



**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, boulevard Saint-Joseph,  
Montréal.

**XXIIe CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C.,**

QUÉBEC les 23, 24, 25 et 26 SEPTEMBRE 1952  
au QUEBEC WINTER CLUB

*Une thérapeutique nouvelle...*

## **P Y G M A L**

**PÂTE ACIDE ASTIER**

- A** En saturant les amines nocives au niveau des lésions par des sels d'acides polyvalents judicieusement choisis au lieu d'acides libres toujours irritants.
- B** En utilisant un pH adapté à celui du revêtement cutané.

*Calme presque instantanément*

le prurit d'un grand nombre d'affections cutanées

*Amène la guérison rapide*

des eczémas aigus et suintants, eczémas de contact et professionnels, prurits: anal et vulvaire, lésions superficielles prurigineuses.

*en tubes de 45 grammes*

**ROUGIER FRÈRES 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL**

nous sommes heureux d'annoncer la fabrication canadienne du

# SUBTOSAN

(P. V. P. 3.5%)

*succédané idéal du plasma sanguin*

- dans les cas d'urgence
- dans les cas de choc
- en cas de provision insuffisante de sang

"Les indications cliniques du Subtosan sont multiples. Son rôle est primordial dans le choc traumatique pur, il remplace avec succès la transfusion sanguine dans les cas où cette dernière ne sert qu'à augmenter la masse sanguine. C'est un adjuvant utile dans le choc avec hémorragie, pour permettre d'attendre la transfusion sanguine, de la suppléer ou pour en soutenir les bons effets. Efficace dans le choc déclaré, il en est un heureux préventif."  
"De basse toxicité, le Subtosan ne gêne pas la diurèse, ne trouble pas les fonctions hépatiques, n'influence pas la coagulation sanguine et n'altère pas le système réticulo-endothélial . . ."

JACQUES, André, et HUDON, Fernando,  
L'Union Méd. du Canada, Tome 80 (325), mars 1951



*solution apyrogène présentée en flacons stérilisés de 500 c.c.  
pouvant s'adapter à la plupart des appareils standards pour goutte à goutte intraveineux.*

**POULENC Limitée**  
**Montréal**

Les cartouches  
**TUBEX**

ont  
ces  
caractéristiques  
exclusives

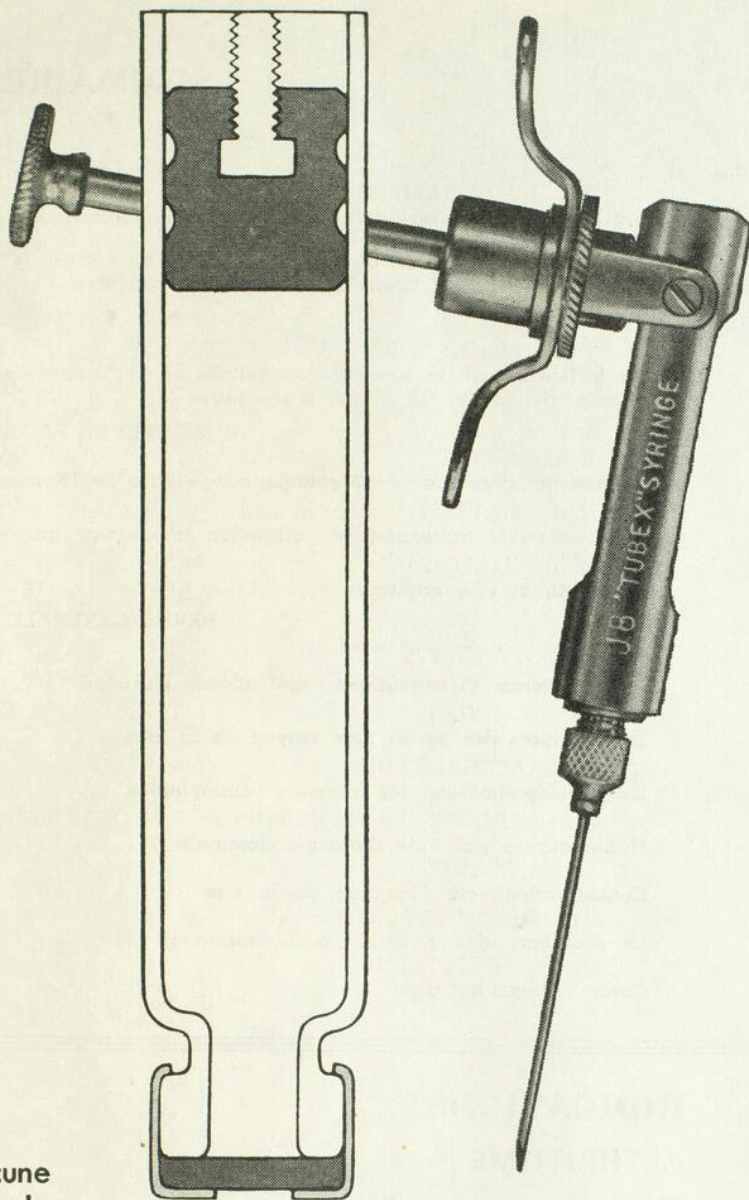
- BOUCHON  
DIAPHRAGMATIQUE  
IMMOBILISE
- Ne pouvant ni sauter  
ni s'enlever, tout dan-  
ger de fuite est écarté

Avantages de la  
SERINGUE  
**TUBEX**

- Prête à l'emploi immédiat—aucune  
préparation, pas de manipulation de  
la fiole à la seringue
- Commodité—une aiguille stérilisée,  
scellée dans une feuille d'étain accom-  
pagne chaque cartouche Tubex
- Sûr—le contenant étant hermétique  
. . . aucun risque de contamination
- Une seule seringue nécessaire—de  
maniement facile
- Aucun risque de briser la seringue
- Economique
- Idéal pour la trousse d'urgence

**Wyeth**

Marque Déposée



**PRODUITS PRESENTES SOUS  
FORME DE TUBEX**

**Antibiotiques:**

Lentopen 300  
Lentopen 400  
Wycillin 300 suspension

**Extraits allergéniques:**

—diagnostiques et curatifs

**Hormono-thérapie:**

Triastérone

## SOMMAIRE

### BULLETIN

Edouard DESJARDINS La formation professionnelle complémentaire du médecin .....	509
XXIIème Congrès — Le directeur du Collège de France, le Professeur Robert Courrier, devant l'Association des Médecins de Langue Française .....	512
• • •	
Paul GIRAUD, J. ESPINAS et J. COIGNET Le traitement de la débilité congénitale et des retards de croissance du nouveau-né par la pénicilline et les filtrats placentaires .....	514
<b>RECUEIL DE FAITS</b>	
Roma AMYOT Myasténie atypique — Myotonie congénitale de Thomsen. — Deux observations cliniques	523
V. LATRAVERSE Cardiospasme: traitement par dilatation mercuro-pneumatique .....	527
Wilfrid LeBLOND Antibiotiques et prurit anal .....	529
<b>REVUE GÉNÉRALE</b>	
J. Ph. PAQUETTE Pneumothorax thérapeutique, indications, entretien .....	531
Gérard HEBERT Les fractures des os du tiers moyen de la face .....	539
Remi ARCHAMBAULT La physiopathologie des anémies hémolytiques .....	543
Noël LAROCHE, Roland DUPUIS et P.-M. BELANGER Néphrectomie par voie thoraco-abdominale .....	548
Adrien PLANTE Considérations sur l'examen de la vue .....	554
Paul DAGENAIS-PERUSSE Le problème des enfants "post-césarienne" .....	557
Osman GIALORETTO Cœur pulmonaire aigu .....	561

### 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.

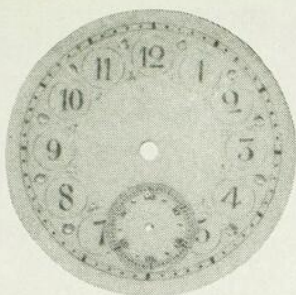
Albuminurie des goutteux et des graveleux

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

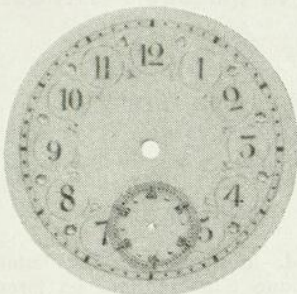
Représentants exclusifs au Canada: **HERDT & CHARTON, INC.**, Montréal



# 'Theptine'

 tonique anti-asthénique et reconstituant

Convalescences



Sénilité

États de dépression organique

Surmenage

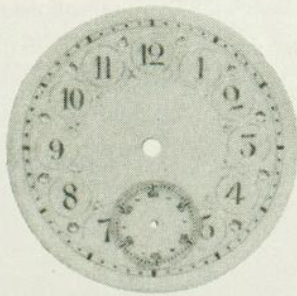


Trois cuillerées par jour, aux repas

SMITH KLINE & FRENCH INTER-AMERICAN CORPORATION, Montréal 9



Une cuillerée à thé (5 cc.) contient: sulfate de 'Dexedrine', 0 g. 0025;  
thiamine, 0 g. 005; lactoflavine, 0 g. 0004; acide nicotique, 0 g. 0067.



En flacons de 6 onces liquides

'Theptine' et 'Dexedrine' marques déposées au Canada

# SOMMAIRE

(Suite)

## ÉDITORIAL

Paul LARIVIERE	
Définition et limites de la psychiatrie .....	572

## HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

G. CHAREST	
La situation présente des maladies contagieuses .....	575
Fernande DURAND	
Alimentation de l'adulte .....	577

## VARIÉTÉS

Gabriel NADEAU	
Le dernier chirurgien du Roi à Québec — Antoine Briault .....	580
En devoir — Pourquoi nous occuper de relations publiques .....	589

## MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Un nouvel agent antituberculeux.  
L'orientation professionnelle.  
Alimentation de l'enfant.

## REVUE DE THÈSES

André Ch. BOUSSAT	
Deux thèses sur le traitement de la tuberculose par le P.A.S. (Claude Jubert — François Guillot) .....	595

## ANALYSES

### MÉDECINE :

Etudes récentes de l'étiologie et de la nature des leucémies (598). Une forme nouvelle de lympho-réticulose bénigne d'inoculation. La forme à porte d'entrée pharyngée (598). Le rôle du métabolisme intermédiaire dans le vieillissement de l'appareil cutané (599). Diagnostic biologique des porphyries (599). Etude quantitative de la valeur du gaz moutarde dans le traitement de la maladie de Hodgkin (600...

# Chez le Patient "Rebelle au Fer"

## "FERRO-CATALYTIC"

Carbonate Ferreux et Cuivre Actif

Capsules

### "FERRO-CATALYTIC"

S.E.C. N° 82 "Frosst"

\*Carbonate ferreux..... 6 3/4 gr.  
Cuivre (sous forme de carbonate).... 1/48 de gr.  
Phénolphthaléine..... 1/12 de gr.

#### POSOLOGIE

Une capsule deux ou trois fois par jour

#### PRÉSENTATION

Boîtes de 50 et de 100

### "FERRO-CATALYTIC"

Sirop N° 36 "Frosst"

Chaque once liquide renferme:  
Phosphate de fer soluble, N.F..... 66-3/8 gr.  
Cuivre (sous forme de sulfate)..... 1/12 de gr.

#### POSOLOGIE

Adultes: 2 cuillerées à thé 3 fois par jour.

Enfants: à proportion.

#### PRÉSENTATION

Flacons de 16 onces liquides

\*Un grain de carbonate ferreux équivaut approximativement à 1/2 grain de fer à l'état ferreux.

Sirop



## EST SINGULIÈREMENT EFFICACE

Dans des centaines de cas d'anémie secondaire, Ferro-Catalytic a prouvé son efficacité thérapeutique en augmentant rapidement le pourcentage d'hémoglobine. La composition du sang accuse généralement une amélioration remarquable dans les 3 ou 4 semaines qui suivent le début de la médication.

De nombreux patients atteints d'anémie rebelle à d'autres formes de médication et qui, conséquemment, se voyaient dans un état de demi-invalidité à l'année, répondent de façon sensationnelle au traitement par le Ferro-Catalytic.

Charles E. Frosst & Co.  
MONTRÉAL CANADA





**1868** Le premier Claude Adolphe Nativelle a isolé le principe actif pur, cristallisé de la digitale pourprée. Prix Orfila de l'Académie de Médecine de Paris.

**1927** Sir James MacKenzie et James Orr mentionnent la Digitaline Nativelle comme "une préparation élégante et efficace." *Principles of Diagnosis and Treatment of Heart Affections, Ox. Med. Pubs., p. 219.*

**1945** Harry Gold définit la Digitaline Nativelle comme "le médicament de choix pour usage courant"— *The Choice of a Digitalis Preparation, Connecticut State Medical Journal, March 1945, Vol. IX, No. 3, p. 193.* L'inscription officielle de la Digitaline Nativelle dans le N.N.R. à partir de 1942 marque aux Etats-Unis le début d'une nouvelle époque dans la thérapeutique par la Digitoxine (Digitaline Nativelle) qui est définitivement inscrite dans la U.S.P. XIII (1947).

## igitaline nativelle

Le produit qui a fait époque — glucoside cristallisé, pur de la digitale pourprée — non pas un mélange de glucosides — reste encore l'étalon mondial de la thérapeutique digitalique.

1952

**1950** Schwartz déclarait que "la Digitaline Nativelle rendra les meilleurs services pour le traitement d'entretien." *A Clinical Investigation on the Digitoxins, The American Practitioner and Digest of Treatment, Vol. 1, No. 1.* George Macht de son côté affirme que "une constatation frappante fut l'activité pharmacologique plus grande de la Digitaline Nativelle" par rapport aux diverses digitoxines. *Arch. Int. de Pharmacodyn., LXXI, No. 3, p. 345.*

**1952** marque pour Rougier Frères le commencement de leur deuxième cinquantenaire d'efforts constants pour mettre à la disposition du Corps Médical des spécialités pharmaceutiques de la plus haute qualité.

COMPRIMÉS—0.1 et 0.2 mg., Flacons de 40 et 200. AMPOULES—0.2 et 0.4, boîtes de 6. SOLUTION—1/1000, flacon de 10cc.

Rougier Frères,

350, RUE LE MOYNE,

MONTREAL 1

# SOMMAIRE

(Suite)

## CHIRURGIE :

La radiothérapie dans la prévention et le traitement des cicatrices hypertrophiques (600). Foi aveugle dans la blousse et les gants (601). Essais de traitement de l'ictus cérébral et de ses séquelles paralytiques (601). Bronchectasie, étude comparative de la maladie pyogénique suppurative tuberculeuse et non tuberculeuse (601).

## PHTYSIOLOGIE :

L'emploi de la trypsine dans les empyèmes (602). L'influence de la cortisone sur la tuberculose expérimentale du cobaye (602). Résultat du traitement de la pneumonie, des empyèmes, des bronchectasies et des abcès pulmonaires après plusieurs années d'emploi des antibiotiques (603). Le traitement de la sarcoïdose par la cortisone (604). Le P.A.S. dans le traitement de la tuberculose pulmonaire non miliaire (604). Evolution actuelle du traitement de la tuberculose pulmonaire ulcérée (605). A propos de 2 cas de traitement par la cortisone et l'A.C.T.H. chez des malades tuberculeux (605).

## CARDIOLOGIE :

Importance différentielle des signes péricardiaques pleuraux et pulmonaires dans les maladies cardiovasculaires (606). Insuffisance cardiaque prémenstruelle (606). Coarctation de l'aorte (607).

## UROLOGIE :

Contrôle des infections urinaires (608). Etude de la moelle osseuse dans le cancer de la prostate (609).

## RADIOLOGIE :

Trois ans d'expérimentation avec des radiographies transmises par téléphone (610).

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Effet de l'auréomycine sur les tumeurs transplantées (610). Constatations pathologiques dans la variole hémorragique (611).

NÉCROLOGIE .....	612
NOUVELLES .....	614
REVUE DES LIVRES .....	622
"L'Union Médicale du Canada" en 1883 .....	628
NOUVELLES PHARMACEUTIQUES .....	632

---

---

## CONDITIONS DE PUBLICATION

"L'Union Médicale du Canada" paraît tous les mois. Cette Revue est l'organe officiel de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Elle publie les travaux des Congrès, tous les communiqués de l'Association et des articles médicaux inédits.

**L'abonnement** est de dix dollars par année (douze dollars pour l'étranger) ; les membres déjà inscrits à l'Association des Médecins de Langue Française du Canada ont droit, de ce fait, à la réception du Journal.

**Les manuscrits** doivent être dactylographiés avec double interligne.

"L'Union Médicale du Canada" assume les frais de cinq **illustrations** au maximum, pour chaque travail. Les illustrations supplémentaires sont payées par l'auteur. Nous n'acceptons pas de négatifs de clichés. Chaque illustration doit porter au verso le nom de l'auteur et les photographies devront être claires, de préférence noires et sur papier glacé. Les dessins doivent être effectués à l'encre de Chine sur papier blanc.

Pour obtenir des **extraits**, l'auteur doit en faire la demande directement à l'éditeur.

Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

**L'index bibliographique** de chaque travail doit être restreint aux indications les plus importantes. Le journal se réserve toujours le droit de le limiter. Chaque indication bibliographique doit être fournie comme suit: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, volume, page, mois (jour du mois, si le périodique est hebdomadaire), année.

**Publicité** : Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication.

Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 326 est, boulevard Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 9888.

Tout annonceur qui n'observe pas l'éthique professionnelle est exclu de notre publicité, et nous saurons gré à nos lecteurs d'attirer notre attention sur toute dérogation à cette ligne de conduite.

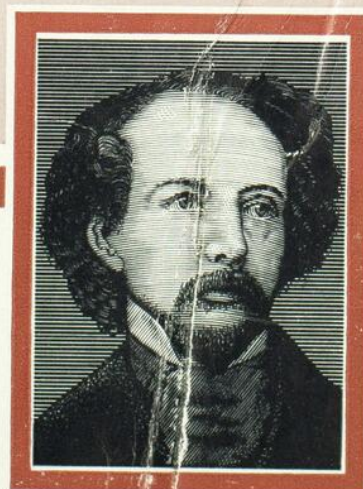
Tout ce qui concerne la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de "L'Union Médicale du Canada", 326 est, boulevard Saint-Joseph. — Téléphone: LAncaster 9888.

---

---

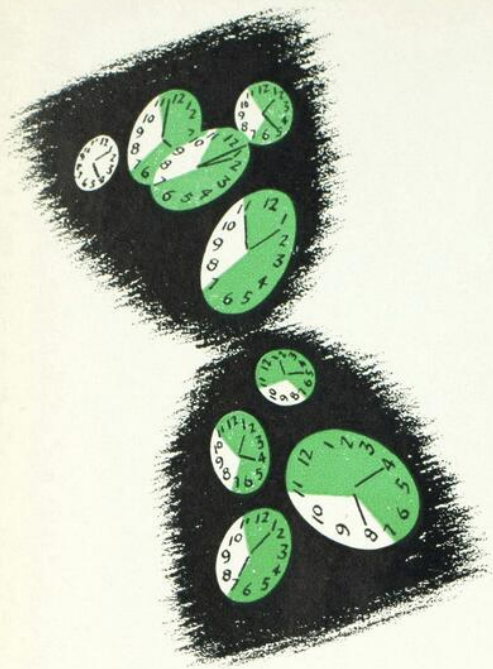
**J**e ne sors jamais avec mon mari, mais les bénédictions que les gens lui adressent me viennent jusqu'aux oreilles. Je vais rarement dans le monde avec lui, mais j'entends chanter ses louanges, ou les lis dans des regards reconnaissants. Aucun soir où je ne me couche sans savoir qu'au cours de la journée il a soulagé de la douleur et réconforté certains de ses semblables dans le besoin. Je sais que du lit des incurables, très souvent s'élève la gratitude à la dernière heure pour son patient ministre. N'est-ce pas là connaître la richesse? Jusqu'à moi qui recueille les éloges du peuple en ma qualité de femme du médecin.

*Charles Dickens*  
*Bleak House, CH.LXVII.*



Copies de cette page procurables  
de la maison

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



Pour huit heures de repos profond et calme...

# "TWIN-BARB"

Dans la plupart des cas où la sédation est indiquée, les barbituriques sont les drogues de choix. Leur action peut se classer en raison de leur durée et de leur intensité d'action: —

**Classe 1.** Activité intense de courte durée (1½ - 3 heures).

**Classe 2.** Intensité d'action modérée et durée intermédiaire (4 - 6 heures).

**Classe 3.** Intensité d'action modérée et de longue durée (12 - 18 heures).

De toute évidence, aucune préparation à usage général n'existe, et l'on doit choisir avec soin le barbiturique le plus susceptible de produire les effets particulièrement désirés.

On ne peut dire, toutefois, que les barbituriques actuellement connus produisent un effet idéal quand il s'agit de la sédation nocturne. Il est évident que les composés à très courte activité ne conviennent pas au but proposé. Ceux de la deuxième classe se rapprochent plus du but, puisque leur durée est de 4 à 6 heures, mais il est toujours à craindre que les patients se réveillent après cette période et éprouvent de la difficulté à se rendormir. Les barbituriques à longue durée, notamment le phénobarbital, ont souvent le désavantage de laisser au patient une sensation de dépression désagréable qui dure une partie de la journée et résulte en une perte considérable de l'efficacité au travail.

## *Twin-Barb procure 8 heures de repos*

On peut presque compter sur les huit heures classiques de sommeil réparateur avec la préparation Twin-Barb. Cette préparation se compose d'un noyau de Noctinal, sédatif dont la durée de l'effet est intermédiaire, inclus dans une enveloppe rapidement soluble qui renferme le pentobarbital, un barbiturique à effet relativement bref. Le noyau est enrobé de façon à ne dégager son effet que deux heures à deux heures et demie après l'administration.

Cette combinaison a pour effet net une sédation rapide chez le patient, et, sur affaiblissement de l'effet du pentobarbital, l'action du Noctinal commence à se faire sentir. De cette façon le patient jouit d'environ huit heures d'une sédation douce et continue, et se réveille rafraîchi, sans, ou presque sans sensation de dépression.

# "TWIN-BARB"

Marque d'un composé de "Noctinal"-Pentobarbital  
S.C.T. No 445 "Frosst"

Chaque tablette renferme:

\*Noctinal (dans le noyau intérieur)..... 50 mg. ( $\frac{3}{4}$  de gr.)

\*(Marque de butabarbital N.N.R.)

Pentobarbital sodique (dans l'enveloppe extérieure)..... 65 mg. (1 gr.)

**POSOLOGIE.** — Une tablette avant le coucher.

**PRÉSENTATION.** — Flacons de 100 tablettes.



Charles E. Frosst & Co. MONTRÉAL • CANADA

pour SÉDATION DIURNE

**"NOCTINAL"**

Marque de butabarbital N.N.R.

le Sédatif 'Intermédiaire' pour

la nervosité  
les névroses ménopausiques  
les états d'anxiété  
les vomissements de la grossesse

L'activité 'intermédiaire' du Noctinal est particulièrement utile dans les cas qui exigent une légère sédation. Le début, l'intensité et la durée de son effet sont à égale distance entre ceux du pentobarbital à action rapide et ceux du barbiturique à longue durée, le phéno-barbital.

Tablettes **"NOCTINAL"**

S.C.T. No 439 "Frosst"

Noctinal sodique.....  $\frac{1}{4}$  de gr. (16 mg.)

S.C.T. No 352 "Frosst"

Noctinal sodique.....  $\frac{1}{2}$  gr. (32 mg.)

S.C.T. No 419 "Frosst"

Noctinal sodique.....  $\frac{3}{4}$  de gr. (50 mg.)

S.C.T. No 353 "Frosst"

Noctinal sodique..... 1  $\frac{1}{2}$  gr. (0.1 G.)

**POSOLOGIE:** de  $\frac{1}{4}$  à 1  $\frac{1}{2}$  grains, trois fois par jour.

**PRÉSENTATION:** flacons de 100 tablettes.

Elixir **"NOCTINAL"**

Elixir No 601 "Frosst"

Chaque cuillerée à thé (3.5 cc.) renferme:

Noctinal sodique.....  $\frac{1}{2}$  gr. (32 mg.)

**POSOLOGIE**

**Adultes:** de  $\frac{1}{2}$  à 3 drachmes ( $\frac{1}{4}$  à 1  $\frac{1}{2}$  gr.) trois fois par jour, dans un verre à vin d'eau.

**Enfants:** selon l'âge et l'état physique.

## Pour Aider au Contrôle de l'Obésité

# "NÉGAMINE"

Marque d'une capsule qui renferme le d-amphétamine  
et de multiples minéraux et vitamines.

Que l'obésité représente un problème médical est un fait indéniable. Tout aussi indéniable est la complexité de ce problème chez l'individu, la simplicité de la solution étant inférieure à sa répugnance à accepter et observer les restrictions qui s'imposent.

Nombreux sont les patients qui ne peuvent perdre leur excédent de poids parce qu'ils refusent de se soumettre entièrement au régime prescrit. D'autres, qui sont parvenus à un poids normal, négligent de continuer à observer le régime restreint qui prévient le retour à l'obésité. Dans ces cas, l'emploi judicieux d'un composé qui possède la propriété de déprimer l'appétit peut s'avérer nettement utile, et pour cette fin Negamine est la préparation de choix.

Barborka<sup>3</sup> a souligné la nécessité d'ajouter des sels minéraux et des vitamines aux régimes amaigrissants. Negamine procure ces facteurs nutritifs en quantités jugées satisfaisantes pour la protection de l'organisme, plus le facteur dépressif de l'appétit, le d-amphétamine.

De toutes les drogues propres à provoquer l'inappétence, le d-amphétamine est le plus exempt d'effets secondaires.<sup>2,3</sup> Comme toutes les drogues qui dépriment l'appétit il perd graduellement de son efficacité après un emploi prolongé, mais on peut obvier à cet inconvénient par l'administration périodique — 4 semaines de traitement suivies de 2 semaines sans traitement. Le but thérapeutique est de briser l'habitude de la suralimentation. L'on doit discontinuer l'administration de cette drogue aussitôt que possible.

## "NÉGAMINE" S.E.C. No 681

Chaque capsule de coloration orange renferme:

sulfate de d-amphétamine.....	5 mg.
sulfate de fer (exsic.).....	50 mg.
sulfate de cuivre.....	2.5 mg.
carbonate de manganèse.....	0.3 mg.
vitamine A.....	1000 U.I.
vitamine D.....	1000 U.I.
phosphate de calcium (bi-basique).....	140 mg.
chlorhydrate de thiamine.....	1 mg.
riboflavine.....	1 mg.
iodure de sodium.....	0.2 mg.

**POSOLOGIE.**— Une capsule une demi-heure avant le déjeuner et une capsule une demi-heure avant le repas du midi.

**PRÉSENTATION.**— Boîtes de 25, 50 et 100 capsules.

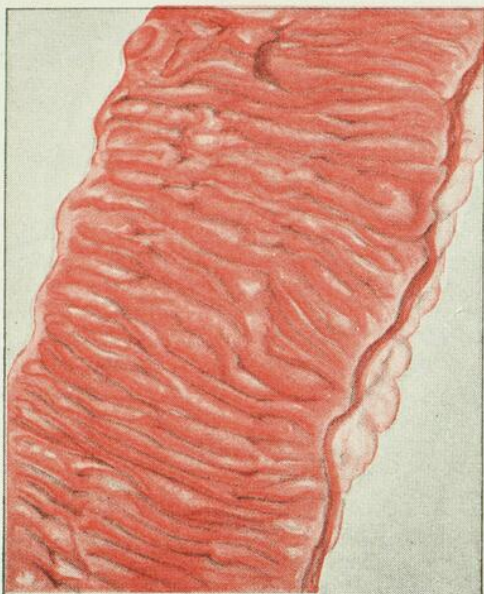
### SOURCES À CONSULTER

1. "Obesity and its relation to health and disease."  
Armstrong, Dublin, Wheatley and Marks, J.A.M.A. 147:1007, 1951.
2. "Obesity and its treatment, with particular reference to the use of anorexigenic compounds."  
Williams et al., Ann. Int. Med., 29: 510, 1948.
3. "Present status of the obesity problem."  
Barborka, J.A.M.A., 147, 1015, 1951.

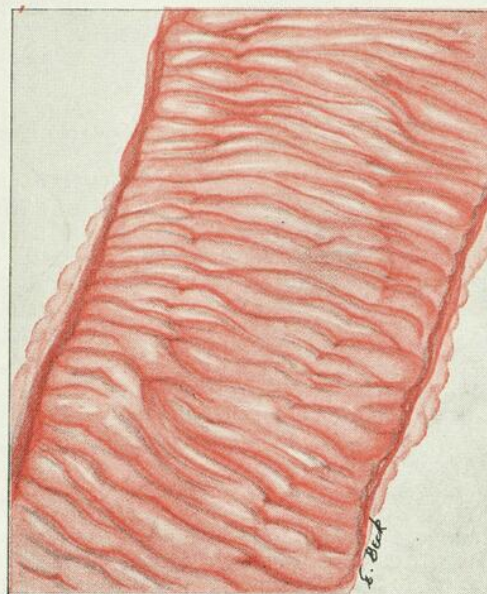


Charles E. Frosst & Co. MONTRÉAL • CANADA

## Favorise un Péristaltisme Normal — Sans Léser les Muqueuses



Muqueuse irritée, injectée, comme cela se produit avec l'emploi des matières de lest ordinaires.



La muqueuse conserve son état normal avec l'emploi du Métamucil.

Le Métamucil rend "la muqueuse lisse et luisante et augmente le tonus de la musculature intestinale".\*

Le traitement de la constipation par la masse douce produite par le Métamucil ne provoque pas d'irritation, d'occlusion ou d'effort — et ne gêne pas la digestion et l'absorption des vitamines liposolubles.

Le Métamucil se prend avec un plein verre de liquide frais — produisant une masse volumineuse, douce, plastique, qui retient l'eau, se mêle intimement au contenu intestinal et est distribué également dans le tube digestif.



**METAMUCIL<sup>R</sup>** est le muciloïde hautement purifié de *Plantago ovata* (50 pour cent), une semence appartenant au groupe des psylliums, combiné avec de la dextrose (50 pour cent) comme dispersif.

\* Block, L. H.: Traitement de la Constipation avec un Muciloïde de Psyllium Purifié Combiné avec de la Dextrose. *Am. J. Digest. Dis.*, 14: 64 (fév.) 1947.  
(R) Nom déposé

**SEARLE** MET LA RECHERCHE AU SERVICE DE LA MÉDECINE

# L'Union Médicale du Canada

## DIRECTION SCIENTIFIQUE MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:

Maurice Roch (Genève),  
Pasteur Valléry-Radot (Paris),  
Wilbrod Bonin, 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, MM. J.-M. Laframboise, Renaud Lemieux, Albert LeSage,  
Emile Blain, Roméo Boucher, Paul Bourgeois, J.-A. Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, L.-P. Petit-  
Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, clerc, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith,  
Richard Gaudet, Léon Gérin-Lajoie, Albert Jutras, Hermile Trudel, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

## BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef: **Roma AMYOT**

Assistant-rédacteur en chef  
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction  
Roger-R. Dufresne

Secrétaire adjoint de la Rédaction (Québec)  
Antoine Pettigrew

## BUREAU DE COLLABORATION:

MM. Maurice Beaudry, J.-M. Beauregard, Maurice Bé- MM. Simon Lauzé, Rosaire Lauzer, René Lebeau, Sylvio  
lisle, A. Cantero, Roland Cauchon, Fernand Cha- Leblond, J.-Louis Léger, Emile Maranda, J.-P.  
rest, C.-E. Côté, Paul David F.-X. Demers, R. Doré, Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinson-  
Guy Drouin, Paul Dumas, Origène Dufresne, Roger neault, M. Plamondon, P. Poirier Rosario Robillard,  
Dufresne, H. de la Broquerie Fortier, M. Gervais, L.-P. Roy, Henri Smith, Félix Têtu, Malcolm Vachon,  
Pierre Jobin, P. Larivière, Valmore Latraverse, Norbert Vézina.



# EGOSALYL

RHUMATISME  
TRAITEMENT  
D'ATTAQUE

à base d'

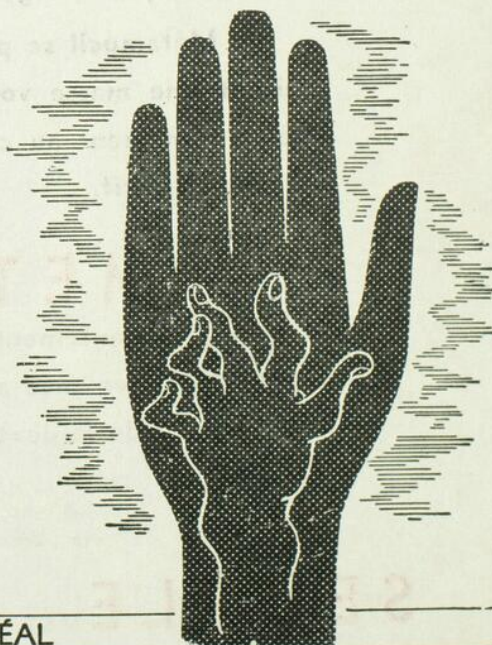
**AMIDE SALICYLIQUE EGGER**

seul dérivé bien toléré

•  
permet l'emploi des

**DOSES MASSIVES**

•  
20 comprimés par jour  
par périodes de 3 à 5 jours



EGGER (CANADA) LTD. — MONTRÉAL

Agents: **Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée — Montréal.**



*Parmi tous les antibiotiques, les Ophthalmologistes choisissent souvent  
le chlorhydrate d'*

# AUREOMYCINE

*cristallisé*

*Parce que*

L'Auréomycine, après avoir franchi la barrière sang-humeur aqueuse, pénètre dans les tissus et humeurs de l'œil.

Administrée en solution à 0.5%, l'Auréomycine n'irrite pas la conjonctive.

L'Auréomycine peut s'administrer de diverses façons: localement, en solution convenablement dosée — par la bouche — ou, en cas d'urgence, par la voie intraveineuse — enfin, suivant la gravité de l'infection, par l'une ou plusieurs de ces voies simultanément.

L'Auréomycine s'est avérée efficace dans un certain nombre d'infections qui étaient restées réfractaires à d'autres médications.

La littérature mentionne son efficacité, lorsqu'il s'agit de germes auréomycino-sensibles, dans les affections suivantes, couramment rencontrées par l'ophtalmologiste:

Blépharite • Conjonctivite • Kératite ulcéreuse  
dendritiforme • Kérato-conjonctivite épidémique •  
Episclérite • Infection péri-orbitaire • Trachome  
aigu • Uvéite.

*Le monde entier, à la suite des Etats-Unis, a reconnu l'ampleur exceptionnelle  
de l'activité de l'Auréomycine, que la clinique est venue largement confirmer.*

*Conditionnement:*

En capsules à 50 mg. — Flacons de 25 et de 100 capsules

En capsules à 250 mg. — Flacons de 16 et de 100 capsules.

Forme ophtalmique: Fiole compte-gouttes dosée à 25 mg. La solution se prépare extemporanément 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

# L'Union Médicale du Canada

## ADMINISTRATION

### OFFICIERS

Président: Pierre Smith  
Vice-président: Emile Blain  
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal  
Secrétaire-trésorier adjoint: P.-R. Archambault

### COMITÉ EXÉCUTIF

MM. Pierre Smith, R. Amyot, J.-A. Vidal et  
Emile Blain.

### COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. R. Amyot, Emile Blain et J.-A. Vidal.

### CORRESPONDANTS

MM. A. Plichet (Paris),  
Louis-E. Phaneuf (Boston),  
Charles P. Mathé (San Francisco),  
A. Fontaine (Woonsocket),  
J.-H. Lapointe, J.-E. Gaulin, L. Mantha (Ottawa),  
L.-F. Dubé (Notre-Dame-du-Lac),

MM. R. Gaudet (Sherbrooke),  
Eug. Tremblay (Chicoutimi),  
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières),  
D. Colin (Saint-Boniface),  
L.-P. Mousseau (Edmonton).

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT  
PUBLICITÉ: Jacques D. Clerk

326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal  
Tél.: LANCASTER 9888

E

# DÉSSENSYL

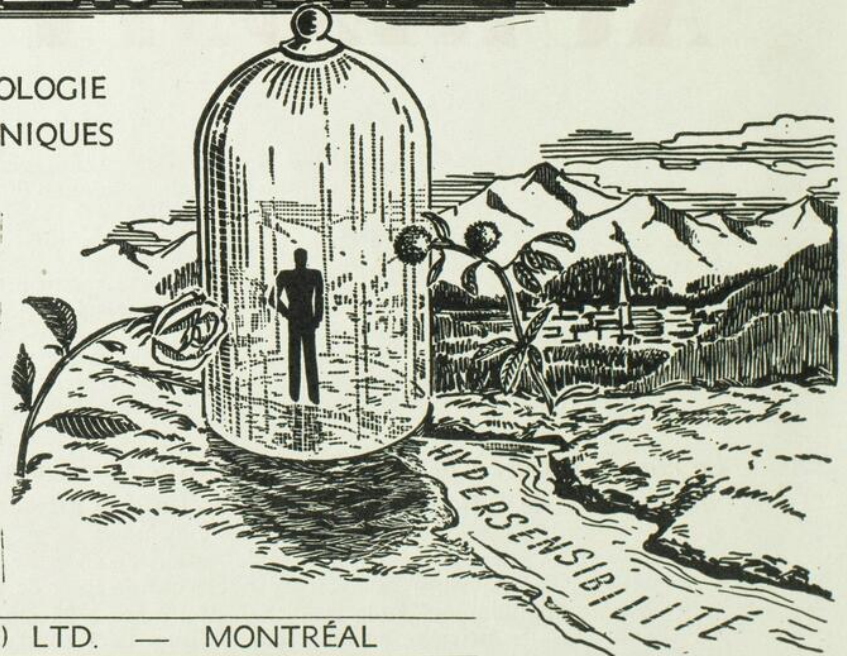
NOUVELLE POSOLOGIE  
DES ANTIHISTAMINIQUES

avec

ÉPHÉDRINE  
ET CALCIUM

Élimination des  
Élimination des

flacons de 40 comprimés,  
flacons de 4 oz. de sirop.



EGGER (CANADA) LTD. — MONTRÉAL

Agents: Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée — Montréal.

Σ

*Médication Intégrale*  
DES AFFECTIONS HÉPATO-BILIAIRES

# BILOGENE

ARTICHAUT  
SOUFRE  
BOLDO  
BILE  
FOIE

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

MILLET, ROUX  & CIE, LIMITÉE  
MONTRÉAL CANADA

FLACONS DE 50, 500 ET 1000 COMPRIMÉS

# OFFICIERS

## DE

# l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

### DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

**Donatien MARION,**  
326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal.

### DIRECTEUR GÉNÉRAL

**Emile BLAIN,**  
444 est, rue Sherbrooke, Montréal.

### EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

**Emile BLAIN,** Montréal.  
**Hermile TRUDEL,** Montréal.  
**J.-A. DENONCOURT,** Trois-Rivières.  
**J.-B. JOBIN,** Québec.  
**René DUBERGER,** Sherbrooke.  
**Sylvio LEBLOND,** Québec.  
**Antoine POULIOT,** Québec.

### SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

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

### SECRÉTAIRE ADJOINT

**B.-G. BEGIN**  
3440, rue Hutchison, Montréal.

**SECRÉTARIAT:** 326 est, boul. Saint-Joseph,  
Montréal.  
Tél.: HArbour 8076

### COMITÉ DU XXII<sup>e</sup> CONGRÈS

**J.-B. JOBIN,** président.

**René DUBERGER,** 1<sup>er</sup> vice-président.  
**J.-M. LAFRAMBOISE,** 2<sup>e</sup> " "  
**Gustave LACASSE,** 3<sup>e</sup> " "  
**Auray FONTAINE,** 4<sup>e</sup> " "

**Sylvio LEBLOND,** Secrétaire.  
**Pierre JOBIN,** Secrétaire adjoint.  
**Antoine POULIOT,** Trésorier.

### SECRÉTARIAT DU CONGRÈS:

Université Laval, Québec, P. Q.

### ANCIENS PRÉSIDENTS

**Albert LeSAGE**  
**J.-H. LAPOINTE**  
**Albert PAQUET**  
**Chs-N. deBLOIS**

**J.-A. JARRY**  
**Charles VEZINA**  
**Richard GAUDET**

**A.-L. RICHARD**  
**Edmond POTVIN**  
**J.-A. VIDAL**  
**J.-A. DENONCOURT**

### MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal ..	1954	JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. ...	1952
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean, P.Q.	1952	JOBIN, Pierre, 911/2, rue d'Auteuil, Québec .....	1954
BAILLY, Roland, 4339, avenue de Lorimier, Montréal..	1952	LECOURS, J.-A., 538, av. King-Edward, Ottawa, Ont.	1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta. ....	1954	LEMIEUX, J.-R., Hôpital Saint-Sacrement, Québec .....	1952
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-B. ....	1952	MANSEAU, Georges, 924, rue St-Aubin, Ville St-Laurent	1952
BIBAUD, Barthélemy, Valleyfield, P. Q. ....	1952	MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-E.-Cartier, Montréal ..	1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec ..	1952	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. ...	1952
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont ..	1954	MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P. Q. ....	1952
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. ....	1954	PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. ...	1952
CARON, Sylvio, Mastai, Québec .....	1952	PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. ....	1954
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal	1954	PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. ....	1954
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. ....	1954	PILON, J.-L., 389 est, boul. Saint-Joseph, Montréal ..	1954
D'ARCENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. ....	1954	POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. ....	1954
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal..	1952	RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. ....	1954
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec ..	1952	ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté de Nicolet, P.Q.	1952
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. ....	1952	SMITH, Pierre, 300, Carré Saint-Louis, Montréal .....	1954
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. ....	1954	TETRAULT, Adélar, 411, boul. Laviolette, T.-Rivières	1954
GAUTHIER, J.-D., Shippegan, N.-B. ....	1954	THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q.	1954
HURTUBISE, Raoul, Sénateur, 19, rue Durham, Sudbury, Ont. ....	1954	VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. ....	1954

# minules

**FER**

**CALCIUM**

**VITAMINES**

*Composition d'une capsule:*

Gluconate ferreux	5 grs.
Phosphate dicalcique	2 grs.
Thiamine	1 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	10 mg.
Acide ascorbique	25 mg.
Vitamine A	2000 U.I.
Vitamine D	500 U.I.

**POSOLOGIE COURANTE:** De une à trois capsules par jour, sur l'ordonnance d'un médecin.

**PRESENTE EN FLACONS DE 100**  
et de 1,000 Capsules

*Wyeth*

Marque Déposée



# ROCHE

a trouvé, au cours de recherches de laboratoire étendues, un produit qui s'est montré remarquable lors d'essais cliniques préliminaires contre

## le Rimifon

### LA TUBERCULOSE HUMAINE

renferme comme substance active l'isonicotinylhydrazine. Il possède une action "importante et bien déterminée"<sup>1</sup> sur la tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire chez les hommes.

## le Rimifon

arrête "les ravages causés dans le système par la tuberculose; il y a perte de la toxicité, retour à la température normale, recouvrance de l'appétit et gain de poids remarquable".<sup>1</sup>

Une expérimentation plus poussée se poursuit présentement en vue d'établir exactement la dose la plus efficace, la durée du traitement et la portée des effets secondaires. Le corps médical sera tenu au courant des nouveaux développements au moyen de lettres et d'annonces dans les revues médicales.

---

Références:

1. E. H. Robitzek, I. J. Sellkoff,  
G. G. Ornstein, *Quart. Bull. Sea  
View Hosp.*, 13:27-51, 1952.

## le Rimifon

est présenté sous forme de comprimés rainurés à 50 mg., en flacons de 100 et 1000.

**Hoffmann-La Roche Limitée**  
Montréal



réponse rapide

action prolongée

administration facile

pour un plus grand nombre de malades...

# ACTHAR<sup>\*</sup> *Gel*

à action prolongée

**Indications:** Arthrite rhumatoïde, fièvre rhumatismale, lupus érythémateux aigu, sensibilité aux médicaments, asthme bronchique grave, dermatite de contact, la plupart des affections inflammatoires de l'œil, pemphigus aigu, dermatite exfoliatrice, colite ulcéreuse, arthrite goutteuse aiguë, hypofonctionnement adrénocortical secondaire.

ACTHAR *Gel* — une nouvelle préparation ACTH-retard — apporte une importante contribution pour le traitement, soit à la maison, soit au cabinet de consultation. Dans nombre de cas, une seule injection fournit une dose quotidienne suffisante. L'administration est de la sorte simplifiée, en outre, d'une diminution considérable du prix de l'ACTHAR, réduction qui s'applique intégralement au prix de l'ACTHAR *Gel*, et permet de réaliser une nouvelle économie dans le traitement à l'ACTH.

L'ACTHAR *Gel* possède l'entière efficacité de l'ACTHAR aqueux, et il est bien toléré, administré par voie intramusculaire ou en injection profonde sous-cutanée.

**Présentation:** Fioles de 5 c.c. U. I. (mg.) et de 40 U. I. (mg.) par c.c., fioles multidoses de 5 c.c.

\*HORMONE ADRÉCORTICOTROPE (A.C.T.H.) DES LABORATOIRES ARMOUR



**THE ARMOUR LABORATORIES**  
520 NORTH MICHIGAN AVENUE • CHICAGO 11, ILLINOIS

Distributeur canadien: LAURENTIAN AGENCIES, LTD.  
429, RUE SAINT-JEAN-BAPTISTE, MONTREAL 1, QUEBEC, CANADA

## Une Nouvelle Arme

dans le traitement des affections

**ARTHRITIQUES et RHUMATISMALES**

# AMBERMIDE

*La Formule Améliorée du Salicylate*

Il nous fait plaisir de présenter aux médecins canadiens une formule de salicylate grandement améliorée — AMBERMIDE (Succinate-Salicylamide).

Le Salicylamide, l'un des principaux ingrédients de cette formule unique, est connu depuis 1890. Des recherches pharmacologiques récentes apportent de nouvelles preuves de sa supériorité indéniable sur les autres salicylates...

**ANALGÉSIE AUGMENTÉE** — La valeur analgésique de l'Ambermide par rapport à l'acide acétylsalicylique est de 7.5 fois plus élevée.<sup>1</sup>

**TOLÉRANCE MEILLEURE** — Contrairement à d'autres salicylates, le salicylamide est bien toléré même à forte dose.<sup>2</sup>

**CONCENTRATION SANGUINE PLUS ÉLEVÉE** — Trois à quatre heures après l'administration orale, la concentration sanguine en composé d'acide acétylsalicylique est plus élevée qu'après l'administration de salicylates.<sup>3</sup>

Ces avantages importants du salicylamide sont augmentés par l'inclusion de succinate de calcium dans la formule unique d'Ambermide — car il constitue un catalyseur physiologique qui apporte une stimulation marquée au métabolisme tissulaire.

Pour obtenir un soulagement rapide des symptômes dans les affections arthritiques et rhumatismales, la fièvre rhumatismale, la sciatique, la bursite, la névrite, la fibrosite et la myosite, employez AMBERMIDE (Succinate-Salicylamide).

Fabriqué sous licence. AMBERMIDE est le nom déposé de ce produit.

1. Hart, R. E.: Fed. Amer. Soc. exper. Biol., vol. 5, p. 182, 1946.

2. Wegman, T.: Schw. Med. Woch., No 3, p. 62, 1950.

3. Eich, E., Remy, R.: The Medical Clinic, No 37, p. 1178, Sept. 15, 1950.

**The PAN PHARMACALS LIMITED**

**TORONTO 10, CANADA**

une **NOUVELLE** préparation "Béminal"  
destinée aux nerveux souffrant d'anorexie



**"BÉMINAL"** avec **PHÉNOBARBITAL**

No 819

Méthode directe de résoudre le problème des états anxieux et de l'anorexie. Le "Béminal" avec Phénobarbital provoque une amélioration à la fois mentale et physique.

Dose conseillée: un comprimé 3 fois par jour.

Chaque comprimé contient:

Thiamine .....	5 mg.	Pyridoxine .....	0 mg.5
Riboflavine ....	2 mg.	d-Panthénol .....	2 mg.
Niacinamide ..	10 mg.	Acide ascorbique .....	25 mg.
Vitamine B <sub>12</sub> ...	1 microg.	Phénobarbital (1/4 gr.)	16 mg.

Flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés

**Ayerst, McKenna & Harrison Limitée**

Biologistes et Pharmaciens  
Montréal, Canada



Ayerst

# Une formule améliorée efficace dans le traitement de L'HYPERTENSION



Les épreuves cliniques ont démontré que la "Déravine":

- Abaisse la tension sanguine et la maintient à un niveau peu élevé
- Agit de façon durable chez un grand nombre de malades
- Réduit au minimum les effets secondaires

Présentée en 3 dosages:

No 757 — 1 mg. au comprimé

No 758 — 2 mg. au comprimé

No 759 — 2 mg. au comprimé, plus 15 mg. de phénobarbital  
(cette formule s'adresse particulièrement aux malades  
ayant besoin d'un sédatif).

Flacons de 100 et 500 comprimés sécables.

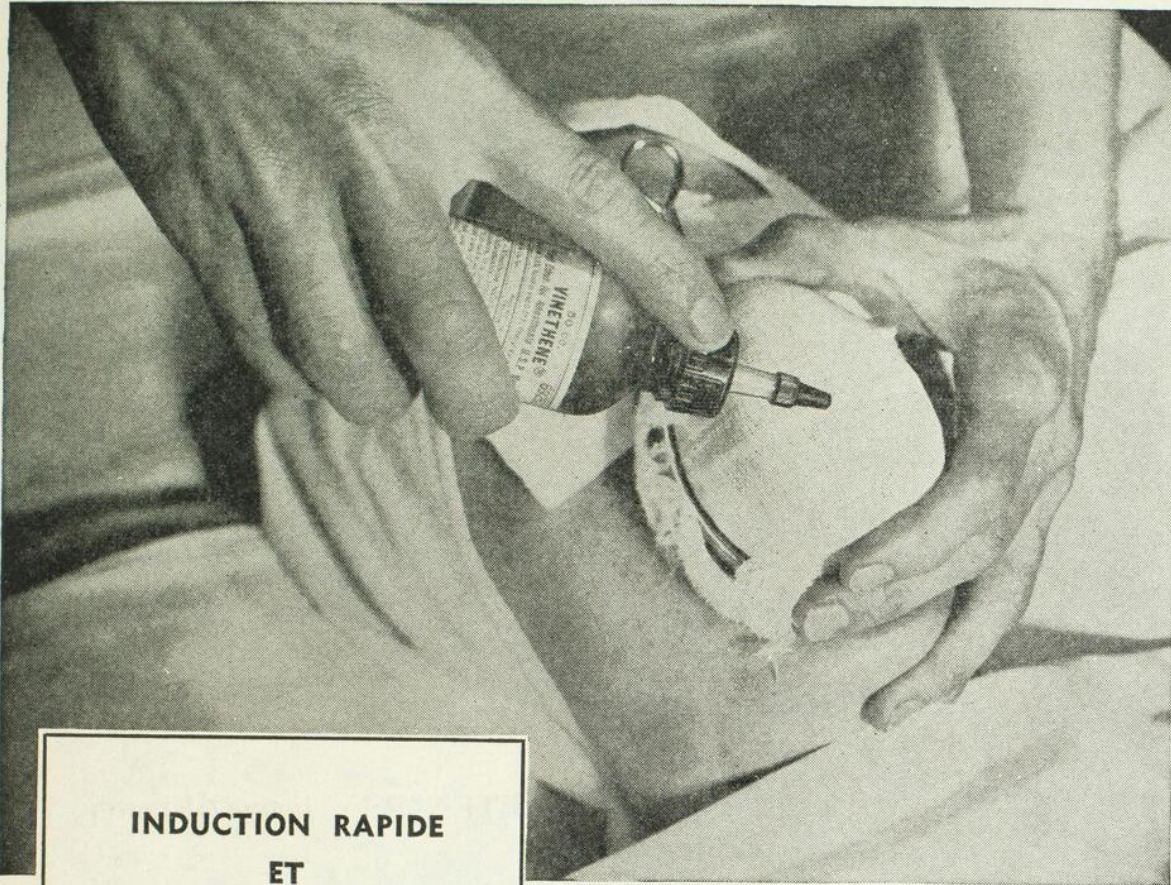
On conseille une dose d'attaque de 6 mg. par jour, en quatre prises, soit aux repas ou immédiatement après et  $\frac{1}{2}$  heure avant le coucher, dans l'ordre suivant: 2 mg., 1 mg., 1 mg., 2 mg. Si aucune action hypotensive ne s'est manifestée en l'espace de 48 heures, il convient d'augmenter graduellement la dose de 1 mg. tous les deux ou trois jours jusqu'à la dose maximum de 10 à 12 mg. par jour. On a pu observer que la dose d'entretien, dans les cas ordinaires, oscille entre 8 et 10 mg. par jour. En règle générale, les doses ne doivent pas être données à intervalles de moins de 4 heures.

**Ayerst, McKenna & Harrison Limitée**

Biologistes et Pharmaciens

Montréal, Canada





**INDUCTION RAPIDE  
ET  
PROMPT RETOUR  
À LA NORMALE  
DANS  
L'anesthésie  
de  
COURTE DURÉE**

Dans les interventions de courte durée que vous pratiquez chaque jour, vous pouvez obtenir une réduction des risques émotifs par une induction rapide et réduire les complications au minimum en employant le Vinethene, un anesthésique respiratoire commode. En plus de son emploi dans des interventions telles que le changement douloureux d'un pansement, la réduction d'une fracture, une myringotomie, l'incision d'un abcès, le Vinethene est recommandé comme agent inducteur avant l'anesthésie par l'éther ou comme complément au couple oxyde nitreux et oxygène.

Documentation sur demande

# VINETHENE\*

(Ether vinylique U.S.P. pour anesthésie Merck)  
UN ANESTHÉSIQUE RESPIRATOIRE POUR LES OPÉRATIONS DE COURTE DURÉE

\*Vinethene est la marque  
déposée de  
Merck & Co. Limited



**MERCK & CO. LIMITED**  
*Chimistes fabricants*

MONTRÉAL • TORONTO • VANCOUVER • VALLEYFIELD

# <sup>®</sup> *Plexonal*

**Une nouvelle association  
médicamenteuse pour le  
traitement des insomnies  
et des états d'excitation**

➤ **ACTION INITIALE PROFONDE RENFORCEE**—*Début  
d'action plus rapide.*

➤ **ACTIVITE ELARGIE**—*Sûreté de l'effet.*

➤ **MARGE THERAPEUTIQUE ETENDUE**—*Bonne tolérance,  
pas d'effets secondaires ou tardifs.*

➤ **COMPOSITION**—*Chaque dragée contient:*

*Natrium diaethylbarbituricum (barbital) . . . . . 45 mg.  
Natrium phenylaethylbarbituricum (phénobarbital) . . . . . 15 mg.  
Natrium allylisobutylbarbituricum (sandoptal) . . . . . 25 mg.  
Dihydroergotaminum methansulfonicum (d.h.e. 45) . . . . . 0.16 mg.  
Scopolaminum hydrochloricum . . . . . 0.08 mg.*

➤ **POSOLOGIE MOYENNE**—*Insomnies:*

*1-3 dragées ½ heure avant le coucher*

*Sédatif de jour:*

*1-2 dragées 2 à 3 fois par jour.*

*Dose maximum par jour: 8 dragées.*



*Littérature et échantillons sur demande*

**SANDOZ PHARMACEUTICALS LTD.**

286 RUE ST. PAUL OUEST

MONTRÉAL, P.Q.

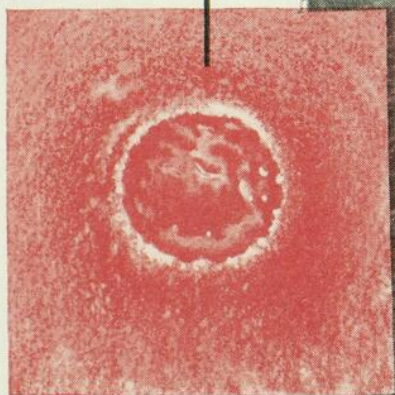
CHRONIQUE DEPUIS DES ANNÉES

## INVERSÉ EN QUELQUES HEURES

Faciliter la guérison des ulcères variqueux chroniques constitue nettement un avantage économique, aussi bien pour l'industrie que pour le malade.

Dans ces cas chroniques rebelles, le Tryptar favorise une prompt cicatrisation par le débridement physiologique rapide, sûr et complet de l'ulcère.<sup>1</sup> La dissolution des tissus nécrosés et l'élimination du pus et des débris s'effectuent en quelques heures sans porter atteinte aux tissus vivants.<sup>1, 2</sup> Le Tryptar ne provoque pas de sensibilisation, n'est pas antigénique, est atoxique. Dans les ulcères variqueux, le Tryptar peut être employé en applications locales, sous forme de poudre ou en solution sur des pansements humides.

- (1) Reiser, H. G., et al.: Arch. Surg. 63:568-575, 1951;  
(2) Stuke, K.: Chirurg. 20:588-595, 1949.



# Tryptar

Trypsine Cristallisée Purifiée, Armour



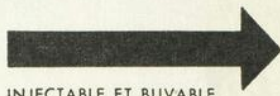
**THE ARMOUR LABORATORIES**  
520 NORTH MICHIGAN AVENUE • CHICAGO 11, ILLINOIS

Distributeur canadien: LAURENTIAN AGENCIES, LTD.  
429, RUE SAINT-JEAN-BAPTISTE, MONTREAL 1, QUEBEC, CANADA



AU SERVICE DU CORPS MÉDICAL  
DEPUIS 1718

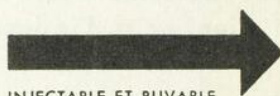
**2** TRAITEMENTS  
DU RHUMATISME  
CHRONIQUE



INJECTABLE ET BUVABLE

**THIODÉRAZINE**

IODE ET SOUFRE ORGANIQUES, PIPÉRAZINE



INJECTABLE ET BUVABLE

**THIODÉRAZINE**  
**B<sub>1</sub> VITAMINÉE**

**INJECTABLE**

**50 mg**

par ampoule de 5 cc.

**BUVABLE**

**120 mg**

par flacon de 60 cc.

Aneurine stabilisée  
en milieu sulfo-iodé organique

**Vitaminothérapie B<sub>1</sub>**  
**antirhumatisme intensive**

**ALGIES RHUMATISMALES REBELLES**  
**NÉVRAXITES DOULOUREUSES**

LABORATOIRES MIDY - 67, AVENUE DE WAGRAM - PARIS 17°

Agents pour le Canada : VINANT Ltée - 200, Rue Vallée - MONTRÉAL 18

## ONGUENT DE POLYMYXINE B—BACITRACINE

marque

# 'POLYSPORINE'®



ANTI-GRAM-POSITIVES

LARGE SPECTRE BACTÉRIEN

ANTI-GRAM-NÉGATIVES

### ONGUENT 'POLYSPORINE'

Chaque gramme contient:

Polymyxine B (Sulfate) marque 'AÉROSPORINE' 10,000 unités  
BACITRACINE \_\_\_\_\_ 500 unités



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

### INDICATIONS

plaies infectées traumatiques  
ou chirurgicales

brûlures infectées

greffes cutanées infectées

abcès et ulcères dont le  
siège est accessible

furuncles

pyodermite

ecthyma

folliculite

dermatite eczématoïde  
infectieuse

impétigo

acné

orgelets

infections de l'oreille externe

infections de l'oeil, telles que:

conjonctivite

blépharocconjunctivite

sclérite

kératite

dacryocystite, etc.

### INFECTIONS SECONDAIRES

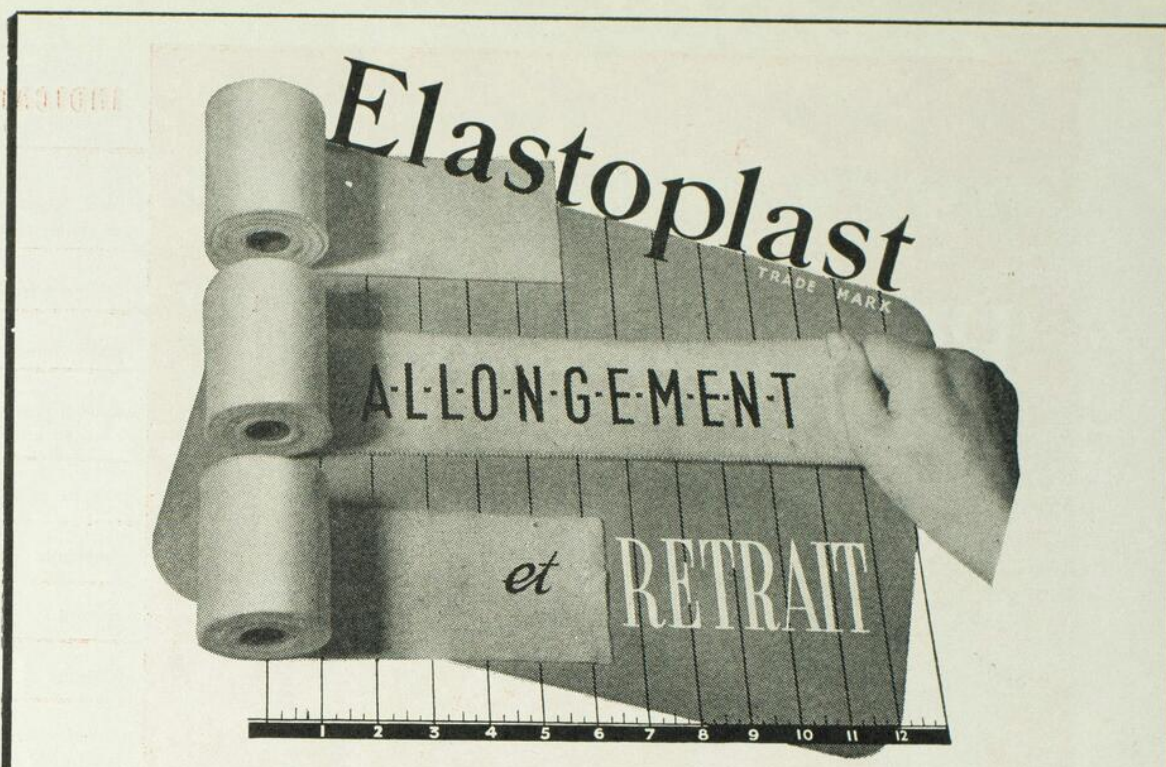
se superposant à un état  
dermatologique quelconque

### PRÉSENTÉ EN

tubes de 15 grammes  
avec embout applicateur

tubes de 1/8 d'once  
avec embout ophtalmique

renseignements complets  
envoyés sur demande



# Elastoplast

Marque déposée

## Qualité Suprême

Le maintien constant des standards et la poursuite des recherches jouent un rôle primordial dans la fabrication des bandages et des emplâtres Elastoplast. De longues années d'expérience et un développement rigoureusement surveillé fournissent aujourd'hui à la profession médicale des bandages adhésifs élastiques d'une qualité et d'une efficacité sans pareilles.

