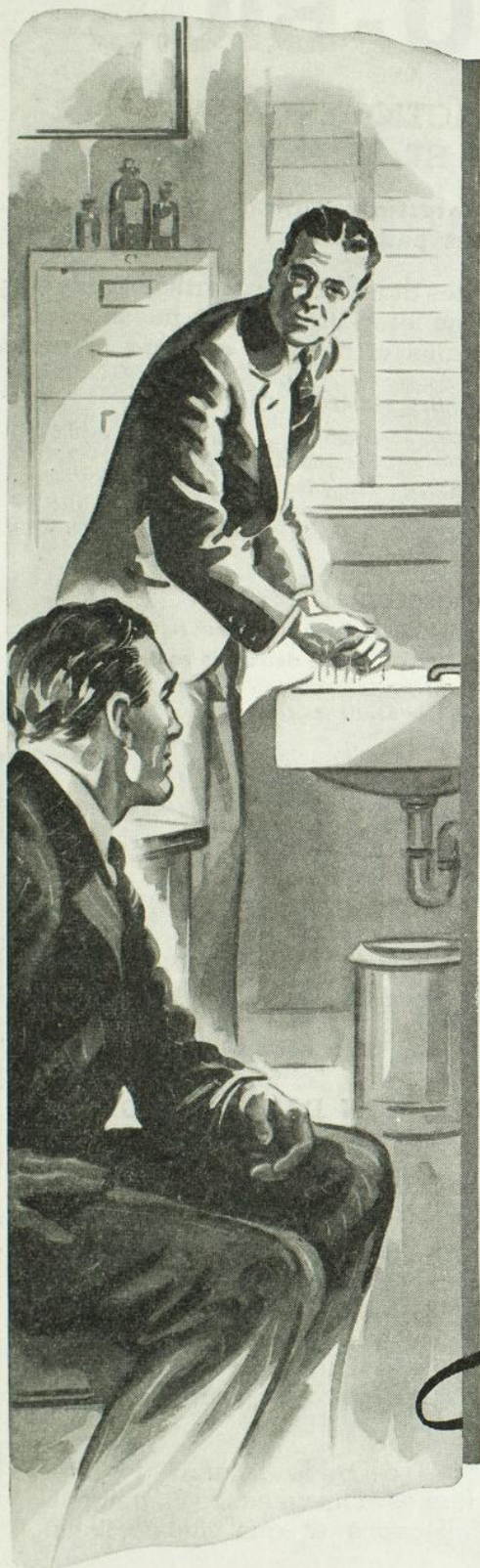
## PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA CRISE

Comprimés à action rapide — Dragées à action lente  
3 à 6 comprimés ou dragées par jour

**LABORATOIRES GRIMAUULT**

51, rue François 1er, Paris

Agent pour le Canada : LUCIEN MASSON, INC., 950 est, rue Sherbrooke Montréal.



## les médecins aussi ont des mains . . .

La fréquence de la sensibilité cutanée aux acides gras et aux alcalis des savons n'est pas moindre parmi les médecins que dans les autres classes de la société. Les gerçures, l'irritation et l'eczéma qui en résultent sont aggravés par l'emploi continu de savons renfermant un excès d'acides gras ou d'alcalis.

L'adoption du pHISODERMA, crème détersive mousseuse ne contenant pas de savon, supprime la source d'irritation. Le pHISODERMA ne contient ni acides gras, ni alcalis, ni colorant, ni parfum. Il a le même pH que la peau saine et possède une action nettoyante de 40% plus active que le savon. Il mousse aussi bien dans l'eau dure que dans l'eau froide.

*Littérature et échantillons sur demande.*

# pHisoderma

Marque de commerce enregistrée au Canada et aux Etats-Unis

**Nettoyeur Mousseux  
Efficace et Bien Toléré**



Type normal et type huileux,  
en flacons de 2 onces et 8 onces.

Disponible également en  
distributeur de 3 onces à remplir.



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

# LACTO-BIOS

FERMENTS LACTIQUES VIVANTS  
CONCENTRÉS ET SÉLECTIONNÉS

Rend le milieu intestinal contraire aux  
microbes pathogènes.

INDICATION: affections des voies digestives en particulier, dyspepsies gastro-intestinales, fermentations et putréfactions intestinales, auto-intoxication, diarrhées des enfants et adultes, *eczéma* et *urticaire*.

CONTIENT EN PLUS DES FERMENTS LACTIQUES:

Phosphore . . . . .	2.60%	Sodium . . . . .	0.60%
Calcium . . . . .	1.75%	Potassium . . . . .	2.50%
Magnésium . . . . .	0.25%	Protéines . . . . .	17.68%
Chlore . . . . .	1.26%	Lactose . . . . .	61.17%
Fer . . . . .	0.036%	Acide lactique . . . . .	0.50%

POSOLOGIE:

DOSES thérapeutiques: 2 ou 3 cuillerées à thé, deux fois par jour.

DOSES prophylactiques: 1 cuil. à thé deux fois par jour.

*Prendre LACTO-BIOS dans un peu de lait  
ou d'eau sucrée avant les repas.*

HEMO-VITOL

MONODIUM

PROCARDINE

TONISEDINE

VOMICIDE

AMINOVITOL

## OXYCHOLINE

TROUVE SON CHAMP D'ACTION DANS L'ENGORGE-  
MENT DU FOIE, LA CHOLÉCYSTITE, LA LITHIASIS  
ET LA CIRRHOSE BILIAIRES

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

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

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

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

Laboratoire

MAROIS

Limitée

ST-EUSTACHE, P. Q.

# “ LA CHALEUR HUMIDE ”

## DANS LES TROUBLES RESPIRATOIRES

- RHUMES DE POITRINE
  - PLEURÉSIE
- BRONCHITES
  - PNEUMONIES

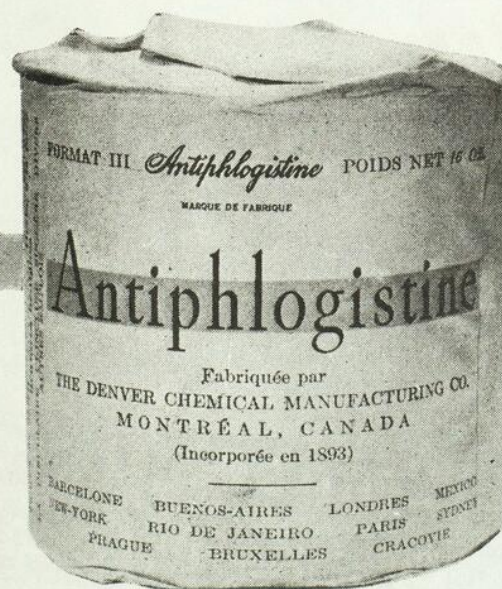
**L**A chaleur humide d'un enveloppement d'ANTIPHLOGISTINE est d'une valeur réelle pour soulager les symptômes pénibles qui accompagnent ces affections des voies respiratoires.

Toux — Douleur musculaire et pleurétique — Constriction rétrosternale — Douleurs de poitrine.

L'ANTIPHLOGISTINE est un cataplasme médicamenté prêt à l'usage — il maintient une chaleur humide bien-faisante durant plusieurs heures.

# Antiphlogistine

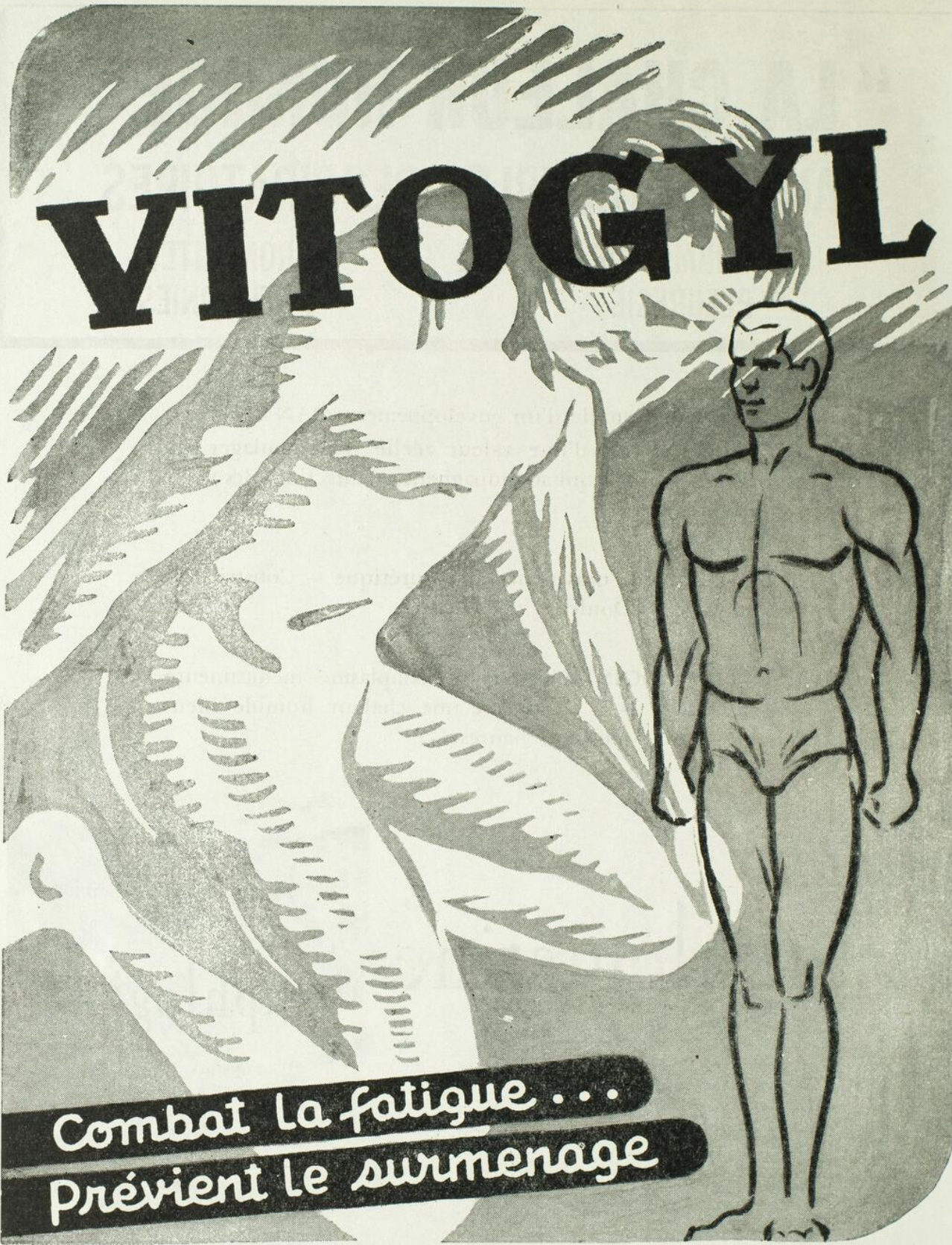
*Littérature sur demande*



**THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY**

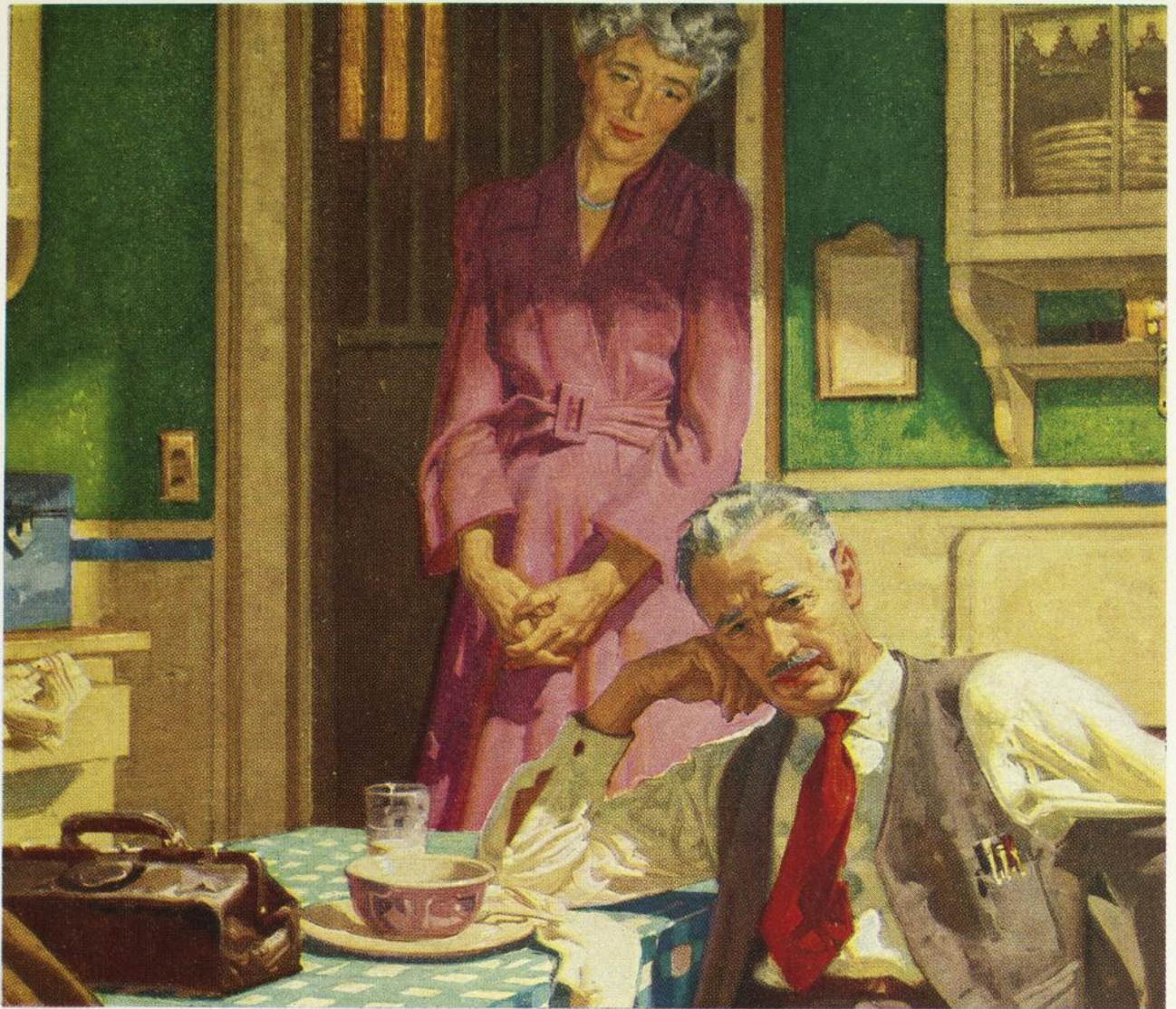
286 ouest, rue St. Paul, Montréal

# VITOGYL

A stylized illustration in black and white. On the right, a muscular man stands in profile, facing left. On the left, a skeletal figure is shown from the side, with its arm raised. The background consists of dark, horizontal, brushstroke-like bands.

Combat la fatigue...  
Prévient le surmenage

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



## FATIGUE, ENNUI, SURMENAGE . . .

PEUVENT CONDUIRE À L'ULCÈRE PEPTIQUE

Amphojel s'adapte admirablement au traitement de l'ulcère peptique parce qu'il

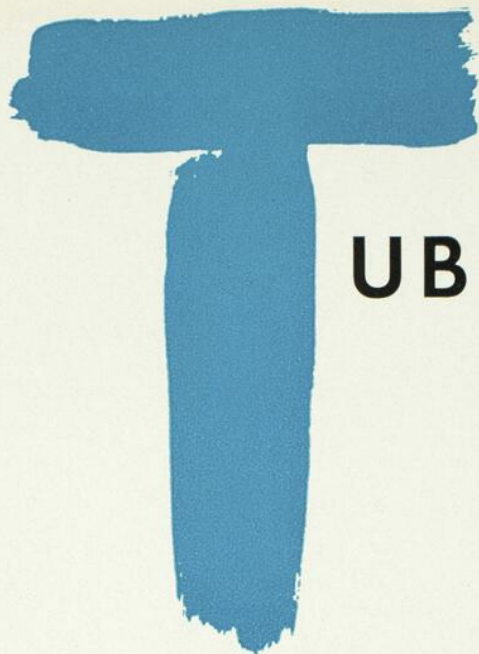
- Précipite la pepsine
- Équilibre l'acide gastrique en dedans des limites normales
- Forme une couche protectrice sur la muqueuse

# AMPHOJEL

GEL D'ALUMINE



Nom Déposé



# UBEX DE PÉNICILLINE-G PROCAÏNÉE DANS L'HUILE

ADDITIONNÉE DE MONOSTÉARATE D'ALUMINE

**PÉNICILLINE-G PROCAÏNÉE CRISTALLISÉE DANS L'HUILE • WYETH**  
ADDITIONNÉE DE MONOSTÉARATE D'ALUMINE

Par l'emploi du monostéarate d'alumine dans cette préparation, on réalise une suspension permanente. Outre son action de suspension, le monostéarate d'alumine a la propriété de n'être pas miscible à l'eau, propriété précieuse qui ralentit l'absorption de la pénicilline procainée par les fluides organiques et prolonge ainsi l'hémo-concentration.

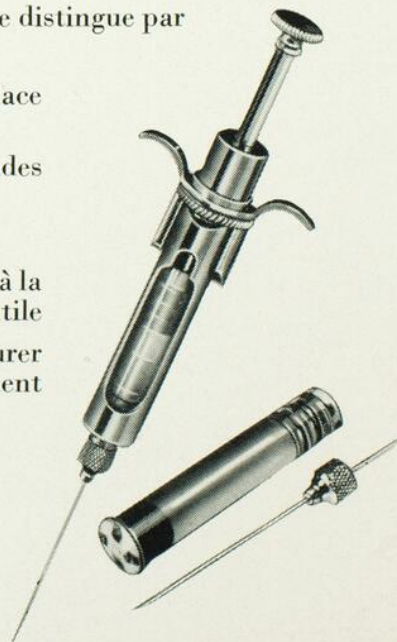
*Présenté en Tubex de 1 c.c. avec aiguille stérile et fioles de 10 c.c. Chaque c.c. contient 300,000 unités de Penicilline-G procainée cristallisée. Suspension dans l'huile d'arachide additionnée de monostéarate d'alumine.*

## SÛR, SIMPLE, RAPIDE

Le Tubex de Pénicilline-G Procainée cristallisée dans l'huile se distingue par les caractéristiques et avantages suivants:

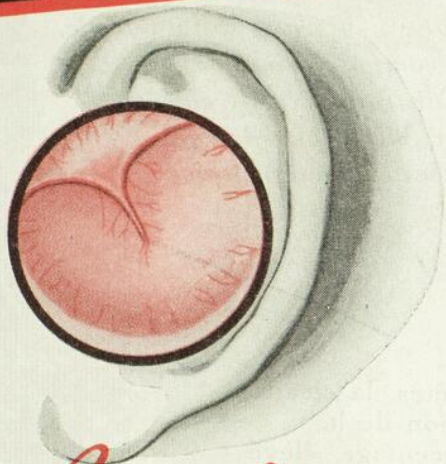
- Conçue pour administration immédiate—la pénicilline se place dans la seringue par un simple geste
- L'administration est rapide—il faut moins de trente secondes pour injecter 300,000 unités
- L'aspiration est facile
- La Pénicilline-G procainée cristallisée dans l'huile est fluide à la température de la chambre—la conservation au froid est inutile
- Sans danger—il est aisé, par une simple aspiration, de s'assurer avant l'injection, que l'aiguille n'a pas pénétré accidentellement dans un vaisseau

Nom Déposé



# Médicaments de Choix

## CONTRE CERTAINES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES



### *Auralgan*

contre l'OTITE MOYENNE AIGÜE

**Symptômes:**

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

**Traitement:**

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

**Effets:**

Régression de la congestion, analgésie, bactériostase.

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



### *Otosmosan*

contre l'OTITE MOYENNE  
SUPPURANTE CHRONIQUE

**Symptômes:**

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

**Traitement:**

Otosmosan.

**Formule:**

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

**Effets:**

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

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

**THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.**

Montréal

New-York 13

Londres

*en résumé:*

le

## **MAPHARSEN**<sup>®</sup>

*possède . . . "une haute efficacité thérapeutique et, par conséquent, est de valeur en syphilothérapie. Il a l'avantage d'être un composé chimique pur et stable, d'être d'administration relativement facile et de se bien tolérer aux doses généralement employées en thérapeutique."\**

La disparition des spirochètes, la cicatrisation des lésions, la disparition de la séropositivité dans un pourcentage élevé de cas dans de nombreuses séries, attestent son efficacité spirochéticide. Convenant également bien pour le traitement intensif, intermédiaire ou le traitement prolongé classique, le **MAPHARSEN** est **un arsénical de choix dans la thérapeutique antisyphilitique.**

Le **MAPHARSEN** (chlorhydrate d'oxophénarsine, P. D. & Cie) est livré en ampoules à dose unique de 0.04 gm. et 0.06 gm., boîtes de 10; et aussi en ampoules multidoses de 0.06 gm., boîtes de 10 également.

\*Cushny, A. R.: Pharmacology and Therapeutics, 13th Ed., Lea & Febiger, Philadelphia, 1947, p. 183.

PARKE, DAVIS & CIE, LTÉE, WALKERVILLE, ONT.



# therapeutique moderne de l'ulcere peptique

avec

# magneseed

réparation neutralisante, sédative et antispasmodique pour le soulagement des ulcères peptiques, de l'hypériorité et des conditions associées. (Sous forme de poudre).

PROPRIETES:— Diminue l'acidité gastrique, tant par l'adsorption des ions hydrogènes (hydroxide d'aluminium) que par son action chimique (trisilicate de magnésium). Aucune élévation secondaire de l'acidité gastrique n'est à déplorer, ni l'un ni l'autre de ces deux sels ne produisant de l'alcalose. Le phénobarbital agit comme sédatif et le Bromure Méthylé d'Homatropine annule toute tendance aux spasmes des muscles lisses.

Une cuillerée à thé comble fournit:

Trisilicate de magnésium	30 grs.
Hydroxide d'Aluminium	10 grs.
Phénobarbital	1/8 gr.
*Bromure Méthylé d'Homatropine	1/48 gr.

\*Une antispasmodique d'une bonne tolérance débarrassé des effets toxiques désagréables rappelant ceux de l'Atropine.

Mode d'emploi:— Une cuillerée à thé comble dans un demi-verre d'eau à toutes les quatre heures ou tel que prescrit par le médecin.

Echantillons envoyés sur demande.



**Mowatt & Moore** Limited  
PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX • MONTREAL

# EXTRAIT HEPATIQUE INJECTABLE

(15 UNITÉS PAR CC.)

## POUR LE TRAITEMENT DE L'ANÉMIE PERNICIEUSE

L'activité de l'Extrait Hépatique Injectable, préparé et fourni par les Connaught Medical Research Laboratories, est exprimée en unités et déterminée par les résultats véritables obtenus dans le traitement de l'anémie pernicieuse chez l'homme.

La grande efficacité de ce produit permet l'administration de faibles doses à des intervalles moins rapprochés.

En raison de la faible proportion de solides dans le produit, il est rare que l'on observe un malaise ou des réactions locales après injection.

### PRÉSENTATION

L'Extrait Hépatique Injectable (15 unités par cc.), préparé dans les Connaught Medical Research Laboratories, se présente en boîtes contenant des fioles *individuelles* de 5-cc., et en boîtes contenant *cinq* fioles de 5-cc. Le plus grand format est destiné aux hôpitaux et aux cliniques; cependant les médecins peuvent aussi en bénéficier.

CONNAUGHT MEDICAL RESEARCH LABORATORIES  
University of Toronto  
Toronto 4, Canada

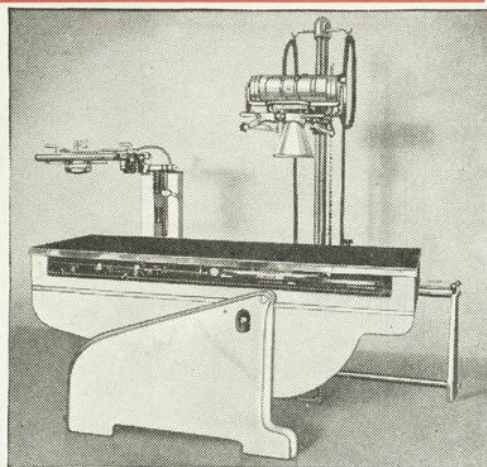
---

**Les MÉDECINS  
et les INSTITUTIONS  
L'ONT DEMANDÉE...**



**KELEKET  
LA FOURNIT...**

**LE NOUVEAU TYPE "B"  
de  
TABLE BASCULANTE KELEKET  
COMMANDÉE PAR MOTEUR**



Pour effectuer avec précision les procédés diagnostiques et les radiographies en série.

Construite d'après des spécifications sévères, la table basculante type "B" permet une souplesse jamais encore réalisée.

Aucune projection gênante du côté de l'opérateur.

Aucune obstruction pour les pieds.

Ajustement minutieux à tous les angles nécessaires.

Permet de placer le sujet dans toutes les positions requises.

*Une investigation complète est le seul moyen de vous convaincre par vous-même que cet appareil n'a pas son égal. N'importe quel bureau de cette compagnie vous enverra un de ses représentants ou de la littérature sur demande.*



**X-ray AND Radium**  
INDUSTRIES LIMITED



261 DAVENPORT RD. - TORONTO 5

QUÉBEC - MONTRÉAL - WINNIPEG - EDMONTON - CALGARY - VANCOUVER

# RHUME des FOINS

*“PRÉVENIR C'EST GUÉRIR”*

COMPRIMÉS

## CECRINYL



CAPSULES

## CEDRAPHYL

***TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE ÉPROUVÉ***

RENSEIGNEMENTS et ECHANTILLONS  
SUR DEMANDE AUX LABORATOIRES

**ASGRAIN & HARBONNEAU**  
Limitée

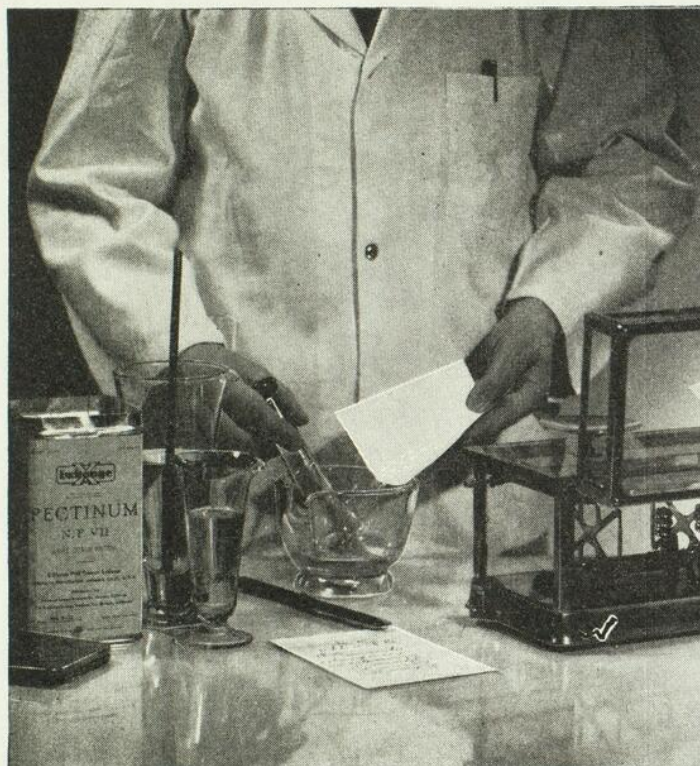
**“UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL”**

ÉMULSION  
**PECTACRINE**  
ASTRINGENT

PECTINE

••

KAOLIN  
COLLOÏDAL



HYDRATE  
D'ALUMINE

••

VITAMINE B<sub>1</sub>

**AFFECTIONS INTESTINALES**

**DIARRHÉE**  
**ENTÉRITE**

**DYSENTERIE**  
**MAL D'ÉTÉ**

*Echantillons sur demande  
à Messieurs les Médecins seulement.*

Spécialité des Laboratoires

**ASGRAIN & HARBONNEAU**  
Limitée

**"UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL"**

*Nous annonçons la*

## Flo-Cillin

PÉNICILLINE G PROCAÏNÉE Cristallisée dans l'Huile  
(300,000 unités par c.c.)  
additionnée de monostéarate d'alumine à 2%  
pour une Suspension Thixotropique

*Une nouvelle pénicilline-dépôt douée de ces propriétés uniques:*

1

Un produit liquide, de fluidité permanente, dont la suspension est constante.

2

Taux de pénicillinémie exceptionnellement prolongés.

3

Uniformité totale de la posologie.

4

Facilité maximum d'aspiration et d'injection.

*Disponible chez votre  
fournisseur habituel, en fioles  
contenant 10 doses de 1 c.c.  
dosées à 300,000 unités par c.c.*

286 OUEST, RUE ST-PAUL MONTRÉAL, QUÉBEC





de Diego

PAINTED BY JULIO DE DIEGO

**LES NEZ CAUSERONT MOINS  
D'ENNUIS CETTE SAISON**



## Il y aura *Soulagement...*

et les effets secondaires seront rares

AU COURS de la présente saison amenez toutes les victimes de la fièvre des foins à parler de leur sujet de conversation favori, et chez un plus grand nombre que jamais le thème sera le soulagement — le soulagement symptomatique avec moins de réactions secondaires. Ils parleront du nouvel antihistaminique d'Abbott, le Chlorhydrate de THENYLENE.

Des rapports cliniques ont démontré que le THENYLENE est environ 70 pour cent efficace dans une grande variété d'états allergiques, surtout dans la fièvre des foins et l'urticaire. Parce qu'il y avait moins de réactions secondaires, un nombre significatif de malades parmi un groupe qui avait reçu plusieurs différents antihistaminiques, ont exprimé une préférence pour le THENYLENE. Ce produit est apparenté à certains antihistaminiques plus anciens, mais par suite d'une modification dans la molécule il est mieux toléré par certains malades.

Bien qu'on n'ait rapporté aucun effet nuisible, tant qu'on n'aura pas établi nettement les possibilités exactes ou l'absence de mauvais effets, il ne faut pas prescrire ou recommander des doses dépassant 400 mg. (0.4 mg.) par jour, ni un usage continu pendant plus de huit semaines.

Comme pour tous les traitements symptomatiques, on ne peut s'attendre à un soulagement complet dans tous les cas; la drogue devrait être employée comme adjuvant de la désensibilisation spécifique chaque fois que cela est possible. Par contre, si vous avez des malades qui ont essayé d'autres antihistaminiques sans succès, il se peut que le THENYLENE leur procure du soulagement.

Votre pharmacien peut fournir le Chlorhydrate de THENYLENE en comprimés dragéifiés de 50 mg. et de 0.1 gm. (100 mg.), en flacons de 100 et de 500 comprimés. LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE, MONTREAL 9.

PRESCRIVEZ Chlorhydrate de **Thénylène**

(Chlorhydrate de Méthapyrilène, Abbott)

**Le NOUVEL Antihistaminique d'Abbott**

ÉCHANTILLON GRATUIT ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

---

---

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 76 :

MM. Allard (Eugène); Amyot (Roma); Arcand (Arthur); Archambault (Jules); Archambault (Paul-René); Baillargeon (Bernard); Beaudry (Maurice); Beaudoin (Robert); Beaulieu (David); Beauregard (J.-M.); Bégin (B.-H.); Bédard (Onésime); Bélanger (Emile); Bélisle (Louis-Philippe); Bélisle (Maurice); Bernier (Alphonse); Bernier (Jacques); Bertrand (A.); Bertrand (Claude); Bigue (Germain); Bisson (Christophe); Bohémier (Charles); Bois (Elphège); Bonnier (Maurice); Boucher (Roméo); Boulanger (J.-B.); Bourdon (C.-A.); Bourgeois (Paul); Bourgoin (Louis); Bourque (Jean-Paul); Brahy (Jules); Cabana (L.-P.); Cauchon (Roland); Caumartin (Paul); Chabot (Cécile); Champoux (Roger); Chaput (Yves); Charest (F.); Charest (G.); Charland (Richard-A.); Chartier (Aimé); Charay (M.); Cholette (Albert-M.); Choquette (L.-P.-E.); Côté (Chs.-E.); Cousineau (Georges); D'Argencourt (Guy); Dargis (Jean); Darjet (Raymond); David (Paul); Débré (Robert); Demers (F.-X.); Deshaies (Georges); Desjardins (Edouard); Desranleau (Jean-Marc); Desrochers (J.-E.); Doré (Réal); Dubé (Louis-Félix); Dufault (Paul); Dufresne (Roger-R.); Dufresne (Origène); Dumas (Paul); Durocher (Juliette); Fauteux (Mercier); Foley (A. R.); Fortier (Cap. Jean); Fortier (De la Broquerie); Fortier (Maurice); Frappier (Armand); Frénette (Olivier); Garceau (Eugène); Gariépy (Urgel); Gaudet (Richard); Gauthier (Bernard); Gauthier (Gérard); Gauthier (Herman); Giroux (Maurice); Grandbois (Jean); Grégoire (Fernand); Grignon (Jean); Groulx (Adélarde); Hallé (Jules); Hébert (Auguste); Hudon (Fernando); Hutton (D. V.); Jacques (André); Jarry (J.-A.); Julien (Lucien); Jutras (Albert); Kourilsky (Raoul et Simonne); Lacerte

(Jean); Ladouceur-Dupuis (Paule); Laliberté (Brigitte); Langlois (Marcel); Lapiere (Gaston); Lapointe (J.-H.); Larochelle (J.-Louis); Latraverse (Valmore); Laurendeau (Rémus); Laurier (Yvon); Lauzé (Simon); Lauzer (Rosaire); Laverne (J.-N.); Leblond (Wilfrid); Lecours (J.-Antonio); Lecours (Raymond); Lefebvre (Lucien); Lefrançois (Charles); Legault (Jean-Paul); Legresley (Louis-P.); Lemieux (Jean-M.); Lépine (Edgar); Lépine (Pierre); Leriche (René); LeSage (Albert); LeSage (Jean); Letondal (Paul); Lévesque (Georges-Henri, O.P.); Little (J. L.); Longpré (Daniel); Longtin (Léon); Lussier (Jacques); Maranda (E.); Marchand (J.-C.-A.); Marin (Albéric); Marion (Pierre); Marois (Paul); Masson (Pierre); McCormick (W. J.); Meunier (Pierre); Millet (J.-A.); Morax (Pierre V.); Morissette (Léopold); Noël (J.-O.); Olivier (Jacques); O'Neil (Cap. John); Ostiguy (Marcel); Panet-Raymond (Jean); Panneton (Philippe); Paquet (Adrien); Paradis (Bernard); Piette (Jean); Pilon (J.-L.); Pinsonneault (Georges); Pichet (André); Plouffe (Adrien); Poirier (Paul); Poulin (Gonzalve, O.F.M.); Pouliot (Ant.); Robert (Paul); Robillard (E.); Roland (Gérard); Rousseau (Benoît); Rousseau (Marie); Saint-Martin (Maurice); Saint-Martin (Théo.); Sanche (Hector); Saucier (Jean); Simard (Raymond); Simard (René); Sirois (Jean); Smith (Henri); Smith (Pierre); Sterlin (André); Sudré (René); Sylvestre (J.-Ernest); Sylvestre (Lucien); Tassé (Léo); Thébaud (Jules); Thibaudeau (Roland); Tremblay (J.-Napoléon); Trudel (Hermile); Trudel (Marc); Turcot (R.); Vaillancourt (Pierre); Vallée (Louis-Ivan); Vallery-Radot (Pasteur); Verschelden (Marcel); Vézina (Norbert); Vidal (J.-A.).

---

---

L'hôpital Saint-Louis formait alors une ville dans la ville. Avec ses bâtiments anciens, ses religieuses à cornettes, il donnait une image frappante des lazarets de l'ancien temps. Il n'était point dépourvu de jardins et de verdure et c'était un grand bienfait, car les malades atteints de lupus, c'est-à-dire de tuberculose cutanée, finissaient par se fixer là; ils se mariaient entre eux et ne sortaient dans Paris qu'à la pression des nécessités. Quelques-uns, finalement guéris, gardaient des cicatrices mutilantes: l'affreuse maladie leur avait emporté le nez, dévié la bouche, gâté les traits. Chez d'autres, en dépit des traitements, le mal continuait de gagner; beaucoup d'entre ces pauvres gens devenaient infirmiers, femmes de charge, hommes de peine. Ils avaient de beaux enfants que l'on voyait jouer au soleil, entre les carrés de gazon. En ce temps de ma jeunesse, le traitement en faveur était celui de Finsen, le génial médecin danois.

L'activité du vieil Hallopeau ne s'arrêtait point aux lépreux et aux lupiques. Elle embrassait toutes les misères de cette étrange spécialité. Un jour par semaine, notre service assurait la consultation externe. Cela signifie que tous les élèves réunis derrière le patron devaient recevoir les malades venus du dehors, les examiner et les traiter, les retenir s'il y avait lieu. Cette cérémonie durant tout le jour, avec une interruption au début de l'après-midi.

Nous étions tous assis derrière une longue table, comme sur les lieux d'un tribunal. Les malades patientaient dans une très grande salle d'attente, rangés sur des bancs de bois, en devisant de leurs misères. Les femmes passaient d'abord, puis les hommes. La méthode, inspirée par l'expérience, prescrivait que les patients se présentassent tous à la file et nus jusqu'à la ceinture, ce qui faisait gagner beaucoup de temps, mais ce qu'ils n'acceptaient pas toujours sans un mouvement d'humeur. Après quelques jours, et si nos anciens consentaient à nous dispenser des lumières, nous arrivions à faire, de loin, les diagnostics élémentaires. Beaucoup de cas, en revanche, embarrassaient tout le monde et même le maître de la cohorte. Le père Hallopeau était un vieillard à sourcils touffus. Un pince-nez oscillait devant ses petits yeux. Comme il était très myope, il était obligé de regarder ses patients de près, de si près parfois qu'avec ses gros sourcils grisonnants il balayait les pustules et les plaies. N'importe! il regardait et cherchait avec une attention, une passion très honorables. Et je pensais que toutes ces maladies terribles n'étaient pas aussi contagieuses que nous l'entendions dire, puisque le docteur Hallopeau ne les avait pas toutes contractées. Parfois, inquiet, hésitant, il relevait le nez et il appelait Gaston. L'infirmier-chef du service aussitôt se présentait. C'était un gaillard intelligent qui, depuis de longues années, voyait passer chaque jour de quatre à cinq cents personnes. Il considérait le malade et disait tranquillement, sans forfanterie, sans hésitation, comme un amateur sérieux qui juge un coup à la manille: « Monsieur, c'est du xanthome. »—« Ma foi, disait le patron, s'inclinant avec simplicité, devant cette science pragmatique, ma foi, c'est tout à fait possible. » Sur quoi, Gaston retournait étaler ses pommades avec une large spatule et appliquer ses pansements.

(Georges DUHAMEL — 1947)

## BULLETIN

---

### L'AIDE FINANCIÈRE DU FÉDÉRAL ET LA CONSTRUCTION DES HÔPITAUX

Parmi les événements les plus récents, celui qui doit attirer le plus vivement l'attention des médecins et celle de la population en général est bien le programme du gouvernement fédéral d'aide à la santé nationale.

Il s'est engagé à verser annuellement aux provinces la somme de trente millions. Enquête sur la santé; services généraux de santé publique; lutte contre la tuberculose; traitement des maladies mentales; lutte contre les maladies vénériennes; prévention et traitement des infirmités chez les enfants; prévention et traitement de la cécité; formation professionnelle; recherches portant sur l'hygiène publique; construction d'hôpitaux, voilà les fins auxquelles le gouvernement désire destiner ses octrois à chacune des neuf provinces.

Si on se place au-dessus du plan politique, des motifs purement électoraux qui seraient éventuellement mêlés à cette initiative, et des relations entre provinces et gouvernement central, on doit se louer qu'on ait décidé en haut lieu d'une telle contribution.

L'argent du public, en temps de prospérité, en temps d'embauchage nombreux, de roulement généreux du papier monnaie, vient remplir par le jeu des impôts directs et indirects les coffres du gouvernement. Il est tout naturel que les surplus reviennent au public sous une forme qui crée une richesse réelle, celle de la santé individuelle qui fait celle de la nation.

Selon ce que nous ont appris les journaux, ces \$30,000,000 seront donnés aux provinces sans aucune restriction ni condition; il sera laissé à chacune d'elles la discrétion d'attribuer les sommes reçues à chacune des fins mentionnées selon leur système respectif d'administration de la santé.

De ces fins nous retiendrons celle qui a trait à la construction d'hôpitaux. Le Fédéral est prêt à fournir environ \$1,000.00 par lit d'hôpital. Cette somme ne couvre, il est vrai, qu'une fraction, probablement moins que le tiers du coût global, surtout en regard des niveaux actuels des prix du matériau et des salaires de la main-d'œuvre.

A tout événement, cette participation aidera l'effort des provinces dans la réalisation d'un des besoins urgents pour le traitement moderne des malades.

Dans le Québec, ces dernières années, on a construit des hôpitaux dans différentes régions, afin de décentraliser, afin d'accueillir les habitants des petites villes et des centres ruraux. Le motif et l'intention en sont indiscutables; ils pourront sans doute, avec la contribution acceptée, être plus pleinement satisfaits. Mais encore faudrait-il que ces hôpitaux régionaux servent bien et répondent par une entière garantie de sécurité et de rendement à la confiance du public.

Tous savent qu'il est plus facile d'ériger et d'outiller un hôpital que de le confier à un personnel médical vraiment compétent eu égard aux exigences scientifiques, techniques de la médecine moderne. Médecins de laboratoire, radiologistes, chirurgiens et anesthésistes qualifiés et de carrière sont plus particulièrement difficiles à trouver et à distribuer dans ces hôpitaux régionaux. Et pourtant, ils constituent les éléments humains de première valeur dans l'organisation médico-chirurgicale d'une unité hospitalière. Sans ces compétences, l'hôpital n'offre pas la sécurité et l'efficacité exigibles et il vaudrait mieux que, sans eux, l'hôpital ne fût pas.

Mais les hôpitaux sont et seront; et il apparaît comme si les programmes de résidences uniformément établis dans nos hôpitaux universitaires, bien organisés et surtout méticuleusement réalisés puissent être la solution la plus facile et la plus efficace en vue de former ces compétences susceptibles de créer le prestige et la réelle valeur de nos hôpitaux régionaux.

Nos grands hôpitaux pourront de la sorte devenir des écoles de formation postsecondaire de première importance.

Les jeunes médecins, futurs maîtres de la médecine et de la chirurgie régionales s'y formeraient, sans déplacement, sans frais additionnels en approfondissant les sciences de base dans les laboratoires universitaires et en affrontant les problèmes quotidiens de la pratique de la médecine, en contact direct avec le malade, dans les salles de clinique, les laboratoires hospitaliers et les salles d'opérations sous la direction constante et immédiate de leurs chefs. Le rôle de nos hôpitaux universitaires pourrait se relever en contribuant ainsi au progrès de notre médecine en sus de procurer l'ensei-

gnement clinique du curriculum universitaire et de traiter les malades selon les données scientifiques et techniques les plus récentes.

Une dernière remarque concerne également l'organisation médicale de nos hôpitaux régionaux et nous croyons bien qu'elle fut déjà suggérée et même qu'on en considéra l'opportunité en certains milieux. Elle a trait à la création d'un comité médical provincial qui, sinon verrait à la distribution de ces compétences dans les hôpitaux régionaux, du moins s'occuperait à ce qu'elles y soient et surtout à ce que des incompétences n'y soient pas, et cela pour le plus grand bien de la population. Il pourrait conseiller le ministère de la Santé sur la répartition géographique des hôpitaux selon les besoins locaux et y établir des centres hospitaliers plus importants, mieux pourvus aux endroits stratégiques autour desquels rayonneraient des unités d'importance secondaire.

Ces quelques propos n'ont aucune prétention de nouveauté, de révolution. Chacun sans doute les entretient dans son esprit, et même les communique à ses confrères. Nous les écrivons brièvement, afin qu'on y pense plus communément et qu'ils puissent servir à promouvoir le progrès.

Roma AMYOT

## DU NOUVEAU !!

Trois ans se sont écoulés déjà depuis que la guerre d'Europe est terminée, et la France, continuant la tradition de porter haut le flambeau de la science, s'impose encore au monde savant comme un bastion d'avant-garde. Comme en témoignent nos confrères qui reviennent de là-bas, la médecine française ne tient pas à rester en arrière; elle veut reprendre sa place comme auparavant et c'est pour cela que la plupart des professeurs, se rendant bien compte qu'entre 1940 et 1945, il y a eu un hiatus qu'il faut combler, se tiennent au courant de tout ce qui se fait ou se publie dans le domaine médical, tant aux Etats-Unis qu'ailleurs dans le monde entier.

Les revues médicales françaises ont repris le chemin du Canada, et elles nous convaincront de plus en plus de leur indispensabilité. Elles sont le lien qui unit la France au Canada en attendant que reprennent d'une façon plus pratique les voyages en Europe.

Diverses associations d'ici ont formulé le vœu de voir nos jeunes médecins aller en France pour y puiser un complément de science dans la spécialité de la médecine qu'ils ont choisie librement. Et encore faut-il que ces confrères soient dirigés vers le ou les professeurs français les plus aptes à leur fournir les avantages qu'ils sont en droit d'attendre.

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada a répondu aux vœux de l'Union Médicale et de l'Association des Médecins de l'Est de Montréal, et fait actuellement des démarches pour établir un comité de relations médicales franco-canadiennes.

Le Directeur général de l'Association, le docteur Donatien Marion, qui à titre personnel, avait déjà facilité à plusieurs de nos médecins étudiants leur séjour en France, a déjà établi des pour-parlers avec l'Association des Médecins de Langue Française d'Europe, dont le président était le Professeur A. Lemierre qui nous invite tous les deux ans à son congrès d'octobre à Paris. De plus, le docteur Jean-Audet Lapointe, invité au congrès de la transplantation cornéenne à Nantes, en mai dernier, recevait de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada des lettres de créance auprès des professeurs Pasteur Valléry-Radot et L. Justin-Besançon de Paris, Gabriel Pierre-Sourdille de Nantes, afin de travailler à l'élaboration de ce comité de relations médicales franco-canadiennes.

D'ici peu, quand toute l'organisation sera au point, vous en serez tenus au courant par notre organe officiel, le Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada « L'Union Médicale du Canada ». Les confrères qui se destineront à passer un ou plusieurs mois en France consulteront le comité, et le programme de leurs études pourra être entièrement organisé avant le départ. Cela évitera une foule de dépenses et de tâtonnements et le délégué sera assuré d'un bon accueil.

Il semble inutile d'ajouter que ceux qui songent à aller en Europe devront s'y prendre assez d'avance pour donner le temps suffisant au comité dont ils veulent recevoir l'appui.

Le secrétaire-trésorier général  
Hermile TRUDEL

## DIAGNOSTIC *IN VIVO* DES CALCIFICATIONS MITRALES ET AORTIQUES<sup>1</sup>

Paul DAVID,

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

Nous avons eu dernièrement dans notre service un patient chez qui nous avons fait *in vivo* le diagnostic de calcification des valvules sigmoïdes aortiques et des valvules mitrales. La nécropsie a vérifié ces constatations. Nous profitons de cette occasion pour vous présenter l'histoire de ce malade, vous montrer les documents, et faire une revue de la littérature à ce sujet.

### Observation.

R. B., 37 ans, a été hospitalisé à Notre-Dame à quatre reprises en 1947 (dossiers: 7562, 8384, 11520, 12074) du 8 août au 23 décembre.

Il fait du rhumatisme polyarticulaire aigu à l'âge de 9 ans et garde le lit pendant un mois. Il travaille comme journalier. A 25 ans, il constate une dyspnée d'effort qui progresse et l'oblige à cesser son travail à 30 ans. Quatre années plus tard, une dyspnée de repos s'installe. Il tousse et expectore. A 36 ans, il est suivi à l'Institut Bruchési et au « Montreal General Hospital » où on le garde une dizaine de jours.

Il est hospitalisé ici le 8 août pour hémoptysies apparues à la suite d'une indigestion. La situation est contrôlée rapidement. Azotémie: 59 mgm. Glycémie: 109 mgm. La recherche du bacille de Koch dans les crachats fut négative à trois reprises. On pose le diagnostic de maladie aortique et le patient quitte l'hôpital le 26 août.

Il revient cinq jours plus tard, pour une crise d'œdème sub-aigu. Pendant les premières semaines d'hospitalisation, le moindre effort rend le malade très dyspnéique et anxieux. Je le vois pour la première fois le 25 septembre. L'examen cardio-vasculaire montre: Pointe dans le

6e espace I. G. à 12 cm. l.m.s. Ligne claviculaire 15 cm. Il y a donc augmentation clinique considérable du volume du cœur. Thrill systolique dans le 2e espace intercostal droit. Souffle systolique râpeux très intense, grade V dans le 2e espace intercostal droit. Au même endroit, on entend le deuxième bruit suivi

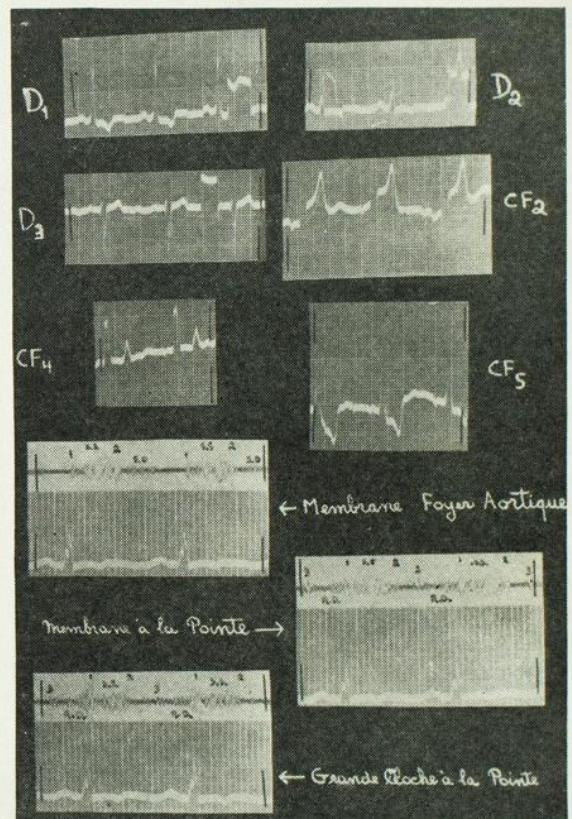


Fig. 1. — Electrocardiogramme et phonocardiogramme. Description dans le texte.

d'un souffle diastolique à timbre élevé. Ce souffle est maximum dans le 4e espace intercostal gauche. Souffle systolique de pointe en jet de vapeur intense, grade IV, s'irradie vers la base pulmonaire gauche. Galop proto-diastolique suivi d'un roulement diastolique à timbre bas. De plus, on note la présence d'un pouls capillaire et du double souffle

1. Travail fait dans le service de cardiologie de l'hôpital Notre-Dame.

erural de Duroziez. La P. A. donne des chiffres variant entre 150 et 120 pour la systolique, 40 à 0 pour la diastolique. Le foie n'est pas augmenté de volume et il n'y a pas d'œdème sacré ou malléolaire.

Standardisation adéquate. Rythme sinusal régulier à 75. P.R.: 0.15 sec. Q.R.S.: 0.10 sec. Axe électrique:— 50°. ST abaissé en D1 et élevé en D3. Onde T inversée en D1 et D3, positive en D3, CF2 et CF4. Onde R de très forte amplitude en CF5, avec abaissement du segment ST et inversion de l'onde T.

Conclusion: légère déviation à gauche de l'axe électrique. Hypertrophie considérable du ventricule gauche. Ischémie myocardique.

1° Membrane au foyer aortique;

1er bruit distinct suivi d'un souffle systolique; 2e bruit net — Souffle diastolique occupant les deux premiers tiers de la diastole.

2° Membrane à la pointe:

1er bruit net — Souffle systolique crescendo decrescendo; 2e bruit de faible amplitude; 3e bruit, renforcement présystolique.

3° Grande cloche à la pointe;

1er bruit claqué. Souffle systolique se confondant avec le deuxième bruit; 3ème bruit, roulement diastolique suivi d'un renforcement présystolique.

#### Fluoroscopie.

Enorme cœur hypertrophié aux dépens surtout de son ventricule gauche. Aucune anomalie du segment moyen. Dynamique assez typique de l'insuffisance aortique. L'opacification œsophagienne montre une oreillette gauche augmentée de volume et expansive. On voit très nettement des calcifications dans l'ombre cardiaque dont les mouvements sont synchrones avec ceux du cœur. Nous croyons qu'elles appartiennent à l'orifice aortique. Nous demandons au département de radiologie de répéter cette fluoroscopie: « Sous l'écran fluoroscopique et en position O.A.G. l'on note la présence de petites calcifications qui semblent se mouvoir en synchronisme avec les battements cardiaques, calcifications qui, sur le cliché, projettent leurs images au niveau des hiles pulmonaires. »

« Le diamètre transverse du cœur est de 18 cm. et celui du thorax 29.5 cm. Le rapport cardiothoracique est donc nettement au-dessus de la normale. Cet élargissement se fait surtout aux dépens de l'arc inférieur gauche. A signaler une double ombre se projetant à droite de la colonne vertébrale et appartenant soit à l'oreillette gauche, soit à l'aorte ascendante. La scissure horizontale droite est visible. »

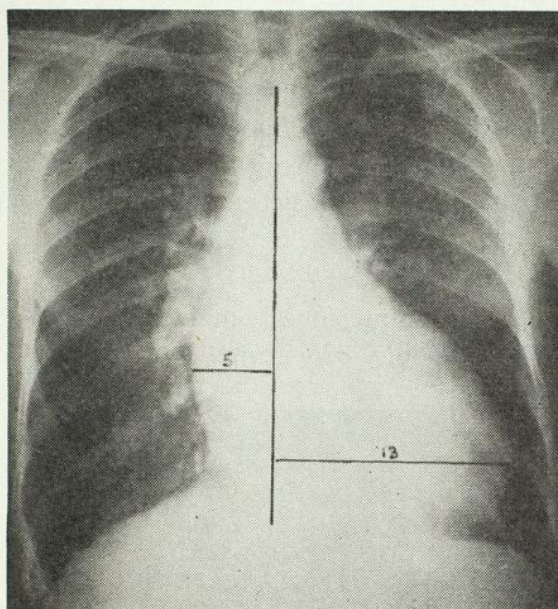


Fig. 2. — Radiographie du thorax à 6 pieds. Diamètre transverse du cœur: 18 cm. Diamètre transverse du thorax: 29.5 cm. Description dans le texte.

Un traitement d'abord à l'Ouabaïne I. V. puis à la digitaline améliore la condition générale et cardiaque de ce malade. Il quitte l'hôpital le 7 octobre avec le diagnostic de:

Maladie cardiaque rhumatismale,  
Double lésion aortique et mitrale,  
Calcification de la valvule aortique,  
Légère insuffisance cardiaque.

Il nous revient le 26 novembre. Entre temps, il fut hospitalisé dans une autre institution à la suite d'une indigestion aiguë. Comme, pendant son traitement, la dyspnée augmenta et qu'un œdème des membres inférieurs fit son apparition, il quitta les lieux pour revenir dans notre service. Un traitement digitalinique, diurétique mercuriel et une diète déchlorurée firent disparaître les symptômes et signes

de décompensation. Nous le dirigeons vers une maison de convalescence. Le diagnostic posé est le même et on ajoute celui de calcification mitrale car une nouvelle scopie avait semblé nous montrer deux endroits de calcification.

Malheureusement, les choses assez rapidement s'aggravent car, pendant une semaine, le patient ne put suivre ni sa médication ni la diète déchlorurée prescrite. Quelques efforts physiques provoquèrent un œdème aigu sur lequel semble se surajouter une infection pulmonaire. L'azotémie grimpa à 229 mgm. alors que trois semaines plus tôt, elle était de 69 mgm. La médication n'a aucune action et le patient meurt le 23 décembre.

*Protocole d'autopsie.*

Cadavre d'un jeune homme décharné.

Cœur: poids, 825 grammes (fig. 3). Cou-

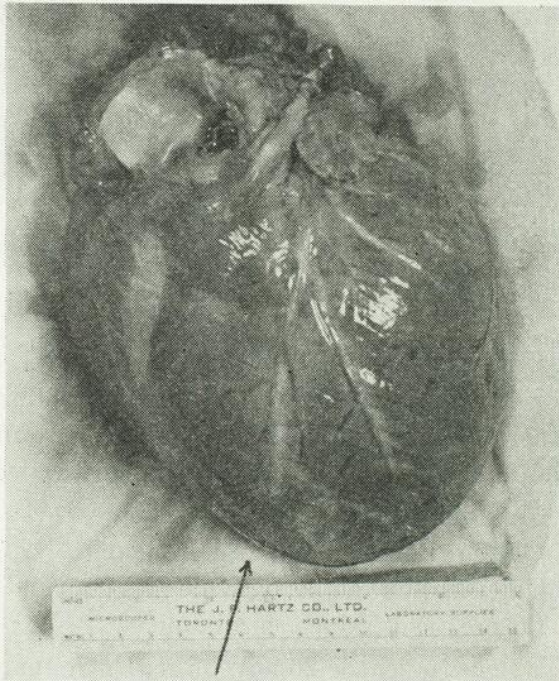


Fig. 3. — Aspect antérieur du cœur. Poids, 825 gm. Hypertrophie considérable du ventricule gauche. La flèche indique le sillon interventriculaire. La pointe est constituée en entier par le ventricule gauche.

leur: brun jaunâtre. Très gros ventricule gauche. L'orifice aortique laisse passer le petit doigt qui sent des masses calcaires (fig.

4). Les valvules aortiques sont soudées et ne peuvent être déplacées. La valvule mitrale laisse passer l'index et présente un anneau fibreux calcifié et de nombreuses granulations calcaires (fig. 5). La plus grosse calcification



Fig. 4. — La paroi aortique a été disséquée aux  $\frac{3}{4}$ , afin de mettre à nu les valvules sigmoïdes aortiques. La flèche indique la principale calcification.

présente en son centre une ulcération dont le fond est calcifié. Les valvules tricuspides et pulmonaires sont normales. L'épaisseur du ventricule gauche est de 22 mm., celle du ventricule droit, 10 mm., et celle de la cloison interventriculaire, 25 mm. Cette dernière bombe dans le ventricule droit dont la cavité est très réduite par rapport à la cavité gauche. L'oreillette droite et l'auricule droit sont dilatés. L'oreillette gauche et l'auricule gauche sont normaux.

Les deux poumons, surtout le droit, sont congestifs. Les bronches contiennent du mucopus.

A la coupe, les deux reins présentent l'aspect du gros rein blanc et pèsent 200 et 240 gms. Le foie est muscade et pèse 1,700 gms.

A l'examen histologique, le myocarde présente des cellules musculaires toutes atteintes

par une dégénérescence quelconque. La plupart des cellules musculaires sont dissociées par de la fibrose qui provient de l'adventice des vaisseaux. La sclérose est compacte, abon-



Fig. 5. — L'oreillette gauche a été disséquée, afin de mieux visualiser les valvules mitrales. Les flèches montrent la valvule entièrement calcifiée. A noter l'ulcération entre les deux flèches.

dante et de là s'infiltré entre les fibres cardiaques persistantes.

On note la présence de cellules fusiformes, courtes, à noyau, en œil de hibou qui pourraient être les derniers vestiges de nodules d'Aschoff. Le foie est interverti. Le poumon est un poumon cardiaque typique avec œdème intra-alvéolaire et cellules chargées d'hémossérine. Rein de stase où chaque plomérule contient un croissant d'urine fortement albumineuse. Présence de cylindres dans les tubes.»

#### COMMENTAIRES

Tout tissu mourant ou mort entouré de tissu vivant a tendance à devenir calcifié. Nombreux sont les exemples d'un tel processus dans l'organisme. Les valvules du cœur, les coronaires, le péricarde, le myocarde lésé par

un ancien infarctus n'échappent pas à cette loi (1).

Les anatomopathologistes connaissent depuis longtemps la fréquence de calcifications de l'appareil valvulaire. Ils demandaient aux radiologistes une confirmation *in vivo* de ce phénomène.

Christian, en 1931 (2), fit une étude anatomoclinique très détaillée de la sténose aortique avec calcification des valvules. Il put formuler des critères précisant les cas où cliniquement on pouvait ajouter le diagnostic de calcification à celui de sténose aortique. Il publia, cette même année, un cas où le diagnostic fut vérifié à l'autopsie (3). Il demanda à Sosman de vérifier radiologiquement ses diagnostics qui presque toujours furent confirmés. Ce dernier prit l'habitude de rechercher ces ombres intracardiaques et publia, en 1933, ses 23 premiers cas (4). Sosman se trouva le premier à décrire une série importante de constatations radiologiques objectives dont un certain nombre furent confirmées à l'autopsie. Avant lui, quelques auteurs européens avaient publié des cas isolés de calcification trouvée radiologiquement: Flushner (1 cas), Saul (3 cas), Parade et Kuhlmann (4 cas).

Dans cet écrit de base, Sosman avec une modeste sincérité avoue que, depuis 30 à 40 ans, l'équipement radiologique était suffisant pour permettre la visualisation fluoroscopique de ces calcifications. Mais comme c'est souvent le cas: «one only sees what one looks for» (l'on ne voit que ce que l'on cherche). Pour la graphie, les choses sont différentes car, à cette époque, l'appareillage ne permettait pas de prendre des clichés assez rapidement.

On peut trouver plusieurs types de calcification intracardiaque. Citons-les et nous analyserons en détail, plus loin, celles qui nous intéressent aujourd'hui: calcification péricardique, calcification valvulaire, calcification de l'anneau fibreux mitral, calcification des artères coronaires, calcification myocardique, calcification endocardique autre que celle des valvules mitrales ou aortiques, calcification

dans une tumeur du cœur. Disons pour mémoire que Wosika et Sosman semblent avoir visualisé les premiers, en 1934, des calcifications des artères coronaire *in vivo*. L'un des deux cas fut vérifié à l'autopsie. (5). J. Marks rapporte, en 1936, le premier cas de calcification de l'annulus fibrosus diagnostiqué *in vivo* et confirmé à l'autopsie (6). Arrêtons-nous maintenant sur les seules calcifications qui nous occupent: celles de l'appareil valvulaire mitral et aortique.

Est-il possible de faire cliniquement le diagnostic de calcification mitrale ou aortique? Il semble impossible de faire celui de calcification mitrale trouvée dans 10% des cas environ (Sosman). Un certain nombre de signes permettent de faire celui de calcification aortique avec un minimum d'erreur. Servons-nous du magnifique travail de J. Lenègre et A. Mathivat portant sur 101 de calcifications aortiques, pour en dégager les signes les plus saillants (7).

La plupart des rétrécissements aortiques sont le siège de calcifications radiologiquement visibles. Mais le rétrécissement aortique calcifié ne paraît pas différer fondamentalement ni dans son étiologie, ni dans ses signes, ni dans son évolution du rétrécissement aortique en général. On le trouve environ deux fois plus souvent chez l'homme (69 cas) que chez la femme (39 cas). Son maximum de fréquence est entre 40 et 60 ans. Le souffle systolique a un timbre spécial comparable au bruit d'une râpe. Dans la moitié des cas (53 sur 101) il est accompagné d'un thrill ou frémissement. Le plus souvent le deuxième bruit est diminué ou même disparu. L'évolution du rétrécissement aortique calcifié est dominée par deux faits principaux:

- 1° l'organisme tolère pendant longtemps cette cardiopathie;
- 2° lorsque l'insuffisance cardiaque s'installe, elle est généralement irréductible.

Ces malades, enfin, présentent souvent une insuffisance coronarienne responsable d'accidents angineux pouvant aboutir à l'infarctus du myocarde et à la mort subite (8).

L'analyse étiologique de ces 101 cas a révélé:

- rhumatisme: 28 cas,
- syphilis: 5 cas,
- athérosclérose: 32 cas,
- cœur congénital: 2 cas,
- indéterminé: 34 cas.

On doit penser systématiquement à la possibilité de calcification dans le rétrécissement aortique. On les trouve dans les 2/3 ou les 3/4 des cas pour Lenègre, dans 90% des cas pour Sosman. Toujours cette constatation signe le diagnostic de rétrécissement d'une façon irrécusable.

La scopie constitue dans cette recherche le temps crucial de l'examen car, sur les radiographies standard, les calcifications ne sont généralement pas visibles. Chez qui doit-on rechercher ces calcifications? Je cite Sosman (9):

- a) chaque fois qu'une maladie cardiaque est suspectée;
- b) chaque fois qu'une maladie cardiaque est confirmée;
- c) chaque fois qu'un cœur est augmenté de volume;
- d) chez tout patient qui a 60 ans ou davantage.

Pour visualiser ces calcifications à la scopie, il faut, avant tout, prendre le temps nécessaire à une bonne adaptation des yeux. Un minimum de quinze minutes dans une chambre complètement noire est indispensable. Les calcifications signent leur présence par des opacités plus ou moins sombres dont les mouvements sont synchrones à ceux du cœur. Il faut utiliser des rayons pénétrants avec un diaphragme très étroit (4 à 5 cm.) de diamètre. On localisera en antéro-postérieure la jonction auriculo-ventriculaire sur le contour gauche du cœur et on les cherche dans le cœur sur une ligne descendant de 45% vers l'angle cardiophrénique droit (fig. 6). Les deux valvules sont ou sur cette ligne ou près de celle-ci. La mitrale, plus près de l'apex; l'aortique, plus près de la base. La position

oblique antérieure droite est, d'après Sosman (5), la meilleure position pour trouver les calcifications tandis que l'oblique antérieure gauche est la meilleure position pour les différencier. En effet, la mitrale se trouve alors dans le tiers postérieur de l'ombre cardiaque tandis que l'aortique occupe le tiers antérieur. La calcification de l'annulus fibrosus mitral constitue une masse plus opaque en forme de

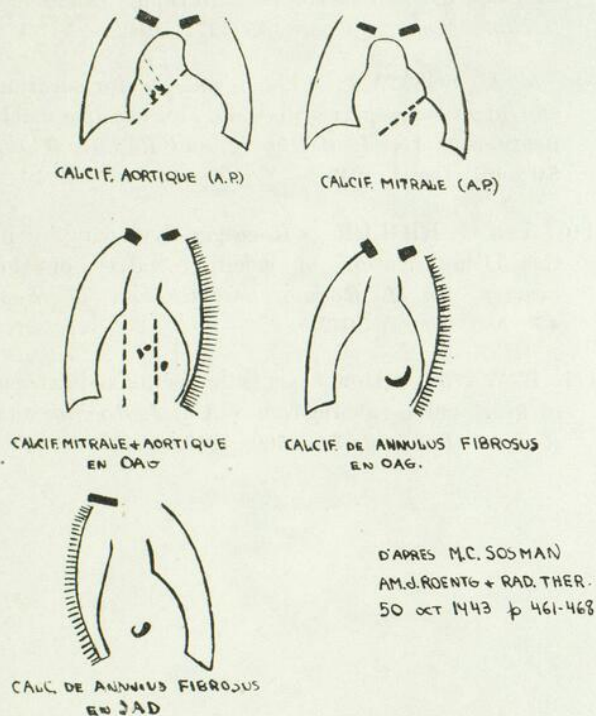


Fig. 6. — Technique fluoroscopique pour la recherche des calcifications mitrale, aortique et de l'annulus fibrosés.

J, de U ou J). Ces ombres se déplacent en avant et vers la pointe pendant la systole pour remonter à leur position d'origine, pendant la diastole. Pour éliminer toute calcification appartenant à l'appareil respiratoire, il est bon d'observer les mouvements de ces calcifications pendant un arrêt respiratoire après inspiration forcée. Une fois le diagnostic de calcification aortique ou mitrale posé par l'examen fluoroscopique, on peut utiliser la graphie afin d'en conserver un document. Il faut alors se servir d'une technique spéciale qu'il appartient au radiologiste d'exécuter et de modifier suivant l'appareillage à sa disposition.

La kymographie met en évidence le déplacement des valvules avec les mouvements du cœur (10). Sa technique est difficile, pas toujours réussie et ne doit jamais remplacer la fluoroscopie ordinaire.

Il est important de rechercher les calcifications valvulaires pour les raisons suivantes:

- 1° Parce que leur recherche fait partie de tout bilan cardiaque complet;
- 2° La calcification aortique signe la sténose aortique. Elle élimine ipso facto tout doute sur l'authenticité organique valvulaire d'un souffle systolique de base;
- 3° La calcification de la valvule mitrale signe la sténose mitrale organique que les signes cliniques typiques soient présents ou non;
- 4° La calcification de l'annulus fibrosus signe, en général, un changement dégénératif survenant chez des personnes âgées et n'a pas une importance bien grande. Dans ces cas, les valvules peuvent être organiquement saines.

On doit se demander enfin quelle est l'exactitude du diagnostic radioscopique de calcification. Walk a traité ce problème (11). Sosman avait déjà confronté avec l'examen nécropsique 20 cas ou le diagnostic de calcification avait été fait par lui à la scopie. Dans chaque cas, ces calcifications furent retrouvées. Dans un cas, il y eut erreur de localisation. L'erreur négative est plus fréquente en ce sens que l'examen anatomique met en évidence des calcifications qui ont échappé à l'œil du radiologiste.

Walk a contrôlé ses résultats radioscopiques chez 33 malades venant à l'autopsie.

11 cas montrèrent des calcifications qui avaient été radiologiquement démontrées chez 8. L'auteur a donc manqué 3 cas radiologiquement.

22 cas ne montrèrent pas de calcifications. Chaque fois l'examen fluoroscopique avait été négatif.

Tous les examens radiologiques positifs ont été confirmés.

En résumé, si le radiologiste ou le cardiologiste se donne la peine de bien observer ses patients à l'écran, il est en mesure de trouver les calcifications et de les localiser. Les diagnostics seront d'autant plus précis qu'il y mettra plus de temps et plus de soin.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) W. BOYD: *A Text-book of Pathology*. Lea & Febiger, 1944.
  - (2) H. A. CHRISTIAN: «Aortic stenosis with calcification of the cusps.» *J. A. M. A.*, **97**: 158, 1931.
  - (3) H. A. CHRISTIAN: «Aortic stenosis with calcification.» *Internat. Clin.* **3**: 51, 1931.
  - (4) M. C. SOSMAN et P. H. WOSIKA: «Calcification in aortic and mitral valves. With a report of twenty-three cases demonstrated in vivo by the roentgen ray.» *Am. J. of Roent. and Radium Therapy*, **30**: 328 (sept.) 1933.
  - (5) P. H. WOSIKA et M. C. SOSMAN: «The Roentgen demonstration of calcified coronary arteries in living subjects.» *J. A. M. A.*, **102**: 490 (24 fév.) 1934.
  - (6) J. MARKS: «Calcification in the annulus fibrosis of the mitral valve.» *New Eng. J. Med.*, **214**: 411 (27 fév.) 1936.
  - (7) J. LENEGRE et A. MATHIVAT: «L'insuffisance aortique du rétrécissement aortique.» *Le Journal Médical Français*, 30 août 1947, p. 190.
  - (8) P. SOULIE, R. R. HEIN de BALSAC et O. MARQUIS: «La sténose aortique calcifiée.» *Archive Mal. du Cœur*, **35**: 177, 1942.
  - (9) M. C. SOSMAN: «The technique for locating and identifying pericardial and intracardiac calcifications.» *Am. J. of Roentg. and Radium Ther.*, **50**: 461 (oct.) 1943.
  - (10) Leo G. RIGLER: «Roentgen Kymography in the Demonstration of calcified valves of the heart.» *Am. J. Roentg. and Radium Therapy*, **47**: 480 (mars) 1942.
  - (11) L. WALK: «How exact is the roentgen diagnosis of heart valve calcification.» *Am. J. Roentg. and Radium Therapy*, **56**: 500, 1946.
-

## RECUEIL DE FAITS

### UN CAS D'AGÉNÉSIE DU CORPS CALLEUX DIAGNOSTIC PAR LA PNEUMO-ENCÉPHALOGRAPHIE

Roma AMYOT,

Chef du service de neurologie à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

En 1937, Hyndman et Penfield affirmaient que les cinq cas d'agénésie du corps calleux dont ils rapportaient les observations étaient les premiers où le diagnostic avait été posé durant la vie des malades et cela grâce à la ventriculographie gazeuse.

