



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

(Fondée à Québec en 1902)

**L'Union Médicale  
du Canada**

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

**ADMINISTRATION ET SECRÉTARIAT :**

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

**XXe congrès de l'A.M.L.F.C., Montréal  
les 25, 26, 27 et 28 septembre 1950**

**PRINCE OU INDIGENT...**

Peu importe leur fortune ou leur position sociale, tous les êtres humains sont égaux devant la maladie. Prince et indigent ont le même désir — retrouver la santé. N'est pas encore né le malade qui préférerait mourir en ne payant qu'un dollar pour une ordonnance plutôt que de payer trois dollars et vivre. Il n'y a pas de demande réelle pour des médicaments de qualité inférieure. Aucun pharmacien ne peut se permettre d'exécuter des ordonnances avec des produits achetés sur simple considération de leur prix. Sa responsabilité est beaucoup trop grande. La marque Lilly symbolise tout ce qu'il y a de supérieur en fait de qualité lorsque les éléments suivants se trouvent associés: méthodes scientifiques, effort consciencieux et outillage excellent. Le respect public et le prestige professionnel en résultent.

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED



TORONTO, ONTARIO

*Lilly*

1950. La partie - compl.

# FLAXÉDIL

(3697 R. P.)

*"le relâchement musculaire obtenu en chirurgie  
par les doses de 3697 R. P. (injectées à la demande)  
peut être considéré comme excellent."\**

**DESCRIPTION:** le FLAXÉDIL [triiodoéthylate de tri-(diéthyl-amino-éthoxy) 1-2-3 benzène] est une découverte des Laboratoires Rhône-Poulenc-Spécia, de France. Le FLAXÉDIL possède des propriétés curarisantes voisines de celles des curares naturels et une marge de sécurité beaucoup plus grande.

**AVANTAGES:** activité standard constante; pas de retentissement sur l'appareil cardio-vasculaire; légère activité antihistaminique; moins de chutes de la pression sanguine; solution aqueuse, stable, miscible au thiopentone sodique; la néostigmine est un antidote efficace.

**INDICATIONS:** chirurgie abdomino-pelvienne — chirurgie thoracique et pulmonaire — interventions sous narcose intraveineuse — anesthésie endo-trachéale.

**MODE D'ADMINISTRATION:** posologie essentiellement individuelle. Injection intraveineuse "à la demande", sitôt après l'anesthésie d'induction, de 40 à 80 mg. (1 à 2 ampoules).

**PRÉSENTATION:** ampoules de 2 c.c. et flacons-ampoules de 10 et de 30 c.c. dosés à 20 mg. par c.c. Comme les autres curares, le FLAXÉDIL ne doit être employé que si l'on dispose du matériel nécessaire pour intubation trachéale, oxygénothérapie et narcose en circuit fermé.

\*LAMOUREUX, L. et BOURGEOIS-GAVARDIN, M.:

"L'Union Médicale du Canada", octobre 1949, p. 1164.

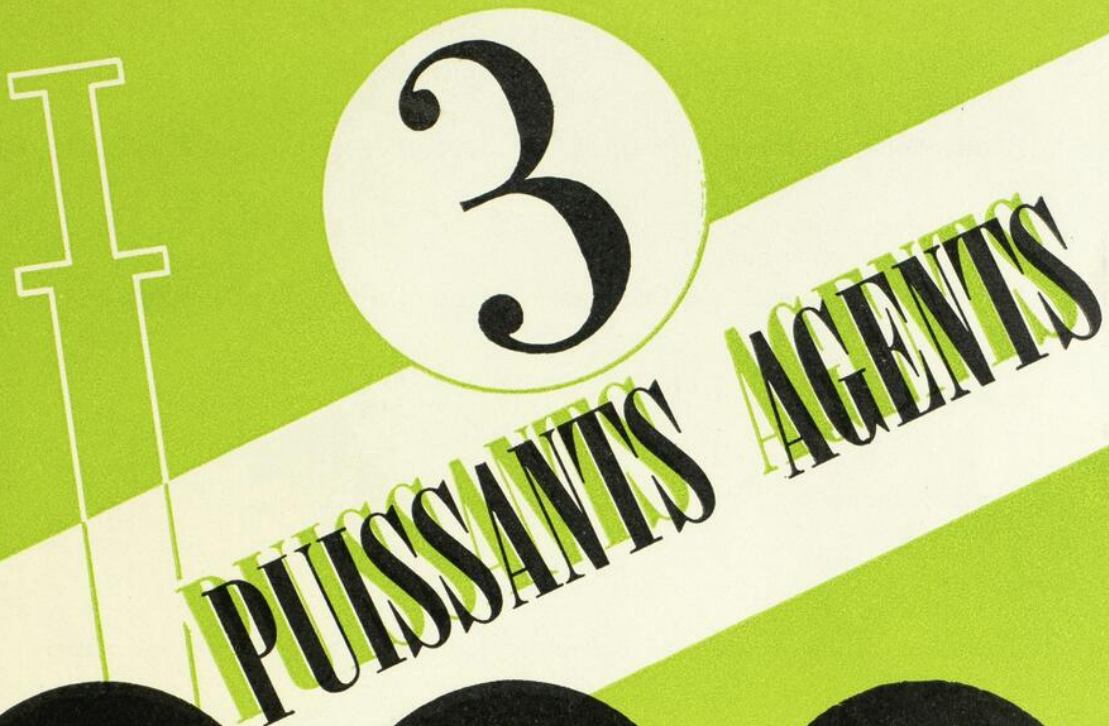
Voir aussi: "The Lancet", 3 juin 1950, p. 1043.

**POULENC**  
Limitée



**Montréal**

MAINTENANT... dans le traitement de la tuberculose



Streptomycine Merck  
Complexe  
Chlorure de Calcium

PAS  
Acide para-aminosalicylique  
Merck  
(et le sel sodique)

Dihydrostreptomycine  
(Sulfate)  
Merck



MERCK & CO. LIMITED  
*Chimistes fabricants*  
MONTRÉAL • TORONTO • VALLEYFIELD

Agents antituberculeux Merck

Streptomycine Merck  
Complexe  
Chlorure de Calcium

PAS  
Acide para-aminosalicylique  
Merck  
(et le sel sodique)

Dihydrostreptomycine  
(sulfate)  
Merck

## SOMMAIRE

### BULLETIN

Roma AMYOT  
Réalisations et projets de l'O. M. S. .... 737

W. J. McCORMICK  
La poliomyélite, maladie infectieuse ou trouble du métabolisme? . . . . 739

Edgar LÉPINE et Raymond LANGEVIN  
Luxation récidivante de l'épaule ..... 750

Jacques BLAGDON  
Considérations sur le cancer du corps utérin ..... 752

### RECUEIL DE FAITS

Roma AMYOT  
Céphalée orbito-frontale et ophtalmoplégie par anévrisme carotidien  
intracrânien ..... 756

#### INDICATIONS:

##### ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique  
Goutte  
Diabète arthritique

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

# VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

##### MALADIES DES VOIES URINAIRES

Gravelle urique et phosphatique

Une bouteille par jour comme ci-dessus.

Albuminurie des goutteux et des  
graveleux

Cystites. — Néphrites  
Artério-sclérose au début

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

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

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

chez les malades

atteints de

dépression...

La réaction au sulfate de 'Benzedrine' est souvent impressionnante. Le sulfate de 'Benzedrine' est spécialement indiqué dans les cas de dépression:

consistant en **une fatigue matinale**  
qui accompagnent **une douleur persistante**  
ayant l'aspect **de troubles organiques**  
caractérisés par **une fatigue chronique**  
qui accompagnent **la vieillesse**  
accentués par **la ménopause**  
suite **d'accouchement**  
dans **la convalescence opératoire**  
associés à **une maladie chronique**

Sulfate de Benzedrine\*

comprimés

\*Marque Déposée au Can. Pat. Off.

*Un des médicaments de base*



Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 9

## SOMMAIRE

(Suite)

Jean-Paul BOURQUE et J.-P. BRAULT  
Les hydronéphroses à symptomatologie gastro-intestinale ..... 761

Gérard LÉONARD  
Grossesse et tuberculose ..... 765

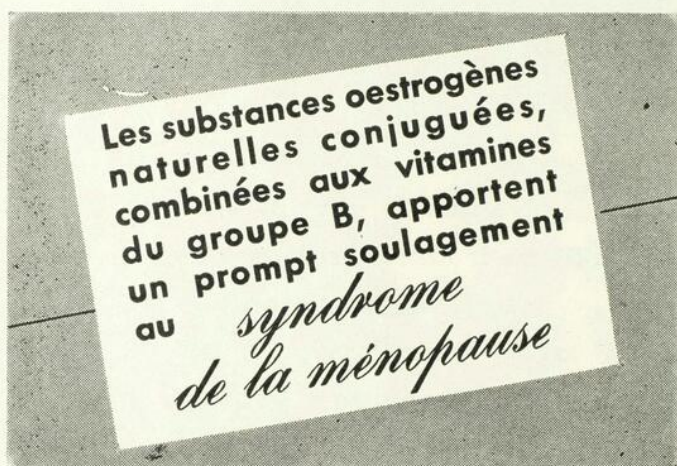
### REVUE GÉNÉRALE

Roland CLOUTIER  
Le fond de l'œil des hypertendus ..... 769

Jean-Louis LÉGER  
L'angiographie cérébrale ..... 774

### ÉDITORIAL

V. LATRAVERSE  
Valeur des médications nouvelles dans l'otite externe ..... 778



## le COMPOSÉ "QUESTRIN"

AMÉLIORE LE MÉTABOLISME DES HORMONES  
PROCURE UNE SENSATION DE BIEN-ÊTRE

L'expérience clinique\* a positivement démontré que lorsqu'il n'y a pas un apport suffisant de vitamines du groupe B, le foie ne peut opérer efficacement le métabolisme des hormones oestrogènes.

Dans le composé "Questrin", les facteurs du groupe B sont combinés avec les oestrogènes naturels, hydro-solubles, qui sont rapidement absorbés et plus complètement utilisés au cours du métabolisme.

Le composé "Questrin" est actif "per os" et rapidement efficace. Il soulage promptement les manifestations d'insuffisance oestrogénique: symptômes de la ménopause, hémorragie utérine fonctionnelle, vaginite, kraurosis de la vulve, aménorrhée, engorgement des seins après l'accouchement.

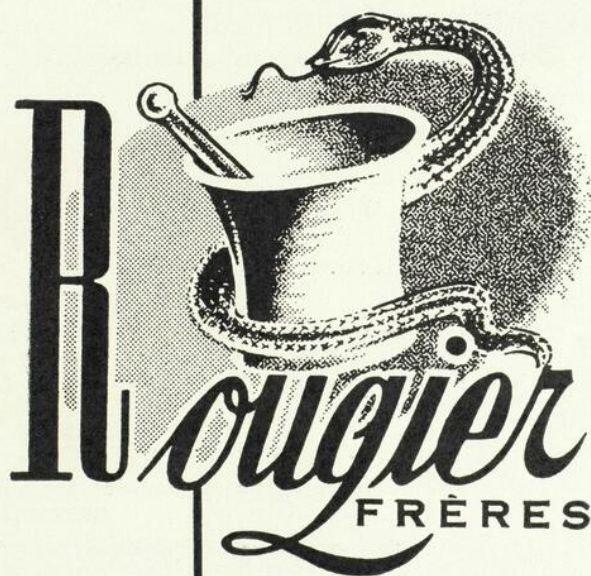
Toute documentation désirée vous sera envoyée  
sans délai.

Charles E. Frosst & Co.  
MONTREAL CANADA

### \* Sources à consulter

1. Biskind and Biskind, *Endocrinology*, 31, 109, 1942.
2. Sutton and Ashworth, *Arch. Int. Med.*, 69, 15, 1942.
3. Segaloff and Segaloff, *Endocrinology*, 34, 346, 1944.
4. Ayre, *Am. Jour. Obs. and Gyn.*, 53, 609, 1947.
5. Hertz, "Recent Progress in Hormone Research", Vol. 2, Academic Press Inc., New-York, N.Y.

AMINO-BESMIN  
COLCHICINE HOUDÉ  
DIGITALINE NATIVELLE  
DYSPNÉ-INHAL  
EUPNOGÈNE  
LIPOTROPE  
NITRINOSE  
OUABAIN ARNAUD



SPÉCIALITÉS DE PRESCRIPTION MÉDICALE

*Siège social:*

350, RUE LE MOYNE, MONTRÉAL 1.

151803

## SOMMAIRE

(Suite)

•

### HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Quelques faits au sujet des subventions fédérales d'hygiène .....	781
Ad. GROULX	
L'organisation actuelle du Service de Santé de Montréal .....	785
L.-P. CABANA	
La salubrité dans les endroits de villégiature .....	789

### VARIÉTÉS

Antonio LECOURE	
La médecine française d'hier et d'aujourd'hui au Canada .....	792
Urgel GARIÉPY	
"Mors aut vita" .....	797

### MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Jacques-N. GAGNON	
Contrôle du poids, de la diète et de l'équilibre osmotique durant la grossesse .....	808
Charles-H. TRUDEAU	
Convulsions et poussée dentaire .....	810
Roma AMYOT	
Courts extraits .....	812
• • •	
"L'Union Médicale du Canada" en 1881 .....	813
ANALYSES .....	814

#### MÉDECINE

Le pneumothorax spontané — étude de 105 cas (814). Pathologie de la "maladie vasculaire diffuse" ou maladie du collagène (814). Tumeur kystique de la région du thymus et myasthénie grave (815). Le benadryl contre les crampes nocturnes des membres inférieurs (816).

#### PHTISIOLOGIE

Réactions fébriles à l'acide para-aminosalicylique (816). Pneumonie à Friedlander (817). Le traitement médical des abcès pulmonaires aigus et chroniques (817).

#### CARDIOLOGIE

Résurrection cardiaque, défibrillation ventriculaire (817).

#### CHIRURGIE

La gastrectomie totale pour tout cancer opérable de l'estomac (818).

#### NEURO-PSYCHIATRIE

Myasthénie d'Erb-Goldflam très sévère chez une jeune fille. Enervation sinu-carotidienne bilatérale (5e cas publié). Guérison clinique en 6 mois et développement simultané d'une tumeur médiastinale (819).

#### LABORATOIRE

Valeur comparée des méthodes de culture et d'inoculation pour le diagnostic de la tuberculose (820).

SOCIÉTÉS .....	822
----------------	-----

Société de gastro-entérologie: séance du 30 mars 1950 (822). Réunion scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 24 novembre 1949 (823). L'Association des médecins canadiens en France (836). Journée médicale à Shawinigan: samedi 27 mai 1950 (837).

NÉCROLOGIE .....	840
NOUVELLES .....	841
REVUE DES LIVRES .....	856

Faits  
intéressants  
à noter

**"PAXIL"**

additionné de

**"NOCTINAL"**

**POUR LE SOULAGEMENT  
DES SPASMES**

**"PAXIL"**

- possède de bons effets anti-spasmodiques sur l'intestin, la vésicule biliaire, l'uretère, la vessie et l'utérus, tel que démontré par des expériences pratiquées *in vivo* et sur des préparations isolées;
- est relativement non toxique;
- ne cause pas de mydriase lorsque pris par voie buccale;
- ne supprime pas de façon alarmante les sécrétions salivaires.

**"PAXIL" additionné de "NOCTINAL"**  
S.C.T. N° 426 *Frosst*

PAXIL..... 50 mg.  
(marque *Frosst* d'\*adiphénine)  
NOCTINAL..... 15 mg.  
(marque *Frosst* de butabarbital N.N.R.)

**"PAXIL"**

S.C.T. N° 425 *Frosst*

PAXIL..... 75 mg.  
(marque *Frosst* d'\*adiphénine)

**POSOLOGIE**

1 ou 2 tablettes trois fois par jour.

**PRÉSENTATION**

Flacons de 30 et 100 tablettes.

\* chlorhydrate de diphénylacétyldiéthylaminoéthanol ester.

## Renseignements thérapeutiques

### "PAXIL" additionné de "NOCTINAL"

Les indications de l'emploi des drogues qui détendent les muscles lisses sont très précises. Elles comprennent:

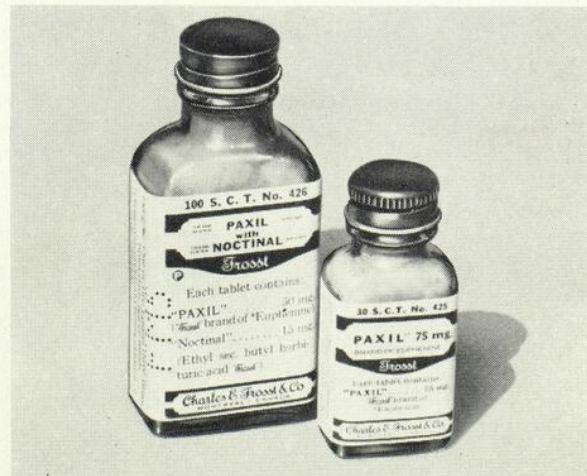
1. LA VAGOTONIE GÉNÉRALISÉE.
2. LE SPASME GASTRO-INTESTINAL ASSOCIÉ À L'ULCÈRE GASTRIQUE ET AU MAUVAIS FONCTIONNEMENT NON-SPÉCIFIQUE GASTRO-INTESTINAL.
3. LES SPASMES DE LA VÉSICULE ET DES CANAUX BILIAIRES DANS LA CHOLÉLITHIASE.
4. LE SPASME URÉTÉRAL ASSOCIÉ À L'URÉTÉROLITHIASE.
5. LE TÊNESME VÉSICAL.
6. LE SPASME UTÉRIN DANS CERTAINS CAS DE DYSMÉNORRÉE.

L'atropine, de même que d'autres alcaloïdes de la famille des solanées, ont été communément employés dans le traitement de ces cas, mais la mydriase et l'assèchement des sécrétions salivaires qui y sont associés ont stimulé la recherche et la synthèse d'autres composés qui, tout en possédant les mêmes propriétés antispasmodiques de l'atropine, ne présentent pas les risques qui l'accompagnent.

Entre autres préparations trouvées utiles, PAXIL est probablement la plus satisfaisante.

En certaines circonstances, particulièrement dans les cas de vagotonie généralisée et dans les états spasmodiques associés à l'instabilité émotionnelle, l'administration d'une faible quantité de barbiturate est à conseiller. Ce barbiturate doit avoir une durée d'action intermédiaire entre ceux d'action très rapide, tel que le pentobarbital, et ceux d'action très prolongée, tel que le phénobarbital. Le "Noctinal" (butabarbital N.N.R. *Frosst*) possède une telle action, et, combiné au "PAXIL", a des propriétés thérapeutiques très utiles.

**ADMINISTRATION ET POSOLOGIE:** Pour le relâchement des muscles lisses et le soulagement de la douleur des spasmes gastro-intestinaux, vésiculaires, vésicaux et utérins, administrer PAXIL per os à la dose de 75 à 150 mg. trois fois par jour.



**Prophylaxie et traitement des  
ACCIDENTS VASCULAIRES**  
associés à la fragilité  
augmentée des capillaires en présence  
d'HYPERTENSION, de DIABÈTE  
et d'autres affections.

# "CÉRUTIN"

Marque de rutine et de vitamine C

Les accidents vasculaires sont au nombre des complications que l'on redoute le plus en présence d'hypertension et de diabète. On a constaté, dans une forte proportion de ces cas, une augmentation de l'indice de fragilité des capillaires (Gothlin), et l'on conjecture qu'en l'occurrence il y a aussi augmentation de la tendance à l'hémorragie cérébrale et rétinienne. Obvier à cette fragilité est conséquemment un problème thérapeutique fort important.

Szent-Györgi a suggéré que les sources naturelles de la vitamine C étaient associées à une substance qui maintenait la résistance normale des capillaires, et a isolé un "complexe" qui, en effet, amenda des cas d'augmentation de la fragilité des capillaires, provoqués expérimentalement. L'épuration de ce complexe produisit deux composés cristallisés, l'hésperidine et l'ériodictyol, dont l'activité fut trouvée douteuse, et l'on doit présumer que cette activité physiologique était probablement attribuable à la présence d'un autre composé dans ce complexe. On croit aujourd'hui que ce composé est la rutine, un glucoside dont la source commerciale est le sarrasin.

Durant les trois dernières années on a étudié intensivement la rutine au triple point de vue chimique, pharmacologique et clinique. Apparemment, la rutine n'est pas toxique et son administration continue et en fortes doses, aux animaux utilisés expérimentalement, n'est suivie d'aucune réaction. Chez l'homme, l'on n'a constaté aucune toxicité à la suite de son administration ininterrompue et prolongée; le principal effet physiologique observé chez l'homme est le retour à la normale des capillaires anormalement fragiles.

L'emploi clinique de la rutine s'appuie sur cette propriété qu'elle possède de diminuer la fragilité des capillaires dans certains états hémorragiques où l'on est en présence de perméabilité et de fragilité des capillaires. Le rapport préliminaire traitait de 255 cas qui présentaient, d'après la mensuration de Gothlin, une augmentation de cette fragilité. Une dose quotidienne de 60 à 120 mg. de rutine fut administrée à ces malades. Il a fallu plus de 60 mg. à 29 sujets seulement. Le seul phénomène consécutif fâcheux fut la réaction anaphylactique d'un malade que l'on savait allergique au sarrasin. Sur ces 255 cas, 173 continuèrent d'être observés et c'est à ceux-là que se rapportent les chiffres ci-dessous. En certains cas, cette étude a duré deux ans et demi.

Un amendement des symptômes, bien défini, fut observé chez quelques-uns de ces malades. 72 des cas étudiés (42 p.c.) ne présentèrent pas de symptômes initiaux; 51 accusèrent une amélioration bien définie, 23 (13 p.c.) une amélioration probable, tandis qu'il n'y eut pas d'amélioration perceptible chez 27 (15 p.c.).

Certains communiqués affirment que la rutine enrayer les progrès de la rétinopathie diabétique; d'autres ne confirment pas ces observations. Ainsi, dans un groupe de 50 cas, un seul fut réfractaire à la rutinothérapie. On a obtenu des résultats analogues dans un autre groupe de 5. Un troisième groupe ne présentait aucun résultat qui pût justifier la théorie voulant que l'administration de la rutine représente une certaine protection contre le développement de la rétinopathie diabétique.

Nous insistons sur le fait qu'il faut continuer d'administrer la rutine même après le retour à la normale de la fragilité des capillaires. Des rechutes ont été observées après cessation de la médication, sans récurrence après sa reprise. Certains sont d'opinion que la rutine est beaucoup moins efficace en présence d'une avitaminose C concomitante; on conseille donc de veiller à ce que le malade obtienne cette vitamine C en quantités suffisantes.

## "CÉRUTIN"

C.T. N° 388 "Frosst"

Rutine.....	20 mg.
Vitamine C.....	25 mg.

**POSOLOGIE:** 1 comprimé trois fois par jour.

**PRÉSENTATION:** Flacons de 40 et de 100 comprimés.

## "CÉRUTIN" R60

C.T. N° 389 "Frosst"

Rutine.....	60 mg.
Vitamine C.....	120 mg.

**POSOLOGIE:** 1 comprimé trois fois par jour.

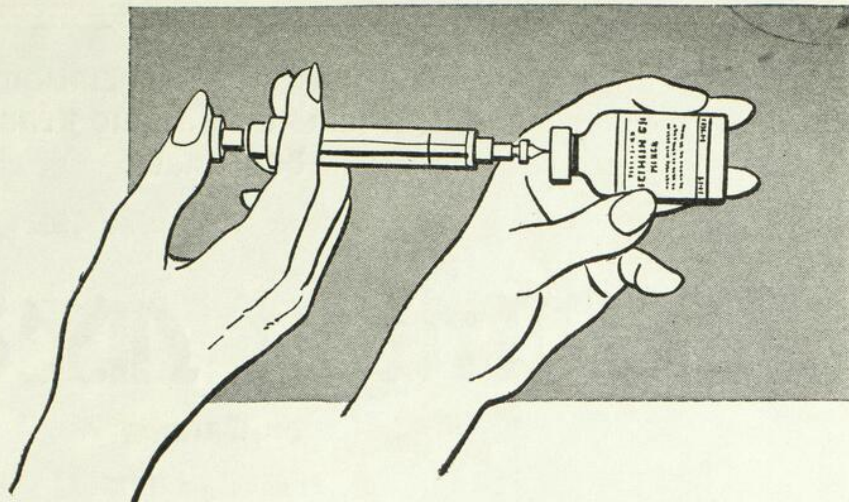
**PRÉSENTATION:** Flacons de 40 et de 100 comprimés.

### Sources à consulter

1. "Effect of rutin on increased capillary fragility in man." Griffith, Couch and Lindauer, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 55: 228, 1944.
2. "Rutin: A new drug for the treatment of increased capillary fragility." Shanno, Am. J. Med. Sci., 211: 539, 1946.
3. "The Chemistry and Therapeutic Use of Rutin." Couch, Krewson, Naghski and Copley, Eastern Regional Research Laboratory, Philadelphia.
4. "Capillary fragility studies in diabetes mellitus and the use of rutin in diabetic retinitis." Barnes, Am. J. Med. Sc., 219: 368, avril 1950.



**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTRÉAL CANADA



POUR  
*obtenir un effet thérapeutique rapide*



**L**a pénicilline G sodique cristallisée Merck, en raison de sa prompt absorption après injection de la solution aqueuse, produit un effet thérapeutique rapide. Il est sans conteste que cette forme de pénicilline est indiquée dans les cas d'infections foudroyantes graves, où l'effet rapide du médicament est de la plus grande importance.

D'une pureté parfaite — elle convient à toutes les voies d'administration — et elle est d'un emploi très facile.

Documentation sur demande.



**MERCK & CO. LIMITED**

*Chimistes Fabricants*

MONTREAL • TORONTO

VALLEYFIELD

**Pénicilline G Sodique  
 Cristallisée Merck**

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872

●  
**DIRECTION SCIENTIFIQUE**

**MEMBRES D'HONNEUR**

Messieurs les Professeurs:

Maurice Roch (Genève),

Pasteur Vallery-Radot (Paris);

Edmond Dubé, doyen

Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Charles Vézina, doyen

Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

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

**Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE**

**BUREAU DE DIRECTION**

MM. R. Amyot, P.-R. Archambault, Albert Bertrand, Roméo Boucher, Paul Bourgeois, 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.

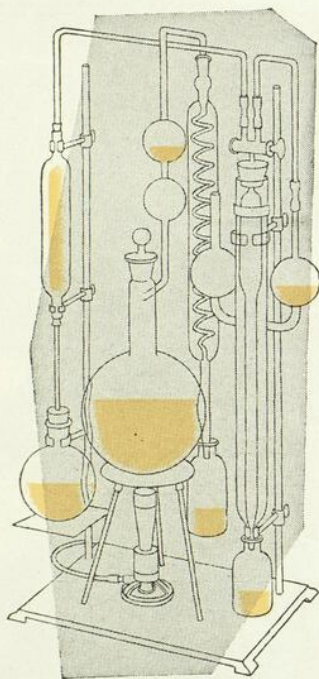
**BUREAU DE COLLABORATION**

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

# AURÉO- MYCIN

## L'AURÉOMYCINE

*dans les  
infections post-chirurgicales  
et autres états infectieux*



De plus en plus, les chirurgiens en viennent à la conclusion que l'emploi pré- et post-opératoire de l'Auréomycine est une sage mesure de précaution contre tout risque d'infection. Ceci s'applique particulièrement aux cas d'infection du péritoine.

D'autre part, l'Auréomycine s'est révélée efficace dans le traitement des infections suivantes: la fièvre africaine par morsure de tique, l'amibiase aiguë, les infections oculaires à bactéries ou à germes de la nature du virus, la septicémie bactéroïde, la fièvre boutonneuse, la brucellose aiguë, les infections dues à des germes à Gram-positif (y compris celles dues aux streptocoques, staphylocoques et pneumocoques), les infections dues à des germes à Gram-négatif (y compris celles du groupe *coli-aerogenes*), la lymphogranulomatose inguinale sub-aiguë, les infections à *H. influenzae*, la pneumonie atypique primaire, la psittacose (fièvre des perroquets), la fièvre Q (fièvre du Queensland), la vérole à rickettsies, la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, les endocardites chroniques malignes réfractaires à la pénicilline, la tularémie et le typhus.

### PRÉSENTATION:

**Capsules:** Flacons de 25 capsules à 50 mg.  
Flacons de 16 capsules à 250 mg.

**Forme ophtalmique:** Fiole de 25 mg. avec compte-gouttes; solution à préparer par addition de 5 cc. d'eau distillée.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION, NORTH AMERICAN CYANAMID LIMITED

7335, boulevard Saint-Laurent, Montréal 14, P.Q.

---

---

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale

du Canada

## ADMINISTRATION

### OFFICIERS

Président: Gustave Lacasse

Vice-président: L. Gérin-Lajoie

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

### COMITÉ EXÉCUTIF

MM. Gustave Lacasse, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion, Léon Gérin-Lajoie.

### COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

### CORRESPONDANTS

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

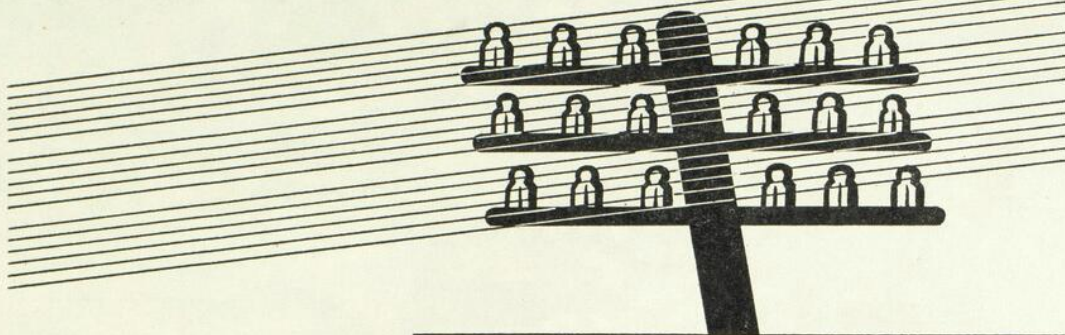
Le Président, le Rédacteur en chef et le Secrétaire-trésorier sont, "ex-officio",  
membres de tous les comités.

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

---

---

## UNE MÉDICATION D'URGENCE DES CRISES



**TRINITRINE, SCILLE,  
PHÉNYLETHYLMALONYLURÉE**

**CRISES** d'Angor, d'Hy-  
pertension paroxystique,  
de Tachycardie paroxysti-  
que, d'Asthme, d'Aérogas-  
trie, d'Aérocologie, des Faux  
Cardiaques, le Hoquet, les  
Quintes de Toux.

Les dragées de  
**SCILLITRINE**  
renfermant un noyau  
mou l'absorption a lieu  
instantanément à  
travers la muqueuse  
buccale et l'action est  
immédiate lorsqu'on  
les croque lentement.



# Scillitrine

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE  
MONTRÉAL, P.Q.

# OFFICIERS

DE

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

Fondée à Québec en 1902

### DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

**R.-E. VALIN,**

165 est, rue Laurier, Ottawa.

### DIRECTEUR GÉNÉRAL

**Donatien MARION,**

326 est, boul. Saint-Joseph,  
Montréal.

### SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

**Hermile TRUDEL,**

1990 est, rue Rachel,  
Montréal.

### EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

**Donatien MARION,** Montréal.

**Hermile TRUDEL,** Montréal.

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

**J.-A. VIDAL,** Montréal.

**J.-B. JOBIN,** Québec.

**Pierre SMITH,** Montréal.

### COMITÉ DU XX<sup>e</sup> CONGRÈS

**J.-A. VIDAL,** président.

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

**Pierre SMITH,** secrétaire,  
300, Carré Saint-Louis,  
Montréal.

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

### ANCIENS PRÉSIDENTS

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

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

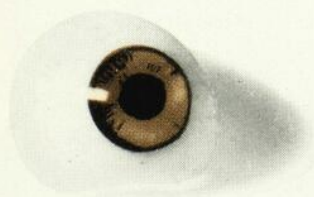
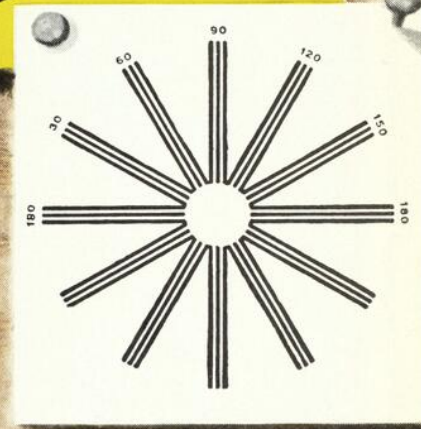
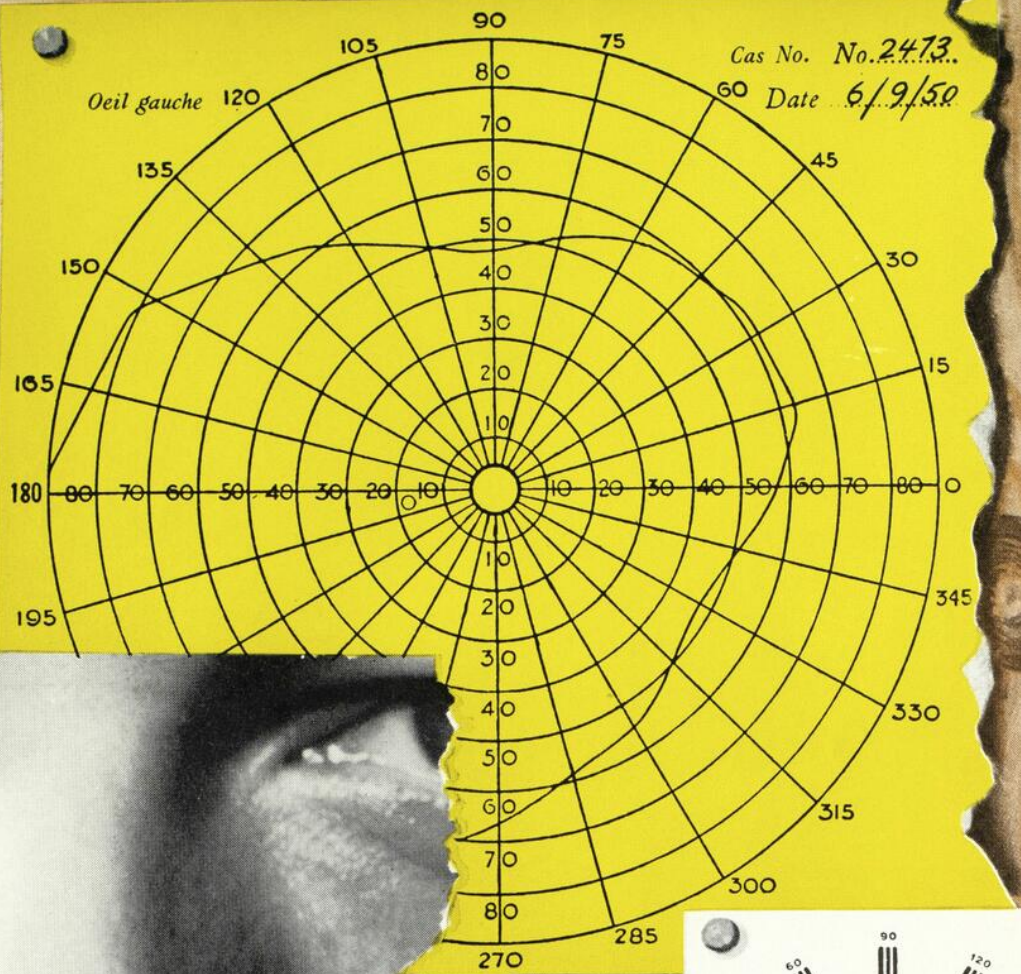
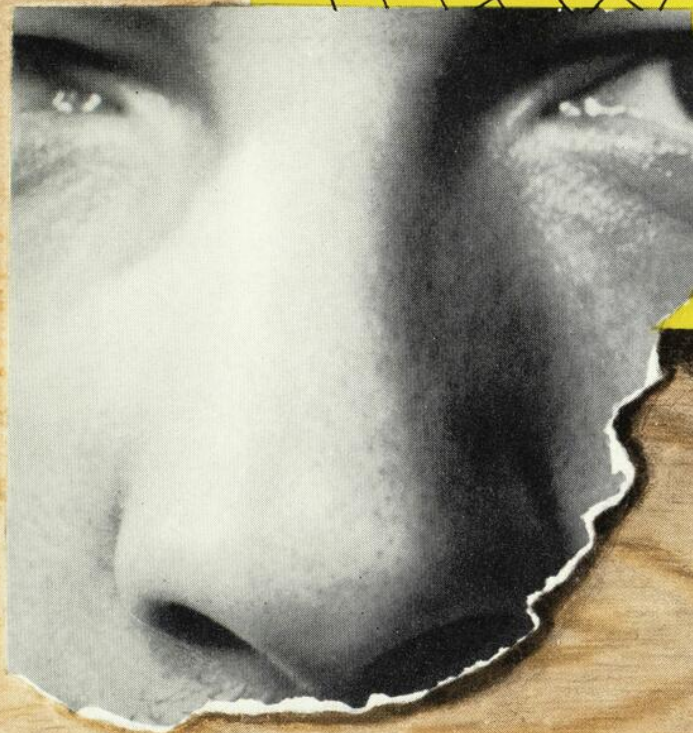
**J.-A. JARRY,**

**Charles VEZINA,**  
**A.-L. RICHARD.**

### MEMBRES DU CONSEIL

<p><b>AMYOT,</b> Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1950</p> <p><b>ARCHAMBAULT,</b> Gérard, 75, boul. St-Joseph, Saint-Jean, P. Q. .... 1952</p> <p><b>BAILLY,</b> Roland, Saint-Pie de Bagot, P. Q. .... 1952</p> <p><b>BEAUCHEMIN,</b> L.-O., Calgary, Alberta ..... 1950</p> <p><b>BELIVEAU,</b> Pierre, Méthégan, N.-E. .... 1952</p> <p><b>BIBAUD,</b> Barthélémi, Valleyfield, P. Q. .... 1952</p> <p><b>BLAIN,</b> Emile, 444 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1952</p> <p><b>BLANCHET,</b> Roméo, 54, avenue Laurier, Québec .... 1952</p> <p><b>BONIN,</b> Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal .... 1950</p> <p><b>BROUSSEAU,</b> L.-Philippe, Malartic, P. Q. .... 1950</p> <p><b>CARON,</b> Sylvio, Mastai, Québec. .... 1952</p> <p><b>CHOLETTE,</b> A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1950</p> <p><b>COUTURIER,</b> Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. .... 1050</p> <p><b>DANDURAND,</b> René, 847, rue Cherrier, Montréal .... 1952</p> <p><b>D'ARGENCOURT,</b> Guy, Drummondville, P. Q. .... 1950</p> <p><b>DECARIE,</b> Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1952</p> <p><b>DESMEULES,</b> Roland, 167, Grande-Allée, Québec .... 1952</p> <p><b>DOMINGUE,</b> Albert, Granby, P. Q. .... 1952</p> <p><b>DUBE,</b> Edmond, 6055, rue Saint-Denis, Montréal .... 1950</p> <p><b>GAUTHIER,</b> C.-A., 53 1/2, rue Saint-Louis, Québec .... 1950</p> <p><b>GAUTHIER,</b> Henri-E., Woonsocket, R. I. .... 1950</p>	<p><b>JOANNETTE,</b> Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1952</p> <p><b>LECOURS,</b> J.-A., 538, avenue King Edward, Ottawa .. 1952</p> <p><b>LEMIEUX,</b> J.-R., 17, rue Sainte-Ursule, Québec .... 1952</p> <p><b>MANSEAU,</b> Georges, 1, rue Labrie, St-Eustache, Comté Deux-Montagnes, P. Q. .... 1952</p> <p><b>MERCILLE,</b> Jean, 316, Parc C.-Étienne-Cartier, Montréal 1952</p> <p><b>MICHAUD,</b> R., 170 est, rue Laurier, Ottawa .... 1950</p> <p><b>MILOT,</b> J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. .. 1952</p> <p><b>MORRISSETTE,</b> Pierre, Saint-Georges, Beauce, P. Q. .... 1952</p> <p><b>PELLETIER,</b> A., Winchendon, Mass. .... 1950</p> <p><b>PERRAS,</b> J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. .. 1952</p> <p><b>PERRON,</b> Jos., Shawinigan Falls, P. Q. .... 1950</p> <p><b>PIETTE,</b> Edmond, Joliette, P. Q. .... 1950</p> <p><b>POWERS,</b> A., 11, rue Front, Hull, P. Q. .... 1950</p> <p><b>RIOUX,</b> J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. .... 1950</p> <p><b>ROULEAU,</b> J.-Maurice, St-Grégoire, Cté Nicolet, P. Q. ... 1952</p> <p><b>SORMANY,</b> Albert, Edmundston, N.-B. .... 1950</p> <p><b>TANGUAY,</b> Rodolphe, Sudbury, Ont. .... 1950</p> <p><b>TETRAULT,</b> Adélar, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. 1950</p> <p><b>THIBAUT,</b> Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1950</p> <p><b>VIAU,</b> Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. .... 1950</p>
--	--

**DANS**  
*L'oeil...*  
**ET DANS LE**  
*nez*



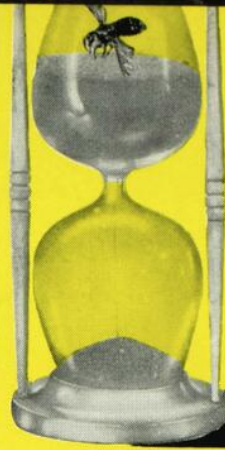
*Appliquée directement* dans le nez ou dans les yeux, foyers principaux des symptômes allergiques saisonniers, l'ANTISTINE-PRIVINE\* apporte un soulagement rapide et prolongé. Trois à quatre gouttes, suivant le besoin, dans le nez ou une goutte dans le cul-de-sac conjonctival provoquent une décongestion marquée de la muqueuse, et l'effet en est rapide, intense et prolongé.

L'efficacité de l'ANTISTINE-PRIVINE dans la Fièvre des foins et autres allergies saisonnières est la résultante de l'action synergétique de ses deux principaux composés. L'ANTISTINE, un antihistaminique puissant, et la PRIVINE, bien connue pour ses propriétés vasoconstrictives, se complètent si bien l'un l'autre que des quantités minima\*\* produisent des résultats maxima sans irritation et en toute sûreté.

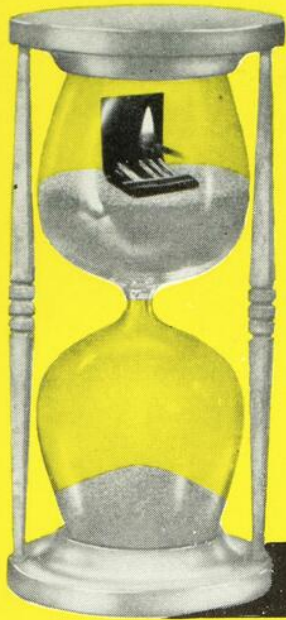
**ANTISTINE • PRIVINE\***

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE MONTRÉAL

Pour un  
**SOULAGEMENT**  
*prolongé*



des piqûres d'insectes



des brûlures



de l'herbe à puce



des brûlures de soleil

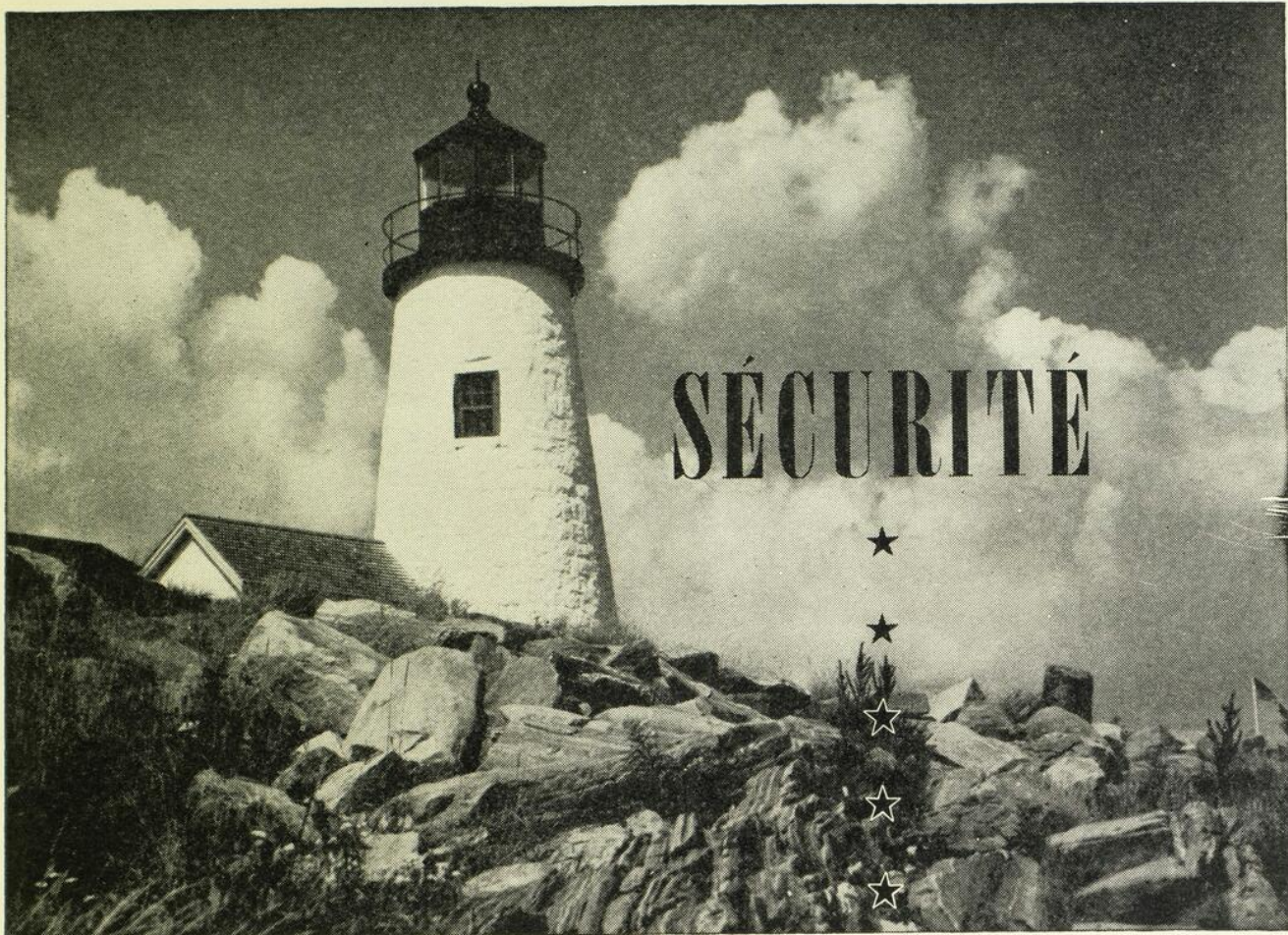
\*ONGUENT DE  
DIBUCAINE CIBA

**N**upercainal\*

COMPAGNIE

**Ciba**

LIMITÉE MONTREAL



Administré à doses thérapeutiques, le Pyridium est très peu toxique. On peut l'employer sans danger aux doses recommandées pendant toute la durée du traitement de la plupart des cas d'infections génito-urinaires non compliqués.

L'administration orale du Pyridium, à raison de 2 comprimés t. i. d. est bien tolérée, et apporte un soulagement rapide aux symptômes urinaires douloureux dans un pourcentage élevé de cas.

L'administration orale du Pyridium produit un effet analgésique sur la muqueuse des voies urinaires. Cette action contribue au soulagement rapide et efficace, si agréable aux malades affligés de symptômes urinaires douloureux.

Documentation sur demande.

une qualité  
importante  
du  
**PYRIDIDIUM<sup>®</sup>**

**PYRIDIDIUM<sup>®</sup>**

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

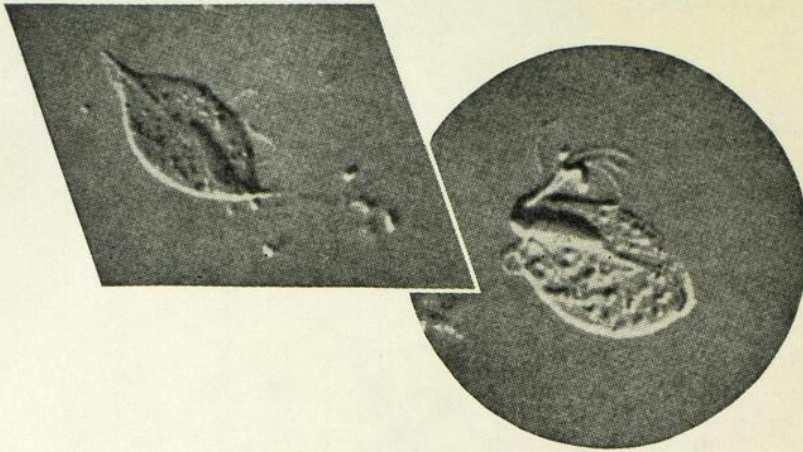
**MERCK & CO., LIMITED**

*Fabricants chimistes*

MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD



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



## vaginite à trichomonas

Soulagement rapide et moins  
de danger de récurrence

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

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

# DEVEGAN

Marque de commerce enregistrée

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



*Winthrop-Stearns* INC.

NEW YORK 13, N. Y. WINDSOR, ONT.

443 Sandwich Street, West Windsor, Ontario.

# Prolongement de l'Activité dans

**Angine de Poitrine,  
Thrombose des Coronaires,  
Sclérose des Coronaires,  
Décompensation  
Cardiaque,  
Asthme Cardiaque  
et Bronchique,  
Status  
Asthmaticus**

assuré par son action  
Vaso-dilatatrice et Diurétique.

## COROPHYLLIN (Aminophylline M&M)

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



**Mowatt & Moore Ltd**  
PRODUITS PHARMACEUTIQUES  
DE CHOIX  
MONTREAL

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

LES SUPPOSITOIRES SONT:—

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

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

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

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

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

CALME ET APAISEMENT PSYCHIQUE  
résultent toujours de l'administration du

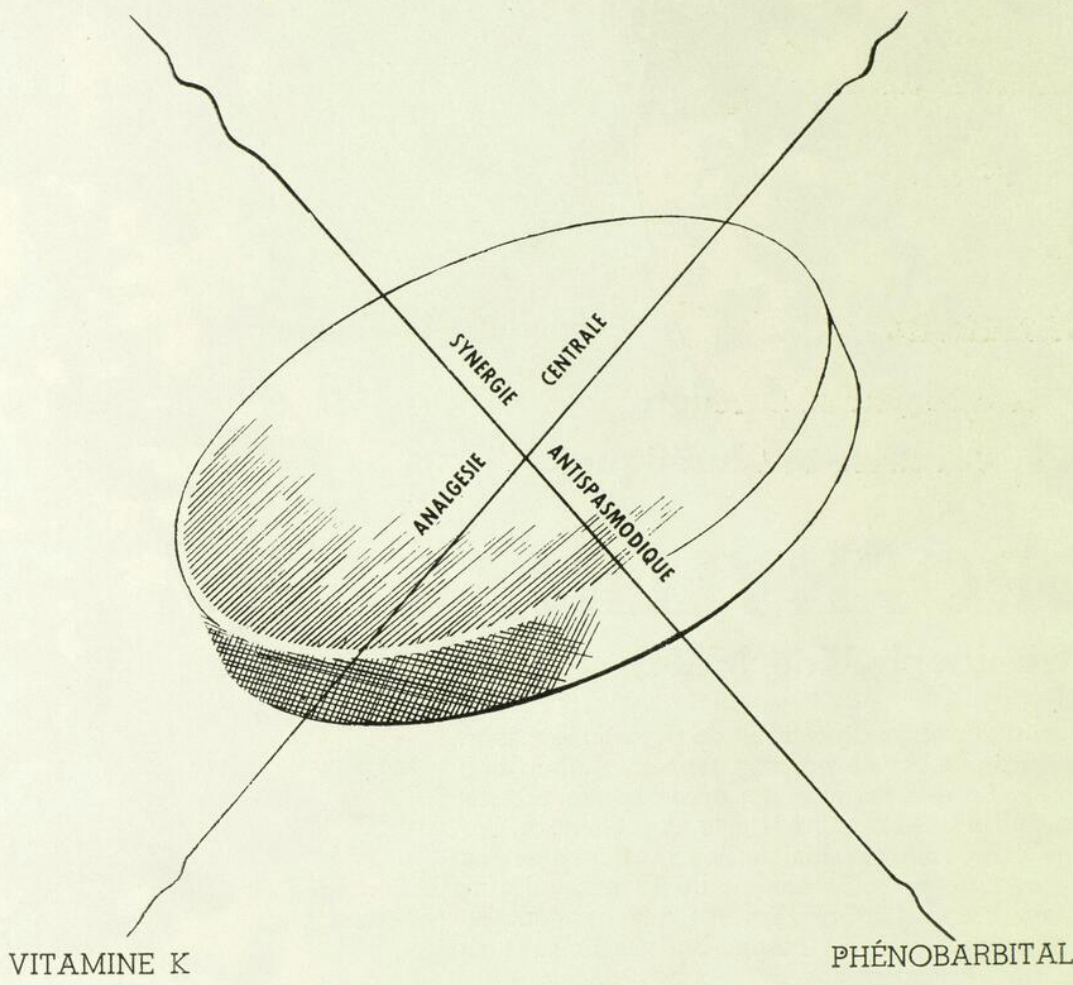
# NEUROPHEN

le médicament par excellence du

## SPASME et de la DOULEUR

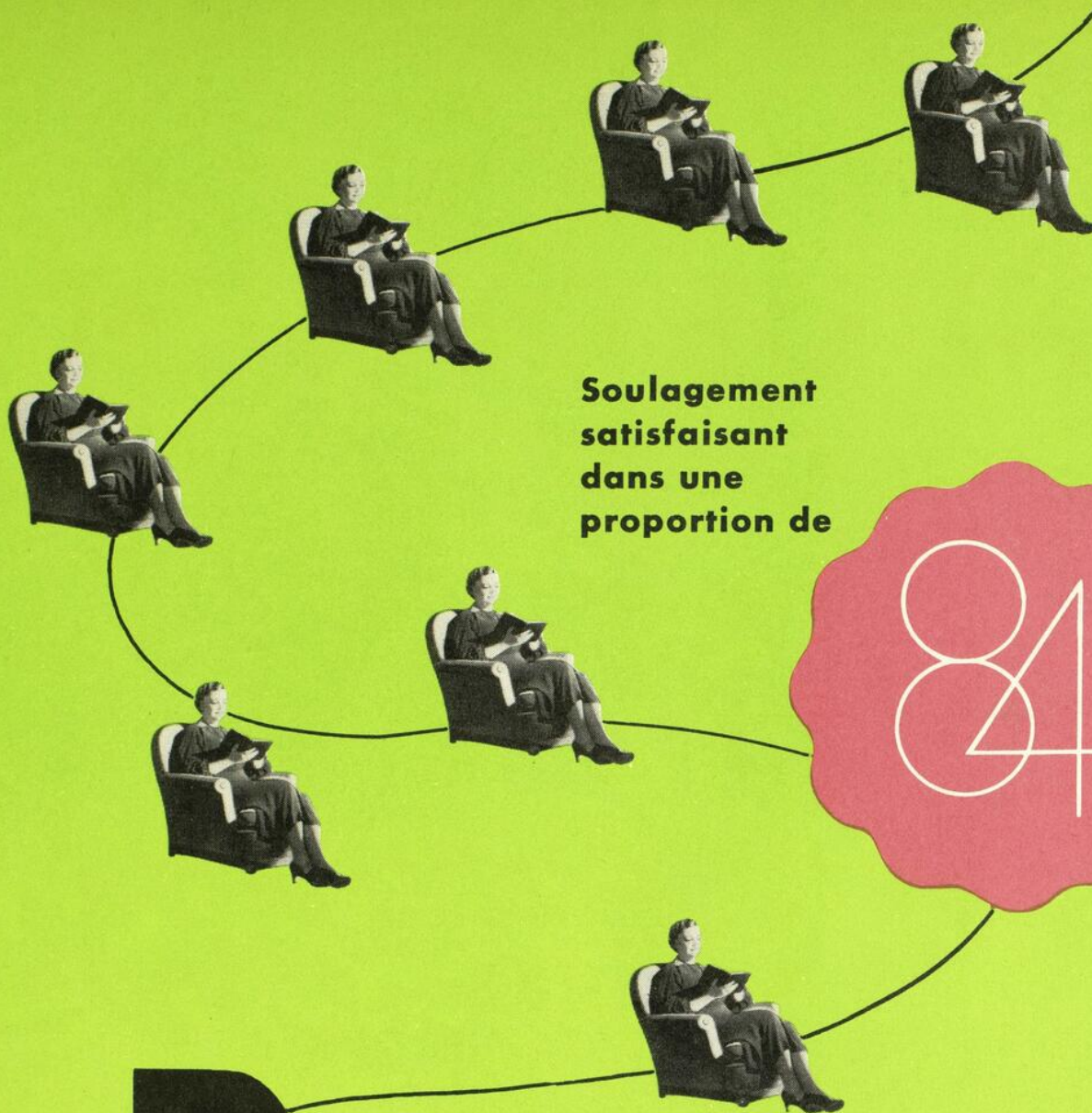
NOVATROPINE

AC. ACÉTYLSALICYLIQUE



- Novatropine ..... 1 mg.
  - Phénobarbital ..... 20 mg.
  - Ac. acétylsalicylique ..... 150 mg.
  - Ménadione (vit. K.) ..... 0.25 mg.
- par comprimé

**LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.**  
178 est, rue Jean-Talon, Montréal 10



**Soulagement  
satisfaisant  
dans une  
proportion de**

**84%**

# "Prémarine"

*dans la ménopause*

*Ce haut pourcentage d'efficacité est fondé sur les comptes rendus de:*

- Freed, S. C., Eisin, W. M. et Greenhill, J. P.: J. Clin. Endocrinol. 3:89 (fév.) 1943.
- Fried, P. H. et Hair, Q.: J. Clin. Endocrinol. 3:512 (sept.) 1943.
- Glass, S. J. et Rosenblum, G.: J. Clin. Endocrinol. 3:95 (fév.) 1943.
- Gray, L. A.: J. Clin. Endocrinol. 3:92 (fév.) 1943.
- Harding, F. E.: West. J. Surg. Obst. & Gynec. 52:31 (janv.) 1944.
- Perloff, W. H.: Am. J. Obst. & Gynec. 58:684 (oct.) 1949.
- Severinghaus, E. L. et St. John, R.: J. Clin. Endocrinol. 3:98 (fév.) 1943.

La "Prémarine", à base de substances oestrogènes conjuguées (équines), est présentée sous forme de comprimés dosés à 0.3 mg., 0.625 mg. (simple ou avec 1/2 grain de phénobarbital), 1.25 mg. et 2.5 mg. et en liquide à 0.625 mg. par cuillerée à thé.

S'ajoutent à la gamme des préparations endocrines Ayerst: "A.P.L." (gonadotrophine choriale), PROGESTÉRONE et TESTOSTÉRONE sous différentes formes et à différents dosages.

**25<sup>e</sup>**

**Ayerst**

**ANNIVERSAIRE**

concentré - No 926

liquide - No 923

avec fer et foie - No 816

injectable (solution) - No 491

avec vitamine C fortis - No 817

B

Béminal<sup>®</sup>

contient les  
FACTEURS  
VITAMINIQUES B

- à plusieurs dosages
- sous diverses formes
- en différentes combinaisons
- pour traiter **toutes** les avitaminoses B

injectable fortis (poudre)  
No 495

composé - No 924

granulés - No 925

comprimés - No 815

injectable fortis avec  
vitamine C (poudre) - No 496

Ayerst, McKenna &amp; Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens

Montréal, Canada

25<sup>e</sup>

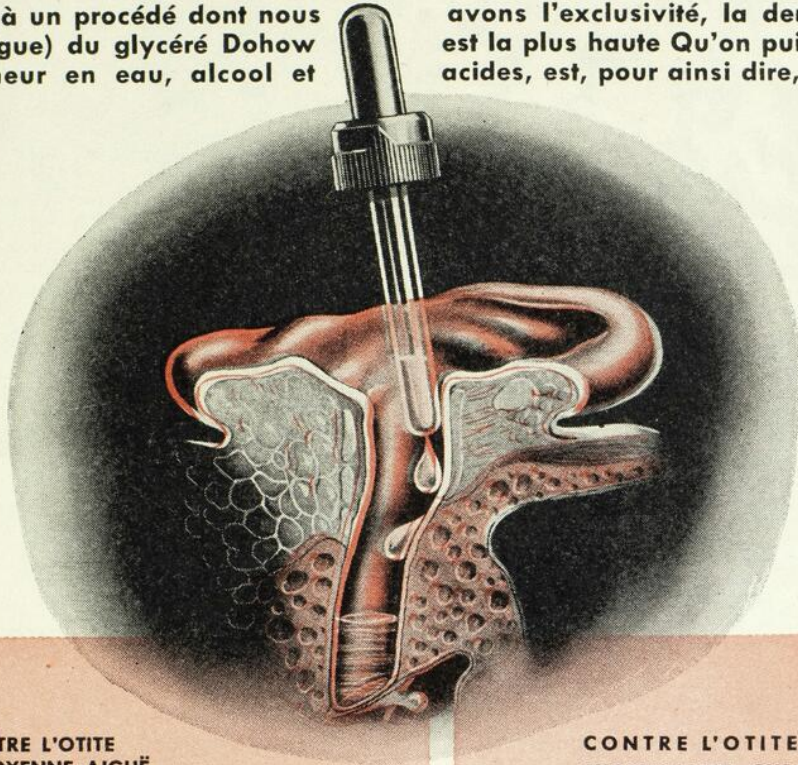
Ayerst

ANNIVERSAIRE

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

Grâce à un procédé dont nous  
spécifiquons (la plus haute densité  
qui puisse être obtenue) du glycérol  
Dohow sa teneur en eau, alcool et

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



CONTRE L'OTITE  
MOYENNE AIGÜE

ENLÈVEMENT DES CONCRÉTIONS  
CÉRUMINEUSES

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

OTOPATHIES ASSOCIÉES AUX MALADIES  
CONTAGIEUSES

SERVEZ-  
VOUS

*d'Auralgan*

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

FORMULE:

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

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

SERVEZ-  
VOUS

**d'O-TOS-MO-SAN**

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

FORMULE:

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

Documentation et échantillons envoyés à la demande de MM. les médecins.

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

Montréal

New York-13

Londres



**1 un soulagement plus rapide avec**  
**2 une meilleure tolérance gastrique**

**BUFFERIN**, le nouvel analgésique antiacide de Bristol-Myers, soulage plus rapidement la douleur que l'acide acétylsalicylique seul parce qu'il est plus vite absorbé dans le courant sanguin. Des essais cliniques ont démontré que 10 minutes seulement après l'ingestion de **BUFFERIN**, les niveaux sanguins de salicylate sont approximativement 20% plus élevés que 20 minutes après l'ingestion d'acide acétylsalicylique seul.

**BUFFERIN** est mieux toléré, particulièrement chez les patients qui ont déjà subi des embarras gastriques occasionnés par l'acide acétylsalicylique seul.

**INDICATIONS:** — Pour le soulagement des céphalées et névralgies simples, des douleurs musculaires et des malaises éprouvés au cours de la grippe, des rhumes, des infections légères, et *particulièrement* pour ces cas de rhumatisme et d'arthritisme qui exigent une salicylothérapie intensive et prolongée.

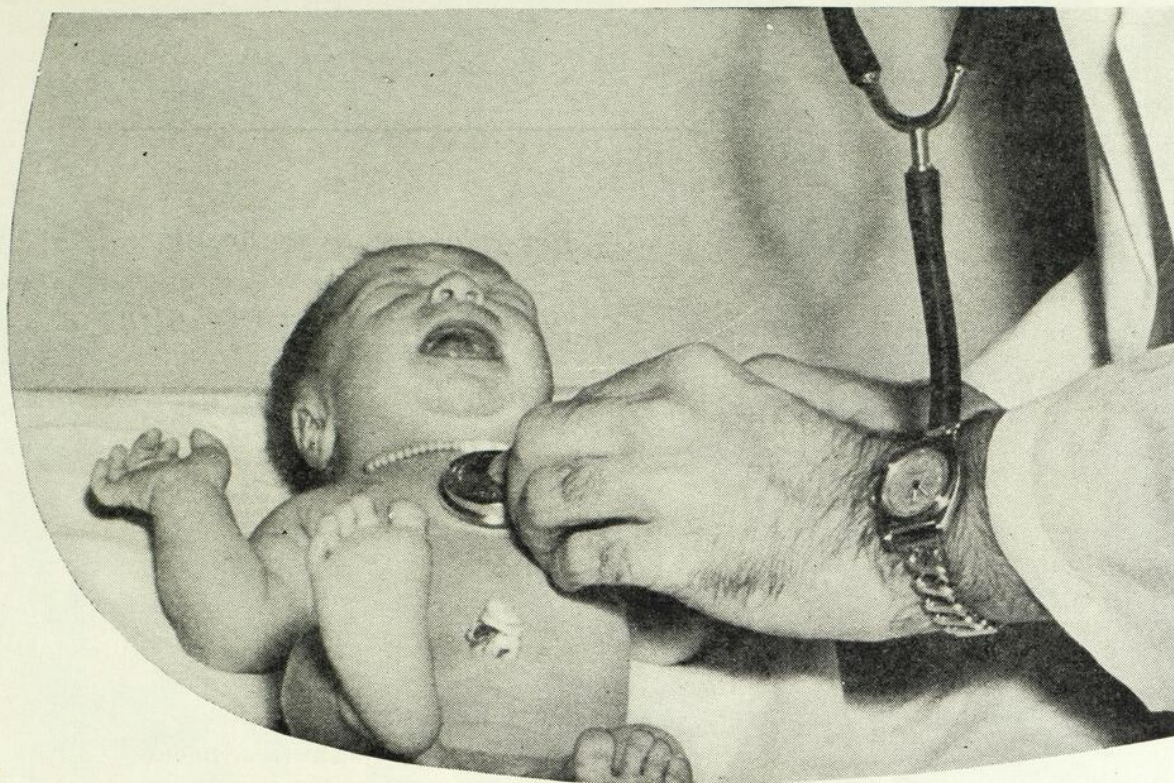
**BUFFERIN** ne contient pas de sodium. On peut le prescrire sans crainte aux malades astreints à un régime exempt de sodium.

Un comprimé de **BUFFERIN** associe 5 grains d'acide acétylsalicylique à des proportions optima de carbonate de magnésium et de glycinate d'aluminium.

**BUFFERIN** est offert en fioles de 15 et de 45 comprimés. Échantillons gratuits et documentation descriptive sur demande.

Un produit de **BRISTOL-MYERS** — 3035 rue St-Antoine, Montréal 30, P.Q.

Fabricants du laxatif Sal Hepatica



## Quand la vie se compte en jours

Ce ne sont ni des années, ni des mois, mais des jours, qui mesurent la vie du nouveau-né. C'est au cours des premiers trente jours, quand la mortalité infantile est la plus élevée, qu'il faut s'efforcer de réduire au minimum les dangers qui menacent son existence. A cette période critique, un bon début dans l'alimentation est d'importance vitale.

Le 'Dexin' a fait la preuve de sa valeur comme "premier hydrate de carbone". En raison de sa richesse en dextrine, 'Dexin' (1) ne se prête pas à la fermentation par les microorganismes habituels de l'intestin; (2) tend à réduire au minimum la production de gaz intestinaux avec distension abdominale et diarrhée; (3) favorise la formation de grumeaux mous, floconneux, se digérant avec facilité. Rapidement préparé avec du lait chaud ou froid, le 'Dexin', riche en hydrates de carbone dextriniques, possède une saveur agréable qui n'est pas trop sucrée. Le 'Dexin' est différent.

# 'Dexin'

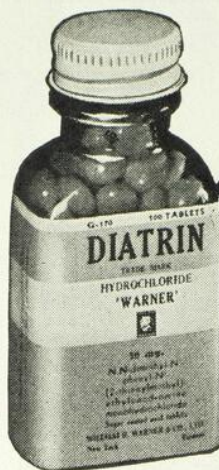
MARQUE DE FABRIQUE

RICHE EN HYDRATES DE CARBONE DEXTRINIQUES

Composition : Dextrine 75% • Maltose 24% • Cendres minérales 0.25% • Eau 0.75% • Hydrate de carbone disponible 99% • 115 calories par once (environ 30 grammes) • 6 cuillères à entremets rases représentent 30 grammes • Boîtes de douze onces (environ 340 g.) et de trois livres (environ 1 kg. 360).



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



*Les travaux de recherches de  
Warner ont eu pour résultat la  
mise au point d'un produit de choix  
le Chlorhydrate de Diatrin\**

*Efficacité...*

Le chlorhydrate de Diatrin\* 'Warner' offre aux médecins un moyen efficace pour soulager rapidement les symptômes allergiques occasionnés par la libération d'histamine dans les tissus.

*Minimum d'effets secondaires...*

Les réactions secondaires désagréables telles que: somnolence, léthargie, vertiges, nausées et vomissements sont rarement observées après l'administration du chlorhydrate de Diatrin.

*Faible toxicité...*

Des études effectuées sur la toxicité de certains produits ont démontré que le chlorhydrate de Diatrin est la moitié à trois fois environ moins toxique que d'autres substances antihistaminiques. Votre pharmacien possède un stock suffisant de chlorhydrate de Diatrin pour lui permettre de remplir vos ordonnances rapidement et économiquement. On peut se procurer le chlorhydrate de Diatrin en flacons de 100 comprimés.

**Indications:** *Urticaire, particulièrement dans la forme aiguë; fièvre des foins; rhinite allergique vasomotrice; prurit; eczéma atopique et dermatites; dermatites de contact; neurodermatoses; éruptions médicamenteuses et dermatites dues à la pénicilline ou autres médicaments; érythème polymorphe;*

\*Nom déposé.