L'introduction du bandage Elastoplast authentique a contribué à l'évolution de techniques spéciales dans plusieurs phases de la chirurgie moderne. Ces techniques exigent une coordination précise des qualités d'extension et de contraction. Elles nécessitent un adhésif qui respecte des standards adéquats à cet effet. Ces qualités, on ne les trouve constamment que dans les bandages et les emplâtres Elastoplast.

**Elastoplast** Bandages et Emplâtres  
Marque déposée

**SMITH & NEPHEW LIMITED**

2285, avenue Papineau, Montréal 24, P. Q.

"En dehors du Commonwealth Britannique, Elastoplast est désigné comme Tensoplast"

# Patients étreints par l'indigestion nerveuse?



**MAINTENANT...** procurez-leur un soulagement confortable et soutenu, de la douleur, des crampes et des malaises en général qui sont dus au spasme gastro-intestinal d'origine fonctionnelle. Au cours d'études cliniques, <sup>1, 2, 3</sup> BENTYLOL a apporté un soulagement soit satisfaisant, soit complet, dans 308 sur 338 des cas sous observation, pourtant il ne provoqua "... pour ainsi dire pas de réactions secondaires indésirables."<sup>3</sup>

## BENTYLOL

SPASMOLYSE DOUBLE ET SÛRE

Une capsule ou une cuillerée à thé de sirop contiennent:

**CHLORHYDRATE DE BENTYLOL** ..... 10 mg.  
Pour soulagement doux de l'indigestion nerveuse

**CHLORHYDRATE DE BENTYLOL** ..... 10 mg.  
avec **PHÉNOBARBITAL** ..... 15 mg.  
Quand une sédation synergique est désirée

### POSOLOGIE

**ADULTES:** 2 capsules ou 2 cuillerées à thé de sirop 3 fois par jour, avant ou après les repas.

**POUR COLIQUES INFANTILES:** ½ à 1 cuillerée à thé de sirop 3 fois par jour, avant le repas.<sup>4</sup>



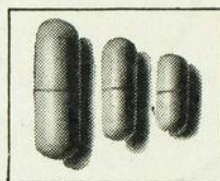
TORONTO  
New York — Cincinnati

1. Hock, C. W.: J. Med. Assn. Ca. 40:22, 1951. 2. Hufford, A. R.: J. Mich. St. Med. Soc. 49:1308, 1950.  
3. Chamberlin, D. T.: Gastroenterology 17:224, 1951. 4. Pakula, S. F.: Postgrad. Med. 11:123, 1952.

"Bentylol," Marque De Fabrique. Ce produit est distribué aux Etats-Unis sous la marque "Bentyl."

# Terramycine

CAPSULES



*Pfizer*

Absorbées rapidement à la suite de leur administration par voie orale, les Capsules de Chlorhydrate de Terramycine Cristallisé produisent une prompt réaction thérapeutique dans les infections aiguës ou chroniques affectant une grande variété d'organes, de systèmes et de tissus. Le spectre étendu d'activité antimicrobienne de cette drogue englobe les microorganismes des espèces bactériennes et rickettsiennes, ainsi que certains des groupes de spirochètes, de virus et de protozoaires.

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

*La Terramycine est disponible en une grande variété de formes posologiques pour administration par voie orale ou intraveineuse, ou pour application locale.*

PFIZER CANADA, LTD.

8311 Royden Road, Mount Royal, Montreal, P.Q.

**SI VOS CASSETTES  
SONT  
EN MAUVAIS ÉTAT**



**PEUT LES RÉPARER**

**EN VUE D'ASSURER DES DIAGNOSTICS PLUS PRÉCIS**

Examinez vos cassettes dès aujourd'hui. Il n'est pas sage d'employer des cassettes même légèrement endommagées. L'ingénieur du service des ventes de X-Ray and Radium se fera un plaisir de les examiner et d'en discuter avec vous. Il vous soumettra les réparations à faire pour obtenir les meilleurs résultats.

**ENVOLEZ-NOUS VOS CASSETTES — NOUS NOUS SPÉCIALISONS DANS :**

1. le remontage des écrans — en assurant des contacts parfaits
2. le feutrage qui assure un contact uniforme
3. le remplacement des pièces de bakelite
4. la réparation et le changement des charnières
5. l'installation des formes en plomb pour l'identification des films
6. le resserrement des crampons des ressorts
7. le renforcement des coins

**X-RAY AND RADIUM INDUSTRIES LIMITED, 4943 ouest, rue Sherbrooke, Montréal**

Visitez notre exposition au Palais de l'Agriculture, Parc de l'Exposition, Ville de Québec,  
les 23, 24 et 25 juin, au stand No 28.

# Quatre bons informateurs!

Au laboratoire comme à l'hôpital, les comprimés réactifs Ames fournissent les diagnostics désirés de façon rapide, facile, sûre et économique.

## ACETEST

**pour l'acétonurie**  
Flacons de 100 et 250 comprimés réactifs

## BUMINTEST

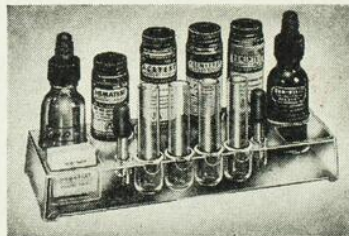
**pour l'albuminurie**  
Flacons de 32, 100 et 500 comprimés réactifs

## CLINITEST

**pour la glycosurie**  
Empaquetages de 1200 et 3000 pour les institutions  
Flacons de 35 comprimés réactifs  
Cartons de 24 comprimés (scellés dans un papier d'étain)  
Nécessaires numéros 2106 et 2155 pour épreuves de glycosurie (Modèle universel)

## HEMATEST

**pour le sang occulte**  
Flacons de 60 et 500 comprimés réactifs



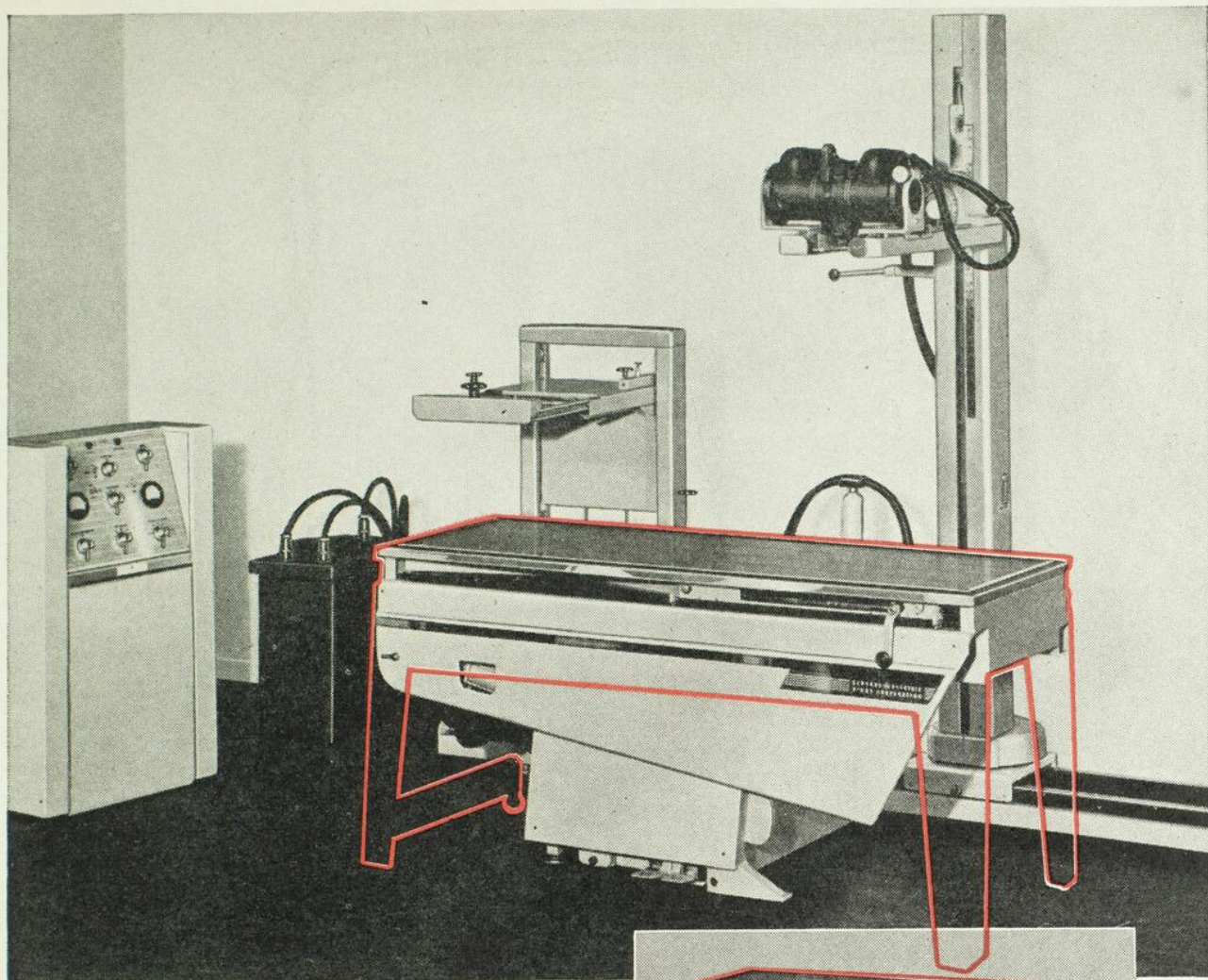
*L'ensemble Ames No 2000 pour diagnostics, renferme en un format commode tout ce qu'il faut pour faire les quatre tests.*

*Acetest, Bumintest, Clinitest et Hematest sont des marques de commerce déposées.*

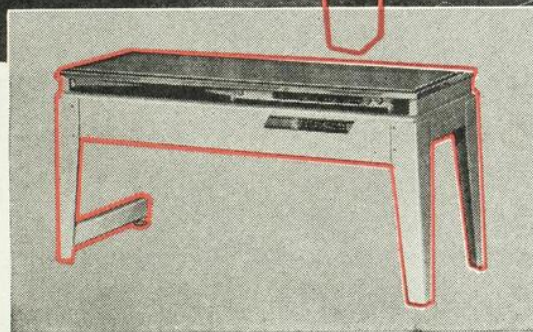
AMES Company of Canada, Ltd., Toronto



DI-1



— La table avec Bucky horizontal (petite gravure)  
peut être ajoutée — une chose à la fois —  
avec l'emploi des unités intermédiaires jusqu'à  
ce que vous vous serviez du dernier de la série,  
Le Maxicon 200.



## Le MAXICON 200 assure un service complet de fluoroscopie et de radiographie

Le Maxicon 200 — acheté tel que présenté ou obtenu graduellement en échangeant les autres unités Maxicon — vous procure tous les services que vous puissiez attendre de la fluoroscopie et de la radiographie. Deux unités avec tube à anode tournante augmentent le rendement d'un département de diagnostic achanlandé. Avec les tables rotatoires, hydrauliques et motorisées, la pédale à pied donne un contrôle exact sur la position, depuis la verticale jusqu'au Trendelenburg.

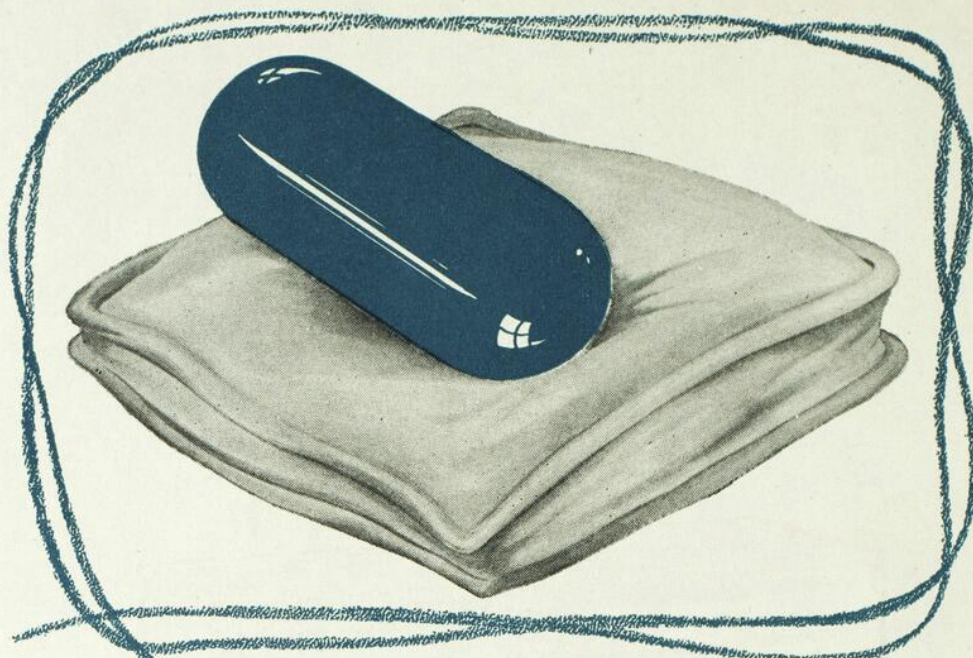
Considérez, aussi, le support indépendant du tube... le curseur avec son écran fluoroscopique... l'unité fournissant 200 ma avec son tableau de contrôle et le transformateur qui a supporté l'é-

preuve du temps. Tous ces facteurs concourent à l'obtention de résultats de haute qualité, que vous pouvez obtenir facilement et de routine.

Pour plus amples renseignements sur la série complète du Maxicon, adressez-vous à votre représentant de General Electric. Appelez ou écrivez au bureau le plus proche de General Electric X Ray Corporation, Limited — Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg.

*Vous pouvez avoir confiance en —*

**GENERAL  ELECTRIC**

**7 1/2 gr.****7 1/2 gr. (0.5 g) CAPSULES BLEUES D'HYDRATE DE CHLORAL—Fellows**

• **SOMMEIL  
RÉPARATEUR**

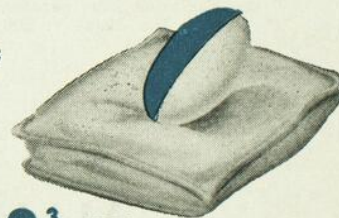
leur action dure de cinq à huit heures, ordinairement sans suites désagréables. Le pouls et la respiration sont ralentis, tout comme dans le sommeil normal. Les réflexes ne sont pas abolis et le patient peut être réveillé rapidement.<sup>2</sup> "L'HYDRATE DE CHLORAL produit un sommeil de type normal, rarement suivi de sensations désagréables."<sup>1</sup>

**Posologie:** Une ou deux capsules de 7 1/2 gr. ou deux à quatre de 3 3/4 gr. au coucher.

**CAPSULES D'HYDRATE DE CHLORAL—Fellows****INODORES • NON BARBITURIQUES • SANS SAVEUR****3 3/4 gr. (0.25 g) CAPSULES BLEU et BLANC D'HYDRATE DE CHLORAL—Fellows**

• **SÉDATIF DE JOUR** pour le patient qui a besoin d'un sédatif durant la journée pour reposer confortablement.

**Posologie:** Une capsule de 3 3/4 gr. trois fois par jour après les repas.

**3 3/4 gr.**

**ÉLIMINATION**—Rapide et complète, d'où absence de séquelles déprimantes.<sup>3,4</sup>

**Présentation:** Capsules d'HYDRATE DE CHLORAL—Fellows

3 3/4 gr. (0.25 g) capsules bleu et blanc ..... flacons de 60  
7 1/2 gr. (0.5 g) capsules bleues ..... flacons de 30

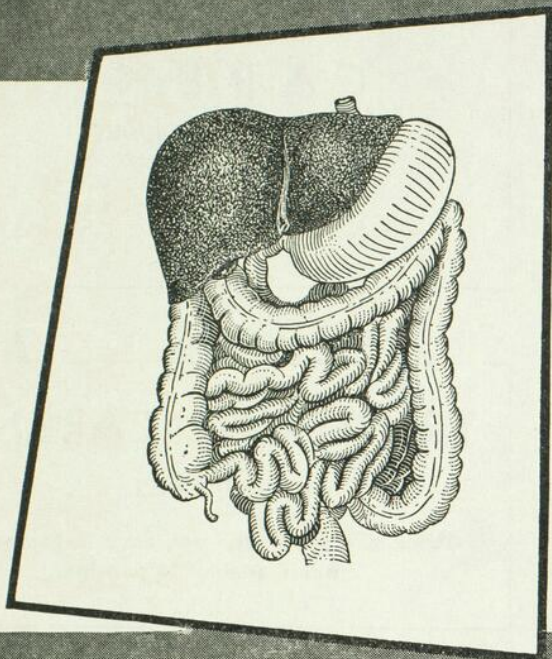
*Echantillons médicaux et littérature sur demande*

**Fellows**  
MEDICAL MFG. CO., LTD.  
Pharmaceuticals

fabricants de produits  
pharmaceutiques depuis 1866  
286 ouest, rue St-Paul,  
Montréal, Qué.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Hyman, H. T.: An Integrated Practice of Medicine (1950)
2. Refhuss, M. R., et al: A Course in Practical Therapeutics (1948)
3. Goodman, L., and Gilman, A.: The Pharmacological Basis of Therapeutics (1941). 22nd printing, 1951.
4. Sollmann, T.: A Manual of Pharmacology, 7th ed. (1948), and Useful Drugs, 14th ed. (1947)



*Prévention ou  
soulagement des*  
**Distensions  
Abdominales et  
Rétentions Gastriques**  
*post-opératoires*

L'Urecholine prévient ou soulage dans une proportion élevée les pénibles symptômes des distensions abdominales et des rétentions gastriques post-opératoires. En reproduisant les effets d'une stimulation parasympathique, l'Urecholine augmente le tonus gastrique, les contractions péristaltiques, et provoque la miction et la défécation.

On a aussi prouvé la grande valeur de l'Urecholine pour prévenir et/ou soulager la rétention d'urine post-opéra-

toire et traiter la rétention chronique ou fonctionnelle. On a obtenu un soulagement symptomatique complet dans des cas choisis de mégacolon.

*Des renseignements détaillés sur l'Urecholine Chloride seront envoyés sur demande.*

★ ★ ★

**S'OBTIENT** en flacons de 100 comprimés de 5 mg. pour usage buccal, et en cartons contenant six ampoules de 1 c.c. correspondant à 5 mg., pour administration sous-cutanée.

# URECHOLINE CHLORIDE

(marque déposée)

(Marque de chlorure de bétanechol)

(Uréthane du chlorure de  $\beta$ -méthylcholine Merck)



**MERCK & CO. LIMITED**

*Chimistes fabricants*

MONTRÉAL - TORONTO - VANCOUVER - VALLEYFIELD

## L'AMINOPHYLLINE FRANÇAISE

# CARÉNA

### SÉDO-CARÉNA

COMPRIMÉS

Caréna — Phénobarbital — Papavérine  
**Neurodystonies cardiaques**  
**Spasmes vasculaires, Algies des cardiaques.**

### CARÉNA

INTRAMUSCULAIRE

Théophylline-éthylène-diamine  
**Syndromes cardiaques**  
**Syndromes Cardio-rénaux**  
**Œdèmes cardiaques, rénaux et hépatiques.**  
**Dyspnées**

### CARÉNA-OUABAÏNE

AMPOULES I. V. — COMPRIMÉS

**VASO-DILATATEUR — CORONARIEN**  
**Défaillance cardiaque, cœur sénile**

### TRINITRINE-CARÉNA

COMPRIMÉS

**Algies paroxystiques, état de mal angineux,**  
**crises d'angine de poitrine.**

**Laboratoires DELAGRANGE — Paris**

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

# GENOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

## Maladie de Parkinson

**Composition:** Bromhydrate de Génoscopolamine.

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

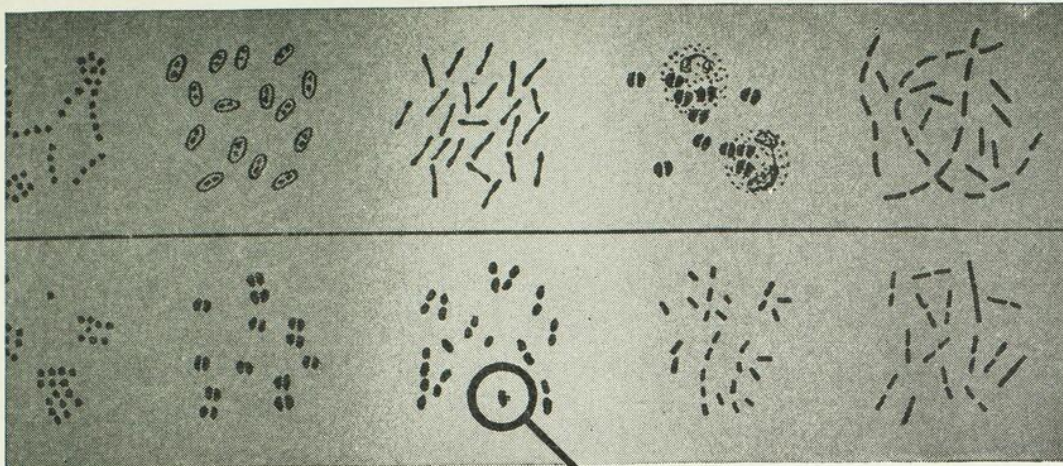
**Indications:** Maladie de Parkinson, Paralyse agitante, Syndromes post-encéphaliques.

**Posologie:** De 2 à 6 granules, ou de 20 à 60 gouttes par jour, prises en deux à trois fois dans la journée, de préférence entre les repas. Commencer par la dose minimum, et augmenter progressivement pour s'en tenir à la dose utile.  
L'injection sous-cutanée d'une ampoule de 1 mgr. donne des résultats plus rapides, mais n'est pas souvent nécessaire.

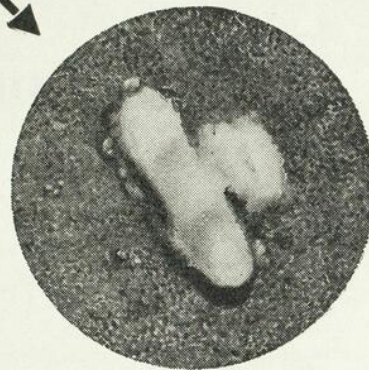
**Présentation:** Granules au ½ mgr., flacon de 60 granules.  
Gouttes, solution à 1.5 p. 100, flacon de 20 cc.  
Ampoules dosées à 1 mgr., 10 amp. de 1 cc.

**Laboratoires AMIDO — PARIS**

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



**Action bactéricide  
plus puissante  
et plus étendue**



# PenStrep\*

"4:1 et "4:1/2"  
(Pénicilline et dihydrostreptomycine Merck)  
EN SOLUTION AQUEUSE

PenStrep\* "4:1" et "4:1/2" contiennent en même temps de la pénicilline à action rapide et prolongée, ainsi que deux concentrations différentes de dihydrostreptomycine, en vue d'obtenir:

1. une action bactéricide puissante à cause du synergisme de ces deux médicaments;
2. un vaste champ d'action, puisque les spectres bactériens de ces deux drogues se complètent l'un l'autre;
3. une absence de toxicité remarquable.

PenStrep est spécialement indiqué dans le traitement des infections mixtes dues à des organismes gram-positifs et gram-négatifs, et peut servir dans des affections d'étiologie inconnue dont l'identification bactérienne demeure en suspens.

*Les deux formes sont présentées dans des fioles de une et de cinq doses.*

\*PenStrep est la marque déposée  
de Merck & Co. Limited.



**MERCK & CO. LIMITED**  
*Chimistes fabricants*  
MONTRÉAL - TORONTO - VANCOUVER - VALLEYFIELD

*L'action*

**VAGOLYTIQUE** du méthylbromure  
d'homatropine ..... 1 mg.

**SÉDATIVE CENTRALE** du phénobarbital 20 mg.

**ANALGÉSIQUE** de l'acide acétylsalicy-  
lique ..... 150 mg.

**HYPOTHROMBINÉMIQUE** correctrice de  
la vitamine K ..... 0.25 mg.

*s'associent  
dans*

***neurophen***

*pour en faire l'antispasmodique,  
le sédatif et l'analgésique  
idéal de tous les états spasmodiques  
(y compris la dysménorrhée).*

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



*Vous pourriez **tout peindre** en quelques minutes*



## ...si vous aviez l'aide de tous les 44

malades représentant chacun des nombreux états où le NEMBUTAL, barbiturique d'action brève, est efficace

UNE GAMME ÉTENDUE d'usages, une grande variété de produits, une grande marge de sécurité—ce sont tous des facteurs qui contribuent au prestige clinique que s'est acquis le NEMBUTAL, barbiturique d'action brève. Mais dans les 570 rapports parus au cours des 21 ans d'usage du NEMBUTAL, les avantages suivants ressortent:

Des doses réglées de NEMBUTAL d'action brève peuvent produire n'importe quel degré voulu de dépression cérébrale—depuis la sédation légère jusqu'à l'hypnose profonde—avec des doses qui ne sont qu'environ la moitié de celles requises avec beaucoup d'autres barbituriques. Avec de plus faibles doses il y a moins de drogue à inactiver, l'effet dure moins longtemps, il y a peu de tendance aux effets cumulatifs et moins de risque de reliquat d'effet barbiturique.

Parcourez la liste au bas de la page. Elle vous suggèrera peut-être quelques nouveaux usages pour le NEMBUTAL dans votre pratique. Si vous désirez recevoir le nouveau livret, "44 Clinical Uses for NEMBUTAL," vous n'avez qu'à adresser une carte aux Laboratoires Abbott Limitée, Montréal 9.

Abbott

A doses orales égales aucun autre barbiturique ne réunit  
UN EFFET PLUS RAPIDE, PLUS BREF, PLUS PROFOND

que le **NEMBUTAL**

NOM DÉPOSÉ  
(PENTOBARBITAL, ABBOTT)

**44**  
DES  
USAGES  
CLINIQUES  
DU NEMBUTAL

**SÉDATIF Cardio-vasculaire**

Hypertension  
Maladie coronaire  
Angine  
Décompensation  
Maladie vasculaire périphérique  
**Troubles endocriniens**  
Hyperthyroïdie  
Ménopause  
**Nausées et Vomissements**  
Nausées et Vomissements  
Maladie fonctionnelle ou organique (émotive et gastro-intestinale aiguë)

Mal des radiations  
Grossesse  
Mal de mouvement

**Troubles gastro-intestinaux**

Cardiospasmie  
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 Infections**

Agitation 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

**OBSTÉTRIQUE**

Nausées et Vomissements  
Eclampsie  
Amnésie

**CHIRURGIE**

Sédation Préopératoire

Anesthésie de Base

Sédation Postopératoire

**PEDIATRIE Sédation pour:**

Examens spéciaux  
Transfusions de sang  
Administration parentérale de liquides  
Electroencéphalographie  
Petite chirurgie  
Sédation Préopératoire



POUR L'INSOMNIE  
ET LA SIMPLE SÉDATION  
essayez la Capsule de  
NEMBUTAL Sodique  
de 50 mg. (¼ de grain)

---

---

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 80:

MM. Allard (Eugène); Amyot (Roma); Andersen (A.); Archambault (Jacques); Archambault (Jules); Archambault (Paul-René); Augustin (Marc); Badeaux (Georgine); Balestrazzi (N.); Baril (Edmond); Beauregard (J.-M.); Bélanger (Claude); Bélanger (Paul-Marcel); Bélisle (Maurice); Bertrand (A.); Blain (Emile); Bombardier (J.-P.); Boulanger (J.-B.); Bourbonnais (Georges); Bourgeois (Paul); Bourgeois-Gavardin (M.); Bourque (J.-P.); Boussat (André); Brisson (Gérard); Brunel (D.); Cabana (Léo-Paul); Caouette (Maurice); Champoux (Roger); Chaptal (J.); Charbonneau (Henri); Charest (Gustave); Comeau (Maurice); Côté (Fernand); Coutu (Albert); Couture (Ernest); Croissant (Odile); Cusson (André); Daguët (G.); David (Paul); Del Vecchio (Marc); Denoncourt (J.-A.); Desforges (Aimé); Desjardins (Edouard); Desmarais (Bernard); Desranleau (J.-Marc); Desrochers (Jean-Léon); Dionne (Paul); Doray (Maurice); Doré (Réal); Dubeau (Marius); Dubreuil (Lucien); Dufresne (Origène); Dufresne (Roger-R.); Dugal (Jean-Paul); Durand (Fernande); Durivage (Jacques); Dussault (Roland); Duvalier (François); Favreau (J.-C.); Fiset (Robert); Foisy (René); Foley (A.-R.); Fontaine (Rosario); Forget (Ulysse); Fourage; Frappier (Armand); Frenette (Ulric); Fugère (Paul); Fukuda (Toku Ro); Gagnier (L.-A.); Gagnier (M.); Gagnon (E.-D.); Gagnon (Jacques-N.); Gareau (J.-Roger); Gauthier (C.-A.); Gauthier (Louis-J.); Gauthier (Vincent); Genest (Jacques); Genest (Robert); Gervais (Maurice); Gill (Guillaume); Girard (Armand); Giroud (A.); Gosselin (Blaindine-Yvette); Gosselin (Gilles); Gougoux (Jacques); Gratton (Armand); Gratton (Jean); Grignon (C.-E.); Grignon (Jean); Grignon (René); Groulx (Ad.); Guy (Rolland); Hébert (Gérard); Hector (Saint-Lucien); Hillemand (Professeur); Hood (A. J. G.); Hudon (Fernando); Jacques (André); Jarry (Gaétan); Jean (R.); Johnson (Ré-

ginald); Joncas (Gérard); Journet (Léon); Justin-Besançon (L.); Kelly (A. D.); Kourilsky (Raoul); Lacharité (Hervé); Ladouceur (Léo); Lafond (Guy); Lacasse (Philippe); Laham (Jean); Lamotte-Barillon (S.); Lamoureux (Louis); Lamquin (L.); Landry (Philippe); Langlois (Marcel); Lapointe (Henri); Lapointe (J.-A.); Larichellière (Raymond); Larivière (Paul); Larochelle (L.-N.); Larouche (Gérard-L.); Latraverse (Valmore); Lauzé (Simon); Lauzer (Rosaire); Lebeau (René); Leblanc (Loyola); LeBlond (Sylvio); LeBlond (Wilfrid); Lecours (Antonio); Lefebvre (René); Legault (Jean-Paul); Léger (Jacques); Léger (J.-Louis); Lemierre (Professeur A.); Lemieux (J.-E.); Lépine (Edgar); Lépine (Pierre); LeSage (Albert); LeSage (Jean); Lessard (Ivan); Letendre (Paul); Letondal (Paul); Longtin (Jean); Mackay (André); Marion (Donatien); Marion (Pierre); Marois (Paul); Martin (Hon. Paul); Martineau (Bernard); Marsolais (Almanzor); McCaffrey (Frank); Miller (J.-Chs); Mirallie (Charles); Monfette (Claude); Morissette (L.); Nadeau (Gabriel); Nègre (Léopold); Noël (Victor); Normand (Jos.); Panisset (Maurice); Paquet (A.-E.); Paquette (J.-P.); Pavilanis (Vytautas); Pesant (Laurent); Piette (Jean); Pilon (J.-Louis); Pinsonneault (G.); Plichet (André); Poirier (J.-R.); Poirier (Paul); Poirier (René); Pouliot (Antoine); Potvin (V.); Prévost (Jules); Redon (Henri); Ricard (H.); Riopel (Paul); Rives; Robillard (Rosario); Rochemont (Serge); Rolland (Gérard); Saint-Arnaud (Grégoire); Saint-Martin (Maurice); Saint-Martin (Théo.); Saint-Onge (Marie); Salvaing (J.); Samson (J.-Ed.); Saucier (Jean); Selye (Hans); Smith (Henri); Smith (Pierre); Sonea (Sorin); Sylvestre (J.-Ernest); Sylvestre (Lucien); Tétreault (Ernest-R.); Thibault (Eugène); Tougas (Hubert); Trudel (Hermile); Vaillancourt (J.-R.); Vallée (A.-F.); Vallée (Louis-Ivan); Valois (Ant.-B.); Verge (Willie); Vézina (Norbert); Albert-Weil (Jean); Wyckoff (Ralph W. G.).

---

---

*...L'endocardite maligne ou infectante peut être:*

a) *Une maladie primitive de la tunique interne du cœur et de ses valvules;*

b) *Une affection secondaire dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la pneumonie, dans les différentes fièvres infectieuses, dans les processus septiques de toute nature, et très fréquemment une infection de vieilles scléroses valvulaires...*

*L'existence de l'endocardite primitive a été mise en doute: mais il y a des exemples de personnes dont le cœur avait toujours été bon, qui n'avaient eu antérieurement aucune des affections auxquelles l'endocardite est habituellement associée, et qui ont présenté de l'endocardite avec des symptômes rappelant les formes graves du typhus et de la fièvre typhoïde. Dans un cas que j'ai vu, la mort est survenue au sixième jour et on n'a pas trouvé d'autres lésions que celles de l'endocardite maligne...*

*... De l'endocardite simple à l'affection plus grave qui a reçu le nom d'endocardite maligne ou ulcéreuse, la transition est graduelle et peut être constatée. En pratique, dans tous les cas d'endocardite ulcéreuse, on trouve des végétations. Dans cette forme la perte de substance valvulaire est plus prononcée, le dépôt sanguin qui forme thrombus est plus étendu, les micro-organismes sont plus nombreux et souvent leur virulence est accrue. En même temps que l'endocardite ulcéreuse, on constate souvent que les valvules sont déjà le siège de transformations chroniques, proliférante et fibreuses...*

*... Localisation des lésions. — Les chiffres suivants, empruntés à mes Goulstonian Lectures, permettent d'estimer approximativement la fréquence avec laquelle, dans 209 cas, différentes parties du cœur ont été touchées par l'endocardite maligne: les valvules aortique et mitrale simultanément dans 41 cas; la valvule aortique seule dans 53; la mitrale seule dans 77; la tricuspide dans 49; la valvule pulmonaire dans 15; et les parois du cœur dans 33. Dans 9 cas, le cœur droit seul a été intéressé; dans le plus grand nombre des cas les valvules auriculo-ventriculaires...*

William OSLER.

## BULLETIN

---

### LA FORMATION PROFESSIONNELLE COMPLÉMENTAIRE DU MÉDECIN

D'ici quelques semaines, de nombreux jeunes médecins, après avoir passé avec succès leurs derniers examens, prêteront le serment d'office. Le parchemin, qui affirme leurs aptitudes, les reconnaît dignes d'exercer l'art de la chirurgie, la science de la médecine et la pratique de l'obstétrique.

Est-ce à dire qu'ils sont réellement prêts à accomplir avec succès tous et chacun des actes médicaux? Personne de nos jours n'oserait l'affirmer; la médecine a pris une telle envergure qu'il est impossible de la posséder toute en aussi peu que les six années scolaires.

L'internat obligatoire a grandement amélioré la situation; il a permis le contact intime avec le malade; il a fait connaître les rouages hospitaliers; il a facilité un passage profitable au sein de spécialités jusqu'alors hermétiques. Cet internat a formé l'élève aux appels d'urgence, l'a obligé à donner les premiers soins, si utiles en clientèle, des diverses injections, ponctions ou biopsies.

Au départ de l'Université le nouveau médecin est mieux préparé que jamais. S'il a l'esprit en éveil, la mémoire facile, le don d'observation, une disposition pour la synthèse, il possède de précieux atouts. Encore doit-il comprendre que ses connaissances ne sont qu'un minimum, que la médecine se renouvelle continuellement, qu'il ne doit cesser de lire, de s'instruire. Les congrès, les sociétés, les séances cliniques hospitalières sont préparés partout et le plus souvent, à son intention. Le praticien général n'a habituellement que sa formation scolaire; il est remarquable que lorsqu'il sait se tenir à la page par ses lectures il fait très bonne figure auprès des confrères mieux entraînés; bien qu'autodidacte, s'il a le sens clinique, il pose de bons diagnostics, et cela dans de mauvaises conditions: examens à domicile, défaut d'éclairage, mauvaise collaboration familiale.

Il n'y a pas encore d'école pour la formation complémentaire du praticien général mais ce n'est qu'une question de temps; elle s'impose.

Le médecin qui choisit une voie différente et préfère à la pratique général l'exercice de ce que l'on appelle une spécialité doit consacrer à l'étude de celle-ci de nombreuses années. On s'étonne parfois en certains milieux des exigences réclamées des postulants en spécialités. Celles-ci varient avec les différentes branches de la médecine ou de la chirurgie. Elles peuvent paraître draconiennes en certains cas, sévères sans plus dans d'autres.

Il faut toutefois croire à la sincérité de ceux qui ont cherché à établir des normes équitables et satisfaisantes. Le bien général, le meilleur être du malade, l'élévation du standard professionnel sont les principes qui ont inspiré certains règlements. Ceux-ci d'ailleurs ne sont pas exclusifs à certaine région, puisque partout ils existent.

De temps immémorial, en France, des concours ont été institués et mis en marche pour la sélection des titulaires aux fonctions hospitalières ou aux postes universitaires. Sir Ernest Finch vient de rappeler dans une conférence qu'il a prononcée à Londres le 12 décembre 1951 devant le *Royal College of Surgeons of England*, les conditions à remplir, qui ont varié depuis, mais qui datent tout de même de 1800, pour devenir chirurgien. *Approach to specialism*, tel était le titre de sa causerie.

N'est donc pas spécialiste qui veut, ni en France, ni en Angleterre, pas plus en Amérique, qu'elle soit du Nord ou du Sud.

Ce n'est pas dans ce Bulletin qu'il y a lieu d'élaborer en détail les programmes de l'instruction médicale complémentaire. Le but de ces lignes est plutôt d'exposer des préceptes généraux.

Il est un fait remarquable que l'entente est parfaite entre toutes les spécialistes pour exiger des candidats à l'admission auprès de chacune deux conditions: une connaissance approfondie des sciences de base et la possession d'un avoir considérable tant clinique que technique.

L'acquisition des sciences basales, la maîtrise clinique ne s'acquiert qu'avec les ans. Et encore faut-il qu'une surveillance étroite s'impose et qu'une direction sage soit réclamée et obtenue.

Cette formation complémentaire est irréalisable, dans son expression la plus efficace, en dehors des centres universitaires et des hôpitaux reconnus. Aussi serait-il souhaitable que plus d'hôpitaux, bien organisés soient ouverts à l'enseignement; suggestion

corollaire au Bulletin d'avril 1952 de *l'Union Médicale du Canada*, signé Roma Amyot.

Les sciences basales ne peuvent s'apprendre qu'en milieu universitaire. L'anatomie normale, l'histologie, la physiologie normale, la biochimie, la bactériologie, l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique, les recherches expérimentales sont du domaine presque exclusif des laboratoires d'université.

L'acquisition de l'art et l'apprentissage de la pratique d'une spécialité ne s'obtiennent vraiment très bien que dans un hôpital d'enseignement. Les raisons sont simples et claires. Le personnel y montre la volonté d'enseigner; il est composé d'individus qualifiés par l'étude, par les concours; le matériel clinique y est adéquat en nombre de lits publics.

Dans ces hôpitaux le médecin en entraînement sous une tutelle bienveillante est mis à l'oeuvre et, de jour en jour, il voit augmenter ses responsabilités.

La formation professionnelle complémentaire est essentielle; elle demande des sacrifices considérables. En retour, elle apporte une meilleure compréhension du devoir, un rendement supérieur et donne à celui qui avec succès en a franchi toutes les étapes et ce qu'elles comportent d'épreuves, la satisfaction d'avoir beaucoup travaillé en vue d'un effort meilleur, au profit de la collectivité humaine et à son grand avantage personnel.<sup>1</sup>

Edouard DESJARDINS.

1.— Voir à la fin de ce numéro la transcription de l'éditorial de mai 1883. Ce qui était vrai à cette époque l'est encore et peut-être avec plus de vigueur. *La Rédaction.*

## XXII<sup>e</sup> CONGRÈS

LE DIRECTEUR DU COLLÈGE DE FRANCE, LE PROFESSEUR ROBERT  
COURRIER, DEVANT L'ASSOCIATION DES MÉDECINS  
DE LANGUE FRANÇAISE

Le Collège de France, l'Hôtel-Dieu de Paris et plusieurs sociétés savantes seront représentés au XXII<sup>e</sup> congrès des médecins de langue française du Canada. Le professeur Robert Courrier présidera une des séances d'études destinées à commémorer le centenaire de la Faculté de médecine de Laval.

Au cours des différentes réunions qui auront lieu pendant les trois autres jours du congrès, on entendra tour à tour les professeurs Binet, Kourilsky, Bénard, Mouquin de Paris et le professeur Hermann de Lyon. Un pathologiste éminent, le docteur John Hamilton, représentera Toronto.

Des spécialistes canadiens réputés prendront également part à ces grandes assises scientifiques. On a procédé au choix des rapporteurs médecins selon divers barèmes qui embrassent toutes les sphères de l'association: médecins universitaires, chercheurs, médecins des hôpitaux et praticiens. Le programme comporte des représentants de toutes les régions: Québec, Montréal, Ottawa, Sherbrooke, Trois-Rivières, la Rive-Sud, le Saguenay, l'Acadie et la Nouvelle-Angleterre.

De tels congrès permettent aux différents maîtres de la science expérimentale qui y prennent part d'échanger leurs vues, de discuter leurs procédés de recherche, d'observation et de notation. Au cours des diverses séances d'études et des débats qui s'engagent, on établit le bilan des connaissances nouvelles et l'on dresse le tableau des résultats acquis. Médecins d'Amérique et d'Europe collaborent et enrichissent leur bagage scientifique.

L'évolution des sciences médicales se fait à un rythme accéléré. Les canadiens de langue française ont tout avantage à rencontrer leurs confrères pour mettre au point les grandes questions de la pratique actuelle et rafraîchir leurs connaissances sur les problèmes de base.

Le XXII<sup>e</sup> congrès des médecins de langue française du Canada sera présidé par le docteur Jean-Baptiste JOBIN, et s'ouvrira par une journée consacrée au centenaire de la Faculté de médecine de Laval, dont le docteur Charles Vézina est le doyen. Tous les médecins de langue française voudront sans doute profiter de cette occasion pour renouveler leurs relations personnelles et la collaboration intime qui doit exister entre savants, chercheurs et praticiens d'une même discipline.

Le Comité du XXII<sup>e</sup> Congrès.

# BULLETIN DE LOGEMENT

XXIIème CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS  
DE LANGUE FRANÇAISE

Québec — 23, 24, 25 et 26 septembre 1952

Comité du Logement,

α/s du docteur Richard Therrien, 34, de la Fabrique, Québec, P. Q.

Prière de réserver, à une des hôtelleries suivantes (indiquer votre préférence par les chiffres 1, 2, 3, etc.):

.....CHÂTEAU FRONTENAC      .....HÔTEL SAINT-LOUIS      .....HÔTEL CLARENDON

.....HÔTEL VICTORIA      .....HÔTEL SAINT-ROCH      .....CHÂTEAU LAURIER

.....KENT HOUSE      .....MAISON de TOURISTES

.....chambre(s)      .....avec/sans BAIN OU DOUCHE à être occupée(s) par :

NOMS ..... ADRESSES .....

.....

.....

.....

Date d'arrivée ..... Avant-midi..... Après-midi..... Soirée.....

Date du départ .....

**IMPORTANT :** Vu l'achalandage dans la plupart des hôtelleries à l'époque du Congrès qui coïncide avec les fêtes du Centenaire de l'Université Laval, et à l'affluence de visiteurs attendus à cette occasion, la direction des hôtels insiste pour que chaque chambre soit occupée par au moins deux personnes. Ceux qui viendront seuls voudront bien indiquer ci-dessous, s'il y a lieu, le nom d'un autre congressiste avec lequel ils n'ont pas d'objection à partager une même chambre (à deux lits) :

NOM ..... ADRESSE .....

Veillez indiquer, s'il y a lieu, à quel titre vous participez au congrès :

MEMBRE DE L'ASSOCIATION..... INVITÉ ..... RAPPORTEUR .....

OFFICIER DE L'ASSOCIATION .....

Les hôtelleries confirmeront vos demandes de réservation.

# LE TRAITEMENT DE LA DÉBILITÉ CONGÉNITALE ET DES RETARDS DE CROISSANCE DU NOUVEAU-NÉ PAR LA PÉNICILLINE ET LES FILTRATS PLACENTAIRES<sup>1</sup>

Paul GIRAUD, J. ESPINAS et J. COIGNET (Marseille).

La surveillance de la courbe de poids est, quoiqu'en disent certains pédiatres, une des meilleures façons de suivre efficacement le développement d'un nourrisson pendant sa première année.

Tous les accidents ou incidents d'origine digestive ou parentérale s'inscrivent, en effet, inmanquablement sur cette courbe. Le fonctionnement des endocrines, des organes de la nutrition et du système nerveux conditionnent la régularité de l'accroissement pondéral. Une progression régulière et suffisante est une preuve formelle de la bonne vitalité générale de l'enfant.

Chez le nouveau-né, surtout lorsqu'il est atteint de débilité congénitale, cette importance de l'accroissement en poids est encore plus grande. On sait que le classement des débiles et le pronostic de leur état dépend largement de leur poids initial et l'on considère que la tâche la plus urgente est remplie au point de vue vital lorsque ce poids atteint un chiffre voisin de la normale.

Aussi divers procédés thérapeutiques ont été successivement utilisés pour stimuler la croissance de ces enfants arrêtés parfois par des causes obscures, échappant trop souvent à l'examen le plus attentif.

Les injections salines, l'insuline-glucose, les œstrogènes, l'extrait thyroïdien et tout récemment la vitamine B12 ont été employés successivement avec des fortunes variables.

A la Pouponnière du Foyer des Pupilles de l'Etat des Bouches-du-Rhône, ce problème se pose à nous de façon particulièrement fréquente et parfois angoissante.

Les nourrissons que nous recevons proviennent en majorité des maternités de notre

ville et nous arrivent le plus souvent vers le 15ème jour de leur existence. Beaucoup d'entre eux sont déjà atteints d'infections aériennes, cutanées ou digestives, rançon de leur élevage collectif.

D'autres en moins grand nombre, nous viennent directement de leurs familles où ils ont parfois reçu des soins hygiéniques défectueux.

Parmi tous ces enfants, certains sont débiles ou prématurés; d'autres, quoique nés à terme avec un poids correct, n'ont pas progressé de façon normale et leur courbe reste horizontale malgré une alimentation appropriée à leur état et bien tolérée.

La syphilis congénitale nous paraissait autrefois expliquer un grand nombre de ces stagnations pondérales surtout chez les débiles, et nous les traitions systématiquement dans ce sens avec, il faut le dire, quelques bons résultats. Mais la syphilis a très notablement diminué de fréquence parmi nos nouveaux nés au cours de ces dernières années et il n'est plus de mode à l'heure actuelle de recourir, sans raison sérieuse, à ces « traitements d'épreuve » si largement utilisés autrefois.

Aussi avons-nous cherché à agir plutôt sur ces enfants par des thérapeutiques générales de stimulation nutritive avec toute l'imprécision qui s'attache à ce terme.

Parmi ces médications, deux nous ont paru particulièrement intéressantes par les résultats très réguliers obtenus à la suite de leur emploi: la pénicilline et les filtrats placentaires. Nos essais ont été poursuivis depuis près de deux ans et notre expérience porte sur un nombre d'enfants assez grand pour que nous puissions en tirer des conclusions valables.

1. Travail de l'Institut de Pédiatrie et de Puériculture et du Foyer des Pupilles de l'Etat à Marseille.

PÉNICILLINE

Mécanisme d'action

Certains travaux récents, américains surtout, ont démontré que les antibiotiques ajoutés à une ration normale favorisaient la croissance des volailles et des porcs dans des proportions allant jusqu'à 30%.

Cette adjonction produit de plus un effet économique par rapport à la quantité de protéine et de vitamine B12 nécessaires à la croissance. Une progression normale en poids pouvait être obtenue avec des rations inférieures de ces deux substances.

Parmi les antibiotiques la terrormycine paraît la plus efficace, viennent ensuite l'auro-mycine et la pénicilline; la streptomycine serait peu active sauf à de très fortes concentrations.

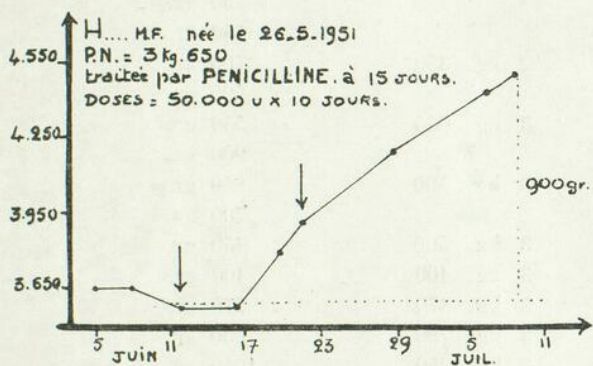


Figure I

Le mécanisme d'action de ces antibiotiques comme facteur de croissance est discuté. Il ne semble pas qu'il s'agisse de production de vitamine B12 mais plutôt d'une action sur la flore intestinale éliminant les bactéries nuisibles et, de ce fait, favorisant le développement des bactéries productrices de vitamine B12 ou d'autres produits utiles à la croissance. à notre connaissance.

Mais il s'agit là d'hypothèses non vérifiées

Conditions de l'expérience

Nous avons choisi la pénicilline parce que d'un usage courant dans nos services et d'une technique d'administration facile.

Nous l'avons injectée par voie musculaire en 6 et 8 injections par jour et à des doses

allant de 50 000 à 100 000 unités par jour pendant 10 à 15 jours, sans tenir grand compte du poids de l'enfant.

Nous l'avons administrée à des enfants atteints de débilité congénitale et aussi à des nouveaux-nés à terme dont la courbe de poids était stagnante et qui paraissaient s'acheminer ainsi vers une dénutrition progressive sans cause apparente. Nous avons exclu, autant que possible, de cette expérience les enfants

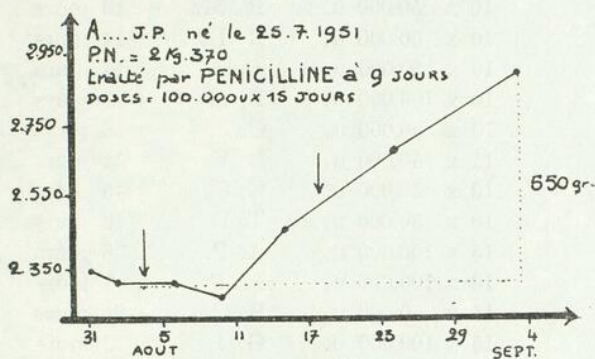


Figure II

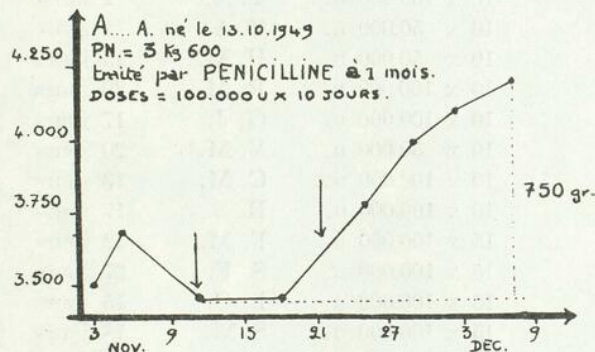


Figure III

atteints d'une infection parentale et les hérédo-syphilitiques avérés pour lesquels l'action anti-infectieuse de la pénicilline pourrait être soutenue en dehors d'une action eutrophique proprement dite.

Cependant, il est toujours difficile d'affirmer qu'un débile ou un prématuré n'est pas atteint de syphilis congénitale plus ou moins latente, qui fera peut-être sa preuve ultérieurement comme nous en avons vu de nombreux exemples. De même, il est malaisé de dire qu'un enfant dont la courbe de poids n'est pas satisfaisante n'est pas porteur d'une infection parentérale latente.

TRAITEMENT DE LA DÉBILITÉ CONGÉNITALE ET DES RETARD DE CROISSANCE  
DU NOUVEAU-NÉ PAR LA PÉNICILLINE  
BONS RÉSULTATS

<i>Traitement reçu</i>	<i>Noms</i>	<i>Age, 1ère inject.</i>	<i>Poids naissance</i>	<i>Augment. poids en un mois</i>
10 x 100.000 u.	A. J.	15 jours	?	
13 x 50.000 u.	A. A.	11 jours	2 kg. 750	550 gr.
10 x 50.000 u.	B. P.	1 mois	1 kg. 800	600 gr.
10 x 100.000 u.	D. B.	1 mois	2 kg. 700	650 gr.
15 x 50.000 u.	C. B.	12 jours	2 kg. 700	750 gr.
10 x 50.000 u.	P. R.	18 jours	2 kg. 670	800 gr.
10 x 50.000 u.	R. M.	10 jours	2 kg. 230	770 gr.
10 x 50.000 u.	R. L.	11 jours	2 kg. 950	650 gr.
10 x 50.000 u.	S. H.	14 jours	2 kg. 800	950 gr.
10 x 100.000 u.	B. J.	7 jours	3 kg. 150	400 gr.
10 x 50.000 u.	C. J.	18 jours	3 kg. 000	1450 gr.
15 x 50.000 u.	B. V.	11 jours	3 kg. 300	600 gr.
10 x 50.000 u.	G. C.	45 jours	3 kg. 300	650 gr.
10 x 50.000 u.	T. D.	12 jours	3 kg. 150	250 gr.
15 x 100.000 u.	A. P.	8 jours	2 kg. 370	500 gr.
10 x 100.000 u.	M. P.	1 mois	2 kg. 750	600 gr.
15 x 50.000 u.	B. C.	25 jours	?	750 gr.
15 x 100.000 u.	G. J.	2 mois	?	550 gr.
15 x 50.000 u.	D. C.	21 jours	2 kg. 350	700 gr.
10 x 100.000 u.	T. A.	2 mois	?	900 gr.
10 x 50.000 u.	V. A.	8 mois	3 kg. 650	550 gr.
10 x 50.000 u.	H. M.	15 jours	?	900 gr.
10 x 100.000 u.	R. M.	20 jours	3 kg. 500	850 gr.
10 x 100.000 u.	G. J.	17 jours		700 gr.
10 x 50.000 u.	V. M.	20 jours	3 kg. 500	450 gr.
10 x 100.000 u.	C. M.	13 jours	3 kg. 400	400 gr.
10 x 100.000 u.	H. S.	17 jours	3 kg. 370	770 gr.
15 x 100.000 u.	F. M.	12 jours	3 kg. 700	600 gr.
15 x 100.000 u.	S. F.	27 jours	3 kg. 350	1050 gr.
15 x 100.000 u.	L. C.	15 jours	3 kg. 250	950 gr.
15 x 100.000 u.	S. M.	18 jours	3 kg. 610	950 gr.
10 x 100.000 u.	A. A.	28 jours	3 kg. 600	650 gr.
10 x 50.000 u.	A. C.	45 jours	4 kg. 100	650 gr.
10 x 100.000 u.	B. M.	2 mois	?	550 gr.
10 x 100.000 u.	G. M.	1 mois	?	500 gr.
15 x 100.000 u.	N. P.	2½ mois	?	500 gr.
15 x 50.000 u.	G. M.	22 jours	2 kg. 500	950 gr.
15 x 100.000 u.	G. M.	1 mois	?	950 gr.

RÉSULTATS ININTERPRÉTABLES

10 x 50.000 u.	A. E.	17 jours	2 kg. 800	450 gr. en 15 j.
10 x 50.000 u.	R. R.	15 jours	2 kg.	450 gr. en 15 j.
15 x 50.000 u.	M. G.	20 jours	2 kg. 750	350 gr. en 17 j.
10 x 100.000 u.	B. A.	23 jours	2 kg. 650	340 gr. en 15 j.
10 x 50.000 u.	E. P.	20 jours	2 kg. 800	1050 gr. en 1 m.
10 x 50.000 u.	M. N.	24 jours	2 kg. 750	500 gr. en 21 j.
12 x 100.000 u.	I. G.	50 jours	3 kg. 750	550 gr. en 25 j.
10 x 100.000 u.	R. M.	60 jours	?	250 gr. en 10 j.
15 x 100.000 u.	K. N.	16 jours	3 kg. 000	700 gr.

MAUVAIS RÉSULTATS

10 x 100.000 u.	D. G.	5 mois	1 kg. 200	250 gr.
10 x 50.000 u.	A. J.	5 jours	2 kg. 800	500 gr.
10 x 50.000 u.	V. C.	1 jour	3 kg. 000	Nul
10 x 100.000 u.	C. J.	3½ mois	3 kg. 350	350 gr.

Cette possibilité d'action anti-infectieuse de la pénicilline ne peut donc être formellement écartée mais nous avons la certitude qu'elle ne suffirait pas à expliquer l'ensemble des résultats que nous avons enregistrés.

Résultats

On trouve dans les tableaux et courbes que nous publions ci-contre les résultats détaillés de notre expérience.

On peut distinguer un certain nombre de catégories parmi les nourrissons traités.

Groupe 1: Débiles et prématurés

Pour la plupart les nourrissons rentrant dans ce cas ont été traités dans le mois suivant la naissance. Nous présentons 26 observations dans ce groupe:

17 bons résultats sont acquis;

6 résultats sont ininterprétables, soit qu'un épisode pathologique intercurrent ait interrompu l'expérience, soit que ces enfants aient été perdus de vue. Trois cependant de ces cas peuvent être considérés comme bons immédiatement et probablement satisfaisants par la suite; en effet, ces trois enfants avaient accusé une progression de poids appréciable durant le traitement, mais le résultat tardif nous est inconnu;

3 résultats nuls.

Soit un total de 20 résultats bons très probables.

Groupe 2: Stagnations de poids tardives.

Il s'agit d'enfants progressant normalement les premiers temps et qui brusquement pour une cause obscure cessent de grossir. 6 observations.

5 bons résultats très probables, trois enfants ont eu des résultats favorables acquis, les deux autres perdus de vue précédemment mon-

traient une progression de poids satisfaisante sous traitement;

1 résultat nul.

Groupe 3: Enfants de poids normal à la naissance mais ne grossissant pas les premiers temps

Les enfants classés dans cette rubrique étaient apparemment sains à leur naissance mais stagnaient de poids les semaines suivantes. Le traitement a été entrepris dès le premier mois. On note 9 observations.

8 bons résultats;

1 ininterprétable, car un traitement adjuvant administré par la suite n'a pas permis de savoir la part de succès qui revenait à la pénicilline.

Groupe 4: Enfants débiles ou de poids médiocre chez lesquels la pénicilline a été entreprise à l'occasion d'un épisode infectieux

Nous avons jugé intéressant de rapporter 7 observations d'enfants débiles ou ayant un poids stagnant dans les semaines précédant un épisode infectieux. Un traitement pénicillé institué à cette occasion a fait monter la courbe de poids d'une manière définitive et durable.

7 bons résultats ont été acquis.

Soit au total 48 observations avec:

37 bons résultats acquis;

3 bons résultats probables;

8 résultats nuls ou difficilement interprétables.

Nous devons dire cependant que ces augmentations de poids ont été d'un ordre moyen reproduisant les croissances normales et que l'effet ne s'est pas toujours maintenu après la cure de façon régulière.

### Conclusions

On peut donc conclure que, même en dehors de son action anti-infectieuse banale ou anti-syphilitique, la pénicilline peut agir favorablement sur la courbe de poids des nourrissons dans les premières semaines de la vie et cela surtout chez les débiles et prématurés.

Cela n'exclut pas que la pénicilline ne puisse agir dans ces conditions sur la flore intestinale et sur la sélection des bactéries susceptibles de fabriquer des vitamines, la vitamine B12 en particulier.

Mais nous devons signaler que le mécanisme d'action de cette thérapeutique nous échappe encore de façon à peu près complète. Une expérience sur des nourrissons normaux serait peut-être à tenter pour mesurer de façon plus précise cette donnée et aussi l'efficacité de l'administration buccale de ce médicament. Nous nous proposons de poursuivre nos essais dans ce sens.