Le cas rapporté ici comporte le même diagnostic, de par l'aspect particulier des ventricules du malade, visualisés par l'injection d'oxygène.

L'arrêt de développement du corps calleux, volumineuse commissure blanche inter-hémisphérique, ne crée aucune symptomatologie typique. Il arrive que très souvent elle est couplée à de l'oligophrénie et à des convulsions ou de l'épilepsie (comme chez le malade dont il est question ici). Mais ces deux ordres de phénomènes sont loin d'être exclusivement l'apanage de l'agénésie calleuse. Ils sont d'une très grande fréquence et leurs causes sont d'une variété et d'un nombre déconcertants.

En plus, on croit que les accidents mentaux et neurologiques qui accompagnent l'agénésie calleuse ne sont pas la conséquence directe de cette dystrophie, mais plutôt l'effet d'autres lésions cérébrales associées. Et cela explique bien que le diagnostic ne peut être formulé que par un procédé complémentaire à la clinique: en l'occurrence la ventriculographie gazeuse.

Tout dernièrement, on requérait une consultation neurologique pour un enfant du service de pédiatrie. Ce dernier avait 3 ans, et avait été hospitalisé pour des phénomènes convulsifs s'étant manifestés durant les deux dernières semaines.

Cet enfant de 3 ans ne parlait pas, ne pouvait marcher seul et éprouvait la plus grande difficulté à maintenir son équilibre en position verticale.

L'absence du réflexe cochléo-palpébral et l'impossibilité à attirer son attention par un bruit provoqué ou par des interpellations firent présumer que cet enfant était sourd, ce qui aurait pu être la cause de sa mutité. Mais il y avait encore plus au point de vue mental: cet enfant ne s'intéressait nullement à son entourage, il ne prêtait aucune attention à ce qui se passait autour de lui et n'exprimait aucun indice mimique de sentiment ou de pensée. Ce petit malade avait été opéré, à un mois, d'une sténose pylorique; nul autre incident, nulle autre maladie n'avaient marqué ses antécédents.

Une radiographie du crâne s'était montrée normale, sauf peut-être des impressions digitiformes un peu plus marquées que normalement sur la table interne.

Il fut décidé de procéder à une pneumo-encéphalographie pour compléter l'examen clinique. Au cours de cet examen, sous anesthésie générale, il fut constaté que le liquide céphalo-rachidien avait une pression et un aspect normaux; l'investigation biologique en fut trouvée négative.

En incidence antéro-postérieure, le malade couché sur le dos, l'oxygène occupant les portions 1, 2 et 3 des ventricules latéraux, on voit:

- 1° l'écartement des ventricules surtout dans leur segment 3;
- 2° leur face interne est concave;

- 3° leur extrémité supérieure se montre en pointe;
- 4° une image aériée qui semble bien être le 3e ventricule remonte entre les 2 ventricules écartés, occupant la moitié inférieure de l'espace interventriculaire (fig. 1).

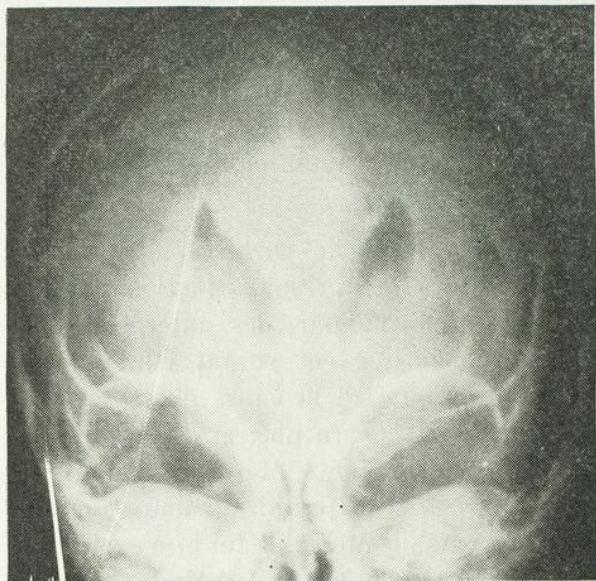


Fig. 1.

En incidence antéro-postérieure, le malade couché sur le ventre, on voit l'image aériée du 3e ventricule légèrement dilaté et celle des deux ventricules latéraux dans leur segment 4 légèrement dilaté et partiellement rempli d'oxygène d'où incomplètement visualisé (fig. 2).

En incidence latérale, on voit une image ventriculaire à peu près normale montrant tous les segments du ventricule latéral (fig. 3).

Nous ne ferons que mentionner les impressions digitiformes sur la table interne de la voûte et l'inclinaison exagérée de la fosse antérieure de la base du crâne.

\* \* \*

Cet aspect encéphalographique ou, plus précisément, ventriculographique suggère une agénésie du corps calleux. Si on consulte

Davidoff et Dyke, Hyndman et Penfield, on peut superposer la description de ces auteurs à l'aspect des radiographies du malade actuel. Les caractères principaux ventriculographiques de l'agénésie calleuse sont les suivants: l'écartement des ventricules latéraux; la concavité de leur face interne; la présence d'une cavité aériée entre les deux ventricules qui est le 3e ventricule anormalement remonté; enfin la forme en pointe de leur sommet; ils

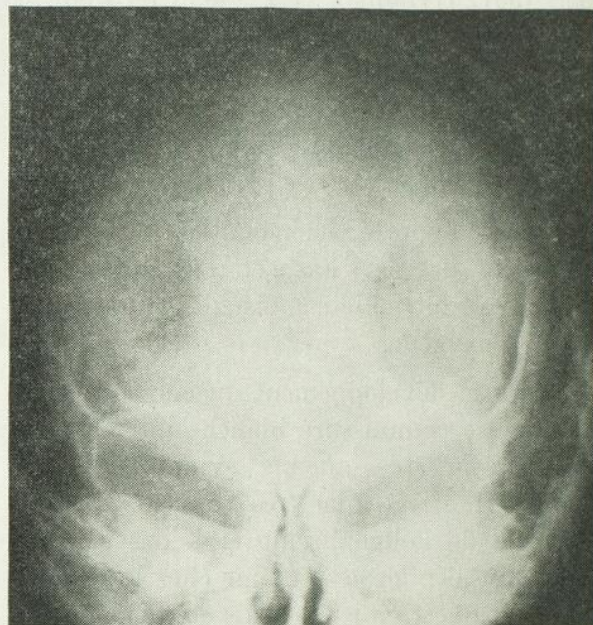


Fig. 2.

offrent, selon l'expression de Hyndman et Penfield, un aspect biscornu.

L'écartement des deux ventricules peut être produit par une lésion tumorale interventriculaire comme, par exemple, un lipome du corps calleux tel que nous en publiâmes un cas dans *L'Union Médicale du Canada*, en novembre 1946 (fig. 4), mais alors le 3e ventricule n'est pas remonté et n'apparaît pas sous l'aspect d'une cavité aériée entre les 2 ventricules écartés et le sommet de ces derniers n'est pas en pointe, mais pourra être plutôt arrondi ou en dôme. Il se trouve aussi qu'un kyste du *septum lucideum* (Dandy) ou la dilatation du 5e ventricule (entre les deux feuillets du septum) puisse provoquer un tel écartement des ventricules latéraux et si ce

kyste ou cette dilatation du 5e ventricule communique avec le système ventriculaire, on verra entre les deux ventricules latéraux écartés une image aérée qu'on pourra prendre

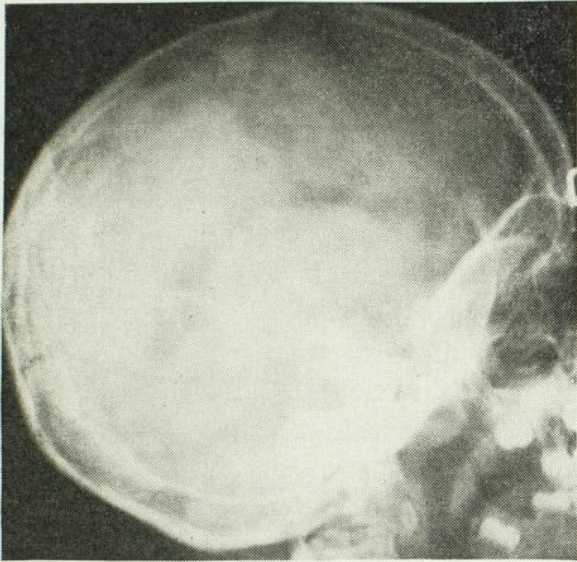


Fig. 3.

pour le 3e ventricule remonté et qui sera plutôt l'image du kyste communiquant dans lequel l'oxygène insufflé aura pénétré.

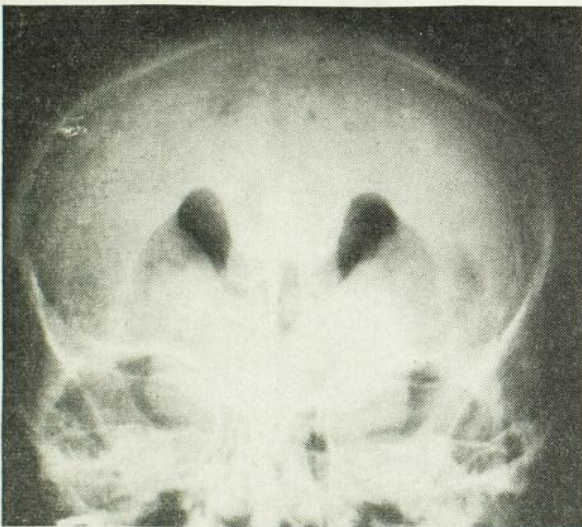


Fig. 4.

Mais ici, et c'est le signe sur lequel insistent tout particulièrement Hyndman et Penfield et auquel ils attribuent un caractère quasi spécifique et sûrement plus particulier que

les autres caractères, *les deux ventricules n'ont pas leur extrémité en pointe, ils ne prennent pas la forme de deux cornes divergentes* due à l'écartement des segments ventriculaires 1, 2 et 3 et à sommet pointu, comme on les découvre dans l'agénésie calleuse.

Il va sans dire qu'une telle précision diagnostique n'apporte rien au problème thérapeutique. Mais, elle comporte un examen plus complet du malade, elle satisfait l'esprit du médecin, lui permet de voir plus clair dans le cas étudié et de se prononcer plus catégoriquement auprès des parents anxieux de savoir sur le compte de leur enfant.

Pour rendre plus démonstratives ces images ventriculaires, nous reproduisons, pour com-

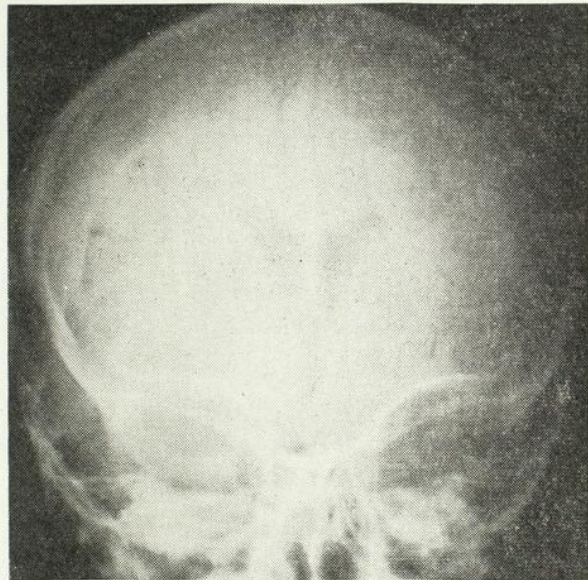


Fig. 5.

paraison, une encéphalographie normale (incidence antéro-postérieure — nuque sur plaque) d'une fillette de 5 ans (fig. 5), que l'on pourra confronter avec la fig. 1.

#### BIBLIOGRAPHIE

- DAVIDOFF et DYKE: « Agenesis of corpus callosum. » *Am. Journ. Roent. Radiumtherapy*, **32**: 1 (juillet) 1934.
- HYNDMAN et PENFIELD: « Agenesis of the corpus callosum. » *Arch. N. Psy.*, **37**: 1251 (juin) 1937.
- AMYOT: « Contribution à l'étude du lipome du corps calleux. » *L'Union Médicale du Canada*, **75**: 1391 (nov.) 1946.

## UN CAS DE DYSTROPHIE MARGINALE ECTASIQUE DE LA CORNÉE

Philippe PANNETON,  
Chef de Service en  
ophtalmo-oto-rhino-laryngologie,  
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

et

René CHARBONNEAU,  
Assistant bénévole en  
ophtalmo-oto-rhino-laryngologie,  
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

### Observation.

Monsieur D. de L., âgé de 51 ans, préposé à la lecture des compteurs pour une compagnie d'électricité, arrive à la clinique se plaignant d'une diminution marquée de la vision surtout à droite.

Il y a environ 4 ans, le patient s'aperçut qu'il avait de la difficulté à lire les chiffres des compteurs. Il consulta un oculiste et les verres prescrits améliorèrent sa vision. Il y a deux ans, il constata une nouvelle baisse de son acuité visuelle. Il visita de nouveau son oculiste en avril 1947 et, cette fois, avec une nouvelle prescription il y eut amélioration à l'œil gauche mais non à droite.

Le patient nie tout passé, tant traumatique que pathologique à ses yeux et en aucun temps il n'a ressenti de douleur oculaire. Il ne se plaint que de pauvre vision.

L'examen des annexes de l'œil ne révèlent rien de particulier. L'appareil lacrymal fonctionne normalement. Aucune lésion pathologique des paupières. Les conjonctives tant palpébrales que bulbaires ne sont pas hyperhémées.

Les deux pupilles sont égales et réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation. Aucune injection ciliaire.

L'acuité visuelle se lit comme suit: V.O.D. 20/100 c.c.  $-1.00 + 2.50 \times 140 = 20/200$ ; V.O.S. 20/70 c.c.  $-0.25 + 0.50 \times 180 = 20/100$ .

La rétinoscopie, très difficile (à cause d'une impression de tache d'huile) donne: O.D.  $-1.25 -2.75 \times 60^\circ = 20/70$ ; O.S.  $-1.00$  sphère  $= 20/70$  Add.  $+ 2.00$  sph. = Jeager 30.

Avec le trou sténopéique, aucune amélioration à droite, mais à gauche, le patient lit 20/40.

Avec l'ophtalmomètre, l'on découvre, à droite, un fort astigmatisme irrégulier contre la règle, soit:  $+ 2.75 \times 165^\circ$  et, à gauche,  $+ 0.75 \times 90^\circ$ .

La tension est de 18 dans les deux yeux au tonomètre de Bailliart.

Le champ visuel ne révèle aucune constriction périphérique ni scotome central.

L'ophtalmoscopie ne révèle aucune opacité du cristallin ni du vitré; le fond de l'œil paraît normal dans les deux yeux.

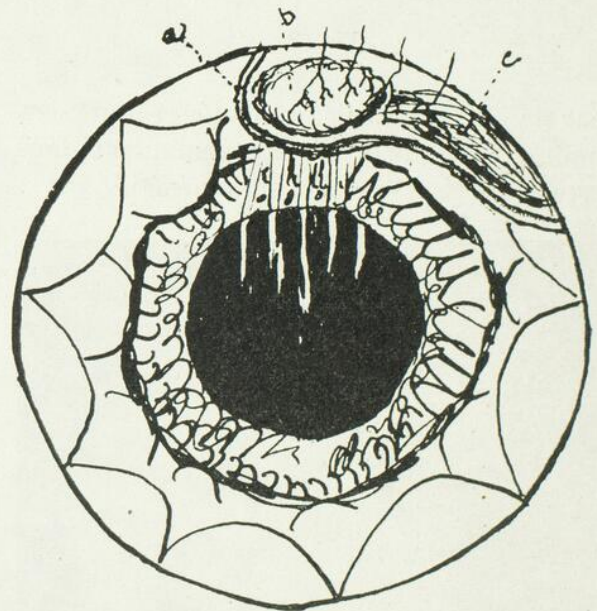


Fig 1

Toutefois, à l'éclairage latéral, l'on remarque à la partie supérieure de la cornée droite une bande d'apparence cicatricielle, opaque, s'étendant de midi jusqu'à deux heures, séparée du limbe par une zone claire, surélevée en forme de bulle ou hernie (fig. 1). L'instillation d'une goutte de fluorescéine ne produit qu'une très pâle coloration diffuse.

La sensibilité cornéenne normale au centre, est complètement abolie dans cette région surélevée.

L'examen à la lampe à fente de l'œil droit, nous révèle (a) une bande irrégulière opaque intéressant toute l'épaisseur de la cornée sur une largeur d'environ un millimètre de midi à deux heures, avec une bulle (b) ou convexité claire un peu allongée, plus marquée entre cette bande et le limbe, de moitié plus mince que le reste de la cornée et s'étendant de midi à une heure (fig. 1-2); dans le segment entre une heure et deux heures, adjacent à la lésion précédente et en continuité, il y a un fossé également diminué d'épaisseur (c) (fig. 1-3). L'épithélium est apparemment intact sur toute l'étendue de la lésion sauf à l'union de la bulle et du fossé où il semble y avoir une solution de continuité de cet épithélium.

Le stroma présente quelques opacités et la partie ectasique contient des vaisseaux sanguins. L'endothélium semble intact.

Les bords du sillon sont bien délimités, apparaissant comme une ligne blanchâtre irrégulière. Le tout contient une pigmentation jaunâtre diffuse dans presque la totalité de la région opaque. Quelques traînées blanchâtres s'irradient dans le stroma vers le centre de la cornée (fig. 1).

Le diagnostic de *dystrophie marginale ectasique de la cornée* est posé.

\* \* \*

C'est un « état bilatéral rare commençant par une opacité et une vascularisation de la périphérie de la cornée, progressant par un processus dégénératif de la substance cornéenne vers une gouttière pour donner finalement une ectasie. » (1)

Cette maladie aurait été décrite, la première fois, par Trumphy, en 1881, par Terrien, en 1900, par Fuchs, en 1901, sous le nom de sclérose périphérique et atrophie (1).

C'est une maladie très rare et, des 100 cas décrits dans la littérature, 75% étaient chez des mâles dont l'âge variait entre 10 et 70

ans. Cette maladie est habituellement bilatérale mais ne se présente pas au même stade dans les deux yeux. « Elle est caractérisée essentiellement par une ectasie circonscrite au niveau du bord supérieur de la cornée entraînant un astigmatisme considérable. » (2)

Terrien décrit cette affection comme suit: « Cette entité clinique se présente toujours dans des conditions sensiblement identiques. C'est une sorte de bande irrégulièrement mamelonnée, ectasique, d'étendue variable, en forme d'arc, siégeant à la périphérie de la cornée un peu en avant du limbe, immédiatement contiguë à ce dernier avec lequel elle

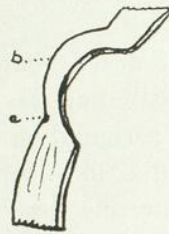


Fig 2

coupe schématique au niveau de la bulle.

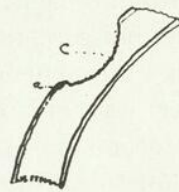


Fig 3

coupe schématique au niveau du sillon.

se continue par une transition insensible, tandis que, du côté de la cornée en allant vers le centre, elle en est séparée par une strie grisâtre, circinée. Elle siège de préférence à la partie supérieure. Sa partie moyenne, la plus large, correspond souvent à l'extrémité supérieure du méridien vertical, mais souvent aussi on constate en dedans ou en dehors, toujours contiguës au limbe et sur une étendue variable, semblables dystrophies. L'anesthésie est plus ou moins complète à ce niveau, tandis que le reste de la cornée a conservé sa sensibilité normale. Jamais la fluorescéine ne pénètre ce tissu dystrophique et jamais on ne constate la moindre trace d'ulcération. » (2)

Il est à remarquer que, chez notre malade, contrairement à ce que vient de dire Terrien, la fluorescéine a imprégné la partie dystrophique de chaque côté de la région ectasique.

Axenfeld, dans son traité d'ophtalmologie (1914), en parlant des processus dégénératifs de la cornée, décrit à son tour « l'ectasie

marginale chronique », en disant : « Dans une zone vascularisée, falciforme du bord de la cornée, il se forme, juste à côté, au bord de la cornée, une ectasie transparente de cette membrane qui amène des troubles visuels considérables par obliquité de la cornée et déformation de sa courbure. La partie ectasiée, transparente, traversée seulement par de fins pinceaux de vaisseaux est limitée du côté de la cornée par une ligne cicatricielle ressemblant au gérontoxon. Quelquefois elle semble consécutive à une ulcération particulière, dégénérative, analogue à un sillon, du bord de la cornée. » (3)

#### SYMPTÔMES

Ordinairement, le patient ne se plaint que d'une baisse lente, progressive de la vision due au développement d'un astigmatisme irrégulier pouvant aller jusqu'à une sorte de kératocône si la lésion encercle la cornée. Quelquefois, chez certains sujets, il se présentera quelques signes d'irritation, sous forme de conjonctivite légère.

#### EVOLUTION

Le processus évolutif est très lent et le développement de l'ectasie peut prendre de 10 à 20 ans. La partie supérieure de la cornée est d'abord envahie et la maladie s'y développe plus rapidement. Une gouttière, ou sillon, peut s'étendre sur toute la circonférence de la cornée, mais on verra très rarement une ectasie à la partie inférieure. Cette déformation de la cornée a pour conséquence le développement progressif d'un astigmatisme irrégulier toujours considérable qui n'est guère amélioré par des cylindres.

Dans certains cas, l'on décrit des pseudoptérygions.

#### PATHOGÉNIE

La pathogénie de l'ectasie marginale n'est pas connue. Quelques auteurs croient à une origine inflammatoire; d'autres la rejettent à cause, disent-ils, de l'anesthésie de la cornée au niveau de l'ectasie, l'absence de tissu cicatriciel et de réaction périkératique ainsi

que la transparence des parties lésées. Ceux-là l'attribuent à un trouble trophique sans relation d'ailleurs avec d'autres phénomènes généraux.

D'autres auteurs, voyant une grande ressemblance entre cette dystrophie marginale et le gérontoxon, lui donnent une cause commune, soit une infiltration lipoïdique. Toutefois, comme le fait remarquer Terrien, le gérontoxon est très fréquent tandis que l'autre est rare et *peut* se manifester à un âge où l'arc sénile n'existe pas (2).

Duke-Elder donne comme pathogénie l'explication suivante: « Au début, au bord central du sillon, la membrane de Bowmann et les lamelles cornéennes se divisent en fibrilles qui, plus tard, se changent en tissu conjonctif, ou sont remplacées par ce tissu dans lequel courent des vaisseaux. Il en résulte une pseudo cornée de tissu de granulation montrant peu ou pas d'infiltration inflammatoire remplaçant la substance propre. L'épithélium est, en tout temps, intact, quoique les cellules basales puissent être modifiées. La Descemet peut être déchirée, détachée ou absente ou alternativement divisée en plusieurs couches. » (1)

D'autre part, certains auteurs prétendent que la membrane de Descemet n'est jamais modifiée, se contentant de dire que, dans la zone ectasiée, la cornée est très amincie.

#### TRAITEMENT

Il n'existerait aucun traitement curatif de la dystrophie marginale ectasique. Les auteurs s'accordent à dire qu'il s'agit d'atténuer l'astigmatisme par la réduction de l'ectasie, soit à l'aide de galvanocautérisations prudemment répétées (Terrien), soit en pratiquant l'excision combinée ou non avec un recouvrement conjonctival comme le conseillent Lauber et Seefelder (2).

#### BIBLIOGRAPHIE

1. *Textbook of Ophthalmology*. Duke-Elder, vol. II, p. 1996.
2. *Traité d'ophtalmologie*. Vol. IV, p. 780-782.
3. *Traité d'ophtalmologie*. Th. Axenfeld, p. 449, 1914
4. *Bromicroscopy of the eye*. Berliner, vol. I, p. 363.

## TRAITEMENT DE L'IRITIS CHRONIQUE CHEZ TROIS MALADES

Jean LACERTE.

Chef du Service d'Ophthalmologie à l'Hôtel-Dieu de Québec.

L'iritis à allure chronique, appelée parfois « Quiet iritis » évolue, comme son nom l'indique, sans grands fracas. Remarquable par l'absence de symptômes inflammatoires tapageurs, elle ne s'accompagne au début d'aucun trouble subjectif bien évident: peu ou pas de douleurs, de photophobie ou de larmoiement. Le patient s'inquiète lorsqu'il s'aperçoit que sa vision s'altère. Il prend conseil à une phase déjà tardive. On note alors l'atrophie de l'iris qui se manifeste par une décoloration. La présence de nombreuses synéchies d'ordinaire solides et bien organisées, conduisent vite vers une occlusion pupillaire.

Les causes endogènes, susceptibles d'entraîner l'apparition d'une telle iritis, sont nombreuses. Chez trois malades qui font l'objet de cette communication, nous avons éliminé la principale cause connue: la syphilis. Ont aussi été éliminées, les causes d'infection focale, telles que: amygdalite, sinusite, annexite, etc, etc. . . Ce sont des adultes: deux femmes et un homme, d'âge moyen de 25 ans, chez qui le « Patch Test » a été négatif, de même que les radiographies pulmonaires, mais que nous suspectons quand même d'une imprégnation bacillaire Koch.

### Observation 1.

Thérèse C. 20 ans, acuité visuelle de 20/200 des deux yeux à son entrée à l'hôpital. Elle présente l'aspect d'une tuberculeuse du type floride; grosse et grasse, avec pommettes rouges. Sa vision est embrouillée depuis un an. Elle a consulté un médecin ophtalmologiste il y a quelques mois, lequel lui a prescrit de l'atropine. De fait, il n'y a peu ou pas de mydriase, quoique le réflexe à l'accommodation soit paresseux. Dans le même temps, un traitement à la pénicilline n'apporte aucune amélioration. A son arrivée à l'hôpital, la malade n'est pas du tout souffrante et elle ne présente pas de photophobie. Ses yeux ne sont pas

rouges. Le « Patch Test » est négatif. La malade ne tousse ni ne crache. Sa température est normale. Les radiographies pulmonaires sont négatives. Le B. W. dans le sang et dans le liquide céphalorachidien est négatif. La malade est vue et examinée dans le service de médecine interne du professeur J.-B. Jobin, où on ne décèle aucune lésion pulmonaire. L'examen des deux iris à la lampe à fente démontre surtout une atrophie de l'iris, mais on ne note pas la présence de corpuscules jaunes. Il y a présence de synéchies importantes.

Malgré que tous les examens soient négatifs, nous suspectons toujours une iritis de nature tuberculeuse. Après consultation avec le docteur Gaumont, dermatologiste de l'Hôtel-Dieu, nous décidons de donner à la malade de la vitamine D<sup>2</sup>, selon la méthode de Charpy. Au cours du traitement, l'azotémie et la calcémie sont faites régulièrement. Au bout de quelques semaines, la vision des deux yeux s'améliore sensiblement et les milieux oculaires sont plus limpides. La vision reste stationnaire à 20/70 pendant deux mois. Nous proposons à la malade une iridectomie pour obtenir une amélioration de la vision et nous en profitons pour faire une inoculation au cobaye. L'inoculation ne donne aucun résultat. La vision s'améliore encore à la suite de l'iridectomie de l'oeil droit. La vision de cet oeil est maintenant de 20/20.

### Observation 2.

M. A. âgé de 35 ans, est pratiquement aveugle à son arrivée à l'hôpital. Acuité visuelle droite: perception lumineuse; acuité visuelle gauche: 20/200. Il se plaint de faiblesse visuelle depuis 1940. Il n'y a jamais eu de douleur, de photophobie, mais une légère congestion oculaire. Les iris ne réagissent pas ou peu à l'atropine. Nous notons au microscope, une atrophie marquée du parenchyme irien avec de nombreuses synéchies postérieures. L'iris

ne présente pas l'aspect de l'iris en tomate, car il n'y a pas encore d'hypertension oculaire. Les examens du sang, des urines et du liquide céphalo-rachidien ne révèlent rien d'anormal. Les images radiologiques pulmonaires sont normales. Un traitement intensif au salicylate de soude intra-veineux n'apporte aucune amélioration. Nous décidons de faire aux deux yeux une iridectomie. Après quelques semaines, nous notons que l'iridectomie a été un succès, car l'acuité visuelle est passée de perception lumineuse à 20/40.

### Observation 3.

T. B. âgée de 25 ans, se plaint depuis quelques années, d'une baisse de vision de son œil gauche, mais depuis un mois, se sont ajoutées à cet état, des douleurs très vives. Il y a congestion marquée du segment antérieur. L'iris a la forme au niveau de la pupille, de «l'iris en tomate». La tension oculaire est donc augmentée. C'est la cause de la douleur oculaire. L'atropine ne fait qu'aggraver cet état.

Il ne reste qu'à tenter une iridectomie. L'opération est ici plus difficile à pratiquer, vu que la chambre antérieure est pratiquement disparue et que le sphincter irien est adhérent à la capsule antérieure. Néanmoins, le résultat post-opératoire est appréciable à un double égard: 1° La tension oculaire est diminuée de même que tous les phénomènes de congestion oculaire et 2° la vision est rétablie à 20/100.

Nous remarquons dans cette dernière observation, que l'inflammation du diaphragme irido-ciliaire a abouti à l'occlusion et à la séclusion pupillaire. C'est le sort de l'iritis chronique, de l'iritis à évolution lente. L'iridectomie doit être pratiquée dès qu'il y a menace d'augmentation du tonus, avant que l'iris révèle l'aspect en tomate. Plus on tempore, plus l'opération devient difficile. Nous croyons qu'il est préférable de recourir à l'iridectomie préventive dès que l'iris ne se dilate pas ou peu sous l'influence de l'atropine et que l'iritis chronique ne réagit plus à aucun traitement médical.

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 77 — No 6 — Montréal, juin 1948

LE PLUMBAGOL ET LA  
FURONCULOSE<sup>1</sup>

La furonculose est une maladie fréquente qui a résisté, jusqu'ici, à tous les traitements. Or, dans une communication récente, les auteurs ont rapporté le résultat de leurs expériences cliniques et de laboratoire. L'activité du plumbagol, à la dilution de 1/500,000, sur le staphylocoque, a démontré qu'il possédait une action réelle sur ce microbe. On a donc fait des essais cliniques en vue de préciser la valeur thérapeutique de ce produit chez l'homme. On a utilisé un extrait purifié de la racine du *Plumbago europea*, employé à la concentration de 0,25 p. 1.000. On a injecté au patient une ampoule de 4 c.c. de solution isotonique dans les veines, chaque jour, jusqu'à 6 ou 10 injections, suivant le cas.

Les auteurs de cette méthode nouvelle rapportent une série de 9 observations, dont je citerai 3 principales, et qui démontrent l'action favorable de ce médicament contre la furonculose.

Voici un homme de 40 ans qui souffre de furonculose depuis un an. Il a suivi tous les traitements classiques, connus jusqu'ici. Le 26 septembre 1945, il se

présente à l'hôpital avec un gros furoncle sur chaque fesse, surplombant une large aréole inflammatoire. On pratique une injection quotidienne de 4 c.c. de plumbagol à 0,25 p. 1.000. Les bourbillons sont expulsés, l'inflammation disparaît rapidement et tout rentre dans l'ordre le cinquième jour. On cesse le traitement après la dixième injection. Au bout de 14 mois, on revoit le malade qui dit ne plus avoir eu de furoncle depuis ce traitement.

Dans une autre observation, un homme de 40 ans vient consulter pour un anthrax de la face externe de la cuisse gauche datant de deux jours, et un furoncle sur la face latérale gauche du cou. Il déclare que, depuis 18 mois, il n'est jamais resté plus de 3 mois sans furoncle. On commence le traitement avec le plumbagol, en suivant la technique que nous venons d'exposer, le 17 novembre 1946. Le 19, les lésions sont affaissées, l'inflammation a disparu. Après 5 injections subséquentes, le malade n'a plus présenté de furonculose depuis ce traitement.

Dans une troisième observation, il s'agit d'un médecin présentant de petits furoncles depuis 3 mois. Depuis 2 mois, il a des signes de cystite et de prostatite atténués temporairement. L'examen des urines ne montre que du *staphylocoque*. Après avoir subi des traitements par la pénicilline et les sulfamides, il commence un traitement par le plumbagol selon la méthode indiquée plus haut. Il reçoit, en tout, 10 injections. A ce moment, les urines sont claires, plus de cystite, prostate toujours un peu grosse, mais plus de point ramolli. Le malade, revu 8 mois plus tard, va toujours très bien.

1. E. Blanchon, L. de Saint-Rat et P. Bonét-Maury — Académie de Médecine de Paris, séance de février 1948.

Les autres observations ressemblent à celles que nous venons de rapporter. Les auteurs prétendent que ces essais cliniques démontrent que le *plumbagol naturel* est supérieur aux essais synthétiques publiés par différents auteurs. A doses indiquées, le plumbagol, en solution isotonique, est bien toléré en injection intraveineuse; il ne provoque aucune réaction locale ni générale. Cette action est rapide et efficace dans les infections staphylococciques comme la furonculose. Les auteurs n'ont pas encore d'interprétation du mécanisme d'action du plumbagol; ils prétendent qu'il peut résulter du « blocage de certains ferments essentiels aux phénomènes vitaux par combinaison de leurs groupements sulfhydrylés par les composés quiniques ».

Nous suivrons, avec intérêt, les nouveaux renseignements sur cette question que les auteurs espèrent recueillir au moyen du photomètre.

J'ai pensé que cette nouveauté pourrait intéresser nos lecteurs.

Albert LESAGE.

## NOUVEAU TRAITEMENT DE L'ASTHME, DE LA MALADIE DE QUINCKE ET AUTRES SYNDROMES PARAPHYLACTIQUES OU ANAPHYLACTIQUES<sup>2</sup>

Les auteurs ont adressé à l'Académie de Médecine une communication très intéressante sur ce sujet. Ils ont fait des recherches sur l'emploi de l'*anter-*

*gan-atropine* et la *pyramidon-atropine* dans les syndromes paraphylactiques. Ces médicaments, d'après ces auteurs, empêcheraient non seulement les accidents histaminiques secondaires, mais encore l'action du facteur initial qui déclenche le choc anaphylactique: l'acétylcholine (ACh). Ils prétendent démontrer, par l'action de ces médicaments, que c'est l'ACh qui déclenche le choc puisque l'atropine exerce une action sur l'ACh et aucune sur l'H (histamine).

Danielopolu a soutenu que l'accès d'asthme est déclenché par l'ACh et qu'il peut se produire, secondairement, de l'H. (histamine). En 1936, il a publié plusieurs cas d'asthme où l'atropine administrée quelques semaines à doses progressives (2 à 4 milligrammes par jour de sulfate d'atropine par la voie buccale) prévient les accès d'asthme. L'*antergan* et le *pyramidon* exercent une action fugace; tandis que l'*atropine* renforce l'action et la rend plus durable. Il emploie donc, actuellement, contre ces accès, l'atropine-pyramidon et l'atropine-*antergan*. L'association leur a démontré que les effets de ces deux médicaments sont infiniment plus durables, si on les associe à l'atropine. Ils font accompagner leurs communications, d'observations très détaillées, où l'association de l'atropine avec le pyramidon à la dose de 2 à 4 milligrammes par jour, par voie buccale, associée au pyramidon à la dose de 1 gr. 50, font disparaître les crises anaphylactiques ou paraphylactiques en quelques minutes, ou quelques jours. Afin qu'il n'y ait pas d'obscurité sur toute cette question, nouvelle pour nous, et si importante au point de vue clinique, nous nous permettons de rap-

2. Dr Danielopolu et L. Rosensweig — Académie de Médecine de Paris, séance de février 1948.

porter, textuellement, les conclusions de ces auteurs.

« 1° Le choc paraphylactique est déclenché par l'acétylcholine (ACh). La libération d'histamine (H) est chronologiquement secondaire. L'H joue un rôle important, produisant des lésions secondaires, spécialement sur la peau, dans les phénomènes d'immunité incomplète. Les phénomènes histaminiques, tout en étant chronologiquement secondaires, sont les plus durables et dominant le tableau clinique.

« 2° *L'antergan* et le *pyramidon* sont d'excellents médicaments curatifs et préventifs, d'autant plus qu'ils n'empêchent pas seulement l'action de l'H, mais aussi celle de l'ACh, qui est le facteur initial qui déclenche le choc.

« Nous administrons 1 gr. 20 à 1 gr. 50 par jour de *pyramidon*.

« 3° *L'atropine*, seule, qui empêche l'action de l'ACh et n'empêche pas celle de l'H, administrée en traitement prolongé prévient les accès d'asthme, où le rôle de l'H libérée secondairement est moindre. Elle coupe, comme on le sait, un accès d'asthme en empêchant l'action de l'ACh.

« Elle est capable aussi d'empêcher les accidents paraphylactiques cutanés, mais moins que le *pyramidon* et l'*antergan*, qui empêchent tant l'action de l'ACh que celle de l'H.

« 4° Le *pyramidon*, associé à l'*atropine*, donne de meilleurs résultats tant comme traitement curatif que préventif, ce qui prouve que l'H libérée secondairement (phénomène d'immunité incomplète) joue aussi un certain rôle.

« Dans les syndromes cutanés où l'H provoque des lésions durables qui dominent le tableau symptomatologique, l'*atropine*, qui n'empêche pas l'action de l'H, n'a aucune action lorsque les symptômes ont déjà apparu.

« 5° Nous avons prouvé expérimentalement que l'*atropine* renforce l'action de l'*antergan* et du *pyramidon*.

« Les résultats thérapeutiques nous ont démontré que l'association de l'*atropine* à l'*antergan* ou au *pyramidon* renforce l'action préventive et la rend plus durable. Le traitement de choix est l'*atropine-pyramidon* et l'*atropine-antergan* administrés pendant de longues périodes de temps.

« Nous administrons l'*atropine* par la voie buccale en commençant avec 2 milligrammes par jour et en augmentant progressivement la dose jusqu'à 3 et même 4 milligrammes par jour, avec de courtes périodes d'interruption. L'*atropine* est très bien supportée car, comme nous l'avons démontré antérieurement, ce médicament provoque de l'accoutumance. Nous espérons, en associant l'*atropine*, arriver à diminuer les doses de *pyramidon* ou d'*antergan*, ce qui nous permettrait de nous servir de ce traitement pendant de très longues périodes de temps.

« 6° Nos recherches expérimentales ont trouvé que 2.377 R. P. est une substance anti-acétylcholinolytique et anti-histaminique très puissante et les recherches thérapeutiques ont donné jusqu'à présent d'excellents résultats. Nous sommes en train de rechercher si l'*atropine* renforce aussi l'action de cette substance. »

Albert LESAGE.

# HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

## UNE ÈRE NOUVELLE POUR L'HYGIÈNE AU CANADA<sup>1</sup>

L'hon. Paul MARTIN,

Ministre de la Santé nationale et du Bien-Etre social.

### 1. LE PROGRAMME NATIONAL D'HYGIÈNE.

Une ère nouvelle s'est ouverte pour l'hygiène publique, au Canada.

Le programme national d'hygiène annoncé il y a quelques jours par le premier ministre permettra des progrès beaucoup plus rapides dans la lutte contre la maladie. Le Gouvernement fédéral va prendre immédiatement des mesures pour l'application de ce vaste plan d'hygiène nationale.

Il y a plusieurs semaines que je pense à ce que je devrai dire à l'Association canadienne d'hygiène publique, pendant son assemblée annuelle, à Vancouver. J'avais décidé de vous parler des perspectives d'avenir de l'hygiène publique dans notre pays, et de passer en revue les dernières phases du progrès qui nous permettra d'atteindre un fort degré de santé pour tous. Mais la marche rapide des événements, la semaine dernière, a modifié mon projet. Les objectifs lointains dont je devais parler sont devenus des objectifs *prochains* et *possibles*.

Disposant de sommes beaucoup plus considérables pour les services d'hygiène publique, nous abordons une nouvelle et plus belle étape du développement de notre hygiène publique.

La date de vendredi dernier, 14 mai, restera mémorable dans l'histoire de l'hygiène publique au Canada. Le premier ministre annonça, ce jour-là, le programme en trois points destiné à mobiliser les ressources financières de la nation à l'appui des campagnes d'hygiène si vigoureusement exécutées par toutes les provinces du Canada.

1. Discours prononcé à l'assemblée annuelle de l'Association Canadienne d'Hygiène Publique, à l'hôtel Vancouver, Vancouver, C.-B., le 18 mai 1948, à 1 heure de l'après-midi.

Pour vous, qui avez choisi la noble profession de l'hygiène publique, ce programme revêt une importance essentielle. Mais tous les citoyens doivent comprendre son importance, puisqu'il doit, à la longue, assurer une vie plus saine à tous les Canadiens. Un tableau du mode de vie des Canadiens ne serait plus complet, désormais, sans allusion à cette mesure fédérale prise pour fortifier les services d'hygiène, déjà importants et efficaces, que toutes nos provinces ont établis, et qui valent une place d'honneur à notre pays parmi les nations les plus avancées dans ce domaine.

Le Programme National d'Hygiène comporte les subventions suivantes aux provinces:

#### 1. *Subvention pour enquêtes sur la santé:*

Cette subvention, au total de \$625,000, permettra aux provinces d'instituer les rouages nécessaires aux enquêtes sur les besoins, de formuler des plans pour la dépense des subventions nationales d'hygiène, d'augmenter les ressources hospitalières et de bien organiser l'assurance des soins hospitaliers et médicaux.

#### 2. *Subventions nationales d'hygiène:*

Ces huit subventions, de manière générale, couvrent tout le champ de l'hygiène publique. Elles seront de 17,000,000 la première année pour s'élever ensuite à environ \$22,000,000, niveau qu'elles conserveront indéfiniment par la suite.

#### 3. *Subvention pour la construction d'hôpitaux:*

Ces subventions fédérales de \$13,000,000 année stimuleront puissamment la cons-

truction d'hôpitaux. Dans cinq ans, les besoins provinciaux seront examinés de nouveau et on prévoit que les subventions se continueront pour une autre période de cinq années probablement à raison de \$6,500,000 par année.

Au cours de mes années de service au Parlement et dans le Gouvernement, aucun événement n'aura été plus encourageant pour moi que l'entrée en vigueur de ce Programme National d'Hygiène au moment où je suis ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Mes collègues et moi sommes fiers de nous associer au premier ministre pour adopter un programme ouvrant de si grandes possibilités pour la santé et pour le bien-être de nos compatriotes.

Je veux cependant rendre hommage à tous les pionniers qui ont préconisé ces mesures: à tous mes prédécesseurs de l'Etat fédéral; aux autorités provinciales qui ont toujours étroitement collaboré avec nous; aux associations nationales d'hygiène qui ont appuyé ces plans; et aux parlementaires de tous les partis qui ont étudié si attentivement les problèmes d'hygiène du Canada au sein des comités de la Chambre et du Sénat.

Je sais aussi que plus d'un, parmi vous, a joué un grand rôle à cet égard, et que vous avez tous contribué à rendre l'opinion publique consciente des lacunes et désireuse de les voir corriger.

Le point culminant de toutes ces études poursuivies sur l'initiative de l'Etat fédéral fut le Programme National d'Hygiène, compris dans les propositions fédérales aux provinces, au mois d'août 1945. La mesure que le Gouvernement prend maintenant couvre et dépasse le programme en quatre points déjà proposé, sauf pour le Plan National d'assurance-maladie, dont elle constitue cependant les préliminaires essentiels d'un système complet sur l'échelle nationale. Quand ce programme sera bien en cours de réalisation, il sera possible de considérer l'adoption d'un plan national d'assurance comprenant l'hospitalisation et les soins médicaux.

Le plan annoncé par le premier ministre vise un double but: (1) Il aborde immédiatement et directement les points stratégiques du Programme Canadien d'Hygiène; (2) il ouvre la voie à l'assurance-maladie en appliquant les mesures préliminaires indispensables au succès de cette entreprise.

L'argent ne mesure pas l'efficacité des services d'hygiène, mais on a une idée de l'ampleur du Programme National d'Hygiène en considérant que dès ses débuts — en dehors des services d'hygiène pour les anciens combattants — la somme totale dépensée par tous les gouvernements au Canada, pour l'hygiène, s'augmentera de 30%. *C'est presque la moitié de ce que les provinces dépensent actuellement, et presque le double des dépenses municipales d'hygiène.*

Dans sa première année pleine de fonctionnement, le Programme coûtera plus de \$30,000,000 — plus du quadruple des dépenses actuelles de l'Etat fédéral pour les services d'hygiène en dehors des sommes dépensées pour les anciens combattants.

En vertu de la Constitution canadienne, l'hygiène relève essentiellement des provinces. Le nouveau programme en tient compte. Des arrangements seront pris pour déterminer les conditions, mutuellement acceptables, de toutes les subventions; mais l'administration des sommes dépensées restera entièrement sous la juridiction des provinces. Celles-ci ont institué des services d'hygiène modernes et efficaces. Elles recevront à l'avenir des subventions leur permettant d'étendre leur programme et de faire le travail pour lequel vous attendez tous, depuis longtemps, les indispensables ressources financières.

## 2. SUBVENTION POUR ENQUÊTES SUR LA SANTÉ.

Un bon programme d'hygiène doit être fondé sur les faits. L'action doit être fondée sur la connaissance précise des besoins, et les programmes d'hygiène doivent suivre le progrès des renseignements. Faute de bien connaître la situation de l'hygiène au Canada, nous avons inévitablement, dans le passé, pensé

d'une manière négative. Nous avons souvent évalué nos succès d'après le nombre de nos échecs. Les statistiques de décès et de maladies contagieuses nous ont mal renseignés sur l'étendue de la maladie. Les lacunes de notre information ont empêché les programmes à longue portée, dans plusieurs secteurs du champ de l'hygiène.

Tout cela changera, grâce aux subventions fédérales pour enquêtes sur la santé. Toutes les provinces pourront payer et exécuter des études sur leurs besoins. Elles commenceront probablement par déterminer leurs régions d'hygiène, afin de mieux utiliser leurs subventions d'hygiène publique. Des enquêtes pourront s'effectuer, sur une grande échelle, sur les locaux d'hospitalisation nécessaires. Enfin, les provinces pourront s'installer pour préparer leur propre organisation d'un programme provincial d'assurance, comportant l'hospitalisation et les soins médicaux.

### 3. LES SUBVENTIONS NATIONALES D'HYGIÈNE.

Les subventions nationales d'hygiène sont données sous huit chefs. Les possibilités qu'elles ouvrent constituent un splendide programme en huit points pour le progrès de l'hygiène. Mais je me bornerai, aujourd'hui, à esquisser les principaux aspects de ces subventions, et quelques-uns des nombreux progrès qu'elles rendent possibles pour tous les spécialistes de l'hygiène publique. Les huit subventions sont les suivantes:

- (a) *Subvention générale d'hygiène publique:*  
\$4,404,000 à \$6,500,000.

Une subvention de 35 cents par tête, soit \$4,404,000 pour tous les Canadiens, sera versée aux provinces, pour consolider ceux de leurs services d'hygiène publique qui, à leur avis, en ont le plus besoin. Ces subventions seront augmentées de 5 cents par année, à concurrence de 50 cents par tête, soit un total de \$6,500,000.

Avec ces fonds supplémentaires, les provinces pourront réduire encore leur taux, déjà déclinant, de mortalité infantile et maternelle.

Elles pourront prendre des mesures préventives contre la cécité. Elle pourront chasser des maladies comme la variole, la diphtérie et la typhoïde. Elles pourront lancer une vigoureuse campagne contre ces fléaux estropiants: la poliomyélite, l'arthrite et le rhumatisme, et développer et consolider leurs progrès dans tous les autres domaines.

- (b) *Subvention pour la lutte antituberculeuse:* \$3,000,000 à \$4,000,000.

Il sera enfin possible de lancer une campagne finale et décisive pour la défaite complète de la tuberculose. L'Etat fédéral versera, pour cette fin, une subvention annuelle de \$3,000,000, portée à \$4,000,000 en un certain nombre d'années.

Cette subvention aidera les provinces à intensifier leurs efforts antituberculeux et stimulera puissamment tous ceux qui luttent depuis longtemps pour débarrasser les Canadiens de cette maladie.

- (c) *Subvention d'hygiène mentale:*  
\$4,000,000 à \$7,000,000.

Dans la tension et la confusion de la vie actuelle, aucun problème d'hygiène n'est plus alarmant et plus urgent que la propagation des maladies mentales. Il faudra toutes les ressources de votre intelligence et de votre labeur pour écarter ces menaces qui assiègent notre civilisation. Mais la lutte entre dans une phase nouvelle. Les subventions fédérales, qui seront portées de \$4,000,000 à \$7,000,000 dans une période de plusieurs années, permettront aux hygiénistes de sortir des limites de l'hôpital pour porter leur action préventive au sein de la population.

- (d) *Subvention pour la lutte antivénéérienne:*  
\$500,000.

L'Etat fédéral verse actuellement \$225,000 par an pour aider les provinces dans la lutte antivénéérienne. Il portera cette subvention à \$500,000, pour permettre aux provinces leurs efforts et de hâter leurs succès.

- (e) *Subvention pour les enfants infirmes:*  
\$500,000.

Des progrès considérables ont été réalisés depuis quelques années dans la lutte contre les infirmités de l'enfance, mais il n'existe pas de programmes suffisants pour prévenir, enrayer et traiter les affections qui rendent les enfants infirmes. Une subvention annuelle de \$500,000 sera versée à ces fins.

- (f) *Subvention pour formation professionnelle:* \$500,000.

Le Canada manque, depuis longtemps, de spécialistes en hygiène publique. Nous manquons aussi de personnel entraîné pour nos hôpitaux qui se développent sans cesse, et le Programme National d'Hygiène provoquera des initiatives exigeant un personnel supplémentaire. Des subventions, au total de \$500,000 par an, faciliteront la formation de ces spécialistes. C'est le double du montant proposé en premier lieu.

- (g) *Subventions aux recherches en hygiène publique:* \$100,000 à \$500,000.

L'esprit d'initiative d'un ministère de la Santé publique se traduit par l'intérêt qu'il porte aux recherches. L'Etat fédéral donnera une subvention annuelle de \$100,000, portée à \$500,000 en cinq ans, pour encourager les recherches en hygiène publique. Ces subventions compléteront celles que le Conseil National de recherches donne déjà pour les recherches médicales. Ces dépenses seront un placement, récupéré plus tard sous forme de bonne santé. Les grands progrès permis par l'insuline, par l'anatoxine diphtérique, par les sulfamidés et par les antibiotiques, au cours de ce siècle, sont des exemples des résultats lointains obtenus grâce à de patientes recherches.

- (h) *Subvention pour la lutte anticancéreuse:*  
\$3,500,000.

Le cancer est la deuxième cause de décès au Canada. Pour la première fois, une campagne

nationale réellement intensive devient possible contre cette maladie. Une subvention entièrement nouvelle de \$3,500,000 aidera au développement d'énergiques programmes provinciaux. Elle permettra la mobilisation des spécialistes nécessaires pour procurer le diagnostic précoce et le traitement expert qui sont le meilleur espoir du cancéreux. Cet effort doit compléter, sans les supplanter, les travaux entrepris pour découvrir la cause de cette terrible maladie.

#### 4. SUBVENTIONS POUR CONSTRUCTION D'HÔPITAUX

La pénurie d'hôpitaux est un des problèmes urgents qui se posent aujourd'hui au Canada. Les propositions de 1945 comportaient des prêts à faible intérêt pour encourager la construction d'hôpitaux. Mais l'urgence de ce problème est telle que nous avons envisagé une action directe et radicale. Pour obtenir les résultats voulus, l'Etat fédéral versera aux provinces des subventions, atteignant un total de \$13,000,000 par an pendant une période d'au moins cinq ans, après quoi les besoins de la période suivante seront examinés, et les subventions ajustées en conséquence.

Des formules seront étudiées, en consultation avec les provinces, pour la répartition de ces subventions, comme de toutes les subventions nationales d'hygiène, mais nous espérons que ces subventions pour construction d'hôpitaux procureront plus de 40,000 lits d'hôpitaux.

Les renseignements qui seront rassemblés grâce aux subventions pour enquêtes sur la santé feront connaître les besoins provinciaux, en matière d'hôpitaux. En tenant compte des besoins régionaux pour choisir le type et l'emplacement des nouveaux hôpitaux, il sera possible de corriger les défauts actuels dans la répartition des hôpitaux et des services médicaux, particulièrement entre zones rurales et zones urbaines. A l'heure actuelle, on manque surtout d'hôpitaux pour maladies mentales, pour maladies chroniques, et d'hôpitaux de convalescence. On manque aussi sérieusement d'installations pour soigner les tuberculeux.

### 5. ASSURANCE-MALADIE

Le grand programme national d'hygiène, en trois points, du Gouvernement fédéral, n'indique pas l'inauguration immédiate d'un plan national d'assurance comportant l'hospitalisation et les soins médicaux, mais il lui prépare les voies. Depuis 1945, la Division des Etudes sur l'assurance-maladie et la Division des recherches du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social font étudier, par leurs fonctionnaires et par des spécialistes de l'extérieur, des projets de législation sur l'assurance-maladie.

Il faut augmenter sensiblement le nombre des hôpitaux, fortifier et développer toute l'organisation de l'hygiène publique, augmenter considérablement l'effectif du personnel. Mais tous ceux qui s'intéressent aux progrès de l'hygiène et qui veulent préparer les voies à un plan national d'assurance-maladie doivent accueillir avec joie le programme, vaste et hardi, que l'Etat fédéral met actuellement en vigueur. L'adoption éventuelle de l'assurance-maladie dépendra, dans une large mesure, de la sagesse et de l'efficacité avec lesquelles nous aurons dépensé les sommes considérables que l'Etat fédéral met en disponibilité.

### 6. RÉSULTATS DÉJÀ OBTENUS AU CANADA

En évoquant les nombreuses ramifications du Programme National d'Hygiène, en parlant des espoirs qui nous sont désormais permis dans tout le champ de l'hygiène publique au Canada, je n'oublie pas les résultats remarquables déjà obtenus grâce à vos efforts, à ceux de vos prédécesseurs et de vos collègues. L'histoire de votre profession au Canada est brève, mais honorable. En examinant le champ de l'hygiène publique, de l'observatoire que constitue ce congrès, nous sommes frappés des résultats que les hygiénistes ont obtenu dans tous les secteurs, municipaux, provinciaux et fédéraux, et à titre de membres des grandes sociétés bénévoles d'hygiène du Canada.

Le bilan compte plusieurs postes créditeurs très encourageants: la santé moyenne s'est notablement améliorée depuis cinquante ans,

et le taux général des décès a été réduit de plus d'un tiers. Les progrès de la science médicale, dans notre pays, ont accru de presque une génération la durée moyenne de la vie.

Nous avons remporté de nombreux succès, grâce au développement et à la collaboration de tous les services d'hygiène, au Canada. Le prestige du Canada est universel, dans plusieurs domaines relevant de l'hygiène. Et ces progrès témoignent du bon travail que vous avez accompli, car, ainsi que le constate le Dr. Lewis Dublin, qui fait autorité aux Etats-Unis, il existe, dans presque toutes les régions du Canada, un service permanent d'hygiénistes professionnels plus complet que dans son propre pays.

### 7. RAPPORTS DE L'HYGIÈNE ET DU BIEN-ÊTRE

Le Canada est un des pays où la conception de l'hygiène publique est élargie, pour embrasser tout ce qui influence la vie humaine. Nous comprenons maintenant que le bien-être social est nécessairement à la base d'une vie saine. C'est en application de cette idée que le Gouvernement fédéral a groupé les divisions de l'hygiène et du bien-être dans un seul ministère.

L'existence du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social traduit dans la pratique notre conviction de l'indivisibilité de l'hygiène et du bien-être. Mais cette juxtaposition ne doit pas obscurcir un fait important: à savoir que, dans le domaine de l'hygiène publique, il ne peut être question d'alléger le fardeau de la responsabilité qui incombe aux médecins.

L'étude du niveau national de bien-être doit précéder tout examen de la situation de l'hygiène publique, à cause de la corrélation presque directe entre l'insuffisance des revenus, d'une part, la sous-alimentation et la mauvaise santé, d'autre part.

Un réseau serré de mesures de bien-être social s'est établi dans tout le Canada. Les provinces ont pris des mesures essentielles, telles que les allocations maternelles, l'indemnisation des accidents du travail, les pensions

aux vieillards et aux aveugles, et la protection du bien-être des enfants. Les municipalités assument aussi leurs responsabilités, particulièrement en matière de secours au chômage et de récréation.

L'Etat fédéral a créé les allocations familiales, des pensions aux vieillards et aux aveugles, une assurance contre le chômage, des mesures d'aide financière à la construction de logements et diverses mesures d'aide aux cultivateurs, aux pêcheurs et aux anciens combattants. *Toutes ces initiatives ont eu des effets importants sur la santé nationale.*

#### 8. L'HYGIÈNE PUBLIQUE ÉLARGIT SES HORIZONS

La lutte contre la maladie s'est transformée en lutte contre les causes de la maladie; c'est la preuve des progrès réalisés par la conception de l'hygiène publique, au Canada. Cette conception élargie tient pleinement compte de l'influence du milieu. L'hygiène publique englobe aujourd'hui des domaines comme l'hygiène alimentaire, le logement, l'hygiène sanitaire, la récréation, les conditions de travail et la situation économique.

On peut distinguer trois étapes dans l'histoire des progrès de l'hygiène publique au Canada:

1. *Action sporadique contre les épidémies* Pendant les premières années, le travail se limitait presque toujours à des mesures d'urgence contre la maladie, en comprenant les services de quarantaine et quelques mesures d'hygiène sanitaire.
2. *Mesures préventives* Les campagnes se sont élargies, pour comprendre les aspects auxiliaires de la lutte contre la maladie: hygiène sanitaire, pasteurisation, immunisation, attaques directes contre des maladies déterminées.
3. *Effort général vers la bonne santé universelle* On arrive enfin à cette conception positive de la santé totale que la Constitution de l'Organisation mondiale d'hygiène définit ainsi: « Un état de bien-être physi-

que, mental et social, et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Pendant des générations, les Canadiens ont livré, contre la maladie, ce qu'on pourrait appeler des combats d'arrière-garde. Ils ont obtenu de grands succès, mais ils disposent maintenant des ressources nécessaires pour passer à l'offensive.

Notre programme d'avenir doit être dynamique. Il doit s'adapter aux besoins des temps. Nous voulons que le niveau de l'hygiène au Canada soit le plus élevé du monde. Tout autre objectif serait indigne de nos efforts.

Votre profession obtient des résultats tangibles et inappréciables, puisqu'ils se mesurent en vie humaine et en bonheur humain. C'est une profession où l'on doit entrer avec un idéal élevé et une ferme détermination. Aujourd'hui, comme si souvent dans l'histoire de l'humanité, les forces de destruction doivent être tenues en échec par un instinct supérieur de construction et de progrès. Un nuage d'appréhension plane sur tout notre avenir. Un désastre économique mondial entraînerait une somme considérable de sous-alimentation et de maladie. Un autre désastre, la guerre atomique, pourrait ruiner la civilisation et balayer un siècle de progrès en employant les plus brillantes découvertes scientifiques pour détruire tout ce que la science a créé.

Nous pouvons seulement espérer que des hommes de bonne volonté continueront à travailler pour l'humanité, malgré ces menaces de chaos et de désastre. Dans ce monde instable, où tant d'instincts et de facteurs poussent à la destruction, les services résolus et les sacrifices conscients des hygiénistes exercent une influence stabilisante. Dans la marche vers la santé universelle de l'esprit et du corps, poursuivie à travers tant d'obstacles et de désastres, les membres de votre profession portent le flambeau de la civilisation.

Dans la conception élargie qui place la santé au nombre des droits essentiels de tout être humain, la nation ne peut assigner à ses efforts collectifs et à l'emploi de ses ressources finan-

cières un plus noble but que de fortifier la santé de tous les citoyens.

Le Gouvernement du Canada exerce un mandat démocratique et répond à la volonté du peuple en dépensant tant d'argent pour assurer la santé des citoyens. L'appui, le sti-

mulant apportés par le Programme National d'Hygiène à ceux qui travaillent actuellement dans le champ de l'hygiène publique contribueront à élever le niveau de vie de tous nos compatriotes, et fourniront un exemple au reste du monde.

## DIX ANS DE PROGRÈS<sup>1</sup>

**Ad. GROULX,**

Directeur du Service de Santé, Ville de Montréal.

Les progrès accomplis ou réalisés dans le service de santé dans le passé, ont aidé grandement à la solution de certains problèmes de santé publique, grâce aux mesures prises et aux développements de l'hygiène personnelle et publique. La moyenne de vie qui était de 45 ans est passée à 65 ans. L'éducation a joué un rôle important dans le développement de la santé publique et dans la préparation de la population à en accepter les principes, et cela parce que les services de santé sont devenus des services éducatifs.

L'augmentation apportée dans les budgets et dans le personnel démontre l'importance donnée à l'évolution de l'hygiène à Montréal. Au cours de cette causerie du «Quart d'heure de Concordia» mis à notre disposition avec tant d'amabilité par le poste CKAC, je désire vous signaler quelques-uns de ces développements que j'ai notés ici au hasard et quelques-uns des problèmes auxquels nous nous sommes attachés davantage. Le travail accompli a eu pour effet d'apporter des résultats heureux que j'ai eu l'honneur de signaler lors de ma dernière causerie à cette émission, en vous présentant le «Bilan-Santé pour 1947». Je l'ai fait avec joie, parce qu'il indique une amélioration sensible dans l'état de santé de notre population montréalaise, dont le taux de mortalité générale, vous vous souvenez, était descendu, en 1947, à son taux le plus bas soit 9.4 par

1000 de population, comparativement à 11.0 il y a 10 ans, en 1937.

Le premier fait saillant de la dernière décennie qui est digne de mention est l'augmentation très appréciable du *budget* et du *personnel* de notre Service. Pour l'année fiscale 1937-1938, les dépenses du service de santé, pour fins d'hygiène s'étaient élevées à \$553,171.08, soit une dépense de \$0.62 par tête de population; le budget voté est de \$1,348,051.00 pour l'année fiscale actuelle, 1947-1948, représentant un montant de \$1.35 par tête de population; ce qui veut dire une augmentation de plus de 100% depuis 10 ans.

Il y a eu aussi une augmentation du personnel. En 1937, il y avait 302 employés et en 1947, ce nombre avait été porté à 472 employés, ce qui représente une augmentation de 170 employés.

Les principaux problèmes dont nous nous sommes occupés sont d'abord la lutte contre les maladies contagieuses, qui n'évoluent plus aujourd'hui au rythme ancien, malgré le cycle épidémique de quelques-unes d'entre elles.

La vaccination a eu raison de la variole. L'immunisation est en train d'avoir raison de la diphtérie et aura raison de la coqueluche, comme nous l'ont laissé entrevoir les statistiques de 1947. Depuis 1928, au-delà de 315,000 enfants ont été inoculés contre la diphtérie et depuis 1944, plus de 75,000 ont été protégés contre la coqueluche par le vaccin combiné. Je prends ici la liberté de répéter l'importance

1. Causerie prononcée à l'émission «Tribune des conférenciers du poste CKAC, Quart d'heure de Concordia», le 16 février 1948, à 10.30 heures p.m.

de procurer cette protection aux très jeunes enfants, dès qu'ils ont atteint l'âge de 6 mois.

D'autres maladies contagieuses nous ont causé quelques soucis, en particulier le poliomyélite qui, en 1946, a sévi à l'état épidémique et a nécessité la formation d'un «Comité de poliomyélite», l'étude d'un plan de lutte contre la poliomyélite et l'achat, en 1938, de 10 pulmo-respirateurs.

La lutte contre la tuberculose a été un objet d'attention et de mesures nouvelles prises par le service de santé. Ce problème a été l'une des premières études importantes que nous ayons faites après mon ascension à la direction en fin d'année 1937.

Parmi les mesures prises, je signalerai la coopération assurée au «Comité provincial de défense contre la tuberculose» et la grande campagne d'éducation publique entreprise et poursuivie de 1938 à 1941; elle a nécessité plus de 400 réunions.

Nous avons pourvu à la création en 1938 d'une section de la tuberculose, devenue une *Division importante du service de santé*. Elle est dirigée par des médecins phthisiologues expérimentés comme surintendant et assistant-surintendant. Son but est d'obtenir la déclaration des cas de tuberculose de la part des institutions et des médecins, d'assurer la coordination des efforts dans la lutte contre cette maladie et de tenir un «*Fichier central*» appelé à rendre des services signalés. Elle doit en plus diriger les enquêtes épidémiologiques, rechercher les contacts familiaux et assurer la surveillance des cas à domicile. Elle pourvoit à la distribution de la tuberculine et à l'application de l'épreuve «Vollmer» dans les écoles et les consultations.

En 1940, une consultation municipale de radiologie a été ouverte pour venir en aide aux médecins praticiens; à date, plus de 139,000 radiographies y ont été prises, dont 90% à la demande des médecins; ajoutons l'organisation de l'examen aux rayons-X des candidats à une fonction municipale, celle des manipulateurs de lait (1940) et la contribution du service de

santé dans l'examen médical et radiologique des instituteurs (1941).

La «Ligue antituberculeuse de Montréal», fondée en 1943, a prêté une aide précieuse dans cette lutte par l'examen radiologique «en masse» dans les industries et actuellement parmi la population et les manipulateurs d'aliments; depuis 1944, plus de 391,000 radiographies ont été prises par les officiers de cette ligue.

Le problème des maladies vénériennes intensifié avec la dernière guerre, a nécessité la formation d'un *Comité spécial* et a été l'objet d'une étude poussée et d'un rapport fort élaboré. Il a entraîné la nomination, d'abord, d'un «officier de liaison» et une coopération plus efficace avec le Ministère provincial de la santé et la Police. Une grande campagne d'éducation publique a été lancée et poursuivie avec succès. Depuis 1945, une *division des maladies vénériennes a été créée*, organisme de liaison avec les deux services susmentionnés. D'abord placée sous la direction de l'officier de liaison, son organisation a été complétée en 1946 par la nomination d'un surintendant.

La distribution de la «Carte de santé» aux manipulateurs d'aliments et à toutes personnes pour qui elle est requise, a été réorganisée et est devenue une «*section de la division des maladies contagieuses*»; dans l'amélioration apportée à ce système, nous avons adopté le système «Cardwheel» et nous tendons à généraliser et exiger l'examen radiologique des poumons et la prise de sang.

Au point de vue de l'*administration générale* du service de santé, notre premier geste en 1937 fut de faire une étude de l'organisation du Service et, par la suite, de présenter un *Projet en vue d'apporter des améliorations à son fonctionnement*.

Parmi les plus importantes à signaler, au cours de cette décade, et dont j'ai déjà eu l'occasion de vous parler, il y a le projet de *décentralisation du service de santé par l'organisation des districts sanitaires* complété récemment par la création de la nouvelle division qui en a la direction.

D'autres améliorations importantes ont été apportées, telles la création, dès 1938, d'une «*Section de l'enseignement de l'hygiène*», attachée à la direction. Son programme est assez étendu et a rendu de grands services, grâce à la collaboration des journaux et revues et de la radio, ce qui nous a permis d'atteindre les divers groupes de la population et semer un peu partout le bon grain. L'éducation en hygiène comprend la préparation et l'entraînement du personnel et la vulgarisation. J'ai déjà eu l'occasion de vous signaler le nombre de bourses d'études octroyées et les efforts faits pour avoir un personnel qualifié. Toutes les mesures de vulgarisation sont utilisées: la presse, la radio, le cinéma, la littérature, etc.

Dans le domaine de l'*hygiène de l'enfance*, les activités ont aussi augmenté: 15 consultations municipales de nourrissons et préscolaires nouvelles ont été ouvertes. Le nombre des consultations municipales est actuellement de 60 et si nous ajoutons les «Gouttes de lait paroissiales» et celle de la «Child Welfare Association», cela veut dire que Montréal est pourvu de 87 consultations de nourrissons qui ont contribué à la diminution de la mortalité infantile à Montréal.

En 1942 une «nutritionniste» a été nommée. Son travail a consisté à inculquer les principes de l'alimentation rationnelle aux infirmières et donner des cours aux mères dans les consultations, les clubs sociaux, les organisations féminines, etc.

Les méthodes de travail dans la surveillance médicale à l'école ont été sans cesse améliorées et celle-ci a été étendue à presque toutes les écoles supérieures et collèges de la ville, y compris l'Université de Montréal.

Il faut aussi noter la création de la «*Section de l'hygiène dentaire*» et l'ouverture de 8 nouvelles cliniques dentaires, ce qui en porte le nombre à 12 et la création d'une clinique d'orthodontie (1940), à la suite d'une entente avec la faculté de chirurgie dentaire de l'Université de Montréal.

Dans les débuts de cette décennie, nous avons procédé à une réorganisation de l'inspection du

lait en établissant des sous-sections d'inspection dont le personnel inspecteur contrôle le lait dès le point de production sur les fermes et en ville, depuis son arrivée jusqu'à sa distribution chez le consommateur. Ceci nous a permis de rendre ce travail plus pratique et plus efficace.

L'inspection sanitaire a aussi été l'objet d'une réorganisation complète et d'une augmentation appréciable de son personnel. Je signalerai en particulier deux activités qui, depuis 2 ou 3 ans, ont été instituées: l'éradication des mauvaises herbes dans les limites de la Ville, avec l'aide de machines spéciales qui nous permettent d'arroser ces terrains et de détruire les plantes nuisibles, et la création d'une section nouvelle, dont le travail consiste dans la surveillance de l'enlèvement des ordures ménagères. Dans les quelques quartiers où ce travail a été fait, des résultats très intéressants ont été obtenus.

A la division de la démographie, signalons la «*centralisation des statistiques vitales*» qui nous permet d'obtenir, pour nous et pour les autres villes, des statistiques plus précises. Nous avons également procédé à la «*mécanisation du travail*» de la statistique et à la réorganisation des fonctions et méthodes de travail. Un projet d'établissement de «*zones sociales*» dans notre ville est à l'étude et des travaux de recherches sont poursuivis à ce sujet avec la coopération des Universités de Montréal et McGill.

A ces améliorations que je viens de vous signaler, je mentionne la formation d'un Comité de nutrition et la campagne d'alimentation rationnelle poursuivie en 1943, la campagne conjointe d'alimentation et d'hygiène dentaire dans les écoles qui se poursuit encore.

Dans les laboratoires, le personnel a été augmenté et les méthodes de travail améliorées vers l'application des standards reconnus.

Aux études déjà signalées, je désire ajouter la contribution du service de santé et de ses officiers dans l'étude du certificat pré-nuptial et la part prise à la Commission canadienne de la jeunesse et au Comité provincial de cette

commission et aussi dans l'organisation de la nouvelle «*Ecole d'hygiène*» de l'Université de Montréal et l'enseignement de l'hygiène publique dans certaines facultés et écoles de nos deux universités locales.