**William R. Warner & Co. Ltd.**

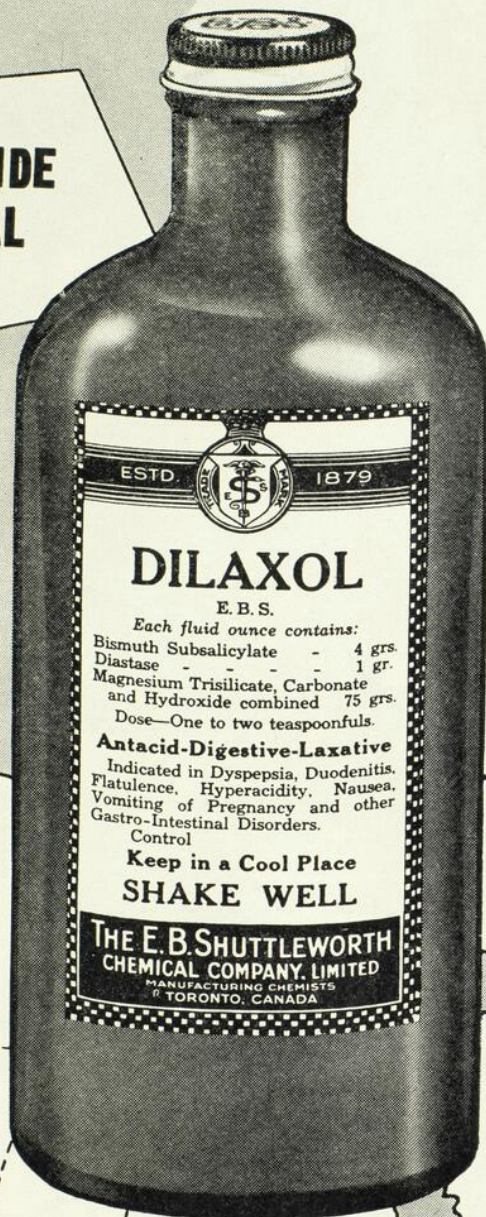
727 ouest, rue King

Toronto, Ont.

# DILAXOL


E.B.S.

L'ANTIACIDE  
ORIGINAL



Fourni en bouteilles de  
16 onces, 80 onces et en gallons.  
Aussi sous forme de poudre.

D'UN LITTORAL  
À L'AUTRE

**THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA**

M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q.

Représentants: —

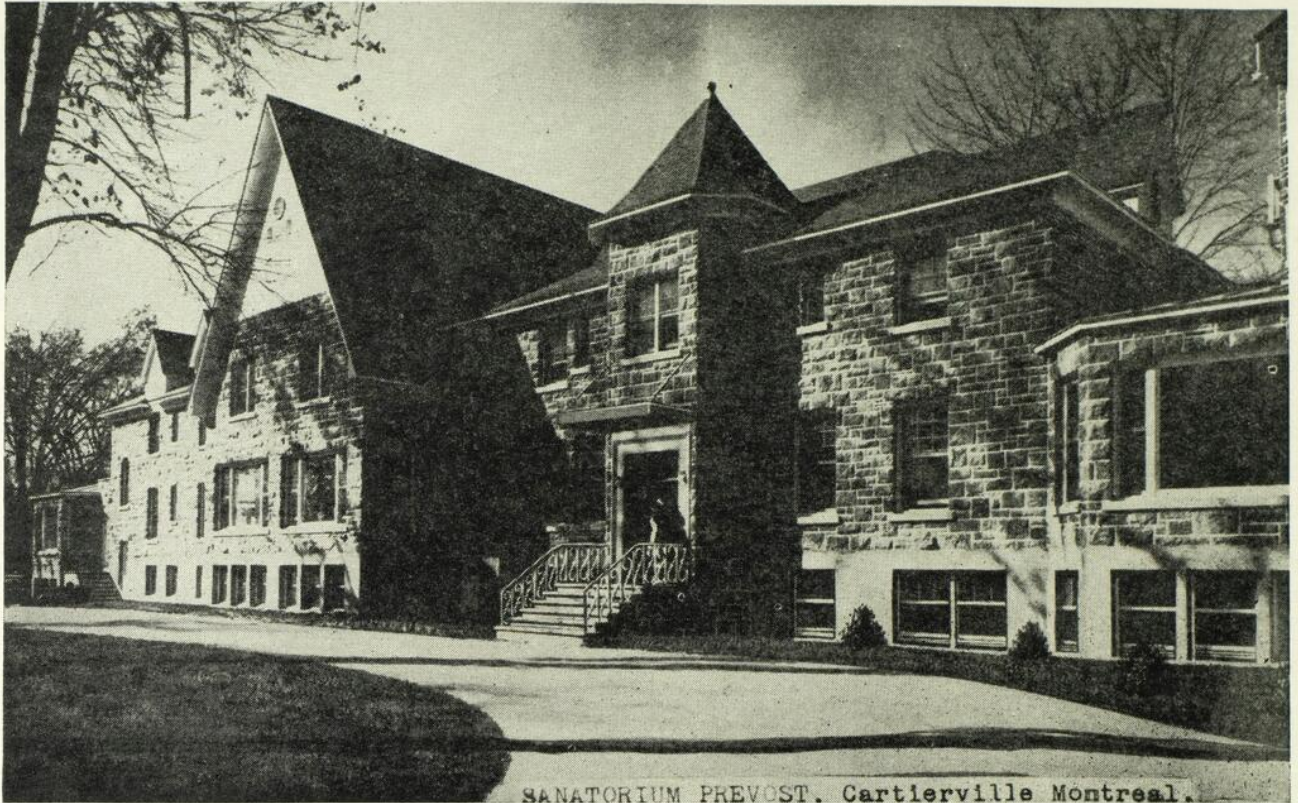
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont Saint-Denis, Wolfesfield, P. Q.

M. A. A. Summers, Morrisburg, Ont.

M. Léon Viens, 9510, rue Saint-Hubert, Montréal, P. Q.

M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.

# SANATORIUM PRÉVOST



SANATORIUM PRÉVOST. Cartierville Montreal.

## FAÇADE SUD

L'établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

● Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

### BUREAU MÉDICAL

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, Jean-Léon Desrochers, Paul Larivière, Gaston Loignon, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

Consultants: Drs Fernand Charest, Paul David, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J.-A. Vidal.

4455 OUEST, BOULEVARD GOUIN,

TÉLÉPHONE: BYwater 2405\*



## le "dégel" biliaire

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

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

# Decholin<sup>®</sup>

marque d'acide déhydrocholique

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

**Decholin Sodium<sup>R</sup>** (marque de déhydrocholate de sodium)  
en solution aqueuse à 20%; en ampoules de 3 cm<sup>3</sup>, 5 cm<sup>3</sup>  
et 10 cm<sup>3</sup>; paquets de 3 et de 20 ampoules.

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



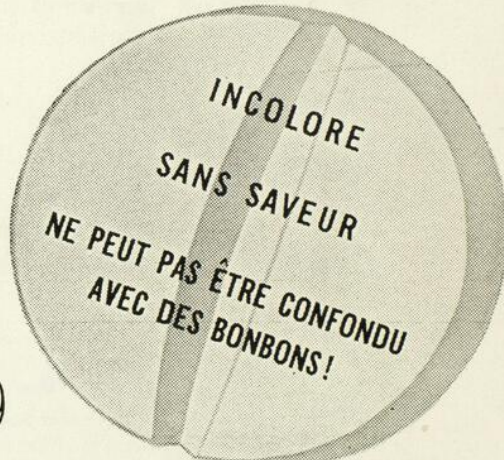
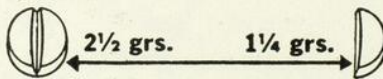
AMES COMPANY OF CANADA, LTD.  
TORONTO 4, ONTARIO

*MAINTENANT!***FORMAT POUR ENFANTS****ASPIRIN**

MARQUE DÉPOSÉE AU CANADA

*Véritable*

Ces comprimés d'Aspirin Format Spécial pour Enfants permettent aux mamans de donner les doses que vous prescrivez. Le format pour enfants est présenté en comprimés bisséqués de 2½ grains que l'on casse facilement pour donner des doses de 1¼ grain. Le comprimé se désagrège rapidement pour se mélanger avec le véhicule que le médecin recommande pour l'administrer.



THE BAYER COMPANY LIMITED, 1019 ELLIOTT STREET W., WINDSOR, ONTARIO

parce que tous les *3*y sont présents

Dispensé à l'état de colloïde  
dans un gel absorbant  
spécial à  
base d'alumine

Kaolin purifié

La pectine—active les  
propriétés  
hydrophiles

**LE  
KAOMAGMA  
à la  
PECTINE**  
enraye  
efficacement  
la diarrhée

Le soulagement est obtenu rapidement . . .  
Le Kaomagma à la pectine adoucit et pro-  
tège la muqueuse intestinale enflammée. Les  
crampes et la distension sont prompte-  
ment soulagés.

Raffermit les selles . . . enraye la déshydratation  
. . . restitue son bien-être au patient.

Flacons de 12 onces liq.

EN OUTRE KAOMAGMA SIMPLE

KAOMAGMA À L'HUILE MINÉRALE

**Wyeth**

Marque Déposée

Traitement et prophylaxie, *in situ*, des infections de la bouche dont sont responsables des germes sensibles à l'action de la pénicilline.

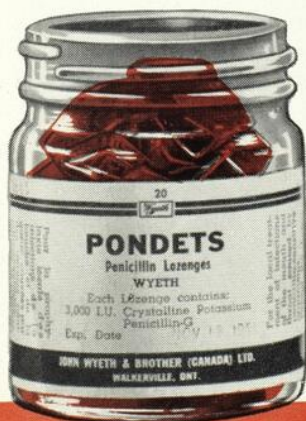
Saveur délicieuse qui plaît à tous—petits et grands. Très concentrés—3,000 unités de pénicilline lentement libérée de son enveloppe de candi. Efficacité prolongée pendant une-demi heure.

3,000  
unités  
de  
pénicilline

sous  
forme  
d'un bonbon  
délicieux

...

# Pondets a la pénicilline



Présenté en jarres de 20 Pondets, emballés individuellement de cellophane brillante.



Marque Déposée

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

UNE FAÇON SÛRE DE TRAITER LE

## TINEA PEDIS

(communément appelé "pied d'athlète")

# FUNGOL



E. L. KEENEY a démontré les effets létifères prononcés du propionate de sodium sur les fungus dermatophytes. Le Fungol E.B.S. met à votre disposition du propionate de sodium sous forme pratique d'onguent, de poudre et de liquide, pour combattre de nombreux genres de dermatomycoses. L'Épidermophyton interdigital (pied d'athlète), le trichophyton barbae (teigne sycotique) et beaucoup d'autres infections caractérisées par une mycose réagissent favorablement au traitement avec Fungol.

*La base de l'Onguent est hydrosoluble.*

\*Bull. Johns Hopkins Hosp., 73: 379.



**THE E.B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA**

**AN ALL CANADIAN COMPANY . . . SINCE 1879**

**Représentants:**

M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q. — M. A. A. Summers, Morrisburg, Ont.  
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont Saint-Denis, Wolfesfield, P. Q.  
M. Léon Viens, 9510, rue Saint-Hubert, Montréal, P. Q. — M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.

**PRÉSENTÉ SOUS  
3 FORMES PRATIQUES :**

Onguent Fungol, en tubes de 1 once, et en pots de 4 onces et de 1 livre.  
Poudre Fungol, en boîtes de 1 once avec dessus perforé.  
Solution Fungol, en bouteilles de 16 et de 80 onces.

Pour les infections des cavités du corps caractérisées par une mycose, l'otomycose par exemple, nous recommandons la solution Fungol.

**MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE**

- RECHERCHES
  - ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
    - ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
      - PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

**LE VACCIN B C G****PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE**

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX\*

- Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.
- Epreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.
- 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANSCUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).
- FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.

Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.

\* J. A. BAUDOIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.

A. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.



ALBERT CALMETTE  
1863-1933

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE  
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal,

Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)



Médicament qui a fait ses preuves contre

**HYPERACIDITÉ**

**CONSTIPATION**

Depuis plus de 75 ans, le Lait de Magnésie Phillips' est accepté d'une façon générale par le corps médical, comme agent thérapeutique standard pour soulager la constipation et l'hyperacidité de l'estomac.

**Comme laxatif**—Le Lait de Magnésie Phillips', quoique très efficace, est doux et sans danger pour les adultes et les enfants.

**Comme antiacide**—Le Lait de Magnésie Phillips' soulage rapidement et efficacement. Ne contient pas de carbonates; pour cette raison, il n'occasionne pas de malaises dus à la flatulence.

**DOSE:** { Laxatif: 2 à 4 cuillerées à soupe  
 Antiacide: 1 à 4 cuillerées à thé, ou  
 1 à 4 tablettes

**LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS'**

Préparé exclusivement par THE CHAS. H. PHILLIPS CO. DIVISION, 1019 Elliott Street, West, Windsor, Ont.  
 of Sterling Drug Inc.

Efficace contre certains  
microorganismes appartenant au  
groupe des virus, des rickettsies,  
des protozoaires et des bactéries

# Terra

*Terramycin est le plus souvent tolérée alors  
que d'autres antibiotiques ne le sont pas*

*Posologie:* 2 à 3 g. par jour, voie orale, toutes les 4 ou 6 heures.  
Ce mode d'administration est conseillé dans les  
cas d'infection sévère par des germes sensibles  
à la Terramycin.

*Présentation:* Capsules à 250 mg., flacons de 16 et 100;  
Capsules à 100 et à 50 mg., flacons de 25

**Pfizer**

*Alors que d'autres antibiotiques échouent  
Terramycin peut contrôler l'infection*

# mycin

**UTILIZATION SUGGÉRÉE:**

*infections pneumococciques aiguës, y compris la pneumonie lobaire; bactériémie; infections streptococciques aiguës, y compris l'érysipèle; amygdalite streptococcique; infections staphylococciques aiguës; certaines infections à bacillus, y compris la maladie du charbon; infections des voies urinaires dues au E. coli, A. aerogenes, Staphylococcus albus ou aureus et autres germes sensibles à la Terramycin; brucellose (abortus, melitensis, suis); les infections à hemophilus, y compris la coqueluche (méningite exceptée); infections gonococciques aiguës; syphilis; lymphogranuloma venereum; granulome ulcéreux des organes génitaux; pneumonie primaire atypique; herpes zoster; typhus (épidémique, murin, acarien); fièvre pourprée à rickettsies; amibiase (Endamoeba histolytica).*



*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

# SALICYLNA VITAMINÉ K B<sup>1</sup>

“L'adjonction des Vitamines K et B<sub>1</sub> au Salicylate de Na dans toutes les indications, doit devenir une règle, parce qu'elle complète la médication salicylée, et en prévient l'inconvénient majeur.”

R. H. Monceaux.

Communication à la Conférence Internationale du Rhumatisme 1948 (Aix-les-Bains).

*dragées dosées à 0 Gr. 50 de Salicylate de Na dans un enrobage spécial qui évite tout contact avec l'estomac.*

**Tolérance parfaite — Activité régulière — Commodité d'emploi.**

Laboratoires du Dr LAVOUÉ, Dinard, France.

J. EDDÉ Limitée — MONTRÉAL — Agent général.

# DESANXYL

*dragées*

MÉDICATION RÉGULATRICE DU TONUS VAGO SYMPATHIQUE  
d'une efficacité remarquable dans le traitement des  
ÉTATS SPASMODIQUES ET ANXIEUX

2 à 6 dragées par jour avant les repas.

J. EDDÉ Limitée — MONTRÉAL — Agent général.

# ARTICHOBYL

*pilules*

EXTRAIT ALCOOLIQUE DE FEUILLES D'ARTICHAUT

L'Artichobyl se caractérise par l'extrême douceur de son action. Il n'a pas de contre-indication, et les hépatiques, pourtant si sensibles aux médicaments, peuvent en ingérer des doses élevées sans inconvénient.

4 à 12 par jour, réparties sur la journée.

J. EDDÉ Limitée — MONTRÉAL — Agent général.

**Intolérance?**  
**Question de**  
**proportion et de**  
**Solubilisant...**

**70/30**

contre

**50/50**

Aminophylline

Théophylline ..... 70  
 Ethylènediamine ..... 30

ACET-AMINOPHYLLINE

Théophylline ..... 50  
 Ac. amino-acétique ..... 50

Solubilisant irritant  
malgré l'enrobage

Solubilisant anodin  
sans enrobage

**ACET-AMINOPHYLLINE**

GLYCINATE DE THÉOPHYLLINE SODIQUE

représente un progrès notable  
 dans la médication à la théophylline

**INDICATIONS**

Asthme bronchique — Respiration de Cheyne-Stokes — Insuffisance cardiaque — Œdème pulmonaire — Asthme cardiaque — Thrombose coronarienne — Angine de poitrine — Hypertension — Comme diurétique dans l'œdème d'origine cardiaque.

**PRÉSENTATION ET POSOLOGIE**

Comprimés à 5 grains: 1 à 2 comprimés 3 fois par jour. Chez l'enfant: proportionnellement à l'âge et au poids. Suppositoires 10 grains: Adultes: 1 suppositoire toutes les 4 à 6 heures. Enfants: ½ suppositoire toutes les 4 à 6 heures.

**LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.**

178 est, rue Jean-Talon, Montréal 10



LE BOIS—PAR DORIS LEE

**produit aux usages nombreux et variés**

DES USAGES  
CLINIQUES  
DU NEMBUTAL

## SEDATIF

## Cardio-vasculaire

Hypertension  
Affection coronaire  
Angine  
Décompensation  
Affection vasculaire  
périphérique

## Troubles Endocriniens

Hyperthyroïdie  
Ménopause

## Nausées et Vomissements

Affection fonctionnelle ou organique (émotive et gastro-intestinale aiguë)  
Mal des radiations  
Grossesse  
Mal de mouvement

## Troubles

## Gastro-intestinaux

Cardiospasme  
Pylorospasme  
Spasme des voies biliaires  
Spasme du côlon  
Ulcère peptique  
Colite  
Dyscinésie biliaire

## Troubles Allergiques

Irritabilité  
Pour combattre la stimulation de l'éphédrine seule, etc.

Irritabilité Associée  
aux InfectionsAgitation et Irritabilité  
avec Douleur

## Système Nerveux Central

Paralysie agitante  
Chorée  
Hystérie  
Delirium tremens  
Manie

## Anticonvulsif

Traumatisme  
Tétanos  
Strychnine  
Eclampsie  
Status epilepticus  
Anesthésie

## HYPNOTIQUE

Pour provoquer le  
sommeil

## OBSTETRIQUE

Nausées et Vomissements  
Eclampsie  
Amnésie et Analgésie

## CHIRURGIE

Sédation Préopératoire  
Anesthésie de Base  
Sédation Postopératoire

## PEDIATRIE

Sédation pour:  
Examens spéciaux  
Transfusion de sang  
Administration parentérale de liquides  
Réactions aux procédés d'im-munisation  
Petites opérations

Sédation Préopératoire

## il faudrait un pâté de maisons

pour loger tous les malades qui représentent chacun des nombreux états dans lesquels le

NEMBUTAL, barbiturique d'action brève peut être employé avec succès...

Avec le NEMBUTAL d'action brève on peut obtenir n'importe quel degré voulu de dépression cérébrale—depuis la sédation légère jusqu'à l'hypnose profonde. Vingt ans d'expérience clinique et plus de 500 rapports ont démontré les avantages suivants:

1. Les doses de NEMBUTAL requises sont environ la moitié de celles de beaucoup d'autres barbituriques.

2. A cause de la petitesse des doses, il y a moins de drogue à inactiver et moins de risque de reliquat d'effet barbiturique.

3. En l'absence de lésions rénales sérieuses, le NEMBUTAL est détruit rapidement et complètement dans l'organisme, et par conséquent il n'a aucune tendance à produire des effets cumulatifs.

4. L'action est de courte durée et la marge de sécurité clinique est élevée.

5. A doses orales égales, aucun autre barbiturique ne réunit un effet plus rapide, plus court, plus profond que le NEMBUTAL.

● Pour l'insomnie ordinaire: Une dose de 30 mg. (½ grain) à 60 mg. (1 grain) de NEMBUTAL provoque rapidement, chez la moyenne des malades, une léthargie qui ne tarde pas à être suivie d'un sommeil normal.

● Pour l'hypnose vraie: Une dose aussi faible que 0.1 gramme (1½ grain) suffit dans la

plupart des cas pour assurer six à huit heures de sommeil reposant, sans pesanteur ou reliquat d'effet barbiturique.

● Comme médication préopératoire: Dans les cas ordinaires il suffit généralement de donner 0.1 gramme (1½ grain) la veille et 0.1 gramme à 0.2 gramme (3 grains) le lendemain matin une couple d'heures avant l'opération.

● Pour l'amnésie obstétricale: On peut obtenir l'effet désiré chez la plupart des patientes avec deux ou trois capsules de 0.1 gramme (1½ grain), avec ou sans scopolamine, administrées quand le col est nettement dilaté et que les douleurs se répètent régulièrement à intervalles de pas plus de cinq minutes.



A doses orales égales, aucun autre barbiturique ne réunit **UN EFFET PLUS RAPIDE, PLUS COURT, PLUS PROFOND** que le...

# Nembutal

NOM DÉPOSÉ

(PENTOBARBITAL, ABBOTT)

---

---

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale

du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

---

## ONT COLLABORÉ AU VOLUME 78:

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

---

---

... Après ces trois réflexes, irritabilité des protozoaires, réflexe simple des invertébrés inférieurs, réflexe composé des invertébrés supérieurs et des vertébrés, tous trois de complication croissante, se montre enfin le tout-puissant réflexe psychique des vertébrés, surtout des vertébrés supérieurs. Chez ceux-ci, les éléments anatomiques non nerveux et nerveux ne sont plus à la seule disposition d'une excitation venue du dehors; ils sont aussi, et cela est peut-être également vrai pour les invertébrés, quoique sans doute à un bien moindre degré, sous la dépendance d'excitations émanées des sphères directrices de l'individu lui-même. C'est qu'un facteur dynamique nouveau est apparu, accompagnant la cellule pyramidale du cerveau; ce facteur c'est l'enregistrement des impressions sensitivo-sensorielles recueillies dans le monde ambiant et leur métamorphose en idées et volitions.

L'excitation sensorielle, la sensation visuelle, par exemple, n'est plus entièrement employée à se réfléchir sur les muscles; elle ne s'épuise plus tout entière en une réaction motrice automatique; une partie de son énergie est absorbée, à son passage, par les neurones cérébraux, grâce à une transformation encore ignorée de leur contenu; et voilà l'excitation fixée d'une façon indéfinie. Plus tard, très tard même, cette excitation emmagasinée pourra, sous le coup de nouvelles excitations extérieures ou d'impulsions internes, souvent d'essences très différentes, se réveiller et donner lieu à des manifestations motrices. C'est donc bien un réflexe, mais fort compliqué et à longue échéance, ayant son substratum probable dans l'ensemble des neurones d'association de l'écorce cérébrale, c'est-à-dire des cellules qui établissent des liens associatifs entre tous les foyers sensitifs et sensoriels moteurs et centraux. Ce réflexe, d'un ordre plus élevé que le réflexe automatique à qui il commande, assure à un bien plus haut degré la conservation et la défense de l'animal; car l'absorption sensorielle ou sensitive qui en est l'origine, et sur laquelle Forel a tout particulièrement insisté, est une des conditions indispensables à la genèse de la mémoire, de la pensée, du jugement et de la volonté, ces puissants facteurs de supériorité dans la lutte organique...

S. Ramon CAJAL

## BULLETIN

---

### RÉALISATIONS ET PROJETS DE L'O. M. S.

L'Organisation Mondiale de la Santé (O. M. S.), édiflée au sein de l'Organisation des Nations Unies (O. N. U.) en 1946, possède une activité qui porte ses fruits et qui ne dément pas les promesses contenues dans le programme originairement tracé.

Et par une juste distribution de ses bienfaits, ce sont les pays les plus péniblement exposés à de permanentes et mortelles endémies qui bénéficient le plus de la science et des qualités administratives de cet organisme.

Améliorer les conditions sanitaires des nations constitue son but et pour l'atteindre il met en pratique les moyens les plus efficaces, et les plus aptes à assurer sur place, d'une façon définitive, un statut hygiénique favorable: la santé sociale et individuelle.

L'O. M. S. délègue des conférenciers et des experts-conseils, elle organise des centres de formation professionnelle, elle accorde des octrois consacrés à des bourses d'études pour l'étude des techniques sanitaires modernes. Bien plus, des experts sont envoyés en vue de favoriser l'installation de centres de recherches. Elle s'intéresse à l'alimentation, à l'hygiène industrielle, de la maternité et de l'enfance, à la santé mentale. Elle porte son attention encore plus particulièrement sur certaines maladies infectieuses transmissibles contre lesquelles la médecine peut actuellement agir en toute connaissance de leur cause et en grande efficacité d'armes préventives et curatives: les maladies vénériennes, la tuberculose, le paludisme, la peste, le typhus, la brucellose. L'O. M. S. s'est aussi attribué le rôle de compléter une pharmacopée internationale, de standardiser un étalonnage biologique des vaccins, sérums, vitamines et antibiotiques. Elle se propose de contribuer vigoureusement au contrôle des toxicomanies en étudiant l'action des stupéfiants synthétiques et leurs dérivés.

Tout ce programme d'action dont nous ne mentionnons ici que l'essence n'est pas encore réalisé; le plan qu'il comporte n'est actuellement qu'à l'état de projet, du moins pour ce qui est de la mise en train définitive et de l'exécution complète jusqu'aux derniers objectifs dans chaque pays où il doit s'appliquer. En Amérique du Nord où l'hygiène et la médecine sanitaire sont bien développées, on ne

peut juger sensiblement de l'action de l'O. M. S. Certains pays moins partagés que nous à ce point de vue, en ont déjà bénéficié largement et leurs populations pourront, grâce à elle, se libérer de pénibles maux qui les maintiennent dans la misère, la souffrance et l'imminence d'épidémies dévastatrices.

L'O. N. U., comme d'ailleurs la Société des Nations, aura eu le mérite, sinon de maintenir la paix, du moins d'améliorer la santé et la joie de vivre.

En conclusion de tout cela et à la lumière des événements qui se sont produits depuis, nous pourrions reproduire ce que nous écrivions dans un Bulletin de février 1947 par lequel nous soulignons la création de l'O. M. S.: « Les nobles aspirations de l'homme, ses généreuses cogitations, sont le produit de l'esprit et du coeur opérant dans le silence des cabinets de travail ou dans l'enthousiasme collectif des assemblées d'experts; la réalisation de ces aspirations et de ces cogitations rencontre malheureusement les appétits des hommes animés par des idéologies extrémistes ou entraînés par des intérêts de groupes. Il en résulte un choc et l'élan des appétits est trop souvent d'une force qui arrête la marche des idées fécondes et humanitaires. Les oeuvres de santé habituellement n'éprouvent pas ces malheureuses entraves. Mais, en contre-partie, leurs bienfaits résultats sont annihilés par des tueries en masse et des malheurs inconcevables qui résultent des échecs de la politique de conciliation entre les nations. »

Mais, malgré tout, il résultera des entreprises de l'O. M. S. un gain réel qui servira dès maintenant et sera pour l'avenir un jalon que l'humanité pourra dépasser en direction du but ultime: le plaisir de vivre dans les meilleures conditions possibles d'hygiène et de santé.

Les oeuvres de la médecine sont à l'honneur de l'homme; elles le servent pour son bonheur et il s'en sert pour survivre. Qu'en pensent les politiques, les dictateurs, les ambitieux, les fanatiques, les mégalomanes et les cupides?

Entre les superbes et les humbles, la lutte est trop souvent inégale. Mais on ne doit pas douter que, lorsque la science, le désintéressement et la charité habitent ces derniers, l'ultime combat leur sera une victoire sans réplique.

Roma AMYOT.

## LA POLIOMYÉLITE, MALADIE INFECTIEUSE OU TROUBLE DU MÉTABOLISME ?

W. J. McCORMICK, M.D. (Toronto, Canada).

On reconnaît généralement que la poliomyélite est une maladie infectieuse et contagieuse, depuis que Flexner et Lewis en Amérique, et Landsteiner et Levatidi en Europe ont montré, vers 1909, que l'on pouvait la provoquer chez le singe par inoculation intracérébrale d'un extrait du système nerveux central d'un poliomyélitique. On est venu ensuite à incriminer un virus filtrant et l'on s'est perdu en vaines et coûteuses recherches consacrées au mode de propagation, à la « porte d'entrée » à l'immunologie, à la prophylaxie et la thérapeutique. On s'est servi, sans résultats certains, du sérum de convalescent, de vaporisation intra-nasale d'astringent, de chimiothérapie et d'isolement. Le fait est qu'on limite présentement l'isolement à la période fébrile. Comme l'écrivait Davison (1), « la majorité des hygiénistes exige depuis 1916 que l'on isole pendant trois semaines les malades et les contacts, mais rien ne prouve aujourd'hui que cette précaution soit valable... La maladie atteint rarement plus qu'un membre d'une famille à la fois, et les cas rattachables à des contacts sont remarquablement rares... Sur 2 070 individus indiscutablement exposés à la maladie, 14 seulement en furent atteints... Les patients présentant la forme non paralytique de la maladie doivent être si nombreux qu'il faudrait bien isoler toute la population. » Et puis, la fréquence de la poliomyélite augmente progressivement (les chiffres de 1949 sont les plus élevés que l'on ait jamais enregistrés), cette évolution prouve bien qu'il y a quelque chose de radicalement faux dans notre conception du problème étiologique de la maladie en cause.

On dit habituellement des victimes de la poliomyélite qu'elles ont été « frappées » terrassées ou « attaquées » et l'on cherche naturellement des facteurs exogènes à cette mala-

die comme, par exemple, dans le titre « lorsque la polio frappe ». Il est aisé d'incriminer la mouche ou le maringouin. Il n'est pas physiologiquement rationnel de vouloir guérir ou prévenir les maladies par les médicaments ou le vaccin. La maladie dépend de certaines conditions de vie anormales et si l'on n'intervient pas sur ce point, on ne peut espérer des résultats thérapeutiques et prophylactiques. Nous cherchons les solutions rapides mais c'est parfois le détour le plus long qui nous conduit au but le plus rapidement. Nous ne sommes plus à l'époque des miracles et de la magie. Après l'épidémie de poliomyélite à Toronto en 1937, nous avons fait une étude comparative détaillée du bérubéri et de la paralysie infantile et nous avons émis l'hypothèse que l'avitaminose B était l'un des facteurs étologiques de base de cette dernière maladie. Par la suite, nous avons écrit d'autres articles dans le même sens (3-4-5-6-7).

Au point de vue historique, le bérubéri et la poliomyélite se rapprochent remarquablement l'un de l'autre. Depuis plusieurs siècles, le bérubéri sévissait dans les régions les plus peuplées des pays d'Orient. Mais il n'est devenu un mal épidémique que depuis qu'en décortiquant le riz, on lui a enlevé les différents éléments de la Vitamine B. Et la poliomyélite qui a fait des ravages sporadiques depuis l'époque égyptienne, n'a pris allure d'épidémie qu'à partir de 1840. C'est à ce moment que Heine (Vienne 1839) attira l'attention sur cette maladie, immédiatement après que l'on eût commencé à moudre la farine de telle façon que l'on éliminait le son et le germe qui contenaient les éléments de la vitamine B.

Aux points de vue épidémiologie, symptomatologie et pathologie le bérubéri et la poliomyélite se ressemblent étrangement; on pourrait en conclure qu'elles relèvent d'un facteur

étiologique commun, probablement l'avitaminose B, surtout si l'on songe que les points de ressemblance trouvent une explication physiologique dans l'augmentation des besoins de l'organisme en vitamine B.

L'on sait, par exemple, que les taux du métabolisme règlent la consommation de vitamine B; celui de l'enfant et de l'adolescent est plus élevé que celui de l'adulte; celui de la femme enceinte est également augmenté. On sait également que la température chaude et humide qui provoque une diaphorèse et une diurèse accrue, augmente le besoin en vitamine B. Tous ces facteurs ci-haut mentionnés expliquent physiologiquement certaines caractéristiques épidémiologiques de la poliomyélite demeurée jusqu'ici mystérieuse, soit la prédominance remarquable de la maladie chez l'enfant et la femme enceinte, aux périodes de chaleur humide, et chez le mâle et l'individu qui se surmène physiquement.

Depuis que nous avons, en 1937, mis de l'avant l'hypothèse plus haut mentionnée, on a donné de la vitamine B aux cas de poliomyélite en Amérique et en Europe (3-5-8-9-10) et les résultats ont été presque aussi bons que ceux obtenus dans le bérubéri avec les extraits d'écorce de riz. Nous avons étudié l'alimentation de plus de deux cent malades, Toronto 1937 — Winnipeg 1941 — Los Angeles 1944 et dans chaque cas, existait une avitaminose B marquée. Voici deux exemples de résultats surprenants que nous a donnés la vitaminothérapie.

#### Observation 1.

Le 15 octobre 1938, un garçon de 14 ans demeurant dans le district de Guelph fut atteint de poliomyélite aiguë. Après la fièvre, la céphalée, les vomissements, l'angine, la raideur de la nuque et les douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs, il présenta le 18 octobre une paralysie des 2 jambes, du dos et d'un bras; le 20 octobre le patient arrivait à Guelph et la ponction lombaire faite à ce moment révéla une lymphocytose à 36 et une globuline ++. On donna immédiatement de la

vitamine B, 50 mg. par voie sous-cutanée la 1ère journée, 20 mg. par jour pendant les 3 jours suivants et 10 mg. le 5e jour. On y ajouta, dès le début, 12 g. d'extrait de levure de bière par jour. Durant la 1ère journée les myalgies furent assez pénibles pour exiger de la codéine, mais au 3e jour elles étaient déjà plus supportables et elles cessèrent complètement le 5e jour. On immobilisa les jambes le 2e jour, et on laissa le bras libre en demandant au patient de ne pas le bouger.

Le 2 novembre, le patient déclarait qu'il y avait quelque chose de nouveau dans ses jambes; le lendemain il affirmait que son bras était mieux et on se rendit compte que ce membre avait récupéré sa capacité normale. Le 6 novembre, on enleva l'immobilisation et l'on constata que les jambes ne présentaient plus rien d'anormal. Le patient reçut son congé le lendemain.

#### Observation 2.

Le 18 octobre 1941, un garçonnet de 6 ans de Niagara Falls était atteint de poliomyélite aiguë. Il présenta de la fièvre, de la raideur de la nuque, des douleurs musculaires et de la parésie. La ponction lombaire fut franchement positive. On lui donna dès le 20 octobre de la vitamine B à haute dose; soit 40 mg. par voie sous-cutanée tous les jours. « En moins de 24 heures les douleurs musculaires et la rigidité étaient considérablement diminuées et en moins de 3 jours l'enfant semblait revenu à la normale sans séquelles aucunes. »

Le surmenage physique joue un rôle de premier plan dans le bérubéri et la poliomyélite. Les individus atteints le sont surtout aux périodes de grande activité physique et les garçons, habituellement plus actifs que les filles sous ce rapport, sont plus souvent touchés. On relève dans la plupart des cas une histoire nette de surmenage au jeu ou à l'ouvrage. Dernièrement Levinson et Sabin (11) ont rapporté que les singes atteints de poliomyélite expérimentale faisaient des paralysies plus graves lorsqu'on les soumettait à un exercice prolongé ou qu'on les plongeait dans l'eau froide.

Derudder et Peterson (12) ont signalé récemment une épidémie localisée de poliomyélite qui atteignit un groupe de garçons de 13 à 19 ans, peu de temps après un concours sportif qui dura 2 jours. On compta parmi les participants à ce concours 5 cas de paralysie et 8 cas frustes, tandis que les simples spectateurs appartenant à la même école également exposés et plus vulnérables encore à cause de leur âge s'en tirèrent tous indemnes. De plus on ne releva aucun cas de poliomyélite dans cette localité avant ou après cette épidémie.

Guerrant et Dutcher (13) ont observé que des rats en croissance privés de vitamine B étaient enclins à faire spontanément plus d'exercices dans les cages tournantes que leurs semblables pourvus d'une quantité normale de vitamine B. Quand l'avitaminose devenait plus marquée, les rats atteints devenaient beaucoup moins actifs jusqu'à ce que la paralysie les touche. Ceci expliquerait peut-être à la fois l'activité débordante que certains enfants manifestent en jouant l'été et leur vulnérabilité à l'égard de la poliomyélite.

De plus dans la poliomyélite et le bérubéri les groupes de muscles les plus actifs sont habituellement les plus atteints par la paralysie. Chez les cyclistes ou les marcheurs, les jambes seront touchées de préférence; tandis que chez les dactylos, les musiciens, les peintres, etc., les muscles des bras et de la main sont les plus gravement atteints. On peut peut-être expliquer de cette façon pourquoi chez le bipède humain les symptômes apparaissent surtout aux jambes dans le bérubéri et la poliomyélite, tandis que chez les singes, la maladie touche surtout les bras et la queue.

Le métabolisme des hydrates de carbone intervient directement dans les phénomènes d'activité physique, et il influence les besoins de l'organisme en vitamine B<sup>1</sup>. — Nous avons vu récemment en Californie deux cas qui illustrent d'une manière frappante, la prédilection que la poliomyélite manifeste pour certains groupes de muscles. Le 1er malade M.L., un garçon de 11 ans avait, pendant les quelques semaines qui précédèrent le début de la mala-

die, aidé son père à cueillir des abricots, à les faire sécher et à les mettre en boîtes. Il s'était donc servi surtout de ses bras et de ses mains et la paralysie et la fonte musculaire qui suivirent la phase aiguë de la maladie atteignirent surtout les segments plus haut mentionnés. L'autre malade R.J.R. un garçon de 12 ans avait consacré beaucoup de temps aux barres parallèles et au câble au cours des séances de culture physique à l'école. Il s'agissait de grimper le long du câble à force de bras sans l'aide de jambes à une hauteur de 15 pieds en 9 secondes. Ici encore, la paralysie résiduelle atteignait surtout les bras et les mains et au bout de 3 mois la déformation caractéristique de la main « en griffe » était encore marquée.

Une autre caractéristique commune intéressante du bérubéri et de la poliomyélite c'est leur prédilection pour les femmes enceintes. Aycock (14) rapporte qu'il y a 450% plus de cas de poliomyélite durant la grossesse qu'à l'état normal. Top (15) a sousigné qu'à Détroit on avait trouvé 4 fois plus de cas de poliomyélite chez les femmes enceintes que chez leurs compagnes appartenant au même groupe d'âge et si l'on songe au témoignage de Shute (16) qui prétend que la grossesse quadruple les besoins de l'organisme en vitamine B<sup>1</sup> on verra l'importance qu'il faut accorder à l'avitaminose B, comme facteur étiologique possible.

Un autre point de ressemblance entre le bérubéri et la poliomyélite, c'est l'influence prédisposante que peuvent avoir les traumatismes et l'acte chirurgical. Bradden (17) parlant de cas de bérubéri constatés dans la zone méditerranéenne durant la première grande guerre déclarait: « On rencontre assez souvent des symptômes de bérubéri, à la phase aiguë, dans la plupart des cas après un accident ou du surmenage. Après une intervention, nous avons vu à plusieurs reprises, la manifestation fatale de la maladie apparaître chez des individus qui semblaient indemnes jusque là. » On a également fait assez souvent mention à propos de la poliomyélite de l'influence déclenchante des actes chirurgicaux. — Au cours

de l'épidémie de 1937 à Toronto, nous avons observé des malades dont trois avaient subi des amygdalectomies et les autres une appendicectomie, une mastoïdotomie et une extraction dentaire. Aycock (18) a cité plusieurs cas du même genre, surtout après amygdalectomie. Francis jr et ses collaborateurs (19) ont rapporté cinq cas graves de paralysie à forme bulbaire, dont trois mortels, tous membres de la même famille, peu de temps après des amygdalectomies et des extractions dentaires. Le seul rescapé, fut un garçonnet de 2½ ans qui avait pourtant été en contact intime avec les malades et que son âge rendait encore plus vulnérable que les autres. Kessell (20) a déclaré que l'un des cas de poliomyélite rencontré au cours de l'épidémie de 1943 en Californie avait fait immédiatement suite à une extraction dentaire. L'amygdalectomie, qui est l'opération la plus souvent pratiquée chez les enfants, peut être logiquement associée à la poliomyélite. Il semblerait, comme nous l'avons déjà souligné (6) que le facteur déclenchant dans tous ces cas de bérubéri et de poliomyélite post-opératoire réside dans l'augmentation de besoin de vitamine B<sup>1</sup> créé par le traumatisme chirurgical et anesthésique. Cette hypothèse nous semble plus défendable que la théorie de la porte « d'entrée » pour le virus, créée par la surface « cruentée » résultant de l'acte opératoire, et de toute façon cette dernière théorie n'est pas applicable au bérubéri post-opératoire.

Un mot maintenant des constatations anatomo-pathologiques faites au cours du bérubéri et de la poliomyélite. Dans les deux cas, il y a un œdème marqué du système nerveux cérébral et des extrémités atteintes. Cet œdème est souvent tellement important qu'il masque temporairement la fonte musculaire et il s'agit alors d'un « wet beriberi ». Certains auteurs attribuent en grande partie la paralysie passagère de la poliomyélite à l'œdème médullaire, provoquant à la fois de la compression et des troubles circulatoires. L'œdème que l'on rencontre au cours de la poliomyélite peut expliquer les constatations souvent rapportées que

les malades sont « grassouillets et bien nourris. » Plusieurs des victimes de l'épidémie de Nauru présentèrent, paraît-il, une « obésité spongieuse ». Dans le bérubéri infantile, l'œdème est tel que le poids du malade augmente à mesure que la mort approche.

Dans les deux maladies les paralysies résiduelles affectent le même type, celui de varus equin résultant de l'atteinte des muscles antérieurs de la jambe et de la spasmodicité de leurs antagonistes. Lorsque les membres supérieurs sont atteints, ce qui arrive rarement dans les deux cas, les petits muscles de la main et de l'avant-bras sont habituellement atteints, provoquant l'apparition de « la griffe » caractéristique.

Un autre caractère anatomo-pathologique commun aux 2 affections, c'est la réaction lymphocytaire ou « mesodermo-gliale ». Dans le bérubéri, l'infiltration lymphocytaire diffuse atteint habituellement les gaines des nerfs — Dans la poliomyélite, cette infiltration est plus aiguë et les éléments se groupent en amas périvasculaires, appelés « cuffing ». — Cette distribution particulière de lymphocytes extravasés (rencontrée également dans l'encéphalite et les autres dégénérescences aiguës du système nerveux) est observée souvent à l'autopsie parce que c'est là que se termine souvent la phase aiguë d'une courte maladie, avant le stage de dissémination de l'infiltration lymphocytaire rencontrée dans le bérubéri qui tue plus lentement ses victimes. — Dans la polio, on note également une lymphocytose marquée dans le liquide céphalo-rachidien. Au début de la maladie on trouve surtout une polynucléose neutrophile et, plus tard, une lymphocytose. Dans le bérubéri, on manque de précision sur ce point, en ce qui concerne le liquide céphalo-rachidien, mais l'évolution de la formule leucocytaire se rapproche de ce que nous venons de décrire. Il semblerait donc que cette réaction lymphocytaire variable au cours des deux maladies puisse traduire tout simplement la différence d'intensité de la réponse de l'organisme à un facteur étiologique commun, l'avitaminose B<sup>1</sup>.

Howe et Bodian (21) ont vu dans la réaction lymphocytaire de la polio, une défense prompte de l'organisme et dans l'élimination massive des lymphocytes par l'intestin un moyen de se débarrasser du virus durant la convalescence. Mais comme les autres dégénérescences du système nerveux, l'encéphalite, la syphilis nerveuse, la sclérose médullaire, le bérubéri, etc. provoquent à peu près la même réaction lymphocytaire, on peut alors penser qu'il s'agit d'un processus lié à l'atteinte du système nerveux en général plutôt que d'une réponse spécifique de l'organisme. On a trouvé récemment dans un cas d'intoxication par le monoxyde de carbone, une réaction lymphocytaire et une augmentation de protéines dans le liquide céphalo-rachidien (22). Cette constatation vient à l'appui de notre hypothèse, si l'on admet que la réaction mésodermo-gliale plus haut mentionnée représente l'amorce d'une récupération du système nerveux ainsi attaqué, et que les lymphocytes extravasés servent peut-être à préparer le terrain en vue de la formation de névroglies qui viendront combler la brèche. Selon cette théorie, la réaction lymphocytaire au cours de la polio peut témoigner du degré d'avitaminose et peut être interprétée comme un processus de réparation contrecarrant l'effet destructeur de cette déficience.

On a trouvé des altérations histo-pathologiques identiques à celles de la polio, dans l'anoxémie expérimentale, après les envolées à haute altitude et après inhalation de gaz qui déplacent l'oxygène, tel que l'oxyde nitreux, le tétrachlorure de carbone, le monoxyde de carbone, etc. Gérard (23) a montré que l'activité respiratoire tissulaire et la consommation d'oxygène étaient environ trente fois plus considérables au niveau du système nerveux central que dans tout autre tissu de l'organisme. Van Liere (24) dit: « On peut alors interpréter la tachycardie constatée au cours de ces affections comme une réaction compensatrice du cœur à l'anoxémie provoquée par l'avitaminose B<sup>1</sup>, et même ainsi fournir une explication au mystère de l'hypertrophie cardiaque

constatée dans le bérubéri, résultat ultime d'une tentative de compensation. »

Cette étude comparative des altérations pathologiques constatées au cours du bérubéri et de la poliomyélite nous incite à conclure que le processus destructif qui caractérise cette dernière maladie dépend plutôt d'une perturbation du métabolisme des hydrates de carbone que d'une réaction inflammatoire et l'on devrait alors parler de « poliomyélopathie », ce qui traduirait mieux la véritable nature de cette maladie.

Cette conception d'ailleurs n'exclut pas la possibilité de la coexistence d'un processus infectieux qui se manifesterait à la phase dite initiale ou fébrile de la maladie. Cette phase fébrile revêt tous les caractères de la majorité des infections aiguës. Elle peut même témoigner de la coexistence de cette infection même, la grippe très souvent, et alors les troubles paralytiques deviennent des conséquences du manque de vitamine B<sup>1</sup> provoqué par l'accélération du métabolisme amené par l'épisode infectieux du début. Sur 566 cas de polio, Holt (27) en a vu 12% au cours desquels la paralysie est apparue immédiatement après une infection aiguë de l'enfance, le plus souvent diarrhée, scarlatine ou rougeole. Nous avons eu personnellement connaissance de plusieurs cas de polio apparus après des pneumonies et d'un cas survenu à la suite d'une otite moyenne. On a assisté à la même évolution dans les idées à propos des séquelles de l'alcoolisme (polynévrite, paralysie, syndrome de Korsakoff et encéphalite de Wernicke). On a cru pendant longtemps qu'il s'agissait d'un effet spécifique de l'alcool sur le système nerveux; on attribuait de même les paralysies post diphtériques et post typhiques directement à l'activité spécifique des toxines tandis qu'aujourd'hui on parle plutôt d'avitaminose B<sup>1</sup> résultant du processus infectieux.

Les travaux de Flexner consacrés à la transmission expérimentale de la poliomyélite satisfaisaient à tous les postulats de Koch, à part la culture de l'agent infectieux spécifique; l'on en avait conclu, selon les principes à l'honneur

en bactériologie à cette époque, que la maladie devait être spécifique et contagieuse. Mais si l'on fait du virus une substance biochimique retrouvée au cours de la maladie, on peut alors lui reconnaître une origine endogène et il devient alors le résultat plutôt que la cause de la maladie et l'on n'a plus à se préoccuper du problème de la contagiosité, du mode de propagation et du mode des portes d'entrée. Et le fait même que cette substance chimique extraite du système nerveux du sujet atteint par la maladie puisse reproduire la même paralysie chez l'animal dans le système nerveux duquel on l'inocule, ne représente pas en soi une preuve évidente que la maladie soit transmissible selon les conditions ordinaires. Il est possible que la même substance biochimique ou virus soit extraite du système nerveux atteint dans le bériberi et soit également capable de transmettre la maladie chez l'animal. A date, aucun travail expérimental ne s'est attaqué à cet aspect de la question. Mentionnons, toutefois, les expériences de Pinkerton et Swank (28). Ces auteurs ont tiré du système nerveux de pigeons sains, mais souffrant d'avitaminose B<sup>1</sup>, une substance identique au virus de psittacose et capable de transmettre la maladie par inoculation chez des oiseaux normaux.

Il ne fait pas de doute aujourd'hui que le bériberi est causé par l'avitaminose B<sup>1</sup> et pourtant on le considérait encore, il y a 50 ans à peine, comme une maladie infectieuse et contagieuse tout comme l'on fait actuellement pour la poliomyélite. En 1902, Manson (29) écrivait: « la preuve de la nature infectieuse  
« du bériberi vient du fait que la maladie peut  
« atteindre un pays jusque là indemne et s'y  
« répandre. Cela revient à dire que la cause de  
« la maladie peut se multiplier. La multiplica-  
« tion spontanée est une propriété particulière  
« aux organismes vivants; donc, l'agent respon-  
« sable de la toxine du bériberi est un être vi-  
« vant, un germe. La toxine du bériberi n'est  
« pas transportée dans l'eau potable et il est  
« facile de le prouver. Dans deux institutions  
« voisines l'une de l'autre, par exemple dans  
« les prisons pour hommes et pour femmes à

« Singapour, on a vu le bériberi s'attaquer  
« aux hommes et respecter les femmes. Nous  
« devons donc conclure que le virus de cette  
« maladie s'introduit dans l'organisme soit par  
« les voies respiratoires, soit par contact cu-  
« tané, soit par le truchement d'un insecte ou  
« d'un animal quelconque qui le fait pénétrer  
« sous la peau, soit par la combinaison de ces  
« différentes portes d'entrée. Jusqu'à date nous  
« n'avons pu déceler l'identité de la toxine ou  
« du germe qui la produit et nous ne savons  
« pas non plus là où elle prend naissance, et  
« par quelles voies elle pénètre dans l'orga-  
« nisme. »

L'histoire de la pellagre, une autre avitaminose ressemble beaucoup à celle du bériberi. On a cru pendant des années que l'agent responsable était un champignon que l'on retrouvait dans le maïs et aussi longtemps que cette conception a régné, le taux de mortalité de la maladie atteignait jusqu'à 57%. Ce même taux est aujourd'hui réduit pratiquement à zéro avec la vitaminothérapie et l'amélioration de la nutrition.

Quelque soit l'étiologie de la poliomyélite et ses modes de propagation, s'il y en a, nous ne devons pas nous inquiéter surtout de l'existence de cet agent biochimique que nous appelons un virus, même si l'on peut grâce à lui reproduire la maladie, mais nous intéresser surtout à prévenir et corriger les facteurs prédisposants; car si le virus est aussi répandu qu'on le croit aujourd'hui et qu'on peut le retrouver dans les excréments d'un bon nombre de porteurs de germes hypothétiques, dans les réservoirs, dans les égouts et dans l'eau potable, il devient évident qu'on peut difficilement lui échapper et l'on en vient alors à croire que la majorité de la population oppose au développement de la maladie une barrière physiologique quelconque. Il faudrait alors tendre à développer chez tous ce moyen de défense.

Signalons ici quelques caractères particuliers de l'épidémie récente de poliomyélite observée dans la région arctique canadienne, qui fut l'une des plus considérables dans l'histoire de l'Amérique du Nord au point de vue

morbidity et mortalité. Hroly (30) en avait rapporté une en 1914 au Groenland qui fit 37 morts sur une population de 700 esquimaux. Toute la colonie avait souffert à ce moment d'une maladie à allure grippale qui précéda les symptômes paralytiques. Au cours de l'épidémie récente survenue dans le district du Chesterfield Inlet sur la côte nord-ouest de la Baie d'Hudson, Adamson et ses collaborateurs (31) ont rapporté au moins 78 cas de paralysie et 14 mortalités sur une population de 275 esquimaux au cours d'une période de 3 semaines allant du 14 février au 7 mars 1949. On a estimé qu'au moins 50% de la population avait manifesté des symptômes quelconques de la maladie. Et pour satisfaire aux théories conventionnelles, on fit remonter cette épidémie par des jalons assez douteux, en incriminant des porteurs de germes et des réservoirs hypothétiques, jusqu'à un cas apparu à Churchill à près de 400 milles de distance au cours de l'été précédent! L'épidémie dont nous parlons est survenu au cours d'un hiver rigoureux où le baromètre oscilla entre -21 et -49 et ce n'est pas là, la saison habituelle de la polio. Les victimes appartenaient en proportion à peu près égale à tous les groupes d'âges de 5 à 60 ans. Les moins de 5 ans furent les moins touchés avec 2 cas sur 53 individus et aucun malade en bas de 3 ans. Cette distribution semble assez significative au point de vue nutrition, si l'on se souvient que chez les esquimaux, la mère nourrit son enfant jusqu'à la 2e ou 3e année ou jusqu'à la naissance d'un autre enfant. (Comme nous l'avons déjà écrit (32) nous croyons que la diminution progressive de la fréquence de la polio tout comme de la tuberculose, de la diphtérie, de la scarlatine, etc., chez les enfants depuis les 5 dernières décades dépend de l'augmentation dans la consommation des aliments riches en vitamine comme le jus d'orange et des céréales additionnées de germe de blé.) La période critique pour la poliomyélite qui se situe maintenant entre 5 et 15 ans, survenait il y a un demi siècle au cours de la 2e année et l'on ne devrait plus maintenant parler de la paralysie infantile.

Au point de vue nutrition, il nous semble intéressant d'attirer l'attention sur une particularité du régime des esquimaux qui est peut-être responsable de l'importance de l'épidémie observée à Chesterfield. Il s'agit de la consommation importante de poissons crus séchés au soleil. En 1941, Green et autres (33) faisaient mention d'une épidémie étendue d'encéphalite paralytique dans les renardières du Minnesota. On l'attribua à la consommation de poissons crus et l'on constata qu'on pouvait en venir à bout avec de fortes doses de vitamine B<sup>1</sup>. Les auteurs plus haut cités en vinrent à la conclusion que le poisson cru renfermait un élément quelconque neutralisateur de la thiamine.

Signalons un autre facteur probablement responsable de l'avitaminose constatée chez les esquimaux et par conséquent de la fréquence de la poliomyélite.

Depuis quelques années l'existence primitive de cette population a été bouleversée par diverses mesures gouvernementales destinées à améliorer son sort: allocations familiales, allocations aux pauvres, pensions de vieillesse, etc. Chez plusieurs familles nombreuses, ces prestations rétroactives apportèrent une aisance inattendue qui leur permit de consacrer plusieurs centaines de dollars à l'achat des aliments raffinés de « l'homme blanc » aux magasins de la Compagnie de la Baie d'Hudson. Les indigènes se groupèrent donc autour de ces centres de distribution, et au cours de l'hiver, profitèrent ainsi de leur bonne fortune. Dans le district de Chesterfield l'hiver dernier, 200 des 275 esquimaux qui forment la population totale demeuraient à moins de 10 milles du Poste. Leurs achats consistaient surtout en farine, sucre blanc, sirop de maïs, graisse, bonbons, thé et tabac, tous aliments à peu près complètement dépourvus de vitamines et de minéraux. Moore et autres (34) ont fait une enquête récente au sujet de l'alimentation des indiens du Nord du Manitoba et ils ont trouvé entre autres lacunes que la consommation de vitamine C représentait moins de 1/71 de la quantité requise. (Il est plus que probable que

le régime des esquimaux qui habitent plus au nord soit encore plus pauvre sur ce point). Ces auteurs ont conclu de leur étude qu'il fallait peut-être rendre surtout la mauvaise nutrition responsable du taux élevé de mortalité par la tuberculose et les autres maladies infectieuses qui atteignent ces indiens. Ces conclusions semblent applicables à la population esquimaude.

Il y a eu une autre épidémie importante cette année dans le grand Nord canadien, au cours du mois de janvier 1950 alors que le mercure se maintenait sous zéro. On a relevé 29 cas dont 4 mortalités dans le petit village de pêcheurs à St-Augustin, isolé sur la côte du Labrador. On transporta par avion 8 des victimes dans les hôpitaux de Montréal; au Labrador jusqu'ici le bérubéri sévissait à l'état épidémique.

La population du Labrador tient peut-être à changer de maladie; au fond, est-ce un changement?

Un mot maintenant au sujet d'une autre épidémie bizarre de poliomyélite qui ressemble de près à celle de la région arctique. En 1910 il y eut, en moins de 2 semaines sur une population de 1 750 indigènes, 690 cas et 38 décès sur la petite île de Nauru dans le sud du Pacifique. Le seul médecin résidant dans l'île le Dr Muller hésita au début à croire qu'il s'agissait de poliomyélite parce que la dissémination rapide et l'apparition simultanée de la maladie rappelait plutôt l'influenza. Un bon nombre des cas toutefois présentaient une atteinte neuromusculaire et quelques années plus tard on délégua sur l'île une Commission d'experts qui examinèrent plusieurs des victimes de cette épidémie et conclurent, devant les séquelles paralytiques et les déformations caractéristiques de la poliomyélite, qu'il s'était réellement agi de cette affection. On n'a jamais expliqué comment la maladie avait pu atteindre l'île. Les navires venant d'Australie mettaient 11 jours à toucher l'île et n'avaient pas eu de cas rapportés à bord. Les vapeurs qui mettaient trois semaines à venir de Hong Kong à Nauru n'en avaient pas non plus et aucun de leurs points

d'escale n'avait été touché par la maladie. Les indigènes qui firent la traversée sur ces navires étaient en bonne santé et échappèrent tous à l'épidémie. Tout comme dans l'arctique, les enfants en bas de 10 ans s'en tirèrent pratiquement indemnes et la plupart des victimes avaient entre 12 et 40 ans. Les enfants étaient probablement mieux nourris. On peut également rapprocher les habitudes alimentaires et la situation économique des indigènes de Nauru de celle des Esquimaux. L'industrie principale à Nauru c'était les mines de phosphate, développées par les Allemands et la plupart des habitants de l'île touchaient de l'argent comptant à titre de royautés, comme propriétaires des territoires exploités. Cette richesse facilement acquise servait immédiatement à acheter de la farine, du riz décortiqué, du sucre blanc et des viandes en conserve. Les femmes de l'île prirent l'habitude de boire de l'eau sucrée et les hommes profitèrent de leur nouvelle opulence pour acquérir des habitudes de paresse et consommer moins de poissons, moins de fruits frais et moins de noix. Après l'épidémie dont nous avons parlé et d'autres qui furent également dévastatrices, l'hygiéniste en charge corrigea radicalement le régime alimentaire de la population. On interdit la vente de la farine et du riz décortiqué au profit de la farine entière et du riz brun, et l'on encouragea la vente du pain de blé entier, la consommation des patates sucrées, des œufs et du lait condensé. On ne vendit qu'une livre de sucre blanc par adulte, par semaine. Grâce à ces mesures le taux de la mortalité chez les enfants de moins d'un an passa rapidement de 50 à 7% et il n'a pas varié depuis, et non seulement a-t-on vu disparaître la poliomyélite et le bérubéri infantile mais aussi la lèpre et la tuberculose qui faisaient de grands ravages dans l'île. Ces dernières constatations vont de pair avec celles de Takaki qui observa que chaque fois que l'on venait à bout du bérubéri dans la marine japonaise en corrigeant l'alimentation, on améliorait la santé des matelots et l'on voyait diminuer la fréquence des autres maladies. Le lecteur qui désire avoir

plus de détails sur l'épidémie de Nauru pourra consulter notre premier article sur la poliomyélite. (2)

Cet exposé ne serait pas complet si nous ne mentionnons pas les constatations apparemment paradoxales des groupes de chercheurs qui se sont attaqués aux problèmes des rapports entre le taux de thiamine et la fragilité des animaux de laboratoire à l'égard de la poliomyélite expérimentale. En 1944, Foster et autres (35) rapportaient que chez la souris en avitaminose B<sup>1</sup> ou privée de nourriture, la résistance au virus de la souche « Lansing » semblait augmenter; ils admettaient toutefois que leurs constatations s'interprétaient difficilement et qu'il faudrait consacrer d'autres recherches à la solution de ce problème. Un peu plus tard, au cours de la même année, Toomey (36) et ses collaborateurs faisaient mention d'une série de recherches expérimentales qui venaient à l'encontre des constatations de Foster. Ils concluaient « qu'il semblait qu'au premier abord un plus petit nombre des animaux privés de nourriture contractait la maladie. Cette constatation n'avait peut être pas une grande valeur puisque l'on ne pouvait certainement pas prouver que l'avitaminose rendait ces animaux indemnes. L'on pourrait même conclure dans le sens opposé et estimer que les souris saturées de vitamine B<sup>1</sup> offraient un peu plus de résistance à l'infection. »

En 1945, Clark et autres tiraient d'une étude de l'influence de l'avitaminose B<sup>1</sup> sur la fragilité des singes à l'égard de la poliomyélite, la conclusion « que cette espèce privée de Thiamine n'offre pas plus de résistance au virus de la poliomyélite ». En 1946, Weaver (38) soulignait, à propos de l'influence de l'apport vitaminique sur la résistance des rats à coton au virus de la poliomyélite, que la différence dans la réaction des souris et des rats soumis aux mêmes conditions de dénutrition et inoculés avec un virus provenant de la même souche montre bien le danger qu'il y a à appliquer à la pathologie humaine les résultats de l'expérimentation chez l'animal.

Et puisque l'homme est plus près, anthropo-

logiquement, du singe que des rats ou des souris, on peut conclure que les expériences ci-haut mentionnées ne viennent pas affaiblir notre hypothèse. L'épidémie de 1937 à Toronto démontre de façon plus évidente l'influence de la dénutrition sur la fréquence de la poliomyélite et cette fois la preuve a trait à des humains et repose sur l'observation d'un grand nombre de sujets. En 1937, 50 000 habitants de Toronto étaient nourris gratuitement par la municipalité et le régime qu'ils recevaient fut plus tard étudié par des experts en nutrition et déclaré très insuffisant. Les autres 600 000 Torontois qui peuvent servir de sujets témoins ne recevaient pas de secours de la ville et bénéficiaient d'un régime plus abondant et plus riche en thiamine. On compta 562 cas de poliomyélite chez les non secourus et 184 chez les secourus, ce qui donne une proportion de cas 4 fois plus forte chez ces derniers. Citons pour conclure le passage d'une lettre adressée au rédacteur en chef du journal de l'American Medical Association: « Dans son article sur l'épidémiologie de la poliomyélite (J.A.M.A. 28 juin 1947) Sabin se demande pourquoi la paralysie infantile est devenue épidémique seulement depuis plus de 50 ans et pourquoi elle semble affecter surtout les pays où la pratique de l'hygiène est la plus à l'honneur et où le niveau de vie est le plus élevé, tandis qu'elle épargne à peu près des régions très importantes de notre globe situées à des latitudes variables. Voici ma réponse: supposons que l'avitaminose B prédispose à la paralysie infantile. L'avitaminose B entraînée par l'apparition de la farine blanche et d'autres changements dans les habitudes alimentaires précède chronologiquement l'apparition de la 1ère épidémie de poliomyélite, sans compter que les pays où l'hygiène est le plus à l'honneur sont justement ceux où l'avitaminose est le plus marquée. Et ceci ne représente qu'un des aspects du problème. De toute façon il vaudrait la peine d'utiliser votre remarquable champ d'expérimentation offert par vos écoles, etc., pour étudier l'influence de l'apport supplémentaire de vitamine B » — Signé C. Braendli-Wyss, M.D. Burgdorf, Suisse (39).

Nous pensons comme Braendli-Wyss que la meilleure façon de résoudre le problème consiste à rechercher sur la masse quel effet prophylactique pourrait avoir l'apport optimum de vitamine B<sup>1</sup> au régime des humains que leur âge rend le plus fragiles à l'égard de la maladie. Cette recherche serait certainement moins dangereuse que l'expérience que l'on fit à Toronto en 1937 en soumettant tout le monde à des vaporisations intra-nasales de sulfate de zinc. Et tout le monde y gagnerait de toute façon, puisque l'avitaminose B<sup>1</sup> est reconnue comme la lacune la plus importante de notre alimentation moderne.

### Résumé.

Nous avons insisté sur la ressemblance marquée que l'on constate, au point de vue épidémiologie symptomatologie et pathologie, entre le bérubéri et la poliomyélite et nous en avons tiré un argument en faveur de notre hypothèse qui reconnaît l'avitaminose B<sup>1</sup> comme facteur étiologique de base dans la poliomyélite. Nous avons à titre de preuve additionnelle, comparé au point de vue nutrition les circonstances de l'épidémie récente dans l'Arctique canadien avec celles de l'épidémie survenue en 1910 dans l'île de Nauru. Notre conception moderne du virus qui en fait une substance chimique, et une molécule protéinique de dimensions connues, plutôt qu'un organisme ultra-microscopique comme on l'a cru longtemps, cette conception exige que l'on revise l'interprétation que l'on peut donner aux expériences de Flexner concernant la spécificité, la transmissibilité de la maladie et que l'on considère comme possible l'origine endogène ou métabolique du virus.

Nous croyons que les phénomènes paralytiques de la poliomyélite peuvent être attribués à l'avitaminose B<sup>1</sup> aiguë dont l'apparition dépend de l'action combinée de plusieurs facteurs contribuant à augmenter le métabolisme général et, de ce fait, les besoins de l'organisme en vitamine B<sup>1</sup>. Citons parmi ces facteurs les maladies fébriles, l'âge, le sexe, le climat, le surmenage physique au jeu ou au travail et

la grossesse. La paralysie représenterait alors une manifestation métabolique plutôt qu'une entité infectieuse autonome.

Selon notre conception le virus doit être considéré comme une substance biochimique produite au cours de la maladie. Cette substance quoique susceptible de reproduire expérimentalement la paralysie chez l'animal par action catalytique sur le système nerveux ne représente pas nécessairement le mode de transmission de l'affection dans les conditions ordinaires. Nous croyons que l'on pourrait extraire du système nerveux des victimes du bérubéri une substance ressemblant au virus; cette expérience n'a pas encore été tentée.

### BIBLIOGRAPHIE

- (1) W. C. DAVISON: « Poliomyelitis, a Resume. » *Am. J. Dis. Child.*, **52**: 1158, 1936.
- (2) W. J. McCORMICK: « Poliomyelitis: Vitamin-B Deficiency as possible factor in Susceptibility. » *Can. Med. Ass. J.*, **38**: 260, 1938.
- (3) W. J. McCORMICK: « Vitamin-B Therapy in Inflammatory and Degenerative Diseases of the Nervous System. » *Med. Rec.* **150**: 302, 1939.
- (4) W. J. McCORMICK: « The 1941 Outbreak of Poliomyelitis and Encephalitis in the Midwest. » *Med. Rec.*, **155**: 89, 1942.
- (5) W. J. McCORMICK: « The Mechanism of the Kenny Method and its Correlation with Vitamin-B Therapy in Poliomyelitis. » *Med. Rec.*, **155**: 525, 1942.
- (6) W. J. McCORMICK: « Tonsillectomy and Poliomyelitis. » *Med.*, **156**: 164, 1943.
- (7) W. J. McCORMICK: « Les affinités pathologiques du Bérubéri et de la poliomyélite. » *L'Union Médicale du Canada*, **73**: 638, 1944.
- (8) H. BROEKEMA: « Review of Some Cases treated in Leiden in 1938. » *Maanschr. v. Kinder-geneesk.*, **8**: 193, 1939.
- (9) A. GIAMONDI: « Vitamin B<sub>1</sub> in Children's Diseases. » *Pediatrics*, **48**: 48, 1940.
- (10) S. STONE: « Artificial Fever and Vitamin Therapy in Poliomyelitis. » *Arch. Phys. Therapy*, **24**: 350, 1943.
- (11) S. O. LEVINSON et A. B. SABIN, cité par P. LEWIN: *Infantile Paralysis*. Philadelphie, W. B. Saunders Co., 1941, p. 38.