### FILTRAT PLACENTAIRE

L'idée d'utiliser les extraits placentaires dans diverses affections, surtout ophtalmologiques, dérive des recherches de Filatow, directeur de l'Institut expérimental d'ophtalmologie d'Odessa (1944). Cette thérapeutique a été aussi utilisée en chirurgie et en dermatologie, mais son emploi en thérapeutique médicale et, particulièrement chez le nourrisson, n'avait pas encore été conseillé, à notre connaissance, jusqu'à ces temps derniers. Cependant, l'un de nous avait été frappé par l'amélioration de l'état général obtenu à la suite des traitements par les greffes et extraits placentaires et il eut l'idée de l'utiliser dans les retards de croissance du nourrisson, tout particulièrement des débiles et prématurés.

### Mécanisme d'action

Si nous ignorons le mécanisme intime de la pénicillothérapie à titre de stimulant de la croissance, nous sommes dans une incertitude aussi grande en ce qui concerne les injections de filtrats placentaires.

Filatov parle de « stimulines biogènes » développées dans tous les tissus animaux ou végétaux lorsqu'ils sont séparés de leur organisme originel, et destinées à lutter contre la mort tissulaires. Comme ces stimulines n'ont pour le moment aucune identité chimique et que nous ne savons rien de leur action physiopathologique, nous nous trouvons dans un état d'incertitude qui répugne un peu à notre esprit habitué à des méthodes de type mathématique.

Force nous est, en attendant les recherches méthodiques que nous nous proposons d'entreprendre, de nous contenter de cette explication.

En tous cas, des analyses faites à propos de ces extraits ou filtrats ont démontré qu'ils n'agissaient certainement pas par des produits endocriniens de type gonadotrophiques ou œstrogènes qui sont contenus dans le placenta mais qui sont éliminés par la préparation de ces médicaments.

Enfin, à l'inverse de la pénicilline, les filtrats placentaires n'ont aucun pouvoir anti-infectieux. Toutes les fois que nous les avons employés pour combattre une infection chronique, nous avons enregistré un échec. Toutes les fois où une infection aiguë, otitique en particulier, est survenue au cours de la cure les résultats en ont été médiocres. Il ne faut donc pas les utiliser dans ces conditions.

### Technique de la cure.

Nous avons utilisé surtout un filtrat préparé selon la technique suivante:

Le placenta est prélevé aussitôt après l'accouchement (placenta sain en apparence, B.W. négatif) et placé dans un récipient stérile que l'on met en frigorifique à une température de 0 à 4 degrés pendant 7 jours au moins. Au bout de ce temps, le placenta est haché et placé dans de l'eau distillée (100 grs par 10 grs de tissu) et laissé à macérer à 15° pendant une heure. On porte au bain marie jusqu'à ébullition que l'on maintient pendant trois minutes. On filtre sur plusieurs épaisseurs de gaze et on exprime le résidu puis on reporte le filtrat

au bain marie bouillant pendant deux minutes. On filtre sur papier jusqu'à ce que le filtrat soit parfaitement limpide, on met en ampoules et on tyndallise pendant trois jours à 70\*.

Toutes ces manipulations très longues et minutieuses doivent être faites sous le couvert d'une asepsie rigoureuse et la stérilité du produit définitif doit être contrôlée bactériologiquement.

Nous avons décrit la fabrication de ce filtrat avec quelques détails car il nous a donné toute satisfaction au point de vue stérilité (pas d'abcès par piqûres) et au point de vue tolérance (pas d'accident allergique contrairement à ce qui se passe pour d'autres extraits).

Nous n'avons employé que rarement la méthode des implants ou greffes placentaires et les quelques résultats que nous avons enregistrés ne nous ont pas paru justifier l'emploi de ce procédé plus délicat.

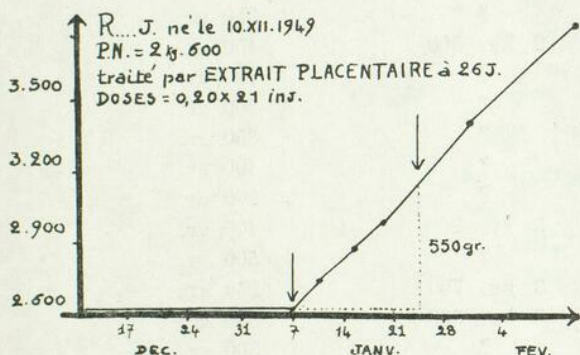


Figure IV

Mais nous ne prétendons pas avoir une expérience suffisante pour juger définitivement de la valeur réelle de cette technique chez le nourrisson.

Nous avons à peu près toujours injecté sous la peau, tous les jours ou tous les deux jours, une ampoule de 2 cc de filtrat et nous avons fait en général 20 injections par série.

#### Résultats

Nous avons traité par la thérapeutique tissulaire 61 nourrissons des deux sexes avec les résultats suivants:

— de bons résultats au nombre de 45.

Tous ces nourrissons ont accusé un accroissement pondéral important pendant le cours de la cure et après elle.

Ces augmentations ont été supérieures à 200 grs et sont allées jusqu'à un kilo pendant les trois semaines de traitement.

— des résultats difficilement interprétables au nombre de 14.

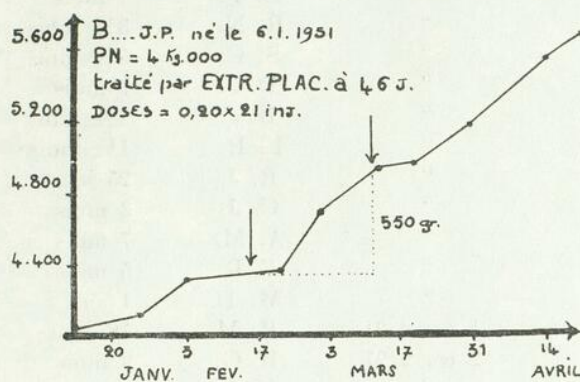


Figure V

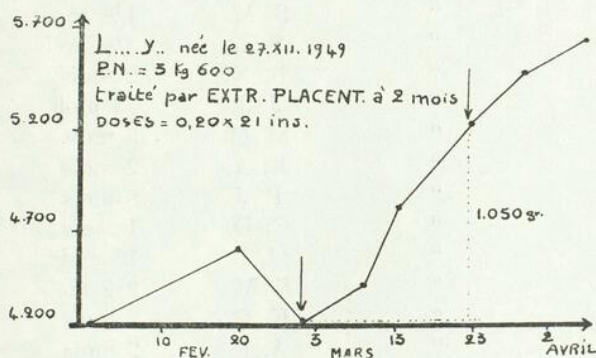


Figure VI

Ces nourrissons ont eu de faibles augmentations de poids (moins de 200 grs pendant la cure) ou bien avaient, avant cette cure, une courbe légèrement ascendante qui n'a pas été très notablement améliorée au cours des injections.

— des échecs au nombre de deux.

Dans ces deux cas les nourrissons ont eu une otite bilatérale au cours du traitement et leur poids était inférieur à celui du début de 250 et 300 grs à la fin de la cure.

Aucun accident ou incident n'a été enregistré. En particulier aucun accident allergique.

ACTION DES EXTRAITS TISSULAIRES PLACENTAIRES  
SUR LA CROISSANCE DES NOURRISSONS

## BONS RÉSULTATS

Traitement reçu	Noms	Age, 1ère inject.	Poids naissance	Augment. poids ss. traitement
2 cc. x 21	P. E.	7 mois	?	750 gr.
"	R. C.	2½ mois	2 kg. 700	700 gr.
"	L. Y.	2 mois	3 kg. 600	1050 gr.
"	M. N.	2 mois	?	600 gr.
"	E. P.	1 mois	?	1000 gr.
"	R. N.	3½ mois	3 kg. 200	500 gr.
"	S. C.	3½ mois	?	400 gr.
"	D. J.	7 mois	3 kg. 150	500 gr.
"	B. J.	1½ mois	4 kg.	550 gr.
"	F. R.	1½ mois	2 kg. 900	550 gr.
"	R. J.	25 jours	2 kg. 600	550 gr.
"	C. J.	3 mois	3 kg. 350	500 gr.
"	A. M.	7 mois	4 kg. 800	400 gr.
"	F. R.	5 mois	3 kg. 850	550 gr.
"	M. D.	1 an	3 kg. 100	700 gr.
1 cc. x 21	P. M.	18 jours	3 kg. 900	350 gr.
2 cc. x 21	B. G.	3 mois	2 kg. 800	350 gr.
"	C. G.	4 mois	2 kg. 000	200 gr.
"	A. N.	1½ mois	2 kg. 800	350 gr.
"	B. M.	1½ mois	?	350 gr.
"	S. L.	4½ mois	2 kg. 500	450 gr.
"	B. N.	2 mois	?	600 gr.
"	J. J.	13 mois	?	300 gr.
"	M. C.	3 mois	?	350 gr.
"	R. A.	2 mois	?	400 gr.
"	P. J.	8 mois	?	200 gr.
"	C. D.	1 mois	3 kg. 200	400 gr.
"	M. P.	12 mois	?	500 gr.
"	F. M.	2½ mois	3 kg. 700	250 gr.
"	K. C.	8 mois	3 kg. 300	350 gr.
"	A. P.	2 mois	?	300 gr.
"	R. C.	3 mois	2 kg. 950	450 gr.
"	P. C.	20 jours	3 kg. 670	250 gr.
"	T. A.	1½ mois	?	350 gr.
"	P. M.	22 jours	?	400 gr.
"	B. S.	5½ mois	?	100 gr.
"	A. Y.	1 mois	?	700 gr.
"	G. J.	17 mois	?	600 gr.
"	L. J.	40 jours	3 kg. 400	250 gr.
"	M. C.	23 jours	?	350 gr.
"	R. M.	40 jours	3 kg. 500	600 gr.
"	S. P.	5 mois	?	300 gr.
"	G. C.	5 mois	1 kg. 720	500 gr.

## RÉSULTATS ININTERPRÉTABLES

"	M. R.	1 mois	?	100 gr.
"	M. R.	3 mois	3 kg. 000	200 gr.
"	A. D.	3 mois	3 kg. 200	100 gr.
"	M. B.	7 mois	3 kg. 770	400 gr.

"	A. A.	3 mois	2 kg. 750	300 gr.
"	B. B.	4 mois	3 kg. 550	350 gr.
"	A. M.	5 mois	3 kg. 000	200 gr.
"	H. Y.	3 mois	2 kg. 100	100 gr.
"	A. J.	7 mois	?	400 gr.
"	P. V.	7½ mois	?	100 gr.
"	H. J.	5 mois	?	150 gr.

ECHecs

"	L. R.	6 mois	?	— 250 gr.
"	C. G.	5 mois	?	— 300 gr.

On peut donc dire que les bons résultats ont été la règle et nous devons ajouter que l'accroissement pondéral a été beaucoup plus important et plus durable qu'après une cure de pénicilline dans les mêmes conditions.

Par contre, les filtrats placentaires n'ont manifesté aucun pouvoir anti-infectieux.

Conclusions

On peut donc dire que le traitement par les filtrats placentaires a été d'une très grande efficacité pour lutter contre la débilité congénitale et les retards pondéraux du nouveau-né et du nourrissons toutes les fois où l'infection n'était pas directement en jeu.

Nous avons enregistré dans les cas favorables de très notables augmentations de poids et cette stimulation s'est maintenue souvent longtemps après la cure.

La méthode de Filatov s'est montrée, dans ces conditions, d'une efficacité supérieure à celle des autres méthodes que nous avons utilisées jusqu'à présent dans ce même but. Elle a été, en particulier, plus efficace que la cure pénicillinique qui, par contre, reprend ses droits dès que l'infection banale ou syphilitique est en jeu, ajoutant un élément anti-infectieux à l'élément « biotique » proprement dit. Son inocuité a été parfaite, aucun accident ou incident n'a été enregistré.

Les bases théoriques de cette méthode sont encore assez incertaines mais nous pensons essayer de les préciser dans des recherches ultérieures.

BIBLIOGRAPHIE

- LES ANNALES D'HISTOTHERAPIE, No 5, déc. 1950: G. Clemandrei et E. Florence Montanari, Communication à la Soc. Lombarde d'Ophtalmologie, 4 nov. 1950, Milan. — G. Pise Pentini, Communication à la Soc. Lombarde d'Ophtalmologie, 4 nov. 1950, Milan.
- ARRUGA: «Thérapeutique tissulaire selon la méthode de Filatov.» *Arc. Soc. Oftal Hispano-Amer.*, avril 1948, pp. 404-406.
- Y. BERNARD: «Traitement des plaies atones des jambes par implantations placentaires.» *Thèse Lyon*, 1950.
- V. BLAICH et W. MUNSTER: «Recherche sur l'action de la pénicilline.» *Arch. fur Dermat. und Syphilis*, T. 188, No 3, 29 août 1949, pp. 340-347 et 348-356. Cité par *Ann. Dermat. et de Syph.*, p. 102, janv.-fév. 1951.
- J. CAEN: «Action de la vitamine B<sub>12</sub> sur certaines hypotrophies de l'enfant.» *Thèse Paris*, 1951.
- CUNBA, MENDOWS et EDWARDS: «A comparison of aureomycin, streptomycin, penicillin and Vit. B<sub>12</sub> feed supplement for the pig.» *Arch. of Biochemistry*, 2 fév. 1951.
- Duez DEHORTEZ: Résultats de thérapeutique tissulaire B. 50 F., 1949, p. 172.
- F. DEODATU: *L'année thérapeutique en ophtalmologie*. Toulouse.
- DEPARTEMENT de Chimie agricole, Univ. de Michigan: «Les effets de la vit. B<sub>12</sub>, de l'A.P.F. et des antibiotiques sur la croissance des jeunes porcs au moment du sevrage.»
- B. H. ERSHOFF: «Prolonged survival of Hypertrophic rats fed with penicillin and aureomycin residues.» *Arch. of Biochemistry*, oct. 1950.
- V. P. FILATOV: «Thérapeutique tissulaire en ophtalmologie.» *Amer. R. Soviet Med.*, 1944. VR., octobre, pp. 53-56.
- V. P. FILATOV: «Thérapeutique tissulaire.» *Oftalm. Journal*. 1946. T. 2-3, pp. 43-47. Traduc.: J. O. du midi, 1947-1948, p. 243.

- V. P. FILATOV: «Thérapeutique tissulaire dans certaines maladies.» *Soviet Med.*, No 10-7, 1er mars 1943.
- V. P. FILATOV: «Instruction pour la préparation et l'application des stimulants biogènes selon la méthode de Filatov.» Ministère de la Santé publique. Odessa, 1946.
- V. P. FILATOV: «Méthode de thérapeutique tissulaire, stimulation biogénique.» *Vest. Oftal.* 1946, V. 25, Pt. I, pp. 3-9.
- V. P. FILATOV et V. A. BIBER: «La nature des stimulants biogènes des tissus végétaux "en survie".» *Dokady Akad. Nauk.*, 555 R. 62, p. 259, 1948.
- S. GALIKOWSKI, N. MEVVEDEV, A. SEMYOMOV et P. KRAUSE: «Thérapeutique tissulaire de Filatov.» *Chirurgia Moscou*, 1946, No 1-1.
- J. GATE, R. VACHON, H. BOURGEOIS et J. COTTE: «A propos de la thérapeutique tissulaire en dermatologie.» *Presse Médicale*, No 7, 4 fév. 1950.
- L. GOSSE et P. MARTIN: «Notre expérience de la thérapie tissulaire de Filatov.» *Presse Médicale*, No 72, 15 nov. 1950, p. 1270.
- GROS et MACHEBEUF, avec Ulf Rambech et Colette Laterade: «Considérations biochimiques sur le mode d'action de la pénicilline.» *Ann. de l'Inst. Pasteur*, août 1949, p. 127. Résumé dans *Ann. Dermat. et Syphil.*, janv.-fév. 1951, p. 102.
- HALICKS et COUCH: «Antibiotics in mature fowl nutrition.» *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, New-York, janvier 1951.
- JOURNAL of American Med. Association: éditorial, 2 juin 1951. Page 479: «Antibiotiques et croissance.»
- McGINNIS — Collège d'Etat de Washington: «Les antibiotiques comme stimulants de croissance des poussins et dindons de basse-cour.» Ext. d'un Compte-rendu de la Conf. de l'Univ. de Cornell sur la nutrition, faite en 1950 pour les fabricants de nourriture par la «Cornell University», Ithaca, N.-Y.
- NUTRITION REVIEWS — 8 oct. 1950: «Growth promoting: effects of antibiotics in animals.»
- NUTRITION REVIEWS — 8 nov. 1950: «Antibiotics and nutrition comparative.»
- PFIZER, New-York: Extrait d'une brochure destinée aux éleveurs.
- A. PLICHET et S. AVAKIAN: «Le traitement tissulaire. Greffes oculaires.» *Presse Médicale*, No 61, 18 oct. 1947, p. 696-698.
- M. PRUNIERES: «La thérapeutique tissulaire en dermatologie.» *Thèse Lyon*, 1949.
- J. C. REYMIND: «Le traitement tissulaire.» *J. des Praticiens*, No 51, 16 déc. 1948, p. 536-538.
- J. M. SIEBURTH, GUTTIEREZ, J. McGINNIS, J. R. STERN et B. H. SCHNEIDER: «Effects of antibiotics on intestinal microflora and on turkeys and pigs growth.» *Proc. Soc. Exp. Biol.*, janvier 1951, page 15-8.
- J. R. STERN et J. McGINNIS: «Antibiotics and early growth of rats fed a soy bean oil meal diets.» *Arch. of Biochemistry*, oct. 1950.
- Alphons SOLE: «L'influence de la pénicilline sur la cellule.» *Praxis*, 23 nov. 1950, p. 1017.
- P. WERTHEIMER, R. GAUTHIER, S. MAREK: «A propos des traitements tissulaires de Filatov.» *Presse Médicale*, No 25, 24 avril 1948, p. 301.
- H. ZAIDMAN: «La thérapie tissulaire de Filatov.» *Sem. des Hôp.*, No 10, 5 fév. 1951.

# RECUEIL DE FAITS

## MYASTHÉNIE ATYPIQUE — MYOTONIE CONGÉNITALE DE THOMSEN

### DEUX OBSERVATIONS CLINIQUES

Roma AMYOT (Montréal).

Il est intéressant de pouvoir juxtaposer deux affections neuro-musculaires qui s'opposent du moins par leurs caractères cliniques et par les réactions de leurs symptômes moteurs sous l'influence de certaines substances chimiques. L'examen récent de deux malades au cabinet de consultation nous permet de réaliser ce rapprochement instructif et de saisir sur le vif certains phénomènes élémentaires et d'aperception exclusivement clinique de ces deux entités.

#### Observation 1.

Un premier malade, âgé de 53 ans, est un homme à tout faire. Il est concierge et s'occupe de toutes les besognes. Il est actif et ne demande pas mieux que s'occuper du matin jusqu'au soir des soins qu'on lui confie. Mais voici que depuis 2 ans environ il fut considérablement gêné dans son travail. C'est qu'il a été pris depuis lors, et pratiquement tous les jours, d'accès de lassitude. Il ressent en ces circonstances une grande asthénie. Sa tête devient lourde, ses membres sont de plomb et surtout ses membres inférieurs. Occasionnellement même il ne peut marcher, ni même rester debout. Il fit plusieurs chutes, il ne pouvait alors que très difficilement remuer ses jambes. Ces accès surviennent l'après-midi; ils durent environ 15 min. Ils s'installent surtout quand le sujet se précipite dans son travail, quand il doit accomplir une tâche qui paraît déborder le temps qu'il peut y consacrer. Depuis quelques mois, le malade, à notre enquête, a remarqué qu'il avait au milieu de son repas, du mal à mastiquer. Ses masticateurs s'affaiblissent et il ne peut mordre avec autant de vigueur et d'efficacité. Il suspend alors les mouvements de son maxillaire inférieur et peut mastiquer à la reprise, plus vigoureusement.

Il n'a jamais constaté de diplopie, ni de ptose des paupières. Les mouvements de sa tête ont toujours été d'une force normale. La fatigue ressentie dans les membres supérieurs n'a jamais été jusqu'à l'impotence et de beaucoup moindre sévérité apparemment que dans les membres inférieurs.

L'examen neurologique s'est avéré négatif sauf la faiblesse des réflexes tendineux et ostéo-périostes, plus particulièrement des patellaires et aux membres supérieurs.

La glande thyroïde n'est pas hypertrophiée, le pouls n'est pas accéléré, le malade n'a pas maigri et il ne tremble pas. La pression artérielle est de 120/80. Le cœur est normal. Pas de maladies sérieuses dans le passé. Aucune pathologie neurologique ou neuro-musculaire chez les ascendants, les enfants ou les collatéraux.

Sur la seule foi des renseignements cliniques, nous avons soumis le malade à la prostigmine. Il prit un comprimé de 15 mg. 4 fois par jour. Dès l'instauration du traitement et pendant le mois qui suivit la première consultation, le malade n'éprouva aucune lassitude, son activité se montra sans défaillance et il affirme que son état est maintenant absolument normal.

#### COMMENTAIRES

Nous avons présumé que ces accès soudains de fatigue, qui par moments étaient d'une telle sévérité qu'ils entraînaient la chute du malade et l'incapacité de marcher, étaient des manifestations d'une myasthénie fruste. D'autant plus, qu'ils apparaissaient surtout à la fin de l'après-midi, que jamais ils n'étaient couplés à la moindre obnubilation mentale, qu'ils ne causaient pas une chute rapide, subite

comme dans l'épilepsie akinétique ou la pyknolepsie, mais qu'ils la provoquaient en accroissant progressivement la faiblesse des membres inférieurs jusqu'à une acmé qui occasionnellement était telle qu'ils ne pouvaient plus soutenir le poids du corps. Et, en plus, une fatigabilité évidente des muscles masticateurs avait été observée ces derniers mois, obligeant le malade à cesser toute mastication au cours des repas, afin de pouvoir redonner aux muscles épuisés par l'effort pourtant normal l'efficacité de leur fonction. Il reste comme dernier et plus convaincant critère diagnostique, l'efficacité du traitement. Quatre comprimés par jour de néostigmine, de 15 mg chacun, ont amené la disparition totale des épisodes d'asthénie.

Il est raisonnable de formuler pour ce cas le diagnostic de myasthénie de type atypique ou fruste. Il est plutôt rare que cette maladie ne se manifeste pas par une symptomatologie oculaire: par de la ptose palpébrale, par de la diplopie; par de la fatigabilité pathologique des muscles du cou associés à celle des masticateurs; par une baisse graduelle de la vigueur de la voix et par de l'enrouement, enfin par une certaine gêne de la déglutition. Que d'emblée s'installent les phénomènes myasthéniques aux muscles des membres, le fait en a été déjà signalé, mais encore une fois il est rare. On ne doit pas cependant l'ignorer ou l'oublier.

Ici le test diagnostique à la néostigmine par voie parentérale ne pouvait être effectué au moment de l'examen, puisque le phénomène myasthénique n'était pas constant, qu'il n'était qu'épisodique et surtout qu'il n'existait pas au moment même de l'examen clinique. Mais une autre épreuve signalée par A. E. Bennett en 1943, épreuve de sens physio-biologique opposé, aurait pu être faite en confirmation du diagnostic clinique. Il s'agit du test au curare. Cette substance à dose efficace, soit d'environ 1 milligramme par kilogramme de poids introduit par voie endoveineuse produit chez un sujet normal un effet du curarisation de moyenne intensité qui re-

produit, à s'y méprendre, les phénomènes paralytiques de la myasthénie. Et d'ailleurs, le mécanisme d'inhibition motrice passagère par le curare se produit au même niveau que celui du phénomène myasthénique, soit à la jonction myo-neurale de la plaque motrice, entravant l'action de l'acétylcholine vectrice de l'influx nerveux entre le nerf et le muscle.

La myasthénie est très sensible à l'action du curare. Une dose beaucoup plus faible de cette substance, inopérante chez le sujet normal, va produire chez lui un effet paralysant typique.

Bennett a conseillé l'emploi d'un vingtième de la dose physiologique de curare par voie endoveineuse comme test diagnostique de la myasthénie précisément dans des cas frustes, atypiques, douteux comme le nôtre ou encore chez des malades où l'épreuve à la néostigmine ne se serait pas montrée concluante.

Nous nous en sommes tenu à l'épreuve thérapeutique. Notre observation clinique y est affaiblie en valeur démonstrative.

Notre malade, par compte, semble jusqu'à nouvel ordre n'y avoir rien perdu.

### Observation 2.

L'observation de notre second malade, M. Adelphe D., âgé de 54 ans, comporte une brève description. Le trouble fonctionnel qui le conduisit vers le médecin existe depuis la première enfance. Il ne se rappelle pas qu'il en ait jamais été exempt. Son développement physique et mental a été normal. Il a parlé et marché assez tôt. Il n'a pas eu de convulsions infantiles et ne se rappelle pas qu'il a mouillé son lit jusqu'à un âge anormalement avancé.

Mais ce dont il se souvient c'est que dès l'enfance et jusqu'à maintenant, il a été gêné considérablement par de la raideur de ses muscles, par une certaine rigidité de ses mouvements. Et il a observé lui-même que cette raideur n'était pas constante, qu'elle ne persistait pas pendant toute la durée de ses mouvements ou déplacements. Et cela est encore maintenant le caractère prédominant

de cette anomalie. C'est le démarrage qui est troublé. Aussi, enfant il ne pouvait participer aux jeux d'équipes, à la balle au camp par exemple. A ces jeux il lui était impossible de partir à temps pour attraper la balle ou atteindre le but.

Cela a été d'expérience quotidienne de ne pouvoir lâcher librement les objets qu'il a saisis de ses mains. S'il monte dans une échelle, il laisse difficilement chacun des échelons qu'il a préalablement serré. S'il descend ou monte un escalier, il reste agrippé pendant quelque temps à la rampe et s'il est pressé il peut facilement, de ce fait, tomber. S'il est saisi par une émotion ou une surprise, ses muscles se contractent, il s'enraidit et il peut perdre l'équilibre comme le ferait une tige rigide appuyée sur une de ses extrémités.

Il a remarqué également que les mouvements de mastication, la flexion et l'extension du cou, parfois même le mouvement de latéralité de ses globes oculaires présentaient le même caractère de raideur qui fige les déplacements et même les bloquent pendant quelques instants. Car, la gêne n'est que temporaire, elle n'apparaît que durant la période de démarrage; quelques mouvements difficiles se produisent et bientôt l'assouplissement s'opère et les contractions s'effectuent avec la rapidité et la facilité normales.

C'est bien ce que l'examen clinique a révélé.

Le malade serre rapidement et énergiquement la main de l'examineur, mais si on lui demande de déserrer rapidement il ne peut le faire, la main pendant quelques instants demeure crispée et lentement, avec effort du malade, les doigts s'ouvrent et lâchent prise. Le malade étant assis, on lui demande de se lever et de se mettre rapidement à marcher. Il se lève, demeure droit sans bouger, puis commence à se déplacer d'une démarche enraidie sans plier les genoux comme le ferait un robot, puis après quelques pas il prend une allure dégagée et se meut normalement.

On lui demande de porter rapidement la tête en arrière, il s'efforce, grimace, puis lentement exécute le mouvement d'extension.

Il ouvre la bouche et il tente de la fermer brusquement; on observe une période de latence, puis l'ouverture se ferme lentement.

On pourrait multiplier ainsi les expériences qui démontrent toutes une lenteur pathologique à la décontraction des muscles.

Ce myotonus ne dure pas, il s'épuise à la répétition des contractions et le caractère de la démarche du malade est le meilleur témoin de ce phénomène: elle est rigide au début, elle devient normale après quelques pas.

Ce myotonus est aussi mis en lumière par la percussion du muscle. La secousse mécanique est normale dans la contraction du muscle, mais très anormale par une décontraction excessivement lente, le muscle demeurant contracté puis cédant progressivement à cette contraction.

Les muscles des membres supérieurs et inférieurs présentent cette anomalie de la secousse mécanique, de même que ceux de la langue.

Tous les réflexes sont normaux sans myotonus. Il n'existe aucun autre signe neurologique. Le cœur semble normal à l'auscultation. La pression artérielle est de 160/100. Le réflexe photo-moteur est normal.

Les sterno-cleido-mastoïdiens, les masticateurs, les muscles de la face ne sont ni atrophiés ni affaiblis.

L'examen clinique ne révèle pas de cataracte.

Les testicules ne sont pas atrophiés. Le malade possède une fonction sexuelle normale. Il n'est pas chauve.

Il n'existe ni amyotrophie ni hypertrophie musculaire. Pas de manifestations d'hypothyroïdie.

Il nous assure que ses parents n'avaient pas de troubles moteurs semblables. Il ne connaît personne dans sa parenté qui en soit atteint.

*Il y a 3 enfants: une fille est normale; une fille et un fils seraient pris de la même affection que celle du père; un fils mort à 10 ans aurait été également l'objet d'une maladie semblable.*

## COMMENTAIRES

Il est difficile de formuler un autre diagnostic, dans ce cas, que celui de myotonus congénital et héréditaire, de maladie de Thomsen. Des affections à myotonus aussi sévère, on connaît la dystrophie myotonique et certains syndromes myotoniques avec ou sans hypertrophie musculaire associés à l'hypothyroïdie.

La dystrophie myotonique possède d'autres caractéristiques que le myotonus: ils sont du domaine endocrinien et de la trophocyte musculaire; elle n'est pas congénitale ou encore elle s'installe durant la période adulte du sujet.

La myotonie du myxoedème se met en lumière non seulement par le myotonus mais par tout un ensemble de symptômes et de signes: circulatoires, trophiques, intellectuels et affectifs, thermogénétiques, asthéniques, et même viscéraux (foie et cœur tout particulièrement), qu'on ne trouve pas chez notre malade.

Y a-t-il raison de pousser plus loin le diagnostic différentiel? Je ne crois pas. Une seule maladie, à caractère familial et héréditaire, dont l'unique manifestation clinique est le myotonus, à développement dès la première enfance, peut être ainsi identifiée, c'est la maladie de Thomsen.

La quinine constitue jusqu'à nouvel ordre et depuis la publication de Wolff et Kennedy en 1937, le traitement symptomatique de l'affection, ou plutôt du myotonus.

D'autre part, le néostigmine exagère le myotonus et ici comme dans la myasthénie mais par un effet opposé, cette substance peut être employée comme test diagnostique.

\*

\* \*

Il est assez intéressant de pouvoir confronter ces deux affections qui perturbent profondément la contraction des muscles et qui paraissent, par certains caractères de pharmacodynamie et de bio-chimie, être l'antithèse l'une de l'autre.

Ainsi, la néostigmine fait disparaître momentanément le phénomène myasthénique; elle augmente le myotonus.

La quinine, d'autre part, diminue le myotonus alors qu'elle exagère l'accident myasthénique.

Le muscle montre un affaiblissement et surtout une fatigabilité extrême de sa contraction dans la myasthénie; il offre dans la myotonie une amplification considérable de sa principale fonction qui est la contraction et en la prolongeant démesurément.

Cependant, ce parallèle entre les deux affections ne peut être poursuivi jusqu'à l'extrême. La myasthénie est excessivement sensible au curare; la myotonie n'est pas soulagée par cette substance. La myasthénie découle d'un trouble bio-chimique à la jonction myo-neurale et on s'explique parfaitement que le curare qui exerce son action paralysante à la plaque motrice, puisse aggraver les phénomènes myasthéniques: l'influx nerveux y rencontre une double entrave à la transformation de son énergie en celle de la contraction, par le truchement de l'acétylcholine. La myotonie ne découle pas d'un mécanisme biologique opposé siégeant à la jonction du nerf et du muscle et le curare n'a pas d'action sur elle.

La myotonie congénitale de Thomsen est une myopathie qu'on connaît mal; la myotonie relève d'un trouble métabolique du muscle et de sa physiologie, trouble dont on ignore actuellement le mécanisme et qui est relié intimement à une origine génétique. Le myotonus qui est son unique manifestation pathologique se voit dans d'autres syndromes musculaires, ainsi qu'il se trouve dans la dystrophie myotonique de Steinert, chez certains myxoedèmes ou hypothyroïdies pronocées, enfin à un degré mitigé ou latent et objectivé par des procédés d'investigations spéciaux comme l'électromyographie et la chronaxie, dans les différentes myopathies.

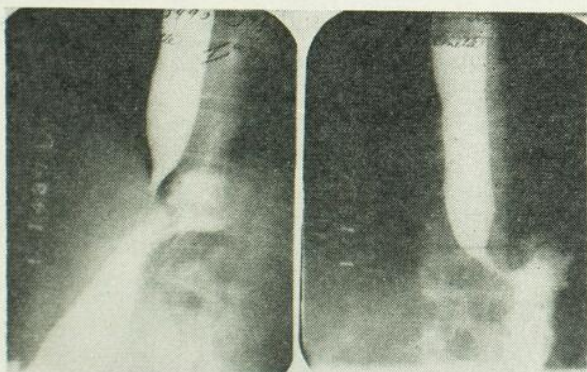
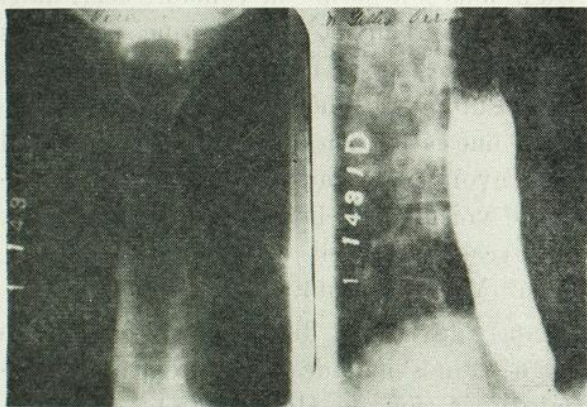
## CARDIOSPASME : TRAITEMENT PAR DILATATION MERCURO-PNEUMATIQUE

V. LATRAVERSE (Montréal).

### Observation

Le 18 février 1950, G. V..., âgé de 30 ans, consulte le docteur Roger Dufresne pour les malaises digestifs suivants: sensation de faim continue et même de faiblesse à l'heure des repas. Le 20 septembre 1950, l'amaigrissement, la dysphagie haute, les douleurs épigastriques s'irradiant vers le haut sous forme de crampes accompagnées de régurgitations alimentaires post-prandiales complètent le tableau de cardiospasme vraisemblablement associé à un fonds d'anxiété.

La thérapeutique impose l'hospitalisation du 27 septembre 1951: 1) modification du psychisme par l'isolement; 2) dilatation périodique après exploration radiologique et œsophagoscopique.



Les clichés du 29 septembre (fig. 1 et 2) sont bien caractéristiques du cardiospasme (docteur Michon). Le 30 septembre, l'exploration endoscopique note la présence d'une image de cardiospasme de type bénin, car l'hiatus diaphragmatique n'entretient pas de sténose nette puisque la bougie œsophagienne ne rencontre à peu près pas de résistance en traversant le cardia; pas d'ulcération ni d'œsophagite notables en amont du cardia.

Les jours suivants, le patient rapporte à cette dilatation minime, l'amélioration légère de son état.

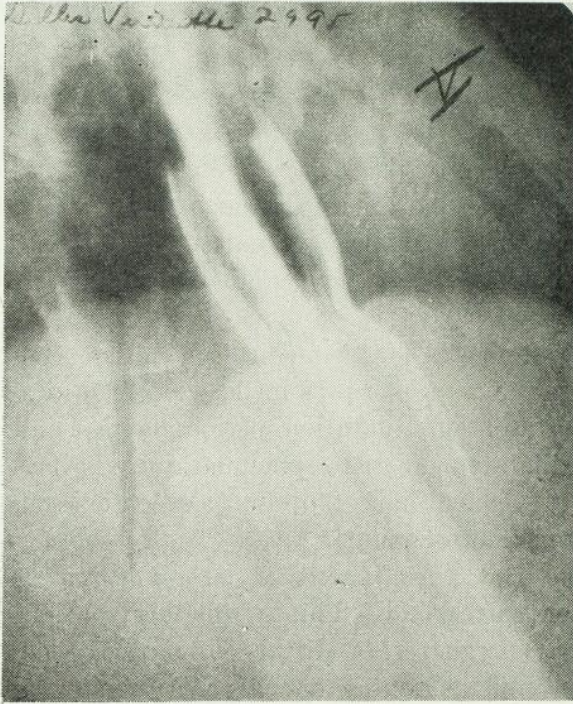
Traitement: 1) La médication antispasmodique s'avère à peu près inefficace. 2) On pratique alors la dilatation périodique à l'aide du dilatateur mercuro-pneumatique: la première séance doit toujours s'exécuter sous l'écran fluoroscopique.

On peut ainsi repérer si le  $\frac{1}{3}$  moyen du ballon correspond à l'hiatus diaphragmatique et en enregistrer la distance au niveau des incisives supérieures de façon à répéter la manœuvre dans la suite sans l'aide des RX.

Citons la description du radiologiste qui a collaboré à l'illustration de cette première séance. (fig. 3).

« Le tube est introduit dans l'œsophage, et est descendu sous écran fluoroscopique, de façon que le centre du pneumatique repose au niveau de l'hiatus diaphragmatique. Une pression d'air de 3 livres est alors introduite dans le pneumatique qui distend l'hiatus diaphragmatique de 3 cms environ. Après le retrait du tube nous faisons ingérer un verre de baryum au malade. L'œsophage est toujours très dilaté, il y a persistance du spasme sur les derniers centimètres de l'œsophage. Cependant à certains moments, la lumière œsophagienne s'agrandit à ce niveau et permet de passer en assez grande quantité. » (A. Trépanier).

En tout, il a fallu 5 séances à intervalles de 1 semaine pour les 3 premières et de 2 à 3 semaines pour les 2 dernières. Au cours du dernier traitement, nous avons pu élever la pression à 6 livres. Maintenant, le patient s'alimente bien sans souffrir des signes subjectifs du début.



Notons qu'après les 2 dernières années, le patient se plaignit de pyrosis épigastrique, dû probablement à une petite fissure de la muqueuse du cardia. L'emploi de poudre bismuthée a vite éliminé cette sensation de brûlure.

Autant les difficultés économiques domestiques ont fortement contribué à l'installation des phénomènes, autant la réhabilitation so-

ciale du malade aidera au maintien des heureux effets de la dilatation thérapeutique.

#### COMMENTAIRES

Nous avons employé le dilatateur mercuro-pneumatique chez tous les cas de cardiospasme que nous avons eu l'occasion d'observer.

Ils ont tous guéri, à l'exception d'un patient qui présenta une récurrence cinq ans plus tard, soit en octobre dernier: syndrome d'obstruction aiguë de l'œsophage par accumulation alimentaire, en amont du cardia; ce qui nécessita 3 séances œsophagoscopiques pour en accomplir l'extraction complète; entre temps, le malade était nourri par des solutions intraveineuses. Ici encore, 5 traitements (dilatations mercuro-pneumatiques) ont conduit le patient à l'alimentation normale; dans son dernier rapport, le radiologiste (docteur J.-L. Léger) affirme qu'« il n'y a plus maintenant de rétrécissement au tiers inférieur de l'œsophage ». (1er mars 1952.)

Qu'il nous soit permis de conclure ceci: dans notre époque d'anxiété économique, parmi les troubles digestifs si fréquents... des malades qui consultent le médecin, le cardioplasme mérite une attention particulière bien qu'il puisse avoir pour cause une lésion abdominale de voisinage, telle serait une tumeur du colon (cas traité en collaboration avec le docteur Yves Chaput).

D'autre part, la dilatation périodique a épargné à nos malades le traitement chirurgical (opération de Haller, etc.); cette méthode de traitement n'immobilise pas les malades qui peuvent quand même vaquer à leurs occupations habituelles.

## ANTIBIOTIQUES ET PRURIT ANAL

Wilfrid LeBLOND,

Chef de laboratoire à l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

### Observation

Le 10 décembre 1951, monsieur Georges G., âgé de 53 ans, nous est adressé de la consultation externe pour «prélèvement et examen des sécrétions (?) péri-anales». Le diagnostic sur la carte de réquisition est celui d'«oxyures».

C'est en effet de guerre lasse, après nous avoir envoyé plus de cinq échantillons de fèces, sans que nous puissions y trouver ni vers, ni œufs, que le médecin nous charge de faire, nous-même, le prélèvement. Il ne s'agit du reste que d'obtenir la confirmation d'un diagnostic clinique solidement étayé non seulement sur un prurit périnéo-anal insupportable, mais encore sur la présence constatée à domicile de ce qui semble bien être «des petits vers blancs» dans les selles.

La démangeaison a un caractère d'extension intrarectale; le patient nous dit qu'à certains moments il a l'impression très pénible qu'on lui «écouvillonne» son rectum.

A l'examen, on constate que le pourtour de l'anus est nettement rougi par les manœuvres de grattage fréquent, les veines hémorroïdaires sont modérément saillantes à la marge. Le prélèvement fait avec tampon imbibé de sérum ne révèle aucun indice d'oxyures, bien que le patient nous affirme que la veille encore il a vu de ces particules blanches dans ses selles. Nous avons noté cependant dans le produit examiné la présence de corps levuriformes ovalaires en amas assez denses.

Il n'y a pratiquement rien d'insolite dans le fait de la présence de levures en ce point du corps, seulement notre attention devait être attirée sur ce cas particulier par la lecture faite quelques heures auparavant, d'un article publié dans le *New York State Journal of Medicine*, sous la signature du docteur S. D. Manheim, et intitulé: «*Anorectal complica-*

*tions of Aureomycin, Terramycin, and Chloromycetin Therapy*».

Interrogé sur ce point, le patient nous dit que lors des premières froidures de septembre, il a contracté une laryngite. Chantre de sa profession, il a cherché les moyens les plus scientifiquement éprouvés de limiter sa perte de capacité de travail. En conséquence, il s'est littéralement gavé d'un antibiotique en dragées, d'autant plus faciles à prendre qu'elles ont bon goût, et que monsieur aime les bonbons.

La guérison fut si rapide que le consommateur décida qu'il tenait également un excellent moyen de prévention, et sans prendre avis de personne il continue de prendre ces dragées comme d'autres personnes prennent des jujubes ou des *life savers*. Et c'est dans le cours de l'automne qu'il a commencé à éprouver le prurit déjà décrit.

Il est par ailleurs un constipé chronique, et cet état n'a guère été modifié dans le cours des dernières semaines. Il a noté cependant que c'est dans les instants qui suivent un mouvement de défécation qu'il éprouve, malgré une propreté soignée de son anus, les pires sensations de démangeaison et d'«écouvillonnage» de son rectum.

\*  
\* \*

Un confrère de Montréal faisait vers le même temps une comparaison humoristique entre les inconvénients d'un coryza traité par l'aureomycine et ceux d'un coryza abandonné à son évolution. Dans un cas, on continue de se «moucher»; dans l'autre cas, on n'a plus à se moucher, mais on est forcé de se gratter... par ailleurs. Passe encore si c'est le nez qui vous démange quand vous êtes au salon ou au pupitre du maître-chantre.

Il semble bien, d'après Manheim, et Berhman cité par le premier, que le prurit anal causé par des antibiotiques n'est pas aussi anodin qu'on voudrait le croire. Cette manifestation, en plus d'être fort ennuyeuse pour le patient, a un substratum anatomo-biologique qu'il importe de signaler à la suite de ces auteurs.

Berhman croit que la flore microbienne intestinale qu'on peut qualifier de normale, est détruite par l'ingestion de terramycine, de chloromycétine et d'aureomycine, et qu'il ne subsiste dès lors que des corps levuriformes qui, en l'absence de tout antagonisme, prolifèrent et s'installent, au point de donner une véritable blastomycose. Chez l'un de ses patients, Berhman a trouvé du « monilia albicans » dans les produits de prélèvement au pourtour de l'anus. Manheim rapporte 100 cas de complications ano-rectales à la suite de

l'administration buccale des antibiotiques précités. Il ne semble pas que la gravité ou l'intensité des symptômes aient été constamment en raison directe des doses absorbées, ni de la durée du traitement aux antibiotiques.

La pathogénie du syndrome ano-rectal qui résulte de l'ingestion de ces antibiotiques est loin d'être définitivement établie. Manheim note cependant que les complications ano-rectales qui suivent l'ingestion sont beaucoup plus graves que les affections pour lesquelles on administre l'aureomycine, etc.

Il conclut: « It has been shown that none of these drugs are completely innocuous and should not be given without specific indication. Aureomycin, terramycin and chloromycetin should be used judiciously only in the treatment of illnesses for which they are specific. »



## REVUE GÉNÉRALE

### PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE INDICATIONS, ENTRETIEN<sup>1</sup>

J.-Ph. PAQUETTE.

Hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

En acceptant de parler ici du pneumothorax thérapeutique, je n'ai pas eu l'idée de refaire devant vous, Messieurs, une étude magistrale de cette thérapeutique. Cette étude aurait été écourtée et par ailleurs, je suis le premier à l'admettre, n'aurait pas la valeur de celles que vous avez sans doute lues et relues dans des livres tels que: « La pratique du pneumothorax de Dumarest » ou encore les différentes publications sur le pneumothorax telles celles de Dufault et Stone, celles de Hayes et Blanchet, T. N. Rafferty et autres. Mon idée a été de faire plutôt une brève étude critique du pneumothorax tel qu'on le conçoit à l'heure actuelle, de vous exposer mes vues à l'aide des données qui ont cours, et de tenter de situer ce mode de thérapeutique à la place qui lui revient.

Dans toute collapsothérapie, on vise au repos pulmonaire. De tous les moyens à notre portée, le pneumothorax est celui qui réalise ce but le plus rapidement possible... dans les bonnes indications! En effet, le collapsus par lui obtenu est rapide; il est complet. Comparé à la cure seule, il réalise en peu de semaines ce que dans la majorité des cas la cure prend des mois à obtenir.

Si le but immédiat vers lequel on tend est le repos pulmonaire, théoriquement et en pratique, dans les bons cas, on l'obtient presque immédiatement; le but ultime qui est d'obtenir l'arrêt de l'expectoration bacillifère, on l'obtient en même temps ou presque, que l'affaissement du poumon.

1. Leçon donnée à Québec, le 24 avril 1951, au « Cours de Perfectionnement du Comité provincial de Défense contre la Tuberculose ».

Toujours en théorie, la mécanique thoracique dans le pneumothorax, est celle où les forces de rétractilité du poumon sont le plus exploitées et c'est donc ce collapsus qui en théorie est l'idéal. Mais de la théorie à la pratique il y a hélas souvent aussi loin que de la coupe aux lèvres...

Pour quelques instants, comparons au point de vue mécanique, le pneumothorax thérapeutique aux autres modes de collapsothérapie.

Dans la phrénico-chirurgie, suivant les études physiques et mécaniques, il y a détente mais combien moins marquée! La section ou l'écrasement du phrénique détend surtout la base. Plus on s'éloigne du diaphragme soulevé, moins la détente est grande. D'où indications assez précises de cette chirurgie.

Dans le pneumo extra-pleural tout comme et même plus que dans la thoracoplastie, nous avons une compression localisée ou étendue, réversible si l'on veut, mais compression tout de même. Le mur compressif étant formé d'air sous de grandes pressions positives.

Dans la thoracoplastie on a un mode de refoulement plutôt que de détente. Ici, je définis cette intervention comme une compression. Il n'y a plus de réversibilité; le poumon est à la paroi mais la paroi l'aplatit et le retient en place définitivement. En de nombreux cas, c'est un gros avantage qu'il faut exploiter sans crainte.

Nous avons assisté ces dernières années à ce que j'appellerai la résurrection du pneumopéritoine. Actuellement exploité sur une grande échelle, ce mode de collapsus *per se* un repos pulmonaire efficace en certains cas et peut-

être aussi opérant que le pneumothorax, mais nous en sommes encore semble-t-il, à une période d'enthousiasme dans son emploi: on lui demande trop; la raison: son innocuité. Raison excellente, mais par ailleurs on y perd un temps précieux à attendre l'effet qui ne vient pas toujours, car les effets du pneumopéritoine sont plus lents à survenir, en général, que ceux des autres collapsothérapies.

Après avoir passé brièvement en revue quel-

1) Les formes jeunes caséo-exsudatives bacillaires.

2) Les formes hémoptoïques ou hémorragiques relativement récentes.

Dans ces formes, évidemment nous avons affaire à des localisations soit du sommet, soit de la moitié supérieure. Je n'aime pas en général amorcer un pneumothorax sur une tuberculose ayant envahi tout le poumon.

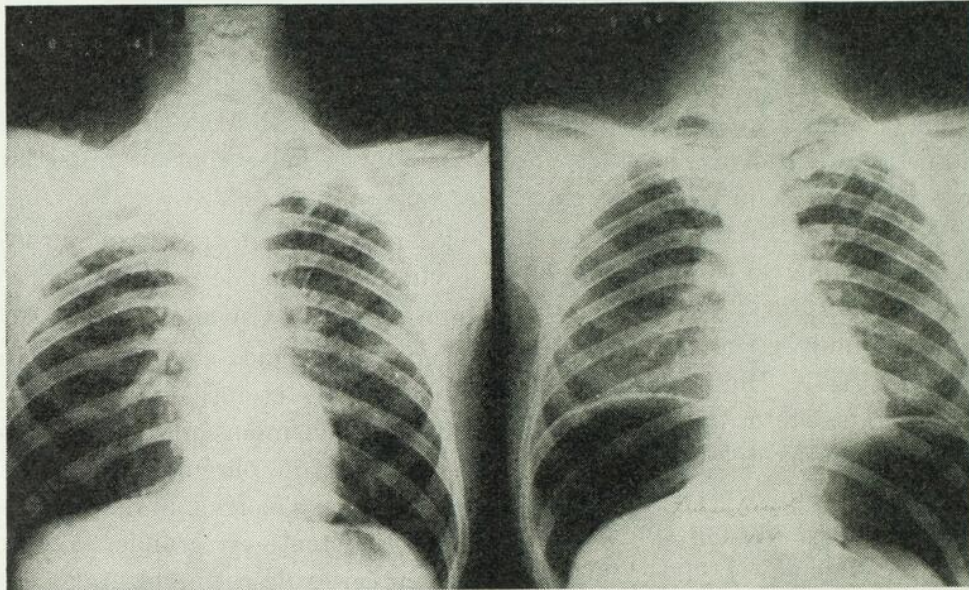


Fig. 1. -- L. L. — A. Lobite supérieure droite avec probabilité de cavité sous la clavicle. Lésions d'encombrement dans la moitié supérieure droite? A gauche: Voile de l'apex. Hyperémie marquée de la moitié supérieure. Gros nodule de la 4<sup>ème</sup> côte antérieure. — B. Droit: Nettoyage appréciable du voile de la moitié supérieure. La grisaille de l'encombrement est régressée considérablement. Naturellement il y a grisaille de la base entière causée par le tractus broncho-vasculaire refoulé par le pneumopéritoine. — Gauche: Persistance du voile apexien. Répression de la grisaille du reste de la plage. Bon soulèvement des deux diaphragmes par un bon pneumopéritoine.

*Note:* Pneumo-péritoine de plusieurs mois. Régression marquée des images. Etat général floride. Toujours positif. La tomographie nous fait voir une immense cavité à chaque apex. Pneumopéritoine entretenu trop longtemps. Un pneumothorax bilatéral, même inopérant aurait démontré ces cavités et fait envisager une autre possibilité thérapeutique.

ques points comparatifs, je reviens au pneumothorax pour en énumérer les principales indications et contre-indications.

#### INDICATIONS

Tous les auteurs en général sont unanimes en ce qui a trait aux indications du pneumothorax, indications que l'on peut à l'heure actuelle résumer de la façon suivante:

#### CONTRE-INDICATIONS

- 1) Les grands cardiaques.
- 2) Les formes toxiques.
- 3) Les tuberculoses endo-bronchiques.
- 4) Les grandes cavités soufflées.
- 5) Les cavités sous-pleurales de l'apex.
- 6) Les tuberculoses fibreuses.

Je ne crois pas nécessaire d'insister ici. Des

explications seraient superflues. Entrepris dans ces éventualités, le pneumothorax est presque toujours inefficace quand il ne devient pas dangereux.

Un seul mot des tuberculoses endobronchiques patentes. Traitées par streptomycine et PAS, s'il y a régression, elles peuvent répondre à notre collapsothérapie. Il en est ainsi des grandes cavités soufflées secondaires à la tuberculose endo-bronchique.

#### POSSIBILITÉS IMMÉDIATES

L'on réussira une amorce de pneumothorax en autant que l'on aura respecté les indications telles que posées ci-haut. Pour trouver une plèvre libre et saine il ne faut pas attendre des mois et encore moins des années. Ce qui rend difficile l'amorce chez les plus de 40 ans, c'est justement la présence fréquente d'adhérences ou de symphises. Le problème devient le même chez les jeunes quand on attend trop

longtemps. Les lésions sous-pleurales ont provoqué des congestions péri-focales qui ont irrité les plèvres et provoqué par le fait des dépôts de fibrine, des adhérences ou symphises durant les semaines ou les mois d'attente. Des clichés qui montrent une attraction de la trachée ou une obstruction nette des culs de sacs montrent à coup sûr l'impossibilité de réussir un pneumothorax satisfaisant. Il en est de même des lobites supérieures excavées, denses, avec attraction de la trachée, lésions trop anciennes, bloc dense avec fibrose et hépatisation qui empêchent l'affaissement de la cavité. Méfions nous des cavités para-hilaires. Elles se collabent rarement. J'ai plus confiance en celles de la base, surtout externes.

Les possibilités du pneumothorax sont en raison directe de la valeur de l'indication et de la liberté pleurale. Cette liberté pleurale peut être prévue presque à coup sûr avant l'amorce par l'étude clinique i.e. l'observation bien faite concernant la durée de la maladie avec

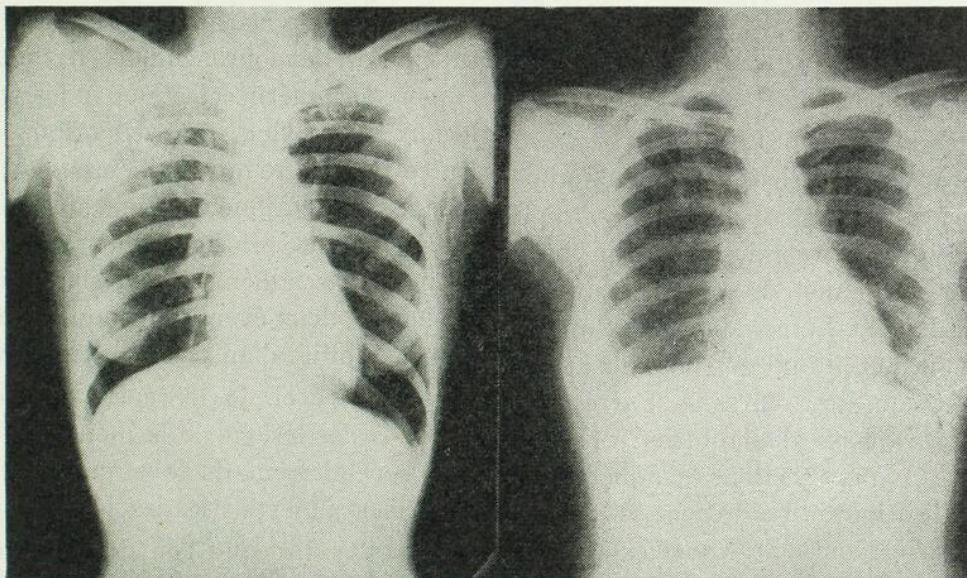


Fig. 2. — Mme C. — A. Droite: Infiltration assez dense du sommet depuis l'apex jusqu'à la 4ème côte antérieure avec cavité à la 2ème côte. Gauche: Voile de l'apex. — B. Droite: Pneumo marginal avec de nombreuses adhérences. La grisaille du début est disparue. Reste une tache nodulaire à la 2ème côte antérieure bout interne. Gauche: La grisaille de l'apex est régressée. Reste quelques nodules calcifiées.

*Note:* Pneumo amorcé pour hémoptysies assez abondantes. Section d'adhérences impossible. Présence de granulations sur les bandes d'adhérences. Pneumo entretenu 4 ans. Gain de 50 lbs. Expectoration nulle. Fait curieux, à l'abandon de ce pneumo, se déclare une maladie bronzée d'Addison. Après insertions sous-cutanées de « Pellets », il y eut retour à la normale assez rapide. Répétons les « Pellets » aux 3 mois.

tous ses symptômes et l'étude attentive des clichés radiologiques.

#### POSSIBILITÉS ÉLOIGNÉES

Réussi, le pneumothorax le sera, lorsque la liberté pleurale relative ou complète sera obtenue. Si elle n'est que relative, il faudra la rendre complète par la pneumonolyse et l'on doit alors obtenir l'affaissement des lésions, la disparition des cavités et l'arrêt des sécrétions bronchiques ou leur négativité.

Un excellent pneumothorax est celui qui est libre de toute adhérence. Cependant certains pneumothorax se sont avérés bons avec des adhérences parce qu'ils ont quand même tari les sécrétions bacillifères. Je passe peut-être ici à côté de l'orthodoxie stricte mais je ne puis m'empêcher de rapporter certains cas où la pneumonolyse ne fut pas possible. Entretenus, ces pneumos n'ont pas moins donné satisfaction. Il n'y a pas eu d'accidents pleuraux ni autres et ces sujets ont pu reprendre leur vie normale tout autant que les porteurs de pneumos complets.

#### QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'AMORCE ET L'ENTRETIEN DU PNEUMOTHORAX

Lorsqu'après étude sérieuse, le pneumothorax est envisagé, il est bon de s'assurer qu'il sera possible de l'entretenir ou de le faire entretenir par un homme de métier, pour une période assez longue. Le pneumothorax est un traitement qu'il faut autant que possible amorcer en sana et équilibrer en sana. Par équilibre j'entends la phase d'adaptation 1) aux insufflations, 2) aux sections d'adhérences, 3) à la stabilisation du traitement, 4) l'observation de sa valeur et de son efficacité. Or, tout cela requiert des semaines. Je ne crois pas que l'on puisse établir le bilan de l'efficacité de ce traitement en moins de 3 à 6 mois. Donc, s'il est indiqué pour sa maniabilité à l'extérieur du sana, il faut l'observer en sana pour une période assez longue avant d'exposer le sujet qui en est porteur aux aléas des voyages, du travail et de la vie quasi-normale qu'il

devra mener à l'extérieur. Car il est inutile d'amorcer un sujet qui à sa sortie du sana sera dans l'impossibilité physique d'être insufflé dans un rayon raisonnable de chez lui, et ce, pour une période de 3 à 5 ans, et plus peut-être.

Il ne faut pas oublier non plus que ce traitement s'applique à des gens qui n'auront pas à le subir, pour toute sa durée, dans le sanatorium; on sait tout l'inconvénient qu'il y a à garder dans la même institution, des patients pour une période prolongée pendant des années: coût exorbitant, dégoût de tout chez ces malheureux, critiques démoralisantes, mauvaises impressions pour les nouveaux venus, etc., etc.

Quand devons-nous amorcer? — Quand il y a expectoration positive avec ou sans spéléonque, il n'y a aucun intérêt à attendre, si nous sommes positifs que l'état de l'endobronche est indemne. Au moindre doute, par la présence de cavité soufflée, la présence du sifflement bronchique, il faut la bronchoscopie préalable. A la constatation de la présence de tuberculose endobronchique, il faut retarder l'amorce et guérir cet état par les traitements locaux s'il y a lieu, et l'antibiotique spécifique. En ce laps de temps malheureusement, l'indication, de théorique qu'elle était, peut devenir impossible en pratique: survenance possible de nouvelles adhérences ou élargissement des anciennes, deux éventualités qui peuvent nuire à la possibilité d'un pneumothorax efficace.

En tout ceci, je le répète, j'ai en pensée affaire à des lésions de la moitié supérieure et plus spécialement du lobe supérieur, siège de la plus grande partie des lésions initiales.

Est-ce à dire que l'on doit amorcer toutes les formes exsudatives des sommets? — Malgré tout l'enthousiasme que je voudrais avoir, je réponds: **Non.** Je trouve que quatre facteurs nous forcent à agir sans tarder: a) Présence constante de bacilles; b) Fébricule; c) Les petites hémoptysies avec bacilles; d) Les grandes hémoptysies. S'il n'y a pas d'expectoration, tentons la cure et la streptomyc-

cine pour 4 à 6 semaines, tout en n'oubliant pas de pratiquer les lavages gastriques et cultures. Mais, s'il y a de ces cavités raisonnables, pas de ces évidements partiels sous-pleuraux, ne nous fions pas trop à des médica-

tions qui ne doivent être, jusqu'à présent du moins, que des adjuvants, car nous aurons à bref délai, le déplaisir de voir réapparaître les spélonques disparues et seront obligés d'amorcer avec moins de chance de succès.

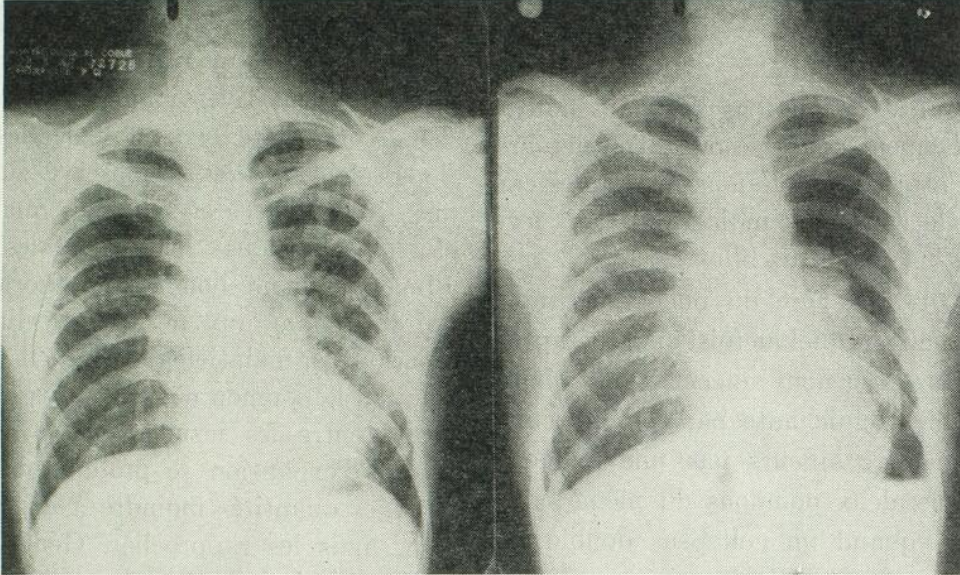


Fig. 3. — J. P. — A. Droite: Infiltrations de faible densité du tiers supérieur de la plage avec esquisse aérique au pôle supérieur du hile. Gauche: Plage normale. — B. 3 mois plus tard avec strepto et PAS. Droite: Régression très marquée presque complète de l'infiltration. Gauche: Même image normale.