Toutes ces mesures et ces améliorations apportées au service de santé depuis 10 ans ont contribué à l'amélioration de nos statistiques vitales. Nous ne pouvons pas cependant en rester là, et, si nous les comparons avec celles d'autres villes, nous constatons qu'il reste encore beaucoup à faire.

D'autre part, la diminution appréciable de la mortalité infantile, de la mortalité maternelle, de la mortalité attribuable aux maladies contagieuses, fréquentes surtout dans l'enfance a augmenté la moyenne de vie, ce qui veut dire que la population vit plus vieille. Les

maladies de l'adulte qui prédominent comme causes principales de décès sont: les maladies du cœur, du rein, des artères, coronaires, etc.

Le problème du cancer prend de l'importance comme deuxième cause de décès: il est devenu un problème social auquel nous ne pouvons rester indifférents. Vous savez les travaux de recherches qui se poursuivent à l'heure actuelle à son sujet.

L'examen médical périodique annuel est une excellente mesure à vulgariser chez l'adulte comme il est appliqué chez le nourrisson et l'enfant. Il permettra un dépistage et un traitement précoces de la maladie.

Chacun de nous devrait s'en prémunir; ce serait là seconder le service de santé dans sa lutte contre les maladies et vous aider vous-mêmes.

---

## MÉDECINE PRÉVENTIVE À L'HÔPITAL

J.-R. BOUTIN,

Directeur médical de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

On adresse souvent aux hôpitaux le reproche de ne s'intéresser qu'à la médecine curative. Le vieil adage «*Mieux vaut prévenir que guérir*» gravé sur le frontispice de nos institutions, semblerait donc paradoxal.

Et pourtant, la médecine préventive est de la plus grande actualité. De véritables campagnes ont été organisées en ce sens depuis ces dernières années par nos différents corps publics. Faudrait-il croire que les hôpitaux retardent le mouvement d'ensemble vers une conception plus juste de la médecine? Depuis les temps les plus reculés, l'hôpital, il est vrai, a toujours eu comme unique fonction le soin des malades et des blessés. Par ailleurs, l'hôpital du XX<sup>e</sup> siècle, complète son œuvre en y ajoutant trois autres grandes fonctions: l'enseignement, la recherche scientifique et la protection de la santé publique ou, si l'on préfère, la médecine préventive.

Nos hôpitaux remplissent-ils vraiment leurs

obligations en ce qui concerne cette dernière responsabilité? Voyons le travail accompli en ce domaine et, le cas échéant, considérons les améliorations que l'on peut y apporter.

On a l'habitude de considérer la médecine préventive comme étant l'œuvre essentielle des services de santé publique. A l'état, au gouvernement, aux édiles appartient la responsabilité de surveiller et de protéger la santé publique. Aux hôpitaux, aux médecins praticiens le soin de guérir ou de soulager ceux que la maladie ou un accident a frappés. Heureusement, quoique l'on en pense, il n'en est pas ainsi.

La médecine préventive et la médecine curative dans les hôpitaux sont beaucoup plus intimement liées qu'on ne le croit en général. L'analyse un peu poussée des activités hospitalières démontre la place importante qu'occupe la médecine préventive. S'est-on arrêté à songer que dès l'arrivée d'un patient à l'hô-

pital, la médecine préventive entre en action? Voici un malade qui se présente pour un trouble quelconque: va-t-on se contenter de diagnostiquer son mal et le traiter d'une façon adéquate? Non, un questionnaire poussé, un examen général complet, des examens de laboratoire chercheront à découvrir dans l'organisme de ce malade des déficiences qui pourraient facilement passer inaperçues si l'on ne s'en tenait qu'aux troubles présentés par le malades.

Ainsi, pourquoi exiger une histoire de cas complète et un examen détaillé chez un patient qui se présente uniquement pour amygdaléctomie? ou encore, pour une simple fracture à la suite d'un banal accident de ski, ou encore, chez une nouvelle accouchée? Pourquoi? Parce que l'hôpital comprend ses responsabilités et entend remplir une de ses grandes fonctions: la médecine préventive. Une histoire de cas complète, des examens de routine de laboratoire, tels que l'analyse des urines, la formule sanguine, l'azotémie et la glycémie, le Bordet-Wassermann ont prévenu des évolutions regrettables qui auraient entraîné un grand nombre de patients vers une issue fatale. Combien de malades tuberculeux ou cancéreux ignorés qui doivent aujourd'hui la vie à un cliché pulmonaire, à un examen des seins ou à un simple toucher rectal à l'occasion d'un examen général, lors de leur administration à l'hôpital pour toute autre cause? Qui dira le nombre de malades chez qui une simple glycémie ou un Bordet-Wassermann de routine ont conjuré un diabète ou une syphilis en évolution?

Que d'amygdalites chroniques passées inaperçues, de goîtres au début, de lésions cardiaques, de pointes de hernie, etc., ont été découverts lors de cet examen général pratiqué dans nos hôpitaux? Les hôpitaux exigeraient-ils seulement cet examen complet et les examens de laboratoire de routine à l'admission de tous leurs malades que, déjà, ils rempliraient une large part de leurs responsabilités envers la protection de la santé publique. La

simple histoire de cas de nos hôpitaux fait plus pour la médecine préventive que bien des campagnes en faveur de la sauvegarde de santé de la population.

Mais là ne se résume pas le travail des hôpitaux dans ce domaine. Considérons, par exemple, les statistiques de la mortalité maternelle au cours des vingt dernières années. Autrefois, les médecins entrevoyaient à peine la possibilité de diriger les futures accouchées vers l'hôpital. Aujourd'hui, il faudrait doubler et tripler le nombre des lits nécessaires aux cas de maternité. Les résultats? Alors que le taux de mortalité maternelle, en 1925, dépassait 5. pour 1,000 naissances, en 1945 le taux était diminué à 2.1 par 1,000 naissances.

Depuis 20 ans, les mortalités dues aux maladies contagieuses ont diminué dans les proportions de 70 à 80% dans les diverses provinces du Dominion. Les hôpitaux ont joué un grand rôle dans ce résultat remarquable. Sans doute, dans les grandes villes, il existe des centres spécialisés pour recevoir les cas de maladies contagieuses. Mais il n'en reste pas moins vrai que le dépistage se fait souvent à l'hôpital général. Dans les petits centres, l'hôpital reçoit les contagieux et assume ainsi la responsabilité de protéger la population.

Parmi les maladies contagieuses, une attention toute spéciale doit être portée à la tuberculose. Le travail des hôpitaux dans le dépistage et la prévention de la tuberculose est considérable. Aujourd'hui, les portes des hôpitaux s'ouvrent de plus en plus grandes aux tuberculeux. En dépit de la crise d'hospitalisation que nous traversons présentement, les administrateurs d'hôpitaux prêtent volontiers leur concours et se font un devoir d'accepter les tuberculeux lorsqu'ils ne présentent pas de lésions avancées ou une expectoration positive. Les décès par cette terrible maladie, au cours des vingt dernières années, accusent une diminution de 50%. Une grande part des excellents résultats obtenus revient sans doute à la vaccination anti-tuberculeuse par le B.

C. G. dans les pouponnières et les services de pédiatrie.

Les statistiques de décès par suite du cancer ne sont pas aussi heureuses; en dépit de la lutte anti-cancéreuse, le taux des décès par cette maladie continue d'augmenter. Cependant, cette lutte trouve un écho dans nos hôpitaux. Nos grandes institutions adoptent de plus en plus la formule du Centre Anti-Cancéreux qui réunit tous les spécialistes intéressés à la lutte contre le cancer. Pathologistes, radiologistes, chirurgiens, médecins et spécialistes consacrent beaucoup d'énergie à tenter d'enrayer la marche foudroyante de ce fléau.

Les cliniques externes constituent peut-être le plus grand champ d'action de la médecine préventive dans nos hôpitaux. L'examen général de l'admission superposable à l'histoire de cas du dossier d'hospitalisation rend d'immenses services à tous les malades qui fréquentent les cliniques. Cet examen faisait dire récemment à un médecin surpris du travail imposé par une telle organisation: « Nous en sommes rendus à un point où les malades des dispensaires sont mieux examinés qu'à nos bureaux privés. » C'est un hommage indirect à nos hôpitaux pour leur magnifique travail en faveur de la médecine préventive.

La clinique maternelle dispense ses conseils aux futures mères, surveille l'évolution de la grossesse, prescrit une alimentation appropriée et les analyses qui peuvent prévenir les complications, telles que les infections, les hémorragies, les toxémies, l'avortement. Elle procède aussi à un examen périodique en vue de déceler une mauvaise présentation, un rétrécissement du bassin, etc.

La clinique infantile suit les nourrissons, prescrit les régimes alimentaires adéquats, vaccine contre la coqueluche, la variole et la diphtérie.

La clinique dentaire aide à la conservation de dents saines, élément indispensable à une bonne santé.

La clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie sup-

primera les foyers d'amygdalite, précurseurs d'infections diverses de l'organisme. La clinique d'Ophthalmologie préconisera le port de lunettes à un patient traité depuis longtemps, sans succès, pour des maux de tête, arrêtera le développement d'une myopie ou empêchera l'évolution d'un glaucome.

La clinique du diabète a sauvé bien des malades qui s'acheminaient irrévocablement vers l'acidose, le coma et la mort.

La clinique de syphiligraphie et des maladies vénériennes, sous les auspices du Ministère de la Santé, joue également un rôle prépondérant dans la protection de la santé publique.

Toutes les autres cliniques, quelles qu'elles soient, sont appelées à servir ainsi la médecine préventive. Jusqu'à la clinique d'urgence qui, par une simple injection de sérum antitétanique, jouera son rôle de prévention.

La défense du service médico-social dans nos hôpitaux n'est plus à faire. Ce dernier-né dans la grande famille des services hospitaliers est déjà très vigoureux et s'impose à l'attention de tous. Le travail médico-social constitue un grand facteur dans la médecine préventive. Grâce au service social, le tuberculeux sera suivi à domicile et cette surveillance préviendra des complications graves. Le diabétique poursuivra son existence avec un régime bien balancé, sous l'œil discret de l'infirmière visiteuse. Le syphilitique qui se croit guéri et néglige son traitement sera repêché et ramené à la clinique. Le cancéreux sera prévenu à temps de se présenter à l'hôpital pour une autre série de traitements. Le rhumatisant, le bronchitique chronique qui retournent à leurs taudis humides verront, grâce à la travailleuse sociale, des organismes de bien-être s'occuper de leur trouver un logement plus sain. Le patient qui refuse énergiquement toute opération subira l'influence persuasive de la sympathique auxiliaire sociale qui le conduira à la salle d'opération. Grâce encore à ce service, le « follow-up » des patients a permis de protéger bien des vies, en surveillant l'évolution de maladies traitées antérieurement à l'hôpital.

Nous pourrions continuer longtemps dans cette direction mais nous avons soulevé suffisamment le voile pour que tous les lecteurs comprennent le travail considérable des hôpitaux en faveur de la médecine préventive. Est-ce à dire que les hôpitaux donnent le rendement maximum dans ce domaine? Nous croyons, au contraire, qu'il y a encore beaucoup à faire dans cette voie. Les hôpitaux se doivent de développer chez le médecin le souci de la préservation de la santé, l'habitude de l'examen périodique, l'établissement de sains régimes alimentaires, la responsabilité de l'enseignement de l'hygiène générale auprès de leurs patients.

Au sujet de l'examen périodique, les hôpitaux devraient systématiquement procéder à l'examen de leur propre personnel: gardes-malades, auxiliaires et autres. Les employés d'hôpitaux sont parfois bien mal servis dans leur propre institution. Tout hôpital doit comprendre que son devoir de protéger la santé publique commence par la protection de son personnel: cette notion fut quelque peu oubliée durant la guerre par suite du changement considérable et tellement rapide du personnel.

Les cliniques externes doivent être réellement des centres de dépistage par un meilleur examen des malades qui s'y présentent; mieux vaut ne recevoir que vingt patients et les faire vraiment bénéficier de leur passage à la clinique que de traiter sommairement cent patients pour des supposés troubles fonctionnels qui cachent des lésions organiques graves.

Les hôpitaux devraient constituer dans leurs dispensaires des cliniques-diagnostiques qui rendraient des services précieux dans le domaine de la médecine préventive. Elles existent de plus en plus pour les malades fortunés, pourquoi les indigents n'en retireraient-ils pas également les mêmes avantages?

On pourrait ajouter sur la liste des cliniques de nos grands hôpitaux la clinique d'hygiène mentale. L'examen physique périodique a fait ses preuves et recueille de nouveaux adeptes tous les jours. Il est à souhaiter qu'il

en soit bientôt ainsi pour l'examen psychiatrique préventif. Que de psychonévroses et de calamités familiales et sociales seraient évitées par l'organisation d'une telle clinique.

Les hôpitaux généraux doivent se faire un devoir de consacrer encore plus d'énergie à la lutte anti-tuberculeuse. Ils doivent augmenter les facilités de traitement et d'isolement de ces malades à l'hôpital général. Un cliché pulmonaire de routine devrait être fait à tous les malades admis dans nos hôpitaux. Des statistiques dans ce domaine ont démontré que près de 10% des patients présentaient des lésions pulmonaires tuberculeuses ou autres.

En plus de développer les centres anti-cancéreux, les hôpitaux devraient organiser des centres de dépistage du cancer; il ne suffit pas de traiter adéquatement un cancer en évolution, il faut essayer d'en prévenir les ravages par la création de cliniques de dépistage sous la direction de spécialistes compétents.

Enfin, une plus grande coopération devrait exister entre les hôpitaux et les services de santé publique. Dans les petits centres, l'hôpital doit collaborer au programme de la médecine préventive en ouvrant ses portes à l'Unité Sanitaire et en mettant ses laboratoires et ses locaux à la disposition des préposés à la garde de la santé publique. Dans les grands centres, les hôpitaux devraient concourir, avec les organismes d'hygiène publique, à la création et à l'organisation d'un centre civique de la santé constitué par des représentants des hôpitaux, des bureaux de santé, des organismes de bien-être social, des diverses sociétés médicales, des associations de gardes-malades et de tous les corps intéressés.

Un tel concours de toutes les bonnes volontés serait un merveilleux apport à l'amélioration de la santé publique et compléterait l'œuvre des hôpitaux en faveur de la médecine préventive.

En terminant, nous demandons à tous de combattre cette fausse impression du désintéressement des hôpitaux vis-à-vis de la médecine préventive. Autrefois, dans l'esprit de la majorité des gens, l'hôpital constituait « l'an-

tichambre de l'« Au-delà » . . . Par suite du développement et du progrès de la science médicale, l'hôpital devint le refuge de ceux qui venaient y chercher la guérison. Aujourd'hui,

d'hui, grâce à la médecine préventive, l'hôpital moderne constitue vraiment une institution d'enseignement où l'on apprend à conserver sa santé et à se prémunir contre la maladie.

## LA LUTTE CONTRE LE CANCER <sup>1</sup>

**Origène DUFRESNE,**

Sous-directeur et président du Bureau Médical de l'Institut du Radium de Montréal.

Le cancer, ce fléau social, qui occupe le second rang dans des causes de décès, (après les maladies du cœur), constitue à l'heure actuelle, l'un des problèmes les plus angoissant de la Santé Publique.

Cette maladie qu'est le cancer affecte lourdement notre capital humain. Durant la guerre 1940-45, le Canada a perdu deux fois plus de vies par le cancer que par les engins meurtriers (80,000 décès par cancer; 38,834 hommes tués ou disparus sur les champs de combat). La Province de Québec perd annuellement plus de 3,500 vies par cancer. Et, ce qui est plus alarmant encore, c'est que ce taux augmente d'année en année.

En 1945, le taux de la mortalité par cancer dans la ville de Montréal a été de 134.7 pour 100,000 de population; en 1946, il était de 146.3 pour 100,000 de population; c'est plus que le double du taux de mortalité par tuberculose, taux pourtant élevé dans notre grande ville. Au Canada, comme aux Etats-Unis, le taux de mortalité par cancer représente 13 pour cent de tous les décès. En face de ce grave péril, que font ceux qui sont chargés de la santé des citoyens canadiens?

Dans presque toutes les provinces du Canada, la lutte est engagée contre le cancer. On avertit le public d'être sur ses gardes, et de consulter le médecin, dès l'apparition d'un signe suspect de cancer; on établit des centres pour dépister les cancers à leur apparition; on installe des équipements ultra-complets et ultra-perfectionnés pour traiter les cancéreux;

puis on poursuit des recherches sur les causes du cancer et sur les meilleurs moyens de guérir cette maladie.

C'est dire que l'on n'hésite pas à affronter ce terrible fléau qu'est le cancer, et à tout mettre en œuvre pour réduire sa mortalité et sa morbidité. Espérons que dans notre province, une lutte méthodique et efficace endiguera bientôt les méfaits de cette plaie sociale.

### QU'EST-CE QUE LE CANCER?

Le cancer n'est pas une bête avec de longues pattes, s'enfonçant si loin dans les tissus qu'elles ne peuvent jamais être totalement extirpées de l'organisme. Non! le cancer est un amas de cellules devenues anarchiques, que l'on peut enlever en totalité, et il est possible de sauver ainsi la vie des individus, sur lesquels ces cellules monstrueuses évoluaient et se multipliaient indéfiniment.

### QUE FAUT-IL ENSEIGNER AU PUBLIC SUR LE CANCER?

Avant tout, il ne faut pas cesser de répéter au public que le cancer est guérissable; il faut aussi le renseigner sur les signes précoces du cancer; enfin il faut l'inviter instamment à consulter un médecin périodiquement, ou du moins dès l'apparition d'un signe inusité, faisant suspecter le cancer.

Le cancer, masse de cellules autonomes et agressives, en prolifération indéfinie, se révèle extérieurement à nos yeux, soit par une bosse (au sein, au cou ou ailleurs); soit par une induration de consistance ferme (dans la peau, dans la langue; soit par une plaie tor-

1. Causerie prononcée au poste CKAC, le mardi, 5 avril 1948, à 7.45 heures du soir.

pide (sur la peau, sur les lèvres, sur la muqueuse des joues).

Lorsqu'il évolue à l'intérieur de l'organisme, le cancer y manifeste souvent sa présence par certains symptômes généraux, dus à l'atteinte de l'organisme, tels l'amaigrissement et la perte de force. Mais ce sont surtout les troubles fonctionnels, provoqués par le développement du cancer à l'intérieur des organes, qui attirent notre attention. Voici quelques-uns de ces signes révélateurs du cancer: une *toux chronique* avec de l'amaigrissement et des crachats suspects, dans le cancer du poumon; une *difficulté à avaler*, en plus d'un amaigrissement, dans le cancer de l'œsophage; un *enrouement* et une *douleur à la déglutition*, ainsi que de l'amaigrissement, dans le cancer du larynx; une *perte inexplicable d'appétit* et un *dégoût sélectif pour les viandes*, associés à de l'amaigrissement et à de l'anémie dans le cancer de l'estomac; une *constipation opiniâtre* ou une *diarrhée prolongée*, accompagnée de mucus teinté de sang et d'amaigrissement dans le cancer d'intestins; enfin le *saignement capricieux et peu abondant*, qui survient sans cause et qui disparaît comme il est venu, avec de l'amaigrissement et une perte de force, dans les cancers de la matrice, des reins et de la vessie.

A sa *période initiale*, le cancer respecte habituellement les nerfs et ne *cause pas de douleurs*, à moins qu'il n'évolue dans un os, où il comprime les filets nerveux; ou bien qu'il ne se développe dans une cavité musculaire, où il provoque des contractions douloureuses.

Cette absence de douleurs, durant une grande partie de l'évolution des cancers, est un grand malheur pour l'humanité! Car beaucoup trop de gens, attendent l'apparition des douleurs avant de consulter leur médecin. Or, à ce moment-là, il est souvent trop tard pour escompter une guérison. En effet, le cancer qui a envahi les tissus avoisinants est difficilement extirpable; et le cancer qui a essaimé par les vaisseaux lymphatiques ou sanguins, dans des organes situés à distance, est devenu incurable.

Il est donc extrêmement important d'attirer l'attention du public, par des conférences, des articles de revues ou de journaux, des causeries à la radio, des tracts, des affiches, des films, etc. . . . sur les signes précoces des principaux cancers, afin que les gens aillent consulter leur médecin à la phase de curabilité des cancers. Car, ne l'oublions jamais, les possibilités de guérison d'un cancer sont d'autant plus grandes, que ce cancer est traité plus à son début.

#### PAR QUELS MOYENS PEUT-ON DIAGNOSTIQUER PRÉCOCEMENT UN CANCER?

Lorsqu'un patient va consulter son médecin pour les signes mentionnés précédemment, une grande responsabilité repose sur les épaules de ce médecin. Car, c'est lui qui doit soupçonner ou reconnaître les signes du cancer; qui doit établir ou voir à obtenir un diagnostic de certitude, et qui doit appliquer ou conseiller un traitement adéquat. Comme il ne veut faire courir aucun risque à son malade, en laissant évoluer la lésion jusqu'à ce qu'elle devienne facilement diagnosticable, il se sent obligé de prendre sur le champ, tous les moyens requis pour préciser la nature du mal.

Par une histoire très détaillée de la maladie et un examen clinique bien fait, le médecin de famille pourra dépister bien des cancers à leur début. Avec ses yeux et quelques instruments simples, il constatera les modifications suspectes de la peau, et des muqueuses cavitaires facilement accessibles, qui lui révéleront la présence d'un épithélioma. Avec ses oreilles, il entendra l'enrouement, la toux et les bruits qui lui feront penser au cancer des voies respiratoires. Avec ses doigts, il sentira les masses indolores et de consistance ferme qui siègeront dans la peau, dans un carrefour ganglionnaire, dans un organe ou dans une cavité explorable au toucher. Si son examen clinique lui laisse des doutes sur l'existence d'un cancer, le médecin praticien pourra alors recourir, suivant le siège de la lésion: à l'examen aux rayons-X de la région suspecte; à l'inspection d'une cavité profonde à travers

un tube contenant lumière et lentilles; à l'analyse du sang au point de vue cytologique, biochimique et physique; à la recherche de cellules cancéreuses dans les sécrétions de certaines cavités; enfin, et surtout, à l'étude microscopique de la structure d'un fragment prélevé au niveau de la lésion, ou mieux de la structure de toute la lésion extirpée, quand la chose est possible.

Auditrices et auditeurs invisibles, n'hésitez pas à vous soumettre à ces examens approfondis. Ils sont nécessaires pour dépister précocement un cancer et pour vous éviter de devenir une proie inéluctable de cette terrible maladie.

#### EN QUOI CONSISTE UN TRAITEMENT ADÉQUAT DU CANCER?

Pour guérir un individu souffrant de cancer, il faut le débarrasser de toutes les cellules cancéreuses ou anarchiques qu'il porte. Mais les moyens à utiliser, pour atteindre cette fin, varient avec la nature, le siège et le stade de développement de la tumeur cancéreuse. Les cancers de la peau et de la bouche, s'ils sont pris au début, peuvent être détruits par une coagulation électrique, ou par des rayons-X caustiques, en quelques minutes; mais les mêmes cancers, s'ils ont déjà envahi les ganglions, ou les cancers difficilement curables, à cause de leur nature ou de leur siège, comme les cancers de l'estomac, du rectum, du col utérin, du sein, etc., requièrent, pour leur extirpation complète et définitive, soit des opérations compliquées pratiquées par des chirurgiens expérimentés, soit des traitements de rayons-X ou de radium, administrés par des radiologistes versés en radiothérapie; soit encore des traitements chirurgicaux et radiothérapeutiques combinés, faits par des spécialistes compétents, travaillant en collaboration.

Ce n'est que par des traitements adéquats, que l'on peut espérer obtenir la guérison des cancers difficilement curables. Et j'ajouterai que ce n'est que par des traitements adéquats: résection de nerfs sensitifs; extirpation de certaines glandes à sécrétion interne; radiothé-

rapie sur le système nerveux sympathique; médication analgésiante sans être stupéfiante, que l'on peut soulager les cancéreux incurables et leur assurer une survie tolérable.

#### QUELS SONT LES DEVOIRS DES POUVOIRS PUBLICS VIS-À-VIS DES CANCÉREUX?

Pour faciliter le dépistage des cancers, nos pouvoirs publics pourraient instituer dans les unités sanitaires, ou dans les petites villes de notre province, des cliniques périodiques et gratuites, par des médecins préparés à cette fin. De plus, pour éviter à plusieurs cancéreux, de parcourir de grandes distances pour aller se faire traiter, nos gouvernements pourraient équiper et subventionner à peu de frais, des centres régionaux pour le traitement des cancéreux facilement curables, par des médecins entraînés à ces thérapeutiques un peu spéciales.

Pour les cancéreux difficilement curables, et pour les cancéreux incurables, nos dirigeants pourraient construire de *grands centres anticancéreux*, semblables à ceux des autres provinces du Canada et à ceux des autres pays. Dans ces centres, seraient groupés des médecins, des chirurgiens, des radiologistes et des hommes de laboratoire spécialisés en cancer; dans ces centres seraient installés des appareils de diagnostic et de traitement très complets et très perfectionnés, en nombre suffisant pour répondre au besoin des cancéreux; dans ces centres, l'on poursuivrait des recherches cliniques, chimiques et biologiques sur le cancer: dans ces centres, l'on permettrait aux futurs médecins de se bien familiariser avec les signes précoces et l'évolution des cancers; dans ces centres, l'on formerait des spécialistes en cancer (médecins, chirurgiens, radiothérapeutes, etc.); dans ces centres l'on préparerait des gardes-malades pour prendre soin des cancéreux; dans ces centres enfin, l'on entraînerait des techniciens et des techniciennes pour la prise des radiographies, pour le contrôle des appareils de rayons-X à très haut voltage, pour la manipulation du radium et pour l'utilisation de l'énergie nucléaire.

Pour permettre aux cancéreux peu fortunés,

de se faire traiter, les pouvoirs publics pourraient peut-être défrayer le coût du transport de ces malades, s'ils demeurent très éloignés des centres de diagnostic et de traitement, et assumer tous les frais de leurs traitements en vertu d'une loi spéciale d'assistance publique.

**A QUELLES OBLIGATIONS MORALES SONT TENUS  
TOUS LES CITOYENS DE NOTRE PROVINCE?**

Le cancer, on le sait, apparaît de préférence chez les gens âgés de 40 à 60 ans; mais on le rencontre aussi chez les enfants, chez les adolescents, chez les adultes jeunes et chez les vieillards. C'est donc dire que l'âge n'est pas une garantie contre le cancer. Les femmes, bien que le plus fréquemment atteintes du cancer au sein et à l'utérus; et les hommes, quoique le plus souvent frappés par le cancer à la peau, au tube digestif, aux voies respiratoires et au système urinaire, ne sont pas épargnés de cette affection dans tous leurs autres organes ou tissus.

Les obligations morales qui incombent à chacun de nous, victime possible du cancer, sont donc les suivantes: ne pas négliger de consulter un médecin, au sujet de troubles qui vont graduellement en s'accroissant et dont on ignore la cause; approuver par nos paroles, par nos écrits et par notre conduite, ceux de nos gouvernants qui, conscients de leur responsabilité, veulent bien nous fournir les moyens de dépistage précoce et de traitement adéquat du cancer; enfin, répondre à l'appel des organisateurs de la souscription actuelle pour organiser une lutte sans merci contre le cancer. C'est en se donnant tous la main, que, a) publicistes, b) médecins, c) gouvernants, d) sociologues, et e) citoyens qui composent la population du Québec, réussiront à vaincre, par une étroite coalition de leurs efforts, ce terrible fléau social qui fait tant de ravages dans notre Province. Ce fléau social, contre lequel il nous faut lutter énergiquement, vous le connaissez tous, mesdames et messieurs, *C'est le Cancer.*

## LES MALADIES VÉNÉRIENNES <sup>1</sup>

**Fernand DUSSAULT, M.P.H.,**  
Surintendant de la division des maladies vénériennes (Montréal).

Durant la dernière guerre, vous avez beaucoup entendu parler des maladies vénériennes. Il faudrait, cependant, prendre garde de croire qu'elles ne sont qu'un phénomène de temps de guerre et qu'elles cessent d'être un problème en temps de paix. Il importe de vous rappeler que ces maladies sont toujours parmi nous et en grand nombre.

Vous ignorez sans doute, et il est bon que vous le sachiez, qu'au Canada les maladies vénériennes font plus de ravages que cinq maladies contagieuses réunies, maladies que vous connaissez bien et contre lesquelles vous cherchez à vous protéger: la paralysie infantile, la typhoïde, la diphtérie, la tuberculose et la scarlatine.

1. Causerie prononcée à l'émission « Hygiène et santé », au poste CKAC, le vendredi, 6 février 1948, à 7 heures p.m.

Ici, à Montréal, on a déclaré, en 1946, (les chiffres de 1947 ne sont pas encore connus) 3,578 cas de syphilis et 4,173 cas de gonorrhée, ce qui fait un total de 7,751 cas de maladies vénériennes et ce qui donne une moyenne de 21 cas par jour. Notez bien que ceci n'est qu'un minimum; nous sommes sûrs qu'ils y a au moins ce nombre, mais nous sommes également convaincus qu'il y en a bien des fois plus. Cependant, nous avons des raisons de croire qu'il y a moins de maladies vénériennes à Montréal qu'en 1944, alors qu'on a pris des mesures énergiques et qui sont toujours en force pour diminuer leur propagation.

Aux Etats-Unis, où la déclaration des cas semble, en général, beaucoup plus satisfaisante et où les moyens de dépistage sont plus nombreux et plus efficaces, on estime que le

tiers seulement des cas de syphilis sont rapportés. On a aussi établi durant la guerre que, pour un cas de syphilis, il y en a six de gonorrhée. Or, en se basant sur le nombre de cas de syphilis déclarés à Montréal, si on appliquait ces données de 3 cas de syphilis pour un déclaré et de 6 cas de gonorrhée pour un de syphilis, on arriverait à des chiffres, pour notre ville, qui, tout en étant hypothétiques, ne manqueraient pas de vous étonner.

Cet écart entre les cas connus et tous les cas existants est ce qui inquiète et préoccupe actuellement les personnes qui s'intéressent au contrôle des maladies vénériennes.

Le docteur Albéric Marin, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Montréal et chef de clinique à l'hôpital Notre-Dame, déclarait au cours d'une conférence publique au Monument National, le 5 février 1945: « A peine 10% des syphilitiques qui sont parmi nous se font traiter. Il y en a 90% qui sont infectés, qui non seulement sont menacés de tous les désastres que vous connaissez, mais qui, en plus, pour un bon nombre, disséminent cette infection, les uns sans le savoir, les autres sans s'en soucier. »

Sans savoir ou sans se soucier: voilà le drame.

Avec les moyens modernes de traitement sûr et rapide, il devrait y avoir de moins en moins de ces cas qui restent sans traitement et qui constituent le grand facteur de propagation des maladies vénériennes.

Notez bien qu'aujourd'hui il n'est plus question d'années ou de mois pour guérir une syphilis au début de l'infection, mais bien plutôt de quelques jours; et pour guérir une gonorrhée, il n'est plus besoin de mois ou même de jours mais bien de vingt-quatre heures.

Alors, quiconque a des raisons de croire qu'il a une infection vénérienne, ou s'il a le moindre doute, qu'il n'hésite pas à consulter immédiatement ou son médecin ou une clinique ou son Service de Santé. Une telle démarche lui procurera la quiétude, le conduira à une guérison rapide, s'il est infecté, et préviendra que d'autres soient malades à cause de lui. Son propre intérêt et son devoir l'invitent à agir ainsi.

Si vous considérez le grand nombre de personnes qui en sont atteintes, les misères et les drames qu'elles provoquent, les infirmités et les morts prématurées dont elles sont responsables, les victimes innocentes qu'elles frappent, vous comprendrez facilement que les maladies vénériennes sont un problème de santé publique de premier ordre. Peut-on en espérer une solution satisfaisante? La réponse est oui. Cette solution a été trouvée ailleurs, pourquoi pas ici?

Mais alors, que faut-il faire?

Il faut d'abord combattre et faire disparaître l'ignorance au sujet de ces maladies. Il faut qu'on sache ce qu'elles sont et ce qui les causent, comment on les prévient et comment on les acquiert, comment on les traite et comment on les guérit; il faut que leurs victimes se présentent à un traitement précoce ou qu'on les y amène; il faut dépister les cas qui s'ignorent ou les malheureux qui négligent de se faire traiter et, de plus, il faut faire une guerre sans merci aux facteurs, agents ou éléments qui, dans une grande ville comme la nôtre, contribuent à la propagation des maladies vénériennes.

Ce que je viens de vous dire est tout un programme et c'est celui que nous nous efforçons de remplir au Service de Santé.

## APERÇU DU PROBLÈME VÉNÉRIEN DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC<sup>1</sup>

G. CHOQUETTE, D.P.H.,

Directeur de la Division des Maladies vénériennes du Ministère de la Santé.

Le contrôle des maladies vénériennes exige une organisation effective et un programme adéquat.

Depuis 1941, la Province de Québec possède une loi destinée à prévenir les M. V. Cette loi comporte la déclaration des cas par le médecin traitant et le traitement obligatoire pour le malade à la période infectieuse.

Consciente de ses responsabilités, la Cité de Montréal n'a pas voulu demeurer à l'écart de la lutte entreprise contre le péril vénérien. A l'instar de la Province, la Ville de Montréal organisait en 1945 une division des maladies vénériennes. Cette dernière répondait à un pressant besoin dont un chef aussi expérimenté que M. le docteur Groulx avait depuis longtemps reconnu l'existence. En 1947, M. le docteur F. Dussault, après un stage à l'Université Harvard et dans les plus importantes cliniques de New-York s'en voit confier la Surintendance.

Nous sommes heureux de féliciter le Service de Santé de Montréal pour les louables efforts qu'il apporte à la lutte antivénérienne, en collaborant d'une façon aussi effective, par l'intermédiaire de sa Division des M. V., sous la direction éclairée de M. le docteur F. Dussault.

Il y a présentement régression du nombre de nouveaux cas dans notre province. Comme la Ville de Montréal, avec 33% de la population totale de la province présentait en 1946 67% de tous nos cas, il faut reconnaître que le travail de parfaite collaboration le notre Division Provinciale avec la Division Municipale est d'une extrême importance. De plus, la diminution déjà marquée de l'incidence pour la Cité de Montréal nous laisse pressentir que les efforts de la Division Municipale joints à ceux de la Province produiront les meilleurs résultats.

Tout service de Santé bien organisé se doit de connaître tous les cas contagieux qui existent dans les limites du territoire sous sa

Juridiction. Les cas de M. V. sont de ce nombre et une Cité de l'importance de Montréal ne devrait rien négliger pour être à la page dans le domaine des M. V. comme dans celui des autres maladies contagieuses.

Des cliniques sont établies dans les hôpitaux généraux des centres importants de la Province. Il y a 28 cliniques dans la Province dont onze à Montréal où sont examinés et traités gratuitement les malades vénériens indigents.

Un Service Médico-Social est attaché à chacune des cliniques. Le personnel de ce Service est spécialement entraîné pour approcher le malade et le convaincre de la nécessité du traitement, l'éduquer de façon à ce qu'il le réclame lui-même; le renseigner sur la marche de sa maladie, sa contagion, ses conséquences, l'amener à collaborer à la recherche de sa source d'infection et de ses contacts. De plus, ce personnel est aussi préparé de manière à s'intéresser aux problèmes familiaux et sociaux de leurs malades.

En 1946, 2,875 personnes furent rapportées comme sources d'infection ou contacts. A la suite d'enquêtes et examens médicaux, 1,032 furent trouvées infectées de syphilis ou gonorrhée. De ce nombre, 202 personnes étaient déjà sous traitement. La balance, soit 830 personnes, ignoraient leur infection ou négligeaient de se faire examiner. Le *Service Médico-Social* est donc essentiel dans la lutte pour combattre les maladies vénériennes car, sans celui-ci, nous pouvons dire que 830 personnes auraient semé leur infection durant un temps indéterminé.

Il est incontestable que l'éducation soit une nécessité pour la prévention et le traitement des maladies vénériennes. Elle est pratiquée individuellement par l'entremise du Service Médico-Social et collectivement au moyen de conférences illustrées données à divers groupes de la société dans toute la Province, de causeries à la radio et brochures largement distribuées à l'occasion de conférences ou sur demande.

1. Causerie prononcée à l'émission «Hygiène et santé», au poste CKAC, le 19 mars 1948, à 7 heures p.m.

## LA SCARLATINE<sup>1</sup>

J. DUPLESSIS, M.P.H.,

Division des maladies contagieuses (Montréal).

Parmi les maladies contagieuses, la scarlatine partageait autrefois avec la diphtérie le premier rang par sa gravité et ses complications; cependant, depuis les vingt dernières années, l'évolution de cette maladie a été caractérisée par un taux de mortalité moins élevé, qu'il est difficile d'attribuer à des facteurs précis au point de vue épidémiologique.

La scarlatine est produite par un microbe qu'on appelle le streptocoque hémolytique, lequel persiste à l'état de virulence, durant tout le cours de la maladie.

Bien qu'elle s'attaque parfois aux personnes adultes, elle est avant tout une maladie de l'enfance. En effet, les statistiques nous révèlent que 90% des cas déclarés se rencontrent chez les enfants de moins de 15 ans.

La scarlatine, en outre, existe à l'état endémique, c'est-à-dire qu'elle est permanente, avec prédominance durant les mois d'automne et d'hiver. Notre ville compte, à date, 118 cas enregistrés depuis janvier 1948, comparative-ment à 244 cas, à pareille date, l'année précédente.

Au point de vue médical, cette maladie évolue en quatre périodes successives:

La première période, dite période d'incubation, dure une semaine environ; il y a alors envahissement de l'organisme par le microbe. La scarlatine se transmet, dans 90% des cas, par contact direct ou indirect avec des malades; elle peut également se transmettre par le lait et les aliments divers, ou encore par les linges et les objets souillés par les sécrétions du malade.

La deuxième période, dite période d'invasion, peut durer de quelques heures à 48 heures. A ce stade, la maladie se manifeste brutalement par une température élevée, avec parfois du délire, un mal de gorge intense, des nausées, des vomissements et des maux de tête.

Puis, s'installe la troisième période, dite période d'état ou de maladie proprement dite; en plus des symptômes ci-haut mentionnés, l'enfant présente une éruption généralisée d'un rouge vif écarlate, d'où vient l'origine du nom de la scarlatine: ce rash persiste de 5 à 10 jours. Cependant, il est reconnu, aujourd'hui, que cette éruption peut être absente, et nous nous trouvons en présence d'une angine septique, causée par le même microbe, et qui peut occasionner chez un autre individu un cas typique de scarlatine.

La quatrième période correspond à la période de convalescence. A ce stade, l'enfant présente une desquamation généralisée mais surtout apparente aux extrémités des membres supérieurs et inférieurs.

Parmi les principales complications, nous avons par ordre de fréquence: les néphrites, les otites purulentes, les mastoïdites, les adénites cervicales, l'endocardite et la septicémie.

Quelles sont les mesures de contrôle et de prévention?

1. Déclaration obligatoire par le médecin ou par les parents;
2. Isolement du patient dans une chambre ensoleillée et bien aérée à domicile ou hospitalisation;
3. Quarantaine absolue pour les contacts susceptibles, à l'exception des adultes qui ne sont pas des manipulateurs d'aliments;
4. Désinfection rigoureuse de tous les linges et objets qui servent au malade;
5. Traitement médical immédiat: une diète sévère, composée de fruits, de liquide et surtout de lait, doit être suivie tant que persiste la température.

Il existe un mode de prévention ou d'immunisation qui n'est pas couramment employé à cause du grand nombre d'injections requises, soit cinq; mais cependant ce procédé est laissé à la discrétion du médecin de famille.

1. Causerie prononcée à l'émission «Hygiène et santé», au poste CKAC, le vendredi 12 mars 1948, à 7 heures p.m.

## VARIÉTÉS

### LE GRAND ÉLECTUAIRE DE L'ORVIÉTAN AU PAYS DE LA NOUVELLE-FRANCE

Gabriel NADEAU (Rutland).  
(suite)<sup>1</sup>

#### L'ORVIÉTAN EN FRANCE

Mais l'orviétan, qu'est-ce que c'était? Il est temps de raconter l'histoire de cette drogue, si bafouée après avoir été si estimée. C'était d'abord un remède secret et comme pour tous les remèdes secrets, qui pullulèrent au XVIIe et au XVIIIe siècles, ses origines sont difficiles à débrouiller. Entourée de mystère pour l'appât de la clientèle, la composition de ces drogues était jalousement gardée et les formules s'en transmettaient comme grimoires d'alchimie. L'histoire de l'orviétan, compliquée qu'elle est des longues disputes avec la Faculté, les médecins et les apothicaires, est peut-être la plus obscure de toutes. A la vérité, la nature de cet électuaire fut connue de bonne heure. Les problèmes qui confrontent l'historien viennent plutôt de son origine, impossible à déterminer avec certitude, de la multiplicité des charlatans qui la débitèrent et des luttes livrées pour le monopole de sa fabrication.

#### *Les origines de l'orviétan.*

Un fait semble certain: l'orviétan fut apporté d'Italie à la fin du XVIe siècle. Au temps des chicanes livrées par les apothicaires, on prétendit que son origine était très ancienne, qu'elle remontait même au XIIIe siècle. Gustave Planchon, qui a écrit l'une des histoires les plus complètes de cette panacée, s'est donné la peine de consulter les antidotaires du Moyen-Age et de la Renaissance et n'a trouvé ni description ni mention d'une préparation ressemblant à l'orviétan (60).

S'il faut en croire de Bleigny, qui écrivait en 1692, Hieronimo de Ferranti serait l'in-

venteur de l'orviétan et l'aurait introduit en France. Par ailleurs, un certain Jean Vittrario obtenait en 1628, du cardinal Aldobrandini, camerlingue d'Urbain VIII, des lettres patentes qui lui donnaient le privilège exclusif de vendre cette drogue dans les Etats de l'Eglise (61).

Selon une autre théorie, Horace Levanti, de Rome, serait le véritable découvreur de l'orviétan, qu'il n'appelait pas de ce nom cependant. Son descendant, Antoine Levantin dit L'Orviétan, de Rome lui aussi, hérita du secret et donna son nom à l'électuaire. Lui, il aurait obtenu en 1629, du Pape Urbain VIII et non d'un camerlingue de ce pape, comme Vittrario, une bulle lui assurant le monopole de vente dans les Etats pontificaux, à peine d'excommunication et d'une amende de 1000 ducats. « Il vint en France et obtint des arrêts des Parlements de Grenoble et de Provence lui donnant même autorisation: la peine comminatoire prononcée contre les contrefacteurs était de 3.000 livres d'amende; l'excommunication était remplacée par la confiscation. Enfin le Levantin devait débiter son remède sous la marque du Soleil. » (62)

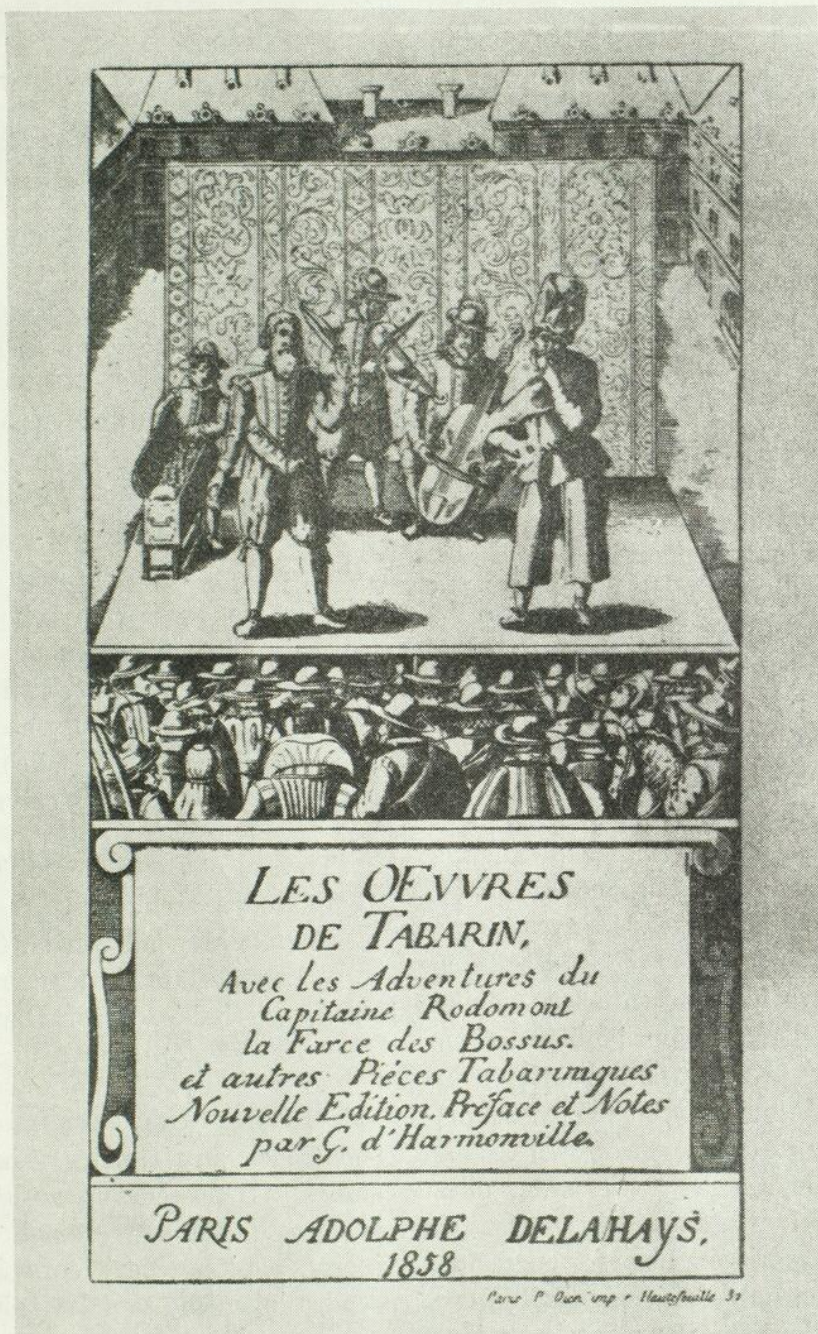
Cependant Pomet, dans son *Histoire générale des drogues*, parue en 1694, écrit ceci, et son témoignage, presque contemporain, a quelque poids:

Au commencement que l'orviétan de Rome est connu en France, nous en faisons venir de Rome et de quelques autres endroits d'Italie, comme d'Orviette, d'où est venu son nom, mais depuis que le sieur Contugy est venu à Paris et que, sous prétexte d'une permission de Sa Majesté, il a prétendu s'en rendre le maître, les droguistes avaient abandonné ce commerce, soit par une terreur panique, ou parce que le débit n'en était pas grand. (63)

1. La première partie de ce travail a paru dans la livraison de mai de *L'Union Médicale du Canada*.

Charles Beaulieu enfin, et c'est la dernière théorie que nous rapporterons, raconte ainsi, vers 1640, l'origine de l'orviétan:

de ceux qui ont vendu l'orviétan que le nommé Jean-Pierre Mazari, Vénitien, l'avait vendu sous l'enseigne du Soleil; que le nommé du Lis, qui se



Une dame de qualité de cette province (du Languedoc), excitée par un principe de charité, composa elle-même l'orviétan, et a ajouté à cette composition des ingrédients qui rendent ce remède encore plus assuré et elle l'a rendu ainsi public et commun à tout le monde... D'ailleurs on a justifié par les affiches

disait fils de l'Orviétan, natif de Rome, l'a vendu et débité dans la même enseigne du Soleil; après tout, le nommé Christophe Contugy, Romain, qui demeure à Paris, ne le vend-il pas sur le quai des Augustins, au coin de la rue Dauphine, sous le nom du véritable orviétan de Rome, et avec l'enseigne du Soleil. (64)

En France, c'est sur le Pont-Neuf que l'orviétan est d'abord débité et le Pont-Neuf restera l'endroit de prédilection des vendeurs de cet antidote. Qu'est le Pont-Neuf à cette époque? C'est « la promenade des désœuvrés, le quartier général des filous et des banquistes, le bazar de tous les petits commerces, le Parnasse de tous les Apollons. Les coupe-bourses et les tire-laine y ont un gouvernement régulier, tenant une audience et rendant des arrêts, tout comme une justice sérieusement et sévèrement organisée. Parfois, ces faux justiciers sont pendus haut et court et le Pont-Neuf devient par instants la succursale de la Grève. Mais ce qui y attire surtout la foule badaude, ce sont les parades des histrions, les boniments des charlatans, qui débitent leurs baumes et leurs opiat, à grand renfort de cymbales et de grosses caisses. Les rapsodes ambulants, les chanteurs de carrefour ont leur public, mais ils vendent leurs plaintes sans faire tort aux Tabarin, aux Mondor et autres pitres, dont les baraques ne désemplissent pas. Tabarin, avec son chapeau à transformations, Mondor avec sa belle prestance font florès, quelque temps qu'il fasse. A côté d'eux, les pédicures en plein vent, les *triacleurs* ou marchands de thériaque font commerce de leurs drogues sans trop de succès. » (65)

Parmi ces batteurs d'estrade s'installe le vendeur d'orviétan. Cet aventurier, doublé de ce qu'on appellerait aujourd'hui un crieur de cirque, a monté un petit théâtre pour attirer la foule. Un médecin du temps, Sonnet de Courval, nous le décrit « la grosse chaîne d'or au col, déployant les maîtresses voiles de son cajol pour louer les vertus occultes et admirables propriétés de ses onguents, huiles, extractions, quintessences, distillations et autres confections ». Pour l'assister, il a quatre joueurs, placés au quatre coins du théâtre, et un bouffon. Il vend toutes sortes de remèdes, contre les douleurs et les blessures, mais surtout un antidote universel, l'orviétan. Il en vante les vertus en déblatérant contre ses confrères qui sont là dans le voisinage,

juchés sur d'autres estrades. Ces crieurs de drogues, vendeurs de sirop de vipère, de thériaque et d'orviétan, et arracheurs de dents, s'appellent *opérateurs*. C'est à l'un de ces *opérateurs* que s'adresse Sganarelle dans *l'Amour médecin*.

La première mention de l'orviétan se trouve dans les écrits de Tabarin, comique burlesque et farceur célèbre qui égayait les rues et les places de Paris au commencement du XVII<sup>e</sup> siècle. Il était le bouffon du marchand d'orviétan Mondor. Il se fit assez de réputation par ses quolibets, ses prologues, ses discours amphigouriques, pour être critiqué de Boileau lui-même et d'être imprimé plusieurs fois à Paris, à Lyon et à Rouen (66). Dans une de ses farces il s'écrie: « On n'y a que faire d'*orviétan* ny d'antidote, c'est une herbe qui a bientôt portez son effet. »

Une estampe du Musée Carnavalet, de cette époque, représente la vente de l'électuaire. Elle nous montre un chirurgien, tenant en main une fiole. Devant lui est placé un aveugle et à ses côtés, il y a deux farceurs de comédie: Brigandin et Polichinelle. A droite, une affiche avec les vers suivants:

Théâtre et Boutique de l'Orviétan  
Et de ses serviteurs domestiques.  
Ceux qui le vont voir le réjouisse (*sic*),  
Luy portant de leur argent,  
Leur baille de son Orviétan,  
Puis s'en retourne fort content (67).

En 1620, un charlatan français vient faire concurrence aux Italiens. C'est Désiré Descombes. « Il possède un antidote contre toutes sortes de venins et de poisons, morsures de vipères, aspics, chiens enragés. Il s'offre de prendre lui-même tous les poisons qu'on voudra, il se guérira par son antidote. Une ordonnance du baillage du palais prescrit qu'incessamment Descombes fera expérience de son antidote en la présence du procureur du roi, du doyen et de trois autres docteurs. » Ce Descombes est natif de l'Angoumois, bien qu'il se dise d'origine italienne, et le véritable

orviétan, c'est lui qui en est détenteur. Il a des certificats et des attestations des parlements de Rouen et de Rennes et de la plupart des villes de France pour le démontrer. Du moins il le prétend. Maintenant il veut conquérir Paris. Le 27 février 1620 il fait l'épreuve de son remède devant la Reine-Mère, les princes et les seigneurs de la cour et le premier médecin du roi. Marie de Médicis, pour lui témoigner sa satisfaction, lui fait don de 150 livres. Fort de l'appui de la Cour, il veut renouveler devant la Faculté l'expérience de son antidote sur lui-même; mais la Faculté, par son doyen, repousse la demande du charlatan comme contraire à l'honneur et à la dignité du corps.

Descombes réussit, par ses intrigues, à se gagner des protecteurs puissants, si bien qu'il devient bientôt « opérateur et distillateur ordinaire du Roi », et, sur recommandation de Marie de Médicis, le roi lui octroie, par lettres patentes, du 19 décembre 1625, le pouvoir de vendre et distribuer dans tous ses Etats « l'antidote, appelé orviétan, unique et assuré remède contre toutes sortes de poisons et morsures d'animaux venimeux, propre à guérir et garantir de la maladie contagieuse ». Il profita de son privilège pendant quinze ans, jusqu'au jour où, comme nous l'avons raconté plus haut à propos de Tonty, il mourut de la peste, en dépit de son antidote.

Vers 1635, Jacques Ovyne, maître-chirurgien, s'il vous plaît! se met à vendre de l'orviétan. Il avait un petit théâtre au quartier de Nesle ou sur le Pont-Neuf et faisait concurrence à Tabarin et à Descombes.

Au temps de la Fronde, on voit le nom de l'orviétan sur plusieurs mazarinades: *Les sanglots de l'Orviétan sur l'absence du cardinal Mazarin, 1649* — *Dialogue de Jodelet et de l'Orviétan sur les affaires de ce temps, 1649*. Et à cette époque paraissent les vers suivants:

L'Orviétan, retirez-vous,  
Jetez le théâtre par terre,  
Vous n'attirerez plus de fous!  
L'Orviétan, retirez-vous,  
On ne saurait donner vingt sous  
D'un pot d'onguent en temps de guerre.  
L'Orviétan, retirez-vous.

*Les Contugy et l'orviétan.*

Maintenant apparaît sur la scène un charlatan qui va rester, par ses descendants, intimement lié à l'histoire de l'orviétan jusqu'à sa disparition un siècle plus tard. C'est un Italien du nom de Contugy. Christophe Contugy ou Contugi, qui prétendra par la suite avoir hérité l'antidote de son inventeur, pratiquait son métier de charlatan à Rome, quand il apprend que son remède est exploité en France. Il part donc pour Paris et, en 1647, obtient de Louis XIII un privilège exclusif, succédant ainsi à Descombes qui était mort. Cette même année il publie un prospectus qui se lisait comme suit:

EXTRAIT DU PRIVILEGE DU ROY

Il est expressement défendu à tous Operateurs, & autres personnes, en dispensant leurs médicaments, de se servir du nom d'Orvietan, ni contre-faire, ni le vendre, sur peine de mille livres d'amende, ainsi qu'il est mentionné ès Lettres Royaux, sans l'expresse permission dudit Contugi, Original Orvietan.

Donné à Paris en la Grande Chancellerie,  
le 9 Avril 1647.

JEAN-LOUIS CONTUGI,  
Dit L'Orviétan de Rome,  
Seul heritier du Secret de l'Orvietan,  
Dispense son Unique et Eprouvé Secret,  
NOMME ORVIETAN.

Heritier de Jean Vitrario.  
Successeur du sieur Hierosmi Feranti,  
Original inventeur dudit  
ORVIETAN,  
Servant pour toutes les Maladies  
Cy-dessous écrites.

Si quelqu'un par hasard en mangeant ou buvant, a pris du venin, ou bien s'il a été malicieusement empoisonné par quelqu'un, il le pourra facilement connoître par les accidens & marques suivantes. Car l'on a un grand grincement de dents, avec inflammation & siccité au gosier & au palais, une grande douleur d'estomac, lorsque par un grand vomissement, les intestins & les entrailles se soulevent presque toutes, avec une offuscation & éblouissement de vüe, & défaillance de parole, ce qu'on connoitra par plusieurs autres signes & indices, selon la qualité & quantité du poison qu'on aura pris: c'est pourquoy le plutôt qu'on pourra, on prendra de l'Orvietan la grosseur d'une fève, qui est environ le poids d'un écu d'or, qu'on pourra mesler avec de l'huile commune, ou du beurre, ou du lait, ou du bouillon chaud, lequel aussi-tôt qu'il sera entré dans l'estomac, chassera le venin par vomissemens, ou bien par urine, flux de ventre, ou par une grande sueur, prenant dudit Orvietan trois ou quatre fois ensuite, jusqu'à ce que le venin en soit sorti, puis après on boira plein une écuelle de bouillon bien gras, avec une once de sucre Rosat.

Si quelqu'un est mordu de quelques animaux, comme Viperes, Aspics, Chiens enragez, & autres bêtes venimeuses, il prendra aussi-tôt dudit Orvietan dissous dans du vin, & après faudra faire des scarifications sur la morsure, & tirer le sang avec une ventouse, puis y appliquer dudit Orvietan, & faire en sorte que le malade demeure éveillé au moins l'espace de douze heures, & en cette sorte il trouvera la santé.

Et comme par fois nos temperamens prennent une mauvaise complexion venimeuse, qui souvent cause des fievres putrides & exanthes, & quantité d'autres maux mortels, comme maladies contagieuses: on prendra à jeun dudit Orvietan dans un peu d'eau de bouroche, scabieuse, ou d'autres eaux cordiales, & au défaut, dans un peu de vin, du poids d'un demi écu d'or pour les grands: & si tant est que la fievre survienne aux enfans, causée par la petite verole, on leur en

fera prendre dans un peu de bon vin, de la grosseur d'une petite feve; puis en les couvrant bien, il fera sortir le venin dehors, & les garantira.

Ce Remede est préservatif & curatif de la peste, en prenant tous les matins à jeun, la grosseur d'un pois dans deux doigts de vin ou de bouillon, ou en pilule: & pour ceux qui sont pestiferez, il en faudra user comme il est dit cy-dessus, en l'article des morsures des Chiens enragez.

Si on prend aussi dudit Orvietan la grosseur d'un pois le matin à jeun, dissous dans du vin ou bouillon chaud, on bien en pilule, il corroborera la chaleur naturelle, aidera merveilleusement à la digestion, & empêchera les douleurs d'estomach, les difficultez de respirer, les puanteurs d'haleine, & empêchera que les vapeurs ne montent au cerveau, lesquelles pourroient causer des distillations sur la poitrine.

Pareillement, si on en boit avec du vin ou bouillon chaud, la grosseur d'un pois, il guerit les grandes douleurs de ventre, coliques ventueuses & rénales, mal de côté, & douleurs de matrice, & nettoye notre corps de toutes sortes de vermine & putrefaction, & principalement celuy des enfans.

Pour les maladies, enfures & douleurs de ventre de Chevaux & de Boeufs, & autres animaux, il est fort souverain, leur en donnant le poids de demi once dissous dans un demi septier de vin chaud, & pour les petits animaux, le poids d'un écu d'or, qu'il faudra pareillement dissoudre dans un demi verre de vin.

Vous serez avertis que ledit Orvietan se conserve en sa bonté l'espace de vingt cinq ans, & davantage, pourvû qu'on le tienne en lieu qui ne soit ni trop chaud, ni trop froid, & s'il devient sec, il ne perd pas pour cela sa vertu: on le pourra pourtant mettre en sa consistance avec du miel Rosat.

Et parce que nous avons appris, étant à Rome, qu'il y a eu des personnes qui sont venues distribuer certaines compositions en ce Royaume sous le nom d'Orvietan, se disans parens

et associez, lesquelles pour faciliter leurs voleries, contrefont mes billets, boîtes & armoires, & qui voulant imiter mes expériences par des subtilitez ou tours de mains, se preparent auparavant avec mon Secret, qu'ils font acheter sous-main, & puis trompent le Public par la distribution de certaines mixtions capables de faire plus de mal que de bien: Et prévoyant l'avenir, je suis parti de Rome en personne, pour distribuer mon unique Secret, nommé ORVIÉTAN, & pour cet effet j'ai établi Boutique à Paris, avertissant de ne croire aucune personne, qu'il n'ait ma permission authentique, autrement vous serez trompez.

Cet unique Secret, nommé ORVIÉTAN,  
se dispense à Paris, en ma Boutique,  
au bout du Pont-Neuf, au coin  
de la rue Dauphine, à  
l'Enseigne du Soleil,  
à Paris.

Ce prospectus, à lui seul toute une Matière médicale, était décoré des armes papales, de celles de la Maison de France et de plusieurs autres. En haut, il y avait un grand soleil resplendissant, avec la devise: *Solus ut Sal, Salus ut Sol*. Dans l'encadrement étaient représentés des aspics, des vipères, des crapauds, des chiens enragés, des araignées, des scorpions, des champignons, tous plantes et animaux qu'il faut redouter.

Planchon s'est demandé comment Contugy était arrivé à obtenir des lettres patentes royales lui assurant un privilège exclusif. Et il suppose qu'à titre d'Italien Contugy aurait été protégé de Mazarin. C'est bien possible; mais nous avons vu qu'il ne reculait pas devant l'emploi de moyens louches pour arriver à ses fins. C'est l'année même de l'émission des lettres royales par la Grande Chancellerie, en 1647, que Jean Chartier, Philippe Chartier, Renaudot et quelques autres furent convaincus d'avoir accepté des pots de vin de lui. Contugy a pu soudoyer le médecin du roi ou son chirurgien, et alors l'obtention du privilège, recom-

mandée par ce personnage, devenait chose assurée.

L'histoire de l'orviétan désormais va se confondre avec celle des Contugy et cette famille gardera jusqu'à la fin un monopole souvent menacé, plusieurs fois entamé, mais jamais entièrement aboli. Les descendants de Christophe Contugy feront face à tous, à la Faculté, aux apothicaires, aux médecins, à d'autres charlatans, comme Toscano, par exemple, qui a le front de se faire accorder par Fagon lui-même, médecin de Louis XIV, une autorisation de vendre son antidote. Ils font face à tous et triomphent de tous. Ceux qui s'acharnèrent le plus contre leur privilège furent les apothicaires. Mais avant de raconter ces luttes, parlons de l'admission de l'orviétan dans les pharmacopées.

Schroeder fut le premier à parler de l'orviétan. Il en donna la formule dans sa *Pharmacopée médico-chimique*, publiée à Lyon en 1665. C'était la 2<sup>e</sup> édition. La première, parue en 1649, ne contenait rien sur l'antidote. De qui s'était-il procuré cette formule? Impossible de le dire. On peut seulement conjecturer qu'il l'avait obtenue par surprise, car c'était un secret bien gardé.

Dix ans plus tard, en 1675, Hoffmann publie une formule censément améliorée de l'orviétan dans sa *Clavis Pharmaceutica Schroederiana*. Il nous dit la tenir d'un ami d'Italie. C'est cette formule amendée qui fut reproduite dans la *Pharmacopoea Schroedero-Hoffmanniana Illustrata et Aucta*, parue à Cologne en 1687.

En 1676, Moyse Charas donne la description de la drogue dans sa *Pharmacopée royale*, éditée à Paris. Puis ce fut Lemery en 1698, dans sa *Pharmacopée universelle*, rééditée en 1716. Dans cet ouvrage, Lemery, après avoir discuté de la valeur de quelques formules, s'arrête à l'orviétan d'Hoffmann, qu'il préfère.

Ces hommes, Schroeder, Hoffmann, Charas, Lemery, étaient les apothicaires les plus en vue de leur temps.

L'orviétan, lavé, pourrait-on dire, des souillures du charlatanisme, était devenu drogue

respectable et siégeait maintenant dans les pharmacopées aux côtés de la Thériaque, du Liliun de Paracelse, de l'Onguent catholique et de celui des Douze Apôtres, de l'Eau divine et de l'Eau de la Mère. C'était l'âge d'or de la polypharmacie et quel apothicaire, dans ses rêves les plus fantastiques, eût osé souhaiter formule plus longue et plus compliquée? Disons seulement que la thériaque était l'une de ses parties composantes, et qu'une bonne thériaque devait contenir au moins 60 substances différentes.

préférence à toute autre drogue, et le candidat sortit victorieux de cette épreuve. L'orviétan avait fait du chemin depuis que *l'Amour médecin* avait été joué sur le théâtre de Versailles en 1665!

Revenons maintenant aux Contugy. Le fils du charlatan Christophe Contugy, Charles-Louis, avait résolu d'étudier la médecine et, en 1689, il était reçu docteur de la Faculté de Paris. Les Contugy se réjouirent grandement de cet honneur qui faisait rejaillir de la considération sur leur marchandise. Ce Char-



*La parade de l'Orviétan (d'après une estampe de la B. N.).*

Pour être admis dans la Compagnie des Apothicaires, l'apprenti, au terme d'un long stage chez un maître, subissait un examen sévère sur la composition des médicaments et sur la lecture des vieux traités de Mésué, de Nicolas et de Ricou. Mais surtout il lui fallait, comme l'apprenti-orfèvre, l'apprenti-sculpteur, faire un *chef-d'œuvre*, c'est-à-dire préparer une drogue sous l'œil des maîtres-délégués. Or, en 1694, à l'examen de Geoffroy, l'orviétan fut choisi pour chef-d'œuvre, de

les-Louis Contugy fut docteur-régent et professeur de pharmacie, « ce qui ne l'empêchait pas de s'enivrer une fois par jour, si ce n'est plus, sans doute pour obéir au précepte d'Hippocrate, qui ne recommande pourtant que de s'enivrer une fois par mois. Sa fortune sombra dans ce déluge de spiritueux. Il fut condamné à rembourser la dot à sa femme et le tribunal prononça contre lui la séparation de biens. De nos jours, on l'aurait pourvu d'un conseil judiciaire ».

A la mort du Grand Contugy, sa femme, Roberte Richard, et un autre fils nommé Louis-Anne, se firent confirmer le privilège du roi pour « composer, vendre et distribuer, à l'exclusion de tous autres, par toutes les villes et lieux du royaume, pays, terres et seigneuries de l'obéissance de Sa Majesté, la confection appelée orviétan... à peine de 1.000 livres d'amende applicable, moitié à l'Hôtel-Dieu de Paris, et l'autre moitié au profit dudit Contugy, et de confiscation et de tous dépens, dommages et intérêts, mandant S. M. aux gens tenant des cours de Parlement, baillifs, sénéchaux, prévôts, leurs lieutenants et autres justiciers et officiers qu'il appartiendra de faire lire, publier et enregistrer lesdites lettres de privilège et permission, et de faire jouir ledit Contugy du contenu en icelles, du dernier juillet 1681 ».

L'année suivante, un sieur Regnault, établi rue Dauphine, en face des Contugy, se mit à débiter un remède qu'il appelait orviétan. Et ce remède, il le vendait sous l'enseigne du Soleil qui était la marque des Contugy. La veuve porta plainte, et un commissaire de police se transporta chez Regnault, le 18 décembre, pour « y saisir les boîtes qui s'y vendaient sous le nom d'Orviétan ». Mais ce Regnault n'était que le commis de Boulogne, « ayde apothicaire du Roy » et demeurant à Versailles. Boulogne prit fait et cause pour son employé et comme il était lui-même maître-apothicaire, les Syndics anciens et actuels des apothicaires des maisons royales, Rouvière, Hubert et Goubières, se portèrent à sa défense. Le procès, commencé en 1682, durant encore en 1684, année où La Salle se rendait à Paris pour la troisième fois. Les arguments des deux parties se résumaient à ceci. La veuve Contugy soutenait atteinte à sa propriété et transgression du privilège royal accordé à son mari et renouvelé en sa faveur. La formule de l'orviétan, répliquait Boulogne, et les Syndics pées officielles, françaises et étrangères. Sa préparation et sa vente sont donc du ressort avec lui, se trouve dans toutes les pharmacodes de tout maître-apothicaire. Et puis, conti-

nuaient-ils, le privilège renouvelé en faveur de la demanderesse en 1681, n'a été enregistré qu'après le commencement du procès. Ensuite, Christophe Contugy n'aurait obtenu qu'une *faculté ambulante* de vendre sa drogue et, dans son *factum* au roi, Boulogne rappelait les origines du charlatan :

Il est constant que le père (Christophe) était de sa profession opérateur, courant toutes les villes du royaume avec une troupe de bateleurs; qu'en l'an 1647, il obtint, de Votre Majesté, permission de continuer cette profession dans le royaume, quoique étranger, étant Italien; son fils pourrait même trouver dans quelques titres de sa famille le fameux nom de son père, autrefois appelé *Capitan Scapamonte*, et sans chercher ailleurs que dans son sac, la preuve de son employ; l'on y trouve deux arrêts par lesquels il paraît qu'il en était si jaloux, que ne voulant point souffrir de compagnon, il fit abattre, à la Rochelle et à Paris, les théâtres et dispersa les troupes des nommés Bary et l'Archambaud, basteleurs comme lui; c'était là sa profession... Le suppliant et ses confrères n'entendent pas priver (le fils) de la liberté de pantalonner sur le théâtre; il peut continuer sa profession, rassembler les débris des troupes que son père a recherchées avec tant d'empressement, le suppliant n'en sera jamais jaloux.

Au cours du procès, Louis-Anne Contugy tenta de corrompre la Faculté, comme son père avait fait en 1647. Quelques Régents donnèrent leur approbation à l'antidote. Le doyen n'était plus Guy Patin, mais il avait le nez long quand même. « Dans la séance du 8 juillet 1683, il rapporte que quelques-uns des membres de la Compagnie avaient approuvé par leur signature l'Orviétan, confection d'un certain empyrique nommé Contugy, mais qu'ayant compris qu'ils avaient été induits à mal, ils avaient par un acte solennel de rétractation auprès du doyen retiré leurs signatures, et la Faculté leur donne acte de leur erreur ».

Ces transactions louches n'influencèrent pas l'issue du procès, qui se termina à l'avantage des Contugy. Mais ils avaient à peine gagné leur procès que, le 14 août 1685, ils recourraient de nouveau à la police pour faire appréhender Léonard Bys, « apothicaire ordinaire des Cent Suisses de la garde du roy ». Bys reconnut tout de suite s'être mêlé à tort de la fabrication et de la vente de l'orviétan.

En 1694, le petit-fils du premier Contugy, Jean-Louis, obtenait des lettres patentes lui assurant la jouissance du privilège de son grand-père et de son père. Ce Jean-Louis Contugy était *valet de garde-robe* du duc d'Orléans, et après la mort de Louis XIV, il faisait continuer son privilège à Florent-Jean-Louis Contugy, son fils, par le duc, devenu Régent. L'apothicaire du Régent était Gilles-François Boulduc, par la suite premier apothicaire de Louis XV, était le neveu de Louis Boulduc, venu au Canada vers l'année 1664 et qui fut Procureur du Roi en la Prévôté de Québec. Louis est l'ancêtre de nos familles Bolduc.

Jean-Louis Contugy mourut aux alentours de 1724 et laissait un fils encore mineur, que nous avons nommé plus haut. Un docteur en médecine fut donc chargé par le roi de surveiller la préparation de l'orviétan chez les Contugy jusqu'à la majorité de l'enfant. Ce surveillant était Nicolas Andry qui recevait 400 livres pour ses fonctions. Andry jouissait d'une grande réputation. Auteur de plusieurs ouvrages, entre autres d'un traité sur les parasites intitulé *De la génération des vers dans le corps de l'homme*, que Michel Sarrazin avait dans sa bibliothèque, il est surtout célèbre par son *Orthopédie ou l'Art de prévenir et de corriger dans les enfans les difformités du corps*. C'est lui qui a créé ce mot d'orthopédie.