- (12) B. De RUDDER et G. A. PETERSEN: « Does Physical Overexertion increase Disposition to Poliomyelitis? » *Klin. Wchnschr.*, **17**: 699, 1938.
- (13) N. B. GUERRANT et R. A. DUTCHER: « The influence of Exercise on the Growing Rat in the Presence and Absence of Vitamin B<sub>1</sub>. » *Jour. Nutr.*, **20**: 589, 1940.
- (14) W. L. AYCOCK: « Frequency of Poliomyelitis in Pregnancy. » *New Eng. Med. J.*, **225**: 405, 1941.
- (15) F. H. TOP: « Incidence of Poliomyelitis in Pregnancy. » *Detroit Public Health Rep.*, comme cité par W. L. AYCOCK, *New Eng. Med. J.*, **225**: 405, 1941.
- (16) E. SHUTE: « Association of Deficiency of Vitamins B<sub>1</sub> and E during pregnancy. » *Can. Med. Ass. J.*, **47**: 350, 1942.
- (17) L. BRADDEN: « Beriberi in the Mediterranean Area. » *Med. Res. Comm. Rep.*, **38**: p. 55.
- (18) W. L. AYCOCK: « Tonsillectomy and Poliomyelitis. » **21**: 65, 1942.
- (19) T. FRANCIS, Jr., C. E. KRILL, J. A. TOOMEY et W. N. MACK: « Poliomyelitis following Tonsillectomy in five members of a Family. » *J. A. M. A.*, **119**: 1932, 1942.
- (20) J. F. KESSEL: « Poliomyelitis as Sequel of Tooth Extraction. » Personal Communication.
- (21) H. A. HOWE et D. BODIAN: *Neural Mechanism in Poliomyelitis*. New York Commonwealth Found, 1942.
- (22) A. GIRAULT et A. RICHARD: « Intoxication par l'oxyde de carbone. » *Presse Médicale*, **30**: 556, 1922.
- (23) R. W. GERARD: « Anoxia and Neural Metabolism. » *Arch. Neurol. and Psychiat.*, **40**: 985, 1938.
- (24) E. J. Van LIERE: *Anoxia, its Effect on the Body*. Univ. of Chicago Press, 1942.
- (25) H. W. KINNERSLEY et R. A. PETERS: « Carbohydrate Metabolism in Birds. » *Biochem. J.*, **23**: 1126, 1929.
- (26) A. ROSENBOHM: « Effect of Tissue Lactic Acid Concentration on Nerve Cell Proteolysis. » *Biochem. Ztschr.*, **289**: 279, 1936.
- (27) L. E. HOLT: *Disease of Infancy and Childhood*. New-York, D. Appleton & Co., 1902, p. 817.
- (28) H. PINKERTON et R. L. SWANK: « Recovery of Virus morphologically identical with Psittacosis from Vitamin-B<sub>1</sub> deficient Pigeons. » *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, **45**: 704, 1940.
- (29) MANSON: « Beriberi. » *British Med. J.*, **2**: 530, 1902.
- (30) K. HROLV: « Poliomyelitis Epidemic in Greenland. » *Can. Pub. Health J.*, décembre 1935.
- (31) J. D. ADAMSON, J. P. MOODY, A. F. W. PEART, R. A. SMILLIE, J. C. WILT et W. J. WOOD: « Poliomyelitis in the Arctic. » *Can. Med. Ass. J.*, **61**: 339, 1949.
- (32) W. J. McCORMICK: « Influence de la nutrition sur la fréquence des maladies infectieuses et leur taux de mortalité. » *L'Union Médicale du Canada*, **76**: 1287, 1947.
- (33) R. G. GREEN, W. E. CARLSON et C. A. EVANS: « Deficiency Disease of Foxes produced by feeding Fish, B<sub>1</sub> avitaminosis analogous to Wernicke's Disease in Man. » *Jour. Nutr.*, **21**: 243, 1941.
- (34) P. E. MOORE, H. D. KRUSE, F. F. TISDALL et R. S. C. CORRIGAN: « Survey of Nutrition among Northern Manitoba Indians. » *Can. Med. Ass. J.*, **54**: 223, 1946.
- (35) C. FOSTER, J. H. JONES, W. HENLE et F. DORFMAN: « Effect of Vitamin-B Deficiency and restricted food intake on the Response of Mice to Lansing Strain of Poliomyelitis Virus. » *J. Exper. Med.* **79**: 221, 1944.
- (36) J. A. TOOMEY, W. O. FROHRING et W. S. TAKACS: « Vitamin-B Deficient Animals and Poliomyelitis. » *Yale J. Biol. and Med.*, **15**: 477, 1944, et **16**: 784, 1944.
- (37) P. F. CLARK, H. A. WAISMAN, H. C. LICHTSTEIN et E. S. JONES: « Influence of thiamine Deficiency in Macaca Mulatta on Susceptibility to Experimental Poliomyelitis. » *Soc. Exper. Biol. and Med.*, **58**: 42, 1945.
- (38) H. M. WEAVER: « Resistance of Cotton Rats to Poliomyelitis Virus as influenced by Intake of Vitamins. » *Am. J. Dis. Child.*, **72**: 6, 1946.
- (39) C. BRAENDLI-WYSS: « Letter to the Editor regarding B Avitaminosis as a Disposing Factor in Poliomyelitis. » *J. Am. Med. Ass.*, **135**: 531, 1947.

## LUXATION RÉCIDIVANTE DE L'ÉPAULE

**Edgar LÉPINE, F.R.C.S. (C)**,  
Chirurgien orthopédiste à l'hôpital du  
Sacré-Cœur (Cartierville).

et

**Raymond LANGEVIN**,  
Résident.

Le but de cette brève présentation est de faire connaître la ligne de conduite du service d'orthopédie de Cartierville dans les cas de luxation récidivante de l'épaule et d'exprimer nos préférences pour la technique de Bankart.

Les différentes techniques opératoires concernant cette lésion et que l'on peut lire résumées dans le traité d'orthopédie « Campbell's Operative Orthopaedic » ont été successivement pratiquées dans le service d'orthopédie de l'hôpital du Sacré-Cœur.

1° — Greffe osseuse servant de butée à la tête humérale (technique de Oudart).

2° — Procédé plastique utilisant des tendons (technique de Nicolas).

3° — Procédé plastique sur la capsule (technique de Putti-Platt, technique de Bankart).

En revoyant les cas traités dans notre service par les différents chirurgiens depuis 1941, on peut dresser le tableau suivant:

39 cas opérés: 8 greffes osseuses, selon la technique de Oudart; 16 tendino-plasties selon la technique de Nicolas; 15 capsulorrhaphies selon la technique de Bankart.

La greffe osseuse a été mise de côté pour les deux raisons principales que voici: 1) la durée (trois mois) d'immobilisation post-opératoire; 2) la nécessité de prélever un greffon tibial.

La tendinoplastie de Nicolas, qui a été substituée à la greffe osseuse en 1943, a aussi été abandonnée, à cause de la fréquence des récurrences. En effet, dans 16 cas ainsi traités, il y eut 4 récurrences connues (25%); ceci correspond aux récentes statistiques telles que (36%) publiées dans « The Journal of Bone and Joint Surgery » (British) de février 48, par Adams de Londres, Angleterre, dans une revue de 156 cas traités dans l'armée anglaise durant la dernière guerre.

Depuis 1947, nous avons traité 15 cas par le procédé opératoire décrit par monsieur Bankart, procédé que nous avons modifié par l'emploi de crampes métalliques.

Bankart a utilisé les crampes comme moyen de fixation du bourrelet glénoïdien, il y a vingt ans, nous n'avons cependant pas pu trouver dans la littérature pourquoi il ne les emploie plus, mais nous croyons qu'avec elles le premier but de l'intervention, soit la fixation du bourrelet glénoïdien détaché au rebord antérieur de la glénoïde, est atteint d'une façon satisfaisante.

De plus, la technique devient beaucoup moins compliquée, si l'on connaît la difficulté qui réside dans la suture de la brèche capsulaire, selon le procédé original de Bankart.

Voici quelques détails au sujet de la technique elle-même. Nous employons l'incision de Thompson et Henry en forme de J renversé, contournant d'avant en arrière l'extrémité externe de la clavicule jusqu'à l'acromion. On peut sectionner l'extrémité de la coracoïde pour récliner en dedans les deux muscles qui s'y attachent. Au moment de réparer la lésion capsulaire nous prenons soin de faire chevaucher les lambeaux de la capsule et du sous-capsulaire, en maintenant le membre en position neutre ou en légère rotation interne, pour ne pas limiter indûment la rotation externe.

Nous ne croyons pas nécessaire de suturer le lambeau capsulaire externe au bourrelet, comme le fait Bankart, ceci limitant trop la rotation externe. Nous utilisons une ou deux crampes, selon l'importance du décollement du bourrelet et selon le degré de déchirure capsulaire, pour fixer le premier au rebord préalablement avivé.

Dans quinze cas opérés selon ce procédé depuis 1947 et dont le dernier remonte à six mois,

nous n'avons pas de récurrence connue, après enquête par voie de correspondance ou de contrôle clinique. Nous savons l'excellence des résultats quant à la stabilité et la mobilité. Cependant, cette période d'observation post-opératoire est encore trop courte pour quelques-uns de nos cas, pour nous permettre d'insister sur ce point. Mais nous nous croyons justifiés d'affirmer que cette technique est sûre par le fait que nous réparons la lésion causale d'une façon adéquate avec un minimum de difficulté.

Cette lésion que l'on trouve décrite pour la première fois dans les Bulletins de la Société Anatomique de Paris, 5e série, tome 4, 312, 1890, nous l'avons trouvée dans 13 cas sur 15. Elle consiste en un décollement du bourrelet glénoïdien du rebord de la cavité glénoïde, avec ou sans déchirure de la capsule adjacente et avec ou sans décollement du périoste en dedans, en avant du col de l'omoplate.

Le défaut osseux de la surface postérieure de la tête humérale, reconnu pour une cause de luxation récidivante, n'a pas été recherché d'une façon systématique soit par radiographie ou au cours de l'intervention. Cependant, une radiographie prise en rotation interne à 60° environ, a certainement son utilité comme renseignement pré-opératoire.

Il n'y a toutefois pas d'intérêt pour le malade, comme le dit Bankart « à étendre la dissection au cours de l'intervention pour visualiser ce défaut de la tête ». Dans l'ensemble, nous suivons les trois principes suivants;

1° — Si le décollement du bourrelet avec déchirure capsulaire existe ou plutôt est trouvé à l'opération, ce décollement doit être suturé ou fixé.

2° — Qu'il y ait défaut capsulaire ou non, la rotation externe doit rester limitée.

3° — Plus le défaut osseux de la surface postérieure de la tête humérale est important, plus la rotation externe doit être limitée et contrôlée.

Nous avons l'impression que la technique telle que nous la pratiquons répond bien à ces principes.

A la suite d'Osmond-Clark de Londres « nous ne prétendons pas que cette technique est la seule qui soit efficace, mais il nous apparaît bien clair que toute opération qui donne le résultat le plus persistant, le résultat le plus satisfaisant, doit avoir pour but de constituer un obstacle au déplacement de la tête en avant de la cavité. »

Dans tous les cas de luxation récidivante vus et traités à Cartierville, on trouve une histoire de luxation traumatique au début. Il appert que cette première luxation une fois réduite est imparfaitement immobilisée et pour quelques jours seulement. Nous nous permettons d'insister ici sur la nécessité d'immobiliser le membre au thorax pour une période de quatre semaines environ, après toute luxation traumatique de l'épaule si l'on veut éviter la luxation récidivante.

#### BIBLIOGRAPHIE

- Campbell's Operative Orthopaedic*. Vol. I, p. 154; Vol. I, p. 319. Mosby, édit., 1949.
- A. S. BANKART et BLUNDELL: *British Medical Journal*, 2: 11, 1932.
- A. S. BANKART et BLUNDELL: *British Journal of Surgery*, 26: 23, 1938.
- C. ADAMS: *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 30 B: 26 (février) 1948.
- O. CLARK: *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 30 B: 19 (février) 1948.

## CONSIDÉRATIONS SUR LE CANCER DU CORPS UTÉRIN \*

Jacques BLAGDON <sup>1</sup>

De tous les cancers de l'organisme, celui du corps utérin est un des plus favorables. La variété rencontrée le plus fréquemment est l'adénocarcinome. Protégé par la musculature utérine, l'épithélioma s'étend d'une façon plus lente et les métastases sont tardives. Ces deux facteurs sont pour le gynécologue d'une aide très précieuse et gratifient les patientes atteintes par ce néoplasme d'un pourcentage de survie impressionnant. Ici, comme dans tous les cancers, la question du diagnostic précoce a une importance primordiale. Toute patiente, quel que soit son âge, accusant des pertes sanguines, même très peu abondantes et de courte durée, doit avoir un bilan gynécologique complet; en d'autres termes, il faut toujours avoir présent à l'esprit le vieil axiome suivant: « Toute personne, se présentant à la consultation avec une histoire d'hémorragie, doit être considérée comme porteuse d'un épithélioma et, lorsqu'après avoir épuisé tous les moyens de diagnostic on ne peut mettre en évidence le cancer, c'est alors que l'on recherchera une autre cause à l'explication du syndrome génital dont il s'agit. »

La question de l'étiologie du cancer de l'endomètre est un sujet de grande actualité mais malheureusement non encore résolue. Les théories ralliant le plus de suffrages sont celles qui prétendent que le fibrome et l'hyperplasie de l'endomètre d'origine hyper-œstrogénique seraient les causes favorisant le développement de l'adénocarcinome. Cependant, si l'on considère le nombre de patientes qui sont opérées pour fibromes sans que l'endomètre ne démontre aucune néoplasie et si l'on constate que, malgré le nombre imposant de cas d'hyperplasie, rares sont ceux qui reviennent plus tard

pour adénocarcinome, ces théories laissent dans notre esprit une forte impression de doute.

La théorie de l'hyperplasie doit tout de même retenir notre attention. S'il est généralement admis que l'hyperplasie se développant au cours de la vie génitale est sans importance et que ces malades guérissent le plus souvent par un simple curettage, il n'en n'est pas de même de l'hyperplasie se développant aux environs de la ménopause ou après celle-ci. Crossen et Crossen soulignent avec emphase la relation hyperplasie-adénocarcinome. Ils citent quelques cas de patientes ayant eu un curettage dont les débris se sont révélés hyperplasiques. Un an plus tard ces mêmes malades revenaient pour un second curettage et cette fois il s'agissait d'un adénocarcinome.

Les opinions des auteurs modernes sont partagées quant à la fréquence de la relation hyperplasie-adénocarcinome. Bien plus, selon plusieurs, la présence de l'hyperplasie après la ménopause ou aux environs de celle-ci ne serait pas si fréquente. Evidemment, il est généralement admis qu'il y a toujours hyperplasie quand il y a présence concomitante d'une tumeur de la granulosa par exemple, mais en l'absence de tumeur féminisante, il y a controverse. Sur 804 cas d'hyperplasie rapportés par Novak et Yui seulement 40 de ces malades étaient en ménopause. Taylor, de l'hôpital Roosevelt, a suivi 85 patientes chez lesquelles un diagnostic d'hyperplasie avait été porté. Sur ce nombre imposant, seulement deux, plus tard, ont développé un cancer de l'endomètre.

Si le point de vue étiologique est encore confus, il en est de même du point de vue symptomatologique. En effet, le cancer du corps de l'utérus n'offre aucun signe caractéristique. Les pertes sanguines continuelles ou intermittentes, les hémorragies excessives, les écoulements séro-sanguinolents peuvent faire partie du tableau symptomatologique de nombreux états pathologiques en gynécologie. Les sen-

\* Travail du service de Gynécologie de l'hôpital Notre-Dame — Prof. L. Gérin-Lajoie, chef de service.

1. Ex-résident du service de Gynécologie de l'hôpital Notre-Dame. Assistant-résident dans le département de gynécologie et d'obstétrique à l'hôpital Jefferson, de Philadelphie.

sations de lourdeur et de tiraillements sont également rencontrées dans bien d'autres maladies. Quant à l'élément douleur il est le plus souvent absent, ne faisant son apparition que dans les phases tardives de la maladie.

Les pertes « d'eau rouille » sont cependant à retenir; il semble que ce symptôme soit le plus régulièrement observé.

Il faut cependant toujours être très prudent avec les patientes en pleine ménopause ou aux environs de celle-ci qui n'offrent comme signe clinique que l'irrégularité menstruelle ou de légères pertes sanguines de temps à autre et ne pas attribuer ce symptôme aux variations hormonales qui se produisent invariablement à cet âge. Bien souvent en faisant le bilan gynécologique de ces malades trouvera-t-on un cancer du corps au début.

Il ne faudrait pas non plus se fier au volume de l'utérus. Celui-ci, dans bien des cas, est de volume normal ou très légèrement augmenté; d'autre part, la présence d'un myome ne doit pas nous enlever de l'esprit la possibilité d'un adénocarcinome concomitant. L'association des deux se rencontrent et c'est avec raison que, dans plusieurs cliniques de gynécologie, toutes les patientes porteuses de myomes ont un curetage pré-opératoire de routine.

Il ne faudrait pas enfin se laisser influencer par l'âge de la malade. S'il est vrai que le cancer de l'endomètre se rencontre surtout après la cinquantaine, certaines malades jeunes en sont également atteintes.

Sur 92 cas de cancer du corps de l'utérus traités à l'hôpital Notre-Dame de 1942 à 1949, cinq de ces malades étaient dans la vingtaine, soit 5,5% et huit étaient dans la trentaine, soit 8,2%.

Comme on le constate, les signes cliniques dans le cancer du corps de l'utérus sont vagues, imprécis. Ils varient avec chaque malade. Ils ne permettent pas de porter un diagnostic précis. Certains moyens adjuvants peuvent aider, mais les uns sont imprudents à utiliser et les autres non satisfaisants. L'hystérogographie en effet, si on la pratique, donnera bien une image

suggestive, mais cet examen n'est pas à recommander si on a le moindre doute d'une néoplasie possible à cause de la possibilité du transport de cellules cancéreuses dans les trompes et dans la cavité abdominale par la substance opaque. Quant au test de Papanicolaou, il est à mon avis insuffisant dans le diagnostic du cancer et ce serait une grave erreur que de s'y fier uniquement pour confirmer ou infirmer la néoplasie. Ce qu'il y a de malheureux dans ce test ce sont les rapports négatifs alors que des biopsies subséquentes reviennent positives. Cet état de choses laisse trop souvent le clinicien dans un état de doute et de fausse sécurité. La seule façon d'être certain d'une néoplasie de l'endomètre, c'est par un curetage utérin complet suivi de l'examen microscopique.

Trois armes sont à notre disposition pour traiter le cancer du corps de l'utérus: ce sont le radium, la radiothérapie et la chirurgie. La chirurgie seule donnera d'excellents résultats dans certains cas favorables où la lésion est au tout début, mais bien souvent elle est insuffisante par elle-même. Le radium seul également ne suffit pas pour guérir le cancer de l'endomètre dans au moins 55% des cas. Sur 46 cas de cancer du corps utérin traités par radiumthérapie et chirurgie, Donovan et Warren rapportent qu'ils ont trouvé la présence de cellules cancéreuses dans 41 de ces utérus. Corscaden, dans 70 cas traités de la même façon, a retrouvé des cellules néoplasiques dans 51 cas. Des rapports de ce genre abondent dans la littérature et nous forcent à conclure que pour traiter le cancer du corps de l'utérus d'une façon adéquate, il faut se servir et du radium et de la chirurgie.

La radiothérapie également est très utile mais la plupart des auteurs modernes ne sont pas d'accord quant au moment de son emploi. Certains ne s'en servent qu'après le temps opératoire, d'autres l'utilisent à la place du radium; d'autres enfin ne s'en servent que dans les cas où la chirurgie est impossible. Présentement, les meilleurs résultats proviennent des cliniques de gynécologie qui ont adopté comme plan de traitement l'application de radium suivi de l'hystérectomie totale et de la sal-

pingo-oophorectomie double, le temps opératoire prenant place 4 à 6 semaines après l'application de radium.

Dans cet article, je discute évidemment des malades opérables. Le radium chez ces dernières prépare bien à l'acte opératoire. Il agit dans un double sens. Sous son action, il se produit une destruction progressive de la cellule cancéreuse: le noyau de celle-ci se fragmente, devient granuleux, vacuolaire, et bientôt la cellule meurt. Quant au stroma, le radium agit sur ce dernier comme un irritant, une substance toxique. Sous l'effet de la radiation il se produit une réaction inflammatoire intense avec présence de lymphocytes, plasmocytes, polynucléaires avec, comme effet consécutif, une fibrose marquée. Les vaisseaux et lymphatiques du stroma sont également atteints et subissent des phénomènes d'endartérite avec disparition partielle ou totale de leur lumière. Enfin, le radium détruisant toute activité bactérienne possible, prépare favorablement le terrain à l'acte opératoire.

Le traitement chirurgical consistera dans l'hystérectomie totale et dans la salpingo-oophorectomie double. Deux détails sont à souligner. Avant la laparotomie, l'orifice cervical sera fermé à l'aide de quelques points puis aussitôt l'abdomen ouvert, avant de faire toute manipulation sur l'utérus ou les annexes, on ligaturera les deux trompes à leurs extrémités. Ces deux manœuvres ont pour but d'empêcher le passage de cellules néoplasiques dans le vagin et la cavité abdominale.

#### STATISTIQUES DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME<sup>2</sup>

A l'hôpital Notre-Dame de 1942 à 1949, 92 cas de cancer du corps utérin ont été traités. Cinq de ces malades étaient dans la vingtaine soit 5,5%. Huit étaient dans la trentaine soit 8,2%. Ving-cinq étaient dans la quarantaine soit 28,1%. Les autres, qui représentent 58,2%

avaient cinquante ans et plus. Sur ces 92 cas, 34 peuvent être discutés quant au point de vue de survie de cinq ans. Ces 34 malades représentent celles qui furent traitées de 1942 à 1945. Sur ce groupe de 34 malades, 21 sont encore vivantes, ce qui donne un pourcentage de survie de 61,7%.

Ces malades n'ont pas tous eu le même traitement. Un premier groupe n'a été traité que par radiumthérapie. Un second groupe a été traité par radium et radiothérapie. Un troisième groupe n'a reçu que de la radiothérapie. Enfin, un quatrième groupe, que je désignerai sous le nom de groupe chirurgical, comprend les malades qui ont subi une hystérectomie totale, certaines d'entre elles ayant reçu en plus soit du radium pré-opératoire soit de la radiothérapie post-opératoire ou soit les deux traitements par radiation. Le pourcentage de survie varie énormément selon le traitement donné. Cependant il faut considérer que, dans les trois premiers groupes, certaines malades étaient inopérables, présentant des signes cliniques évidents de métastases.

	Cas	Traitement	Vivantes en 1950	%
1er groupe	4	radium	2	50 %
2e groupe	7	radium et rayons X	3	42,8%
3e groupe	3	rayons X	1	33,3%
4e groupe	20	groupe chirurgical	14	70 %

Le pourcentage de survie de 70% dans le groupe chirurgical est impressionnant et encourageant. Ce pourcentage se compare avec celui des autres cliniques de gynécologie. (Corscaden, 72%. Arneson, 79%. Miller et Handerson, 77%. Heyman, 61,9%).

Deux cliniques de gynécologie, celle de Scheffey (Jefferson Hospital of Philadelphia) et celle de Hundley et Diggs (University of Maryland) ont récemment publié des statistiques de 91,4% et 84,4% de survie après cinq ans. La raison de ce pourcentage élevé réside, je crois, dans le fait que ces cliniques ont adopté « un plan de traitement » pour tous les malades opérables. Dans ces cliniques même si la lésion est au tout début, on pratique d'a-

2. Je remercie les membres du service de gynécologie de l'hôpital Notre-Dame ainsi que le docteur L.-C. Simard, directeur du Centre Anticancéreux, pour m'avoir permis de consulter leurs dossiers.

bord une application de radium (5 000 mg. heure). Puis, quatre à six semaines après, on procède à l'hystérectomie totale et à la salpingo-oophorectomie double. Ils ne se servent jamais de radiothérapie ni avant ni après l'acte opératoire.

#### Résumé et conclusion.

1 — La question de l'étiologie, de la symptomatologie et des moyens de diagnostic du cancer de l'endomètre est discutée.

2 — Toujours rechercher le cancer chez une malade qui saigne, quel que soit l'âge et la quantité de sang perdu.

3 — La seule façon de mettre en évidence le cancer du corps de l'utérus c'est par le curetage utérin complet suivi de l'examen microscopique des débris.

4 — Pour tous les cas opérables, même si la lésion est au tout début, toujours suivre un plan de traitement qui doit consister en une application de radium suivi de l'hystérectomie totale et de la salpingo-oophorectomie double, quatre à six semaines plus tard.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. DONAVAN et WARREN: *Surg., Obst. and Gynec.*, **74**: 1106, 1942.
2. J. A. CORSCADEN: *J. A. M. A.*, **126**: 11134, 1944.
3. L. C. SCHEFFEY, D. M. FARRELL et G. A. HAHN: *J. A. M. A.*, **127**: 76, 1945.
4. J. V. MEIGS: *Am. J. Roentgenol.*, **57**: 679, 1947.
5. L. C. SHEFFEY, A. E. RAKOFF et J. HOFFMAN: *Am. J. Obst. and Gynec.*, **55**: 453, 1948.
6. W. BOYD: *Text book of pathology*. «The effect of radiation on tumors.»
7. CROSSEN et CROSSEN: *Diseases of women*. «Carcinoma of the uterus.»
8. E. NOVAK et F. RUTLEDGE: *Am. J. Obst. and Gynec.*, **55**: 46, 1948.
9. A. N. ARNESON: *Am. J. Roentgenol. and Rad. Therapy*, **36**: 461, 1936.
10. L. C. SHEFFEY, W. J. THUDIUM, D. M. FARRELL et G. A. HAHN: *Am. J. Obst. and Gynec.*, **52**: 529, 1946.
11. J. V. MEIGS: «Vaginal smears. Practical application in diagnosis of cancer of the uterus.» *J. A. M. A.*, **133**: 75 (11 juin) 1947.
12. TELINDE: *Operative gynecology*. «Carcinoma of corpus uteri.»

## RECUEIL DE FAITS

### CÉPHALÉE ORBITO-FRONTALE ET OPHTALMOPLÉGIE PAR ANÉVRYSME CAROTIDIEN INTRACRÂNIEN

Roma AMYOT,  
Chef du service de Neurologie,  
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

L'artériographie cérébrale est une méthode d'exploration d'une grande objectivité et très généralement d'une innocuité certaine. Cette méthode qui visualise les vaisseaux cérébraux, artères et veines, est due à l'inventivité et à l'esprit réalisateur de Egaz Moniz, neurologue portugais. Pendant plusieurs années, soit de 1926 jusqu'à 1945-46, elle était un acte chirurgical comportant l'incision de la peau et la dissection de la carotide dans laquelle on injectait la substance de contraste, soit au début de l'iodure de soude, puis du thorotrast puis maintenant du diodrast en solution à 35%. Depuis quelques années, la méthode fermée, aveugle ou percutanée, s'est répandue et a rendu ce procédé infiniment plus accessible à tous et surtout en a développé considérablement l'usage. A tel point que tout service de neurologie doit maintenant pouvoir l'utiliser de routine. De la sorte, à la pneumo-encéphalographie, à la ventriculographie gazeuse, à l'électro-encéphalographie s'ajoute, comme moyen d'exploration intracrânienne complémentaire très objective, l'artériographie cérébrale. Elle consiste à injecter rapidement, dans la carotide primitive, du diodrast à 35% et à radiographier rapidement le crâne au cours des trois derniers centimètres cubes des 10 cc que comporte l'injection. Ainsi le réseau artériel sera surpris contenant la substance opaque aux rayons X; trois secondes plus tard un second film sera pris qui pourra illustrer le réseau veineux. Cette méthode peut objectiver des lésions expansives intra-crâniennes comme des hématomes, des tumeurs, des abcès. Dans cet ordre de choses, elle ne surpasse pas en général la valeur des explorations pneumo-encé-

phalographiques et ventriculopathiques; elle ne peut que les compléter. Où elle se montre supérieure à elles c'est quand il s'agit d'explorer le réseau vasculaire cérébral lui-même et d'y rechercher certaines anomalies soit congénitales soit acquises, comme angiome, tégangiectasie, hémangiome, obstruction embolique ou thrombotique, comme *anévrisme cérébral*.

Et c'est surtout grâce à l'angiographie cérébrale que l'on connaît maintenant la fréquence assez imposante de l'anévrisme cérébral, son existence à tout âge, même chez l'enfant et que l'on a pu en établir la symptomatologie la plus courante.

Ainsi en fut-il de l'hémorragie sous-archnoïdienne que l'on avait bien attribuée, dans le passé, à l'anévrisme mais d'une façon occasionnelle. Aujourd'hui, grâce aux renseignements fournis par l'artériographie, on sait que ce type d'hémorragie méningée, parfois cérébro-méningée, est la conséquence habituelle de la rupture d'un anévrisme intra-crânien, d'un anévrisme soit de l'hexagone de Willis ou de ses branches, soit de la carotide interne.

Mais on peut trouver d'autres phénomènes moins dramatiques et qui prennent beaucoup moins l'allure d'une réelle complication d'une telle lésion qui s'était rompue. Et ces phénomènes sont des signes et des symptômes neurologiques; ils intéressent tout particulièrement la fonction de certains nerfs crâniens et tout particulièrement des nerfs oculo-moteurs. Ils sont aussi les signes radiologiques qui tout en n'étant pas spécifiques peuvent suggérer l'anévrisme carotidien. Le plus souvent ces derniers indices se montrent au niveau de la selle turcique modifiant la morphologie des

apophyses clinoides, surtout postérieures, également des antérieures comme on le verra plus loin.

Puis la petite aile du sphénoïde peut s'éroder sous l'impulsion constante et rythmée de l'anévrysme, donnant lieu à un aspect radiologique anormal, assez net cependant, et fournissant un autre signe de présomption d'un anévrysme intra-crânien de la région de la fente sphénoïdale.

Nous verrons plus loin qu'une telle éventualité existe réellement et que son illustration peut servir d'indice précieux si on l'ajoute aux renseignements cliniques et au caractère évolutif du syndrome.

Voyons donc maintenant un exemple assez démonstratif de tout cela.

### Observation

L'histoire de cette malade de 52 ans est brève et sans complexité. La voici en quelques mots.

Elle n'a jamais eu de maladie importante. Depuis un an, elle éprouvait occasionnellement de la diplopie accompagnée d'une légère ptose de la paupière supérieure gauche. Elle croit que la fatigue provoquait ce phénomène oculo-palpebral passager. Puis, vers le milieu d'octobre 1949, s'installa une céphalée violente ressentie du côté gauche du crâne. Trois jours plus tard, s'ajoutèrent des vomissements et apparut une paralysie du globe oculaire gauche couplée à une ptose de la paupière supérieure et à de la diplopie. Lorsque je l'examinai, environ 15 jours plus tard, la céphalée persistait, à localisation fronto-pariétale gauche, les vomissements avaient cessé et je notai les signes oculaires suivants: ptose complète de la paupière supérieure gauche; ophtalmoplégie gauche portant sur tous les muscles et plus particulièrement sur le droit externe qui ne bougeait plus; une pupille gauche plus grande que la droite; un réflexe photo-moteur très diminué à gauche aussi bien par éclairage direct que par illumination de l'œil droit.

L'acuité visuelle semblait normale et surtout

symétrique. Le fond de l'œil était normal bilatéralement. Il n'y avait pas d'hémianopsie. La sensibilité des globes était intégralement conservée. Dès lors, un anévrysme intracrânien fut suspecté.

La malade fut hospitalisée pour examens complémentaires comprenant: ponction lombaire, radiographie du crâne et artériographie intracrânienne.

La ponction lombaire ne révéla aucune anomalie.

La radiographie du crâne montra des signes discrets, accessibles cependant à un œil exercé comme celui du Dr J.-L. Léger, et d'un grand intérêt. Voici son rapport et je vous montrerai les clichés: « Rien à signaler aux os de la voûte du crâne, la glande pinéale n'est pas calcifiée. Il existe un souminement de l'apophyse clinoidale antérieure à gauche (Fig. 1). Il existe également une érosion de la petite aile gauche du sphénoïde tout près de son insertion. Cette érosion agrandit la moitié interne de la fente sphénoïdale (Fig. 2). Le diagnostic d'anévrysme au niveau du siphon carotidien gauche est fort plausible étant donné le souminement de l'apophyse clinoidale antérieure et l'érosion de la petite aile gauche du sphénoïde. Nous conseillons une artériographie. »

Notre impression clinique était renforcée par les constatations radiographiques. Il faut ajouter que ces indices décelés méritent d'être soulignés comme pouvant dépendre d'un anévrysme de la région, mais qu'ils ne sont pas spécifiques de cette lésion.

Une artériographie fut effectuée dans le but d'apporter, *si possible*, une preuve incontestable. Nous disons « si possible » car un anévrysme, très rarement cependant, pourrait se trouver et ne pas révéler sa présence par l'artériographie cérébrale.

A tout événement, nous avons demandé au Dr Claude Bertrand de procéder à une injection intra-carotidienne de Diodrast en vue de l'artériographie. Voici le rapport du Dr J.-L. Léger: « L'injection révèle la présence d'un important anévrysme de l'artère carotide in-

terne au niveau du coude antérieur du siphon. Il est situé du côté externe par rapport à la carotide.» (Fig. 3 et 4)

Nous vous ferons voir ces clichés qui sont une illustration parfaite d'une telle lésion vasculaire.

La preuve devenait dès lors incontestable. Que devons-nous conseiller comme traitement? Soit l'exclusion de l'anévrisme par ligature intracrânienne ou la ligature extracrânienne de la carotide interne.

En vue de quel objectif ce traitement? Surtout en vue de prévenir une complication sérieuse, trop souvent mortelle, de l'anévrisme intracrânien: l'hémorragie sous-arachnoïdien-

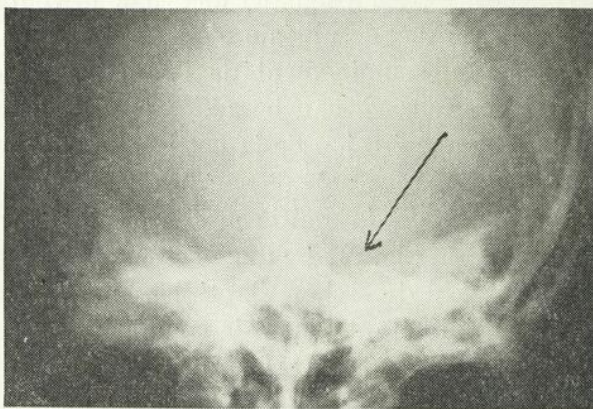


Fig. 1. — Souminement de l'apophyse clinéoïde antérieure à gauche.

ne, parfois l'hémorragie cérébro-méningée, par rupture du fuseau ou du sac anévrysmal, beaucoup plus que pour faire régresser les accidents de paralysie oculo-motrice comme on les trouvait dans notre cas.

Notre malade fut donc confiée du Dr Claude Bertrand qui jugea, vu la situation de l'anévrisme, d'effectuer une ligature extracrânienne de la carotide interne. Ce genre d'opération moins radical abaisse la circulation sanguine dans le segment anévrysmal et d'autant la pression intra-artérielle et de ce fait concourt à prévenir la rupture.

Mais encore faut-il agir avec grande précaution et par gradation; une ligature d'emblée de la carotide interne pourrait, surtout chez un sujet d'un certain âge, déclencher une encé-

phalomalacie par thrombose; l'accident a été observé assez fréquemment pour la craindre avec raison. Aussi le Dr C. Bertrand exigea-t-il, comme mesure pré-opératoire et pour éprouver la tolérance du cerveau gauche à des arrêts passagers de circulation carotidienne, que l'on exerçât une compression digitale sur la carotide, deux fois par jour, pendant une semaine. Aucun incident notable ne s'étant produit, il opéra d'abord une ligature partielle de la carotide interne puis il la rendit totale deux jours plus tard. Auparavant, il avait exécuté une artériographie intracrânienne à droite, afin de se rendre compte du degré de communication sanguine entre les régimes artériels

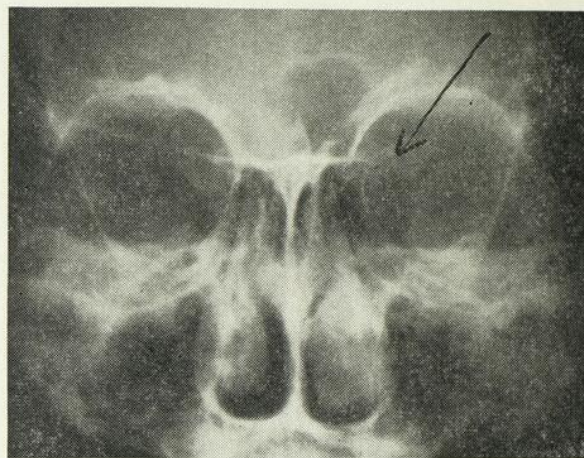


Fig. 2. — Erosion de la fente sphénoïdale gauche.

droit et gauche et de la suppléance que le cerveau droit pouvait apporter au cerveau gauche une fois privé de sa circulation carotidienne.

Tout se passa sans incident. La malade quitta l'hôpital 14 jours après l'opération. La cécité pré-existante montra une régression importante quelques jours avant le congé; la ptose était presque totalement disparue, les mouvements oculaires se faisaient bien dans les directions de la contraction des muscles innervés par le moteur oculaire commun, seule persistait encore la paralysie du droit externe innervé par le 6<sup>e</sup> nerf crânien (moteur oculaire externe).

\* \* \*

Les anévrysmes intracrâniens sont connus depuis longtemps, les investigations nécropsiques les avaient mis en lumière. Ils siègent presque toujours sur le réseau de l'hexagone de Willis ou sur ses branches primitives, sur la carotide interne et, dans presque les  $\frac{3}{4}$  des cas, sur la moitié antérieure de l'hexagone.

On admet que leur origine est le plus souvent congénitale, et qu'ils se développent alors aux points de bifurcation artérielle.

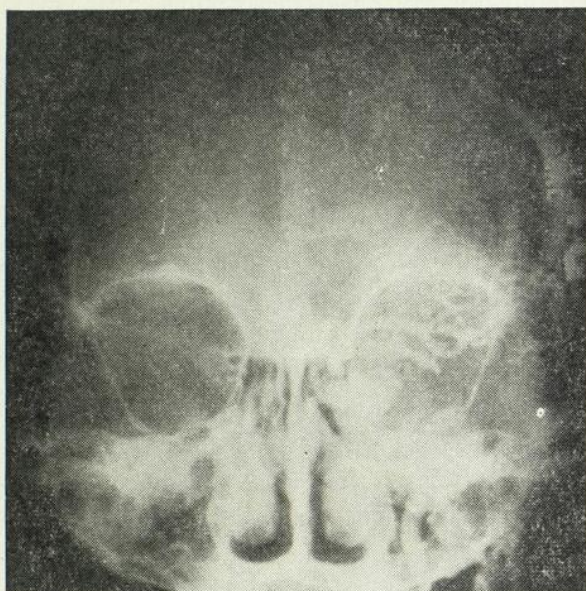


Fig. 3. — Artériographie cérébrale. Incidence antéro-postérieure. Anévrysme carotidien intracrânien, à gauche.

Depuis l'usage de l'artériographie cérébrale, on est généralement d'opinion que la très grande majorité des hémorragies sous-arachnoïdiennes est due à une rupture d'un anévrysme intracrânien, le plus souvent de genèse congénitale, parfois d'origine artério-scléreuse, dans d'autres cas par embolie infectieuse et artérite segmentaire.

L'angiographie cérébrale a également placé l'anévrysme intracrânien à un rang d'importance dans l'étiologie des paralysies oculo-motrices et plus particulièrement de la paralysie de la 3e paire. Quand cet accident se produit selon des conjonctures comme celles qui furent observées chez notre malade, la clinique seule

peut déclarer l'intervention d'un anévrysme intracrânien.

L'érosion de la fente sphénoïdale et de la face externe de la selle turcique, la paralysie du moteur oculaire commun et du moteur oculaire externe, l'atteinte du trijumeau, peuvent être causées par un anévrysme de la carotide interne intracrânienne dans le sinus caverneux ou à sa proximité immédiate. Un tel syndrome s'apparente au syndrome de la fente sphénoïdale de Rochon-Dervigneaud ou même

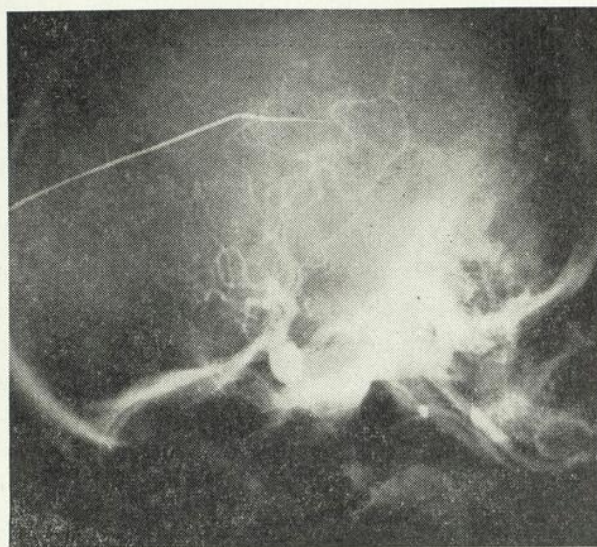


Fig. 4. — Artériographie cérébrale. Incidence latérale. Anévrysme carotidien intracrânien au niveau du siphon.

à celui de la paroi externe du sinus caverneux. (Pluvinaige).

Notre cas illustre bien une telle situation de l'anévrysme carotidien établi par l'observation clinique, par l'investigation de la radiographie simple du crâne, complétées par l'artériographie.

Bramwell, cité par Jaeger, affirmait dès 1933 qu'une paralysie oculaire périodique et la migraine ophtalmoplégique de Charcot étaient probablement toujours, ou presque toujours, des syndromes d'origine vasculaire dus à une compression sur le nerf oculaire moteur, soit par un anévrysme fissuré, soit par un anévrysme intact ou encore par une artère anormalement située, cet anévrysme et cette artère étant

distendus temporairement par une variation vaso-motrice passagère.

Au cours d'une communication récente à la « Philadelphia Neurological Society », Alpers et J. J. Ryan rapportaient que leur expérience de 60 cas vérifiés d'anévrisme intracrânien leur permettait d'affirmer que l'anamnèse d'accès répétés de céphalée habituellement unilatérale, de localisation supraorbitaire et frontale, que l'installation progressive du syndrome d'une paralysie des nerfs oculo-moteurs associée à une céphalée orbito-frontale devaient incliner à ce diagnostic d'un anévrisme intracrânien.

De telles opinions confirmées par la majorité des auteurs, porte naturellement à envisager l'indice de fréquence de l'anévrisme dans la production de la migraine. En ce qui concerne la migraine ophtalmoplégique, même Wolff qui est pour le moins réservé sur les rapports de l'anévrisme et de la migraine, croit que le syndrome combiné peut être la conséquence de l'action d'un anévrisme intracrânien. Et plus particulièrement, soit la paralysie oculaire périodique seule, soit la céphalée orbitaire ou fronto-orbitaire précédant, accompagnant l'ophtalmoplégie ou même parfois lui succédant, sont l'effet de l'anévrisme carotidien immédiatement avant sa bifurcation en cérébrale antérieure et cérébrale moyenne. La paralysie oculaire intéresse surtout la troisième paire, elle peut aussi impliquer le sixième nerf crânien; elle peut être périodique et durer quelques semaines, régresser et disparaître pendant quelques semaines et mêmes des mois (Jeager).

Mais alors la migraine simple? Quels pourraient être ses rapports avec l'anévrisme intracrânien?

Ici les avis sont partagés et nous pourrions ajouter que même les auteurs qui reconnaissent un rapport de cause à effet entre l'anévrisme et la migraine sont moins catégoriques et moins convaincants.

Dandy, Buerki, Rowbotham, Fearnside, Magee, Critchley et Ferguson, Goldflam, Adie croient vraisemblable l'efficiencia d'un ané-

vrysme intra-crânien dans la production de crises migraineuses. D'autre part, Jefferson, Richardson et Hyland, Wolff ne sont pas d'avis que l'on doive attribuer à la présence d'un anévrisme l'apparition de crises migraineuses typiques, surtout si elles ont duré pendant plusieurs années, alternant la douleur d'un côté à l'autre du crâne.

Mais quels seraient les motifs qui peuvent rendre plausible l'étiologie anévrysmale de la migraine? C'est que, selon Wolff d'après les compilations de Goldflam, de Richardson et Hyland, de Magee et des siennes propres, la migraine ou des accès périodiques de céphalée ont été observés dans le passé de sujets à hémorragie sub-arachnoïdienne par rupture d'anévrisme, dans une proportion de 16 à 41%. D'autre part, l'indice de fréquence de la migraine dans la population en général serait de 8%. Sans doute, à priori, un tel décalage dans ces deux indices porterait à accepter l'étiologie de l'anévrisme chez un nombre important de migraineux. Mais Wolff se refuse à accepter une telle conception et explique un tel rapport par un mécanisme inverse, les crises vaso-motrices de la migraine amenant des modifications structurales des parois artérielles et favorisant de cette façon la formation d'anévrysmes sur des artères déjà congénitalement aplasiques. Cette question de corrélation entre anévrisme intra-crânien et migraine est loin d'être résolue; on peut affirmer qu'il est possible que certaines migraines soient l'effet de l'action d'un anévrisme intra-crânien.

A tout événement, les observations de Frankel et de Bayley, cité par Frankel, démontrent qu'un changement important dans la nature et le caractère, dans la sévérité et la fréquence de la céphalée, surtout si s'y ajoutent des signes d'atteinte des nerfs oculo-moteurs, doit faire suspecter la présence d'un anévrisme qui se dilate, grossit par fissure et hémorragie circonscrite, ou même en définitive se rupture. Ce phénomène surajouté est venu compliquer l'évolution d'un processus migraineux qui pré-existait.

Sans doute, des artériographies cérébrales

systématiquement effectuées chez les migraineux pourraient encore mieux nous éclairer sur le taux de conjonction entre l'anévrisme intracrânien et la migraine ou les céphalées périodiques.

#### BIBLIOGRAPHIE

Roger PLUVINAGE: « Etude anatomique des anévrysmes cérébraux. » *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 25: 2671 (30 août) 1949.

J. JEAGER: « Aneurysm of intracranial carotid artery. » *J. A. M. A.*, 142: 304 (4 fév.) 1950.

Kolman FRANKELL: « Relation of migraine to cerebral aneurysm. » *Arch. Neur. Psy.*, 63: 195 (février) 1950.

H. H. HYLAND: « Prognosis in spontaneous subarachnoid hemorrhage. » *Arch. Neur. Psy.*, 63: 61 (janvier) 1950.

Harold G. WOLFF: *Headache and other head pain.* Oxford University Press, édit., New-York, 1948.

Bernard J. ALFERS et James J. RYAN: « Aneurysm of the internal carotid artery with normal arteriogram. Report of two cases. » Philadelphia Neurological Society. *Arch. Neur. Psy.*, 62: 520 (oct.) 1949 et (avril) 1947.

## LES HYDRONÉPHROSES À SYMPTOMATOLOGIE GASTRO-INTESTINALE <sup>1</sup>

J.-P. BOURQUE, F.R.C.S. (C.), F.A.C.S., F.I.C.S.,

Professeur Agrégé d'Urologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal,  
Chef de Service en Urologie à l'Hôtel-Dieu;

et

J.-P. BRAULT,

Résident dans le Service d'Urologie à l'Hôtel-Dieu.

L'hydronéphrose est certainement une des affections chirurgicales du rein les plus fréquentes. Toutefois, même aujourd'hui, cette affection est une dont le diagnostic est souvent méconnu surtout dans les débuts. Nous savons tous à quel point la pathogénie de cette entité pathologique a été discutée depuis des années, mais malheureusement ce problème n'est pas complètement résolu; aussi nous n'avons pas l'intention de la discuter ici.

Depuis le Congrès de la Société Internationale de Chirurgie tenu à Madrid en 1930, où le sujet a été discuté longuement, une multitude d'articles s'attaquant à l'aspect urinaire et aux divers symptômes de cette affection ont été écrits. Nous sommes donc tous familiers avec la symptomatologie habituelle de l'hydronéphrose.

Par contre, les troubles gastro-intestinaux sont moins souvent mentionnés qu'ils le de-

vraient dans la symptomatologie de cette affection. A notre avis, ils constituent un symptôme fréquent et important qui est trop souvent négligé, d'autant plus que c'est souvent le symptôme d'alarme des hydronéphroses qui débutent. En fait, nous avons tous et très souvent, en interrogeant des malades qui présentaient une hydronéphrose, constaté dans l'histoire de la maladie de ces sujets des ennuis relatifs à la digestion, au mauvais fonctionnement de l'intestin. Trop souvent aussi, ces malades ont été traités comme des gastro-intestinaux, sans amélioration.

En fait, plusieurs autres affections rénales peuvent donner des troubles digestifs réflexes. Mais nous croyons que l'hydronéphrose tient le premier plan. Bien souvent, ces troubles digestifs, flous, mal identifiés, qui restent négatifs à toutes les explorations cliniques et radiologiques, sont souvent la première manifestation subjective des hydronéphroses. Il faut donc les connaître de façon à poser le diagnos-

1. Travail du Service d'Urologie à l'Hôtel-Dieu.

tic précocement, car la thérapeutique chirurgicale ou autre nous permettra d'être beaucoup plus conservateur et d'éviter un grand nombre de néphrectomies.

La plupart des troubles gastro-intestinaux rencontrés chez les malades porteurs d'hydro-néphroses sont des nausées ou des états nauséux, des vomissements, du ballonnement, des douleurs abdominales mal définies, des malaises gastriques qui vont parfois même jusqu'à simuler la symptomatologie de l'ulcus, de la cholécystite, etc.

Tous ces symptômes gastro-intestinaux, l'anatomie et la physiologie peuvent nous les expliquer. En fait, le rein droit en position normale est en relation très intime avec la deuxième portion du duodénum. Plus précisément, le bassinnet et la moitié interne de la face antérieure du pôle inférieur du rein droit sont recouverts par le péritoine et, par l'intermédiaire de celui-ci, sont en contact quasi direct avec la deuxième portion du duodénum. Ceci explique donc assez facilement que s'il y a dilatation du bassinnet ou réaction de celui-ci, il puisse y avoir répercussion sur le duodénum par voisinage, à la suite de poussées inflammatoires. Très souvent, aussi, il se formera des brides reliant le rein ou le bassinnet et le péritoine qui recouvre la deuxième portion du duodénum. Celles-ci sont souvent la cause de coudures duodénales par traction, quand le rein est ptosé, et ces conditions seront beaucoup plus marquées quand le sujet sera en position debout. Ces formations pathologiques qu'on rencontre souvent au cours des interventions sur le rein droit, expliquent bien le point d'origine rénale des troubles digestifs manifestés par ces malades surtout en position debout. D'ailleurs, les troubles disparaissent à peu près en position horizontale, car le rein, rentrant dans sa loge, n'occasionne plus de tiraillements à ce niveau.

Autre point important, le rein, l'estomac, tout le tube digestif jusqu'à la moitié gauche du côlon transverse, le foie, le pancréas ainsi que la rate et les surrénales ont une innervation commune: le vague et les splanchniques

— grands, petits et inférieurs — avec, comme centre de relai, le plexus solaire (« celiac plexus » des auteurs anglais). Ce plexus solaire, plaqué sur l'aorte dans la région du tronc coeliaque, de la mésentérique supérieure et des rénales, est formé d'un lacis de fibres nerveuses denses parmi lesquelles on peut distinguer de chaque côté, trois masses ganglionnaires bien individualisées: le ganglion semi-lunaire, le ganglion aortico-mésentérique supérieur et le ganglion aortico-rénal. Chacun de ces ganglions reçoit une innervation propre. Ainsi le grand splanchnique fournit d'abord et surtout le semi-lunaire et n'envoie que quelques filets au ganglion aortico-mésentérique supérieur. Le splanchnique donne à ce dernier la majeure partie de ses fibres et quelques-unes au ganglion aortico-rénal.

C'est ce ganglion et les filets qui l'accompagnent qui forment, avec de fins rameaux des deux premiers ganglions lombaires, le plexus rénal!

Quant au vague, qui aborde le ganglion semi-lunaire par sa corne interne, ses fibres traversent le plexus solaire sans s'y arrêter, alors que pour le sympathique c'est le contraire: les cellules des fibres post-ganglionnaires des splanchniques se trouvent dans le plexus solaire.

Cette promiscuité nerveuse éveille à elle seule l'idée d'interrelation entre les divisions du système végétatif d'une part et, d'autre part, l'idée d'interdépendance des viscères abdominaux. La notion du réflexe médullaire ou du réflexe d'axone utilisant les courts trajets du sympathique (échelonnés le long de la chaîne latéro-vertébrale de D6 à L2 inclusivement) ou la longue voie du pneumogastrique justifie et explique l'hypothèse. Or, la clinique nous en prouve le bien fondé.

Ceci étant démontré, il est donc très facile de constater, comme l'ont montré Davis et O'Neil, que l'innervation sympathique du rein et du tube digestif ont beaucoup de points communs. D'ailleurs, pour s'en rendre compte, il suffit de se rappeler les nausées, les vomissements, etc., occasionnés par une crise de

colique néphrétique ou urétérale. Il va donc de soi que des tractions sur ces filets nerveux qui passent au niveau du pédicule rénal, lesquelles tractions occasionnées soit par une ptose du rein ou encore par une dilatation du bassinet, peuvent amener des douleurs réflexes et des ennuis du côté digestif.

Ceci, comme dans le cas des tractions du duodénum par brides, est tellement vrai, que la plupart de ces malades qui présentent des troubles digestifs dus à une ptose rénale ou à une petite hydronéphrose, voient ces ennuis disparaître complètement ou à peu près, dès qu'ils sont en décubitus dorsal, c'est-à-dire en horizontal. Dans cette position, le rein remonte dans sa loge, le drainage se fait mieux, le bassinet se vide et il n'y a plus aucune traction ou irritation des filets nerveux. Plusieurs auteurs ont rapporté ce genre d'observations et parmi celles-ci, nous avons les cas de Sherwin, Roskey, Stiller, Konster, Scholl, Verbrugge, Davis, O'Neil, Mercier, Vézina, Bédard, Marion, Gauthier, Clavel, etc.

Nous n'avons donc pas la prétention d'amener quelque chose de nouveau à la question, mais nous voulons tout simplement attirer l'attention du médecin sur la possibilité de la ptose rénale et de l'hydronéphrose comme cause de troubles digestifs, car nous voyons encore malheureusement trop de malades présentant des hydronéphroses qui ont été opérés au préalable, sans exploration rénale, pour appendicite, cholécystite et autres syndromes digestifs. Nous avons inclus quelques observations qui illustrent bien ce que nous venons d'avancer.

#### Observation 1.

Mlle G.P.V., 25 ans, Dossier No 1772, se plaint d'asthénie, de perte de poids, de nausées et de sensation de plénitude au creux épigastrique qui durent depuis 5 ans. Tous ces troubles digestifs sont exagérés dans la position verticale, ils sont diminués ou disparaissent dès que la malade est en position horizontale. L'exploration complète du tube di-

gestif a été faite sans déceler de lésions. Le traitement médical n'a amené aucune amélioration. Elle a subi une appendicectomie 3 ans au préalable. A l'examen urologique, nous trouvons une ptose droite très marquée avec hydronéphrose du 2e degré. A gauche aucune lésion. Les analyses sont normales, sauf pour les urines qui contiennent du colibacille et du streptocoque fœcalis. Nous pratiquons chez elle une néphropexie haute. Nous avons depuis revu la malade et ses ennuis sont à peu près disparus.

#### Observation 2.

Mlle M.M.C., 38 ans, Dossier 1121, se plaint d'éructations, de gaz, de douleurs au creux épigastrique après les repas et de constipation. Cette malade présente aussi de la polyurie qui a duré quelques jours. L'examen est négatif, mais la pyélographie nous montre une hydronéphrose droite du 2e degré. A l'intervention, nous constatons que l'hydronéphrose est causée par un vaisseau anormal du pôle inférieur qui comprime l'uretère. Nous ligaturons et sectionnons ce vaisseau et pratiquons une néphropexie haute. Depuis ce temps, tous les troubles digestifs de cette malade ont disparu, et elle se sent très bien.

#### Observation 3.

Mlle M.O., 17 ans, Dossier 891. Depuis un an cette malade se plaint de nausées et de vomissements sans cause apparente. Elle se sent très nerveuse et présente souvent des céphalées. Elle ne présente aucun trouble urinaire. Tous ses symptômes sont digestifs. Les examens sont négatifs à tous les points de vue, sauf au point de vue urologique, car la pyélographie nous montre une ptose rénale droite marquée avec une hydronéphrose au début. A l'opération, nous trouvons un rein adhérent au péritoine antérieur et nous pratiquons une néphropexie. La malade a été revue, elle est complètement guérie.

**Observation 4.**

Monsieur B.T., 36 ans, Dossier No 987 présente des troubles digestifs sous forme de douleurs épigastriques sans horaire fixe, des sensations de lourdeur, de gonflement, des nausées et des vomissements. Tous ces troubles sont augmentés par la station debout et le décubitus latéral gauche. L'examen clinique et radiologique du tube digestif est négatif. On note un rein droit très mobile et fortement ptosé, mais non douloureux. La pyélographie ne montre aucune dilatation du bassinet ni des calices qui sont normaux, mais confirme la ptose. A cause de la négativité des examens digestifs et ne pouvant expliquer ces troubles que par la ptose rénale, nous décidons d'intervenir. A l'intervention, le rein est normal mais très mobile. Nous pratiquons une néphropexie. La guérison a été complète; nous avons revu le malade depuis et la guérison persiste.

Il est à noter que dans ces quatre cas rapportés et observés au cours de l'année, la symptomatologie digestive est seule manifeste et que la symptomatologie urinaire est à peu près inexistante. Ceci ne veut pas dire que ce soit toujours le cas, car, règle générale, les deux symptomatologies — digestive et urinaire — existent concomitamment, mais, par contre, ces données illustrent bien ce qui précède.

Il n'y a pas de doute que ces trouvailles diagnostiques soient difficilement réalisables par un examen purement clinique, mais ce qui est important c'est de savoir que ces choses existent. Donc, chez tous les malades qui présentent des troubles digestifs non expliqués par des examens cliniques et radiologiques complets du tube digestif, il faut toujours penser à une lésion urinaire et surtout à une lésion du rein droit, soit une ptose ou une hydronéphrose.

Le diagnostic sera facilement tranché par une pyélographie.

Il est donc très important chez les malades, chez qui les explorations digestives sont négatives, de compléter celles-ci par un examen urologique qui permettra de poser le diagnostic et indiquera le traitement, qui, dans la majorité des cas, pourra être conservateur, car les lésions seront prises au début. De plus, on verra moins de malades opérés pour appendicite, cholécystite ou autre intervention, sans soulagement aucun.

## B I B L I O G R A P H I E

- J. C. BOILEAU: *Atlas of Anatomy*, 2e édition, pages 137 et 144.
- GAUTHIER et CLAVEL: *Journal d'Urologie*, **30**: 37, 1930.
- G. MARION: *Le Traité d'Urologie*, Tome I, éd., 1940, p. 530-38.
- MILTON et O'NEIL: *Texas State J. Med.*, **43**: 567-569, 1948.
- H. ROUVIERE: *Anatomie Humaine*, tome I, p. 772, édition 1924.
- A. SAMUEL et Kern HOWARD: *Urological and Cutaneous Rev.*, **30**: 644-645, 1926.
- A. J. SCHOLL et J. VERBRUGGE: *Journal d'Urologie*, **26**: 275, 1928.
- B. SHERWIN et E. ROSKEY: *N. Y. State J. of Med.*, **46**: 414-416, 1946.
- Société des Hôpitaux de Paris: *Presse Médicale*, **58**: 1146, 1942.
- Chs VEZINA et A. BEDARD: *Laval Médical*, **6**: 451-456, 1941.
- H. WARREN et J. T. MASSON: *U. S. Navy Med. Bull.*, **46**: 1907-1909, 1946.
- WHITE et WINSBURY: *British Medical J.*, No 3336, 1943, 1924.

# GROSSESSE ET TUBERCULOSE <sup>1</sup>

Gérard LÉONARD,

Hôpital de la Miséricorde (Montréal).

Il est, je crois, opportun de revoir les effets néfastes de la tuberculose sur la grossesse (et vice-versa) étant donné que cette terrible maladie fauche tant de monde tous les jours. En obstétrique cette affection doit être envisagée avec un double intérêt et une double ardeur, car il s'agit toujours de deux vies.

Nous verrons en résumé:

- I — *Influence de la grossesse sur la tuberculose.*
- II — *Influence de l'accouchement sur la tuberculose.*
- III — *Influence de l'allaitement sur la tuberculose.*
- IV — *Influence de la tuberculose sur l'état puerpéral.*
- V — *Influence de la tuberculose sur le fœtus.*
- VI — *Le pronostic.*
- VII — *La conduite à tenir.*
- VIII — *Enfin trois cas de tuberculeuses enceintes que j'ai observés.*

## I INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA TUBERCULOSE

Il est actuellement admis que la grossesse peut soit aggraver une tuberculose en activité, soit réveiller une tuberculose latente, soit précéder aux débuts d'une tuberculose aiguë.

On peut dire que la tuberculose débute dans  $\frac{1}{3}$  des cas pendant l'état puerpéral et les différentes formes cliniques de la tuberculose réagissent différemment durant la puerpéralité.

Les lésions anciennes cicatrisées, les formes fibreuses apyrétiques sans expectoration bacillaire sont rarement aggravées. On observe cependant assez souvent dans ces cas des hémop-

tysies passagères ou des petits phénomènes congestifs.

Les tuberculoses ulcéro-caséuses, en activité, même si leurs lésions sont discrètes, évoluent rapidement vers le ramollissement, la température s'exagère et la teneur de bacilles augmente dans les crachats. On peut dire que ces formes sont aggravées dans 75% des cas.

La tuberculose qui débute pendant la grossesse semble la variété la plus redoutable. Ces tuberculoses tournent souvent en granulie ou en broncho-pneumonie. On peut dire que 50 malades sur 100 meurent de suite après l'accouchement et les autres femmes qui dépassent les suites de couches meurent dans l'année.

Quant aux pleurésies tuberculeuses, quoique rares au cours de la grossesse, elles peuvent évoluer en gagnant le parenchyme pulmonaire et sont à surveiller.

A quel moment de la gestation la tuberculose s'aggrave-t-elle? C'est dans les premiers mois que les signes physiques et généraux s'exagèrent pour diminuer ensuite d'intensité au milieu de la grossesse. Mais la pire aggravation se manifeste surtout lors des dernières semaines de la gestation, quoique dans les cas très graves il est exceptionnel que la femme succombe avant d'être accouchée.

Au cours du travail dans les formes avancées l'on peut rencontrer soit une hémoptysie foudroyante, soit un pneumothorax spontané se créant sous l'influence de l'effort. Dans certains cas, la mort survient par collapsus au moment même de l'expulsion.

Durant les suites de couches les tuberculoses en activité voient, après une période d'accalmie trompeuse de 3 à 4 jours, l'aggravation se produire subitement: les signes généraux et physiques s'exagèrent, les lésions s'étendent et se disséminent ou la maladie évolue vers la granulie et les malades meurent entre le 15<sup>e</sup> et

1. Communication au Bureau médical de l'hôpital de la Miséricorde, le 17 avril 1950.

le 30e jour après l'accouchement. Parfois l'aggravation ne se produit qu'au bout de quelques mois, mais à partir de ce moment l'évolution prend également une allure rapide.

Multiplés sont les causes qui expliquent cette accélération de la tuberculose durant la grossesse. Il y en a deux principales: la décalcification physiologique et la déminéralisation surtout dans les derniers trois mois de la grossesse et pendant l'allaitement.

## II INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT SUR LA TUBERCULOSE

Cette influence est encore plus marquée que celle de la grossesse. Le plus souvent, même quand la grossesse a été assez bien supportée, se déclarent immédiatement après l'accouchement des accidents aigus qui emportent la malade en quelques semaines soit par pneumonie caséuse, soit par granulie. On rencontre surtout la granulie chez les patientes ayant déjà eu une lésion tuberculeuse des annexes.

## III INFLUENCE DE L'ALLAITEMENT SUR LA TUBERCULOSE

*Chez la mère:* La marche de la tuberculose s'accélère chez les nourrices. Plusieurs auteurs français, comme Grisolles, Landouzy et Martin ont noté que la marche de la maladie est beaucoup plus rapide. En effet, l'allaitement augmente la dénutrition et la décalcification chez la mère.

*Chez le bébé:* Celui-ci court de grands risques d'être contaminé par sa mère et de devenir tuberculeux.

## IV INFLUENCE DE LA TUBERCULOSE SUR L'ÉTAT PUERPÉRAL

La tuberculose n'exerce que peu d'action sur la grossesse. L'avortement est extrêmement rare mais l'accouchement prématuré est fréquent.

Quant à l'accouchement lui-même, il n'est pas influencé du tout: il n'y a pas plus d'hémorragies que chez une femme normale.

Il n'y a également pas d'action directe de la

tuberculose sur les suites de couches. De plus la tuberculose ne prédispose pas à l'infection puerpérale, mais il faut remarquer que l'association de la tuberculose et de la fièvre puerpérale est extrêmement grave et l'on peut dire que 90% de ces patientes meurent dans l'espace de 10 à 12 jours.

En résumé, on peut croire que dans les formes localisées et surtout s'il s'agit de formes fibreuses, la grossesse se rend à terme dans la grande majorité des cas. D'autre part, dans les formes graves, l'interruption spontanée de la grossesse se produit dans la moitié des cas et surtout dans la période de gestation qui s'étend du 1er au 3e mois et du 6e au 9e mois.

## V INFLUENCE DE LA TUBERCULOSE SUR LE FŒTUS

Le passage du bacille de Koch dans l'organisme foetal est exceptionnel et on l'a nié longtemps. Mais les recherches de Bar et Renon en établissent la possibilité. D'après ces auteurs, pour que le bacille de Koch puisse infecter directement le fœtus, il doit se trouver dans le sang maternel, ce qui existe en cas de septicémie tuberculeuse ou de granulie. Ces enfants ainsi contaminés meurent dans les quelques heures ou jours qui suivent la naissance.

Cependant on admet dans le plus grand nombre des cas l'hérédité de terrain, c'est-à-dire le passage de toxines et non de bacilles. En effet, l'enfant naît faible, mal développé, mais ne présente pas de bacille de Koch.

Enfin, si le père est tuberculeux, l'influence sur l'enfant est très fâcheuse, mais si celui-ci est soustrait de tout contact et est bien alimenté, il peut se développer normalement.

## VI LE PRONOSTIC

Le pronostic sera établi d'après les caractères cliniques de la tuberculose dont il importe de bien définir le type par les moyens suivants:

1 — Recherche quotidienne du pouls, de la température et de la pression artérielle.

2 — Pesée régulière, qui renseigne sur la rapidité de l'amaigrissement.

3 — Auscultation attentive et radiographie qui permettent de dépister le ramollissement ou l'extension des lésions.

4 — Naissance des complications en particulier la tuberculose laryngée de pronostic très grave.

5 — Enfin l'épreuve de la tuberculine en intra-dermo-réaction: dans les formes fibreuses où la grossesse peut être tolérée, la réaction est en général positive alors qu'elle est négative dans les formes évolutives ou de granulie.

Pour établir le pronostic on devra aussi tenir compte de la condition d'hygiène et de la situation sociale de la malade.

## VII CONDUITE À TENIR

Le traitement sera toujours médical sauf de très rares exceptions où il sera en plus obstétrical.

A) *Le traitement médical* sera strictement le même qu'en dehors de la grossesse, mais encore plus actif et plus sévère si possible. Le repos, l'hygiène, le grand air, la suralimentation, la recalcification, l'auréomycine, la streptomycine et le P.A.S. En tout premier lieu et dès les *premières heures* après l'accouchement il faut se souvenir que l'on doit administrer un pneumothorax artificiel, qui compensera la décompression suivant la délivrance. En plus, le pneumothorax sera largement utilisé à tous les stades de la puerpéralité suivant ses indications habituelles.

### B) *Traitement obstétrical*

1 — *Durant la grossesse*, à aucun stade il n'est permis d'intervenir soit par avortement provoqué, soit par hystérectomie dans le but d'arrêter la grossesse.

2 — *Pendant le travail* on aidera la femme en ne la laissant pas pousser et, sauf si l'accouchement est très rapide, on appliquera un forceps dès que la dilatation sera complète.

3 — *Pendant les suites de couches*, l'allaitement est formellement contre-indiqué tant

pour la mère, parce qu'il augmente sa dénutrition, que pour l'enfant que l'expectoration maternelle ensemence. Quant au lait lui-même on n'a pas pu y déceler de bacilles de Koch mais il contient certainement des toxines. Il est de même indiqué d'éloigner l'enfant de sa mère et du foyer tuberculeux. Enfin, on aura recours à la vaccination anti-tuberculeuse par le B.C.G. dans tous les cas où l'état de l'enfant le permettra et dès les premières 8 à 12 heures après la naissance.

\* \* \*

### Observations.

Tout ceci m'amène au souvenir de trois patientes qui ont souffert d'une tuberculose en rapport avec une grossesse.

La première, 28 ans, primipare, qui a déclenché une tuberculose avant *sa grossesse*. Elle rendit son enfant à terme et malgré le traitement elle mourut d'une granulie sept mois après son accouchement.

La deuxième, 23 ans, primipare, devint tuberculeuse *durant sa grossesse*, apparemment vers le 5<sup>e</sup> ou le 6<sup>e</sup> mois. Elle fut suivie à l'Institut Bruchési durant les trois derniers mois avant son accouchement, puis elle eut son bébé à terme et normalement. Mais un mois après la naissance du bébé, elle fit une pleurésie tuberculeuse et mourut 15 jours après.

Enfin, la troisième, 24 ans, multipare, cinq grossesses en quatre ans, a accouché à la Miséricorde le 5 octobre 1949. Ses trois grossesses à terme se passèrent très normalement. Deux mois après son *dernier accouchement*, elle se sentit très fatiguée, avec un violent point douloureux au sommet droit. Le lendemain elle fit une hémoptysie qui se répéta le surlendemain. Elle fut hospitalisée immédiatement au Sacré-Cœur. Elle avait une infiltration du lobe supérieur droit, avec une petite cavité. Elle fut mise au grand repos et reçut comme traitement: auréomycine en injections intra-musculaires à raison d'une tous les jours durant trois semaines, puis streptomycine en injection à raison de 60 grammes en trois semaines et enfin du P.A.S. qui est un acide para-amino-salicy-

lique, 2 cuillères à thé de ce granulé 3 fois par jour. La patiente est encore hospitalisée, mais va beaucoup mieux et est en bonne voie de guérison, car on croit qu'elle sortira complètement guérie d'ici un mois ou deux.

\* \* \*

Je conclus ici en énumérant les quatre idées dominantes dont on doit toujours se souvenir lorsqu'on a un doute d'infection tuberculeuse chez nos patientes enceintes.

1 — La grossesse aggrave toujours la marche de la tuberculose.

2 — L'enfant est menacé par l'hérédité de terrain plus que par l'infection bacillaire directe.

3 — L'allaitement est absolument contre-indiqué dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

4 — Enfin, durant les visites prénatales des patientes à nos bureaux, nous devrions, chaque fois qu'il y a le moindre doute, adjoindre au dossier de ces patientes le résultat d'une récente radiographie.

Et ceci nous éviterait beaucoup d'erreurs dans le meilleur intérêt de nos patients.

---

# REVUE GÉNÉRALE

---

## LE FOND DE L'ŒIL DES HYPERTENDUS

Roland CLOUTIER,

Ophthalmologiste à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Depuis de nombreuses années, l'interniste s'est tourné vers l'ophtalmologiste pour l'éclairer au cours d'une maladie hypertensive. De plus en plus, cette coopération devient nécessaire et efficace. C'est pourquoi j'ai pensé qu'il serait bon de tenter de mettre au clair toutes ces données plus récentes qui en tout cas me paraissent confuses. Je n'ajouterai rien de nouveau aux immenses travaux beaucoup plus scientifiques déjà publiés, mais je tenterai d'élaborer une ligne de conduite à suivre dans l'appréciation des différentes rétinoopathies hypertensives. D'ailleurs nous le devons à nos collègues qui de plus en plus se prévalent d'un examen aussi sérieux que l'ophtalmoscopie. Sans doute il ne nous est pas toujours possible de poser un diagnostic précis et un pronostic sans appel, mais l'examen du fond de l'œil est devenu aussi nécessaire chez l'hypertendu que les examens usuels.