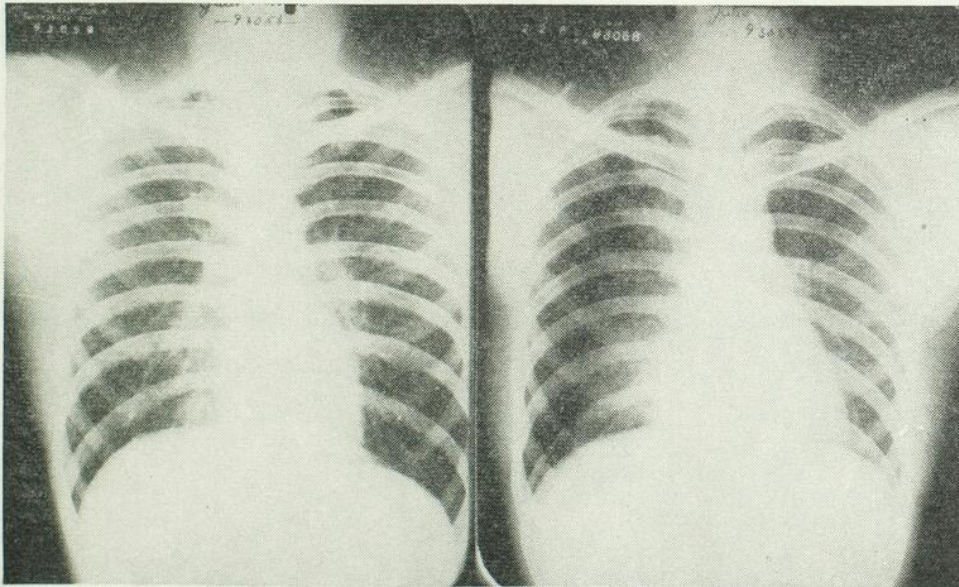


Fig. 3-a. — J. P. — 2 mois après le film de régression à strepto et PAS. — Droite: Réapparition de l'infiltration mais en moindre densité que le sur premier film (fig. 4-a) aussi réapparition de l'esquisse aérique. Gauche: Plage nette. — B. Droite: Pneumo à 50 pour cent environ après libération d'adhérences. Gauche: *Idem*.

Note: Les antibiotés ont donné une amélioration temporaire; ils ne constituent pas à eux seuls un traitement complet. On ne doit les considérer que comme des adjuvants de grande valeur mais non comme traitement de base.

L'âge du sujet doit-il entrer dans les considérations des indications? Tous les auteurs s'accordent à dire: Non. On a plus de chance de réussite chez les sujets jeunes, c'est-à-dire, dans les trois premières décades de la vie. Il s'en est réussi, disent cependant Packard Hayes et Blanchet jusqu'à 70 ans. Ce furent d'heureuses exceptions!

L'unilatéralité des lésions est une indication complètement dépassée puisqu'en nombre de cas on s'attaque aux lésions bilatérales entrant dans le cadre des indications déjà formulées, par un collapsus bilatéral.

Ici, je crois que l'ère du pneumopéritoine nous fait négliger quelquefois une thérapeutique plus sûre pour nous amener à une collapsothérapie bien aguichante par son innocuité absolue mais par ailleurs pas une panacée. Collaborer les deux poumons du même coup est en effet, quand un collapsus double est indiqué, une rude tentation, mais dans les lésions doubles du sommet le succès du pneumopéritoine n'est-il pas une illusion? Quand il

en est temps, je crois que nous aurions meilleur résultat avec un pneumothorax bilatéral.

Les indications du pneumothorax sont donc assez réduites mais malgré cette réduction, elles persistent et il ne faut pas les mésestimer. Il faut employer cette thérapeutique à temps, dans les conditions où elle doit être pratiquée et nous n'aurons pas les déboires qu'ont procurés des tentatives inopportunes.

L'amorce faite, on doit régler les réinsufflations selon le collapsus observé aux radioscopies subséquentes et selon les quantités d'air et les pressions intra-pleurales obtenues. J'imagine qu'un bon pneumothorax est celui qui répondant aux desiderata cliniques déjà mentionnés, maintient le poumon en place i.e. celui où le poumon n'a pas de va et vient trop grand entre les insufflations. Si ces mouvements d'expansion se produisent, mieux valent des quantités moindre à chaque insufflation, mais les rapprocher. Généralement, en quelques séances on réussit à obtenir un « collapsus optimum » qu'on maintiendra ensuite à intervalles plus éloignés.

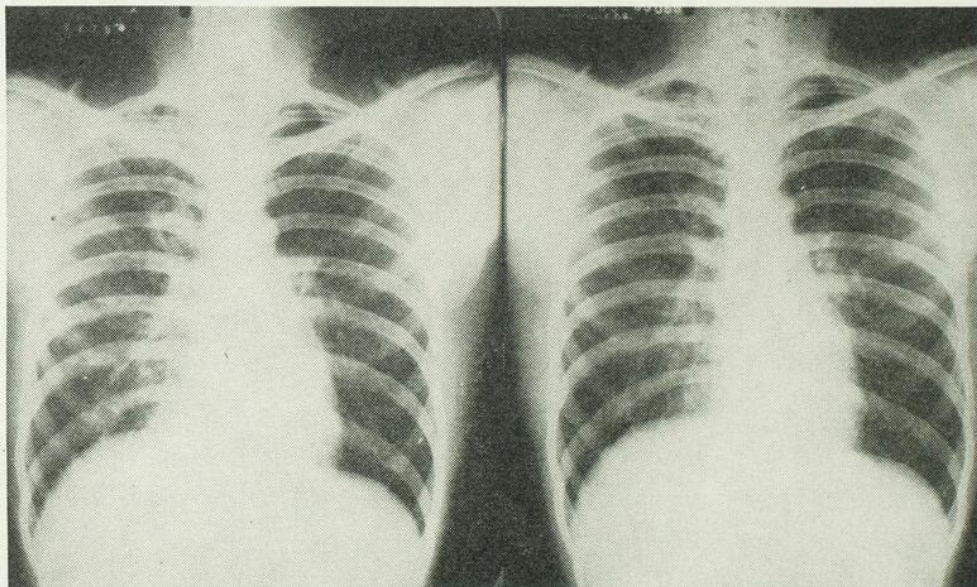


Fig. 4. — R. H. — A. Droite: Hyperémie centrale au 2ème espace antérieur entre le hile et la périphérie. Hile dense. Gauche: Infiltration des deux tiers supérieurs avec présence de grande cavité au tiers externe sous la clavicule. Senestrocordie. — B. Droite: Pneumo marginal, débris d'adhérences mal distingué sur cette reproduction mais très net sur le film. Gauche: Pneumo complété par Jacobeus ici; aussi grand collapsus.

Note: Patient négatif ambulatoire. Travail à temps partiel. Etat général excellent. Séjour à l'hôpital: 1 an.

A mon avis, le fluoroscope est aussi important que l'aiguille. Comment peut-on faire un contrôle exact, si l'on n'établit pas avant l'insufflation le degré de collapsus déjà existant? Cet examen nous fait apprécier le degré de collapsus et le besoin d'insufflation ou non. Il nous fait aussi décider de la quantité d'air à insuffler, cette opération préalable avec le rapport des quantités d'air et des pressions antérieures formant un guide sûr.

Pour les cas de l'extérieur, ambulatoires, il est important aussi de pratiquer une nouvelle scopie avant le départ pour évaluer le degré de collapsus obtenu. Ceci évitera l'inconvénient, sinon le danger de certains spontanés plus ou moins importants que l'on peut provoquer dans les cas où le poumon est labile. Ne serait-ce que simple mesure de précaution surajoutée, je crois qu'elle a son importance et que pratiquée systématiquement, elle procure et au patient et au médecin une marge de sécurité qu'on ne doit pas mésestimer. En quelques occasions, j'ai eu à me féliciter de l'avoir fait car j'ai dû retirer un peu d'air.

Un autre point à ne pas négliger, c'est celui des sensations du patient qui a un pneumo depuis quelque temps. Il peut prétendre qu'il a besoin d'air ou encore se sentir serré. Ne nous moquons pas de lui. Contrôlons par scopie, et si nécessaire par l'aiguille. S'il ne doit pas nous dicter notre conduite, le patient a généralement des sensations qu'il faut respecter et plus souvent qu'autrement nous constatons que ses appréciations sont justes.

Ici, j'ajoute en passant quelques notes de technique au style télégraphique. 1) Respect de l'asepsie 2) Ne pas insuffler trop vite 3) Viser à des pressions négatives. 4) Ne pas rechercher le grand collapsus, mais la détente. 5) S'il n'y a pas d'oscillations au mamomètre, ne pas insuffler. Vérifier d'abord les robinets, puis l'aiguille.

Vétilles qui ont leur importance puisqu'en les négligeant on s'expose à une série d'accidents qui peuvent aller jusqu'à l'embolie gazeuse.

#### COMPLICATIONS

Schématiquement, on peut diviser les accidents en 3 groupes: a) *Accidents bénins*: Petits spontanés d'amorce; L'emphysème sous-cutané localisé; Petits épanchements séro-fibrineux. b) *Accidents graves*: Les grands épanchements séro-fibrineux; Les grands spontanés; Les fistules broncho-pleurales; Les épanchements putulents mixtes; Les épanchements tuberculeux purs. c) *Les accidents fatals*: Spontanés géants avec emphysème géants fusant par le médiastin; L'embolie gazeuse.

#### CONGÉ DU SANA

Quand un cas de pneumothorax doit-il avoir son congé du sana?

1) Quand on a obtenu l'affaissement des lésions.

2) Pas avant qu'il n'ait été maintenu négatif ou sans aucune expectoration, pendant au moins 2 mois.

Par examen négatif c'est évidemment aux examens directs et surtout aux cultures de Lowenstein et au cobaie qu'il faut avoir recours. Car on sait que ces cultures n'ont de valeur qu'après 2 mois, raison de ce laps de temps avant le congé. Nous exigeons généralement un cobaie, 3 cultures après lavages gastriques, s'il n'y a pas d'expectorations ou bien 3 examens directs, 3 cultures et un cobaie si le patient crache. La sédimentation doit aussi suivre l'état général. S'il n'y a pas à donner à ce test une confiance absolue, il faut tout de même admettre qu'il reflète bien l'état général, à tel point que si un sujet présente les premières conditions permettant le départ avec une mauvaise courbe de sédimentation il est préférable de garder ce patient sous observation encore quelques mois avant de le congédier.

Le laps de temps que j'ai donné: 3 à 6 mois est évidemment un minimum pour les cas exceptionnellement solides ou des cas spéciaux. L'idéal est de les garder de 6 à 10 mois.

## ARRÊT DU PNEUMOTHORAX. CESSATION

1) A la première tentative d'amorce, s'il y a des oscillations fortement positives dès le début ou si l'air pénètre difficilement et que les pressions positives augmentent après 150 ou 200 cc. d'air, on peut penser à de petites poches pleurales et à une symphise étendue, donc à un pneumo inopérant. La scopie subséquente d'ailleurs ne démontrera pas de collapsus ou elle démontrera un collapsus insignifiant. A une seconde intervention semblable, le lendemain, la radiographie tirée immédiatement montrera peut-être un petit décollement marginal avec soudure pleurale ici et là. Peut-être n'y aura-t-il aucun signe visible de décollement parce que l'air est en avant ou dans le dos et ne rend pas alors d'image marginale. On peut voir alors en certains cas à travers le parenchyme quelques replis linéaires un peu plus denses dessinant des arabesques irrégulières. Ce sont là des images de pneumos enkystés ou de bulles d'air absolument inutiles.

2) Si, après quelques insufflations, la scopie et le film nous montrent une spélonque béante et que le patient continue à cracher des bacilles autant qu'avant, si cette spélonque apparaît comme retenue béante parce qu'à son voisinage le parenchyme pariétal est retenu sur une surface étendue de la paroi, voilà des symphises qu'il faut respecter: la chirurgie ne parviendra pas malgré toutes ses tentatives à détacher le poumon de la paroi. Dans ces cas on collabe le tissu sain et les lésions restent béantes. Ceux-là sont des pneumos dangereux qu'il faut abandonner immédiatement.

3) Le grand point en litige de nos jours est celui de l'abandon d'un pneumo *efficace*. Ici, on peut répondre par un vieil exemple de grammaire latine: *Tot sensus...* Lors d'une enquête de Haynes sur le pneumothorax en 1948, une série de questions a été posée à 80 phtisiologues réputés, presque tous professeurs d'université. Au nombre des questions soumises, se trouvait celle-ci: « Combien de temps entretenez-vous un pneumothorax opérant? a) pour des lésions non cavitaires b) pour

des lésions cavitaires? » Monsieur Hayes a reçu à cette question, de l'abandon du pneumothorax thérapeutique, un nombre assez imposant de réponses différentes. Dans les cas sans cavité 33 médecins sur 68 entretiennent le pneumo pour 2 ans ou moins; et 35, 2 ans et plus jusqu'à 5 ans. Dans les cas de cavités: 24 médecins sur 28 entretiennent le pneumo pour 3 ans au moins. 56 l'entretiennent pour 3 ans et plus; la plupart 4 ou 5 ans; 14, de 5 à 8 ans; 1, indéfiniment.

Devant autant d'opinions diverses, est-il juste de vouloir énoncer une formule définitive et catégorique? Je ne le crois pas.

S'il faut énoncer qu'on entreprend un traitement quelconque, je crois qu'il faut en envisageant la question du pneumothorax, prévoir pour la moyenne des cas une durée quelconque. De deux choses l'une, le pneumo est employé comme thérapeutique réversible ou comme thérapeutique permanente. Dans le premier cas, il est logique d'employer le pneumo; dans le second il serait préférable d'employer un collapsus permanent.

Voilà de la belle théorie à laquelle j'adhère de tout cœur. A toute règle, il faut cependant des exceptions. Et je crois que de tout temps, il sera impossible aux phtisiologues de pouvoir agir de façon aussi mathématique.

J'ai l'impression que la phtisiologie comme toute la médecine d'ailleurs est encore un art pour une certaine part et qu'en certains cas, il faudra user non seulement de science et de jugement, mais tirer le meilleur parti possible des circonstances.

En fin de compte, je n'hésite pas à me ranger parmi ceux qui préfèrent un pneumo à long terme, s'il est bon; par là j'entends 4 à 5 ans et parfois plus pour certains cas.

Une seule raison me force à agir ainsi; dans cette alternative: je suis certain de ce que je tiens.

Le pneumothorax est donc un mode de col-lapsothérapie qui a des indications précises. Il faut l'employer à temps. Il est *une* des armes dans la lutte antituberculeuse.

Le programme des standards minima de Rafferty soumis pour une lutte antituberculeuse bien comprise constitue une série de règles précises:

- 1) Le pneumo doit être entretenu à la cure sanatoriale pour plusieurs mois, afin de permettre la pneumolyse, la conversion des expectorations et la stabilisation du pneumo.
- 2) La pneumonolyse doit être partie intégrale du traitement.
- 3) Il faut toujours bien faire la différence entre le pneumo efficace et le pneumo inopérant et substituer à ce dernier le traitement adéquat.
- 4) Le pneumothorax ne doit être considéré

que comme partie d'un programme antituberculeux bien équilibré.

### Conclusion.

En somme nous pouvons conclure que le succès d'une collapsothérapie en tuberculose pulmonaire repose sur deux points: Remettre l'état général en bonne condition et négativer l'expectoration ou la faire disparaître complètement.

Tout pneumothorax qui n'a pas atteint ce but en 5 ou 6 mois a été inutile et doit être cessé pour permettre une collapsothérapie plus adéquate pendant qu'il est temps de l'entreprendre.

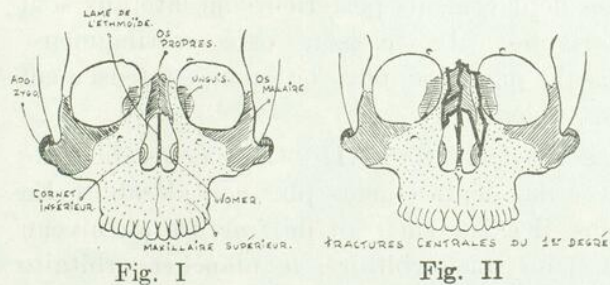
## LES FRACTURES DES OS DU TIERS MOYEN DE LA FACE<sup>1</sup>

Gérard HÉBERT (Montréal).

Les os du tiers moyen de la face sont au nombre de treize: un os médian, le vomer et six paires d'os (fig. I): les maxillaires supérieurs, les palatins, les unguis, les os propres du nez, les cornets inférieurs et les os malaire. Tous ces os participent plus ou moins aux fractures du tiers moyen et il est à propos d'associer à ces dernières, celles de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, de même que des apophyses zygomatiques des os temporaux.

Si l'on considère que les os du tiers moyen limitent inférieurement les cavités orbitaires, et supérieurement la cavité buccale, et qu'ils englobent les sinus maxillaires et les fosses nasales, sans oublier leur participation au système lacrymal, l'on se rend compte des perturbations fonctionnelles que peuvent occasionner leurs fractures: obstruction respiratoire, imperméabilité lacrymale, troubles visuels, troubles d'occlusion dentaire, anesthésie infra-orbitaire, etc... A remarquer que ces fractures sont assez souvent concomitantes à des fractures du crâne ou d'autres os du sque-

lette, et que les porteurs sont parfois profondément shockés. Notons enfin que quelques-uns des os du tiers moyen, ceux d'ailleurs qui font plus particulièrement le sujet du présent exposé, à savoir, les os propres, les maxillaires supérieurs et les complexes maxillo-zygomatiques, sont immédiatement sous-cutanés, en maints endroits, moulant ainsi les plus importants contours de la face. Leurs déplacements outragent l'esthétique, à plus forte raison lorsque les tissus de recouvrement ont cédé entre leur partielle résistance et le choc de l'agent causal.



Après ce que je viens de dire, vous ne croirez pas que j'exagère si j'estime que les fracturés du tiers moyen forment peut-être le groupe de traumatisés réclamant les secours

1. Communication à la Société Médicale de Montréal, le 20 novembre 1951.

d'une plus considérable équipe que tous les autres groupes. En effet, dès l'arrivée de l'accidenté à la clinique d'urgence de l'hôpital, le chirurgien en devoir met en branle sa thérapeutique antishock, antigangréneuse et antitétanique. Aussitôt que possible, le radiologiste dévoile les traits de fractures; le neuro-chirurgien ferme les brèches de la dure-mère, tandis que l'orthopédiste y va de ses plâtres, broches et contre-poids. L'ophtalmologiste surveille le précieux globe en danger et le rhinologiste dégage les voies respiratoires. Le plasticien répare les lésions des téguments et, surtout, réduit et immobilise les fractures faciales. Pour ce faire, il a souvent recours au chirurgien-dentiste, versé dans l'art des embrochages interdentaires et la réalisation de prothèses spéciales.

#### VARIÉTÉS.

Les fractures des os du tiers moyen de la face se subdivisent en deux catégories: les fractures centrales et les fractures latérales. D'autre part, chacune de ces catégories peuvent se manifester à des degrés différents, selon le nombre d'os intéressés, le déplacement de ces derniers et la participation des structures voisines.

##### a) *Fractures centrales ou naso-maxillaires.*

*1er degré* (fig. II). Fracture des os propres du nez. Elle peut intéresser un os seulement et même l'extrémité distale d'un os. Le plus souvent, les deux os sont lésés et les branches montantes des maxillaires supérieurs aussi. Les déplacements postérieurs ou latéraux sont variables. La cloison ostéo-cartilagineuse nasale participe plus ou moins intensément au tableau.

*2ème degré* (fig. III). Les mêmes fractures avec des déplacements plus considérables. En plus, il existe un trait de fracture au niveau du trou sous-orbitaire, le plancher orbitaire interne étant ainsi disloqué. La paroi antérieure du sinus maxillaire est effritée et la gouttière lacrymale perturbée. A cela s'ajoute parfois une fracture horizontale du corps d'un maxillaire, ou même de deux maxillaires

supérieurs, ce qui donne le caractère maxillaire « flottant ».

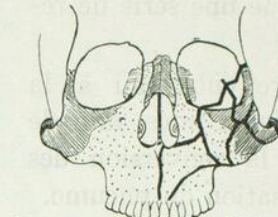
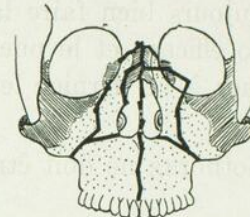


Fig. III

FRACTURES LATÉRALES DU 1<sup>er</sup> DEGRÉ  
Fig. IVFRACTURES CENTRALES DU 2<sup>e</sup> DEGRÉ  
Fig. V

*3ème degré.* Les mêmes fractures que précédemment, mais avec impaction marquée des fragments, fracture de la base du crâne, écoulement de liquide céphalo-rachidien par les voies nasales (rhinorrhée) et troubles cérébraux.

##### b) *Fractures latérales ou maxillo-malaires.*

*1er degré* (fig. IV). L'os malaire a laissé ses attaches, accompagné ou non de l'extrémité antérieure de l'apophyse zygomatique.

*2ème degré* (fig. V). *Idem*, mais avec déplacements importants. La paroi latérale externe de l'orbite ainsi que près des deux tiers externes du plancher orbitaire sont descendus, entraînant le globe oculaire avec eux. Il en résulte de la diplopie et parfois même des dommages irréductibles à la rétine ou au nerf optique. Fréquemment, il existe une fracture alvéolaire, voire une « flottante » bilatérale. A l'occasion, le maxillaire inférieur sera de la partie, soit par fracture de son condyle, soit par frottement de son apophyse coronoïde sur la zygomatique luxée sur le muscle temporal.

*3ème degré.* Même tableau assombri, cette fois, par l'association d'une fracture du crâne, habituellement au niveau du frontal ou du temporal.

Il va sans dire que fractures centrales et fractures latérales peuvent coexister. Il arrive même de rencontrer des accidentés présentant des fractures tierces-moyennes centro-latérales associées à des fractures du maxillaire inférieur et à des fractures du crâne, les trois tiers quoi... et qui survivent.

#### DIAGNOSTIC.

Tôt après l'accident, c'est-à-dire avant que ne s'installe l'œdème, il est assez facile de diagnostiquer les fractures du tiers moyen par la simple palpation, sans secours radiologiques. Ces derniers deviennent cependant indispensables lorsque le patient nous arrive avec une face en forme de « foot-ball ». En plus de l'œdème, on remarque alors des ecchymoses palpébrales, et des hémorragies sous-conjonctivales, parfois de la rhinorrhée. On peut sentir le crépitus des fragments, palper l'emphysème dans la région du sinus maxillaire. Le malade déclare souvent une anesthésie du territoire innervé par le nerf sous-orbitaire.

a) *Centrales.* La pyramide nasale est aplatie ou déviée latéralement, les pommettes semblent élargies; l'alvéole supérieure est mobile et l'occlusion dentaire est déficiente.

b) *Latérales.* L'os malaire est soit enfoncé, soit descendu: dans ce dernier cas, il y a chute de l'œil et diplopie. L'on peut aisément sentir l'encoche à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes, sur le rebord orbitaire inférieur. Ici, le vice d'occlusion dentaire est habituellement unilatéral.

#### TRAITEMENT.

Le traitement des fractures des os du tiers moyen de la face avec déplacement doit être institué le plus tôt possible après l'accident, car ces fractures se consolident très rapidement. Toutefois, si l'état général du patient ne permet aucune manœuvre immédiate, l'intervention ne devrait pas être différée de plus de dix à douze jours. Un trop long délai exigerait des réparations secondaires élaborées après consolidation. (Rhinoplasties, ostéoto-

mies, ostectomies, greffes osseuses, etc...) Ce traitement se répartit en trois phases, dont la première est préopératoire, la seconde, opératoire, et la dernière, postopératoire.

#### A.—Phase préopératoire.

Cette phase consiste en la préparation hâtive, sous la surveillance du chirurgien dentiste, de pièces prothétiques que pourraient exiger certaines immobilisations postopératoires. Dans le même but, la matin de l'intervention, on applique une couronne plâtrée autour de la tête du patient.

#### B.—Phase opératoire.

Sous anesthésie locale ou générale endotrachéale, selon l'indication, on procède alors à la réduction des fragments.

1. *Les os propres et la cloison nasale* reprennent vite positions normales, grâce à de fortes pinces spéciales, conçues de manière à protéger les tissus mous, mais contre lesquelles toute résistance osseuse est futile. Certaines fractures, cependant, obéissent facilement à la pression du pouce et au « petit doigt dans le nez ».

2. *L'os malaire* est accessible par quatre voies différentes.

a) *La tempe.* Une incision, tout juste en arrière du rebord chevelu, permet de glisser un éleveur mousse sous l'aponévrose temporale, et de rejoindre ainsi le prolongement zygomatique.

b) *La fosse canine.* Comme un des traits de fractures passe presque toujours par le trou sous-orbitaire pour se propager sur la paroi antérieure du sinus maxillaire, une incision dans la fosse canine amènera le releveur mousse, ou le doigt de l'opérateur, à l'intérieur du sinus. Ainsi le malaire peut être bougé en bloc avec le fragment de maxillaire qui lui est resté fixé.

c) *La fosse nasale.* L'approche pour drainage du sinus maxillaire donnera accès à l'éleveur, lequel agira comme dans le cas précédent.

d) *Le rebord orbitaire* (méthode person-

nelle). Une petite incision sur la paupière inférieure le long du segment tout-à-fait externe du rebord orbitaire inférieur. Dissection mousse de l'orbiculaire palpébral. Incision du périoste sur le rebord et son soulèvement sur la région environnante du plancher de la cavité orbitaire. Perforation d'un trou à travers les deux tables compactes, à environ un demi-centimètre du rebord. Et il ne reste qu'à passer un fil d'acier et à faire traction dans le sens désiré pour obtenir la réduction. Seulement dans les cas rebelles avons-nous recours, en plus, aux voies temporale et canine. Cette technique présente comme avantage que le même agent sert à la fois pour la réduction et pour l'immobilisation.

3. *L'apophyse zygomatique.* Ici la voie d'accès la plus simple et la plus plausible est la voie temporale.

4. *Le bloc central.* Lorsque tout le bloc central est rétro-pulsé et fixé à l'arrière, l'instrument de prédilection est l'une des fortes pinces déjà mentionnées. Appliquée solidement sur le septum nasal, on lui imprime une traction vers l'avant et le haut.

5. *L'alvéole dentaire.* Pour libérer l'alvéole de sa rétro-position, une autre forte pince, spécialement conçue, tire vers l'avant, le haut et le bas, avec quelques accents de rotation bilatérale.

#### C.—Phase postopératoire.

Nous en sommes à l'immobilisation de nos fragments.

#### 6. *Le nez.*

a) *Les fractures dépressives* se maintiennent bien au moyen de fils d'acier passés latéralement à travers la pyramide nasale, et noués à la peau sur des plaques métalliques.

b) *Dans les fractures avec déviations,* nous trouvons avantageux d'employer la « trappe à souris » (appareil personnel) (figure VI) assujettie à la couronne plâtrée, d'une part, et à un plâtre nasal, d'autre part. Durée de l'immobilisation: huit à douze jours.



Fig. VI



Fig. VII

c) *La cloison nasale* doit être maintenue durant trois ou quatre jours, par des mèches vaselinées introduites dans les fosses.

d) *L'os malaire.* Sur la couronne plâtrée, nous fixons une broche résistante dont l'extrémité libre, terminée en boucle, se dégage du plâtre pour se placer à un endroit précis, d'où elle pourra fournir traction à notre fil orbitaire (précédemment décrit) dans le sens prévu. Le dit fil est alors fixé à la boucle de la broche grâce à une bandelette élastique (fig. VII). Dans les cas rebelles (trop retardés) si nous souhaitons voir la traction compléter la réduction, nous avons recours au trapèze orthopédique, avec poulies et contre-poids (fig. VIII). Comme mesure addi-

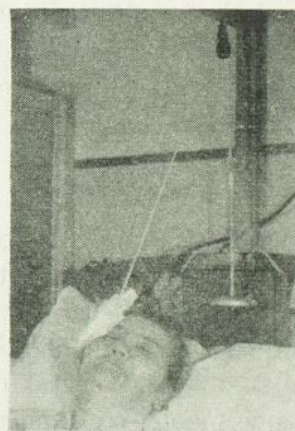


Fig. VIII

tionnelle de soutien, en même temps que pour dégager la paroi antérieure du sinus maxil-

laire, la cavité de ce dernier est remplie d'une mèche imbibée de vernis Whitehead pour une durée de quinze jours. Le fil orbitaire doit rester en fonction trois ou quatre semaines.

7. *L'apophyse zygomatique* reste toujours en position corrigée après la manipulation plus haut décrite. On peut donc s'en tenir à ne faire qu'un gros pansement lâche pour protéger le fragment contre les heurts.

8. *L'alvéole dentaire*, pour sa part, est maintenue en occlusion normale avec l'arcade inférieure au moyen d'un embrochage interdentaire. Si le patient est édenté, les prothèses de monsieur le Dentiste nous sont d'un grand secours. Elles sont fixées, en haut, par des fils passés à travers l'os alvéolaire, et, en bas, par d'autres fils contournant l'os mandibulaire. Comme au sujet de l'os malaire, s'il est ici besoin de traction constante dans la période postopératoire, ayons recours, soit à la couronne plâtrée, soit au trapèze orthopédique.

En terminant, je veux m'excuser d'avoir fourni un exposé incomplet sur la question des fractures des os du tiers moyen de la face. Je vous ai fait grâce des noms propres et me suis limité à vous exposer les méthodes et techniques qui, à mon humble avis, sont les plus simples d'exécution et les plus efficaces à la fois.

J'espère avoir atteint mon but qui était de vous souligner l'importance des fractures tierces-moyennes de la face au triple point de vue des troubles qu'elles occasionnent, de leur diagnostic précoce et de leur traitement hâtif.

#### BIBLIOGRAPHIE

- A. H. McINDOE: dans Froy, Shepherd, Macleod and Parfitt. *Dental Treatment of Maxillo-Facial Injuries*. Lippincott.
- S. FOMAN: *Surgery of Injury and Plastic Repair*. Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1939.
- J. B. BROWN et F. McDOWELL: *Plastic Surgery of the Nose*. C. V. Mosby Co., St. Louis, 1951.
- M. J. BERSON: *Atlas of Plastic Surgery*. Greene & Strathon, New-York, 1948.
- H. MAY: *Reconstruction and Reparation Surgery*. F. A. Davis Co., Philadelphie, 1947.
- F. SMITH: *Plastic and Reconstructive Surgery*. W. B. Saunders, Philadelphie et London, 1950.
- R. H. WALDEN: «Treatment of Multiple Fractures of Facial Bones.» *Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*, 8: 307, 1951.
- A. L. MURPHY: «Treatment of the Malar Bone and Zyg. Arch.» *C. M. A. J.*, 63: 279 (sept.) 1950.
- J. W. GERRIE: «Treatment of the Maxillary Zyg. Compound.» *C. M. A. J.*, 38: 535, 1938.
- E. P. CARDWELL: «Fracture of Zygomatic Tripod.» *J. of Plast. and Reconst. Surgery*, 4: 235, 1949.
- J. G. HEBERT: «Another Nasal Splint.» *J. of Plast. and Reconst. Surgery*, 2: 159 (mars) 1947.

## LA PHYSIOPATHOLOGIE DES ANÉMIES HÉMOLYTIQUES<sup>1</sup>

Rémi ARCHAMBAULT,

Assistant au Service de Pédiatrie de l'Hôpital Général de Verdun.

Les auteurs résument les anémies suivant leur étiologie, de la façon suivante:

1. Les anémies dues à une perte de sang.
2. Les anémies dues à une destruction sanguine pathologique.
3. Les anémies dues à une hématopoïèse défectueuse ou simplement diminuée.

Nous nous limiterons à la seconde catégorie, c'est-à-dire les anémies hémolytiques et nous

exposerons succinctement les quatre points suivants:

1. La définition et la classification des anémies hémolytiques suivant leur présentation clinique, c'est-à-dire aiguë, subaiguë ou chronique.
2. Le mécanisme de l'hémolyse.
3. Le métabolisme de l'hémoglobine.
4. Le phénomène régénérateur sanguin.

Chez l'individu normal, le système réticulo-endothélial phagocyte un certain nombre de

1. Communication à la Société Médicale de Montréal, le 23 octobre 1951.

globules rouges libérant l'hémoglobine et maintenant ainsi un équilibre physiologique entre la formation et la perte d'érythrocytes. Par contre, nous classifions sous le titre d'anémies hémolytiques, ces états anémiques où la destruction, c'est-à-dire la lyse des érythrocytes est plus abondante et plus rapide que la moelle osseuse ne peut les fabriquer.

Les éléments destructeurs des globules rouges sont très variés, d'origine congénitale ou acquise, se présentant sous forme aiguë, subaiguë ou chronique. Les formes acquises d'hémolyse sont généralement aiguës ou subaiguës, tandis que les formes congénitales sont chroniques. Toutefois, des anémies hémolytiques congénitales, comme l'ictère hémolytique familial, peuvent présenter des crises aiguës.

Résumons maintenant les causes de l'anémie hémolytique suivant leur présentation aiguë ou chronique:

#### I.—LES ANÉMIES HÉMOLYTIQUES AIGÜES PROVIENNENT.

1. Des isohémolysines ou hémolysines:
  - a) transfusion sanguine,
  - b) érythroblastose fœtale,
  - c) hémoglobinurie paroxystique du froid.
2. Des infections bactériennes ou parasitaires:
  - a) streptocoque: viridans - hémolytique,
  - b) staphylocoque hémolytique,
  - c) malaria,
  - d) fièvre Oroya,
  - e) spirochètose ictéro-hémorragique (Europe).
3. Des produits endogènes comme dans les brûlures.
4. Des substances chimiques:
  - a) médicaments: les sulfamidés (Sulfanilamide, Sulfapyridine, Sulfathiazole, Sulfadiazine, etc.);
  - b) autres substances: le plomb, les arséniures, benzédrine, chlorure de potassium, le phosphore, la pyridine, T.N.T. (trinitrotoluène), diamine toluène, les composés nitreux du Toluol, Ben-

zol, Phénol; la phénacétine, l'acétanilide, la saponine et la ricine.

5. Des poisons:
  - a) animal: les venins (cobra),
  - b) végétal: la fièvre de favis (Favisme).
6. Des maladies évolutives malignes:
  - a) carcinomes métastatiques,
  - b) sarcome,
  - c) Maladie de Hodgkin,
  - d) leucémies,
  - e) réticulo-endothéliose,
  - f) sarcome de Boeck.
7. L'anémie de Lederer (cause inconnue).

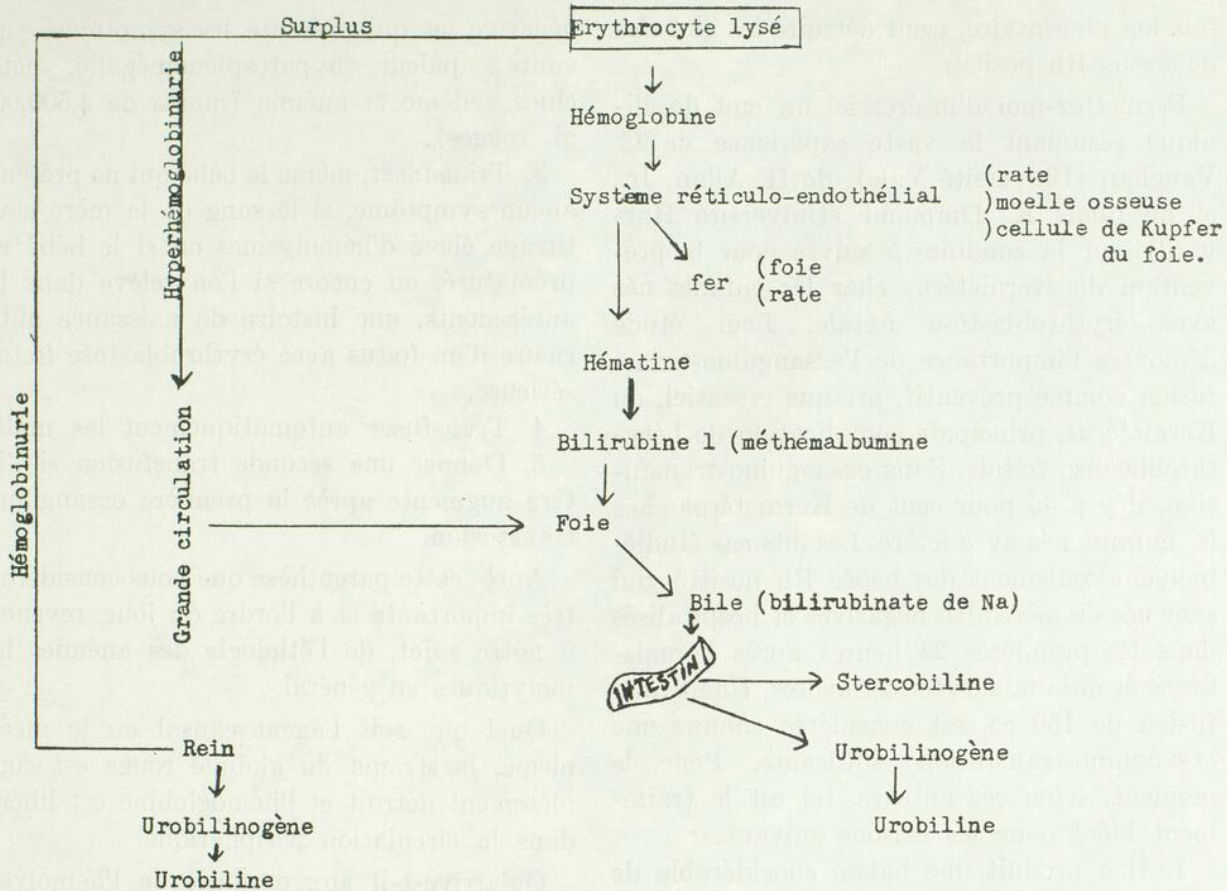
#### II.—LES ANÉMIES HÉMOLYTIQUES CHRONIQUES PROVIENNENT.

1. Des infections chroniques: (la syphilis, la malaria, etc.).
2. Des empoisonnements dus à des composés métalliques ou organiques.
3. Des maladies congénitales dans lesquelles l'érythrocyte présente des formes anormales. (Ictère hémolytique familial ou le « Sickle-cell anaemia ».)
4. Des anomalies congénitales de la structure du stroma érythrocytaire. (Cooley ou anémie méditerranéenne — « Sickle-cell anaemia ».)
5. D'une augmentation du pouvoir hémolytique de la rate.
6. D'une modification du pH plasmatique (dans l'hémoglobinurie paroxystique nocturne).

Le tableau clinique d'une anémie hémolytique variera donc suivant la rapidité et la quantité d'érythrocytes détruits. Selon que le volume détruit sera plus ou moins grand et la vitesse de destruction plus ou moins rapide, nous obtiendrons un tableau clinique aigu, subaigu ou chronique.

De même le mécanisme de l'hémolyse variera selon l'étiologie.

I. — Un premier principe d'hémolyse est la présence de l'érythrocyte dans une solution hypotonique. Un exemple de ce type nous est fourni par l'hémoglobinurie paroxystique nocturne où nous obtenons un déséquilibre os-



motique entre le plasma sanguin et le globule rouge. Ce dernier se gonfle, sa membrane éclate et l'hémoglobine est libérée. Normalement, la membrane est assez résistante; dans l'anémie hémolytique, la fragilité est souvent augmentée.

II. — Les substances chimiques peuvent aussi causer une hémolyse en dissolvant les constituants lipoidiques de la membrane et du stroma globulaire (éther, chloroforme, benzène et alcool).

III. — D'autres substances n'ont pas un mode d'action actuellement prouvé, tels les sels biliaires, les acides, les alcalis, la saponine. Ces composés sembleraient s'attaquer aux protéines du stroma (la saponine et la bile), ou aux lipides du stroma (venin de cobra), pour donner cependant dans tous les cas, une stromatolyse avec finalement libération de l'hémoglobine.

IV. — Les anticorps ou hémolysines spécifiques et les isohémolysines agglutinent le

globule rouge qui subit par la suite l'hémolyse. Les grumaux, ainsi formés, sont phagocytés par le système réticulo-endothélial qui commence le catabolisme de l'hémoglobine, la formation de la bilirubine, etc... Dans ce groupe d'incompatibilités sanguines, nous avons:

a) L'exemple de la transfusion sanguine de groupes différents. L'incompatibilité est alors due à la présence d'anticorps ou hémolysines dans le plasma du receveur, par exemple du groupe A qui agglutinera les globules du groupe B, c'est-à-dire du donneur.

b) Il y a aussi l'exemple des isohémolysines présentes lors d'un refroidissement de l'organisme dans l'hémoglobinurie paroxystique du froid.

c) Une autre incompatibilité de ce groupe se rencontrera dans l'érythroblastose fœtale. Ici, il s'agit d'hémolysines Rh positives dans le sang d'une mère Rh négative, qui par trans-

mission placentaire, iront détruire les globules de fœtus Rh positif.

Permettez-moi d'insérer ici un mot de clinique résumant la vaste expérience de C. Vaughan (Université Yale), de H. Allan, Jr., et de Louis K. Diamond (Université Harvard), sur la conduite à suivre pour la prévention du Kernictéris chez les enfants nés avec érythroblastose fœtale. Leur étude démontre l'importance de l'exsanguino-transfusion comme préventif, presque essentiel, du Kernictéris, principale complication de l'érythroblastose fœtale. Sans exsanguino-transfusion, il y a 35 pour cent de Kernictéris chez les enfants nés avec ictère. Les 368 cas étudiés incluent seulement des bébés Rh positifs qui sont nés de mères Rh négatives et hospitalisés dans les premières 24 heures après la naissance et qui ont survécu 24 heures. Une transfusion de 150 cc. est considérée comme une exsanguino-transfusion suffisante. Pour le moment, selon ces auteurs, tel est le traitement idéal pour les raisons suivantes:

1. Il a produit une baisse considérable de Kernictéris chez les bébés nés à terme et même chez les prématurés.

2. Le taux de Kernictéris est même plus bas chez les prématurés (accouchement provoqué), qui ont reçu l'exsanguino-transfusion, que chez les bébés à terme sans exsanguino-transfusion.

3. La fréquence des ictères diminue.

4. Même chez les enfants nés de mères Rh négatives dont le titrage sanguin d'hémolysines est très élevé, l'exsanguino-transfusion a tout de même diminué la fréquence du Kernictéris.

Ces auteurs ont plus constaté que le Kernictéris est deux fois plus fréquent chez les mâles et cinq fois plus fréquent dans les naissances avant la 38<sup>ème</sup> semaine de grossesse.

En résumé, nous pouvons donc suggérer dans ces cas, les conseils suivants:

1. Eviter de provoquer l'accouchement.

2. Donner du sang Rh négatif, sans retard, à un enfant Rh positif né d'une mère Rh

négative, et qui présente les symptômes suivants: pâleur, hypatosplénomégalie, pétéchies, œdème et anémie (moins de 4,500,000 gl. rouges).

3. Transfuser, même le bébé qui ne présente aucun symptôme, si le sang de la mère a un titrage élevé d'hémolysines ou si le bébé est prématuré, ou encore si l'on relève dans les antécédents, une histoire de naissance antérieure d'un fœtus avec érythroblastose fœtale sérieuse.

4. Transfuser automatiquement les mâles.

5. Donner une seconde transfusion si l'ictère augmente après la première exsanguino-transfusion.

Après cette parenthèse que nous considérons très importante et à l'ordre du jour, revenons à notre sujet, de l'étiologie des anémies hémolytiques en général.

Quel que soit l'agent causal ou le mécanisme, le stroma du globule rouge est complètement détruit et l'hémoglobine est libérée dans la circulation périphérique.

Qu'arrive-t-il aux produits de l'hémolyse? Les débris du globule rouge hémolysé sont phagocytés par les cellules du système réticulo-endothélial (rate, moelle osseuse, cellules de Kupffer du foie). De son côté, l'hémoglobine se scinde en globine et hématine. Cette dernière se transforme en biliburine en libérant le fer. La molécule de fer reste dans la rate ou retourne au foie pour servir de nouveau à la formation d'hémoglobine dans un érythrocyte jeune. La bilirubine, d'autre part, est normalement excrétée au niveau du foie dans la bile et une très petite quantité dans les urines. Du flot de biliburine versé dans l'intestin par la bile, une partie se transforme en stercobiline, une autre s'élimine sous forme d'urobilinogène et d'urobiline. Enfin, une dernière portion de bilirubine reprend la circulation pour retourner au foie et recommencer le processus décrit précédemment. Le rein excrète une certaine quantité de cette dernière portion, surtout dans les formes graves d'hémolyse alors que nous retrouvons une augmentation de l'urobilinogène dans les reins.

Après avoir décrit ces grandes lignes du métabolisme de l'hémolyse, nous verrons que le laboratoire, par ses appréciations quantitatives et qualitatives, complètera et précisera le diagnostic différentiel d'une anémie hémolytique.

#### 1) *Hémoglobine.*

Nous avons vu que le premier produit libéré par l'hémolyse était l'hémoglobine. Selon que nous sommes en face d'une forme aiguë ou chronique, nous trouverons une quantité plus ou moins grande d'hémoglobine libre dans la circulation sanguine. Dans les anémies hémolytiques chroniques, où l'hémolyse est plus lente, nous retrouvons seulement de la bilirubinémie parce que l'hémoglobine a le temps d'être réduite en bilirubine. Au contraire, lorsque la destruction est marquée, comme dans les formes aiguës, l'hémoglobine n'a pas le temps d'être entièrement convertie en bilirubine et nous en retrouvons dans le sang (hyperhémoglobinémie) et dans les urines (hémoglobinurie).

#### 2) *Bilirubine.*

Il y a toujours de la bilirubine dans le sang et les urines, et la destruction physiologique constante des érythrocytes nous en explique la présence. Tel que mentionné au début, aussitôt que la quantité des globules hémolysés surpasse l'hématopoïèse, il y a surplus d'hémoglobine, d'où augmentation de la bilirubine dans la circulation. La réaction indirecte de Van den Bergh est l'analyse qualitative la plus communément employée pour la recherche de la bilirubine dans le sang. Le Van den Bergh direct est positif seulement si la bilirubine qui a été transformée par les cellules de Kupffer du foie (Bilirubinate de sodium) retourne dans la circulation à cause d'une obstruction intra ou extrahépatique. Dans l'anémie hémolytique, au contraire, la bilirubine n'a pas été transformée par les cellules de Kupffer: par conséquent, l'épreuve de Van den Bergh direct sera normale. Le Van den Bergh indirect donnera, par contre, une réaction positive si la bilirubine n'a pas été oxydée ou dialysée. Ainsi, dans l'anémie hémolytique,

le surplus de bilirubine est en circulation sans pouvoir passer par le foie: le Van den Bergh indirect sera donc positif.

L'index ictérique est une méthode colorimétrique beaucoup plus simple que le Van den Bergh qui donne une appréciation quantitative de la bilirubine en circulation. Normalement, il est de 4 à 6 unités. Une augmentation de 7 à 15 ne s'accompagne généralement pas d'ictère. A partir de 16 unités, toutefois, il y a ictère franc. Nous retrouvons donc dans une anémie hémolytique, un Van den Bergh indirect positif et un index ictérique élevé.

#### 3) *Urobilinogène et urobiline.*

Il existe normalement une petite quantité d'urobilinogène et d'urobiline dans les matières fécales et dans les urines, provenant de l'hémolyse physiologique des globules rouges. Dans les anémies hémolytiques graves, il y a augmentation marquée.

#### 4) *Hématopoïèse.*

Jusqu'à présent, nous nous sommes arrêtés uniquement au phénomène destructeur du globule rouge rencontré dans l'anémie hémolytique, mais il ne faut pas oublier que l'organisme se défend contre cette perte d'érythrocytes par une hyperactivité du système hématopoïétique, c'est-à-dire le phénomène régénérateur.

a) La moelle osseuse est hyperplasique et la numération cellulaire montre une prédominance des cellules nucléées de la lignée rouge (60% contre 20% normalement). D'un autre côté, les lignées leucocytaires sont diminuées.

b) Dans le sang: le nombre des globules rouges est diminué durant les anémies hémolytiques aiguës, tandis que dans les formes légères et les formes chroniques, la régénération compense la perte de globules rouges qui se maintiennent en quantité relativement normale. En général, nous constatons une anémie normocytaire et parfois macrocytaire aiguës. La sphérocytose est caractéristique de l'ictère hémolytique familial. La convexité de l'érythrocyte est une autre anomalie qui

représenterait, d'après Dameshek, le premier stage de l'hémolyse. La fragilité capillaire est ordinairement augmentée, surtout dans les formes aiguës.

En résumé, pour établir un diagnostic d'anémie hémolytique, il faudra donc:

1. Connaître l'interprétation clinique des recherches de laboratoire propres à chacun des produits du métabolisme de l'hémoglobine dans le sang, les urines, et les matières fécales. Leur présence en excès signe une destruction sanguine plus ou moins importante.

2. Savoir interpréter le pouvoir régénérateur de système hématopoïétique.

3. Pouvoir envisager d'une façon schématique le grand nombre des facteurs hémolytiques pouvant être responsables d'un cas par-

ticulier pour en arriver à l'étiologie, quand celle-ci est connue, et instituer un traitement approprié.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. H. ALLEN, Jr., L. K. DIAMOND et V. C. VAUGHAN: « Prevention of Kernicterus. » *Year Book of Medicine*, pp. 288-289.
2. BEST et TAYLOR: *Physiological Basis of Medical Practice*, 4ème édition, pages 40 à 53; 61-62.
3. T. H. HAM: *A Syllabus of Laboratory examination in clinical diagnosis*, 1ère édition; pages 153-156; 175-178; 290-291; 321.
4. KOLMER: *Clinical Diagnosis by Laboratory Examinations*, 2ème édition; pages 22; 76-77; 115-119; 477-479; 637-644; 657-659.
5. KOCKE: *Diseases of the Blood*.
6. MITCHELL-NELSON: *Text Book of Pediatrics*, 4ème édition; pages 872-885.

## NÉPHRECTOMIE PAR VOIE THORACO-ABDOMINALE<sup>1</sup>

Noël LAROCHE,

Chef Section Urologie

Roland DUPUIS,

Chef Section Chirurgie

Hôpital Général de Verdun (Montréal).

P.-M. BÉLANGER,

Chef-Interne

### NOMENCLATURE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il existe actuellement, une grande confusion dans la nomenclature et la classification des tumeurs rénales. Après avoir fait une revue de la littérature, Culp et Hartman proposaient, en 1948, le schéma suivant:

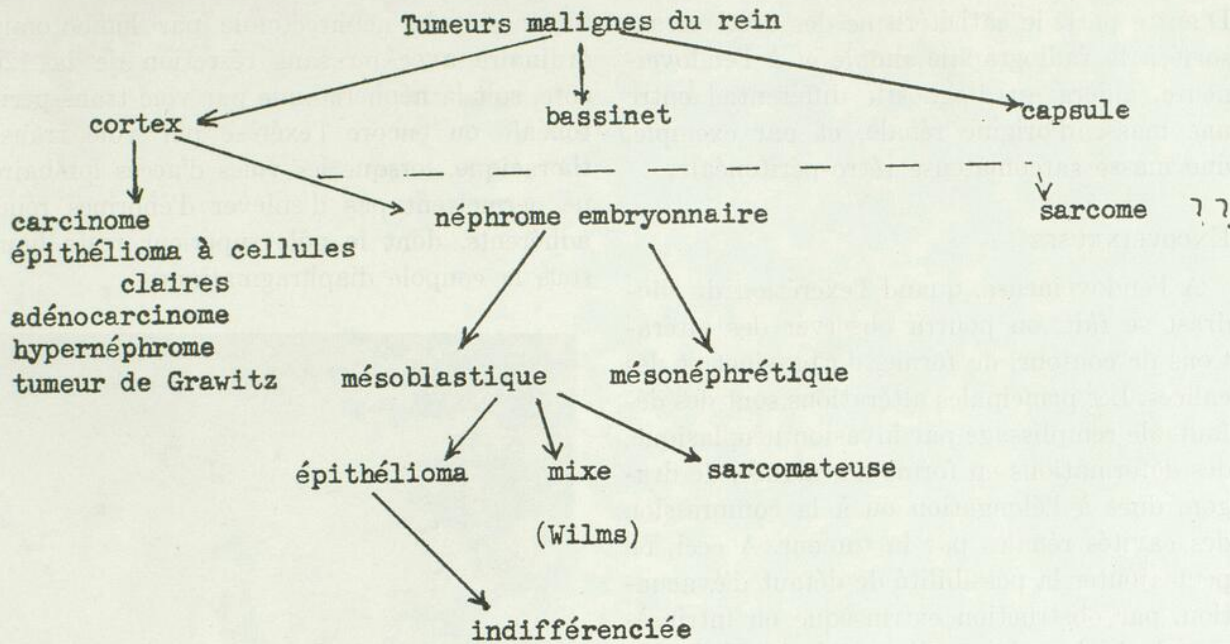
On conçoit qu'épithélioma à cellules claires, tumeur de Grawitz ou hypernéphrome sont synonymes. Le terme hypernéphrome a tendance à être rejeté, parce qu'il porte à confusion entre les néoplasies de la surrénale et les épithéliomas à cellules claires qui se développent au pôle inférieur, ou souvent au pôle supérieur du rein. Il fut décrit en 1883 par Grawitz, d'où le nom de tumeur de Grawitz. Ce dernier pensait qu'il s'agissait d'un néoplasme adrénocortical, originant d'une métaplasie embryogénique du tissu cortical dans du tissu rénal. Il s'appuyait sur l'apparence cellulaire qui

semblait l'apparenter à la cortico-surrénale. Cependant, il s'agit réellement d'une tumeur rénale originant de tubules adultes, ou selon Wilson, d'îlots de tissu néphrogénique qui auraient persisté dans le cortex rénal. De plus, il ne donne pas de virilisme comme les tumeurs cortico-surrénales.

Macroscopiquement, il s'agit d'une masse arrondie à l'un des pôles, qui devient volumineuse souvent sans qu'aucun signe clinique n'ait fait soupçonner sa présence. A la coupe, on a un aspect polymorphe, de couleur jaunâtre, avec des zones hémorragiques, nécrotiques ou kystiques.

Au microscope, les cellules sont disposées en formation papillaire, alvéolaire ou plus rarement ont un arrangement tubulaire. Elles présentent un cytoplasme clair et vacuolaire, dû à des inclusions d'esters du cholestérol. Elles ressemblent en cela, aux cellules de la cortico-surrénale. D'autres fois, elles sont sombres et granuleuses, et alors, beaucoup plus malignes.

1. Travail présenté par les Services d'Urologie et de Chirurgie à la réunion scientifique de l'Hôpital Général de Verdun.



La stromaréaction est sillonnée de nombreux vaisseaux sanguins dont les parois sont souvent formées de cellules tumorales. On comprend dès lors le danger d'hémorragie dans les tubules, ce qui provoque l'hématurie. Ces vaisseaux constituent de plus une voie ouverte à l'expansion métastatique. En effet, les cellules tumorales ont tendance à envahir la veine rénale et même la veine cave inférieure, pour se loger rapidement aux poumons, donnant à la radiographie pulmonaire des images que l'on dit, en boulet de canon. Les métastases se développent également au foie, au cerveau et aux os (par ordre de fréquences: tête de l'humérus, colonne, fémur, bassin, côtes). Aussi, une fracture spontanée au niveau d'une métastase peut être le premier signe de la présence d'un épithélioma. D'autre part, les lymphatiques conduisant les métastases aux ganglions régionaux expliquent l'envahissement fréquent du pédicule et de la chaîne aortique.

#### ETUDE CLINIQUE

Au point de vue clinique, le malade consulte soit pour sensation de masse lombaire, soit pour hématurie, soit pour douleurs qui peuvent être d'origine névralgique, d'origine néphrétique par passage de caillots ou de tissu nécrotique ou encore simplement par pesanteur

de la masse. Cependant, il est à noter que l'hématurie n'apparaît souvent que tardivement. Dans une statistique faite au Cook County Hospital de Chicago, Rolnick montre que seulement 50% des cas d'hypernéphrome présentent de l'hématurie et que 25% n'ont aucun trouble urinaire.

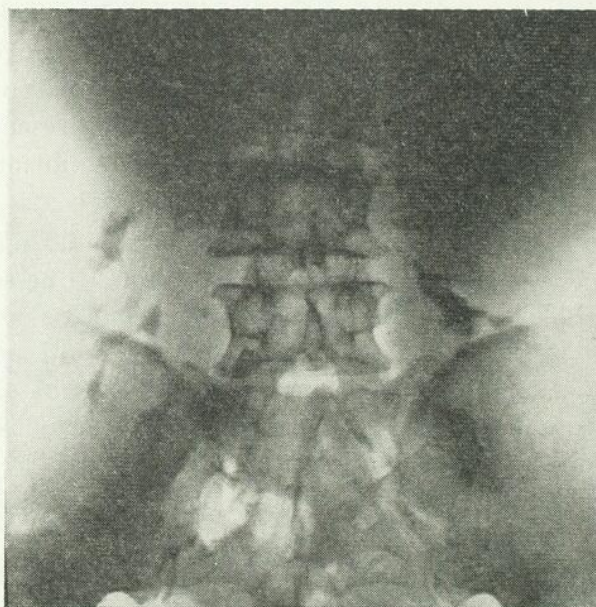
Dans deux cas ici présentés, le premier n'a fait aucune hématurie macroscopique. Il ne se plaignait que de sensation de pesanteur au flanc gauche et à l'épigastre. Il avait noté un amaigrissement marqué. Le deuxième était en excellente santé apparente: aucune douleur, aucun trouble, sauf de courtes épisodes d'hématurie. Quelquefois, le seul symptôme est une température de longue durée, due probablement à une résorption de protéines étrangères venant de désintégration tissulaire. A l'examen objectif, la masse n'est pas souvent palpable. La présence d'un varicocèle gauche, par compression de la veine spermatique, peut être l'indice d'une tumeur rénale.

L'arsenal de l'investigation urologique peut apporter des renseignements précieux au diagnostic. La plaque simple de l'abdomen visualisera le contour de l'aire rénale, appréciant ainsi le volume de la masse rénale. La cystoscopie peut orienter à l'occasion d'une éjaculation sanglante à l'un des orifices urétéraux.

D'autre part, le cathétérisme des uretères associé à la radiographie simple et à l'endoveineuse, aidera au diagnostic différentiel entre une masse d'origine rénale, et par exemple, une masse sarcomateuse rétro-péritonéale.

#### ENDOVEINEUSES

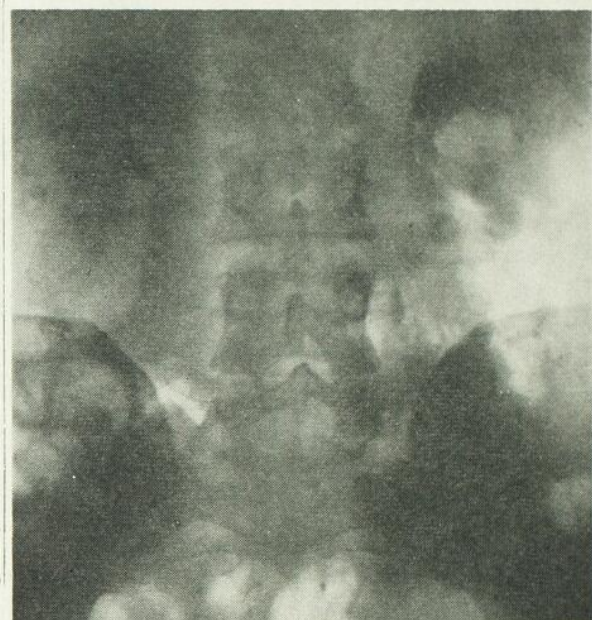
A l'endoveineuse, quand l'excrétion du diodrast se fait, on pourra observer des altérations de contour, de forme, du bassin et des calices. Les principales altérations sont des défauts de remplissage par invasion néoplasique, des déformations en forme d'araignée, de dragon, dues à l'élongation ou à la compression des cavités rénales par la tumeur. A ceci, on peut ajouter la possibilité de défaut d'évacuation, par obstruction extrinsèque ou intrinsèque de la jonction pyélo-urétérale. Enfin, la



*Cas No 1.* — Cliché pris vingt minutes après injection du Diodrast, intraveineux, debout sans compression, montrant une formation tumorale au pôle supérieur du rein gauche avec amputation des calices supérieurs. On voit une élévation des calices moyens délimitant le contour inférieur d'une masse rénale.

recherche des cellules anormales dans le sédiment urinaire par la méthode de Papanicolaou ajoute un autre moyen d'investigation. Le diagnostic fait, et les contre-indications à la néphrectomie ayant été pesées, on doit, selon les cas, procéder au choix de la technique opératoire:

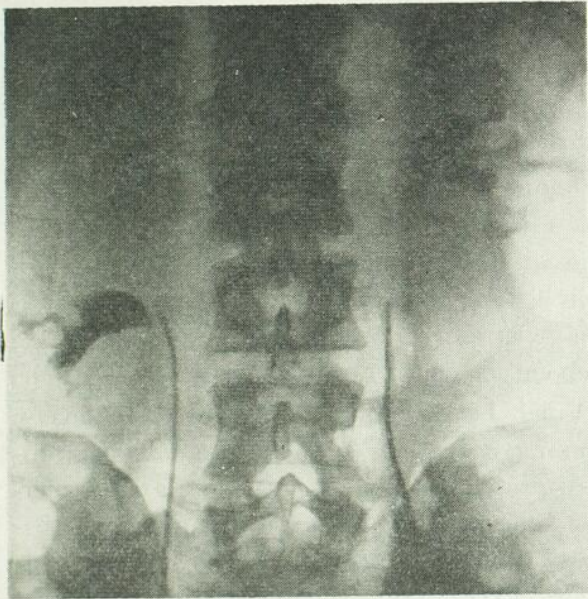
soit la néphrectomie par lombotomie ordinaire avec ou sans résection de la 12<sup>e</sup> côte, soit la néphrectomie par voie trans-péritonéale ou encore l'exérèse par voie trans-thoracique, lorsque les voies d'accès lombaire ne permettent pas d'enlever d'énormes reins adhérents, dont le pôle supérieur reste haut sous la coupole diaphragmatique.