Mais il faut revenir un peu en arrière. En 1716, les Contugy soutenaient un autre procès contre les apothicaires. Un nommé La Blache, empêché de vendre de l'orviétan, avait été soutenu par le Corps des Apothicaires, comme jadis Boulogne. Cette fois encore, les Contugy restèrent maîtres du terrain. Enhardis par ces victoires, ils prétendirent en 1726 se soustraire à l'une des prérogatives les plus importantes et les plus anciennes des apothicaires, celle « de visiter, en compagnie des docteurs de la Faculté, les boutiques des pharmaciens ». Ce

droit d'inspection datait de 1353. Les prétentions exorbitantes des Contugy eurent un résultat fâcheux. Le 3 juillet 1728, le Conseil d'Etat rendait la décision suivante: « Il est ordonné que tous ceux qui jouissent d'un privilège ou d'un brevet, ou d'une permission pour la distribution de remèdes spécifiques doivent les soumettre à une Commission, à peine de voir annuler leur prérogative ».

Les Contugy se trouvaient atteints. Mais il fallut un nouvel ordre du Conseil d'Etat pour les amener à s'exécuter. Cette Commission de révision, nommée par le Conseil, se composait de Dodart, premier médecin du roi; Helvétius, premier médecin de la reine; Geoffroy, doyen de la Faculté de médecine; Sylva, Vernage, médecins; Maréchal, premier chirurgien du roi; La Péronie, Malaval et Petit, chirurgiens; Boulduc et Geoffroy, apothicaires. Les Contugy semblent avoir justifié leur monopole devant la Commission; mais les pouvoirs de cette commission restaient une épée suspendue sur leurs têtes.

En 1729, Florent-Jean-Louis Contugy, par ministère d'huissier, fait opérer dans les boutiques des sieurs Geoffroy, Laban, Chillaud, Jeudon et Charas, des saisies de tous les pots étiquetés *Orviétan*, *Orvetianum*, *Antidote*, *Orviétan d'Hoffmann*. Les pharmaciens ripostent et demandent au Lieutenant de police l'autorisation de se transporter chez Contugy et de saisir les remèdes qui peuvent s'y trouver. « Le procès-verbal de la visite est curieux: ils arrivent à sept heures du matin; demandent à la boutique, Contugy, absent, et vont le prendre dans sa chambre, au saut du lit, en chemise. On envoie chercher le docteur Andry, qui est chargé de l'Orviétan, Perrin, le curateur, et, en leur présence, on fait poser les scellés sur les portes de la boutique, après avoir fait saisir plusieurs boîtes du remède. Chacune des parties, à la suite de ces saisies réciproques, demande justice; les maîtres apothicaires s'adressent au lieutenant de police qui, d'abord provisoirement, puis définitivement, rend par défaut contre Contugy une sentence déclarant les saisies faites par lui

nulles, injurieuses, tortionnaires et déraisonnables, le condamne à faire réparation d'honneur aux dits maîtres apothicaires des insultes et outrages qui leur ont été faits tant par lui que par ses adhérents, et ce en la chambre de police, en la présence de douze témoins ou personnes qu'ils voudront choisir, en outre à 30 livres de dommages et intérêts, 15 livres d'amende et aux dépens, enfin à la publication et l'affichage de la sentence.»

Contugy évoque l'affaire au Grand Conseil qui décide qu'il sera maintenu dans son privilège. La sentence du Lieutenant de police est cassée et les maîtres apothicaires sont condamnés à 1.500 livres d'amende. L'affaire ne s'arrête pas là. Après un autre procès, elle passe au Conseil privé du roi, qui après de longues délibérations accorde:

*A Florent-Jean-Louis Contugy*, la jouissance du privilège à lui accordé par les lettres patentes du 10 avril 1727, le droit de composer, vendre et débiter l'antidote appelé Orviétan, à l'exclusion de tous opérateurs et autres personnes sans qualité tant en la ville et banlieue de Paris que dans les autres villes du Royaume.

*Aux Maîtres et Marchands Apothicaires* de la ville de Paris, le droit de faire et vendre l'Orviétan dont la composition leur est enseigné par les livres de leur art.

Le monopole des Contugy était définitivement entamé. D'ailleurs, la dynastie va bientôt cesser de régner. Des lettres patentes, émises en 1741, font passer le privilège à Charles Dionis, docteur Régent de la Faculté, qui semble avoir été parent ou allié de la famille Contugy. Il était le petit-fils du célèbre Pierre Dionis et fils du chirurgien ordinaire de la Dauphine. « Sans égard pour le nom glorieux qu'il portait, Charles Dionis trafiqua misérablement de son remède traitant avec des dentistes et autres charlatans pour la vente de la fameuse drogue. Mais la vente baissait et les bénéfices diminuaient d'autant. Dionis, au lieu d'une boutique, dut se contenter d'une chambre, sise au quatrième étage, et un

épicier du voisinage resta seul dépositaire du précieux remède. A la mort de Charles Dionis, l'orviétan tombe dans le domaine public, les médecins cessent de le prescrire, les apothicaires de le débiter. » A la fin du siècle dernier il n'était plus employé que par les vétérinaires de la Basse-Normandie contre les maladies des bestiaux.

#### LA COMPOSITION DE L'ORVIÉTAN

Il faut maintenant donner quelques formules de ce remède et en indiquer les vertus.

Voici d'abord la formule de Schroeder:

Prenez racines de Carline ou Chardonnette, de Tormentille, de Pistoloche ou Petite Aristoloche, d'Aristoloche ronde, de Cercifis d'Espagne, d'Acorus vrai, d'Angélique, d'Impéatoire, de Santonine, graines et feuilles, de Dictame blanc, du Bol d'Arménie, de Terre de Lemnos, de chacun une once; de la Vieille Thériaque, trois onces; du Miel d'Espagne écumé, trois fois le poids du reste.

Faites votre électuaire et donnez comme pour la Thériaque d'Andromaque.

Celle de Charas maintenant:

Prenez: 1° des racines de Scorzonère, de Carline, d'Impéatoire, d'Angélique, de Bistorte, d'Aristoloche ténue ou Clématite, de Contrayerva, de Dictame blanc, de Galanga, de Gentiane, de Coste, du vraye Acore, de la semence de Persil de Macédoine, des feuilles de Sauge, de Romarin, de Galega, de Chardon-Bénit, de Dictame de Crète, de bayes de Laurier et de Genièvre, de chacun un once; 2° de la Cannelle, des Gyroffles et du Macis, de chacun demie once; 3° des troncs, foyes et cœurs de vipères desséchez et de la vieille Thériaque, de chacun quatre onces; 4° huit livres de bon miel écumé.

Et composez votre antidote de tous ces ingrédients, selon les règles de la pharmacie.

La formule de Charas représente le type le plus accepté d'orviétan. Voici celle de Descombes, assez simple, et que, pour cette raison, devait mépriser tout apothicaire digne de ce nom:

Egales parties de bon mithridate et de bonne thériaque. Egales parties, mais moindres que les précédentes, de poudre d'Angélique et de Contrayerva et un peu moins de semences de perles en poudre. Après avoir fait un mélange sur un feu léger avec un sirop cordial pour faire une bonne consistance, mêlez des essences d'Anis, de Fenouil, de Romarin.

Il y avait bien d'autres formules, celles de Hoffmann, de Meyssonier, de Pomet, de

Bates, de Contugy, mais elles étaient toutes des variantes de celles-là. La thériaque en faisait toujours partie. De cette drogue, qui a été en usage chez nous tout le long du Régime français et dont l'histoire est très ancienne, nous parlerons dans une autre étude.

L'orviétan était contenu dans de petites boîtes de plomb. Descombes les vendait 8 sols et Contugy, jusqu'à 20 sols. Pendant longtemps les charlatans, les épiciers et les apothicaires faisaient leur orviétan eux-mêmes. Les apothicaires cependant prétendaient que leur marchandise était de meilleure qualité et, afin qu'elle ne fût pas confondue avec celle des bateleurs du Pont-Neuf, ils finirent par la préparer publiquement et avec solennité, en présence des magistrats et de la Faculté de médecine. Le 24 octobre 1731, par exemple, cette cérémonie eut lieu dans l'après-midi, à l'École de Pharmacie, rue de l'Arbalète.

Les propriétés thérapeutiques de l'orviétan ne nous retiendront pas longtemps. La prospectus de Contugy, que nous avons tenu à citer en entier plus haut, nous renseigne suffisamment là-dessus. A la vérité, on employait l'orviétan pour toutes sortes de maladies. On a vu, par exemple, qu'il guérissait la peste. Giles Bary, charlatan italien, avait à lui tout seul fait disparaître une épidémie de peste à Rome en quelques jours, au moyen de son orviétan! Il avait passé à Rouen ensuite, où le *pourpre* faisait de nombreuses victimes, et avait dissipé cette contagion avec autant de facilité que la peste.

Mais l'orviétan restait avant tout un antidote et les prospectus qui l'annonçaient, commençaient toujours par une phrase rituelle, comme celle-ci: *Si aliquis esset invitatus ad aliquod convivium, haberetque suspicionem veneni sic sumendi, ante convivium debet sumere istius Electuarii tantum, quanta est magnitudo avellenae nucis...* Si quelqu'un est invité à un festin et qu'il y soupçonne du poison, qu'il prenne de cet électuaire gros comme une noisette...

Un festin! des poisons! Cela nous reporte à l'âge des Borgia, héritiers des coutumes de

la vieille Rome impériale. Et c'est seulement de la patrie de ces empoisonneurs que pouvait venir un remède aussi fantastique que l'Orviétan.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. *L'Amour médecin*, acte II, scène VII. Dans une comédie satirique contre Molière, intitulée *Elomire hypocondre, ou les Médecins vengés* et parue en 1670, l'auteur, Le Bolanger de Chalussay, fait demander une consultation par Elomire (anagramme de Molière) au charlatan Bary et à l'Orviétan. La consultation dégénère vite en querelle et Elomire s'écrie:  
Je n'enrage pas moins, ventre! et si ce n'étoit  
Que vous êtes chez moy, le gourdin trotteroit.  
Cf. CABANES, *Grands névropathes, malades immortels*, I, 118.  
La mère de Molière s'appelait Marie Cressé. Aegidius Fauteux a pensé qu'elle était la sœur de Michel Cressé, seigneur de la Rivière Nicolet. (« Pierre de Montalembert ou La fin dolente d'un maumarié », *La Patrie*, 16 décembre 1933).
2. Pierre MARGRY, *Mémoires et documents pour servir à l'histoire des origines françaises des pays d'outremer*, Paris, 1879, I, 140, 141, 144.
3. TANGUAY, *A travers les registres*, Montréal, 1886, 58. Isabelle Bertault, lors du supplice de ses parents, venait d'accoucher ou était enceinte. Cet enfant, une fille, se suicida en 1702. Elle fut inhumée aux Trois-Rivières « après plusieurs mois de maladie qui la réduisit à une si extrême amentie, qu'elle se précipita dans la rivière, sans aucune connaissance de ce qu'elle faisait ». Le bourreau qui exécuta les époux Bertault devait être Jacques Daigre (ou Daigle). (Cf. Pierre-Georges ROY, *Le vieux Québec*, I, 195).
4. TANGUAY, *Ibid.*, 31.
5. Aegidius Fauteux a pensé que le P. Marquette avait succombé à la tuberculose. Les symptômes décrits dans le journal du missionnaire et dans la relation de sa mort nous mettent en droit de conclure plutôt qu'il mourut de dysenterie, ou bacillaire ou amibienne. Le 23 nov. 1674, le Père écrit, par exemple: « Ce fut là que je sentis quelque atteinte d'un flux de ventre ». Le 15 décembre: « Depuis le 14, mon incommodité se tourna en flux de sang ». Et le 1er avril 1675: « Comme je ne sais point encore si je demeurerai cet été au village ou non, à cause de mon flux de ventre... » (*Relations inédites de la Nouvelle-France*, Paris, 1861, II, 322, 324, 329). Cependant il n'est pas absolument impossible que le missionnaire ait été emporté par une complication tuberculeuse du côté de l'intestin.
6. Il s'appelait Liotot ou Lanquetot. (Cf. Camille

- de ROCHEMONTEIX, *Les Jésuites de la Nouvelle-France au XVIIe siècle*, Paris, 1896, III, 77, 78). Liotot fut assassiné plus tard par Ruter, un de ceux qui s'étaient révoltés contre La Salle.
- 6a. MARGRY, *Op. cit.*, I, 389-390. L'empoisonneur de La Salle n'est pas le Nicolas Perrot qui fut explorateur et a laissé des *Mémoires*. Il y avait deux Nicolas Perrot au Canada à cette époque. (Cf. J.-Alfred PERRAULT, « Nicolas Perrot a-t-il tenté d'empoisonner Cavelier de La Salle? » dans *Revue d'histoire de l'Amérique française*, juin 1947, 49-53). Le titre de cet article de M. Perrault manque de clarté. Il aurait dû être intitulé comme ceci par exemple: Le Nicolas Perrot qui a tenté d'empoisonner La Salle est-il celui qui a laissé des *Mémoires*?
7. William-N. FENTON, « Contacts between Iroquois Herbalism and Colonial Medicine » dans *Annual Report of the Smithsonian Institution*, 1941, 514.
8. Sur l'arbuste que Charlevoix appelle le citronnier, voir son *Journal d'un voyage fait par ordre du Roi dans l'Amérique septentrionale*, Paris, 1744, 389. (Tome V de son *Histoire... de la Nouvelle-France*). En 1763, sept Acadiens exilés à Philadelphie, s'empoisonnèrent en mangeant du *Poke-Root*. Admis à l'hôpital de cette ville, ils furent soignés par le Dr Thomas Morton. « Admitted as Out Patients Seven French Neutrals accidentally poisoned by Eating Poke Root which they had mistaken for Horse Raddish ». (Cf. Francis-R. PACKARD, *History of Medicine in the United States*, New-York, 1931, I, 220). Sur la lobélie gonflée, voir O. L'ARSELL, « Medical Aspects of the Lewis and Clark Expedition (1804-1806) » dans *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, novembre 1947, 667.
9. MARGRY, *Op. cit.*, VI, 12-13.
10. Aegidius FAUTEUX, « De la Bastille au Canada; Henri de Tonty et les frères Crisafy », dans *La Patrie*, 16 août 1934. Nous acceptons la théorie de Fauteux quant à l'identité des fils de Tonty enfermés à la Bastille.
11. Emile GILBERT. *La Pharmacie à travers les siècles*, Toulouse, 1892, 302.
12. Michel Sarrazin recevait la *Gazette de France* (Cf. Antoine ROY, *Rapport de l'Archiviste... pour 1943-1944*, 25). Jean Nicolet en avait deux années dans sa bibliothèque. (Cf. J.-Edmond ROY, *Histoire du notariat au Canada, Lévis*, 1899, I, 58).
13. CABANES, *Légendes et curiosités de l'histoire*, IV, 58. Sur le docteur Eusèbe Renaudot, voir Le Maguet, *Le Monde médical parisien sous le Grand Roi*, Paris, 1899; et Paul Delaunay, *La Vie médicale aux XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles*, Paris, 1935.
14. Le juge Pierre-Amable de Bonne, décédé en 1816, avait les *Œuvres de Maître Alain Chartier* dans sa bibliothèque. L'auteur français contemporain bien connu, Emile Chartier, qui signe ses œuvres du nom d'Alain, appartient, si nous ne faisons erreur, à cette famille des Chartier.
15. Jean Chartier était mort depuis 1662. Philippe mourut en 1669. Sur les Chartier, voir A. de Léry MacDONALD, « Louis-Théandre Chartier de Lotbinière, père de la magistrature canadienne » dans le *Bulletin des recherches historiques*, 1927, 198-206.
16. Gustave PLANCHON, « Notes sur l'histoire de l'orviétan » dans le *Journal de Pharmacie et de Chimie*, Paris, 1892, XXVI.
17. CABANES, « Les panacées d'autrefois: l'orviétan » dans le *Bulletin général de thérapeutique*, Paris, 1897, II, 320.
18. PLANCHON, *Loc. cit.*
19. Hugolin LEMAY, *Bibliographie du Père Louis Hennepin, Récollet*, Montréal, 1937, 134.
20. MARGRY, *Op. cit.*, I, xxi.
21. MARGRY, *Op. cit.*, I, 393. Qui était cet ami de Bréhan de Galinée? Il serait bien important de le savoir. Parkman a cru que c'était Conti. Rochemonteix, qui a étudié la question, ne se prononce pas. Margry, se fondant sur des preuves intrinsèques tirées de la lettre de La Salle et de la relation qui la contient, croit qu'il s'agit plutôt de l'abbé Eusèbe Renaudot. Le Père Delanglez semble accepter la version de Margry; mais il relève des erreurs dans le *Récit* et dit même à un endroit: « Most of the *Récit* is made out of whole cloth ». (Cf. « Mlle De Roybon D'Alonne: La Salle's Fiancée? » dans *Mid-America*, octobre 1939, 303; *Some La Salle Journeys*, Chicago, 1938, 23 ss.). A notre avis, Margry s'est trompé. La lettre de La Salle, contenue dans le *Récit*, traite surtout de choses médicales. Elle s'adresse à un homme d'abord intéressé aux choses de la médecine, ensuite appartenant à cette école de médecins qui se flattaient de rester partisans des méthodes anciennes, comme Guy Patin et son groupe. Renaudot, il est vrai, s'intéressait à la médecine; mais toute sa famille et ses amis préconisaient le *système chémiatrique* et tâchaient depuis des années à discréditer la médecine galénique. La Salle écrit: « S'il vouloit mander le chirurgien de... dont j'eus l'honneur de vous parler à Paris, toutes ces matières, l'usage de la médecine chymique et des maximes de Paracelse si contraires à la véritable médecine lui estant connues... » Par ces mots: *si contraires à la véritable médecine*, il se range avec son correspondant contre les partisans de l'école chimique. Cette lettre de La Salle, du 31 octobre 1678, a dû être écrite à un médecin et à un médecin qui n'aime pas les Jésuites. S'agirait-il de Monsieur Hamon, médecin de Port-Royal?
22. CABANES, *Légendes et curiosités de l'histoire*,

- IV, 66.
23. CABANES, *L'Enfer de l'histoire*, II, 236.
24. Le poison était composé de vitriol, d'arsenic et de venin de crapaud.
25. HENRI-ROBERT, *Les grands procès de l'histoire*, Paris, 1925, II, 32. Nos notes sur la Brinvilliers sont tirées, pour la plus grande partie, de cette étude d'Henri-Robert.
26. HENRI-ROBERT, *Op. cit.*, II, 33.
27. HENRI-ROBERT, *Op. cit.*, II, 49.
28. CABANES, *Dans les coulisses de l'histoire*, II, 132-133.
29. Emile GILBERT, *Op. cit.*, 334.
30. Le Dr Arthur VALLEE, *Le poison dans l'histoire et les grandes empoisonneuses*, Québec, 1917, 18.
31. Arthur VALLEE, *Op. cit.*, 21. Ces deux chansons furent recueillies aux Eboulements et à Saint-Irénée-de-Charlevoix.
32. En 1684 et 1685, les hommes de l'expédition de La Salle avaient emporté de la thériaque et s'en servirent pour les morsures de serpents à sonnettes. Cf. MARGRY, *Op. cit.*, III, 217, 252.
33. MARGRY, *Op. cit.*, I, 583.
34. MARGRY, *Relations et mémoires inédits pour servir à l'histoire de la France dans les pays d'outre-mer*, Paris, 1867, 8.
35. Le Sage, auteur de *Gil Blas*, a écrit une pièce, *La tontine*, où il y a un médecin qui s'appelle Trousseau-Galant. Il y a eu une *New York Tontine Association*, fondée en 1790 et qui cessa d'exister en 1878.
36. FAUTEUX, « De la Bastille au Canada; Henri de Tonty et les frères Crisafy », *Loc. cit.*
37. Il serait intéressant de savoir qui a taillé Tonty. Les lithotomistes les plus en vogue à cette date étaient François Tolet et Raoux. Sarrazin avait l'ouvrage de Tolet sur la taille dans sa bibliothèque.
- Disons ici que le nom de Lorenzo Tonty s'écrit généralement avec un i et celui de ses fils, avec un y.
38. FAUTEUX, *Op. cit.*
39. C'est la supposition de Fauteux et elle semble la plus acceptable. Comme il se faisait tard dans la saison, La Salle dut reprendre les vaisseaux pour Québec sans attendre Tonty.
40. Sur Tonty, voir MARGRY, *Op. cit.*, passim.
41. Ils l'appelaient aussi *Bras-Coupé*. (Cf. MARGRY, *Op. cit.*, II, 343; IV, 192). Deux romans ont été écrits sur la vie de Tonty: *Tonty of the Iron-Hand* Par Everett McNEIL (New-York) et *The Story of Tonty*, par Mary-Hartwell CATHERWOOD (Chicago, 1890).
42. Relation de Henri de Tonty, dans MARGRY, *Op. cit.*, I, 557. Ce sieur La Motte dont parle Tonty est Dominique de La Mothe-Lucière. La femme de son frère est la fameuse baronne d'Aulnoy, auteur des *Contes de Fées* (Cf. LE JEUNE, *Dictionnaire général...*, II, 193). Sa belle-fille, Jeanne Desgranges, fut la mère de Jean-Claude Helvétius, auteur du livre *De L'Esprit*, brûlé par la main du bourreau en 1758. (*Bull. rech. hist.*, 1945, 393).
- Il faut dire qu'il y avait deux chirurgiens avec l'expédition de La Salle et que ces chirurgiens ont pu avoir de l'orviétan dans leurs bagages. C'étaient Michel et La Rousselière. A cette date cependant, La Rousselière est absent et Michel est au fort Frontenac.
43. Douglas BRYMNER, *Rapport sur les archives canadiennes pour 1886*, Ottawa, 1887, xciii.
44. PLANCHON, *Loc. cit.*
45. *Remarques curieuses sur la Thériaque*, avec un excellent *Traité sur l'Orviétan*, dédié à Messieurs les Médecins et Apothicaires de Guyenne et à Monsieur d'Emery, par J. RIOLLET, Bordeaux, 1665. (Cité par Planchon).
46. BRYMNER, *Rapport sur les archives canadiennes pour 1895*, Ottawa, 1896, Note A, 5. Voici ce que dit Charlevoix des ours: « Au mois de Juillet l'Ours est en rut. Il devient alors si maigre, sa chair est si fade, & d'un si mauvais goût, que les Sauvages mêmes... ont de la peine à y toucher... Quand il a bien mangé des fruits, sa chair a un très bon goût, & elle le conserve jusqu'au printemps. Elle a néanmoins toujours un grand défaut; elle est trop huileuse. & si on n'en use pas modérément, elle donne la dysenterie ». (*Op. cit.*, V, 175).
47. A.-C. Laut a publié en 1902 un roman sur Radisson et Chouart, intitulé *Heralds of Empire*. Dans ce roman il y a un Dr Picot, qui semble n'avoir aucun vis-à-vis dans la réalité.
48. Léon ROY, « Les (Le) Meneux-dit-Châteauneuf », dans *Bull. rech. hist.*, 1947, 152. Chouart et Radisson firent prisonnier, pendant l'hiver, le chirurgien envoyé de Londres par la Compagnie de la Baie d'Hudson.
49. *Rapport sur les archives canadiennes pour 1895*, Note A, 4.
50. *The French Foundations, 1680-1693 (Collections of the Illinois State Historical Library, Vol. XXIII)*, Springfield, Illinois, 1934, 279.
51. *Michigan Pioneer and Historical Collections (Caddillac Papers)*, 1903, Vol. 33, 254.
52. *Ibid.*, 1904, 274.
53. *The French Foundations*, 165.
54. *Voyages du Baron de La Hontan dans l'Amérique septentrional*, Amsterdam, 1705, I, 257.
55. Franquet recommandait du sel mâché pour les

- morsures de serpents à sonnettes. Le Dr Benjamin-Smith Barton, auteur d'une étude intitulée *An Account of the Most Effectual Means of Preventing the Deleterious Consequences of the Bite of the Crotalus Horridus, or Rattle-Snake* (1791), conseille le traitement suivant: tourniquet, scarification de la blessure, application de sel et poudre à fusil. (Cf. *Annals of Medical History*, novembre 1936, 483-484). En 1685, le Gros, compagnon de La Salle, fut mordu par un serpent à sonnettes et en mourut. (Cf. MARGRY, *Op. cit.*, III, 166 ss.).
56. C'est le Frère Marie-Victorin qui a démontré que l'*Histoire des plantes de Canada* était de Vaillant et de Sarrazin. (Cf. « Un manuscrit botanique prélinnéen », dans la *Revue trimestrielle canadienne*, septembre 1936, 225-237). Sébastien Vaillant naquit à Vigny, près de Pontoise, en 1669. Il fut secrétaire de Fagon et mourut de l'asthme en 1722. Ne serait-il pas de la même famille qu'Antoine Vaillant, chirurgien de Soissons, dont le fils épouse la fille du chirurgien Jourdain Lajus, à Québec, en 1732?
57. Le Dr Arthur VALLEE, *Michel Sarrazin, 1659-1735. Sa vie, ses travaux et son temps*, Québec, 1927, 272.
58. PLANCHON, *Op. cit.*
59. Antoine ROY, *Rapport de l'Archiviste... pour 1943-1944*, 26.
60. Gustave PLANCHON, « Notes sur l'histoire de l'orviétan », dans le *Journal de pharmacie et de chimie*, 5e série, XXVI, 1er août, 15 août, 1er septembre, 15 septembre, 1er octobre 1892.
- CABANES, « Les panacées d'autrefois: l'orviétan », dans le *Bulletin général de thérapeutique*, II, 1897, 312-324. Les notes de cette partie de notre étude sont tirées, pour la plus grande partie, de Planchon et de Cabanès.
61. Les armes d'Urbain VIII peuvent se voir à Saint-Pierre-de-Rome sur huit bas-reliefs de marbre. Elles n'ont rien de médical en elles-mêmes; mais l'artiste a trouvé moyen, sans que cela paraisse aux non-avertis, de représenter sur ces huit panneaux les diverses phases de l'accouchement, avec le visage de la parturiente, son ventre et une partie de ses organes génitaux externes. Ces sculptures sont placées à la base des colonnes qui supportent le baldaquin du maître-autel. (Cf. Robert-E. SCHLUETER, « Obstetrical Art at St. Peter's in Rome », dans *Annals of Medical History*, mai 1936, 227-231).
62. PLANCHON.
63. PLANCHON. Selon Cabanès, un certain Lupi, d'Orviététo en Toscane, serait aussi l'inventeur de l'orviétan.
64. PLANCHON.
65. CABANES. Martin Lister, médecin anglais qui séjourna à Paris à cette époque, écrit: « On rencontre sur le Pont-Neuf une infinité de charlatans, les uns remettent les dents tombées, les autres font des yeux de cristal; il y en a qui guérissent les maux incurables, celui-ci prétend avoir découvert la vertu cachée des simples, ou de quelques pierres en poudre pour blanchir et embellir le visage, celui-là assure qu'il rajeunit les vieillards. » (Emile GILBERT, *Op. cit.*, 314-315.)
66. GIDEL et LOLIEE, *Dictionnaire des écrivains et des littératures*.
67. Il y a aux Gobelins une tapisserie qui représente le vendeur d'orviétan. (Cf. GARRISON, *An Introduction to the History of Medicine*, 2ème éd., 1917, 387).

## CORRESPONDANCE

### LETTRE DE PARIS

La fin de ce premier trimestre a été marquée, à la Faculté de Médecine, par la leçon d'ouverture du Professeur Lucien de Gennes qui vient d'être nommé à la chaire de Pathologie et de Thérapeutiques générales en remplacement du Professeur Baudouin. Parmi la génération qui accède au professorat, le Professeur de Gennes est certainement un des plus brillants et des plus écoutés. Son savoir sans pédanterie, sa simplicité amicale, son talent d'exposition lui ont conquis une audience particulière chez les jeunes et c'est devant une assistance très nombreuse, très vivante, très enthousiaste qu'il prit possession de sa chaire.

Après les remerciements habituels et une esquisse rapide de son milieu familial, le Professeur de Gennes, par petites touches colorées, précises se mit à faire les portraits de ses maîtres, peignant ainsi une grande fresque de la médecine parisienne d'avant-guerre. Le souvenir de Widal et de son école qui donna tant de professeurs ne cessa de planer sur cette leçon: Lesné, Sicard, Abrami, Lemierre, Pasteur Vallery-Radot, René Moreau furent les maîtres et les amis du nouveau professeur. En termes excellents, le Professeur de Gennes sut aussi parler de son maître Hartmann dans le service duquel il connut Lecène, Mondor et Gaudart d'Allaines. Enfin il dit tout ce qu'il devait au Professeur Fernand Bezançon et au Docteur Philippe Pagniez dont nous ressentons profondément la disparition.

L'auditoire écoutait avec une attention extrême cette leçon pleine de charme, de finesse et aussi d'émotion sincère. Le Professeur de Gennes termina par un tour d'horizon sur la Pathologie Générale, cette science de synthèse dont les possibilités sont infinies. Mais il limitera son cours à l'étude de la pathologie des hormones parce qu'il lui a consacré déjà de nombreuses études et aussi parce

que les maladies endocrines ont un retentissement sur les grands problèmes de la pathologie générale. C'est ainsi par exemple que l'injection quotidienne ou la greffe sous-cutanée d'une hormone du cortex surrénal peut produire l'artério-sclérose comme l'a montré le professeur Selye dans une expérience portant sur plus de 6000 rats; c'est ainsi que la chimie des hormones met pour la première fois en nos mains les corps animateurs de la multiplication cellulaire. Et longuement applaudi, le Professeur de Gennes achève sa leçon par cette phrase « C'est avec une extrême prudence et un grand discernement que nous devons aborder ces problèmes de pathologie générale, si nous voulons sans nuire faire œuvre utile et tenter de modifier dans un sens favorable les ordres du destin. Pour autant que le destin ne se rit pas de nos infirmes tentatives. »

La grève administrative des médecins que nous avons annoncée n'a pas eu lieu à la demande du Ministre de la Santé et du Gouvernement qui ne tenait pas à voir une agitation sociale commencer par les médecins. Des promesses ont été faites au corps médical qui d'ailleurs ne seront pas tenues. La nouvelle loi des finances que le Parlement est en train de discuter ne donnera en aucune façon satisfaction aux médecins qui continueront, comme par le passé, à être les victimes d'une injustice fiscale excessive. Mais ils ne seront plus les victimes résignées, et il est très probable qu'écrasés d'impôts, gagnant difficilement leur vie, harcelés par les règlements de la Sécurité Sociale, menacés d'une fonctionnarisation plus ou moins avouée, les médecins emploieront à regret, la seule arme qui semble leur être laissée, la grève.

Parmi les communications aux Sociétés Savantes qui ont particulièrement retenu l'attention au cours du mois de mars, citons

d'abord celle de M<sup>mes</sup> Buyard, Chevallier et Trémolières<sup>1</sup> qui, à l'Académie de médecine, ont montré que, pendant l'occupation allemande, la ration alimentaire quotidienne était tombée à Marseille à 1500 calories avec un taux de protides de 15 gr.; à Paris la ration était légèrement supérieure avec un taux de protides légèrement supérieur également; dans les régions rurales riches, la ration était de 3000 calories en moyenne avec 35 gr. de protides; dans l'ensemble elle était à la campagne plus riche et mieux équilibrée qu'avant-guerre, car les paysans ne pouvaient écouler leurs produits en raison des difficultés de transports. Dans les villes d'importance moyenne la ration était meilleure qu'à Paris.

Depuis 1945, on note une amélioration, surtout marquée depuis le 3<sup>ème</sup> trimestre 1946; le niveau est devenu physiologiquement acceptable à Paris et à Marseille alors que dans les régions riches, la ration tend à diminuer.

Les mêmes auteurs ont montré que la géographie de la surmortalité a été la même que celle de la sous-alimentation. La mortalité a été plus forte à Marseille qu'à Paris, parce que cette ville avait une ration déficiente en calories avec un taux de protides très bas. Les groupes les plus atteints ont été ceux des vieillards de plus de 70 ans, des enfants de moins de 4 ans et ceux de 10 à 19 ans.

A la société Médicale des Hôpitaux, M<sup>mes</sup> Guy Tardieu et B. Guillaumont<sup>2</sup> ont fait part de leur essai de traitement des syndromes parkinsoniens par la radiothérapie des noyaux gris centraux. Ils ont traité 14 malades au total. Les résultats globaux sont 8 améliorations franches, 3 améliorations modérées et 2 échecs. L'ancienneté de la maladie ne semble pas entrer en ligne de compte. L'amélioration a été franche dans les cas datant de 12 à 14 ans alors que le succès était beaucoup moins affirmé dans un cas datant de 6 mois. Par contre l'étiologie influence autrement les chan-

ces de succès. Sur 7 cas de parkinsonisme post-encéphalitique, l'amélioration a été franche dans 6 cas. Au contraire sur 4 cas de maladie de Parkinson présénile, on compte un échec et deux améliorations seulement modérées contre un succès probant.

Les diverses composantes de la maladie ont été inégalement influencées: l'action sur la raideur a été manifeste: 9 améliorations franches contre 2 améliorations faibles et 2 échecs. Le tremblement a été nettement diminué ou n'a disparu que dans 5 cas alors qu'il a persisté intégralement dans 3 cas. Quant au retour des mouvements automatiques, il ne se produisit que dans 3 cas.

Ce traitement n'a pas eu d'inconvénient majeur. La fatigue qu'accusent parfois les malades n'a été vraiment marquée que dans un cas.

La dose employée a été de 50 r les 2 ou 3 premières séances. Puis elle a été de 100 et même de 150 r. On a fait deux séances hebdomadaires jusqu'à 2,400 ou 3,000 r répartis par 2 ou 3 champs. Ce traitement devra être repris après 3 ou 4 mois de repos.

Dans cette même séance, Mrs. L. Justin-Besançon, H.P. Klotz et Voisin ont rapporté l'observation de deux comas barbituriques guéris par l'injection intraveineuse l'une de 180 milligr., l'autre de 50 milligr. de Phényl-I-amino-2-propane dextrogyre spécialisé sous le nom de « maxiton ». Les réveils ont été extrêmement rapides.

A leur propos les auteurs demandent que l'emploi de ce produit soit généralisé dans les hôpitaux, car il donne dans les cas de coma barbiturique une amélioration beaucoup plus rapide que la méthode employée actuellement, les injections de strychnine. Le Maxiton agit sur le cortex et le diencéphale alors que la strychnine n'est qu'un analeptique médullaire et à la rigueur pédonculaire.

MM. J. Delay, P. Pichot et B. Romanet ont exposé longuement leurs travaux sur l'action excitatrice centrale de certaines amines sympathicomimétiques et plus particulièrement sur la méthylamphétamine.

1. Séance du 16 mars 1948.

2. Séance du 12 mars 1948.

*Ce corps administré chez un sujet normal a une action à la fois psychique et physique.*

*L'action psychique porte sur la sphère affective et sur la sphère intellectuelle.*

*Au point de vue affectif, une dose moyenne de 10 milligr. per os produit en général un état euphorique, une activité accrue, une augmentation du goût au travail. L'action intellectuelle n'est pas seulement une impression subjective. Le rendement intellectuel, jugé par des tests, est incontestablement plus grand.*

*Cette action psychique de la méthylamphétamine est en tout point comparable à celle de la Benzédrine, mais le premier corps est encore plus actif et plus puissant.*

*L'action physique est caractérisée par une diminution subjective de l'impression de fatigue, par une augmentation considérable des performances physiques. La méthylamphétamine fut largement administrée pendant la guerre aux aviateurs, aux parachutistes et soldats des unités blindées dans l'armée allemande.*

*Chez des sujets normaux, à la dose de 5 à 10 milligr., la méthylamphétamine ne provoque pas de modifications appréciables de la respiration, de la température, de la tension artérielle, ni du pouls.*

*Sous le nom de choc amphétaminique, les auteurs ont décrit la réaction brutale, intense de l'injection intraveineuse de 15 milligr. de méthylamphétamine.*

*La réaction provoque chez des sujets normaux un état voisin de l'hypomanie, avec extrême volubilité, impression de puissance et euphorie.*

*Le choc peut servir à extérioriser les symptômes qui sont encore mal réalisés.*

*Dans les états maniaques, le syndrome est toujours transitoirement aggravé, soit qu'il s'agisse du passage d'un état hypomaniaque à un état maniaque franc, soit qu'il s'agisse d'une aggravation considérable d'un accès franc.*

*Dans les états mélancoliques, le même choc amphétaminique provoque une exaltation*

*souvent spectaculaire de la symptomatologie portant à la fois sur l'hyperthymie douloureuse fondamentale et sur les mécanismes de justification intellectuelle. L'aggravation de l'anxiété va jusqu'à la provocation du raptus anxieux. Ces effets de choc peuvent être calmés intantanément par une injection de sodium amytal.*

*L'intérêt diagnostique dans les états mélancoliques est surtout net dans les mélancolies atypiques et dans la mélancolie stuporeuse. Dans ce dernier cas, en effet, le choc amphétaminique permet de rompre le mutisme et l'extériorisation par la malade de ses thèmes délirants d'auto-accusation permet de porter un diagnostic parfois difficile.*

*Dans la schizophrénie, chez les sujets présentant des signes plus ou moins marqués de la série catatonique, le choc amphétaminique produit une accentuation très nette. Chez les sujets ne présentant aucun signe de la série catatonique, le choc amphétaminique peut faire apparaître la catatonie ou bien aggraver tout ce qui dans leur langage ou leur comportement avait déjà une note schizophrénique: discordance, maniérisme, dissociation, idées délirantes.*

*En somme dans les psychoses maniaco-dépressives, les états schizophréniques, le choc amphétaminique ne paraît présenter qu'un intérêt diagnostique.*

*Dans d'autres cas, les psychoses-névroses, les névroses, il peut être utilisé pour donner prise à la psychothérapie. Il fait disparaître passagèrement les états neurasthéniques, supprime instantanément le coma barbiturique et dans les intoxications alcooliques aiguës permet un réveil et un rapide retour à la normale.*

*C'est un premier essai d'utilisation de cette drogue très prometteur et le jeune Professeur de Psychiatrie compte avec son école en faire une étude systématique et préciser certains points encore obscurs de la valeur pharmacodynamique de la méthylamphétamine.*

André PLICHET

# CHRONIQUE SÉMÉIOLOGIQUE

## OÙ IL N'EST QUESTION D'AUCUN SIGNE EN PARTICULIER

Roméo BOUCHER.

Quand Socrate d'un simple coup d'oeil reconnut la haute intelligence de Platon, il ne fit rien d'autre que d'en lire l'expression sur sa figure. Quand le médecin de son regard investigateur cherche à saisir, chez son client, ce qu'il y a d'inavoué et d'incomplet dans sa confession et qui en est souvent la partie la plus importante, l'idée ne lui vient même pas qu'il met à son service des siècles de recherches. La connaissance de la physionomie ne nous a pas été donnée comme cela, d'un seul coup, à la façon d'une découverte inattendue. Il faut remonter à Aristote pour trouver sur elle les premières notes à tendance scientifique comme pour le nez et les yeux. A cette époque, on savait déjà ce qu'était le *facies-hippocratique* que le père de la médecine nous a laissé en une description qui a survécu à l'usure des temps, mais il faut en arriver à Galien pour affirmer qu'au milieu de ses hésitations celui-ci nous a laissé des fragments qu'on peut considérer comme les premières études vers la connaissance de la mimétique. Léonard de Vinci lui-même, dans ses croquis, n'a pas osé se mesurer avec les difficultés que la musculature faciale comportait encore dans son temps. Quant aux descriptions de Vésale, elles sont assez superficielles.

Au début du 18<sup>e</sup> siècle, Santorini en donne enfin une véritable description scientifique et Albinus en fait des illustrations, ma foi, fort artistiques. Depuis, Charles Bell, dans son «Anatomie de l'expression», et Darwin ont définitivement attaché leur nom à cette question, à laquelle tant d'autres ont aussi travaillé: Cross, Duchenne, Gall, Lombroso, Parkinson, Basedow, Wells, Hutchinson, Charcot, Kraepelin, pour ne pas parler de ceux de notre temps. Il a fallu reprendre non seulement l'anatomie, mais aussi l'embryologie et toute

l'histoire de l'évolution de la face à travers les âges pour en arriver à ce que nous avons aujourd'hui.

L'expression faciale de l'homme est faite de nuances subtiles et fugaces, variées et complexes. Dérivée embryologiquement du deuxième arc branchial, innervée par la septième paire ou nerf facial, elle présente des différences raciales extrêmement intéressantes sur lesquelles l'anthropologie nous donne des renseignements précieux. Qu'on compare entre eux les caractères d'expression du noir avec sa large face battue, solidement musclée, inondée d'un vaste sourire, et la finesse gracieuse et gracile des groupes musculaires faciaux de la race blanche. On s'en rendra facilement compte. Et d'autant plus si l'expression, dite *poker face*, des Orientaux nous vient en même temps à l'esprit.

Mais, quelle que soit la race, la peau de la face est généralement mince, élastique, fortement vascularisée, ayant des replis naturels qui en font le siège idéal pour les interventions plastiques. Par contre, son élasticité, sa laxité la rendent propice à l'œdème, au saignement abondant, mais d'hémostase facile. Sous l'épaisseur de la peau gisent dans le tissu conjonctif des bourrelets graisseux, auxquels les anatomistes n'attachent, en général, que peu d'importance, mais que les cliniciens connaissent bien, au point de vue séméiologique: celui qui est à la racine du nez, celui qui se trouve sur la ligne médiane de la lèvre supérieure et qui se rattache au septum nasal et un troisième à la partie supérieure de la joue. Evidemment, ces bourrelets graisseux n'ont pas, dans la mimétique, l'importance des groupements musculaires. Mais si on ajoute, en plus, les parotides, l'irrigation artérielle, veineuse et lymphatique de la face, nous avons à

peu près tout ce qui joue un rôle dans l'expression faciale. Avec les plis et les sillons, bien entendu, dont nous n'avons pas encore parlé et dont le rôle est important.

Les sillons principaux sont le *naso-labial* qui part des ailes du nez pour contourner les joues à leur bord inférieur et externe, le *mento-labial* du maxillaire inférieur, le *médian* de la lèvre inférieure et, enfin, les *orbito-palpébraux* inférieur et supérieur.

Avant de parler des plis, il serait imprudent de ne pas mentionner les rides: celles de la patte d'oie en particulier, qui donnent à la figure une telle expression de jovialité. Sur la peau, les rides savent inscrire de bonne heure l'irréparable outrage car elle perd vite toute son élasticité. Beaucoup d'auteurs ont essayé de leur donner une signification pathologique, d'après leur apparence, leur direction, leur situation, et Ranney en a tiré des conclusions étonnantes. De toute façon, leur apparition coïncide toujours avec une diminution du tissu adipeux ou une contraction anormale de certains muscles par irritation des branches motrices qui les animent.

Quant aux plis de la face, on les distingue en :

1) *plis du front*, traversant le front horizontalement et servant à traduire la douleur du corps humain par cause extrinsèque;

2) *plis oculo-frontaux*, tombant verticalement du front à la racine du nez et exprimant la détresse, l'anxiété, l'angoisse, une douleur interne aiguë; d'après Thorek ils seraient l'indice d'une crise réelle ou simulée au cours d'une maladie aiguë et, quand ils s'unissent à ceux du front, un excellent signe de lésion cérébrale en voie de développement ou d'une céphalalgie très intense;

3) *plis oculo-zygomatiques*, partant de l'angle interne de l'œil pour se diriger en bas et en dehors, indiquant, chez les enfants, une affection nerveuse ou cérébrale et, chez les adultes, une affection génitale, des habitudes de masturbation ou des excès vénériens;

4) *plis nasaux*, s'élançant du rebord supérieur de l'aile du nez pour se diriger vers le bas en suivant une ligne plus ou moins courbe,

qu'on observe dans la tuberculose et la cachexie, quoique l'exagération de sa partie supérieure ou *nasale* propre indiquerait une maladie intestinale et celle de la partie inférieure ou *buccale* une maladie de l'estomac. Mais si l'accentuation de cette ligne coïncide avec celle de la précédente, elle serait symptomatique de vers intestinaux chez l'enfant, surtout si la face est pâle et les yeux photophobiques.

5) *plis labiaux*, laissant l'angle de la bouche pour aller se perdre plus ou moins bas au niveau du menton, indices de dyspnée ou de douleur, chez les enfants;

6) *plis collatéraux du nez*, partant du nez pour se diriger vers les joues en passant en dehors des deux précédents, importants paraît-il, dans le diagnostic des affections viscérales du thorax et de l'abdomen.

Et voilà, brièvement esquissé, trop brièvement même, le mécanisme de la mimétique faciale. C'est par elle que le malade peut livrer le secret de son corps et l'homme celui de son âme. A certains états émotionnels correspondent toujours des expressions qui traduisent tour à tour, sinon presque simultanément, mais de toute façon très rapidement et très fugacement, la haine, la joie, la méfiance, la surprise, l'honneur, le dégoût, le dédain, le rire, le mépris, la crainte, la pitié, l'extase, la dévotion et combien d'autres qui peuvent glisser insensiblement sur le rideau mouvant et pathétique des traits. Le pleur, le sanglot, la rage, la furie, l'anhélation, l'agonie et une foule d'états physiques peuvent s'y greffer à leur tour. Ce qui permet au médecin d'interpréter le jeu infiniment subtil de tous ces masques. Ils s'intriquent souvent, il est vrai, pour réussir des complexes dont la gamme est infinie. Mais que le facies devienne impassible, que les émotions ne s'y inscrivent plus ou que trop, mal ou de façon exagérée, et nous voilà immédiatement lancés sur la piste du pathologique, je dirai même de la séméiologie.

Cette interprétation demande une grande psychologie et une longue expérience. Qui de nous peut se vanter de la posséder à fond?

## “L'Union Médicale du Canada” en 1879

### Notre code.

Jan 1879.

Ontario vient de nous donner un magnifique exemple ou plutôt une séquelle d'exemples magnifiques, qui nous prouvent que, là-bas, il y a protection (c'est le mot) pour le médecin et que la loi n'est pas lettre morte. On y est à sévir contre le charlatanisme et sans ménagement. Voici la manière qu'on a employée pour parvenir à un résultat pratique, chose que nous méconnaissons ici, malgré les efforts réitérés d'amis chez qui le dévouement abonde.

La police est sœur puinée de tous les maux qui inondent la société; hâtons-nous de dire que née du mal, elle en est l'antidote, sinon au point de vue moral — rarement elle a fait des conversions — au moins au point de vue social, c'est-à-dire que le violateur de la loi ne coudoie guère l'agent de sûreté, et que fréquentations entre eux ne sont pas en usage. C'est ce que se disent les charlatans d'Ontario depuis qu'on a mis la police à leur recherche: plus de deux cents victimes dans quelques semaines, quel massacre!! Le collègue des médecins de Toronto, et celui des dentistes, confièrent la besogne à M. Smith, de la police secrète qui ne s'en est pas mal acquitté comme on vient de le dire.

Madame Lasel, *clairvoyant physician* (sic) condamnée à une amende de vingt-cinq dollars et n'ayant pu les collecter chez ses ingrats patients, a fait un mois de prison. Dr Sutherland, grand guérisseur du bégaiement, fut plus heureux,... il put payer la somme. Alex. Moore, pour qui le cancer n'est qu'un vain mot, eut le même sort. Un autre qui préfère soigner d'après les portraits de ses patients, que d'après leur examen, en fut quitte pour un montant semblable. Ainsi de suite pour tutti quanti.

Pourquoi ne pourrions-nous pas en faire autant dans la Province de Québec? La police n'est-elle pas notre amie? et la loi n'est-elle pas la loi pour nous? Et surtout ne sommes-nous pas soucieux des intérêts de la société? Ouvrons notre code médical, en force depuis deux ans déjà et voyons.

25. «Toute personne qui sera convaincue sur le serment d'un ou de plusieurs témoins, en conformité des dispositions de l'acte de cette province, 38 Vict., ch. 3f, d'avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans la province de Québec, soit à gages, soit pour argent, ou dans l'espérance d'une récompense, sera, sous conviction sommaire devant un shérif, ou magistrat de district, ou un recorder, ou un juge des sessions de la paix, condamnée à

payer une amende de pas moins de vingt-cinq piastres ni de plus de cent piastres.»

Et ailleurs, chose qu'on oublie.

21. «Toute personne qualifiée, suivant cet acte, à être enregistrée, mais qui néglige ou qui omettra de se faire ainsi enregistrer, ne pourra se prévaloir d'aucuns droits ou privilèges conférés par cet acte tant que durera cette négligence ou cette omission, et elle sera passible de toutes les pénalités imposées par cet acte, ou par tout autre acte qui peut être maintenant en force contre les praticiens non qualifiés ou non enregistrés, et elle paiera une amende de cinq piastres, chaque année, jusqu'à ce qu'elle soit enregistrée.» Gare donc!

### Les remèdes patentés.

Les journaux, de temps en temps, nous apportent la triste nouvelle de l'empoisonnement par des remèdes patentés: ils nous disent tout ce qu'ils savent à ce sujet, mais nous savons qu'ils n'en connaissent pas long heureusement. En effet, quel est celui d'entre nous qui n'a pas été témoin de cas malheureux tels que celui mentionné ces jours derniers (un enfant, mort empoisonné par une dose trop élevée du Sirop des Enfants du Dr Coderre), et qui n'a pas gardé un silence assez charitable. Les empoisonnements par les sirops sont nombreux, nous le savons tous. Et nous laissons faire le mal, comme s'il était incontrôlable! On a donc raison de jeter le cri d'alarme dans le public. Plusieurs causes peuvent donner lieu à ces accidents déplorables.

Une première cause qui semble la plus évidente est la dose trop élevée. On meurt empoisonné parce que la dose de poison est trop forte! Cela paraît tout naturel. Relativement, néanmoins, il arrive souvent que ce n'est pas le cas pour les médicaments patentés. Tel enfant pourra prendre une cuillerée à thé et plus de telle bouteille sans aucun effet, et qu'une moindre dose d'une autre bouteille jettera dans un sommeil profond. J'ai vu plusieurs enfants avaler une demi-bouteille ou une once sans peu d'effet, et néanmoins ils n'avaient pas acquis la tolérance médicamenteuse, c'était une dose prise accidentellement. La préparation est donc défectueuse, et cette deuxième cause est bien la première. Le dosage dans des préparations en grand n'est pas sans difficulté: il n'est pas de conséquence pour une préparation de fer, etc.; pour une potion calmante, il doit être fait avec une rigueur des plus mathématiques: il sera même peut-être plus prudent de s'abstenir de tout remède patenté qui contient un narcotique

quelconque. Il n'agit bien qu'en autant que le narcotique existe, et pourquoi ne pas donner celui-ci à dose raisonnable, mais tangible, visible? pourquoi le cacher ainsi? Chaque mère n'a-t-elle pas le secret d'un véhicule délicieux qui vaut bien le sirop du laboratoire? De cette manière, on donne la dose prescrite par le médecin, et les mères aveugles sont moins exposées au cruel martyre d'être elles-mêmes les meurtrières de leurs enfants.

Dans le cas qui fait le sujet de ces quelques remarques, le médecin demandé, convaincu qu'il avait affaire à un empoisonnement par l'opium, a employé, comme contre-poison les stimulants, — eau brandy, — les contre-irritants sur l'épine dorsale; la belladone a été oubliée, néanmoins l'antagonisme de ces deux médicaments dans plusieurs de leurs effets physio-

logiques a conduit le médecin à se servir de cette solanée dans une semblable circonstance, et ses propriétés antidotiques de l'empoisonnement par l'opium semblent être reconnues depuis longtemps.

Les amis ne devront pas trouver étrange que nous venions souvent à la charge au sujet des réformes ou du perfectionnement de la science, comme du bien-être de la médecine: celle-ci, comme toute noble ambition, comme Balzac, a sa devise: « Etre célèbre et être aimée. » Or, cette double fin ne peut être acquise que par un travail réformateur partout où le besoin s'en fait sentir; avec cela la devise deviendra un fait accompli; car nous ne devons pas être condamnés, comme Moïse, à ne voir la terre promise que de loin.

## 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

P. S. HENCH et AL. — **Rhumatisme et arthrite. Revue des littératures anglaise et américaine des dernières années.** (*Rheumatism and Arthritis. Review of American and English Literature of recent years.*) "Ann. Int. Med.", 28: 111 (janv.) 1948. — (suite)<sup>1</sup>

#### A.—Goutte.

##### 1.—Fréquence.

Il existerait un certain facteur héréditaire, variant selon les auteurs de 10 à 21%. Seulement 3 à 10% des goutteux seraient des femmes. La première crise peut survenir en tout temps, de l'adolescence à la vieillesse. La race n'a que très peu d'influence. L'obésité est un caractère prédominant chez ces malades. Il semble faux que l'alcool et les aliments riches en purines puissent être incriminés comme facteur étiologique.

##### 2.—Clinique.

Un état goutteux asymptomatique existe ordinairement pendant un certain temps avant que ne se manifeste l'arthrite aiguë; il ne sera caractérisé que par une hyperuricémie et parfois des coliques rénales. A la phase aiguë, le gros orteil est ordinairement le premier atteint, parfois ce peut être la cheville ou le pied. Plusieurs causes déclenchantes sont connues: le traumatisme, les infections, certaines médications, peut-être les indiscretions alimentaires et les changements barométriques. Dans les arthrites aiguës, postopératoires, il faut toujours penser à la goutte. Les tophi sont présents dans 25 à 40% des cas. On relève une histoire de calculs urinaires dans 13% des cas environ. La goutte ne semble pas jouer un rôle important dans l'étiologie de l'hypertension et de la glomérulonéphrite chronique.

1. La première partie a paru en mai.

##### 3.—Diagnostic.

Les diètes d'épreuve riches en purine ou en graisses peuvent conduire au diagnostic en provoquant une crise aiguë. Une monoarthrite aiguë chez un mâle, quelque soit l'articulation atteinte doit toujours faire penser à la goutte.

##### 4.—Pathologie.

On trouve ordinairement des dépôts d'urate dans la plupart des articulations sauf les sacro-iliaques, les vertébrales et les maxillaires. On a aussi trouvé des dépôts d'urate dans les reins. On rencontre de gros tophi autour des vaisseaux sanguins et des nerfs, mais ils ne causent aucun trouble. Il existe aussi, assez fréquemment, des transformations cirrhotiques du foie.

##### 5.—Laboratoire.

Certains auteurs croient que l'on peut avoir des cas de goutte sans hyperuricémie. Il est toutefois à noter que les patients ont souvent pris de fortes doses d'aspirine dans les jours qui ont précédé la recherche de l'acide urique. Or ce médicament diminue notablement l'uricémie. En comparant l'acide urique libre et lié on a trouvé un rapport assez constant chez les gens normaux: l'acide urique lié formant une moyenne de 15% de l'uricémie totale. Dans la goutte et les maladies du foie, l'acide urique libre diminue alors que s'élève la portion liée. On ne connaît pas encore toutefois la relation entre les dysfonctions hépatiques et la goutte. On a rencontré des cas de goutte avec une hyperuricémie totale mais dont les rapports demeuraient normaux et par contre des patients chez qui l'uricémie était normale mais la portion liée était augmentée. L'emploi de la méthode à l'uricase pour le dosage de l'acide urique dans l'urine a montré que la caféine et la théophylline n'augmentent pas l'excrétion de l'acide urique. Il ne semble pas exister de relations spécifiques entre l'excrétion urinaire de l'acide urique et de l'urée. Mais le métabolisme de l'acide lactique semble jouer un rôle prépondérant sur le débit urinaire de l'acide urique.

La sédimentation globulaire est très accélérée durant une crise mais revient rapidement à la normale. Aucune autre analyse de laboratoire n'a donné de résultats caractéristiques.

##### 6.—Étiologie.

La cause demeure inconnue. On considère la goutte comme une manifestation d'un trouble du métabo-

lisme des purines L'étiologie de l'arthrite goutteuse peut être entièrement différente. Par exemple, dans les crises postopératoires, l'hypoprotéinémie en stimulant le métabolisme des purines endogènes serait à l'origine des dépôts d'urates intra-articulaires. Ces données sont, toutefois, loin d'être prouvées.

#### 7.—*Traitement.*

On n'a pas décrit de nouveaux traitements. Le goutteux est incurable; on peut cependant contrôler la gravité et la fréquence des crises. Les parents d'un goutteux doivent eux aussi mener une vie modérée.

Durant une phase aiguë, on recommande la colchicine jusqu'à soulagement ou apparition de troubles gastro-intestinaux. Il faut le repos absolu au lit et une reprise très lente des activités pour éviter une nouvelle crise. La physiothérapie peut provoquer une récédive.

Entre les crises, les auteurs préconisent une diète riche en glucides, faible en graisses et en purines, un usage modéré d'alcool et un emploi plus ou moins continu de colchicine selon le nombre de crises par année. Il ne semble pas se former d'accoutumance à ce médicament et, si une crise survient, la pleine dose apportera toujours les mêmes bons résultats. Chez les goutteux qui doivent être opérés, on suggère la diète mentionnée précédemment avec colchicine pendant les cinq derniers jours préopératoires et les cinq premiers postopératoires. Il faut aussi prévenir l'hypoprotéinémie.

Les gros tophi qui peuvent s'ulcérer doivent être enlevés chirurgicalement.

Il faut rappeler que la colchicine est un médicament toxique et qu'il faut en surveiller les complications: la granulopénie et la névrite. Le cinchophène est encore plus dangereux et peut produire des hépatites toxiques assez fréquemment mortelles. Toutefois, il semblerait que les mortalités rapportées sont survenues chez des patients non goutteux: on ne relève aucune mort à la suite de son emploi dans la goutte. Les auteurs recommandent son emploi seulement dans les cas de goutte impossibles à soulager autrement. Il est surtout à éviter dans l'arthrite rhumatoïde où les complications semblent les plus fréquentes pour une cause encore inconnue.

#### B. *Arthrites chroniques.*

##### 1.—*Arthrite rhumatoïde.*

1) Problème social: l'importance de l'arthrite rhumatoïde est sous-estimée à cause de son faible taux de mortalité. Il n'existe aux Etats-Unis que 200 lits pour ces malades alors que l'on compte 100,000 lits pour tuberculeux. Malheureusement, l'opinion publique dédaigne ces malades.

2) Fréquence: elle forme le tiers des maladies rhumatismales. Elle est le propre des climats tempérés et se rencontre surtout dans les classes pauvres.

3) Symptomatologie générale: le début de la maladie survient aux environs de 40 ans et l'on compte 23 femmes pour 1 homme. Le pronostic serait d'autant plus grave que le début serait plus précoce. Il semblerait que le traumatisme articulaire jouerait un rôle dans la localisation initiale. A la phase préarthritique, elle peut donner le change pour une thyrotoxicose, une psychonévrose ou une tuberculose. On rencontre très souvent des cas atypiques où l'atteinte est asymétrique, le début rapide, avec température, éruption cutanée et douleurs migratrices faisant souvent penser à du rhumatisme polyarticulaire aigu et, parfois, plusieurs attaques sans lésions articulaires permanentes. Certains auteurs même vont jusqu'à considérer les cas de fibrosite, synovite chronique et hydarthrose récédive comme des formes de début de l'arthrite rhumatoïde.

4) Caractères cliniques spéciaux: l'ictère, soit par hépatite ou obstruction biliaire, amène souvent des rémissions partielles ou complètes, mais temporaires. Toutefois, l'injection de sels biliaires ou de bilirubine n'a jamais donné de succès. L'hépatite expérimentale a cependant donné certains résultats très encourageants. Le mécanisme de cette action de l'hépatite est très obscure; certains auteurs croient qu'il pourrait s'agir d'une action directe de la bile sur l'agent causal de l'arthrite. Un autre phénomène assez étrange est le soulagement remarquable de la plupart des femmes rhumatisantes qui deviennent enceintes. Le mécanisme est ici aussi entièrement inconnu. Il est à noter que les réactivations sont fréquentes après une grossesse. Chez les enfants, qui souffrent d'arthrite juvénile, on a souvent noté une opacité linéaire de la cornée, sans pouvoir trouver d'explication. Dans un certain nombre de cas d'arthrite rhumatoïde, on retrouve, à l'autopsie, des lésions cardiaques, mais qui donnent rarement des signes pendant la vie. L'amylose est assez rare même chez les arthritiques de vieille date. Il existerait parfois un trouble du métabolisme des 17-kétostéroïdes.

5) Caractéristiques pathologiques: l'arthrite rhumatoïde semble être une maladie de tout l'organisme. Les changements articulaires précoces consistent en une infiltration de polynucléaires ou, plus tard, de lymphocytes et de plasmocytes avant de parvenir aux grandes lésions classiques de cette affection. On peut rencontrer une dégénérescence kystique des os, près des articulations atteintes. On retrouve une périnévrite nodulaire généralisée au niveau des nerfs périphériques. Ces nodules ressemblent à des granulomes. Ces mêmes lésions nodulaires se retrouvent dans les muscles et peuvent même être considérées

comme pathognomoniques. La fibre musculaire même montre des signes d'atrophie et de dégénérescence possiblement responsables de la fonte musculaire ordinairement associée à l'arthrite. Les lésions cardiaques, semblables à celles du cœur rhumatismal, se rencontrent dans 25 à 65% des cas autopsiés. Diverses hypothèses tentent d'expliquer ces découvertes nécropsiques: l'arthrite rhumatoïde et la fièvre rhumatismale sont deux formes de la même maladie; les lésions seraient celles d'une pancardite rhumatoïde, nécessitant un changement dans nos concepts sur la spécificité des caractères du cœur rhumatismal; enfin, il est possible que le patient ait souffert des deux affections. Chacune de ces explications n'est toutefois pas satisfaisante. Les autres organes ne présentent pas de lésions spécifiques sauf peut-être un certain degré de glomérulite chronique. Les causes de mort sont très variables.

6) Laboratoire: la plupart des patients ne présentent pas de signes radiologiques pendant les premiers temps de la maladie. Le diagnostic radiologique est très difficile à faire et l'interprétation doit être prudente. Dans presque tous les cas, l'hémoglobine est abaissée d'une façon notable. Les protéines plasmatiques sont souvent modifiées. Le sens clinique est beaucoup plus important que le temps de sédimentation, pour parvenir au diagnostic et suivre l'évolution de la maladie. Le fibrinogène plasmatique serait élevé dans ces cas. Les autres épreuves n'ont pas donné, de résultats intéressants jusqu'ici.

7) Etiologie: il n'existe pas de preuve qu'il s'agisse d'une maladie infectieuse. Il semblerait toutefois que l'infection y joue un certain rôle à cause des signes cliniques d'adénopathie, de température, de perte de poids et de force, des modifications du temps de sédimentation et de la leucocytose et de l'augmentation des taux de streptolysine. Les modifications de l'immunité sanguine à l'égard du streptocoque signifient seulement que le patient a été infecté par ce microbe et non pas que l'arthrite est due au streptocoque. Il est à noter qu'il existe une différence entre un foyer d'infection et une infection focale: le premier n'implique nullement une réaction générale de l'organisme. La plupart des auteurs ne considèrent pas le foyer d'infection comme facteur étiologique important. On n'a jamais pu cultiver de microbes à partir du sang ou du liquide synovial dans les cas d'arthrite rhumatoïde. Pour plusieurs auteurs, il s'agirait d'une manifestation d'allergie microbienne, au niveau de la synoviale. Le traumatisme, non considéré comme facteur étiologique, pourrait peut-être agir comme agent déclenchant. Certains ont étudié le facteur de vaso-spasme possible, de trouble du métabolisme du glucose, d'insuffisance de la diète possiblement par augmentation des besoins de l'organisme, de déficien-

ce vitaminée, de trouble du système neuroendocrinien. L'inquiétude, le malheur et l'anxiété seraient des facteurs étiologiques importants, surtout dans les récidives. En résumé, l'étiologie de l'arthrite rhumatoïde demeure encore un mystère.

8) Traitement: la controverse dure encore au sujet des foyers d'infection. Seuls les foyers, définitivement reconnus, doivent être enlevés, non pas pour guérir l'arthrite mais pour améliorer l'état général. Les vaccins sont à peu près inutiles. Les injections de protéines étrangères donnent des résultats dans certains cas bien choisis. Le venin d'abeille donne certains résultats surtout sur la douleur. Le venin de cobra est à peu près inutile. Une diète riche en calories est nécessaire pour maintenir et améliorer l'état général. L'utilité de la vitamine D a été hautement exagérée: elle n'agit que comme tonique général. De plus, les fortes doses comportent d'assez graves dangers. L'auteur ne croit pas à l'utilité de la vitamine E. Les oestrogènes ont donné des résultats douteux. Les transfusions sont à employer dans les anémies marquées. L'iontophorèse de médicaments vaso-dilatateurs amène des améliorations de courte durée. Il n'existe aucune raison d'employer la médication soufrée, ni les sulfamidés, ni la pénicilline. Comme analgésiques, les salicylates sont encore les médicaments de choix; le démérol est à éviter à cause de l'addiction possible. Le sérum antiréticulocytotoxique de Bogomoletz a été employé sans succès. Il est difficile de croire aux succès retentissants que certains auteurs disent avoir obtenu avec le barbotage du liquide céphalo-rachidien préconisé par Spersansky. Il est encore trop tôt pour se prononcer sur l'emploi de la prostigmine dans le spasme musculaire malgré l'engouement de P. De Kruif, dans le *Reader's Digest*. La valeur de la chrysothérapie demeure encore incertaine. L'emploi précoce de ce médicament améliorerait beaucoup les chances de rémission complète. Ses deux seules indications sont l'arthrite rhumatoïde et l'arthrite psoriasique. Elle est contre indiquée dans le diabète grave, la néphrite, la colite ulcéreuse, l'insuffisance hépatique, les dyscrasies sanguines et les tendances hémorragiques. Les préparations colloïdales de sels d'or sont à mettre de côté. Il faut toujours calculer la dose en équivalence d'or et ne pas dépasser 50 mgm. de sel par semaine pour éviter les réactions toxiques; il faut poursuivre le traitement jusqu'à un dosage total de 1,000 à 2,000 mgm. et ne pas répéter avant 2 à 6 mois. On ignore encore le mode d'action de l'or. On sait toutefois qu'*in vitro*, l'or possède une action bactériostatique sur le streptocoque. De plus, il semble prouvé, aujourd'hui, que l'action est due au radical or et non pas aux autres radicaux de la molécule, tels que le soufre. L'étude de l'absorption a permis de démontrer que les sels cristallisés donnent de meilleurs résultats que les suspen-

sions colloïdales, ces dernières s'éliminant surtout par les selles tandis que les premières prennent la voie urinaire. Les critères sont importants pour juger des résultats de la chrysothérapie: activité fonctionnelle, état d'activité morbide, degré de déformation, taux de sédimentation, valeur de l'hémoglobine et poids. La plupart de auteurs semblent s'accorder pour noter une amélioration dans 60 à 70% des cas, aucun résultat dans 15 à 20% des cas et récurrence dans un autre 15 à 20%. Les meilleurs succès s'obtiennent au début de la maladie et chez les jeunes. On rencontre malheureusement quelques signes de toxicité: dermites allant de l'érythème simple à l'érythrodermie, stomatite ulcéreuse, colite ulcéreuse, hépatite, purpura thrombocytopénique, agranulocytose, anémie aplastique, etc. Les réactions sérieuses surviennent dans 5 à 10% des cas. Elles seraient dues à un blocage du groupe sulfhydryl du glutathion et de la cystéine, empêchant le processus normal de la respiration cellulaire par oxygène-réduction. Pour diminuer la gravité des réactions, il faut toujours donner la dose minima nécessaire et vérifier tous les signes précurseurs d'intoxication avant chaque injection. Si des complications surviennent, l'emploi du Bal semble donner l'espoir d'une diminution de la gravité des manifestations toxiques. Les autres métaux lourds n'ont pas donné de résultats intéressants. La pyrétérothérapie donne un résultat immédiat très bon dans 30 à 40% des cas: on ne connaît pas l'évolution ultérieure de ces patients. La radiothérapie semble encourageante dans la spondylite rhumatoïde mais non dans les manifestations périphériques. L'onguent au Radon n'est pas suffisamment pénétrant pour atteindre une articulation malade. Le repos est très important mais il faut le doser pour éviter les ankyloses et compenser par des exercices passifs et actifs en rapport avec l'activité de la maladie. L'emploi de la chaleur, du massage et de l'exercice passif et actif sont des éléments importants du traitement. Le grand avantage des places d'eau pour ces malades est le changement de milieu et l'oubli des préoccupations quotidiennes: les eaux minérales n'ont aucune vertu thérapeutique par elles-mêmes. Un climat constamment sec et chaud est avantageux pour un rhumatisant. La psychotérapie est très importante pour restaurer l'assurance du patient et développer son optimisme envers l'avenir, découvrir et éliminer les craintes et les conflits. A la phase aiguë, une gouttière plâtrée, que l'on enlève une fois par jour pour permettre l'exercice, prévient les déformations et permet la mobilisation. On décrit plusieurs techniques opératoires pour corriger les contractures et les ankyloses avec des résultats plus ou moins bons. La sympathectomie lombaire ne donne pas de résultats.

9) Pronostic: les rémissions spontanées sont fréquentes avec ou sans traitement, surtout durant les 5 premières années de la maladie.

10) La maladie de Still est l'arthrite juvénile avec splénomégalie, adénopathie et anémie. Le syndrome de Felty est caractérisé par une arthrite rhumatoïde associée à une splénomégalie, neutropénie, hépatomégalie, adénopathie, température, pigmentation, éosinophilie et monocytose. La splénectomie a souvent entraîné la mort dans les mois suivants.

## 2.—Ostéoarthrite.

1) Ostéoarthrite primaire. Les dégénérescences articulaires après la troisième décennie surviennent chez presque tous les gens, mais les manifestations se font rarement sentir avant la cinquième décennie. L'ostéoarthrite cervicale se manifeste souvent par des paresthésies dans les doigts; de même l'acroparesthésie accompagne souvent les nodules d'Héberden. L'ostéoarthrite temporo-maxillaire provoque souvent des troubles neurologiques sur le trajet des nerfs crâniens.

L'examen de matériel nécropsique et chirurgical montre qu'il existe des érosions cartilagineuses simultanées sur les faces articulaires opposées. On a décrit deux sortes de dégénérescence cartilagineuse: l'une commence en surface et s'étend en profondeur, l'autre suit une marche inverse; dans le premier cas, l'excision de cette portion lésée est suivie d'une régénérescence hyaline parfaite.

On a confirmé que le micro-traumatisme répété est un facteur étiologique très important, parfois aggravé par un facteur infectieux, chimique ou métabolique. Il semble exister une tendance familiale dans le développement des nodules d'Héberden: caractère dominant chez la femme et récessif chez l'homme. Les troubles circulatoires périphériques seuls ne peuvent produire par eux-mêmes des signes d'arthrite. Pour certains auteurs, un déséquilibre du système neuroendocrinien serait très important. Même si les foyers d'infection ne sont pas des facteurs étiologiques, il vaut mieux les enlever au point de vue état général du patient.

Il n'existe pas de traitement; il s'agit de ralentir autant que possible l'usure articulaire. On a tenté l'injection intra-articulaire de toutes sortes de substances avec des résultats également bons. On recommande encore la radiothérapie et l'iontophorèse. Dans l'arthrite de la hanche, l'arthrodèse est le seul traitement permettant un soulagement à peu près permanent de la douleur. L'arthroplastie peut parfois donner de bons résultats dans des cas choisis.