La définition de quelques termes et la révision de certains faits anatomiques nous permettront de mieux saisir, leur relation avec les phénomènes pathologiques.

Nous savons que l'artère centrale de la rétine naît de l'ophtalmique, elle-même branche de la carotide interne. Elle pénètre dans le nerf optique par sa partie inférieure à 10 ou 15 mm. en arrière du globe oculaire. Elle chemine dans le nerf du côté nasal par rapport à la veine, jusqu'à la papille. Au niveau de la lame criblée elle se divise en branches supérieure et inférieure.

Dans cette portion du nerf optique l'artère centrale de la rétine constitue une artère de moyen calibre. Sa lumière est petite 0,1 mm. environ mais elle possède une intima, une média et une adventitia développées.

Mais à partir de la lame criblée « sans changement appréciable dans le diamètre de sa lumière » d'après Friedenwald ou « avec un léger rétrécissement » d'après Adams l'épaisseur des parois diminue brusquement de plus de moitié pour les artéριοles de la rétine. Ces dernières présentent une media mince et une adventitia à peine existante.

Dans la rétine les artéριοles et les veines cheminent dans la couche des fibres nerveuses et dans un plan situé entre la couche nucléaire interne et la couche plexiforme externe. Se rencontrant dans ce court espace que constituent les différentes couches de la rétine, l'artère et la veine se font place comme l'une à l'autre. A ce point de rencontre comme l'a montré conclusivement Sallman, il est impossible de distinguer même microscopiquement les parois vasculaires de l'artéριοle et de la veine. Selon Friedenwald leur paroi commune est constituée de l'intima et de la média de l'artère et de l'endothélium de la veine de sorte que normalement si la veine et l'artère cheminent toutes deux dans la couche des fibres nerveuses, la veine sera forcée de se déplacer pour passer au dessous de l'artère et par conséquent nous aurons un déplacement en profondeur. Ce n'est donc pas l'hypertension, comme l'avaient suggéré Kowanagi et Salus, qui amène un déplacement de la veine en profondeur; et ce déplacement artéριο-veineux marqué vu à l'ophtalmoscope, est dû uniquement à un changement d'indice de réfraction des parois vasculaires. Et c'est un point important — nous savons que les parois des vaisseaux rétiniens normaux sont transparentes de même que le tissu qui les englobe — la rétine. De sorte que l'ophtalmoscope ne nous fait voir que la colon-

ne sanguine qui y circule et non les parois vasculaires elles mêmes. Nos premières informations, à l'examen du fond de l'œil, nous viendront donc de la lumière du vaisseau observé, et indirectement de la paroi de ce même vaisseau, laquelle paroi ne devient visible qu'au moment où son indice de réfraction est changé par un processus quelconque, pathologique ou sénile.

Quels sont les signes ophtalmoscopiques à rechercher dans l'appréciation d'un fond de l'œil chez un hypertendu.

#### 1 — *Le calibre des artérioles*

Le calibre des artérioles rétinienne est normalement les deux tiers ou les trois quarts du calibre des veines, et est à peu près régulier. Il semble bien qu'un des premiers signes d'hypertension soit cette diminution du calibre, sur toute la longueur de l'artériole ou par endroits seulement. Les parois vasculaires élastiques semblent se raidir, se dresser sous l'injure du fouet sanguin. Les artérioles se rétrécissent, et présentent des foyers où le spasme est encore plus évident; elles deviennent tortueuses, se branchent à angles plus aigus. Et de fait, c'est ce que nous voyons au début des hypertensions essentielles ou secondaires à une glomérulonéphrite aiguë, toxémie de la grossesse, rein atrophique unilatéral, etc.

#### 2 — *Reffet artériolaire*

Les parois vasculaires, nous l'avons vu, sont normalement transparentes; au travers de celles-ci nous voyons la colonne sanguine. Si la paroi capillaire, pour une raison quelconque, est envahie par un processus de sclérose, son indice de réfraction est changé et elle devient visible comme un petit liséré blanchâtre. Ce processus pathologique peut s'étendre jusqu'au point de faire paraître l'artériole comme un fil de cuivre ou un fil d'argent. Que se passe-t-il? La média surtout est en proie à une dégénérescence hyaline d'abord, puis lipoidique ensuite. Cette dégénérescence à rendu la paroi artériolaire visible; l'hypertension semble devoir accélérer cette visibilité de la paroi et par conséquent exagère le reflet arté-

riolaire. Il est bien logique que l'hypertension aiguë à type angiospasme ne soit pas accompagnée de ce phénomène; en effet, si la cause est enlevée, l'injure hypertensive ne vient plus concourir à l'accélération de l'artériosclérose. Et de fait, nous voyons des rétinopathies aiguës, comportant: a) étroitesse des artérioles; b) foyers de constriction locale; c) œdème de la rétine et de la papille, hémorragies, mais pas de reflet artériolaire exagéré s'amender ou passer rapidement au stade d'hypertension maligne selon qu'un rein atrophique a été enlevé ou non.

#### 3 — *Croisements artérioveineux*

Nous savons que l'artériole et la veine présentent une paroi commune à leurs croisements. Il est facile de s'imaginer que dès qu'il s'organise une dégénérescence hyaline ou lipoidique à ce niveau l'indice de réfraction va changer, et à l'ophtalmoscopie nous allons perdre un court trajet de la veine, d'abord immédiatement sous l'artériole, puis de chaque côté de celle-ci à mesure que le processus s'accroît.

D'après Sallus le croisement artérioveineux marqué serait le signe le plus certain de l'existence de l'hypertension. Par contre Sallman, Moore et Friedenwald l'associent plutôt à l'artériosclérose: on peut probablement dire que ce signe ne se rencontre pas au début de l'hypertension, mais d'un autre côté je ne crois pas qu'il existe dans l'artériosclérose vasculaire sans hypertension. Il serait donc présent dans l'hypertension qui dure depuis quelque temps, assez longtemps en tout cas pour présenter des parois vasculaires à reflet artériolaire exagéré c'est-à-dire une dégénérescence pathologique de la média.

#### 4 — *Exsudats — hémorragies — œdème rétinien — œdème papillaire.*

Les exsudats sont de deux sortes: il sont soit a) Floconneux, séro-fibrineux, ce sont ces placards blancs, jaunâtres plutôt situés superficiellement, assez larges, à contours mal définis; b) Durs — Ce sont des piquetés, plus petits, plus brillants, réfringents qui repré-

senteraient une dégénérescence lipoïdique et qui seraient plutôt un stage ultérieur de l'exsudat floconneux.

*Les hémorragies:* elles peuvent prendre tous les aspects selon le lieu de leur production i.e. 1) à niveau (rares) si pré-rétiniennes; 2) en flammèches, si de la couche des fibres nerveuses; 3) pointillées, si des couches nucléaires.

Est-ce que les hémorragies et les exsudats sont des signes comportant toujours un pronostic grave dans l'hypertension? Non. Sans doute si les exsudats et les hémorragies accompagnent un arbre vasculaire présentant des artérioles petites, tortueuses, à reflet artériolaire exagéré, avec croisements artérioveineux marqués, le pronostic se complique. Parce que dans ces cas il s'agit d'une hypertension qui doit durer depuis assez longtemps mais si l'arbre vasculaire paraît normal, les exsudats et les hémorragies sont des signes avertisseurs. Ils viennent d'une maladie aiguë: toxémie de la grossesse, etc., à laquelle il faut mettre un frein sans quoi l'hypertension s'érigera en entité sans chance de réversibilité. Combien de fois, au cours de toxémie de la grossesse par exemple, n'avons-nous tous pas vu de ces fonds de l'œil remplis d'hémorragies, d'exsudats, avec un œdème rétinien et papillaire assez intense pour constituer franchement un état alarmant. Et pourtant quelques semaines après la délivrance tout rentre dans l'ordre, la vision revient à la normale de même que l'hypertension. Cependant si les grossesses sont multipliées, la réversibilité est de moins en moins rapide et de moins en moins complète: à chaque fois l'état vasculaire présente des signes plus évidents d'artériosclérose et de dommage rénal. « Ce n'est pas tant la sévérité mais la durée de la toxémie qui est responsable de la persistance de l'hypertension » (Dexter et Weiss).

*Œdème rétinien et papillaire:* Existant souvent en compagnie des hémorragies et des exsudats, et ayant en somme la même importance que ces derniers c'est-à-dire en relation avec l'état vasculaire séleux. En effet, dans

l'hypertension aiguë l'œdème rétinien et papillaire peut-être très abondant, mais si on remédie à la cause aiguë cet œdème disparaît sans laisser de traces. Par contre si l'œdème papillaire est accompagné de petites artérioles à reflet artériolaire exagéré avec croisements artérioveineux marqués, le pronostic est beaucoup plus grave; il s'agit vraiment alors de la phase terminale d'une hypertension maligne.

En résumé je crois qu'il est utile pour bien s'entendre de diviser en trois groupes les détails à noter dans toute classification du fond de l'œil des hypertendus.

1 — Le calibre des vaisseaux: étroitesse des artérioles, foyers de constrictions locales dans les artérioles.

2 — Le reflet artériolaire: les croisements artérioveineux, lesquels constituent les signes d'artériosclérose.

3 — L'œdème papillaire et rétinien, les exsudats et les hémorragies.

Examinant un fond de l'œil et ayant bien en mémoire ces trois en-têtes, il nous sera plus facile d'en venir à des conclusions plus précises.

Dans les hypertensions aiguës essentielles ou secondaires, les principaux signes présents seront l'étroitesse des artérioles, les constrictions locales, les œdèmes, les exsudats et hémorragies avec absence de reflet artériolaire exagéré et de croisements artérioveineux marqués.

Dans les hypertensions chroniques il y aura toujours des reflets artériolaires exagérés, des croisements artérioveineux marqués; à des degrés bien moindres s'il s'agit d'une hypertension bénigne, à des degrés plus marqués s'il s'agit d'une hypertension progressive.

L'analyse de ces données nous permettra d'être d'un très utile concours à nos confrères internistes pour orienter le diagnostic et le pronostic. Nous ne serons plus surpris alors de trouver des rétinites albuminuriques sans albuminurie, ces désignations étant évidemment impropres (Routier). La classification des hypertendus d'après Keith, Wagnener et Barker en quatre groupes nous est d'un très utile

concours, mais je crois qu'il vaudrait mieux pour l'ophtalmoscopte qu'il se guide sur la classification du comité de l'American ophthalmological Society, et qui est plus récente. Cette dernière classification tient plus compte de l'étiologie hypertensive, ainsi dans l'hypertension aiguë, à cause secondaire, il est difficile de faire entrer dans un quelconque des groupes de Wagener certains fonds d'yeux à aspect malin. Par contre dans la nouvelle classification, dont je résume en entier les différents aspects, tout nous permet de figurer l'évolution; la rétinopathie hypertensive sera aiguë ou chronique, bénigne ou progressive ou maligne terminale.

#### CLASSIFICATION DE L'HYPERTENSION VASCULAIRE

*Terminologie:* Lésions de la rétine.

*Hypertension neurogène:* Aucune, même dans les cas de longue durée, peut-être parfois un léger rétrécissement des artérioles.

*Hypertension aiguë (angiospasm):* Pas d'artériosclérose. Rétrécissement généralisé des artérioles. Foyers de contractions locales au niveau des artérioles. Œdème de la rétine, exsudats floconneux, hémorragies (habituellement). Œdème de la papille (souvent). Peut évoluer vers complet rétablissement, vers l'hypertension chronique ou rapidement vers l'hypertension progressive maligne (fulminante).

*Hypertension chronique (non progressive bénigne):* Si dans les premières années seulement, léger rétrécissement des artérioles. Si, après plusieurs années que l'hypertension dure, légère artériosclérose généralisée. Parfois infarctus ischiémiques ou hémorragiques de la rétine.

*Hypertension chronique (progressive):* Toujours artériosclérose généralisée. Rétrécissement généralisé des artérioles. Foyers de contractions locales au niveau des artérioles. Parfois foyers localisés d'artériosclérose. Parfois exsudats floconneux et hémorragie de la rétine.

*Hypertension maligne (terminale):* Toujours artériosclérose généralisée. Toujours pa-

pillœdème. Rétrécissement généralisé des artérioles. Foyers de constriction locale dans les artérioles. Parfois foyers locaux d'artériosclérose. Habituellement œdème de la rétine, exsudats floconneux et hémorragies. Souvent résidus d'œdème sous forme d'étoile maculaire ou de dépôts durs distribués un peu partout.

Et maintenant avant de terminer j'aimerais à ajouter un mot sur la sympathectomie comme traitement de l'hypertension. Ma petite expérience personnelle se résume à trop peu de cas, pour en tirer des conclusions définitives. Cependant l'analyse de la littérature sur le sujet semble confirmer le résultat qu'ont obtenu les quelques cas que j'ai eu l'occasion de voir: le grand avantage de la sympathectomie serait la disparition des symptômes subjectifs: céphalées et vertiges.

Quels sont les cas les plus susceptibles de bénéficier de la sympathectomie? Chose curieuse, il semble que les hypertensions du groupe neurogénique ne répondent pas très bien à la sympathectomie tandis que les hypertensions rénales en autant que le dommage rénal n'est pas trop avancé répondent plus favorablement (G. de Takots AEF. Fowler).

En conclusion, il semble que tous les hypertendus pour lesquels le traitement médical ne donne aucun résultat et qui continuent de se plaindre de céphalées tenaces sont des sujets pour la sympathectomie; en autant qu'ils ne dépassent pas 54 ans, que leur cœur est bon, et que leur azotémie ne dépasse pas 0 g. 45 (Peet).

#### Résumé.

Les différents signes qui dans le fond de l'œil nous permettent de classifier les différentes rétinopathies hypertensives sont passés en revue.

1 — Etroitesse des artérioles, foyers de contractions locales.

2 — Reflet artériolaire, croisements artérioveineux.

## 3 — Œdème, exsudats et hémorragies.

A chacun de ces signes on tente de donner sa valeur dans les différentes hypertensions aiguës, chroniques bénignes, chroniques progressives, malignes terminales.

Un mot de la sympathectomie qui semble surtout soulager les symptômes subjectifs: céphalées, vertiges; la sympathectomie serait indiquée chez tous les gens hypertendus avec certaines restrictions: bon état cardiaque, azotémie pas plus élevée que 0 g. 45.

## BIBLIOGRAPHIE

1. D. ROUTIER: *Le fond d'œil des hypertendus et des cyanosés*.
2. A. ANDREASSIAN: « L'hypertension artérielle permanente dite solitaire ou essentielle. » *Monde Médical*, No 957, p. 251, juin 1949.
3. E. Maurice HELLER: *Canadian M. A. J.*, 61: 293, 1949.
4. P. BAILLIARL: *Presse Médicale*, 55: 1101, 1947.
5. A. S. ROGEN: *Lancet*, 1: 103 (janv.) 1947.
6. J. R. BECKWITHLE: *Virginia M. Monthly*, 74: 249 (juin) 1947.
7. R. MAYOUX et G. PIGONIOL: *Ann. d'otolaryng.*, 13: 316 (juillet-août) 1946.
8. K. A. EVELYN: *McGill M. J.*, 16: 185 (avril) 1947.
9. W. F. ROGERS et R. S. PALMER: *Am. Pract.*, 1: 459 (mai) 1947.
10. M. M. PEEL: *New England J. Med.*, 236: 270 (février) 1947.
11. R. H. SMITHWICK: *New England J. Med.*, 236: 662 (mai) 1947.
12. W. M. CRAIG et K. H. ABBOTH: *Ann. Swig.*, 125: 608 (mai) 1947.
13. R. S. PALMER: *J. A. M. A.*, 134: (9 mai) 1947.
14. M. M. PEEL et E. M. ISBERG: *Am. Heart J.*, 33: 735 (mai) 1947.
15. G. de TAKOTS et E. F. FOWLER: *Surgery*, 21: 773 (juin) 1947.
16. M. COHEN: *Archophthal.*, 37: 491 (avril) 1947.
17. Jonas S. FRIEDMWALD: *Archophthal.*, 37: 403 (avril) 1947.
18. H. C. VORIS: *S. Clin. N. America*, 27: 139 (février) 1947.
19. N. M. KERTLE, H. P. WAGENER et N. W. PARKER: *Am. J. M. Sc.*, 197: 332 (mars) 1939.
20. *The retina in the presence of vascular hypertension*. — American ophthalmological Society.
21. Duke ELDER: *Text Book of Ophthalmology*. Vol. III.

# L'ANGIOGRAPHIE CÉRÉBRALE <sup>1</sup>

Jean-Louis LÉGER,

Electro-radiologiste à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

## *La technique de l'angiographie cérébrale*

### DÉFINITION

L'angiographie cérébrale consiste à rendre visibles aux rayons X les vaisseaux cérébraux. Il s'agit donc d'injecter une substance de contraste et à prendre des films dans le temps qui est nécessaire à cette substance pour accomplir le circuit de la circulation cérébrale. Egaz Moniz de Lisbonne a été le premier à pratiquer l'angiographie cérébrale chez l'homme en 1927.

Engeset d'Oslo et l'école de Stockholm ont cependant popularisé la méthode en préconisant de routine la voie percutanée. Cette voie percutanée rend l'angiographie accessible à plus de médecins et par le fait même à plus de malades. Cette méthode prend de plus en plus d'importance en neurologie, parce qu'elle augmente grandement nos possibilités de diagnostic.

### ANATOMIE

L'irrigation de l'encéphale est fournie par quatre artères principales: les deux carotides internes et les deux vertébrales.

La carotide interne est l'une des branches terminales de la carotide primitive. Après avoir pénétré le crâne par le canal carotidien, creusé dans le rocher, elle longe la selle turcique en franchissant le sinus caverneux. Ses branches principales sont l'ophtalmique, la communicante postérieure, la cérébrale antérieure, la cérébrale moyenne et la choroïdienne antérieure.

La cérébrale antérieure se divise en péri-calleuse et calloso-marginale après avoir donné la fronto-polaire et surtout la communicante antérieure.

L'artère cérébrale moyenne chemine dans la scissure de Sylvius et donne bientôt trois branches principales: la pariétale postérieure, la temporale postérieure et l'artère du pli courbe.

Les deux artères vertébrales après avoir franchi les trous transversaires pénètrent le crâne par le trou occipital pour s'unir sur la ligne médiane dans le tronc basilaire qui longe la face antérieure de la protubérance.

Le tronc basilaire se termine par les artères cérébrales postérieures alors qu'il vient de donner les cérébelleuses moyennes et supérieures.

Ces deux circulations sont étroitement unies par ce que l'on appelle l'Hexagone de Willis, où les communicantes postérieures unissent les carotides internes aux cérébrales postérieures et où la communicante antérieure unit les deux cérébrales antérieures. Il y a donc union entre la circulation antérieure et la postérieure de même qu'union entre la circulation droite et la gauche.

Les méninges sont irriguées en grande partie par des branches de la carotide externe, autre branche terminale de la carotide primitive.

La seule artère méningée d'intérêt angiographique est la méningée moyenne, branche de la maxillaire interne.

La circulation de retour s'effectue comme suit:

Les veines cérébrales ascendantes se jettent dans le sinus longitudinal supérieur et de là dans le sinus latéral.

Les veines descendantes se jettent dans le sinus sphéno-pariétal et de là aux sinus caverneux et latéral.

Les veines de la face interne de l'Hémisphère se jettent dans le sinus longitudinal inférieur, sinus droit et sinus latéral.

1. Travail lu devant l'Association des Techniciens en Rayons X, le 18 mars 1950, en l'Hôpital Notre-Dame.

L'ampoule de Galien draine les veines de la base et les déverse dans le sinus droit.

Le sinus latéral se déverse dans la veine jugulaire interne.

Deux grandes veines anastomotiques sont d'intérêt angiographique: la veine de Trolard, dans la scissure de Rolando et la veine de l'Abbé.

#### BUT DE L'ANGIOGRAPHIE

Dans quel but utilise-t-on l'angiographie?

Cette méthode d'examen nous permet de déceler d'importantes anomalies vasculaires telles que les anévrysmes artériels et les anévrysmes artério-veineux. En plus d'en permettre le diagnostic, l'artériographie localise parfaitement ces lésions et facilite grandement le traitement chirurgical, s'il y a lieu. Il est toujours de mise d'étudier la circulation cérébrale provenant de chaque carotide interne dans le cas d'anévrysmes, à cause de la possibilité de lésions multiples.

La compression de la carotide du côté malade pendant l'injection du côté sain nous fera connaître dans quelle mesure la ligature d'une carotide interne entravera la circulation cérébrale de ce côté. Elle nous permet également de localiser des tumeurs cérébrales ou lésions expansives intra-crâniennes telles que abcès et hématome intra- ou extra-cérébraux.

Cette localisation est rendue possible par le déplacement des vaisseaux comme le déplacement des ventricules, dans l'encéphalographie, permet la localisation de ces mêmes lésions expansives.

Bien plus, l'angiographie peut parfois nous faire un diagnostic de nature de la lésion.

En effet, la découverte de vaisseaux anormaux dans une tumeur peut nous faire reconnaître la variété de tumeur à laquelle l'on a affaire.

Par exemple, une tumeur qui sera irriguée par la méningée moyenne, pourra être un méningiome (une tumeur méningée) et non une tumeur cérébrale.

Pour pratiquer une angiographie, il faut être sûr du côté où siège la lésion.

Si donc l'on a des signes certains de latéralisation, l'on peut faire une artériographie. Sinon, il faut commencer par l'encéphalographie ou la ventriculographie.

L'injection de Diodrast n'opacifie qu'un seul côté à la fois, tandis que l'injection d'air visualise les deux ventricules latéraux et donc le côté droit comme le côté gauche.

Les patients supportent beaucoup mieux l'angiographie que l'encéphalographie et c'est pour cela que les neurochirurgiens l'emploient de plus en plus.

#### SUBSTANCES DE CONTRASTE

Les substances de contraste à notre disposition sont le Diodrast, le Thorotrast et récemment le Diiodostéarate d'Éthyle.

Nous employons personnellement le Diodrast à 35% malgré que ce soit une substance irritante pour la paroi vasculaire.

A tort ou à raison, je me suis toujours opposé à l'emploi du Thorotrast, à cause de sa radioactivité reconnue, pouvant amener des accidents tardifs, hépatique ou autres. Il faut reconnaître au Thorotrast qu'il n'est pas irritant pour l'endartère et qu'alors, il ne provoque pas de spasme vasculaire, ni de douleur au moment de l'injection, comme le fait le Diodrast.

Le Thorotrast offrirait encore l'avantage d'une plus grande densité ou meilleur contraste de l'image radiologique, ce qui n'est pas certain, du moins à mon avis, car je crois que la densité de l'image vasculaire dépend du calibre de l'aiguille employée et de la vitesse de l'injection.

Masy de Louvain a présenté au congrès de neuroradiologie de Rotterdam en septembre 1949, une substance colloïdale, le Diiodostéarate d'Éthyle.

Cette substance étant de nature colloïdale comme le Thorotrast en offre tous les avantages sans être radioactive.

#### PRÉPARATION DU MALADE

Comme prémédication sédatrice, le Démérol est employé par voie intra-musculaire.

L'angiographie à l'Hôpital Notre-Dame est toujours faite sous anesthésie générale au Pentothal.

Et ce sont probablement cette médication sédatrice et cette anesthésie générale qui ont prévenu tous les accidents, car dans une série de plus de 100 examens, rien n'est survenu.

Lindgren à Stockholm préfère faire ses injections sous anesthésie locale seulement, car il désire avoir la collaboration du patient, qui d'après la douleur ressentie peut lui indiquer s'il est ou non dans l'artère qu'il veut ponctionner.

Un test oculaire contrôle toujours la sensibilité du patient au Diodrast. Ce test consiste à verser une goutte ou deux sur la conjonctive oculaire et à observer la réaction après quelques minutes. Le neurochirurgien complète l'anesthésie générale par une anesthésie locale à la Nupercaine.

porte-cassette. Cette grille élimine tout rayonnement secondaire, et améliore grandement la qualité du film.

#### INJECTION (de la carotide primitive)

Lindgren conseille de ponctionner l'artère à l'endroit le plus haut où les battements peuvent être perçus. Il n'y a donc pas de point de repère à retenir.

Il va sans dire qu'il s'agit ici de la ponction de la carotide primitive car la ponction de la vertébrale est une chose plus difficile et ne donne pas autant de renseignements, car elle ne visualise que les artères cérébrales postérieures et les vaisseaux de la fosse postérieure.

Une aiguille avec mandrin peut suffire à toutes fins pratiques, mais nous croyons préférable d'adjoindre à l'aiguille un tube de caoutchouc solide. Ce tube éloignera d'abord

#### INCIDENCES DE POSE ET FACTEURS RADIOLOGIQUES

LATÉRALE	65 K.V. — 200 M.A. — 1/2 seconde — 40 pouces de distance
A.P.	75 K.V. — 200 M.A. — 1/2 seconde — 40 pouces de distance
OBLIQUE	70 K.V. — 200 M.A. — 1/2 seconde — 40 pouces de distance
HIRTZ	75 K.V. — 200 M.A. — 1/2 seconde — 40 pouces de distance

Cette anesthésie locale sert à diminuer la dose de Pentothal et diminuerait vraisemblablement l'irritabilité du sinus carotidien en éloignant ainsi le danger de spasme artériel.

#### INSTALLATION DU MALADE

La table radiographique étant en position horizontale, le malade est couché sur le dos. Ses épaules sont soulevées par un ou deux oreillers. La tête retombe ainsi en arrière pour faciliter la palpation de la carotide. Le tube est amené à côté de la table et le rayon central dirigé horizontalement sur la selle turque.

La tête est ensuite posée sur le porte-cassette fabriqué à notre demande. Ce porte-cassette de fortune (en attendant mieux) soulève la tête quelque peu et permet d'avoir le crâne au complet sur la radiographie.

Une grille fixe de Lysholm est attachée au

les mains de l'opérateur du champ et par le fait même lui épargnera une trop grande exposition aux rayons X.

Enfin le tube peut prévenir le mouvement de l'aiguille au moment de l'injection et ainsi empêcher une injection en dehors de l'artère. 10 cc. de Diodrast à 35% sont injectés le plus rapidement possible et le signal de pose doit être donné avant la fin de l'injection alors qu'il reste 2 à 3 cc. dans la seringue.

Notre technique incomplète consiste à prendre deux films, le deuxième étant exposé entre 4 et 6 secondes après le premier. Sur le premier film, nous avons la phase artérielle et sur le second, la phase veineuse.

Cette injection de 10 cc. peut être répétée à volonté pour toutes les incidences.

Nous avons décrit plus haut la position du malade pour la prise des clichés en latéral.

Les deux premiers films sont examinés le plus rapidement possible en chambre noire ou à la lumière pour voir si les vaisseaux cérébraux sont bien opacifiés et pour décider de la poursuite de l'examen.

Pendant ce temps, l'aiguille est laissée en place dans l'artère. L'on peut alors répéter le latéral ou procéder à l'incidence A.P. Cette incidence n'est pas toujours facile à réussir parfaitement dans les conditions actuelles de travail.

Le porte-cassette est enlevé de même que les oreillers sous les épaules du patient. Celui-ci est alors à plat sur la table radiographique. L'on peut alors utiliser le Bucky de la table. Le tube est ramené en position verticale et le rayon central doit être parallèle à la ligne de base, mais le point d'entrée est situé à un travers de doigt au-dessus du sourcil.

Si un anévrisme est perçu, des films en incidence oblique sont pris. Cette incidence consiste à anguler la tête à 45° vers le côté sain et à faire entrer le rayon central à travers l'orbite et à le diriger vers le rocher. Cette incidence permet de dégager la cérébrale antérieure de la cérébrale moyenne et de dérouler le siphon carotidien.

Nous n'employons personnellement jamais la stéréoradiographie. Nous préférons plutôt faire des clichés à des moments différents de l'injection pour essayer de visualiser des vaisseaux différents si possible ou, sinon, les mêmes vaisseaux mais à des phases différentes de remplissage.

## BIBLIOGRAPHIE

1. T. BROMAN et O. OLSSON: « The Tolerance of cerebral blood Vessels, to a contrast medium of the Diodrast group. » *Acta Rad.*, 30: 326-341, 1948.
2. T. BROMAN et O. OLSSON: « Experimental study of contrast media for cerebral angiography with references to possible injurious effects on the cerebral blood Vessels. » *Acta Rad.*, 31: 321-334, 1949.
3. A. ENGESET: « Cerebral angiography with Perabrodil. » *Acta Rad.*, Supp. 56, 1944.
4. E. LINDGREN: « The technique of direct (percutaneous) cerebral angiography. » *British Journal of Rad.* 20: 326, 1947.
5. C. F. LIST, H. B. BURGE et F. J. HODGES: « Intracranial angiography. » *Radiology*, 46: 1-14, 1945.
6. C. F. LIST et F. J. HODGES: « Intracranial angiography. 1) The diagnosis of vascular lesions. » *Jour. of Neurosurg.*, 4: 25-45, 1946.
7. C. F. LIST et F. J. HODGES: « Angiographic diagnosis of expanding intracranial lesions by vascular displacements. » *Radiology*, 46: 319-333, 1946.
8. S. MASY: « Expérience personnelle avec le Diodostéarate d'Ethyle dans l'artériographie. » Communication au Symposium Neuroradiologicum, Rotterdam, 1949.
9. E. MONIZ: *L'angiographie cérébrale*. Masson et Cie, édit., Paris, 1934.
10. WICKBOM: « Angiography of the carotid artery. » *Acta Rad.*, Supp. 72, 1948.

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

(Fondée à Québec en 1902)

**L'Union Médicale du Canada**

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 79, No 7 — Montréal, juillet 1950

**VALEUR DES MÉDICATIONS  
NOUVELLES DANS L'OTITE  
EXTERNE**

L'otite externe localisée au conduit auditif externe a pour origine tantôt une infection mixte associée ou non à une otite moyenne, tantôt une mycose (champignons), tantôt une dermatose locale accompagnant une affection générale (dermatose, dermatite, déficience endocrinienne ou vitaminique, allergie).

*Nettoyage de l'oreille.* Avant de tenter un traitement quelconque, il faut bien nettoyer le conduit auditif externe, sans trop insister toutefois en présence d'un furoncle.

Nous recommandons la conduite suggérée par les divers otologistes particulièrement intéressés à cette affection et, qu'à notre avis, McLaurin semble résumer de la façon suivante: traiter l'otite externe comme une lésion locale, car 25% des cas seulement relèvent d'une affection générale; avant de décider l'application d'un médicament, extraire les débris (cérumen, pellicules épidermiques, corps étrangers, grumeaux de muco-pus ou de cholestéatome) à l'aide d'un porte-coton et d'une curette fenêtrée mousse; au besoin, imbiber la tige montée d'alcool; en certains cas, quelques auteurs recom-

mandent l'irrigation à l'alcool, puis assécher.

Au préalable ou après le premier traitement, faire un prélèvement pour culture en vue de connaître l'agent pathogène, ensuite continuer le traitement local avec l'un des médicaments suivants appropriés à chaque cas.

Les agents le plus souvent en cause sont le staphylocoque, le streptocoque, le pyocyanique et le pneumocoque. Les champignons rencontrés sont: *aspergillus fumigatus niger*, *monilia*, *torula*, *blastomycose*, *actynomycose*, *sporotrix*, *pénicillium*, *saccharomyces*.

Retenir que, contre la furonculose du conduit, souvent la RXthérapie sera l'adjuvant qui conduira le plus sûrement à la guérison.

*Sulfamylon* (para-amino-éthyl-benzène-sulfonamide). McLaurin rapporte deux puissantes études décrivant l'usage de ce médicament dans l'otite externe associée ou non à l'otite moyenne; c'est une substance blanche cristalline, très soluble dans l'eau, inoffensive. Selon Brewer et Lawrence, *in vitro*, le sulfamylon serait plus puissant que le sulfamilamide et le sulfathiazole contre les aérobies et les anaérobies; localement, il serait même plus efficace que la streptomycine, la pénicilline et la tyrothricine. Son action bactéricide ne se modifie pas par les variations du milieu.

Mode d'emploi: nettoyage du conduit auditif externe; — instillation de 5 à 10 gouttes de la solution 1% dans l'oreille malade, le patient étant couché du côté opposé pendant 5 minutes; application d'un petit tampon d'ouate vaselinée à l'entrée du conduit. Résultats heureux, après 2 à 10 jours de

traitement quotidien. Diehl et Morris préfèrent une solution combinée de sulfamylon et de streptomycine 1/500 dans l'otite moyenne chronique, avec la même restriction pour le pyocyanique.

*Sulfanilamide-sulfathiazole* (onguent à 5%). P. S. Spence prétend à la suite de Senturia et de Wolf que le sulfanilamide agit efficacement à la fois sur les bactéries et les champignons, bien que parfois, il faille ajouter le médicament presque spécifique des mycoses, c.-à-d. la cresatin. A la pommade sulfamidée 5%, il est nécessaire d'ajouter une mèche de  $\frac{1}{4}$  ou  $\frac{1}{2}$  pouce introduite dans le conduit; nous l'imbibons souvent de glycérine ichtyolée à 10%.

*Pénicilline.* Contre l'otite externe compliquant l'otite moyenne chronique suppurée avec perforation, W. J. Aagen applique le traitement suivant: 2 500 unités I. M. t. l. 3 h., jour et nuit, pour former une dose totale oscillant entre 3 et  $4\frac{1}{2}$  millions d'unités. Dans certains cas, on associe l'instillation locale d'une solution de 25 000 unités au cc.: 5 à 10 gouttes t. l. 3 h. le jour, de la façon décrite plus haut. Dans 50% des cas, guérison, l'otorrhée ayant persisté entre 2 mois et 8 ans auparavant. Nous avons noté chez quelques-uns de nos malades que les instillations prolongées de pénicilline ou de sulfamidés en solution entretenaient de l'otite externe par réaction médicamenteuse. Il faut alors changer de médicament.

*Dibromosalicylaldehyde.* Chez 100 cas d'otite moyenne chronique suppurée avec ou sans otite externe, M. B. Hayes et C. F. Hall confirment l'efficacité du traitement précédent à la pénicilline contre les infections à gram-

positif. Mais en présence de microbes gram-négatif, tel le pyocyanique, on obtiendrait de bons résultats par l'irrigation de l'oreille avec une solution 1% de dibromosalicylaldehyde; puis par l'insufflation de la poudre suivante: dibromosalicylaldehyde 2%, borate de soude 3%, poudre de talc 95%; ou encore, introduire dans le conduit une petite gaze imprégnée de « Carbowax » contenant 2% du médicament et la garder en place entre 24 et 72 heures. Il agit efficacement contre les champignons.

*Furacin-nitrofurane* (5-nitro-2-furaldehyde semi-carbazone). Le staphylocoque, le streptocoque, le diphtéroïde, le bacterium coli rencontrés dans l'otite externe sont très sensibles au furacin tandis que les champignons ne le sont pas. C. C. Douglass rapporte des résultats heureux à la suite de l'emploi de la solution 0,2% à base de glycols, à raison de 5 gouttes dans l'oreille malade, 3 f. p. j.; dans six des 105 oreilles traitées, il utilise une mèche imbibée de la même façon. Cet auteur constate une réaction du conduit au médicament dans 4% des cas.

Anderson et Steele décrivent ainsi leur solution de furacin (soit 1:500) contenant: 2% de nitrofurazone (furacin); 3% de polyéthylène glycol de mono-iso-octyl phenyl ether; 95% d'eau distillée. Ils l'ont surtout appliquée au traitement de l'otite externe ajoutant au besoin la cresatin contre les champignons.

Voici leur méthode d'emploi: nettoyage du conduit; mise en place d'une mèche; décubitus latéral opposé; instillation de 8 à 10 gouttes de furacin 1/500, 4 fois par jour; maintient du décubitus latéral pendant 5 minutes. Ex-

traction de la mèche le lendemain. Introduction d'une deuxième mèche imbibée de cresatin-thymol de la même façon. Extraction de cette dernière mèche le 3e jour et la remplacer par une autre imprégnée de furacin. Alternier pendant 3 à 5 jours en tout. Les auteurs affirment 84% de leurs cas guéris.

*Cresatin* (acétate de *metracresyl*). C'est là un médicament presque spécifique de l'otomycose dont l'*aspergillus niger*, *flavus* et *fumigatus* sont les plus résistants aux divers médicaments à l'exception de la cresatin contenue dans une solution de thymol à 2%. Ici encore, se servir de la méthode de la mèche, imbibée de la solution par instillations; renouveler la mèche t. l. jours ou t. l. 2 jours; 3 à 5 traitements suffisent.

McBurney, Searcy, Gill et Stokes ont amplement démontré l'efficacité de cette thérapeutique. Whalen emploie la mèche imbibée le 1er jour, et les instillations seulement les jours suivants.

Le médecin possède donc maintenant un arsenal thérapeutique qui lui permet de lutter efficacement contre l'otite externe autrefois si souvent le désespoir du patient et du médecin. Se rappeler qu'il faudra parfois conduire le traitement t. l. 2 ou 3 jours pendant plus d'un mois. La chloromycétine nous apporte des résultats merveilleux dans l'otite moyenne chronique suppurée mais non d'usage journalier à cause de son prix prohibitif; bientôt elle aussi entrera dans le giron commun.

V. LATRAVERSE.

# HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

## QUELQUES FAITS AU SUJET DES SUBVENTIONS FÉDÉRALES D'HYGIÈNE

### I. HISTORIQUE

1. Le très hon. W. L. Mackenzie King proclame le Programme à la Chambre des communes, le 14 mai 1948.

2. Le Conseil canadien d'hygiène publique, qui représente toutes les provinces, se réunit les 7 et 8 juin 1948 sous la présidence du Dr G.D.W. Cameron, sous-ministre de la Santé, afin d'étudier les détails de l'exécution du Programme.

3. Les décrets du conseil contenant les détails administratifs sont adoptés le 28 juillet 1948.

4. Le Dr F. W. Jackson, ancien sous-ministre de la Santé et du Bien-être public au Manitoba, est nommé directeur de l'administration des subventions, le 1er août 1948.

5. Le premier chèque, qui constitue le premier versement de la subvention aux relevés en hygiène, est émis le 7 septembre 1948 en faveur de la province d'Ontario.

6. Terre-Neuve a droit aux subventions à partir du 1er avril 1949.

7. Les directeurs adjoints suivants sont nommés en avril 1949: le docteur Marcel Langlois, ancien professeur de pédiatrie à l'Université Laval, de Québec, puis spécialiste en pédiatrie au ministère fédéral de la Santé, à Ottawa, et le docteur E. Wride, de Regina, ancien directeur de l'organisation et de l'administration des hôpitaux et vice-président de la *Health Services Planning Commission* de la Saskatchewan.

### II. ASPECT FINANCIER

1. Montants disponibles, par subventions et par provinces, en 1950-1951

(Voir le tableau ci-joint)

2. Montants dépensés en 1948-1949 et en 1950-1951.

(Voir les tableaux ci-joints)

### III. ASPECT PRATIQUE

1. Centres d'inscription, établis ou agrandis, des enfants infirmes.

2. Achat de matériel de physiothérapie et d'autres appareils spéciaux pour les hôpitaux d'enfants ou pour les ailes d'hôpitaux généraux réservées aux enfants.

3. Etablissement de centres d'entraînement pour enfants atteints de paralysie cérébrale.

4. Extension des programmes de traitement pour enfants infirmes.

5. Etablissement de cliniques mobiles de diagnostic pour enfants infirmes.

6. On aide plus de 1 300 personnes à se spécialiser en quelque branche de l'hygiène publique:

Personnel médical autre que les psychiatres	155
Hygiène publique . . . . .	27
Radiologistes . . . . .	12
Pathologistes . . . . .	10
Autres . . . . .	106
Préposés à l'hygiène mentale . . . . .	233
Psychiatres . . . . .	79
Psychologues . . . . .	42
Infirmières d'hygiène mentale . . . . .	62
Travailleurs sociaux psychiatres . . . . .	50
Dentistes . . . . .	6
Infirmières . . . . .	399
Professeurs et surveillantes . . . . .	103
Hygiène publique . . . . .	215
Autres . . . . .	81
Ingénieurs de la salubrité publique . . . . .	32
Inspecteurs de la salubrité publique . . . . .	75
Vétérinaires . . . . .	12
Thérapeutes . . . . .	7

## MONTANTS DES DÉPENSES EFFECTUÉES EN VERTU DES SUBVENTIONS À LA SANTÉ PUBLIQUE POUR L'ANNÉE FINANCIÈRE 1949-1950

Province	SUBVENTIONS ANNUELLES									Total(a)	Subvention non renouvelable Relevés sur les services de santé(b) C. P. 2068 C. P. 3408 C. P. 2065
	Enfants infirmes C. P. 2058	Formation professionnelle C. P. 2059	Construction d'hôpitaux C. P. 2060	Lutte anti-vénérienne C. P. 2061	Hygiène mentale C. P. 2062	Lutte anti-tuberculeuse C. P. 2063	Recherches en hygiène publique C. P. 2064	Santé publique en général C. P. 2066	Lutte anti-cancéreuse C. P. 2067		
Terre-Neuve	\$ 4 819.91	\$ 11 333.89	\$ 202 096.92	\$ 15 944.00	\$ 54 789.60	\$ 150 799.96	\$ —	\$ 117 195.29	\$ 45 415.13	\$ 602 394.70	\$ 15 651.57
I.-du-P.-E.	5 000.00	7 011.24	36 163.45	7 356.00	34 020.75	43 793.32	250.00	36 555.02	10 582.11	180 481.89	10 503.94
Nouv.-Ecosse	16 635.50	21 936.98	125 471.64	26 913.00	85 270.04	172 286.04	6 649.33	140 447.06	61 157.96	650 118.22	20 097.84
N.-Brunswick	22 147.22	21 794.74	64 812.77	16 994.61	34 728.23	122 455.52	8 248.23	131 698.86	29 924.62	444 556.57	18 950.64
Québec	12 548.61	111 634.00	2 632 242.45	130 502.59	699 350.83	636 077.62	23 325.71	460 799.66	246 069.46	4 929 225.22	60 226.42
Ontario	48 070.24	87 813.86	2 057 853.21	157 677.48	468 030.59	568 734.28	81 516.74	417 331.80	174 346.24	3 979 857.70	75 164.27
Manitoba	23 376.86	24 017.30	356 458.26	31 315.00	62 439.04	94 639.68	6 517.52	106 178.12	42 111.07	740 535.33	8 360.41
Saskatchewan	30 663.54	30 762.00	355 699.31	28 496.53	188 211.93	165 587.91	18 103.93	231 851.22	232 444.00	1 263 716.41	37 252.73
Alberta	6 309.99	29 663.30	576 695.09	34 527.00	131 257.02	252 001.41	7 418.84	143 394.95	206 821.21	1 380 669.97	35 136.43
C.-Britannique	17 895.07	34 746.44	396 974.14	43 043.00	170 732.34	221 567.41	7 340.28	295 276.36	86 465.50	1 266 700.23	14 540.56
	187 466.94	380 713.75	6 804 467.24	492 769.21	1 928 830.37	2 427 943.15	159 370.58	2 080 728.34	1 135 337.30	15 597 626.88	295 844.81

(a) La subvention aux recherches en hygiène publique n'est pas comprise dans les totaux provinciaux mais elle est incluse dans le total de toutes les provinces. La subvention aux relevés sur les services de santé n'est pas comprise dans cette colonne.

(b) Les chiffres ci-dessus sont les montants dépensés en 1949-1950 pour Terre-Neuve (C. P. 2068) et les montants dépensés en 1948-1949 (C. P. 3408) et en 1949-1950 (C. P. 2065) pour les neuf autres provinces.

## DÉPENSES GLOBALES AU COURS DE L'ANNÉE FINANCIÈRE 1948-1949 EN VERTU DU PROGRAMME NATIONAL D'HYGIÈNE

Province	NATURE DE LA SUBVENTION ET NUMÉRO DU DÉCRET											Total
	Relevés sur les services de santé C. P. 3408	Construction d'hôpitaux C. P. 3403	Hygiène publique en général C. P. 3409	Lutte anti-tuberculeuse C. P. 3406	Hygiène mentale C. P. 3405	Lutte anti-vénérienne C. P. 1690 C. P. 3404	Enfants infirmes C. P. 3401	Formation professionnelle C. P. 3402	Lutte anti-cancéreuse C. P. 3410	Recherches en hygiène publique C. P. 3407		
I.-P.-E.	\$ 5 763.81	\$ 38 227.58	\$ 23 777.03	\$ 34 015.70	\$ 34 664.06	\$ 5 424.85	\$ 2 058.00	\$ 5 000.00	\$ 7 347.03	\$ 5 009.51	\$ —	\$ 161 187.57
N.-Ecosse	5 009.85	91 873.82	61 075.55	163 116.60	47 461.87	13 588.61	—	—	9 812.85	36 380.17	—	428 319.32
N.-B.	5 126.43	3 284.66	70 110.93	130 985.45	70 439.72	11 287.74	10 752.00	19 934.28	21 196.13	121 742.16	—	464 859.50
Québec	34 649.50	1 103 243.29	76 485.83	1 068 236.83	8 490.00	60 738.72	17 994.80	11 570.00	58 955.96	170 418.32	7 050.00	2 617 833.25
Ontario	52 791.32	281 892.61	101 893.19	711 423.88	55 128.46	66 436.41	29 384.40	22 721.95	68 664.00	56 750.00	28 158.80	1 475 245.02
Manitoba	5 947.75	209 822.02	62 127.07	72 162.42	23 971.25	15 535.95	6 092.63	3 462.57	14 175.40	38 336.24	200.00	451 833.30
Sask.	18 066.83	71 331.44	83 591.04	170 923.49	39 163.51	16 948.43	2 140.82	11 364.06	12 095.24	234 671.00	2 205.16	662 501.02
Alberta	15 883.41	14 821.73	35 745.09	24 648.03	23 727.53	16 585.24	12 087.45	—	15 616.41	154 978.78	—	314 093.67
C.-B.	10 936.01	408 859.20	266 729.29	210 091.20	136 080.39	19 659.71	18 591.32	29 863.28	24 600.46	48 355.33	4 925.07	1 178 691.26
Total	154 174.91	2 223 356.35	781 535.02	2 585 603.60	439 126.79	226 205.66	99 101.42	103 916.14	232 363.48	866 641.51	42 539.03	7 754 563.91

MONTANTS À LA DISPOSITION DES PROVINCES EN VERTU DU PROGRAMME NATIONAL DE SUBVENTIONS À LA SANTÉ, ANNÉE FINANCIÈRE 1950-1951

Province	Enfants infirmes	Formation professionnelle	Construction d'hôpitaux vénériennes	Maladies vénériennes	Hygiène mentale	Lutte antituberculeuse	Recherches en hygiène publique	Relevés sur les services de santé (a)	Hygiène publique en général	Lutte anticancéreuse	Total
Terre-Neuve	\$ 16 255	\$ 16 255	\$ 343 338	\$ 16 255	\$ 151 235	\$ 220 283	\$ 401	\$ 401	\$ 156 600	\$ 92 438	\$ 1 013 060
Ile-du-P.-E.	7 310	7 310	92 740	7 310	59 098	56 032	4 332	4 332	42 300	24 969	301 401
Nouv.-Ecosse	26 715	26 715	636 359	26 715	258 969	230 049	13 315	13 315	290 250	171 329	1 680 416
N.-Brunswick	22 172	22 172	509 087	22 172	212 175	186 717	10 472	10 472	232 200	137 063	1 354 230
Québec	140 886	140 886	3 834 924	140 886	1 434 982	1 437 431	65 712	65 712	1 749 150	1 032 491	9 997 348
Ontario	159 339	159 339	4 351 904	159 339	1 625 060	1 011 174	57 435	57 435	1 984 950	1 171 679	10 690 219
Manitoba	31 398	31 398	767 577	31 398	307 214	246 222	15 492	15 492	350 100	260 657	1 987 456
Saskatchewan	34 321	34 321	849 465	34 321	337 322	228 043	11 931	11 931	387 450	228 705	2 145 879
Alberta	34 673	34 673	859 331	34 673	340 949	246 053	12 527	12 527	391 950	231 361	2 186 190
C.-Britannique	43 231	43 231	1 099 075	43 231	429 096	363 993	19 609	19 609	501 300	295 908	2 838 677
Ensemble des provinces	516 300	516 300	13 343 800	516 300	5 156 100	4 226 000	308 000(c)	221 226	6 086 300(b)	3 592 600	34 482 926

(a) Représente un reliquat non encore réclamé par les provinces à même le montant de \$644 779., ainsi qu'une augmentation de \$401, pour Terre-Neuve. sur son allocation primitive de \$19 779.  
 (b) A la centaine de dollars près.  
 (c) La subvention aux recherches en hygiène publique n'est pas comprise dans les totaux provinciaux, mais elle est incluse dans le total de toutes les provinces.

Techniciens	120
Hygiénistes éducateurs	36
Hygiénistes alimentaires	9
Travailleurs sociaux	17
Commis et sténographes	9
Autres	241
<b>Total</b>	<b>1 351</b>

7. Subventions approuvées pour fins d'installation de 19 800 lits d'hôpitaux, répartis ainsi par provinces:

Terre-Neuve	766
Ile du Prince-Edouard	349 1/3
Nouvelle-Ecosse	1 283 2/3
Nouveau-Brunswick	127 1/3
Québec	6 551
Ontario	5 338 2/3
Manitoba	1 114
Saskatchewan	1 263 2/3
Alberta	1 229 2/3
Colombie-Britannique	1 808 1/3
<b>Total</b>	<b>19 831 2/3</b>

8. Extension du traitement gratuit des maladies vénériennes à la pénicilline.

9. Salaires de personnel supplémentaire pour les dispensaires de maladies vénériennes.

10. Etablissement de 31 nouvelles cliniques d'hygiène mentale, comme suit:

Ile du Prince-Edouard	1
Nouvelle-Ecosse	2
Nouveau-Brunswick	1
Québec	15
Ontario	4
Manitoba	3
Saskatchewan	3
Alberta	1
Colombie-Britannique	1

11. Achat de matériel pour six cliniques déjà établies; personnel et facilités supplémentaires pour quatre cliniques.

12. Achat de matériel spécial médical, chirurgical et de laboratoire pour les maisons de santé et les écoles d'arriérés mentaux; achat

d'appareils de thérapeutique professionnelle et récréative.

13. Assistance aux universités pour aider à la formation de plus de psychiatres, de psychologues cliniques, de travailleurs sociaux psychiatres, etc.

14. Gratuité de la streptomycine pour tous les tuberculeux en mesure de bénéficier de ce traitement.

15. Achat de matériel spécial médical, chirurgical et de laboratoire pour aider les sanatoriums à améliorer leurs services de diagnostic et de traitement; achat d'équipement de thérapeutique professionnelle pour aider à la réadaptation.

16. Achat de matériel radiographique mobile pour examens collectifs et de matériel radiographique fixe pour les hôpitaux qui font l'examen radiographique des poumons de tout malade admis.

17. Développement des services de réadaptation et de bien-être à l'intention des tuberculeux et de leurs familles.

18. Aide aux programmes provinciaux de dépistage et de traitement du cancer.

19. Financement de nouvelles unités sanitaires; emploi de personnel supplémentaire et achat de matériel supplémentaire pour les unités sanitaires actuelles.

20. Achat de matériel et emploi de personnel pour les nouveaux laboratoires provinciaux d'hygiène publique et pour l'agrandissement des laboratoires actuels.

21. Subventions pour l'extension des programmes d'immunisation chez les enfants, et pour la tenue de tests destinés à découvrir les imperfections de la vue et de l'ouïe chez les enfants d'âge scolaire.

22. Achat de matériel de laboratoire et de rayons X pour les services provinciaux d'hy-

giène industrielle, dans le but surtout de combattre la silicose.

23. Subventions pour aider l'œuvre de la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme.

24. Achat d'ACTH et de cortisone pour fins de recherche clinique au Canada.

25. Subventions pour aider à l'établissement d'écoles d'aides-infirmières; pour fournir aux écoles de soins infirmiers des professeurs supplémentaires et du matériel d'instruction.

26. Extension des programmes de dentisterie préventive, grâce à l'emploi de dentistes dans les unités sanitaires et à l'achat de cliniques dentaires mobiles destinées aux régions rurales.

27. Subventions, pour fins de certaines recherches en hygiène publique, à des chercheurs scientifiques des principales universités canadiennes et de plusieurs ministères provinciaux de la Santé.

28. Paiement des salaires de préposés supplémentaires d'hygiène publique employés par les ministères provinciaux de la Santé qui veulent augmenter leurs services:

Personnel méd. autre que les psychiatres	308
Personnel d'hygiène mentale . . . . .	231
Dentistes . . . . .	25
Infirmières d'hygiène publique . . . . .	333
Ingénieurs de salubrité publique . . . . .	5
Inspecteurs de la salubrité publique . . . . .	50
Vétérinaires . . . . .	6
Thérapeutes . . . . .	62
Techniciens de laboratoire . . . . .	192
Hygiénistes éducateurs . . . . .	28
Hygiénistes alimentaires . . . . .	19
Travailleurs sociaux . . . . .	44
Commis et sténographes . . . . .	277
Autres . . . . .	452

---

Total 2 029

## L'ORGANISATION ACTUELLE DU SERVICE DE SANTÉ DE MONTRÉAL (suite) <sup>1</sup>

Ad. GROULX, M.P.H.,

Directeur du Service de Santé de la Ville de Montréal.

Dans mes trois dernières causeries, je vous ai parlé de questions d'hygiène à Montréal depuis les tout débuts de la colonie jusqu'à l'organisation actuelle du Service de santé de la ville de Montréal, ce dont je vous parlais la dernière fois. Nous en étions rendus à la division des maladies contagieuses.

### IX — LES MALADIES CONTAGIEUSES

Le contrôle des maladies contagieuses est l'une des fonctions capitales du Service de santé. Il est confié à la Division des maladies contagieuses et de l'épidémiologie dont le travail consiste à aider au diagnostic précoce de ces maladies, à obtenir la déclaration des cas, à faire l'isolement et la mise en quarantaine, la recherche des foyers de contagion par les enquêtes épidémiologiques et à voir à l'observance des règlements provinciaux concernant le contrôle de ces maladies. Elle fait des études épidémiologiques.

C'est aussi sa fonction de vulgariser la vaccination et l'immunisation contre la variole, la diphtérie et la coqueluche. Elle fait la distribution gratuite des produits biologiques pour la prophylaxie et le traitement de ces maladies.

Dans le chapitre intitulé « Epidémies d'autrefois », je vous ai fait part des désastres causés par les maladies contagieuses et leurs épidémies et les résultats obtenus dans les cas de maladies sérieuses comme la variole, la typhoïde, la diphtérie, etc., par l'application des mesures de contrôle qui ont été prises, dont les plus importantes sont la vaccination et l'immunisation.

Le personnel de cette division, sous la di-

rection d'un surintendant, médecin épidémiologiste qualifié, est composé de deux médecins dont l'un assistant-surintendant et l'autre médecin hygiéniste, chargé des enquêtes épidémiologiques spéciales, ainsi que de quatre employés de bureau, chargés de la réception et de l'enregistrement des déclarations de maladies contagieuses et leur transmission aux districts sanitaires. Le personnel médical et les infirmières attachés à ces différents districts sont responsables du contrôle de ces maladies dans leur territoire respectif.

#### *Section de la carte de santé*

Le système d'émission de la carte de santé aux manipulateurs d'aliments a été établi en 1927; il faisait partie de la Division du contrôle médical et en 1946, il a été réorganisé et confié à la Division des maladies contagieuses.

L'émission de la carte de santé, à la suite d'un examen médical, est requise en vertu des règlements provinciaux et municipaux dans le but d'éliminer les cas de contagion. Des examens de laboratoire pour la recherche des porteurs de germes typhiques (analyses du sang, des selles et des urines) sont requis dans le cas de manipulateurs de lait. Dans ces cas et dans les autres, la politique du Service est de généraliser l'examen des poumons aux rayons X et la prise de sang pour la recherche de la syphilis. En plus, toutes ces personnes doivent être vaccinées contre la variole et revaccinées quand il est jugé nécessaire.

Le personnel de cette section se compose de 10 employés: 4 médecins, 2 infirmières chargées de faire les prises de sang et 4 employés de bureau. Il est divisé en deux groupes dont l'un affecté au bureau même et un second groupe appelé « équipe mobile » va dans les industries.

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des Conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », lundi, le 15 mai 1950, à 10 heures et demie du soir.

## X — LA TUBERCULOSE

La Division de la tuberculose, dirigée par un médecin phthisiologue qui en est le surintendant, assisté d'un assistant-surintendant, aussi phthisiologue et médecin hygiéniste et de 8 infirmières hygiénistes, dont une surveillante et de 5 employées de bureau, a pour fonctions de diriger la lutte antituberculeuse à Montréal, de coordonner le travail des différents organismes de la lutte antituberculeuse et de voir à l'uniformisation en autant que possible des méthodes de diagnostic et de lutte pour obtenir le plus haut degré d'efficacité.

Cette division maintient un « fichier central » de tous les cas de tuberculose et consigne toute information sur l'évolution et les déplacements éventuels des malades et un service d'infirmières pour la visite des malades.

Elle maintient, en plus, à la clinique Laurier, une *consultation radiologique* pour venir en aide aux médecins praticiens auprès de leurs clients peu fortunés; elle sert aussi pour des fins de service: examen radiologique des candidats à une fonction municipale, les malades référés par le contrôle médical, les manipulateurs d'aliments, etc.

## XI — LES MALADIES VÉNÉRIENNES

La Division des maladies vénériennes est un *organisme de liaison* dont la fonction consiste à collaborer avec la division provinciale des maladies vénériennes dans l'application de la Loi sur la prévention des maladies vénériennes (S.R.Q. 1941, ch. 186) dans le contrôle de ces maladies, le dépistage des cas, les enquêtes épidémiologiques et la compilation des statistiques qui les concernent pour la ville de Montréal. C'est aussi son rôle de faire l'éducation publique par des conférences, campagnes, etc.

Son personnel est limité et se compose de quatre employés: un médecin hygiéniste, à titre de surintendant, deux infirmières hygiénistes et une sténodactylo.

## XII — L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Le Service de santé, par la Division de l'hy-

giène de l'enfance, attache une grande importance à la santé de la mère et de l'enfant, aux problèmes de la mortalité maternelle, de la mortalité infantile, de la morbidité préscolaire et de la morbidité scolaire.

Les attributions de cette division sont: l'hygiène prénatale, la lutte contre la mortalité infantile, l'hygiène préscolaire, l'inspection médicale des écoles, l'hygiène mentale, l'hygiène dentaire et la nutrition qui sont l'objet d'autant de sections qui assurent la surveillance de l'enfant à tous les âges.

Le personnel de cette division, sous la direction d'un des directeurs adjoints du Service, se compose de deux médecins hygiénistes dont l'un est assistant-surintendant et l'autre « Pédiatre consultant »; 15 médecins praticiens (à temps partiel) pour faire les consultations, 3 infirmières spéciales chargées de l'inspection des hôpitaux privés et des pensions pour enfants et une nutritionniste. Ajoutons à cela, cinq employés de bureau. Quant au personnel dentaire et de l'hygiène mentale, nous les retrouverons plus loin.

Concernant *la lutte contre la mortalité maternelle et infantile*, le Service de santé maintient *six consultations prénatales* et *60 consultations de nourrissons et pour enfants d'âge préscolaire*; deux garderies de nourrissons dans le Parc Lafontaine et l'Île Sainte-Hélène durant l'été. Avec l'aide des infirmières, il assure l'éducation à domicile et la visite des mères et des bébés, l'organisation de classes d'hygiène et la distribution de publications sur l'hygiène de l'enfance. Cette division fait la surveillance de 18 maisons de pension pour enfants et 19 hôpitaux privés et de 300 foyers nourriciers avec la collaboration des agences sociales intéressées.

L'inspection médicale des écoles<sup>2</sup> a pour objet essentiel d'enseigner les préceptes de l'hygiène et d'exercer une surveillance assidue de la santé des élèves, de veiller à leur développement par la recherche et la correction des

2. « L'inspection médicale des écoles », par le docteur Ad. Groulx — *Bulletin d'hygiène*, mars-avril 1947.

défauts physiques et mentaux, de prévenir la propagation des maladies contagieuses et d'assurer à l'enfant un milieu scolaire salubre. Les visites à domicile par les infirmières permettent l'éducation à domicile, le contrôle des absents par maladies contagieuses et permettent aussi l'importance de faire traiter les enfants. Le fonctionnement de l'inspection médicale des écoles comprend:

1° — *l'enseignement de l'hygiène;*

2° — *la surveillance sanitaire des écoles;*

3° — *le contrôle des maladies contagieuses* par l'examen des cas suspects, le contrôle des absents et l'observance des règlements qui les concernent, l'immunisation combinée contre la diphtérie et la coqueluche;

4° — *l'inspection générale des élèves* et le contrôle de la vaccination au début de l'année scolaire et les visites des élèves dans les classes au cours de l'année par les infirmières;

5° — *l'examen médical périodique* et complet des élèves fait trois fois durant le stage scolaire, suivi d'un quatrième examen à l'entrée à l'École supérieure, au collège et même à l'Université. Cet examen est complété par la tenue de la fiche individuelle, l'avis et la présence des parents et un examen de contrôle ou réexamen de fin d'année pour noter les résultats;

6° — *des examens complémentaires de l'ouïe* à l'aide d'un appareil appelé « Audiomètre » faits par une infirmière spécialement entraînée et de la *vue* chez les élèves que l'on doit diriger vers la classe spéciale de prévention de la cécité;

7° — *les visites à domicile* par les infirmières dans les districts sanitaires pour contrôler les absences, enseigner à la maison les préceptes de l'hygiène, obtenir la correction des défauts physiques et obtenir des conditions de vie hygiénique;

8° — *l'examen médical bi-annuel des instituteurs* avec examen radiologique des poumons au premier examen d'embauchage.

L'examen mental et l'examen dentaire font l'objet de deux sections spéciales.

### XIII — L'HYGIÈNE MENTALE

*La Section de l'hygiène mentale*, dont le personnel spécialisé, composé de médecins psychiatres (2) et d'infirmières hygiénistes (8), dont une surveillante, *procède dans les écoles*, auprès d'une certaine catégorie d'enfants, à la recherche de ceux qui sont sous-doués et à leur orientation vers les écoles ou classes spéciales, ceux qui présentent certaines déviations de comportement, certains troubles de caractère et de la personnalité. Ce travail prend dans notre Service un aspect préventif.

*Une clinique municipale d'hygiène mentale* est ouverte au Centre d'hygiène de Lorimier, situé au numéro 2165 est, de l'avenue Mont-Royal, où sont vus les cas référés par les écoles, les hôpitaux, le Service municipal du Bien-Etre Social, etc. En plus, le personnel de cette section visite certaines institutions sur demande.

### XIV — L'HYGIÈNE DENTAIRE

*La Section de l'hygiène dentaire*, sous la direction d'un dentiste chef de section, comprend 10 dentistes à temps complet et 6 dentistes à temps partiel, incluant le chef de la clinique d'orthodontie, onze infirmières, un technicien spécialisé en orthodontie et une sténodactylo.

*Ses fonctions* consistent dans l'enseignement de l'hygiène dentaire et l'examen des dents des élèves dans les écoles et le fonctionnement de 14 cliniques dentaires municipales, dont une spéciale d'orthodontie; le travail accompli dans ces cliniques consiste à faire de la prophylaxie, de l'extraction et de l'obturation des dents chez les écoliers et les enfants d'âge préscolaire.

### XV — LA NUTRITION

Le Service de santé s'intéresse toujours aux problèmes de l'alimentation rationnelle. Nous avons pu nous rendre compte, au cours de ces deux dernières causeries, comment certaines de ses divisions y étaient intéressées, en par-

ticulier, celles de la démographie, par l'étude des causes de mortalité favorisées par une nutrition déficiente, du laboratoire qui effectue les analyses nécessaires du lait, de l'eau et des aliments divers, des maladies contagieuses par l'émission de la carte de santé aux manipulateurs d'aliments, de la tuberculose en enseignant et vulgarisant, dans le public, les notions d'alimentation rationnelle et de l'inspection des aliments par l'inspection.

La Division de l'hygiène de l'enfance joue le plus grand rôle dans l'enseignement de la nutrition par ses activités diverses que nous venons de voir, auprès de la mère, des parents et de l'enfant à tous les âges. La nutrition fait aussi l'objet, dans cette division, d'une « *Section* » confiée à une technicienne avertie nommée « *nutritionniste* » dont c'est la fonction d'étudier les problèmes de la nutrition, de faire l'enseignement technique au personnel des infirmières et au public par des cours et des conférences.

#### XVI — LE CONTRÔLE MÉDICAL

La Division du contrôle médical, aussi rattachée à l'Administration générale du Service, a pour fonction le contrôle des absences par maladie chez les fonctionnaires pour en vérifier la nature et la cause et, depuis 1946, l'*examen médical périodique* des employés municipaux. Le bureau médico-légal est partie de cette division.

Le personnel de cette division se compose de trois médecins, dont le surintendant, une infirmière secrétaire et deux employées de bureau. Le surintendant de cette division est aussi conseiller médico-légal. En plus de diriger le travail, il doit examiner les accidentés du travail parmi le personnel et faire des expertises pour le Contentieux municipal. Il fait, en plus, partie du Comité médical de la Commission du Fonds de pension des fonctionnaires et de celui du Service des Incendies.

#### *La Commission municipale d'hygiène*

En vertu de la Section I du règlement muni-

cipal numéro 1671, modifiant le règlement no 105, concernant la santé, adopté le 21 décembre 1876, le Conseil municipal, sur recommandation du Comité exécutif, nomme, le 1er mai de chaque année, une commission consultative, désignée sous le nom de Commission d'hygiène, composée de 21 membres, dont S. H. le Maire, le président du Comité exécutif et le directeur du Service de santé sont membres ex-officio; le Conseil municipal est représenté par 6 de ses membres. Les autres membres sont des représentants universitaires de la faculté de médecine, de la faculté de chirurgie dentaire, de celle du génie sanitaire; elle compte également deux pharmaciens pratiquants.

Cette Commission constitue un corps consultatif qui doit aviser les autorités municipales sur toute matière du domaine de l'hygiène et soumettre toute suggestion et recommandation qu'elle juge à propos de faire sur les questions relatives à la santé publique. C'est, en somme, un groupe de conseillers qui commandent la confiance et le respect des administrateurs et de la population et qui les tiennent au courant de l'organisation du Service dont je vous ai fait la description, de ses activités, de son efficacité et des résultats qu'il obtient. Elle étudie les grands problèmes d'hygiène qui lui sont soumis: la question des maladies vénériennes, de la tuberculose, celle de la poliomyélite, etc.

En plus, cette Commission est d'un grand appui à la direction du Service, prévient l'isolement dans lequel son directeur peut se trouver et contribue à une meilleure connaissance et à une meilleure compréhension des activités du Service.

Voilà brièvement décrite, Mesdames et messieurs, toute l'organisation du service de santé de la ville de Montréal. Au cours des causeries antérieures, je vous ai parlé plus longuement de quelques-unes de ses divisions. Nous aurons l'occasion, plus tard, de vous entretenir des autres.

## LA SALUBRITÉ DANS LES ENDROITS DE VILLÉGIATURE<sup>1</sup>

L.-P. CABANA, ing. p.,

Surintendant et ingénieur sanitaire de la division de l'inspection sanitaire  
(Ville de Montréal).

A Montréal, comme vous le savez, la Cité fournit aux citoyens, grâce à un système élaboré de filtration et de chloration, une eau saine et potable. Cette eau ne présente aucun danger, car les Services municipaux concernés veillent constamment à en assurer la qualité. A la campagne, dans les endroits desservis par un aqueduc, l'eau est généralement bonne et peut être bue sans aucun risque. Mais, dans les camps d'été, en rase campagne, sur le bord des rivières et des lacs, il en va tout autrement; une grande prudence s'impose dans l'utilisation de l'eau destinée à la consommation et avant de s'en servir il faut être parfaitement sûr qu'elle est exempte de toute contamination possible pour éviter de contracter des maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, la dysenterie, la diarrhée, etc. Il ne faut pas oublier que l'eau est un véhicule idéal pour le transport des germes de maladies.

A la campagne, on obtient ordinairement l'eau d'alimentation des puits, des sources, des cours d'eau et des lacs. Si elle provient d'un cours d'eau ou d'un lac, une enquête rapide permet de s'assurer que ces derniers ne reçoivent aucune eau d'égout et ne sont pas pollués par des personnes ou des animaux.

Si l'eau est fournie par une source, elle doit être captée à son origine dans une boîte étanche, de préférence en béton, dépassant la surface du sol d'au moins deux pieds et fermée au cadenas. On ne doit jamais prendre l'eau d'une source loin de l'endroit où elle jaillit de terre pour éviter qu'elle se contamine sur le terrain. N'oublions pas aussi que la limpidité d'une source n'est pas une garantie de pureté, les microbes ne se voient pas à l'œil nu.

Les puits, par ailleurs, doivent être placés

dans un endroit élevé et à plus de 100 pieds de distance de toute source de contamination, comme les puisards, les fosses, les écuries et les dépotoirs; car ils peuvent devenir pollués par les eaux souterraines ou par le drainage en surface.

Pour éliminer la contamination en surface, il faut que le dessus du puits soit étanche, de préférence en béton, et qu'il soit muni d'une pompe parfaitement jointe au couvercle du puits. Les parois devront être rendues étanches jusqu'à une profondeur d'au moins 5 pieds, en les enduisant d'une couche de ciment si elles sont fabriquées de pierres sèches. En résumé, on prendra les précautions nécessaires pour empêcher quoi que ce soit d'atteindre la nappe d'eau et de la contaminer. Inutile d'ajouter qu'on ne puise pas l'eau dans un puits avec un seau et qu'on ne doit jamais se servir d'un puits comme d'un réfrigérateur pour conserver au froid la nourriture et les breuvages.