*Cas No 2.* — Pyélogramme endoveineuse, vingt minutes après injection, en position debout, sans compression montrant une amputation des calices du pôle supérieur droit. Les calices moyens sont allongés et refoulés vers le bas.

Le dernier conflit mondial donna à plusieurs chirurgiens l'occasion de pratiquer des néphrectomies lors d'interventions thoraco-abdominales chez des grands blessés. Wylie, Hoffman et autres, en 1946, rapportent 903 cas chez qui les blessures nécessitaient une intervention d'urgence de type thoraco-abdominal. Parmi ceux-ci, on remarque 17 cas de néphrectomie. En novembre 1949, O'Connor et Head publiaient un cas de néphrectomie droite par voie trans-thoracique. Ils appuient sur le fait que cette intervention fut la première du genre à se pratiquer du côté droit, hors des conditions de guerre. Antérieurement, la disposition anatomique du foie semblait présenter un obstacle infranchissable à la voie trans-thoracique droite. Chute, de Boston, rapporte 39 cas de né-

phrectomie trans-thoracique gauche sans mortalité. Les deux seules complications ont été des hémorragies bénignes intra-pleurales. Mis à part les cancéreux porteurs de xyphose ou de scoliose marquée, la néphrectomie thoraco-abdominale nous donne un champ beaucoup plus accessible. Le décollement de la graisse péri-néphrétique et l'hémostase des veines congestionnées à la surface de l'hypernéphrome deviennent beaucoup plus faciles. La dissection rétro-péritonéale des éléments du pédicule, souvent infiltré de tissu néoplasique, est entreprise sans tiraillement. La veine cave inférieure, l'aorte et même les vaisseaux iliaques peuvent être visualisés, permettant ainsi l'exérèse des ganglions de la chaîne thoracique. La possibilité de mobiliser une embolie néoplasique, par manipulation intempestive, est minimisée. Dans nos deux cas, la tumeur située au pôle supérieur était assez haute et assez grosse pour nous permettre l'utilisation de la voie trans-thoracique.

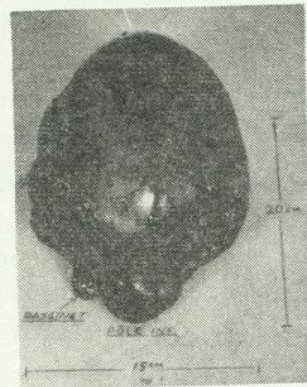
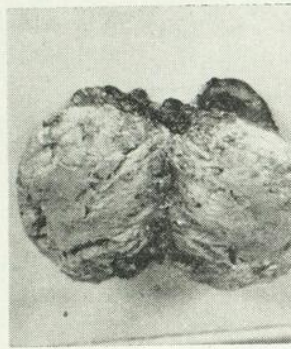


Cas No 3. — Pyélographie rétrograde. On note une absence d'opacification des calices du pôle supérieur droit.

#### TECHNIQUE

La technique dans ces cas fut puisée dans les descriptions opératoires faites par Higgins, Chute et Sweet. L'intubation intra-trachéale, permettant l'extension du poumon à volonté,

est indispensable. On peut dire que le succès et la facilité de l'opération sont proportionnels au doigté et à l'habileté de l'anesthésiste. Nos patients sont placés en décubitus antérolatéral. L'incision part d'environ deux à trois travers de doigt de l'apophyse épineuse de la 10e vertèbre dorsale, suit le trajet de la 10e côte, pour se rendre au bord latéral du grand droit correspondant. L'hémostase est faite aussi parfaitement que possible. Quelques fibres du grand dentelé, le grand dorsal en arrière, le grand oblique, le petit oblique et le transverse



en avant et sur le côté ont été sectionnés. La 10e côte est ruginée et dépériostée. En arrière, la côte est sectionnée entre l'angle postérieur et son articulation costo-vertébrale. En avant, l'attache au gril costal est sectionnée et la côte enlevée. La plèvre fut alors ouverte en avant, au travers le lit costal, dans l'axe de l'incision cutanée et au-dessus du diaphragme, ce qui diminue le danger de léser le poumon sous-jacent. Un écarteur Gosset placé entre les 9e et 11e côtes nous donne une meilleure visualisation. Les adhérences pleurales qui peuvent exister, comme dans le 2e cas, sont disséquées avec soin et sectionnées. Le diaphragme et le péritoine adhérent sont alors ouverts. Le rein est libéré de son atmosphère graisseuse et les éléments avoisinants identifiés.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une tumeur du volume d'une grosse tête d'enfant, moyennement vascularisée et adhérente au diaphragme par son pôle supérieur. Le 2e présentait une masse moins volumineuse,

mais beaucoup plus vascularisée, et surtout, beaucoup plus adhérente au diaphragme. Il est à noter, ici, que la deuxième intervention fut pratiquée du côté droit et que le foie, comme on pourrait le croire, ne fut pas un obstacle à la marche de l'intervention. Une fois, le rein libéré, il est déplacé latéralement, les éléments du pédicule sont disséqués, individualisés et ligaturés. L'uretère est lui-même ligaturé, sectionné et cautérisé. Dans le 2e cas, la dissection fut plus ardue, parce que la réaction inflammatoire envahissait le pédicule qui dût être enlevé en bloc avec la tumeur. On conçoit ici, l'utilité de l'abord transthoracique pour l'exérèse massive de la néoplasie, et ce, sans mobilisation exagérée du rein et de ses gros vaisseaux.

Une fois la néphrectomie faite, on peut, par l'ouverture péritonéale, explorer la partie haute de la cavité abdominale et son contenu. Le péritoine est ensuite fermé par un surjet au catgut atraumatique. Le diaphragme est suturé, dans le 1er cas, en deux plans, par points séparés à la soie et au catgut atraumatique; dans le 2e cas, en un seul plan, par points de Cornell au catgut atraumatique. On avait placé auparavant un drain cigarette dans la loge rénale. Avant de fermer le thorax, de la novocaïne en solution huileuse fut injectée dans les 9e., 10e et 11e nerfs intercostaux, au niveau de la région costo-vertébrale. Une sonde Foley, dans le 1er cas, un tube en "T" dans le 2e, furent insérés dans la cage thoracique et ressortis par une contreincision à deux travers de doigt de la lèvre inférieure de l'incision cutanée. A noter que certains opérateurs se dispensent de drainer la cavité pleurale, disant que la plèvre n'est pas plus susceptible d'infection que le péritoine. Dans chacun de nos cas, la cavité pleurale fut lavée avec une solution de streptomycine.

Le lit costal de la 10e côte est suturé par points séparés à soie. Les muscles et les aponeuroses qui avaient été sectionnés sont rapprochés au catgut chromique par points séparés. Une pression négative est créée par

aspiration dans le tube de drainage et entretenue pendant 48 heures au moyen d'un système adéquat de bouteilles. Les lèvres de l'incision cutanée sont rapprochées par points séparés à la soie.

La première intervention faite le 22 mai dura 3 heures. La deuxième pratiquée le 11 juin dura 2.45 heures. Les malades reçurent 1000 cc de sang pendant l'opération, et la pression artérielle se maintint normale sans variation importante. Le drainage pleural fut cessé 48 heures après l'opération, le tube enlevé et la plaie d'entrée fermée hermétiquement pour empêcher un pneumothorax spontané. Les drains lombaires furent enlevés le 7e jour post-opératoire, les points cutanés, le 10e jour. Les malades se sont levés le lendemain de l'opération. Le premier quittait l'hôpital le 13e jour post-opératoire; le second a fait un hématome sous-cutané et n'obtint son congé que le 15e jour après l'opération.

Comme médication, ils reçurent du sang, de la Pénicilline, de la Streptomycine, de la Vitamine C et de l'Aminophyline en suppositoires. De plus, le 1er reçut du sérum Darrow à cause d'un  $\text{CO}_2$  à 46%, le 3e jour post-opératoire. Le second reçut de la Vitamine K à hautes doses, parce que sa Prothrombinémie faite le 16 juin nous est revenue à 45,5%. Il avait fait une légère hémorragie intrapleurale le jour même et le lendemain de l'opération. Cette hypoprothrombinémie est probablement la cause de l'hématome sous-cutané.

Voici la description des pièces enlevées. Premier cas: glande rénale pesant 200 grammes, présentant à la section une large formation sphérique encapsulée contenant une substance jaune brunâtre, de consistance grumeuse avec petites lacunes à contenu sanguin. On ne reconnaît de la glande rénale que le pôle inférieur dont le tissu est d'aspect normal et dont les limites se détachent plus ou moins du tissu anormal. Le tissu tumoral est représenté par des éléments cellulaires à cytoplasme clair, à limites bien définies, avec noyaux hyperchromiques réguliers. Vers le centre de la tumeur, ces caractères dispa-

raissent pour faire place à des plages d'aspect nécrotique où toute morphologie fait défaut. *Diagnostic*: Epithélioma rénal à cellules claires — (Roger Beaulieu, anatomo-pathologiste).

*Deuxième cas*: glande rénale pesant 700 grammes, déformée par une masse sphérique assez régulière occupant les deux tiers supérieurs. La section laisse voir un tissu d'aspect bigarré où s'interposent des plages d'aspect souffré ou hémorragique. Le centre de la masse est creux et comblé d'un liquide jaunâtre trouble. A l'examen microscopique, le tissu tumoral est constitué de travées plus ou moins régulières dont les éléments cellulaires présentent un noyau d'aspect régulièrement rond, un cytoplasme clair à limites bien définies. A certains endroits, on relève des formations cavitaires polymorphes contenant du sang et limitées par des éléments épithéliaux néoplasiques. Au rebord de la tumeur, le tissu rénal, plus ou moins sain, est refoulé avec un peu de collagène formant la capsule. *Diagnostic*: Epithélioma à cellules claires du rein (Roger Beaulieu, anatomo-pathologiste).

Comme complication post-opératoire, on aurait pu s'attendre, 1° du côté pulmonaire, à de l'atélectasie, à des épanchements, à de la pneumonite; 2° du côté gastro-intestinal, à des dilatations aiguës de l'estomac, par arc de réflexe de Dragstead, surtout dans les cas de néphrectomie droite; on aurait pu s'attendre aussi à des iléus paralytiques; 3° à des infections, empyèmes, hématomes infectés; 4° à des troubles de la balance électrolytique et protéinique.

Nous avons reçu, après 4 mois, nos deux patients. Les deux ont repris leur travail et se disent en excellente santé. Ils ont gagné du poids, environ une vingtaine de livres. Leur rythme mictionnel n'est pas changé. Les plaies opératoires sont complètement gué-

l'un à droite, l'autre à gauche, qui ont été opérés par voie thoraco-abdominale sans incident notable. Cette technique nous a paru celle, qui jusqu'à maintenant, semble offrir le plus de facilité à l'exérèse d'un cancer rénal et des ganglions envahis.

#### BIBLIOGRAPHIE

- William BOYD: *Text Book of Pathology* — 5ème édition. Lea & Febiger, Philadelphie.
- R. CHUTE et L. SOUTTER: *Journal of Urology*, **61**: 688, 1949.
- R. CHUTE, L. SOUTTER et W. S. KERR, Jr.: « Value of thoraco-abdominal incision in removal of kidney tumors. » *New Eng. Journal of Med.*, **241**: 951 (déc.) 1949.
- O. S. CULP et F. W. HARTMAN: « Mesoblastic nephroma in adults: a clinico-pathologic study of Wilms tumors and related renal neoplasms. » *Journal of Urology*, **60**: 552, 1948.
- N. C. FOOT, G. A. HUMPHREYS et WITHMORE: *Journal of Urology*, **66**: 190, 1951.
- J. FORET: « A propos de la néphrectomie par voie thoraco-abdominale » *Journal d'Urologie*, **56**: 596-598, No 7-8, 1951.
- O. S. LOWSLEY et P. D. KIRWIN: *Clinical Urology* — 2ème édition. The Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1944.
- D. F. MARSHALL et E. H. DRAKE: « Trans-thoracic nephrectomy. » *Journal of Urology*, **62**: 655, 1949.
- Thomas D. MOORE: « Unusual renal tumors. » *Journal of Urology*, **66**: 533 (oct.) 1951.
- V. J. O'CONNOR et J. R. HEAD: « Trans-thoracic nephrectomy (right) for tuberculosis of the kidney. » *Surgery, Gynec. and Obst.*, **89**: 599 (nov.) 1949.
- H. C. ROLNICK: *Practice of Urology* — 1ère édit. Lippincott Co., Philadelphie, 1949.
- H. RIVIERE: *Anatomie humaine* — 5ème édition. Masson et Cie, Paris.
- W. W. SCOTT: *Year Book of Urology*. Year Book Publishers, Chicago, 1950.
- H. SELYE: *Text Book of Endocrinology* — 2ème édition. Acta Endocrinologica, Montréal, 1949.
- SPALTEHOLTZ: *Human Anatomy* — 6ème édition. Lippincott Co., Philadelphie.
- TRUC, COMPO et LAVAL: « Néphrectomie par voie thoraco-abdominale. » *Journal d'Urologie*, **56**: 596, 1950.

#### En résumé.

Deux cas d'épithélioma à cellules claires,

## CONSIDÉRATIONS SUR L'EXAMEN DE LA VUE

Adrien PLANTE (Roberval).

Les articles des Drs Hartman et Tarlé, parus récemment dans les Annales d'oculistique sur l'étude de la réfraction et la prescription des verres, ont partiellement satisfait un désir personnel de mise au point sur le même sujet. On conviendra que 50% des patients se présentant à un service d'ophtalmologie le font avec l'espoir de faire améliorer leur vision. Or il semble que cette forte proportion de clients ne reçoit pas de l'oculiste consulté tous les services qu'elle est en droit d'attendre de lui. On n'aura que très peu fait pour ces clients si on se contente de faire, même très bien, l'étude de leur réfraction, et qu'on leur laisse ensuite une feuille de papier où n'est indiquée, la plupart du temps, que la force des verres. Sur cette feuille, très souvent, n'apparaît pas la distance où nous voulons avoir les centres optiques au moyen de décentration dans les cas de phories.

Et combien nombreux sont ceux qui se font un devoir de contrôler les lunettes destinées à leurs clients, alors que si nombreuses sont les erreurs ou au moins les inexactitudes de la part du fabricant, à qui, au surplus, on aura fourni une prescription incomplète. Rassurez-vous; n'ayant pas l'autorité de donner ici une ligne de conduite, je me contenterai de formuler une opinion personnelle sur deux points seulement.

1) Kératométrie et abus de l'examen subjectif.

2) Prismes, décentration des verres et conseils à donner aux hétérophoriques.

D'ions d'abord que le kératomètre est l'instrument le plus dangereux de l'oculiste et qu'en conséquence il ne doit s'en servir que dans des circonstances spéciales. Il peut même devenir un instrument plus souvent nuisible qu'utile. De là à vouloir sa disparition il semble n'y avoir qu'un pas, mais non. Il est dangereux et nuisible pour celui qui lui demande trop, qui s'appuie trop sur les renseignements qu'il fournit, et qui n'a pas éventuellement le courage

de rectifier ces renseignements lorsqu'ils ne sont pas conformes aux résultats de la skiascopie.

Sans doute il faut avoir son kératomètre, ne serait-ce que pour l'enligner avec les autres meubles de son office, à la vue du client et surtout du vendeur d'instruments d'optique. Pourtant si son invention a marqué un pas de l'avant, son usage à mauvais escient peut en marquer plusieurs en arrière. Et c'est ce qui arrive trop souvent.

Personnellement il ne m'est utile que dans deux occasions: les cas où la transparence des milieux réfringents est insuffisante, et les cas d'astigmatisme irrégulier où la détermination précise de l'axe par la skiascopie est impossible. Alors j'accepte, faute de mieux, les renseignements fournis par cet instrument sur la courbure cornéenne.

Dans les cas ordinaires, il peut porter à trois sortes d'erreur:

1) Donner un axe d'astigmatisme qui n'est pas le même que celui fourni par la skiascopie.

2) Démontrer un astigmatisme cornéen qu'on serait porté à corriger alors que cet astigmatisme est complètement neutralisé par les autres milieux transparents.

3) Faire croire à l'absence d'astigmatisme alors que l'étude de la réfraction totale nous en montre parfois la présence.

Ces trois erreurs n'en seraient pas du tout si une sérieuse skiascopie demeurait la méthode constante d'examen. Malheureusement l'examen subjectif est trop souvent à l'honneur. Et qu'arrive-t-il alors? Un cylindre sera mis sur la lunette à essai suivant l'axe et la puissance indiqués par le kératomètre, et des verres sphériques seront ensuite défilés jusqu'à atteinte d'une acuité visuelle que le client croira devoir être la meilleure. Autant en fait ou presque le bijoutier du coin qui a réussi à mettre la main sur une boîte de verres à essai. Il répugne de constater toute l'importance

accordée au « Manifest » dans certains traités américains. Le mauvais usage du kératomètre et l'abus de l'examen subjectif, voilà les deux grandes causes de l'inexactitude des ordonnances; le premier conduit à une correction erronée de l'astigmatisme, le deuxième à une surcorrection de la myopie ou à une sous correction de l'hypermétropie. Cette manière de procéder vient à laisser croire, avec raison, que chacun peut s'examiner la vue soi-même. Et de là à la vente de lunettes à distance, sur une base commerciale, l'écart n'est pas très large. C'est probablement imbue de ces principes qu'une bonne dame vint un jour me demander la raison pour laquelle sa petite fille n'avait pas satisfaction des lunettes qu'elle lui avait achetées chez un bijoutier, et cela sans même être accompagnée de son enfant. Nombreux d'ailleurs sont les gens, portant déjà des verres souventes fois renouvelés, qui sont bien intrigués par un examen fait tel qu'il doit l'être.

En conclusion de ce premier point, retenons qu'on doit toujours se défier du kératomètre, et qu'une sérieuse skiascopie est le seul moyen sûr d'arriver à une bonne correction de la vision dans les troubles de la réfraction quelque soit l'état de l'accommodation.

\*

\* \*

Je voudrais, en second lieu, dire un mot sur les prismes, la décentration des verres et, en général, sur les conseils à donner aux hétérophoriques.

Personne n'ignore l'importance capitale de rechercher systématiquement les troubles latents de la fixation binoculaire à l'occasion d'un examen de la vue.

Pourtant, combien négligent encore ce temps si important! Il en résulte des prescriptions inexactes, des verres inutiles et même nuisibles, et autant de clients non soulagés, si ce n'est de quelques piastres, et insatisfaits. Quelle différence y a-t-il entre cette omission grave et de la « malpractice »? Aucune.

J'oserais dire qu'au moins un adolescent ou adulte sur dix présente de l'asthénopie due à

une phorie, sans troubles appréciables de la réfraction. Il faut le reconnaître, le mettre au courant, lui donner les conseils appropriés et le mettre en garde contre les vendeurs de lunettes. D'autres fois, il y aura, en plus, troubles de la réfraction à corriger avec avantages. La ligne de conduite générale est bien connue suivant le sens de la phorie et de l'amétropie. Il reste tout de même des aspects importants que l'expérience de celui qui veut considérer sérieusement le problème fait percevoir et que j'avoue n'avoir jamais trouvés dans aucun traité.

Les traitements habituellement conseillés sont recopiés d'un auteur à l'autre sans aucune variante: correction des vices de réfraction, surveillance de la santé générale, exercices avec prismes, port de verres prismatiques et traitement chirurgical. C'est déjà beaucoup; mais j'estime qu'on n'en dit pas assez sur le port de verres prismatiques et encore moins sur les conseils à donner aux hétérophoriques.

Il n'y a pas de règles rigides sur le degré d'hétérophorie qu'on doit corriger. C'est là un problème toujours individuel à résoudre en regard des troubles accusés. La solution est vite trouvée suivant les plaintes et l'état de la réfraction, si l'on sait jouer avec les valeurs de la décentration, que l'on doit pouvoir déterminer sur-le-champ après la mensuration de la distance interpupillaire et de la monture. Si cette décentration ne fournit pas l'effet prismatique désiré, la puissance du prisme à ajouter sera vite évaluée.

Une seule équation doit être retenue:

$$XD \times \frac{X_{mm}}{10} = X\Delta$$

qui nous permet de répondre mentalement à toutes les questions:

1 — Quelle est la valeur prismatique d'un verre décentré de X MM.?

2 — Quelle est la puissance dioptrique d'un verre donné ayant une valeur prismatique et une décentration connues?

3 — Quelle est la décentration d'un verre donné ayant une puissance dioptrique et un effet prismatique connus?

La demande d'une décentration n'est pas toujours bien interprétée par les opticiens d'ordonnances dont le personnel peut parfois manquer d'expérience. Pour éviter toute confusion, j'ai pris l'habitude de ne plus en demander, mais plutôt d'indiquer une distance interpupillaire irréaliste, qui me donnera la décentration désirée.

Cette correction prismatique, souvent nécessaire en l'absence de toute amétropie, doit être portée de façon variable. La plupart du temps il n'y a pas lieu d'en conseiller l'usage constant même pour le travail de près, mais d'en recommander le port seulement lorsque la fatigue veut apparaître. A ce moment, le prisme viendra soulager l'effort musculaire et permettra un travail plus long. Un usage trop constant de cette correction pourrait exagérer la paresse musculaire. D'ailleurs il faut toujours respecter jusqu'à la limite l'effort naturel vers la fixation binoculaire, — sauf dans les hétérophories très marquées, ou lorsqu'en plus l'amétropie est assez considérable à cause du danger de diminuer la latence de la déviation par un soulagement trop continu.

Il est notoire que l'exophorie est plus fréquente que l'ésophorie dans la proportion d'au moins dix pour un. D'autre part, cette exophorie peut exister souvent sans amétropie, plus souvent avec de l'hyperopie et peu fréquemment avec de la myopie; tandis que l'ésophorie est à peu près constamment associée à l'hyperopie. La phorie verticale se rencontre avec une moindre fréquence encore. En conséquence, l'ésophorie sera habituellement facile à soulager par la correction sphérique ou sphéro-cylindrique avec ou sans décentration; alors que l'exophorie, le plus souvent accompagnée d'hyperopie et occasionnée par une insuffisance de convergence, demandera une attention particulière. J'oserais même dire que cette exophorie constitue le véritable problème des phories, tant à cause de sa fréquence qu'à cause des ennuis qu'elle entraîne chez ceux qui en sont les victimes.

Il faut donc d'abord ne pas méconnaître ces victimes si nombreuses et ensuite faire en sorte

de leur rendre service. L'expérience m'a, quant à moi, permis de réaliser qu'il est souvent illusoire de conseiller à ces patients — car ils en sont — des exercices musculaires à l'aide de prismes ou de leur parler d'opération. Mal à propos sera de prescrire un tonique à un de ces gaillards débordants par ailleurs de santé et travaillant au grand air. Pourtant à cet homme des bois qui ne réussit plus à aiguiser sa scie, comme à l'écolier ou l'homme de bureau qui en est rendu à détester son état à cause des malaises qu'il lui occasionne, comme à la couturière, au mécanicien ou tout homme de métier, présentant des troubles de cette nature, il faut apporter un soulagement.

La ligne de conduite, en face de telles situations, peut parfois prendre une tournure assez inattendue pour le patient. Il ne faut pas craindre de dire à une écolière qui se destine à l'enseignement ou à un jeune homme qui veut s'orienter dans un métier exigeant de longues heures de fixation — et ce ne sont là que deux exemples — qu'il leur serait préférable de modifier leurs intentions, s'ils sont des exophoriques souffrant déjà de leur état.

Quant à ceux qui sont pour ainsi dire surpris dans leur métier, ou leur profession, par de tels troubles, on apportera un adoucissement par des conseils appropriés. Ces patients doivent se rappeler qu'une bonne nuit de sommeil est toujours suivie d'une meilleure journée et vice versa. Ils accepteront alors facilement de s'accorder un sommeil suffisant pour permettre à leurs muscles oculaires, obligés à un travail anormal, une détente adéquate. Ils cesseront leur lecture au lit. Ils sauront alterner leur ouvrage de près avec un travail exigeant moins d'effort de fixation. Ils prendront l'habitude d'adopter une position plus éloignée pour leur travail. Ils sauront remettre au lendemain ou suspendre momentanément une besogne fatigante lorsque leurs yeux se refusent à fusionner. Ils diminueront ou cesseront l'usage de liqueurs alcooliques. Il arriveront à préférer le jeu de cartes ou de quilles, au cinéma ou à la broderie, etc., etc.

Ainsi et leur travail et leurs loisirs seront

orientés dans un sens opportun; et ils pourront alors se servir plus allègrement de leurs yeux.

### En résumé

L'oculiste ne doit pas ignorer ses clients hétérophoriques, surtout les exophoriques qui sont de beaucoup les plus nombreux: de tels clients doivent être parfaitement renseignés

sur la cause de leur asthénopie, afin qu'ils puissent comprendre l'importance des conseils donnés sur l'usage de leurs yeux et de leurs lunettes. Les exercices prismatiques en série et l'intervention chirurgicale ne seront enfin signalés que comme mesures de dernier ressort, mesures que le patient considérera souvent plus profitables pour l'oculiste que pour lui-même.

---

## LE PROBLÈME DES ENFANTS « POST-CÉSARIENNE »<sup>1</sup>

Paul DAGENAIS-PÉRUSSE (Montréal).

Le problème que nous entreprenons est un problème qui présente plusieurs points d'interrogations pour plusieurs groupes de médecins. Il présente des problèmes du côté pulmonaire, il présente des problèmes cardiovasculaires, il présente des problèmes de nutrition et, comme si cette multiplicité de problèmes n'était pas suffisante, ils s'adressent à différents médecins de différentes sphères: le médecin de famille d'abord, puis le consultant en obstétrique, puis le consultant en gynécologie ou en chirurgie selon le cas et, suivant l'échéance, l'anesthésie.

Nous ne considérons ici que l'envisager sur le point de vue de l'enfant; nous savons, par l'expérience antérieure d'un rapport au bureau médical de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, que les vues peuvent varier et varient facilement. Nous allons donc revoir les théories les plus nouvelles et leurs applications pratiques.

### PRÉANESTHÉSIE ET ANESTHÉSIE

C'est l'ordre des événements qui nous amènent à entreprendre la préanesthésie d'abord, l'anesthésie ensuite.

Le médicament idéal comme préanesthésique serait choisi selon un principe plus facile à énoncer qu'à mettre en pratique: le fœtus doit être pris en considération autant que la mère. C'est pourquoi il est impossible de

se servir d'une méthode de routine. Parmi les analgésiques les plus fréquemment employés, il y a les narcotiques tels que les dérivés de l'opium, le groupe belladone (et le Demerol) et aussi les hypnotiques, soient les barbituriques. Voici, en résumé, l'opinion de Lull et Hingston, au sujet de chacun d'eux. Des dérivés de l'opium, la morphine peut servir de médicament-type; son action à travers le filtre placentaire sur le cerveau des fœtus, les centres respiratoires et les poumons est définitivement déprimant. Employée avec une anesthésie profonde, elle devient la cause principale de l'asphyxie du nouveau-né (*asphyxia neonatorum*), c'est pourquoi la morphine est considérée comme dangereuse.

Du groupe belladone, l'atropine produirait une stimulation des centres nerveux haut-situés, à dose thérapeutique, avec comme effet secondaire retardé, une dépression. Ce qui, surtout, est à la faveur de ces alcaloïdes, c'est la stimulation des centres respiratoires, vaso-moteurs, thermo-régulateurs ainsi que des mécanismes respiratoires. En passant, notons que le Demerol déprime moins les systèmes respiratoires et gastro-intestinal que la morphine et serait parmi les agents les plus sûrs connus à date.

Chez les barbituriques, il existe une marge assez intéressante quant à la dépression respiratoire sans changement circulatoire marqué, cependant ces derniers franchissent

1. Communication à la Société de Pédiatrie de Montréal, 1951.

aisément le filtre placentaire et vont aussi déprimer le fœtus plus ou moins selon la dose.

L'anesthésie proprement dite est du ressort de l'anesthésiste, tout de même, d'après Lull et Hingston, l'anesthésie spinale continue ou fractionnée, grâce aux nouveaux médicaments moins toxiques, est l'anesthésie de choix dans les césariennes.

#### LES SOINS POSTOPÉRATOIRES IMMÉDIATS

Il semblerait que les contractions utérines ont un rôle tout aussi important pour le maintien du bien-être de l'enfant que pour l'expulsion. Quels sont donc les complications que l'on doit prévoir après la césarienne?

##### A.—Bouche. — Rhino-pharynx.

Comme dans la plupart des accouchements normaux, il est recommandable d'aspirer autant que possible les sécrétions ou le liquide amniotique qui pourrait se trouver dans la bouche ou le naso-pharynx. Pour ce faire, on emploie ordinairement un aspirateur: pompe à vide ou à oxygène, mais on croit qu'il est plus prudent d'employer un appareil à pression constante et indépendante de l'opérateur. Nous avons vu un appareil qui possède ces qualités et qui a aussi l'avantage de ne pas être dispendieux. Il est constitué d'un « aspirator bulb »; à un bout, on ajoute un morceau de cathéter d'environ 14 cm. et on le termine par un tube en verre à bout-mousse: nous avons le côté de l'opérateur; l'autre bout est en communication directe avec un petit cathéter mesurant environ 38 cm. Cet appareil, bien monté, protège l'opérateur des sécrétions et lui assure une pression toujours égale, à l'avantage de l'enfant.

##### B.—Bronches.

L'aspiration de routine des bronches est peut-être moins à conseiller. Cette technique est délicate et demande du doigté et de l'expérience. L'anesthésiste, qui a une grande habitude de l'intubation, peut alors être d'un grand secours. L'appareil recommandable pour sa force de succion égale peut être constitué d'un « Harris Drip » (cette partie en

verre que l'on trouvait sur les tubes à soluté), et de deux pièces de cathéter français No 10, de longueur à peu près égale, soit 12-13 cm. Le bout-mousse est introduit dans la trachée à l'aide d'un laryngoscope. Ces deux appareils, dans certains hôpitaux, sont inclus dans les paquets d'obstétrique et de chirurgie.

##### C.—Estomac.

L'aspiration du contenu stomacal devrait se faire de routine. On préconise cette technique dans les travaux de Gillis, White et Pfeffer, publiés en 1949, dans le *New England Medical Journal* (240: 533, 1949). Les auteurs rapportent avoir constaté, après la césarienne, une anxiété respiratoire chez ces nouveau-nés qui semblaient être en bonne santé, quelques heures auparavant. Ils ont attribué cette anxiété au fait que les enfants aspiraient le liquide amniotique contenu dans leur estomac. Ce serait une des complications d'un utérus « flasque » avant la naissance. Ils ont d'abord évalué la quantité de liquide amniotique dans l'estomac des enfants nés de mères diabétiques ayant subi une césarienne et ils ont obtenu comme moyenne 20 cc. Ils ont ensuite évalué le contenu de l'estomac des enfants nés de façon normale, mais de mères diabétiques, et ils trouvèrent une moyenne de 2 cc. Ils firent ces observations chez des diabétiques afin d'être assurés d'un nombre suffisant de césariennes en un court délai. Plus tard, ils reprurent les aspirations dans des cas de césarienne où les mamans n'étaient pas diabétiques et leur moyenne fut de 14 cc., toujours comparée à 2 cc. s'il y avait eu travail normal.

Leurs expériences ont porté sur 50 cas de césarienne; 25 cas subirent la succion et 4 seulement sur 25 présentèrent des troubles respiratoires sans complication ultérieure; chez les 25 servant de contrôle, 15 cas présentèrent des troubles respiratoires plus marqués que chez les quatre mentionnés plus haut.

Pour récapituler, nous citons DeSanctis et Vargas: « Les rapports favorables nous permettent de recommander l'emploi de la succion

gastrique, en plus des autres mesures usuelles, chez l'enfant plus ou moins asphyxié et ceci d'une façon prophylactique. On répète cette succion toutes les trois heures pendant douze heures. »

#### FACTEUR HÉMATOLOGIQUE

Considérons maintenant les facteurs hématologiques chez le nouveau-né et leur relation avec les postcésariennes. Nous avons pu remarquer, dans une douzaine de cas qui semblaient être en bonne santé, une anxiété soudaine suivie de troubles respiratoires à faire penser au shock. Au Missouri, Landau et Goodrich et leurs assistants ont étudié, plus spécialement, la question des décès chez les bébés nés après césarienne et ont émis l'opinion que la symptomatologie et la pathologie ressemblaient très souvent à un shock hématologique.

Selon Clement Smith, le volume sanguin chez le nouveau-né semble être le même que chez l'adulte, soit environ 10 pour cent du poids total, chez un enfant type 3,5 kgs, nous aurions environ 350 ml. de sang. Mais il est aussi prouvé, par ailleurs, que ce pourcentage peut s'élever jusqu'à 15 ou 25 pour cent du poids total et ceci selon le moment où se fait la ligature du cordon. Pour ne citer que quelques travaux: Budin et Schucking évaluent la quantité supplémentaire de sang reçu du placenta, après la naissance, à 100 ml. et, dans un travail plus récent, ils concluent à des chiffres aussi élevés que 125 ml. Haselhorst, en se basant sur le poids gagné immédiatement après la naissance et avant la ligature du cordon, estime que ce volume est atteint entre 10 - 20 minutes.

A la lumière de ces données, considérons la situation lors d'une césarienne. L'utérus est flasque, absence donc d'action dynamique dans un sens avantageux, il y a stagnation comme dans un lac, et si la technique opératoire suit de près celle de Lee et Greenhill, il y a section rapide du cordon aussitôt l'ouverture de la cavité utérine. Nous avons donc, d'une part, une réserve sanguine, le lac san-

guin placentaire et, d'autre part, un enfant qui a toutes les chances physiologiques d'être en état de shock dans les 2 à 4 heures qui suivent la césarienne et, entre les deux, un cordon. Landau, Goodrich et leurs assistants ont donc pensé utiliser cette réserve et lui faire porter fruits. Au lieu de ne recevoir que le bébé seul, ils ont mobilisé deux assistants, un reçoit le nouveau-né par les pieds, et, l'autre, le placenta; le cordon *demeurant* intact. Le placenta est enveloppé dans une serviette stérile, maintenu en place par des forceps et suspendu au-dessus de l'enfant par une tige montée. Pendant ce temps, le nouveau-né, couché dans des draps et couvertures stériles, peut être traité selon toutes les méthodes recommandées. Le placenta est habituellement maintenu relié à l'enfant pendant une période de 6 à 10 minutes. Dans un cas, le cordon s'est rompu accidentellement à l'ouverture de la cavité utérine et, après ligature rapide, on a recueilli 95 cc. de sang. Dans 87 cas ainsi traités, on n'a reconnu chez aucun bébé le syndrome de shock, on a plutôt remarqué qu'ils étaient plus colorés et plus éveillés.

L'objection la plus souvent soulevée lors de la démonstration de cette méthode, c'est que les numérations globulaires soient identiques chez les nouveau-nés accouchés normalement et chez les postcésariennes. Observons que cette analyse, faite d'après spécimen au bout du doigt chez un nouveau-né, n'a pas la même valeur que chez l'adulte. En effet, la paroi des capillaires n'étant pas parfaitement organisée, il y a une extravasation facile, une stagnation exagérée de globules dans les espaces intercellulaires. Le prélèvement devrait être fait dans la jugulaire.

Il ne faudrait pas oublier la médication usuelle. La coramine, l'alphalobéline, le benzoate de caféine auront toujours utilité. Le maintien à l'incubateur, dans une atmosphère de 0,2 et de 5 pour cent de « CO<sub>2</sub> » pour les premières vingt-quatre heures, sera aussi toujours de prudence élémentaire. La position déclive est, nous le croyons, adoptée presque en général.

En conclusion, nous aurons voulu surtout insister sur deux points dans ce rapport.

1. L'évidement par succion du contenu stomacal pour éviter l'aspiration ultérieure de liquide vers les poumons, et
2. Une théorie sur le shock hémotogénique après césarienne ainsi qu'une technique qui pourrait peut-être diminuer les décès chez les postcésariennes par transfusion directe.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. A. BLOXOM: « The difficulty in beginning respiration seen in infants delivered by cesarian section. » *J. Pediat.*, 20: 215, 1942.
2. Edith L. POTTER: « Respiratory disturbances in the newly born infant. » *Ill. Med. J.*, 83: 100, 1943.
3. J. D. RUSS et Robert A. STRONG: « Asphyxia of the newborn infant. » *Am. J. Obst. and Gynec.*, 51: 643, 1946.
4. S. S. GELLIS, P. WHITE et W. PFEFFER: « Gastric suction; a proposed additional technique for the prevention of asphyxia in infants delivered by cesarian section. » *New England Med. J.*, 240: 533, 1949.
5. J. DeLEE et J. GREENHILL: *Principle and Practice of obstetrics*. 9ème édition. W. B. Saunders Co., Philadelphie, 1947.
6. G. N. BALLENTINE: « Delayed ligation of the umbelical cord. » *Peen. M. J.*, 50: 726, 1947.
7. Q. B. DeMARSH, W. F. WINDLE et H. L. ALT: « Blood volume of the newborn infant in relation to early and late clamping of umbelical cord. » *Am. J. Dis. Child*, 63: 1123, 1942.
8. E. E. WILSON, W. F. WINDLE et H. L. ALT: « Deprivation of placenta blood as cause of iron deficiency in infants. » *Am. J. Dis. Child*, 62: 320, 1941.
9. A. SACKS, V. E. LEVINE, W. D. GRIFFITH et C. H. HANSEN: « Copper and iron in human blood; comparison of maternal foetal blood after normal delivery and after cesarian section. » *Am. J. Dis. Child*, 56: 787, 1938.
10. T. R. WAUGH, F. I. MERCHANT et J. B. MAUGHAN: « Blood studies on newborn. » *Am. J. M. Sc.*, 198: 646, 1939.
11. W. P. LUCAS, B. F. SCARING, H. R. HOOBLER et autres: « Blood studies with newborn. » *Am. J. Dis. Child*, 22: 525, 1922.
12. J. R. GILMOUR: « Normal haemopoiesis in intrauterine and neo-natal life. » *J. Path. and Bact.*, 52: 25, 1941.
13. K. K. NEWITT et L. I. DAVIDSON: « Blood during first year of life. » *Am. J. Dis. Child*, 46: 990, 1933.
14. R. WEGELINS: « On changes in the peripheral blood picture of the newborn infant immediately after birth. » *Acta Pediat. Supp.*, 4: 1-107, 1948.
15. Q. B. DeMARSH, H. L. ALT et W. F. WINDLE: « Effect of depriving infant of its placenta blood on blood picture during first week of life. » *J. A. M. A.*, 116: 2568, 1941.
16. H. N. SANFORD: « Effect of gas anesthetics used in labor on the bleeding and coagulation of the newborn (Current Researches). » *Anes. and Analg.*, 5: 216, 1926.
17. S. A. GELLIS et all: « Gastric suction: a proposed additional technique for the prevention of asphyxia in infants delivered by cesarian section. » *New England J. Med.*, 240: 533, 1949.
18. P. J. FLAGG: *The art of resuscitation*. Reinhold Publishing Co., New-York, 1944.
19. C. A. SMITH: *Effects of Birth processes and obstetrical procedures upon the newborn infant, in advance pediatrics*. Vol. 3. Interscience Publishers, New-York, 1948.
20. S. H. CLIFFORD: « Foetal anoxia at birth and cyanosis of the newborn. » *Am. J. Dis. Child*, 76: 666, 1948.
21. J. D. RUSS et R. A. STRONG: « Asphyxia of the newborn infant. » *Am. J. Obst. plus Gynec.*, 51: 643, 1946.
22. V. H. MOON: *Shock: Its dynamics, occurrence and management*. Lea and Feligan, Philadelphie, 1942.
23. C. A. JANEWAY et all: « Indications and uses of blood, blood derivatives, and blood substitutes. » *Med. Clin. North America*, 29: 1069, 1945.
24. A. G. DeSANCTIS et C. VARGA: *Handbook of Pediatric Medical Emergencies*. C. V. Mosby (St. Louis), 1951.
25. LULL et HINGSON: *Control of pain in child-birth*. J. B. Lippincott Co., 1944.

## CŒUR PULMONAIRE AIGU

Osman GIALLORETO

Le terme « cœur pulmonaire aigu » indique le complexe des altérations fonctionnelles, cardiaques et circulatoires, qui font suite à une brusque augmentation de pression dans le réseau artériel pulmonaire.

McGinn et White, qui ont premièrement décrit ce tableau, ont appelé en cause comme facteur étiologique, l'embolie pulmonaire. Les intéressantes recherches dont a été l'objet tel argument dans ces dernières années, ont porté à considérer des autres facteurs qui, même avec fréquence réduite, sont susceptibles de déterminer un tableau de cœur pulmonaire aigu. Le mécanisme physio-pathologique a été aussi suffisamment éclairci, pendant que l'introduction des dérivations précordiales multiples dans la commune pratique électrocardiographique a contribué à définir les éléments du diagnostic.

L'embolie pulmonaire reste, comme ça, du ressort de la cardiologie comme cause fondamentale du cœur pulmonaire aigu et comme motif commun d'insuffisance cardiaque.

Il nous paraît intéressant de citer les données statistiques de Hampton et Costleman, qui démontrent qu'un pourcentage plus haut des embolies pulmonaires est fourni par des malades de médecine (60%, dont la moitié cardiaques), tandis que, en opposition à ce que d'habitude on pourrait croire, les malades chirurgicaux fournissent seulement les 40% des cas.

### ETIOLOGIE

La cause de beaucoup la plus fréquente dans le déterminisme du cœur pulmonaire aigu est l'embolie pulmonaire étendue. Nous rappellerons brièvement, tout en en soulignant l'importance, les embolies postopératoires et postpartum et celles qui font suite à des traumatismes violents (embolie graisseuse par fracture). Avec celles-ci, s'imposent pour leur fréquence, les embolies appelées « médicales ».

Les cardiaques sont particulièrement frappés et leurs décès par embolie pulmonaire oscillent, selon les différentes statistiques, entre 22% et 48% (Lenègre et Neel). Les embolies surviennent presque toujours en phase de décompensation et est incontestable l'importance de l'insuffisance cardiaque comme facteur de thrombose veineuse et d'embolie. Avec le ralentissement du courant sanguin, auquel il faut ajouter l'hypertension veineuse et la dilatation vasale correspondante, on a, en effet, de très bonnes conditions pour la réalisation de la thrombose. La conséquence habituelle et pas toujours nécessaire de l'embolie pulmonaire, est l'infarctus : entre les deux processus existe une relation de cause à effet. Ont été quand même décrites, avec une certaine fréquence, des embolies sans infarctus (40%, Lenègre). Plus rares sont les embolies néoplassiques; exceptionnelles celles par liquide amniotique.

S'il est vrai que l'embolie pulmonaire étendue est l'éventualité la plus fréquente, d'autres conditions existent, capables de réaliser de la même manière, un tableau de cœur pulmonaire aigu:

1. Atélectasie pulmonaire aiguë par:
  - a) Hernie diaphragmatique;
  - b) Pneumothorax à soupape ou généralisé;
  - c) Emphysème médiastinal spontané.
2. Pneumopathie aiguë par:
  - a) Friedlander;
  - b) Virus.
3. Occlusion de l'artère pulmonaire ou d'une de ses branches majeures, par compression: néoplasmes primitifs ou secondaires.
4. Thrombose artérielle non embolique de l'artère pulmonaire ou de ses branches majeures (Létulle et Laubry).
5. Œdème aigu du poumon (Scébas, Lenègre et Maurice).

6. Instauration subite d'un shunt gauche-droit par:
- a) Rupture d'un anévrisme de l'aorte dans l'artère pulmonaire;
  - b) Rupture du ventricule ou de l'oreillette droite;
  - c) Rupture du septum interventriculaire à cause d'un infarctus ou d'un processus ulcéreux. (Endocardite bactérienne aiguë et subaiguë.)

#### PHYSIOPATHOLOGIE

Les conséquences circulatoires et cardiaques de l'embolie pulmonaire étendue trouvent leurs causes essentielles dans l'obstacle mécanique à la circulation pulmonaire et dans l'ischémie myocardique: d'eux découlent le tableau clinique, les troubles fonctionnels et les altérations électrocardiographiques. L'extension de l'embolie et le calibre du vaisseau ou des vaisseaux attaqués ont naturellement beaucoup d'importance dans le déterminisme des conséquences circulatoires et cardiaques.

Si l'embolie est tellement étendue que l'obstacle circulatoire dépasse avec sa résistance les possibilités fonctionnelles normales et extraordinaires du ventricule droit, on aura une diminution du débit systolique de ce ventricule et, en conséquence, un tableau pareil à gauche avec une diminution de la pression aortique et le prélude à un choc. En même temps l'augmentation de résistance dans la petite circulation et la conséquente augmentation subite de travail du ventricule droit, conduisent à la dilatation et, après, à l'insuffisance de cette cavité. Les résultats d'expérience démontrent que de telles éventualités se vérifient seulement lorsque la réduction et l'empêchement fonctionnel intéressent la plupart du temps la circulation pulmonaire (plus de 65%: Gibbon, Hoggart, Walker, Moore). Est donc bien évidente la relation qui existe entre le degré de l'occlusion et l'importance des conséquences circulatoires généralisées.

Existent en plus, d'autres facteurs qui, en

s'ajoutant à l'obstacle effectif, contribuent à augmenter l'extension du dommage fonctionnel. Ces facteurs ont été appelés à expliquer des cas de mort subite lorsque l'exiguité du dommage embolique ne justifiait pas une conséquence semblable. On a appelé en cause plusieurs mécanismes réflexes, intéressant soit les poumons, soit le cœur, soit le système nerveux. Un réflexe pulmo-coronarien par voie vagale, malgré la démonstration des récepteurs dans le système artériel pulmonaire, n'a pas encore eu une confirmation expérimentale. Sans trop s'éloigner sur le terrain des hypothèses, on peut affirmer que l'unique mécanisme réflexe effectif est celui borné à la même circulation artérielle pulmonaire, où on observerait ni plus ni moins ce qui arrive dans les autres districts circulatoires lorsqu'ils sont affectés par une embolie (grandes artères périphériques).

L'ischémie du myocarde dérive de l'état d'hypertension de la petite circulation auquel s'ajoute l'hypoxémie par asphyxie pulmonaire. L'hypertension des cavités cardiaques droites entrave le drainage de la circulation coronarienne refluant à travers le sinus et les veines de Tébésé, et cause une diminution du gradient de pression entre les deux systèmes. La diminution est aussi augmentée par la réduction du débit systolique gauche et par la conséquente diminution de la pression aortique. D'autre part, l'augmentation de la pression intramurale constitue aussi un obstacle à la circulation coronarienne.

L'ischémie myocardique, intéressant particulièrement le ventricule droit et la paroi postérieure gauche, est aggravée par l'hypoxémie plus ou moins accentuée selon le degré de l'extension de la vaso-constriction pulmonaire. La présence des pneumopathies intrinsèques ou d'un collapsus circulatoire périphérique avec œdème pulmonaire, accentue notablement ce tableau. Si, à tout cela, nous opposons la nécessaire augmentation du travail cardiaque, on comprend qu'il soit difficile ou même impossible pour le cœur de maintenir une condition stable d'équilibre fonctionnel.

La fièvre qui, parfois, accompagne ces épisodes, trouverait son origine dans le besoin insatisfait d'oxygène de la part de tissus périphériques (Katz).

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sont vraiment minimales les lésions cardiaques par cœur pulmonaire aigu qu'on a pu mettre en évidence post-mortem; en effet, la dilatation des cavités droites s'apprécie difficilement à la nécropsie. Les lésions macroscopiques et microscopiques de nécrose ou de dégénérescence du myocarde subendo-cardiaque, sont, au contraire, bien évidentes, lorsqu'elles existent. D'autres lésions peuvent naturellement exister, liées à des cardiopathies préexistantes valvulaires, coronariennes ou hypertensives. En certains cas, existent des thromboses des cavités droites qui peuvent nous fournir l'explication d'une embolie pulmonaire lorsque l'examen anatomique des veines périphériques a été négatif. Quant à la thrombose, elle peut se trouver en n'importe quelle partie du réseau artériel pulmonaire (dans le tronc, dans les branches de division, dans les branches lobaires, etc.), et un examen anatomique soigné peut mettre en évidence, le plus souvent, le thrombus car est bien petite la possibilité de confusion avec des coagulats postmortels.

La théorie classique localise les thromboses veineuses des membres inférieurs dans les veines profondes du mollet, du creux poplité et peut-être même dans les veines plantaires: mais il est probable que ces conceptions doivent être revues, car des recherches très récentes ont démontré que le plus grand nombre des thromboses veineuses sont localisées dans les grosses veines de la cuisse et du bassin. Elles sont, d'habitude, bilatérales et dérivent d'un processus de phlébo-thrombose à la base duquel on trouve le ralentissement circulatoire, les lésions de l'endotélium vasculaire et les altérations physico-chimiques du sang qui influent sur le mécanisme de la coagulation. Un examen complètement négatif des veines périphériques peut faire penser à une

thrombose non-embolique développée *in situ* (Létulle et Laubry).

La formation de l'infarctus pulmonaire dépend du calibre du vaisseau attaqué: c'est comme ça que un ou plusieurs embolus qui intéressent les petits vaisseaux provoquent rarement un infarctus, grâce aux anastomoses capillaires et à la circulation collatérale des artères bronchiques. Il existe cependant une condition qui joue énormément dans la détermination de l'infarctus, c'est la stase veineuse du poumon comme peut la réaliser, par exemple, une sténose mitrale. Il faut quand même préciser que le cœur pulmonaire aigu se produit même sans la présence d'un infarctus, et qu'un infarctus, ne cause pas nécessairement un cœur pulmonaire aigu. L'absence d'un infarctus, d'autre part, n'empêche pas l'existence d'une embolie pulmonaire et les conséquences circulatoires éventuelles.

Comme lésions qu'on trouve fréquemment associées, nous rappellerons: la pleurésie, fréquente; l'artériosclérose pulmonaire, plutôt rare; les lésions des poumons cardiaques, chez les vieux malades; les lésions bronchiques de type congestif et télangiectasiques; les lésions ganglionnaires.

#### SIGNES CLINIQUES

L'embolie pulmonaire commence sa symptomatologie avec un début brusque imprévu, souvent tragique. Certains auteurs ont cependant insisté, ces derniers temps, sur quelques signes qui ont été interprétés comme prémonitoires et qui seraient dus à des petits embolus qui précèdent l'embolus massif final. Traduisent-ils là une dyspnée avec polypnée, une sensation d'angoisse avec constriction rétrosternale, convulsions, vertiges, sensation de fatigue diffuse, lipothymie? Ces signes ne sont pas habituels et c'est facile, même lorsqu'ils existent, de les perdre dans la symptomatologie préexistante.

Après l'exclusion fonctionnelle d'une grande partie de la circulation pulmonaire, causée par l'embolus, se produit une diminution subite

du débit systolique gauche avec chute de la pression artérielle et insuffisance circulatoire aiguë. La mort, qui suit l'établissement de telles conditions, peut être due à une anoxie cérébrale ou même à une fibrillation ventriculaire. Si l'exitus n'est pas immédiat, on observera la symptomatologie caractéristique du collapsus circulatoire. Souvent une tachycardie ou même une arythmie paroxystique avec une élévation fébrile sont les seuls symptômes de l'embolie pulmonaire.

Cependant, si la compromission de la circulation générale est celle qui fournit la symptomatologie la plus évidente, aussi importante est celle de surcharge et, éventuellement, d'insuffisance droite. On trouve fréquemment un renforcement du deuxième bruit au foyer pulmonaire; parfois, existe un souffle systolique fort, rude, à type et localisation de sténose pulmonaire. L'autopsie d'un de ces cas a mis en évidence une véritable sténose produite par l'embolus qui, après avoir intéressé le tronc de l'artère pulmonaire et une de ses branches majeures atteignait l'orifice en l'obstruant presque totalement (Friedberg). Lorsque le rythme sinusal est conservé, il est possible d'entendre un bruit de galop présystolique, avec maximum d'intensité en correspondance de la région xyphoïdienne: il s'agit vraisemblablement d'un galop droit et sa présence n'a de valeur diagnostique que s'il existait auparavant des signes d'insuffisance ventriculaire gauche.

Si l'obstacle pulmonaire est remarquable et persistant, toute la circulation veineuse est gravement troublée, et apparaissent alors des signes d'insuffisance droite: gonflement des jugulaires, hépatomégalie douloureuse, réflexe hépato-jugulaire net. Vingt-quatre, quarante-huit heures après l'installation de l'embolie, on peut assister à la formation d'un infarctus du poumon avec tous les signes physiques de la condensation pulmonaire plus ou moins intense secondaires de l'extension et de l'ubication de l'infarctus même. Un épanchement pleural ne tarde pas à s'ajouter dans l'hémithorax atteint, et une ponction exploratrice

nous montrera un liquide séro-hémorragique à Rivalta positif, polynucléose et un taux d'albumine d'à peu près 30 cc. Malgré tout, le tableau entier peut se réduire à de simples signes de congestion et même un examen clinique du thorax complètement négatif, ne constitue pas une observation extraordinaire.

#### SIGNES RADIOLOGIQUES

L'embolie et l'infarctus pulmonaire donnent origine à plusieurs signes radiologiques cardiaques et pulmonaires qu'il faut chercher avec des examens faits en plusieurs projections: antéro-postérieur; oblique antérieur droit; oblique antérieur gauche; transverse.

Si l'embolie est considérable, on peut observer des signes cardiaques indirects: un débord droit et une accentuation de l'arc moyen gauche qui parfois devient battant à cause de la distention de l'artère pulmonaire. Ceux-ci sont cependant des signes peu fréquents et pas toujours faciles à apprécier surtout si on considère que les radiogrammes sont pris au lit du malade ou dans des conditions techniques pas très favorables.

Les signes thoraciques sont naturellement plus évidents, mais leur recherche présente des difficultés, étant donné la possibilité de superposition avec l'ombre cardiaque, avec l'ombre phréno-hépatique, et avec l'opacité produite par un éventuel épanchement pleural concomitant.

L'infarctus du poumon peut se présenter sous plusieurs formes: la triangulaire classique, pas très fréquente; la forme ovale ou arrondie, avec opacité dégradant vers la périphérie. La grandeur est aussi très variable, et on en a observé de toutes les dimensions. En correspondance de l'hémithorax atteint, on observe souvent un épanchement pleural et une élévation de l'hémidiaphragme correspondant.

L'évolution de ces signes de condensation est très rapide: en trois ou quatre semaines, l'aspect primitif se rétablit complètement ou avec la persistance de petites opacités à types

scissurites. Dans les cas où la seule image existante est celle d'un épanchement pleural, avec la diminution du niveau liquide, il est possible de mettre en évidence l'infarctus successivement (10%: Carlotti, Hardy, Linton, White).

La possibilité de superposition dont on a déjà parlé et l'existence d'embolies pulmonaires non suivies par un infarctus, peuvent nous expliquer la négativité absolue des signes radiologiques dans certains cas. Certains auteurs (Westermarck, Shapiro, Rigler) ont décrit une augmentation de la clarté pulmonaire en correspondance de la région embolisée due à la réduction de vascularisation. Ce signe n'a pas été confirmé par d'autres auteurs et, pourtant, sa valeur diagnostique est douteuse comme son existence.

L'angiopneumographie a donné, dans certains cas, des résultats remarquables; on a observé un arrêt net du liquide opaque en correspondance de la partie proximale de la région embolisée, une diminution diffuse de la vascularisation artérielle pulmonaire et même une dilatation des cavités cardiaques droites et de l'artère pulmonaire. Ce type d'investigation, qui permettrait de confirmer *in vivo* l'existence d'embolies sans infarctus, est de réalisation technique très délicate, et peut-être pas complètement inoffensif pour un patient soupçonné d'embolie pulmonaire.

#### SIGNES ÉLECTROCARDIOGRAPHIQUES

Il faut dire, tout d'abord, qu'un cadre électrocardiographique typique du C. P. A. n'existe pas: sa symptomatologie est polymorphe et on peut différencier plusieurs types de manifestation électrique.

1. Les altérations les plus fréquentes sont celles déterminées par l'ischémie ventriculaire droite. L'onde T est négative en V1, V2, VE, et parfois même à V3: très rarement en V4, V5. VE, dérivation xyphoïdienne, est la plus sensible à ces altérations, et nous oriente vers le diagnostic de cœur pulmonaire aigu. L'onde T peut même être négative et symé-

trique en VF, D2, D3 (ischémie antéro-inférieure).

2. L'image décrite par McGinn et White, se retrouve moins fréquemment: elle est, en effet, l'expression d'une phase évolutive du C. P. A. Parfois, les signes les plus évidents sont de grandes ondes S1, S2, et une petite onde Q3. Dans d'autres cas, l'onde S1 est petite et moins profonde que Q3, et est suivie par une onde T3 négative. Enfin, l'onde Q3 peut être très profonde rejoignant jusqu'à 80 pour cent du voltage de R. L'onde Q à VF dépasse parfois la limite normale, mais, en général, elle n'est pas large ni épaissie, ou crochétée, comme on la rencontre dans l'infarctus.

3. Le décalage du segment ST est très fréquent dans le cœur pulmonaire aigu. La plupart du temps, il est associé aux altérations précédentes, mais peut aussi être isolé. Dans les dérivations précordiales, le segment ST marque une forte convexité supérieure et est décalé en haut dans les dérivations droites; à gauche, au contraire, il décrit une courbe à concavité supérieure et décalage inférieur. Dans les dérivations standard et dans les unipolaires des membres, le segment ST est souvent décalé en bas en D1, D2 (dépression à marche d'escalier); isoélectrique ou à peine positif à D3; variable à AVF et AVL; toujours positif à AVR.

4. Plusieurs troubles du rythme peuvent se vérifier dans le cœur pulmonaire aigu: tachycardie sinusale, tachycardie paroxystique supraventriculaire (modale, auriculaire) fibrillation ventriculaire paroxystique, flutter auriculaire avec bloc atrio-ventriculaire variable. Ces anomalies du rythme seraient plus fréquentes que dans l'infarctus myocardique (Katz).

5. Dans le cœur pulmonaire aigu, peut se vérifier précocement un bloc de branche droite qui peut disparaître immédiatement après. (Durand, Dry). Le bloc de branche gauche, au contraire, n'arriverait jamais à la suite d'une embolie pulmonaire (Wilson).

6. On a même signalé (Zuckermann) des

tracés de prépondérance ventriculaire droite transitoire (pendant 5-8 jours): déviation à droite de QRS avec augmentation du voltage de R et diminution de celui de S dans les précordiales droites. Certains auteurs (Laham, Gerbeau, 1950) ont insisté sur la valeur diagnostique du déplacement à gauche de la zone de transition: le signe serait surtout intéressant dans les cardiopathies artérielles ou aortiques.

#### 7. Les vecteurs AP; AT; AQRS; AST.

La direction du vecteur AP tombe, en général, dans des limites normales, comme aussi sa grandeur. Il faut, en effet, noter que l'onde P pulmonaire ne s'observe presque jamais dans le cœur pulmonaire aigu. Sur 68 cas, Zuckermann n'en a trouvé aucune; Scheleser et Langendorf, une seule sur 50 tracés.

Le voltage de QRS est souvent normal, mais le bas voltage n'est pas rare. L'axe électrique peut être normal, tourné à droite ou à gauche: les limites varient entre  $+125^\circ$  et  $-45^\circ$ . Le critère de l'axe électrique, pourtant, n'a aucune espèce d'importance pour le diagnostic de cœur pulmonaire aigu. Malgré tout, un changement brusque (particulièrement une brusque déviation à droite) a une certaine valeur d'orientation.

AT varie entre  $+60^\circ$  et  $-90^\circ$  (plus souvent au delà de  $+30^\circ$ ); AST (vecteur 1 de Bayley) est compris entre  $+150^\circ$  et  $-160^\circ$ .

Zuckermann a rapporté un tracé de bloc de branche droite dans les dérivation standard. (En conservant dans le précordial la morphologie du bloc gauche.) Il a été même rapporté, un cas d'ischémie antéro-latéral avec T négative en V5, V6 chez un hypertendu à l'occasion d'une embolie pulmonaire<sup>1</sup>.