2) Ostéoarthrite secondaire. Les causes sont fréquentes: chez l'enfant, elles comprennent le coxa plana (maladie de Legg-Calvé-Perthes), la luxation

coxo-fémorale, l'arthrite infectieuse, la maladie de Still, l'aplasie de l'acétabulum, les anomalies congénitales du tiers supérieur du fémur et la coxa vara. Chez l'adulte, on reconnaît les lésions suivies de nécrose aseptique de la tête fémorale, les fractures du bassin intéressant l'acétabulum, les fractures du col fémoral, la luxation traumatique avec nécrose avasculaire, l'arthrite rhumatoïde, l'arthrite suppurée, la maladie osseuse de Paget, la maladie du caisson, la chondromatose, l'ostéochondrite disséquante et la syphilis.

C.—*Mal de dos.*

De nombreuses lésions peuvent donner ces troubles:

1. Entorses et subluxations lombosacrées et sacroiliaques doivent être traitées comme les lésions ailleurs dans l'organisme, par le repos la physiothérapie, l'immobilisation, l'injection analgésique locale.

2. Les lombalgies dans l'industrie sont accrues par le facteur « compensation ». Il faut apprendre aux ouvriers à lever les objets lourds et leur faire suivre un retour progressif au travail.

3. Les troubles dus à une mauvaise posture doivent être corrigés par des exercices appropriés, repos à intervalles réguliers, physiothérapie et prothèses.

4. Les bandes aponévrotiques trop serrées peuvent être guéries par fasciotomie dans un grand nombre de cas.

5. Les lombalgies et les sciatalgies dues à un spondylolisthésis sont souvent dues à des compressions par un disque intervertébral déplacé: la fusion des deux vertèbres intéressées après ablation du disque stabilise la colonne sans greffe osseuse.

6. La névrite sciatique peut aussi entrer en ligne de compte, bien qu'elle soit beaucoup moins fréquente qu'on ne l'a jadis cru.

7. L'ostéoporose, qui peut même se compliquer de fractures et de tassements vertébraux, se traite par le calcium avec vitamine D et œstrogènes.

8. La chirurgie donne certains résultats dans l'hypertrophie du ligament jaune.

9. Les métastases donnent des douleurs violentes, constantes non modifiées par les changements climatiques.

10. Parmi les lésions urologiques, la prostatite, la vésiculite et l'hydronéphrose donnent le plus fréquemment des lombalgies.

11. On ne rapporte pas de nouveaux faits au sujet des douleurs dues aux troubles gynécologiques.

12. Les lésions gastro-intestinales peuvent parfois donner des douleurs dans le dos.

13. Le syndrome dorso-lombaire serait une entité clinique définie due à une lésion ou une irritation du carré des lombes. On peut le reproduire expérimentalement en élevant le talon d'un soulier pendant quelques jours. La déformation compensatrice de la colonne et du thorax amène une traction induite sur le 12e nerf dorsal. Le traitement consiste dans la correction de la posture et des exercices appropriés.

14. La xyphose de l'adolescent est due à une nécrose prématurée du nucleus pulposus avec écrasement du bord antérieur des corps vertébraux et déformation en coin, produisant une déformation douloureuse de la colonne.

15. On a encore décrit un spasme du releveur de l'anus, de l'ischio-coccygien et du pyramidal. Le diagnostic se pose par le toucher rectal. Le traitement consiste en massages intrarectaux associés à des infiltrations des trois premiers nerfs sacrés.

16. Des douleurs dorsales peuvent être dues à une maladie des ligaments interépineux ou au rachitisme.

17. Lésions des facettes articulaires des vertèbres: ces articulations comme celles que l'on rencontre ailleurs peuvent présenter toutes les lésions inhérentes à ces articles.

18. On reparlera plus loin des lombalgies dues à la fibrosite.

19. Certaines anomalies congénitales peuvent causer des douleurs dorsales.

20. Le mal de dos psychogène peut être caractérisé par des signes positifs assez précis: douleurs dans le coccyx irradiant le long de la colonne jusque sur la tête, aucun soulagement ni aggravation de la douleur par certaines positions, aucune modification de la douleur par la flexion, l'extension ou le décubitus dorsal, ni par le repos ni l'immobilisation, engourdissement et fourmillement le long de la colonne, douleur qui voyage, sensations de pertes de contrôle sur certaines régions de la colonne ou de boules dans la région lombo-sacrée, ou de tension qui ne peut être soulagée ou enfin de pulsation dans la région de la colonne. On peut parfois rencontrer certains signes objectifs caractéristiques: paralysie hystérique, hypoalgésie, sensibilité diffuse, instabilité vasomotrice, tachycardie, inquiétude. Le traitement consistera dans la psychothérapie, exercice de posture, explications sur la dynamique de la posture.

21. L'ostéite condensante du bassin se rencontre surtout chez les femmes qui ont eu des enfants.

22. On peut encore citer de nombreuses causes de douleurs dans le dos: abcès épidual, troubles fonctionnels des pieds, les troubles réflexes, sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire, hémorragie sous-arachnoïdienne, maladie osseuse de Paget, hémangiome vertébral, troubles endocriniens.

23. Disque intervertébral: on le considère comme un organe plastique et non élastique; il se déforme sous l'influence du tonus musculaire, de la gravité et de la pression atmosphérique. La dégénérescence du disque s'accompagne souvent de calcification. La ponction lombaire pourrait, dans certains cas, produire des lésions du disque. A la région cervicale, les signes peuvent simuler la thrombose coronarienne, le syndrome du scalène antérieur, de la côte cervicale ou une névrite du plexus brachial. A la région lombaire, les symptômes sont ceux d'une lésion d'un nerf rachidien bien déterminé. Le lipiodol employé pour le radiodiagnostic doit être entièrement enlevé après l'examen. Un espace intervertébral diminué ne signifie pas nécessairement la hernie du disque intervertébral. Le traitement conservateur doit être essayé d'une façon sérieuse car il guérit dans bien des cas. La chirurgie s'impose si le traitement médical n'est pas satisfaisant ou s'il existe des signes de lésions nerveuses progressives.

24. Spondylite infectieuse spécifique: voir les diverses infections.

25. Spondylite rhumatoïde ou ankylosante: la cause est encore inconnue. Elle est assez fréquente chez le jeune homme. Les protéines du liquide céphalo-rachidien sont augmentées et les courbes à l'or colloïdal sont modifiées. Radiologiquement, les articulations sacro-iliaques sont ordinairement les premières atteintes. Les lésions pathologiques atteignent les symphyses intervertébrales et les articulations au niveau des apophyses. C'est l'ossification des bords du disque qui donne l'image radiologique d'une canne de bambou, et non pas la calcification des ligaments intervertébraux. Le traitement consiste dans le repos, la physiothérapie, les exercices correctifs et les supports orthopédiques. La vitamine D n'est pas à recommander. La radiothérapie semblerait être le traitement de choix malgré l'apparition des signes ordinaires de la maladie des rayons. La chrysothérapie ne donne pas de résultats encourageants. Les estrogènes ne sont pas satisfaisants.

26. Spondylite ostéoarthritique ou hypertrophique: ce problème est double car il existe des lésions des symphyses vertébrales et des facettes articulaires. Les principaux signes de l'ostéoarthrite cervicale sont la raideur, la douleur cervicale ou scapulaire, la céphalée, l'otalgie, les faiblesses musculaires de la main ou du bras. Le meilleur traitement est la chaleur radiante et la traction sur la tête. Si malgré

le traitement les symptômes s'aggravent, il faut penser aux métastases.

J.-M. BEAUREGARD.

J. J. WARING. — **Nouveautés thérapeutiques dans les maladies du poumon.** (*Recent advances in the Treatment of Pulmonary Diseases.*) "J. A. M. A.", 136: 311 (31 janv.) 1948.

1- Si la streptomycine était absolument sans danger, on pourrait la donner à tous les cas de tuberculose active, malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Toutefois, il ne faut ni exagérer les dangers, ni amoindrir les succès. Près de mille tuberculeux ont été traités jusqu'ici et il ne semble pas que l'on ait à regretter cette expérience. Il faut donner la streptomycine dans la méningite tuberculeuse avec ou sans lésions miliaries: jadis tous mourraient, maintenant quelques-uns peuvent survivre. Il faut attendre avant de se prononcer. On sait qu'il ne faut pas dépasser 100 mgm. en injection intra-rachidienne, afin d'éviter certaines complications, telles que la paraplégie. Dans la tuberculose miliaire du poumon les résultats, sont parfois dramatiques. La guérison est fréquente dans la tuberculose buccale ou pharyngienne, de même que dans les laryngites et trachéo-bronchites tuberculeuses. La streptomycine est conseillée dans les formes pulmonaires exsudatives aiguës et non dans les formes fibrocavitaires ou caséuses. Cette médication ne dispense pas du traitement orthodoxe. Pour éviter la surdit e fréquente avec la streptomycine, il faut pratiquer des audiométries répétées pour arrêter à temps la médication. Il est encore à peu près impossible de prévoir et d'empêcher l'apparition des troubles de l'équilibre.

Il est possible qu'un jour, l'on parvienne à purifier suffisamment la streptomycine pour empêcher tous ces troubles neurologiques. Il faut espérer que l'on pourra bientôt alterner ou combiner la streptomycine et d'autres antibiotiques plus utiles contre le bacille de Koch. Il s'agit actuellement de trouver un dosage ou

un mode d'administration qui éviterait le dommage actuellement causé au VIII<sup>e</sup> nerf. Il faut espérer que l'on découvrira bientôt un antibiotique encore plus puissant.

2- Pour appliquer un traitement logique en pathologie pulmonaire, il faut identifier l'organisme causal, déterminer sa sensibilité aux divers antibiotiques connus et répéter ces épreuves fréquemment pour apprécier des changements dans la résistance bactérienne et dans la flore microbienne. Les traitements par aérosols ne sont pas aussi efficaces que la voie parentérale.

La streptomycine est le traitement idéal de la tularémie pneumonique. Les infections respiratoires à *H. influenzae* réagissent bien à l'association sulfadiazine et streptomycine. Les pneumonites, qui se compliquent si souvent d'abcès, se résorbent rapidement sans formation cavitaire, sous l'influence de la sulfadiazine-pénicilline. La streptomycine apporte de grands espoirs dans la pneumonie à *P. pestis*. Grâce à la chimiothérapie, la chirurgie thoracique n'implique à peu près pas de risques plus graves que la chirurgie abdominale.

3- Prévention des lésions pulmonaires: les sulfas et la pénicilline préviennent les complications pulmonaires après les interventions thoraciques; la streptomycine est indiquée contre l'extension d'une tuberculose au poumon sain après lobectomie ou thoracoplastie; les anti-coagulants et les ligatures veineuses préviennent les embolies pulmonaires. Pour la protection éloignée contre les lésions pulmonaires, le vaccin contre le virus de l'influenza semble comporter des promesses sérieuses, de même que le BCG dans la prévention de la tuberculose.

M. G. WILSON, J. W. PAYSON et R. LUBOCHEZ. — **Expérience des patients ayant fait du rhumatisme articulaire aigu qui ont servi dans les forces armées, 1942-1946.** (*Experience of rheumatic patients who served in the armed forces, 1942-1946.*) "A. J. of Public Health", **38**: 398 (mars) 1948.

Quand la guerre fut déclarée par les Etats-Unis en 1941, une partie des patients suivis

par la « New York Hospital Children's Cardiac Clinic » voulurent s'enrôler. 167 furent acceptés. 68% traversèrent outre-mer. 44% participèrent activement au combat.

On avait les dossiers cliniques de ces patients depuis des années avant la guerre. On les a suivis pendant les hostilités. On les a revus après leur licenciement des forces armées.

Durant leurs années de service, les taux de morbidité pour les maladies autres que le rhumatisme articulaire aigu ne furent pas de façon significative, plus élevés que pour la population générale de l'armée et de la marine. La fréquence d'attaque de rhumatisme fut de 2%. Elle fut donc moindre que dans la population civile de New York où elle s'éleva à 4%.— Elle fut de 7% chez les patients rejetés par le service sélectif. Chez les patients qui demeurèrent dans le civil pendant 402 patients—années on enregistre une mortalité. 2 endocardites bactériennes, 2 fibrillations auriculaires; aucune défaillance cardiaque, aucune endocardite bactérienne, aucune fibrillation auriculaire chez les patients dans le service. Bien plus chez ceux qui ont été examinés à la clinique depuis leur retour à la vie civile, l'examen n'a montré aucun changement des signes physiques de leur lésion cardiaque et aucun cas d'hypertrophie du cœur.

Jean DARGIS.

#### PHTISIOLOGIE

**L'action de la streptomycine sur la tuberculose pulmonaire. Rapport préliminaire.** (*The effect of streptomycin upon pulmonary tuberculosis. Preliminary report of a comparative study of 223 patients by the Army, Navy and Veteran administration.*) "Am. Rev. of Tuberculosis", **56**: 485 (déc.) 1947.

Numéro complet consacré à des rapports sur la streptomycine. Le premier article résume les 7 autres et sert de présentation globale. L'étude a porté sur 223 cas pris en 7 institutions différentes désignées par le Comité de la Chimiothérapie et autres Agents

du Conseil National de Recherches employant les fonds de l'Association des Fabricants de streptomycine.

223 patients porteurs de lésions modérément ou très avancées de tuberculose pulmonaire ont été traités à la streptomycine de façon uniforme en 7 hôpitaux de l'Armée, de la Marine et des Vétérans. Et on a compilé les rapports sous les titres: radiologie, clinique laboratoire.

Un jury composé de phtisiologues nommés par l'American Trudeau Society a apprécié les changements radiologiques chez plus de la moitié des cas.

De l'avis du jury il n'y eut que peu de changements dans les lésions productives ou fibro caséuses durant les 120 jours de traitement, mais il y eut un certain nettoyage chez 85% des lésions instables (lesquelles étaient figées avant la streptomycinothérapie). Ce changement uniforme dans le cours de la maladie est considéré comme une évidence de l'effet favorable de la streptomycine, sur les lésions exsudatives lui octroyant une plus grande valeur que la cure seule. On n'affirme pas cependant que ce nettoyage radiologique est souvent impressionnant et permanent; l'aggravation des lésions est survenue chez 8% vers la fin du traitement et chez 16% dans les 4 mois qui ont suivi. Le virage des bacilloscopies a été de 40%. Dans l'opinion des investigateurs, le rôle de la streptomycine est de faire un nettoyage des lésions exsudatives, soit final soit préliminaire à la collapsothérapie.

Les changements cliniques vont de pair avec ceux de la radiologie et sont même plus impressionnants: la toux et l'expectoration sont presque toujours réduites; la fièvre est influencée; plus de 80% des patients gagnent en moyenne plus de 12 livres.

Deux gros désavantages: les troubles vestibulaires et le développement d'une résistance par le bacille de Koch. Selon toute probabilité cette résistance rend les traitements prolongés sans profit.

J.-P. PAQUETTE

H. M. MAIER et S. HURST. — **Le pneumothorax extrapleurale dans un cas de silico-tuberculose.** (*Extrapleural Pneumothorax in Silico-Tuberculosis.*) "American Review Tuberculosis", 54: 509 (déc.) 1946.

Les auteurs recommandent le pneumothorax extra-pleurale dans la silico-tuberculose. Ils nous font part d'un cas qui avait une grosse cavité tuberculeuse. Par ce collapsus appliqué à temps, on assiste à la fermeture rapide de cette cavité. Devant un tel résultat, il est bon d'essayer cette thérapeutique, surtout lorsque les autres moyens ne sont pas possibles.

Paul-René ARCHAMBAULT

William H. HARRIS, Jr. — **La réinfection de la T. B. pulmonaire d'origine endogène et exogène. Un cas rapporté.** (*Endogenous versus Exogenous Origin of Reinfection Type Pulmonary Tuberculosis. With case report.*) "U. S. Navy Med. Bulletin", 46: 1702 (novembre) 1946.

L'auteur constate que la pneumonie atypique joue un grand rôle dans le réveil des lésions de tuberculose primaire latente. Cet état favoriserait la réinfection endogène. Un cas est rapporté. Il s'agit d'une réinfection tuberculeuse. Il y a absence de contagion. Des radiographies antérieures et postérieures font voir un noyau calcifié près du hile. Il s'est ouvert. Or des bacilles vivants s'introduisent dans le torrent circulatoire par cette porte, causant ainsi cette réinfection endogène. Mais on considère que la voie exogène est de beaucoup la plus fréquente.

La réinfection tuberculeuse d'origine endogène veut dire que les bacilles qui causent la maladie, proviennent d'une infection primaire déjà constituée, tandis qu'une infection exogène veut dire que la source est externe.

La « réinfection tuberculeuse » ou la « tuberculose adulte » ou « l'infection secondaire » ou la « superfection » sont des synonymes qui veulent dire que la maladie tuberculeuse est secondaire à une première infection, à une première atteinte.

Paul-René ARCHAMBAULT

F. SOMMER et M. DUMOULLIN. — **La silicose crée-t-elle une prédisposition à la pneumonie?** "Paris Médical", 17: 207 (26 avril) 1947.

Se basant sur plus de deux cents nécropsies de malades atteints de silicose et d'une pneumopathie concomitante, les auteurs concluent que les « pneumopathies aiguës ne sont ni favorisées ni aggravées par un processus silicosique préexistant ».

L'accord n'étant pas fait, les auteurs sont bienvenus de nous rapporter un cas fort intéressant qui jette de la lumière sur cette question si controversée tout en favorisant la conclusion ci-haut mentionnée.

Paul-René ARCHAMBAULT

#### CHIRURGIE

Edward S. JUDD, Jr. — **Le traitement chirurgical de la cholécystite aiguë.** (*Surgical treatment of acute cholecystitis.*) "Proc. Staff Meet. Mayo Clin.", 23: 142 (17 mars) 1948.

De 1942 à 1946, Kiernan a étudié 102 cas de cholécystite aiguë traités à la Clinique Mayo. Il y eut 68 cholécystectomies suivies d'un décès, 19 eurent une cholécystostomie; aucun décès. Par contre trois décès parmi les quinze cas qui furent traités uniquement par les méthodes médicales.

L'auteur préconise l'intervention chirurgicale précoce dans tous les cas de cholécystite aiguë quand il n'y a pas de contreindication sérieuse. Il est aujourd'hui reconnu que la perforation de la vésicule biliaire est beaucoup plus fréquente qu'on était tenté de le croire il y a quelques années et on peut intervenir dans les cas de gangrène de la vésicule biliaire sans grands risques. Mais une fois la perforation déclarée, le problème est tout autre.

Le diagnostic peut se poser habituellement sans difficulté tout en n'oubliant pas que très souvent une crise cardiaque peut simuler une cholécystite aiguë.

Après une préparation adéquate et rapide l'auteur intervient et préfère une anesthésie

générale à une raché. En présence de la lésion, il décide ce qu'il a de mieux à faire. Dans le cas idéal, sans trop de réaction inflammatoire, la cholécystectomie est facile, l'œdème facilitant la dissection du canal et de l'artère cystiques. Le plus souvent toutefois, l'inflammation est très marquée et l'opération laborieuse.

Si le danger devient trop grand, il n'hésite pas à faire une cholécystostomie et il a noté que seulement 30% de ces malades nécessitent une cholécystectomie ultérieurement, ce qui ne doit pas être fait avant au moins six mois à moins de colique lithiasique sérieuse.

L'auteur a eu aussi recours à la cholécystectomie partielle chez certains malades. Incision sur le fond de la vésicule jusqu'à 2 cm. du cystique, suivi d'exérèse de la majeure partie des parois et suture des lambeaux. Cette intervention facilite l'accès aux calculs de la région du cystique et les malades nécessitent rarement une seconde opération. L'emploi plus fréquent de la cholécystectomie partielle est à conseiller.

Chez les cas de cholécystite aiguë qui présentent de l'ictère, l'auteur conseille une cholécystostomie comme premier temps et plus tard si nécessaire, une cholécystectomie avec exploration du cholédoque.

Maurice GERVAIS.

Samuel SILBERT. — **Les amputations à mi-jambe pour la gangrène diabétique.** (*Mid-leg amputations for gangrene in the diabetic.*) "Ann. Surg.", 127: 503 (mars) 1948.

L'auteur présente une série de 127 cas de gangrène diabétique grave avec ou sans infection traités par une amputation à mi-jambe de 1940 à 1946. La majorité des cas n'avaient pas de pulsation à la poplitée et même quelques-uns n'en avaient pas à la fémorale. L'amputation à la cuisse n'est nécessaire que très rarement et pour des raisons exceptionnelles comme la contracture du genou ou une condition très pauvre des tissus mous de la jambe.

A l'intervention il évite l'usage d'une bande constrictive à la cuisse et fait une incision

circulaire à huit pouces sous la rotule. Il laisse la plaie ouverte avec un pansement à la paraffine et à la vaseline et place une gouttière plâtrée sous la jambe qu'il n'enlève qu'une fois la plaie en voie de guérison. Le pansement est fait au bout d'une semaine et par la suite pansements à un onguent à l'huile de foie de morue tous les trois jours jusqu'à guérison du moignon. La guérison complète nécessite de 10 à 12 semaines. Les opérés se lèvent le lendemain de l'opération et quittent l'hôpital de quatre à six semaines plus tard en s'aidant de béquilles. L'auteur n'emploie aucun moyen de traction du moignon et la cicatrice définitive est habituellement très petite.

Chez le patient ayant eu une thrombose de la fémorale suivie de gangrène il n'est pas prudent d'amputer sous le genou. C'est la seule contreindication.

Malgré la découverte et l'emploi de l'insuline, le diabète reste une maladie très destructive et les amputations pour gangrène diabétique sont plus fréquentes. L'amputation à mi-cuisse est suivie d'une mortalité très élevée, d'une perte inutile de fonction et souvent d'un moignon douloureux. Par contre l'amputation à mi-jambe est à conseiller à cause d'une mortalité opératoire basse, 9.4% chez 127 opérés. Souvent les opérés peuvent marcher sans canne ni béquilles et ne boitent que très peu. Seulement 40% auront une survie de trois ans et 40% nécessitent l'amputation de l'autre jambe.

Maurice GERVAIS

J. C. LUKE et G. G. MILLER. — **Désastres à la suite de la ligature et de l'injection de veines variqueuses.** (*Disasters following the operation of ligation and retrograde injection of varicose veins.*) "Ann. Surg.", 127: 426 (mars) 1948.

Les auteurs présentent 21 cas d'accidents survenus à la suite de la ligature de la crosse de la saphène suivie d'injection sclérosante. Parmi ces accidents on note surtout des throm-

bophlébites et des embolies pulmonaires mais aussi des amputations de la cuisse nécessitées par la gangrène post-opératoire, des ligatures de l'artère fémorale et un cas de décès par hémorragie et choc opératoire.

Ces accidents se divisent en deux classes. Ceux attribuables à des difficultés de technique opératoire et à des erreurs et ceux causés par une thrombose veineuse.

Pour éviter ces accidents les auteurs suggèrent de toujours pratiquer l'intervention dans un milieu bien outillé où un chirurgien de grande expérience peut être demandé en cas de complications. Le chirurgien doit bien connaître la région qu'il opère et surtout les relations entre les divers vaisseaux superficiels et profonds au niveau de la crosse de la post-saphène, et toujours opérer avec délicatesse. Pour éviter la thrombose post-opératoire, ils conseillent de ne jamais injecter plus de cinq c.c. de substance sclérosante et de faire l'opération sous anesthésie locale ce qui permet de faire marcher le malade aussitôt l'opération terminée pour assurer une circulation veineuse rapide aux veines profondes.

Maurice GERVAIS

René LERICHE et André MOREL. — **Le syndrome de l'oblitération thrombotique du carrefour aortique.** (*The syndrome of thrombotic obliteration of the aortic bifurcation.*) "Ann. Surg.", 127: 193 (fév.) 1948.

L'embolie du carrefour aortique chez les cardiaques est très connue et ce nouveau syndrome est tout différent. C'est une maladie de longue évolution sans manifestations bruyantes qui ne donne pendant longtemps que des signes insignifiants pour le médecin.

Les malades consultent en général pour l'un ou l'autre de ces symptômes. 1.—Chez l'homme, impossibilité d'une érection stable, le débit sanguin étant insuffisant pour remplir les corps caverneux, ceci étant causé par un spasme des grosses artères pelviennes. Si la maladie est abandonnée à elle-même, l'impuissance devient permanente. 2.—Une fatigabilité extrême des deux membres inférieurs. Ce n'est pas la classique claudication intermittente mais une

lassitude qui survient à la marche et même à la station debout. 3.—Habituellement une atrophie globale des deux membres inférieurs. Ceci est difficile à noter parce que la comparaison manque. 4— Une absence de troubles trophiques à la peau et aux ongles. Les orteils semblent normaux et il est difficile de croire que la circulation est troublée. 5—Une pâleur des jambes et des pieds même à la station debout, et si on lève les jambes la pâleur devient impressionnante. A l'examen clinique, on ne trouve de pulsations ni à la jambe ni à l'aîne, les iliaques ne sont pas senties et le battement de l'aorte n'est perceptible qu'au-dessus de l'ombilic. Aucune oscillation ni à la jambe ni à la cuisse mais un léger frémissement au ras du ligament de Poupert. La tension artérielle est un peu plus élevée au membre supérieur.

Il ne faut jamais poser un diagnostic de polynévrite du membre inférieur sans chercher les pulsations fémorales et vérifier l'oscillométrie. L'aortographie sous une courte anesthésie permet de vérifier le diagnostic. Bien tolérée, en apparence pendant des années, cinq et même dix ans, la thrombose du carrefour aortique aboutit à la gangrène qui n'est pas subite et pas toujours bilatérale. Elle est habituellement précédée d'une exagération de l'atrophie musculaire et d'une plus grande difficulté à la marche.

Comme traitement, dans les cas favorables, une aortectomie associée à une résection des artères iliaques primitives, externes et internes et une sympathectomie lombaire gauche par une incision iliaque sous-péritonéale. Quelques jours plus tard, une sympathectomie lombaire droite. Dans les cas moyens, une sympathectomie lombaire haute à droite et plus tard une sympathectomie lombaire gauche associée si possible à une aortectomie ou à une artériectomie iliaque. Chez les malades déficients et affaiblis par la douleur, il faut procéder en plusieurs temps opératoires. Ils conseillent de commencer par des sympathectomies des deux côtés et si la condition s'améliore, tenter de réséquer l'iliaque primitive. Ainsi l'amputation

sera très retardée et cela permettra d'amputer plus bas.

Les auteurs analysent les difficultés de la technique opératoire et présentent quatre observations.

Maurice GERVAIS

#### GASTRO-ENTEROLOGIE

H. M. POLLAND. — **L'entérogastrone dans le traitement de l'ulcère peptique.** (*Use of Enterogastrone in Management of Peptic Ulcer.*) "Post-Grad. Met.", 21: 333 (nov.) 1947.

Un résumé des travaux sur l'entérogastrone est présenté dans ce travail. L'action inhibitrice sur la sécrétion et la motricité gastrique par l'entérogastrone, fut démontrée. L'entérogastrone est encore effectif dans les ulcères peptiques créés spécialement par la méthode de Williamson-Mann, ainsi que dans les ulcères causés par l'action de l'histamine.

Les résultats jusqu'ici indiquent que l'entérogastrone peut modifier le cours de la lésion ulcéreuse et que dans beaucoup de cas les malades ont bénéficié de résultats encourageants. Les auteurs concluent qu'il faudra attendre que cette substance soit de nouveau purifiée pour juger de son efficacité intrinsèque.

A. CANTERO.

#### NEURO-PSYCHIATRIE

A. L. HAYNE et R. H. BROWN. — **La thérapie intrathécale n'est pas nécessaire dans le traitement de la méningite par "hémophilus influenzae".** (*Intrathecal therapy not required for H. Influenzae meningitis.*) "J. A. M. A.", 136: 597 (28 février) 1948.

Les auteurs ne croient pas qu'il soit nécessaire d'introduire dans l'espace sub-arachnoïdien soit le sérum de lapin anti-influenza du type B soit la streptomycine. Ils ont la conviction que les injections intraveineuses de sérum et intramusculaires de streptomycine suffisent pour exercer une action efficiente et amener la guérison. D'autre part, ils jugent que l'usage du sérum peut être délaissé quand

la streptomycine est à la disposition du médecin traitant. Cette opinion des auteurs s'appuie sur leurs constatations de 28 cas de méningites traités par eux. Tous ces malades reçurent un sulfamidé (de la sulfadiazine). Onze malades furent soumis à la streptomycine par voie intramusculaire et tous guérirent.

D'autre part les auteurs rapportent que 5 cas obtinrent la guérison par le seul emploi d'un sulfamidé. Et 5 cas furent guéris par l'administration du sérum par voie endoveineuse.

Ainsi, sur 28 malades, 21 furent guéris sans avoir eu recours à la voie intrathécale.

Les auteurs en viennent à la conclusion que le traitement de la méningite par l'«*Chémophilus influenzae*» doit comporter un sulfamidé (sulfadiazine) et la streptomycine intramusculaire, et le sérum spécifique de lapin que si on ne pouvait pas employer la streptomycine, ce qui devient de moins en moins probable.

Roma AMYOT.

I. S. WECHSLER et S. W. GROSS. — **L'artériographie cérébrale dans l'hémorragie subarachnoïdienne.** (*Cerebral arteriography in subarachnoid hemorrhage.*) "J. A. M. A.", 135: 517 (21 février) 1948.

Les AA. rapportent le résumé de 10 observations de malades ayant été l'objet d'une hémorragie subarachnoïdienne. Les 10 cas furent examinés par l'excellent procédé de Moniz qui consiste dans la visualisation aux rayons-X de la circulation artérielle cérébrale par injection intracarotidienne d'une substance opaque. Le «*thorotrast*» (bioxyde du thorium) fut employé généralement comme substance opaque, mais vu l'inconvénient de sa propriété radioactive, l'auteur employa plutôt le «*diodrast*» (composé contenant de l'iode). Les auteurs vantent l'avantage d'une telle exploration en présence d'une hémorragie sous-arachnoïdienne; elle permet de découvrir dans la majorité des cas l'origine de l'hémorragie et la nature de la lésion qui lui a donné naissance. Conséquemment, le traitement peut devenir moins passif et être dirigé favorablement contre cette lésion.

Ainsi, des 10 cas des auteurs, l'artériographie révéla une malformation artérielle dans 6 cas et un anévrysme des gros vaisseaux de la base (hexagone de Willis) dans 6 cas. Les 6 cas de malformation furent traités de la façon suivante: ligature de la carotide primitive homolatérale dans 4 cas; les deux autres cas furent soumis à la radiothérapie. Des 4 cas d'anévrysme, 3 eurent une ligature de la carotide et dans l'autre cas on effectua une ligature intracrânienne. La ligature carotidienne réduit la circulation artérielle de 50% et peut sûrement prévenir la récurrence de l'hémorragie; le danger d'une hémiplégie ou de convulsions qu'elle peut encourir est minime, selon l'avis des auteurs (ce qui n'est pas admis par tous).

Les auteurs croient que les hémorragies subarachnoïdiennes récidivantes ne sont pas généralement dues à un anévrysme, mais plutôt à une malformation vasculaire cérébrale ou encore mieux encéphalique.

Roma AMYOT.

#### DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

L. P. MacHAFIE, S. F. PENNY et E. C. BECK. — **Teignes du cuir chevelu chez les enfants des écoles publiques d'Ottawa, 1946-1947.** (*Ringworm of the scalp on Ottawa Public school children, 1946-1947.*) "Canadian Journal of Public Health", 39: 89 (mars) 1948.

Les A. nous font profiter de leur expérience durant une épidémie de teigne qui eut lieu à Ottawa, dans les écoles publiques durant les années 1946-1947.—

Beaucoup de cas peuvent être diagnostiqués à l'œil nu, mais l'utilisation de la lampe à U.V. de Wood fait reconnaître un grand nombre de cas qui ne présentaient pas encore de lésions caractéristiques et qui seraient passés inaperçus au simple examen visuel. Elle nous permet en plus de mieux choisir les spécimens de cheveux pour le laboratoire.—

Le laboratoire peut aider au diagnostic par l'examen microscopique et la culture. Le milieu de Sabouraud semble être le meilleur. L'unique champignon qui fut trouvé

dans cette épidémie fut le microsporion aoudouini.

Traitement: L'épilation aux rayons-X fut nécessaire dans presque tous les cas.— L'épilation manuelle, la coupe des cheveux, les onguents fungicides ont réussi à guérir quelques cas.

Le service de santé pris les mesures de contrôle nécessaires pour juguler cette épidémie. 1<sup>o</sup> Dépistage des cas. — 2<sup>o</sup> Traitement par le médecin de famille.— 3<sup>o</sup>.— Instructions aux coiffeurs. — 4<sup>o</sup> Instructions aux parents.— 5<sup>o</sup>.—Instructions aux médecins.

La belle collaboration, service de santé — école — médecine — parents — coiffeurs — permit d'arrêter rapidement l'épidémie.

Jean DARGIS

#### ELECTRO-RADIOLOGIE

G. E. RICHARDS. — **Le cancer du sein: rôle de la chirurgie et de la radiothérapie; 1<sup>ère</sup> partie: étude des facteurs qui déterminent le succès ou la faillite du traitement.** (*Mammary Cancer: The place of Surgery and Radiotherapy in its management. Part I: A study of the factor which determine success or failure in treatment.*) "British Jr. Radiology", 21: 109 (mars) 1948.

Le cancer du sein est le quatrième en importance de tous les néoplasmes malins. Il est responsable de 12% des morts par cancer et cause au moins 1500 morts par année au Canada.

Les deux méthodes de traitement disponibles sont la chirurgie et la radiothérapie. L'une et l'autre peuvent être employées seule ou en associations diverses.

Leur usage a été sujet à controverse pendant de nombreuses années. La technique chirurgicale étant si parfaite à l'heure actuelle, l'on peut s'attendre à améliorer les résultats par modification de cette technique uniquement.

Les résultats obtenus chirurgicalement doivent servir de critère d'évaluation de toute autre méthode, c'est-à-dire que les résultats de toute autre méthode employée, doivent être comparés à ceux de la chirurgie.

Il est généralement admis à l'heure actuelle que les résultats chirurgicaux se rapprochent des chiffres suivants:

Stage 1. 70% de survie après 5 ans.

Stage II. 25 à 30% de survie après 5 ans.

Stage III. 5% de survie après 5 ans.

La classification est celle de Stanthal.

Entre 1933 et 1943, 1271 cas ont été observés et traités à «The Ontario Institute of Radiotherapy» dont le docteur Richards est le Directeur.

1189 cas ont été opérés par 30 chirurgiens, et la moyenne générale de survie après 5 ans a été de 43%.

Apparemment 921 de ces cas ont été soumis à la mastectomie radicale suivie de radiothérapie post-opératoire intensive.

Voici les chiffres que donne l'auteur pour cette méthode de traitement.

Stage 1. 147 cas - 81% de survie après 5 ans. A comparer avec 70%.

Stage II. 591 cas - 43% de survie après 5 ans. A comparer avec 25 à 30%.

Stage III. 183 cas - 13% de survie après 5 ans. A comparer avec 5%.

D'après Darlau, en 1927, 22% des cas non traités survivent après 5 ans. Si ces chiffres sont véridiques, il est évident que les méthodes actuellement employées ne donnent pas satisfaction et l'on estime que l'on doit faire mieux avec les moyens à notre disposition.

Certains facteurs ont une importance considérable dans l'appréciation des résultats. Les uns sont dans les limites de notre contrôle et les autres sont inhérents à la nature même de la maladie.

L'auteur donne alors sa propre classification clinique de la maladie estimant que toutes les classifications antérieures sont insuffisantes.

En marge de cette classification paraissent les résultats de l'auteur.

I. Peau — non envahie Tumeur — localisée au sein, mobile, 1 à 3 cms de diamètre. Métastases: aucune, <i>pas de ganglion</i> .	} Survie de 5 ans 81%.
II. Peau — non envahie. Tumeur — localisée au sein, mobile, 3 à 6 cms de diamètre. Métastases — quelques ganglions axillaires seulement.	
III. Peau — adhérente mais non envahie ou rétraction du mamelon. Tumeur localisée au sein, plus que 6 cms de diamètre. Adhérente au fascia mais pas à la paroi thoracique. Métastases: quelques ganglions axillaires ou aucun ganglion.	} Survie de 5 ans 38%.
IV. Peau — œdématiée ou indurée ou peau d'orange ou ulcération, ou no- dules cutanés ou signes d'inflam- mation aiguë. Tumeur: infiltration diffuse ou fixité à la paroi ou œdème du sein. Métastases: plusieurs ganglions axil- laires envahis ou adhérents. Pas de métastases à distance, clini- quement ou radiologiquement.	
V. Peau — comme plus haut ou avec nodules secondaires en dehors du sein. Tumeur — comme plus haut. Métastases — ganglions axillaires massifs ou ganglions sus-claviculaires ou métastases à distance clinique- ment ou radiologiquement.	} Survie après 5 ans 3%.

Certaines tumeurs progressent plus rapidement que d'autres. En moyenne une tumeur progresse d'un cm. en 3 mois. Plus la croissance est rapide, plus la tumeur est maligne. Bartlett a prouvé par des statistiques que les tumeurs situées dans l'hémisphère interne de la glande, sont plus graves que celles situées dans l'hémisphère externe. Cette gravité s'explique par le danger plus grand de métastases au médiastin et aux poumons.

Richards résume le facteur anatomo-pathologique comme ceci: «Histological studies alone have not yet proved to be the reliable guide we are seeking». Il prétend également après l'étude de statistiques, que le pronostic

de la maladie n'est pas plus défavorable chez les jeunes femmes que chez les plus âgées.

L'avantage apporté par la castration radiothérapique est si peu important qu'il ne juge pas devoir l'imposer à ses patientes bien qu'il la recommande dans des cas choisis.

Le cancer survenant chez une femme enceinte semble être plus grave, mais la grossesse survenant après un traitement bien conduit ne semble pas aggraver le pronostic.

La mastectomie radicale est l'opération après laquelle il y a moins de récurrence locale. La radiothérapie préopératoire semble diminuer considérablement les récurrences locales, même chez les cas avancés (chiffres basés sur 70 cas de radiothérapie préopératoire).

Il décrit ensuite son «Index clinique de malignité». (Clinical Index of Malignancy). C'est une formule mathématique qui donnerait une idée du pronostic d'après l'examen clinique. Les différents facteurs en sont: la présence ou l'absence de lactation, l'âge de la malade, la situation de la lésion, le taux de croissance de la tumeur et le stage clinique.

Plus l'index est élevé, plus le pronostic est réservé. Richards étudie ensuite l'efficacité de la radiothérapie pré-opératoire.

Cette radiothérapie pré-opératoire comprend: rayons X, et radium interstitiel (dans les ganglions ou la masse tumorale résiduelle).

D'après les biopsies faites après irradiation, il conclut que la radiothérapie peut stériliser 25% des tumeurs du sein, 35% des ganglions axillaires et 50% sus-claviculaires.

La radiothérapie pré-opératoire, si elle est bien faite, ne gêne pas l'opération subséquente pourvu que celle-ci soit faite au moins six semaines après la fin du traitement, et les minces inconvénients sont plus que compensés par l'amélioration des résultats.

Résultats comparés des différentes méthodes (survie de 5 ans) non traitées - 22% - à tous les stages.

Chirurgie seule - 30% - à tous les stages.

Chirurgie et radiothérapie postopératoire à tous les stages, cas limités prédominants.

Radiothérapie préopératoire et chirurgie - 47% - cas avancés seulement.

D'après son expérience personnelle, l'auteur recommande dans les

Stages 1 mastectomie radicale, radiothérapie postopératoire dans cas choisis seulement. Alors survie de 5 ans dans l'ordre de 75% à 90%.

Stages 11 et 111 - radiothérapie préopératoire suivie de mastectomie radicale et dans certains cas radiothérapie postopératoire. Survie de 5 ans dans l'ordre de 65% à 70%.

Stages 1V et V - radiothérapie intensive d'abord. Quelques-uns de ces cas deviendront opérables et alors devront subir une mastectomie radicale.

Survie de 5 ans dans l'ordre de 35% à 43%.

Jean-Louis LEGER.

#### HYGIENE

N. E. McKINNON. — **Diminution des taux de mortalité par rougeole et coqueluche dans la province d'Ontario, de 1900 à 1945.** (*Mortality reductions in Ontario, 1900-45. Measles and whooping cough.*) "Canad. Journal of Public Health", 39: 95 (mars) 1948.

Voici les taux de mortalité de 1900 à 1945 respectivement — pour la province d'Ontario et pour les maladies suivantes—: Coqueluche: 8.5 et 1.4; Rougeole: 6.6 et 1.—Maladies respiratoires 14.9 et 5.4.

L'A. cherche à analyser les causes de ce déclin de la mortalité. Est-ce que la fréquence de ces maladies aurait diminué? L'A. ne le croit pas.— Rien ne le laisse croire.— Est-ce que la virulence des microbes en cause aurait diminué? — C'est très peu probable. — L'A. ne le croit pas.— Est-ce dû à certaines mesures prophylactiques ou thérapeutiques spécifiques?— Nous pensons au vaccin anticoquelucheux, aux sulfamidés.— L'A. fait remarquer que la courbe descendante des taux de mortalité était commencée beaucoup avant ces mesures spécifiques — et que d'ailleurs elle n'a pas été aggravée par elle (contrairement à ce qui est arrivé pour d'autres groupes).

L'auteur présente l'explication suivante qui à elle seule d'ailleurs ne rend pas compte de tout.—

Ces mortalités sont surtout attribuables à des complications, lesquelles surviennent surtout chez des enfants débiles, mal nourris malpropres, vivant dans un milieu pauvre ou encore dans des institutions mal tenues. Or ces conditions ont certainement disparu dans une certaine partie de la population. Où elles ne sont pas changées, les taux n'ont pas tant diminué . . . Voici un facteur qui pourrait expliquer cette baisse de la mortalité. Une analyse de notre mortalité infantile, faite dernièrement dans notre ville semble confirmer les avancés de l'auteur.

Jean DARGIS

## 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 DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

Séance du 9 avril 1948,  
tenue à l'hôpital Laval.

#### Endoscopie des bronches segmentaires.

MM. J. HALLÉ et A. POTHIER

Les auteurs désirent mettre en évidence:  
1° l'importance d'une notion anatomique plus précise de la segmentation broncho-pulmonaire.

2° les conséquences cliniques et thérapeutiques qui en découlent.

3° son indispensabilité en pathologie broncho-pulmonaire.

#### Quatre observations de tumeurs thoraciques.

M. L. ROUSSEAU

Une première observation correspond à un sujet présentant des métastases d'un cancer endobronchique généralisées aux deux poumons. Chez un deuxième malade, une image pseudokystique au sommet du poumon gauche éveille l'idée d'une tumeur neurogène. Ces tumeurs seraient bénignes durant des années mais évolueraient ultérieurement avec des caractères de malignité. Le diagnostic dans ce cas reste hypothétique. Un troisième malade tuberculeux a développé, au cours d'une cure sanatoriale, un épanchement pleural et des ganglions dont la nature lymphosarcomateuse a été établie par un examen histopathologique. Rétrocession temporaire du processus tumoral par la radiothérapie. La quatrième observa-

tion est celle d'un sujet porteur d'un cancer endobronchique traité chirurgicalement et dont les résultats sont satisfaisants après trois mois.

#### Vitamine D<sup>2</sup> et tuberculose expérimentale du cobaye.

M. M. GIROUX

L'expérience rapportée consiste dans l'étude du mécanisme d'action de la Vitamine D<sup>2</sup> (Calciférol) sur la tuberculose expérimentale de primo-infection du cobaye.

1° La Vitamine D<sub>2</sub> donnée en ingestion, à hautes doses, n'a aucune action ni bactériostatique, ni bactéricide sur la tuberculose du cobaye.

2° La vitamine D<sup>2</sup> agissant sur le métabolisme du Calcium, déplace celui-ci et le fixe sur les lésions tuberculeuses, en voie de caséification.

3° Le cobaye dont l'organisme est saturé de Vitamine D<sup>2</sup>, avant l'inoculation du bacille de Koch, résiste plus longtemps à l'invasion bacillaire.

Séance du 16 avril 1948.

#### Tenue à l'hôpital de l'Enfant-Jésus.

#### Un syndrome de Pel-Ebstein.

M. M. TURCOTTE

Un jeune homme de 33 ans est observé, du 22 novembre 1946 au 27 mars 1947, pour un syndrome infectieux qui a prêté à bien des difficultés quant au diagnostic.

Un passé vide de faits pathologiques notables, si ce n'est l'excision d'un ganglion cervical qui a été trouvé, par l'anatomo-pathologiste, suspect de lésions pouvant se rapporter à une maladie de Hodgkin au début, complique l'anamnèse.

Au moins quatre courbes de température extraordinairement semblables, quant aux tracés et au temps, avec des chutes brusques survenant après deux ou trois jours de vomissements, une lenteur relative du pouls, une rate qui fait longtemps douter de son hypertrophie, une anémie progressive, une certaine leucopénie, un amaigrissement lent et des alternances de pertes et de regains de forces physiques font penser à toutes sortes de choses.

Durant l'évolution de cette affection, nous avons à éliminer, tour à tour, la fièvre ondulante, la fièvre rhumatismale, l'abcès du poumon, une collection purulente du médiastin, une infection aiguë de la vésicule biliaire, ce à quoi nous ne parvenons qu'après bien des doutes et bien des difficultés. Enfin, par élimination et grâce à la perception d'une rate qui est définitivement grosse avec le souvenir de cet biopsie ganglionnaire fait en avril 1945, nous nous rallions à une Maladie de Hodgkin (forme abdomino-splénique) et des recherches dans les publications nous font reconnaître le syndrome de Pel-Ebstein qui coiffe très bien notre malade.

En fin de mars 1947, une autopsie pratiquée par le docteur Louis Berger confirme ce diagnostic qui nous avait coûté bien du labeur.

#### **Hernie discale cervicale.**

M. Jean SIROIS

Quatre cas de hernie discale cervicale, opérés à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus depuis 1946, sont rapportés.

L'auteur en profite pour faire un rappel anatomique très bref et pour donner une description des variétés cliniques des lésions qui peuvent se rencontrer dans les hernies discales

cervicales et des deux principaux syndromes de compression médullaire ou radiculaire qui se rencontrent le plus fréquemment à l'occasion de telles lésions cervicales.

Un mot est mentionné du traitement chirurgical que doivent recevoir ces malades sans que des explications techniques détaillées soient données.

Pour terminer, les quatre observations sont rapportées en détails.

#### **Formes graves de fragilité essentielle des os.**

M. Antoine POULIOT

Présentation de deux malades souffrant d'une ostéodystrophie, dont l'une fut diagnostiquée « Ostéopsathyrose de Lobstein » et l'autre « Ostéogenèse Imperfecta de Vrolik ».

Cette maladie est caractérisée par la présence du syndrome de Van der Hoeves: fragilité osseuse, coloration bleutée des sclérotiques, otosclérose.

Il ne s'agit pas chez nos deux malades d'entités cliniques distinctes mais bien des formes différentes d'une même maladie rattachable à des troubles de l'ostéogénèse.

#### **RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME**

*Séance du 29 janvier 1948*

Présidence de M. P.-M. Ricard.

#### **La maladie fibrokystique du pancréas.**

(2 observations)

M. Norbert VÉZINA

Le but de la présente communication est d'attirer l'attention sur une entité clinique maintenant bien nettement établie en pédiatrie et à laquelle on ne pense pas habituellement: la maladie fibrokystique du pancréas.

Dans chaque cas, la lésion caractéristique du pancréas existe dès la naissance: sclérose

abondante détruisant les acini, et épargnant les îlots de Langherans. Les canaux pancréatiques et les acini qui n'ont pas été détruits forment des kystes plus ou moins importants remplis d'une sécrétion visqueuse.

Il s'agit d'une maladie familiale, héréditaire, mais en dehors du facteur génétique, il existe sûrement d'autres facteurs étiologiques que nous ignorons encore.

Sur la table d'autopsie, ce n'est pas le pancréas qui attire l'attention, mais plutôt les poumons avec leurs noyaux de broncho-pneumonie. Dans la grande majorité des cas, il existe en outre une bronchiectasie marquée. On ne connaît pas encore le mécanisme qui préside à l'apparition constante de lésions broncho-pulmonaires aussi importantes dans la maladie fibrokystique du pancréas.

On estime que la maladie fibrokystique du pancréas est aussi fréquente que le bec-de-lièvre. Le diagnostic de la maladie fibrokystique du pancréas est avant tout un diagnostic clinique: en face d'un nourrisson qui présente une toux chronique, récidivante, et qui n'engraisse pas malgré un bon appétit, il faut toujours songer à la maladie fibrokystique du pancréas.

Le dosage de la trypsine dans le suc duodénal est le seul examen de laboratoire capable d'apporter une confirmation de valeur à l'impression clinique. Une façon de mesurer l'activité tryptique du suc duodénal consiste à mettre ce dernier en présence de la caséine durant un temps donné et à calculer ensuite l'azote ainsi libéré. Les résultats s'énoncent en grammes d'azote libéré par 100 cc. de liquide duodénal. Des valeurs inférieures à 4 grammes sont l'indice d'un fonctionnement insuffisant du pancréas exocrine.

Les signes radiologiques pulmonaires sont souvent très suggestifs. La radiographie des poumons montre une accentuation des arborisations péribronchiques des deux côtés, avec ou sans bronchiectasie. Les poumons examinés à une phase avancée de la maladie apparais-

sent souvent chargés d'infiltrations en flocons de neige semblables à celles que l'on rencontre au cours de la tuberculose miliaire.

#### *Observations*

##### Première observation.—

Johanne B. est vue pour la première fois à domicile à l'âge de 4 mois. Son poids, à ce moment, est le même qu'à sa naissance: 7 lbs, 8 oz. La mère nous apprend que l'enfant, depuis sa naissance, fait de la diarrhée et présente des accès de toux accompagnés de suffocation.

L'enfant vient à peine de sortir d'un hôpital local où elle avait dû séjourner une semaine à cause d'un tirage très intense accompagné de cyanose. On lui a fait, à cet endroit, des aspirations des sécrétions bronchiques sous le bronchoscope. Le bébé a quitté, hier, l'hôpital grandement amélioré; mais cette amélioration n'a duré qu'une quinzaine d'heures.

Lorsque nous examinons l'enfant, le tirage est réapparu et la cyanose s'étend à tout le tégument. Il s'agit d'un nourrisson athrepsique, semi-comateux, refusant toute alimentation, et respirant très laborieusement. Le bébé est aussitôt admis à l'hôpital Notre-Dame. Grâce à l'oxygénothérapie et à la pénicilline, l'enfant émerge rapidement de son marasme.

À l'analyse, les graisses forment 35% du résidu sec des selles. La radiographie des poumons montre une infiltration des deux champs pulmonaires, que le radiologiste interprète comme étant d'origine probablement bacillaire. La réaction à la tuberculine est négative toutefois.

Le suc duodénal est retiré à l'aide d'une sonde dont on a contrôlé la position dans le duodénum par les rayons X. L'activité tryptique est mesurée par la méthode de McClure, Wetmore et Reynolds, modifiée par Northrop et Kunitz. Sur 3 dosages et leurs blanks, le dosage de l'azote après Kyeldalhisation et Nesslerisation et comparaison au spectrophotocolorimètre Coleman, donne 0 gramme 075 d'azote %. (normal — 4 grammes %).

L'enfant quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant bien que son poids reste toujours stationnaire. A domicile, la pénicilline est continuée sans interruption sous forme de tablettes orales. La pancréatine est prescrite à raison de 1 gramme par biberon de 6 oz. La formule de lait pasteurisé est changée pour du lait protéiné. Le régime est complété par des purées de fruits et de légumes.

Malgré le traitement, l'enfant meurt de broncho-pneumonie à l'âge de 6 mois. Le poids est de 7 lbs et 11 oz., au décès. Il fut impossible d'obtenir l'autopsie.

#### Deuxième observation.—

Cette observation a trait à une enfant de 19 mois qui nous est envoyée pour un état semi-comateux. L'enfant arrive à l'hôpital dans une condition pitoyable après un voyage de quelque 350 milles.

La mère raconte que les troubles chez sa petite ont débuté dès l'âge de 15 jours par une diarrhée profuse (environ 20 selles par jour), diarrhée qui a toujours persisté depuis (présente encore 5 à 8 selles par jour). De poids normal à la naissance (6 lbs 9 oz.), l'enfant qui a actuellement 11½ an, ne pèse que 17 lbs.

Elle n'a marché qu'à 16 mois. Vers l'âge de 7 mois, elle a commencé à tousser. La toux est rapidement devenue quinteuse, accompagnée de cyanose et souvent suivie de vomissements. Cette toux a toujours duré jusqu'à il y a quelques jours. Il y a 4 ou 5 jours, l'enfant est devenue tellement somnolente qu'on pouvait à peine l'éveiller pour l'alimenter: c'est alors qu'il a été décidé de la transporter à l'hôpital.

A l'examen, on est en présence d'une enfant moribonde. Le foie est gros, l'abdomen ballonné, les narines remplies d'un sang noir desséché. La glycémie est de 250 mgr. et l'azote non protéique de 104 mgr. Il existe une légère lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien. La mort de l'enfant survient 8 heures après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on constate des lésions avancées de broncho-pneumonie disséminées dans les deux poumons. L'examen histologique du pancréas montre une destruction de toute la glande exocrine par une fibrose abondante, avec conservation des îlots de Langherans. Ceux-ci cependant sont nettement hyperplasiés. Dans ce pancréas il reste encore, ici et là, quelques agglomérations insignifiantes d'acini étranglées par un tissu conjonctif épais. D'autres acini sont devenus kystiques et contiennent un matériel qui semble très dense. Les canaux pancréatiques eux-mêmes sont fortement dilatés par endroits et renferment de cette même substance. A l'examen microscopique du parenchyme pulmonaire il existe une bronchiectasie marquée et de nombreux noyaux purulents. (2 janvier 1948)

#### Discussion.

M. NORBERT VÉZINA. C'est une maladie très fréquente, d'un diagnostic facile avec les symptômes suivants: toux, diarrhée, l'enfant perd du poids, ou du moins reste au même poids.

Le laboratoire nous aide par la découverte de stéatorrhée dans les selles.

La radiographie des poumons nous donne une image de granulie à la phase terminale.

A l'autopsie: le pancréas est normal apparemment; les poumons nous donnent une image de bronchiectasie ou de broncho-pneumonie; microscopiquement les îlots de Langherans sont hyperplasiés et les glandes exocrines sont détruites.

L'étiologie est inconnue — d'origine congénitale.

Le traitement consiste en un régime riche en protéines.

Pancréatine 1 cuil. à thé dans chaque biberon.

M. JEAN GRIGNON. La diminution du taux du calcium a-t-elle été mentionnée dans l'étiologie?

M. N. VÉZINA. Non, cette diminution ne peut expliquer les troubles du poumon; il peut y avoir de la tétanie mais d'origine congénitale. Anderson croit à une avitaminose A.

M. L. C. SIMARD, ne croit pas au syndrome pancréatique pour expliquer les lésions pulmonaires.

M. YVES CHAPUT. Les reins étaient-ils polykystique?—

M. N. VÉZINA. Non.

M. Y. CHAPUT. Y a-t-il eu dosage de la lipase et de l'amylase?—

M. N. VÉZINA. Ces dosages n'ont pas été faits.

**Un cas d'agénésie du corps calleux.  
Diagnostic par la pneumo-encéphalographie gazeuse.**

M. ROMAN AMYOT

En 1937, Hyndman et Penfield affirmaient que les cinq cas d'agénésie du corps calleux dont ils rapportaient les observations étaient les premiers où le diagnostic avait été posé durant la vie des malades et cela grâce à la ventriculographie gazeuse.

Le cas rapporté ici comporte le même diagnostic, de par l'aspect particulier des ventricules du malade, visualisés par l'injection d'oxygène.

L'arrêt de développement du corps calleux, volumineuse commissure blanche inter-hémisphérique, ne crée aucune symptomatologie typique. Il arrive que très souvent elle est couplée à de l'oligophrénie et à des convulsions ou de l'épilepsie (comme chez le malade dont il est question ici). Mais ces deux ordres de phénomènes sont loin d'être exclusivement l'apanage de l'agénésie calleuse. Ils sont d'une très grande fréquence et leurs causes sont d'une variété et d'un nombre déconcertants.

En plus, on croit que les accidents mentaux et neurologiques qui accompagnent l'agénésie calleuse ne sont pas la conséquence directe de cette dystrophie, mais plutôt l'effet d'autres lésions cérébrales associées. Et cela explique

bien que le diagnostic ne peut être formulé que par un procédé complémentaire à la clinique: en l'occurrence la ventriculographie gazeuse.

Tout dernièrement on requérait une consultation neurologique pour un enfant du service de pédiatrie. Ce dernier avait 3 ans, et avait été hospitalisé pour des phénomènes convulsifs s'étant manifestés durant les deux dernières semaines.

Cet enfant de 3 ans ne parlait pas, ne pouvait marcher seul et éprouvait la plus grande difficulté à maintenir son équilibre en position verticale.

L'absence du réflexe cochléo-palpébral et l'impossibilité à attirer son attention par un bruit provoqué ou par des interpellations firent présumer que cet enfant était sourd, ce qui aurait pu être la cause de sa mutité. Mais il y avait encore plus au point de vue mental: cet enfant ne s'intéressait nullement à son entourage, il ne prêtait aucune attention à ce qui se passait autour de lui et n'exprimait aucun indice mimique de sentiment ou de pensée. Ce petit malade avait été opéré, à un mois, d'une sténose pylorique; nul autre incident, nulle autre maladie n'avaient marqué ses antécédents.

Une radiographie du crâne s'était montrée normale, sauf peut-être des impressions digitiformes un peu plus marquées que normalement sur la table interne.

Il fut décidé de procéder à une pneumo-encéphalographie pour compléter l'examen clinique. Au cours de cet examen, sous anesthésie générale, il fut constaté que le liquide céphalo-rachidien avait une pression et un aspect normaux; l'investigation biologique en fut trouvée négative.

En incidence antéro-postérieure, le malade couché sur le dos, l'oxygène occupant les portions 1, 2 et 3 des ventricules latéraux, on voit:

1°—l'écartement des ventricules surtout dans leur segment 3;

2°—leur face interne est concave;

3<sup>o</sup>—leur extrémité supérieure se montre en pointe

4<sup>o</sup>—une image aérée qui semble bien être le 3<sup>e</sup> ventricule remonte entre les 2 ventricules écartés, occupant la moitié inférieure de l'espace inter-ventriculaire.

En incidence antéro-postérieure, le malade couché sur le ventre, on voit l'image aérée du 3<sup>e</sup> ventricule légèrement dilaté et celle des deux ventricules latéraux dans leur segment 4 légèrement dilaté et partiellement rempli d'oxygène d'où incomplètement visualisé.

En incidence latérale, on voit une image ventriculaire à peu près normale montrant tous les segments du ventricule latéral, le segment 4 peut-être légèrement dilaté.

Cet aspect encéphalographique ou plus précisément ventriculographique suggère une agénésie du corps calleux. Si on consulte Davidoff et Dyke, Hyndman et Penfield, on peut superposer la description de ces auteurs à l'aspect des radiographies du malade actuel. Les caractères principaux ventriculographiques de l'agénésie calleuse sont les suivants: l'écartement des ventricules latéraux; la concavité de leur face interne; la présence d'une cavité aérée entre les deux ventricules qui est le 3<sup>e</sup> ventricule anormalement remonté; enfin la forme en pointe de leur sommet; ils offrent, selon l'expression de Hyndman et Penfield, un aspect bicornu.

L'écartement des deux ventricules peut être produit par une lésion tumorale inter-ventriculaire comme par exemple un lipome du corps calleux tel que nous en publiâmes un cas dans « L'Union médicale du Canada » en novembre 1946, mais alors le 3<sup>e</sup> ventricule n'est pas remonté et n'apparaît pas sous l'aspect d'une cavité aérée entre les 2 ventricules écartés et le sommet de ces derniers n'est pas en pointe, mais pourra être plutôt arrondi ou en dôme. Il se trouve aussi qu'un kyste du septum lucidum (Dandy) ou la dilatation du 4<sup>e</sup> ventricule (entre les deux feuillets du septum) puisse provoquer un tel écartement des ventricules latéraux et si ce kyste ou cette dilatation

du 5<sup>e</sup> ventricule communique avec le système ventriculaire, on verra entre les deux ventricules latéraux écartés une image aérée qu'on pourra prendre pour le 3<sup>e</sup> ventricule remonté et qui sera plutôt l'image du kyste communiquant dans lequel l'oxygène insufflé aura pénétré.

Mais ici, et c'est le signe sur lequel insistent tout particulièrement Hyndman et Penfield et auquel ils attribuent un caractère quasi spécifique et sûrement plus particulier que les autres caractères, les deux ventricules n'ont pas leur extrémité en pointe, ils ne prennent pas la forme de deux cornes divergentes due à l'écartement des segments ventriculaires 1, 2 et 3 et à sommet pointu, comme on les découvre dans l'agénésie calleuse.

Il va sans dire qu'une telle prévision diagnostique n'apporta rien au problème thérapeutique. Mais, elle comporte un examen plus complet du malade, elle satisfait l'esprit du médecin, lui permet de voir plus clair dans le cas étudié et de se prononcer plus catégoriquement auprès des parents anxieux de savoir sur le compte de leur enfant.

#### Bibliographie

- DAVIDOFF et DYKE: «Agenesis of corpus callosum.» *Am. Journ. Roent. Radiumtherapy*, **32**: 1 (juillet) 1934.
- HYNDMAN et PENFIELD: «Agenesis of the corpus callosum.» *Arch. N. Psy.*, **37**: 1251 (juin) 1937.
- AMYOT: «Contribution à l'étude du lipome du corps calleux.» *L'Union Médicale du Canada*, **75**: 1391 (nov.) 1946.

#### Discussion.

M. ROMA AMYOT, ajoute quelques explications à son travail — Pas de discussion.

#### Un cas de péritonite biliaire.

M. René GRIGNON

En juillet dernier, j'étais appelé auprès d'une « jeune femme » de 83 ans qui accusait, depuis 12 heures, de violentes douleurs abdominales. A début brusque dans l'hypocondre

droit, ces douleurs constantes s'étaient graduellement généralisées à tout l'abdomen.

A l'examen, la patiente semblait très malade, elle était déshydratée, souffrante, avec une température à 100.4°, un pouls à 120, une respiration thoracique à 23; son abdomen était ballonné; la palpation révélait une douleur généralisée marquée ainsi qu'une défense musculaire moyenne avec prédominance dans l'hypocondre droit; la palpation révéla de plus un météorisme généralisé; les poumons étaient normaux; le cœur présentait un souffle systolique à la pointe; la T. A. était à 130/80, le toucher rectal fortement positif.

Cette patiente avait quitté l'hôpital 8 jours auparavant; elle avait été traitée médicalement durant 20 jours pour cholécystite aiguë avec T° 100<sup>2</sup>, 19,250 globules blancs, 91% de poly. neutro. Avec un traitement de soutien et de la pénicilline, graduellement, tout était entré dans l'ordre. Elle quitta l'hôpital apparemment guérie. Elle fut bien, chez elle, jusqu'au moment où elle fit sa crise subite, à la suite d'un repas copieux.

Le diagnostic de perforation vésiculaire fut posé et l'opération eut lieu d'urgence.

#### *Protocole Opératoire*

A l'ouverture du péritoine, s'écoule un liquide jaune clair (bile) abondant; le carrefour hépatique est habité par un fouillis d'adhérences englobant la vésicule, le pylore, le duodénum et recouvert en partie par l'épiploon. La libération douce montre une perforation de la vésicule du volume d'un soufre d'allumette à la jonction de l'adhérence entre la vésicule et le duodénum. La vésicule biliaire est de volume moyen, épaissie, en réaction phlegmoneuse et ne contient pas de calcul. Après la libération partielle de la lésion, une cholécystostomie est faite; on place — Penrose #2 au foyer. L'abdomen est vidé à l'aspirateur, le petit bassin est drainé.

Avec ce traitement de soutien et la pénicilline, l'évolution se fait normalement. Quarante-deux jours après l'opération, la patiente

quitte l'hôpital avec des plaies guéries et se sentant parfaitement bien.

La péritonite biliaire, par définition, est la réaction péritonéale causée par une quantité variable de bile épanchée dans la cavité péritonéale.

L'épanchement peut se produire de quatre façons différentes:

#### I.—Péritonites biliaires sans évidence macroscopique de perforation.

- a) suintement idiopathique;
- b) perforation microscopique;

- 1.—à travers la vésicule biliaire;
- 2.—à travers les canaux extra-hépatiques;
- 3.—à travers les canaux intra-hépatiques avec rupture de la capsule de Glisson.

#### II.—Péritonites biliaires à la suite d'un traumatisme.

- a) traumatisme de l'abdomen;
  - 1.—rupture du cholédoque;
  - 2.—rupture de la vésicule biliaire;
  - 3.—rupture du foie;
- b) suintement du lit vésiculaire, à la suite de la cholécystectomie;
- c) absorption ou glissement de la ligature du cystique;
- d) pression augmentée dans l'arbre biliaire après cholécystectomie par la présence d'un calcul dans le cholédoque.
  - 1.—rupture du moignon cystique;
  - 2.—rupture du cholédoque;
  - 3.—rupture des canaux intra-hépatiques.

#### III.—Péritonites biliaires à la suite d'infection.

- a) perforation de la vésicule biliaire;
- b) perforation du cholédoque;
- c) perforation des canaux sous-séreux du foie.

IV.—Péritonites biliaires secondaires à la pression augmentée dans les canaux et la perforation secondaire.

- a) stricture du cholédoque;
- b) néoformation occluant le cholédoque;
- c) dilatation kystique congénitale du cholédoque.

Les péritonites biliaires sans perforation macroscopique évidente ont occupé longtemps les chercheurs. Ils en sont venus à la conclusion suivante que :

- 1°—soit le changement d'état du contenu;
- 2°—soit le changement d'état du contenant;
- 3°—soit le changement d'état des deux à la fois.

pouvait permettre la transsudation, à travers la vésicule biliaire et les canaux biliaires intra ou extra-hépatiques, de la bile, soit par de fines perforations ou sans perforation sous forme du suintement.

Ils ont conclu que la dévitalisation des contenants pouvait s'effectuer sans ou avec nécrose micro ou macroscopique, sur des calculs, par l'infection ou même sans infection en des circonstances spéciales de reflux pancréatique dans les voies biliaires avec stase, changeant l'état du contenu, par la transformation de la bile au moyen des ferments pancréatiques, de colloïde en un cristalloïde de pigments biliaires pouvant dialyser même sans nécrose ou destruction de la muqueuse; cette conclusion explique l'association possible de stéato-nécrose péritonéale.

Le reflux pancréatique est favorisé par la présence de calcul dans l'ampoule de Vater ou dans le cholédoque, ou bien par de l'infection produisant un réflexe de vaso-constriction sur le sphincter d'Oddi; le même mécanisme peut se présenter pour toute autre obstruction temporaire ou permanente au niveau du sphincter.

Les péritonites biliaires, à la suite de traumatismes, quoique rares, sont plus fréquentes; en tête, viennent les fissures et les ruptures du foie, à la suite d'accidents graves; les premiè-

res guérissent souvent seules, les secondes doivent être réparées.

Quant aux accidents post-opératoires, ils sont évités par l'exploration adéquate, les lavages des canaux, la bonne manipulation, le drainage suffisant et l'emploi de bon matériel.

Les péritonites biliaires à la suite d'infection, avec en tête celles causées par la vésicule biliaire, sont les plus fréquentes puis, très rarement, viennent celles causées par le cholédoque et les canaux sous-séreux du foie. Le mécanisme s'explique par l'hyperpression secondaire à un spasme du sphincter d'Oddi causé par le processus inflammatoire. Ce troisième groupe est généralement précédé par de l'ictère.

Dans le 4ième groupe, la perforation est purement mécanique.

Le diagnostic est généralement difficile, surtout lorsque le syndrome n'est pas franchement aigu, les patients sont le plus souvent opérés pour cholécystite aiguë, appendicite aiguë ou pancréatite aiguë. La symptomatologie est variée; elle est le plus souvent caractérisée par une douleur subite, forte et constante dans l'hypocondre droit avec, graduellement, les signes de péritonite, sauf que l'abdomen est distendu et moins dur que le ventre de bois, il y a généralement du météorisme. Ces patients sont toujours très shockés.

Le traitement comprend deux stades :

1°—Stade opératoire. Réparation du foie — cholécystostomie — cholécystectomie — cholédocotomie — cholécysto-entérostomie — plastie du cholédoque selon le cas avec drainage local et drainage pelvien.

2°—Stade post-opératoire. Traitement de soutien — solutés — plasma — transfusion — acides aminés — toni-cardiaques — sulfa — pénicilline — streptomycine et le traitement préventif de l'iléus paralytique.

Il est certain que si l'un des deux stades est négligé, le résultat s'en suit.

Dans le cas présent, il s'agit d'une perforation à la suite d'infection.

Cette patiente, à cause de son état général et de l'état local des lésions, a eu une cholécystostomie avec drainage local et drainage pelvien. Son état général fut suivi tel que ci-haut mentionné et elle a survécu.

#### Conclusion

- 1<sup>o</sup>—Il ne faut plus reculer devant l'âge.
- 2<sup>o</sup>—Dans ces cas, le diagnostic posé ou même soupçonné, il faut opérer immédiatement en évitant le plus possible le choc opératoire.
- 3<sup>o</sup>—Il faut bien suivre ces patients après l'opération car l'iléus paralytique, installé, l'est généralement définitivement.

#### Discussion.

M. RENÉ GRIGNON, présente cette observation:

- 1<sup>o</sup>—Parce qu'il ne faut plus reculer devant l'âge: le malade ici est âgé de 83 ans.
- 2<sup>o</sup>—Lorsque le diagnostic posé, il faut opérer immédiatement en évitant le choc opératoire.

M. JEAN GRIGNON. Y a-t-il des statistiques de cholécystite aiguë guérie par traitement médical?—

M. RENÉ GRIGNON. Non, parce que le diagnostic n'est pas toujours absolu.

M. ROGER DUFRESNE, dit qu'ordinairement c'est la cholécystite aiguë catarrhale que nous guérissons par la pénicilline.

M. PAUL-MAURICE RICARD. Faudrait-il ajouter la péritonite biliaire typique à votre classification?—

M. RENÉ GRIGNON. Elle est comprise dans les infections.

#### Danger du taxis dans les hernies étranglées.

M. François ARCHAMBAULT

Seule la chirurgie peut offrir un traitement curateur au porteur de hernie non compliquée.

L'intervention reste toutefois un acte volontaire du patient, de l'infirmes.

Il y a bien la bande herniaire; cette dernière est souvent inefficace et toujours dangereuse.

Seulement devant un cas d'hernie étranglée, l'acte chirurgical est impératif et à brève échéance. Toutes les manœuvres de réduction par taxis, si délicates soient-elles, sont dangereuses et interdites.

Voici une histoire clinique qui le prouve...

#### Examen Subjectif

Le 20 décembre 1947, Monsieur J.R., 75 ans, nous est dirigé par son médecin de famille avec le diagnostic d'hernie étranglée.

Le début des troubles remonte au samedi 13 décembre, par des douleurs en barre de la région sous-ombilicale de l'abdomen. Apparition de nausées et de vomissements, le lundi 15 décembre 1947, qui réapparaissent le vendredi le 19.

Quant aux évacuations intestinales elles ont eu lieu vendredi le 12, mardi le 16, vendredi le 19.

Mardi le 12, manœuvres de réduction par taxis d'hernie inguinale droite.

C'est ce malade qui nous est dirigé samedi le 20 décembre, pour douleurs abdominales avec persistance de nausées et vomissements et sans arrêt de matières et des gaz.