Si, accidentellement, un puits devient contaminé, il est facile de le désinfecter. Les puits neufs, comme les vieux d'ailleurs, doivent être désinfectés chaque année. Pour cela on peut employer du chlorure de chaux. L'opération est relativement simple, on verse environ  $\frac{1}{2}$  livre de chlorure dans une chaudière d'eau, on permet au solide de se déposer au fond pendant quelques minutes et on jette la partie liquide dans le puits en ayant soin d'en arroser les parois. On laisse séjourner cette solution dans le puits pendant 12 heures ou plus et on pompe ensuite l'eau jusqu'à ce que le goût du chlore disparaisse complètement.

Avant de se servir d'une eau pour boire, qu'elle provienne d'un puits, d'une source ou d'un cours d'eau, il est préférable de la faire analyser par les différents laboratoires mis à notre disposition. A Montréal, on peut s'adres-

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia ».

ser au Service municipal de santé et à la campagne au ministère provincial de la santé. Il ne faut pas oublier cependant, de prendre les échantillons d'eau dans des bouteilles stérilisées et de conserver ces dernières dans la glace lors de leur transport aux laboratoires. De plus, l'analyse n'est pas la seule méthode pour porter un jugement équitable sur la qualité d'une eau, l'étude du milieu d'où elle provient comptant beaucoup plus.

Si, pour une raison quelconque, on doute de la qualité d'une eau, on ne doit jamais la boire sans la faire bouillir, ni sans la conserver dans des récipients appropriés et préalablement stérilisés. Enfin, il ne faut jamais boire d'eau trop froide, lorsqu'on est en transpiration.

Quant aux eaux usées provenant de la cuisine ou des cabinets d'aisances, elles doivent être déversées dans des puisards d'absorption situés à plus de cent pieds de tout puits ou toute source d'eau à boire, de préférence dans des fosses septiques en béton pourvues d'un trop plein s'égouttant dans la terre vers la partie basse des terrains.

L'usage des latrines extérieures, qui se résument à une cabane posée au-dessus d'un trou creusé dans la terre n'est pas recommandable, à moins que l'on prenne les précautions suivantes pour prévenir les nuisances:

Assurer une bonne ventilation au moyen de grillage et construire de manière à ce que les insectes ne puissent venir en contact avec les déchets; à cet effet les murs seront construits de planches embouvetées prolongées jusqu'au niveau du sol et la porte sera posée de manière à fermer hermétiquement à l'aide d'un poids et d'une poulie. De temps à autre, il faudra jeter de la chaux sur les déchets et faire usage d'un larvicide contre les mouches.

Les divers organismes de santé se feront un plaisir de vous donner tous les renseignements désirés pour la construction et l'entretien de latrines hygiéniques.

Un mot maintenant sur la manière de disposer des déchets à la campagne où il n'y a pas

de collecte. On peut se servir d'un petit incinérateur; sinon, on n'a qu'à creuser un trou dans la terre à quelque distance du camp et à y enfouir les déchets qu'on recouvre ensuite de terre. De cette façon, on élimine toute mauvaise odeur et on éloigne les mouches et les rats. Jamais, on ne doit jeter les déchets putrescibles en tas dans un coin désert, et jamais doit-on les lancer dans un cours d'eau.

La glace est employée pour conserver les aliments au froid et en prévenir la décomposition, mais on ne doit jamais en mettre des morceaux dans les breuvages, à moins que ce ne soit de la glace artificielle ou de la glace naturelle prise dans un cours d'eau où l'eau est de bonne qualité. D'ailleurs, il vaut mieux laisser les boissons dans la glacière durant un certain temps avant de servir. Il ne faut pas boire de la glace fondue.

La natation est une des meilleures formes d'exercice et de récréation; elle tonifie le système et donne de la vigueur au corps humain. C'est un excellent stimulant de la circulation sanguine qui n'entraîne pas une dépense d'énergie trop considérable et elle est adoptée à tous les âges. Cependant, pour en retirer tous les avantages, on doit être en bonne santé car, chez un malade, elle peut entraîner des suites fâcheuses.

Il est de toute évidence que ceux qui sont en villégiature près d'un cours d'eau doivent savoir nager et, s'ils ne le savent pas, l'apprendre, pour rendre leur séjour à la campagne plus agréable. Certaines précautions sont de rigueur cependant, si l'on veut éviter des accidents souvent déplorables et il est prudent de mettre en pratique les quelques préceptes suivants:

Ne jamais se baigner dans des cours d'eau suspects ou dont la pollution est reconnue ou à proximité des égouts.

Ne jamais se baigner dans des endroits dangereux et inconnus où l'eau est trop profonde et le courant trop rapide.

Ne jamais se baigner lorsqu'on est en transpiration, attendre au moins deux heures après

les repas, de préférence trois, avant de se jeter à l'eau.

Ne pas se baigner seul, ne pas nager trop loin du bord sans avoir une personne qui nous accompagne dans une embarcation même si on est un excellent nageur; ne pas oublier qu'il faut revenir au point de départ.

Ne jamais plonger dans un endroit dont on ignore la profondeur.

Ne pas avaler d'eau en se baignant.

Ne pas se risquer sur l'eau dans des embarcations peu sûres, ni par grand vent ni durant une tempête.

Tout baigneur devrait connaître la respiration artificielle et en cas d'accident la pratiquer sur la victime sans se lasser pendant une heure et même plus s'il le faut; en somme tant que tout espoir n'est pas irrémédiablement perdu. Ne pas négliger non plus d'appeler le médecin dès le début, la vie du noyé en dépend.

Les bains de soleil peuvent être avantageux pourvu qu'on n'en abuse pas. Il est préférable

de laisser le corps brunir graduellement, plutôt que d'un seul coup, en alternant les expositions au soleil et à l'ombre. D'ailleurs, plus l'épiderme est bronzé, moins il devient réceptif aux rayons solaires.

A ceux qui passent l'été en ville, nous conseillons de fréquenter les bains publics, aux plus jeunes les bassins de pataugeage. Dans tous ces endroits, l'eau est d'excellente qualité et soumise à une surveillance constante de la part des inspecteurs du Service de santé. Un personnel expérimenté, sous la juridiction du Service des travaux publics, est d'ailleurs à la disposition des baigneurs dans nos piscines. Partout, les règles de l'hygiène sont observées et mises en avant. L'an dernier plus de deux millions de baigneurs ont fréquenté les bains publics et semi-publics de même que les bassins de pataugeage pour enfants à Montréal.

En terminant, le Service de santé rappelle à la population de Montréal qu'il est interdit de se baigner dans les limites de la Cité dans le fleuve St-Laurent, le Canal Lachine et une partie de la rivière des Prairies.

---

## VARIÉTÉS

### LA MÉDECINE FRANÇAISE D'HIER ET D'AUJOURD'HUI AU CANADA<sup>1</sup>

Antonio LECOURE, F.A.C.S., F.R.C.S. (C.),  
Membre de la Faculté de Médecine d'Ottawa,  
Chirurgien de l'Hôpital Général.

#### HIER

C'est en écrivant l'histoire de la Médecine au Canada qu'on peut savoir de quoi elle est faite, tout comme le médecin canadien qui veut prendre conscience de lui-même doit se demander d'où il vient.

Et à chacune des étapes qui rapproche de la réponse on y rencontre le rayonnement de la France.

C'est pourquoi ces journées médicales historiques de La Rochelle sont pour nous, canadiens-français, une présence d'un passé vieux à peine de quatre cents ans, que tant de contacts au cours de ces siècles ont gardé près de nous. Elles nous ramènent littéralement au point de départ de la magnifique épopée de la Médecine française au Canada et nous montre le premier chirurgien français sur le bateau du malouin Jacques Cartier ouvrant la page de ce beau livre.

Jacques Cartier allait découvrir le Canada; le Canada allait découvrir, entre autres choses, la médecine française. Sans doute celle-ci s'amenaient au pays sous le signe de l'empirisme et ne dépassait pas de beaucoup la médecine antique; mais il faut reconnaître et admirer sans réserve le courage, l'intrépidité et l'initiative des hommes qui, les premiers, vinrent la pratiquer en Nouvelle-France, dans des conditions aussi incertaines. En 1654, en pleine paix, un des trois chirurgiens de Montréal ne fut-il pas enlevé par les Onneyouts en tendant

des trappes aux environs et gardé en otage jusqu'à ce que leur capitaine eut excusé, par des présents et le retour du docteur, cet acte d'hostilité de ses sujets.

C'est aussi grâce à ces qualités que les premiers médecins français contribuèrent à développer la colonie en se faisant à l'occasion explorateurs, découvreurs, défricheurs, et fondateurs.

Alors qu'entre 1608 et 1628, le Canada, c'est-à-dire le poste de Québec, ne comptait que vingt personnes du sexe masculin, nous y trouvons déjà deux médecins français l'un, Adrien Duchêne, était chirurgien de l'habitation de Champlain. Venu au Canada vers 1616, il était de Dieppe en Normandie et oncle de Charles Le Moyne, de la même ville, dont la postérité s'est couverte de gloire en Nouvelle-France. En 1646 nous le retrouvons aux Trois-Rivières en qualité d'interprète. Il paraît avoir été le premier possesseur d'une partie des Plaines d'Abraham, à Québec, où se décidèrent en 1759 les destinées de la France au Canada.

L'autre médecin était Robert Giffard, qui devait en 1632 fonder Beauport à quelques milles de-là sur la rive nord du Saint-Laurent.

Et puis le premier colon canadien, c'est-à-dire le premier à semer au pays du grain pour se nourrir, ne fut-il pas un apothicaire français: Louis Hébert.

On peut se demander quel mobile poussait ces hommes vers la Nouvelle-France: Zèle missionnaire, devoir patriotique, esprit de lucre ou simple goût de l'aventure.

1. Communication présentée au Congrès de l'histoire de la Médecine Française d'Outre-Mer, à La Rochelle, le 26 mai 1949.

Louis Hébert en mourant à Québec le 25 janvier 1627 dit à ceux qui l'entouraient: « J'ai passé les mers pour venir secourir les sauvages plutôt que pour aucun autre intérêt particulier et mourrais volontiers pour leur conversion. Je vous supplie de les aimer et assister selon votre pouvoir... Ils sont des créatures raisonnables comme nous et peuvent aimer un même Dieu que nous s'ils en ont connaissance ».

Le souci constant de la santé de l'âme et du corps des indigènes faisait d'ailleurs partie du climat général de la colonie. Pendant que la réception enthousiaste que lui font les Micmacs fait estimer à Jacques Cartier que « ces gens seront faciles à convertir à notre sainte foy »; il fait ouvrir le corps d'une des vingt-cinq victimes du scorbut de son équipage pour tenter d'en enrayer les ravages.

Il semble bien cependant qu'à côté de motifs aussi élevés, les restrictions imposées vers 1600 par la Faculté de Médecine de Paris sur la pratique de la Médecine décidèrent, par la suite, certains chirurgiens à émigrer au Canada, et comme ce monopole de la Faculté coïncidait avec son déclin, la compétence des premiers médecins français du pays peut s'évaluer jusqu'à un certain point en fonction de ces événements. Il n'est que de lire le sujet de certaines thèses de candidats à cette époque pour juger du sérieux de leurs études: « De l'influence des astres sur les maladies », — « Le médecin doit-il porter une barbe », — « L'éternement est-il un phénomène naturel », — « Le fœtus ressemble-t-il davantage à son père ou à sa mère », — « Les héros sont-ils fils de héros », — « La femme ne peut-elle pas se métamorphoser en homme ».

D'ailleurs certaines luttes stériles en France, comme celle de l'antimoine et celle du Collège des Chirurgiens avec la Faculté de Médecine, obscurcissaient alors les plus beaux esprits et eurent sûrement une influence néfaste sur la formation des premiers chirurgiens, et leur destinée ne voulait-elle pas que leur bagage scientifique restât modeste pour permettre à leur civisme les autres initiatives de la colonisation.

Sans cette disposition de l'esprit, un Jacob Bourgeois, chirurgien du sieur d'Aulney, aurait-il eu le courage de s'embarquer ici-même, à La Rochelle, de suivre l'organisateur de l'Acadie et, plus tard, avec ses dix enfants, de fonder, en 1672, cet établissement de la baie française, avec un succès tel que, dix ans après, on y comptait déjà cent vingt-sept habitants, tous issus ou parents de ce brave Français.

D'où cette distinction à faire entre la valeur et l'influence de la médecine française au Canada à cette époque, et la valeur et l'influence des médecins et chirurgiens au pays: celles-ci ont sûrement dépassé les premières. Le dévouement, l'esprit de clarté, la méthode, le raisonnement et l'ingéniosité de ces hommes de l'art suppléaient en partie et compensaient souvent les déficiences scientifiques du diagnostic et du traitement exercés dans des conditions aussi difficiles.

Ainsi on peut s'imaginer les premières impressions de ces Français devant les victimes du scalp, qui avaient survécu à cette coutume. L'hémorragie et l'infection menaçaient ceux que le coup de tomahawk n'avait pas tués; d'autant plus que le but essentiel du scalp n'était pas d'enlever la vie, puisque seul le cuir chevelu était arraché, sans que l'os fut lésé. En effet, les dimensions du scalp variaient, l'essentiel était qu'il comprit « l'épi », c'est-à-dire la partie du cuir chevelu où les cheveux divergent (Catlin). Ces blessures superficielles guérissaient vite, heureusement, mais la surface restait chauve. La nature, comme de nos jours, aidait donc le médecin. Mais ne lui en demandait-on pas trop parfois? Les conséquences d'un malheureux accident survenu à Jeanne Mance, la fondatrice de l'Hôtel-Dieu de Montréal, semblent bien l'indiquer.

Lors d'une chute sur la glace, en janvier 1657, elle subit « une double fracture du bras droit avec luxation ». A cette occasion elle fut traitée par le chirurgien français Etienne Bouchard, assisté de Jean Madrid, le lieutenant des chirurgiens de Québec, que le gouverneur, Monsieur d'Ailleboust lui avait adressé. Les fractures furent reconnues, mais non la luxation. Deux ans après, son bras et sa main s'é-

taient « desséchés » et « atrophés » et elle présenta jusqu'à la fin de sa vie une difformité et des douleurs intenses. A son arrivée à La Rochelle, en janvier 1659, venant du Canada solliciter argent et personnel hospitalier, elle fut conduite aux sommités médicales de Paris, qui déclarèrent que « si quelques charlatans osaient entreprendre sa guérison, au lieu de la soulager, ils attireraient et irriteraient les humeurs qui la rendraient paralysée de la moitié du corps ». On pourrait spéculer sur l'influence de cet état de santé sur l'échec partiel de sa mission; ces douleurs et son apparence l'auraient-elles rendue moins convaincante et auraient-elles ébranlé la confiance de ses bienfaiteurs?

La grande figure de Jeanne Mance se présente aussitôt à l'esprit dès que l'on pénètre dans l'histoire de la Médecine française au Canada. L'Hôtel-Dieu de Montréal, qu'elle fonda, devait être, avec celui de Québec, les forts d'où rayonneraient médecine et médecins français en Nouvelle-France.

C'est ici même, à La Rochelle, que Jeanne Mance s'embarqua pour la colonie, au printemps de 1641, avec Monsieur de Maisonneuve et le Père Laplace. Envers et contre tous les empêchements de santé et de sa famille, exaltée par son zèle missionnaire et grâce à la générosité de la riche veuve, Madame de Bullion, que le Supérieur des Récollets, le Père Rapin, lui avait fait connaître, Jeanne Mance allait établir un hôpital à Ville-Marie.

Elle fut secondée admirablement par un gentilhomme champenois, Monsieur Louis d'Ailleboust de Coulonge, dont la famille avait donné d'illustres médecins à François 1er et Henri IV. Ensemble, ils assurèrent « la fondation d'un hôpital, au nom et en l'honneur de Saint-Joseph, pour nourrir, traiter et médicamer les pauvres malades du pays et les faire instruire des choses nécessaires à leur salut », suivant les instructions de leur généreuse bienfaitrice. Le gouverneur, Monsieur de Maisonneuve, retarda même la construction de la maison des Jésuites en faveur de cette œuvre.

Il n'est que de lire les instructions expres-

ses de Madame de Bullion sur l'emploi exclusif de ses dons à la fondation et à l'entretien de cet hôpital, pour réaliser les soucis de cette Française pour la santé et les soins médicaux de la colonie: « L'hôpital avant tout », disait-elle. Quinze ans après, à bout de ressources, malade et infirme, Jeanne Mance n'hésite pas à entreprendre, en compagnie de sœur Bourgeois, un voyage en France pour venir y chercher assistance. On voit ces deux femmes héroïques débarquer à La Rochelle le 6 janvier 1659, se soumettre à des pérégrinations multiples et pénibles à Paris et à La Flèche, subir sur le chemin du retour un séjour forcé de plusieurs mois à La Rochelle et se buter à toutes sortes d'embûches morales et financières. Elles ramenaient enfin, le 2 juillet, trois sœurs hospitalières de Saint-Joseph de La Flèche et cent-dix personnes engagées. Au cours du voyage de retour, qui dura deux mois, la peste se déclara sur le bateau et les hospitalières eurent à se dévouer à la limite des ressources humaines, au milieu des dangers de la contagion et privées de tout les secours.

Jeanne Mance passa ainsi les trente-deux dernières années de sa vie au Canada et y mourut.

A cette vie se rattache celle du bon docteur Souart, de Montréal, le « médecin des cœurs et des corps ». A l'instar de la plupart de ses confrères de la colonie, la pratique de sa profession était marquée au coin de la plus grande charité. Il dépensa à Montréal une fortune de quatre-vingt mille livres à soulager les pauvres, et vint souvent à l'aide des hospitalières de La Flèche. Les chroniques du temps nous le montrent « entrant à l'improviste dans leur cuisine, et, saisi par le froid de la pièce et des autres appartements, jetant à brassées le bois dans leur pauvre fournaise ». D'ailleurs on ne laissait pas de le taquiner gentiment sur la concurrence des petits remèdes de mère de Bresoles. Ce fut le docteur Souart qui disposa des dernières volontés de Jeanne Mance.

Ces anecdotes disent mieux que les grands traits de l'histoire de la Médecine française au Canada, les sentiments qui animaient ses

premiers artisans et quelle influence leur dévouement avait sur la santé physique et morale de la colonie.

Et si on parcourt les annales de cette époque, on y retrouve les mêmes caractéristiques, et la vie et l'œuvre de tous et de chacun est un long chant héroïque à la gloire de ces pionniers.

Nous croyons fermement que leurs traditions de respect et de dignité de leur profession ont fait plus pour implanter sous le régime français et pour conserver sous le régime anglais la médecine française au Canada que les acquisitions scientifiques subséquentes.

Mais c'est au moment de la chute du Canada aux mains des Anglais que se décida l'avenir de la médecine française au Canada. L'arrivée des médecins anglais avec les gouverneurs et les troupes allait-elle instaurer une médecine exclusivement anglo-saxonne, soit par la force des circonstances, soit par des édits royaux.

Mais le miracle de la survivance française en Amérique, opéra également dans le monde médical.

Après la cession du Canada à l'Angleterre, malgré l'offre que les Anglais leur avaient faite de les rapatrier, très peu de médecins français rentrèrent en France, à commencer par le docteur Adrien Duchesnes, le premier chirurgien de l'Habitation de Champlain, qui resta à Québec avec sa femme, et lorsque l'immigration anglaise les eut placés en minorité, ils imposèrent à leurs confrères anglo-saxons le respect et l'estime. On en trouve des expressions non équivoques dans les chroniques de médecins du temps, aussi bien que dans les compte-rendus des journaux, comme celui des funérailles du docteur François Bodélard dans la *Gazette de Québec* de février 1802.

#### AUJOURD'HUI

Et c'est ainsi que les quelques dizaines de médecins Français et Canadiens de 1760 sont devenus une puissante organisation de quelque 4 000 membres, avec ses hôpitaux et ses facultés de médecine au sein de la profession

médicale canadienne. Ils y coopèrent en apportant les qualités de leurs origines et restent des missionnaires de l'esprit français sur ce continent.

Ils sont réunis en une association fondée à Québec en 1902, par le docteur D. Brochu, sur le modèle de l'association des Médecins de Langue Française d'Europe.

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada tint son premier Congrès à Québec même, le 25 juin 1902, à l'Université Laval. L'enthousiasme qui salua ces assises devait amener la tenue d'un Congrès semblable tous les deux ans. Et de ce fait, depuis la fondation de l'Association, les Congrès se sont succédés sans interruption à Québec, Montréal, Trois-Rivières, Sherbrooke et Ottawa.

En plus d'un Comité Central, l'Association comprend un Conseil de 60 membres, représentant chaque région du Canada Français et des Etats-Unis. Enfin, la tenue de chaque Congrès est assurée par un Comité local où celui-là a lieu.

Outre ses Congrès, l'Association a un autre moyen d'expression dans sa revue mensuelle « *L'Union Médicale du Canada* » depuis 1937. Cette revue publie les travaux scientifiques présentés aux Congrès et sert de trait d'union entre les membres de l'Association en dehors de ses assises. Tous les membres en règle la reçoivent régulièrement. Ils y trouvent également une foule de renseignements sur le mouvement médical français et d'excellentes traductions en résumé sur la médecine anglaise et américaine (Etats-Unis).

Depuis deux ou trois ans, l'Association s'intéresse aux divers projets d'assurance-santé. Un Comité a été chargé d'étudier où se trouve le meilleur intérêt de ses membres et de leurs patients, et fera rapport au Conseil lors du Congrès Ottawa-Hull de 1948.

Une des plus récentes initiatives de l'Association, en voie d'accomplissement, est la création d'un Comité de Relations Médicales entre la France et le Canada, destiné à faciliter les études de médecins et étudiants dans les servi-

ces hospitaliers français et canadiens. Un courant d'échanges d'internat et d'études supérieures pourra ainsi s'établir avec des avantages réciproques.

On peut donc se rendre compte, par ce qui précède, de l'influence de l'Association des Médecins de Langue Française et de la culture française en général en Amérique. Imbus de cette culture au cours de leurs études médicales, de leurs lectures et de voyages en France, ses membres la diffusent du geste et de la parole au sein de populations où se maintient leur prestige.

Les personnalités les plus marquantes de l'Eglise, de l'Etat, de la Magistrature et du Monde Médical du pays ont accordé dans le passé leurs patronages d'honneur à l'Association. Le gouvernement français a envoyé régulièrement des délégués officiels à ses Congrès et les sociétés scientifiques françaises, américaines et canadiennes ont admis dans leurs rangs un grand nombre de ses membres. Plusieurs anciens présidents ont été décorés de la Légion d'honneur.

Appuyée sur un passé fructueux d'un demi siècle, l'Association est aux avant-postes des fronts économiques et scientifiques du monde médical et regarde l'avenir avec confiance.

Divers autres groupements entretiennent au Canada le climat français, si nécessaire au développement et à l'éclosion de la médecine française: les Alliances Françaises, l'Institut Franco-Canadien, le Comité des relations médicales France-Canada. L'âme de ces foyers de culture est souvent encore un médecin français, tel le docteur Paul Villard, Secrétaire Général de l'Alliance Française à Montréal depuis 35 ans, et dont le gouvernement français vient de couronner le mérite en le créant officier de la Légion d'honneur.

Le rayonnement de la pensée française en médecine, comme ailleurs, a éclairé dernièrement les milieux universitaires et professionnels de Montréal, Québec et Ottawa lors de l'exposition de livres scientifiques d'après-guerre. D'un coup, la médecine française a répondu une fois de plus à la confiance que les Canadiens lui avaient conservée pendant ces

années de silence. Quelle promesse que ces œuvres des heures d'infortune, et que ne doit-on pas attendre des cadres réformés. Son Excellence Monsieur Francisque Gay, Ambassadeur de France au Canada, et Monsieur Jean Mouton, Attaché Culturel, ont bien voulu rendre possible et rehausser de leur présence le prestige de ces expositions à Québec, Montréal et à l'Hôpital Général d'Ottawa. L'Association des Médecins de Langue Française du Canada fournit, à chacun de ses Congrès, l'occasion de faire l'étalage et la diffusion des publications françaises. Le résidu des recettes du Congrès Ottawa-Hull de septembre 1948 servira à doter la bibliothèque de la Faculté de Médecine de l'Université d'Ottawa de traités et de publications de Médecine Française. Les Facultés de Médecine des Universités de Montréal, Québec et Ottawa recommandent finalement certains auteurs français à leurs étudiants. Enfin, certaines agences commerciales n'ont pas hésité à accepter certains risques financiers et à consentir les sacrifices nécessaires de change et de transport pour reprendre pied sur ce plan culturel et contribuer à son relèvement.

Tout en coopérant avec ses confrères de langue anglaise, le médecin Canadien-Français se sent à une croisée de chemins où il lui est facile et profitable de faire la synthèse des écoles française et américaine. S'il emprunte à ses voisins certaines techniques, certaines valeurs artistiques et certaines méthodes d'organisation, il garde l'interprétation clinique, la clarté d'exposition, les procédés d'analyse et de synthèse, la philosophie pour tout dire de l'école française.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BENJAMIN SULTE: *Histoire des Trois-Rivières*, p. 87.
2. BENJAMIN SULTE: *Mélanges historiques*, Vol. I-II.
3. P. SAGARD: *Histoire du Canada*, p. 590.
4. P.-G. ROY: *Bulletin des recherches historiques*: juillet 1943, p. 204.
5. E. LARIVIERE: *La tragédie d'un peuple*, p. 175.
6. A. LEBLOND: *Jeanne Mance*.
7. P.-G. ROY: *Bulletin des recherches historiques*: juillet 1942, p. 243.

## “MORS AUT VITA”<sup>1</sup>

Urgel GARIÉPY, F.R.C.S. (C.), F.A.C.S.,

Chirurgien honoraire de l'hôpital Notre-Dame,  
Membre (associé étranger) de l'Académie de Chirurgie de Paris.

— Monsieur le gouverneur de la prison commune?

— Oui, monsieur. A qui ai-je l'honneur de parler?

— Au professeur Legure, de l'Université de Montréal et chirurgien à l'hôpital Saint-Jean-l'Évangéliste.

— Que puis-je faire pour vous? dit le docteur Alfred Dorion.

— Voici, Monsieur le gouverneur.

Je viens, déclara le docteur Legure, m'entretenir avec vous d'une question fort délicate. Vous avez dans votre pénitencier plusieurs condamnés à mort. N'y aurait-il pas moyen de les faire servir à la science, en exécutant sur eux des expériences qui seraient concluantes, parce qu'elles se feraient sur du matériel humain?

— Hein? Quoi? Comment? s'écria le gouverneur, excité, presque indigné.

Le docteur Legure demeura impassible.

— Je m'explique, dit-il. Depuis toujours à ceux qui commettent des attentats criminels vitaux, la société a ou prend le droit de demander raison. L'Écriture a proclamé: « Tu ne tueras point ». La société rétablit l'équilibre en prenant vie pour vie. Mais c'est la loi du talion dans toute sa sévérité: « Œil pour œil, dent pour dent ». La loi publie dans ses textes l'aphorisme suivant: « Nul n'a droit de se faire justice soi-même ». Ainsi le veut le consensus général.

Le docteur Legure enchaîna: « Certains pays ont supprimé la peine de mort et lui ont substitué l'emprisonnement à perpétuité. C'est plus cruel. D'après la coutume et la servitude qui en découle, je suis pour la peine capitale. Suivrai-je en cela la tradition ances-

trale, est-ce que je subis l'influence de tout le monde, consciemment ou inconsciemment, est-ce que ma conscience se révolte après un délit criminel, est-ce que le meurtrier est passible de mon courroux personnel, ce en quoi je ne représente qu'une unité dans la masse de l'espèce humaine, est-ce que je me dis qu'ayant forfait aux lois de la vie, il est juste que l'auteur s'acquitte en nature du méfait qu'il a perpétré? Quoi qu'il en soit, le fait brutal est là. Il doit expier. Mais son trépas sera complètement inutile à cette société qui semble tirer vengeance de lui.

— En quoi cette mort est-elle stérile? demanda le gouverneur qui prenait maintenant intérêt à la conversation.

— Voici. La société a exercé son recours, mais l'humanité n'en a retiré aucun gain. La tragédie est finie, il n'y a pas de déductions pratiques. C'est un geste d'envergure qui est posé, pas nécessairement un exemple qui intimidera les scélérats. C'est l'accomplissement de la loi. L'horreur du supplice devrait retenir les bandits au bord de la pente fatale. Et pourtant, comment se fait-il qu'un meurtre soit suivi d'autres meurtres si le châtement était si exemplaire? Les passions déchaînées sont sans doute comme les tornades furieuses qui dévastent tout sur leur passage.

Le meurtrier n'est pas initialement porté à l'homicide. Les ambitions et les convoitises déforment les faits, aveuglent les malheureux et les rendent en quelque sorte déséquilibrés. Même l'assassinat doit être examiné sérieusement. Malgré que ce soit la plus infâme des infractions, il faudrait étudier les éventualités qui en ont amené l'exécution, l'éducation de ce criminel, l'évolution de sa jeunesse, ses fréquentations, ses chances dans l'existence, les conseils qu'ils a reçus. Peut-être a-t-il été sans direction et, par conséquent, livré

1. Extrait d'un roman en préparation: *Quand la nuit tombe.*

seul aux écueils de la route. Je ne les stigmatise pas comme des irresponsables, ce serait aller trop loin, mais ils sont des dévoyés.

Dans cet ordre de choses, je spécifie celui qui a fauté gravement dans un moment d'affolement, sans avoir eu le temps de réfléchir aux conséquences de son acte et qui, emporté par le tourbillon imprévu et soudain des occasions, s'est porté à un assaut mortel. Ce sont ces aléas qu'il faut avoir présents à la mémoire pour juger sainement et froidement la situation.

— Mais la justice tient toujours compte des circonstances atténuantes, affirma le gouverneur.

— Oui, sans doute, reprit le docteur Legure, et pourtant, qui peut attester avec certitude où commencent les circonstances atténuantes et où elles finissent? Il faudrait pénétrer assez avant dans l'âme de ces délinquants pour en scruter tous les détours, s'introduire dans leur esprit pour en connaître l'ordonnance et les dispositifs, mesurer la volonté pour savoir quelles en sont la tension et la teneur, être au courant de tous les désirs pour en délimiter les formes, discriminer les vices des bonnes qualités, il faudrait, en un mot, lire dans leurs cœurs pour en sonder la profondeur et les affectivités.

— Toutes ces considérations sont on ne peut plus vraies, docteur, attesta le gouverneur, mais où voulez-vous en venir?

— A ceci, monsieur le gouverneur. Les êtres humains sont des polichinelles et des marionnettes dont la destinée tient les fils entre ses mains. Ça ne signifie pas que je crois au fatalisme, car, avec cela, où serait le libre-arbitre? C'est justement cette question du franc-arbitre qui est à la tête de nos actes et je dis que, chez les criminels, nous ne savons aucunement s'il s'exerce affranchi de toute contrainte, s'il n'est pas assujéti au code de l'hérédité, s'il n'est pas dépendant des conjonctures qui mènent la vie, car on ne commande pas aux événements, on en subit les vicissitudes, heureux si l'on n'est pas balayé par elle comme des fétus de paille par le vent.

— Mais vous paraissez fataliste quand même, docteur, constata le gouverneur.

— Pas du tout. J'émetts simplement des opinions qui ont déjà eu cours avant moi et qui sont appuyées sur l'ordre courant des choses. Je ne cherche pas à philosopher. Je suis trop habitué à déchiffrer l'écheveau emmêlé des symptômes chez les malades. Il m'a fallu pour cela cultiver en moi l'esprit d'observation et forcément les considérations morales sont les corollaires naturels de nos constatations. Si l'on pense à l'état social, familial, économique, religieux, grégaire, mental, dans lesquels vivent les patients, on peut généraliser ensuite et se rendre compte de bien des faits qui se ressemblent tous plus ou moins dans un groupe d'individus, dans une race, dans une nation.

Mais toutes ces réflexions, monsieur le gouverneur, m'ont éloigné du but de ma visite. J'énonçais l'idée, au début de cette entrevue, que les condamnés à mort devraient, avec leur acquiescement, servir de sujets d'expériences physiologiques.

— Et les antivivisectionnistes, docteur? Qu'est-ce que vous en faites? Vous supposez bien que, s'ils s'objectent à la vivisection chez l'animal, ils s'emballeront contre la vivisection humaine.

— Oui, je les vois se lever en phalanges serrées et me poursuivre de leurs anathèmes et de leurs imprécations. Ces illuminés ne sont pas logiques. Ils ne songent pas, malgré leur opposition, à toutes les expériences sur les animaux, qu'ils ne regardent pas à se chauffer de cuir pris à un animal tué, que les dames portent des fourrures enlevées à des bêtes occises par le trappeur. Ces hommes consomment des viandes abattues par des chasseurs, etc. La mort nous environne sous une forme ou une autre. Néanmoins, tel qui est antivivisectionniste n'hésite pas à utiliser des vaccins ou des sérums préparés parfois au prix de la vie animale. Les bêtes ont été créées d'une façon ou d'une autre, pour le service de l'homme. Les chevaliers de l'antivivisectionnisme arguent que les animaux endurent, durant l'ex-

périmentation, des souffrances atroces. Cet argument ne tient pas debout devant la vérité. J'ai été témoin d'expériences et n'en entreprends jamais moi-même sur les bêtes sans l'anesthésie générale. Pour qui nous prend-on? Quelle créature humaine serait insensible au point de s'adonner à des pratiques répugnantes et à faire subir à nos frères inférieurs des traitements qui comportent un état de veille douloureux? L'on sait quelle mémoire implacable gardent les chiens des sévices exercés contre eux. Eh! bien, ces mêmes bêtes viennent à la rencontre de leurs prétendus bourreaux avec des gambades, des signes de joie, frétille de la queue, aboient de plaisir et manifestent leur contentement de mille manières. Ils ne gardent donc aucun souvenir des épreuves qu'ils ont traversées. En serait-il ainsi si les chiens n'avaient pas perdu le contact complet avec la réalité? Au contraire, les savants de laboratoires assimilent les animaux à des collaborateurs et ils le sont dans toute l'acception du mot. Aussi les comblent-ils d'attentions et d'affection même.

Du reste, où en serait la science si les animaux n'avaient pas apporté leur contribution à l'étude des maux dont se plaint le genre humain? Il est vrai que les conditions physiologiques ne se superposent pas toujours aux états pathologiques, mais, par analogie, on peut déduire des conclusions qui se rapprochent de l'exactitude. Ce qu'il y a de réel, c'est l'étude des sécrétions organiques en fonction normale. Là, tous sont d'accord pour prôner la véracité des réactions dont ils fournissent les preuves. Ils sont sincères ces chercheurs et leurs expériences ont fait faire quelquefois des enjambées à la maturation des connaissances sur les viciations organiques.

— Mais les antivivisectionnistes, par leurs menées, ne sont pas à dédaigner. Ils tentent de soulever l'opinion publique, remarqua le gouverneur.

— Je qualifie les manifestations des antivivisectionnistes de sensiblerie. Aucune législation n'a défendu leurs prétentions. En Angleterre et aux Etats-Unis, ils ont tenté de

faire légiférer contre la vivisection. Les législateurs ont eu plus de sagesse et de prudence. C'est en ces pays-là que ces énergumènes ont fait le plus de vacarme pour appuyer leurs requêtes qui ont forme d'obsession chez eux. Ils ont organisé des spectacles pour attirer et susciter la réprobation générale contre les expérimentateurs. On peut même se demander jusqu'à quel point ils sont sincères. En tout cas, ils sont désaxés et partent d'un faux principe. Les faits démentent leurs assertions. Du reste, pour moi, la cause est jugée. Ces cerveaux exaltés peuvent mettre le feu aux poudres, car il faut toujours se garder de la crédulité des gens. Une théorie, plus ou moins prouvée, trouve toujours des supporteurs. Le danger serait que ces hypothèses se disséminent. Mais le sentiment général s'est abstenu de prendre fait et cause pour eux. Il a compris l'importance et la nécessité d'entreprendre le grand œuvre de l'expérimentation pour sauver les vies humaines, même au prix de sacrifices vitaux dans le règne animal.

— J'approuve pleinement vos idées, docteur; elles cadrent avec les vues du bon sens. Que demandez-vous de moi alors? dit le gouverneur. En quoi puis-je vous aider?

— Je désirerais que vous me mettiez en rapport avec un condamné à mort pour essayer de l'amener à consentir à ma proposition.

— Très bien, dit le gouverneur.

Et sonnait un tourne-clefs:

— Conduisez, ordonna-t-il, le docteur Legure à la cellule 187.

Et se tournant vers le docteur: — Je crois que vous réussirez plus facilement près de celui-ci, car tout bon sentiment ne semble pas éteint en lui. Il a, en outre, un regret énorme de sa faute. Vous trouverez là un terrain tout préparé pour recevoir la semence que vous voulez faire germer.

Le docteur suivit le gardien qui lui fit traverser une enfilade des corridors et l'introduisit dans une partie retirée de l'établissement. Ils firent face d'abord à une porte de fer, ayant vue sur une antichambre où se dressait un autel simple, sur lequel la messe

était célébrée une fois la semaine. A droite, dans un coin, un lavabo. A côté de l'autel, une table, une chaise, un cadran à poinçon pour le garde. Ensuite, à gauche, une grille montant jusqu'au plafond et laissant accéder à une cellule de condamné à mort. Là, sur le mur du fond, une image du Sacré-Cœur, collée à dix pieds de hauteur. Au-dessous, un prie-Dieu. Dans un coin, près de la grille, une table-panneau en bois et une chaise. Le long du mur, un petit lit de métal, avec matelas et accessoires. L'éclairage, sommaire, se faisait par la pièce voisine. Cette cellule avait un aspect monastique et donnait le frisson du tombeau par la froideur et la nudité de ses parois.

Une autre porte ouvrait sur un petit hall et de là l'on arrivait à la plate-forme de l'échafaud. Quelques pieds séparaient le temporel de l'éternité.

#### AUDACE ET VICTOIRE.

— Bonjour, Monsieur Antoine Lessard.

— Bonjour, Monsieur.

— Je suis le docteur Legure et je suis venu causer quelques instants avec vous.

Le prisonnier, auquel s'adressait le docteur, était un homme trapu, fortement charpenté, dans les trente ans, et portant sur sa figure un air de douceur qui contrastait avec la condamnation dont il était l'objet. Il était châtain et dans ses yeux, d'un bleu profond, s'allumait une lueur de bon augure pour le docteur. Il avait commis un crime passionnel. Sous l'empire de la colère et de la déception, il avait tué celle qui l'avait abandonné pour s'enfuir avec un autre homme.

Les traits étaient réguliers et le docteur fut frappé de la politesse de ses manières, de son éducation et de son instruction. La douleur, la honte et le repentir avaient gravé leurs marques sur ce visage énergique et franc.

— Je suis, dit le docteur Legure, un professeur de l'Université de Montréal. Je m'intéresse tout particulièrement à votre sort. Il est digne de commisération, parce que la peine capitale que vous subirez vous atteint

en pleine jeunesse. Comme à mon service de l'hôpital ou dans ma clientèle, j'ai toujours regretté la disparition de jeunes gens sur lesquels la société fondait, à bons droits, les plus grands espoirs. Les jeunes symbolisent le futur. Dans les différentes carrières qu'ils ont ou auraient embrassées, leur apport social constitue un capital avec lequel on bâtit l'édifice du bien commun.

La société, de par la législation et en vertu des droits que lui ont conférés les âges, la coutume, l'expérience et les nécessités de la vie, est forcée d'établir des sanctions contre ceux qui prennent la justice entre leurs mains. Vous avez commis un crime qu'excuse, à mes yeux, votre emportement. Votre recours en loi a été refusé. Il vous faudra donc en subir les conséquences auxquelles aucune puissance ne peut vous soustraire. Le temps paraît bien long à celui qui attend le moment où il sera rayé du registre des vivants. Vos pensées sont amères, j'en suis certain, et que ne donneriez-vous pas pour racheter votre faute, maintenant que la réflexion a repris possession de vous. Eh! bien, je viens vous fournir le moyen de réparer le préjudice dont la collectivité vous tient responsable.

— Comment cela, docteur? Ce moyen, quel est-il?

— Vous n'ignorez pas ou apprenez qu'il existe des laboratoires où se font des expériences sur différentes fonctions des organes. Il en est une principalement qui me serait chère, celle de la greffe d'organes. Or, jusqu'à ce jour, l'expérimentation l'a menée à bien chez les animaux, mais ne l'a jamais essayée sur l'être humain. C'est une tentative dangereuse. Le sujet qui s'y soumettrait prendrait un risque qui, cependant, servirait à sauver ou à prolonger des vies humaines. Il n'est rien moins que certain que les conclusions répondent aux espérances que l'on peut fonder sur ces prémisses. Avant d'établir une technique sûre, les échecs prédomineraient-ils? Je n'en sais rien.

En échange de cette vie que vous prêteriez à la science, celle-ci exigerait, ou du moins

demanderait que la vôtre soit sauve en retour. Ce serait un prêté pour un rendu. Avant d'entreprendre des démarches auprès de la justice et des pouvoirs publics, j'ai voulu obtenir votre assentiment. Je ne crois pas à la réussite infaillible de ma requête. Toutefois, soutenu par ma foi, j'espère convaincre les autorités de la justesse de mes prétentions. Qu'en dites-vous, Monsieur Lessard?

— Vous me prenez, docteur, par surprise, répartit le condamné. Je sais qu'une mort inflexible m'attend. Veuillez donc me donner quelques jours de réflexion.

— C'est juste, reprit le docteur Legure.

Après avoir fortement encouragé le prisonnier, le docteur le quitta et repassa par les bureaux du gouverneur à qui il fit part de son entretien avec le condamné.

Quand la nuit tombe sur les condamnés à mort, quelle doit être leur frayeur de se retrouver devant eux-mêmes, devant leur conscience. Le soleil chasse la peur, mais, quand il disparaît, les objets extérieurs et intérieurs revêtent des aspects anormaux. Le panorama de leur vie se déroule devant leurs yeux, ils voient la faillite de leurs aspirations qui se terminent fatalement. Leurs songes se peuplent d'hallucinations. Ils aperçoivent avec horreur le gibet fatal, l'exécuteur des hautes-œuvres avec ses aides; ils se sentent enfoncer sur la tête le bonnet noir qui leur dérobe la vue du monde, la corde passée autour du cou, leurs pieds plongent dans le vide, sous le déclivé de la trappe léthifère et ils sont lancés dans l'au-delà. Leur corps se crispe, se détend et se balance avec les derniers soubresauts de l'agonie. Ils se réveillent, baignés de sueurs, et réalisent l'horreur de leur état. Ils voudraient n'être jamais nés. Ils se rendorment pour rechuter dans d'autres rêves aussi effrayants. Le jour, ils sont là, tout à leurs pensées. Ils roulent dans leur cerveau des idées dépressives. Ils comptent le temps qu'il leur reste à vivre. Les uns se résignent, les autres s'insurgent contre leur sort, maudissant la destinée qu'ils rendent responsable de leur infortune. Tous voient approcher avec terreur

le moment où il leur faudra s'acquitter de leur dette envers le corps social. Les uns cherchent la consolation dans la religion, les autres se réfugient dans un stoïcisme que démentent les affres de leurs regards. Qui peut connaître à fond les angoisses, les inquiétudes, les remords, les souvenirs cuisants, les ressauts nerveux, les désespérances ou les illusions d'un condamné à mort? Il faudrait être voyant ou confesseur ou ministre du culte — mais ils sont muets — pour enregistrer et publier les sensations qui assaillent l'esprit de ce condamné à mort. Le dernier mot de ce chapitre ne sera probablement jamais dit.

Quelques jours se passèrent et le docteur Legure retourna à la prison pour prendre la réponse de Lessard.

— J'ai, dit celui-ci, pesé vos considérations. Je n'ai rien à perdre. Mort pour mort, elle est inévitable. J'ai péché, je suis prêt à expier, je veux redresser le tort que j'ai fait. Quand vous voudrez, je suis à votre disposition. Si je meurs, ma fin n'aura pas été inutile. J'aurai servi la cause du bien, heureux si je puis contribuer à la restitution ou à la restauration de la santé chez mes semblables.

Fort de cette approbation, le docteur Legure revit le gouverneur de la prison qui fut stupéfait d'apprendre la décision du condamné. Il était dépassé par la générosité de cet homme qui, malgré la menace officielle contre sa vie, ne tâtonnait pas pour l'exposer dans une aventure pour le moins douteuse.

Le docteur Legure convint avec le gouverneur d'une rencontre avec le député du comté. Celui-ci, approché, ne s'enthousiasma pas outre mesure du projet. Il fallait en référer au Ministre de la Justice. Le député et le ministre prévoyaient des complications et des difficultés. Quoiqu'ils fussent avocats tous les deux, le plan battait tellement en brèche les conceptions préétablies, les usages et la tradition qu'ils doutèrent du triomphe de cette théorie.

Mais le docteur Legure plaida sa cause avec une telle chaleur et une telle conviction, y apportant tous les arguments scientifiques et

en faisant ressortir tous les avantages qui naîtraient d'un tel procédé, que le ministre se laissa convaincre. Pourtant, il fit remarquer que le Conseil des Ministres devait être saisi de cette proposition. Là, les avis furent partagés. Les uns, surpris par son étrangeté, ne formulèrent aucune opinion, d'autres comprirent de suite les bénéfices d'un tel échange, d'autres enfin restèrent sur la défensive. Toutefois, tous furent d'accord pour entendre le docteur Legure qui, après plusieurs audiences, où furent débattus les postulats positifs et négatifs, finit par rallier la majorité des suffrages. Le Conseil des Ministres ne pouvait assumer la responsabilité d'une telle traite. Il fallait attendre une session du parlement pour présenter un bill spécial à cet effet.

Le temps marchait et la date de l'exécution approchait. Le Ministre de la Justice, consulté, était d'avis qu'un sursis devait être accordé au condamné. D'accord avec ses collègues, il fut accordé.

Le docteur Legure eut, à maintes reprises, des entretiens avec son sujet, comme il l'appelait. Il se réjouissait de ce que le condamné à mort se rivait de plus en plus à sa résolution. Celui-ci comprenait la thèse proposée par le docteur. Il y concourait pleinement et il s'inquiétait, à chaque entrevue, du progrès des négociations. Il avait déjà fait le sacrifice de sa vie dans le sens de la condamnation ou de l'expérience.

Enfin, arriva la session du parlement fédéral, où le bill fut présenté. Jamais bill ne souleva autant de discussions. C'est dans une atmosphère surchauffée que les députés prirent la parole. D'aucuns opinèrent qu'il ne fallait pas modifier la formule antique et consacrée par les ans du code criminel; d'autres, plus ouverts à une situation et à une idée neuves, acceptaient le principe du bill, parce qu'il s'adaptait à une circonstance particulière. Ils trouvaient le Code Criminel trop rigide dont les statuts étaient trop péremptoirs et manquaient d'élasticité. Les premiers ripostaient que l'ordre social serait bouleversé par une législation aussi inopportune et aussi

révolutionnaire. Les gens, en général, se sentaient rassurés parce qu'ils étaient appuyés par la loi. Les seconds répondaient que ce n'était qu'une question d'espèce et que les condamnés à mort, en vertu de l'appréhension humaine et de l'incertitude des expériences, ne seraient pas si nombreux à offrir leurs corps aux expérimentateurs. Des raisonnements captieux ou francs, des invocations à la morale, des spéculations sur le retentissement de cette conception dans le public, la dérogation à l'expérience et aux coutumes, le danger de la remise en liberté de ce criminel, toutes sortes de raisons furent mises de l'avant, selon que les uns ou les autres admettaient ou niaient la justesse, la justice ou l'opportunité du bill.

Durant cette controverse, les journaux s'emparèrent de l'idée. Certains d'entre eux la favorisaient, tandis que d'autres la condamnaient. Les arguments s'opposaient les uns aux autres. Après plusieurs semaines de contestations, pendant lesquelles les uns prétendaient que le meurtrier ne s'appartenait plus, et que la société pouvait disposer de lui à son gré, les autres déclamaient que la vivisection était attentatoire à la liberté, qu'un homme vivant ne pouvait s'apparenter à un lapin, à un chien ou à un cobaye. Quelques-uns, plus à droite, proclamaient l'idée humaine, utile et philanthropique.

Aux Communes, la majorité des oui finit par l'emporter sur les non, surtout quand le ministère se rangea carrément en faveur de l'adoption du bill qui fut voté.

Il fut ratifié par le Sénat, après des débats aussi orageux qu'à la Chambre. Il y eut désaccord au début, mais le leader finit par grouper la pluralité des voix qui amena l'entente finale. Il n'y avait plus de suppositions ou de supputations légales, puisque le bill était devenu loi. Restait la sanction du gouverneur général à cette loi, décrétant qu'un condamné à mort pourrait engager sa vie dans l'intérêt de la science en général, tel que le cas du prisonnier actuel.

Et le Gouverneur général signa le bill.

Après la terminaison des épreuves scienti-

fiques, le péril mortel que le condamné à mort aurait couru l'absoudrait de son crime et il pourrait reprendre sa place dans le monde sans aucun recours nouveau du code légal contre lui pour ses fautes passées.

Il y avait aussi le point de vue social. Quelle garantie donnerait le condamné de son retour au bien? Quelles assurances seraient assez fortes pour contre-balancer l'effet de la libération d'un assassin? Qui répondrait de celui-ci? Comment pourrait-on jurer que, placé dans les mêmes circonstances, il ne recommencerait pas et ne se rendrait pas passible d'une autre sentence de mort? Autant de questions sans réponse, car le cas était unique. C'était une tentative hasardeuse, audacieuse et téméraire qui ne pouvait s'appuyer sur aucun précédent, sur le bon sens ou sur la pratique des choses.

Le bill rebondit dans le public. Les antivivisectionnistes entrèrent naturellement en lice. Leurs piailllements ressemblaient aux cris d'un troupeau d'oies effarouchées. Ils organisèrent des démonstrations monstres, clamant sur tous les tons leur opposition à l'expérimentation du docteur Legure. Ils trouvèrent des publicistes pour les seconder. Ils voulaient créer une tempête de désaveu et agencèrent un déploiement de force allant jusqu'à la violence. Ils se mirent à la tête d'un groupe d'individus qui jetèrent des pierres dans les fenêtres de la résidence du docteur Legure. Quelques journaux blâmèrent leur conduite. L'ébullition fut à son comble quand ils montèrent un défilé de protestations avec pancartes ainsi conçues: « Pas de vivisection humaine! Honte au docteur Legure! Que font les pouvoirs publics? On devrait mettre sous arrêt un criminel de cet acabit! » La police fut forcée d'intervenir, car la manifestation s'enflait jusqu'à l'émeute. Il y eut des arrestations.

Leur représentation matée, ils déchaînèrent, par l'entremise de gazettes à leur solde, une campagne qui vilipendait le chirurgien et lui lançait de la boue à la face. Ils avaient l'injure facile: c'est pourquoi ils en usaient largement avec celui qu'ils dénommaient l'ennemi public

no 1. Ils publièrent des pamphlets fielleux et venimeux. Sous l'effet de cette agitation, l'expérimentation devint la conversation de la rue.

Ils étaient trop rusés pour s'en prendre au gouvernement fédéral, qui ne pouvait se dédire et abroger la loi. Elle faisait partie maintenant des statuts. Les antivivisectionnistes s'efforcèrent de pousser les dirigeants municipaux à s'interposer. Ils ne bronchèrent pas. Il faut déclarer à leur louange qu'ils n'émirent qu'une proclamation cherchant à rétablir l'ordre troublé. Le parlement provincial, presque sommé de s'ingérer dans la question, refusa carrément de se prononcer, alléguant qu'il appartenait à l'administration urbaine de prendre l'affaire en considération et d'appliquer les mesures, coercitives s'il le fallait, pour restaurer l'équilibre détruit. Le conseil de ville aborda la scène pour calmer les agitateurs, mais n'entra aucunement dans le litige, se retrancha derrière une question de principes, statuant qu'il se refusait et ne se disait nullement qualifié pour juger sainement et judicieusement de l'altercation en cause.

Enfin, comme tous les ouragans rendus à leur point culminant, le vent tomba, il s'épuisa de sa propre véhémence.

Quelques journalistes réagirent dans une série d'articles pour apaiser l'opinion publique ameutée. D'autres se rangèrent à leur suite et, après quelque ressac, la fermentation populaire se dégonfla parce que d'autres nouvelles passèrent au premier plan et détournèrent ainsi l'attention des gens. Mais la pacification des esprits fut accomplie lorsque quelques journaux sonnèrent la note juste en insistant que le condamné à mort avait, suivant l'acte du parlement fédéral, le droit de décider de sa personne et que nul ne pouvait s'y objecter. Le consentement du criminel qui avait frappé l'esprit des députés et des sénateurs fut commenté favorablement. La voix de la raison prévalut. L'opinion publique gagnée fut touchée du courage et de la grandeur d'âme de l'homme qui s'était remis si complètement entre les mains de l'expérimentateur.

Le docteur Legure laissa descendre l'effe-

vescence. Il attendit que l'orage et l'agitation s'apaisent pour procéder à la greffe qu'il avait l'intention de pratiquer. Il voulait prélever, immédiatement après le décès d'un patient, un rein sain qu'il transplanterait sur le condamné à mort. Celui-ci fut transféré à l'hôpital et attendit patiemment l'heure de l'équation solennelle, vu que la rédemption de sa vie ne prendrait pleinement effet qu'après l'opération.

L'occasion s'offrit bientôt au docteur Legure d'exécuter son projet. Un malade chez qui tous les tests de laboratoire et l'examen clinique avaient démontré la condition normale des reins mourut et, de suite après, le docteur enleva un des reins qu'il mit dans une solution de Ringer, aux trois chlorures, calcium, sodium et potassium. Ce fut le rein droit qui fut amputé près de l'aorte, en masse, avec ses vaisseaux, son appareil nerveux, ses lymphatiques et son atmosphère graisseuse.

Le condamné dont tous les examens avaient révélé une santé parfaite, se trouvait prêt, au moment opportun, à affronter l'intervention de cette greffe dont la réussite tenait tant au cœur du chirurgien. Le rein droit de Lessard — et ce fut le rein droit parce que les pédicules vasculaires étaient plus longs, donc plus faciles à anastomoser — fut enlevé avec toute son ambiance anatomo-physiologique et remplacé par celui du mort. L'opération ne présenta pas de difficultés particulières au point de vue technique et le volontaire fut reporté dans son lit. On mit en jeu immédiatement les anticoagulants, tel que l'héparine et le dicoumarol durant plusieurs jours pour abaisser le taux de la prothrombine, ferment hépatique qui contrôle la coagulation du sang et, par là, prévenir la formation d'un caillot dans les vaisseaux suturés. Les suites opératoires ne furent pas trop mouvementées. Il y eut choc postopératoire qui fut combattu par des méthodes appropriées.

Malgré le mot d'ordre donné, la nouvelle transpira dans les journaux et le public. Des reporters avaient même supplié le docteur Legure de leur permettre d'assister à l'intervention, mais il fut inflexible. Il ne travaillait

pas pour la publicité, mais dans un but exclusivement scientifique. Les reporters, cependant, lui proposèrent d'afficher un bulletin quotidien à la porte de l'hôpital, pour tenir le public au courant de l'évolution de ce haut fait opératoire. La foule se pressait tous les soirs, si dense qu'il fallut organiser un service d'ordre.

La convalescence s'annonçait sans heurts ni à-coups, lorsqu'il se produisit une complication; l'opéré commença à faire des hématuries, c'est-à-dire à passer du sang dans ses urines qui devenaient de plus en plus foncées. La température du malade monta. Les urines prirent une odeur de gangrène. La médication antigangréneuse fut mise en œuvre. La septicémie se déclara. Et, malgré tous les efforts et la science du docteur Legure, le malade mourut. Mais, avant sa mort, il exprima sa satisfaction au chirurgien de s'être racheté vis-à-vis de la société. Comme l'expérimentateur avait une mine désolée, le mourant le reconforta et lui prédit qu'un jour la victoire honorerait son initiative.

Malgré les ordres formels, la nouvelle suinta dans les journaux et le public. Il était malaisé, d'ailleurs, de celer les détails de l'évolution postopératoire à cause du bulletin de santé journalier. L'opinion publique s'enflamma de nouveau. Les sociétés savantes s'en mêlèrent et le docteur Legure fut blâmé de son audace que l'on qualifia d'imprudence criminelle.

Mais il tint bon devant l'orage. Devant les associations médicales, il plaida son point de vue, le défendit avec un tel accent de persuasion qu'il fit adopter une résolution l'excusant et le poussant à continuer dans ce sentier non encore foulé. Les membres de ces sociétés ne pouvaient prendre feu comme le peuple en général. Ils comprenaient le but poursuivi et savaient par expérience que des recherches de ce genre créaient nécessairement des victimes et que la mort pouvait servir à la santé, pourvu que l'on ait la persévérance et la science et que toutes les mesures soient prises pour mettre de son côté toutes les chances de succès. Du reste, l'analyse des insuccès servait souvent plus les intérêts de l'humanité, parce qu'ils révélaient les manquements ou les in-

suffisances de la technique et permettaient de l'améliorer. Le principe était sauf.

Le docteur Legure ne perdit pas confiance. Il avait la ferme conviction d'être dans la bonne voie. Il conservait une foi inébranlable en l'avenir de cette opération de greffe.

Restait, et ce n'était pas peu dire, à trouver un autre sujet qui consentirait à se soumettre à l'entreprise cruciale. Il retourna visiter le gouverneur de la prison qui lui apprit qu'un autre condamné à mort se mettrait à sa disposition pour ses expériences. Celui-ci avait su et connu l'épreuve osée du docteur Legure. L'innovation l'avait ému et, emporté par un grand désir de dévouement, avait pensé que, lui aussi, pouvait vouer sa personne au service de l'expérience scientifique. L'exemple est contagieux pour le bien comme pour le mal. Tant il est vrai que, dans un coin occulte du cœur même le plus endurci, sommeillent de nobles sentiments que peut réveiller l'envie de seconder un but honorable et profitable aux humains.

Ce deuxième condamné à mort fut admis à l'hôpital et l'opération eut lieu avec la même publicité. Elle fut aussi infructueuse que la première et se termina par le décès de l'opéré. Ce fut un tolle général. Le branle-bas de combat contre le docteur Legure fut sonné. Certains journaux s'acharnèrent contre lui. Il fut stigmatisé comme un illuminé, mais une partie de la presse prit partie pour lui. Certains journalistes soutenaient l'opinion du chirurgien et, plus avertis, insistaient sur la continuation de l'expérimentation.

Durant ces polémiques, le docteur Legure revisait sa technique et cherchait à établir les raisons de ses achoppements. Il finit, de déduction en déduction, par découvrir que, malgré la reprise de la circulation dans l'artère et la veine rénales, l'échec devait résider dans une déficience du système nerveux. L'on sait que celui-ci est le grand régulateur de toutes les fonctions de l'économie. Il commande aux échanges intercellulaires et au mécanisme vasculaire.

Il reprit contact avec le gouverneur de la

prison. Celui-ci se montra réservé et ne semblait guère disposé à l'aider. Mais, avec l'âme d'un zéléteur, le chirurgien fit valoir aux yeux du gouverneur les gains ou bénéfices à tirer de sa tentative. Il parlait en vain, puisqu'il n'y avait pas, dans le moment présent, de condamné à mort. Dans ces conditions, le docteur Legure ne pouvait réaliser ses aspirations.

Il ne désespérait pas, cependant. Néanmoins, il devait tourner les yeux ailleurs. Il lui fallait se rabattre sur des prisonniers moins notoires. Il s'adressa alors au préfet d'un pénitencier.

Le préfet, à la première visite, reçut très mal le docteur Legure. Il lui déclara, sans détour, qu'il n'avait pas dans son institution de sujets d'expérience et, tant qu'il serait là, il s'opposerait à ce qu'on expérimentât sur ses détenus. D'ailleurs, deux opérations avaient échoué et rien ne prouvait qu'une troisième serait plus heureuse.

Mais le docteur Legure revint à la charge et fit tant et si bien que le préfet se laissa toucher. Il se rendit enfin aux motifs scientifiques et sociaux qu'invoqua le docteur. Il le mit donc en relation avec un prisonnier condamné à quinze ans de réclusion, pour vol avec violence. Maintenant, la question était toute autre. Il ne s'agissait plus d'échanger une vie pour une vie. Il fallait troquer des années de prison contre la mort possible. Là, le docteur pensa échouer. Le délinquant refusa net et dit ne se sentir aucune disposition à devenir un animal de laboratoire. De plus, il espérait, avec une bonne conduite, raccourcir le terme de sa détention, tandis que l'aventure, dans laquelle voulait l'embarquer le docteur, pouvait se terminer fatalement.

Le docteur Legure revit ce détenu à plusieurs reprises et finit par l'emporter en faisant miroiter à ses yeux la grandeur de son sacrifice, si utile à l'homme, en appelant à son orgueil pour lui représenter que son nom serait inscrit aux fastes de la science et surtout lui démontra qu'ayant transgressé les lois sociales, il était juste qu'il réparât les dommages causés à ses prescriptions.

Quand il eut obtenu l'adhésion du condamné, le docteur Legure s'entendit avec le préfet pour que tout fut consommé en silence. Il en fut de même à l'hôpital. Seuls le docteur Chalut et garde Gervas eurent vent de ses démarches. Ce n'était pas une mince affaire que de dérober aux oreilles et aux yeux ouverts du personnel médical, hospitalier et autres cette nouvelle reprise du docteur Legure.

Le prisonnier entra à l'hôpital sous une fausse étiquette et sous un diagnostic supposé. Le docteur Legure se mit d'accord avec le chef du service de médecine, le docteur Boiteau, pour profiter, dans des conditions idéales, de la première autopsie circonscrite dans les mêmes frontières de sûreté et de garanties scientifiques.

Le prisonnier, converti, attendait, avec calme, le moment du grand sacrifice. Enfin, sonna le jour de cette troisième opération. Le personnel médical de la salle d'opération fut réduit au strict minimum; tous jurèrent de conserver le secret absolu. Pour tous, ce devait être une intervention courante sur le rein. Le docteur Legure soigna, si possible, encore plus sa technique. Il s'était muni, ainsi que ses assistants, de loupes ajustées à leurs yeux. Ces loupes magnifiaient le volume des éléments anatomiques d'environ cent fois. La suture des vaisseaux, artère et veine, ne présenta pas de difficultés particulières. Au moyen de ses verres grossissants, il découvrit un certain nombre de filaments nerveux qu'il relia ensemble par des fils de tantalum, de la ténuité des brins d'une toile d'araignée. Une maison de commerce les avait fabriqués spécialement pour lui. Le procédé opératoire, par ailleurs, ne différa pas de celui de la première opération. En plus, il inséra, non au contact, mais à quelques millimètres des sutures vasculaires, un cathéter ou tube de caoutchouc qui, sortant de la plaie, serait utilisé pour porter dans la continuité des tissus la solution de Ringer aux trois chlorures. Cette solution plaçait ces tissus en milieu physiologique, c'est-à-dire un milieu de vitalité normale, imitant en cela Carrel qui y avait fait vivre durant des années un embryon de cœur de poulet. Entourant la plaie

opératoire, une petite cage en plastique avec opercule adhérait intimement à la peau, etc. Le pansement fait, l'opéré fut ramené dans son lit. Héparine et dicoumarol furent remis en jeu, comme anticoagulants. Le docteur Legure venait lui-même, ganté et stérilisé comme à la salle d'opération, soulever l'opercule toutes les deux heures et pousser par petites quantités la solution dans le cathéter.

L'infection serait désastreuse et prendrait figure de catastrophe. Un nouvel échec serait suivi, dans l'opinion publique, de telles manifestations qu'il serait absolument impossible de prolonger les essais. La pénicilline et la streptomycine furent administrées à l'opéré. Le docteur Chalut et garde Gervas relevaient leur maître dans sa vigile. Les urines se teintèrent de sang pendant les premières journées, tandis que la fièvre qui avait monté jusqu'à 100 degrés Fahrenheit, redescendit à la normale au bout de quatre ou cinq jours. La coloration rougeâtre de l'urine disparut graduellement, pour prendre une teinte claire dans le même laps de temps.

Dans l'attente des événements, le docteur Legure vivait des alternatives d'anxiété et d'espérance. Enfin, une semaine s'écoula dans un calme complet. L'opéré ne ressentait aucune douleur et les malaises dont il se plaignait avaient cessé. Les perspectives étaient de bon augure. Un deuxième septénaire s'ajouta au calendrier de l'évolution postopératoire. La situation rayonnait de promesses. La troisième semaine confirma la réussite. Au bout d'un mois, un examen séparé de la fonction rénale fut pratiqué. Les tests du laboratoire confirmèrent les constatations de la clinique. L'opéré avait des émissions un peu plus fréquentes, mais celles-ci continuaient de ne plus contenir de sang.

Le prisonnier fut congédié de l'hôpital avec sa grâce plénière émise par le département de la Justice. Il fut revu mensuellement, durant six mois, par le docteur Legure et, chaque fois, l'examen séparé des reins démontra la condition normale du rein en cause. Les visites furent remises à trois mois durant six autres mois. La guérison se maintint et le succès fut complet.

Alors seulement, le docteur Legure publia les détails de son intervention étonnante. Cette opération d'homogreffe eut une répercussion mondiale. Des savants de toutes les parties de l'univers le félicitèrent de son audace raisonnée et du succès qui en avait été le corollaire glorieux.

La nouvelle fut connue du grand public et même les journaux qui avaient le plus accablé le docteur Legure firent amende honorable. Ils voulurent savoir le nom du prisonnier qui avait offert son corps et avait prêté un concours si héroïque à la science. Des philanthropes s'intéressèrent à lui et on lui donna une position dont il se montra digne. Il devint, comblé de ces marques de confiance, par la suite un citoyen honorable.

Le docteur Legure fit de nombreuses communications devant les sociétés savantes, indigènes et étrangères. Partout, on le complimenta sur son esprit d'entreprise et sur sa ténacité.

Les honneurs lui furent conférés de tous côtés. Il devenait une célébrité universelle et sa gloire enveloppait son hôpital, son université, ses concitoyens et son pays.

Pour lui, il se complaisait hautement à son œuvre. Il démontrait au monde savant qu'une épreuve expérimentale, possible chez l'animal, valait la peine d'être tentée chez l'être humain, dans des conditions épineuses sans doute, mais réalisables quand même. Il avait défriché une route neuve, où les laboureurs scientifiques creuseraient des enrués d'où lèveraient de superbes mesures chirurgicales, entre autres celle de remédier à l'usure des organes. Les perspectives étaient illimitées et l'on s'appliquerait à la greffe d'autres organes, conséquences de l'acte hardi qu'avait posé le docteur Legure.

Un jour radieux se levait sur l'humanité souffreteuse et au firmament scientifique s'allumait une nouvelle étoile dont le scintillement n'était pas près de s'éteindre.

---

# MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

## CONTRÔLE DU POIDS, DE LA DIÈTE ET DE L'ÉQUILIBRE OSMOTIQUE DURANT LA GROSSESSE<sup>1</sup>

Jacques N. GAGNON,  
Hôpital Général de la Miséricorde (Montréal).

Le sujet dont je veux vous entretenir aujourd'hui n'est pas nouveau. Cependant, à cause de son importance en vue de diminuer davantage la mortalité maternelle et fœtale, il est nécessaire de le répéter et le vulgariser de plus en plus, afin que, simplifié, il vienne de routine dans l'esprit de celui qui *entreprend un cas de maternité*.

Bien comprises et mises en pratique, ces données ouvrent définitivement une large porte sur la pathologie de la parturiente, pathologie autrefois si déprimante et hasardeuse pour le praticien.

En effet, depuis déjà plusieurs années, l'obstétricien et le praticien en général ont été impressionnés par certains faits évidents durant la grossesse.

Ainsi pourquoi la parturiente d'un poids excessif devient une hantise pour son médecin et se dirige habituellement vers la toxémie gravidique ou la dystocie, tandis que celle qui maintient un poids raisonnable ou même sous la moyenne, accouche ordinairement sans complication après un travail peu laborieux.

Bien plus les efforts pour contrôler l'augmentation du poids de la mère en vue de réduire le poids du bébé sont restés vains. La progéniture d'une parturiente ayant souffert de privation, n'est-elle pas en général plus vigoureuse et plus robuste que celle de ses sœurs plus fortunées. Après tout le bébé n'est-il pas un parasite?

De récentes statistiques le démontraient dans un rapport des médecins de Grèce où les conditions de reproduction sont actuellement des plus pitoyables: malnutrition, travaux ex-

ténuaux, conditions anti-sociales de vie. Dystocie obstétricale cependant, très peu: progéniture en général vigoureuse. Mais maladie et malaises du post-partum aggravés, dus à la persistance de la mauvaise nutrition et surtout à l'absence de médications anti-infectieuses.

Enfin pour la jeune femme, cette éternelle coquette, quel désarroi à la pensée des derniers mois de grossesse; quel réconfort aussi et quelle satisfaction personnelle attend-elle de son médecin en vue de retrouver et sa taille et ses charmes.

Se basant donc sur des théories actuellement bien établies et prouvées, nous pouvons résumer comme suit les points importants qui guideront le médecin et la parturiente en vue de l'évolution heureuse de la grossesse.

1) Augmentation du taux de protéines étrangères en vue de protéger le foie et les reins et de maintenir le taux sanguin des protéines. Il est aujourd'hui bien établi que la déperdition d'albumine par les urines doit être compensée par un apport d'albumine étrangère, sinon le phénomène se poursuivra aux dépens des parenchymes rénaux et hépatiques. Quoique en pensent encore certains médecins, la viande ne prédispose pas à la toxémie gravidique. Au contraire nous savons aujourd'hui que même en état de toxémie aiguë, il n'existe pas de déficience rénale dans l'excrétion des substances nitrogènes et que l'urée est facilement éliminée.

2) Equilibre osmotique, i.e. équilibre des liquides ingérés et excrétés, basé sur le pouvoir d'élimination ou de rétention aqueuse et chlorurémique de chacune.