Voilà les différentes altérations qu'on trouve dans le cœur pulmonaire aigu; fait très

important, c'est qu'elles sont transitoires: elles durent un jour, une, cinq ou dix semaines, rarement plus, et ne laissent pratiquement aucune séquelle.<sup>2</sup>

#### FRÉQUENCE DES ALTÉRATIONS ÉLECTRIQUES DANS LE CŒUR PULMONAIRE AIGU

La fréquence des altérations électriques dans le cœur pulmonaire aigu a été différemment évaluée (de 10 à 50% des cas, selon les auteurs). Entre les facteurs qui peuvent avoir importance pour l'apparition des signes typiques, il faut insister sur:

a) La préexistence d'une cardiopathie (particulièrement coronarite, maladie mitrale avec hypertrophie ventriculaire droite) qui rend difficile le diagnostic.

b) le degré d'obstruction mécanique de la circulation pulmonaire.

c) le signe de colapsus et de shock (l'électrocardiogramme serait alors plus souvent altéré: Murnaghan, McGinn, White).

d) La durée de l'intervalle qui sépare la crise de l'enregistrement du tracé (certaines modifications disparaissent complètement: Durand et coll.).

e) La présence des facteurs qui peuvent, de toutes façons, altérer l'électrocardiogramme (digitale, états toxiques, etc.).

Chez les cardiaques, les infarctus pulmonaires ont un volume modéré et les thromboses artérielles pulmonaires n'intéressent, d'habitude, que les branches de division. Rarement on voit les embolies pulmonaires massives qui sont relativement fréquentes après les interventions chirurgicales ou après les accouchements (Lenègre). Tout en considérant ces facteurs, il est évident que pour faire le diagnostic de cœur pulmonaire aigu, il est nécessaire de se baser non pas seulement sur les dérivation standard et unipolaires des membres, mais tout spécialement sur les dérivation précordiales, en particulier les dérivation droites V1 et V2 et la xyphoïdienne VE qui est toujours altérée, parfois d'une façon élective.

1. Zuckerman explique l'insuffisance coronarienne gauche avec ischémie du ventricule gauche, comme un syndrome de Bernheim; au contraire: on le retrouverait chez des sujets prédisposés (hypertendus).

2. Murnaghan, McGinn et White ont observé, dans un seul cas, la persistance d'une déviation à droite de l'axe électrique.

MÉCANISME DES ALTÉRATIONS ÉLECTRIQUES  
DANS LE CŒUR PULMONAIRE AIGU

Le mécanisme des altérations électriques dans le cœur pulmonaire aigu a été rapporté par la plupart des auteurs, a deux facteurs principaux: la dilatation ventriculaire droite et l'insuffisance coronarienne aiguë du ventricule droit avec anoxiémie provoquée par l'embolie.

La dilatation ventriculaire droite modifie la position du cœur et détermine une dextrorotation avec déplacement de la pointe en arrière. L'effet de cette rotation c'est une onde S1 profonde et épaissie, une onde Q3 plus ou moins profonde, un bas voltage de QRS (à droite ou à gauche), et une déviation à gauche du gradient ventriculaire.<sup>3</sup>

Quant à l'insuffisance coronarienne aiguë du ventricule droit, puisque ce dernier est situé en position antéro-inférieure, elle peut se manifester avec un décalage positif de ST avec T, négative en D3, VF, V1, V2, VE, V3; tandis qu'en D1, VL, V5, V6, on verra un décalage négatif du segment ST avec onde T légèrement pointue. Tout à fait au commencement, on peut même voir un bloc incomplet de la bronche droite. (Augmentation de l'onde S à D1, et de l'onde R à VR; retard de la déflexion intrinsèque à V1, V2, VE.)

En étudiant, par voie expérimentale, le cœur pulmonaire aigu, Zuckermann a observé que la compression de l'artère pulmonaire détermine d'abord une dilatation du ventricule droit aux dépens surtout du cône pulmonaire; plus tard, on observe une dilatation avec cyanose notable de l'oreillette droite et une horizontalisation du cœur. Il conclut en affirmant que la « P » pulmonaire ne paraît pas être produite par la rotation du cœur ou par la dilatation auriculaire droite, mais plutôt par l'hypertrophie de la paroi de cette oreillette.

Si on provoque un cœur pulmonaire aigu chez un chien, on observe:

3. Les modifications transitoires du complexe QRS dans les dérivations des membres, pourraient être dues à un trouble local de l'activité du « conus artériosus » (Rosebaum).

1. L'apparition d'une négativité initiale dans le tracé épicaudique du cône pulmonaire<sup>4</sup>, qui coïncide avec une positivité intraventriculaire droite,<sup>5</sup> une positivité de l'épicarde de la zone trabéculaire et avec une négativité intracavitaire gauche.

2. Une « lésion » pariétale, ventriculaire droite et subendocardique septale droite<sup>6</sup> avec décalage positif de ST au niveau de l'épicarde et dans les cavités droites, qui s'oppose à un décalage négatif en correspondance de l'épicarde dans les cavités gauches.

Ces deux faits permettent d'expliquer les altérations électriques du cœur pulmonaire aigu.

A.—Image de McGinn et White.

Par suite de la rotation du cœur, le cône pulmonaire avec sa profonde onde Q se trouve dans l'angle solide de VF, et les cavités droites dans celui de VR. Le polymorphisme de VF est en rapport avec les différents degrés de rotation du cœur sur l'axe sagittal: selon qu'il sera plus ou moins horizontal, VF gardera l'épicarde gauche, la région apicale, la zone trabéculaire ou le cône pulmonaire.

B.—Décalage de ST.

Ce décalage positif en VR peut provenir de la cavité ou de l'épicarde droite. Quelle que soit donc la rotation du cœur, VR sera toujours positif. VF aura un décalage positif de ST lorsqu'il gardera la région précordiale droite (QRS du type rsR ou en M ou qR) et un décalage négatif lorsqu'il regardera le ventricule gauche (complexe ventriculaire du type qRS).

On aura donc, en conséquence:

— en D1, décalage négatif de ST (D1 = VL

4. On l'explique avec la déviation du vecteur d'activation septale vers l'apex, consécutive à la distension du cône pulmonaire avec formation d'un angle obtus entre le cône et le septum.

5. On l'explique avec un syndrome de Bernheim à l'envers, avec installation d'un bloc intraseptal et convergence et somme des vecteurs septaux.

6. Cette lésion s'explique avec l'hypertension intraventriculaire droite.

- VR);
- en D2, décalage négatif de ST (D2 = VF — VR, et VR est plus positif, relativement à VF);
- en D3, décalage variable. Puisque D3 = VF — VL, le décalage sera positif si VF est positif ou si VF est négatif avec VL encore plus négatif. Tandis qu'on aura un décalage négatif si VF capte celui négatif du ventricule gauche et VL une zone de transition sans décalage.

#### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic de cœur pulmonaire aigu n'est pas toujours facile, surtout lorsque entre en discussion un infarctus du myocarde ou une péricardite. La confusion entre cœur pulmonaire aigu et infarctus du myocarde est possible puisque, dans les deux cas, il s'agit d'insuffisance coronarienne aiguë prolongée.

1. Infarctus antéro-septale. On pourrait s'en tenir, pour le diagnostic différentiel, à la morphologie de QRS (QS ou onde Q profonde dans l'infarctus); mais, d'une part, certains infarctus antéro-septaux (intra-muraux) ne s'accompagnent pas avec des signes de nécrose, et, d'autre part, le cœur pulmonaire aigu peut déterminer des complexes QR, lorsque l'insuffisance coronarienne dure depuis un certain temps (cas de Zuckerman avec nécrose).

A notre avis, le meilleur signe différentiel c'est que, dans l'infarctus, les ondes T viennent toujours plus négatives et symétriques au fur et à mesure qu'on avance vers les dérivations gauches, tandis que dans le cœur pulmonaire aigu, les altérations les plus importantes, on les retrouve presque toujours à droite et particulièrement dans les dérivations xyphoïdiennes qui sont parfois électivement démonstratives.

2. Infarctus inféro-postérieur (commun de Wilson). Ce diagnostic différentiel est classique; en effet, l'onde S1 profonde (parfois l'onde S2), le décalage inférieur de ST1, ST2, le diphasisme (— +) de l'onde T2, le décalage

supérieur de ST en V1, V2, VE, nous permet de trancher le cœur pulmonaire aigu.

3. Infarctus antéro-inférieur. On peut poser ce diagnostic en présence d'une onde Q profonde en D3, VF, accompagnée par des signes d'ischémie-lésion antéro-inférieure. Mais, dans le cœur pulmonaire aigu, il existe une onde S1 épaissie et un retard de la déflexion intrinsèque à V1, V2, VE (complexe rsR ou qR), tandis que dans l'infarctus on a plutôt des complexes QS ou QR. Mais s'il existe un bloc incomplet de la branche droite surajoutée à l'infarctus, le diagnostic se complique et, malgré une soigneuse étude du tracé, il faut parfois recourir au critère d'évolution.

4. Un infarctus latéral du type Wood, Wolfert, Bellet, ou une insuffisance coronarienne aiguë peuvent être évoqués en présence d'un décalage négatif de ST, dans les 3 dérivations standard. Même les précordiales avec un bloc droit incomplet témoigneraient favorablement. En vérité, il faut reconnaître que le diagnostic est extrêmement difficile chez des sujets âgés, hypertendus ou artériosclérosés, puisque l'insuffisance coronarienne aiguë du cœur pulmonaire aigu peut, si elle est intense et prolongée, terminer avec un infarctus myocardique qui se localise de préférence dans la paroi sous-endocardique du ventricule gauche (Master et coll.) et dépasse rarement dans le ventricule droit (Currens).

#### PÉRICARDITES

Une péricardite segmentaire, localisée au ventricule droit, pourrait parfois être discutée avant les signes d'ischémie-lésion antéro-inférieure. Le contexte clinique et l'évolution nous permettront de trancher.

En l'absence des éléments cliniques, d'autres diagnostics peuvent être discutés.<sup>1</sup>

a) Le cœur pulmonaire subaigu (Greenspan, 1934; Brill et Robertson, 1937). Comme dans la forme aiguë, nous trouvons, ici, les signes d'ischémie antéro-inférieure, mais nous trou-

1. L'intoxication digitale sera facilement éliminée par l'anamnèse.

vons aussi la « P » pulmonaire qui, comme on l'a vu, est absolument exceptionnelle dans le cœur pulmonaire aigu. De plus, la clinique peut nous aider pour le diagnostic (lymphangite carcinomateuse du poumon, embolie pulmonaire à répétition, etc.).

b) Le cœur pulmonaire chronique se distingue de l'aigu par une onde T négative mais asymétrique et un décalage négatif de ST dans les dérivations précordiales droites. De plus, la présence, malheureusement inconstante, des ondes P2, P, PVF, extrêmement larges, peut nous aider à éviter une appréciation diagnostique erronée. Il existe enfin des tracés de cœur vertical (normal), d'asthénie neurocirculatoire ou même des cardiopathies congénitales (Murnaghan, McGinn et White) qui peuvent déterminer de regrettables confusions et que, seuls, les éléments cliniques peuvent éclaircir.

#### DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cœur pulmonaire aigu, à part les cas exceptionnels énumérés à propos de l'étiologie, comporte, premièrement, le diagnostic d'embolie pulmonaire et, ensuite, celui de surcharge ventriculaire droite. Un collapsus circulatoire subit, dyspnée avec polypnée, angoisse précordiale et cyanose chez des patients hospitalisés depuis longtemps pour interventions chirurgicales, accouchements, fractures ou maladies graves, doivent suggérer l'éventualité d'une embolie pulmonaire. De la même façon, une élévation thermique avec tachycardie sans raison apparente dans la deuxième semaine postopératoire.

Chez les cardiaques, où d'habitude l'embolie pulmonaire se traduit par une aggravation de la symptomatologie préexistante, elle peut être méconnue. Plusieurs auteurs (Carlotti, Hardy, Linton, White) ont rappelé l'attention sur une triade symptomatique: accentuation brusque de la dyspnée, augmentation de la fréquence cardiaque, élévation thermique. Pour ces auteurs, la présence de ces symptômes, chez un cardiaque, doit faire soupçonner fortement une embolie pulmonaire. Ces soup-

çons seraient une certitude si s'ajoutait une hémoptysie ou une douleur thoraco-abdominale. Importants sont les signes de phlébothrombose dans les membres inférieurs: signe de Homans, consistance douloureuse des muscles du mollet, proéminence des veines superficielles à cause de l'obstacle profond. Ils doivent être recherchés systématiquement et avec attention: leur existence, en effet, met grandement en valeur le soupçon d'embolie pulmonaire. Si la mort ne survient pas dans les premières 24 heures, la symptomatologie s'accroît alors d'éléments très importants: la toux, plusieurs formes d'hémoptysie, les signes physiques de la condensation pulmonaire, l'épanchement pleural; dans cette période, l'examen radiologique sera particulièrement utile. Toujours précieuse l'investigation électrocardiographique, surtout si faite le même jour de l'attaque. Suivront les signes de surcharge droite pour hypertension de la petite circulation; en cas d'insuffisance, les signes veineux caractéristiques. L'élément le plus important reste toujours l'électrocardiogramme qui, lui seul, suffit à trancher le diagnostic. Grâce à lui, il est possible aussi d'éviter la confusion diagnostique avec une occlusion coronarienne aiguë: possibilité fréquente, étant donnée la similitude des deux symptomatologies cliniques.

#### PRONOSTIC

Dans les cas d'embolie massive, la prognose est nettement défavorable, et les chiffres de mortalité atteignent les 87 pour cent (Takats, Bech et Fenn) et même les 90 pour cent (Hampton et Wharton).

En général, les six dixièmes pour cent de tous les décès postopératoires sont attribués à l'embolie pulmonaire.

Les embolies de volume modéré, qui frappent les branches de division mineures, de l'artère pulmonaire, ont, en général, un pronostic meilleur et arrivent, la plupart du temps, à guérir dans une ou deux semaines. Naturellement, ce temps est prolongé s'il existe des épanchements pleuraux, des suppura-

tions ou s'il s'est constitué un infarctus. A côté de la bénignité relative de ces formes, existe toujours la possibilité de récurrence: c'est ici une hypothèse grave sur la vie du patient, et on devra toujours la tenir présente, surtout pour l'application de certains moyens prophylactiques qui ont déjà fait bonne preuve en grand nombre de cas (ligatures veineuses).

## BIBLIOGRAPHIE

1. A. R. BARNES: «Pulmonary Embolism.» *J. A. M. A.*, **109**: 1347, 1937.
2. A. R. BARNES: «Diagnostic Electrocardiographic Changes observed Following Acute Pulmonary Embolism.» *Proc. Staff Meet., Mayo Clinic*, **9**: 11, 1937.
3. A. R. BARNES: *Electrocardiographic Patterns*. C. C. Thomas, Springfield, 1940.
4. I. C. BRILL et T. D. ROBERTSON: «Subacute cor Pulmonale.» *Arch. Int. Med.*, **60**: 1043, 1947.
5. BROOKS: «Pulmonary Heart Disease.» *B. H. J.*, **10**: 84, 1948.
6. E. CABRERA: *Bases électrophysiologiques de l'électrocardiographie*. Masson, édit., Paris, 1948.
7. I. CARLOTTI, I. B. HADY, Jr., N. E. LINTON et P. D. WHITE: *Am. Heart J.*, **53**: 137, 1947.
8. I. CHAVEZ et GUELLAR PADILLA A Y GESSARMANN: «Infarto del Pulmon y corazon pulmonar agudo.» 1er Con. Mond. de cardiol., Paris, 1950.
9. CODINA-ALTES: «Les images cardiovasculaires du cœur pulmonaire.» 1er Con. Mond. card., Paris, 1950.
10. J. CURRENS et A. R. BARNES: «The heart in Pulmonary Embolism.» *Arch. Int. Med.*, **71**: 525, 1943.
11. J. CURRENS: «The Electrocardiogram in Pulmonary Embolism.» *Proc. Staff Meet., Mayo Clinic*, **17**: 502, 1942.
12. DE TAKATS et al: «Pulmonary Embolism; an Experimental and Clinical Study.» *Surgery*, **6**: 339, 1949.
13. DURANT et al: «Transient Bundle Branch Block and other Electrocardiographic Changes Pulmonary Embolism.» *Am. Heart J.*, **17**: 423, 1939.
14. T. DURANT et al: «Pulmonary (venous) air Embolism.» *Am. Heart J.*, **10**: 90 (avril) 1948.
15. T. M. DURANT: «Pulmonary Embolism.» *Med. Cl. of North America*, **30**: 1249 (nov.) 1946.
16. I. D. FAGIN et E. H. SCHWAB: «Spontaneous Mediastinal Emphysema.» *Ann. Int. Med.*, **24**: 1052, 1946.
17. J. FLASHER et al: «An Experimental Study of Acute Pulmonary Arterial Obstruction, with special Reference to the precordial electrocardiogram.» *Am. Heart J.*, **36**: 882, 1948.
18. C. K. FRIEDBERG: *Diseases of the Heart*. Saunders Company, 1949.
19. C. F. GARVIN et M. L. SIEGEEL: «Cor Pulmonale Due to Obstruction of Pulmonary Artery by Syphilitic Aortic Aneurysm.» *Am. Jour. Med. Sc.*, **198**: 679, 1939.
20. E. HADOT: *Le cœur dans l'Embolie Pulmonaire*. Thèse Nancy, 1943.
21. L. E. HINES et J. T. HUNT: «Pulmonary Infarction in Heart Disease.» *Am. Jour. of Int. Med.*, **55**: 644, 1941.
22. H. HORN, S. DACH et C. K. FRIEDBERG: «Cardiac Sequelae of Embolism in the Pulmonary Artery.» *Arch. of Inter. Med.*, **64**: 296, 1939.
23. J. LAHAM et A. GERBAUX: «Les principaux types électrocardiographiques du C. P. A. (Etude de 58 cas.) Comm. Soc. Française de Card., 19 décembre 1950.
24. J. LAHAM: «Valore Diagnostico dello spostamento a sinistra della zona di transizione.» Comm. al XIIIème Cong. Ital. di Cardiologia Napoli, 1951. In stampa su «Folia Cardiologica». (Milano).
25. R. LANGERDOF et A. PICK: «E.K.C. Befunde bei Lungenembolie.» *Acta Med. Scand.*, **90**: 1-111, 1936.
26. LENEGRE et al: «Infarctus embolies pulmonaires des cardiaques. Leurs rapports avec les thromboses veineuses.» *Bull. et Mém. S. M. H. P.*, séance de fév. 1949, 4, et série 65ème année, nos 7 et 8, pages 219-229.
27. J. LENEGRE, P. Y. HATT, B. CAROUSO: «Etude angiocardiopneumographique des embolies pulmonaires.» Premier Congrès mondial de cardiologie, Paris, sept. 1951.
28. W. S. LOVE et al: «Electrocardiographic Studies in Clinical and Experimental Pulmonary Embolization.» *Ann. Int. Med.*, **11**: 2109, 1938.
29. M. R. MALINOW, L. N. KATZ et B. KOND: «Is there a vagal pulmo-coronary reflex in pulmonary embolism.» *Am. Heart Jour.*, **31**: 702, 1946.
30. MACK-ARRIS et S. KATS: «Acute cor pulmonale in the absence of pulmonary embolism.» *Am. Heart Jour.*, mai 1950; *Am. Heart J.*, **39**: 664-677, 1950.

31. D. S. MARSHALL: «The Recognition and Emergency Treatment of Venous Thrombosis and its complications.» *Med. Cl. North America*, **33**: 1501 (nov.) 1949.
  32. A. MASTER, S. DACK, A. GRISHMAN, L. FIELD et H. HORN: *J. Mt. Sinai Hospital*, **14**: 8, 1947.
  33. S. MAZZEI: «Cor Pulmonale Aguto.» *Prensa Medica Argentina* (1949), no 33, pages 1599-1619.
  34. MCGINN, SYLVESTER et P. D. WHITE: «Acute Cor Pulmonale Resulting from Pulmonary Embolism; Its Clinical Recognition.» *J. A. M. A.*, **104**: 1473, 1935.
  35. J. McLACHLIN et J. C. PATERSON: «Some Basic Observations on Venous Thrombosis and Pulmonary Embolism.» *Surg., Gyn. and Obst.*, **93**: 1, 1951.
  36. J. McMICHAEL: «Pulmonary Heart Disease, Acute and Chronic.» *Brit. Heart J.*, **10**: 80, (avril) 1948.
  37. J. McMICHAEL: «Cor Pulmonale.» *Edimburg M. J.*, février 1948.
  38. D. MURNAGHAN, S. MacGINN et P. D. WHITE: «Pulmonary Embolism, with and without the Acute Cor Pulmonale, with special reference to the Electrocardiogram.» *Am. Heart J.*, **25**: 573, 1943.
  39. F. F. ROSENBAUM et al: «Precordial Leads in Pulmonary Infarction.» *J. of Clinical Invest.*, **25**: 933, 1946.
  40. R. W. SCOTT et C. F. GARVIN: «Cor Pulmonale: observations in Fifty Autopsied Cases.» *Am. Heart J.*, **22**: 56, 1941.
  41. I. H. SHELESER et R. LANGENDORF: «Significance of So called P Pulmonale Pattern in Electrocardiogram.» *Am. J. Med. Sc.*, **204**: 725, 1942.
  42. C. H. SCHEIFLEL et Th. J. DRY: «The E. C. G. manifestations of Early Acute Cor Pulmonale.» *Am. Heart J.*, **26**: 264 (août) 1943.
  43. M. SOKOLOW et al: «The E.C.G. in Pulmonary Embolism.» *Am. Heart J.*, **19**: 166, 1940.
  44. STEWART et al: «E. C. G. Changes in Pulmonary Infarction Internal.» *Clin.*, **3**: 125, 1940.
  45. P. D. WHITE: «Pulmonary Embolism and Heart Disease.» *Am. Jour. Med. Sc.*, **200**: 577, 1940.
  46. P. D. WHITE: «The Acute Cor Pulmonale.» *Annals of Internal Medicine*, **115**: 11, 1935.
  47. P. D. WHITE: *Heart Disease*. The MacMilland, édit., 1944.
  48. F. A. WILLIUS: «Cor Pulmonale.» *Canad. M. J.J.*, **54**: 42, 1946.
  49. F. N. WILSON et al: «On Einthoven's triangle, the theory of unipolar electrocardiographic leads and the interpretation of the precordial electrocardiogram.» *Am. Heart J.*, **32**: 277, 1946.
  50. F. N. WILSON et al: *Interpretation of the Ventricular Complex of the Electrocardiogram. Advances ad Internal Medicine*, **2**, 1, 1947. Interscience Publishers, New-York.
  51. P. WOOD: «Pulmonary Embolism; Diagnosis by Chest Lead Electrocardiography.» *Brit. Heart J.*, **21**: 111, 1941.
  52. P. WOOD: «E. C. G. appearances in acute and chronic pulmonary Heart Disease.» *Brit. Heart J.*, **10**: 85, 1948.
  53. R. ZUCKERMANN, E. CABRERA, Y. SODI-PALLARES: «Electrocardiogram in Cor Pulmonale.» *Am. Heart J.*, **35**: 421, 1948.
  54. R. ZUCKERMANN et al: «Cor Pulmonale Agudo.» *Archivos del I. N. C. de Mexico*, **18**: 582, 1948.
  55. S. GOLDEN: «The Acute Cor Pulmonale.» *Am. Heart J.*, **16**: 240, 1938.
  56. S. KATZ et B. J. WALSH: «Pulmonary Embolism and Infarction; a Clinical and Post mortem Study of 50 cases.» *M. Am. District of Columbia*, **13**: 178, 1944.
  57. L. N. KATZ: *Electrocardiography*. Lea and Febiger, 1946.
  58. A. KLEIN: «Spontaneous Mediastinal Emphisema with Acute Right Ventricular Strain.» *Am. Heart J.*, **33**: 867, 1947.
-

**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 81, No 5 — Montréal, mai 1952

**DÉFINITION ET LIMITES DE LA  
PSYCHIATRIE**

Peut-être, de prime abord, paraîtra-t-il inopportun de faire porter un éditorial sur la définition et les limites de la psychiatrie, science dont le domaine semble s'étendre de plus en plus, dont le nom même, il y a si peu de temps encore inconnu du public non médical, s'insinue et s'installe dans le langage courant.

Cependant la représentation que l'on se fait de la chose varie grandement et c'est pour avoir été particulièrement à même de le constater dans ses divers contacts avec les patients en tant que spécialiste et avec les milieux médicaux ou para médicaux: médecins, étudiants garde malades, que l'auteur a été incité à écrire cet article.

Parce que la thérapeutique la plus importante en psychiatrie, la psychothérapie, agit assez mystérieusement sans l'aide de traitements médicamenteux ou physiques, on est porté dans certains milieux à croire que la psychiatrie n'est pas de la médecine, ou qu'en tous cas, il n'est pas nécessaire d'être médecin pour la pratiquer. Tel emploiera des méthodes qui sont bel et bien de la psychothérapie profonde et intensive mais dira ingénûment - in-

génuité vraie ou feinte - : "Mais ce n'est pas de la médecine que je fais . . . je n'ordonne pas de médicaments".

Les paroles, pourtant, peuvent guérir des états morbides très graves dans le domaine psychique, elles peuvent aussi aggraver les troubles psychiques exactement comme un médicament peut guérir ou aggraver une maladie selon que le choix, ou le dosage, en sont appropriés ou non.

La psychiatrie est cette branche de la pathologie interne qui s'occupe de traiter les troubles de l'esprit par tous les moyens à sa disposition, que ces troubles soient légers ou graves. Il a pour ressources les traitements physiques, biologiques et, surtout, psychologiques. Non seulement il a droit d'user de tous ces moyens mais il ne doit en ignorer, ni en négliger aucun; à lui de choisir lequel est approprié.

Le psychiâtre souvent appelle à son aide des associés non-médecins; psychanalystes, psychologues, travailleurs sociaux, garde-malades spécialisées en psychiatrie; tous sont destinés à fournir une aide précieuse au psychiâtre mais tous doivent travailler sous sa direction et c'est lui qui doit assumer les responsabilités. C'est là, à mon sens, le principe qui doit régir les rapports du psychiâtre avec les autres qui ont une fonction à remplir dans le traitement psychiatrique.

Au sujet de la psychanalyse, qu'on nous permette d'apporter quelques précisions, car pour beaucoup, psychanalyse et psychiatrie semblent se confondre, tandis qu'en réalité la psychanalyse n'est qu'une méthode spécialisée de traitement psychothérapeutique, méthode qui compte des partisans et

des adversaires aussi fanatiques les uns que les autres. Il faut d'abord distinguer entre les données théoriques qui forment la doctrine psychanalytique et dont sont plus ou moins imprégnées les différentes théories psychiatriques et la pratique psychanalytique proprement dite, qui consiste à explorer, au moyen d'une certaine technique, l'inconscient du malade — méthode qui exige beaucoup de temps et qui a ses limites, du reste assez étroites.

A mon avis, et nombre de psychanalystes pensent de même, la psychanalyse ne devrait être pratiquée que par des médecins psychiatres spécialisés dans cette méthode, ou encore par des thérapeutes qualifiés mais travaillant sous la direction d'un psychiatre.

Malgré certaines réussites individuelles fort heureuses et que nul ne conteste, l'on ne peut manquer de trouver dangereux, car il y a là mépris manifeste des exigences de la pratique médicale, que des psychanalystes non-médecins pratiquent auprès de malades atteints de troubles mentaux graves, une méthode aussi délicate, dont l'application présente souvent de grands risques et engage toujours sérieusement la responsabilité du thérapeute.

Et parmi les médecins, lesquels doivent donc pratiquer la psychiatrie, sous ses diverses formes? Théoriquement, tout étudiant en recevant son diplôme acquiert le droit de pratique dans toutes les branches de la médecine. Mais en pratique tout le monde reconnaît la nécessité d'une spécialisation plus ou moins poussée. La psychiatrie sera donc pratiquée par des médecins spécialisés dans cette partie

de la médecine interne. (Il serait bon de mieux éclairer le public sur le fait qu'aujourd'hui le médecin spécialisé reçoit un certificat qui en fait foi.) Mais, entendons-nous: dans la pratique psychiatrique il y a des traitements majeurs et des traitements mineurs, comme il y a la chirurgie majeure et la mineure.

Chaque fois que j'ai pu le faire, dans mon enseignement ou ailleurs, j'ai toujours soutenu que non seulement le psychiatre mais le praticien et tous les spécialistes doivent considérer leurs malades non pas comme des machines mais comme des *personnes humaines* c'est-à-dire des êtres composés d'un corps et d'un esprit. S'il est vrai que le corps réagit sur l'esprit combien plus souvent l'esprit ne réagit-il pas sur le corps pour y causer tous les troubles émotionnels, qui vont du simple déséquilibre à la désaffection majeure qu'est la psychose. Aussi est-il à souhaiter que de plus en plus les médecins dans toutes les spécialités fassent de la psychiatrie en s'inspirant des principes de la médecine psychosomatique. Il est bien entendu que les psychiatres ne peuvent pas voir tous les cas relevant de la psychothérapie mais ce n'est pas nécessaire, bien au contraire.

Le praticien ne se rend vraiment pas assez compte de l'énorme prestige dont il jouit auprès de ses patients, même au tout début de sa carrière. Les spécialistes, eux, constatent combien le public en général aime son médecin et s'attache profondément à lui. Sur l'insistance de leur médecin ils iront consulter le spécialiste, mais ce ne sera pas sans une certaine défiance, ou, du moins, quelque réticence (surtout, évidem-

ment, lorsqu'il s'agit du psychiatre). Le malade, au fond, a bien plus de confiance en "son" docteur.

Par conséquent, muni de ce prestige que lui assure son titre de "Docteur", il est aisé pour le praticien d'agir sur le malade, d'exercer auprès de lui une suggestion bienfaisante. Ce n'est pas le lieu ici de faire un cours de psychothérapie; rappelons seulement ce principe général que tout l'effort en psychothérapie doit tendre à faire abandonner au malade l'idée d'une maladie organique (lorsque celle-ci n'existe pas) en l'amenant à admettre qu'un conflit émotionnel peut être la cause de ses symptômes physiques. Ce mode de pratique de la psychothérapie est ce que l'on peut appeler de la psychothérapie mineure; instrument très précieux, d'un maniement au fond assez simple mais qui permet au praticien une fructueuse utilisation de ses qualités personnelles, cette psychothérapie s'avèrera suffisante dans la plupart des cas. De toutes façons, il restera encore trop de cas où la psychothérapie majeure sera nécessaire et qu'il faudra diriger vers les psychiatres de carrière. Ceux-ci sont malheureusement encore trop peu nombreux pour suffire à traiter ces cas de névroses graves. En effet, un des grands obstacles, au point de vue pratique, est la longue durée des traitements, même si l'on préconise, et j'en suis, un traitement psychothérapique

"relativement" court (de quelques semaines, à deux ou trois mois, dans la plupart des cas).

Il y aurait encore beaucoup à dire sur les limites de la psychiatrie pour les psychiatres de carrière, car les meilleures disciplines peuvent devenir néfastes si elles sont exercées intempestivement. Il y aurait à envisager ce paradoxe apparent que plus il y aura de psychiatres plus il peut y avoir de cas de psychiatrie. Il ne faudrait tout de même pas que la nouvelle parole soit: "Psychanalysez-vous les uns les autres." Il doit y avoir des limites (elles restent encore indéterminées) pour les indications d'un traitement psychothérapeutique. Le psychiatre doit aider ses malades, certes, mais il doit craindre de créer chez eux un état de dépendance. A un état de dépendance jugé néfaste au malade pour la conduite de sa vie substituer un autre état de dépendance. . . à l'égard du psychiatre, l'avantage serait vraiment trop mince, le jeu n'en vaudrait pas la chandelle. Mais ces considérations seraient en dehors du cadre de cet article qui s'adresse à tous les médecins.

C'est donc à tous les confrères que je réitère mon encouragement de pratiquer, et dans la plus large mesure, la psychothérapie qu'il sera toujours nécessaire d'appliquer dans toutes les spécialités.

Paul LARIVIERE

# HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

## LA SITUATION PRÉSENTE DES MALADIES CONTAGIEUSES <sup>1</sup>

G. CHAREST, M.P.H.,

Surintendant, Division des maladies contagieuses, Service de Santé, Montréal.

Le nombre de cas de maladies contagieuses aiguës rapportées demeure le même que celui de l'an dernier avec 3,684 cas et 4 décès en 1952 par rapport à 3,697 cas et 5 décès durant la même période en 1951. Cependant, trois maladies contagieuses dominant actuellement selon leur cycle, par rapport à la même période l'an dernier: ce sont la fièvre scarlatine, la rougeole et la coqueluche.

La fièvre scarlatine se comporte heureusement comme une maladie plus bénigne depuis les vingt dernières années et grâce aux nouveaux médicaments comme les sulfamidés et les antibiotiques, il nous est permis de combattre cette maladie avec succès.

Il nous est resté de cette maladie une crainte et une appréhension dont il est difficile de se départir et c'est ce qui explique pourquoi beaucoup de parents insistent pour que l'enfant soit envoyé à l'hôpital alors que le traitement à domicile amène d'aussi bons résultats.

Il faut donc appeler le médecin de famille dès qu'apparaissent les premiers signes de la maladie: fièvre, mal de tête, vomissements, lesquels précèdent de 24 à 36 heures l'éruption ou rash sous forme de rougeurs en pointillé.

La déclaration des cas de scarlatine est obligatoire et doit être faite par le médecin ou par les parents. On peut utiliser la poste ou le téléphone en s'adressant directement au Service de santé, à l'annexe de l'hôtel de ville, 775 rue Gosford.

Lorsque le patient atteint de fièvre scarlatine est traité à la maison, il faut qu'il soit

isolé, c'est-à-dire pacé seul dans une chambre ensoleillée et bien aérée et on doit n'y laisser entrer que la personne qui en prend soin.

Les contacts d'âge scolaire, frères, ou sœurs, doivent être gardés à la maison jusqu'à la visite de l'infirmière qui est chargée de donner les instructions concernant chacune des maladies contagieuses.

Il faut également pratiquer la désinfection qui consiste à détruire les microbes virulents qui sont contenus dans les sécrétions du nez et de la gorge du patient. La désinfection doit être pratiquée dès le début et durant tout le cours de la maladie en recueillant les sécrétions dans des mouchoirs hygiéniques qui seront brûlés chaque jour et en appliquant des médicaments antiseptiques dans les voies nasales et au niveau de la gorge.

La transmission indirecte par les objets souillés et la lingerie du malade demeure possible et c'est pourquoi il faut faire le lavage de la vaisselle et du linge du patient à part et en y ajoutant des antiseptiques tels que l'eau de javel, etc. S'il s'agit de livres, il faut les désinfecter en les plaçant au soleil et à l'air ou en employant la chaleur sèche, s'ils n'ont aucune valeur, en les détruisant par le feu.

Une diète composée de fruits, de liquide et surtout de lait doit être suivie tant que persiste la fièvre.

Il existe un mode de prévention qui n'est pas couramment employé à cause du grand nombre d'injections requises, soit cinq, mais il est possible au médecin de donner du sérum antiscarlatineux ou des sulfamidés aux enfants

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », le 17 mars 1952.

qui sont venus en contact avec un cas de scarlatine.

La désinfection terminale pratiquée à la fin de la maladie consiste à donner un bain à l'enfant convalescent, à changer la literie et la lingerie et à nettoyer le plancher de la chambre par un lavage approprié et à faire aérer la pièce où a séjourné le malade.

La deuxième maladie contagieuse qui prédomine présentement c'est la rougeole.

Tous les adultes qui vivent dans les grandes villes et qui ont atteint leur vingt-et-unième année ont eu cette maladie à un moment donné de leur enfance et sont préservés d'une seconde atteinte pour le reste de leur vie.

C'est donc dire que c'est une maladie excessivement contagieuse et qui comporte surtout un risque de gravité pour les enfants de 6 mois à 3 ans, à cause des complications pulmonaires telles la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie plus fréquente à ce temps-ci de l'année.

Avant l'âge de 6 mois, le nourrisson est ordinairement préservé contre cette maladie parce qu'il a reçu de sa mère des substances protectrices que l'on retrouve dans son sang mais après cet âge, il devient susceptible de la contracter au moindre contact avec un rougeoleux.

Les symptômes du début sont la fièvre, le larmolement et l'écoulement nasal suivis d'accès de toux. A cette période de la maladie, l'enfant est très contagieux pour son entourage et, de plus, l'éruption ou le rash caractéristique de la rougeole ne fera son apparition que 3 ou 4 jours plus tard.

Les mêmes précautions que j'ai mentionnées précédemment au sujet de la scarlatine sont nécessaires, comme la déclaration des cas, l'isolement du patient, la quarantaine des contacts familiaux et la désinfection.

Beaucoup de parents croient qu'une fois la rougeole introduite dans leur foyer, il vaut mieux que tous les enfants en soient atteints en même temps et que, par conséquent, il n'y a aucune précaution à prendre.

Nous ne partageons pas cette opinion car, comme nous venons de le dire, les tout jeunes enfants, surtout ceux de moins de 3 ans, peuvent être plus gravement atteints et il est préférable de retarder à un âge plus favorable cette éventualité.

Le seul agent de protection qu'on peut employer pour les préserver de la rougeole est le sérum de convalescent, la globuline du cordon placentaire ou la gamma-globuline. Cette mesure n'est pas employée couramment ici et nous ne la mentionnons que comme renseignement utile à connaître en des cas particuliers car son application nécessite que l'injection soit pratiquée assez tôt après le contact avec le malade et la protection n'est que de courte durée.

Enfin, il existe plus de cas de coqueluche cette année qu'à la même époque l'an dernier.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la sévérité de cette maladie contagieuse surtout si elle survient chez le nourrisson qui peut la contracter dès les premières semaines de la vie.

C'est en effet à dessein et en considérant les effets bienfaisants d'une immunisation plus précoce que le Service de santé de la ville de Montréal demande maintenant aux parents de faire injecter leurs enfants contre la coqueluche dès l'âge de 3 mois au lieu d'attendre à 6 mois.

Ce vaccin sert à protéger en même temps l'enfant contre la diphtérie et le tétanos car il contient trois substances différentes associées dans une seule ampoule, à savoir l'anatoxine diphtérique, les bacilles tués de la coqueluche et l'anatoxine tétanique.

Il faut donner au nourrisson trois injections réparties à 1 mois d'intervalle et par la suite, deux doses de rappel, la première vers l'âge de 2 ans et la seconde avant d'entrer à l'école à l'âge de 5 à 6 ans.

En 1952, nous n'avons eu encore aucun décès attribuable à la diphtérie mais le Service de santé qui avait entretenu l'espoir d'atteindre le record enviable de n'enregistrer aucun décès durant une année entière, a vu ses efforts

frustrés durant le deuxième semestre de 1951 car quatre décès survinrent chez des enfants non immunisés.

Il n'existe pas de loi obligatoire concernant l'immunisation contre la diphtérie dans notre province, mais il devrait suffire que les progrès merveilleux réalisés dans la lutte contre cette maladie fussent connus de la population pour qu'on se rende à l'évidence qu'il est nécessaire que cette pratique de l'immunisation devienne généralisée à toutes les familles et qu'aucun enfant ne doive être laissé sans protection contre la diphtérie.

Permettez-moi de vous rappeler certains conseils que je formulais à ce même poste en septembre dernier, à l'occasion de la rentrée des classes.

Si l'on veut accroître la résistance naturelle aux infections mentionnées, il faut que l'enfant d'âge scolaire et même l'enfant de 1 à 6 ans soient alimentés d'une façon rationnelle.

Le déjeuner est le repas où l'enfant ne prend pas suffisamment de nourriture, soit en qualité, soit en quantité. Il est donc nécessaire de mentionner que, lors de ce premier repas de la journée, la mère doit servir des céréales de

blé complet ou du gruau d'avoine, un œuf ou du fromage, du lait et du jus de fruit ou un fruit quelconque. Quant aux deux autres repas, il faut que l'enfant prenne une fois de la viande ou du poisson, de la soupe et des légumes. Le dessert ne doit pas remplacer le mets principal et on peut de nouveau servir des fruits comme pour le déjeuner. Il faut, de plus, un régime de vie approprié aux réactions normales du système nerveux de l'enfant, c'est-à-dire des heures de repos suffisantes afin qu'il puisse récupérer ses forces.

Si un enfant présente les symptômes d'une maladie contagieuse à son début, comme la fièvre, le coryza ou rhume ordinaire, un mal de tête, il faut garder l'enfant à la maison afin de ne pas l'exposer à ce qu'il prenne un refroidissement et appeler son médecin de famille. En demeurant chez lui, l'enfant ne transmettra pas à d'autres la maladie dont il souffre présentement et pourra guérir plus vite s'il est traité immédiatement.

Enfin, c'est faire preuve de civisme que d'observer les règles élémentaires que je viens de mentionner afin de préserver la santé de ses enfants et celle de ses concitoyens.

---

## ALIMENTATION DE L'ADULTE<sup>1</sup>

Mlle Fernande DURAND, M.Sc.,

Nutritionniste, Division de l'hygiène de l'enfance, Service de Santé de Montréal.

Le sujet de la causerie de ce soir vous a sans doute étonné plus que si l'on vous avait annoncé une causerie sur l'alimentation du nourrisson, de l'enfant d'âge préscolaire ou même de l'enfant d'âge scolaire. Nous sommes en effet, plus habitués à ces divers angles du problème alimentaire, nous nous y sommes intéressés depuis déjà longtemps et le résultat est tel que le taux de mortalité infantile

s'est abaissé, les enfants et les adolescents depuis quelques générations ont une plus haute stature que ceux des générations précédentes et ils possèdent une plus grande vitalité et une plus forte résistance aux maladies.

Les campagnes d'alimentation ont donc contribué à l'augmentation de la moyenne de vie et apporté ainsi une augmentation du nombre d'adultes dans notre population.

Ainsi en 1941, on comptait à Montréal 273, 985 personnes de plus de 40 ans, soit 30,3% de la population; en 1951 leur nombre est pas-

---

1. Causerie prononcée à la « Tribune des Conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », lundi, le 18 février 1952.

sé à 340,300 représentant 33,2% de notre population.

Or, l'alimentation étant de première importance pour le maintien de la santé, voire même de la vitalité, et ne voulant pas négliger le bien-être de ces personnes de plus de 40 ans, nous leur donnerons ce soir les principes susceptibles de les aider à s'assurer une alimentation rationnelle.

Vous ne voyez peut-être pas pourquoi il vous faudrait modifier votre diète actuelle alors que depuis des années déjà, vous consommez certains aliments et croyez vous en bien porter; et « à mon âge, me direz-vous de plus, ce n'est pas la diète qui influencera mon état de santé ».

Si c'est là votre opinion, changez bien vite car on vous accuserait d'avoir des préjugés. En effet, avec une diète adéquate, vous vous assurerez une meilleure santé, moins de fatigue, une plus grande stabilité nerveuse et la vie même vous semblera plus agréable. Un changement dans vos habitudes alimentaires n'en vaut-il pas la peine?

Qu'est-ce qu'une diète adéquate? On peut définir comme adéquate une diète qui fournit à l'organisme toutes les substances nutritives essentielles à son entretien.

Les substances nutritives nécessaires sont: les glucides, sucres et amidons, les graisses, les protéines, les sels minéraux, les vitamines et l'eau. Or si l'une de ces substances vient à manquer complètement ou partiellement, il en résulte de la malnutrition, une diminution de résistance et de vitalité.

D'autre part, toutes ces substances nutritives essentielles sont contenues dans les aliments usuels mais chacun d'eux n'en contenant qu'une certaine quantité, il sera essentiel à chaque individu d'en faire un choix judicieux.

Voici, pour vous aider dans ce choix, les aliments qui devraient composer votre diète quotidienne:

### 1. Le lait

Aliment le plus complet dans la nature, le

lait mérite une place de choix dans la diète quotidienne de tout adulte en santé. Vous y trouverez un grand nombre d'éléments nutritifs parmi lesquels il convient de mentionner les protéines, le calcium et la riboflavine (vitamine B<sub>2</sub>).

Pour toutes ces raisons, et en tenant compte de l'avis de votre médecin, vous devriez donc en inclure au moins un demiard dans votre diète de chaque jour. Il vous sera facile d'utiliser cette quantité de lait puisqu'il peut servir d'aliment aussi bien que de breuvage. Le lait entre en effet dans mille et une préparation culinaires.

### 2. Les fruits

Sources importantes de sels minéraux et de vitamines, les fruits donneront de plus à vos repas couleur et saveur. Tout adulte devrait en consommer au moins deux portions quotidiennement dont une portion de fruits citrins, lesquels sont particulièrement riches en vitamine C. Qu'ils soient servis frais, en conserve, en compote ou de toute autre manière, les fruits constitueront toujours le dessert par excellence.

### 3. Les légumes

Ce sont là des aliments trop peu utilisés par un grand nombre d'adultes; peut-être parce qu'on n'en connaît pas suffisamment la valeur nutritive. Or les légumes sont riches en sels minéraux, en vitamines et en cellulose, substances régulatrices des processus vitaux qui assurent ainsi à l'organisme le maintien de sa vitalité. Pour que les légumes puissent remplir le rôle qui leur est assigné, ils devraient être consommés en raison d'au moins deux portions par jour, outre une portion de pommes de terre. Les légumes verts sont particulièrement recommandables en raison de leur teneur en vitamine A, cette vitamine qui augmente la résistance des tissus aux infections. Il serait avantageux de plus, de consommer des légumes crus au moins deux ou trois fois par semaine. Alors prenez bien garde, monsieur, de

refuser une salade de légumes ou de fruits que madame vous aurait préparée pour le souper, car en plus de peiner votre charmante épouse vous vous priveriez d'éléments nutritifs nécessaires au maintien de votre santé.

#### 4. *Les céréales.*

Les céréales vous seront une bonne source de vitamines du complexe B si vous avez soin de choisir celles qui sont de grain entier. Prenez-en une portion au déjeuner et vous passerez un meilleur avant-midi, les vitamines B vous assurant une meilleure digestion et une plus grande stabilité nerveuse.

#### 5. *Les viandes, les poissons et les œufs*

Ces aliments apporteront à votre diète des protéines de haute valeur, lesquelles serviront à la réparation des tissus de votre organisme. Au moins une portion de l'un de ces aliments vous sera donc nécessaire quotidiennement.

Voilà une brève revue des aliments protecteurs de votre santé. Consommez-les chaque jour et évitez soigneusement tout excès alimentaire; évitez les aliments et les préparations culinaires riches en matière grasse ou en sucre qui vous conduiraient à l'obésité, cette maladie de la nutrition dont on vous parlera dans une prochaine causerie, étant donnée l'importance actuelle du sujet vis-à-vis la longévité même des individus.

En résumé, ayez une alimentation saine et balancée, buvez suffisamment d'eau, prenez beaucoup d'air, évitez les exercices fatigants et les préoccupations inutiles, assurez-vous d'un repos suffisant et voyez votre médecin au moindre symptôme de maladie. En suivant ces quelques recommandations vous vous assurerez santé, bonheur et longévité.

Pendant les quelques minutes qui me restent, j'aimerais vous dire quelques mots sur l'importance du déjeuner.

Le matin, à l'heure du déjeuner, vous n'avez pas mangé depuis environ douze heures et au

cours de l'avant-midi qui commence vous aurez à accomplir une certaine quantité de travail. Or, votre organisme devra être en mesure de fournir la somme d'énergie nécessaire à l'exécution de ce travail. D'autre part, les aliments doivent être pour l'organisme la source première de calories, donc d'énergie. De là, la nécessité pour toute personne de prendre un déjeuner suffisant pour répondre à ses besoins.

Les avantages d'un déjeuner adéquat ne se limitent pas à la question d'un apport suffisant de calories ou d'énergie, puisque l'ingestion d'un tel repas vous apportera aussi d'autres éléments nutritifs essentiels, à savoir: des sels minéraux, des vitamines et des protéines.

Un déjeuner pouvant vous offrir ces avantages devrait se composer des aliments suivants: un fruit, citrin si possible, ou le jus de ce fruit; une portion de céréale à grain entier avec du lait, une ou deux tranches de pain avec du beurre et de la marmalade ou de la gelée ou du fromage et un breuvage.

Parlant de céréales, le délicieux gruau d'avoine que vous mangiez étant enfant ou adolescent possède encore aujourd'hui la même saveur et la même valeur nutritive, sans compter que sa haute teneur en vitamines B vous assurerait un meilleur équilibre nerveux; aussi, serait-ce tout à votre avantage d'y revenir, si vous l'avez délaissé.

Quant aux breuvages, même si le café est le plus couramment choisi, il n'en reste pas moins que le lait sera toujours le breuvage idéal comme je vous le mentionnais précédemment.

Si vous avez l'habitude de prendre un bon déjeuner chaque matin, conservez cette excellente habitude; si vous ne l'avez pas, hâtez-vous de la prendre, vous y avez tout intérêt. En effet, un déjeuner adéquat vous assurera plus d'entrain au travail en même temps qu'une meilleure santé.

## VARIÉTÉS

### LE DERNIER MÉDECIN DU ROI À QUÉBEC ANTOINE BRIAULT

Gabriel NADEAU (Rutland, Mass.).

#### CHAPITRE III (suite) <sup>1</sup>

C — L'ÉGLISE ET SES ANNEXES.

Pour compléter le quadrilatère de l'Hôtel-Dieu il reste à décrire l'église et les pièces et bâtiments qui en formaient les annexes immédiates.

1 — *L'église.*

Bâtie en 1654, en même temps que le chœur des Religieuses, la sacristie et la salle double des malades, elle constituait comme le prolongement de l'hôpital. C'était une nef à voûte sans transept, dont les dimensions sur un sens égalaient la largeur de l'hôpital, c'est-à-dire 36 pieds, et sur l'autre, la largeur du chœur plus celle de l'ancienne sacristie, donc 45 pieds environ.

Elle communiquait avec la salle des femmes par deux portes latérales. Dans le mur qui la séparait du chœur des Religieuses on remarquait d'abord une large grille, derrière laquelle la communauté assistait aux offices, puis une porte. Plus loin une autre porte donnait accès dans la sacristie.

Le mur de l'ouest, du côté de la ménagerie, prenait jour sur le dehors par deux fenêtres. En avant, presque au coin de la façade, une sortie débouchait sur une allée qui allait rejoindre la *rue des Pauvres*, ainsi nommée parce qu'elle longeait le jardin des pauvres. Aujourd'hui c'est la *Côte du Palais*. Cette sortie était protégée par un vestibule ou tambour qui se

voit sur le plan de 1713, mais que Chaussegros de Léry n'a pas pris la peine de figurer sur le sien.

Devant la porte de l'église un spectacle inusité s'était déroulé en 1675. Un certain Raymond dit Deslauriers, convaincu de vol avec effraction à l'Hôtel-Dieu, avait été condamné par le Conseil supérieur à « être enlevé des prisons par l'exécuteur de la haute justice et conduit au-devant de la porte de l'église de l'Hôtel-Dieu de cette ville, nu en chemise, la corde au col. Et étant à genoux, tenant en main une torche ardente, demander pardon à Dieu, au Roi et à la Justice pour être entré dans la clôture des Religieuses du dit Hôtel-Dieu et les avoir volées dans leur maison ». Le voleur devait être mené à la place publique de la Basse-Ville pour y être pendu et étranglé. Une autre prisonnière, Marie Pacault, accusée de recelage « et encore de maquerillage », s'en tira à meilleur compte. Elle fut battue de dix coups de verges à chacun des carrefours ordinaires de la ville, portant au front un billet sur lequel était écrit *Maquerelle*.

Le chœur de l'église, de dimensions plutôt restreintes, faisait saillie sur le milieu de la façade. Tout à côté s'élevait le pavillon des prêtres, dont la construction, après tout, semble avoir été antérieure à 1721. Nous l'avons joint à la salle des femmes; peut-être communiquait-il aussi avec le chœur. Le plan de 1713 les représente comme accolés l'un à l'autre.

Un clocher à flèche surmontait l'église. Nous l'aurions placé au-dessus du chœur; mais certains plans, celui de Villeneuve en 1685 par

1. — Ce texte devait paraître au chapitre III, avant celui qui fut publié en avril. Nous nous excusons auprès des lecteurs et de l'auteur, de cette erreur de mise en page.

(La Rédaction).

exemple et celui de 1713, le situent plutôt en plein pignon, dominant l'autel latéral.

L'église avait été bénite en 1658 « sous le titre de Précieux-Sang de Notre-Seigneur Jésus-Christ et de Notre-Dame de Pitié », conformément au vœu de la duchesse d'Aiguillon, la fondatrice, qui avait dédié l'Hôtel-Dieu « à la Mort et au Précieux Sang du Fils de Dieu ». La fête liturgique cependant était l'Invention de la Sainte Croix. « En 1675, lit-on dans les *Annales*, notre saint Père le Pape Clément dixième nous accorda pour quinze ans une indulgence attachée au maître-autel de notre église, lorsqu'on y offrirait le saint sacrifice de la messe pour les âmes du purgatoire, le jour de la Commémoration des morts, pendant toute cette octave, et tous les lundis de l'année, avec une autre indulgence plénière, que tous les fidèles pouvaient gagner dès les premières vêpres de la fête de notre église, qui est l'Invention de la Sainte Croix, le 3e de mai ».

L'église servait au public pour les offices et, en certaines circonstances exceptionnelles, pour la communion des malades dans leur maison. « Pendant les maladies populaires qui sont très fréquentes en ce pays, écrit la Mère de Saint-Ignace, les prêtres qui assistent les malades prennent le saint Sacrement dans les églises les plus proches des personnes qui sont en danger, afin de leur donner le saint Viatique plus promptement ». Pour accompagner le prêtre dans ces sorties, on avait fait faire de petits fanaux de verre parce que « le mauvais temps empêchait souvent que l'on pût porter aucune lumière ».

Dans une page précédente nous nous sommes demandé où se trouvait la *chambre des morts*. Employait-on l'église à cet usage? C'est fort improbable, quoique pendant les épidémies les bancs fissent place aux lits pour accommoder les malades trop nombreux. En temps ordinaire cependant, un mort destiné à être enterré dans le cimetière des pauvres était exposé dans l'église, la veille du service. C'est du moins ce qu'un passages des *Annales* laisse supposer. En 1707, un soldat du nom de

Laplante, déserteur, mourait à l'Hôtel-Dieu, pas dans l'hôpital mais dans une des dépendances de la maison, la *chambre des jardiniers*. « Comme cet homme avait vécu caché chez nous, relate la Mère Juchereau de Saint-Ignace, on ne l'exposa point dans l'église; mais deux Religieuses allèrent d'heure en heure se relever pendant la journée pour prier Dieu auprès de lui et, le soir, toute la Communauté se transporta au jardin [des Religieuses] pour accompagner le corps, que l'on passa dans le cimetière des pauvres ».

#### a — *Les autels.*

Au dire de Charlevoix, l'église n'avait de « considérable que le maître-autel, dont le retable est fort beau ». Le tabernacle formait l'ornement principal de ce retable. C'était l'œuvre d'un sculpteur de Paris. « Nous reçûmes, par le même vaisseau qui avait amené le Gouverneur [de Vaudreuil en 1716], raconte la Mère de Saint-Ignace, un très beau tabernacle que nous attendions depuis douze ans. Mr de la Joue, architecte de notre maison, l'avait commandé à Mr Hulot, sculpteur de Monsieur le Duc d'Orléans à Paris, dans le dessein de nous en faire présent. Il lui paya même quatre cents francs d'avance, mais ses affaires étant devenues mauvaises il ne se trouva plus en état de nous en gratifier, et nous crûmes devoir profiter de son marché qu'il nous céda. Ainsi nous payâmes huit cents livres, au delà de ce qu'il avait donné. On eut encore bien de la peine à le retirer, parce qu'il avait été saisi chez l'ouvrier, comme appartenant à Mr de la Joue, mais on en vint à bout avec le secours de nos amis. La Cour nous en accorda le fret dans le vaisseau du roi *Le François*, et Mr de Voutron qui le commandait se fit un plaisir de nous le livrer bien conditionné. Il ne fut placé que l'année suivante pour la fête de l'Assomption, après que l'on eut fait quelques réparations à notre église... Depuis ce temps-là, pour donner plus de grâces au tabernacle, nous avons fait faire ici le premier gradin, qui a été doré par les Révérendes Mères Ursulines ».

Au-dessus du tabernacle pendait un grand tableau, au pied duquel on plaça en 1744 un crucifix qu'une tête de chérubin supportait. Ce crucifix, profané à Montréal au cours d'une séance de magie et confié aux Hospitalières par Mgr de Pontbriand, a toujours été depuis l'objet d'un culte particulier à l'Hôtel-Dieu.

La Mère de l'Enfant-Jésus, qui fut sacristine pendant plusieurs années, faisait venir de Dieppe des eaux de senteur pour parfumer l'autel. « J'oubliais [de vous demander] une ou deux fioles d'eau de senteur pour mes dévotions, écrit-elle à l'apothicaire Féret en 1738. J'en mets sur l'autel aux grandes fêtes ». Et en une autre occasion: « Je vous remercie, Monsieur, de vos eaux de senteur. Comme je suis sacristine, je m'en sers aux grandes fêtes pour embaumer l'autel. C'est le seul plaisir que j'ai, car tout le reste est bien pauvre et je n'ai pas les facultés de l'enrichir ». Nous savons par une lettre de sa sœur, la Mère de Sainte-Hélène, que le marchepied de l'autel était à trois marches. Elle s'informait un jour auprès de Mme Hecquet du coût d'un tapis pour le couvrir.

Les deux sœurs se donnaient bien de la peine pour décorer l'église dont elles déploraient la nudité. En 1752, la Mère de Sainte-Hélène, ayant reçu une pièce d'étoffe de Mme Hecquet, lui explique qu'elle l'a employée à la décoration de l'autel. « Ma sœur et moi, depuis que nous sommes religieuses, nous avons appliqué [à l'église] tous les présents que nous avons reçus et nous avons la satisfaction d'y avoir mis plusieurs petits ornements qui y étaient nécessaires. Pour revenir à votre étoffe, nous en avons fait un parement d'autel et une crédence qui font un fort bon effet, et j'espère que nous en ferons encore une chasuble pour la chapelle d'une île qui nous appartient, où on dit quelquefois la Messe ».

L'abbé de Montigny, procureur de l'Hôtel-Dieu en France, s'occupait à fournir divers objets pour l'église et pour la maison. En 1732, la Mère de Sainte-Hélène lui demande un missel et un porte-missel. Ce porte-missel

serait-il celui qu'on conserve encore au musée de l'Hôtel-Dieu? Il est aux armes de la duchesse d'Aiguillon. L'abbé est chargé de toutes sortes de commissions par ses correspondantes. L'année suivante, ce sont des burettes qui ont besoin d'être renforcées. La sacristine les lui adresse, en le prévenant de ne pas les faire agrandir, « parce qu'il y a toujours du vin perdu »; mais qu'elles soient fortes, insiste-t-elle, « surtout dans les endroits qui fatiguent, comme le pied, [et] d'une bonne assiette. Les charnières, cela se rompt facilement ici et ne se raccommode pas de même. Que la façon n'en soit pas trop chère ». Puis elle continue sa lettre. Mais les vaisseaux ne sont pas prêts à partir et pendant qu'elle attend leur départ, une occasion se présente de faire réparer les burettes à Québec. A la fin de son mémoire elle ajoute donc: « Nous avons fait raccommo-der les burettes ici; elles nous serviront encore longtemps ».

Contre le refend qui séparait l'église de la salle des femmes s'appuyait un autre autel. C'est bien à cet endroit que se situe le plan de Chaussegros de Léry. Mais ici se pose un problème qu'il convient d'examiner. Cet autel latéral servait-il aux malades, comme nous l'avons assuré en parlant de l'hôpital, ou y en avait-il un troisième de l'autre côté du refend, ou ailleurs dans les salles?

Plusieurs textes disent explicitement: *l'autel de la salle*, laissant ainsi entendre qu'il en existait un en dehors du sanctuaire. Ainsi la Mère Juchereau de Saint-Ignace raconte qu'en 1687, pendant l'agonie d'une religieuse, « il se dit trois messes pour elle dans notre église et dans la salle ». Quelques années plus tard, en 1709, le gouverneur anglais de Saint-Jean, port de Terre-neuve, rend visite à l'Hôtel-Dieu. « Il prenait tant de plaisir à nous voir, écrit la même religieuse, qu'ayant su que nous faisons une procession dans nos salles le jour de l'Assomption, il voulut s'y trouver... Notre Mère Supérieure fit chanter devant l'autel de la salle, après quelques motets, l'*Exaudi*, en faux bourdon, afin de faire voir à cet étranger combien nous étions zélées pour la gloire et le

salut de notre grand monarque [Louis XIII]. »

Lors des cérémonies qui marquèrent en 1738 la réception d'une statue envoyée de France, Notre-Dame de Toute-Grâce, l'annaliste parle encore du même autel: « On chanta des motets d'action de grâces à la messe et dans l'après-midi on fit une célèbre procession qui passa par les salles où les religieuses firent retentir les louanges de la Reine du ciel avec tant de dévotion qu'elles en inspirèrent à une grande foule qui était accourue, sur le bruit de cette nouvelle, pour voir cette merveilleuse image. Elle était soutenue par deux religieuses qui marchaient aux côtés de la Mère Supérieure. On la posa sur l'autel de la salle, et toutes les personnes qui se trouvèrent dans l'hôpital, tant de la ville que de la campagne, furent aussi attendries que nous en la regardant ». L'année suivante, à l'occasion des fêtes du centenaire, il est question d'une chapelle dans la salle. « Quatre jours entiers furent consacrés à ces saintes réjouissances. La première part fut faite aux malades. Une messe solennelle, accompagnée du chant des religieuses, fut célébrée dans la chapelle qui leur était réservée, en présence d'une foule d'amis de la communauté venus de la ville et des environs ».