#### Examen Objectif

Ventre de bois généralisé. Maximum de douleur dans l'hémi-abdomen droit. Matité hépatique conservée. Présence d'une hernie inguinale droite réductible. Toucher rectal: cri du Douglas.

#### Diagnostic Pré-opératoire

D'emblée nous portons le diagnostic de péritonite généralisée sans pouvoir préciser la cause exacte, que nous croyons être d'origine appendiculaire.

*Protocole Opératoire*

Anesthésie rachidienne: incision para-médiane droite para-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, liquide séro-purulent sans odeur. L'exploration révèle, à cinq pieds du coecum, deux anses grêles accolées avec dilatation en amont et rétrécissement en aval.

Diagnostic: péritonite généralisée secondaire à une perforation du grêle, elle-même secondaire à une réduction en masse d'une hernie étranglée.

Résection intestinale avec anastomose latéro-latérale.

*Examen Histologique*

Les anses intestinales sont soudées les unes aux autres par des adhérences scléreuses anciennes; au pourtour des anses existe une péritonite plastique sur laquelle s'ajoute une péritonite suppurée récente. La muqueuse intestinale elle-même ne semble pas ulcérée dans les fragments examinés, mais elle est infiltrée par une infiltration inflammatoire chronique polymorphe. (Dr Claire Gélinas-Mackay)

*Conclusion*

Les accidents et dangers du taxis sont:

1<sup>o</sup>—réduction en masse du sac et de son contenu; 2<sup>o</sup>—réduction partielle avec persis-

tance d'une anse étranglée; 3<sup>o</sup>—réduction d'un intestin gangrené ou soudé par des adhérences.

Cette dernière possibilité est le cas de notre malade qui fort heureusement est sorti sans autres incidents de son ouverture, malgré son âge.

**Discussion.**

M. FRANÇOIS ARCHAMBAULT. C'est un document de plus contre le taxis dans les hernies étranglées.

M. PAUL DAVID. Pour un meilleur élément de pronostic y aurait-il lieu de faire des électrocardiogrammes avant les interventions chirurgicales chez les personnes âgées?—

M. FRANÇOIS ARCHAMBAULT. Je suis de l'avis du docteur David et nous abondons dans le même sens.

M. PAUL-MAURICE RICARD. Pourquoi le rapporteur n'est-il pas en faveur du taxis?—

M. F. ARCHAMBAULT. A cause des accidents et dangers:

1<sup>o</sup>—Réduction en masse du sac et de son contenu.

2<sup>o</sup>—Réduction partielle avec persistance d'une anse étranglée.

3<sup>o</sup>—Réduction d'un intestin gangrené ou soudé par des adhérences.

Le secrétaire adjoint

du Bureau Médical,

J.-P. FOISY.

## NOUVELLES

---

### LES DOCTEURS ALBERT GUILBEAULT ET ARMAND FRAPPIER, À PARIS

Le docteur Albert Guilbeault, chef du Service de Médecine des enfants, à l'hôpital Notre-Dame, et chef du Service Médical de la Clinique du B.C.G., ainsi que le docteur Armand Frappier, directeur de l'Institut de Microbiologie et de Bactériologie de l'Université de Montréal et directeur de l'École d'Hygiène, de la même université, ont été invités par l'Institut Pasteur à représenter officiellement le Canada au premier Congrès International du B.C.G. qui doit se tenir à Paris du 18 au 23 juin.

Les docteurs Albert Guilbeault et Armand Frappier présenteront les résultats obtenus à leur clinique montréalaise antituberculeuse, après treize ans.

Le congrès de Paris a pour but de réunir toutes les observations au sujet du B.C.G. faites dans les différents pays du monde. Il va sans dire que la clinique montréalaise du B.C.G. est la seule de son genre en Amérique du Nord.

En plus d'assister aux séances tenues à l'Institut Pasteur, les membres du Congrès International visiteront Lille, où ils célébreront le cinquantième anniversaire de l'Institut Pasteur à cet endroit, fondation due au docteur Calmette et où il a fait les premières expériences du B.C.G.

Le Congrès International du B.C.G. se tiendra sous le patronage du Président de la République Française et des membres du gouvernement. Le Président actif en sera le docteur Jacques Tréfouel, directeur de l'Institut Pasteur de Paris. Le docteur Camille Guérin, un des initiateurs de la découverte du B.C.G. en sera le Président honoraire.

---

### CONGRÈS, À BOSTON, DE L'"AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION"

La quarante-troisième assemblée annuelle de l'"American Urological Association" eut lieu à Boston, à l'hôtel Statler, du 17 au 20 mai.

Des communications très nombreuses y ont été présentées. Parmi les plus remarquables, on signale le travail du docteur Terence Millen, de Londres, sur la technique qu'il a décrite de la « prostatectomie rétro-pubienne ». Le docteur Jean Charbonneau, de Montréal, était au nombre des congressistes.

### DÉCORATION AU DOCTEUR GEORGES PRÉFONTAINE

La Société Nationale d'Acclimatation et de Protection de la Nature, une des sociétés scientifiques françaises les mieux connues, vient d'accorder la grande médaille Isidore Geoffroy St-Hilaire au docteur Georges Préfontaine, directeur de l'Institut de biologie générale et de zoologie de l'Université de Montréal.

---

### ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ CANADIENNE CONTRE LE CANCER

Le 20 mai 1948, se tint, à l'hôtel Laurentien, la deuxième assemblée de la division du Québec de la Société Canadienne contre le Cancer. A cette occasion se tinrent les élections dont voici les résultats:

La société demeure sous le patronage de sir Eugène Fiset, lieutenant-gouverneur de la province, et de l'honorable Maurice Duplessis, premier ministre du Québec.

Présidents: M. le juge en chef Albert Sévigny et le docteur Jonathan C. Meakins; vice-présidents: M. Elliott M. Little et le brigadier Marcel Noël; trésorier: M. W. H. Collie.

Conseillers honoraires: M. John Bassett, Mme L. de Beaubien, M. Henry G. Birks, M. Samuel Bronfman, le Rév. Philip Carrington, M. Norman J. Dawes, le Très Rév. John Dion, M. Victor M. Drury, le Dr Edmond Dubé, l'hon. Charles Dunning, M. P. Dupuis, l'hon. P.-R. Du Tremblay, l'hon. Wilfrid Gagnon, le Dr Léon Gérin-Lajoie, Mme R. G. Gilbride, le Dr F. Cyril James, M. Frederick Johnson, Mgr O. Mauraull, M. J. W. McConnell, H. Herber, W. Molson, l'hon. Jacob Nicol, l'hon. Albin Paquette, Mgr F. Vandry, M. Arthur B. Wood.

Médecins-conseils: les docteurs W. A. G. Bauld, David Berger, Jean Bouchard, Paul Brodeur, H. L. Dawson, Origène Dufresne, J. Grégoire, Adélar Groulx, M. R. Stalker, J. Kaufman, J. W. McKay, S. Jamieson Martin, Jacques Olivier, Léo Payeur, Carleton B. Pierce, James Quintin et Louis-Charles Simard.

Comité de direction: le lt-col. L.-J.-A. Amyot, le Dr Louis Berger, M. Bernard Couvrette, M. W. G. S. Cowie, Mme J. DeLalanne, M. D. D. Forrest, M.

Philip S. Gregory, M. Mittle, M. R. Kane, Mme E. P. Larkin, le Dr Meakins, le brigadier Noël, le Dr Pierce, M. Thomas Maher, M. Gaston Pratte, l'hon. juge Sévigny, le Dr Louis-Charles Simard, le major-général T.-L. Tremblay, le Dr Charles Vézina, le Dr I. M. Rabinovitch, l'hon. Marc Trudel, Mme H. E. Vautelet, M. Percy W. Ward.

---

### LE DOCTEUR J.-A. BAUDOIN, DÉLÉGUÉ À PARIS

Le docteur J.-A. Baudoin, professeur honoraire d'hygiène à l'Université de Montréal, a été choisi comme délégué canadien par l'Institut Pasteur de Paris, au Congrès International du B.C.G. qui doit se tenir, à Paris, en juin.

---

### ÉLECTION DU DOCTEUR LOUIS-CHARLES SIMARD

Le docteur Louis-Charles Simard vient d'être élu président de l'Institut National du Cancer du Canada. Il succède au docteur Richards, de Toronto.

---

### BOURSE OCTROYÉE AU DOCTEUR ANTONIO CANTERO

La « Cancer Research Society », de Montréal, vient de décerner une bourse d'un montant appréciable au docteur Antonio Cantero pour ses études expérimentales sur le cancer.

Le docteur Antonio Cantero poursuit, depuis de nombreuses années, des recherches tout à fait originales sur le cancer, dans les laboratoires de l'Université de Montréal.

---

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'OUTAOUAIS

Le 29 avril 1948, la Société Médicale de l'Outaouais a tenu, sous la présidence du docteur Ephrem Perras, de Hull, une journée médicale à Hawkesbury, Ont., dont voici le programme:

#### *Séance du matin:*

sous la présidence du Dr A. Perrier  
« Acide folique et acides aminés en thérapeutique. » — Dr L. Roussel (Ottawa);

« L'or et les vitamines D en thérapeutique. » — Dr L.-P. Mantha (Ottawa);

« Syphilis et pénicilline, à l'heure actuelle. » — Dr A. Lacourcière (Hull);

« Thérapeutique de l'œil. » — Dr J.-L. Coupal (Ottawa).

#### *Deuxième partie:*

sous la présidence du Dr Lafrance (Hawkesbury)

« Maladies constitutionnelles, en clientèle générale. » — Dr L.-H. Gariépy (Montréal).

#### *Séance de l'après-midi:*

sous la présidence du Dr Beaudin (Hawkesbury)

« Fonctions rénales. » — Dr E. Gaulin (Ottawa);

« Greffe. » — Dr A. Larocque (Ottawa);

« Tuberculose et streptomycine. » — Dr P. Paris (Hull);

« Maladies rhumatismales — nouveautés, thérapeutique. » — Dr Titley (Eastview).

#### *Deuxième partie:*

sous la présidence du Dr Laviolette.

« La chirurgie, à la campagne. » — Dr Charles Bohémier (Montréal).

Les élections eurent lieu à la fin de la séance et donnèrent lieu au choix, comme président, du docteur Léopold Mantha, d'Ottawa.

Le soir, la journée médicale se termina par un dîner de clôture au Century Inn, de Grenville. La causerie fut prononcée par le docteur Albert Jutras, chef du service de radiologie de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à l'Université de Montréal et vice-président de la Société Médicale de Montréal. Le docteur Jutras fut présenté par le docteur Bergeron et remercié par le docteur A. Perrier.

---

### ÉLECTIONS À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Le Conseil Médical de l'hôpital Notre-Dame vient de tenir ses élections pour le terme qui commence.

Le docteur J.-A. Rouleau, chef du Service de médecine, a été nommé président, et le docteur Albert Bertrand, chef du laboratoire, vice-président.

Le docteur Bernard Baillargeon a été élu secrétaire.

Les autres membres de l'Exécutif du Conseil Médical sont les docteurs Albert DeGuise, Albéric Marin, Arthur Magnan, Louis-Charles Simard et Chs-Emile Grignon.

### LE DOCTEUR JEAN-AUDETTE LAPOINTE, À NANTES

Le docteur Jean-Audette Lapointe, de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal, qui vient de réussir un cas de greffe de la cornée chez un enfant, est parti pour Nantes, en France, où il soumettra sa technique au docteur Sourdille qui a une très vaste expérience de cette opération.

Le docteur Lapointe est également délégué de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

### UN ÉTUDIANT EN MÉDECINE, DÉLÉGUÉ À LONDRES

Un étudiant en médecine de la Faculté de Montréal, Monsieur Gilles Bertrand, a été choisi comme délégué de l'Université de Montréal, qu'il représentera au Congrès International des Etudiants en médecine qui doit se tenir en Angleterre, l'été prochain. Les séances auront lieu à Londres, Oxford et Birmingham.

### RÉUNION DES ANATOMO-PATHOLOGIS- TES, À QUÉBEC

L'assemblée annuelle de l'Association des anatomo-pathologistes de la province de Québec eut lieu en la Vieille Capitale, les 21 et 22 mai.

La réunion se tint sous la présidence du docteur Louis Berger, professeur d'anatomie pathologique à l'Université Laval de Québec.

De nombreux anatomo-pathologistes de la province d'Ontario vinrent s'unir à leurs confrères de la province de Québec à l'occasion de ces assises scientifiques. Des communications du plus grand intérêt ont été présentées.

Lors de la dernière réunion eurent lieu les élections de l'association. Il nous fait plaisir de mentionner que le docteur Louis-Charles Simard a été élu président de l'Association des anatomo-pathologistes pour l'année qui commence et que le docteur J.-Luc Riopelle a été choisi comme secrétaire.

### MÉDECIN DE MONTRÉAL, HONORÉ À WASHINGTON

A la 104e réunion annuelle de l'« American Psychiatric Association », en congrès en l'hôtel Statler, à Washington, le docteur J.-E.-Alexandre Marcotte, de Montréal, a été accepté dans les rangs de l'association.

### LE DOCTEUR JUTRAS, ÉLU VICE-PRÉ- DENT DE L'UMFIA

Nous apprenons que l'Union Médicale Latine, mieux connue sous l'abréviation de l'UMFIA, vient de faire le choix de son bureau d'administration pour 1948.

Le docteur Albert Jutras, de Montréal, a été choisi comme vice-président étranger. Le docteur Adélard Tétreault, des Trois-Rivières, est également représentant du Canada au Bureau d'administration de l'Union Médicale Latine.

### DÉLÉGUÉS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTRÉAL

Les professeurs Pierre Masson et Hans Selye ont été nommés délégués officiels de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, lors des congrès scientifiques qui se tiendront en Europe au cours des mois de juin et juillet.

### CONGRÈS DES PSYCHIATRES, À MONT- RÉAL, L'AN PROCHAIN

L'Association américaine des Psychiatres se réunira à Montréal pour son congrès, en mai 1949.

Le nombre des congressistes venant de l'extérieur sera d'environ 3,000. Cette association est la plus ancienne société du genre sur le continent nord-américain et tient présentement son 104e congrès à Washington.

### DES RELIGIEUSES DE FRANCE DIRIGE- RONT L'HÔPITAL DE MONT-LAURIER

Les Sœurs Marianites de Sainte-Croix viendront prendre la direction et l'administration du nouvel hôpital dont sera dotée la ville de Mont-Laurier.

L'honorable Albini Paquette a fait voter par l'Assemblée législative, à la dernière session, un crédit de plusieurs centaines de milliers de dollars pour la construction de cette institution.

### AU CONGRÈS MÉDICAL DE WASHINGTON

Trois savants du Canada sont au nombre des spécialistes invités par le gouvernement américain

à présenter des communications au 4e Congrès International de Médecine tropicale et de malaria, dont les assises se tiennent à Washington. Ce sont les docteurs A. H. Rhodes et C. Evan Rooyen, virologues de l'Université de Toronto, et le docteur Armand Frappier, directeur de l'Institut de microbiologie et de l'École d'Hygiène de l'Université de Montréal, spécialiste de la tuberculose expérimentale.

Le docteur Frappier a présenté l'une des plus importantes communications de sa carrière, sur le sujet épineux du B.C.G., dans laquelle il a exposé le résultat de plus de quinze ans d'expérimentation et d'observations cliniques. Le docteur K. Birkhang, de Bergen, Norvège, a commenté les données du docteur Frappier.

Le docteur Frappier et le docteur Roland Guy ont présenté un exhibit scientifique sur la « Contribution du Canada à la vaccination par le B.C.G. », qui est l'un des plus achalandés. Il est question que des congrès nationaux américains retiennent cet exhibit.

### LA VILLE DE MONTRÉAL INTENSIFIE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Les autorités municipales viennent d'annoncer que sur la recommandation du docteur Adélar Groulx, une section spécialement destinée à combattre la tuberculose a été constituée à la division des maladies contagieuses, au Service de Santé de la Cité de Montréal.

C'est le docteur Léo Ladouceur qui devient le premier surintendant de la nouvelle section et il aura pour assistant le docteur J.-M. Filiatrault. Tous deux, depuis plusieurs années, se sont spécialisés, à la division des maladies contagieuses, au service municipal de Santé, dans la lutte contre la tuberculose.

### LE DOCTEUR ALBERT BERTRAND, À L'HONNEUR

Par ordre du Conseil, en date du 16 avril 1948, le docteur Albert Bertrand, professeur à l'Université de Montréal et chef du laboratoire de bactériologie à l'hôpital Notre-Dame, a été nommé membre du Conseil National des Recherches du Canada.

### DEUX DOYENS RÉELUS À L'UNIVERSITÉ LAVAL

Le docteur Adrien Pouliot a été réélu doyen de la faculté des sciences de Laval, fonction qu'il occupe

depuis 1939; le docteur Charles Vézina a été, lui aussi, réélu doyen de la Faculté de Médecine, poste auquel il avait été appelé en 1940.

### CONFÉRENCES DU DOCTEUR NELLES SILVERTHORNE

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal recevait, dernièrement, le docteur Nelles Silverthorne, professeur agrégé à la chaire de Pédiatrie à l'Université de Toronto. Ce dernier a traité les deux sujets suivants:

Jeudi, le 20 mai 1948 — « Les méningites », à l'hôpital Sainte-Justine.

Vendredi, le 21 mai 1948 — « La poliomyélite », à l'hôpital Sainte-Justine également.

### RÉUNION ANNUELLE DES TECHNICIENS EN RAYONS X

Les techniciens en rayons X tenaient, le 8 mai, en l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, leur réunion annuelle. La conférence fut donnée par le docteur J.-Panet Raymond, médecin de cette institution.

### SÉANCE D'ÉTUDE À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

L'hôpital Sainte-Justine tenait, samedi le 1er mai, à 10 heures a.m., une séance d'étude avec présentation de malades. Étaient au programme:

Docteur C.-H. Trudeau — « La gale: aspect social — aspect médical »;

Docteur Paul Martin — « Morphologie de la fibrose kystique du pancréas »;

Docteur J.-Alcide Martel — « Nanisme myxoédémateux »;

Docteur Edouard Lortie — « L'emploi du Vine-thène comme anesthésique ».

### HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR ADRIEN PLOUFFE

Le docteur Adrien Plouffe a été récemment élu membre de la Société Royale du Canada dans la section des lettres. Le docteur Adrien Plouffe est bien connu pour ses écrits dans nos journaux quotidiens et pour son volume *Hygiène contre Vénus*.

### CHAIRE DE PHYSIOLOGIE, OUVERTE

Le Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal vient de déclarer ouverte, pour la nomination d'un titulaire, la chaire de physiologie.

Ceux qui désirent poser leur candidature à ce poste de titulaire sont tenus de le faire par écrit avant le 31 mai 1948. 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, soit le 31 mai 1948.

---

### COURS DONNÉS PAR LE DOCTEUR MORRIS J. NICHOLSON

Le docteur Morris J. Nicholson, de la Clinique Lahey, de Boston, donnait, aux dates suivantes, sous les auspices conjointes du Département d'Anesthésie de l'Université McGill et de la Société Canadienne des Anesthésistes, division de Québec, deux cours ainsi intitulés:

- « Anesthesia for Thyroid Surgery » — 26 avril, à l'immeuble Ciba;
- « Cardiac Emergencies in the Operating Room » — 28 avril — Morris J. Nicholson, M.D., à l'hôpital Saint-Luc.

---

### RÉUNION, À SAINT-LUC, DES ANESTHÉSISTES

La section d'anesthésie de la « Montreal Medico-Chirurgical Society » présenta les conférenciers suivants à sa séance du 28 avril, qui se tint à l'hôpital Saint-Luc: Dr W. Bourne — « A. S. A. Kansas City Meeting » et « Cas intéressants », sous la direction du docteur W. Tremblay.

---

### ASSEMBLÉE ANNUELLE DE L'INSTITUT BRUCHÉSI

« Si la lutte antituberculeuse, à l'avant-garde de laquelle se trouve l'Institut Bruchési, complète lentement son cycle pour atteindre des résultats vraiment appréciables, il n'en demeure pas moins que nous ne pouvons nous charger, en entier, de l'éducation populaire, qui reste toujours indispensable. J'estime que la vaccination par le B.C.G. devra deve-

nir générale pour tous les nouveau-nés et pour tous ceux qui ne réagiront pas positivement à la tuberculine. Le médecin de famille devrait se préoccuper de vacciner enfants et adolescents de sa clientèle. La méthode en est tellement simple qu'elle pourra entrer dans sa pratique courante. »

Voilà ce que déclarait le docteur J.-A. Jarry, directeur médical de l'Institut Bruchési, à l'assemblée annuelle de cette institution, en ajoutant que, dans la même ligne de conduite, il est nécessaire de prendre le plus grand soin des enfants tuberculeux, chez qui l'évolution de la maladie s'opère quelquefois avec une rapidité foudroyante.

A cette même réunion ont eu lieu les élections des divers bureaux. Le même conseil d'administration a été réélu. Il se compose comme suit: président, le Dr J.-A. Jarry; vice-président, M. Jean-C. Lallemand; trésorier, M. J.-U. Boyer; secrétaire, M. Claude Demers; directeurs, le Dr A.-M. Cholette, M. Eugène Doucet, le Dr Adélar Groulx, MM. Emile Massicotte, Jean-Marie Nadeau et Edouard Rinfret.

---

### RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE CONTRE LE CANCER, EN L'HÔTEL LAURENTIEN

La réunion annuelle de la Société Canadienne contre le Cancer, division du Québec, avait lieu le 20 mai 1948, en la salle des conférences de l'hôtel Laurentien, à Montréal.

Le conférencier fut le docteur O. H. Warwick, diplômé de la Faculté de Médecine de l'Université McGill, membre du personnel enseignant de cette institution et membre du personnel médical de l'hôpital Royal Victoria, qui vient d'être nommé directeur conjoint de l'Institut National du Cancer et de la Société Canadienne contre le Cancer. Cette nomination a été annoncée par le docteur Louis-Charles Simard, président nouvellement élu de l'Institut, et le docteur T. C. Routley, président du comité de direction de la Société Canadienne contre le Cancer.

Un film traitant des problèmes quotidiens du cancer dans des milliers de familles du continent nord-américain fut également montré.

---

### LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La Société de Chirurgie de Montréal tenait, le mercredi 12 mai, à 4 heures p.m., au Salon York de l'hôtel Windsor, une séance régulière, sous la présidence du docteur Edouard Desjardins.

Les communications furent les suivantes :

- « Myxoliposarcome de la loge graisseuse du rein » — docteur Aimé Laplante;
- « Les possibilités et les limites du chirurgien dans le traitement de l'hypertension artérielle » — docteur G.-Etienne Cartier;
- « Prolapsus du rectum » — Dr J.-Ernest Cabana.

---

### CONGRÈS DE L'ASSOCIATION CANADIENNE ANTITUBERCULEUSE

Le 48e Congrès de l'Association Canadienne Antituberculeuse a été tenu à Ottawa, au Château Laurier, les 27, 28 et 29 mai et réunissait environ 125 phtisiologues de toutes les provinces. Le docteur Roland Desmeules, surintendant médical de l'hôpital Laval, dirigea la première partie du congrès et céda ensuite la place, le soir du 28, au docteur Bruce H. Hopkins, de Kingston, Ont.

La première journée fut marquée par des réunions de l'exécutif, avec déjeuner officiel et réception. Le 28, il y eut deux séances générales, suivies d'une réception et du dîner annuel, et le 29 fut consacré à deux séances cliniques. Au dîner annuel, l'invité d'honneur fut le docteur J. H. Harley Williams, de Londres, secrétaire général de l'Association nationale pour la prévention de la tuberculose.

Lors des séances générales, les principaux sujets traités étaient: le diagnostic précoce de la tuberculose — Dr E. L. Ross, de Winnipeg, et Dr S. A. Holling, de Toronto; la réadaptation des tuberculeux — le major E. A. Dunlop, du ministère des affaires des anciens combattants, et M. T. A. J. Cunnings, de Winnipeg; la vaccination par le B.C.G. — Drs R. G. Ferguson et A. B. Simes, de Qu'Apelle, Sask.

Étaient également inscrits pour d'autres travaux, à la 2e séance générale, le Dr W. H. Hatfield, de Vancouver: « Le bacille tuberculeux est-il la cause première de la tuberculose? »; le docteur Normand H. Halkott, médecin conseil auprès de la commission canadienne des pensions: « Pleurésie avec épanchement chez des pensionnés de la seconde grande guerre »; le docteur K. F. Davis, de Weston, Ont: « La tuberculose rénale guérit-elle? ».

Une étude sur la streptomycothérapie au Canada (traitement par la streptomycine) occupa la première des séances cliniques du 22 mai. Les travaux étaient alors présentés par le docteur E. J. Lehman, d'Ottawa, les docteurs J.-A. Couillard et H. Gauthier, du sanatorium de Mont-Joli, le docteur A. L. Paine, de Mi-

nette, Man., le docteur J. E. Hiltz, de Kentville, N.-E., les docteurs Ruben Laurier et Léo Lynch, de Montréal, le docteur H. Meltzer, d'Edmonton, et le docteur W. H. Hatfield, de Vancouver.

Au programme de la 2ème séance clinique: « Etude sur la fonction pulmonaire par l'oxymètre Milliken » — Dr John C. Douglas, de London, Ont.; « Le pneumothorax extrapleurale » — docteurs Geo. Deshaies, Gérard Rolland et B.-G. Bégin, de Montréal; « Recours à la thoracoplastie du type Semb dans la tuberculose du sommet » — docteur E.-D. Gagnon, de Weston, Ont.; « La vitamine D<sup>2</sup> dans le traitement de diverses formes de tuberculose non-cutanée » — docteurs R. Desmeules, L. Rousseau, P. Richard et C.-H. Dorval, de l'hôpital Laval, Québec; « La tuberculose du crâne » — Dr D. B. Aitchison, de Hamilton.

---

### PREMIÈRE CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA POLIOMYÉLITE

12 - 17 juillet

Cette conférence sera tenue à New-York. Vingt rapporteurs de réputation internationale y présenteront des travaux qui couvriront le champ entier des connaissances actuelles sur la poliomyélite. En voici la nomenclature:

Dr Albert B. Sabin — Epidémiologie de la poliomyélite dans les différentes parties du Canada.

Dr H. J. Seddom — Aspects économiques de la lutte contre la poliomyélite.

Dr Irvine McQuarrie — L'évolution des signes et symptômes.

Dr David Budian — L'anatomie pathologique.

Dr Fritz Buchthal — Physiopathologie.

Dr John A. Anderson — Diagnostic et traitement.

Dr E. T. Bell — Lésions pathologiques évolutives.

Dr Arthur L. Watkins — Incapacités évolutives.

Dr Ralph R. Ghormley — Déformations évolutives.

Dr W. T. Green — Traitement durant la convalescence.

Dr J. S. Barr — Traitement durant les stades tardifs.

Dr K. T. Neubuerger — L'anatomie pathologique des formes bulbaires.

Dr A. B. Baker — Diagnostic de la forme bulbaire.

Dr James L. Wilson — Traitement de la forme bulbaire.

Dr Isabel M. Morgan — Mécanisme de l'immunité dans la poliomyélite.

Dr John R. Paul — Les virus immunogènes et autres types de la poliomyélite.

Dr Raymond N. Belter — Chimiothérapie expérimentale.

Dr Joseph G. Molner — Mesures d'hygiène publique.

Dr C. W. Munger — Hospitalisation des poliomyélitiques.

Elizabeth P. Rice —

---

## INSTITUT BRUCHÉSI

### Rapport triennal.

J'ai bien l'honneur de vous présenter le rapport triennal des activités de l'Institut Bruchési, dans ses cliniques centrales et ses succursales, pour les années 1945, 46 et 47.

Les rapports des années passées mentionnaient deux problèmes importants: le manque de lits d'hôpital et l'exiguïté de nos locaux. Cette situation est bien malheureuse parce qu'elle retardera pendant plusieurs années encore, l'efficacité de la lutte contre la tuberculose, de même que l'état de nos locaux, impropres au travail, empêche de donner le plein rendement de nos activités et éloigne sûrement des consultants. Inutile cependant d'y revenir, il nous suffit maintenant de patienter. D'ici quelques mois le nombre des lits sera augmenté, dans une proportion très appréciable, par la construction du nouveau sanatorium des Sœurs de la Miséricorde et par l'agrandissement de l'hôpital du Sacré-Cœur. Bientôt aussi nous espérons voir s'élever les assises du nouvel immeuble de l'Institut Bruchési.

Nous pouvons dire, avec raison, que le temps est à l'optimisme. L'organisation antituberculeuse complète son cycle, lentement mais sûrement, pour couronner le travail entrepris depuis bientôt quarante ans.

Déjà nous constatons une descente, continuelle et appréciable, du taux de la mortalité tuberculeuse. Il ne faut pas oublier que nous sommes partis de loin. En 1910 le taux était de 210 par 100,000. Il est aujourd'hui de 52. En même temps la mortalité diminue et la contamination s'avère moins massive. Nous atteignons aux mêmes résultats qu'obtenaient après le même temps les pays dont l'organisation antituberculeuse est presque parfaite.

Plusieurs années avant la guerre de 39, nous rapportions déjà la diminution considérable des grands tuberculeux: le dépistage intensif et le diagnostic précoce en étaient les principaux facteurs. Aujourd'hui, beaucoup de ceux que nous diagnostiquons

tuberculeux, parce que l'image radiographique démontre des modifications pathologiques, sont au travail et nous n'avons pas de raison pour les en empêcher, s'ils demeurent sous la surveillance du médecin. Autrefois, ces cas-là n'existaient qu'en petite minorité.

La contamination tuberculeuse révélée chez les enfants par la réaction tuberculique a longtemps été presque générale dans les cas de contact. Sur un relevé de 36,000 réactions contrôlées, nous avons pu noter la diminution de la contamination, par périodes quinquennales de 1933 à 1947.

C'est un résultat vraiment imposant, non pas seulement à cause de la diminution des contacts, mais parce qu'en même temps le nombre des non contaminés a augmenté. Nous constatons aussi que le nombre des adultes ne réagissant pas à la tuberculine, est aujourd'hui plus grand, alors que c'était autrefois l'inverse. Cependant, cette amélioration de la situation n'est pas sans créer un danger assez sérieux, d'autant plus peut-être qu'on y songe moins. Ces enfants et ces adolescents qui n'ont pas d'allergie tuberculeuse acquise peuvent rencontrer, à un certain moment, une contamination assez intense pour provoquer chez eux, une tuberculose, grave d'emblée.

Aussi la lutte antituberculeuse qui vise à réduire le nombre des tuberculeux, doit veiller aujourd'hui à ce qu'aucune personne ne demeure anergique. Il faut rendre hommage au grand Calmette qui eut l'intuition scientifique que la défense contre la tuberculose aurait besoin, dans l'avenir, d'un moyen artificiel et comme sur demande, de créer une allergie inoffensive et efficace, chez les adultes comme chez les enfants.

L'heure du vaccin B.C.G. est arrivée. Nous l'avons employé à Montréal depuis 1925, pour la prémunition des nouveaux-nés, et nous devons bien connaître qu'il a aidé à la diminution du nombre des tuberculeux; aujourd'hui, c'est également pour la défense des jeunes enfants et des adolescents, contre la contamination tardive, qu'il faut l'appliquer.

L'organisation défensive contre la tuberculose doit admettre ce procédé à l'égal du dépistage et du diagnostic précoces, à l'égal de la prophylaxie en milieu contaminé, à l'égal du traitement sanatorial et du traitement pour le pneumothorax. Il a la même importance.

Nous sommes amenés là par le développement de notre action et par le succès de notre travail. C'est donc de bon augure; mais nous avons maintenant l'obligation de mettre ce moyen en œuvre de la manière la plus large possible, si nous ne voulons pas compromettre les bons résultats acquis par des épidémies de tuberculose qui pourraient être désastreuses.

D'ailleurs la méthode nouvelle par scarifications nous permet de l'ajouter aux fonctions de nos clini-

ques, sans grave inconvénient, pour le moment. Pourtant nous ne pouvons nous charger, en entier, de l'éducation populaire qu'il est indispensable de faire pour tirer profit de cette nouvelle prophylaxie. J'estime que la vaccination par le B.C.G. devra devenir générale pour tous les nouveaux-nés et pour tous ceux qui ne réagiront pas positivement à la tuberculine. Le médecin de famille devrait se préoccuper de vacciner enfants et adolescents de sa clientèle. La méthode en est tellement simple qu'elle pourra entrer dans sa pratique courante.

Dans la même ligne de conduite il est nécessaire de prendre grand soin des enfants tuberculeux. Autrement l'évolution de la maladie s'opère assez rapidement dans ces petits organismes. Souvent, après une sorte de sommeil de la lésion, le réveil soudain, à l'âge de l'adolescence, est dangereux. Nous avons déploré qu'il n'y ait point de lit d'hôpital pour ces petits, parce que leur cas relève réellement d'une cure sanatoriale. Nous sommes heureux d'apprendre que le sympathique directeur du Service municipal de la Santé, entreprend des démarches pour mettre 200 lits à la disposition des petits tuberculeux. Nous remercions le Dr. Adélard Groulx de cette nouvelle manifestation de l'intérêt qu'il porte à la lutte anti-tuberculeuse.

J'ai parlé d'optimisme. Cette revue de la situation réjouira et encouragera tous ceux qui collaborent à la lutte, tous ceux qui s'intéressent à nos travaux. L'aide du gouvernement provincial vient au moment opportun pour donner à notre armement antituberculeux toute l'ampleur que nous réclamions.

C'est donc avec l'assurance de la victoire que nous pouvons continuer la lutte, sans oublier cependant qu'elle sera encore longue et qu'elle ne cessera de réclamer le service personnel, à base de dévouement.

La collaboration de tous les organismes sera toujours nécessaire. Nous n'avons pas l'outrecuidance de penser que les résultats heureux de la lutte contre la tuberculose sont dus à notre seule action.

Il a fallu, pour obtenir ce succès, le travail généreux de toutes les organisations qui ont fait la lutte, dans le secteur particulier qu'on leur a déterminé. Le ministère provincial de la santé, en établissant un plan d'opérations et en finançant généreusement la coordination de tous les éléments, a permis d'amplifier le travail et de l'accomplir sans inquiétude. Le service de santé municipale et la division de la tuberculose ont donné un concours dont nous avons pu apprécier l'opportunité et la valeur. La clinique Laurier a donné aux médecins une utile collaboration pour le diagnostic radiographique de leurs consultants.

La ligue antituberculeuse de Montréal par ses campagnes de dépistage massif a aidé à découvrir les tuberculeux ignorés, pour les soigner et pour protéger leur entourage.

Le Royal Edward Laurentian Hospital a pris une part généreuse au fardeau commun et, comme l'Institut Bruchési, a défendu bravement son secteur.

La clinique du B.C.G. et les divers organismes de revaccination ont assuré une prophylaxie véritable, dans les familles tuberculeuses. Ils ont le champ ouvert à d'autres réalisations, pour protéger les adolescents et les adultes.

Le Service provincial de Placement Familial a fait, dans son rayon d'action, une œuvre excellente de prophylaxie. Il a permis à certains enfants, de familles tuberculeuses, de refaire ou d'affermir une résistance physique déficiente ou affaiblie.

Dans un secteur identique, les Camps de Santé Bruchési, ont accompli un utile travail. De tous les enfants qui y ont fait des séjours, à peine 1% a développé plus tard une tuberculose ouverte.

Si je cite en dernier lieu, les hôpitaux et les Sana ce n'est pas que leur apport ait été le moindre. Bien au contraire, nous pouvons nous louer de leur efficacité dans le soin et dans le traitement des tuberculeux. D'ailleurs, souhaiter que le nombre des lits d'hôpital soit augmenté c'est bien reconnaître leur valeur et leur nécessité dans la lutte contre la tuberculose.

Il est réconfortant de constater que tant et de si excellentes organisations se dévouent à la lutte contre la tuberculose, pour améliorer les conditions de vie de notre peuple et relever le niveau de la santé publique.

Dr. J. A. JARRY  
*Président.*

## Rapport des cliniques

### *Nos Activités*

En présentant le rapport des activités de l'Institut Bruchési, dans les cliniques du Centre et de ses deux succursales, il m'a paru bon de donner une idée plus exacte du travail accompli en l'illustrant au moyen de tableaux statistiques.

Le rapport détaillé pour chacune des années 1945-46-47. (Voir tableaux 1, 2, 3) ainsi que le tableau comparatif triennal (tableau 4) indiquent un léger fléchissement dans le nombre de nos consultants et de nos diagnostiqués tuberculeux. C'est probablement l'amorce d'une stabilisation momentanée de notre travail de dépistage et de diagnostic. La dissémination de la tuberculose, maladie du peuple, dépend des conditions de sa vie et c'est normal qu'il puisse se produire des alternatives de hausse et de baisse dans le nombre de consultants comme il en existe dans la vie économique de la masse ouvrière.

Le tableau des Statistiques de 20 années, (Tableau 5) de 1928 à 1948, par périodes quinquennales, établit plus régulièrement la marche de nos activités. D'une année à l'autre il peut y avoir des variations brus-

ques, en plus ou en moins, dont la cause n'apparaît pas toujours clairement, et qui s'égalisent sur une période moyenne.

Ainsi, il est bon de noter que le nombre des décès tuberculeux a été de 5797 en 1946 au Canada, alors qu'il avait été en 1945 de 5546, soit une différence de 251. De même le taux de la mortalité tuberculeuse était en 1946 de 47.3 alors qu'il avait été de 45.8 en 1945.

#### *La tuberculose et la guerre.*

Un sixième tableau illustre quelques activités générales, pendant dix années consécutives, on pourra y constater l'influence du temps de guerre sur l'intensité du dépistage et le grand nombre des tuberculeux découverts.

Les grands mouvements de population exercent aussi une influence sur la dissémination tuberculeuse. L'on sait, en effet, les dangers réels que courent des organismes préalablement non contaminés, quand ils viennent en contact avec des tuberculeux cracheurs de bacilles.

Pendant les années de guerre, la population mouvante de la Métropole a été notablement accrue. Les besoins de l'industrie ont attiré du fond des campagnes, hommes, femmes, jeunes filles qui, pour une grande part, n'avaient eu aucun contact tuberculeux. Le phénomène ordinaire s'est produit avec d'autant plus de rapidité que le travail, dans les usines était plus prolongé, plus épuisant et plus insalubre et que les conditions de la vie, au dehors de l'usine étaient plus anémiantes.

L'oscillation du mouvement migratoire a, depuis, diminué d'ampleur. La stabilisation revient peu à peu, également dans le mouvement des cliniques. Pour ce qui est du travail d'un centre antituberculeux, c'est une autre expérience, à côté de celle de la crise du chômage et de celle de la guerre, que nous allons subir.

Expérience assurément intéressante, puisqu'elle se fera dans des conditions différentes, avec un armement plus complet et une avance importante dans la lutte contre la tuberculose.

#### *Le désir de nos consultants.*

Les examens médicaux sont aujourd'hui plus minutieux et plus longs, parce que nous savons qu'il est de notre devoir d'employer tous les moyens que la science met à notre disposition pour examiner nos consultants. Nous sommes loin de boudier ces progrès qui aident à accomplir plus parfaitement notre tâche.

Mais nous savons aussi que nous n'avons pas à suivre à l'aveugle la tendance nouvelle, trop répan-

due, à simplifier à l'extrême une opération qui n'est ni mécanique, ni répétée en série. Nous devons faire œuvre médicale. Le consultant qui se présente à nos cliniques a certes confiance dans les moyens que nous employons, parce que l'éducation leur a appris qu'ils étaient nécessaires et de première valeur et qu'une clinique qui se respecte, doit les utiliser.

Mais l'organe humain n'est pas une pièce d'acier dans laquelle on découvre ou non une « paille » et que l'on juge bonne à usiner ou à rejeter. Nos consultants viennent demander l'avis des médecins. Et cet avis ne peut se baser que sur une observation objective quelques fois assez longue et sur des analyses de laboratoire toujours répétées.

Nous tenons à conserver une méthode qui nous à donné et nous donne encore d'excellents résultats, qui correspond aux désirs de nos consultants aussi bien qu'à ceux des médecins de famille qui veulent bien diriger leurs clients à notre clinique, pour discuter leur diagnostic.

Les rapports d'examen envoyés aux médecins ont toujours été une grande part de nos soucis. La proportion des trois années dans le tableau No. 1 montrera que nous désirons donner à nos collègues une collaboration aussi rapide qu'utile. Nous leur avons promis cette collaboration en sollicitant la leur. Nous croyons n'avoir pas manqué à notre promesse.

#### *Baisse de la contagion.*

Le tableau No. 7 a une importance démonstrative considérable. Nous avons fait un relevé de 36090 réactions tuberculiques contrôlées, chez nos enfants, de 1933 à 1947. Nous avons ainsi le plaisir de constater que, par périodes quinquennales, le nombre des enfants répondant négativement à la réaction, a augmenté; ce qui signifie que la contamination diminue dans les familles. A la clinique centrale le pourcentage a passé de 53.88 à 40. à la clinique de l'est, de 61.33 à 40.60 et à la clinique du Nord de 53.08 à 38.06. Cette évolution nous permet de croire que notre travail de prophylaxie n'a pas été vain. Mais il en est une autre, déjà suffisamment visible pour qu'on s'y intéresse; c'est la diminution du nombre des adolescents et des jeunes adultes de l'un et l'autre sexe qui ne répondent pas à la réaction tuberculique. Evidemment c'est aussi le signe de la baisse considérable de la tuberculose chez nous. Il ne faudrait pas s'en surprendre si l'on ne savait que cette absence d'allergie tuberculeuse peut devenir un danger.

#### *Le vaccin B.C.G.*

C'est pourquoi devant ces faits nous avons jugé nécessaire d'organiser dans nos cliniques la vaccination et la revaccination par le B.C.G. des enfants, des adolescents et des jeunes adultes non contaminés.

Cette innovation ne dépasse pas le cadre de nos fonctions, puisqu'elle vise à multiplier la prophylaxie, première fonction d'un centre antituberculeux. Nous l'avons entreprise avec l'espoir que les médecins de famille, considérant l'extrême facilité de son emploi, en fassent un usage courant dans leur pratique. Du reste, il faudrait qu'à l'instar des cliniques, ils utilisent la réaction tuberculique dans l'examen des enfants et des adolescents de plus en plus, afin de retracer ceux qui seraient tout désignés pour cette vaccination.

#### *In Memoriam*

Au cours des dernières années nous avons eu la douleur de perdre plusieurs de nos médecins: en 1946, le Dr. Auguste Desjardins, chef de service conjoint, à la clinique d'oto-rhino-laryngologie; en 1947, le Dr L. Jutras, pendant plusieurs années chef au laboratoire, le Dr E. Verdon, chargé de la clinique des enfants, le Dr R. Geoffroy, chef de la clinique succursale de l'Est et secrétaire de l'Exécutif médical de l'Institut Bruchési. Nous gardons de ces confrères disparus qui ont travaillé avec tant de dévouement à la lutte contre la tuberculose, un souvenir ému et reconnaissant. Nous consacrons quelques pages à leur mémoire. Parmi nos anciens, la mort a aussi promené sa faux: le Dr Geo. Mignault, qui fut avec nous dès les débuts de l'Institut Bruchési et qui ne nous quitta que pour prendre charge de la direction médicale de l'hôpital du Sacré-Cœur; le Dr Y. Laurier qui, avec nous, avait fait de la clinique pendant plusieurs années et était allé lui aussi poursuivre son travail au Sacré-Cœur. Au moment où je rappelle le souvenir de ces deux confrères, la mort vient de frapper mon très grand ami, le Dr L. S. Verschelden. Il fut, lui aussi, un des pionniers de la clinique, un initiateur des traitements par le pneumothorax artificiel. Il avait pris, au milieu de nous, une place prépondérante et son départ comme chef de service au Sacré-Cœur a causé un grand vide dans nos rangs. Nous le revoyions toujours avec beaucoup de plaisir à Bruchési, où il avait laissé tant de bons souvenirs, pour présider aux examens universitaires. Non content de mettre à contribution sa science médicale pour le bien de nos malades, il ne se refusait jamais de prêter sa collaboration à l'organisation des concerts, au bénéfice de l'Institut, sa participation était toujours un gage de succès.

#### *La relève.*

Aux anciens succèdent les nouveaux. Nous avons modifié nos cadres et ajouté à notre personnel les Drs A. Jeannotte, P.-H. Lavergne, P.-E. Roy, R. Archambault et M. Lesage. Le Dr J.-C. Blais a été nommé chef de la clinique succursale de l'Est.

#### *Notre reconnaissance.*

Le travail que j'ai exposé dans ce rapport est l'œuvre conjuguée des Religieuses de la Providence, des médecins de service, des Infirmières du Service Social, du personnel de la Radiographie et du Secrétariat. Il me fait plaisir de reconnaître l'immense dette que l'Institut Bruchési assume envers tous et chacun. Je les remercie de leur collaboration. L'aide du Bureau d'administration de l'Institut Bruchési nous a rendu facile l'accomplissement de notre mission.

Je remercie nos directeurs et, en particulier, notre président, son Excellence Mgr Joseph Charbonneau, dont la bienfaisante influence nous a permis d'envisager l'avenir sans crainte.

Je remercie également les postes radiophoniques et les journaux qui nous ont aidés à garder le contact extérieur avec la population de Montréal, dans nos campagnes d'éducation, indispensables dans la lutte contre la tuberculose. Après 37 ans d'existence, au service de la santé publique, l'Institut Bruchési a la conviction d'avoir joué un rôle de premier plan dans la lutte contre la tuberculose et d'être de plus en plus un organisme nécessaire.

Dr J.-A. JARRY,  
Directeur médical.

---

## GRANDE DIMINUTION DES CAS DE DIPHTÉRIE

### **Le Québec immunise contre la coqueluche et la diphtérie 95.2 p.c. des naissances vivantes.**

Dans les territoires desservis par les Unités sanitaires de la province, au cours de 1947, la proportion des enfants immunisés contre la diphtérie et la coqueluche a été de 95.2 pour cent des naissances vivantes de 1946, selon un relevé publié par le ministère de la Santé de la province. Il s'agit ici des comtés desservis par les 62 Unités sanitaires de la province, territoires qui comptent une population globale de 2,211,117 âmes, sur une population totale de 3,730,000. Par conséquent, on ne doit pas oublier que ces chiffres ne comprennent pas les îles de Montréal et Jésus, ni les villes de Québec et de Sherbrooke.

Dans les régions pourvues d'Unités sanitaires, la morbidité par diphtérie a diminué sensiblement au cours des dernières années. La division d'Epidémiologie du ministère provincial de la Santé nous apprend en effet que les cas de diphtérie se répartissent comme suit dans les années 1945, 1946 et 1947:

931, 739 et 391, soit, en 1947, un taux de morbidité de 17.7 par cent mille de population (desservie).

Comme nous n'immunisons pas les enfants de moins de six mois, pour établir notre proportion d'immunisés en 1947, nous avons tablé sur les naissances de 1946. Les naissances sont de 72,998 et les immunisations de 69,465 dans le territoire en question, ce qui donne une proportion de 95.2 pour cent. De plus, on a donné 49,672 injections de rappel pour protéger les enfants immunisés au cours des années antérieures. Neuf Unités sanitaires n'ont pas eu un seul cas de diphtérie en 1947 et 35 Unités sur 62 ont eu un taux de morbidité inférieur à 10.0 par cent mille. On voit par là le travail important accompli par les hygiénistes du ministère de la Santé.

De plus, comme l'immunisation antidiphtérique est une vaccination associée, les enfants des territoires desservis par les Unités sanitaires sont en même temps protégés contre la coqueluche.

### SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSISTES

#### Réunion, à Sherbrooke, le 12 juin 1948

8.30 à 9.00 a.m.—Inscription gratuite — Salle Mayfair, hôtel New Sherbrooke.

9.30 a.m.—Hôpital St-Vincent-de-Paul. Président: docteur Roméo Veilleux. Séance pratique — Salles d'opérations. Les anesthésistes de Sherbrooke.

11.00 a.m.—Démonstrations de techniques personnelles d'anesthésie pour extraction dentaire. Docteur Moïse Clermont, Montréal.

12.30 p.m.—Déjeuner gracieusement offert par les Révérendes Sœurs de l'hôpital St-Vincent-de-Paul.

2.00 p.m.—Hôtel-Dieu de Sherbrooke. Président: docteur Paul McMahan, Sherbrooke. Programme scientifique:

- a) Use and advantages of the Stethetron in Anesthesia. Docteur Rouville Lamy, Sherbrooke.
- b) Anesthésie trachiale chez les enfants. Docteur C. R. Stephen, Montréal.
- c) Mélange pentothal-curare pour amygdaléctomie. Docteur F. Hudon, Québec.
- d) Cardiocirculatory Disturbances during Intra-thoracic Surgery. Docteur Charles A. Burstein, New-York.
- e) Round-table "curare". Docteur Griffith, docteur Rochette, docteur Cousineau, docteur Légaré, docteur Pasquet, docteur Stephen.

6.00 p.m.—Cocktail au New Sherbrooke.

7.15 p.m.—Banquet, au New Sherbrooke, gracieusement offert par la maison Abbott. Président: docteur Ovila Noël.

#### Programme pour les dames

1.45 p.m.—Départ du New Sherbrooke pour le lac North Hatley où les dames de Sherbrooke ont organisé une heure récréative et un thé au chalet du docteur Roméo Veilleux.

6.00 p.m.—Cocktail au New Sherbrooke.

7.15 p.m.—Banquet au New Sherbrooke. (Après le banquet, la salle restera à la disposition des congressistes.)


### CONFISCATION DE PRÈS DE 150,000 LIVRES D'ALIMENTS IMPROPRES À LA CONSOMMATION

#### Plus de 81,000 inspections sanitaires pendant 1947.

Parmi les mesures d'hygiène qui peuvent prévenir les épidémies, l'inspection sanitaire occupe une place importante. C'est pourquoi les inspecteurs du ministère de la Santé exercent une étroite surveillance sur les différents établissements de denrées alimentaires. D'après le rapport annuel de la division des Unités sanitaires, il appert que les inspecteurs ont procédé à la visite des établissements suivants: 2,495 boulangeries, 15,812 épicerie, 8,123 restaurants, 21,025 boucheries, 2,421 marchés publics; ils ont confisqué 149,981 livres d'aliments impropres à la consommation.

Leurs visites dans les maisons de produits laitiers les ont conduit dans des usines de pasteurisations, de laiteries publiques, des beurreries et des fromageries. Les inspections de ce chef atteignent 12,566 en 1947.

Le nombre des visites d'inspection faites dans les autres établissements publics depuis les aqueducs et les égouts jusqu'aux écoles, boutiques de barbiers, salles publiques de toutes sortes, hôtelleries, tavernes, ainsi que celui des visites touchant l'approbation des emplacements, se chiffre à plus de 81,000. La propreté est un rempart contre la maladie. La ménagère, le boucher, le laitier, le restaurateur et en général tous ceux qui manipulent des denrées se doivent d'aider aux autorités à assurer la salubrité publique. Il a fallu encore en 1947 supprimer plus de dix mille nuisances. Un peu plus de propreté aurait évité ces démarches indispensables à l'hygiène publique.



**Pour le traitement  
de la Muqueuse  
Gastro-Intestinale  
irritée, enflammée  
ou ulcérée...**

PHOTOGRAPHIE MICROSCOPIQUE D'UN  
HYDRATE D'ALUMINE COMMERCIAL, DÉMON-  
STRANT QUE LES PARTICULES ONT UN DIA-  
MÈTRE BIEN SUPÉRIEUR À 25 MICRONS.

# STOMALUMINE

UN HYDRATE D'ALUMINE VRAIMENT COLLOÏDAL.

**FLATULENCE  
DYSPEPSIES  
HYPERCHLORHYDRIE  
ULCÉRATIONS GASTRIQUES ET DUODÉNALES  
COLITES, DIARRHÉES ET LEURS CONSÉQUENCES.**

PHOTOGRAPHIE MICROSCOPIQUE (PARTICULES DE  
GROSSEUR INFÉRIEURE À 10 MICRONS) DE LA  
POUDRE STOMALUMINE - UN HYDRATE D'ALUMINE  
VRAIMENT COLLOÏDAL - QUI, AU CONTACT DE  
L'ACIDE CHLORHYDRIQUE, FORME UNE SOLUTION  
GÉLATINEUSE, UNE COUCHE ISOLATRICE ET PRO-  
TECTRICE SUR LA MUQUEUSE HYPERÉMÉE.

**ROUGIER FRÈRES - 350 RUE LE MOYNE - MONTRÉAL (1)**

*Spécialités de prescription médicale*

Ce n'est pas réclamer du luxe que de vouloir une maison confortable, une provision constante d'eau pure et un tout à l'égout, car ce sont là des choses indispensables au maintien de l'hygiène publique... surtout dans les quartiers surpeuplés de nos centres urbains et même de nos villages depuis la guerre, car c'est là que l'insalubrité d'un logement porte nécessairement préjudice aux logements environnants.

---

### INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA

Le Conseil d'administration de l'Institut national du Cancer du Canada a annoncé le 26 avril que des subventions au montant de \$166,000 avaient été accordées à 46 spécialistes des recherches sur le cancer dans divers centres du Canada.

Deux ou trois demandes sont en suspens et on annoncera plus tard la décision prise à leur sujet.

Voici la liste des titulaires et des laboratoires où ils exécutent leurs travaux: Dr J. C. Aldous, université Dalhousie, Halifax; Dr Helen I. Battle, université de l'Ouest d'Ontario, London; Dr R. W. Begg, université Dalhousie, Halifax; Drs C. H. Best et E. A. Sellers, université de Toronto; Dr C. J. Bishop, université Acadia, Wolfville, N.-E.; Dr O. Bluh, université de la Colombie-Britannique, Vancouver; Dr Eldon Boyd, université Queen's, Kingston; Dr A. W. A. Brown, université de l'Ouest d'Ontario, London; Dr R. K. Brown, université de l'Alberta, Edmonton; Dr A. Cantero, université de Montréal; Dr George Duff, université de Toronto; Dr Lyman Duff, université McGill, Montréal; Dr K. C. Fisher, université de Toronto; Dr A. W. Ham, université de Toronto; Dr F. R. Hayes, université Dalhousie, Halifax; Dr M. M. Hoffman, université McGill, Montréal; Dr H. R. Jones, université de la Saskatchewan, Saskatoon; Drs W. V. Cone et J. Kershman, université McGill, Montréal; Dr B. N. Kropp, université Queen's, Kingston; Dr C.-P. Leblond, université McGill, Montréal; Dr J. M. Lederman, université du Manitoba, Winnipeg; Dr Jeanne Manery, université de Toronto; Dr H. D. McEwen, université Queen's, Kingston; Dr A. F. McKay, université Queen's, Kingston; Dr D. A. McLarty, université de l'Ouest d'Ontario, London; Dr D. Nicholson, Winnipeg General Hospital; Dr R. L. Noble, université de l'Ouest d'Ontario, London; Dr R. Parker, Laboratoires Connaught, Toronto; Dr Dorothy Pelluet, université Dalhousie, Halifax; Dr J. H. Quastel, Hôpital Général de Montréal; Dr H. E. Rawlinson, université de l'Alberta, Edmonton; Dr H. V. Rice, université du Manitoba, Winnipeg; Dr R. J. Rossiter,

université de l'Ouest d'Ontario, London; Dr R. B. Sandin, université de l'Alberta, Edmonton; Dr Hans Selye, université de Montréal; Dr L.-C. Simard, hôpital Notre-Dame, Montréal; Dr C. E. van Rooyen, Laboratoires Connaught, Toronto; Dr O. H. Warwick, université McGill, Montréal; Dr J. K. Watson, université de l'Ouest d'Ontario, London, et Dr A. M. Wynne, université de Toronto.

Des bourses de membres associés ont été décernées aux spécialistes suivants: Dr S. Albert, université McGill, Montréal; Dr W. B. Ayre, Boston; Dr L. C. Coleman, Sarnichton, C.-B.; J. D. Hamilton, université de l'Ouest d'Ontario, London; Dr D. W. A. Roberts, université de Toronto, et Dr R. C. Ross, université McGill, Montréal.

---

### VOUS ÊTES INVITÉS

Pour la première fois, cette année, un Salon des Beaux-Arts fera partie de la convention annuelle de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. Cet événement, d'un intérêt particulier pour les médecins canadiens-français, aura lieu les 6, 7, 8 et 9 septembre 1948, au Château Laurier, à Ottawa, sous les auspices de la maison Frank W. Horner Limited, de Montréal.

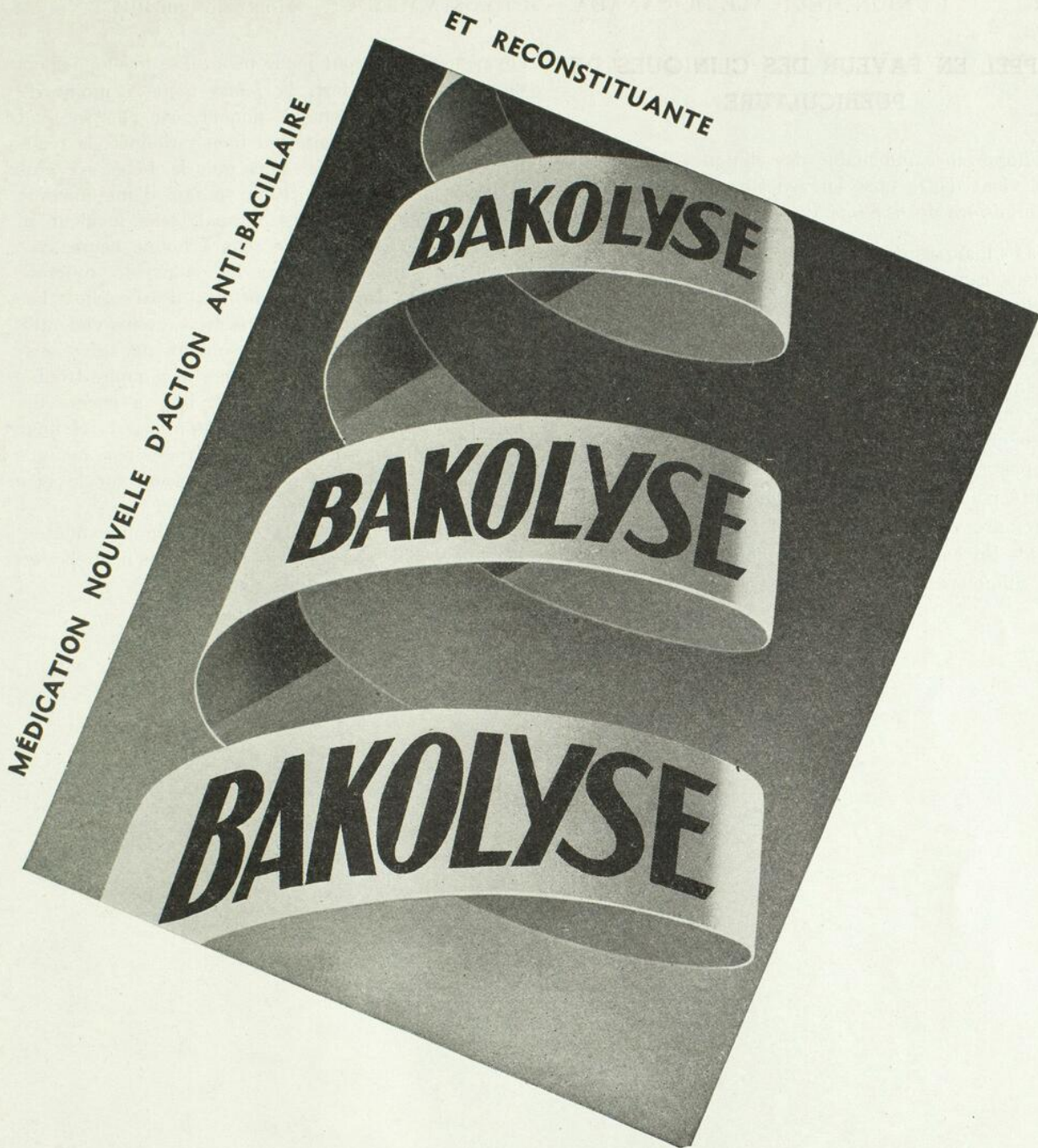
Les membres du comité sont: le docteur Albert Jutras, président; les docteurs A.-L. Richard, Paul Dumas et Georges Manseau et M. D. B. Mahoney, secrétaire.

L'exposition comprendra trois sections où des certificats de mérite seront distribués:

1. *Peinture et arts graphiques* — comprenant la peinture à l'huile, à la tempéra, les aquarelles, dessins au fusain, pastels, eaux-fortes, etc.
2. *Photographie* — limitée aux photographies en blanc et noir.
3. *Sculpture et arts mineurs* — comprenant la sculpture proprement dite, la céramique, le cuir et les métaux repoussés, la tapisserie et le tissage, la reliure, etc.

Il est temps de préparer les pièces d'exhibition que vous exposerez en septembre prochain. Les formules d'admission sont actuellement sous presse; elles vous seront distribuées par le courrier d'ici quelques jours. Ne manquez pas de compléter la vôtre et de nous la retourner le plus tôt possible.

Nous communiquerons avec vous très prochainement en ce qui concerne l'envoi de vos œuvres. D'ici là, nous comptons bien que beaucoup d'entre vous nous auront déjà retourné leurs formules d'inscription.



## *Acides Aminés et Créatinine*

● **présentation**

Ampoules de 2 cc.  
en 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 - - - MONTRÉAL 18.**

## APPEL EN FAVEUR DES CLINIQUES DE PUÉRICULTURE

L'importance indéniable des cliniques de puériculture vient d'être mise en vedette par un hygiéniste du ministère de la Santé de la province de Québec:

« Les mamans de nos villages, aussi bien que celles de nos campagnes, connaissent la clinique de puériculture, dit-il. Il est de toute importance que votre bébé y soit conduit, mesdames, le plus tôt possible après sa naissance; il ne faut pas attendre qu'il ait atteint l'âge de deux ou trois mois. Une grande sœur, une parente, une voisine charitable peut remplacer la maman si cette dernière se trouve dans l'impossibilité de le faire. Une telle démarche a son utilité pour le régime diététique auquel vous devez astreindre votre enfant durant les semaines qui suivront. En effet, celles qui fréquentent régulièrement ces cliniques sont convaincues de la nécessité de

l'hygiène chez le tout jeune bébé; il se développe plus vite, il est plus fort, la jeune mère a moins de trouble pour les soins à donner, car elle se rend compte qu'une alimentation bien rationnée, la régularité dans les boires, font que le bébé est plus facile à élever, sa dentition se fait d'une manière plus régulière, en temps normal, sans incident ni accident. Le bébé marche plus à bonne heure avec de belles jambes droites; les soins de propreté s'imprègnent dans les habitudes de l'enfant. Les maladies de l'enfance sont plus rares, moins violentes, c'est-à-dire que l'enfant résiste mieux aux infections; enfin, l'enfant grandit sans donner le moindre trouble à la maman. Malheureusement, il y a encore des mères de familles qui ne fréquentent pas la clinique de puériculture, soit par insouciance, par manque de compréhension ou pour scepticisme sur le bien que leurs enfants peuvent en retirer.

« Mesdames, allez à la clinique régulièrement et dès le premier mois de votre bébé; vous n'aurez alors qu'à bénéficier de grands avantages. »

---

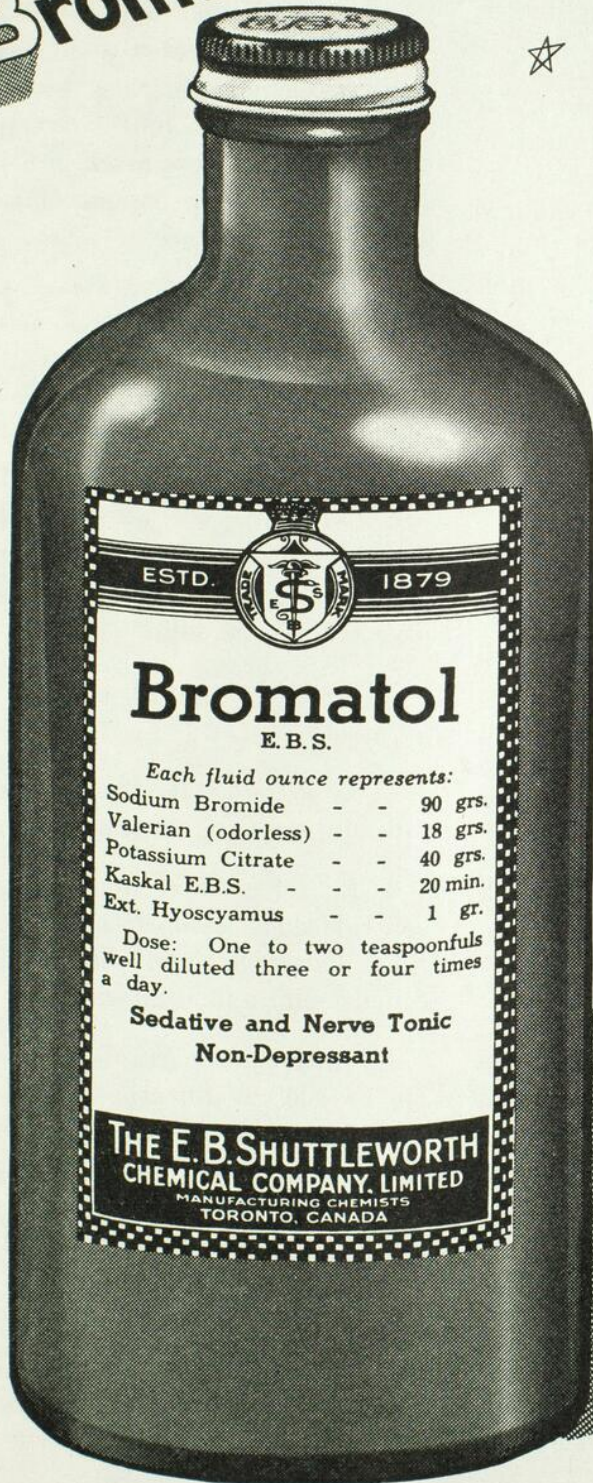
### CHANGEMENT D'ADRESSE

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.

★

**Sédatif**  
**Efficace**  
 à base de  
**Bromure**

★



*Each fluid ounce represents:*

Sodium Bromide	- - -	90 grs.
Valerian (odorless)	- - -	18 grs.
Potassium Citrate	- - -	40 grs.
Kaskal E.B.S.	- - -	20 min.
Ext. Hyoscyamus	- - -	1 gr.

Dose: One to two teaspoonfuls well diluted three or four times a day.

**Sedative and Nerve Tonic**  
**Non-Depressant**

**THE E.B. SHUTTLEWORTH**  
**CHEMICAL COMPANY, LIMITED**  
 MANUFACTURING CHEMISTS  
 TORONTO, CANADA

★

★

★

★

★

**AVIS:**  
 Dans le Bromatol le  
 goût désagréable de  
 l'extrait naturel  
 de Valériane a été  
 éliminé

★

THE **E.B.S.** SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO., LTD. TORONTO, CANADA

## REVUE DES LIVRES

KOLMER. — **Clinical Diagnosis by Laboratory Examinations.** — D. Appleton-Century Co., Inc., édit., New-York et Londres, 1944.

« L'Union Médicale du Canada » vient de recevoir de la Maison Wilson-Lafleur la première édition révisée du livre de Kolmer: « Clinical Diagnosis by Laboratory Examinations ». Ce volume de 1100 pages constitue à notre avis le meilleur ouvrage d'ensemble offert jusqu'ici au public médical dans ce domaine.

Le médecin, le chirurgien ou le spécialiste y trouvera soit sous forme de tableaux, soit sous forme de chapitres distincts des notions succinctes mais au point sur la physiologie de tel ou tel organe en particulier et sur la signification de telle ou telle épreuve chimique ou fonctionnelle déterminée.

En outre une partie importante du travail est consacré à la technique, permettant ainsi à quiconque n'est pas familier avec les épreuves de laboratoire d'en connaître les grandes lignes et même d'en exécuter un certain nombre sans trop de difficulté.

En résumé c'est le livre par excellence pour tout médecin qui veut être à la page et qui désire faire bénéficier ses patients de toutes les ressources dont disposent les laboratoires bien organisés.

A. BERTRAND

P. LOUYOT. — **Le sel en biologie. Etude d'ensemble sur le chlorure de sodium en physiologie et en pathologie.** Préface du professeur Læper. Un volume de 254 pages. — Masson et Cie, édit., Paris, 1947.

Le problème du sel en biologie est immense. La présence de ce minéral est nécessaire à tous les échanges biologiques accomplis entre les cellules, le milieu intérieur et l'extérieur; autrement dit, dans toute circonstance phy-

siologique ou pathologique, il est constamment en mouvement pour répondre ici ou là à l'appel de telle ou telle nécessité. De plus, il ne se meut pas seul et se déplace en fonction de divers éléments, soit des diverses substances minérales ou organiques, soit plus spécialement de l'eau. C'est assez dire la complexité de son rôle, et nous sommes loins d'en posséder toute la connaissance.

Le but de l'auteur a été de présenter une synthèse des connaissances actuelles sur le problème du métabolisme salin, synthèse étayée sur les publications contemporaines et sur les recherches qu'il a poursuivies en clinique depuis de nombreuses années.

Après un rappel des principales méthodes de dosages habituellement utilisées, sont envisagés l'aspect analytique, puis la synthèse du métabolisme salin.

La première partie concerne *l'organisme normale*:

1° Le sel à l'état statique, c'est-à-dire son taux normal dans les humeurs et les tissus.

2° Le sel à l'état dynamique, c'est-à-dire son rôle dans le fonctionnement des organes, tube digestif et rein principalement, et des échanges du milieu intérieur.

La deuxième partie concerne *l'organisme malade*: les modifications apportées dans l'équilibre et les échanges chlorurés dans les diverses maladies où elles ont été étudiées jusqu'à présent. La troisième partie est un *essai de synthèse générale* du métabolisme du sel, d'après les données de la clinique et de l'expérimentation.

La quatrième partie contient les *déductions thérapeutiques* découlant des conceptions pathogéniques actuelles et de l'expérience acquise au lit du malade.



"LE FRÉNATEUR DU VAGUE"

# VAGO-FRENAL

Chaque comprimé contient:

Boro-potassium tartrate ... 0.20  
 Phénobarbital ..... 0.05  
 Extrait de hyocyamus ..... 0.005

#### INDICATIONS

Maladies nerveuses, épilepsie, névrose, danse de St-Guy, convulsions. Modérateur de l'éréthisme nerveux. Traitement préventif du mal de mer, du mal d'auto, du mal d'avion.

#### POSOLOGIE

1 à 3 comprimés par jour.

#### PRÉSENTATION

Tube de 20 comprimés.  
 Flacon de 100 et 500 comprimés.

*Echantillon médical et documentation complète envoyés aux médecins sur demande.*

Préparé par les Laboratoires Mexvl, Genève, SUISSE.

Représentants exclusifs pour le Canada:

**HERDT & CHARTON, INC.**

2027, Ave. du Collège McGill  
 Montréal

Jacques MAHAUX. — **Essai de physiopathologie thyro-hypophysaire.** Préface du professeur E. J. BIGWOOD. Un volume de 268 pages, avec 29 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1947.

Les notions nouvelles que cette étude développe visent à « intégrer dans une conception cohérente, synthétique, la physiopathologie thyro-hypophysaire ».