1. Conférence donnée au congrès régional de l'Association Médicale Canadienne (Québec), à Rouyn-Noranda, le 18 février 1950.

3) Enfin exercices physiques appropriés, et contrôlés, non violents, tels le golf, la natation, la marche, etc.

En vue de ce résultat, il est important d'expliquer à chaque parturiente ce qu'on attend d'elle et ce qu'elle attend de nous, car la coopération est absolument nécessaire.

Durant toute la grossesse, il lui sera permis une augmentation de 15 livres, au maximum 20 livres, à partir de son poids normal. Ainsi celle qui débute en bas de son poids normal acquerra davantage et inversement, à celle qui est au-dessus de son poids moyen, il sera autorisé peu à pas d'augmentation.

Ainsi après la naissance, éliminant le poids du bébé et des suites, la patiente retrouvera son poids moyen.

La diète sera donc riche en protéines, sous forme de viande, poisson, œuf, fromage et lait, riche aussi en légumes surtout verts et en fruits de toutes sortes. Par contre restriction pour le sel, les hydrates de carbone et les lipides, tels les tartes, pâtisseries, gâteaux, sauces, gras de viande, sirop et confitures. A ajouter les céréales, le pain (4 tranches par jour) et les complexes vitaminiques au besoin.

Exemple du régime de base par jour:

*Viande ou poisson*: 8 à 10 onces en 2 repas.

*Légumes mélangés*: 3 tasses (sauf pomme de terre).

*Lait*: 1 pinte.

*Fruits* en quantité et au besoin (sauf banane).

*Œuf*: un.

*Fromage*: 1 once.

*Céréales*: 1 tasse.

*Pain*: 4 tranches.

*Beurre*: raisonnablement.

Les liquides sont des plus importants et seront dosés suivant que l'organisme peut les métaboliser en totalité ou en partie.

En ce dernier cas, l'œdème et l'augmentation exagérée du poids apparaissent: ils sont les signes avant-coureurs de troubles futurs. L'éli-

mination est alors aidée par des petites doses de sulfate de magnésie ou les préparations de laxatifs et de diurétiques associés.

En général les patientes qui présentent de l'œdème appartiennent à 2 groupes: celles qui mangent insuffisamment de protéines et celles qui antérieurement à la grossesse étaient des ferventes des albumines et ne nécessitent temporairement un apport plus important. Ce phénomène peut aussi être associé à un mauvais fonctionnement du foie et du rein par rétention chlorurémique et ou destruction parenchymateuse.

L'augmentation de l'apport de protéines associées au plasma complet i.v. règle en général la situation. Il est important de ne pas utiliser les plasmas préparés avec des solutions salines, afin de ne pas augmenter le taux des chlorures sanguins.

Chez les hypothyroïdiennes, il est indiqué d'ajouter une petite dose d'extrait thyroïdien et même le sulfate de Benzédrine, en vue de contrôler l'excès d'appétit.

En résumé donc, il faut une diète riche en protéines, fruits et légumes verts et pauvre en sucre, gras et sel, associée à un équilibre des liquides ingérés et excrétés.

Chez plus de 200 patientes coopérantes suivies depuis 3 ans, il m'a été permis de constater les bienfaits de cette procédure: aucun cas d'éclampsie, quelques cas limites de façon générale un travail obstétrical facile et rapide.

Le poids des bébés a varié entre 6 et 8½ lbs. A ce sujet il est remarquable de constater que les patientes obèses accouchent de petits bébés contrairement aux petites patientes.

Avant de terminer, permettez-moi de vous rapporter 2 cas particuliers d'hypothyroïdie prononcée (210 à 230 livres) qui présentèrent toutes deux, chacune deux avortements des premiers mois et qui, après traitement approprié et beaucoup de coopération, rendirent leur bébés à terme (une à eu 2 bébés) et terminèrent leur grossesse l'une à 170 livres, l'autre à 155 livres, sans œdème, ni complication.

## CONVULSIONS ET POUSSÉE DENTAIRE

Charles-H. TRUDEAU (Montréal).

La poussée dentaire est responsable de bien des méfaits, du moins lui en attribue-t-on un grand nombre. Peut-elle occasionner des convulsions? Il peut arriver au praticien d'attendre longtemps avant que son expérience lui fournisse l'occasion de trouver la réponse à cette question.

Ce soir-là un médecin était seul chez lui, praticien de quartier qui a bureau et logis sous le même toit. Début d'août 1947, temps clair et calme, il faisait très chaud et tout le monde était à la campagne.

Soudain, un coup de sonnette bref et, par la porte restée ouverte, des gens font irruption dans la pièce éclairée. C'est un jeune couple qui apporte un bébé: le père échevelé, la face pâle, les yeux grands, anxieux, tient dans ses bras un paquet de linge en désordre contenant un enfant; la mère presque en larmes, essoufflée, inspire et parle en sanglotant. Le désarroi des deux se comprend sans plus de paroles.

L'enfant a été déposé, presque jeté sur le sofa, il est agité de secousses cloniques. Ce n'est pas la grande crise de convulsions qui remue tout l'être, fait se cambrier la petite tête, met l'écume à la bouche, présente un tableau de grand drame; non, quelque chose de plus discret: agitation d'un membre ou d'un autre, membre supérieur, membre inférieur, un rictus unilatéral, parfois tout un côté du corps est intéressé, aucun réflexe du côté de l'œil, l'enfant est inconscient.

Que faire, seul ainsi, et rien sous la main? Le plus simple: envoyer ces gens à l'hôpital tout proche, où il y a des internes, du personnel et tout un matériel organisé. Mais ces parents affolés vous ont cherché et trouvé, ils sont là, à la fois pitoyables, suppliants et impérieux. Allez-vous les renvoyer?

Une brève investigation donne les renseignements suivants: Claudine, 2 ans, enfant unique, est gardée à la campagne tout le jour,

par une petite bonne qui réside dans le voisinage. Les parents du bébé ont loué une maison de villégiature non loin de Montréal. Le matin, le père et la mère s'en viennent en ville exploiter ensemble un commerce improvisé d'articles dits surplus de l'armée. Le soir, ils s'en vont à la campagne refaire leur vie de famille.

Ce soir-là, ils ont trouvé la petite agitée et qui ne semblait plus les reconnaître. La bonne a juré sur ses grands dieux qu'elle ne lui avait donné à manger rien de défendu. Ils ont porté en hâte l'enfant chez le médecin du village, qui leur a prescrit un traitement, et leur a dit que cela pouvait dépendre de la digestion ou des vers intestinaux, des dents ou peut-être de la chaleur. Les parents fournissent ces renseignements dans des phrases incohérentes et pêle-mêle au milieu de leur excitation. De six à huit heures et demie l'enfant n'aurait pas cessé d'être agitée. Les convulsions ont fini par se calmer, mais elles ont repris; elles ont cessé encore et ont réapparu: « c'est comme ça depuis l'heure du souper » disent-ils.

Tout en examinant, palpant le bébé, le médecin essayait de mettre de l'ordre dans ces renseignements disparates. Il imaginait bien comment les choses avaient pu se passer. Sans doute que la petite bonne, en promenant le bébé, pouvait ainsi le conduire soit au restaurant, ou dans sa propre famille, ou même chez des amis. Quoi de plus tentant que de donner à un jeune enfant de la crème glacée ou autre friandise, ou même des aliments interdits. La crise de convulsions accompagne si souvent l'embarras gastro-intestinal, surtout à une période de grandes chaleurs comme celle-ci, où les journaux sont remplis d'intoxications alimentaires. Sans doute que ce jeune enfant a ingéré des aliments qu'il n'aurait pas dû toucher.

En reconstituant cette trame dans son esprit, le médecin continuait à palper l'abdo-

ment du bébé et n'était pas particulièrement impressionné de le trouver souple, alors que dans les embarras gastro-intestinaux on le trouve plutôt ballonné, tendu par les gaz. Pendant ce temps, un suppositoire antispasmodique, échantillon qui se trouvait par hasard dans le tiroir, avait semblé produire un effet favorable et ramené le calme dans le petit organisme, et dans l'âme des parents. Et ceux-ci sont partis avec leur paquet de bébé, non pour la campagne, mais pour passer la nuit dans leur maison de ville.

Plus tard dans la soirée s'amène l'ami dentiste, qui est seul lui aussi ce soir, sa famille étant dans les Laurentides pour l'été, et, en parlant du cas, opine que les dents peuvent bien être en cause. Comment un dentiste penserait-il autrement?

Mais, après son départ, un appel téléphonique avertit le médecin que les convulsions

ont repris comme avant. C'est alors la sortie nocturne, la visite à domicile au milieu de la nuit.

La fillette présente encore les mêmes secousses cloniques, limitées à certains segments du corps. L'abdomen est encore souple. Avec un abaisse-langue et un réflecteur de poche, le médecin va explorer la bouche de l'enfant. Qu'aperçoit-il? Aux deux bouts du maxillaire inférieur, à gauche et à droite, de chaque côté, une molaire à demi-découverte. Le tissu qui la recouvre en partie est dur, non élastique, ne se laissant ni repousser ni briser par l'abaisse-langue, présentant un peu la consistance d'un tendon.

Avec des ciseaux, les tissus qui recouvrent ces deux dents sont débridés alternativement. Au bout de quelques minutes, la petite Claudine était calme, et n'a plus jamais présenté de convulsions.

---

### Succinate de sodium dans l'intoxication barbiturique aiguë.

R. Barrett expérimenta l'influence du succinate de sodium sur l'action anesthésique et hypnotique de certains barbituriques. Il employa une solution aqueuse à 30% de disodium succinate hexahydrate. Puis, après constatations favorables, il appliqua ce traitement à des intoxiqués par différents barbituriques. Il effectua une injection endoveineuse rapide de 3 à 5 cc. de la solution de succinate de sodium, puis injections lentes successives, jusqu'à retour de la conscience. Cent à 150 cc. de la solution injectée en 15 à 20 minutes sont les doses habituellement utilisées. Quatorze comas traités par cette méthode, 14 guérisons obtenues par Barrett. Comment agit le succinate, dans cette conjoncture? On ne le sait encore, bien qu'on soupçonne une activité favorisant le métabolisme du glucose dans le cerveau, profondément perturbé par les barbituriques.

Thérapeutique intéressante dont on devra suivre avec attention le développement. (F. Lhermitte — *Semaine des Hôpitaux*, 26: 835, 6 mars 1950).

### Extrait de muscle de bœuf dans l'anémie pernicieuse.

Vingt milligrammes d'extrait concentré de muscle de bœuf équivalant à 125 grammes de substance crue contiennent environ 1 microgramme de vitamine B<sub>12</sub>. Cet extrait injecté tous les jours apparaît comme aussi actif que l'extrait de foie et cela selon toute probabilité, en conséquence de la vitamine B<sub>12</sub> que le muscle de bœuf contient. (E. H. Morgan et all.: *Proc. Staff Meet., Mayo Clin.*, 24: 594 23 nov., 1949)

### Seins périodiquement douloureux.

On conseille un comprimé de 10 mg. de méthyl testosterone par jour et par la bouche. Cette médication devra être administrée chaque mois pendant plusieurs mois et durant les dix jours qui précèdent la période menstruelle. Egalement, si les seins douloureux sont gonflés ou accompagnés d'autres manifestations de tension prémenstruelle, on pourra prescrire du chlorure d'ammonium à la dose de 15 mg. 3 fois par jour durant les 14 jours qui s'écoulent avant les règles. Durant cette période, on devra réduire le sel de table. (*J.A.M.A.*, 142: 1037, 1er avril, 1950)

### Contre la crise de migraine.

1. Le tartrate d'ergotamine (Gynergène): en hypodermique ou intramusculaire à la dose de 1/2 milligramme (1 cc) par attaque, pas plus que 2 fois durant un jour, pas plus que 4 cc dans une semaine; en ingestion ou en absorption sublinguale, à la dose de 5 (ou moins) comprimés de 1 milligramme d'emblée, suivis de 2 comprimés par heure si indiqué jusqu'à 11 comprimés, pas plus qu'une fois par 24 heures et deux fois par semaine. Suppositoires rectaux contenant 2 mg. de tartrate d'ergotamine, 1/4 mg. de bellafoline et 20 centigrammes de caféine appliqués toutes les deux heures jusqu'à 3 suppositoires si nécessaires.

2. La dihydroergotamine ou sous-cutanée ou intramusculaire à la dose de 1-2 cc (1 mg. par cc.) doit être limitée dans la même mesure que le tartrate d'ergotamine.

3. Le Cafergone contenant par comprimé 1 mg. de tartrate d'ergotamine associé à 10 centigrammes de caféine, doit être prescrit à la quantité de 2 à 5 comprimés, soit 2 d'emblée et 1 comprimé toutes les demi-heures si nécessaire (*J.A.M.A.*, 142: 769, 11 mars, 1950)

Roma AMYOT

## “L'Union Médicale du Canada” en 1881

### Les opérations chirurgicales à la ville et à la campagne.

« La passion de l'étude doit être subordonnée aux droits de l'humanité. » — Dr Barnes.

MM. les Rédacteurs,

...Au cours de votre article éditorial (numéro de mai dernier), vous dites: « Cette question importante de la supériorité de la campagne sur nos villes, devons-nous la résoudre dans « un sens affirmatif »; puis vous entreprenez courageusement de faire de Montréal un Eden, un bocage embaumé, pur, frais, ombragé, délicieux enfin; nullement vicié par les miasmes et les émanations nocives; « qu'il n'est pas dans l'ordre divin que « la vie y soit plus exposée qu'à la campagne ». Elle n'est pas seulement poétique votre entreprise, elle a presque des prétentions métaphysiques; c'est trop brillant, je n'ose vous suivre si haut et si loin, je me contente des froides et arides régions de la science réelle.

Je vous concède très volontiers qu'il n'est jamais entré dans le plan providentiel que, dans le petit coin de terre que M. de Maisonneuve a choisi pour y établir Montréal, la vie y fût plus exposée qu'ailleurs; mais ce que je ne vous concède pas du tout c'est que la ville de Montréal ait été construite d'après un plan providentiel. Il n'est rien de moins providentiel que la distribution de ses rues étroites et trop souvent d'une propreté fort contestable; que son système de drainage; que son organisation sanitaire; que ses hôpitaux qui ne peuvent légitimement avoir de prétentions scientifiques et hygiéniques dans leurs bizarres dispositions architecturales. Il y aurait un travail important et très utile à faire sur ce sujet.

Vous le savez, Montréal ne figure pas très avantageusement dans la statistique comme centre sani-

taire. Il a la mauvaise habitude de choyer les épidémies qui le visitent assez souvent et de leur permettre des ravages qui font le désespoir des familles et des médecins qu'il abrite.

Ce n'est pas faire acte de dévouement personnel et scientifique que de prétendre que les opérations chirurgicales doivent réussir aussi bien à Montréal ou dans les grandes villes qu'à la campagne. C'est dans mon humble opinion une faute grave (pour ne pas dire plus) que de chercher à entraîner les malades de la campagne à se faire opérer dans les hôpitaux des grands centres de population. Habitué à vivre dans une atmosphère saine, il est toujours dangereux pour la santé et la vie de l'habitant de la campagne de se soumettre à l'insalubrité des grandes villes. Il me serait bien facile de prouver ce que j'avance ici, si j'en avais le temps et l'espace. Ce changement de milieu et de conditions sanitaires est surtout et particulièrement fatal aux malades. Ce n'est certainement pas mon intention de déprécier dans un but de dénigrement les secours nosocomiaux que Montréal prodigue généreusement aux malades; mais y a-t-il un seul établissement qui mérite judicieusement et scientifiquement le nom d'hôpital? Il suffit de jeter un coup d'œil sur vos établissements de ce genre pour se convaincre fortement que le maçon et l'architecte ont eu plus à faire dans leurs dispositions générales que les médecins, les chirurgiens et surtout les hygiénistes. Le métier s'y est substitué à la science.

L'enseignement de Barnes peut contrarier l'ambition, mais il est trop solide et trop judicieux pour qu'il soit permis de le méconnaître. Ce qu'il dit de l'ovariotomie s'applique à toutes les grandes opérations chirurgicales, vous le savez.

Dr D. MARCIL.

Saint-Eustache. 27 mai 1881.

## ANALYSES

---

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd. psychol. », 94: 1 (juin) 1938.

### MEDECINE

L. A. ROTTENBERG et R. GOLDEN. — **Le pneumothorax spontané — étude de 105 cas.** (*Spontaneous pneumothorax: study of 105 cases.*) "Radiology", 53: 157 (août) 1949.

Les auteurs font l'historique de 105 cas de pneumothorax spontané. Chez 8 de ces malades, ils ont pu constater que cet accident est survenu secondairement à des maladies pulmonaires internes dont 6 à de la tuberculose pulmonaire, 1 à du carcinome pleural et 1 à de la pleurésie purulente. Quant aux 97 autres, le pneumothorax spontané semble être survenu chez des personnes en bonne santé apparente. L'âge moyen est de 30 ans et la grande majorité de ces victimes sont des hommes.

Les deux principaux symptômes sont la dyspnée et le point de côté thoracique subit avec assez souvent des irradiations soit à l'épaule, soit à l'abdomen. Ces deux signes presque toujours terrifiants, disparaissent par le repos absolu en moins de deux jours ordinairement. La réexpansion pulmonaire se fait en 4 semaines la plupart du temps.

Les auteurs ajoutent que parmi les 97 patients, six avaient un PNO spontané bilatéral tandis que chez 46 autres, une pleurésie avec épanchement est apparue. A noter que cet épanchement pleural se résorbe spontanément. Mais l'hémopneumothorax chez 3 malades a nécessité des thoracentèses. Quant au pronostic il est toujours bon, exception faite pour les complications. Ce qui présente de la gravité,

c'est l'hémopneumothorax et le PNO bilatéral à cause de l'hypertension intra-pleurale allant jusqu'à occasionner la mort, comme cela est survenu pour deux des 105 malades.

Paul-René ARCHAMBAULT.

K. YARDUMIAN et J. KLEINERMAN. — **Pathologie de la "maladie vasculaire diffuse" ou maladie du collagène.** (*Pathogenesis of so-called diffuse vascular or collagen disease.*) "Archives of Internal Medicine", 83: 1 (janvier) 1949.

Depuis vingt ans on a fait de louables efforts pour établir un lien entre les différentes maladies de système qui comportent des lésions vasculaires, comme, par exemple, la périartérite noueuse, le lupus érythémateux disséminé, la thromboangéite oblitérante, la sclérodémie, la fièvre rhumatismale, la dermatomyosite, l'endocardite verruqueuse et la maladie du sérum.

Les auteurs tentent dans cette publication de faire ressortir certaines similitudes entre ces maladies et le processus normal du vieillissement; et ils veulent prouver que ce vieillissement précoce des vaisseaux d'abord, et du collagène ensuite est à la base de la « maladie vasculaire diffuse » ou « maladie du collagène ». Il s'agit donc de *panartériolite* (processus aigu ou chronique qui attaque la paroi toute entière des petits et des moyens vaisseaux et des vasa vasorum des gros vaisseaux), et de dégénérescence « fibrinoïde » ou « collagène » (processus de réparation chronique des vaisseaux atteints).

Puis vient la présentation de cas: 1) lupus érythémateux; 2) arthrite rhumatoïde; 3) périartérite noueuse; 4) thrombo-angéite oblitérante viscérale généralisée; 5) sclérodémie. Ce sont 5 cas intéressants, mais aucun diagnostic spécifique ne peut être appliqué. Les lésions parenchymateuses sont proportionnelles

aux lésions vasculaires, et les organes les plus atteints sont par ordre de fréquence: les reins, les membranes séreuses, le myocarde, le poumon, la rate, le foie et la peau.

Les tissus n'ont pas tous le même âge au même moment dans l'organisme: c'est ce qu'ont révélé les examens de placentas, d'appendices, les artérioles des utérus et des ovaires... Les processus dégénératifs ne sont pas uniformes dans tout l'organisme. L'opinion des auteurs est que ces maladies n'ont pas un, mais plusieurs facteurs étiologiques toxiques travaillant de concert. Ces facteurs, alliés à la façon particulière de réagir de chaque personne vont créer un tableau clinique spécifique.

J.-Roger GAREAU.

Charles B. FULGHUM. — **Tumeur kystique de la région du thymus et myasthénie grave.** (*Cystic tumor of the Thymic Region and Myasthenia Gravis: report of a case in which the tumor was removed.*) "Ann. of Int. Med.", **32**: 327 (février) 1950.

C'est Blalock en 1936, qui le premier a pratiqué l'exérèse d'une tumeur de la région thymique dans le but d'agir sur l'évolution de la myasthénie grave. On en est maintenant rendu à explorer tous les cas de myasthénie grave pour faire l'exérèse de tout le tissu thymique qu'il est possible de trouver.

#### Résultats:

1. On trouve des thymus pathologiques dans 50% des cas de myasthénie grave qui sont autopsiés.

2. Le thymus n'est pas seul en tant que glande endocrine à pouvoir agir sur la myasthénie grave; il y a aussi la thyroïde, les surrénales et même la grossesse.

3. On a reproduit expérimentalement la myasthénie grave chez le chien par des greffes de thymus jeune et par des infusions d'extraits thymiques. Chez l'homme, l'exérèse des tumeurs du thymus ou même de tout le tissu thymique normal ne réussit pas à guérir la maladie.

4. Dans quelques cas il y a eu rémission rapide et prolongée de la myasthénie grave à la suite de la thymectomie totale ou de la résection de tumeurs thymiques. Dans les cas d'exérèse de tumeurs du thymus, l'évolution n'a pas été meilleure que dans les cas où il n'y avait pas de tumeurs et qui avaient subi la thymectomie totale.

5. La chirurgie du thymus ne produit pas toujours des rémissions de la myasthénie grave. L'étude des résultats postopératoires tend à prouver que la guérison est plus sûre si la maladie n'a pas évolué pendant trop longtemps: il se formerait des changements irréversibles.

6. Presque 100% des tumeurs primitives du thymus opérées ou autopsiées sont associées à la myasthénie grave. Ces tumeurs, adhérentes au péricarde, peuvent être encapsulées, solides, dégénérées, ou kystiques, à contenu amorphe. Ces tumeurs peuvent être envahissantes. Les métastases, rares, se font généralement au-dessus du diaphragme. Il est impossible de faire un pronostic par l'image histologique.

L'auteur rapporte ensuite le cas d'un fermier de 30 ans qui a subi l'exérèse chirurgicale d'une tumeur du médiastin antérieur et qui a été de ce fait guéri d'une myasthénie grave qui l'empêchait de travailler et même de manger (impossibilité de mastiquer), mais qui avait tout de même été étiquetée par le neurologue: myasthénie grave peu avancée se manifestant à l'effort.

Anatomo-pathologie. *Mascroscopie*: pièce de 4 cm. de dia. et de 5 mm. d'épaisseur. Il s'agit de la paroi d'un kyste qui contient un liquide brun-jaunâtre apparemment nécrotique ou coagulé. *Microscopie*: la paroi du kyste est formée de vieux tissu fibreux contenant des cristaux de cholestérol et tapissé à l'intérieur par du tissu de granulation. Pas de corpuscule de Hassall apparent. Il est impossible de dire s'il s'agit de thymus.

Six mois après l'opération, soit 11 mois après le début de la maladie, le patient reprenait

son ouvrage malgré quelques symptômes résiduels. Un an après l'opération, il est en parfaite santé. Il reste toutefois avec une mâchoire inférieure fatigable. Il ne peut non plus bûcher car les muscles du cou se fatiguent et il ne peut retenir sa tête en position verticale... Il n'y a pas d'évidence radiologique de récurrence de la tumeur.

*Commentaires.* Il semble s'agir d'une tumeur congénitale qui aurait commencé brusquement à donner des symptômes de myasthénie grave vers la 3<sup>ème</sup> décennie. L'auteur admet que la coexistence de la tumeur et de la myasthénie de même que la disparition des symptômes après son excision ont pu être simples coïncidences. Avant 1936, le traitement de choix de ces tumeurs était l'irradiation, et on croyait, à tort, que l'état kystique était dû au traitement.

J.-Roger GAREAU.

MEYER et NAIDE. — **Le benadryl contre les crampes nocturnes des membres inférieurs.** (*Benadryl for nocturnal leg cramps.*) "J. A. M. A.", **142**: 1140 (15 avril) 1950.

Nombreuses sont les personnes qui connaissent et redoutent cette douleur aiguë de la contracture musculaire qui tire brusquement du sommeil. La cause exacte des crampes musculaires est encore inconnue. Longtemps on l'a attribuée à un trouble circulatoire, mais sa présence chez des gens indemnes de toute pathologie des artères et des veines fit chercher ailleurs.

Meyer et Naide, de Philadelphie, devant l'échec de la quinine ou sulfate de quinidine à soulager un de ses malades, essaya le benadryl. Comme le soulagement se fit sentir dès la première capsule il décida de faire l'expérience sur une plus grande série de patients. Sur un total de 17 malades atteints de crampes, la rémission complète des symptômes se produisit dans cent pour cent des cas et cela dès le début du traitement.

Le mode d'action du benadryl contre ce malaise est inconnu; cependant cette action serait plus que sédative et antispasmodique

puisque des médicaments comme le phénobarbital, le calcium et la priscaline n'agissent aucunement contre ces douleurs.

Le benadryl est tout indiqué dans les crampes musculaires de la grossesse, la quinine ne pouvant être employée pendant cette période.

Chez certains patients, les crampes disparaissent pour de bon même après cessation du traitement; chez d'autres, au contraire, les douleurs repirent dès l'arrêt du benadryl.

La dose moyenne de benadryl ou hydrochlorure de diphenhydramine est de 50 mg. au coucher.

Maurice COMEAU.

#### PHTISIOLOGIE

DAVIS et ROGERS. — **Réactions fébriles à l'acide para-aminosalicylique.** (*Febrile reactions to para-aminosalicylic acid.*) "Amer. Rev. of Tuberc.", **61**: 643 (mai) 1950.

L'action bactériostatique du P.A.S. multiplie de plus en plus ses indications contre les méfaits du bacille de Koch.

En six mois, Davis et Rogers ont traité 85 patients au moyen du P.A.S. par des doses quotidiennes variant de 12 à 20 g. sous forme de mixture effervescente associée à du bicarbonate de sodium et du sucre en poudre. On connaît les réactions d'intolérance au P.A.S. telles que nausées, diarrhée, vomissements et plus rarement les réactions dermiques et les leucopénies qui toutes régressent vite une fois le traitement cessé.

Ces auteurs rapportent des cas plus rares réagissant par de la fièvre. Sur 85 cas, 4 cas dont 2 prenant uniquement du P.A.S. et 2 autres prenant P.A.S. et streptomycine, firent jusqu'à 103 degrés F.

On attribua d'abord cette fièvre à des complications tuberculeuses telles que empyème, disséminations bronchogéniques ou hématogènes ou encore à la méningite. L'observation des patients montra l'absence de ces complications. Cependant, dès que l'on cessa l'administration du P.A.S. la fièvre cessa aussitôt. Chez ceux auxquels on donnait simultanément

P.A.S. et strepto, les mêmes incidents apparent. Bien plus, à la reprise du P.A.S. chez 3 malades, l'on observa les mêmes clochers de fièvre disparaissant avec la cessation du traitement, ce qui démontre qu'il ne s'agit pas simplement de coïncidence.

Maurice COMEAU.

R. H. WYLIE et P. A. KIRSCHNER. — **Pneumonie à Friedlander.** (*Friedlander's pneumonia.*) "Amer. Rev. of Tuberc.", **61**: 465 (avril) 1950.

Les auteurs soulignent d'abord l'orientation définitivement favorable du traitement de la pneumonie à pneumocoques depuis l'avènement des antibiotiques.

Malgré que la pneumonie à Friedlander ne se rencontre que dans 0,6 à 4 pour cent de tous les cas de pneumonie, les auteurs rapportent 16 cas vus à l'hôpital Bellevue de New-York. Facteurs prédisposants: âge moyen 52 ans. Le rapport femme-homme est de 1 pour 8, la moitié était des alcooliques avérés. Manifestations cliniques: toux, frisson, point de côté, cyanose et prostration marquées. Les crachats sont tantôt visqueux incolores, tantôt jus de pruneaux.

Les rayons X montrent dans la majorité des cas une infiltration lobaire massive.

L'évolution se fait vers la nécrose des tissus pulmonaires atteints, la cavitation et l'abcès.

Thérapeutique: la streptomycine se montre actuellement l'agent de choix, étant plus efficace que la sulfadiazine. Cependant, des essais avec la chloromycétine laisse prévoir que celle-ci supplantera les deux autres en efficacité.

La chirurgie viendra aussi aider dans les complications par le drainage dans les empyèmes, ou par la lobectomie ou la pneumonectomie dans les cas de cavité ou de bronchectasie.

Sur les 16 cas, on eut recours à la chirurgie 11 fois dont 8 fois pour drainage d'abcès.

Maurice COMEAU.

D. T. SMITH. — **Le traitement médical des abcès pulmonaires aigus et chroniques.** (*Medical treatment of acute and chronic pulmonary abscesses.*) "Journal of Thoracic Surgery", **17**: 72 (février) 1948.

L'auteur passe en revue 2166 cas d'abcès du poumon et constate malheureusement que la mortalité pourrait diminuer du tiers si les praticiens et les internes des hôpitaux voulaient mettre en pratique ses conseils. En effet, ces malades même traités chirurgicalement meurent dans la proportion de 32,7 pour cent, et c'est trop élevé. Ce résultat médiocre est dû, pour une grande part, au fait que le traitement médical antérieurement à l'opération a été pratiqué trop longtemps. On a trop attendu.

Quand une suppuration pulmonaire apparaît, il faut que le praticien ou l'interne conseille le repos au lit. Si l'abcès est constitué, il faut drainer soit par le drainage postural, soit par des aspirations bronchoscopiques. Chez les patients au-dessus de 30 ans, afin d'exclure toute néoplasie, il est bon de faire une bronchoscopie. Dans les abcès bronchiques, il est prouvé que le traitement médical est nul avec les antibiotiques comme avec les sulfamidés. Inutile de tergiverser, il faut sauver du temps en confiant ces malades aux chirurgiens. Enfin, si au bout de 4 à 6 semaines les radiographies prises en séries ne montrent aucune amélioration constante chez ceux qui souffrent d'abcès pulmonaires aigus, c'est encore le chirurgien qui doit en hériter. Ainsi il sera possible d'abaisser le taux de la mortalité.

Paul-René ARCHAMBAULT.

#### CARDIOLOGIE

P. SANTY et P. MARION. — **Résurrection cardiaque, défibrillation ventriculaire.** "Lyon Chirurgical", **45**: 59-75 (janv.) 1950.

L'arrêt du cœur et la fibrillation ventriculaire sont des accidents qui peuvent parfois compromettre le succès du traitement chirurgical de certaines cardiopathies. Les auteurs, dont l'un (P. Marion) a étudié avec feu le

Prof. Mercier Fauteux, de l'Université de Montréal, analysent les diverses méthodes, expérimentales et cliniques, de réanimation cardiaque et de défibrillation ventriculaire. L'arrêt du cœur en diastole et la fibrillation ventriculaire sont envisagés. L'arrêt du cœur en systole est considéré comme exceptionnel.

*Le cœur arrête en diastole.* Massage ventriculaire du cœur après ouverture du péricarde, adrénaline intra-auriculaire et hyperoxygénation. Pour être efficace, le traitement doit être précoce, i. e. qu'il faut bien reconnaître l'arrêt du cœur de même que les contractions inefficaces du myocarde, où le battement aortique est disparu. Certaines conditions peuvent entraver la résurrection: l'atonie du myocarde qu'on doit tenter de combattre avec 1 à 2 cc. d'une solution de chlorure de baryum à 5% (Mercier Fauteux); le cœur flasque vide de sang (Mercier Fauteux) auquel on peut opposer une transfusion artérielle rétrograde; la fibrillation ventriculaire; les lésions cérébrales définitives qui viennent annihiler le succès opératoire.

*Il y a fibrillation ventriculaire.* Les auteurs ont fait fabriquer, sous les données de Mercier Fauteux, un défibrillateur. Les électrodes, placées aux extrémités d'un diamètre du cœur, laissent passer un courant faradique de 132 volts, 1,5 ampère. Le contact dure moins d'une seconde et est reproduit par une série de 4 à 5 chocs. Si l'on craint une nouvelle fibrillation, on fait une injection endo-veineuse de novocaïne. Certains échecs sont mentionnés: la défibrillation est impossible et ceci serait dû à l'hyperirritabilité et à l'hyperthermie du cœur (M. Fauteux). On peut prévenir l'irritabilité cardiaque par la cocaïne et la procaïne (Frank, Beck, M. Fauteux, etc.) et l'hyperthermie en plaçant des cubes de glace sur le myocarde (M. Fauteux). D'autres fois, il y a défibrillation mais le cœur cesse de battre, soit par troubles coronariens, soit à la suite d'un choc périphérique ou d'une hémorragie. Lorsque l'atonie du cœur est due à ces derniers facteurs, Mercier Fauteux réalise la réanimation par des transfusions intracardiaques.

Les auteurs mentionnent l'hyperoxygénation pour prévenir la fibrillation postanesthésique, l'infiltration péricoronarienne de procaïne (M. Fauteux) et l'injection intramusculaire de cocaïne (Prof. Jourdan) comme prophylaxie de la fibrillation au cours d'interventions chirurgicales sur le cœur.

En résumé, les auteurs préconisent, en présence d'une syncope cardiaque peropératoire, la thoracotomie d'urgence. La dilatation aiguë du cœur sera traitée par le massage ventriculaire et par l'injection intra-auriculaire d'adrénaline, la fibrillation ventriculaire sera bloquée par la méthode des chocs électriques ou sera prévenue par infiltration péricoronarienne de procaïne et par injection intramusculaire et cocaïne.

Guy MARCOUX.

#### CHIRURGIE

F. H. LAHEY. — **La gastrectomie totale pour tout cancer opérable de l'estomac.** (*Total gastrectomy for all patients with operable cancer of the stomach.*) "Surg., Gynec. and Obst.", **90**: 246 (février) 1950.

L'unique procédé thérapeutique que nous possédons en face d'un cancer de l'estomac est l'exérèse chirurgicale. Les résultats sont peu encourageants et rien n'a été proposé depuis des années pour les améliorer. La survie de cinq ans ne dépasse pas 20% des cas opérables. Les patients consultent quand la lésion est déjà avancée car les troubles digestifs du début ne sont pas assez graves. La gastrectomie partielle couramment utilisée n'est pas suffisante car elle n'enlève pas tous les ganglions lymphatiques avoisinants.

L'auteur rapporte une série de 133 gastrectomies totales pour cancer de l'estomac avec une mortalité dans les deux dernières années de 8,3% tandis que la mortalité de la gastrectomie partielle est de 9,2% pour les douze dernières années.

L'auteur affirme que les patients qui ont subi une gastrectomie totale peuvent se nourrir normalement et que leur formule sanguine reste bonne. Il cite un cas opéré il y a douze ans.

La gastrectomie totale est beaucoup plus difficile que la partielle et l'auteur propose cette intervention aux chirurgiens expérimentés.

Après avoir amélioré les résultats dans les cancers du rectum, du côlon, de la vessie, de l'utérus, de la thyroïde et du poumon, non seulement par un diagnostic précoce mais en pratiquant une exérèse plus large, nous devrions appliquer les mêmes principes au cancer de l'estomac.

La gastrectomie totale comprend l'exérèse de l'épiploon gastro-hépatique et de ses ganglions, l'exérèse des ganglions péri-œsophagiens, l'exérèse de la rate et des ganglions entre celle-ci et l'estomac, l'exérèse de tout l'épiploon et de l'estomac en entier et la résection basse du duodénum afin d'enrayer l'envahissement sous-muqueux des cancers parapyloriques.

Etant donné le pronostic des cas opérés partiellement, les patients soumis à cette large intervention n'ont rien à perdre et tout à gagner.

Maurice GERVAIS.

### NEURO-PSYCHIATRIE

André THEVENARD. — **Myasthénie d'Erb-Goldflam très sévère chez une jeune fille. Enervation sinu-carotidienne bilatérale (5e cas publié.) Guérison clinique en 6 mois et développement simultané d'une tumeur médiastinale.** "Revue Neurologique", 81: 36 (juin) 1949.

Il s'agit d'une observation un peu extraordinaire. En effet, une jeune fille de 18 ans souffrant de myasthénie grave aiguë subit une enervation sinu-carotidienne bilatérale, et guérit progressivement de sa myasthénie, tandis que dans le même temps, apparaît une tumeur médiastinale qui se développe encore. L'auteur croit, d'après son aspect radiologique et le contexte clinique, qu'il s'agit d'un *thymome*. Si la supposition est juste, il faudrait donc admettre qu'une myasthénie apparue avec un thymome, disparaît pendant que

celui-ci s'accroît. Et cette disparition coïncide avec une double énervation sinu-carotidienne...

L'auteur parle par ailleurs d'un autre cas de thymome avec myasthénie où la myasthénie disparut en même temps que fondait aux 4/5 le thymome traité par radiothérapie. Il faut donc conclure que si le traitement radiothérapique ou chirurgical du thymome guérit parfois la myasthénie, il n'existe pas entre ces deux entités pathologiques un rapport *strict* de causalité. Il lui paraît vraisemblable que l'hypertrophie ou la tumeur thymique qui sont si fréquentes parmi les altérations endocriniennes qui accompagnent la myasthénie tiennent peut-être dans cette maladie la place qu'occupent les lésions du cortex surrénal dans la basophilie hypophysaire de Cushing. Le complexe hypophyso-tubérien prendrait une place éminente dans un circuit physiopathologique neuro-endocrinien encore mal connu et il y a de fortes raisons de croire que c'est par son action directe sur la région hypophyso-tubérienne que l'énervation sinu-carotidienne guérit la myasthénie.

Voici en bref le résumé de l'évolution.

Début de la maladie au début de 1947, par accès de fatigue qui l'empêchaient de faire une marche de 50 mètres, puis dysphagie pour les liquides, nasonnement de la voix, et diplopie.

A l'examen: présence d'un petit goitre charnu avec nodule (chataigne) près de l'isthme dans le lobe gauche...

Le diagnostic de myasthénie a été posé immédiatement à cause de l'influence de la fatigue sur la dysphagie et la dysphonie et à cause de l'aspect clinique des troubles oculaires (association de l'affaiblissement des orbiculaires des paupières à l'altération des mouvements des globes).

Confirmation du diagnostic: d'abord par le test électrique, puis par le test à la prostigmine.

Enervation en deux temps, droite d'abord, puis gauche environ 1 mois et demi plus tard.

Incident postopératoire: après la première opération, inondation séreuse de l'appareil

respiratoire combattue par de petites injections répétées de prostigmine et un séjour de 66 heures dans le poumon d'acier.

J.-Roger GAREAU.

#### LABORATOIRE

Paul HAUDUROY. — **Valeur comparée des méthodes de culture et d'inoculation pour le diagnostic de la tuberculose.** "Annales de Biologie clinique", 8: 36 (janv.-fév.) 1950.

On discute encore sur la valeur respective des méthodes de culture d'une part, d'inoculation d'autre part pour le diagnostic des bacilles tuberculeux dans les produits pathologiques.

Deux auteurs danois, Holm et Vera Lester, basant leurs affirmations sur l'examen, par les deux procédés, de 20 090 échantillons, ont, par inoculation, tuberculinisé 2 092 cobayes, et par culture, obtenu 3 408 résultats positifs; soit 18,05% de positivité avec les deux méthodes combinées, 16,96% de positivité avec la culture seule et 14,44% de positivité avec l'inoculation seule.

Si comme l'a fait Hauduroy, on reprend le calcul en partant de 100 cas positifs, la différence entre les deux méthodes est encore plus évidente: inoculation et culture donnent 100% de résultats positifs, inoculation pratiquée seule donne 91,43% de résultats positifs. D'où pour les auteurs danois, supériorité de la culture sur l'inoculation.

D'autres auteurs, se basant sur un nombre d'examen beaucoup plus restreint soutiennent au contraire que l'inoculation au cobaye est nettement supérieure à la culture. En présence de ces opinions contradictoires que doit penser l'homme de laboratoire? Ensemencer, inoculer ou pratiquer les deux méthodes?

Pour tenter de résoudre le problème, Hauduroy étudie d'abord les milieux de culture puis les méthodes d'ensemencement et d'inoculation.

Il semble bien que presque tous les milieux se valent pratiquement pourvu qu'ils soient préparés avec minutie et que les produits

employés soient purs et frais. Toutefois il ne faut pas oublier que si ces milieux se prêtent bien au développement du B. de Koch ils favorisent également le développement des germes banaux associés qui existent très souvent dans les produits pathologiques. Il faut donc entraver la croissance des germes banaux sans nuire à la vitalité et à la virulence du B. de Koch.

Dans ce but on a d'abord ajouté aux milieux de culture certaines matières colorantes mais les résultats ont été médiocres et décevants. A l'heure actuelle on traite les produits pathologiques avec une substance qui théoriquement doit tuer tout germe autre que le B. de Koch.

Ici l'auteur résume dans un tableau les principales méthodes préconisées indiquant la substance utilisée, la concentration, la durée de contact puis, selon les techniques, la centrifugation, le lavage, la neutralisation des produits traités.

Il va de soi que le B. de Koch se comportera différemment selon qu'il est mis en contact avec de la soude à 4%, de l'acide sulfurique à 6% ou 15%, de l'antiformine à 4% ou à 30%, et cela pendant des temps qui varieront de quelques minutes à quelques heures.

Le milieu de culture de Dubos, sur lequel on fondait beaucoup d'espoir, ne s'est pas montré supérieur aux autres milieux sauf qu'il a permis d'obtenir des résultats plus rapidement.

La préparation des produits pathologiques contenant des germes associés se heurte aux mêmes difficultés lorsqu'il s'agit d'inoculer ces produits au cobaye. Si tous les germes secondaires ne sont pas tués, souvent les animaux meurent d'infection intercurrente, et le diagnostif sera impossible; si au contraire tous les germes associés sont tués, il arrive aussi que le B. Koch est également mort d'où résultat négatif.

Avant d'admettre la supériorité apparente de la culture sur l'inoculation l'auteur cherche à en connaître la raison et fournit une explication qui semble bien plausible.

Des cobayes inoculés avec des produits tuberculeux traités par la soude ou d'autres

substances se tuberculinsent dans une proportion de 28,5% des cas seulement, alors que des cobayes inoculés avec les mêmes produits non traités se tuberculinsent dans une proportion de 85% des cas. La tuberculose expérimentale du cobaye ne se réalise pas dans le premier cas parce que les B. Koch ne sont plus capables de le faire. Cependant ces produits traités donnent des cultures positives. Pourquoi? Les bacilles de Koch lésés par la soude ne sont plus capables de vaincre la résistance naturelle du cobaye, alors qu'ils trouvent sur les milieux de culture des conditions favorables à leur développement.

Et l'auteur conclut: 1 — Les produits non

surinfectés seront inoculés ou ensemencés directement; 2 — les produits contenant des germes banaux seront ensemencés sur milieux contenant un ou plusieurs antibiotes n'ayant pas d'action sur le Bacille de Koch; 3 — ils seront inoculés directement au cobaye, l'animal recevant un traitement préventif, antibiotique ou sulfa, contre une infection secondaire possible; 4 — on fera toujours des ensemencements et des inoculations; 5 — les ensemencements seront toujours faits sur milieux glycélinés et non glycérinés afin de dépister les bacilles tuberculeux type humain et type bovin.

A. BERTRAND

---

## 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.

### SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

Séance du 30 mars 1950

Tenue à l'Hôpital Général de Verdun

Présidence de M. Yves Chaput

Une trentaine de médecins y assistaient dont de nombreux membres du bureau médical de l'hôpital de Verdun.

Au début de la séance, le président, le docteur Yves Chaput remercie d'abord les autorités de Verdun de leur accueil et annonce qu'à l'avenir une nouvelle politique sera suivie pour la tenue des réunions de la société. Il a décidé de faire le tour de tous les hôpitaux canadiens français de Montréal afin de rehausser l'intérêt autant par la diversité des travaux présentés que par le nombre des assistants qui sera toujours plus grand dans les hôpitaux qu'au traditionnel Cercle Universitaire.

La première communication scientifique est celle du docteur ROLAND GAREAU. Il s'agit d'un cas de polypose gastrique. Une religieuse souffre depuis 2 ans de la sensation de trop plein épigastrique. Elle n'éprouve aucun malaise si elle est à jeûn. Mais son appétit disparaît dès les premiers instants de son repas. Elle a subi antérieurement de nombreuses interventions chirurgicales: appendicectomie, hystérectomie, thyroïdectomie et 2 laparotomies pour adhérences. Un examen radiologique met en lumière de multiples images lacunaires arrondies et mousses répandues sur presque toute la hauteur de l'estomac.

Une gastroscopie suggérée par le radiologiste établit le diagnostic de polypose gastrique et une biopsie faite au moyen d'un œsopha-

goscope confirme le diagnostic du docteur Gareau.

Prendent part à la **discussion** les docteurs ROGER DUFRESNE, RONALD DUPUIS, YVES CHAPUT, BEAULIEU et CANTÉRO.

Le docteur RONALD DUPUIS présente ensuite un cas de pancréatite œdémateuse traitée par la novocaïne intra-veineuse.

Il passe d'abord en revue les traitements proposés antérieurement: blocage paravertébral, infiltration des splanchniques, splanchnicectomie et sympathectomie.

Cette pancréatite œdémateuse a été découverte lors d'une intervention pour lithiase vésiculaire. Le pancréas était au moins doublé de volume. Le chirurgien n'a alors fait qu'une cholécystostomie dans le but de se réserver un moyen de drainage à cause de la possibilité d'obstruction consécutive du cholédoque.

La novocaïne par la vasodilatation provoquée, amènerait une évacuation de la glande. Elle a été administrée au moyen d'une injection de 500 cc. d'une solution au 1/1 000 pendant 4 jours.

Prendent part à la **discussion** les docteurs ROGER DUFRESNE, BERNARD LESAGE, L.-P. BÉLISLE et YVES CHAPUT.

Le docteur ROGER DUFRESNE présente un cas d'ulcère géant de la petite courbure guéri depuis 1944 et profite de l'occasion pour préconiser une attitude conservatrice à l'égard de certains ulcères d'estomac.

Prendent part à la **discussion** les docteurs RENÉ ROLLAND, O. LAFORTUNE, JULES LABERGE, YVES CHAPUT, ROLAND GAREAU et LAURENT ARCHAMBAULT.

Le docteur YVES CHAPUT termine la séance en présentant *un cas de cancer d'estomac avec métastases osseuses*.

Son malade est porteur d'une importante image lacunaire de la grande courbure de l'antra accompagnée de métastases osseuses généralisées du type mixte (ostéolytiques et ostéoblastiques).

Le malade est décédé le matin même et l'autopsie confirme le diagnostic radiologique.

Preennent part à la **discussion** les docteurs CAUMARTIN et BÉLISLE.

*Le secrétaire*  
Jean-Louis LEGER

---

## RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

*Séance du 24 novembre 1949*

### Syndrome de Pancoast.

MM. J. PRÉVOST, A. PARENTEAU et  
R. JOLICŒUR

*Hospitalisation*: du 10 juillet au 11 novembre 1949.

Patient qui nous est envoyé pour arthrite de l'épaule droite.

#### *Symptômes subjectifs*:

1° — Douleurs vertébrales, dorsales hautes, irradiées à la nuque, aux épaules, dans les bras et avant-bras droits jusqu'au poignet. Ces douleurs durent depuis un an et sont devenues intolérables depuis janvier.

2° — Absence de sudation à l'hémiface droite et au membre supérieur droit, (constatation du patient).

3° — Amaigrissement de 20 livres en 1 an.

4° — Toux fréquente. La nuit, il est éveillé brusquement et pris d'une violente quinte de toux suivie d'expectoration mêlée de sang clair.

5° — Accentuation de la douleur par une température humide et à la toux.

#### *Appareils*:

A.N. Céphalée — Emotivité — Insomnie.

A.D. Gaz — éructations — flatulence. Constipation rebelle.

#### *Antécédents personnels*:

En 1938 — traité pour anémie de nature X.

En 1937 — névrite du plexus brachial gauche.

En 1948 — violente crise douloureuse à l'hypocondre droit, accompagnée d'ictère.

#### *Antécédents héréditaires*:

Mère morte à 79 ans d'un cancer d'estomac.

#### *Examen objectif*:

A son arrivée, le patient présente une bonne coloration des tissus. Il est maigre mais encore robuste.

*Tête* — Blépharoptose avec myosis et enophthalmie droites.

*Cou* — Flexion antérieure — douloureuse.

*Thorax* — P.A. 144/94 — Cœur normal.

Point de Sergent positif à droite.

Poumon droit: matité et disparition presque complète du murmure vésiculaire au sommet.

Saillie en épine de l'angle antérieur de la 8e côte droite (séquelle d'une ancienne fracture).

*Abdomen* — Foie percevable sur une largeur de 12 cc.

T.R. Prostate bien limitée, dure, à surface irrégulière et dont le sillon médian est imperceptible.

*Membre supérieur droit* — Mouvement douloureux d'abduction et de rotation de l'épaule.

Hypoesthésie au tact et à la douleur à la face palmaire des doigts et à la face antérieure de l'avant-bras.

Anesthésie presque complète face palmaire du majeur, index et pouce. Réflexivité normale.

*Diagnostic*: Syndrome de Pancoast. Hernie discale (C6-C7). Cholécystite chronique.

*Rayons X* 19/7/49. 70 mm révèle condensation du sommet droit avec disparition de l'arc postérieur de la 2e côte.

20/7/49: Une radiographie prise pour vérifier l'état de la colonne cervicale révèle une rectitude des segments verticaux; pincement des disques inter-vertébraux entre C5-C6 et C6-C7 avec formation d'ostéophytes antérieurs et postérieurs. En outre, opacité triangulaire de l'apex droit avec destruction de l'arc postérieur de la 2e côte droite et érosion du bord droit des corps de 1ère et 2e dorsales. Le pédicule droit de la 2e vertèbre dorsale est disparu de même que l'apophyse transverse de cette 2e vertèbre.

Le Dr J.-L. Léger conclut à l'existence d'un syndrome clinico-radiologique de Pancoast.

28/7/49: Des radiographies que nous obtenons, prises antérieurement dans une autre institution, révèlent qu'en 1948 existait déjà un voile homogène de l'apex droit, qui laisse déjà supposer une infiltration du parenchyme.

15/8/49: Radiographie pulmonaire (14 x 17) Dr P. Brodeur note que l'image pulmonaire est identique à celle du 20 juillet. Un cliché en oblique antérieur gauche lui permet, en outre, de mettre en évidence l'extension du processus à tout le lobe supérieur droit.

14/9/49: Radiographie de contrôle: il semble que les traitements de roentgentherapie au lobe supérieur droit ont entraîné de la fibrose. Ces traitements doivent être continués de manière à obtenir une saturation de la tumeur apicale.

*Consultation en chirurgie* le 27 juillet.

Le Dr Gagnon conclut lui aussi à l'existence d'un syndrome de Pancoast, mais il juge que le processus est trop avancé pour autoriser une intervention chirurgicale, d'autant plus qu'il note la présence d'une masse ganglionnaire profonde à la région cervicale antérieure droite, recouverte du sternum.

*Laboratoire:*

19/7/49: Sédimentation globulaire à 30.

20/7/49: Examen des crachats en anatomie pathologique: l'examen révèle la présence de

cellules kératinisées et desquamées, de cellules à poussière, des polynucléaires, du mucus et de zooglyphes microbiennes.

Pas de cellules néoplasiques. Signée: Dr C. Gélinas-Mackay.

*Traitement:*

Séances de radiothérapie depuis le 31 juillet jusqu'au 2 septembre inclusivement.

Pyroxine — Analgésiques et sédatifs.

Nouvelle radiothérapie du 19 septembre au 14 octobre.

8/10/49: Requête au Dr Y. Chaput pour tenter l'aspergillumthérapie qui est instituée du 10 au 24 octobre.

22/10/49: Requête en neuro-chirurgie: Dr A. Parenteau propose une cordotomie haute.

27/10/49: Cordotomie haute (C2-C3) à gauche. Les résultats semblent des plus satisfaisants.

*Rapport du Dr A. Parenteau:*

Le malade accusait des douleurs intenses de l'épaule droite jusqu'à la 3e et 4e vertèbres thoraciques.

Nous avons le choix, pour soulager sa douleur, entre:

1° — Cordotomie haute.

2° — Une rhizotomie postérieure de C4 et D4, c'est-à-dire neuf racines.

3° — Une myélotomie de C3 et D2.

La cordotomie semblait l'opération de choix parce que:

1° — Opération moins choquante, moins étendue que les deux autres.

2° — Le membre supérieur reste utile, seules les sensations de douleur et température étant abolies.

Avec la rhizotomie, la sensibilité profonde est aussi abolie, et le malade n'aurait pas pu se servir de sa main droite.

3° — La myélotomie, pour être effective, aurait dû être très étendue et aurait été suivie d'analgésie des deux membres supérieurs et peut-être de troubles respiratoires.

Une hémilaminectomie à C2, C3 et C4 fut pratiquée et le quadrant antérieur sectionné à C3. La sensation persistait dans le pouce.

Une section fut alors pratiquée à C2 et le niveau sensitif monta à C4.

Les suites opératoires se passèrent sans incident.

Signé: Dr A. Parenteau.

On cesse tout narcotique et il a son congé le 9 novembre 1949 avec le bilan suivant:

*Note finale du point de vue neurologique par Dr Lafia:*

Le patient va très bien depuis la cordotomie.

Il ne ressent plus aucune souffrance. Il faut signaler, cependant, qu'il a une paresse du bras et de la jambe gauches.

*Examen:*

Motricité: jambe droite normale.

Paresse du bras et jambe gauches. Ceci n'est pas trop évident, mais est décelable lorsque le malade essaye de serrer le poignet ou d'étendre les jambes. Dorsi-flexion du pied gauche — faible.

Sensibilité: Hémi-anesthésie droite à partir de C2 et C3 pour piqûre et température: tact, position, vibration normales.

En arrière: hyperesthésie à droite entre C2 et C8. Anesthésie D1 et en bas.

Réflexes: plus vifs à gauche sans Babinski.

Remarque: syndrome de Horner persiste à droite avec chaleur, sécheresse du bras droit.

Le 8 novembre 1949: cliché plus ou moins superposable, en somme, avec celui du 14 septembre. En O.A.D. impression d'arrêt du processus de destruction osseuse au niveau des premières côtes droites.

Formule sanguine: gl. r. 2 625 000 — gl. bl. 8 000 — Hb. 57% — v.g. 1. — poly. 84% — g.m. 6% — lympho. 8% — poly. éosino. 2%.

Sédimentation: 30 mm.

N.B.: Des microfilms, faits en 1947, montrent une opacité homogène de l'apex droit, ce qui laisse supposer que déjà, à ce moment, il y avait une infiltration parenchymateuse.

Nous avons revu le patient, le 17 novembre 1949, il se porte très bien et circule chez lui. Il ne persiste que quelques petites douleurs dans le dos. Il n'a aucune douleur à droite. L'hémi-parésie gauche est améliorée, mais depuis une semaine, il a accusé des douleurs progressives à gauche, au niveau de la moitié supérieure de l'omoplate.

*Notes complémentaires:*

On donne souvent comme synonyme de « Syndrome de Pancoast » les termes « Tumeur de Pancoast » ou particulièrement chez les américains, « Superior Pulmonary Sulcus Tumor ».

Or, le syndrome de Pancoast qui nous intéresse ici, est essentiellement une entité clinico-radiologique consistant en:

1° — De la douleur sur la distribution de la 8e racine nerveuse cervicale et des 2 premières racines dorsales, avec atrophie des muscles de la main.

2° — Un syndrome de Horner.

3° — De la matité à la percussion du sommet intéressé.

4° — Une ombre apicale bien délimitée à la radiographie avec érosions de l'arc postérieur d'une ou des 3 premières côtes et des apophyses transverses adjacentes avec ou sans atteinte des corps vertébraux.

Le tableau clinique dans toute sa plénitude avait cependant été décrit par Edward Gellck Hare longtemps avant Pancoast, en 1868, à l'hôpital Bellevue en Angleterre. Il peut être causé par toute néoformation de la région, comme l'ont prouvé des cas plus tard rapportés:

Tumeur pulmonaire primitive comme le carcinome bronchique.

Tumeur provenant de la plèvre, du périoste, des jonctions osseuses de la région ou des tissus médiastinaux (on en a vu un cas originant du thymus).

Tuberculose apicale, anévrisme de l'aorte, traumatisme, ostéoarthrite.

Métastases de toutes provenances.

La contribution de Pancoast, en 1932, fut de révéler une entité non seulement clinico-radiologique, mais pathologique. En effet, sans amener de preuves microscopiques de son assertion, il affirma l'existence d'une tumeur du sommet thoracique indépendante du poumon et de la plèvre, de nature épithéliale provenant probablement des restes branchiaux embryonnaires avec les manifestations symptomatiques plus haut énumérées. Malheureusement, il ne put obtenir de nécropsie dans aucun des 5 cas qu'il rapportait. Ce n'est que plus tard, que d'autres auteurs firent la preuve; en effet, ils produisirent des pièces des néoplasies épithéliales malignes et présentant la disposition usuelle d'épithéliums pavimenteux, à cellules hyperchromatiques et faiblement différenciées avec évidence ici et là d'un patron glandulaire. Ces pièces étaient indépendantes du poumon et de la plèvre et avaient été tirées d'une région où normalement l'on ne trouve pas de tissu épithélial.

Nous sommes donc en présence de deux faits entièrement différents; un syndrome clinico-radiologique qui peut être créé par divers processus, sans relation de l'un à l'autre, le « Syndrome de Pancoast ou de Hare » et « une entité pathologique: la tumeur de Pancoast ou Superior Pulmonary Sulcus Tumor. »

Cette dernière comporte un pronostic fatal si elle est révélée par son cortège clinique complet tandis que le pronostic du syndrome de Hare ou Pancoast sera celui de sa cause.

#### Discussion.

M. JULES PRÉVOST donne un résumé de l'observation. C'est le premier cas de syndrome de Pancoast opéré à l'hôpital Notre-Dame, pour le soulagement de ses douleurs. Le début des douleurs à l'épaule remontait à au moins 17 mois. Malheureusement dans ce cas nous

n'avons pas encore de diagnostic étiologique précis.

M. ANDRÉ PARENTEAU: Ici il y a 4 opérations possibles: la cordotomie haute, la rhizotomie postérieure, la myélotomie et la lobotomie périfrontale.

Le docteur Parenteau souligne les avantages et les inconvénients de chacune de ces 4 interventions. Il explique pourquoi il a choisi la cordotomie haute. Après l'intervention le malade a eu un peu de faiblesse dans les jambes, mais il peut maintenant marcher sans gêne.

M. ROMA AMYOT: Le résultat de l'intervention est à peu près parfait. Le malade ne souffre plus du côté droit. Des 4 interventions proposées, la plus rationnelle est certainement celle qui a été faite. Il est possible que la compression continue après l'intervention.

M. EDOUARD-E. GAGNON: Je voudrais amplifier sur le diagnostic de tumeur de Pancoast. Je crois que la tumeur de Pancoast n'existe pas. Pancoast a décrit le syndrome de Pancoast. Il n'y a pas, dans l'angle supérieur du cul-de-sac thoracique, de tissu qui pourrait donner un épithélioma. S'il y a une tumeur, il s'agit d'un carcinome bronchique dans les petites bronches. Le diagnostic précoce serait important, car il permettrait de sauver le malade par une pneumonectomie. Malheureusement on n'a pas la tendance de fouiller ces malades assez profondément lorsqu'on trouve des opacités minimales au sommet pulmonaire.

M. PAUL BRODEUR: Ce malade a reçu 59 séances de radiothérapie du 1er août au 22 octobre. Au début, il était pratiquement moribond. Il a été grandement amélioré. Ceci montre que le traitement palliatif est certainement indiqué chez ces malades.

M. JEAN-LOUIS LÉGER: Lorsqu'il s'agit de syndrome de Pancoast il s'agit déjà d'un diagnostic avancé. On ne peut pas parler de diagnostic précoce de syndrome de Pancoast. Si on parle de diagnostic précoce, on parle de diagnostic précoce du carcinome bronchique.

M. ROGER DUFRESNE demande l'ordre d'ap-

parition des symptômes au point de vue de la douleur.

M. YVES CHAPUT fait certaines remarques au point de vue du traitement du cancer inopérable, par aspergillumthérapie. Ce traitement a été tenté dans des cas de cancer. Ici, ce fut un échec complet.

M. JULES PRÉVOST répond au docteur R. DUFRESNE que la douleur à l'épaule était une douleur du type périarthrite. Cela pouvait faire penser à un disque cervical. C'était une douleur atypique de l'épaule.

### Vitamine E dans le traitement des maladies cardiovasculaires\*

\* La vitamine E utilisée fut l'Ephynal, gracieusement fournie par la maison Hoffmann-Laroche.

MM. Paul DAVID et J. FOURCAND

En 1947, A. Volgelsang et E. V. Shute publièrent dans la revue *Nature*, une série d'articles pour démontrer l'action de la Vitamine E dans le traitement des maladies cardio-vasculaires. Leurs résultats vraiment extraordinaires firent sensation et plusieurs revues à grande circulation diffusèrent cette remarquable découverte! Un institut « The Shute Foundation for Medical Research » fut fondé à London afin d'exploiter ce nouveau champ d'action. Nous avons soigneusement étudié sept cas.

#### Cas no 1

Monsieur A.D., dossier 12 551, âgé de 56 ans, est hospitalisé le 14 déc. 1948.

*Sympt.*: Dyspnée d'effort depuis deux ans qui l'empêche maintenant de faire tout travail — Œdème malléolaire depuis 1 an, ballonnement depuis 8 mois.

*Signes*: Poids 185 livres (il était de 165 six mois plus tôt). — Rythme card. rég. lent à 40 — Souffle systolique discret à la pointe — Audition de contractions auriculaires dans la diastole. P.A. 220/104 — Râles congestifs aux bases pulmonaires — Ascite — Hépatomégalie (3 travers de doigt). Œdème assez marqué des chevilles, jambes et cuisses.

*Labo.*: Urée 39 — Glycémie 101 — Protéines 6,9 — Urine: albumine — cylindres hyalins et granuleux — Form. sang.: gl. r. 5 200 - 000 — g. bl. 5 700.

*R. X.*: D.T.T. 24 cm — D.C.T. 13,8 c. — Cœur nettement augmenté de volume — Gros ventricule gauche.

*E.C.G.*: Bloc auriculo-ventriculaire du 3e degré — Myocarde sérieusement touché.

*Diagnostic*: Maladie cardiaque artériosclérotique — Insuffisance ventriculaire gauche et droite.

*Evolution*: 17 jours après son arrivée, le poids est à 170 lbs — le rythme à 44 — les œdèmes ont disparu — Aucun signe d'ascite — Equilibre suffisant pour congédier le malade — Vitamine E 400 mg. par jour, pendant 18 jours — Le poids est revenu à 180 lbs et l'œdème est réapparu — Quelques injections de mercuriel font disparaître ces signes et le patient quitte l'hôpital très amélioré le 20 janvier 1949.

*Résultat*: La Vitamine E seule n'a pas prolongé le bien-être des médications classiques antérieures — Echec.

#### Cas no 2

Mme A.B., âgée de 29 ans, est suivie au dispensaire.

*Sympt.*: R.A.A. à 23 ans — Grossesse à 25 ans — Au 6e mois, dyspnée progressive jusqu'à l'accouchement — Légère amélioration puis reprise de cette dyspnée qui l'empêche de faire le moindre effort — Palpitations — Hospitalisée pour investigation.

*Signes*: Poids 114 livres — Cœur augmenté — Frémissement cataire de la pointe — Roulement diastolique intense avec renforcement présystolique et éclat du 1er bruit.

*R.X.*: D.T.T. 27 cm. D.C.T. 15 cm. — Cœur augmenté de volume — Bombement de l'arc moyen — Grosse oreillette gauche.

*E.C.G.*: Hypertrophie auriculaire — Hypertrophie ventriculaire droite avec signes d'effort.

*Diagnostic:* Maladie cardiaque rhumatismale — Sténose mitrale — Hypertension pulmonaire.

*Evolution:* La dyspnée ne disparaît qu'au repos — Le 26 janvier, nous commençons la Vitamine E à raison de 400 mg. par Jour — Le 16 février, la médication est cessée et la patiente nous déclare n'en avoir tiré aucun bénéfice — Apparition pendant l'administration d'œdème malléolaire — Objectivement il n'y a aucun signe d'amélioration.

*Résultat:* — Echec de la Vitamine E.

#### Cas no 3

Monsieur A.S., âgé de 28 ans, dossier 9 252, a été hospitalisé le 15 sept. 1948.

*Sympt.:* Dyspnée progressive d'effort puis de repos depuis 7 mois. Orthopnée — Œdème des membres inférieurs depuis 2 mois — Ballonnement — Palpitations et douleurs précordiales.

*Signes:* Rythme cardiaque irrégulier à 112 — Pouls 72 — P2 > A2 — clangor de P2 et dédoublement — Frémissement cataire de pointe — Eclat de M1 — Souffle systolique d'intensité moyenne à la pointe — Roulement diastolique très intense — P.A. 120/80 — Epanchement pleural droit — Ascite — Hépatomégalie marquée — Œdème s'étendant jusqu'au diaphragme.

*Labo.:* Urée 39 — Glycémie 86 — Protéines 5,5.

*R. X.:* D.T.T. 30 cm. — D.C.T. 19,5 cm. — Cœur très augmenté de volume.

*E.C.G.:* Contractions prématurées nombreuses — Accès de tachycardie paroxystique — Lésions myocardiques.

*Diagnostic:* Maladie cardiaque rhumatismale — Sténose mitrale et insuffisance mitrale — Fibrillation auriculaire — Insuffisance ventriculaire gauche et droite.

*Evolution:* La médication usuelle et surtout la répétition de paracentèses abdominales et de mercuriels I.M. maintiennent le patient dans un état d'équilibre précaire — Le 9 janvier, Vitamine E, 400 mg. par jour jusqu'au

24 janvier — L'état du patient s'aggrave et une ponction pleurale qui a soustrait 1 000 cc. de liquide de la base droite le soulage quelque peu — Oligurie presque complète qui nous fait revenir aux mercuriels — Il meurt le 27 mars 1949.

*Résultat:* — Aucune amélioration même temporaire par la Vitamine E — Aggravation nette qui a nécessité le retour aux mercuriels.

#### Cas no 4

Monsieur P.B., âgé de 60 ans, dossier 12 124, est hospitalisé le 2 déc. 1948.

*Sympt.:* Douleurs rétro-sternales survenant à l'effort, s'irradiant dans le cou, l'épaule gauche et le bras gauche. Chaque crise dure environ dix minutes et elle est soulagée par le repos ou la prise d'élixir de nitroglycérine. Les crises deviennent de plus en plus fréquentes pour des efforts de moins en moins considérables. Ce syndrome douloureux a fait son apparition il y a 10 ans et depuis, périodes d'accalmie et de recrudescence.

*Signes:* R.C. rég. à 68 — Bruits normaux — Aucun souffle — P.A. 170/95 — 130/70.

*Labo.:* Urée 35 — Glycémie 116 — B.W. négatif.

*R.X.:* — Cœur de volume normal.

*E.C.G.:* Tracé normal au repos, positif à l'effort.

*Diagnostic:* Maladie cardiaque artériosclérotique — Angine de poitrine.

*Evolution:* Avec le repos les crises cessent — Le 12 décembre, Vitamine E, 400 mg. par jour — Congé de l'hôpital le 23 — Il continue cette médication pendant 22 jours — Le 11 janvier, nous arrêtons cette médication parce que les crises douloureuses deviennent de plus en plus fréquentes — De lui-même, le patient reprend son élixir de nitroglycérine.

*Résultat:* La Vitamine E a été incapable d'empêcher la reprise des crises douloureuses.

#### Cas no 5

Monsieur G.B., âgé de 46 ans, dossier 11 371, est hospitalisé le 12 novembre 1948.

*Sympt.*: Il y a deux ans, hémiparésie droite dont il se rétablit presque complètement — Modifications du caractère. Au début d'octobre, crise douloureuse rétrosternale très intense avec vomissements accompagnés d'une dyspnée très marquée — Plusieurs crises de dyspnée et de douleur — Quelques expectorations hémoptoïques — Au début de novembre, à l'occasion d'un pèlerinage, répétition de l'épisode douloureux, dyspnée, hémoptyses, température, œdème des membres inférieurs.

*Signes*: Rythme cardiaque rég. à 100 — Impression de galop protodiastolique — Roulement diastolique probable à la pointe — soufflé systolique râpeux au foyer pulmonaire — P.A. 100/80 — Signes de condensation sommet gauche — Foie légèrement augmenté — Œdème discret aux malléoles et jambes.

*Labo.*: B.K. dans crachats nég. à 6 reprises — Urée 49 — Glycémie 104 — B.W. négatif.

*E.C.G.*: Infarctus de la paroi antérieure du myocarde.

*R.X.*: Plusieurs zones de condensation.

*Diagnostic*: Maladie cardiaque artériosclérotique — Thrombose coronarienne avec infarctus de la paroi antérieure du myocarde — Embolies pulmonaires — Insuffisance cardiaque globale.

*Evolution*: Tout en maintenant un traitement anticoagulant, nous prescrivons 400 mg. de Vitamine E par jour du 1 au 13 fév. 1949 — A ce moment, nous devons suspendre cette médication devant une augmentation rapide et nette des symptômes d'insuffisance — Quelques injections de mercuriel et une nouvelle digitalisation rétablissent l'équilibre et le patient a son congé le 19 février.

*Résultat*: Echec total qui est corrigé par la médication classique.

#### Cas no 6

Monsieur J.S., âgé de 56 ans, dossier 412, est hospitalisé le 12 janvier 1949.

*Sympt.*: Dyspnée d'effort, œdème considérable des membres inférieurs — Ballonnement abdominal important — Ces symptômes se

sont succédés depuis 1 an et il a déjà été hospitalisé à deux reprises dans les derniers 6 mois.

*Signes*: Poids 195½ — Rythme card. régulier à 100 — Aucun souffle — P.A. 164/124 — 118/86 — Epanchement pleural bilatéral — Hépatomégalie très marquée — Ascite considérable — Œdème du scrotum, de la verge et des membres inférieurs.