On avait coutume de réciter la prière en commun à l'hôpital et cet exercice devait se faire devant l'autel ou la chapelle de la salle. Bacqueville de la Potherie, dans un mémoire à Pontchartrain en 1702, écrit en parlant des Hospitalières: « Vous avez fait du bien à ces Religieuses. Elles ne peuvent s'en revancher, Monseigneur, qu'en faisant, tous les jours, dans une salle des malades une prière publique pour votre conservation et celle de Monseigneur le Chancelier ».

Rien ne s'oppose à ce qu'il y ait eu des autels dans les salles, pratique suivie communément en France. A l'Hôtel-Dieu de Paris on en comptait un ou deux par salle.<sup>16</sup> A Québec, Boucault nous apprend qu'à l'Hôpital-Général il y avait « des chapelles dans les salles » et l'annaliste de cet hospice écrit, à propos d'une visite de Mgr de Pontbriand: « Le vertueux prélat passa ici huit jours, pendant les-

quels, après avoir dit la messe à la salle des femmes, il se rendait au parloir ».

#### b — *Châsses et reliquaires.*

L'église n'était pas aussi nue que le prétendaient la sacristine et sa sœur. Parmi les objets du culte qui sollicitaient la piété des fidèles, il convient de signaler des ossements de saints, qui provenaient du cimetière de Saint-Calixte à Rome. La Mère de Sainte-Hélène elle-même s'était procurée ces reliques, après de longues démarches qui avaient abouti à temps pour la célébration du centenaire. Toute fière de son succès, elle en fait part à Mme Hecquet: « Puisque je vous informe de nos misères, il est bien juste, Madame, que je vous parle aussi de nos consolations. J'avais pris la liberté d'écrire à Notre Saint Père le Pape et de lui demander des reliques pour notre église qui est extrêmement nue. Je lui marquais le courage avec lequel nos premières Religieuses ont passé les mers pour venir fonder cet Hôtel-Dieu, leur ferveur dans les fonctions pénibles d'un si saint état, leur zèle à instruire les sauvages dans la foi, et l'idée avantageuse de la Religion chrétienne que leurs vertus avaient inspirée à ces pauvres barbares, ce qui contribua dès lors beaucoup à leur conversion. La lettre a plu à Sa Sainteté, la grâce a été accordée, et nous avons reçu cette année une grande boîte de reliques. Nous avons de quoi faire quatre belles châsses. Je ne saurais vous dire avec quelle joie elles ont été reçues et la dévotion de toutes mes sœurs à les honorer. Nous leur avons déjà fait plusieurs neuvaines en commun pour des besoins, et nous les regardons pour des protecteurs que Dieu nous a envoyés. J'espère, Madame, que vous voudrez bien contribuer à l'ornement de leurs châsses. Je ne vous ai jamais rien demandé, mais aujourd'hui je crois pouvoir, sans vous incommoder, vous proposer de fournir de quoi les doubler. Il nous faudrait une étoffe de soie cramoisie. C'est ce qui paraît le plus et ce qui passe moins. Ne comptez pas seulement faire plaisir à une de vos amies, mais cette bonne

œuvre au rang de vos aumônes, car notre église est une des plus pauvres de Québec, et quoique Notre Seigneur m'ait inspiré un peu de zèle pour ses autels, nos finances m'ont permis si peu de chose que je me suis nommée la Fripière du Bon Dieu, parce que je n'ai fait que réparer de vieux ornements ».

La fripière, c'est-à-dire la marchande de guenilles du Bon Dieu. Que cela est dit joliment! C'est bien ce qu'elle est en effet et si, tout le long de sa correspondance, elle tend la main, elle quête, elle quémande, c'est pour l'église, la maison, c'est surtout pour les pauvres.

Peut-être gardait-on aussi dans l'église le Bois de la Croix d'Arras. Les sœurs Duplessis avaient un frère jésuite en France, célèbre par ses prédications. Dans la ville d'Arras, il avait fait ériger une croix qui attirait des foules considérables; elle opérait même des miracles. En 1740, un soldat de milice, hospitalisé à Douai, avait été guéri en allant adorer cette croix-miracle qu'attestèrent les médecins et les chirurgiens-majors de la ville.<sup>17</sup> Notons ici en passant que quelques années plus tard un ancien chirurgien-major de Douai, Jean-Baptiste Polémond, devait venir au Canada. Or, en cette année de 1740, le P. Duplessis faisait parvenir à l'une de ses sœurs des morceaux de cette croix et lui en promettait d'autres, qu'elle pourrait débiter au profit de l'Hôtel-Dieu, avec des livres de piété et des images que le jésuite lui avait déjà envoyés.

Mentionnons encore la statue de Notre-Dame de Toute-Grâce. L'année du centenaire, rapporte la Mère de Sainte-Hélène, « cette précieuse image fut placée dans le sanctuaire, vis-à-vis notre grille, sur une estrade garnie de sculptures dorées, avec des lustres chargés de lumière et de guirlandes ».

Pour compléter l'ameublement de l'église, disons enfin qu'il devait y avoir une chaire et des confessionnaux. La chapelle de l'Hôpital-Général à Montréal, plus petite que celle de l'Hôtel-Dieu, possédait une « chaire à prêcher ». Dans cette chapelle on voyait aussi un

jubé. Y en avait-il un à l'Hôtel-Dieu? Nous ne saurions le dire.

Quel instrument de musique jouait-on pendant les offices religieux? En 1720, la Mère de Sainte-Hélène parle d'un *salut en musique*, chanté dans une chapelle du monastère, le jour de l'Exaltation de la Sainte Croix. Avait-on un orgue, placé dans le chœur par exemple, et servant aux exercices de l'église et à ceux qui se faisaient dans l'intérieur du cloître? Voilà encore une question que nous devons laisser sans réponse.

## 2 — La sacristie.

La sacristie, construction fort exigüe et formant une sorte de pavillon, s'élevait à l'encoignure de l'église et du chœur des Religieuses, du côté de l'ouest. On l'avait agrandie en 1735. Cette année-là, la Mère de Sainte-Hélène écrit à M. de Montigny qui avait fait don d'un pupitre pour la meubler: « Notre sacristie est dans une pauvreté dont nous avons souvent de la confusion. Il n'y a que la propreté ordinaire aux Religieuses qui nous soutient un peu. Il faut pourtant vous dire, en parlant de sacristie, que nous en avons fait bâtir une cette année, qui est assez bien prise et riante. Elle a 19 pieds sur un sens et 16 sur l'autre. Elle est comme un palais en comparaison de celle que vous devez avoir vue, Monsieur, qui n'avait que 7 pieds et demi de large... Je vous remercie particulièrement du beau pupitre dont vous nous avez gratifiées ».

Nous avons déjà dit qu'en temps d'épidémie les salles déversaient leur trop-plein dans les pièces avoisinantes. L'église, la sacristie, même le chœur des Religieuses étaient remplis de lits. En 1685, les recrues que Denonville amenait de France abordèrent à Québec décimées par la maladie. Le 20 août, peu après son arrivée, le gouverneur rend compte de la situation au ministre: « J'ai bien regret à ce que nous avons perdu [tant] d'hommes qui sont tous les meilleurs et les plus robustes, selon ce que j'en ai appris. Je n'ai fait débarquer ici que les malades, que j'ai fait mettre chez nos

religieuses Hospitalières, où ils sont [soignés] avec une propreté qui ne se peut assez louer. Leur salle n'étant pas assez grande, ces bonnes filles d'elles-mêmes ont mis les malades dans leur église [et] ont couvert leur chœur où on a fait [mettre] les lits du seul *Fourgon*, qui est arrivé le quinze. Il y a à l'hôpital 77 malades, matelots et autres, et on en a jeté à la mer 63. On nous dit que le *Mulet* est encore plus maltraité. J'ai envoyé au-devant une barque avec des rafraîchissements et pour en ôter les plus malades ».

A cette époque l'Hôtel-Dieu manquait de médecin; mais le service de chirurgie était assuré par Jean de Mosny, Gervais Baudoin et Timothée Roussel, qu'assistèrent, au cours de l'épidémie, les chirurgiens militaires venus avec les troupes. A l'insu de ce personnel, quelques Religieuses, s'improvisant chirurgiennes, se mirent en tête de brandir la lancette et, pour salle d'opération, prirent la sacristie. « On nous apportait [les malades] à demi morts, raconte la Mère Juchereau de Saint-Ignace, elle-même petite-fille de chirurgien. Nous éprouvâmes pour les soulager plusieurs remèdes dont le meilleur fut de les saigner à la tempe. Nous en sauvâmes par là un grand nombre qui ne donnaient plus aucune espérance de guérison et qui, dès le lendemain de la saignée, étaient gais à merveille. Nous les renvoyâmes parfaitement guéris et fort reconnaissants de nos peines. Les fatigues extrêmes que nous eûmes firent tomber malades beaucoup de Religieuses. Les prêtres et religieux qui avaient le plus assisté l'hôpital furent aussi frappés de cette maladie et en guérirent par la saignée à la tempe. Ceux de tous ces malades à qui on n'osa pas faire ce remède, parce qu'on désirait beaucoup les conserver, et que l'on ne voulait rien risquer, moururent fort promptement. Nous nous cachions pour saigner ainsi les autres; nous les faisons porter dans la sacristie des prêtres, afin de les sauver comme à la dérobee, et nous eûmes la consolation de réchapper tous ceux à qui nous fîmes ce remède ».

L'ouverture des veines temporales était censée « profiter aux vieilles douleurs des yeux, apostèmes des paupières et autres accidents » et ne devait se pratiquer que *l'après-dînée*. Est-ce une méthode que Giffard avait employée autrefois avec succès dans les fièvres putrides et dont le souvenir était resté à la Communauté? Ou Madry après lui? Nous aimerions aussi à savoir qui s'était faite l'instigatrice de cette thérapeutique en 1685. Peut-être l'apothicairesse, car cette officière, souvent plus férue de médecine que les chirurgiens eux-mêmes, ne dédaignait pas de prescrire dans les salles.

On a remarqué l'expression de *sacristie des prêtres*, à la fin du passage que nous avons cité plus haut. Il y aurait donc eu une autre sacristie, en dedans du chœur des Religieuses par exemple, et attenante à la première.

Au témoignage de Kalm, les Religieuses étaient exclues de la sacristie des prêtres. « Tout près [de l'église], lit-on dans la traduction de Marchand, il y a une galerie spacieuse où se tiennent les religieuses pendant le service, et qui est séparée de l'église par un treillis qui leur permet tout juste de suivre l'office du regard, sans être vues elles-mêmes. Le prêtre reste dans l'église, et les nonnes lui présentent ses habits sacerdotaux à travers un guichet, l'entrée de la sacristie leur étant interdite, ainsi que celle de l'appartement où se tient le prêtre ». La traduction de Benson cependant, qui serre le texte original de plus près, diffère de l'autre sur plusieurs points. « *On one side is the church and near it a large room divided from the church by rails, so that the nuns can only look into it. In this room they remain during divine service. The priest is in the church where the nuns hand him his sacerdotal garments through a hole, for they are not allowed to go into the vestry or to be in the same room with the priest* ». Le botaniste suédois commet tout de même une légère erreur ici. Les Religieuses pouvaient fort bien entrer dans la sacristie, à condition cependant que le prêtre n'y fût pas. Ce passage de la *Vie de la Mère Catherine de Saint-Augustin* le

démontre clairement: « Un jour revenant de porter du feu dans la Sacristie des Prêtres, je vis comme un Père qui était à genoux ».

Si des personnes du monde se trouvaient dans l'église, les Religieuses n'y pénétraient pas non plus. C'est un voyageur américain, Joseph Sansom, qui nous en assure. Deux Hospitalières lui faisaient visiter l'hôpital; rendues à la porte de l'église, elles le laissent entrer seul. « *They introduced me to the door of the Chapel, rapporte-t-il, but went not in themselves. The Sisters having a private place of devotion appropriated to them, along side, they never enter the Public Chapel, when it is frequented by others* ». <sup>18</sup>

### 3 — *Le chœur des religieuses.*

L'aile du chœur, une demi-aile à la vérité, contenait le chœur proprement dit, l'avant-chœur et très probablement d'autres pièces, dont nous ignorons l'usage. Les élections se faisaient dans le chœur, où il y avait un autel; c'est dans le chœur aussi qu'on exposait les Religieuses. Parmi les tableaux qui pendaient aux murs de l'avant-chœur, il convient de signaler l'œuvre d'un sauvage, représentant saint Régis.

Nous avons vu que pendant les épidémies on était forcé quelquefois de convertir le chœur en salle de malades. L'annaliste écrit par exemple, à la date de 1702: « Notre hôpital fut rempli d'une si grande quantité de malades que, ne pouvant tous les y loger et n'ayant pas d'endroits chauds pour les mettre, nous les plaçâmes dans le chœur ».

Vers 1716, on fit allonger le chœur de deux fenêtres et « bâtir entièrement la cheminée qui est au milieu ». Ajoutons enfin que, la nuit, on plaçait la clef du tabernacle dans le banc de la Supérieure.

### 4 — *Le caveau.*

Il se trouvait sous le chœur des Religieuses. « Le 30<sup>e</sup> d'octobre 1656, raconte la Mère Juchereau de Saint-Ignace, nous fîmes relever

les corps de la Révérende Mère Marie Guenet de Saint-Ignace, notre première supérieure, et de la Mère Jeanne Suppli de Sainte-Marie. On les apporta processionnellement dans le vieux chœur [situé dans la demi-aile conservée lors des reconstructions de 1695] où ils passèrent la nuit. Le lendemain, le Révérend Père Jean Dequen, nouveau supérieur des missions, fit la bénédiction du caveau, qui est dessous le chœur neuf ».

Les Religieuses n'avaient pas de cimetière à l'extérieur, dans leur enclos; elles étaient toutes enterrées sous le chœur et l'expression *cimetière des hospitalières* qu'on rencontre parfois dans les textes, se rapporte au caveau uniquement. On lit dans le *Journal des Jésuites*, à la date du 31 octobre 1656: « A six heures du matin, le P. Supérieur bénit avec les cérémonies accoutumées de l'Eglise le cimetière des Mères Hospitalières dans le nouveau chœur ».

Un document mis à jour ces dernières années a été rattaché par erreur à l'histoire de l'Hôtel-Dieu. Selon cette pièce, qui est de Michel Berthier, chirurgien du roi, les Hospitalières auraient fait construire une nouvelle crypte pour leurs défuntes en 1727. On y lit en effet: « Certifions que Monseigneur l'évêque de Québec nous ayant envoyé chercher pour voir plusieurs religieuses que l'on a trouvées, en relevant les corps morts de leur chœur pour les transporter dans un autre qu'elles ont fait ». <sup>19</sup> C'est à l'Hôpital-Général de Québec et non à l'Hôtel-Dieu que se rapporte cette attestation.

A une certaine époque, les cendres qui provenaient du chœur étaient portées au caveau. « Plusieurs fois, écrit l'annaliste, nous avons pensé brûler, tantôt par le caveau des mortes où l'on mettait alors de la cendre du poêle du chœur, tantôt par la buanderie ».

Quelques personnes séculières obtinrent la faveur d'être enterrées avec les Religieuses. En 1656, ce fut la fille du chirurgien Giffard, Mme de Lauzon de Charny, « qui l'avait fort souhaité et demandé »; en 1685, Mme d'Ailleboust. Sous l'église, à côté, on enterrait parfois

des laïques. Par exemple, Guillaume Couillard en 1663, décédé en sa maison, et l'année suivante, sa femme qui avait succombé à l'hôpital. Ils étaient tous deux des bienfaiteurs de l'Hôtel-Dieu.

##### 5 — *L'appartement du chapelain.*

Les Religieuses avaient un supérieur ecclésiastique et un confesseur. Un chapelain en outre, prêtre du Séminaire, desservait la maison. Mais aucun d'eux ne résidait à l'Hôtel-Dieu, pas même le chapelain, croyons-nous, à moins d'une circonstance particulière. A propos de la Mère de Saint-Ignace qui mourut en 1723, la Supérieure écrit les lignes suivantes: « Elle avait depuis longtemps le bonheur de communier à minuit toutes les fois qu'elle le pouvait: un prêtre couchait exprès dans un appartement de l'Hôpital ».

Un projet de règlement, formulé par Mgr de Pontbriand aux alentours de 1748, laisse entendre qu'il n'y avait pas encore à cette date de chapelain résident: « M. de La Valtrie sera nourri [au Séminaire], chauffé, aura ses messes pour lui, desservira l'Hôpital... Par cet arrangement, il n'y a, à bien dire, que MM. Poulin et La Valtrie à la charge du Séminaire, qui [c'est-à-dire le Séminaire] a en outre la valeur de quatre cents francs pour [desservir] l'Hôpital, sans compter le surplus de la Cure ». A moins qu'il ne s'agisse d'un adjoint du chapelain résident, n'allant à l'Hôtel-Dieu que pour célébrer la messe. Dans un mandement de 1752 l'évêque s'exprime ainsi: « Sur ce que le sieur de Villars, supérieur de notre Séminaire épiscopal, nous a représenté que le Séminaire avait fait bâtir une chapelle assez décente pour y célébrer la sainte messe; quoiqu'il fût à souhaiter que les prêtres du Séminaire fournissent deux messes à l'Hôtel-Dieu, autant aux Ursulines, et même nombre à la Basse-Ville; persuadé qu'ils le feront autant qu'ils le pourront... nous avons permis et permettons... de bénir la dite chapelle ».

La traduction française de Kalm fait mention de « l'appartement où se tient le prêtre »;

mais cette traduction est fautive, comme on l'a vu par la version anglaise que nous avons mise en regard. Tout de même il pouvait fort bien y avoir une pièce où le prêtre se retirait au cours de ses visites. Nous la situerions au-dessus de la sacristie.

##### 6 — *Les autres chapelles.*

Il y avait en tout sept chapelles dans l'enceinte de l'Hôtel-Dieu. Si on en compte deux pour l'église, il en reste cinq à placer dans l'intérieur de la maison. Mais où les situer et quels titulaires leur donner?

Nommons d'abord la *chapelle conventuelle*, qui se trouvait dans le cloître. Celle-là, nous savons qu'elle était dédiée au Calvaire. En 1689, Mgr de Saint-Vallier autorise les Hospitalières à exhumer du caveau les restes de la Mère Catherine de Saint-Augustin. « Ses précieuses dépouilles, dit Casgrain, furent déposées dans un riche coffret et transportées solennellement à l'intérieur du cloître dans une cellule désignée sous le nom d'*oratoire du Calvaire* ». Par la suite, en 1717, un autre coffret, « d'un bois plus précieux et plus richement décoré », fut exécuté pour recevoir le corps de cette religieuse.

Il doit s'agir de ce coffret-mausolée dans une lettre qu'écrivait la Mère de Sainte-Hélène à Mme Hecquet en 1720. Elle avait reçu un magnifique tapis pour sa cellule, de son amie d'Abbeville; elle lui répond: « Il ne fallait pas un tapis de cette beauté. Je suis confuse de votre générosité et vous me mettez hors d'état de la reconnaître que par de simples remerciements. Il faut du moins que je vous dise en quelle conjoncture il arriva, car je l'ai trouvé trop beau pour ma chambre et je l'ai honorablement placé dessous une belle châsse qui repose dans une chapelle intérieure de notre maison, dont j'ai soin. Elle est dédiée au Calvaire et tout était paré et disposé pour y faire un salut en musique, le jour de l'Exaltation de la Sainte-Croix, de sorte que je n'eus pas un médiocre plaisir d'étaler dans ma chapelle un tapis qui me fut apporté une demie heure

devant le salut et qui se trouva de la juste mesure dont il le fallait pour l'endroit où je l'ai mis. Je ne sais si je ne serai point responsable des distractions qu'il causa. Il fallut rendre compte à toutes mes Sœurs d'où je tirais cette belle pièce. Elles l'admirent et me félicitèrent de ce qu'elle m'était venue si à propos. Le sacristain me l'envia fort ».

Est-il question du même coffret dans une autre lettre de 1738, écrite par la Mère de l'Enfant-Jésus celle-là? Ou des ossements de saints qu'on avait reçus de Rome? Le 30 octobre, la sœur mande à Féret, l'apothicaire à tout faire de la maison: « Vous tâcherez à nous avoir un Christ d'ivoire, des plus grands qui se fassent, qui penche la tête à droite. Nous ne voulons et ne pouvons y mettre plus de 12 livres. Il n'est pas nécessaire qu'il soit si recherché, pourvu qu'il soit dévot. C'est pour mettre une croix assez grande qui préside sur une châsse de reliques, qui fait le principal [ornement] d'une de nos plus dévotes chapelles, dédiée au Calvaire, qui est dans notre maison et dont nous avons soin, ma sœur et moi ».

Une indulgence plénière était attachée à cette chapelle. La Mère de Sainte-Hélène s'adresse à M. de Montigny pour la faire renouveler en 1732. « Il y a une de nos bulles, écrit-elle, qui n'est que pour sept ans et qui, par conséquent, sera annulée le 12 d'avril 1733. C'est celle qui nous accorde, pour toutes les personnes qui demeurent dans le monastère, une indulgence plénière en visitant quatre fois l'année une chapelle intérieure de la maison, assignée par l'Ordinaire ».

Un jour de l'année 1751, un chien, admis dans le cloître en toute innocence, comme Ver-Vert chez les Visitandines, mit en pièces un livre de piété qu'on gardait dans la chapelle. Le perroquet de Nevers mangeait au réfectoire, prenait son repos sur la boîte aux Agnus et couchait avec les Religieuses au grand dortoir.

A son réveil, de la fraîche nonnette  
Libre témoin, il voyait la toilette.  
Je dis toilette, et je le dis tout bas.

Probable que le barbet de Sœur Sainte-Hélène, moins gâté que Ver-Vert, ne pensionnait pas au couvent. Un livre tout neuf, cadeau de Mme Hecquet, arrivait à point; mais on n'était pas gaspilleuses à l'Hôtel-Dieu et l'autre livre continua à servir aux dévotions de la communauté. « J'aurais dû plutôt vous remercier, ma chère amie, répond la religieuse à Mme Hecquet, de la peine que vous avez prise de faire chercher le livre que je souhaitais. J'en ai un qui est un peu endommagé parce que je l'avais mis à l'usage commun dans notre chapelle du Calvaire, et un malheureux chien prit ce livre, en déchira plusieurs feuillets et le laissa fort maltraité, et tel qu'il est je vais bien le conserver, car il est dévôt et fort touchant ».

Dans la *Vie de la Mère Catherine de Saint-Augustin*, il est question d'un autel de la Sainte-Vierge, d'un autre à Notre-Dame. Est-ce un seul et même autel? Une chapelle était dédiée à Notre-Dame de Pitié. En 1677, la Mère Marie-Renée de la Nativité mourut « d'une paralysie qui lui fut causée par un coup qu'elle reçut en parant le reposoir de la petite chapelle de Notre-Dame de Pitié, où un cadre qui n'avait pas un pied en carré lui tomba d'en haut sur la tête ».

Il existait une chapelle de l'Enfant-Jésus. Les *Annales* nous rapportent que la Sœur Madeleine du Poutrel de Saint-Michel « avait une singulière adresse pour exciter la ferveur et la dévotion des autres, ornant les chapelles et surtout celle qui est dédiée à Jésus Enfant, où elle représentait admirablement bien le mystère de sa naissance, celui de l'adoration des Rois et sa présentation au Temple, chacun en son temps, avec un arrangement toujours nouveau et fort agréable ».

Une autre chapelle était dédiée à Saint-Joseph. Avant les reconstructions de 1695, elle se trouvait dans le *vieux dortoir*, par quoi il faut entendre la demi-aile qui faisait équerre avec le chœur. Enfin, il y avait un autel dans le chœur des Religieuses. Peut-être est-ce un de ceux que nous venons d'énumérer.

## EN DEVOIR

### POURQUOI NOUS OCCUPER DE RELATIONS PUBLIQUES ?

Dr A. D. KELLY,

Secrétaire général Délégué, Association Médicale Canadienne.

Il a été dit que l'exercice de la médecine n'a jamais été exactement défini d'une façon satisfaisante, mais je crois qu'il en est de même pour les relations publiques. Cependant, je peux dire qu'il existe concernant les relations publiques médicales, une définition admissible par nos concitoyens, à l'égard de la profession médicale. C'est pourquoi, en vue d'améliorer ces relations publiques, nous devons être compétents, bien agir et faire connaître nos réussites parmi le public. En procédant ainsi, nous orientons l'attitude des gens dont l'opinion peut déterminer tout le futur développement de la médecine et de son exercice dans notre pays.

En grande partie, ces opinions sont entre nos mains. Au cours de nos contacts quotidiens, nous contribuons largement à déterminer ce que le public pense de la profession médicale. Comme la charité bien ordonnée, les relations publiques commencent par soi-même.

Dans le domaine des relations publiques de notre profession, il existe un phénomène qu'il est difficile d'expliquer mais qui est pourtant manifeste. En effet, en dépit des bonnes relations privées de plusieurs médecins pris un par un, la profession dans son ensemble ne semble pas avoir la même estime. Les médecins peuvent être des héros aux yeux de leurs patients et de leurs amis, et pourtant les gens attribueront aux médecins, comme groupe, des motifs et des attitudes qu'ils n'oseraient pas attribuer à « leur médecin ». Ce fait peut être dû à la conduite anti-sociale d'une minorité dans notre profession et c'est très probablement le cas. Le bon travail de la majorité peut être annulé et la réputation professionnelle ternie par la conduite de quelques-uns.

D'ailleurs cette situation n'existe pas seu-

lement au sein de la profession médicale. L'Association des Banquiers Canadiens admet le fait que ses membres comprenant des organisations financières ne possèdent pas la même estime que le gérant même d'une succursale avec qui tous les gens transigent des notes de débit. Le distributeur de lait et l'industrie laitière, l'avocat et la profession légale, le fermier et l'industrie agricole offrent aussi les mêmes complexes.

C'est pourquoi nous, la profession médicale organisée, nous avons commencé à établir notre position vis-à-vis du public pour découvrir les plaintes courantes contre nous, et pour convaincre la profession qu'il est nécessaire d'agir pour corriger les points faibles que l'on découvre à notre sujet.

Au commencement, un fait était évident. Il importait peu que les plaintes du public contre nous soient fondées ou non. Si elles existent, nous devons agir pour en faire disparaître les causes ou expliquer clairement pourquoi nous agissons de telle manière. Cet examen de conscience professionnel, pour ainsi dire, comprend l'analyse des enquêtes sur l'opinion publique, qui ont été poursuivies au Canada et aux Etats-Unis, l'analyse des commentaires au sujet de la profession médicale dans la presse et à la radio, et une considération attentive à l'égard des plaintes reçues au bureau central de toute organisation médicale.

Au cours d'observations personnelles, nous avons constaté que les attitudes suivantes sont courantes parmi nos concitoyens.

1. La profession n'est pas assez intéressée aux problèmes des patients.

Comme témoignages de cette opinion, nous entendons des plaintes telles que: — « Je ne peux obtenir un médecin la nuit, le dimanche

ou un jour de fête ». — « Je suis renvoyé d'un spécialiste à l'autre, et aucun d'eux n'est intéressé à mon cas si ce n'est la partie de mon organisme qui concerne sa spécialité. » — « Mon médecin me fait perdre du temps en me laissant attendre, bien que j'aie pris un rendez-vous au préalable pour le voir à telle heure. » — « Mon médecin ne prend jamais le temps de m'expliquer mon état et ce qu'il compte faire à mon sujet. »

2. Les frais médicaux sont trop élevés et les médecins font trop d'argent.

Les statistiques de l'impôt sur le revenu montrent que les médecins sont parmi les mieux rémunérés dans leur catégorie. D'ailleurs il est facile de voir que tous les médecins sont très prospères. Il est donc avantageux, non seulement pour les patients mais pour lui-même, de faire connaître d'avance le coût probable de ses soins professionnels. Lorsque les frais d'hôpitaux et des remèdes sont compilés avec les honoraires du médecin, le total constitue une punition financière réellement formidable pour le fait d'être malade. Cet aspect constitue le facteur le plus important qui incite le public à demander une plus grande sécurité médicale par l'entremise d'une intervention gouvernementale. Comme médecins, nous croyons que l'assurance-santé obligatoire augmenterait le coût total des frais médicaux et diminuerait en même temps la qualité des services médicaux. Mais il existe un grand nombre de personnes qui s'imaginent que leur fardeau financier serait diminué à l'aide d'une assurance-santé gouvernementale. La profession médicale a reconnu que l'application de principes d'assurance aux frais médicaux imprévus est une sage mesure. Nous avons d'ailleurs établi un bon commencement dans ce domaine en organisant sous notre propre égide des plans concernant des soins médicaux volontaires. Mais il s'agit simplement d'un début. L'enrôlement dans ces plans doit être étendu à des régions plus éloignées et plus nombreuses par le moyen d'inscription individuelle qui comprendrait aussi des membres dans les sections rurales.

Les soins médicaux volontaires payés d'avance sont la réponse de la profession au problème des besoins du public. Cependant, plusieurs d'entre nous donnent un soutien très peu enthousiaste à leurs propres plans. Il est courant d'entendre un patient dire que celui qui est enrôlé reçoit souvent moins que le traitement préférentiel et son cas est souvent traité par un médecin comme celui d'un indigent de haute classe pour ainsi dire. Celui qui s'est enrôlé dans un plan de soins médicaux payés d'avance, que ce plan soit établi par nous ou par des compagnies d'assurance, a prouvé qu'il est favorable à notre point de vue et mérite alors le meilleur traitement.

Il va sans dire que pour être accepté par le public, notre système de plans doit être gardé dans les limites des gens économes. Cette situation exige de la discrétion et de la retenue dans notre demande se rapportant aux fonds. Le médecin est dans une position favorable pour contrôler l'excès de quelques patients qui abuseraient de ces plans. Il doit aussi réprimer toute tendance de sa part à charger au plan plus qu'il n'aurait chargé au patient.

3. La profession médicale est une corporation fermée.

— « Un patient qui désire formuler des plaintes n'a pas de cour d'appel ».

— « Il n'existe pas assez de médecins au Canada et les centres ruraux ont été très mal desservis depuis des années » — En dépit du manque de médecins, la profession limite la concurrence en décourageant l'établissement d'écoles médicales nouvelles ou toute augmentation du nombre de médecins qui sortent des écoles déjà établies » — « En plus, les médecins excluent leurs collègues Européens qualifiés qui désirent pratiquer ici ».

4. Les médecins semblent être devenus matérialistes et mercenaires. L'on entend parler de partage d'honoraires, d'interventions chirurgicales non-nécessaires, de remises et de rabais sur les lunettes ou autres produits.

Cela constitue une triste énumération car la

plus grande partie est fausse et surtout injuste. Cependant, si un bon nombre de Canadiens partagent ces points de vue, il est temps que nous agissions à ce sujet.

Qu'avons-nous fait pour remédier à cette situation?

1. Nous avons fait des efforts en vue de fournir aux médecins de chaque ville canadienne les renseignements requis pour établir un service adéquat concernant les appels la nuit et en cas d'urgence.

2. Nous avons supporté un mouvement qui veut remettre le médecin général à sa position de droit comme médecin de famille, qui s'intéresse aux patients en tant qu'individus et qui peut être dans une meilleure position pour référer ses patients aux spécialistes lorsque des soins spéciaux sont nécessaires.

3. Nous avons encouragé les assurances pour les soins volontaires d'hôpitaux et de médecins, comme un moyen pour diminuer le fardeau onéreux des frais de maladie.

4. Nous avons entrepris de renseigner les Canadiens sur le nombre de médecins disponibles et sur la nécessité de maintenir les plus hauts standards; nous avons encouragé les bureaux provinciaux autorisés à donner à la profession et au public des faits précis sur le problème des médecins immigrants.

5. Nous avons établi la base d'un comité de griefs qui s'occupera d'entendre et d'ajuster les plaintes des patients.

6. Nous avons étudié des plans d'assurance-santé dans d'autres pays et nous avons analysé leurs avantages et leurs désavantages dans leur application au Canada.

7. Nous avons fait notre possible pour éliminer de notre profession la pratique indigne et malhonnête de la dichotomie et des rabais.

Ce programme de relations publiques, tel que développé au cours des récentes années, est

fondé sur l'assertion suivante: la profession doit s'examiner elle-même tout en examinant son entourage. Notre tâche est d'établir d'abord l'ordre dans notre propre maison et d'enlever les causes des plaintes légitimes contre nous. Comme un peuple obtient le gouvernement qu'il mérite, notre profession obtient les relations publiques qu'elle mérite.

Bien que notre programme de relations publiques ait été plus accentué parmi nous, nous n'avons pas négligé la propagande et les renseignements parmi le public. Nous avons fait préparer et distribuer aux écoles secondaires un film documentaire encourageant les carrières dans la profession médicale canadienne, qui fut montré à des gens d'un âge approprié pour une opinion adéquate. Nous avons encouragé les relations plus étroites entre notre profession et la presse en nommant, dans chaque région, des médecins éminents qui agissent comme intermédiaires. Nous avons rendu plus facile le compte rendu, dans les journaux et à la radio, de nos activités scientifiques et courantes et de nos réunions annuelles. Nous avons donc contribué à mieux faire connaître la profession et nous avons atteint une meilleure coopération avec ces auxiliaires de nouvelles. Nous avons maintenu un service de renseignements pour la presse dans tout le Canada et nous avons fourni des imprimés aux conférenciers qui s'adressent aux profanes.

C'est accepté, je crois, que l'amélioration des relations publiques concernant notre profession est un problème de longue envergure. Ce n'est pas une tâche qui peut être accomplie sous le coup d'un élan d'enthousiasme ou par l'application d'une formule magique lancée par des experts en relations publiques. Le maintien de nos relations publiques appartient à chaque médecin, tous les jours, et dans son propre travail.

## MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

---

### UN NOUVEL AGENT ANTITUBERCULEUX

Récemment, avec une publicité tapageuse et prématurée, les journaux et magazines américains nous annonçaient un nouvel agent antituberculeux qui, non seulement donnait des résultats étonnants, mais réussirait selon eux à vaincre la tuberculose. Il s'agit de l'acide isonicotinique hydrazide ou « rimifon » de Hoffmann-LaRoche, « nydrazid » de Squibb, « Aldinamide » de Lederle, etc.

Cette publicité outrée n'a guère plu aux médecins sérieux et consciencieux qui expérimentaient ces nouveaux médicaments, pas plus qu'aux directeurs de recherches de quelques maisons fabriquant ces nouveaux produits. Ceci a donné comme résultat que dans certains milieux, l'opinion publique a quelque peu été bouleversée et que ces nouvelles ont causé un émoi dans les sanatoria et les cliniques antituberculeuses. On nous a harcelés de toutes parts et de toutes façons, médecins et patients désirant se procurer cette nouvelle drogue; c'était naturel.

Cette médication n'est pas sur le marché pour distribution générale. Comme dans quelques sanatoria, nous avons pu obtenir un quota pour fins expérimentales. Un rapport détaillé et impartial de nos observations devra être adressé à la maison qui fournit le produit. Le Directeur des recherches d'une maison importante ainsi que le Directeur médical du Sanatorium Trudeau à Saranac ne sont pas aussi emballés que la publicité l'a laissé croire. Ils sont plus prudents et plus circonspects et n'affirment rien de bien défini, si ce n'est que les expériences *in vitro* ont démontré des propriétés bactériostatiques très évidentes, même avec une très faible concentration. Les mêmes résultats ont été obtenus *in vivo* chez les animaux de laboratoire; d'ailleurs, d'autres mé-

dicaments avaient eu aussi ces propriétés. La toxicité n'est que très faible, paraît-il.

Chez l'homme, les observations préliminaires ont démontré un effet marqué sur l'amendement des symptômes, tels que la fièvre, la toux, le volume des expectorations, leur teneur en D.K. On a aussi noté un gain de poids, de force, un nettoyage radiologique, ainsi que des effets favorables dans des lésions de tuberculose non pulmonaire, fistules, etc. Il persiste, toutefois, une grande quantité de facteurs inconnus, tels que le mécanisme d'action, la toxicité chez l'homme, les doses optima, la durée du traitement, le degré de résistance, etc.

Nous aurons là de toute évidence une arme de plus à l'arsenal thérapeutique antituberculeux, mais il est regrettable qu'une publicité prématurée ait fait naître des espoirs avant qu'une observation adéquate n'ait pu être obtenue.

Le problème antituberculeux ne sera pas solutionné par cette arme nouvelle. Si elle aide à baisser le taux de la mortalité, comme nous pouvons l'espérer, elle fera naturellement monter le taux de la morbidité et la lutte devra se continuer à un rythme plus accéléré dans les sanatoria et les cliniques.

Gaétan JARRY, M.D.E.,  
Directeur médical.  
Institut Bruchési  
de Montréal.

---

### L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Préparer l'enfant aux responsabilités qu'il devra assumer plus tard et développer au mieux ses facultés, telles sont les principales fonctions de l'orientation professionnelle. Ces fonctions exigent évidemment patience et psychologie. L'enfant doit être averti contre les

1. O. M. S.

dangers de tout engagement prématuré dans une profession qui, au surplus, ne lui conviendrait pas et ferait en conséquence obstacle à son libre développement physique. Il doit être mis en garde contre les emplois malsains qui portent atteinte à son intégrité morale ou mentale. Il doit être encouragé et orienté dans le choix de sa profession, afin que celle-ci soit conforme à ses aptitudes physiques et intellectuelles, qu'elle réponde à ses affinités psychologiques et lui offre de suffisantes garanties matérielles pour l'avenir.

Nombreux sont, en effet, les enfants qui gaspillent leur énergie et leurs capacités dans des fonctions qui ne leur conviennent pas. Dans bon nombre de régions déshéritées, où le standard de vie laisse beaucoup à désirer, des enfants, parfois en bas âge, sont souvent employés à des tâches au-dessus de leurs forces. Dans d'autres pays, techniquement plus évolués, l'adolescent est souvent attiré par la possibilité d'un gain immédiat, ce qui l'incite à accepter le premier emploi qui se présente et l'expose à de fréquents changements de métier et à une insatisfaction physique et morale chronique.

L'orientation des enfants et des jeunes gens vers un travail où ils puissent développer au maximum leurs capacités est de plus en plus considérée, à travers le monde, comme une entreprise qui ne saurait se passer de la coopération des parents, du corps enseignant et des diverses agences de placement — que cette coopération revête un caractère officiel ou privé. L'orientation professionnelle est également un aspect essentiel de la réhabilitation des enfants handicapés sur le plan physique ou mental et on ne saurait assez en souligner l'importance dans la rééducation de la jeunesse délinquante.

Certes, la principale responsabilité de l'orientation professionnelle incombe aux écoles et aux agences de placement. Mais les services sanitaires jouent également un rôle primordial en la matière, car seul le médecin —

à la rigueur l'infirmière — peut déterminer si le candidat présente les aptitudes physiques requises par la profession qu'il se propose d'exercer. Seul le médecin peut, en effet, signaler aux parents, aux professeurs et aux agences de placement les déficiences physiques qui ne manqueraient pas de s'accuser dans un emploi incompatible avec l'âge de celui qui s'y destine.

Il doit donc assister ce dernier, parer aux conséquences souvent fâcheuses d'un confinement excessif, ou à celles non moins graves des accidents de travail auxquels les jeunes gens sont nécessairement plus exposés que les adultes. Il est également essentiel que le médecin se prononce sur l'effort que les jeunes peuvent fournir sans préjudice à leur santé.

Déjà, en maints pays, des services de santé publique dont le nombre ne cesse de croître, s'attachent activement à orienter les jeunes gens dans leur préparation à un emploi conforme à leurs aspirations. Les services d'hygiène scolaire, qui conseillent parents et professeurs, jouent à cet égard un rôle déterminant. De leur côté, les hygiénistes industriels sont de précieux intermédiaires entre jeunes gens et futurs employeurs. Les psychiatres leur apportent également une contribution substantielle en aidant les jeunes à s'adapter aux exigences de leur travail et à assumer leurs responsabilités. Enfin, dans les régions rurales, les centres d'hygiène peuvent fort bien éclairer les jeunes gens et leur famille dans le choix d'une profession qui leur convienne.

Bien que cette responsabilité incombe principalement aux autorités compétentes de chaque pays, des institutions telles que l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Organisation Internationale du Travail peuvent leur proposer des méthodes conséquentes d'orientation professionnelle. Mais s'il est une conclusion qui s'impose, c'est qu'en dernière analyse seule la participation active de tout individu peut contribuer à généraliser ces méthodes dans le plus grand intérêt de tous.

## ALIMENTATION DE L'ENFANT

La nutrition est une science relativement nouvelle. Elle porte sur l'étude de ce que doit être l'alimentation du point de vue quantitatif et qualitatif. L'importance de l'alimentation en tant que facteur déterminant de la croissance de l'enfant, de sa vigueur et de son bien-être physique et mental, est aujourd'hui confirmée par les recherches de laboratoire et par la pratique. Toutefois, nombreux sont les parents, et même les spécialistes de l'enfance, qui méconnaissent encore ce facteur.

On sait aujourd'hui que le régime alimentaire d'une mère, au cours de sa grossesse, influence dans une grande mesure la santé et la croissance de l'enfant. Nous savons également que le lait maternel n'est pas seulement l'aliment naturel mais l'aliment idéal pour le nouveau-né. En Europe, en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande, on donne en outre aux enfants du lait de vache comme source principale de protéines, garant d'une croissance physique normale. Or, si l'on a adopté dans ces pays le lait de vache, ce n'est pas qu'à l'origine déjà on le savait riche en protéines, mais que l'on s'est aperçu que les enfants ainsi nourris se développaient bien et que, ce lait était produit en grandes quantités dans ces pays.

Mais il est des régions où on ne peut guère se procurer de lait. Dans certains pays, il sera évidemment possible d'augmenter le nombre des vaches laitières ou de développer, d'une façon générale, la production du lait. Mais il en est d'autres où une telle solution s'avère impossible pour diverses raisons et où l'importation de lait, en quantités suffisantes, présente des problèmes quasi insurmontables. Il n'y a donc qu'une alternative: recourir à une autre alimentation également riche en protéines, mais dont les éléments sont produits sur place.

Mais s'il est une découverte qui n'a pas manqué d'entraîner une sensible amélioration dans ce domaine au cours des dernières années,

c'est celle de divers régimes alimentaires susceptibles de remplacer le lait pour les nourrissons de second âge et pour les enfants. Ainsi, les légumineuses, telles que pois, fèves, lentilles, etc., qui sont riches en protéines, lorsqu'elles sont ajoutées à diverses céréales et autres aliments, constituent un régime très satisfaisant, qui répond parfaitement aux exigences du développement de l'enfant. Certains enfants ainsi nourris se sont même aussi bien développés que les enfants nourris au lait de vache.

Il semble désormais qu'un régime de céréales, de légumineuses, d'un peu de graisse, de légumes verts et de fruits fraîchement cueillis, réussisse parfaitement aux enfants et qu'il soit, en définitive, très supérieur à l'alimentation qui est encore trop souvent la leur en maints pays.

La découverte de tels régimes alimentaires est d'une importance considérable pour plusieurs millions d'êtres vivants dans des régions où les restrictions alimentaires, la pénurie de lait, et d'autres circonstances défavorables sont incompatibles avec les exigences d'une bonne alimentation. Or, le régime alimentaire décrit plus haut peut être obtenu dans la plupart des régions du globe et contribuera, de la sorte, à assurer la croissance et le développement normal de l'enfant.

Toutefois, si satisfaisante que soit la nourriture accessible dans les diverses régions, même à un prix raisonnable, une mauvaise alimentation n'en demeure pas moins une menace trop fréquente. L'ignorance et certaines coutumes alimentaires regrettables sont, dans une grande mesure, responsables de la malnutrition de bon nombre d'enfants. On a remarqué qu'en certains pays qui bénéficient de services de santé publique bien organisés, de dispensaires et d'excellentes consultations de nourrissons, la malnutrition est constatée le plus souvent parmi les enfants issus d'un milieu aisé qui regorgent de douceurs et, partant, refusent des repas équilibrés. La maladie est bien souvent le résultat et la cause de la malnutrition. La présence de vers intestinaux, par exemple, est

extrêmement fréquente chez les enfants quelle que soit la région où ils vivent, et elle est un important facteur de la malnutrition. Ces parasites sont en réalité si répandus dans les régions tropicales et semi-tropicales, qu'on estime qu'ils diminuent de 50% le pouvoir nutritif des aliments et réduisent d'autant le rendement des fermiers victimes de ces parasites.

Outre ces facteurs physiques, certains facteurs d'ordre émotif et mental peuvent égale-

ment nuire à l'alimentation. Tel état d'irritation ou d'inquiétude, à la suite d'une querelle de ménage ou de difficultés scolaires peut faire perdre l'appétit à un enfant, et l'on conçoit aisément les conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter pour son alimentation.

Assurer aux enfants une bonne alimentation est donc d'une importance telle pour tous ceux que préoccupe leur santé, que chacun devrait s'attacher à mieux connaître les principes qui sont à la base d'une excellente alimentation et les mettre dûment en pratique.

---

## REVUE DE THÈSES

---

Claude JUBERT. — **P.A.S. à doses fortes et tuberculose pulmonaire commune.** — Thèse de Paris, 1951.

Dans cette thèse, dont le jury était présidé par le professeur Justin-Besançon, l'auteur rapporte une série d'observations de malades traités dans le service du Dr Paraf, à l'Hôpital Bichat, et au Centre de Phtisiologie de la R.A. T.P. (Dr Zivy). Les malades ainsi observés, et traités pour tuberculose pulmonaire commune, ont été répartis en 5 groupes.

*1er groupe:* 13 malades ayant reçu au moins 20 gms de P.A.S. par jour pendant 6 mois ou plus: 4 n'ont eu aucune amélioration, 7 une amélioration discrète (2 négativations de crachats), 2, une amélioration importante et les crachats devenus négatifs le sont demeurés après 9 et 16 mois depuis la fin du traitement.

*2e groupe:* 20 malades ayant reçu quotidiennement plus de 20 gms de P.A.S. pendant 6 mois au moins: 1 n'a eu aucun résultat, 6 une amélioration discrète, 6 autres une amélioration importante et 7, dont la plupart avaient originellement une tuberculose très largement excavée, sont pratiquement guéris. Il faut noter que les malades de ce groupe étaient particulièrement tolérants au P.A.S. buccal. En réa-

lité, la proportion de tuberculoses excavées curables par le P.A.S. buccal ne dépasse pas 15 à 10%.

*3e groupe:* Plusieurs malades ayant absorbé accidentellement des doses élevées de P.A.S. apportent la preuve de l'action étonnante de cet antibiotique lorsqu'il est administré à doses très fortes. Sur 6 observations, l'auteur en rapporte 3 dont la guérison clinique, radiologique et bactériologique persiste après des délais de 6 à 18 mois.

*4e groupe:* Malades traités par le P.A.S. en goutte à goutte intra-veineux. Une forte concentration du produit (dix fois plus élevée que par voie buccale) parvient au centre des lésions grâce à la diffusibilité et à la petitesse de la molécule de P.A.S. qui lui permet de traverser facilement les barrages scléreux ou vasculaires. Ce groupe comprend 45 malades, de types lésionnels variés, traités dans le service du Dr Paraf par des perfusions veineuses administrées de façon régulière et prolongée. On a obtenu: 40 fois, un éclaircissement des foyers, toujours nettement visible sur les clichés; 22 fois (sur les 40 cas précédents) une amélioration importante de l'état général, des signes fonctionnels et des images radiologiques; 14 fois (sur les 22 précédents) un aspect

de guérison totale, clinique, radiologique et bactériologique. Sur les 45 cas, 20 n'ont eu que des perfusions de P.A.S.; 13 ont en plus des doses buccales et 12 ont reçu des injections de streptomycine. Dans 5 cas seulement il n'y eut pas de résultat positif: un malade vit ses lésions s'aggraver et 4 ne subirent aucun changement.

*5e groupe:* Sujets traités intensément pour méningite tuberculeuse et recevant de fortes doses de P.A.S. intra-veineux associées souvent à la streptomycine. Sur 42 méningites tuberculeuses du service du Dr Paraf, l'auteur n'a retenu que 9 cas présentant, en même temps, des lésions de tuberculose pulmonaire commune: a) 1 cas avec épituberculose où la rétrocession des images fut lente; b) 5 cas de lésions micro-excavées: régression totale des lésions après un traitement combiné P.A.S. buccal et streptomycine d'abord, puis perfusions veineuses de P.A.S. par séries de 15; c) 3 cas de lésions excavées: des foyers plus ou moins étendus disparurent totalement. D'abord amélioration considérable par la streptomycine, puis disparition des lésions résiduelles sous l'effet combiné ou alterné du P.A.S. (perfusions en séries) et de la streptomycine.

A la fin de ce travail Jubert conclut à l'intérêt des doses élevées de P.A.S. dans le traitement de la tuberculose pulmonaire commune. Il estime que les sommes énormes dépensées dans la thérapeutique par le P.A.S. le sont, pratiquement, en pure perte, du moins souvent, étant donné le peu d'efficacité des doses communément employées. Aussi préconise-t-il le P.A.S. en perfusion veineuse dont il juge les résultats supérieurs à ceux de la streptomycine, tout en considérant essentiellement ce mode de traitement comme préparatoire à la chirurgie thoracique (collapsothérapie ou excisions).

André-Ch. BOUSSAT.

François GUILLOT. — **L'acide para-aminosalicylique (P.A.S.) dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.** — Thèse de Paris, 1951.

Thèse de doctorat en médecine présidée par le professeur Etienne Bernard. L'auteur a poursuivi deux buts: 1) Savoir si le P.A.S. en perfusion veineuse, associé à la streptomycine, pourrait empêcher l'apparition de la streptomycino-résistance dans les formes excavées de la tuberculose pulmonaire. 2) Savoir quelle serait l'action clinique et radiologique du P.A.S. donnant par voie veineuse des concentrations sanguines bien supérieures à celles obtenues par le P.A.S. par voie orale.

*P.A.S. par voie orale:* Sur 300 malades traités, 100 n'ont pu tolérer le médicament alors que les 200 autres, sur lesquels porte l'expérimentation, ont reçu de 600 à 2 000 gms de P.A.S. Le médicament a été administré dans des cas graves où la streptomycine avait échoué, dans d'autres cas graves le P.A.S. a été ensuite associé à la streptomycine; enfin, on a donné le P.A.S. seul, dans un but expérimental, dans des formes de tuberculose très variées, des formes les plus récentes aux formes chroniques. Les seuls accidents constatés au cours de cette expérimentation se résument à des troubles digestifs.

Le nombre des cas suivis, quant à l'apparition de la streptomycino-résistance, était trop peu important pour en tirer des conclusions valables.

*P.A.S. par perfusion veineuse:* Les difficultés techniques rencontrées au début ont disparu dès que les Laboratoires du docteur F. Debat eurent mis au point un soluté stabilisé de P.A.S., injectable en 2 ou 3 heures, présenté en flacons de 500 cc. contenant 15 gms du produit actif et pouvant être utilisé immédiatement en perfusion veineuse. Même dans les formes les plus sévères, on n'a jamais administré plus d'un flocon par jour, soit 15 gms de P.A.S. intraveineux remarquablement toléré.

Parmi les accidents observés, il faut noter cependant des scléroses veineuses, des érythè-

mes cutanés, des accès fébriles, des chocs. Seuls 2 cas de choc ont nécessité l'arrêt définitif de cette thérapeutique; les autres étaient d'ordre mineur et ont simplement ralenti la perfusion. Tous les autres accidents ou incidents ont seulement entraîné la suspension momentanée des perfusions et l'administration, pendant ce temps, de P.A.S. buccal.

Les résultats bactériologiques ont été spectaculaires en ce qui concerne la streptomycine-résistance. Sur 67 malades traités par streptomycine et P.A.S. en perfusion veineuse, les bacilles restèrent sensibles aux 2 antibiotiques après 4 mois de traitement ininterrompu. Enfin, malgré la persistance de cavernes, 28 patients sur 67 furent négativés après 30 à 40 jours de traitement.

Les résultats cliniques ont été excellents malgré la gravité de la forme de tuberculose traitée. On constata des transformations cliniques extraordinaires en 2 à 3 semaines.

Les résultats radiologiques ne sont pas moins intéressants. Sur 67 malades traités par streptomycine et P.A.S. en perfusion veineuse, malades présentant des formes graves d'emblée et largement ulcérées, on relève: 21% de résultats excellents, avec nettoyage total et fer-

meture des cavernes, 43% de très bons résultats, 20% de médiocres et 16% de nuls. L'action du P.A.S. seul, en perfusion veineuse, ne porte malheureusement que sur 19 cas: 15% de résultats excellents 51% de bons, 22% de médiocres et 11% de nuls.

*Conclusions:* L'action du P.A.S. en clinique est fonction de sa concentration dans les humeurs de l'organisme.

Par voie orale, le P.A.S. est généralement mal toléré à des doses efficaces où, d'ailleurs, son action clinique et surtout radiologique est très inférieure à celle du P.A.S. en perfusion veineuse.

L'action clinique, radiologique et bactériologique du P.A.S. injecté par voie veineuse est indiscutable. Les inconvénients de la perfusion veineuse et les accidents ou incidents dus au traitement sont minimes. Enfin, les résultats obtenus au point de vue de l'apparition de la résistance à l'un ou à l'autre antibiotique, quand le P.A.S. intra-veineux est associé à la streptomycine, font de cette thérapeutique le traitement préparatoire et adjuvant essentiel pour la chirurgie thoracique, en phtisiologie.

André-Ch. BOUSSAT.

## 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. Med. Psychol. », 94 : 1 (juin) 1938.

### MEDECINE

J. FURTH. — **Etudes récentes de l'étiologie et de la nature des leucémies.** (*Recent studies on the Etiology and Nature of Leukemia.*) "Blood", 6: 964 (nov.) 1951.

L'auteur, après avoir passé en revue la littérature récente à ce sujet, résume les notions actuelles que l'on possède sur la nature et les causes de la leucémie.

*La nature de la leucémie* semble reposer sur un fait essentiel siégeant au niveau de la cellule leucémique et se traduisant par une incapacité totale et acquise des leucocytes immatures à répondre aux forces qui régissent normalement leur prolifération et leur maturation. Ces modifications ont nettement une allure néoplasique et le résultat final est une cellule de type nouveau, avec variations assez importantes de son comportement et de sa morphologie.

*Les causes de la leucémie*: Un grand nombre d'agents chimiques, y compris les hormones, et certains agents physiques (rayons X, rayons gamma, rayons bêta, etc.) peuvent faire apparaître ces modifications dans les cellules lymphoïdes et même au niveau de certains autres types de cellules hématopoïétiques. Il est connu que certains agents, comme les virus, peuvent amener la production de cancer chez les mammifères. Ils sont la cause la plus fréquente de la leucémie chez les poules et il ne semble pas exister de raison pouvant les rejeter comme une cause possible de leucémie chez les mammifères. Il n'est pas certain que ces virus

qui peuvent déclencher l'apparition d'un néoplasme malin, soient aussi la cause qui l'en retienne, quoique les cellules de ces néoplasmes contiennent ordinairement dans leurs limites le virus causal. Il est certain que ce virus causal peut être transmis mais on ne peut encore affirmer s'il peut apparaître *de novo* dans une cellule aviaire ou mammifère.

Gilles GOSSELIN.

R. MADURO, P. MOLLARET et L. G. CHEVANCE. — **Une forme nouvelle de lymphoréticulose bénigne d'inoculation. La forme à porte d'entrée pharyngée.** "Annales d'Oto-Laryngologie", 68: 515 (juillet) 1951.

La maladie dite « des griffes de chat » est une affection actuellement bien définie sur le triple plan clinique, anatomo-pathologique et microbiologique. Cliniquement, adénopathies siégeant dans le territoire de drainage d'une excoriation souvent banale, même si minime qu'elle a pu être oubliée par la malade. Souvent, cette hypertrophie ganglionnaire s'accompagne d'un syndrome infectieux modéré sans atteinte alarmante de l'état général; l'affection reste bénigne mais dure volontiers quelques mois.

Au début, on considérait que l'inoculation était toujours due à une griffade de chat; il semble cependant que toute lésion du revêtement muqueux comme du revêtement cutané puisse être la porte d'entrée de cette affection.

*Histologiquement*, les lésions sont très nettes.

Au stade de début: hyperplasie considérable du tissu réticulé. Les cellules réticulaires très nombreuses présentent des noyaux augmentés de volume, irréguliers, parfois échanrés ou en caryocinèse. Le réticulum est épaissi, plus dense que normalement avec des cellules multinuclées du type Langhans. Plus tard, apparaissent des foyers de nécrose, aboutissant

souvent à la suppuration. Les polynucléaires rares au début, se multiplient et rapidement un micro-abcès intra-ganglionnaire se constitue. Au dernier stade, la structure ganglionnaire est méconnaissable: multiples foyers de nécrose parsemés de débris de polynucléaires, minces travées de réticulum où les cellules prennent un aspect en palissade.

Les données microbiologiques viennent corroborer ces données cliniques et histologiques: intra-dermo réaction spécifique qui provoque après 48 heures une papule rouge circonscrite de la dimension d'une pièce d'un franc, centrée souvent par une phlyctène; séro-réaction qui fournit des résultats positifs à des taux variant de 1/5 à 1/80.

Parallèlement, le virus vient d'être mis en évidence par certaines colorations.

Les A. présentent ensuite l'observation d'un malade: à la faveur d'une pharyngite aiguë avec inflammation diffuse de la muqueuse pharyngée à hyperplasie des îlots lymphoïdes de l'anneau de Waldeyer, le virus en cause probablement apporté par les mains ou les aliments, franchit la muqueuse pharyngée. Secondairement, il entraîne la formation d'un abcès latéro-pharyngien puis, une semaine plus tard, apparaît l'adénopathie qui devait faire évoquer le diagnostic.

Les A. concluent: 1) pour le spécialiste, elle souligne la nécessité de toujours penser à la forme pharyngée de la lympho-réticulose bénigne; 2) du point de vue général, elle démontre l'ubiquité de l'agent en cause, pour qui toute plaie, toute érosion, cutanée autant que muqueuse, peut fournir une porte d'entrée sans qu'il soit pour cela besoin d'une griffade.

Gilles GOSSELIN.

N DOBROVOSKIA et F. USTUN. — **Le rôle du métabolisme intermédiaire dans le vieillissement de l'appareil cutané.** "La Presse Médicale", 59: 1746 (25 déc.) 1951.

La sensibilité de la peau se manifeste par la teinte qui devient grisâtre et terne, l'apparition de taches pigmentaires et de crasses seni-

les, l'atrophie de l'appareil sébacé et sudoripare. La perte de l'élasticité détermine les rides.

L'acide lactique et l'acide pyruvique sont les principaux métabolites intermédiaires; leur accumulation détermine le « pyruvisme » qui contribue pour une grande part au vieillissement de l'organisme. Le « pyruvisme » a été étudié expérimentalement sur des souris et a montré le rôle de l'acide lactique qui détermine la chute des poils et de l'acide pyruvique qui provoque le dessèchement et la perte de l'élasticité cutanée.

On peut combattre la surcharge des métabolites en évitant le surmenage et l'épuisement nerveux. Le traitement de la surcharge en acide pyruvique est la vitamine B<sub>1</sub> et la vie au grand air.

P. REGNAULT.

J. CANIVET et P. FALLOT. — **Diagnostic biologique des porphyries.** "Archives des Mal. de l'App. dig. et des Mal. de la Nut.", 9: 815 (juillet-août) 1950.

Un trouble métabolique du noyau pyrrolique caractérise cette maladie qui se divise en deux formes et même en deux entités distinctes selon Waldenström.

La première dite porphyrie congénitale ou maladie de Gunther, apparaît entre deux et cinq ans et s'accompagne de manifestations cutanées marquées par une éruption érythémateuse pigmentée, vésiculeuse ou bulleuse, dues au phénomène de photosensibilité et siégeant sur les parties découvertes. L'élimination urinaire d'uroporphyrine du groupe isomérique I la caractérise.

La deuxième ou porphyrie aiguë frappe les adultes et se distingue par un syndrome abdominal et un syndrome neurologique. Elle évolue fatalement par une atteinte bulbaire dans 50 à 60% des cas. Parfois le patient semble guéri bien que le trouble métabolique persiste et laisse le sujet à la merci d'une nouvelle crise. L'élimination urinaire d'uroporphyrine III la caractérise.

Bien que la clinique puisse faire soupçonner la maladie, seul le laboratoire peut confirmer le diagnostic de porphyrie que l'on doit distinguer des porphyrinuries secondaires à d'autres affections hépatiques, hématologiques, neurologiques ou dermatologiques et de certaines intoxications qui se caractérisent par l'élimination de coproporphyrines.

Maurice COMEAU.

A. GELLHORN et U. P. COLLINS. — **Etude quantitative de la valeur du gaz moutarde dans le traitement de la Maladie de Hodgkin.** (*A quantitative evaluation of the contribution of nitrogen mustard to the therapeutic management of Hodgkin's disease.*) "Ann. Int. Med.", **35**: 1250 (décembre) 1951.

Les meilleurs résultats cliniques obtenus avec le méthyl-bis sont ceux que l'on a noté chez les malades atteints de maladie de Hodgkin. Le gaz moutarde est surtout indiqué lorsqu'il y a généralisation du processus lymphogranulomateux, car à ce moment la radiothérapie ne suffit pas à contrôler la dissémination et les rémissions sont plus rares et plus courtes.