Certaines notions devenues classiques dans le domaine de la physio-pathologie thyroïdienne ne sont en réalité que des hypothèses dont la vérification expérimentale n'a jamais pu être fournie. A mesure que progressent les connaissances dans ce chapitre de la science médicale, on doit reconnaître que ces conceptions ne permettent plus de concevoir des mécanismes physiologiques et pathogéniques cohérents. Le fait est d'autant plus surprenant que l'hormone thyroïdienne s'inscrit parmi les premières sécrétions internes de nature protidique dont la structure chimique ait été bien connue. Il suffit de rappeler, pour se convaincre de l'obscurité dont reste entourée l'action physiologique de l'hormone thyroïdienne, qu'aucune conclusion nette ne s'est dégagée jusqu'ici des tentatives, cependant nombreuses, de vérification d'une action périphérique, directe ou spécifique, de cette hormone sur les oxydations cellulaires.

Le développement des connaissances concernant l'hypophyse antérieure n'a fait que jeter plus de confusion dans le domaine de ces idées courantes, dites « classiques ».

J. Mahaux, frappé du manque de cohésion de ces données classiques, a repris cette étude à sa base en écartant les conceptions qui paraissent devenir de plus en plus stérilisantes. Il présente dans cet essai la synthèse des observations cliniques et expérimentales qui l'ont amené à renoncer aux interprétations classiques orthodoxes. Son livre, s'il peut heurter ce que la force de la tradition a fixé dans les esprits, est cependant l'aboutissement de longues recherches, cliniques et expérimentales, poursuivies pendant plus de dix ans.

#### DIVISIONS DE L'OUVRAGE

*Introduction* — Historique et notions acquises. Objet de notre étude.

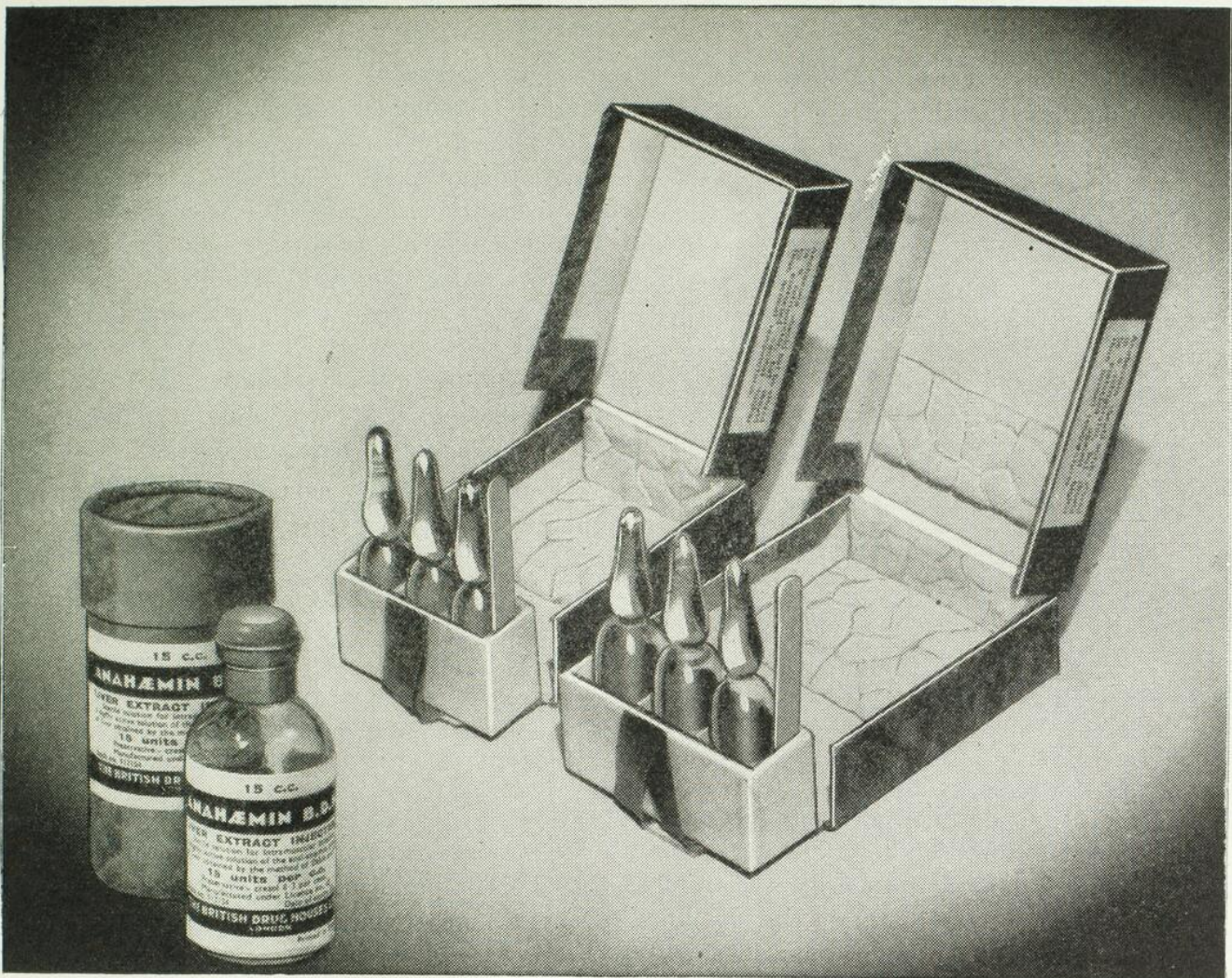
*Etudes expérimentales* — Action de la thyroestimuline chez l'animal. — *Etudes cliniques* — Maladie de Simmonds et thyroxinorésistance par insuffisance hypophysaire. Les signes pituito-dencéphaliques de l'insuffisance thyroïdienne. Les signes pituito-dencéphaliques de l'aciomégalie; de l'hyperthyroïdie chronique. — *Les crises hypothyroxinémiques aiguës des hyperthyroïdiens* — La thyroïde du sujet normal au cours des infections, des traumatismes et des émotions. Les crises aiguës médicales des basedowiens. Les crises aiguës chirurgicales des hyperthyroïdiens. Observations et hypothèses concernant l'éventualité de manifestations hypothyroxinémiques aiguës chez des sujets non hyperthyroïdiens. Le traitement des hyperthyroïdies par les sulfo-dérivés organiques thyroïdiques. L'exophtalmie maligne des hyperthyroïdies réduites. Influence des variations de l'imprégnation œstrinique sur le métabolisme basal et l'activité thyroïdienne. Les mécanismes thyroéorégulateurs. Pathogénie des hyperthyroïdies chroniques. — Conclusions générales.

P. PETAT et G. BLANCHON. — **Principes élémentaires de gymnastique corrective et de réadaptation aux activités physiques.** Guide de l'instituteur et du moniteur pour l'enseignement de l'éducation physique aux groupes d'enfants déficients en milieu scolaire, et memento du professeur d'éducation physique. Deuxième édition. Un volume de 212 pages, avec 155 figures. — Amédée Legrand & Cie, édit., Paris, 1947.

Les ouvrages qui traitent de la gymnastique de maintien sont généralement excellents, mais ne sont pas, à proprement parler, des « Manuels scolaires ».

C'est pour combler cette lacune que furent écrits *Les principes élémentaires de gymnastique corrective et de réadaptation aux activités physiques*.

La première édition, rapidement épuisée, il apparut nécessaire, tout en conservant à l'ouvrage les caractères pratiques qui le distinguent, de l'étoffer d'exercices plus nombreux et de chapitres nouveaux permettant aux maîtres une vue plus étendue du problème.



## “ LE SUPER-CONCENTRÉ ”...

Possédant néanmoins toutes les propriétés érythroïétiques 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

Entièrement revue, corrigée et augmentée, cette deuxième édition met entre les mains des instituteurs, moniteurs et professeurs, un outil de travail sûr dont les enseignements, puisés aux meilleures sources et pétris au creuset de la pratique, rendront les services les plus grands à tous les éducateurs pour qui l'éducation physique n'est pas un vain mot.

*Table des matières*

Première partie: *L'enfant déficient.*

Deuxième partie: *Technique et pédagogie de la gymnastique préventive et corrective.*

Troisième partie: *L'exercice naturel chez les enfants déficients.*

Alex ALTER. — **La condition du corps humain ou psychologie de la culture physique.** — Amédée Legrand & Cie, éditeurs, Paris, 1947.

La doctrine de la condition du corps humain, c'est-à-dire l'équilibre du corps projeté un rayon de lumière jusque dans le tréfonds de notre vie où se révélera un champ illimité de possibilités et de notions nouvelles.

Cette œuvre démontre clairement que l'homme, dès son enfance, doit acquérir une technique corporelle spécifique: par cet art il pourra façonner lui-même sa forme physique et, en conséquence, plus ou moins son caractère.

Cette technique permettra à l'individu de prévenir et de corriger les conséquences dues à sa participation à la civilisation et, par suite, de traverser la vie en se jouant.

L'ouvrage décrit aussi la naissance, l'existence (Da-Sein) d'un homme-type nouveau, l'identité des équilibres du corps et de l'âme, le langage visible, l'importance de la solution du problème de l'éducation du pied et de la gymnastique préventive.

Il fait voir également la puissante influence tantôt bienfaisante, tantôt malfaisante du mouvement mécanique extérieur sur les états biologique et psychologique: de la coopéra-

tion harmonieuse de ces facteurs dépend l'unité (l'ensemble) indivisible de l'homme.

On verra qu'il est une erreur d'imposer le sport comme moyen d'éducation physique.

Un bon musicien peut jouer piano et pianissimo; mais le sport connaît seulement le mouvement forte et fortissimo, bien que l'organisme humain est l'instrument le plus délicat.

L'équilibre, c'est la condition de la santé, de la beauté, de la vie pratique, du sport, de la danse, etc.

Equilibrer c'est éduquer, corriger, former, libérer, affiner, c'est prévenir, guérir et ainsi améliorer la race.

*Car la vie est mouvement et le mouvement est la vie.*

Ebba CHAMPETIER DE RIBES. — **Le mouvement, source de santé du corps et de l'esprit.** — Amédée Legrand & Cie, édit., Paris, 1947.

Cet ouvrage répond à une attente, au moment où le problème de la santé physique et morale de la jeunesse devient d'une urgence vitale.

Il apporte des idées directrices susceptibles d'aider dans leur tâche tous ceux qui ont une responsabilité dans la formation des jeunes: *éducateurs, médecins, parents.* Il présente une méthode préventive et correctrice édictée sur les données de la biologie, les enseignements de la psychologie et spécialement adaptée au besoin des jeunes.

De nombreuses photographies et des dessins illustrent ce livre où la recherche de la santé va de pair avec celle de la beauté et de l'intelligence.

Léon VANNIER. — **Les tuberculiques et leur traitement homéopathique — étude clinique et thérapeutique.** Un volume de 460 pages. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1947.

Dans un ouvrage documenté et enrichi de nombreuses observations, l'auteur étudie les

L'ONGUENT ANESTHÉSIQUE

**NUPERCAINAL\***

Onguent de dibucaine "Ciba"

A DE MULTIPLES USAGES

Nupercainal est un onguent contenant 1% de Nupercaine. Son action anesthésique de surface, plus intense et plus prolongée, permet de l'employer avec avantage comme pansement dans:

COUPS DE SOLEIL — BRÛLURES  
PIQUES D'INSECTES  
HERBE À LA PUCE  
HÉMORROIDES — FISSURES ANALES  
ULCÈRES DU DECUBITUS  
DERMATITES RADIOLOGIQUES  
CREVASSES DU MAMELON

Présentation: Tube de 1 once et pot de 1 lb.

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE  
MONTREAL



\*Nom déposé

maladies qui étaient autrefois considérées comme des « prédisposés », mais qui, en réalité, étaient déjà des porteurs de toxines tuberculiques. La toxine précède le microbe, affirme Léon Vannier qui nous présente une étude clinique très précise des tuberculiques. L'exposé de leur thérapeutique comprend deux parties: l'une *homœopathique*, indiquant d'une façon détaillée les remèdes utiles (remèdes de fond, remèdes de drainage, remèdes d'états aigus); l'autre, *isothérapique*, présentant les indications des tuberculines diluées: sérum de Marmoreck, immum Rösper de Spengler, bouillon filtré de Denys, T. K. et T. R. de Koch. Les rapports qui unissent les toxines diluées et les remèdes homœopathiques sont longuement étudiés et précisés.

Le tuberculique est un *prédisposé* qui doit être *reconnu, traité et immunisé*. La guérison des tuberculiques entraîne fatalement la disparition de la tuberculose. Aussi le travail de Léon Vannier pourrait-il s'intituler: *Pour ne pas devenir tuberculeux*.

F. DUMAREST. — **La vie hygiénique du tuberculeux**. 2e édition revue et corrigée. Un volume de 146 pages. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1947.

Ce petit livre n'est pas, comme pourraient le faire supposer son format et son titre, un catéchisme élémentaire à l'usage des malades. Le médecin qui lui fera l'honneur de le parcourir pourra en juger.

Au malade, il apporte, avec les conseils qui lui permettront d'organiser rationnellement sa cure, les directives qui s'appliquent à son existence tout entière, individuelle, familiale et sociale.

Durant toute sa vie, en effet, il lui faudra concilier les exigences de tous ordres qu'elle impose, profession, résidence, famille, avec celles d'un état de santé qu'il est toujours prudent de ne pas considérer comme borné à un épisode passager. Le tuberculeux a besoin, non seulement d'être aidé, mais encore d'être protégé contre les illusions et les erreurs

qui sont peut-être pour le malade chronique le danger le plus redoutable.

Au médecin, il offre quelques idées générales empreintes d'un éclectisme ennemi des systèmes et ami du bon sens, et qui résument l'expérience d'une longue carrière mise tout entière au service des tuberculeux.

Une COMMISSION de la Société de Pédiatrie: R. Fabre, H. Grenet, J. Hallé, Ed. Lesné, L. Ribadeau-Dumas, L. Tixier, R. Turpin; rédigé par L. TURPIN. — **Mémento de posologie et de thérapeutique infantiles**. Un volume de 160 pages. — G. Doin & Cie et Masson & Cie, édit., Paris, 1947.

La thérapeutique est l'art de mettre au service de ceux qui réclament ses soins les méthodes de prophylaxie et de traitement qui dérivent de découvertes médicales. Ces découvertes, qui se succèdent à un rythme de plus en plus rapide, supportent l'épreuve du temps avec une fortune inégale. Certaines en sortent grandies, d'autres remaniées ou approfondies; beaucoup perdent rapidement une renommée passagère.

Pour guider le médecin dans une pratique de plus en plus nuancée, pour l'aider à se familiariser avec des méthodes modernes, sans oublier les méthodes anciennes, sélectionnées par l'usage, une commission choisie par la Société de Pédiatrie de Paris a composé ce Mémento de Posologie et de Thérapeutique infantiles.

Un premier chapitre présente sous forme de tableaux les doses usuelles limites des médicaments utilisés par le pédiatre. Les doses maximum sont indiquées quand il y a lieu ainsi que le mode d'emploi. Elles correspondent aux doses qui figureront au tableau de Posologie infantile qui prendra place dans la prochaine édition du Codex. Deux périodes d'âge sont considérées, de 0 à 30 mois, de 30 mois à 15 ans.

Ce formulaire général est complété par un formulaire ophtalmologique, oto-rhino-laryngologique et dermatologique.

sous forme liquide

nouvelle préparation sulfamidée

pour la | diarrhée estivale  
diarrhée des nouveaux-nés

# CREMOSUXIDINE

suspension de sulfasuxidine\* avec pectine et kaolin

SHARP  
& DOHME

La mortalité chez les nouveaux-nés a accusé une tendance persistante à remonter,<sup>1</sup> ce qui peut "être attribué en grande partie au fait que la diarrhée épidémique est si répandue chez les nouveaux-nés."<sup>2</sup> L'encombrement des pouponnières des hôpitaux et le manque de personnel sont des facteurs contributifs importants, et tant que persisteront ces conditions résultant de la guerre, il y a lieu d'insister tout particulièrement sur l'importance d'isoler les petits malades et de les traiter promptement.

La CREMOSUXIDINE, un nouveau produit d'une grande efficacité et d'un goût agréable, mis au point par Sharp & Dohme, aide à enrayer la

diarrhée, quelle qu'en soit la cause. La CREMOSUXIDINE est une suspension de succinylsulfathiazol (10 pour cent), pectine (1 pour cent) et kaolin (10 pour cent), aromatisée au chocolat et à la menthe, qui agit promptement pour donner de la consistance aux selles, éliminer les produits de putréfaction, réduire l'inflammation par son action adoucissante et enrayer l'infection bactérienne.

*Posologie:* Adultes—2 à 3 cuillerées à soupe 4 fois par jour. Enfants et bébés—réduire la dose proportionnellement. La CREMOSUXIDINE se vend en flacons de 16 onces.

Sharp & Dohme (Canada), Ltd., Toronto 5, Ontario.

\*Nom déposé de Sharp & Dohme

1. Frant, S., and Abrahamson, H.: *Brennemann's Practice of Pediatrics*, 1:28; 22, 1945.  
2. Blattner, R. J.: *J. Pediatrics*, 32:220, February, 1948.

## CREMOSUXIDINE

Un autre chapitre concerne l'hydro-climatologie, un autre la physiothérapie. Enfin, le traitement d'urgence des intoxications achève cet exposé dont le but est d'aider le médecin dans sa pratique de chaque jour.

Dans l'esprit de ceux qui le composèrent, ce livre n'est que le premier exemplaire d'une publication qui devra, grâce à des refontes périodiques, suivre l'évolution d'une des branches les plus vivantes de la médecine.

Robert DEBRÉ. — **Polycories.** Un volume de 126 pages, avec 27 figures. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1947.

Cette monographie contient une description clinique complète de la polycorie hépatique glycogénique et de la polycorie lipidique que l'auteur a décrite avec Semelaigne. Les différentes épreuves de laboratoire sont exposées avec détails, ainsi que l'évolution, encore mal connue de la maladie. A propos de la physiopathologie, toutes les hypothèses sont envisagées et l'auteur conclut en faveur du rôle d'une insuffisance hypophysaire portant sur l'hormone glycogénotrope, comme l'a démontré sa collaboratrice, Mme Lamotte-Barrillon. A cet exposé sont jointes les études complètes sur les différentes polycories du cœur, des muscles, etc..., sur la polycorie des enfants diabétiques et sur le problème des vomissements cycliques. Des indications thérapeutiques et une bibliographie complète et raisonnée terminent cette monographie.

Pierre RIJLANT. — **Éléments de physiologie psychologique.** Un volume de 218 pages, avec 60 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1947.

L'appréciation objective du travail mental ou de l'activité psychique d'un homme ou d'un animal doit actuellement être basée sur une connaissance aussi précise que possible des caractéristiques structurelles et fonctionnelles de l'être vivant, et en particulier de son système nerveux et de ses organes senso-

riels, ou d'exploration des mondes intérieur et extérieur. L'esprit n'est en somme que l'un des aspects de l'activité de la matière vivante. Telle est l'idée qui commande les recherches actuelles de la physiologie.

Le physiologiste en effet, utilise de plus en plus l'hypothèse d'un déterminisme absolu, analogue à celui qui régit le monde inanimé, pour tenter de définir le comportement psychique. Il recherche dans les propriétés élémentaires des substances constituant l'être vivant, et dans l'interaction de celles-ci, toutes les possibilités qui donneront au fait physiologique et psychologique sa réalité, après leur interférence avec les propriétés actuelles ou passées du monde extérieur.

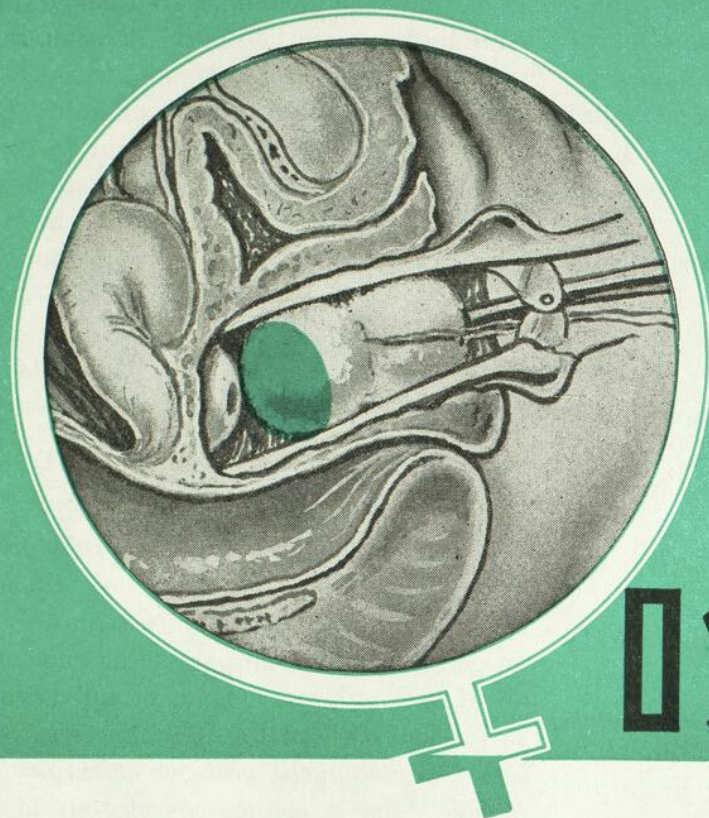
L'auteur évoque dans cet ouvrage quelques données physiologiques essentielles qui sont la base et le substrat des caractéristiques psychologiques de l'être vivant.

#### DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Introduction. L'être vivant. L'irritabilité. Le système nerveux. Le réflexe nerveux. Le réflexe nociceptif de flexion. Le réflexe myotatique d'extension. Les réflexes spinaux. Les réflexes dépendant du prolongement intracrânien de la moelle. La conduction sensible et motrice dans la moelle et ses prolongements crâniens. Le thalamus. Les corps striés. Les formations sous-thalamiques. L'hypothalamus. L'hypophyse. Le cortex cérébral. La projection sensorielle. Les localisations motrices. Le cortex prémoteur. Le cervelet. La sensibilité et la motricité autonomes au niveau du cortex. L'arc réflexe cortical. Le réflexe conditionnel: type Pavlov, chez l'homme. La conscience. La transformation de la modification du monde extérieur en une activité corticale. La localisation de la conscience. L'activité spontanée du cortex. L'électroencéphalogramme et l'électro-cortico-gramme. La liberté. Les bases physiologiques de l'instinct. Conclusions générales.

Robert DEBRÉ. — **Le syndrome de diabète rénal avec rachitisme ostéomalacique incurable et troubles du développement chez l'enfant.** Un volume de 66 pages, avec figures. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1947.

« Le syndrome du diabète rénal avec rachitisme ostéomalacique incurable et troubles du



TRAITEMENT  
NOUVEAU et MODERNE  
DE LA  
**CERVICITE**  
PAR  
**OSMOPAK**

L'on connaît depuis longtemps l'efficacité du Sulfate de magnésie dans le traditionnel paquet humide (solution concentrée de sulfate de magnésie dans un mélange de glycérine et d'alcool).

OSMOPAK est une pâte molle constituée de 58% de sulfate de magnésie et de 1/2% de benzoïne, laquelle contient à son tour le sulfate de tétra-éthyl-diamino-triphényl-méthane (vert brillant), le tout incorporé dans une base hydro-soluble. L'on en a corrigé le pH de façon à ce qu'il se maintienne entre 4 et 5.

**LA TECHNIQUE DE CE TRAITEMENT EST SIMPLE**

On pratique un soigneux examen bimanuel, on introduit le spéculum et on nettoie le col.

Déposer environ une demie once d'Osmopak sur un morceau d'ouate de 3 pouces par 6 que l'on roule serré et que l'on attache au milieu par une ficelle de façon à ce qu'il ait une longueur de 3 pouces.

A l'aide d'une pince à pansement utérin, introduire le tampon à l'intérieur du spéculum et le placer sur le col.

La ficelle doit sortir d'un pouce à l'orifice de la vulve.

On conseille à la patiente de retirer le tampon par simple traction sur la ficelle, au bout de 24 heures au minimum et de 48 heures au maximum, ou en moyenne au bout de 36 heures.

**RÉSUMÉ**

L'expérience a montré que le traitement à l'OSMOPAK était particulièrement recommandable pour les patientes enceintes ou très nerveuses et sensibles chez qui la cautérisation ou des mesures plus radicales sont contre-indiquées.

- 1 — OSMOPAK est efficace dans le traitement des cervicites banales.
- 2 — Il est un adjuvant utile de la cautérisation du col.
- 3 — Il est d'emploi facile.
- 4 — C'est un mode de traitement peu coûteux.
- 5 — Il ne cause aucune gêne à la patiente.
- 6 — Il n'entraîne aucune réaction douloureuse ou irritante.

**PRÉSENTATION** en pots d'une livre et quart pour emploi au bureau.

Échantillon médical et documentation sur demande

IRWIN NEISLER & CO.—DECATUR, ILLINOIS

Représentants exclusifs au Canada

**HERDT & CHARTON, INC.**

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, avenue du Collège McGill, Montréal



développement chez l'enfant » connue également sous le nom de *Syndrome de Toni-Debré-Fanconi* fait l'objet de la présente monographie. Celle-ci nous apporte un exposé complet, clinique et biologique, de ce syndrome nouvellement découvert, dont les liens avec la cystinose sont discutés. A propos de la physiopathologie l'auteur montre quels aperçus de pathologie générale peut découvrir le biologiste qui s'intéresse à ces problèmes.

Jean HUGUET. — **La radiothérapie anti-inflammatoire.** Un volume de 200 pages, avec figures. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1947.

C'est le fruit de près de huit ans de travaux que l'auteur apporte.

Frappé par la fortune si variable de la roentgenthérapie anti-inflammatoire suivant les époques, et par la diversité considérable des méthodes d'application des différents auteurs, il a essayé de se rendre compte par lui-même.

Après un bref historique, il étudie systématiquement, dans une première partie, appareil par appareil, les résultats de la roentgenthérapie anti-inflammatoire d'après les différents auteurs.

Les deuxième, troisième et quatrième parties forment une œuvre entièrement originale basée sur 390 cas personnels de radiothérapie anti-inflammatoire, dont 250 de furoncles et anthrax. Pour ceux-ci, l'auteur, dans une étude approfondie, examine tour à tour les résultats obtenus, la posologie, le mode d'action clinique. Il passe ensuite aux autres cas d'inflammation qu'il a traités par les rayons : panaris, adénites, abcès et inflammations d'autres organes ou tissus. Il en apporte les observations, en fait la critique et, dans chaque cas, expose la conduite pratique qu'il préconise.

Dans la dernière partie, l'auteur essaie de préciser le mode d'action de la radiothérapie anti-inflammatoire.

Le livre se termine par une vue générale

de la question, donnant en quelques pages synthétiques tout l'essentiel de l'œuvre.

Au lieu des notions vagues, fragmentaires, incoordonnées, souvent contradictoires que la plupart des médecins avaient sur le sujet, le livre apporte non seulement aux radiologistes, mais à tous les praticiens une base solide. « Il fixe pour plusieurs années l'état de la question. » (G. Duhamel).

Jean QUÉNU, directeur. — **Nouvelle pratique chirurgicale illustrée** — Fascicule I — Un volume de 276 pages, avec 239 figures, dessinées d'après nature, par S. Dupret. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1947.

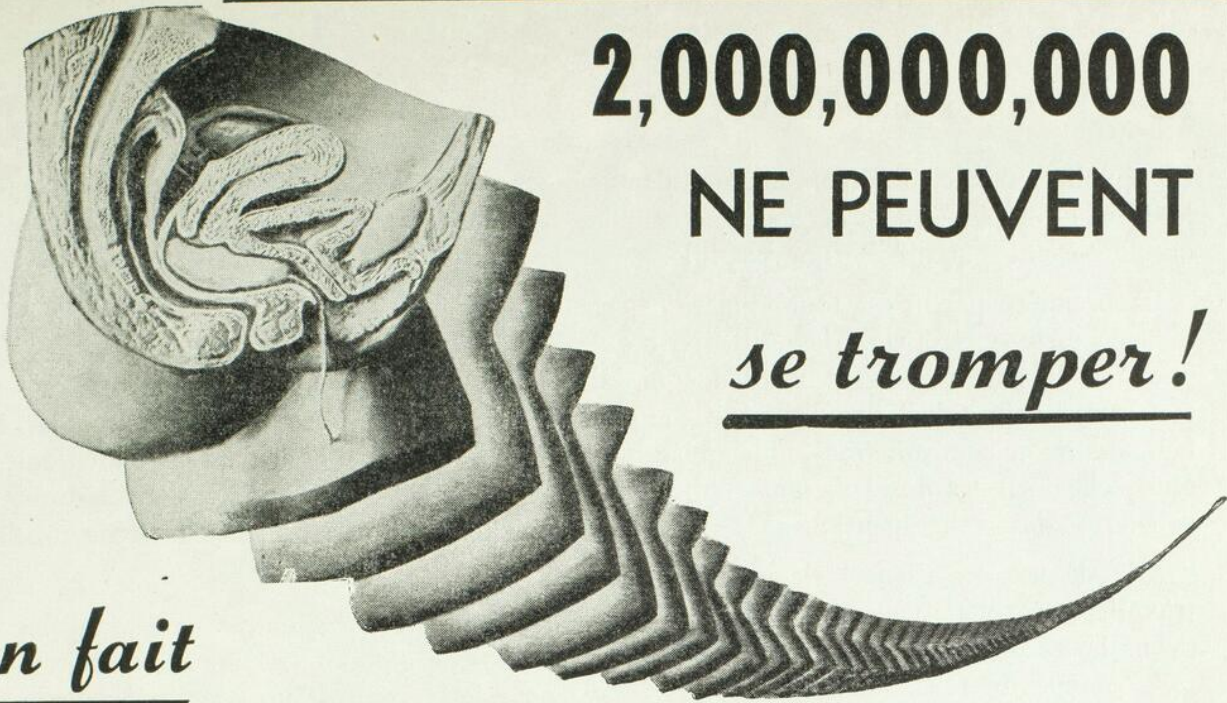
*La nouvelle pratique chirurgicale illustrée*, dirigée par le professeur Quénu, fait suite à la *Pratique chirurgicale illustrée* qui a été dirigée successivement par Victor Pauchet, Th. de Martel et Jean Quénu, et qui a compris 25 fascicules (dont les 21 premiers sont épuisés). Cette *Nouvelle pratique chirurgicale* sera rédigée dans le même sens et sous la même forme que l'ancienne.

#### Sommaire du Fascicule I

*Amputation abdomino-périnéale du rectum, pour cancer* (J. Quénu). — *Radiothérapie du cancer du col utérin* (J. Pierquin et G. Richard). — *Hystéropexie isthmique et appendicectomie* (J. Quénu). — *La voie d'abord vagino-périnéale dans la cure opératoire des fistules vésico-vaginales haut situées* (R. Couvelaire). — *Traitement des pseudarthroses de la diaphyse humérale* (R. Merle d'Aubigné). — *Résection arthroplastique de la hanche pour coxarthrie* (Paul Mathieu). — *Ostéotomie intertrochantérienne pour pseudarthrose du col du fémur* (R. Merle d'Aubigné).

Ch. GUILBERT. — **Technique d'irradiation de tumeurs malignes — Roentgenthérapie, curiethérapie.** Un volume de 300 pages, avec 45 figures. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1947.

Dans ce travail, nous nous sommes efforcés de confronter toutes les techniques d'irradia-



**2,000,000,000**

**NE PEUVENT**

***se tromper!***

***en fait***

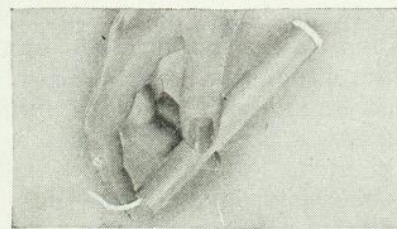
**26,280 ONT DÉMONTRÉ LA VALEUR DE TAMPAX!**

Deux milliards — tel est le nombre de tampons TAMPAX qui ont été achetés durant les quatorze dernières années. On pourrait aisément se contenter d'un chiffre aussi astronomique pour établir l'immense faveur dont jouit le produit auprès des patientes. Mais on a tenu à se livrer à une étude rigoureuse portant sur 2,000 cas, pendant une année entière (durant laquelle 36 femmes se sont servies du TAMPAX deux fois par jour, pendant toute l'année, ce qui fait un total de 26,280 insertions) pour confirmer pleinement la sécurité et le confort assurés par TAMPAX.

Tout au long de ce projet extraordinaire, des observations détaillées et continues ont été recueillies, notamment des biopsies vaginales, des déterminations du pH et du taux de glycogène, des études bactériologiques, des auscultations générales et de la région pelvienne. Ces observations ont permis de démontrer sans conteste possible que les tampons TAMPAX n'irritent pas la muqueuse vaginale, n'enrayent pas le flux menstruel — et ne causent ni érosion ni vaginite. On a pu, accessoirement, déterminer que les TAMPAX améliorent le psychisme de la femme à l'égard de la menstruation et éliminent l'odeur qu'elle peut occasionner.

Ces constatations probantes, corroborées par celles de nombreuses autorités<sup>2, 3, 4, 5, 6, 7</sup> ne laissent plus le moindre doute sur la protection interne réalisée par TAMPAX, au bénéfice du confort et de la liberté de mouvement de la femme menstruée.

- Bibliographie:**
1. West. J. Surg., Obst. & Gyn., 51: 150, 1943
  2. J. A. M. A., 128: 490, 1945.
  3. Am. J. Obst. & Gynec., 48: 510, 1944.
  4. Am. J. Obst. & Gynec., 46: 259, 1943.
  5. Med. Rec., 155: 316, 1942.
  6. Med. Rec. & Ann., 35: 851, 1941.
  7. Clin. Med. & Surg., 46: 327, 1939.



La protection menstruelle interne de choix

TAMPAX

**TROIS DEGRÉS D'ABSORPTION**

*"Régulier", "Super" et "Junior"*

**CANADIAN TAMPAX CORPORATION LIMITED,  
BRAMPTON, ONTARIO.**

- Veuillez envoyer des échantillons et notices descriptives, y compris les observations cliniques mentionnées ci-dessus.
- Le prix de TAMPAX aux médecins.

Nom.....

Adresse.....

Ville..... Prov..... P8-20

PUBLICITE ACCEPTEE PAR "THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION"

tion publiées par les différents auteurs, depuis le début du siècle, et d'en dégager une technique aussi claire et précise que possible.

La première partie est toute théorique, et le spécialiste y trouvera les directives qui pourront le guider dans la méthode qui lui sera personnelle, ainsi que l'explication d'un bon nombre de contradictions, plus apparentes que réelles, sur les doses maxima d'incidence et sur les doses thérapeutiques.

Afin de ne pas allonger démesurément ce travail, que nous avons voulu concis, nous avons laissé de côté la description des appareils connus de tous, ainsi que les données physiques, supposées connues du thérapeute.

Dans la partie clinique, nous avons laissé de côté, pour être brefs et plus précis, toutes les questions d'anatomie pathologique et le diagnostic différentiel, qui ne sont pas indispensables à l'explication du mode d'application.

Nous nous sommes trouvés devant une bibliographie monstrueuse, que nous avons réduite aux auteurs cités. Elle était obligatoire pour les références.

Notre but a été de tracer une voie dans le dédale des publications sur la thérapeutique physique des tumeurs malignes.

H. GODARD et R. MICHEL-BECHET. — **Nouvelles techniques de traitement des fractures. Méthodes orthopédiques, réduction dans les cadres de traction, synthèses à minima: brochages, enclouages.** Préface du professeur Leveuf. Un volume de 406 pages, avec 206 figures dans le texte et une planche en couleurs hors-texte. — G. Doin & Cie, édit., Paris, 1947.

Depuis une vingtaine d'années la chirurgie des fractures a fait d'énormes progrès. « La nouvelle technique de traitement des fractures » vient à son heure pour en exposer l'évolution.

Les auteurs étudient dans d'importants chapitres une vue générale des brochages et

des enclouages et de leur réaction biologique vis-à-vis du tissu osseux. Incidemment ils exposent leurs idées sur la formation, l'évolution du cal de fracture et les possibilités nouvellement acquises de faire de l'os.

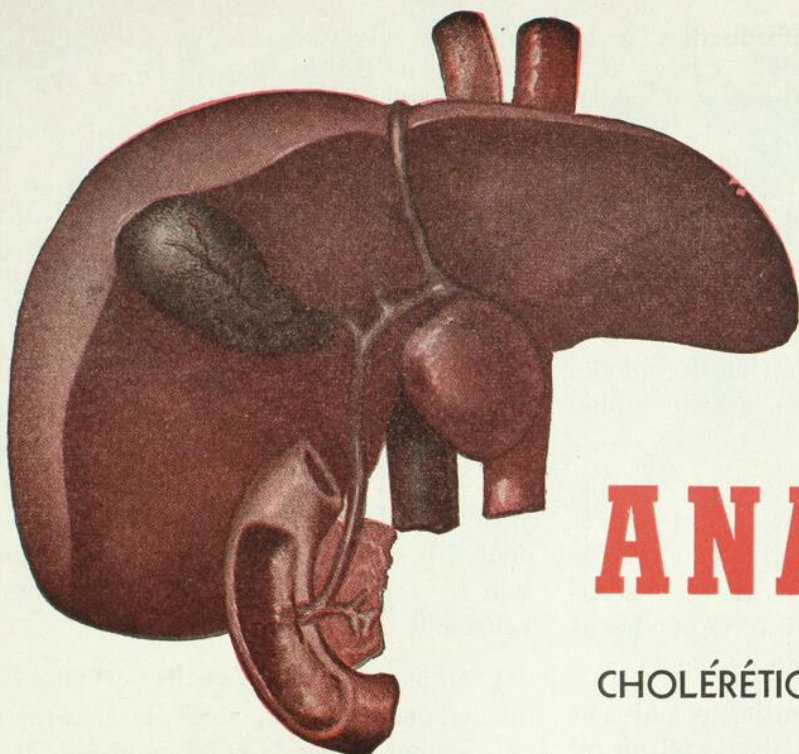
Puis la technique proprement dite est envisagée; des chapitres originaux sur les brochages de la clavicule, de l'humérus, de l'épitrôchlée, des os de l'avant-bras, du scaphoïde, etc..., forment les éléments de la première partie.

On trouvera également un exposé des méthodes de réduction orthopédique notamment pour les fractures supra-condyliennes si bien mise au point par le professeur Leveuf.

Viennent ensuite des chapitres originaux sur le traitement de certaines fractures du bassin, des fractures du col. Pour ces dernières, les auteurs décrivent une technique nouvelle d'enclouage ou de vissage (repérage à la grille, guide-broche, vis hélicoïdale, etc.) dont ils ont obtenu de bons résultats.

Les fractures de cuisse constituent un vaste chapitre, le procédé de réduction et d'immobilisation plâtrée en flexion de ces fractures y est étudié en détails et les auteurs insistent sur les nombreuses incidences qui peuvent se présenter sans négliger toutefois la méthode si séduisante de l'enclouage médullaire. Toutes les possibilités de traitement des fractures de jambe par les synthèses à minima sont ensuite passées en revue, par contre, le traitement des fractures du calcaneum est condensé en quelques pages de traitement presque purement orthopédique. Pour terminer, les fractures du zygoma, les fractures du maxillaire inférieur et leur traitement par des modalités variées de brochage sont minutieusement décrites par un spécialiste de ces questions.

Cet ouvrage brillamment illustré marquera une étape importante dans la thérapeutique orthopédique et chirurgicale « à minima » des fractures des membres.



# ANABILE

CHOLÉRÉTIQUE—CHOLAGOGUE

L'ANABILE est présenté sous forme de "tabule" titrée à 5 grains de bile de boeuf fraîche desséchée, contenant les acides biliaires associés et d'autres éléments naturels de la bile.

Chaque "tabule" d'Anabile équivaut à environ 4 cc. de bile de boeuf fraîche.

## INDICATIONS

- Stase biliaire de toute origine (sauf les cas qui nécessitent une intervention chirurgicale).
- Hyposécrétion hépatique (cirrhose, inflammation des voies biliaires, congestion passive chronique).
- Cholécystite, pourvu qu'il n'y ait aucune obstruction sérieuse.
- Absence ou insuffisance de motricité intestinale, provenant d'une sécrétion biliaire insuffisante ou l'accompagnant.
- Carence de vitamines lipo-solubles, associés à l'hyposécrétion ou qui en résulte.
- Etats cardiaques relevant d'une maladie du système biliaire (maladie de Banti, cirrhose accompagnée d'ascite).

## POSOLOGIE

A doses thérapeutiques ordinaires, les acides biliaires naturels associés tels qu'ils se trouvent dans l'ANABILE, ne sont pas toxiques.

L'ANABILE peut être pris à raison de 5 ou 10 grains trois ou quatre fois par jour, après les repas ou pendant les repas, selon les besoins individuels. Le régime alimentaire doit être pauvre en graisse.

**ECHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE**

---

IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

## HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL — MONTRÉAL

Simon BRONFMAN. — **Introduction à la ventriculographie cérébrale.** Un volume de 108 pages, avec 83 figures. — Masson et Cie, édit., Paris.

Les progrès réalisés par la neurochirurgie au cours des vingt-cinq dernières années sont en grande partie dus au perfectionnement des méthodes d'investigation: radiologie normale et pathologique du crâne sans préparation, pneumoencéphalographie, injection de lipiodol dans le système ventriculaire, artériographie cérébrale.

Ces méthodes d'exploration ont permis d'améliorer fortement le pronostic et les résultats opératoires. Il a été possible, grâce aux succès obtenus, de vaincre la prévention et le scepticisme réservés à la neurochirurgie par beaucoup de médecins et même de neurologues.

Il faut dès lors que les praticiens puissent comprendre les raisons du choix de tel ou tel procédé de diagnostic employé, les avantages qu'il présente et les risques qu'il comporte.

Cet ouvrage permettra aux étudiants et aux praticiens qui n'ont pas le loisir de consulter de gros traités, d'apprendre en peu de temps ce qu'est la ventriculographie, ce qu'on peut lui demander dans le diagnostic neurologique, quand il faut la pratiquer et aussi et surtout par quelle voie il faut la faire ou ne pas la faire.

#### *Divisions de l'ouvrage*

##### *Partie générale.*

Anatomie des ventricules et des espaces sous-arachnoïdiens. Les ventricules. Espaces sous-arachnoïdiens. Physiologie du liquide céphalo-rachidien. Pathologie des ventricules et espaces sous-arachnoïdiens. Hydrocéphalie. Œdème cérébral. Notions de radiologie du crâne sans préparation et après injection d'air. Généralités. Technique radiologique. Technique de la ventriculographie. Généralités. Diverses méthodes de ventriculographie. L'emploi du lipiodol en injection intraventriculaire. Radiodiagnostic des tumeurs du cerveau en dehors de la ventriculographie.

##### *Partie spéciale.*

La ventriculographie dans les tumeurs cérébrales. Tumeurs sus-tentorielles. Tumeurs sous-tentorielles. Les déformations du système ventriculaire en dehors des tumeurs du cerveau. Groupes des pseudo-tumeurs. Groupes des déformations cicatricielles. Groupes des

papilles de stase sans signe localisateur. Effets thérapeutiques de l'insufflation.

Bibliographie.

M. AUDIER. — **Guide du stagiaire en médecine.** Préface du prof. Pasteur Valléry-Radot. Un volume de 190 pages, avec figures. — G. Doin & Cie, édit., Paris.

Ainsi que le souligne le professeur Pasteur Valléry-Radot dans sa préface, le jeune stagiaire qui pénètre pour la première fois dans les hôpitaux est désorienté. Un guide est utile qui lui indique comment il faut prendre une observation, quels sont les petits soins élémentaires dont il peut se charger, quelle est la signification des termes médicaux qu'on emploie journellement devant lui.

D'où le plan de ce petit livre: l'Observation du malade, les Petits soins, le Lexique médical, auquel il faut ajouter une liste de quelques chiffres indispensables à connaître.

Son originalité réside dans le fait qu'il est constamment à la portée du débutant; en particulier, il présente l'interrogatoire sous forme de questions à poser au malade. Grâce à son format réduit, il peut prendre place dans une poche et entre ainsi utilement à l'hôpital.

Le stagiaire en médecine assiste d'une part à des cours de séméiologie et d'autre part il est en contact immédiat et direct avec le malade; il nous a paru utile de lui donner un guide qui lui permette d'utiliser au lit du malade les notions de propédeutique qui lui sont dispensées, réalisant ainsi la liaison entre l'enseignement théorique et le début de la pratique médicale.

Dr Jean VANIER. — **Etudes Médico-chirurgicales de Gastro-entérologie Pratique.** — Maloin, édit., Paris, 1947.

Le médecin qui exerce en province et qui ne dispose, comme champ d'action, ni d'une école de médecine, ni d'un service hospitalier, doit renoncer à tout travail véritablement scientifique. Par contre, la pratique de la clientèle lui fait explorer toute une partie de

# CHOLIBILE

La CHOLIBILE est une association d'acide déhydrocholique (cholérétique), de cascara sagrada (laxatif) et de thiamine (important facteur de la nutrition).

## CHOLÉRÉTIQUE LAXATIF DÉSENSIBILISANT

La Cholibile trouve un vaste champ d'applications dans les diverses affections du foie et des voies biliaires (cholécystite, cholangite non lithiasique, jaunisse hépatique, insuffisance hépatique fonctionnelle, cirrhose et congestion chronique passive du foie).

La Cholibile est aussi efficace pour traiter maints troubles généraux du système gastro-intestinal (perte d'appétit, constipation, etc.). En outre, certaines manifestations allergiques (migraine et urticaire) à point de départ intestinal trouvent dans la Cholibile un soulagement fréquent.

Un autre élément d'intérêt de cette association est l'introduction de la thiamine. La vitamine B<sub>1</sub> constitue en effet un apport d'autant plus nécessaire que ce facteur essentiel de la nutrition est détruit en plus grande quantité dans les troubles gastro-intestinaux. De plus, la thiamine contribue à atténuer et à empêcher l'anorexie (perte d'appétit) d'origine alimentaire, surtout lorsqu'elle est la conséquence d'une intoxication alcoolique chronique.

### FORMULE:

Présentée sous forme de dragées, la Cholibile répond à la composition suivante:

CHOLIBILE	CHOLIBILE (Faible)
Acide Déhydrocholique . 0.25 gm.	Acide Déhydrocholique . 0.10 gm.
Cascara Sagrada . . . . . 0.05 gm.	Cascara Sagrada . . . . . 0.02 gm.
Thiamine HCl (Vit. B <sub>1</sub> ) . . . 5 mgm.	Thiamine HCl (Vit. B <sub>1</sub> ) . . . 2 mgm.
par dragée	par dragée

*Sig. 2 à 4 dragées par jour.*

*Sig. 2 à 6 dragées par jour.*

## LABORATOIRE BIO-CHEMIQUE INC.

178, Jean-Talon Est, MONTREAL, P. Q.

la pathologie qui lui a échappé au cours de ses études et lui montre souvent sous un autre aspect celle avec laquelle il s'était familiarisé. En outre, le grand nombre de cas observés au bout de quelques années, offre une compensation à ce que les investigations gardent de superficiel. Ajoutons enfin que la thérapeutique prend, dans l'existence d'un praticien, une importance toute particulière.

Ces diverses considérations ont incité l'auteur à rassembler ici les acquisitions de mes premières années de clientèle. Elles ne sont pas forcément originales: tant s'en faut. Il s'agit sans doute plus de mises au point ou d'apport de matériaux que de nouveautés. Chacun pourra y puiser des renseignements, voire des idées utiles.

Qu'on n'attende pas toujours des conclusions fermes. D'une part, les limites de la connaissance les interdisent souvent. D'autre part, cette connaissance elle-même s'oppose souvent à l'absolu. Pour permettre de saisir la pensée de l'auteur, il fait seulement allusion à ce qui sera dit au sujet des côlites et de leurs rapports avec l'appendicite ou les affections hépato-biliaires. Une enquête consciencieuse et exempte de parti pris force à admettre que la priorité est variable, et qu'on ne peut ériger en règle que tels troubles conditionnent les autres. L'éclectisme est ici, et fréquemment ailleurs, non pas une position de prudence mais l'aboutissant de l'expérience. Cela n'empêchera pas l'auteur, d'ailleurs, de conclure chaque fois qu'il sera en mesure de le faire.

Il a partagé son travail en deux parties, d'importance et de longueur inégales:

Dans la première se trouve exposé tout ce qu'il a pu rassembler d'intéressant au sujet des maladies qui comptent le plus dans une

clientèle gastro-entérologique: d'un côté, les affections organiques de l'estomac: ulcère gastro-duodéal et cancer. Il y ajoute quelques pages sur deux sujets que les circonstances lui ont permis d'aborder d'assez près: l'ulcère cancer, et l'extension aux gastrites de la gastrectomie; d'un autre côté, les entéro-côlites, en développant spécialement l'étude de leurs causes, de leurs rapports avec les autres affections et des problèmes de diagnostic qu'elles soulèvent.

La 2e partie, intitulée: « aperçus thérapeutiques » n'a pour ambition que de faire part de mes expériences dans le traitement des maladies digestives, et de fournir aux praticiens quelques données simples et précises dans un domaine rendu beaucoup trop touffu par la multiplication désordonnée des moyens mis à leur disposition, c'est-à-dire que l'auteur n'a pas cherché à être complet, mais seulement à donner des renseignements exacts et pratiques.

Ce travail ne s'étend, en principe que sur 8 ans (1933-1941), mais il a pu arriver à l'auteur durant son élaboration, de rencontrer un cas intéressant et de l'y incorporer, même s'il porte une date ultérieure. Un grand nombre de pages en étaient déjà écrites lorsque, dans la nuit du 5 au 6 septembre 1944, le feu, qui dévorait la ville du Havre, menaçait son cabinet. Il crut bien faire d'aller y chercher les documents auxquels il avait consacré tant d'heures: l'inspiration n'était pas heureuse, car il les perdit ultérieurement lors de déplacements successifs, alors que sa maison fut épargnée. Il dut tout recommencer. C'est ce nouveau travail qu'il livre à la publication. Il a profité de l'ancien, et ce contre temps a peut-être été un bienfait tant il est vrai qu'aucune œuvre n'est définitive, et qu'il faut toujours tout reprendre par la base.

*Plus qu'une simple "Substitution"*  
**DANS L'ANÉMIE HYPOCHROME**

Dans l'anémie hypochrome le besoin non seulement de fer mais aussi de vitamines est si considérable que les quantités requises de ces éléments ne peuvent être obtenues exclusivement des aliments.

L'Heptuna fournit un moyen commode d'obtenir du fer facilement utilisable et des doses adéquates de vitamines essentielles, tous nécessaires pour corriger rapidement l'anémie secondaire.

**SULFATE FERREUX**

« Dans de récentes études le sulfate ferreux s'est montré une des formes les plus efficaces de la ferrothérapie. »<sup>1</sup>

1. Barr, D. P.: *Modern Medical Therapy in General Practice*, Baltimore, Md. the Williams & Wilkins Company, 1940, vol. 3, pp. 2929-2930.

**VITAMINES A ET D**

L'anorexie, l'hypochlorhydrie et les troubles digestifs accompagnant souvent l'anémie hypochrome tendent à déclencher ou intensifier des déficiences alimentaires multiples. Il faut fournir les vitamines lipo-solubles aussi bien que les facteurs du complexe B.

**COMPLEXE B**

Les vitamines du Complexe B que contient l'Heptuna contribuent à améliorer l'appétit et le fonctionnement du tube digestif, rendant ainsi l'Heptuna plus facilement toléré même par un grand nombre de malades qui ne peuvent tolérer le fer seul.

**CHAQUE CAPSULE CONTIENT**

Sulfate Ferreux, U.S.P. .... 4.5 grains

Vitamine A (d'Huile de Foies de Poissons)  
 5,000 unités int.

Vitamine D (d'Huile de Foie de Thon) 500 unités int.

Vitamine B<sub>1</sub> (Chlorhydrate de Thiamine) ... 2 mg.

Riboflavine (Vitamine B<sub>2</sub>) ..... 2 mg.

Vitamine B<sub>6</sub> (Chlorhydrate de Pyridoxine) .. 0.1 mg.

Pantothénate de Calcium ..... 0.333 mg.

Niacinamide ..... 10 mg.

Avec d'autres facteurs du Complexe B provenant du foie et de la levure.



# Heptuna

un produit **ROERIG**

J. B. ROERIG AND COMPANY (CANADA) LIMITED • 256 Chilver Road • Windsor, Ontario

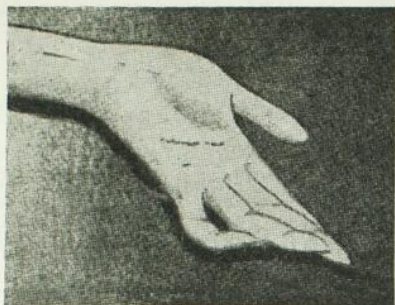
## LIVRES REÇUS

---

- Le fond d'œil des hypertendus et des cyanosés.** — Daniel Routier. Masson & Cie, édit., 120 boul. St-Germain, Paris.
- Etudes médico-chirurgicales de gastro-entérologie pratique.** — Docteur Jean Vanier. Librairie Maloine, Paris.
- Médecine légale judiciaire.** — Professeur C. Simonin. Librairie Maloine, Paris.
- Le traitement de la syphilis, en clientèle.** — Professeur Henri Gougerot. Librairie Maloine, 27, rue de l'École de Médecine, Paris.
- Nouveau précis de pathologie chirurgicale. Tome V — Pathologie de l'abdomen.** — P. Mallet-Guy, Jean Gosset, Alain Mouchet, J. Hepp. Masson & Cie, édit. Paris.
- Syphilis.** — Henri Mathias. Librairie Maloine, Paris.
- Phtisiologie du médecin praticien.** — M. Barriéty et G. Brouet. Masson & Cie, édit., Paris.
- Précis de technique opératoire.** — J. Gatellier et J.-C. Rudler. Masson & Cie, Paris.
- Anatomie artistique.** — Arnould Moreaux. Librairie Maloine, Paris.
- Microbiologie générale et technique microbiologique.** — Paul Hauduroy. Masson & Cie, Paris; Roth & Cie, Lausanne.
- Exposés annuels de biochimie médicale.** — Publié sous la direction de Michel Polonovski, par: Z. M. Bacq, A. Boivin, P. Boulanger, A. Delaunay, V. Desreux, M. Florkin, M. Frerejacque, A. Gadjos, M. Jayle, A. Lacassagne, A. Lespagnol, F. Leuthardt, M. Macheboeuf, Nguyen-Van Thoi, M. Polonovski, J. Roche, Ch. Sannié. Masson & Cie, édit., Paris.

**On est invité à consulter et se rendre compte de la valeur des ouvrages reçus, au Secrétariat de "L'Union Médicale du Canada", 326 est, boulevard Saint-Joseph, de 9 a.m. à 5 p.m.**

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — LA. 9888, afin qu'ils puissent recevoir l'« UNION MEDICALE DU CANADA » sans aucune interruption.



## 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.

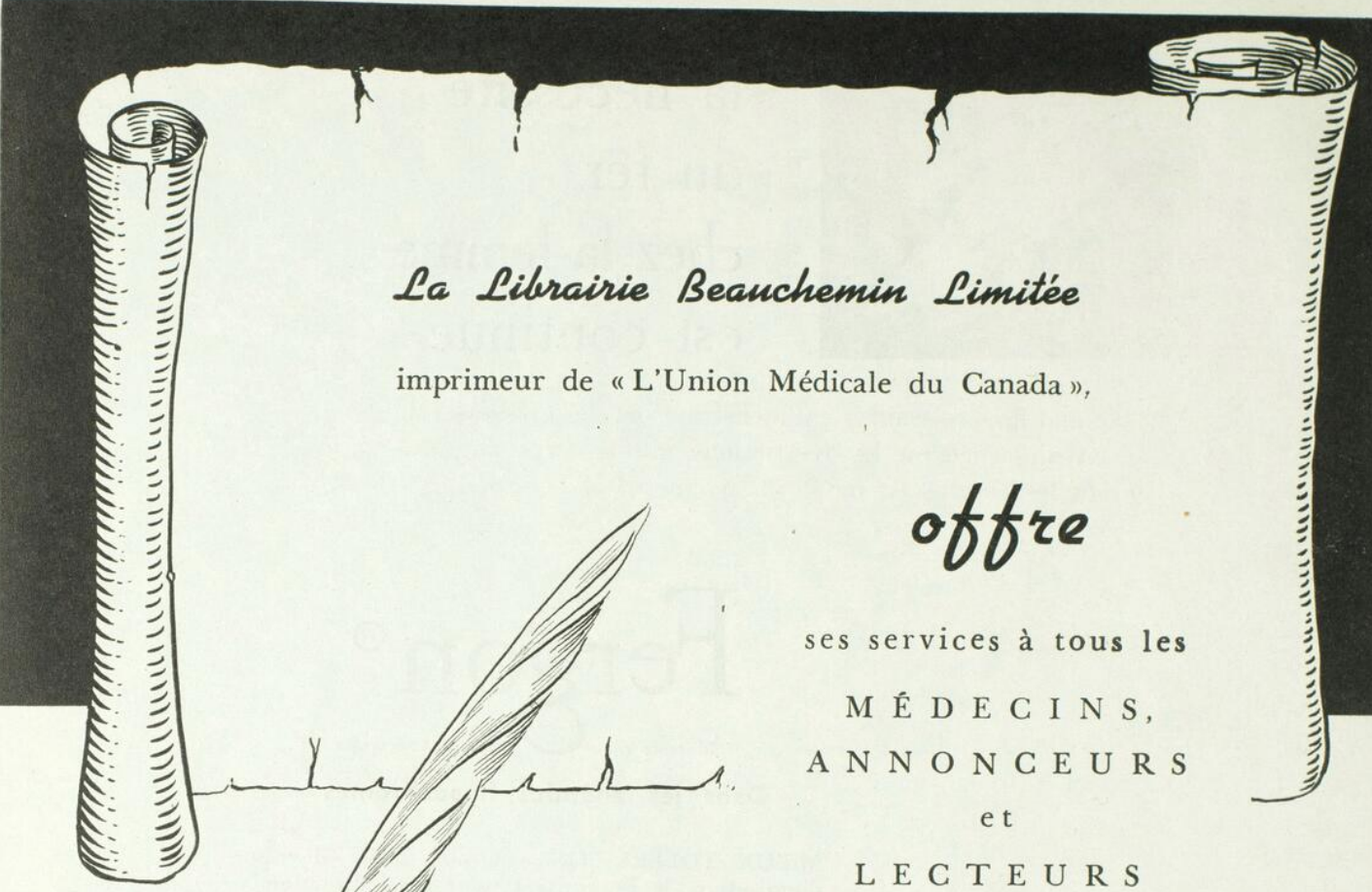
†Reznikoff, P. et Goebel, W. F.: J. Clin. Investigation, 16: 547, 1947.

FERGON marque de commerce enregistrée.

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

1019 ouest, rue Elliott, Windsor, Ontario.

423 est, rue Ontario, Montréal, P. Q.



*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

MONTREAL

Tél.: LANCASTER 4236

# GASTRITOL

GASTRITOL est une combinaison anti-acide, anti-diarrhéique et sédative. Elle trouve son champ d'application dans l'hyperacidité gastrique, la flatulence, la dyspepsie et la diarrhée.

## FORMULE — Un comprimé renferme:

Phénobarbital . . . . . 1/8 grain  
Kaolin colloïdal . . . . . 2 grains  
Hydrate d'alumine colloïdal 2 grains  
Trisilicate de magnésium . . 4 grains  
Aromates et excipient, q.s.

## ACTION PHARMACODYNAMIQUE

Le **phénobarbital**, sédatif bien connu, combat la nervosité et l'insomnie et exerce une action calmante sur les patients atteints de troubles gastriques.

Le **kaolin colloïdal** est un puissant agent d'adsorption: cette propriété lui permet d'adsorber les substances qui irritent l'estomac. La flatulence et la dyspepsie disparaissent donc par le fait même. L'action adsorbante est particulièrement intéressante en cas de diarrhée.

L'**hydrate d'alumine colloïdal** et le **trisilicate de magnésium** sont tous deux des anti-acides et des adsorbants. Ce qui signifie que, non seulement ils neutralisent l'acidité gastrique excessive, mais encore qu'ils suppriment la flatulence et réduisent le ballonnement et l'embarras gastrique.

Outre ces propriétés, ces agents ont tendance à former — en raison de leur nature colloïdale — une couche protectrice sur la muqueuse du tractus intestinal et, par conséquent, de soulager la douleur résultant de l'irritation et de faciliter la cicatrisation des régions ulcérées.

L'hydrate d'alumine colloïdal et le trisilicate de magnésium possèdent tous deux une valeur incontestable comme anti-acides dans le traitement des ulcères gastriques.

## MECANISME D'ACTION du Trisilicate de Magnésium et de l'hydrate d'alumine colloïdal

À l'intérieur de l'estomac, le **trisilicate de magnésium** prend une forme gélatineuse et, réagissant avec l'acide chlorhydrique, forme du chlorure de magnésium et de l'oxyde de silice. À son tour, le chlorure de magnésium réagit avec le contenu intestinal pour former du carbonate de magnésium lequel est éliminé dans les fèces et du chlorure de sodium qui est réabsorbé. Le bioxyde de silice hydraté qui prend naissance dans l'estomac passe dans l'intestin où il agit comme adsorbant. Par sa consistance même, il réalise une couche protectrice. Son action de neutralisation se prolonge pendant des heures. Sa toxicité est nulle.

L'hydrate d'alumine colloïdal possède plutôt une fonction anti-acide de nature physique, c'est-à-dire qu'il adsorbe par-dessus les particules colloïdales solides l'acide chlorhydrique. Il n'entraîne aucune alcalose organique. Vis-à-vis des toxines, des gaz et des bactéries, l'hydrate d'alumine agit aussi comme agent d'adsorption. C'est dire que cette action particulière est hautement appréciable pour combattre la toxémie intestinale. Également dépourvu de toxicité, il n'entrave en rien le processus normal de la digestion ni l'absorption au niveau de l'intestin.

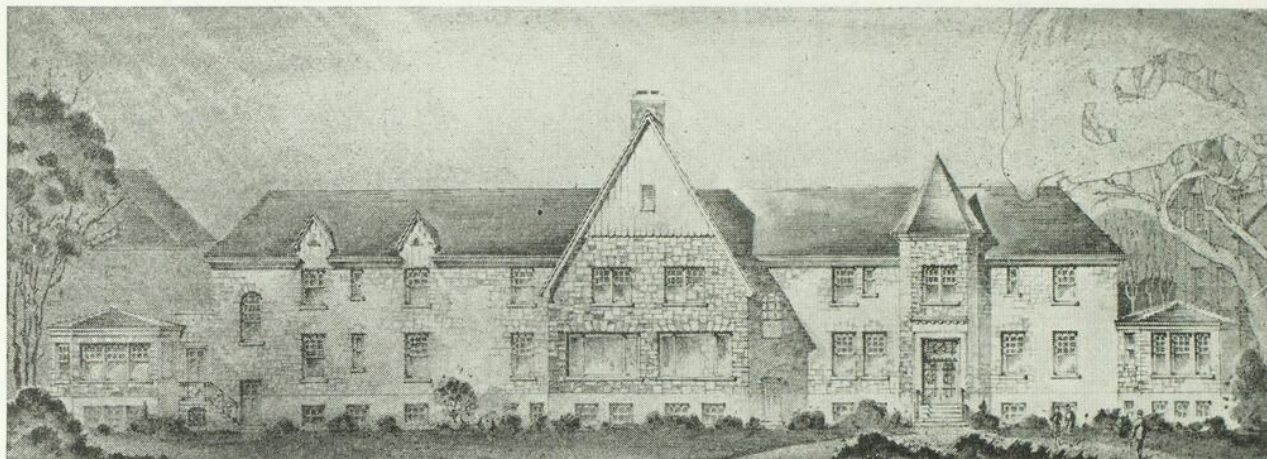
## POSOLOGIE

Un à deux comprimés trois fois par jour, avant les repas. Avoir soin de mâcher les comprimés et les avaler avec un verre d'eau.

# LABORATOIRE BIO-CHEMIQUE INC.

178, Jean-Talon Est, MONTREAL, P. Q.

# SANATORIUM PRÉVOST



La maquette ci-dessus est la façade, côté boul. Gouin, de la nouvelle bâtisse actuellement en construction qui réunira les deux anciens pavillons. Ceux-ci sont en voie de complète rénovation et l'un d'eux est déjà ouvert aux malades.

L'établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

- Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

## BUREAU MÉDICAL

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, 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 2405 ★

**ECZOSEC****P O R C H E R***Pâte sèche, adhésive, sans corps gras.*

Qualités requises	Eczosec	Pâte à l'eau	Vernis
<b>Sèche rapidement.</b>	√		√
<b>Ne nécessite pas de pansement.</b>	√		√
<b>Ne tache pas.</b>	√	√	√
<b>S'enlève à l'eau.</b>	√	√	
<b>Permet la perspiration.</b>	√		

**DERMATOSES SÈCHES - ECZÉMA - ÉRYTHÈMES**AGENTS AU CANADA : **LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, RUE VALLÉE, MONTRÉAL.**LABORATOIRES **DEPRUNEAUX** — 23, RUE DU PARC, FONTENAY SOUS BOIS, FRANCE.*DÉPRESSIONS NERVEUSES.**RECALCIFICATION — PHOSPHATURIE.**SURMENAGE, SURTOUT AVEC INSOMNIE.***PHOSPHONEUROL***Polyphosphate phosphorique sans excipient ni barbituriques.***FORMULE:**

Acide phosphorique officinal.....	22 gms 50
Phosphate de Soude .....	45 gms 00
Biphosphate de Chaux .....	22 gms 50
Glycérophosphate de Magnésie .....	10 gms 00
	<hr/>
	100 gms 00

**POSOLOGIE:**

Adultes .....	15 à 30 gouttes
Adolescents .....	10 à 20 gouttes
Enfants .....	5 à 10 gouttes

A prendre de préférence au repas du midi.

AU CANADA : **LABORATOIRES JEAN OLIVE** — 200, RUE VALLÉE, MONTRÉAL, P. Q.

# Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

## AVIS CONCERNANT LES EXAMENS EN 1948

EXAMEN POUR LE TITRE D'ASSOCIÉ (FELLOW) :

### 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	Urologie

### DATES DES EXAMENS POUR LE TITRE D'ASSOCIÉ (FELLOW) :

**Examens écrits :**

25, 26 et 27 octobre 1948.

**Auront lieu dans dix centres du Canada:**

Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, London, Toronto, Kingston, Montréal, Québec et Halifax.

**Examens oraux et cliniques :**

15 et 23 novembre, 1948.

**Auront lieu à MONTREAL.**

EXAMEN POUR LE CERTIFICAT 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

### DATES DES EXAMENS POUR LE CERTIFICAT :

**Examens écrits :**

25 et 26 octobre, 1948.

**Auront lieu dans dix centres du Canada:**

Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, London, Toronto, Kingston, Montréal, Québec et Halifax.

**Examens oraux et cliniques :**

8 et 9 novembre, 1948.

**Auront lieu à MONTREAL.**

On peut obtenir des renseignements concernant les dates pour l'obtention du titre d'Associé et le Certificat pour examens, copies des règlements et formules d'application en s'adressant à:

**JOHN E. PLUNKETT, M.D., F.R.C.P. (C), Secrétaire honoraire,**

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

# pour diminuer le poids— Nouveau témoignage de l'efficacité de la DEXÉDRINE

Extraits d'une récente étude intitulée: "THE MECHANISM OF AMPHETAMINE-INDUCED LOSS OF WEIGHT: A Consideration of the Theory of Hunger and Appetite"  
—par Harris, S. C.; Ivy, A. C., et Searle, L. M.: J.A.M.A. 134:1468 (23 août) 1947.

*expérience No. 1* Le Sulfate de Dexédrine, en refrénant l'appétit, réduit-il chez l'homme l'apport d'aliments et le poids du corps?

*résultats* "... nos sujets obèses ont perdu du poids lorsqu'ils furent soumis à un régime alimentaire leur permettant de manger à leur faim trois fois par jour . . ."

*expérience No. 4* L'administration plutôt prolongée de Dexédrine entraîne-t-elle des troubles dans les fonctions organiques?

*résultats* "Ces études n'ont pu démontrer une toxicité du médicament . . . aucun effet nocif résultant de l'emploi du médicament n'a été observé."

## Sulfate de **Dexédrine**

*pour* COMPRIMÉS *de sulfate de dextro-amphétamine, S.K.F.*

*refrénér*



*l'appétit*

*et diminuer*

*le poids*

*Smith Kline & French Inter-American Corp., Philadelphie & Montréal  
Concessionnaires pour le Canada: The Leeming Miles Co., Ltd., Montréal*



## Que peut-on trouver de plus doux que le "volume liquide"?

La pratique médicale moderne admet la nécessité du volume dans le mécanisme physiologique de l'évacuation intestinale. La stimulation naturelle du réflexe péristaltique comporte la dilatation du tractus intestinal sans irritation de la muqueuse. SAL HEPATICA augmente le contenu liquide dans l'intestin par simple pression osmotique, ce qui a pour effet d'amollir les matières fécales sous l'action de la légère masse liquide.

Le degré d'activité de ce mélange de salins, bien dosé, est facilement réglé selon la dose.

LÉNITIF

LAXATIF

PURGATIF

Pour un soulagement bienfaisant et rapide, prescrivez

# SAL HEPATICA

Un produit de BRISTOL-MYERS COMPANY OF CANADA LIMITED

3035 RUE ST-ANTOINE, MONTRÉAL 30, P.Q.



# DERMOSPLÉNINE

(EXTRAIT DÉALBUMINÉ AQUEUX DE RATE)

Ampoules de 2 centicubes,  
correspondant à 25 grammes de rate fraîche.

**Injections intramusculaires profondes  
massives — de 3 à 5 ampoules tous les 2 jours**

## DERMATOSES PRURIGINEUSES

(EN PARTICULIER LES ECZÉMAS AIGUS SUINTANTS)

Laboratoires des Lipides — 14, rue des Minimes, Paris (3<sup>e</sup>)  
Laboratoires Jean Olive — 200, Rue Vallée, Montréal, P.Q.

*Pas de thérapeutique complète des...*

ANÉMIES, TROUBLES DE LA CROISSANCE ET DE LA MINÉRALISATION, TUBERCULOSES  
(modificateur de terrain)

*...sans opothérapie splénique*

# LIPOSPLÉNINE

EXTRAIT LIPODIQUE DE RATE (SOULA)

Ampoules Injectables • Comprimés • Gouttes • Phospho-Calcique Granulé • Sirop

*"La rate est à l'élément blanc ce que le foie est aux hématies."*

LABORATOIRE DES LIPIDES  
14 rue des Minimes, PARIS 3<sup>e</sup>

LABORATOIRES JEAN OLIVE  
200 rue Vallée, MONTRÉAL

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

(sans but lucratif)

Excipient huileux

## “ ARACOL ”

Pour prolonger l'action de la PÉNICILLINE (et d'autres médicaments) en injection intramusculaire.

Le **Service des Antibiotés** de l'Institut de Microbiologie, cédant à la demande des praticiens, a mis au point et distribué le véhicule huileux ARACOL préparé suivant la formule de Cohn.

### *Effet de Prolongation.*

Ce Service de l'Institut n'a pas cessé d'étudier les effets thérapeutiques obtenus à l'aide d'ARACOL, de produits similaires et de mélanges à base de cire d'abeille. Ces recherches expérimentales et cliniques démontrent et confirment la valeur d'ARACOL pour le prolongement de l'action antibiotique de la Pénicilline et des médicaments.