*Labo.*: Urée 48 — Glycémie 70 — B.W. négatif.

*R.X.*: D.T.T. 33 cm. — D.C.T. 20,1 cm. — Cœur très augmenté de volume.

*E.C.G.*: Infarctus antéro-septal ancien — Bloc auriculo-ventriculaire du 1er degré — Lésions myocardiques.

*Diagnostic*: Maladie cardiaque artériosclérotique — Infarctus myocardique ancien probable — Insuffisance ventriculaire gauche et droite.

*Evolution*: Le 21 janvier soit 9 jours après son entrée dans le service, le patient a perdu 56 livres ½ — R.C. à 76 — Râles à la base gauche — Il n'y a plus d'ascite cliniquement décelable et l'œdème des organes génitaux a disparu — Léger godet pré tibial — Nous commençons la Vitamine E à raison de 400 mg. par jour le 24 janvier et le patient part avec ce médicament le 3 février — Le 14 février, nous cessons cette médication car le cœur devient rapide et irrégulier, l'œdème et l'ascite réapparaissent et le patient prend du poids rapidement — La reprise de la digitale et des mercuriels redonnent rapidement un état d'équilibre très satisfaisant.

*Résultat*: Echec de la Vitamine E qui ne maintient pas en équilibre un patient qui avait très bien répondu à la thérapeutique classique.

#### Cas no 7

Mme G.F., âgée de 68 ans, dossier 11 940, est hospitalisée le 27 novembre 1948.

*Sympt.*: Douleur rétro-sternale d'effort s'irradiant dans l'épaule gauche et le bras gauche — Ce syndrome a débuté il y a 11 ans, mais des périodes d'accalmie assez longues, de

3 à 4 ans, ont séparé les paroxysmes — Depuis quelques mois, les crises se répètent beaucoup plus souvent.

*Signes:* Rythme card. rég. à 80 — 3e bruit à la pointe — A2 claqué — Aucun souffle — Aucun signe d'insuffisance — P.A. 200/125 — 145/70.

*Labo.:* Urée 41 — Glycémie 100 — B.W. négatif.

*R.X.:* Cœur de volume normal — Elargissement et déroulement portion ascendante de l'aorte.

*E.C.G.:* Ischémie de la paroi antérieure du myocarde — Epreuve d'effort faiblement positive.

*Diagnostic:* Maladie cardiaque artériosclérotique — Angine de poitrine.

*Evolution:* Le 3 janv. soit 37 jours après l'admission, la malade se plaint toujours d'un point dans le dos, malaise associé à une gêne rétro-sternale qui persiste toute la journée — La nitroglycérine soulage ce syndrome qui ne cède pas à l'aspirine — Vitamine E (400 mg. par jour) — Après 16 jours de traitement, la patiente se sent mieux, le malaise a diminué et elle est plus vigoureuse — La pression demeure à 170, systolique — Congé.

*Résultat:* Amélioration subjective — Nous avons par la suite perdu cette patiente de vue.

Notre étude porte sur un nombre beaucoup trop limité de cas pour avoir une importance de statistique — La Vitamine E ne donna aucun résultat dans 6 cas — Le dernier cas fut perdu de vue et nous ignorons si le mieux-être s'est prolongé — La Vitamine E ne doit pas remplacer les médicaments qui ont fait leur preuve: digitale, mercuriel, nitroglycérine. Notre expérience confirme celle de nombreux centres de cardiologie. En résumé: la Vitamine E, entre nos mains, n'a donné aucun résultat dans le traitement des maladies cardio-vasculaires.

#### Discussion.

M. PAUL DAVID fait allusion à un article paru dans le « Times Magazine » au sujet d'un

traitement soi-disant infaillible des maladies cardio-vasculaires. C'est ce qui l'a incité à préparer le présent travail. Il ajoute que non seulement la vitamine E n'a pas amélioré les symptômes, mais qu'elle n'a pas pu même maintenir les améliorations obtenues avec la médication conventionnelle.

M. JULES PRÉVOST demande le mécanisme d'action.

M. JACQUES FOURCAND répond au docteur J. PRÉVOST que les auteurs n'ont absolument rien expliqué. Ils n'ont même pas fait d'électrocardiogramme, ni d'orthodiagramme. Ils n'ont par conséquent donné aucune explication physiologique de cette médication.

M. ROGER DUFRESNE: Les docteurs SHUTE ont prétendu que la vitamine E agissait sur le métabolisme de la fibre cardiaque sans aucune explication.

M. EDOUARD-D. GAGNON: Le Collège des médecins et chirurgiens d'Ontario a créé un comité de 9 cardiologues compétents qui fit une enquête au sujet de la découverte des docteurs SHUTE. Le comité a fait une tournée et a examiné les malades traités par les docteurs SHUTE. Le rapport a été donné à une séance spéciale qui a duré toute une semaine, à Toronto. Le comité a rapporté qu'il n'y avait aucune preuve que la vitamine E avait de la valeur.

M. PAUL DAVID conclut la discussion en disant qu'il a employé le dosage recommandé par les docteurs SHUTE. Il ajoute qu'il est bien possible que dans la vitamine E on découvre un principe actif, mais on ne l'a pas trouvé à date.

#### Un cas de thrombo-phlébite sous-cutanée abdominale.

M. René GRIGNON

Mme M. L..., 25 ans, se présente à mon bureau, le 10 novembre 1949, pour douleurs localisées à l'abdomen droit.

L'histoire de cette malade révèle que, le 10 octobre 1949, elle mit au monde une fille de 5 livres, actuellement en bonne santé: c'était une primipare. L'accouchement fut absolument normal et les suites de couche sans incident, sauf qu'au départ de l'hôpital, la patiente accusa une sensibilité au membre inférieur gauche, qui disparut au bout de dix jours. Elle fut très bien pour quelques jours après quoi, elle nota l'apparition d'une douleur assez vive dans le flanc droit, qui graduellement se généralisa à l'hémiabdomen avec évolution vers la racine de la cuisse. Actuellement la douleur est très vive, continuelle et s'étend à toute la partie droite du ventre sans hyperthermie et sans participation du membre inférieur droit.

A l'examen, on note la présence de deux magnifiques cordons sinueux, très douloureux, correspondant au trajet des veines épigastrique, superficielle et thoraco-épigastrique que l'on peut suivre jusqu'à la crosse de la saphène.

A l'admission, le 13 novembre, les cordons sont augmentés de volume et, à l'épine iliaque antéro-supérieure, on note une zone rouge longitudinale; la crosse de la saphène est maintenant dure, douloureuse et facilement palpable. La patiente accuse, en plus, une sensibilité diffuse au membre inférieur droit. Le lendemain, le 14 novembre, le signe de Homans est positif du côté droit et on note de l'œdème à la jambe. Il n'y a pas de cordon palpable. Le traitement des thrombo-phlébites est institué et la maladie évolue vers la guérison.

J'ai présenté ce cas uniquement dans le but d'attirer l'attention sur la localisation et l'évolution atypique de la maladie.

Cette malade semble avoir fait une phlébotrombose du membre inférieur gauche puis une thrombo-phlébite sous-cutanée abdominale droite avec propagation au membre inférieur du même côté.

#### **Pas de discussion.**

#### **Echec du traitement de la dermatite atopique par un antihistaminique.**

MM. A. MARIN, J.-P. FOISY et G. LECLERC

##### *Matériel.*

Treize malades en poussée active de dermatite atopique ont été observés, durant une période variant de 2 à 8 mois. Il y avait 4 malades du sexe mâle et 9 malades du sexe féminin. Trois malades avaient une éruption généralisée à tous les téguments. Les dix autres avaient une éruption localisée à l'une ou plusieurs des régions suivantes: cou, nuque, visage, espaces antécubitaires, poignets, mains et creux poplités.

Chez tous les malades il n'y avait absolument aucun doute sur le diagnostic de dermatite atopique, affection qui est aussi connue sous le terme de neurodermite disséminée. Six malades avaient fait de l'eczéma infantile des nourrissons pour des périodes variant de quelques mois à une ou deux années. Ces six malades avaient tous eu un deuxième épisode d'« eczéma » d'une durée de quelques années entre les âges de 7 à 16 ans. Ils en étaient maintenant à leur troisième épisode. Une malade avait eu un seul épisode antérieur entre les âges de 13 et 16 ans. Trois malades avaient la dermatite atopique depuis 3 à 5 ans. Une malade âgée de 17 ans disait avoir fait de l'eczéma durant toute sa vie. Chez les deux autres malades, l'histoire antérieure était inconnue.

Tous les malades avaient déjà reçu des traitements antérieurs variés.

Chez onze des malades, la période d'observation en vue du présent travail a commencé au mois d'octobre ou de novembre 1947 et chez les deux autres, la période d'observation a commencé en février 1948.

##### *Méthode.*

D'abord les malades ont été soumis à une période d'observation préliminaire de deux à quatre semaines. Durant cette période d'observation préliminaire, toutes les médications antérieures ont été suspendues et les malades

n'ont employé que des traitements anodins tels que lotion à la calamine, huile minérale, pâte de type Lassar et mica panis.

Le traitement a consisté dans l'ingestion de comprimés de Néoantergan par la bouche à la dose de 100 mg. 3 ou 4 fois par jour durant une période variant en général de 1 à 2 mois. Durant ce temps, les malades ont continué à employer les médicaments topiques anodins mentionnés ci-haut. Les malades ont été vus environ une fois par semaine.

#### *Réactions.*

Tous les malades excepté deux ont accusé le Néoantergan de certains inconvénients. Dix se sont plaints de somnolence à peu près continue durant le jour. Le médicament a provoqué des étourdissements chez trois malades et de la céphalée également chez trois malades. Cinq malades ont blâmé le traitement pour des troubles digestifs tels que nausées, vomissements et même diarrhée.

#### *Résultat.*

Aucun des treize malades n'a eu une rémission de sa dermite atopique durant la période du traitement. Deux malades ont été améliorés. L'un d'eux a eu une amélioration légère qui a persisté durant toute la période d'observation. Il a accusé une diminution de son prurit et un meilleur sommeil. Chez l'autre, il y a eu amélioration remarquable après 3 mois de traitement et cette amélioration a persisté durant un an.

Chez sept malades, il n'y a pratiquement pas eu de changement. D'une visite à l'autre on avait parfois une impression d'amélioration légère, mais la fois suivante il y avait exacerbation évidente.

Chez quatre malades, il y a eu exacerbation de la dermite atopique durant la période de traitement par le Néoantergan.

#### *Pommade.*

Une pommade au Néoantergan a été employée localement chez sept malades. Le ma-

lade avait instruction d'appliquer la pommade au Néoantergan sur un seul membre supérieur et d'appliquer une pâte de type Lassar sur l'autre membre. Une seule malade, la même chez qui une amélioration remarquable avait coïncidé avec l'ingestion des comprimés de Néoantergan, a été améliorée localement par la pommade. Chez les six autres malades, il y a eu exacerbation de l'éruption aux endroits où la pommade au Néoantergan avait été appliquée et non aux autres parties des téguments.

#### *Commentaires.*

Comme la dermite atopique est une maladie qui, indépendamment de tout traitement, passe normalement par des périodes de rémission et d'exacerbation, on aurait pu probablement s'attendre à des rémissions par pure coïncidence durant la période de traitement par le Néoantergan. Or, il n'y a pas une seule rémission durant la période d'observation chez les treize malades. Si les malades avaient été traités à la fin du printemps ou au début de l'été, il est moralement certain qu'il y aurait des cas de rémission complète et qu'il aurait été difficile de conclure sur la valeur des antihistaminiques dans la dermite atopique.

#### *Conclusion.*

Les antihistaminiques n'ont aucune valeur dans le traitement de la dermite atopique.

#### **Discussion.**

M. JULES PRÉVOST demande si la dermite atopique est une maladie allergique.

M. ALBÉRIC MARIN explique la conception actuelle de la dermite atopique.

M. JEAN-PAUL FOISY rapporte les résultats des épreuves allergiques faites chez 7 malades. Chez une malade, toutes les réactions ont été très fortement positives. Chez une autre malade, toutes les réactions ont été négatives. Chez quatre malades, on a obtenu des réactions douteuses.

### Céphalée allergique.

MM. C. BERTRAND et J. LÉGER

Il est admis d'emblée qu'une sensibilité spécifique à une protéine peut être la cause d'urticaire, d'asthme ou de rhinite. Ces manifestations impliquent un processus œdémateux à localisation sélective. En fait, la sensibilisation à une protéine est susceptible de déclencher chez un individu, une réaction œdémateuse au niveau de n'importe quel tissu de l'organisme. Les symptômes varient selon l'endroit atteint.

Chez le patient dont nous rapportons ici l'observation, il s'agit d'œdème cérébral donnant lieu à un ensemble de signes suggérant de prime abord la présence d'une tumeur.

Monsieur A.L., âgé de 44 ans, souffre de céphalée apparue brusquement le 20 juin 1949; quelques heures plus tôt, il avait noté des maux digestifs assez vagues. La douleur, localisée à la région occipitale droite, se fait plus intense et atteint un paroxysme après deux jours; à ce moment, vomissements non alimentaires; l'état est suffisamment sérieux pour justifier l'hospitalisation.

A l'examen, il n'y a rien de particulier à noter si ce n'est hypertension du liquide céphalo-rachidien à 450.

L'abaissement de la tension par soustraction de liquide amène d'ailleurs une disparition complète de la céphalée. La ventriculographie montre une dilatation ventriculaire légère, l'artériographie est négative.

Au cours de son stage à l'hôpital, il présente, à deux reprises, des signes d'hémiplégie droite.

De juin à octobre, deux autres paroxysmes sont observés, soulagés eux aussi par un abaissement de pression du liquide céphalo-rachidien au cours de la ponction.

Devant la négativité des signes neurologiques, une enquête allergique est instituée.

On constate d'abord que l'administration d'une quantité adéquate d'histamine, par voie sous-cutanée, produit rapidement une cépha-

lée de même type que celle déjà observée par le patient; l'administration subséquente, par voie parentérale, d'antihistaminiques de synthèse amène de plus une rémission complète.

Une première série d'épreuves cutanées de sensibilité à des protéines alimentaires (par scarification) donnent des résultats négatifs.

Par voie intra-dermique, des réactions positives sont cependant notées avec les allergènes suivants: lait, pomme, chocolat.

L'ingurgitation généreuse de lait et de pommes donne lieu, au cours des jours suivants, à une céphalée intense laquelle s'accompagne de maux digestifs tels que coliques et diarrhée.

Voici donc que nous avons quatre arguments en faveur de l'étiologie allergique de la céphalée:

1° — reproduction par administration d'histamine;

2° — rémission par administration d'antihistaminiques;

3° — épreuves cutanées positives;

4° — intolérance à certains aliments.

Etant donné que l'intensité d'une douleur est un phénomène qui ne se jauge pas objectivement, nous avons tenté de mettre en évidence le rôle de l'histamine par l'épreuve diagnostique suivante: le malade est en position de décubitus latéral; une ponction lombaire est pratiquée et le trocart laissé en place; un sérum glucosé isotonique (550 cc.) contenant 2,75 mg. de diphosphate d'histamine, est administré en goutte à goutte lent, par voie intraveineuse. Très tôt après le début de l'injection, le patient accuse une céphalée violente et la pression du liquide céphalo-rachidien, prise à intervalles fréquentes, accuse une hausse marquée (280 à 450).

Le syndrome tel qu'observé chez notre patient ne mérite pas l'étiquette de migraine. Il n'en reste pas moins que cette céphalée semble régie par un phénomène d'œdème cérébral. Certains auteurs sont d'avis que de telles céphalées allergiques ne se distinguent de la migraine que par leur localisation.

Il semble que nous soyons ici en présence d'un cas analogue à ceux classifiés à date comme œdème cérébral essentiel, et la présence d'un facteur étiologique probable est digne de mention.

Il nous a semblé de plus qu'il était intéressant de rapporter une méthode inédite pour faire la preuve du rôle joué par l'histamine dans l'apparition de la céphalée et de l'hypertension intra-crânienne. A notre connaissance il n'est nulle part fait mention de cette épreuve diagnostique.

#### Discussion.

M. CLAUDE BERTRAND: Ce malade avait une allergie au lait, aux pommes et au chocolat, qui se manifestait par de la céphalée. On a pu provoquer le même type de céphalée par une injection d'histamine. L'allergie serait donc un facteur causal dans certains cas de céphalée.

M. JACQUES LÉGER: Ce malade savait qu'il était allergique à certains aliments. En effet, depuis des années, il se privait de boire du lait parce que cela lui donnait de la céphalée et de la diarrhée.

M. ROLAND CLOUTIER demande comment il se fait que les épreuves cutanées ont donné des résultats négatifs, alors que les épreuves intra-dermiques ont été positives.

M. YVES CHAPUT demande si ce type de céphalée ressemble au syndrome d'Horton.

M. JACQUES LÉGER répond au docteur R. CLOUTIER que les épreuves intra-dermiques sont infiniment plus sensibles que les épreuves cutanées. C'est la raison de commencer par scarification. Ce malade avait un seuil qui ne pouvait pas être éprouvé par scarification.

Au docteur Y. CHAPUT, il répond que le syndrome d'Horton est à l'état de discussion et qu'il n'est pas admis par tous.

#### Un cas de giardiase.

M. Jean PIETTE

L'enfant A.B..., âgé de 6 ans, est hospitalisé dans le service de pédiatrie le 22 avril 1949 avec l'histoire suivante:

Né le 4 avril 1943, nous ne savons rien de lui jusqu'à son admission à la Crèche d'Youville en juillet 1945.

Comportement de 1945 à 1948: Manque d'appétit, facies pâle, longs épisodes de diarrhée tous les 2 ou 3 mois. Trop faible pour suivre ses compagnons. Admissions fréquentes à l'infirmerie. Soumis à différentes diètes sans succès. Aspect rachitique.

En décembre 1948, il est référé à un hôpital local, pour sa diarrhée récidivante, où il demeure deux mois.

Le seul point intéressant révélé à cette admission c'est la présence d'un dolichocôlon. La recherche des parasites dans les selles donne un rapport négatif.

Au début d'avril 1949, sa diarrhée récidive et cette fois il est hospitalisé ici, après 3 semaines de selles fréquentes et liquides. Il se plaint de douleurs abdominales non localisées. A l'examen, il s'agit d'un enfant très hypothyroïdique, pesant 35 livres. Il est apyrétique, très pâle et apathique.

Comme seuls signes positifs, il présente de la douleur para-ombilicale à la palpation et un abdomen très ballonné avec météorisme.

Nous émettons alors les hypothèses suivantes:

- 1° — dysenterie forme chronique;
- 2° — maladie coéliqua;
- 3° — recto-colite ulcéreuse.

La formule sanguine montre de l'anémie hypochrome. Le patch test est négatif. L'analyse d'urine montre: de rares cylindres hyalins et fortes traces d'albumine. Présence de sang dans les selles. Recherche de salmonella et shigella: négative. A la radiographie un repas baryté montre un dolichocôlon important.

Après avoir éliminé toute infection à salmonella et shigella, nous éliminons la maladie coéliqua par l'épreuve du traitement pour 15 jours durant lesquels il ne fut alimenté qu'avec des bananes et du lait écrémé.

La diarrhée continue sans modification.

La dernière hypothèse de recto-colite ulcéreuse est alors éliminée par la rectoscopie fai-

te par le Dr Y. Chaput. Il trouve une muqueuse normale ne saignant pas et ne montrant pas d'ulcération.

Le Dr Chaput suggère de reprendre la recherche de parasites faite, en vain, à un autre hôpital. L'examen alors demandé donne un résultat fortement positif pour le *Giardia Lamblia*.

Le patient est soumis à la thérapeutique spécifique: Atabrine 1½ grains, 2 fois par jour pendant une semaine. Au cours du traitement, la diarrhée cesse complètement. Un contrôle d'analyse est fait avant le départ: l'enfant est libéré de son infection.

Déjà il reprend du poids. Nous avons communiqué avec l'enfant la semaine dernière et il se porte bien, demeurant asymptomatique.

#### Discussion.

M. ALBERT BERTRAND: Le rôle des giardias dans les troubles intestinaux est discuté. On les rencontre très fréquemment. Il y a peut-être une question de quantité.

M. ROGER DUFRESNE: Même en présence du résultat thérapeutique obtenu, je doute encore que les giardias aient été en cause.

M. PAUL DAVID: L'Atabrine est-il un médicament spécifique de la giardiase?

M. JEAN PIETTE répond au docteur P. DAVID que l'Atabrine est spécifique de la giardiase comme il l'est d'ailleurs d'une autre infection parasitaire, la malaria.

M. YVES CHAPUT rapporte deux cas de diarrhée chez des adultes où on n'a pas trouvé de cause mais où on a trouvé la présence de giardias dans les selles. Ces deux adultes ont été traités par l'Atabrine et ont guéri. C'est probablement l'infiltration massive et l'infection secondaire de la muqueuse qui amènent le syndrome.

M. ANDRÉ MACKAY se demande si l'Atabrine n'aurait pas un effet particulier sur l'intestin.

#### Amyotrophie familiale de la première enfance type Werdnig Hoffmann.

M. Albert GUILBEAULT

Les deux enfants G... sont le frère, âgé de 2 ans ½, et la sœur, âgée de 5 ans ½. Ils ont été admis dans le service de pédiatrie pour paralysie des membres inférieurs.

L'étude des antécédents familiaux ne révèle aucune maladie de la sorte chez les ancêtres et les parents collatéraux.

Le père et la mère sont en bonne santé. Ils ont eu quatre enfants: une fillette de 9 ans en bonne santé, une autre fille est décédée en 1947, à l'âge de cinq ans, atteinte de la même maladie. Le reste de la famille est composé des deux malades que nous vous présentons. La fillette a commencé à marcher à l'âge d'un an; jusqu'à cet âge, elle fut un nourrisson en bonne santé. A 14 mois, elle commença à trébucher pour ne plus pouvoir marcher à l'âge de 16 mois.

Le garçon suivit la même évolution.

Les faits principaux à noter chez ces deux malades sont:

- 1° — histoire familiale positive;
- 2° — l'apparition d'une faiblesse progressive vers l'âge d'un an chez un enfant qui auparavant était en bonne santé;
- 3° — le début par l'atteinte sélective des muscles de la racine des membres inférieurs;
- 4° — l'évolution rapide conduisant à la mort vers l'âge de cinq ans;
- 5° — la présence de tressaillements musculaires perceptibles chez nos malades surtout pendant le sommeil;
- 6° — la tendance à la cachexie;
- 7° — l'absence de troubles sensoriels, de lésion des sphincters et de retardement mental.

*Pronostic:* Fatal — ces patients vivent rarement au delà de cinq ans.

*Traitement:* Illusoire.

*Diagnostic:*

1° — Traumatisme obstétrical de la moelle épinière; histoire familiale absente; paralysie des membres inférieurs depuis la naissance; perte de sensibilité.

2° — Poliomyélite antérieure aiguë; histoire familiale absente; absence de cachexie — non progressive après le stage aigu.

3° — Myotonie congénitale d'Appenheim; histoire familiale absente; existe dès la naissance; mouvements passifs exagérés des articulations; à tendance vers l'amélioration spontanée.

**Discussion.**

M. ROMA AMYOT félicite le docteur ALBERT GUILBEAULT d'avoir présenté deux cas de maladie très rare. Ces malades sont vus surtout par les pédiatres plutôt que par les neurologues. Ici, il semble bien que le diagnostic s'impose. Il fait une revue rapide des diagnostics différentiels.

*Le secrétaire adjoint du Bureau médical*

Docteur Georges LECLERC

---

**L'ASSOCIATION DES MÉDECINS  
CANADIENS EN FRANCE**

Le 16 mars 1950, à 9 heures, avait lieu à la Maison Canadienne, 29 Boulevard Jourdan, la réunion mensuelle de l'Association des Médecins Canadiens en France. Une vingtaine de médecins étaient présents.

On procède à l'élection d'un nouveau Bureau de direction, élection nécessitée par le départ de plusieurs directeurs pour le Canada. L'Exécutif est ainsi constitué: Président: Dr J.-Flavien Melanson; Vice-prés.: Dr L.-P. Lagassé; Secrétaire: Dr Roland Saucier; Trésorier: Dr F.-X. Brisson; Conseillers: Dr Benoît Boucher, Dr Robert Powers, Dr Roger Dunne.

Le Dr VINCENT GAUTHIER suggère que l'Association demande aux chirurgiens des hôpitaux de Paris de préparer une liste opératoire qui serait affichée dans les centres universitaires, de façon que chacun sache ce qui se passera, pendant la semaine, dans les différents hôpitaux. Le Professeur KOURILSKY accepte la suggestion du Dr GAUTHIER et prépare une note officielle, à cet effet, à l'Académie de Chirurgie.

Le Dr SÉNÉCHAL propose que l'Association, en plus du but qu'elle poursuit d'orienter les médecins canadiens à Paris, organise, pour les séances, une partie scientifique de façon à permettre à ceux que la chose intéresse d'acquérir l'habitude de s'exprimer facilement en public. Après discussion, le Professeur KOURILSKY demande au Dr SÉNÉCHAL de préparer un projet plus détaillé pour la séance de mai.

Cette dernière se tient le 17 mai, à l'heure et au lieu habituels.

Le président propose que la réunion de juin, qui sera la dernière de l'année, ait lieu le 26 juin.

Le Professeur KOURILSKY ajoute que le principe de cette réunion est le suivant: « Fonder une sorte de tradition, une réunion générale de tous les médecins canadiens à Paris, à la Maison Canadienne, sous l'égide de l'Association des Médecins Canadiens en France, avant la dispersion des vacances, et de donner à cette réunion beaucoup plus de solennité qu'à celles que nous tenons régulièrement, qui sont des séances de « travail. » La proposition est acceptée à l'unanimité.

Le Dr FAVREAU suggère que l'Association adresse une lettre à l'Union Médicale afin que les médecins canadiens désirant venir étudier en France sachent où s'adresser en arrivant à Paris. Il suggère aussi que l'on affiche, près du registre des inscriptions à l'Ambassade, un avis indiquant aux arrivants l'adresse du Secrétariat de l'A.D.M.C. Enfin, comme dernière suggestion, le Dr FAVREAU propose que le Secrétaire envoie chaque mois un compte rendu de la séance à l'Union Médicale, au Laval Mé-

dical, à l'Information Médicale et à la Canadian Medical Association.

Le Professeur KOURILSKY dicte aussi une lettre pour Mlle Hure, Secrétaire de l'A.D.-R.M., Faculté de Médecine, pour lui demander de vouloir bien adresser les médecins qui viennent lui demander informations et renseignements à l'Association des Médecins Canadiens en France.

Puis trois dossiers sont examinés. Ceux du Dr JEAN CHOQUET (gynécologie médicale) recommandé à Mme Moricard-Saulnier, service du Professeur Mocquot à l'hôpital Broca; du Dr ROBERT FAVREAU (chirurgie) recommandé au Dr Chigot, Chirurgien des Hôpitaux; du Dr ROGER R. LEMIEUX (neuro-psychiatrie) dirigé vers les services des Professeurs Garcin (Salpêtrière) et Jean Delay (Ste-Anne).

*Le secrétaire,*  
D.-Roland SAUCIER

---

### JOURNÉE MÉDICALE À SHAWINIGAN

Samedi 27 mai 1950.

Nous sommes heureux de signaler cet événement qui a une grande importance scientifique dans les Annales de la Fédération des Sociétés Médicales de la province de Québec. Et c'est la généreuse contribution de la Société Médicale qui réunit les médecins de Shawinigan, de Grand-Mère et des environs. L'initiative en est due au dévoué président, le docteur Maurice Chrétien qui a été secondé par son exécutif et notamment par un secrétaire qui ne sait méconnaître aucune besogne, si ardue soit-elle, le docteur André Legendre. Il était tout naturel d'inviter le docteur Marc Trudel qui est le président du Collège des Médecins et Chirurgiens et qui, en plus, habite Shawinigan. Nous l'y avons rencontré et il y était dès la toute première minute; d'inviter aussi le président de la Fédération, le docteur Eugène Thibault, mais ce dernier retenu ailleurs, a eu l'amabilité de déléguer un digne représentant, le docteur Adélarde Tétreault des Trois-Rivières, l'un des directeurs de la Fédération.

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada a, elle aussi, reçu l'honneur d'une invitation en les personnes de son Directeur général, le docteur Donatien Marion, et du soussigné, le secrétaire-trésorier général.

Nous avons vu nos hôtes à la tâche et le rendement a été tel que nous imaginions facilement un mécanisme précis qui exécutait comme par enchantement un programme bien élaboré, vous l'allez voir.

La présidence des assises a été confiée au docteur J.-M. Perron, directeur pour cette région de la province de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, et les séances se sont tenues dans l'amphithéâtre de l'hôpital Sainte-Thérèse de Shawinigan.

Au cours de l'avant-midi, nous avons entendu l'exposé des constatations de six médecins, puisées dans l'expérience de leur pratique médicale. Le docteur Victor Potvin de la Tuque a parlé des « *abdomens aigus* »; le docteur André Pothier des Trois-Rivières, de l'« *évaluation des moyens thérapeutiques en T.B. pulmonaire* »; le docteur Lasalle Mondor de Grand'Mère, de « *psychopathologie de tous les jours* »; le docteur Joseph Douville de St-Stanislas, de l'« *obstétrique en pratique générale* »; le docteur Adrien Paradis, des « *insuffisances cardiaques et leurs complications; données récentes en thérapeutique* »; et le docteur Gérald Kaine de Shawinigan, du « *traitement moderne des brûlures* ».

Et nous avons aussi apprécié les observations de ceux qui ont respectivement pris part à la discussion: les docteurs J.-A. Denoncourt des Trois-Rivières, vice-président du XXe congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada; Hervé Beaudoin des Trois-Rivières; André Legendre, secrétaire de la Société Médicale; Camille Michaud de St-Paulin; Adélarde Tétreault et Jos. Normand, des Trois-Rivières.

A l'issue de cette séance, le docteur M. Chrétien lut un télégramme venant du docteur Eugène Thibault, président de la Fédération des Sociétés Médicales, qui s'excuse de ne pas

être au milieu de nous et qui présente aux organisateurs ses meilleurs vœux de succès.

Ponctuellement à midi trente, le président de la séance nous convie à un buffet froid offert par les religieuses de l'hôpital Sainte-Thérèse et tous savent apprécier les délicieux mets qu'elles ont préparés pour nous et qui ont été si délicieusement présentés par les gardes-malades de l'institution. L'atmosphère y était vraiment hospitalière, c'est le cas de le dire.

Deux heures de l'après-midi nous avertissent que commence un « symposium sur les maladies du foie et de la vésicule biliaire » présenté sous la présidence du docteur Adélarde Tétréault, par les docteurs Eugène Robillard, professeur de physiologie à l'Université de Montréal *Physiologie du foie et de la vésicule biliaire: valeur des tests de laboratoire* ; Paul Robert, médecin à l'Hôtel-Dieu de Montréal,

*Pathologie et traitement médical des cholécystites* ; Jacques Bruneau, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Montréal, *Traitement chirurgical des cholécystites; syndrome de post-cholécystectomie* .

Plusieurs questions posées par l'auditoire à ces maîtres témoignèrent de l'intérêt qu'ont apporté les conférenciers.

Pendant ce temps, les épouses des médecins se réunissaient au *Cascade Inn* où elles ont écouté avec avidité et intérêt une conférence de Madame Julia Richer, collaboratrice à *Notre Temps* . Le titre du sujet ne devait être mieux choisi « Le rôle social de l'épouse du médecin ». Quand les dames présentes reportent leurs pensées à ce moment, elles revoient encore le sourire obligeant de madame Richer qui sait puiser dans son cœur de femme cultivée les arguments qui font accepter avec plus d'empressement encore le rôle de la femme du médecin.

\* \* \*

A 6 heures, les médecins rencontrent leurs épouses à l'Hôtel-de-Ville où ils sont reçus à un vin d'honneur par le distingué Maire de Shawinigan, M. François Roy. C'est le temps de commenter le régal scientifique qui a été servi et de renouer nos connaissances avec les

confrères de la Mauricie, tandis que les dames expriment généralement leur satisfaction de vivre de belles heures dans cette intéressante région de notre province.

Un banquet nous appelle maintenant au club « Curling » sous la présidence du docteur Maurice Chrétien. Prenaient place à la table d'honneur, outre le président, M. François Roy, maire de Shawinigan et Mme Roy ; le docteur Marc Trudel, président du Collège des Médecins ; Madame Marc Trudel ; Docteur Donatien Marion, directeur général de l'A.M.L.F.C. ; Madame Maurice Chrétien ; le docteur Jean Saucier et madame Saucier ; le docteur Adélarde Tétréault, représentant la Fédération des Sociétés Médicales de la province ; le docteur Jacques Bruneau de Montréal ; et le secrétaire-trésorier général de l'A.M.L.F.C.

Dans la salle, tous les confrères et leur épouse s'égayaient à qui mieux mieux ; les plus âgés, les plus jeunes fraternisaient ensemble dans une belle atmosphère de cordialité.

Après le repas, le docteur Maurice Chrétien, avec une modestie toute franche, a exprimé publiquement ses remerciements à tous ses confrères de Shawinigan, pour le mérite qu'ils ont eu à préparer cette journée médicale, à tous les organisateurs, aux visiteurs, aux conférenciers et aux maisons de produits pharmaceutiques, car sans ces dernières, le succès financier n'aurait pas permis un aussi beau déploiement.

Les souhaits de bienvenue nous furent ensuite adressés par M. le maire François Roy, qui se dit heureux, ainsi que toute la population de la ville, d'avoir reçu les médecins de la Mauricie et d'ailleurs.

Après avoir adressé ses louanges et ses félicitations aux conférenciers qui ont fait dignement une preuve d'intérêt public, le président du Collège des Médecins, le docteur Marc Trudel, souligne le rapprochement qu'il faut faire entre les médecins praticiens et les médecins d'hôpitaux, la coopération plus intime que ces deux groupes doivent réaliser. La Société Médicale de Shawinigan et Grand'Mère, a pris l'initiative d'un tel geste, dit-il, et il faut l'en

remercier, car elle établit une collaboration nécessaire vis-à-vis de la population. Et le docteur Trudel ajoute que le Collège des Médecins aura plus d'influence auprès des gouvernants en autant que ses membres seront des compétences. Il a même formulé un vœu: que la Société Médicale de Shawinigan-Grand'Mère organise, sous les auspices de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, dans un avenir rapproché, un congrès régional dans la Mauricie.

Le Directeur général de l'Association, le docteur Marion, rappelle que notre Association a réuni depuis un demi-siècle, dans un groupe imposant, les médecins de Langue Française du Canada et même de l'Amérique du Nord. Il se dit pleinement heureux d'un grand réconfort, celui de s'être rendu compte depuis longtemps déjà du trésor que renferme la Mauricie. Et aujourd'hui, ajoute-t-il, l'ont prouvé les conférenciers praticiens qui ont défendu l'honneur de la profession médicale. En terminant, le Directeur général convie dans une invitation pressante tous les médecins de la région au vingtième congrès de l'A.M.L.F.C., en septembre, où nous assisterons vraiment à l'apothéose du médecin praticien.

Ensuite, le docteur Adélarde Tétreault demande d'excuser le président de la Fédération et se fait l'interprète des directeurs de l'organisme qu'il représente pour souhaiter à la Société Médicale de Shawinigan et Grand'Mère longue vie et progrès car elle célèbre aujourd'hui son dixième anniversaire. Il adresse ses félicitations aux conférenciers et insiste sur le fait que c'est le vœu ardent de la Fédération des Sociétés Médicales de voir s'organiser des journées comme celle d'aujourd'hui. Si la Fédération réussit dans sa mission, souligne le docteur Tétreault, nous le devons en grande partie au Collège des Médecins, notamment à son président qu'il remercie de son généreux octroi. Le docteur Tétreault se fera le porte-parole à l'exécutif de la Fédération à qui il fera part du succès de la mémorable journée médicale de la Société de la Mauricie.

Le conférencier invité n'était autre que le docteur Jean Saucier, neurologue à l'Hôtel-Dieu de Montréal, présenté par le docteur L.-A. Frénette de Grand'Mère et remercié par le docteur P.-E. Julien de Shawinigan. Dans une causerie intitulée « les médecins et la musique », le docteur Saucier a présenté une fine analyse de certains genres de la musique: triste, gaie, déprimante, enlevante, avec preuve à l'appui; il a terminé sa conférence sur une note comique.

Rappelons que le maître de cérémonie fut le secrétaire de la Société, le docteur André Legendre, qui a su présenter chacun des orateurs d'une façon succincte mais précise. Il n'a pas manqué de dire que le docteur Maurice Chrétien était le premier responsable de la journée à laquelle nous avons assisté même si le docteur Chrétien en a assumé la portée à ses collaborateurs.

En résumé, quelles conclusions devons-nous tirer de cette journée médicale? Nous pouvons tout de suite dire que la publicité a été organisée avec précision et esprit de suite. Par cela, Shawinigan a su s'attirer un auditoire de choix (les séances ont été suivies avec un intérêt religieux) de plus de cent médecins qui venaient non seulement de la région mauricienne mais aussi de Berthier, de St-Grégoire et d'ailleurs.

Les travaux présentés reflètent la besogne quotidienne de nos confrères de cette partie de la province. Des médecins d'hôpitaux, des praticiens nous ont élégamment fait part de leurs observations qui peuvent rivaliser avantageusement avec les communications faites par tout autre confrère.

Est-ce que se réalisera le vœu du président du Collège des Médecins? C'est, je dirais, la conclusion ultime que nous pourrions tirer de cet événement qui se classe dans la catégorie de ceux qui nous laissent le meilleur souvenir, médical et social, que l'Association des Médecins de Langue Française du Canada aille tenir dans la Mauricie un congrès régional.

H. TRUDEL

*Secrétaire-trésorier général*

## NÉCROLOGIE

---

### LE DOCTEUR RAYMOND DORAY

Le docteur Raymond Doray est décédé à la fin de mai 1950 à Montréal, à l'âge de 63 ans. Depuis sa graduation en 1908, à l'Université Laval de Québec, le docteur Doray avait pratiqué dans le quartier Saint-Henri de Montréal. Nos condoléances à son fils, le docteur Maurice Doray.

### LE DOCTEUR PIERRE HÉBERT

Le docteur Pierre Hébert, coroner adjoint du district de Montréal et médecin de la Sûreté Provinciale, est décédé récemment à Montréal, à l'âge de 65 ans. Il avait terminé ses études de médecine à l'Université Laval en 1912.

### LE DOCTEUR HECTOR CYPHOT

Le docteur Hector Cypiot, médecin, philanthrope et homme d'affaires, est décédé le 27 mars 1950, à Montréal, à l'âge de 64 ans. Il avait terminé ses études de médecine à l'Université Laval de Montréal en 1909 et exercé jusqu'en 1916.

### LE DOCTEUR AZARIE PAQUETTE

Le docteur Azarie Paquette est décédé le 7 mai 1950, à Montréal, à l'âge de 54 ans. Il avait terminé ses études de médecine en 1932 à l'Université de Montréal.

### LE DOCTEUR HENRI GOSSELIN

Le docteur Henri Gosselin est décédé récemment à Montréal, à l'âge de 71 ans. Il avait terminé ses études médicales à l'Université Laval de Montréal en 1905. Il était attaché au Service Municipal de Santé depuis 1930.

### LE DOCTEUR JEAN-MARIE PELLERIN

Le docteur Jean-Marie Pellerin est décédé le 19 mai dernier à Montréal, à l'âge de 71 ans. Il avait terminé ses études de médecine à l'Université Laval de Montréal en 1904. Nos condoléances à son fils, le docteur Roland Pellerin.

### LE DOCTEUR ALPHONSE BARABÉ

Le docteur Alphonse Barabé est décédé au cours du mois de mai 1950 à Hull, à l'âge de 52 ans. Il avait terminé ses études de médecine à l'Université Laval de Québec en 1925.

### LE DOCTEUR ERNEST-ALFRED DUSSAULT

Le docteur Ernest-Alfred Dussault est décédé le 19 mai dernier à Sainte-Perpétue, à l'âge de 66 ans. Il avait terminé ses études de médecine à l'Université Laval de Québec en 1919.

---

## NOUVELLES

---

### OUVERTURE DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE ROSEMONT

L'hôpital-sanatorium Saint-Joseph de Rosemont vient d'ouvrir ses portes. Il s'agit d'une institution très importante de 522 lits, dirigée par les Sœurs de la Miséricorde.

Le but des autorités est d'en faire un centre ultra-moderne de thérapeutique antituberculeuse; la section de physiologie cardio-respiratoire est particulièrement développée. Le personnel médical sera de quinze médecins, dont huit à plein temps. Le docteur Marcel Verschelden a été nommé directeur médical de l'hôpital-sanatorium.

---

### LE DOCTEUR JULES BRAHY

La Société d'Ophtalmologie a tenu récemment une réunion à l'Hôtel-Dieu de Montréal. A l'issue de celle-ci eurent lieu les élections. Le docteur Jules Brahy, de l'hôpital Notre-Dame, a été élu président.

---

### LE DOCTEUR LOUIS-CHARLES SIMARD, PRÉSIDENT DE SECTION À LA SOCIÉTÉ ROYALE

Le docteur Louis-Charles Simard, directeur de l'Institut du Cancer de l'hôpital Notre-Dame et professeur agrégé d'anatomie pathologique à l'Université de Montréal, vient d'être élu président de la section des sciences biologiques de la Société Royale du Canada.

---

### LE PROFESSEUR ÉMILE GAUMOND, ÉLU PRÉSIDENT DE LA "CANADIAN DERMATOLOGICAL ASSOCIATION"

L'assemblée annuelle de la « Canadian Dermatological Association » vient d'avoir lieu à Québec. On y a procédé au choix d'un nouveau président en remplacement du docteur George Williamson, d'Ottawa, dont le terme était expiré. Le professeur Emile Gaumond, professeur de dermatologie à l'Université Laval et chef de service à l'Hôtel-Dieu de Québec, a été choisi comme président. Le docteur Paul Poirier, chef de service à l'Hôtel-Dieu de Montréal et professeur agrégé de dermato-syphiligraphie a été élu vice-président. Le docteur S. Grimes, d'Ottawa, a été réélu comme secrétaire.

### NOUVEL EXÉCUTIF DE LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE

Les membres de la Société de Phtisiologie de Montréal viennent de faire le choix de leur nouvel exécutif, qui est ainsi constitué: président, le docteur Marcel Verschelden; vice-président, le docteur Gaétan Jarry; secrétaire général, le docteur B.-G. Bégin; trésorier, le docteur Ruben Laurier; secrétaire-archiviste, le docteur Gérard Leclair, et secrétaire-archiviste adjoint, le docteur Jean-Jacques Laurier.

---

### L'HÔPITAL LAFLECHE DE GRAND'MÈRE

L'hôpital Lafèche, de Grand'Mère, a été béni solennellement par Monseigneur Georges-Léon Pelletier, évêque des Trois-Rivières, le 25 juin 1950.

Le bureau médical de l'hôpital vient de choisir ses officiers; ce sont: président, le docteur Louis-Alexandre Frenette; vice-président, le docteur Victor Brassard; secrétaire, le docteur Lasalle Mondor, et trésorier, le docteur André Poisson.

La première réunion se tint sous la présidence du docteur Ovila Ricard, doyen des médecins de Grand'Mère.

---

### CLINIQUES MOBILES DE LA CROIX-ROUGE

La Croix-Rouge vient d'organiser trois cliniques mobiles médico-dentaires qui ont pour but de desservir pendant l'été 38 petits centres de l'Abitibi, du Témiscamingue, de Pontiac et de la Gaspésie. Les chefs de ces cliniques médico-dentaires sont les docteurs J.-P. Nadeau, Hervé Deschênes, J.-P. Couture et J.-P. Lantier. Parmi les membres du personnel médico-dentaire, on note les noms des docteurs J. A. McDuff, Hubert Saint-Pierre, Gilles Hébert, P. W. Genier, Guy Girardin, Marc Geoffroy, R. Desilets, Bernard Desmarais, Jean Therrien, D. Kennedy, François Cloutier et Pierre Langevin.

---

### ÉLECTIONS À LA "CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION"

Le Congrès annuel de la « Canadian Public Health Association » vient d'avoir lieu à Toronto. A cette occasion, plusieurs officiers médicaux de la Province de Québec ont été élus à des postes importants. Le docteur Adélar Groulx a été élu président de la

section de l'administration de l'hygiène publique, avec, comme secrétaire, le docteur J.-A. Landreville.

Le docteur C. W. McMillan, de McGill, a été élu président de la section des statistiques; le docteur David Beaulieu s'est vu confier la présidence de la section des maladies vénériennes.

Les docteurs Adélarde Groulx, R. Foley et Jules Gilbert ont été réélus membres de l'exécutif.

### ELECTION À L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE LACHINE

Le bureau médical de l'hôpital Saint-Joseph de Lachine vient de se choisir les officiers suivants: président, le docteur R.-G. Archambault; vice-président, le docteur J. Lewis; secrétaire, le docteur Marc Lachance. Le Comité exécutif est composé des docteurs L.-Henri Gatien, président; Charles Decarie, secrétaire; Maurice Lacharité et A.-D. Archambault, conseillers.

### POSTES OUVERTS À L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

De nombreux postes n'attendent qu'un titulaire à l'Organisation Mondiale de la Santé.

Parmi ceux-ci, on note les positions suivantes offertes:

- 1 consultant médical régional pour la malaria;
- 1 officier médical à l'organisation d'hygiène publique (à Genève);
- des experts en hygiène maternelle et infantile;
- 1 officier médical comme assistant-chef de la section de la tuberculose (à Genève);
- 1 officier médical consultant en vénéréologie;
- 1 officier médical en charge de la standardisation biologique (à Genève);
- 1 consultant en hygiène sanitaire;
- des spécialistes en malaria;
- des consultants en tuberculose.

Ces postes comportent les avantages suivants:

1. *Salaires.* Le salaire de base des officiers médicaux seniors et des aviseurs régionaux varient entre \$6 050 et \$7 450 (en dollars américains). Les chefs de section débutent habituellement avec un salaire de base de \$8 300 (en dollars américains); les assistants en recherches ont un salaire de base de \$3 210 (américains). Tous les postes comportent des possibilités d'avancement et d'augmentation de salaire en rapport avec le travail accompli.

2. *Allocations.* Les officiers qui quittent leur pays d'origine pour un emploi de l'Organisation Mondiale de la Santé ont droit aux allocations suivantes:

a) frais d'installation consistant en une allocation variant de \$5. à \$7.00 par jour pendant les premiers deux mois avec un montant additionnel pour la famille;

b) un octroi d'installation de \$125. (américains) pour les célibataires et de \$200. (américains) pour ceux qui ont de la famille;

c) une allocation dite d'expatriement allant de \$250 à \$500 (américains) par an, pendant les deux premières années de l'emploi;

d) une allocation familiale de \$200 (américains) par an pour chaque enfant dépendant;

e) un octroi éducatif de \$200 (américains) par enfant dans certaines circonstances.

*Transport.* L'Organisation paie les frais de transport de ses officiers et de leur famille, aller et retour.

*Congés.* L'Organisation accorde à chacun de ses membres une vacance de 30 jours par année, à laquelle s'ajoutent tous les deux ans deux autres semaines pour faciliter le voyage au pays d'origine pour eux et pour leur famille. Les congés pour maladie sont amplement prévus.

*Déménagement.* Sauf certaines limites, l'Organisation encourt les frais de déménagement des meubles de ses membres pour l'aller et le retour.

### INAUGURATION DE L'HÔPITAL DE VAL D'OR

L'inauguration du nouvel hôpital de Val d'Or a eu lieu le 28 mai 1950. La cérémonie a été présidée par Son Exc. Mgr J.-Aldée Desmarais, évêque d'Amos, qui a consacré l'hôpital au Sacré-Cœur. L'honorable docteur Paquette, ministre de la Santé, était présent. Il a annoncé que le gouvernement avait décidé d'accorder un octroi supplémentaire de \$50 000, ceci en plus du demi-million de dollars que la Province a déjà donné pour la construction de cet hôpital.

Une importante réunion eut lieu après la cérémonie religieuse. Le docteur Jean Matton agissait comme maître de cérémonies. Des discours furent prononcés par Mgr Desmarais, l'hon. docteur Paquette, MM. Jacques Miquelon, député d'Abitibi-Est à l'Assemblée législative, et Armand Dumas, député de Ville-neuve, à Ottawa.

Le soir, le docteur et Madame Paquette furent les hôtes de l'Association médicale de l'Abitibi à un banquet à Val d'Or.

Mgr Desmarais a remercié le gouvernement provincial d'avoir doté l'Abitibi de nombreux hôpitaux et d'un sanatorium des plus modernes.

Le ministre de la Santé souligna l'œuvre du ministère de la Santé à travers la Province et particulièrement en Abitibi. En 1945, dit-il, il n'existait pas

un seul lit d'hôpital entre Montréal et Rouyn, à l'exception d'un poste d'urgence à Amos, qui contenait quelques lits seulement. Les temps ont changé. Nous avons maintenant à Rouyn, à Amos, à Val d'Or, à Macamic, à Mont-Laurier, à Saint-Jérôme, comté de Terrebonne, des hôpitaux d'une capacité totale de près de 1 000 lits, dans une région où il n'y avait aucune possibilité d'hospitalisation, il y a cinq ans.

### ÉLECTION DE NOUVEAUX MÉDECINS REVISEURS

A leur réunion annuelle de mai, les médecins reviseurs des Compagnies et sociétés d'assurance de langue française se sont choisis comme président le docteur Lucien Sylvestre, de l'Union du Commerce, pour remplacer le docteur J.-E. Desrochers, de la Sauvegarde, décédé récemment.

Les deux vice-présidents sont les docteurs Albert LeSage, de l'Association nationale de bénévoles mutuels et Jules Gagnon, de l'Association canado-américaine, de Manchester, N. H.

Le docteur Lionel Patoine, de la Société des Artisans, a été maintenu à son poste de secrétaire pour la septième année.

Les autres directeurs sont les docteurs Henri Berthiaume, de La Caisse nationale d'assurance-vie; Léger, de la Société l'Assomption, de Moncton, N.B.; Henri Léspérance, de la Mutuelle-vie de l'U.C.C.; Damien Saint-Pierre, de l'Union Saint-Joseph du Canada, Ottawa, et Antoine Turcotte, de l'Union Saint-Joseph de Drummondville.

### CONSULTATION GÉNÉRALE DE LA CLINIQUE DES MALADIES DU THORAX

5 mai 1950

« Lympho-sarcome du médiastin. » — Drs J. Prévoist et Y. Martineau.

« T. B. pulmonaire, osseuse et génitale. » — Drs P. Bourgeois, J. Prévoist et Y. Martineau.

« Epithélioma bronchique. » (Pièces) — Dr Claire Gélinas-Mackay.

« Malformation branchiale. » — Drs E.-D. Gagnon, S. Lauzé et Luc Lafortune.

### HÔPITAUX AMÉRICAINS EN 1949

Voici quelques faits concernant l'activité hospitalière aux Etats-Unis durant 1949: 16 659 973 admissions dans les hôpitaux, surplus de 237 199 sur 1948; ces admissions furent réparties selon un pourcentage qui attribue 92,8% aux hôpitaux généraux, 1,8% aux hôpitaux psychiatriques, 0,7% aux sana-

toria antituberculeux et 4,7% à d'autres groupes hospitaliers. Les hôpitaux psychiatriques contiennent en 1949 675 096 malades, soit 75% de la capacité des hôpitaux américains, alors que les sanatoria pour tuberculeux ne figurent que pour 5,7%. Le nombre d'hôpitaux immatriculés par l'« American Medical Association » fut de 6 572, comparativement à 6 335 en 1948, portant le nombre de lits à 1 439 030. Quarante pour cent (40%) de ces lits sont distribués dans les hôpitaux généraux, 49% dans les hôpitaux psychiatriques, 5,8% dans les sanatoria.

La moyenne d'hospitalisation quotidienne fut de 85,1% de la capacité comparativement à 85,5% en 1948. La durée d'hospitalisation fut de 10,1 jours, de 10,5 jours en 1948, soit de 17,2 jours dans les hôpitaux généraux du gouvernement et de 8 jours dans les hôpitaux généraux ne lui appartenant pas.

Aucun commentaire à ces chiffres qui possèdent un intérêt documentaire.

### LE CONSEIL EXÉCUTIF DE L'OMS ÉLABORE UN PLAN QUADRIENNAL

Une série de réunions se sont tenues au siège de l'OMS, de janvier à février dernier, en prévision de la Troisième Assemblée Mondiale de la Santé qui a débuté le 8 mai dernier. Le Conseil Exécutif, notamment, s'est réuni pendant trois semaines sous la présidence de Sir Arcot Mudaliar (Inde), tandis que le Comité permanent des Questions administratives et financières a tenu diverses séances avant et pendant cette session, sous la direction du Dr H. S. Gear (Afrique du Sud).

La principale décision du Conseil, sur laquelle l'Assemblée Mondiale de la Santé est appelée à se prononcer, porte sur un plan de quatre ans, qui, dès 1952, aura pour objet d'aider les pays à développer leurs services sanitaires, et cela, grâce à l'assistance que leur apporteront les Bureaux régionaux de l'Organisation Mondiale de la Santé, dont l'autonomie et les possibilités d'action seront considérablement accrues à l'avenir. Et c'est dans le cadre de ce plan quadriennal que seront exécutés les divers programmes sanitaires annuels de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les programmes d'ensemble, qu'élabore l'Assemblée Mondiale de la Santé, doivent être adaptés, en effet, aux exigences et aux conditions locales. Ce qui relève plus particulièrement de la compétence des autorités régionales. Enfin, ce plan sanitaire à long terme présentera l'avantage d'associer à une réelle continuité une suffisante souplesse pour répondre aux mesures d'urgence qui peuvent s'imposer tôt ou tard, aux changements qui peuvent intervenir et aux nouvelles découvertes des sciences et de la médecine.

Dans ce plan quadriennal figurent, notamment, des programmes réalisables à l'échelle internationale, qui entraînent de rapides améliorations en matière de santé publique. Le Conseil Exécutif, en recommandant ce plan à l'Assemblée Mondiale de la Santé, entend également souligner la sensible disproportion entre les fonds disponibles pour sa réalisation et l'ampleur de la tâche qui incombe à l'OMS. Aussi a-t-il décidé que seuls seraient entrepris les programmes sanitaires entraînant un minimum de frais et un maximum de résultats concrets. C'est notamment le cas des campagnes contre le paludisme entreprises par l'OMS en Asie et des campagnes de lutte contre les maladies vénériennes menées en Europe avec l'appui de cette même organisation et de l'UNICEF.

Les résultats rapides que permettent d'atteindre, aujourd'hui, les moyens modernes de lutte contre ces maladies, se sont imposés à l'attention des gouvernements et des populations et n'ont pas manqué de donner une impulsion nouvelle en d'autres domaines de la santé publique. Or, c'est là un principe qui s'applique également aux divers programmes d'action qui figurent dans le plan quadriennal de l'OMS.

Après avoir procédé à l'examen de ce projet essentiel, le Conseil Exécutif s'est vu réduit à prendre la décision de diminuer les dépenses courantes de l'OMS de 1 200 000 dollars — 12 des 68 états-membres de l'Organisation étant redevables d'arriérés, en ce qui concerne leurs contributions au budget. Cette décision pourra être annulée par l'Assemblée Mondiale de la Santé, si, entre temps, la situation financière de l'OMS s'améliore. Le niveau actuel des dépenses annuelles de l'Organisation est fixé à 6 300 000 dollars.

D'ici là, on escompte que des fonds supplémentaires seront disponibles dans le cadre du Programme des Nations Unies pour l'Assistance technique aux pays peu développés. Ces fonds, selon le Conseil Exécutif, seront utilisés pour améliorer les services sanitaires des pays, intensifier les campagnes de lutte contre le paludisme, la tuberculose et les maladies vénériennes, développer l'assainissement, multiplier les écoles de médecine et de soins infirmiers et réaliser d'autres tâches de première importance. Plusieurs projets spéciaux figurent également au Programme d'assistance technique, qui répondent aux conditions locales particulières à certaines régions et permettront de lutter au mieux contre les maladies qui prévalent dans les régions tropicales: schistosomiase, choléra, peste et autres.

Ces projets ainsi que d'autres recommandations portant sur le programme de l'an prochain, seront soumis à l'approbation de l'Assemblée Mondiale de la Santé, qui déjà fait l'objet de maints préparatifs. Et c'est au siège même de l'OMS, à Genève, que se tiendra cette grande réunion annuelle, au cours de

laquelle des médecins du monde entier prendront des dispositions pour qu'à l'avenir chacun connaisse un meilleur état de santé.

---

### L'HÔPITAL DE VILLE SAINT-LAURENT REÇOIT UNE SUBVENTION FÉDÉRALE

L'honorable Paul Martin, ministre fédéral de la Santé, annonce que l'hôpital Notre-Dame-de-l'Espérance, de Ville Saint-Laurent, reçoit une subvention fédérale de \$42 500, ce qui l'aidera à augmenter de 102 le nombre de ses lits.

Etant donné que les travaux de la nouvelle aile étaient commencés au moment de l'inauguration des subventions fédérales destinées à encourager la construction d'hôpitaux, cet hôpital n'a pas droit à la pleine subvention fédérale de \$1 000 par lit. Il recevra cependant une subvention partielle, calculée d'après les travaux qui restaient à terminer au 1er avril 1948.

Le Gouvernement fédéral verse une part égale à celle des subventions provinciales pour la construction d'hôpitaux, jusqu'à concurrence de \$1 000 par lit dans le cas des hôpitaux pour traitement des maladies aiguës, et de \$1 500 par lit dans le cas des hôpitaux pour maladies chroniques. Ces subventions sont payées à même un fonds fédéral dont la quote-part annuelle réservée à la province de Québec s'élève à plus de \$3 800 000.

---

### MAGNIFIQUE JOURNÉE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'OUTAOUAIS

La journée annuelle de la Société Médicale de l'Outaouais tenue le 27 avril dernier à l'hôpital du Sacré-Cœur, à Hull, a remporté un succès sans précédent. Le président de la Société et de la journée était le docteur Gérald Brisson, de Hull. Rappelons que la Société groupe les médecins canadiens-français d'Ottawa, de Hull et d'une vingtaine de localités environnantes dans un rayon de soixante milles.

La section de Québec de l'Association Médicale du Canada et la Fédération des Sociétés Médicales avaient délégué deux conférenciers chacune; les Drs Renaud Lemieux et Florian Trempe, de Québec, et le docteur Paul Dumas, de Montréal, s'y sont rendu et leurs conférences ont assuré le succès de ces assises.

Le midi, un dîner-causerie réunissait les médecins et leurs épouses au Salon d'Or à l'hôtel Chez-Henri. Le conférencier était le docteur Jean-Marie Roussel, médecin légiste, de Montréal.

A l'issue de la « Journée », on procéda à l'élection des officiers de la Société pour l'année 1950-51, et suivant la tradition établie depuis la fondation d'alterner la présidence entre Hull et Ottawa, le docteur



**Tout médecin connaît bien les malades**



**qui ont besoin d'un tonique efficace**



Pour réveiller l'appétit, rétablir la vigueur et la bonne santé, Eskay's Neuro Phosphates et Eskay's Théranates sont vos meilleurs moyens.

La fréquence d'ordonnances rend témoignage de leur efficacité.

### **Neuro-Phosphates Eskay**

*tonique fortifiant et agréable*

La dose d'adulte, 2 drachmes liq. (2 cuillerées à thé) contient:

Alcool . . . . .	10 pour cent
Glycérophosphate de strychnine anhydre . . . . .	1/64 grain
Glycérophosphate de sodium . . . . .	2 grains
Glycérophosphate de calcium . . . . .	2 grains
Acide phosphorique, 75% . . . . .	1.7 minimes

### **Théranates Eskay**

*même formule que le fameux Neuro-Phosphates plus la vitamine B<sub>1</sub> (.075 mg. chaque dose adulte)*

Chacun présenté en flacon de 6 onces liq.

**Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 1**

Horace Viau fut élu pour le prochain terme. Celui-ci verra donc la « Journée » de la Société se tenir à Ottawa.

Les autres officiers élus sont: 1er vice-président: Dr Henri Robinson; 2e vice-président: Dr Antonio Lecours; secrétaire: Dr J.-A. Dufresne; assistant-secrétaire: Dr Gaston Isabelle; trésorier: Dr Jean Therrien; directeurs: Drs Gérard Brisson, Léopold Mantha, Ephrem Perras, Marcel Langlois, N. Coutu, J.-M. Laframboise, Jos. Tittley, Bernard Fortier, Arthur Powers et Edouard Laverdure.

#### Programme

- 9 h. 30 A.M. — Président: Dr Gérard Gagné, Hull.  
Conférencier: Dr Renaud Lemieux, Québec.  
Sujet: « Mononucléose infectieuse. »  
Collaborateurs: Drs Mantha et Isabelle.
- 10 h. 30 A.M. — Président: Dr H. Racine, Hull.  
Conférencier: Dr Paul Dumas, Montréal.  
Sujet: « Tension prémenstruelle. »  
Collaborateurs: Drs J. Tittley et B. Fortier.
- Midi — Dîner-causerie; président: Dr G. Brisson.  
Conférencier: Dr Jean-Marie Roussel, Montréal.  
Sujet: « Médecine légale, illustrée par Sherlock Holmes. »
- 2 h. 30 P.M. — Président: Dr Lorenzo Lamy, Ottawa.  
Conférencier: Dr Florian Trempe, Québec.  
Sujet: « Syndromes appendiculaires. »  
Collaborateurs: Drs Lecours et Coutu.
- 3 h. 30 P.M. — Président: Dr Couture, Ottawa.  
Sujet: « Lever précoce en obstétrique. »  
Collaborateurs: Drs Saint-Victor et Brisson.
- 5 h. P.M. — Election de la Société pour 1950-51, sous la présidence du docteur Dufresne.

#### BOURSIERS DU QUÉBEC ET DU NOUVEAU-BRUNSWICK

L'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que l'on offre six autres bourses d'étude à des personnes du Québec et du Nouveau-Brunswick, afin de se spécialiser en diverses branches de l'hygiène publique.

Dans Québec, deux médecins, une infirmière et deux techniciens bénéficient de ces bourses. Le docteur E. Samson, de la ville de Québec, suit un cours de cinq mois à l'Institut du cancer, de Paris, France. Le docteur Jean-Paul Dumouchel, de Montréal, suit un cours de trois ans en radiologie de l'Université de Montréal. Ces études terminées, le docteur Samson reviendra enseigner à la faculté de médecine de l'Université Laval et exercer la chirurgie à l'Hôtel-Dieu; quant au docteur Dumouchel, il assumera

la direction du dispensaire anticancéreux de l'hôpital Saint-Charles, de Saint-Hyacinthe.

Mlle Marguerite Daigle, de Montréal, suit un cours de six semaines en physiothérapie au « Bellevue Medical Centre » et à l'Université de New-York. Les deux techniciens qui reçoivent de l'aide sont François-Xavier Bouchard, du sanatorium Saint-Georges, qui suit un cours de 18 mois à titre de technicien radiographique, et Eric LeBlanc, de Montréal, qui étudie la bactériologie à l'Université McGill. Ces deux boursiers seront ensuite attachés au personnel du sanatorium de Gaspé.

Mlle Joséphine K. Searle, de Saint-Jean (N.-B.), qui suit un cours de cinq mois au « Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital » de New-York, a reçu également une bourse. Une fois son cours terminé, elle reprendra sa place, parmi le personnel de la salle d'opération, à l'Hôpital Général de Saint-Jean.

Le plan national d'hygiène, déclare M. Martin, prévoit une dépense annuelle de plus de \$500 000, dans le but d'aider les personnes qui veulent se spécialiser en hygiène publique. Dans chaque cas, l'octroi de bourses a été recommandé à Ottawa par le ministère provincial de la Santé.

#### PROGRAMME PRÉLIMINAIRE DU 1er CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE INTERNE

Paris, 11 - 14 septembre 1950

Ce programme est seulement préliminaire et les titres d'un petit nombre de rapports, dont les auteurs ont envoyé leur acceptation, sont sujets à modifications.

#### LES ANTIBIOTIQUES

##### Rapports:

- J. Tréfouel et René Martin (Paris)  
L'évolution de la sulfamidothérapie.
- S. A. Waksman (New Brunswick)  
Streptomycine et néomycine: vers une chimiothérapie de la tuberculose par les antibiotiques.
- Etienne Bernard (Paris)  
Etudes cliniques sur la streptomycine.
- Dugger (New-York)  
Recherches sur l'auréomycine.

##### Communications:

- R. Dubois (Bruxelles)  
Observations recueillies au cours d'un essai de traitement de la méningite tuberculeuse poursuivi depuis novembre 1946.
- K. Tederevic (Belgrade)  
La streptomycine et le traitement de la méningite tuberculeuse.

# HEMO-BEX

**TONIQUE COMPLET**

*pour  
bébés et  
enfants*



*chez  
l'adulte aussi*



**DONNE DE L'ÉNERGIE  
et  
ACCROÎT LA RÉSISTANCE**

**HEMO-BEX**  
VITAMINE D  
ERGOSTEROL IRRADIE  
associé aux sels de calcium, de  
fer, et de manganèse  
PLUS  
COMPLEXE DE LA  
VITAMINE B  
TONIQUE GENERAL  
ET  
ENERGETIQUE

CHAQUE C.C. CONTIENT

Vitamine D.....	83 U.I.
Chlorure de Thiamine.....	0.15 mg
Riboflavine.....	0.15 mg
Niacinamide.....	1.10 mg
*Pyridoxine.....	0.22 mg
*Acide D-Pantothénique.....	1.10 mg
Lactate de Calcium.....	10.0 mg
Citrate de Fer et d'Ammonium.....	5.4 mg
Nucléinate de Manganèse (Catalyseur)	
Excipient.....	Q.S.

\*La valeur nutritive de ces vitamines n'est pas encore établie.

**POSOLOGIE**  
A prendre avant le repas  
Enfants:  
½ à 3 cuillerées à thé par jour  
suivant l'âge.  
Adultes:  
1 à 3 cuillerées à dessert par jour  
Ou selon l'avis du médecin.  
(Voir instructions à l'intérieur)  
BOUTEILLE — 180 c.c.  
Anglo-French Drug Cie Ltée

**ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE, MONTRÉAL, 18**

- F. Van Goidsenhoven (Louvain)  
La streptomycine dans la tuberculose rénale.
- F. Van Goidsenhoven (Louvain)  
L'importance des troubles auditifs dans les cures prolongées à la dihydrostreptomycine.
- J. C. Patel (Bombay)  
Les antibiotiques dans le traitement de la fièvre typhoïde.

LES SUBSTANCES RADIO-ACTIVES EN MÉDECINE  
INTERNE.

*Rapports:*

- René Fauvert (Paris)  
L'utilisation du radio-sodium comme moyen d'exploration en médecine interne.
- G. de Hevesy (Stockholm)  
Les isotopes radio-actifs en médecine.
- E. E. Pochin (Londres)  
Etude médicale des isotopes radio-actifs.

*Communication:*

- G. Nylin (Suède)  
Application de la méthode de Hevesy (érythrocytes marqués au P 32 dans les études physiologiques et cliniques sur la circulation).

ENDOCRINOLOGIE

1.—*Cortico-surrénale.*

*Rapport:*

- R. Luft et B. Sjögren (Suède)  
Etudes cliniques sur l'effet de l'acétate de désoxycorticostérone (DOCA) sur la pression sanguine et la fonction rénale.

*Communication:*

- J. Lederer et R. Devis (Louvain)  
Esquisse d'une pathologie des relations thyro-cortico-surrénales.

2.—*Ante-hypophyse.*

- G. W. Thorn (Boston)  
Etude clinique de l'hormone hypophysaire adrénocorticotrope (A.C.T.H.).
- R. Luft, B. Sjögren et C. H. Li  
L'effet métabolique de la protéine A.C.T.H. pure et des peptides de l'A.C.T.H. dans des cas de polyarthrite rhumatismale.

*Communications:*

- H. Zondek (Jérusalem)  
Sur un syndrome vasculaire d'origine diencéphalo-hypophysaire.
- E. Coelho et J. F. da Costa (Lisbonne)  
La pathogénie surrénale du syndrome de Cushing.
- Ph. Smith (New-York)

Hypophyse antérieure: études cliniques.  
3.—*Parathyroïde.*

*Rapport:*

- L. Justin-Besançon et H. P. Klotz (Paris)  
Etudes cliniques sur la spasmophilie de l'adulte et du grand enfant.

PATHOLOGIE DU FOIE ET DE LA RATE.

*Rapports:*

- M. Ascoli (Palerme)  
La splénocontraction thérapeutique.
- E. Ask-Upmark (Upsal)  
Le rôle de la rate dans diverses maladies.
- C. Frugoni (Rome)  
Le point de vue de l'école italienne sur les syndromes bantiens.
- Anton Hittmair (Innsbruck)  
Les conséquences des tumeurs chroniques de la rate.
- M. Odin (Göteborg)  
L'ictère par sérum homologue.
- René Cachera et Michel Lamotte (Paris)  
L'évolution anatomo-clinique des cirrhoses et stéatoses hépatiques.

*Communications:*

- H. Alessandri, R. Etcheverry, E. Concha et C. Gurman (Santiago du Chili)  
Résultats immédiats et à distance de la splénectomie dans les splénomégalies.
- N. Resat Belger (Istanbul)  
Etudes sur les hépatites.
- Najib-Farah (Alexandrie)  
La bilirubinémie. Son mécanisme défensif dans l'immunité naturelle, dans les infections et les maladies rhumatismales.
- A. Pedro y Pons (Barcelone)  
Les cirrhoses splénomégaliées.
- H. Ducci (Santiago du Chili)  
Le mécanisme des réactions de floculation dans les ictères.
- S. S. Misra (Lucknow, Indes)  
Sur l'hépatite.
- S. Sherlock (Londres)  
L'ictère par obstruction intrahépatique.

PATHOLOGIE RÉNALE.