## L'ARACOL

est:

- COMMODE.** Il suffit de fluidifier ARACOL à la chaleur de la main. S'émulsionne instantanément si on observe scrupuleusement la technique recommandée. S'injecte aisément sans danger de briser les seringues. Une émulsion bien faite peut se conserver 24-48 heures à la glacière.
- INDOLORE.** L'addition d'un analgésique rend l'injection indolore. Aracol se résorbe sans laisser de traces.
- ÉCONOMIQUE.** Économise le temps du médecin par la réduction du nombre d'injections journalières de Pénicilline — une ou deux injections par jour suffisent. Coût négligeable et le plus bas de tous les excipients similaires. Cette méthode diminue les frais et les inconvénients du traitement pour le patient.

IMPORTANT — Bien mesurer les quantités à la seringue :

1 cc. d'eau pour dissoudre la Pénicilline.      3.5 cc. d'Aracol liquéfié à douce chaleur.

FORMULE SUPÉRIEURE ET ÉPROUVÉE

Distributeurs:

**MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE**

1215, rue St-Denis - Montréal, 18

## **ARTICHOBYL** EXTRAIT DE FEUILLES D'ARTICHAUT.

*Maladies du foie. (Action très douce.)*  
4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

---

## **AMINOBAINE** (AMINOPHYLLINE ET OUABAÏNE).

*Insuffisances cardiaques.*  
4 à 8 dragées par 24 heures.

---

## **AMINOPHYL** (AMINOPHYLLINE).

*Défaillances et algies cardiaques.*  
1 à 2 dragées 3 à 4 fois par jour.

---

## **CIGARETTES** ANTI-ASTHMATIQUES.

*Asthme — Rhume des foins — Coryza.*  
2 à 6 par jour.

---

## **DESANXYL**

*Régulateur de l'équilibre vago-sympathique.*  
2 à 8 dragées par jour, une demi-heure avant les repas.

---

## **PLURIGLANDINE**

*Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.*  
2 à 4 dragées glutinisées par jour.

---

## **SULFORAZINE** GRANULÉ EFFERVESCENT.

*Rhumatismes — Goutte — Antisepsie urinaire.*  
3 à 6 cuillerées à thé par jour aux repas.

---

## **VEINATONE**

*Affections veineuses.*  
2 à 4 dragées glutinisées par jour.

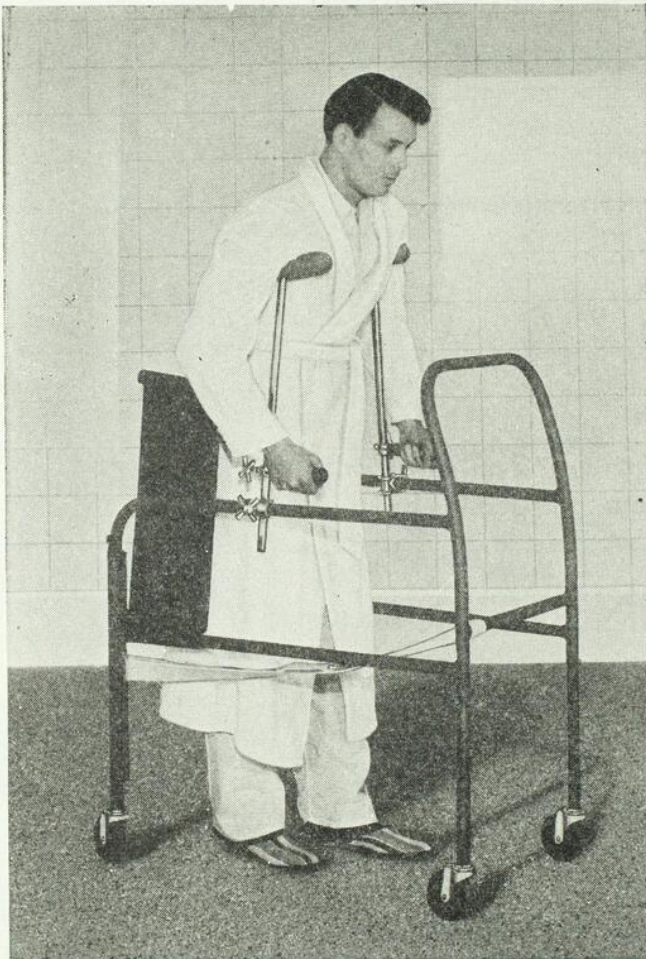
---

**J. EDDÉ Limitée**

Edifice New Birks,                      **MONTRÉAL**

# UNE AIDE APPRÉCIABLE POUR LE CONVALESCENT...

## The American-Comper MARCHETTE ORTHOPÉDIQUE POUR INVALIDES



SA valeur clinique et économique est bien reconnue dans les cas d'orthopédie, de fractures, de paralysie et postopératoires. Elle permet au malade de circuler lorsque sa convalescence est assez avancée.

1. Inspire confiance au malade; lui enlève toute appréhension ainsi que la crainte de trébucher ou de faire une chute.
2. Assure une répartition bien équilibrée du poids et un mouvement ambulateur sans secousse.
3. Permet librement l'exercice progressif des jambes et favorise le développement musculaire général.
4. Préserve le malade de chutes sur le plancher dans le cas où les mains et les bras manqueraient de force.
5. Ajustable à la hauteur des aisselles, extension normale des poignets et largeurs variées des épaules.
6. Disponible en grandeurs pour adultes et enfants.

● Brochures descriptives sur demande ●

### AMERICAN STERILIZER COMPANY

Erié, Pennsylvanie

DESSINATEURS et MANUFACTURIERS de STÉRILISATEURS CHIRURGICAUX, TABLES et ÉCLAIRAGE

---

---

# VENIN D'ABEILLES

INJECTABLE

CONTRE LE

**RHUMATISME**

***APIVÈNE***

LABORATOIRES CLAUDE BERNARD

★

Représentant :

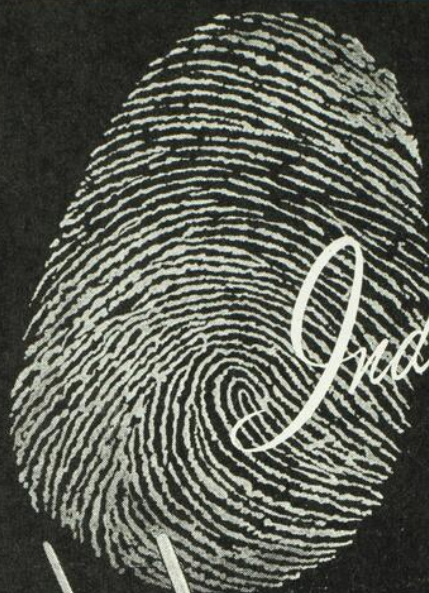
**LABORATOIRE LANCET LIMITÉE**

354 est, rue Ste-Catherine, Montréal, Canada.

— MARquette 1722

---

---



*Individualité Marquée*

### Les MANCHES DE BISTOURI B-P

Ces manches se distinguent par leur construction durable et leur capacité de s'adapter à toutes les lames B-P; leurs qualités combinées de forme pratique, d'équilibre et de fini leur donnent une individualité aussi marquée que les empreintes digitales.

Les Manches B-P authentiques peuvent se distinguer par leur forme d'arc gothique à leurs extrémités distales, un facteur qui aide à économiser du temps dans la dissection mousse. Etant des produits de bonne qualité ils sont construits pour de longues périodes de service satisfaisant et sont dessinés de façon à résister les effets détériorants de l'usage fort et constant. En dernière analyse, ils sont, de beaucoup, les plus économiques.

#### ON LES OFFRE DANS LES MODÈLES SUIVANTS:

- Nos. 3, 4 et 7..... Pour usage chirurgical général.  
 Nos. 3L et 4L..... Manches allongés pour chirurgie profonde.  
 No. 3LA..... Manche allongé pour emploi dans les hystérectomies.  
 No. 9..... Petit manche finement équilibré pour usage ophtalmique, plastique et en chirurgie mineure.

*Demandez-les à votre Fournisseur*

**BARD-PARKER COMPANY, INC.**

Danbury, Connecticut

**A BARD-PARKER PRODUCT**

## Traitement des infections paranasales...

**Renforcez le méca-  
nisme de défense  
des muqueuses en  
recourant à  
**ARGYROL****

*Bactériostatique = antiphlogistique*

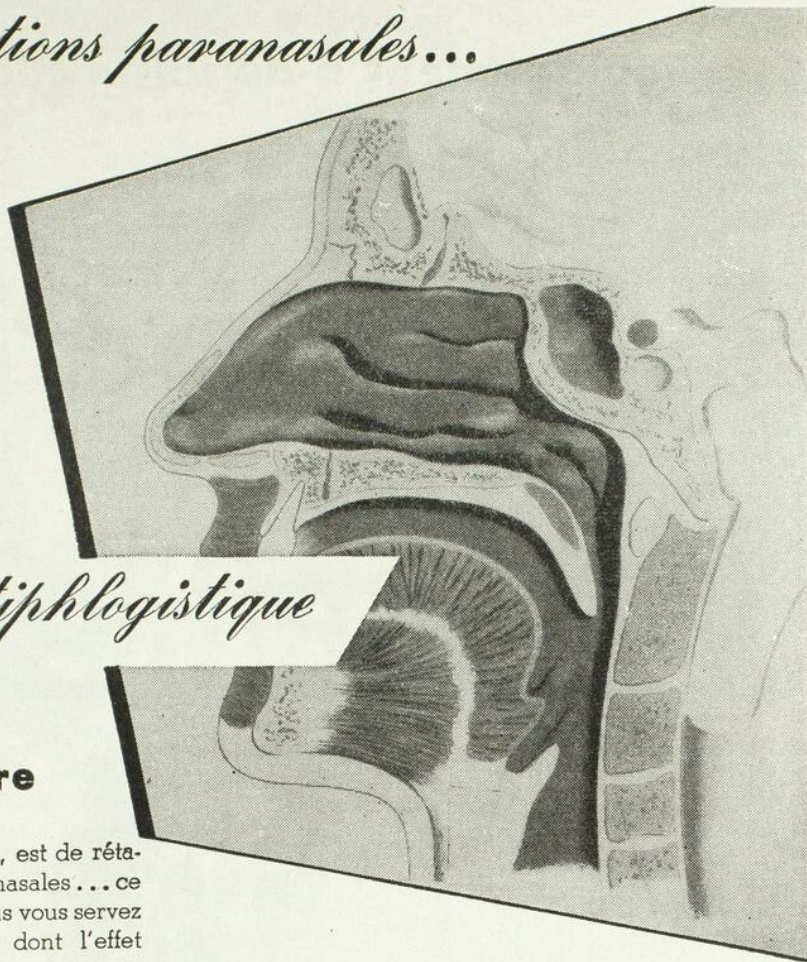
**sans**

**action secondaire**

Votre but principal, bien entendu, est de rétablir la fonction normale des fosses nasales... ce qui sera doublement difficile si vous vous servez de médicaments vasoconstrictifs dont l'effet est souvent suivi d'une congestion compensatrice—d'où: cercle vicieux.

**Évitez ce contrecoup... grâce à l'ARGYROL**  
Son emploi s'impose logiquement au praticien

judicieux, parce que l'ARGYROL est à la fois détersif, lénitif et bactériostatique. Il assiste le mécanisme de défense sans en entraver les fonctions et propriétés normales.



### Triple action de l'ARGYROL:

- 1) L'ARGYROL agit comme antiphlogistique, sans lésions ciliaires ni irritation de la membrane de Schneider.
- 2) Sans action toxique sur les tissus, l'ARGYROL est un bactériostatique puissant.
- 3) L'ARGYROL est détersif et stimule la sécrétion; il active conséquemment le mécanisme de défense naturel de l'organisme.

### Triple procédé de médication paranasales

- 1) Méat nasal — instillations d'ARGYROL (à 20 p. 100) dans le conduit lacrymo-nasal.
- 2) Canal nasal — Solution d'ARGYROL (à 10 p. 100) administrée goutte à goutte.
- 3) Fosses nasales — Tamponnement au moyen d'ARGYROL (à 10 p. 100).

**ARGYROL** *Anti-infectieux physiologique à action intégrale et prolongée.*

Seuls fabricants: **A. C. BARNES COMPANY LIMITED, Ste-Thérèse, Qué.**  
"ARGYROL" est une marque déposée, appartenant à A. C. Barnes Company Limited.  
Toute publicité concernant ce produit s'adresse exclusivement à la profession médicale

**Soulagement à double-action**

# Laxatif + Antiacide



**Le Lait de Magnésie Phillips'** agit comme un doux laxatif et un antiacide efficace pour aider à soulager la constipation et l'hyperacidité gastrique.

Le Lait de Magnésie Phillips' est l'un des neutralisants les plus rapides de l'excès d'acidité de l'estomac connus de la science. Ne contenant pas de carbonates, il n'occasionne pas de flatulence embarrassante.

*Lait de Magnésie* **PHILLIPS'**

PRÉPARÉ EXCLUSIVEMENT PAR

THE CHAS. H. PHILLIPS CO. DIVISION OF STERLING DRUG INC.

1019 ELLIOTT STREET, WEST • WINDSOR, ONT.

## **DOSE:**

### **Laxatif:**

2 à 4 cuillerées à soupe

### **Antiacide:**

1 à 4 cuillerées à thé, ou

1 à 4 comprimés

## **EMPAQUETAGE**

### *Liquide*

Bouteilles de 4 onces

Bouteilles de 12 onces

Bouteilles de 26 onces

### **Comprimés**

Boîtes de 30

Flacons de 75

Flacons de 200

# AL - U - LAC

pour Troubles d'Estomac



Traitement effectif dans tous les cas d'ulcères gastriques et duodénaux, hyperacidité gastrique et acidité qui accompagne la gastrite chronique.

AL-U-LAC agit comme agent physique aussi bien que chimique: son action étant adsorbante et neutralisante, la neutralisation graduelle ne produit pas d'alcalose du système.

Flacons de 50 et 100 comprimés.

*Littérature et échantillons sur demande*

## SMALLWOOD PHARMACEUTICALS LIMITED

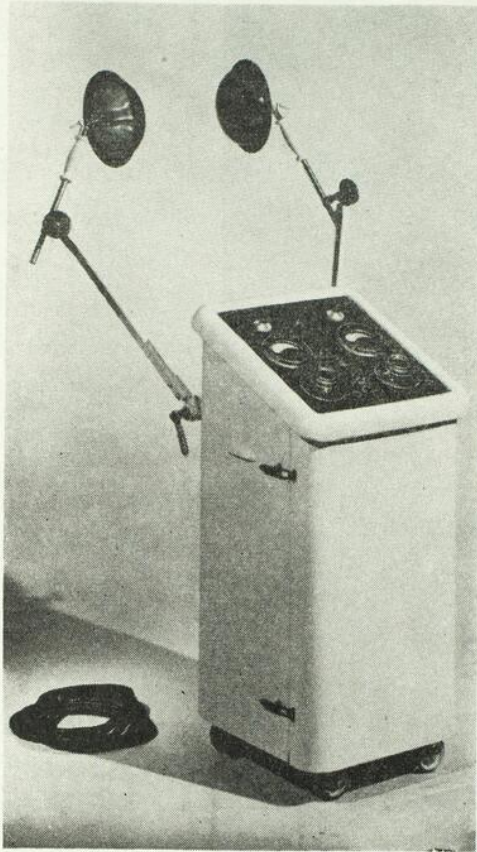
Biologistes — Pharmaciens — Chimistes

TORONTO

CANADA

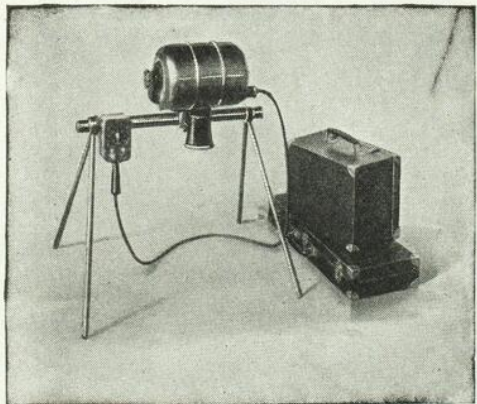
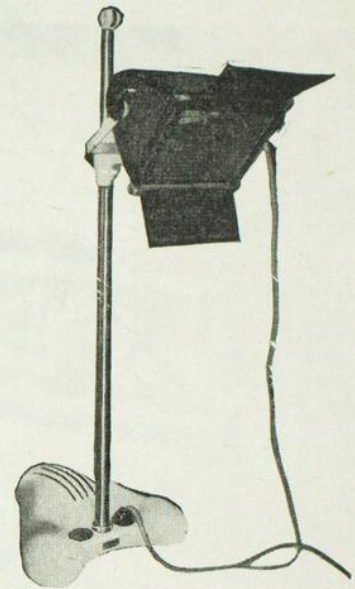
ORANGEVILLE

## Un ensemble complet en Electricité Médicale et en Rayons X . . .



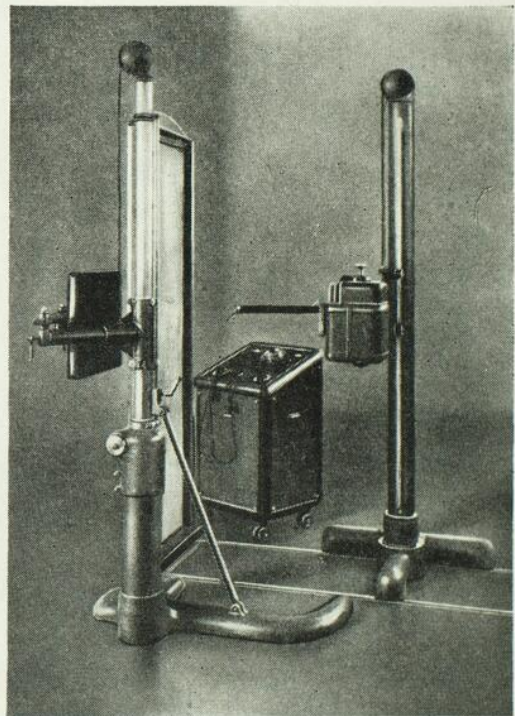
(Gauche)  
Ondes Courtes  
Electrochirurgie

(Droite)  
Ultraviolets  
Infrarouges



(Gauche)  
Rayons X  
Portables

(Droite)  
Rayons X  
Pour Hôpitaux



X-Canada Ltée offre un ensemble complet des meilleures fabrications françaises et américaines. Ses techniciens et son atelier de réparations assurent une installation impeccable, un service constant et hautement qualifié.

# X-CANADA LTD.

2056 MCGILL COLLEGE, MONTREAL



LA.3072

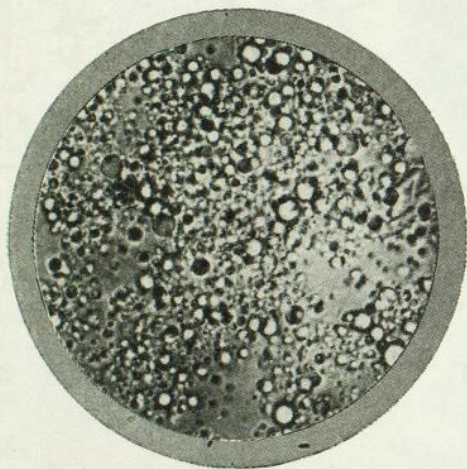
# NOUVELLE LOTION JOHNSON POUR BÉBÉS

pour le soin de la peau des nourrissons!

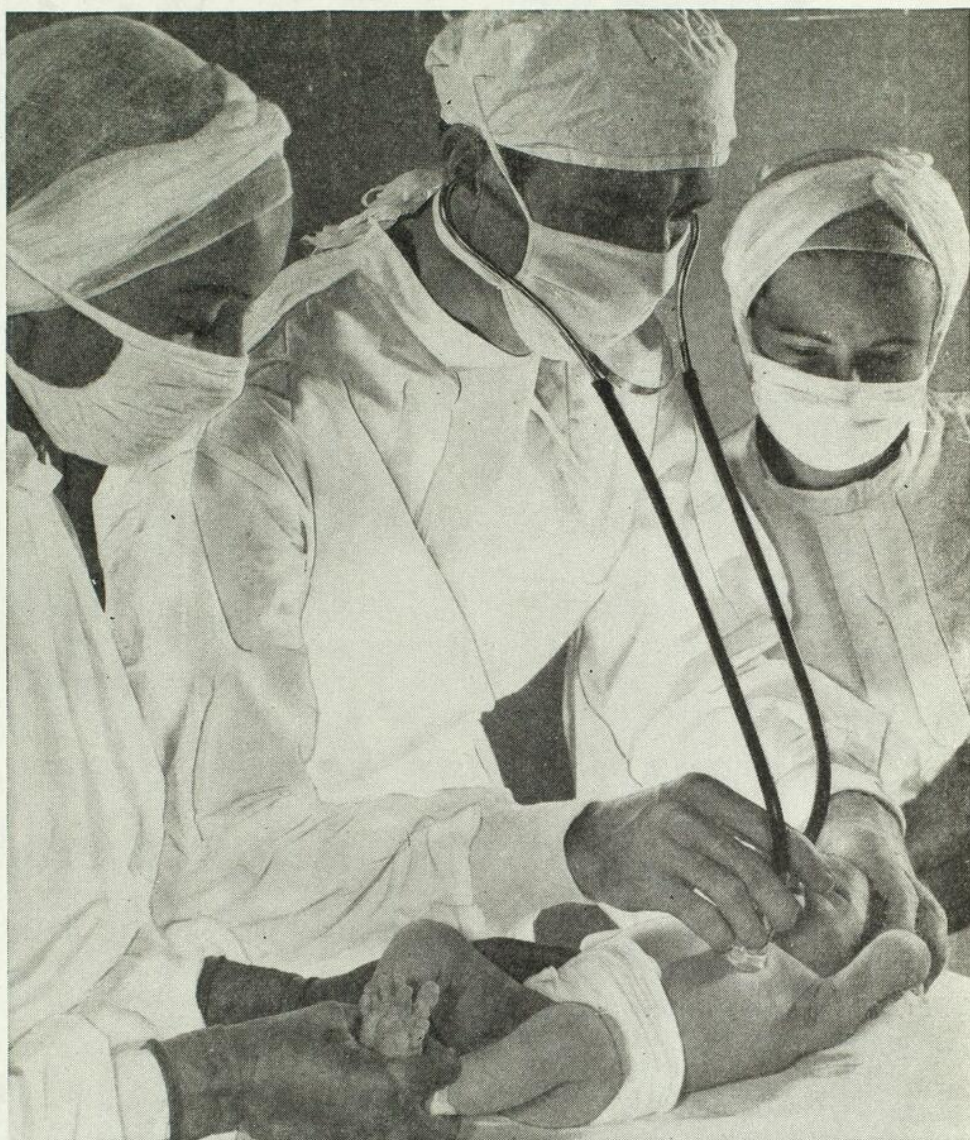
**V**OICI un grand progrès dans le soin de la peau des bébés!

Au cours d'une période de deux années, la Lotion Johnson pour Bébés — une préparation nouvelle pour le soin de l'épiderme des nourrissons — a été mise à l'essai sur plusieurs centaines de jeunes bébés dans la pouponnière d'un hôpital bien connu.

L'emploi de cette lotion blanche et douce a donné entière satisfaction . . . et a révélé certaines propriétés spéciales qui font que cette Lotion Johnson convient parfaitement pour la solution des problèmes que pose le soin de l'épiderme des tout petits.



Pellicule extrêmement divisée de la Lotion Johnson pour Bébés, montrant des globules d'huile microscopiques. (1000x.)



## 1. La Lotion permet l'échange respiratoire normal de l'épiderme.

La Lotion Johnson pour Bébés est une émulsion homogénéisée d'huile minérale pure et d'eau, avec addition de lanoline et d'un antiseptique.

Quand la Lotion est appliquée sur la peau d'un bébé, la partie aqueuse s'évapore, laissant une pellicule extrêmement divisée de globules d'huile de l'ordre du micron. (Voir la photomicrographie.) Ceci favorise la radiation normale de la

chaleur et la sudation naturelle, ce qui réduit au minimum le danger d'irritation.

## 2. La Lotion diminue l'incidence de la fièvre miliary.

Des observations faites au cours d'une période de deux ans ont révélé une diminution remarquable dans l'incidence de la fièvre miliary (qui peut souvent conduire à des infections secondaires beaucoup plus graves) lorsque la Lotion Johnson pour Bébés est utilisée pour le soin de l'épiderme.



# LOTION JOHNSON POUR BÉBÉS

Johnson & Johnson

**GRATIS! Postez ce coupon pour un flacon d'essai!**

Johnson & Johnson Limited, Division des Produits pour Bébés, 2155, Boulevard Pie IX, Montréal

*Veuillez me faire parvenir, gratuitement, un flacon d'essai de Lotion Johnson pour Bébés.*

Nom .....

Rue .....



© The Borden Co. Ltd.

**"Docteur, j'ai une bonne raison d'être renseignée sur le Dr Heinrich Finkelstein!"**

dit Elsie, la Vache Borden

"C'est parce que mon Lait Protéiné en Poudre Marque C.M.P. possède toutes les précieuses propriétés de la formule de ce docteur berlinois".

"Le Lait Protéiné C.M.P. est un lait acidifié très protéiné, avec peu de matières grasses et d'hydrate de carbone, qui contient les principes actifs de l'acide lactique. Les médecins en obtiennent d'excellents résultats dans les cas de diarrhée causée par les chaleurs ou la fermentation, de dénutrition, de maladie coeliaque, et aussi lorsqu'il est employé dans l'alimentation des nouveau-nés et des prématurés.

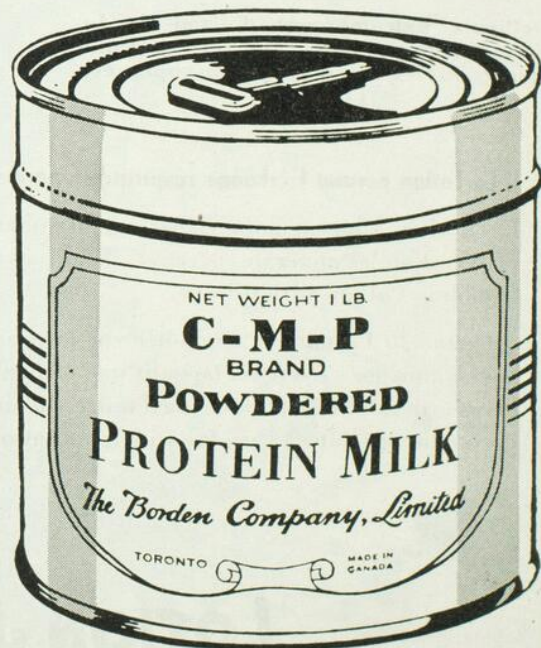
"Mon Lait Protéiné en Poudre Marque C.M.P. a de nombreux avantages. Dans les formules, la caséine est en suspension de sorte qu'elle coule librement à travers le trou de la tétine. Il est strictement uniforme. Et tous les pharmaciens en ont ou peuvent s'en procurer.

"Si vous désirez de la documentation professionnelle, envoyez-nous simplement un petit mot."

## Lait Protéiné en Poudre Marque C.M.P.

### Aliments Borden's pour Formules

- Mull-Soy—aliment émulsifié, à base de fèves de soya
- Dryco—aliment très protéiné—contenant peu de matières grasses—pour bébés
- Lait à l'Acide Lactique en Poudre C.M.P.
- Lait Evaporé Borden's
- Klim—Lait complet en Poudre



# THE BORDEN COMPANY, LIMITED.

Division des Aliments pour Formules — Spadina Crescent, Toronto 4, Ontario

De la documentation sera envoyée aux médecins, sur demande

Toutes les Indications de  
l'IODE et des IODURES

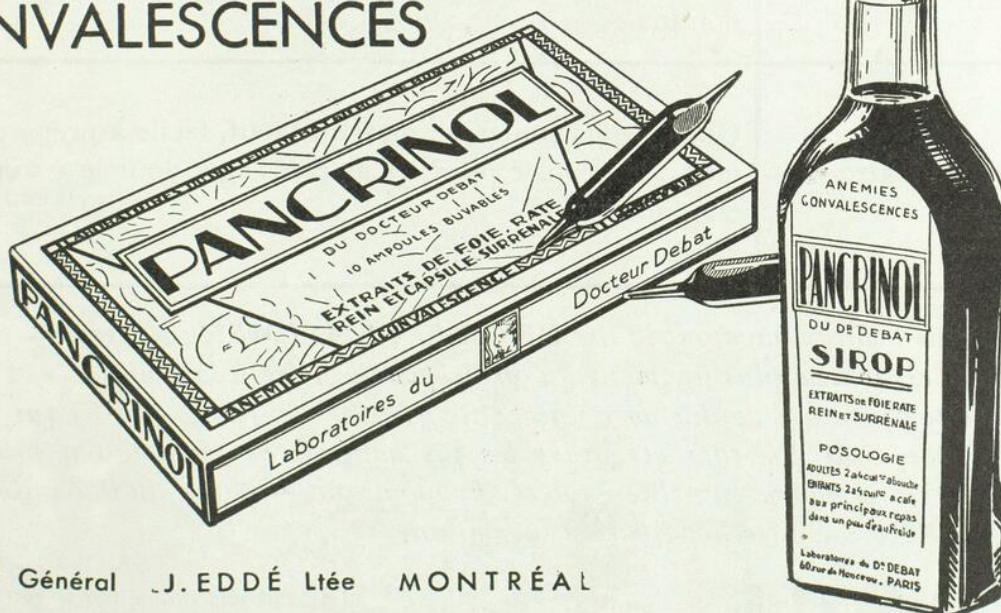


IODOGÉNOL  
PÉPIN

Pas d'Iodisme

AGENT GÉNÉRAL: J. EDDÉ L<sup>td</sup> - MONTRÉAL

ANÉMIES  
CONVALESCENCES



Agent Général J. EDDÉ Ltée MONTRÉAL

PANCRINOL Ampoules buvrables 5 cc.

TONI-PANCRINOL (Elixir, flacon 240 cc.)

# BOEUF Gratté

Un Nouveau produit AYLMER



<p><b>Enfants normaux</b></p>	<p>Quand vous désirez une protéine de bœuf bien tolérée, facile à introduire dans l'alimentation du bébé normal qui commence à manger de la viande.</p>
<p><b>Cas spéciaux</b></p>	<p>Quand vous voulez la meilleure qualité, du bœuf sélectionné par le gouvernement, pour prescrire des régimes spéciaux — comme dans les affections intestinales ou pour les petits, souffrant d'embaras gastriques.</p>
<p><b>Enfants en convalescence</b></p>	<p>Quand vous voulez du bœuf finement tamisé, beaucoup mieux qu'il n'est possible de le faire à la maison, et qui sera facile à digérer par les enfants relevant de maladie ou après une intervention chirurgicale.</p>
<p><b>Malades adultes</b></p>	<p>Quand vous voulez du bœuf spécialement cuit et préparé pour vos malades adultes atteints d'anémie, d'ulcères peptiques, de cœlite — ou en convalescence après opération buccale ou abdominale.</p>
<p><b>Personnes âgées</b></p>	<p>Quand vous voulez un mets au bœuf, facile à préparer et prêt à servir, approprié pour les malades âgés dont le système digestif est délicat.</p>

*Les médecins trouveront le BŒUF GRATTE AYLMER supérieur — parce qu'il est tamisé plus finement qu'on ne peut le faire à la maison — et cuit à la température voulue avec une petite quantité de farine (6.5%) qui y est ajoutée pour absorber et garder les jus naturels de viande. Un produit agréable et savoureux. Bien toléré. Economique — parce qu'il élimine le gaspillage du bifeck préparé à la maison.*

**BOEUF**

GRATTE ET DÉGRAISSÉ  
AVEC FARINE

**AYLMER**

Le bœuf sélectionné par le gouvernement, gratté et tamisé, est cuit avec une petite quantité de farine afin d'absorber et garder les jus de viande. Un soupçon de sel y est ajouté pour en rehausser la saveur.

POUR DES ÉCHANTILLONS GRATUITS . . .

écrivez à

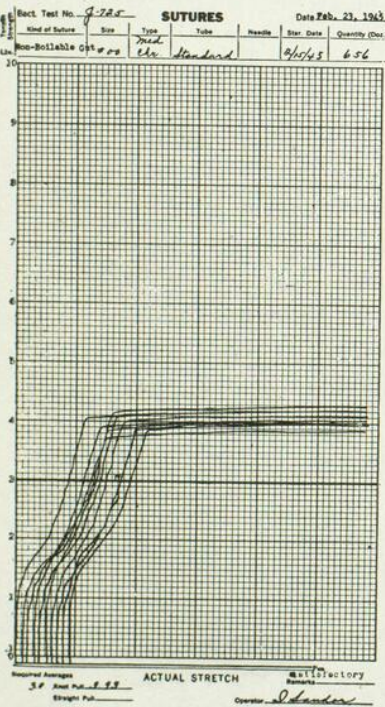
Canadian Cannery Ltd., Hamilton, Canada

. . . LES FUTURS CITOYENS DU CANADA MÉRITENT LA QUALITÉ AYLMER . . .

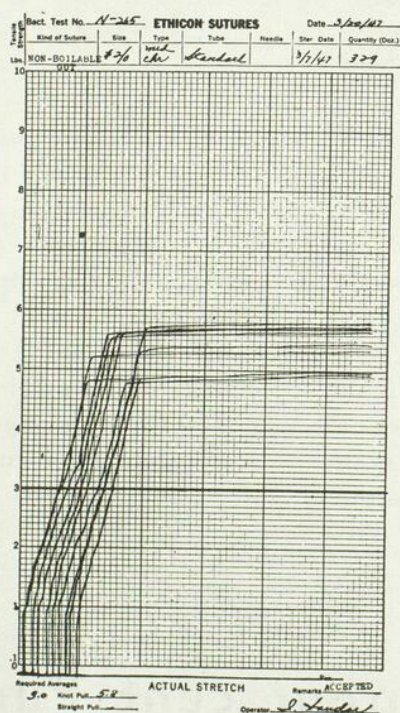
Les sutures "Ethicon" sont soumises à l'épreuve du noeud au moyen du plan incliné. L'aiguille enregistre les résultats sur un graphique.



## Des épreuves quotidiennes démontrent que l'Ethicon est plus forte de 30%



Type de graphique 1945



Type de graphique 1947

### PREUVE VISUELLE DE LA RÉSISTANCE SUPÉRIEURE DU NOUVEAU CATGUT PERFECTIONNÉ ETHICON

Les lignes grasses horizontales au chiffre 3, indiquent les exigences de l'U.S.P. pour la tension au noeud du catgut No 00, type qui ne peut être bouilli.

Les courbes indiquent les points de rupture. La production courante de toutes les grosseurs est plus forte de 30%.

L'épreuve définitive de la résistance à la tension d'une suture se produit juste au moment où vous faites le noeud! C'est alors que la tension est la plus forte.

A ce moment, l'efficacité de la suture est particulièrement importante à la bonne marche de l'opération.

Les nouvelles sutures Ethicon "Bonded" vous procurent une marge de sécurité plus grande que jamais. Elles sont de 30% plus fortes que les sutures précédemment mises sur le marché.

Le nouveau procédé Ethicon contribue à l'obtention de cette résistance supérieure.

**ETHICON**  
*Sutures*

Johnson & Johnson  
LIMITED MONTREAL

SUPÉRIEUR OÙ LA QUALITÉ EST DE PREMIÈRE IMPORTANCE

# TORQUEMADA N'AURAIT PAS FAIT MIEUX!



**I**MAGINE-T-ON soumettre un produit à 216 épreuves distinctes!

C'est pourtant par là que le Savon Ivory doit passer — pour s'assurer qu'il est à la hauteur des normes élevées de qualité, de pureté et de douceur adoptées par Ivory.

Seuls des graisses et autres ingrédients de toute première qualité servent à fabriquer l'Ivory. Il en résulte un savon pur et blanc, exempt de toute impureté ou de parfums forts, susceptibles d'ir-

riter la peau des millions de bébés baignés à l'Ivory chaque jour.

Et les études qui se poursuivent dans Peau démontrent clairement les bienfaits de la douceur de l'Ivory. Il n'est donc pas étonnant que l'Ivory soit devenu le type de la pureté et de la douceur pour des millions de mamans... et des milliers de médecins. Vous pouvez le recommander en toute confiance.



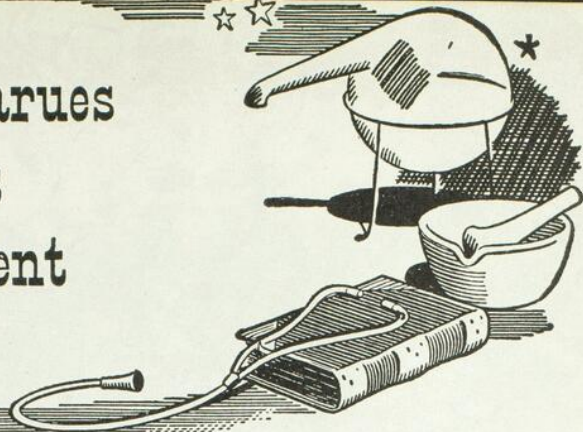
$99\frac{44}{100}$  pour cent Pur  
Il flotte

FABRIQUÉ AU CANADA



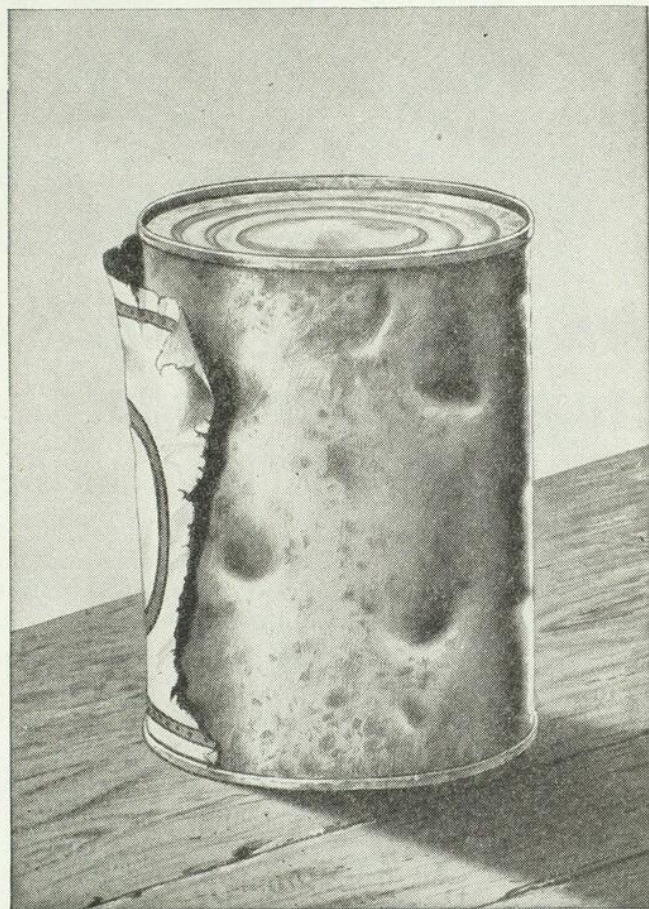
S

# Erreurs disparues et autres qui survivent



**Au Siam, il y a bien longtemps**, après la naissance de son premier enfant, la mère devait exposer alternativement son dos et son abdomen à la flamme pendant trente jours.

On croyait que cette torture apaisait les dieux et évitait les conséquences les plus désastreuses pour la mère et pour l'enfant.



**Aujourd'hui, un grand nombre** de gens croient que s'il y a de la rouille à l'extérieur de la boîte, les aliments qu'il y a à l'intérieur sont contaminés.

Ceci est une erreur. A moins que la rouille n'ait percé le métal, le contenu de la boîte est parfaitement sûr et nourrissant.



## AMERICAN CAN COMPANY

KENTVILLE • MONTRÉAL • HAMILTON • TORONTO • WINNIPEG • VANCOUVER

AUCUN AUTRE RÉCIPIENT NE PROTÈGE COMME LA BOÎTE MÉTALLIQUE



© The Borden Co. Ltd.

***"Bien sûr que je connais un aliment pour bébés, très protéiné et contenant peu de matières grasses!"***

s'exclama Elsie, la Vache Borden

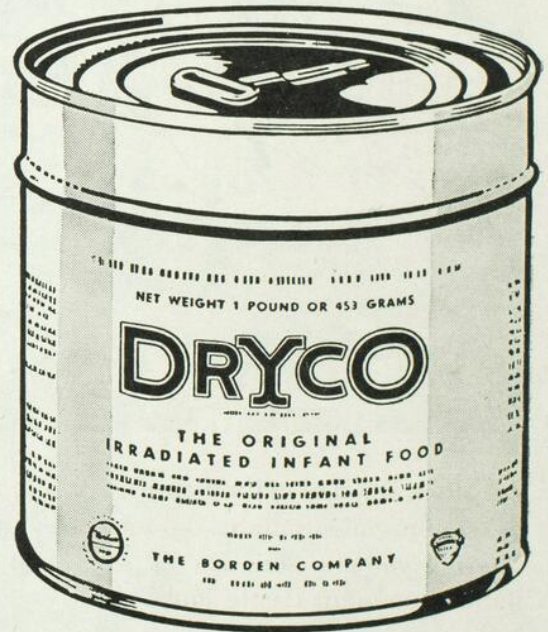
"C'est mon nouveau Dryco amélioré — un aliment à base de lait, scientifiquement flexible, uniquement conçu pour l'alimentation infantile.

"Dryco est fait avec du lait complet de qualité supérieure pulvérisé puis déshydraté et du lait écrémé sans aucune substance non lactée sauf de la provitamine A et de la vitamine D.

"Les formules standards de Dryco fournissent 40% plus de protéines et 50% moins de matières grasses que les formules standards de lait ordinaire, et ont une bonne teneur en vitamines A, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, et D et en sels minéraux importants.

"Dryco se dissout rapidement dans l'eau chaude ou froide. Il peut être employé seul, avec un hydrate de carbone, avec du lait, ou avec du lait et un hydrate de carbone.

"Tous les pharmaciens ont du Dryco ou peuvent s'en procurer".



**Nouveau DRYCO Amélioré — aliment très protéiné —  
contenant peu de matières grasses — pour bébés**

**Aliments Borden's pour Formules**

- Mull-Soy—aliment émulsifié, à base de fèves de soya
- Lait Protéiné en Poudre Marque C.M.P.
- Lait à l'Acide Lactique en Poudre C.M.P.
- Lait Evaporé Borden's
- Klim—Lait complet en Poudre

**THE BORDEN COMPANY, LIMITED.**

Division des Aliments pour Formules — Spadina Crescent, Toronto 4, Ontario

De la documentation sera envoyée aux médecins, sur demande



*Nivelle les Sommets  
de la  
douleur spastique*

LA CLINIQUE\*  
CONFIRME PLEINEMENT  
LES OBSERVATIONS  
EXPÉRIMENTALES

Comprimés dosés à 60 mgr. du citrate  
Ampoules dosées à 45 mgr. du chlorhydrate

Suppositoires Adultes à 48 mgr.)  
Enfants à 24 mgr.) de la base

# profenil

Bis-gamma-phénylpropyléthylamine

ANTISPASMODIQUE  
SYNTHÉTIQUE NOUVEAU  
NON NARCOTIQUE

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

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



LABORATOIRES

Lafayette

LTÉE 1410, rue Wolfe, Montréal



## Le Spencerflex pour Homme

- coordonne le support de l'abdomen et celui du dos
- permet entière liberté d'action
- protège toute cicatrice consécutive à une opération pratiquée haut dans l'abdomen.

Dessiné, taillé et fait individuellement pour chaque patient, ce support procure maîtrise du bassin, relèvement abdominal et liberté à l'action musculaire.

Il est sûr parce que fait de tissu qui ne s'étire pas et ne cède pas, même sous une tension subite. Il est confortable parce que dessiné individuellement pour chaque patient.

La largeur de la partie dorsale assure un support exceptionnel au dos. Il est léger, flexible — et ne met aucune pression sur les parties sensibles des hanches. Il se met et s'enlève en un instant.

Pour atteindre une marchande de Supports Spencer, consultez le bottin du téléphone sous "Corsetière Spencer" ou écrivez-nous.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED  
Rock Island, Québec.

Aux États-Unis: Spencer, Inc., New Haven, Conn.  
En Angleterre: Spencer (Banbury) Ltd., Banbury, Oxon.

Nom ..... M.D.

Rue .....

Ville et Province .....

151-6-48

SUPPORTS DE DESSIN INDIVIDUEL SPENCER

pour l'abdomen, le dos et les seins





# EXCELLENT DANS L'ALIMENTATION INFANTILE

LACTOGEN + EAU = FORMULE

1 c. à soupe rase	2 onces	2 onces liquides
40 calories (environ)		20 calories par once (env.)

Publicité et mode d'emploi à la profession médicale exclusivement. Si vous désirez des renseignements sur le mode d'emploi et des blocs-ordonnances, envoyez votre carte professionnelle à :



**Nestlé's Milk Products  
(Canada) Limited**

METROPOLITAN BUILDING, TORONTO



Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.



## UN MÉLANGE LACTÉ de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

## SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

### AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de maïs... un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

The CANADA STARCH CO., Ltd.,  
Montréal

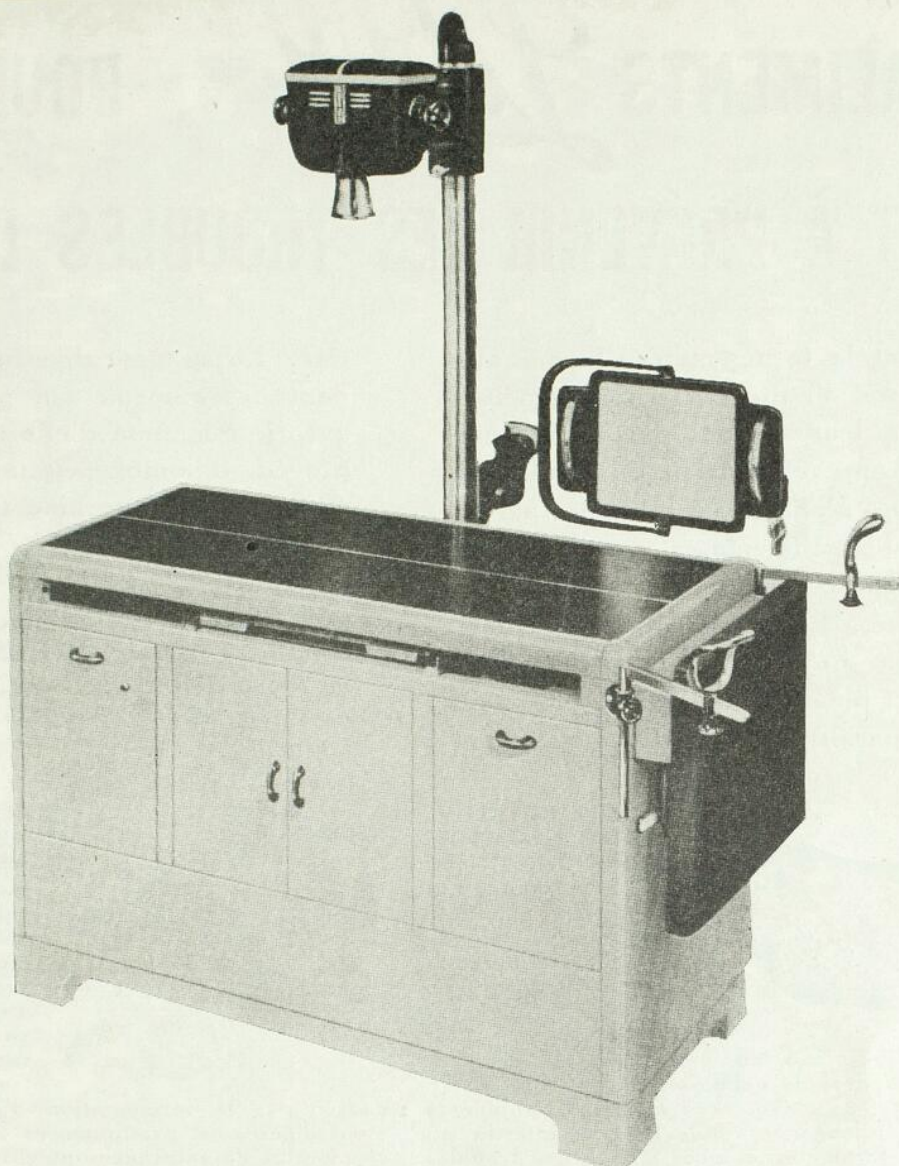
Veuillez m'envoyer

- CALCULATEUR
- Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- TABLETTES DE FORMULES
- La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- La brochure: "DEXTROSOL"

Nom .....

Adresse .....

.....



L'UNITÉ **"PROFEXRAY"** FOURNISSANT :

- UNE TABLE D'EXAMEN RÉGULIÈRE
- UNE UNITÉ RADIOGRAPHIQUE
- UNE UNITÉ FLUOROSCOPIQUE
- UN COMPARTIMENT À FILMS ET CASSETTES

*EN DÉMONSTRATION CHEZ*

**CASGRAIN & CHARBONNEAU**

Limitée

MONTRÉAL

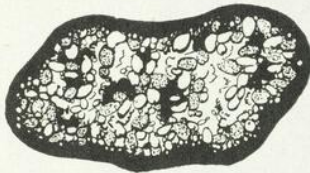
# LES ALIMENTS *Libby's* POUR BÉBÉS

## AIDENT À PRÉVENIR LES TROUBLES DIGESTIFS

En changeant la forme matérielle des aliments, le procédé breveté d'homogénéisation Libby's leur donne une forme qui s'adapte à l'appareil digestif du bébé. Les sucs gastriques n'ont plus à briser les parois cellulaires des aliments et commencent immédiatement à assimiler les éléments nutritifs libérés. Le danger d'irritation gastro-intestinale provoquée par les fibres coriaces n'est plus à craindre, car elles sont pulvérisées par le procédé d'homogénéisa-

tion. Le système digestif du bébé demandant des aliments qui puissent se digérer avec le minimum d'effort, il s'ensuit que le procédé d'homogénéisation de Libby's offre aux pédiatres une aide très précieuse.

*Ces constatations, et d'autres aussi importantes, sont contenues et discutées dans une série de bulletins résumant les essais faits dans les Laboratoires Killian. Les médecins et les pédiatres peuvent s'en procurer des exemplaires en écrivant à Libby's, Chatham, Ontario.*



**CELLULE NUTRITIVE AVANT L'HOMOGÉNÉISATION.** A Noter que la substance nutritive est emmurée dans une enveloppe de cellulose indigeste que ne brise pas le tamisage. Les sucs gastriques à l'état

latent de l'estomac du nourrisson ne peuvent pénétrer la paroi de cellulose, ce qui fait perdre la substance nutritive nécessaire. Des aliments non digérés s'engagent dans le gros intestin où ils peuvent fermenter et occasionner des troubles graves.



**CELLULE NUTRITIVE APRÈS L'HOMOGÉNÉISATION.** A noter que l'enveloppe de cellulose indigeste a été brisée et uniformément dispersée. La substance nutritive a été libérée pour favoriser une digestion rapide. Le danger de troubles intestinaux

causés par la fermentation d'aliments partiellement digérés est pratiquement éliminé, et le bébé reçoit plus de substances nutritives pour la même quantité d'aliments.



### LE PROCÉDÉ D'HOMOGÉNÉISATION DE LIBBY'S

**BRISE** les parois cellulaires, libère les éléments nutritifs et les disperse d'une façon parfaitement homogène.

**PULVÉRISE** les cellules indigestes et les fibres coriaces.

**EXPOSE** les aliments à l'action des sucs digestifs sur une surface considérablement accrue, et facilite ainsi la digestion.

**AUGMENTE** la disponibilité de la teneur nutritive, facilitant de la sorte son utilisation.

Betteraves  
Courge  
Epinards  
Carottes  
Pois  
Pois, Carottes, épinards  
Légumes avec bœuf et orge  
Légumes avec bacon et orge

Soupe aux légumes  
Soupe au foie  
Compote de pommes  
Pommes et pruneaux  
Pommes et abricots  
Pêches  
Pouding à la cossetarde

**SEULS LES ALIMENTS  
LIBBY'S POUR BÉBÉS  
SONT HOMOGÉNÉISÉS**

LIBBY, McNEILL & LIBBY OF CANADA, LIMITED, CHATHAM, ONTARIO

LMPI-48

*Lunettes*  
*verres ophtalmiques*

— ○ —  
**Examen de la vue**  
— ○ —

**ALBANY PHILIE. O.D.**  
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES  
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

**Dupuis Frères**  
LIMITÉ

**MONTREAL**

**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.

**Pour réaliser  
une douce sensation  
subjective  
de confort oculaire**

L'EFFET des Solutions de drogues introduites dans le cul-de-sac conjonctival est modifié par plusieurs facteurs, parmi lesquels les trois suivants doivent être pris en considération:

1. La dilution immédiate de la solution par les larmes qui se trouvent dans le cul-de-sac.

2. La précipitation de la drogue par les substances présentes dans les larmes qui se trouvent dans le cul-de-sac — ou sa combinaison chimique avec ces substances. Ce facteur est particulièrement important en présence d'une sécrétion riche en albumine, ainsi qu'en témoigne le précipité blanc d'albuminate d'argent qui se forme lors de l'application de nitrate d'argent sur des paupières recouvertes d'une sécrétion purulente. Cette combinaison rend naturellement inactive la majeure partie de la drogue.

3. Le facteur le plus important de tous est la réaction du tissu et des larmes avec les solutions employées. Il a été démontré que la réaction des collyres d'usage courant est le principal facteur de l'irritation ressentie lorsqu'ils sont introduits dans le cul-de-sac. La réaction des solutions est beaucoup plus importante que leur pression osmotique. La réaction de la sécrétion conjonctivale normale correspond à un pH de 7.2 à 7.4. Dans certaines formes d'irritation chronique ou de conjonctivite, le pH varie de 6.8 à 6.9. La simple instillation d'un collyre à réaction alcaline suffit pour calmer les symptômes d'irritation.

Une forme simple de solution tampon est un véhicule idéal pour les gouttes dans les yeux. Une solution alcaline est moins irritante et constitue un milieu convenable pour certaines drogues. Une simple solution tampon alcaline est un collyre non irritant qui convient bien pour nettoyer l'œil. A cause de son pH favorable, elle diminue le choc et augmente l'efficacité.

*La Murine, collyre isotonique moderne, rencontre tous les desiderata précités. En outre, la Murine est isotonique avec les larmes, et c'est vraiment une solution tamponnée. La formule de la Murine comprend les ingrédients suivants: Bicarbonate de Potassium, Borate de Potassium, Acide Borique, Chlorhydrate de Berbérine, Glycérine, Chlorhydrate d'Hydrastine, « Merthiolate » (Ethyl Mercurisalicylate de Sodium, Lilly) 0.001 pour cent, en solution dans de l'eau stérilisée. Tout cela contribue à faire de la Murine un produit doux et d'une efficacité thérapeutique unique comme nettoyeur dans les irritations légères de l'œil.*

**THE MURINE COMPANY**

TORONTO, Ontario

# Il médite probablement sur son ... régime alimentaire



LA PLUPART des médecins savent que, depuis plusieurs années, l'Alimentation Infantile est l'objet d'études sérieuses dans les laboratoires et cuisines Heinz. Aucun détail n'est trop minime pour être négligé par nos hommes qui surveillent la récolte des produits et leur livraison à nos cuisines en parfait état. Il y a certains produits dont la récolte doit être faite au moment exact où ils sont à leur mieux pour être préparés. Il s'écoule très peu de temps entre l'arrivée du produit cru et sa mise en boîte. L'aliment est immédiatement lavé à fond, épluché et cuit. Grâce aux méthodes de cuisson employées, il est possible de conserver tous les jus des légumes, assu-

rant ainsi le minimum de perte de sels minéraux, vitamines et autres éléments nutritifs. Lorsque les aliments sont suffisamment cuits, ils sont passés à travers des plaques finement perforées. Ceci se fait dans une atmosphère de vapeur pour empêcher encore davantage la perte de vitamines. De cette manière, le produit est toujours uniformément lisse et nourrissant.

Il y a maintenant 25 variétés d'Aliments pour Bébé et 15 variétés d'Aliments pour Enfants sur la liste des produits Heinz. Les médecins ont donc un grand choix de Soupes, Viandes, Légumes, Fruits, Poudings et Desserts à recommander pour leurs petits patients.

FÉLICITATIONS AUX INFIRMIÈRES DE L'ORDRE DE VICTORIA  
À L'OCCASION DE LEUR 50<sup>e</sup> ANNIVERSAIRE



57

# ALIMENTS HEINZ POUR BÉBÉS

## TABLE DES ANNONCEURS

Pages	Pages
Abbott Laboratories Ltd. .... XXXIX - XL	Johnson & Johnson Ltd. (Lotion pour bébés) ..... LXXI
American Can Co. .... LXXXVII	Johnson & Johnson Ltd. (Ethicon) ..... LXXV
American Sterilizer Co. (Marchette orthopédique) .... LXIV	Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Cholibile) ..... LI
Anglo-French Drug Co. (Bakolyse) ..... XLII	Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Gastritol) ..... LV
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Prémarine) ..... XIX	Laboratoires Désautels (Vitogyl) ..... XXVIII
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ..... XX	Laboratoires Desbergers-Bismol (Estrilin) .....
Aylmer (Bœuf gratté) ..... LXXXIV	..... 4e page de la couverture
Bard-Parker Co. Inc. (Manches de bistouri B-P) ..... LXVI	Laboratoires Jean Olive (Dermosplénine) — (Liposplénine) LXI
Barnes, Co. Ltd., A. C. (Argyrol) ..... LXVII	Laboratoires Jean Olive (Eczosec) — (Phosphoneurol) .. LVII
Borden Co., Ltd., The (Lait en poudre C.M.P.) ..... LXXXII	Laboratoires Lafayette (Suppositoires Néo-Laryngobis) ... II
Borden Co., Ltd., The (Dryco) ..... LXXXVIII	Laboratoires Lafayette (Profenil) ..... LXXXIX
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Flo-Cillin) ..... XXXVIII	Laboratoire Lancet Ltée (Apivène) ..... LXV
Bristol-Myers Co. of Canada Ltd. (Sal Hepatica) ..... LX	Laboratoire Marois (Oxycholine) — (Lacto-Bios) ..... XXVI
British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Anahaemin B. D. H.) .....	Laboratoires Poulenc Frère (Dilvasène) .....
..... XLV	..... 2e page de la couverture
Burroughs Wellcome & Co. (Globine-Insuline) ..... XV	Laurentian Agencies Reg'd. (Ertron) ..... XVI - XVII
Burroughs Wellcome & Co. (Méthédrine) ..... XXIII	Lederle Laboratories (Gravidox) ..... XXI
Canada Drug Co. (Pavéral) ..... LXXXV	Leeming Miles Co., The (Dexédrine) ..... LIX
Canada Starch Co., Ltd., The (Un mélange lacté) ..... LXXX	Libby, McNeill & Libby of Canada, Ltd. .... LXXXII
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax) ..... IL	Librairie Beauchemin Limitée ..... LIV
Casgrain & Charbonneau Ltée (Pectacrine) ..... XXXVII	Masson, Inc., Lucien (Dilatrane) ..... XXIV
Casgrain & Charbonneau Ltée (Cedraphyl) — (Cecrinyl) XXXVI	Mead Johnson & Company of Canada Ltd. ....
Casgrain & Charbonneau Ltée (Table à Rayons X) .... LXXXI	..... 3e page de la couverture
Chas. H. Phillips Co., The (Lait de Magnésie) ..... LXVIII	Merck & Co. Ltd. (Pyridium) ..... V
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) .... LVIII	Merck & Co. Ltd. (Streptomycine) ..... I
Connaugh Medical Research Laboratories (Extrait hépatique injectable) ..... XXXIV	Millet, Roux & C <sup>ie</sup> (Bilogène) ..... XIII
Compagnie Ciba Ltée (Nupercainal) ..... XLVI	Millet, Roux & C <sup>ie</sup> (Aracol) ..... LXII
Denver Chemical Manufacturing Company, The (Antiphlogistine) ..... XXVII	Mowatt & Moore Ltd. (Magnesed) ..... XXXIII
Dohow Chemical Company, The (Auralgan) — (Otosmosan) ..... XXXI	Murine Co., The ..... LXXXIII
Dupuis Frères, Limitée (Examen de la vue) ..... LXXXIII	Nestlé's Milk Products Ltd. .... LXXX
Eddé, J., Limitée (Artichobyl) — (Aminobaïne) — (Aminophyl) — (Cigarettes antiasthmatiques) — Etc. .... LXIII	Parke, Davis & Co. Ltd. (Mapharsen) ..... XXXII
Eddé, J., Limitée (Hemostyl) — (Panocrinol) ..... LXXXIII	Roering & Co. Ltd., J. B. (Heptuna) ..... LII
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. ....	Procter & Gamble (Ivory) ..... LXXXVI
..... Première page de la couverture	Rougier Frères (Stomalumine) ..... XLI
Frosst, Charles E. & Co. (Ostoforte) ..... IV	Rougier Frères (Dyspne-Inhal) ..... III
Frosst, Charles E. & Co. .... VII - VIII	Sanatorium Prévost ..... LVI
Frosst, Charles E. & Co. (Sedoxin) ..... IX	Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Cremosuxidine) .... XLVII
Heinz Co. of Canada Ltd. (Les aliments Heinz pour bébés) ..... LXXXIV	Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Bromatol) .. XLIII
Herdt & Charton, Inc. (Osmopak) ..... XLVIII	Smallwood Pharmaceuticals Ltd. (Al-U-Lac) ..... LXIX
Herdt & Charton, Inc. (Vago-Frenal) ..... XLIV	Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) .. LXXXIX
Herdt & Charton, Inc. (Anabile) ..... L	Squibb E. R. & Sons of Canada Ltd. (Liafon) ..... XI
	Usines Chimiques du Canada Inc. (Adrésyncaïn) .. LXXXVI
	Vinant Limitée (Pommade Midy) — (Parturiol) ..... XXII
	Vinant Limitée (Généserine) — (Dr Clin) ..... XVIII
	Winthrop-Stearns Inc. (pHisoderma) ..... XXV
	Winthrop-Stearns Inc. (Fergon) ..... LIII
	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Pénicilline proca- inique) ..... XXIX - XXX
	X-Canada Ltd. .... LXX
	X-Ray and Radium Industries Ltd. (Générateurs de Rayons X Keleket) ..... XXXV

# PAVERAL

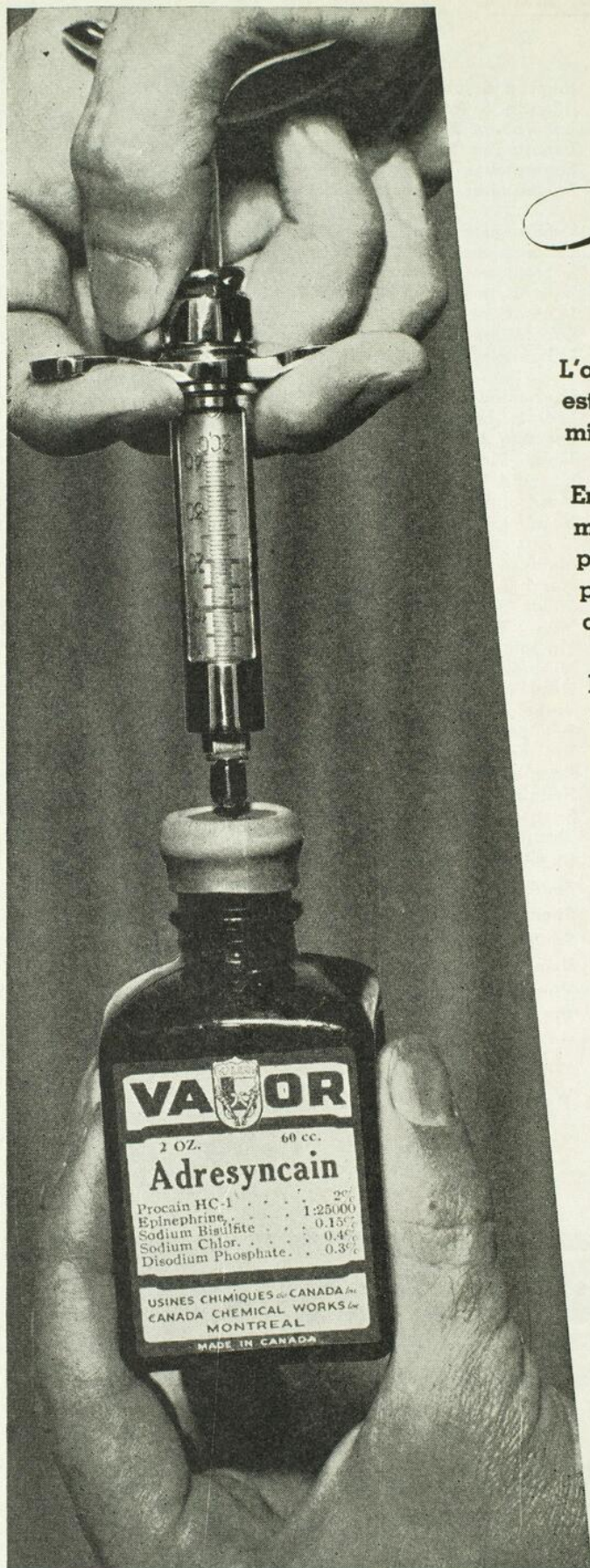
reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

## . . 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



## *Adresyncaïn*

L'association de procaine et d'épinéphrine est excellente pour nombre d'opérations mineures.

En effet, avec un degré de toxicité infiniment moindre que celui de la cocaïne, la procaine possède un pouvoir anesthésique presque aussi énergique que celui de la cocaïne.

L'addition d'épinéphrine permet, en outre, de localiser l'anesthésie au champ opératoire et d'en augmenter la durée. L'injection est indolore et l'anesthésie est obtenue presque immédiatement.

Un grand nombre d'anesthésiques ont été proposés à la profession médicale, mais Adresyncaïn demeure encore un des meilleurs à cause de sa puissance anesthésique et de sa faible toxicité.



**USINES CHIMIQUES  
DU CANADA, INC.  
MONTREAL**

## Ancienne Méthode . . .

de guérir le rachitisme au-dessus  
du tronc fendu d'un frêne

**P**ENDANT plusieurs siècles — et apparemment jusqu'à maintenant, même en ce pays, les enfants rachitiques ont été passés au-dessus du tronc fendu d'un frêne pour les guérir de leur rachitisme et, désormais, on supposait l'existence d'une certaine affinité entre l'enfant et l'arbre.

Frazer \* déclare que le mode ordinaire d'effectuer le traitement consiste à ouvrir le tronc d'un jeune frêne sur une longueur de quelques pieds et de passer l'enfant nu au-dessus de cette ouverture, soit trois fois de suite, soit trois fois ce nombre de fois successivement. Dans l'ouest de l'Angleterre, on dit que l'expérience doit être tentée au lever du soleil. Aussitôt la cérémonie terminée, l'arbre est solidement ligoté et la fissure recouverte de boue ou d'argile. La croyance veut que la guérison de l'enfant s'effectue en même temps que la cicatrisation de la fissure de l'arbre. D'autre part, si la fissure ne se referme pas, l'enfant restera difforme aussi, et si l'arbre vient à mourir, l'enfant ne survivra pas.

\*Frazer, J. G., The Golden Bough, vol. 1, New York, MacMillan & Co., 1923.



Il est intéressant de noter que ce traitement du rachitisme sur le tronc ouvert d'un frêne doit coïncider avec le lever du soleil, puisque sa lumière, nous le savons, est en elle-même un traitement spécifique naturel.

## Nouvelle Méthode . . .

### Prophylaxie et traitement du rachitisme avec L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD

**A**UJOURD'HUI, le médecin possède l'Oleum Percomorphum de Mead, préparation de vitamine D naturelle, acceptée par le Conseil sur la Pharmacie et la Chimie, réellement efficace dans la prophylaxie et le traitement du rachitisme lorsqu'on l'administre à doses exactes.

Comme tout autre médicament dans le traitement d'autres affections, de plus fortes doses peuvent être nécessaires dans les cas très graves. On peut affirmer que lorsque l'Oleum Percomorphum est administré à la dose indiquée, des résultats manifestes en résultent dans la plupart des cas de rachitisme, quelle que soit la gravité ou la durée de la maladie.

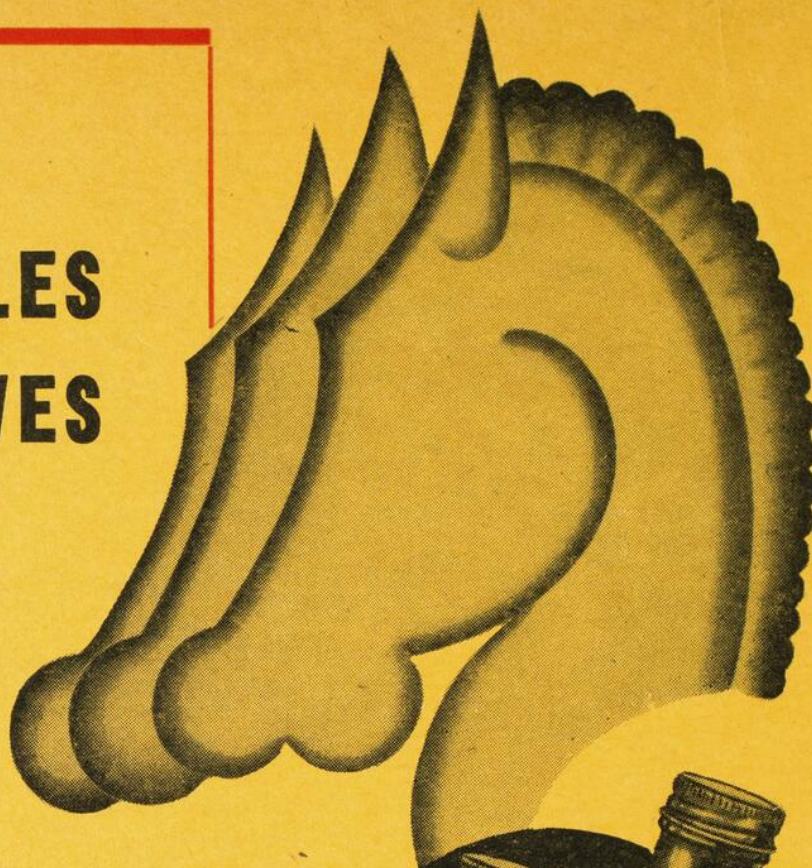
En raison de sa forte teneur en vitamines A et D, l'Oleum Percomorphum de Mead s'avère également avantageux dans les cas de carence tels que: tétanie, ostéomalacie et xérophtalmie.

ACCEPTÉ PAR LE CONSEIL SUR LA PHARMACIE ET LA CHIMIE: l'Oleum Percomorphum, associé à d'autres huiles de poissons et V. ostérol, contient 50,000 unités de vitamines A et 8,500 unités de vitamine D par gramme. Présenté en flacons de 10 c.c. et 50 c.c. et en flacons de 50 et 250 capsules.

**MEAD JOHNSON & COMPANY OF CANADA, LIMITED, BELLEVILLE, ONTARIO**

**ESTROGENES  
NATURELLES  
ACTIVES**

**PAR VOIE BUCCALE**



**OESTRILIN**

DESBERGERS

**SIMPLE**

**OU**

**avec PHÉNOBARBITAL**



**INDICATION:**

***PERTURBATIONS DE LA MÉNOPAUSE***

Posologie : Un à trois comprimés par jour.

**DESBERGERS**  
*Limitée*

BIOLOGISTES

MONTREAL

CHIMISTES

PHARMACIENS

CANADA