*Rapports:*

- C. Jimenez Diaz (Madrid)  
Etudes sur la physio-pathologie rénale.
- Paul Milliez (Paris)  
Les néphrites aiguës anuriques.
- H. Salvesen (Oslo)  
Le traitement alcalin de l'acidose rénale.

# VERATRITE

Dans l'hypertension

## FORMULE:

Chaque tablette contient: Veratrum Viride (**titré biologiquement**) 3 Unités Craw, Nitrite de Soude, 1 gr., Phénobarbital, ¼ gr.

## ACTION:

Il est aujourd'hui prouvé que le Veratrum Viride administré oralement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. Le Veratrum Viride produit un effet plus constant et de plus longue durée. (Dr. Edouard D. Freis, Medical Clinic of North America, Boston, numéro septembre 1948).

La vaso-dilatation neurogénique, observée en premier lieu par Wilson & Smith, relativement à l'action du Veratrum Viride, est d'un avantage considérable dans le traitement de l'hypertension.

## POSOLOGIE:

Administrer une tablette 2 heures après chaque repas durant la première semaine. Augmenter ou diminuer la dose selon la réaction du patient.

*Documentation et échantillon envoyés aux médecins sur demande.*

Représentants exclusifs au Canada:

**HERDT & CHARTON, INC.,**  
207, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

# ANABILE-CHO

(**CHOBILE**)

Acide cholique

+

Acide déhydrocholique

## EFFETS THÉRAPEUTIQUES DES TABLETTES ANABILE-CHO (Chobile)

- 1 L'acide déhydrocholique augmente la fraction aqueuse de la bile et nettoie les canaux biliaires.
- 2 Les sels biliaires naturels contenus dans les tablettes ANABILE-CHO augmentent la concentration de sels biliaires.
- 3 Du petit intestin 90% des sels biliaires purifiés et de 15% à 50% de l'acide déhydrocholique sont récupérés et retournent ensuite au foie par la veine porte.
- 4 Les sels biliaires naturels émulsionnent les graisses, facilitent la digestion et maintiennent l'équilibre aqueux du côlon par osmose.
- 5 Les tablettes ANABILE-CHO augmentent la sécrétion biliaire, empêchent le dépôt de cholestérol, combattent la stase biliaire et préviennent l'infection.

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLON ENVOYÉS SUR DEMANDE

Représentants exclusifs au Canada:

**HERDT & CHARTON, INC.,**  
207, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

*Communications:*

- L. Brull, A. Divry et D. Louis-Bar  
Physio-pathologie de la circulation rénale.
- J. C. Melendro (Soria, Espagne)  
Les hépatonéphrites chroniques.
- R. G. Ojeda (Santiago du Chili)  
Quelques aspects physiopathologiques des néphrites médicales et de l'hypertension artérielle.

## PATHOLOGIE PULMONAIRE.

*Rapports:*

- S. Björkman et E. Carlens (Stockholm)  
La fonction pulmonaire pendant le repos et l'exercice dans les maladies du poumon. Etudes bronchospirométriques.
- J. Heimbeck (Oslo)  
Les relations entre l'infection tuberculeuse et les maladies tuberculeuses.
- R. Kourilsky (Paris)  
Etiologie, formes cliniques et traitement des suppurations bronchiques.

*Communications:*

- M. R. Castex et E. R. Capdehourat (Buenos-Aires)  
Le traitement médical des kystes hydatiques du poumon.
- J. P. Migliaro (Montevideo)  
Physio-pathologie du contenu aéro-pulmonaire.

## PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE.

(Nouvelles méthodes de diagnostic et de thérapeutique)

*Rapports:*

- I. Chavez (Mexico)  
Nouvelles méthodes de diagnostic en cardiologie.
- L. Condorelli (Catania)  
Recherches sur la physio-pathologie de la circulation veineuse.
- M. Plotz (New-York)  
Relation entre le métabolisme lipidique et la pathologie artérielle.
- E. Warburg (Copenhague)  
Expériences de détermination de la pression dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux.

*Communications:*

- J. Gibert-Queralto (Barcelone)  
L'électrocardiographie intracardiaque gauche.
- E. Coelho (Lisbonne)  
Les nouvelles méthodes de diagnostic en cardiologie, notamment le cathétérisme intracavitaire.
- J. Lequime et H. Denolin (Bruxelles)  
Nouvelles méthodes de diagnostic des affections cardiaques. Application à l'étude des cardiopathies congénitales.

K. Saraçoglu (Istanbul)

Modifications électrocardiographiques au cours des intoxications, des narcoses et des chocs.

W. J. Kerr (San Francisco)

Syndrome postural avec obésité et emphysème pulmonaire aboutissant à une insuffisance vasculaire coronarienne et cérébrale.

R. Bay (Buenos-Aires)

Traitement des claudications intermittentes et des gangrènes des membres inférieurs par le carbogène.

G. Björck (Suède)

La signification sociale des maladies cardiovasculaires en Suède.

E. Nyman (Stockholm)

Un nouvel agent sympatholytique. Etude expérimentale et clinique.

M. Sokolow (San Francisco)

Electrocardiogramme unipolaire dans les maladies de cœur congénitales.

P. Cossio (Buenos-Aires)

Les ligatures veineuses dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique.

## MALADIES TROPICALES.

*Communications:*

- H. E. Shortt (Londres)  
Récents progrès dans nos connaissances sur le parasite de la malaria.
- A. Pareja C. (New Orleans, E. U. A.)  
A propos de l'amibiase.

## MALADIES ALLERGIQUES.

*Communication:*

- C. D. de Langen (Utrecht)  
Le rôle de l'histamine en pathologie.

## HÉMATOLOGIE.

*Rapports:*

- B. E. Hall (Rochester)  
Etudes sur la nature et l'origine du facteur intrinsèque de Castle.
- A. Kristenson (Stockholm)  
Nouvelle méthode de détermination du temps de coagulation du sang et ses résultats cliniques.
- N. G. Nordenson (Stockholm)  
La réponse cellulaire des cellules réticulo-endothéliales de la moelle osseuse.
- B. Gullberg (Suède)  
L'effet de l'uréthane dans les leucémies et myélomes.

VOUS CONNAISSEZ  
CES PRODUITS



VOICI  
MAINTENANT

# volugel

E.B.S.

QU'EST-CE  
QUE C'EST?

- 1 C'est un nouveau traitement colloïdal pour la constipation chronique, qui a pour but d'augmenter le volume.
- 2 C'est un mélange de méthylcellulose et de carboxyméthylcellulose qui produit une gelée volumineuse, encourageant ainsi un mouvement péristaltique normal et une évacuation alvine naturelle.
- 3 C'est une gelée non-antigénique, non-irritante qui n'est pas absorbée par la muqueuse intestinale.\*

PREUVES CLINIQUES

Tainter (1) constata qu'avec la méthylcellulose, les selles passaient facilement. Ni coliques ni crampes ne furent ressenties à la suite de l'administration de ce médicament. Schweig (2), dans une étude sur 37 patients pour évaluer l'efficacité de la méthylcellulose, constata que, dans 62% des cas, des selles normales, molles et volumineuses étaient passées au moins une fois par jour sans coliques, crampes ou ténésme. Dans 30% des cas, les résultats furent bons, le patient allant à la selle cinq fois ou plus par semaine.



PRÉSENTATION

- C. T. No 756, Volugel E.B.S., 0.5 Gm., en flacons de 100, 500 et 1,000.
- C. T. No 757, Volugel E.B.S. Plus Puissant, 0.5 Gm. plus 0.7 mg. du purgatif synthétique, Discétylphénolisatine, en flacons de 100, 500 et 1,000.

(1) Tainter, M. L.: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 54: 77 (1943)

(2) Schweig, K.: N. Y. State J. Med., 48, 1822 (1948)

Dépliant descriptif sur demande.

Ce produit est annoncé d'une façon intensive par des représentants qui se présentent chez les médecins avec des échantillons et de la documentation.



THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

AN ALL CANADIAN COMPANY . . . SINCE 1879

Représentants:

- M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q. — M. A. A. Summers, Morrisburg, Ont.  
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont St-Denis, Wolfesfield Park, P. Q.  
M. Léon Viens, 9510, rue Saint-Hubert, Montréal, P. Q. — M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.

*Communications:*

- F. Magrassi (Sassari)  
Les leucémies dans le cadre des maladies infectieuses à virus.
- G. Hetényi (Szeged)  
Recherches expérimentales sur les fonctions de la moelle osseuse.
- G. di Guglielmo (Naples)  
La maladie de Cooley.

## RHUMATOLOGIE.

*Rapports:*

- B. Olhogen (Stockholm)  
Effet *in vivo* de quelques inhibiteurs de l'hyaluronidase.
- A. Swenson et G. von Reis (Stockholm)  
Les injections intra-articulaires d'acide osmique dans les affections douloureuses.
- Communications:*
- F. H. Ramos (Montevideo)  
Cervico-céphalalgies aiguës et chroniques par arthropathies de l'articulation occipito-atloïdienne.
- Nanna Svartz (Stockholm)  
Agglutination avec des érythrocytes sensibilisés dans l'arthrite rhumatismale.

## MALADIES INFECTIEUSES.

*Rapport:*

- Pierre R. Lépine (Paris)  
L'ornithose: étiologie, symptomatologie et diagnostic.

*Communication:*

- Gorlitzer von Mundy (Knittelfeld, Autriche)  
Le traitement des porteurs de bacilles typhiques et paratyphiques.

## GASTRO-ENTÉROLOGIE.

*Communications:*

- H. C. Chang (Pékin)  
Le problème de l'ulcère peptique en Chine.
- G. Hetényi (Szeged)  
Influences neuro-humorales dans la genèse des ulcères.

## NEUROLOGIE.

*Rapport:*

- R. Garcin et Jean Lapresle (Paris)  
Les manifestations nerveuses des porphyrinuries.

## NUTRITION — AVITAMINOSES.

*Rapports:*

- B. Von Bonsdorff (Helsinki)  
Etudes sur la vitamine B<sub>12</sub>.
- G. Mouriquand (Lyon)  
Sur les avitaminoses inapparentes et les paravitaminoses.

- E. Martin (Genève)  
Etudes sur l'alcaptonurie.

*Communications:*

- S. Markees (Bâle)  
L'acide pyruvique dans différentes acidoses et sa régulation.
- A. B. Roy (Allahabad, Inde)  
Introduction à l'étude d'une nouvelle hormone de dégradation du cholestérol.
- Walter (Bâle)  
Etude du métabolisme des acides aminés par cathétérisme de la veine hépatique.

## SUJETS DIVERS.

*Communications:*

- J. Kleeberg (Jérusalem)  
Valeur et limitation de la réaction de Weltmann en médecine interne.
- T. K. Raman (Vizagapatam)  
La fluorose.
- A. V. S. Sarma (Madras, Indes)  
Nouvel essai d'étude des processus pathologiques et des possibilités thérapeutiques.

## ADHÉSION ET COTISATION

Le Comité d'Organisation prie tous les membres du Congrès de bien vouloir envoyer leur adhésion *avant le 1er août 1950 — date extrême* — au moyen du formulaire d'inscription ci-joint.

Les Membres de la Société Internationale de Médecine Interne sont priés de remettre leur adhésion, soit par l'entremise de leur Gouvernement ou de leur Association nationale, soit directement au Comité d'Organisation du Congrès, à l'adresse:

Professeur Justin-Besançon, secrétaire général,  
38, rue Barbet-de-Jouy, Paris 7<sup>e</sup>, France.

Seuls les Membres titulaires et les Membres d'honneur peuvent déposer des communications et des notes et prendre part aux discussions.

Les Membres associés et les Membres auditeurs sont admis dans les amphithéâtres (sans pouvoir prendre part aux discussions) et sont invités aux réceptions.

Les Membres des familles peuvent être inscrits comme Membres associés.

La cotisation au Congrès est fixée à 2.000 francs français pour les Membres titulaires et donne droit à la réception des publications du Congrès.

La cotisation pour les Membres associés est fixée à 1.000 francs.

Le paiement sera effectué directement, ou bien par chèque tiré sur une des banques de Paris au nom de:

Trésorier du Congrès International  
de Médecine Interne,  
Paris.

MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE, POLYVALENTE ET  
CHOLAGOGUE

# PEPTALMINE

(dragées et granulé)

FORMULE: Peptone de Viande et de Poisson  
Extrait de lait et Extraits d'œufs.  
Magnésie et Excipients.

INDICATIONS: Fortement recommandée dans le traitement des Migraines, Urticaires, Strophylus, Eczémas, Prurits, Troubles digestifs par assimilation déficiente, somnolence après les repas.

POSOLOGIE: Prendre, une heure environ avant chacun des trois repas, 4 à 6 dragées, soit à sec, soit de préférence avec un peu d'eau tiède. Enfants: demi-dose.

PRÉSENTATION: Flacons de 50, 500 et 1000 dragées. Granulé: boîte de 130 grammes.

Documentation et échantillon sur demande.

**HERDT & CHARTON, INC.**

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

● MONTRÉAL, P. Q.

# SULPHO-LAC

(pommade ne contenant aucun corps gras)

FORMULE: Soufre Colloïdal — Sulfure de Calcium  
Sulfate de Zinc — Glycérine.

INDICATIONS: Acné, Séborrhée huileuse, couperose, Lupus érythémateux, Dermites de cause vénéneuse.

MODE D'EMPLOI: En application locale le soir au coucher.

PRÉSENTATION: Pots de 1 oz. — 2 ozs — 4 ozs et 16 ozs.

Documentation et échantillon sur demande.

Représentants exclusifs au Canada:

**HERDT & CHARTON, INC.**

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

● MONTRÉAL, P. Q.

## CORRESPONDANCE.

Toute correspondance devra être adressée au Comité d'Organisation du 1er Congrès International de Médecine Interne:

Professeur Justin-Besançon,  
38, rue Barbet-de-Jouy, Paris 7e.

### SUBVENTION FÉDÉRALE À LA LIGUE ANTITUBERCULEUSE DE MONTRÉAL

L'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social annonce qu'une subvention fédérale à l'hygiène aidera la Ligue Antituberculeuse de Montréal à faire des examens radiographiques dans 21 comtés de la région.

Les examens radiographiques qui atteignent un grand nombre de personnes, déclare M. Martin, demeurent toujours l'un des moyens les plus sûrs de dépister la tuberculose et, depuis un grand nombre d'années, la Ligue Antituberculeuse de Montréal a accompli un remarquable travail dans ce domaine. La subvention fédérale permettra à la Ligue d'acheter une nouvelle unité radiographique mobile avec remorque. Elle pourvoiera aux salaires de deux infirmières techniciennes et de tout autre personnel requis pour l'exploitation permanente de cette unité.

La nouvelle clinique tiendra ses séances dans les comtés suivants: Labelle, Terrebonne, Argenteuil, Deux-Montagnes, Vaudreuil, Soulanges, Laval, L'Assomption, Montcalm, Richelieu, Saint-Hyacinthe, Verchères, Rouville, Iberville, Huntingdon, Château-guay, Beauharnois, Napierville, Laprairie, Saint-Jean et Chambly. Durant les mois d'été, trois des unités mobiles de la Ligue fonctionneront dans des centres moins accessibles. Pendant les autres saisons, on fera des examens dans les villes et villages proches de Montréal.

M. Martin fait remarquer que c'est là la deuxième subvention que reçoit la Ligue Antituberculeuse, depuis l'inauguration, il y a deux ans, du Programme national d'hygiène. Les fonds accordés l'an dernier ont aidé la Ligue à donner plus d'ampleur aux examens qu'elle a tenus à Montréal, où elle espère radiographier 300.000 personnes par année.

Cette subvention à la Ligue, qui dépasse \$42 300, a été recommandée par l'hon. docteur J.-H.-A. Paquette, ministre québécois de la Santé, et est prise sur le montant de \$1.400.000 et plus mis annuelle-

ment à la disposition de la province de Québec, en vertu du plan fédéral de santé, pour l'extension de la lutte antituberculeuse.

### FAITES-VOUS VACCINER CONTRE LA TYPHOÏDE

#### En vacances, prenez garde à la typhoïde.

Au cours des trois prochains mois, la typhoïde fera de grands ravages dans notre population, surtout chez les gens qui visitent nos plages et les régions éloignées chères aux villégiateurs. Chaque année, durant la période estivale des vacances, la typhoïde fait de nombreuses victimes. Si l'on tient compte du fait que cette maladie dure en moyenne six semaines, exige trois mois de convalescence et cause une faiblesse générale dont on ne revient qu'au bout de 5 ou 6 autres mois, il paraît infiniment plus sage de prendre toutes les mesures propres à l'éliminer. La typhoïde est éminemment contagieuse. Par conséquent, si vous allez à la campagne ou dans une agglomération dont vous ne connaissez pas l'état sanitaire, soyez prudents. Sachez d'abord quelle est, en cet endroit, la qualité de l'eau et du lait. Si l'eau provient d'un aqueduc approuvé par les services d'hygiène ou d'un puits protégé contre toute contamination, vous pouvez l'utiliser. Si vous n'avez pas la certitude absolue que l'eau est bonne, saine, que ce soit pour boire, pour les soins de la bouche ou pour la cuisine, vous ne devez jamais vous en servir sans l'avoir fait bouillir. Tels sont les conseils que donnent les hygiénistes du ministère provincial de la Santé.

Quand vous buvez du lait, soyez sûr qu'il a été pasteurisé ou pasteurisez-le vous-même en le faisant bouillir trois minutes à gros bouillons. N'absorbez jamais un lait non identifié. Le fromage de type canadien doit mûrir au moins 90 jours. Assurez-vous de son âge avant d'en manger ou d'en offrir à vos enfants, chaque portion doit porter la date de fabrication.

N'acceptez jamais d'aliments — mollusques en particulier — à moins qu'ils ne proviennent d'un établissement où l'on respecte les préceptes de l'hygiène. Craignez les mouches comme la peste. Enfin, faites-vous vacciner contre la typhoïde à l'avance, soit plusieurs semaines avant votre départ et vous passerez vos vacances dans une plus grande sécurité. Vos enfants seront mieux protégés. Vous serez moins inquiets.

Traitement  
Triple  
dans la



DIARRHÉE

(spécifique et non spécifique)

# Creמושидине

Suspension de

1 Succinylsulfathiazol *Sulfasuxidine*, 10.0%

2 Pectine, 1.0%

3 Kaolin, 10.0%

SHARP  
& DOHME

La diarrhée constitue un problème d'importance majeure.  
"C'est l'un des plus communs symptômes de maladie chez l'être humain."\*

Cette affection est une menace réelle, car, aux Etats-Unis, on lui attribue environ 1% des décès rapportés. En 1946, dans dix Etats du Sud, on a signalé que la diarrhée était responsable de plus de décès que n'en ont causé ensemble la typhoïde, la fièvre scarlatine, la coqueluche, la diphtérie, la malaria, la rougeole et la poliomyélite!\*

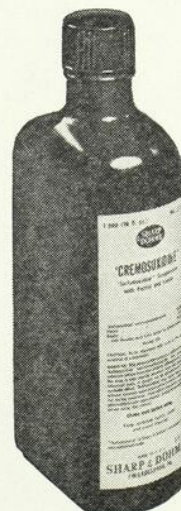
*Creמושидине* est d'un goût agréable, elle est remarquablement efficace pour enrayer les diarrhées spécifiques et non spécifiques.

Cette préparation offre une triade nouvelle: la *Sulfasuxidine* puissant agent bactériostatique, peu ou point toxique; la *pectine* détoxicante, et le *kaolin* adsorbant et protecteur. On peut administrer la *Creמושидине* dans la dysenterie bacillaire, la paradysenterie, la salmonellose, la diarrhée du nouveau-né et la diarrhée dite "d'été".

La suspension *Creמושидине* se vend en flacons *Spasaver* de 16 onces.

Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 13, Ontario.

\*Gray, A. L., Southern Med. J. 43:320, avril 1950



## REVUE DES LIVRES

---

**The Merck Manual** — huitième édition. Vol. de 1600 pages. Publié par Merck & Co., Inc., Rahway, N. J., 1950. — \$4.50.

Ce volume contient dans ses 1600 pages de texte une matière excessivement abondante qui couvre d'une façon concise pratiquement toute la médecine. Ce qu'il offre ne tend qu'à un seul but, celui d'être utile et pratique. Les chapitres de pathologie sont divisés selon les affections ou maladies des différents appareils, systèmes ou spécialités. L'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement sont exposés brièvement sans délayage, mais de façon à ce que les notions actuelles, les plus récentes incluses, concernant chaque sujet, y soient mentionnées. Les plus dernières découvertes y sont mises à contribution: antibiotiques, cortisone, vitamine B<sub>12</sub>, ACTH, allergie, antihistaminiques, déficiences en nutrition, pathologie radio-active y compris les phénomènes réactionnels dus à la bombe atomique, etc. Chaque chapitre est suivi d'un formulaire des plus communes thérapies employées contre le groupe des affections qu'il traite.

En dernière partie de l'ouvrage, sont exposées des techniques d'examen courants de laboratoire, ceux qui peuvent être effectués par le praticien lui-même, les diètes les plus employées, certains soins à appliquer aux maladies relevant autant de l'infirmière que du médecin et d'usage courant dans les salles d'hôpitaux, les méthodes pré et post-opératoires.

Ce volume d'un format pratique, solidement relié, d'un texte en caractères de 8 points, imprimé sur du papier très mince, est un condensé encyclopédique de la pathologie, d'un type éminemment utile. Cette compilation de faits et de notions, à jour et très au point, qu'on peut consulter, de par la disposition de la matière, le plus facilement possible, sera d'un précieux secours au praticien qui le consultera tous les jours, et nous lui recommandons ce manuel sans aucune restriction au point de

vue scientifique, mais avec cette remarque que, étant un ouvrage américain, il est forcément écrit en langue anglaise.

Nous félicitons la Maison Merck d'avoir pu éditer un tel manuel, si complet et si approprié sur le plan scientifique et pratique. L'exercice de la médecine en sera sûrement très bénéficiaire.

Roma AMYOT.

---

Guido CALDEROLI, professeur honoraire à l'Ecole de Médecine de Bergame. — **Le trincee cliniche della tonsillectomia. Riflessi sociali della tonsillectomia.** Un volume de 77 pages, avec 30 figures. — Tipografia Carrara, Bergamo, Italia, 1949.

*Nouvelle figure biologique:  
l'amygdalectomisé.*

L'ablation des amygdales, comme toutes les interventions au niveau de l'anneau de Waldeyer, détermine une altération humorale neuro-végétative dans l'organisme.

Selon la théorie de Fiamberti, il y aurait dans le système nerveux des opérés de l'amygdale, une déficience marquée d'acétylcholine; et dans le même ordre d'idées, Ghessa Halasz soutient qu'au niveau des amygdales on trouverait une hormone vaso-dilatatrice, genre choline, antagoniste de l'adrénaline, produisant un équilibre physiologique vaso-dilatateur-vaso-constricteur, qui rappelle celui de l'insuline-adrénaline.

Du volume *Vitaminologia-Vitaminoterapia*, nous extrayons le fait suivant, à savoir: ...« il faut nous souvenir... que les amygdales semblent être des organes d'élaboration de la vitamine C, et non seulement un récipient pour cette dernière... » Et Leonardelli, dans *Archivio Italiano di Otologia* poursuit: « L'amygdale, après l'appendice, est l'organe qui contient le plus d'histamine. » Et finalement, dans le *Corriere d'Informazioni*, nous lisons:



"LE FRÉNATEUR DU VAGUE"

# VAGO-FRENAL

Chaque comprimé contient:

- Boro-potassium tartrate .... 0.20
- Phénobarbital ..... 0.05
- Extrait de hyocymus ..... 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 Mexyl, Genève, SUISSE.

Représentants exclusifs pour le Canada: **HERDT & CHARTON, INC.** 2027, Ave. du Collège McGill Montréal

«La thérapeutique des maladies du foie a atteint un pont décisif cette année, avec la découverte que la méthionine et la choline nous faisons remarquer, en effet, que chez sont les protectrices de la cellule hépatique.» nombre d'opérés de l'amygdale, nous retrouvons une insuffisance hépatique bien évidente. La biochimie parviendra-t-elle un jour à donner le coup de grâce à l'amygdalectomie en série?

Selon nous, l'amygdalectomisé est une figure bien caractérisé et bien typique, qui correspond à une réalité; pour acquérir la connaissance de cette réalité, il fallait nécessairement créer des opérés, et Dieu sait si le siècle présent en a produit. Après l'amygdalectomie, le patient dans son nouvel équilibre neuro-hormonohuméral présente des phénomènes morphologiques et physio-psychiques semblables à ceux que nous trouvons chez le castrat. Après l'amygdalectomie, comme après la castration, le sujet n'est plus ce qu'il était auparavant. Dans les deux, si l'opération est pratiquée dans le jeune âge, nous serons bientôt en présence d'un arrêt psychique, ce qui représente une mutilation, non seulement du corps, mais aussi de l'intelligence. Ces deux mutilations, l'amygdalectomie et la castration, surtout chez les jeunes, ont une répercussion profonde sur les diverses fonctions, sur la constitution même, comme sur l'anatomie, du système nerveux végétatif. Comme nous avons le castré précoce (eunuque) et le castré tardif, nous aurons également l'amygdalectomisé précoce et le tardif. Evidemment l'opération précoce sera plus lourde de conséquences et provoquera souvent l'infantilisme.

*Voici les troubles les plus évidents:*

1. Trouble des fonctions psychiques: altération du caractère, mémoire, courage, volonté, jugement, critique, etc.

2. Trouble de l'instinct de reproduction et de conversation, de son droit, de défense, d'agression.

3. Troubles des fonctions de la vie végétative: sommeil, thermorégulation, la soif, la faim, etc.

4. Troubles de la statique: vertiges, hypotonie musculaire, et troubles des sens: diminution de l'acuité visuelle, etc.

Le résultat bio-clinique de l'opération pour plusieurs patients est nul, c'est-à-dire qu'ils ont encore leurs mêmes maladies: néphrites, cardiopathies ou toute autre préexistante, et en plus ils sont privés de leurs amygdales, avec les multiples conséquences fâcheuses que nous venons d'énumérer.

...Ainsi l'avenir du patient et de la race est en jeu...

Voici pour terminer les critères que nous suivons dans cette importante question de l'intervention au niveau des amygdales.

1. Règle générale: l'ablation des amygdales est contre-indiquée chez les enfants et les adolescents.

2. Les affections amygdaliennes, en grande majorité guérissent facilement avec le temps... et les médicaments.

3. Dans certains cas particuliers, on peut procéder à l'ablation partielle de l'amygdale, soit un cinquième ou un quart de l'organe. Ainsi on conserve l'amygdale, et avec elle sa fonction, tout en éliminant la partie lésée.

4. L'ablation totale ne sera pratiquée qu'après examen sérieux des lésions véritables, et encore faudra-t-il prévenir les parents des conséquences possibles et éventuelles.

5. Les végétations adénoïdes devront être enlevées avec circonspection pour prévenir les troubles de la mémoire.

L'école russe est encore plus radicale que nous à ce sujet. Le professeur Zytowitchs (directeur de l'Institut de physiologie des voies aériennes supérieures de Saratow) conclut ses importants travaux dans ce domaine, de la façon suivante: « En se basant sur les recherches expérimentales et cliniques, nous prétendons que l'amygdalectomie doit être réservée aux cas sérieux spéciaux, et qu'elle ne doit pas être pratiquée lorsqu'il s'agit d'affections banales des voies respiratoires supérieures. »

Paule LADOUCEUR,  
Hôp. de l'Enfant-Jésus (Québec).

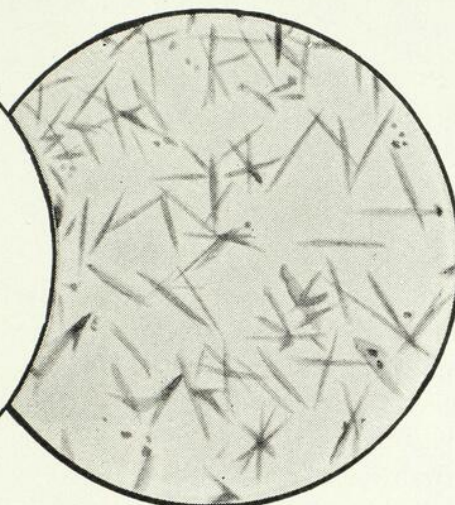
# VITAMINE B<sub>12</sub>

## B. D. H.

Un  
principe  
érythropoïétique du foie

### ANACOBIN

Une solution de  
Vitamine B<sub>12</sub> pure,  
cristallisée



## À EMPLOYER lorsqu'il y a hypersensibilité aux extraits hépatiques

On a partout observé que la vitamine B<sub>12</sub> ne provoquait pas de réactions allergiques ou d'hypersensibilité. Un cas d'extrême hypersensibilité aux extraits de foie a été rapporté (Lancet, 1949, 1: 1119), dans lequel l'emploi d'Anacobin B.D.H. n'a causé aucun effet secondaire.

L'Anacobin est conséquemment recommandé dans le traitement de l'anémie pernicieuse, surtout chez les malades hypersensibles aux extraits de foie. On l'emploie égale-

ment pour ses vertus de "tonique" général.

L'Anacobin est offert en ampoules de 1 millilitre contenant chacune 15 microgrammes de vitamine B<sub>12</sub> pure, cristallisée en solution saline.

*Présenté en boîtes de 6, 25 et 100 ampoules.*

## THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED

TORONTO

CANADA

L. SABADINI, professeur de clinique urologique à la Faculté de Médecine d'Alger, chirurgien de l'hôpital de Mustapha, membre de l'Académie de chirurgie. — **Chirurgie de l'urètre.** Un volume de 376 pages, avec 411 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1950.

L'auteur présente les résultats de sa pratique personnelle, les observations et réflexions suscitées par son expérience journalière de la chirurgie de l'urètre, qui l'ont amené à proposer des modifications aux règles classiques de cette chirurgie.

« Notre isolement total, et pendant des années, du monde scientifique, nous obligea, faute de lectures, donc de « pensée dirigée », à penser un peu plus par nous-même, à réfléchir, à méditer. Et l'on fut tout surpris de constater l'absolutisme intangible de certains de nos grands dogmes urologiques, cause de stagnation; leur inertie évolutive, malgré la poussée formidable des acquisitions biologiques modernes. Conséquence probable de notre « pensée par trop dirigée », de notre respect, un peu trop « acritique », des traditions et de nos maîtres. » C'est ainsi que sont nées, après une expérimentation étendue, différentes modifications et certaines adjonctions à ces règles classiques.

Il ne saurait en conséquence être question de mises au point ou de revue générale. Il s'agit avant tout d'une étude personnelle: l'auteur n'envisage d'ailleurs que les chapitres de la chirurgie urétrale dont il a une expérience étendue. Toute l'iconographie (411 figures) est personnelle.

#### *Divisions de l'ouvrage*

Considérations anatomiques, pathologiques, chirurgicales. Les explorations de l'urètre. Notions concernant les urétrographies d'urètres normaux. — Les ruptures traumatiques de l'urètre (contusions de l'urètre). — Plaies de l'urètre. — Les séquelles de la circoncision chez les Musulmans algériens. — Les complications chirurgicales de l'urétrite blennorragique. — Les péri-urétrites aiguës. — Les séquelles des péri-urétrites aiguës. — Les fistules périnéales. — Calculs de l'urètre. — Urétrocèles. Diverticules de l'urètre. — Le cancer de la verge.

Marcel-J. DALLEMAGNE, chargé du cours de Biochimie à l'Institut Supérieur d'Éducation physique de l'Université de Liège. — **Aspects actuels de l'anesthésiologie.** Un volume de 462 pages, avec 71 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Anesthésiologie est un terme créé récemment pour élargir la conception classique d'anesthésie et l'étendre à ce qui précède et à ce qui suit celle-ci. Il comprend toute l'activité de l'anesthésiste qui, à côté de la narcose, son champ d'action principal, pose l'indication du mode d'anesthésie, s'occupe de la préparation du patient et suit celui-ci après l'intervention en collaborant avec le chirurgien dans toutes les phases de la thérapeutique du malade.

Cet ouvrage fait le point sur ce qui s'est édifié au cours des huit dernières années dans le domaine de cette nouvelle discipline.

L'auteur s'est proposé un triple but. Le premier, purement didactique, a été de fournir aux étudiants du doctorat un guide d'anesthésiologie complet et à jour. Le second but est d'ordre plus purement scientifique. L'auteur a collationné l'essentiel des résultats obtenus pendant ces huit années, en donnant des références bibliographiques qui permettront à celui qui engage des recherches dans l'un ou l'autre chapitre de l'anesthésiologie, de remonter facilement à la source. Enfin, l'auteur s'est proposé un troisième but, « humanitaire », dit-il, qui est de convaincre tous les chirurgiens de la nécessité d'abandonner l'usage de l'anesthésie par le chloroforme.

#### *Divisions de l'ouvrage*

1. *Bases expérimentales de l'anesthésie générale.* Mécanisme de l'anesthésie. Les anesthésiques généraux. Physio-pathologie des anesthésiques. Le choc et l'anesthésie. Le métabolisme des anesthésiques. L'anesthésie électrique. Les adjuvants de l'anesthésie. Action anesthésique des hormones stéroïdes. — 2. *Applications cliniques de l'anesthésie générale.* Phases et signes de l'anesthésie. Indications et contre-indications des anesthésiques. La préanesthésie. Méthodes d'administration des anesthésiques. Le curare en clinique. Postanesthésie. Les analeptiques. Pharmacodynamie de l'anhydride carbonique. Oxygénothérapie. Les incidents graves de l'anesthésie. — 3. *L'anesthésie locale.* Généralités. La physiologie des anesthésiques locaux. Physio-pathologie des anesthésiques locaux. Applications cliniques des anesthésiques locaux. Anesthésie par le froid.

**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 pour le Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE**, 200, rue Vallée, Montréal.

LES LABORATOIRES CH. COUTURIEUX — 79, RUE DE TOCQUEVILLE — PARIS

*présentent un nouveau produit qui***ZYMOCALCIUM**

COMPLEXE ORGANO-MINÉRAL

●  
 PHOSPHATE TRICALCIQUE  
 PHYTATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM  
 LÉCITHINE — LEVURINE COUTURIEUX  
 (apport de vitamine B complexe)

●  
6 à 8 capsules par jour●  
Agents au Canada:  
Laboratoires Jean Olive  
200, rue Vallée, Montréal.
  
*Assure l'assimilation du Calcium*
  
*Relève et maintient  
le taux de la calcémie à la normale*
  
*Ne s'accumule pas*
  
**ZYMOCALCIUM**

COMPLEXE ORGANO-MINÉRAL.

# *le problème consistait . . .*

**À OBTENIR UN ANALGÉSIQUE NEUTRE ET SOLUBLE SOUS FORME DE COMPRIMÉ**

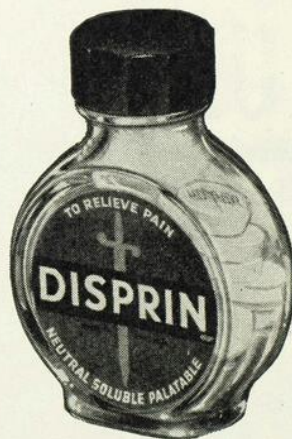
L'acétylsalicylate de calcium offre,  
en thérapeutique, des avantages  
que la littérature médicale a maintes fois soulignés.

Substance acide et peu soluble, l'acide acétylsalicylique est susceptible d'irriter la muqueuse gastrique. L'acétylsalicylate de calcium pur, au contraire, est très soluble et classé comme sel neutre, mais c'est un composé instable, et la science pharmacologique a longtemps recherché le moyen de le présenter sous la forme d'une préparation pure, stable et agréable au goût.

Le DISPRIN a enfin résolu le problème qui consistait à donner à l'acétylsalicylate de calcium la forme d'un composé stable et d'une saveur agréable.

Le DISPRIN possède toutes les précieuses qualités de l'acide acétylsalicylique: propriétés analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismales. De plus, comme il est soluble, il s'absorbe plus vite et son action thérapeutique est par conséquent plus rapide. Le DISPRIN offre donc à la fois les avantages de l'acide acétylsalicylique et de l'acétylsalicylate de calcium, sans présenter les inconvénients qui limitaient auparavant l'utilité de ces deux préparations. En mettant du DISPRIN dans l'eau on obtient aussitôt une solution remarquablement neutre, stable et agréable au goût.

soluble, agréable au goût,



franchement neutre

acétylsalicylate de calcium

Reckitt & Colman (Canada) Limited, Division des produits pharmaceutiques, Montréal

Toutes les Indications de  
l'IODE et des IODURES



ODOGÉNOL  
PÉPIN

Pas d'Iodisme

AGENT GÉNÉRAL: J. EDDÉ L<sup>re</sup> - MONTRÉAL

*De nouveau à la disposition du corps médical canadien*

# CYSTOCONES

Suppositoires

*Cyclopenténylallylmalonylurée associée à son sel d'Ephédrine et à la Belladone totale.*

MÉDICATION DES ALGIES ET DES SPASMES DOULOUREUX DE  
L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

**Prostate - Vessie**

DÉCONGESTIONNANT LOCAL — SÉDATIF GÉNÉRAL  
ASSURE LE REPOS NOCTURNE

*Elimination rapide permettant des cures prolongées sans aucun effet  
d'accoutumance.*

Boîtes de 6, et boîtes de 18 suppositoires

Laboratoires SITSA, Paris, France

J. EDDÉ Limitée, 1154 Beaver Hall Sq., Montréal, Agent général pour le Canada.

Libby, McNeill & Libby of Can. Limited  
Journaux médicaux.

## EXTRAITS D'UNE REVUE DES ÉTUDES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR LES VALEURS NUTRITIVES DES FRUITS, LÉGUMES ET CÉRÉALES HOMOGENÉISÉS DANS L'ALIMENTATION DES BÉBÉS.

Par le Dr John A. KILLIAN, Ph.D.

Première partie

Libby, McNeill et Libby ont introduit un principe nouveau dans la préparation des nourritures pour bébés — l'homogénéisation des fruits, légumes et céréales. Il s'agissait de rendre les aliments protecteurs plus digestibles et d'en faciliter l'assimilation de façon à permettre leur utilisation en toute sécurité dans l'alimentation des nourrissons à qui l'âge ne permet pas encore d'assimiler les purées de légumes. Pour cette innovation dans la préparation des aliments protecteurs pour l'alimentation des nourrissons, Libby, McNeill et Libby se sont guidés sur les directives des principales autorités en fait de nutrition infantile. Ces principes se trouvent résumés dans l'axiome énoncé par le Dr W. McK. Marriott: "Il ne faut pas s'attendre à ce qu'un aliment, bien que complet, fournisse les éléments nutritifs voulus à moins qu'il ne soit utilisable par l'enfant. Autrement dit, tout aliment doit être digestible, assimilable et incapable d'effets nocifs."

Cette revue résume les renseignements accumulés depuis 7 ans alors que les laboratoires Killian, et d'autres chercheurs travaillant en collaboration avec ces laboratoires, firent de nombreuses séries d'études analytiques et biologiques ainsi que d'essais d'alimentation clinique. Ces essais visaient tout d'abord à fournir une évaluation pratique des valeurs diététiques comparatives dans l'alimentation des

nourritures homogénéisées d'une part, et, d'autre part, des purées soit de préparation commerciale, soit domestique.

L'HOMOGENÉISATION, telle qu'appliquée à la préparation des aliments pour bébés par Libby, produit les effets suivants:

- a) elle fait éclater les cellules végétales et triture les grosses particules;
- b) elle distribue uniformément en petites particules sous forme d'émulsion dans toute la masse de nourriture l'aliment nourrissant digestible;
- c) elle augmente de beaucoup la surface des aliments digestibles pour faciliter leur contact avec les enzymes digestifs;
- d) elle transforme les fibres végétales épaisses en une masse douce uniformément répartie.

On peut démontrer ces changements dans la composition physique des fruits, légumes et céréales par l'homogénéisation en examinant les aliments au microscope. Il y a un dossier de plusieurs séries de photomicrographes qui donnent une preuve convaincante des modifications apportées à la structure physique par l'homogénéisation.

(A suivre)

Laboratoires Ch. Couturieux, 79, Rue de Tocqueville, Paris.

**FURONCULOSE**

•  
**ABCÈS**

•  
**ANTHRAX**

•  
**ACNÉ**

•  
**FOLLICULITES**

•  
**ORGELETS**

•  
**OSTÉO-MYÉLITE**

*Les comprimés glutinisés de*

**GLÉSION**

*agissent...*

**dans les cas rebelles de FURONCULOSE  
et les diverses infections staphylococciques**

**FORMULE:**

Levure de Bière (extrait sec.) 0 gm. 17  
Étain colloïdal . . . . . 0 gm. 07  
Extrait sec de bardane . . . . . 0 gm. 08  
Soufre colloïdal . . . . . 0 gm. 04

**TRAITEMENT DE CHOC:**

15 à 20 comp. par jour toutes les  
4 heures.

Entretien: 4 à 8 par jour.

Agents pour le Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE**, 200, rue Vallée, **MONTRÉAL**

Ethers éthylique et butylique de l'acide paraaminobenzoïque — résorcine — oxyquinoléine — oxyde de zinc.

**ANESTHÉSIE SUPERFICIELLE**

par simple contact

**POMMADE**

**NESTOSYL**

Laboratoire P. Baude  
72, rue Saint-Dominique, Paris

Agents au Canada:  
**LABORATOIRES JEAN OLIVE**  
200, rue Vallée, — **Montréal**

**PRURITS, engelures, gerçures, crevasses, brûlures,  
ECZÉMAS, hémorroïdes, ulcères variqueux, escarres,  
crevasses du sein, dermatites infantiles**

Anesthésiques insolubles et non toxiques - cessation immédiate de la douleur sur les tissus lésés et toutes muqueuses

Autres formes: SOLUTION HUILEUSE 5%—OVULES—SUPPOSITOIRES



## Quel lait prescririez-vous aux nourrissons ?

NATURELLEMENT, vous choisiriez un lait que vous connaissez... une marque digne de confiance.

Et CARNATION, pour protéger votre recommandation, offre la sécurité, l'uniformité et la valeur nutritive à un degré très élevé.

CHAQUE GOUTTE de Lait Carnation est fabriquée avec une "précision d'ordonnance". C'est pourquoi vous pouvez avoir entière confiance en ses qualités. Le Lait Carnation est évaporé, homogénéisé, sa teneur en vitamine D est élevée, et il est stérilisé sous surveillance rigoureuse. Des épreuves incessantes et une inspection vigilante constituent votre garantie que chaque boîte portant l'étiquette Carnation répond aux plus grandes exigences de la profession médicale.

Un Produit Canadien

RIEN D'ÉTONNANT à ce que des relevés démontrent que *plus de nourrissons sont nourris au Lait Carnation qu'à toute autre marque de lait évaporé*. C'est la *marque de lait* que vous pouvez prescrire avec confiance — tous les jours, l'année durant.

*Le Lait Evaporé Carnation est un lait qui convient particulièrement pour l'alimentation des nourrissons, de même que pour les régimes spéciaux.*



**Le Lait Que Tout Médecin Connait**

*"Provenant de vaches bien nourries"*

# Avec les années, les lames **RIB-BACK B-P**

en sont venues à avoir  
une signification  
propre pour le  
**CHIRURGIEN**



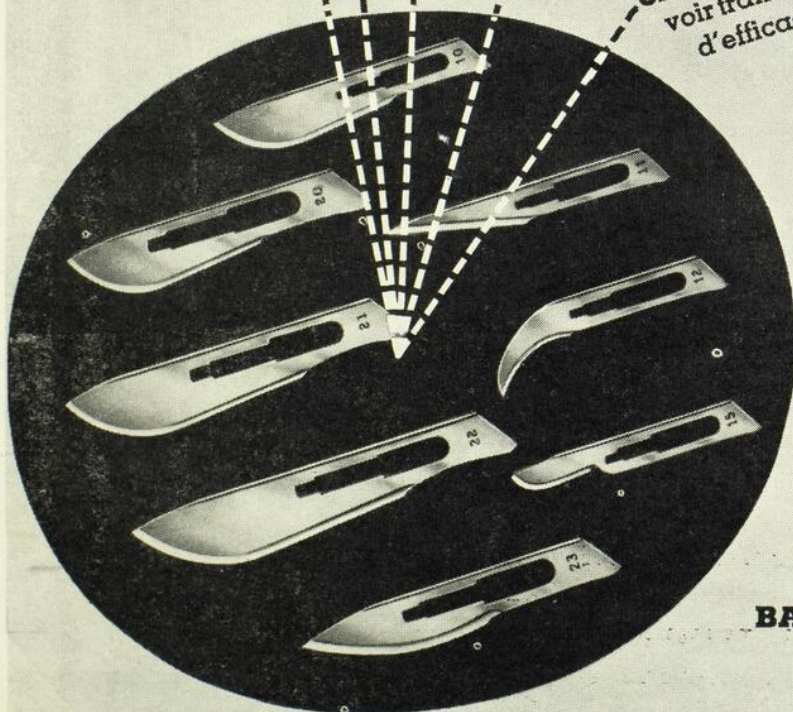
**UNE LAME RIB-BACK B-P** a son caractère propre, bien à elle.

**UNE LAME RIB-BACK B-P** a un pouvoir tranchant uniforme sur toute la longueur de son taillant.

**UNE LAME RIB-BACK B-P** possède une caractéristique exclusive: le RIB-renfort, qui ajoute à sa force et à sa rigidité.

**UNE LAME RIB-BACK B-P** possède le degré exact de rigidité le plus capable de résister à la pression latérale.

**CHAQUE LAME RIB-BACK B-P** assure un pouvoir tranchant atteignant au plus haut degré d'efficacité.



La compagnie Bard-Parker ne considère pas que la vente des LAMES RIB-BACK B-P constitue la fin d'une transaction, mais au contraire, elle estime que c'est là le début d'une obligation, partagée également par le fabricant et le fournisseur, d'offrir à l'acheteur la quintessence même de la fabrication de ces lames.



Demandez-les à votre fournisseur

**BARD-PARKER COMPANY, INC.**  
Danbury, Connecticut

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.

Les médecins sont cordialement invités à venir consulter et feuilleter les nombreux nouveaux ouvrages de médecine, qui sont envoyés chaque mois au secrétariat du Journal. On pourra prendre connaissance de ces volumes à: 326 est, boul. Saint-Joseph — 9 heures a.m. à 5 heures p.m.

## LA PERCEPTION sans perte de dignité personnelle

Les patients délinquants ont besoin d'un aide-mémoire amical et coopératif. Notre méthode insiste sur la responsabilité morale et nous ne faisons jamais de menaces.

Des résultats sont obtenus sans créer d'hostilité.

Essayez notre méthode.

**Prêtez-nous, aujourd'hui même, vos comptes en souffrance.**

**BUREAU DE REVISION PROFESSIONNEL**

1466, rue Drummond,  
Montréal 25, P. Q.

COMPRIMÉS

# TRI - S U L F A

SODIUM BICARBONATE

ASSOCIATION RATIONNELLE DES SULFAS.

CRISTALLISATION ET CALCUL RÉNAL ÉVITÉS PAR L'ALCALINISATION DE LA FORMULE:

Aussi TRI-SULFA  
en suspension  
contient  
0.30 gram.  
par cuillerée à thé.

**SULFATHIAZOLE**  
**SULFAMÉRAZINE**  
**SULFADIAZINE**

0.50 gram. du mélange par comprimé.

Aussi TRI-SULFA  
sans bicarbonate, à 0.50 gram.  
par comprimé et  
0.30 gram. par comprimé  
pour enfant.

**La Cie CANADA DRUG CO., Montréal**

# Les Aliments en Boîtes comme Source de Fer

Une autre annonce de la série résumant les constatations faites  
par les autorités en matière de recherches  
sur la nutrition et concernant les aliments en boîtes.

Le fer exerce plusieurs fonctions physiologiques vitales dans le corps humain. (1) Le rôle certainement le plus connu, tout en étant le plus important, est la formation de l'hémoglobine que contient le sang et qui transporte l'oxygène.

Une insuffisance de fer dans l'alimentation peut produire un type défini d'anémie due à l'incapacité des organes de produire une quantité adéquate d'hémoglobine. (2) Ce genre d'anémie n'est pas rare chez les bébés, ou chez les individus plus vieux

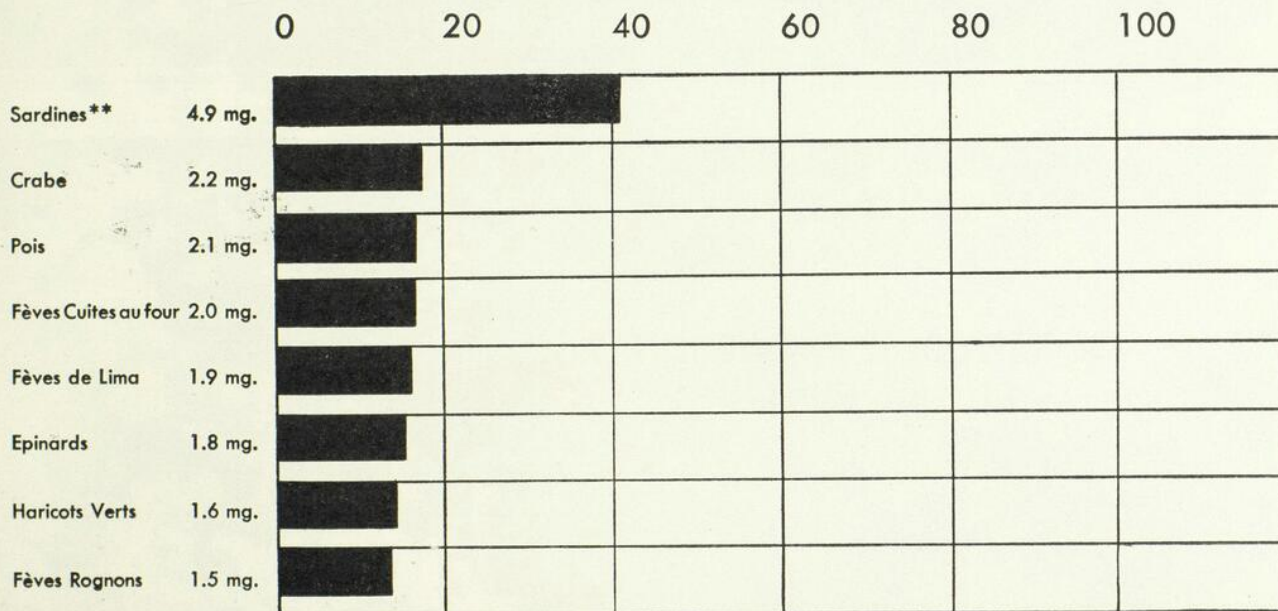
pendant les époques de la vie où le corps demande une quantité de fer beaucoup plus élevée.

Heureusement, avec une alimentation intelligemment équilibrée, une personne normale peut obtenir facilement la quantité de fer nécessaire. (3) Les meilleures sources de ce minéral sont les viandes, poisson, légumes, légumes verts.

Un certain nombre d'aliments en boîtes, comme l'indique le tableau ci-dessous, contribuent à fournir plus de dix pour cent de la quantité quotidienne de cet élément nutritif essentiel.

## POURCENTAGE RECOMMANDÉ QUOTIDIENNEMENT\* EN (4) PORTIONS DE 4 ONCES (113 GRAMMES)

(Basé sur l'analyse du contenu entier des boîtes)



\*Pourcentage basé sur les Quantités Recommandées Quotidiennement — 12 mg.  
pour un homme fournissant un effort physique — National Research Council

\*\*Saumure ou huile enlevée

(1) 1946 Chemistry of Food and Nutrition. H. C. Sherman. Page 283. MacMillan, New-York.  
(2) 1939. The New Knowledge of Nutrition. E. B. McCollum, E. Orent-Keiles, et H. G. Day. Page 211. MacMillan, New-York.

(3) 1948. Recommended Daily Dietary Allowances. Page 9. National Research Council, Washington, D.C.  
(4) 1947. Canned Food Reference Manual. Page 237. American Can Company, New-York.



### AMERICAN CAN COMPANY

KENTVILLE • MONTRÉAL • TORONTO • HAMILTON • WINNIPEG • VANCOUVER

# BETAGEN

## VITAMINE B COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

### PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B<sub>1</sub>  
(chlorure de Thiamine)  
Riboflavine  
avec les autres facteurs de la  
Vitamine B complexe  
B<sub>2</sub>, B<sub>4</sub>, B<sub>5</sub>, B<sub>6</sub>  
Lécithine d'œufs  
Avénine

Glycérophosphates  
de Sodium  
de Calcium  
de Potassium  
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

## Tonique et Aliment Nervin

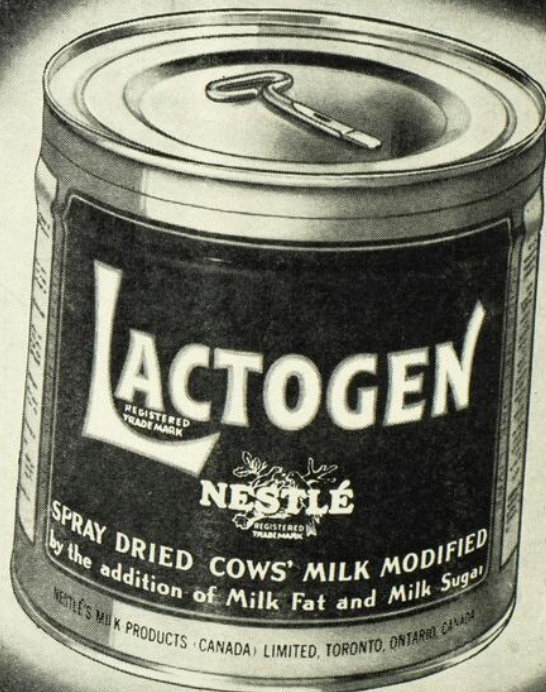
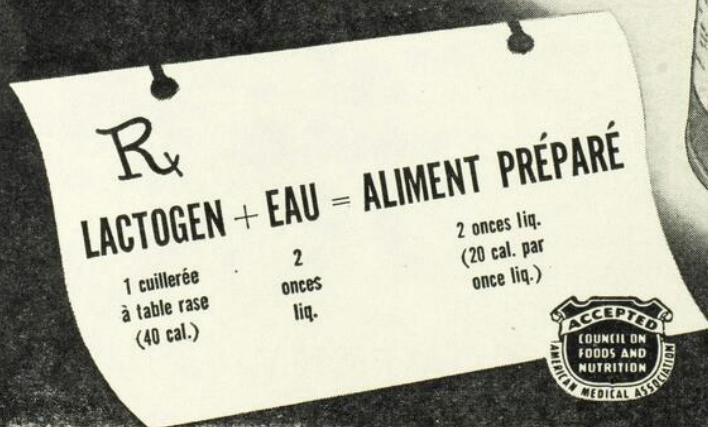
Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie  
Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.  
Déséquilibre nerveux.

Saveur agréable — Tolérance parfaite.

La Cie **CANADA DRUG CO.**, Montréal

# LACTOGEN<sup>®</sup>

SE RAPPROCHE ÉTROITEMENT  
DU LAIT HUMAIN



LA PUBLICITÉ DE CE PRODUIT N'EST FAITE  
QU'AUPRÈS DU CORPS MÉDICAL

ÉCHANTILLONS ET IMPRIMÉS ENVOYÉS DÈS RÉCEPTION D'UNE  
FEUILLE BLANCHE DE VOTRE CARNET DE PRESCRIPTIONS.

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LIMITED • METROPOLITAN BUILDING, TORONTO, ONTARIO

*Lunettes*  
*verres ophtalmiques*

— o —  
**Examen de la vue**  
— o —

**ALBANY PHILIE. O.D.**  
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES  
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

**Dupuis Frères**

**MONTREAL**

La

## BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est la banque du public aussi bien que  
la banque des hommes d'affaires.

Le gérant de succursale se tient à  
votre entière disposition, qu'il s'agisse  
de dépôts, d'emprunts personnels, de  
remises, de recouvrements ou de toute  
question d'ordre financier au sujet de  
laquelle vous désiriez le consulter.



**Actif, plus de \$400,000,000**

543 bureaux au Canada

**TRAITEMENT LOCAL  
EFFICACE ET  
NON TOXIQUE DE LA**

*Fièvre*

*des Foins*

En exerçant une action anti-congestive et  
adoucissante sur les membranes irritées...

*Estivin*

apporte un soulagement rapide et efficace  
aux symptômes douloureux de la fièvre  
des foins — à l'éternuement, à l'écoule-  
ment nasal, au brûlement des yeux, au  
larmolement, etc.

Une goutte dans chaque œil au lever,  
avant le déjeuner et après le déjeuner,  
aura pour effet de maintenir le malade  
dans un état de bien-être et de confort  
toute la matinée durant.

*Estivin ne cause pas de somnolence ou  
de dépression, ce qui permet de l'em-  
ployer aussi souvent que nécessaire.*

Echantillons et documentation  
sur demande.

Concessionnaires pour le Canada

**LAURENTIAN AGENCIES LTD.**

429, rue Saint-Jean-Baptiste  
Montréal



**Schieffelin & Co.**

Pharmaceutical and Research Laboratories  
20 Cooper Square New York 3, N.Y.

# PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

## COQUELUCHE

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

*Toujours le même but:*

**RÉDUIRE LE TAUX DE LA  
MORTALITÉ INFANTILE**

*Par la Qualité de nos Produits*

*J. Joubert*  
LIMITÉE



Sédation et  
euphorie pour  
les patients  
nerveux et  
irritables

## VALERIANETS-DISPERT®

Chaque comprimé contient 0.05 Gm. d'extrait de valériane finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité. Sans odeur et sans goût. N'est pas sujet à accoutumance.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Un léger calmant du système nerveux central. Indiqué dans les cas de troubles émotifs, états d'anxiété, insomnie nerveuse, ainsi que dans le syndrome nerveux de la ménopause et dans certains cas d'artériosclérose.

1 ou 2 comprimés au besoin ou 3 comprimés au coucher. En flacons de 50, 100 et 500.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC.

1123 Broadway, New York

Distributeur au Canada: LYSTER CHEMICALS, Ltd. 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

## TABLE DES ANNONCEURS

Pages	Pages
Abbott, Laboratories (Nembutal) . . . . .	XLI - XLII
American Can Co. (Source de fer) . . . . .	LIX
Ames Company of Canada Ltd. (Decholin) . . . . .	XXIX
Anglo-French Drug. Co. (Hemo-bex) . . . . .	XLIV
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Prémairine) — (Béminal) . . . . .	XXI - XXII
Banque Canadienne Nationale . . . . .	LXI
Bard-Parker Co., Inc. (les lames Rib-back) . . . . .	LVII
Bayer Co. Limited, The (Aspirin) . . . . .	XXX
Bristol-Myers Company of Canada Ltd. (Bufferin) . . . . .	XXIV
British Drug Houses (Canada) Limited, The (Vitamine B <sub>12</sub> B.D.H.) . . . . .	L
Bureau de révision professionnel (recouvrement de créances) . . . . .	LVIII
Burroughs Wellcome & Co. (Dexin) . . . . .	XXV
Canada Drug Co. (Betagen) . . . . .	LX
Canada Drug Co. (Pavéral) . . . . .	LXII
Canada Drug Co. (Tri-Sulfá) . . . . .	LVIII
Carnation Co. Ltd. (Lait évaporé) . . . . .	LVI
Compagnie Ciba Limitée (Nupercaïnal) — (Antistine) — (Privine) . . . . .	XV - XVI
Dohow Chemical Co., The (Auralgan) — (O-Tos-Mo-San) . . . . .	XXIII
Dupuis Frères (Examen de la vue) . . . . .	LXI
Eddé, J., Limitée (Salicylna vitaminé KB <sub>1</sub> ) — (Desanxyl) — (Artichobyl) . . . . .	XXXIX
Eddé, J., Limitée (Iodogénol) — (Cystocones) . . . . .	LIII
Eli Lilly and Company Limited . . . . . Première page de la couverture	
Frosst, Charles E. & Co. (Paxil) — (Noctimal) — (Cérotin) . . . . .	VII - VIII
Frosst, Charles E. & Co. (Composé Qvestrin) . . . . .	IV
Herd & Charton, Inc. (Veratrite) — (Anabile-Cho) . . . . .	XLV
Herd & Charton, Inc. (Vago-frenal) . . . . .	XLIX
Herd & Charton, Inc. (Peptalmine) — (Sulpho-lac) . . . . .	XLVII
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins) . . . . .	II
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) . . . . .	XXXIV
Joubert Limitée, J. J. (Produits laitiers) . . . . .	LXII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Neurophen) . . . . .	XX
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Acet-aminophylline) . . . . .	XL
Laboratoires Desbergers Limitée (Nevro-denal) . . . . . . . . . . Quatrième page de la couverture	
Laboratoires Jean Olive (Eczosec) — (Zymocalcium) . . . . .	LI
Laboratoires Jean Olive (Glésion) — (Pommade Nestosyl) . . . . .	LV
Lederle Laboratories (Auréomycin) . . . . .	XI
Libby, McNeil & Libby of Can. Limited (Homogénéisation) . . . . .	LIV
Librairie Beauchemin Limitée . . . . .	XXXVIII
Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Vitamines) . . . . . Troisième page de la couverture	
Merck & Co. Limited (Agents antituberculeux) . . . . .	I
Merck & Co. Limited (Pénicilline G sodique cristallisée) . . . . .	IX
Merck & Co. Limited (Pyridium) . . . . .	XVII
Millet, Roux & Cie (Scillitrine) . . . . .	XIII
M M Bureau (Perception de comptes) . . . . .	LXIII
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd. (Lactogen) . . . . .	LX
Pfizer & Co. Inc., Chas. (Terramycin) . . . . .	XXXVI - XXXVII
Phillips Co. Division, The Chas.-H. (Lait de magnésie) . . . . .	XXXV
Poulenc Limitée (Flaxédil) . . . . . Deuxième page de la couverture	
Reckitt & Colman (Canada) Ltd. (Disprin) . . . . .	LII
Rouquier Frères (Spécialités) . . . . .	V
Sanatorium Prévost . . . . .	XXVIII
Schieffelin & Co. (Estivin) . . . . .	LXI
Sharp & Dohme (Canada) Limited (Cremosuxidine) . . . . .	XLVIII
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Dilaxol) . . . . .	XXVII
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Fungol) . . . . .	XXXIII
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Volugel) . . . . .	XLVI
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Sulfate de Benzedrine) . . . . .	III
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Neuro- phosphates et Théranates Eskay) . . . . .	XLIII
Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Valerianets-dispert) . . . . .	LXII
Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor) . . . . .	LXIV
Warner & Co. Limited, William R. (Diatrin) . . . . .	XXVI
Winthrop-Stearns Inc. (Devegan) . . . . .	XVIII
Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Kaomagma) — (Pondets) . . . . .	XXXI - XXXII

**Nous offrons, à Messieurs les Médecins et Chirurgiens, un service compétent  
et confidentiel dans la**

## PERCEPTION DE COMPTES

TAUX SPÉCIAL ET MÉTHODE UNIQUE POUR TOUS LES MEMBRES DU CORPS MÉDICAL.  
RAPPORT MENSUEL ASSERMENTÉ — BUREAUX LÉGAUX DE RÉPUTATION RECONNUE.

**M M BUREAU Enr.,**  
266 ouest, rue NOTRE-DAME, Montréal — Ch. 41 — HA. 6419  
**MARCEL MARISSÉAU, prop.-gérant**

# SAL-IODUM VALOR

**UN**

**SPECIFIQUE**

**DU**

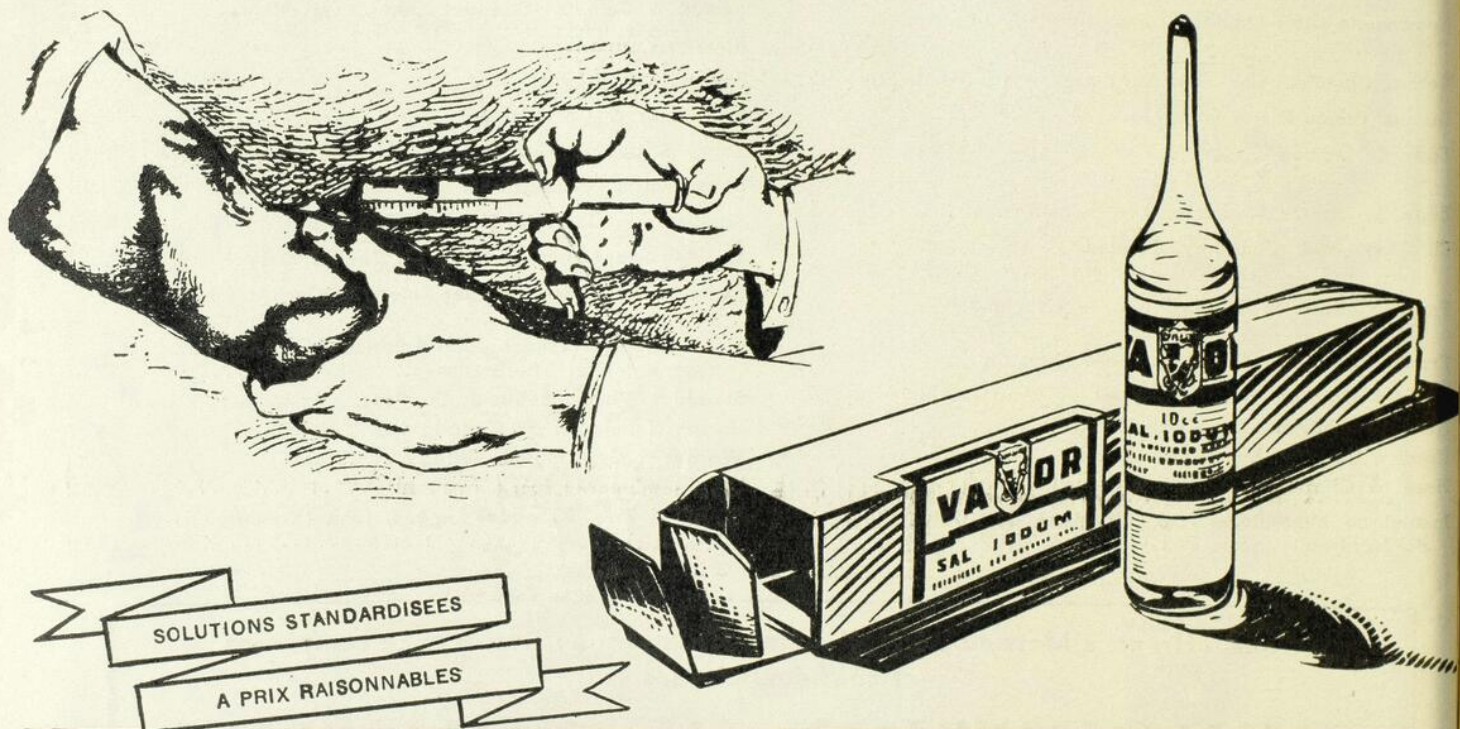
**RHUMATISME**

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.

Posologie: Une injection (20 cc.) peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.



**USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.**

**MONTREAL**



MEAD JOHNSON & CO.  
*présente deux nouvelles  
 préparations  
 à vitamines multiples*



← Mead's Polyvitamin Dispersion

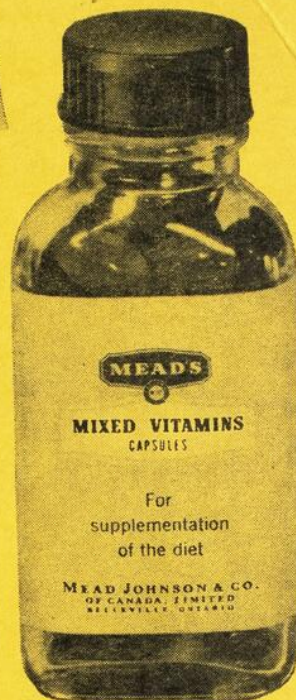
Une cuillerée à thé (2.8 Gm.) fournit :

Vitamine A	5000 unités int.
Vitamine D	1000 unités int.
Acide Ascorbique	50 mg.
Thiamine	1 mg.
Riboflavine	0.8 mg.
Niacinamide	5.0 mg.

→ Mead's  
 Mixed Vitamins Capsules

Chaque capsule fournit :

Vitamine A	10,000 unités int.
Vitamine D	1,000 unités int.
Acide Ascorbique	100 mg.
Thiamine	3 mg.
Riboflavine	4 mg.
Niacinamide	25 mg.



## Judicieusement formulées

*comme complément sûr et commode du régime*

Pour les bébés et les jeunes enfants . . .

**MEAD'S Polyvitamin Dispersion**

6 vitamines importantes minutieusement dispersées dans une poudre soluble à l'eau.

Facilement mélangée avec la formule, du jus de fruit, des céréales ou autres aliments solides.

Dose journalière suggérée: 1 cuillerée à thé pour les bébés; de 1 à 2 cuillerées à thé pour les enfants.

*Disponible en pots de 3 onces.*

Pour enfants plus âgés et adultes . . .

**MEAD'S Mixed Vitamins Capsules**

Quantités supplémentaires généreuses de 6 vitamines importantes.

Destinées aux malades dont l'ingestion diététique de vitamines est insuffisante.

Une capsule par jour répond aux exigences de la plupart des malades.

*Disponible en flacons de 50 capsules.*

La publicité de ces produits vitaminiques ne paraît que dans les journaux professionnels.



**MEAD JOHNSON & COMPANY  
 OF CANADA, LIMITED  
 BELLEVILLE, ONTARIO**



**l'antihistaminique le plus puissant et le plus spécifique\***

# néo-antergan

(2786 R.P.)

**dans toutes les allergies**

rhume des foins
coryza spasmodique
asthme allergique
zona, prurit
mal de mer
vomissements de la grossesse

dragées
25-50-100 mg.
ampoules
élixir
pommade
expectorant
suppositoires
gouttes nasales

\*D. M. DUNLOP, J. of P. and Pharmacol., London, England, Vol. 1, No. 1, Jan. 1949.

**quantitativement, une action beaucoup plus puissante\*\***

# phénergan

(3277 R.P.)

*«l'antihistaminique du soir»*

**dans les allergies nocturnes ou rebelles**

asthme
prurit nocturne
zona

dragées
10-25 mg
ampoules

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

renseignements et échantillons sur demande



MONTRÉAL