Les A. ont étudié l'évolution de 67 de ces malades traités alternativement par la radiothérapie et le gaz moutarde durant des périodes variant de 6 mois à 4 ans. Il paraît préférable d'administrer d'abord le méthyl-bis pour ensuite attaquer les zones résiduelles par la radiothérapie.

Les doses administrées: 0,2 mgm par kilo de poids pour 2 jours consécutifs.

Ils comparent les résultats obtenus de la sorte avec l'évaluation de 65 cas traités seulement par radiothérapie avant 1946.

Le taux de mortalité des 4 années qui ont suivi le diagnostic biopsique ne montrent que peu de différence entre les deux groupes et il ne semble pas que l'addition du gaz moutarde

à la radiothérapie prolonge l'existence de ces malades.

Cependant, il semble que le temps consacré à la radiothérapie est réduit de moitié chez ceux qui reçoivent du méthyl-bis à cause des rémissions plus longues.

Des signes de toxicité ne sont apparus que dans 7% des cas et une seule mort paraît être secondaire à la médication (dissémination miliaire d'une tuberculose pulmonaire pré-existante.)

On a noté une amélioration subjective et objective des symptômes dans 78% des cas traités par le méthyl-bis.

Les A. concluent que le gaz moutarde, s'il ne prolonge pas la vie des malades atteints de Hodgkin, reste un adjuvant précieux à la radiothérapie parce qu'il amène des rémissions prolongées et diminue le nombre des séances de radiothérapie.

Gilles GOSSELIN.

## CHIRURGIE

W. M. EVITT. — **La radiothérapie dans la prévention et le traitement des cicatrices hypertrophiques.** "British Journal of Plastic Surgery", **4**: 104 (juillet) 1951.

L'auteur recommande un traitement pré-opératoire et post-opératoire de 525 à 650 r. Il faut obtenir une réaction cutanée du premier degré qui peut laisser une pigmentation temporaire. La radiation inhibe la prolifération épidermique, réduit la vascularisation et l'infiltration inflammatoire. Il est bon d'employer un voltage bas (50 à 80 K.V.), une distance très réduite et n'irradier que la surface cicatricielle. Il faut obtenir un érythème léger. Le traitement pré-opératoire doit être fait environ une semaine avant l'opération. Le traitement des cicatrices récentes est très satisfaisant; dans les autres cas il est très aléatoire.

P. REGNAULT.

W. C. BECK. — **Foi aveugle dans la blouse et les gants.** (*False faith in the surgeon's gown and surgical gown and surgical drape.*) "The American Journal of Surgery", **83**: 2 (février) 1952.

On a beaucoup progressé ces dernières années dans la préparation du champ opératoire, des mains du chirurgien, des instruments et des sutures tandis que les champs et les blouses étaient négligés; ceux-ci en effet sont d'une stérilité parfaite tant qu'ils restent secs; s'ils sont mouillés par du sang, du sérum, du plasma, etc, ils laissent passer les bactéries sous-jacentes. Une barrière peut-être interposée par un tissu imperméable, comme l'ont montré des expériences *in vitro* et *in vivo*. Cependant il faudrait avoir un tissu imperméable qui permette l'évaporation cutanée du malade et du chirurgien; en attendant, souvenons-nous que tout champ mouillé ou toute blouse mouillée ou humide est une porte ouverte à la contamination et doit être changée immédiatement.

P. REGNAULT.

R. LERICHE. — **Essais de traitement de l'ictus cérébral et de ses séquelles paralytiques.** "Presse Médicale", **60**: 153 (6 février) 1952.

L'auteur attire l'attention sur la possibilité d'agir par des moyens simples sur la circulation cérébrale dans les ictus brutaux ou progressifs qui suivent l'arrivée d'une embolie cérébrale. Bien souvent, il a été possible de faire cesser le coma en quelques minutes et de réduire l'étendue des phénomènes paralytiques au moyen de blocages stellaires.

Dès 1920, l'auteur supposait qu'il existait des spasmes localisés et durables autour de tout foyer d'ischémie cérébrale. Il rappelle qu'après avoir tenté diverses interventions, il en est venu à tenter le blocage stellaire et en 1936, il rapporte les deux premiers cas de guérison.

Douze ans plus tard, De Takats et Gilbert aux Etats-Unis tentent ce traitement et obtiennent 19 résultats favorables chez 25 malades. Naffziger et Adams publient leurs résultats chez 225 patients dont 155 ictus traités immédiatement avec 59% de guérison complète, 24% d'amélioration et échec dans 17%.

L'auteur a peu souvent eu l'occasion de traiter les ictus emboliques, mais il conseille le traitement suivant: blocage stellaire immédiat avec 10 cc de percaïne à 1% et recommencer six heures après avec 20 cc, puis pour une quinzaine, un blocage stellaire chaque jour.

Il termine en donnant son impression d'ensemble après avoir traité plus de 100 hémiplésiques anciens par cette méthode. Moins le cas est ancien, plus il existe de chances d'améliorer ces infirmes. Chez quelques malades, le résultat est surprenant mais il faut compter beaucoup d'échecs. Toutefois, étant donnée la détresse de ces anciens hémiplésiques et surtout des aphasiques, cette méthode de blocage stellaire précoce devrait être largement tentée.

Maurice GERVAIS.

R. LERICHE. — **Essais de traitement de l'ictus cérébral et de ses séquelles paralytiques.** "Presse Médicale", **60**: 153 (6 février) 1952.

J. GORDON et P. C. PRATT. — **Bronchectasie, étude comparative de la maladie pyogénique suppurative tuberculeuse et non tuberculeuse.** (*Bronchiectasis: a comparative study of tuberculous and non tuberculous pyogenic suppurative disease.*) "The Journal of Thoracic Surgery", **22**: 411 (octobre) 1951.

Les auteurs ont comparé les bronchectasies tuberculeuses et non tuberculeuses suivant quatre points de vue:

- 1 — la localisation pulmonaire,
- 2 — la bronchographie,
- 3 — les films en inspiration et expiration,
- 4 — les injections de spécimens de chirurgie ou d'autopsie avec un milieu de contraste.

La tuberculose se situe communément dans les portions postérieures et apicales des segments pulmonaires alors que la bronchectasie tuberculeuse se localise fréquemment dans les portions postérieures et basilaires des segments pulmonaires.

Dans la tuberculose, les dilatations montrées par la bronchographie s'étendent aux deux tiers médians du champ pulmonaire et sont absentes dans le 1/3 latéral tandis que dans la bronchectasie non tuberculeuse, les dilatations bronchiques sont visibles jusqu'au rebord pleural du lobe.

Les films en inspiration et en expiration montrent que dans les cas non tuberculeux, il n'y a pas de changement de calibre des bronches dilatées tandis que dans les bronchectasies tuberculeuses, la bronche dilatée montre un comportement normal i.d. qu'à l'expiration elles diminuent de calibre.

Les injections de spécimens avec un milieu de contraste mettant en évidence les bronches et les artères pulmonaires soulignent les différences suivantes:

— dans la bronchectasie tuberculeuse on observe de l'endartérite oblitérante, de la bronchite ou bronchiolite oblitérante, de la dilatation des grosses bronches s'accompagnant de raccourcissement, d'élargissement et d'absence d'arborisations, et de plus les images anormales se confinent aux portions internes pulmonaires et sont absentes aux portions externes sous-pleurales.

— dans la bronchectasie non tuberculeuse on remarque par contre: que le système artériel pulmonaire est intact, que le système bronchique a la même apparence que dans le bronchogramme avec peu ou pas d'arborisation et qu'enfin les dilatations s'étendent jusqu'aux limites pleurales. L'angiographie chez quelques patients confirme que dans la bronchectasie non tuberculeuse on trouve un réseau pulmonaire artériel relativement normal.

Les auteurs croient de plus pouvoir distinguer entre la bronchectasie d'origine congénitale et la bronchectasie non tuberculeuse acquise en étudiant le système artériel pulmonaire. Dans la maladie kystique par exemple l'angiogramme pulmonaire montre une diminution marquée de l'arbre artériel, image que l'on ne retrouve pas dans le poumon bronchectasique acquis non congénital ou dans le poumon normal.

Roland GUY.

## PHTISIOLOGIE

J. C. ROETTIG, H. G. REISER, W. HABBEH et L. MARK. — **L'emploi de la trypsine dans les empyèmes.** (*The use of trypsin in chest disease.*) "Diseases of the Chest", 21: 243 (mars) 1952.

Les auteurs donnent avec précision les indications et le mode d'emploi de la trypsine dans les empyèmes tuberculeux ou non. Très rapidement la trypsine supprime la membrane pyogène, fluidifie l'épanchement et dans 65% des cas où l'empyème ne date pas de plus de six mois elle suffit à amener la ré-expansion pulmonaire. Dans les autres cas, elle prépare bien à la décortication en stérilisant la cavité pleurale. Des réactions locales du type histaminique sont rares et un traitement anti-histaminique préalable les prévient. Fait important à noter, la trypsine ne lèse que les tissus morts contrairement aux enzymes dérivés du streptocoque. L'existence d'une fistule broncho-pleurale ne contre-indique pas le traitement.

Maurice DORAY.

A. G. KARLSON et J. H. GAINER. — **L'influence de la cortisone sur la tuberculose expérimentale du cobaye.** (*The influence of cortisone on experimental tuberculosis of guinea-pigs.*) "Diseases of the Chest", 20: 469 (novembre) 1951.

Les auteurs ont inoculé 48 cobayes avec un bacille de Koch virulent. 20 jours après, 6

d'entre eux furent sacrifiés et se montrèrent porteurs de lésions tuberculeuses apparentes.

Le reste des animaux fut divisé en plusieurs lots: 10 témoins; 8 traités 1 fois par jour par 6 mg de streptomycine; 8 traités 1 fois par jour par 2mg de streptomycine; 8 traités 1 fois par jour par 2 mg de cortisone; 8 traités 1 fois par jour par l'association de 2 mg de streptomycine et 2 mg de cortisone.

Le traitement fut continué pendant 62 jours. Au cours de ce traitement, les animaux recevant de la cortisone séparément ou iombinée à la streptomycine accusèrent une chute notable de poids et une diminution de leur sensibilité à la tuberculine par rapport aux animaux des autres lots. Tous les animaux furent sacrifiés après 62 jours de traitement.

Les animaux témoins qui n'avaient reçu aucun traitement et ceux qui n'avaient reçu que de la cortisone présentaient une tuberculose étendue des poumons, du foie et de la rate. Il n'y avait à peu près aucune lésion visible chez ceux qui avaient reçu 6 mg de streptomycine, et ceux qui avaient reçu 2 mg de streptomycine avaient moins de lésions que les témoins. Il n'y eut que 2 des 8 animaux traités par l'association streptomycine et cortisone qui parurent en tirer avantage. Les 6 autres cobayes étaient atteints de lésions comparables à celles des témoins. Les examens histopathologiques confirmèrent les constatations d'autopsie. Chez 6 des 8 animaux traités simultanément par la streptomycine et la cortisone, il semble que la cortisone a empêché l'arrêt du processus tuberculeux et sa guérison. Ajoutons que la cortisone n'a pas d'action inhibitrice sur la streptomycine *in vitro*.

Paul DIONNE.

Karl KASSOURITZ et George MUSCATO. —

**Résultat du traitement de la pneumonie, des empyèmes, des bronchectasies et des abcès pulmonaires après plusieurs années d'emploi des antibiotiques.** (*The long range effect of antibacterial therapy on pneumonia, empyema, bronchiectasis and pulmonary abscesses.*) "Diseases of the Chest", 21: 161 (février) 1952.

Durant le dernier quart de siècle, la médecine a remporté un éclatant succès dans le traitement de la pneumonie et de l'influenza. Si le taux de la mortalité a baissé d'une façon spectaculaire, en est-il ainsi du taux de la morbidité? Afin de tirer quelques conclusions les auteurs analysent les dossiers de 5927 cas de pneumonie survenus parmi les 74 489 patients admis au Children's Hospital de Milwaukee de 1929 à 1949.

Durant cette période, l'incidence de toutes les formes de pneumonie s'est maintenue à un taux stable de 8%. En disséquant cette classe de maladies, les auteurs ont constaté les faits suivants: le taux de la pneumonie lobaire s'est maintenu stable de 1929 à 1939; mais il a baissé de façon surprenante de 1939 à 1939 de 3% à 1,2%. Au contraire, le taux des bronchopneumonies d'admission a augmenté de 3% à 8% tandis que celui des broncho-pneumonies secondaires i.d. survenues durant leur séjour à l'hôpital a baissé de 2% à presque 0%.

Cette différence s'expliquerait par le fait que les patients hospitalisés traités pour toute sorte de maladie ou opération, recevraient des antibiotiques, ce qui préviendrait l'apparition de broncho-pneumonie. D'un autre côté la quantité élevée de bronchopneumonies dépendrait d'un traitement inadéquat ou tardif des infections broncho-pulmonaires banales.

Quant au taux de mortalité, il est passé de 27% à 5%.

Pour ce qui est des empyèmes, le taux de morbidité est passé de 13% à 1% et celui de la mortalité de 7% à 2%. Les bronchectasies de 18 à 9 au point de vue de la morbidité et les abcès pulmonaires de 27 à 3%.

Les auteurs concluent que si les antibiotiques n'ont pas contribué pour beaucoup à faire baisser le taux général de la morbidité par pneumonie, ils ont contribué pour beaucoup à diminuer les complications hospitalières de broncho-pneumonie et même de pneumonie et

surtout les complications éloignées de ces mêmes maladies, l'empyème et la bronchectasie. Si le nombre de vies sauvées depuis l'apparition des antibiotiques est impressionnant nous pouvons présumer combien de malades ne seraient pas hospitalisés et combien de jours d'hospitalisation seraient évités si les traitements adéquats étaient appliqués énergiquement à la maison à tout patient souffrant de maladie trachéo-bronchique banale.

Fernand HEBERT.

MAX MICHAEL Jr. — **Le traitement de la sarcoïdose par la cortisone.** (*The treatment of sarcoidosis with cortisone.*) "Transactions of the National Tuberculosis Assoc.", Symposium on cortisone and ACTH, 1951, pp. 65-68.

Rapport de 10 cas de sarcoïdose traités par la cortisone. Les doses ont varié; 9 patients ont reçu 200 mm par jour pour 3 jours et ensuite 100 mm par jour pendant 1 à 4 mois. L'observation s'est établie sur une durée d'un mois à un an. Le diagnostic a été fait tant cliniquement que par biopsie ganglionnaire.

Quant aux résultats, on a noté chez tous les patients une sensation d'euphorie durant le traitement. La toux et l'expectoration ont diminuées de façon très appréciable. La dyspnée disparaît presque complètement chez plusieurs patients. Mais ces améliorations ont été éphémères et n'ont subsisté que pendant la durée du traitement.

Les régressions radiologiques furent minimes dans les formes ganglionnaires et plus marquées dans les formes parenchymateuses. Les meilleurs résultats furent obtenus sur les lésions oculaires. Trois patients sur 10 avaient une iridocyclite et l'application locale de cortisone en gouttes fut faite pendant 3 semaines en plus du traitement ordinaire. Chez deux patients, l'amélioration s'est continuée même après cessation du traitement et la vision a été de beaucoup améliorée.

Si on analyse ces résultats on note deux choses importantes: 1 — Amélioration notable des lésions inflammatoires oculaires et une régression radiologique marquée des lésions pulmonaires de forme exsudative. A date chez aucun des malades traités il n'y a eu d'apparition de lésions tuberculeuses. La cortisone réduit le processus inflammatoire aigu en général mais le médicament ne semble pas avoir de réponse spécifique sur cette maladie. 2 — Le fait que la cortisone n'ait pas fait apparaître de lésions tuberculeuses chez ces patients peut nous faire penser que la sarcoïdose n'est pas une forme de tuberculose parce que l'effet nocif de la cortisone sur les lésions tuberculeuses est un fait de plus en plus certain.

Ruben LAURIER.

P. VERAN et V. GUINOT. — **Le P.A.S. dans le traitement de la tuberculose pulmonaire non miliaire.** "Revue de la Tuberculose", 15: 73, 1951.

Il s'agit de 121 tuberculeux tolérant au P.A.S. qui ont été traités par ce médicament durant 50 jours à 8 mois. Le recul de 3 à 6 mois permet aux auteurs de nous donner leur opinion à ce sujet. D'abord, ils n'ont noté aucun accident grave ni trouble toxique sérieux.

Tous les cas de tuberculose cavitaire ont été omis pour la bonne raison que le P.A.S. n'a aucune action. On l'a employé dans les cas suivants: a) dans les T.B. curables spontanément, afin de raccourcir le temps de la guérison; b) dans les phtisies apparemment incurables; c) dans la T.B. streptomycino-résistante; d) dans la collapsothérapie pour la rendre possible et pour combattre ses complications.

L'indication principale du P.A.S. c'est la tuberculose nodulaire, surtout si elle est récente. Alors on voit les troubles fonctionnels s'améliorer (poids, forces, température, crachats, diaphorèse). Mais les signes radiologiques ne suivent pas aussi bien la même tendance.

En conclusion, ce travail démontre que le P.A.S. a une action surtout sur les signes cliniques de la T.B. nodulaire récente avec streptomycino-résistance.

Paul-René ARCHAMBAULT.

H. JOLY. — **Evolution actuelle du traitement de la tuberculose pulmonaire ulcérée.** "Revue de la Tuberculose", 15: 248, 1951.

De nos jours, même en France, les méthodes collapsothérapeutiques sont à la baisse. On ne comprime plus un poumon, quand il existe une très petite lésion. La phrénicectomie, le PNO ont des indications bien moins nombreuses, parce que ces collapsus réduisent considérablement la fonction pulmonaire même lorsqu'on les abandonne. Au point de vue physiologique, la chirurgie respecte ce qui doit être respecté. C'est son très grand avantage.

La découverte des antibiotiques, la lutte antituberculeuse sont venues modifier les types de lésions que, de nos jours, nous observons.

La strepto qui agit bien sur les lésions T.B. surtout récentes, est sans action sur les cavernes. L'association de la strepto au collapsus chirurgical, est toujours indiquée au cours du traitement chirurgical. On voit des malades gravement atteints capables de subir des interventions qui autrefois étaient impraticables. Une statistique illustre bien cette opinion: 63,6% de mortalité chez les T.B. opérés sans strepto, = 11,7% chez les opérés qui ont reçu la strepto. C'est pourquoi le nombre des opérés augmente. Même l'âge offre moins de contre-indications opératoires. Les opérés de plus de 40 ans sont de plus en plus nombreux. Le PNO semblerait à son déclin.

S'il y a bilatéralité des lésions, les lésions sont anciennes, s'il apparaît une streptomycino-résistance dans les cas de T.B. pulmo-

naire ulcérées, c'est encore la collapsothérapie qui est indiquée.

Mais si les lésions sont jeunes, la cure hygiéno-diététique doit garder sa place.

Paul-René ARCHAMBAULT.

F. COSTE, P. BOURGEOIS, P. CALMICHE et V. DUPONT. — **A propos de deux cas de traitement par la cortisone et l'ACTH chez des malades tuberculeux.** "Revue de la Tuberculose", 15: 809, 1951.

Jusqu'à présent des observations trop isolées ne nous permettaient pas d'avoir une opinion bien définie sur le problème.

Les auteurs présentent deux cas traités par cette hormone sans aucun effet dommageable sur leur tuberculose. Le premier patient est un alcoolique souffrant d'hépatite alcoolique, de polynévrite et de syphilis, le tout compliqué d'une tuberculose caséuse. Après un traitement à la streptomycine et au PAS apparaît une éruption érythrodermique, vésiculeuse, suintante pour laquelle l'ACTH est donnée. Cette lésion s'améliore de même que la tuberculose pulmonaire.

Le deuxième cas est un patient souffrant de maladie d'Addison avec mélanoderme et asthénie grave, avec arthrite subaiguë du genou. De plus, il présenta deux plages pulmonaires criblées d'une opacité granitée qui ne donne pas de BK dans les crachats. La désocortico-stérone est donnée puis associée à 90 grammes de streptomycine. L'état s'améliore et les plages pulmonaires se nettoient.

En conclusion, il n'est pas certain que ce traitement hormonal aggrave la tuberculose. L'auteur rapporte 250 cas de rhumatisants traités à la cortisone sans accident tuberculeux. De plus il ne s'agit pas de considérer ces hormones comme traitement de la tuberculose. De plus les expériences sur animaux semblent faussées par les doses trop toxiques adminis-

trées et seulement pour l'espèce considérée. Ainsi, chez les lapins, la cortisone renforcerait la résistance à l'infection tuberculeuse.

La question reste encore complexe et entourée d'obscurités.

Jacques GOUGOUX.

## CARDIOLOGIE

Louis WOLFF. — **Importance différentielle des signes péricardiques pleuraux et pulmonaires dans les maladies cardiovasculaires.** (*Diagnostic implications of pericardial pleural and pulmonary involvement in cardiovascular disease.*) "New Engl. J. of Med.", **244**: 965 (28 juin) 1951.

L'auteur nous livre ses réflexions sur les symptômes péricardiques, pleuraux ou pulmonaires de quatre conditions thoraciques aiguës ou le diagnostic différentiel est souvent difficile.

### *Atteinte péricardique*

Le péricarde est ou peut être intéressé dans la péricardite aiguë idiopathique, l'infarctus myocardique et l'anévrysme disséquant de l'aorte. Il n'est pas touché dans l'embolie pulmonaire. La péricardite aiguë idiopathique est une affection bénigne du péricarde, de nature infectieuse, probablement causée par un virus et caractérisée par une douleur thoracique ressemblant à celle de l'infarctus ou l'anévrysme disséquant — Dès le début, audition d'une frottement et changement de l'électro — Ce frottement peut durer plusieurs jours et semaines. La douleur est aggravée par l'inspiration, la toux, les mouvements du corps et le décubitus — Epanchement de peu d'importance en général — Dans l'infarctus, l'atteinte péricardique est notée dans à peu près un cinquième des cas. Au moins vingt-quatre heures s'écoulent avant l'apparition du frottement. On l'entend rarement après la première semaine. Ce frottement est éphémère, dure quelques heures à deux jours au plus — Epanchement rare — Chez les patients traités au dicumarol, le frottement peut durer comme conséquence d'un suintement consécutif à l'hy-

poprothrombinémie. Dans l'anévrysme disséquant, la péricardite résulte d'un infarctus concomitant de l'urémie ou d'une hémorragie et la tamponnade cardiaque et la mort subite n'en sont pas toujours des conséquences immédiates.

### *Atteinte pleurale*

La plèvre est toujours intéressée dans la péricardite aiguë idiopathique comme le prouve le frottement pleural, l'épaississement pleural ou un épanchement. Souvent ces signes sont bilatéraux. Dans l'embolie pulmonaire, douleur pleurale dans la moitié des cas, frottement pleural dans un dixième des cas, épanchement important rare. Dans l'anévrysme disséquant, possibilité d'un hématorax gauche considérable.

### *Atteinte pulmonaire*

Possible dans les quatre conditions déjà discutées, surtout évidemment dans l'embolie pulmonaire.

Paul DAVID.

Max G. SHERER et William E. GREER. — **Insuffisance cardiaque prémenstruelle.** (*Cyclic premenstrual congestive heart failure.*) "New Engl. J. of Med.", **244**: 973 (28 juin) 1951.

Les auteurs déclarent que le syndrome prémenstruel d'insuffisance cardiaque a reçu peu d'attention. (Ajoutons en Amérique car ce syndrome a été très bien décrit par l'Ecole Française, particulièrement Lenègre). Ils décrivent un cas de maladie rhumatismale avec double lésion mitrale et aortique où ils ont observé des crises d'œdèmes aigu coïncidant avec les menstruations.

La rétention d'eau et de sel avant les menstruations résulte probablement d'une augmentation de l'activité du cortex surrénalien secondaire à une élévation de l'ACTH produite par la stimulation de la glande pituitaire par des produits d'oxydation des substances œstrogéniques. Les auteurs suggèrent l'emploi de pro-

gestérone 25 mm pendant 5 jours, pendant les 6 à 8 jours qui précèdent les menstruations — Répéter 2 ou 3 fois — On peut donner du testostérone pour réduire l'activité pituitaire, 10 mgm *per os* par jour du 5<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> jours jusqu'à l'époque des règles — Employer ce médicament avec plus de prudence chez les jeunes — Réduire le sel et administrer un diurétique mercuriel.

Paul DAVID.

John A. MEYER. — **Coarctation de l'aorte.** (*Coarctation of the aorte.*) "New Engl. J. of Med.", **245**: (19 juillet) 1951.

L'auteur fait une excellente revue de cette question et cet article est une mise au point très bien pensée et rédigée.

Crafoord (Suède) opéra son premier patient le 19 octobre 1944.

Gross fit une première opération à peu près identique le 6 juillet 1945.

#### *Pathologie de la coarctation*

Bonnet en 1930 différencie les types infantile et adulte.

Type infantile: sténose assez prolongée allant de l'origine de la sous-clavière gauche à l'insertion aortique du canal artériel. Survie rare après l'âge de 2 ans.

Type adulte: sténose localisée au point d'insertion du canal ou très près de lui — sténose annulaire diaphragmatique. Peut être vu à n'importe quel âge.

Dans type adulte — dilatation aortique post-sténotique fréquente.

Au microscope: lésion — épaissement fibreux et localisé de l'intima au-dessous la média montre de l'atrophie et une perte du tissu élastique. Cette lésion est souvent trouvée dans la paroi de l'aorte sous la sténose et montre un point d'un cm. de diamètre élevé sur la surface endothéliale. On croit que cette lésion « jet lésion » est le résultat du traumatisme produit par le jet de sang frappant la paroi aortique après être passé à travers la constriction.

Cette lésion est importante pour deux raisons:

1. — Cette lésion peut être située dans cette portion de l'aorte qui servira à l'anastomose. Dans ce cas l'atrophie et la vascularité de cette zone peut empêcher une guérison de l'anastomose.

2. — La perte de tissu élastique de la média peut permettre la formation d'un anévrisme sacculaire.

Autrefois on acceptait l'hypothèse « skodaïque » pour expliquer l'étiologie de la coarctation, constriction résultant d'un ultra développement dans la paroi aortique du tissu fibreux qui ferme le canal artériel — La popularité de cette conception vient du fait que le segment sténosé est le plus souvent situé au niveau du ligament mais elle n'explique pas les cas où il y a persistance du canal et les cas où la sténose est localisée à distance du ligament.

Edwards et Christensen ont apporté des arguments contre cette théorie à partir d'une étude détaillée de coupes microscopiques. Ils trouvent que la base étiologique de ce rétrécissement réside dans une déformité particulière de la média qui prend la forme d'un épaississement localisé dans les parties supérieure, antérieure et postérieure de la paroi se projetant dans la lumière sous forme d'un rideau ou diaphragme. Ils trouvèrent cette anomalie dans tous les cas de coarctation de tout âge et de tout type. Les auteurs croient que le ligament artériel ne joue aucun rôle dans l'étiologie de la coarctation.

Une valvule aortique bicuspidée est une anomalie souvent associée à la coarctation mais on ne sait pas encore si cette lésion est d'origine congénitale ou acquise: 23,5 à 42,7% des cas suivant les auteurs.

Relation nette entre le degré de sténose et le développement de la circulation collatérale.

Les principaux canaux anastomotiques sont:

1 — Canal mammaire interne — épigastrique qui fait passer le sang des artères sous-clavières aux iliaques externes.

2 — Canal mammaire interne — aorte descendante par artères intercostales 3e à la 12e — érosion costale.

#### *Causes de mort dans la coarctation*

61% des patients sont morts avant ou durant la 40e année de vie.

74% sont morts de causes directement associées à la condition.

26% sont morts de causes indirectes ou accidentelles.

23% des patients sont morts avant rupture de l'aorte (âge moyen 30 ans).

22% des patients sont morts d'endocardite bactérienne et d'aortite.

18% des patients sont morts d'insuffisance cardiaque (âge moyen 39 ans).

11% des patients sont morts de lésions vasculaires intracrâniennes (âge moyen 28 ans).

#### *Signes cliniques de la coarctation*

Gross croit que le test à l'exercice a de la valeur dans le diagnostic, une personne normale montre élévation de la systolique de 20 à 40 mm. alors qu'avec coarctation élévation souvent aussi haute que 100 à 150 mm. au-dessous de la P.A. de repos.

Le plus jeune patient ayant montré érosion costale — 8 ans.

#### *L'hypertension dans la coarctation*

P.A. ordinaire dans coarctation — 160/180 sur /90.

Rarement la diastolique est plus haute que 90. En fait l'hypertension est avant causé par la sténose.

#### *Considérations sur le traitement chirurgical*

Anesthésie intra-trachéale avec éther — oxygène.

Préserver le plus de collatérales possibles autour de l'endroit sténosé. Meilleur âge semble être de 20 à 30 ans.

Paul DAVID.

## UROLOGIE

P. S. RHOADS, C. A. BELLINGS et V. J. O'CONNOR. — **Contrôle des infections urinaires.** (*Antibacterial Management of Urinary Tract Infections.*) "J. A. M. A.", 148: 165 (19 janvier) 1952.

Dans 20% des autopsies, on a retrouvé des signes de pyélonéphrites actives ou guéries, dont 6% seulement auraient été diagnostiquées.

Les trois-quarts des infections urinaires ont comme origine une obstruction à l'évacuation de l'urine ou encore une infection focale. Le gantricin a une action bactériostatique à peu près la même que la sulfadiazine mais une solubilité beaucoup plus grande. Ces deux médications ainsi que la mandelamine pour les infections à colibacilles ou à strepto paraissent être les plus employées.

Les bactéries les plus fréquemment rencontrées dans les infections urinaires sont le colibacille, le streptocoque et le P.S.S. *Aeruginosa*. Les résultats thérapeutiques sont beaucoup plus favorables dans les infections urinaires basses, et sans obstruction. On a réussi à guérir 47% des cas d'infection sans obstruction et seulement 7,6% des cas avec obstruction. Le colibacille est très fréquemment associé à d'autres organismes, spécialement dans les infections avec obstruction. C'est pourquoi l'emploi de deux médications antibactériennes est beaucoup plus effectif que la thérapie avec un seul agent. Le streptocoque confine au tractus urinaire bas, est insensible au sulfa, mais sensible au traitement local. Le P.S. *Aeruginosa* spécialement dans l'obstruction urinaire au niveau du rein ou de l'uretère est insensible aux antibiotiques. *In vitro* la polymyxine, l'aérosporine et la néomycine sont actives dans ce genre d'infection mais ne peuvent pas être employées actuellement *in vivo* à cause de leur grande toxicité. Les auteurs proposent le plan de traitement suivant: 1. Identification du micro-organisme responsable de l'infection. 2. La localisation de l'obstruction à l'écoulement libre de l'urine. 3. La recon-

naissance des foyers d'infection au contact du tractus urinaire ou encore drainant dans ce dernier. 4. Test de sensibilité lorsque la culture prise quarante-huit heures après la dernière prise de médicament est encore positive. 5. L'administration de l'antibiotique de choix suivant le test de sensibilité. L'auteur présente un tableau comparatif pour l'emploi des différentes médications anti-infectueuses suivant le microbe en cause.

P.-M. BELANGER.

Edwin P. ALYEA et R. W. RUNDLES. — **Etude de la moelle osseuse dans le cancer de la prostate.** (*Bone Marrow Studies in Carcinoma of the Prostate.*) "J. Urol.", 62: 332 (septembre) 1949.

Les métastases au cours du cancer de la prostate se font par les vaisseaux lymphatiques ou par la voie sanguine. Cependant, les auteurs considèrent que les métastases empruntent surtout la voie sanguine. En effet, les métastases originant de la tumeur primitive qu'on rencontre dans la moelle osseuse du sternum et dans les autres os sont une preuve de la fréquence de la dissémination des cellules tumorales par voie sanguine.

On sait que les cellules néoplasiques sont occasionnellement retrouvées dans la moelle osseuse avant même que des modifications sanguines et radiologiques soient décelables. Ce qui fait affirmer par les auteurs que les cellules tumorales apparaissent en premier dans le tissu hématopoïétique plutôt que dans le tissu osseux. Ces observateurs font mention de cent deux patients porteurs de différentes variétés de tumeur. De ces cent deux patients, trente-deux avaient un épithélioma de la prostate; chez dix-huit d'entre eux, l'histo-pathologie avait confirmé le diagnostic d'épithélioma. Chez ces dix-huit patients on a retrouvé des cellules métastatiques: quinze cas dans la moelle osseuse du sternum, un cas à la colonne vertébrale et deux cas à l'iléon.

Les auteurs croient avoir remarqué un signe important chez les patients avec des métastases de la moelle osseuse au niveau du sternum.

Ce signe se caractérise par une douleur intense qu'une pression assez forte éveille au niveau du sternum. Ces deux auteurs poursuivent en expliquant le but de leurs études; il veulent apporter par ce procédé un autre moyen de diagnostic en particulier dans les cas douteux car cette étude de la moelle osseuse peut parfois aider considérablement. En effet, dans un groupe de trente-deux patients où l'on a recherché les métastases dans la moelle osseuse il y en avait vingt-quatre chez lesquels ni la radiographie, ni la biopsie n'avaient certifié la présence de métastases, alors que chez quatorze d'entre eux, soit 58% on a retrouvé des métastases dans la moelle osseuse. Chez cinq patients il n'existait aucun signe évident de métastase; chez quatre autres, l'étude de la moelle osseuse a donné un résultat négatif; cependant, chez un patient, on a retrouvé des métastases dans la moelle osseuse et, de plus, chez trois patients avec un diagnostic radiologique douteux on a mis en évidence la présence de cellules tumorales dans la moelle osseuse. Ce qui fait conclure aux auteurs après cette étude sur un groupe de trente-quatre malades que chez quatre malades, ce moyen de diagnostic s'est révélé supérieur à la radiographie.

Si l'on compare la phosphatasémie acide et l'étude de la moelle osseuse, il est au dire des auteurs, plutôt rare de rencontrer une phosphatasémie acide élevée sans qu'il existe des signes radiologiques évidents de métastases. Cependant, parmi dix-huit patients avec présence de cellules tumorales dans la moelle osseuse, quatorze avaient une phosphatasémie acide élevée, tandis que chez les quatre autres malades la phosphatasémie était normale. Les auteurs tentent d'expliquer cette observation en prétendant que ceci peut être dû au fait que certaines cellules tumorales pourraient ne pas produire de la phosphatase acide.

Les auteurs terminent leur exposé en prétendant que cette étude de la moelle osseuse au cours du cancer de la prostate peut aider considérablement dans les cas douteux, surtout chez ceux où la radiologie est négative ou

peu concluante, et que la phosphatasémie acide demeure normale.

Gilles GOSSELIN.

### RADIOLOGIE

J. GERSHON-COHEN, M. B. HERMEL, H. S. READ, B. CAPLAN et A. G. COOLEY. — **Trois ans d'expérimentation avec des radiographies transmises par téléphone.** (*Telognosis: diagnosis by telephone-transmitted roentgenograms.*) "J. A. M. A.", 148: 731 (mars) 1952.

Le télagnostique ou l'interprétation de facsimilés radiographiques obtenus de source éloignée par téléphone ou radio est employé régulièrement depuis 1947. Les premiers essais ont été tentés avec succès entre l'hôpital Chester County de West Chester et Philadelphie, puis un circuit régulier a été établi sur les circuits téléphoniques commerciaux très occupés entre la clinique Ventnor d'Atlantic City et Philadelphie, une distance de 60 milles.

L'appareil consiste en un émetteur qui pose des radiographies de toutes dimensions (jusqu'à 14 x 17). Un récepteur reproduit les facsimilés réduits de moitié. Les consultations et les rapports des résultats radiologiques sont faits sur le même circuit téléphonique employé pour l'envoi des facsimilés et peuvent être enregistrés automatiquement sur un dictographe. Il n'y a pas de limite à la distance et selon les circonstances, les circuits téléphoniques commerciaux ou la transmission radiophonique à ondes courtes peuvent être employés. Les signaux en circuit privé sont envoyés directement du transmetteur à l'enregistreur sans alerter le bureau central du téléphone. Le films pour les facsimilés photographiques coûtent en moyenne 4 cents par copie.

Entre Atlantic City et Philadelphie l'interprétation des facsimilés a été comparée avec celle des originaux et l'on en est arrivé exactement au même résultat.

Les auteurs ne proposent pas cette méthode de diagnostic comme substitut au radiologiste dans un hôpital, mais un petit hôpital sans radiologiste qualifié pourrait obtenir de tels

services d'un grand centre. On propose le télagnostique comme moyen didactique aux résidents en radiologie qui peuvent travailler dans de petits hôpitaux communiquant avec un centre enseignant. Cette innovation pourrait encore servir dans des champs encore inexplorés comme v.g. les poste militaires éloignés, les vaisseaux en mer, etc...

Julien LAMBERT.

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Boris SOKOLOFF et Walter H. EDDY. — **Effet de l'auréomycine sur les tumeurs transplantées.** (*Effect of Aureomycin on Transplanted Tumors.*) "Arch. of Path.", 52: 210 (septembre) 1951.

Il a été rapporté que l'auréomycine ajoutée en petite quantité à la nourriture du porc, du poulet et du dindon favorisait leur croissance. Les auteurs ont étudié l'effet de ce produit sur la croissance du cancer, mais du cancer transplanté seulement. Son effet sur les cancers spontanés est actuellement à l'étude et les résultats en seront publiés plus tard. On peut tout de même affirmer qu'à dose thérapeutique elle favorise la croissance du cancer mammaire spontané chez la souris C3H.

Le mécanisme d'action de l'auréomycine favorisant la croissance est inconnu. On sait qu'elle favorise le stockage de la vitamine B<sub>12</sub> et stimule ainsi indirectement la croissance. Par contre, peut-être agit-elle par l'entremise d'une autre voie physiologique, mais de toute façon elle favorise la croissance de quelques tumeurs transplantées. Il faut attirer l'attention des chercheurs médicaux sur ce point, car, depuis que Howland et ses associés ont rapporté l'action protectrice de l'auréomycine contre les radiations, cette médication est employée par les radiothérapeutes pour prévenir la maladie des R—X. Dans un certain nombre de cas elle est prescrite chez des patients souffrant de cancer ou ayant eu de la roentgenthérapie. Il faudrait donc user de prudence dans ces cas en attendant plus ample information.

W.F. Loomis « On the Action of Aureomycin » (Science 111: 474, 1950), suggère que l'action toxique de l'aureomycine pourrait découler de son pouvoir d'inhiber la phosphorylation aérobie. Cela expliquerait l'effet de retardement que les doses massives exercent sur les tumeurs transplantées.

J.-Roger GAREAU.

M. WOLMAN. — **Constatations pathologiques dans la variole hémorragique.** (*Pathologic Findings in Hemorrhagic small pox (Purpura Variolosa.)*) "Am. Journ. of Clinical Pathology", 21: 1127 (décembre) 1951.

A l'autopsie, on a trouvé des pétéchies de la grosseur d'une tête d'épingle par tout les téguments, mais situées avec prédilection à la face et aux extrémités. On n'a pas trouvé de trace d'une vaccination. La base de la langue était le siège d'une exulcération recouverte d'une membrane purulente. La muqueuse laryngée, trachéale, stomacale et intestinale (grêle) était congestives.

Hist. L'épiderme montrait une *retikulieren-*

*de degeneration*, des *ballonierende degeneration* et des corps de Guarneri de 1 à 8 c. de dia.

Ces corps d'inclusion furent trouvés par les colorations ordinaires dans le cytoplasme de l'épithélium bronchique, l'épithélium alvéolaire, dans l'épithélium gastro-intestinal et dans l'épithélium du corps utérin.

Par la coloration de Feulgen qui tire parti de la richesse des virus en acide désoxyribonucléique, on a trouvé de plus dans l'épithélium du côlon, dans l'endothélium des capillaires, dans les cellules de Kupffer, dans la thyroïde (cellule épithéliale) dans la pituitaire (cell. endothéliale et cell. épithéliale), dans la surrénale (cell. endothéliale) dans le rein (cell. endothéliale, tissu interstitiel mais pas dans l'épithélium rénal), et dans la rate (cell. sinusale et lymphoblastes.)

Dans la discussion, l'auteur rapporte que les Allemands durant la guerre no 1, soutenaient que la mort survenait avant l'apparition des lésions cutanées et cela presque exclusivement chez des personnes vaccinées.

Simon LAUZE.

## NÉCROLOGIE

---

### JEAN-CHARLES MILLER

1898-1952

Le docteur Jean-Charles Miller est décédé subitement le 13 avril 1952, à l'âge de 53 ans. Ainsi est parti pour un monde meilleur, vers la paix absolue et le séjour définitif un collègue respecté et aimé, un psychiatre distingué.

Le docteur Miller avait terminé ses études médicales à l'Université de Montréal en 1922. Après un séjour d'étude post-scolaires aux Etats-Unis il avait été nommé membre du personnel médical de l'hôpital St-Michel Archange et pendant deux autres années de spécialisations avait étudié la psychiatrie infantile en France. C'est auprès de Simon, sauf erreur, qu'il affina ses connaissances en cette discipline. Il revint au Canada en 1925 et dès son arrivée prit la direction médicale de l'école de la Jemmerais, première école pour arriérés mentaux dans la Province de Québec.

Miller fut incontestablement un pionnier en psychiatrie infantile parmi nous et l'oeuvre qu'il organisa et poursuivit à la Jemmerais fut un accomplissement magnifique et éminemment utile. En plus, elle traça un enseignement à suivre et un exemple à imiter dans d'autres centres de la Province comme Montréal en particulier.

Miller ne se limita pas à cette seule initiative. Il enseigna à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, à la Faculté des Sciences sociales et à la Faculté des Arts. D'autres fonctions lui furent confiées: il fut directeur de la Clinique de l'hygiène mentale à l'Hôtel-Dieu de Québec, consultant à l'Ecole des Infirmes, médecin-major consultant en psychiatrie du district militaire No. 5, consultant sénior du département des vétérans (Québec), professeur à l'école des parents et président de l'Institution professionnelle de Montréal, ex-

président de la ligue provinciale de tempérance et ex-directeur de l'Institut familial de Montréal. Enfin, il fut directeur médical au centre médico-social pour enfants et préposé à la réorganisation des services médicaux de l'hôpital St-Michel Archange.

Ce ne fut pas l'ambition qui conduisit Miller vers ces nombreuses attributions et ces situations responsables. Sa compétence de psychiatre, la maturité de sa personnalité et la conscience rigoureuse qui motiva tous ses actes inspiraient la confiance de tous ceux qui eurent l'avantage de le connaître et voulaient qu'une entreprise fut menée par une compétence et une exemplaire honnêteté d'intention et d'exécution.

Jean-Charles Miller fut mon condisciple de collège. Au Collège Ste-Marie nous goûtèrent une insoucieuse jeunesse que l'amitié dota de ses dons généreux.

Tel il était aux études, délicat, loyal, mesuré et réservé dans ses propos, d'une parfaite éducation, tel on le retrouva plus tard dans l'exercice de ses hautes fonctions ou dans les circonstances diverses de la vie courante. Peu expansif d'emblée, ressentant vivement, péniblement même les déconvenues, les difficultés, les duretés de l'existence, il ne fut pas épargné de la souffrance de l'esprit et du coeur. Cependant, en croyant et en homme d'éducation et de caractère il sut supporter avec résignation, sérénité et fermeté. Au lieu de le briser, la douleur le porta vers une force renouvelée et vers une constance dans la tâche qui devrait servir d'exemple.

Je me fais un pieux devoir de saluer le départ d'un ami, d'un collègue distingué, d'un homme honnête et respectable. L'Union Médicale du Canada prie sa famille et ses collègues de Québec de bien vouloir agréer le témoignage de ses respectueuses condoléances.

Roma AMYOT

#### LE DOCTEUR ERNEST DÉCARY

Le docteur Ernest Décary est décédé le 15 avril dernier, à Lachine, à l'âge de 68 ans. Gradué de l'Université de Montréal en 1909, il fut attaché pendant de nombreuses années à l'hôpital St-Joseph de Lachine, comme anesthesiste.

#### LE DOCTEUR OVIDE-EDMOUR PERRON

Le docteur Ovide-Edmour Perron est décédé récemment à Québec à l'âge de 96 ans. Gradué de Laval de Québec en 1883, il a pratiqué la médecine jusqu'au mois de juin 1951. Nous condoléances à son fils, le professeur J.-Edmour Perron, de l'Université Laval.

#### LE DOCTEUR ANDRÉ GALLANT

Le docteur André Gallant est décédé récemment à l'âge de 87 ans, à Havre Aubert, Iles-de-la-Madeleine, où il exerçait sa profession depuis 1914 jusqu'à ces dernières années. Il avait terminé ses études médicales à l'Université Laval de Montréal en 1892.

#### LE DOCTEUR LUDGER LABELLE

Le docteur Ludger Labelle est décédé récemment à l'âge de 81 ans. Gradué de Laval en 1896, il avait pratiqué pendant soixante ans la médecine à St-Jérôme, sa ville natale.

#### LE DOCTEUR V. RHÉAUME

Le docteur V. Rhéaume est décédé subitement au mois de février dernier, à l'âge de 77 ans. Gradué de l'Université Laval de Montréal en 1899, il avait, pendant quarante ans, pratiqué la médecine dans la ville de Verdun.

#### LE DOCTEUR CHARLES NADEAU

Le docteur Charles Nadeau est décédé au cours du mois de mars dernier à Montréal, à l'âge de 51 ans. Gradué de l'Université de Montréal en 1928, il faisait partie du personnel médical de l'Hôtel-Dieu. Il avait, jusqu'à 1939, enseigné à la Faculté de Médecine, à la chaire de matière médicale. Il était depuis un an directeur du service de Santé de la cité de Verdun.

---

## NOUVELLES

---

### PALMARÈS DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

La liste officielle des candidats reçus aux examens, tenus fin 1951 et début 1952, du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada vient d'être communiquée. Au nombre des heureux élus, on remarque les noms suivants: *En médecine*: les docteurs J.-M. Delage, Fernand Hudon, André Jacques, Laurent Potvin de Québec, Jean Prud'homme de Montréal et Rosaire Saint-Pierre du Cap de la Madeleine; *En chirurgie*: les docteurs G.-R. Boileau, d'Edmonton et Montréal, Fernand Charest, Luc Lafortune de Montréal et Jean-Paul Brault de Montréal, J.-A.-H. Beaudet, Louis Coulonval, J.-P. Drouin et Gilles Marceau de Québec, Dominique Gaudry de Chicoutimi, Jacques Phaneuf de Saint-Jean, J.-J. Ringuet de Rimouski et Guy Tardif d'Edmunston, N.-B.

---

### THÈSE DU DOCTEUR LUCIEN COUTU

Le docteur Lucien Coutu soutiendra une thèse intitulée: *Contribution à l'étude de l'arthrite expérimentale*, le vendredi 2 mai 1952, sous les auspices de l'Institut de Médecine et de Chirurgie expérimentales de l'Université de Montréal en vue de l'obtention d'un Doctorat (Ph.D.) en Médecine et Chirurgie Expérimentales.

---

### HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR GEORGES COUSINEAU

Le docteur Georges Cousineau, anesthésiste et directeur médical de l'Hôpital Notre-Dame de l'Espérance de Ville S.-Laurent, vient d'obtenir un *fellowship* du *Royal College of Surgeons* de Londres, section anesthésie.

---

### PRÉSIDENTE ACCORDÉE AU DOCTEUR JACQUES DURIVAGE

Lors de sa dernière réunion la Section de Rhumatologie de la *Montreal Medico-Chirurgical Society* a procédé au choix de ses officiers pour l'année cou-

rante. La séance était tenue au *Royal Victoria Hospital*. Le docteur Jacques Durivage, de l'Hôtel-Dieu de Montréal, a été élu président. Les docteurs K. R. MacKenzie et Roland Dussault ont été nommés vice-présidents; le docteur J. Lapin a été élu secrétaire et les autres membres de l'exécutif seront les docteurs J.-M. Beauregard, L. Johnson et W. Barnhart.

---

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DE SHAWINIGAN ET GRAND'MÈRE

#### Programme scientifique de la journée médicale

Séance de la matinée: 9 h. 30 a.m.

école supérieure Immaculée-Conception.

Président: Docteur Gérald Kaine,  
*président du bureau médical de l'hôpital Joyce  
Memorial, Shawinigan.*

Docteur Adélarde Tétreault, Trois-Rivières,  
*"Les nouveautés thérapeutiques dans le traitement  
de l'insuffisance cardiaque"*.

En discussion: Docteur Victor Brassard, Grand'Mère.

Docteur Gilles St-Onge, Drummondville,

*"Les diarrhées du nourrisson"*.

En discussion: Docteur Georges Smith, Shawinigan.

Docteur Paul-E. Julien, Shawinigan.

*"Quelques aspects cliniques du fond de l'oeil"*.

En discussion: Docteur Henri Mélançon, Shawinigan.

Docteur Léonce Mayrand, Louiseville,

*"Les toxémies de la grossesse"*.

En discussion: Docteur Léo-Paul Jannelle, St-Boniface.

*Temps libre pour la visite des exhibits.*

Séance de l'après-midi, 2.00 heures p.m.

école supérieure Immaculée-Conception.

#### Symposium sur les affections du côlon

Président: Docteur Louis Frenette,  
*président du bureau médical de l'hôpital Laflèche,  
Grand'Mère.*

Docteur Albert Jutras,

Chef du service de radio-diagnostic, Hôtel-Dieu  
de Montréal.

*"Aspects radiologiques"*

Docteur Paul Letendre,

du service de médecine, Hôtel-Dieu de Montréal.



*Sa vigueur s'affirme par de  
nouvelles pousses*

**Vitamine C**

**Acide Para-  
Aminobenzoïque**

SALICYLATE DE SODIUM  
SALICYLATE DE CALCIUM  
SALICYLATE DE POTASSIUM

**Iodure de Strontium**

**K L E V**

ASSOCIATION INTÉGRALE  
EN DRAGÉES ENTÉRALES

**ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE - MONTRÉAL 18**  
Spécialités Pharmaceutiques

*"Aspects médicaux".*

Docteur J. P. Cholette,  
du service de la chirurgie, Hôtel-Dieu de Montréal.

*"Aspects chirurgicaux".*

Note: A la séance de l'après-midi, des questions pourront être posées, par écrit seulement.

### DÉLÉGATION MÉDICALE CANADIENNE AU Vème CONGRÈS DE LA SANTÉ MONDIALE

Les délégués du Canada au Ve Congrès de la Santé Mondiale qui se tiendra à Genève le 5 mai 1952 seront les docteurs D.-J. Leroux, W. H. McMillan, J. T. Phair et T. C. Routley.

### ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ D'OPHTALMO- OTO-LARYNGOLOGIE

Le docteur Paul Painchaud de Québec a été élu pour deux ans président de la Société d'Ophthalmo-otolaryngologie. Les autres élus sont les docteurs Paul-Emile Julien de Shawinigan, vice-président, Valmore Latraverse de Montréal, secrétaire, Henri Pichette de Québec, Victor Lepage de Rimouski et Jules Brahy de Montréal.

Lors de cette réunion tenue à Québec, il y eut des communications scientifiques par les docteurs Jean Lacerte, Paul Guertin, Louis Roger et Paul Painchaud.

### LES JOURNÉES MÉDICALES 1952, DU 6 AU 8 MAI

Les Journées Annuelles de la Société médicale de Montréal auront lieu les 6, 7 et 8 mai, sous la présidence du Dr Paul Robert, président de la Société.

La formule traditionnelle de ces journées a été quelque peu changée cette année. A la demande d'un grand nombre de médecins, la Société a décidé d'abandonner la formule des communications académiques pour donner la préférence à une série de démonstrations purement cliniques.

A l'hôpital Notre-Dame, à l'hôpital Ste-Justine et à l'Hôtel-Dieu, des médecins et chirurgiens de chacune de ces institutions présenteront simultanément, chacun dans son coin, des cas spécialement choisis pour leur intérêt clinique ou thérapeutique.

Comme par le passé, chaque séance clinique sera suivie d'un déjeuner auquel sont invités tous les médecins présents. A l'issue du déjeuner, une causerie

extra-médicale sera présentée par un conférencier de marque.

*Les conférenciers invités*

Au déjeuner du mardi 6 mai, le conférencier sera M. René Garneau, directeur de la section culturelle au ministère des affaires extérieures, qui fera le « diagnostic de la littérature en 1952 ». Le conférencier du lendemain, en l'hôpital Ste-Justine, sera M. Jacques Rousseau, directeur du Jardin botanique, qui traitera de « médecine populaire ». Enfin, le conférencier du déjeuner, en l'Hôtel-Dieu, le 8 mai, sera M. Claude Melançon, adjoint des relations extérieures du Canadien National.

La clôture des journées annuelles aura lieu, mercredi soir le 8 mai, à 7 h. 30, au Cercle universitaire, sous la présidence d'honneur de l'hon. J.-H.-A. Paquette, ministre de la santé, et de Mme Paquette. A la suite du banquet, un sketch humoristique sera présenté, « Carte blanche », par MM. Fernand Séguin et André Roche, avec la collaboration de Mme Lise Roy, MM. Gérard Berthiaume, Miville Couture et J.-P. Masson.

### FORUM PAR LES INTERNES DES HÔPITAUX

Lors de la réunion de l'Association des Internes des hôpitaux de Montréal tenue à l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville, le programme était le suivant: Syndrome de Guillain-Barré par le docteur Jean-Luc Desrosiers; kyste solitaire du poumon par le docteur Marcel Labossière; le *Body Cast Syndrome* par le docteur Raymond Langevin et un cas de rachitisme rénal par le docteur André Derome.

### NOMINATION DU DOCTEUR GÉRALD LASALLE

Le Conseil des gouverneurs de l'Université de Montréal, annonce la nomination du docteur Gérald Lasalle au poste d'administrateur de l'hôpital universitaire. Le docteur Gérald Lasalle, diplômé en médecine de l'Université Laval de Québec en 1940, est actuellement assistant-directeur du *Royal Victoria Hospital*.

### LE PROFESSEUR ROBERT DEBRÉ, À SAINTE-JUSTINE

Le 28 avril 1952, le professeur Robert Debré de Paris a donné à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal, une conférence présidée par le docteur Willie Major,

RHUMATISME • GOUTTE •  
GOUTTE • SCIATIQUE • RHUM  
RHEUMATISM • SCIATICA  
SCIATIQUE • GOUT  
RHUMA  
SCIATIQU  
• GOU  
TISM  
E • S  
RHUM  
TICA  
• RI  
TE •  
E  
SCI  
MATISM  
RHEUM • SCIATICA  
• GOUTTE • SCIATIQUE • RI  
RHUMATISME • GOUTTE •

**Rx**  
**UROPRAZINE**

Prendre 2 cuillerées à thé  
dans un demi-verre d'eau  
tiède, deux fois par jour,

*Ruin Summers M.D.*

Préparée par  
**LES LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, France**

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

président du Bureau médical. Il a parlé de la génétique humaine. Accueilli par le professeur Edmond Dubé, Directeur médical, le professeur Robert Debré a été présenté par le docteur Paul Letondal et remercié par le docteur J.-Alcide Martel.

---

### LABORATOIRE D'ISOTOPES À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Le Conseil National des recherches vient de reconnaître officiellement l'Institut du Cancer de l'hôpital Notre-Dame comme laboratoire d'isotopes. Cette approbation est la suite d'une visite du docteur G.-H. Guest, directeur de la section d'énergie atomique du Conseil National des Recherches du Canada.

---

### LE DOCTEUR DANIEL LONGPRÉ À VIENNE

Parmi les conférenciers au Congrès tenu à Vienne, Autriche, en vue de la défense des enfants, on note le nom du docteur Daniel Longpré de Montréal.

---

### LE DOCTEUR GUSTAVE GINGRAS EN ANGLETERRE

Le docteur Gustave Gingras a été invité à prendre une part active au Congrès International de physiothérapie qui se tiendra à Londres, en juillet 1952. Il parlera sur la réhabilitation des pilotes.

Le docteur Gustave Gingras vient d'obtenir le premier prix décerné par le Bureau de Rédaction du *Canadian Hospital* pour son travail: *La réhabilitation dans les hôpitaux généraux.*

---

### OCTROI POUR L'HÔPITAL DE LOUISEVILLE

Un octroi de \$350 000 vient d'être accordé par le gouvernement de la province de Québec à la Corporation de l'hôpital Comtois de Louiseville.

---

### OCTROI FÉDÉRAL À L'HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS

Les autorités annoncent qu'un octroi de \$63 600, vient d'être accordé à l'hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec, afin de l'aider à payer les modifications que cet hôpital a entreprises.

### LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La Société de Chirurgie de Montréal a tenu sa séance mensuelle à l'amphithéâtre de clinique de l'hôpital Notre-Dame, sous la présidence du Dr Paul-Maurice Ricard, mercredi, le 2 avril prochain à 5 heures p.m.

#### Ordre du jour

- 1 — Lecture des minutes de la dernière assemblée.
- 2 — Communications: I — Contribution à l'étude du cardio-spasme, Dr C.-A. Bohémier; II — Syndrome masculinisant chez la femme, Dr Raymond Simard; III — Thyroïdite et cancer de la thyroïde, Dr Réal Doré.

---

### ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CHAMBLY

On nous communique que La Société Médicale de Chambly a réorganisé ses cadres et que les médecins suivants en sont les officiers pour le terme 1952-1953.

MM. les docteurs Maxime Comtois, Longueuil, président; J.-D. Fournier, St-Bruno, vice-président; Roger Beauvilliers, Longueuil, secrétaire-trésorier.

MM. les docteurs Roland Marcil, Montréal-Sud, Robert Favreau, Longueuil, Lucien Mercier, Ville Jacques Cartier, Albert Gaudet, St-Lambert.

---

### L'ASSOCIATION DE MÉDECINE INDUSTRIELLE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

La réunion annuelle de l'Association de Médecine Industrielle de la Province de Québec aura lieu jeudi soir, le 29 mai à 7.30 hrs p.m. dans la salle à manger principale de la gare Windsor de Montréal.

Le docteur E.-A. Turcot est le secrétaire de l'Association.

---

### SUBVENTION À UN HÔPITAL DE QUÉBEC

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui qu'une subvention fédérale de plus de \$63 600 est accordée à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, de Québec, afin de l'aider à payer les modifications que cet hôpital a entreprises.

C'est la deuxième subvention que l'on accorde à cet hôpital, qui est en train de réaliser un important programme de construction dans le but d'augmenter le nombre de ses lits, d'offrir les facilités médicales, chirurgicales et obstétricales les plus modernes, et

# Si vous avez diagnostiqué la **PYÉLITE**

Prescrivez  
**D'ABORD**



pour enrayer  
l'infection  
et maintenir  
l'antisepsie urinaire...

**Q**uand il s'agit d'enrayer l'inflammation pyélitique et de restaurer de façon permanente l'antisepsie urinaire, la MANDELAMINE\* s'impose par son action efficace et rapide contre les micro-organismes présents dans la majorité des infections des voies urinaires. L'ampleur du spectre antibactérien et l'absence à peu près totale de réactions fâcheuses en font l'agent thérapeutique par excellence à prescrire aussitôt qu'un diagnostic de pyélite a été formulé.

Dans certains cas de pyélite simple, l'antisepsie urinaire est souvent rétablie en moins de trois jours, permettant une guérison rapide sans avoir recours à des traitements plus coûteux.

La MANDELAMINE n'est positivement contre-indiquée que dans les cas d'insuffisance rénale.

Vous trouverez la MANDELAMINE dans toutes les pharmacies d'ordonnances, en flacons de 120, 500 et 1,000 comprimés dragéifiés à dissolution entérique. Sur demande, nous ferons parvenir aux médecins une abondante documentation ainsi que des échantillons pour essais cliniques.



NEPERA CHEMICAL CO., INC.

**MERCK & CO. LIMITED**

Distributeurs exclusifs, MONTRÉAL

\*MANDELAMINE est la marque déposée par Nepera Chemical Co., Inc., pour sa marque de Hexydaline (mandelate de méthélamine).

d'agrandir sa maison d'infirmières. La subvention précédente dépassait \$79 000.

La dernière subvention aidera à défrayer le coût des modifications d'un étage afin de fournir de l'espace pour 46 nouveaux lits et une pouponnière de 53 moisées, ce qui portera à 500 et plus le nombre de lits de l'Enfant-Jésus.

Cet hôpital, dit M. Martin, est un hôpital-école affilié à l'université Laval et soigne plus de 10 000 malades par année, malades qui viennent non seulement de Québec et de la région, mais aussi des rives nord et sud du Saint-Laurent et même du Nouveau-Brunswick. Ce sont les Sœurs dominicaines de l'Enfant-Jésus qui en ont la direction.

---

#### 41 846 ENFANTS DE SIX ANS OU MOINS BÉNÉFICIENT DES UNITÉS SANITAIRES

Au cours de février, 41 846 enfants de six ans ou moins ont bénéficié des services des Unités sanitaires de la province de Québec, services qui relèvent du ministère de la Santé que dirige l'honorable Albiny Paquette, m.d. Les médecins hygiénistes des diverses Unités ont tenu 538 cliniques de puériculture auxquelles ont assisté 10 355 nourrissons (0 à un an) et 5 169 enfants (un à six ans). Les autres, 10 757 nourrissons et 15 565 enfants d'âge pré-scolaire, ont profité d'autant de visites à domicile effectuées par les hygiénistes. Telle est une partie du travail accompli en février par les Unités sanitaires.

#### 1976 CAS DE MALADIES INFECTIEUSES

La lutte aux maladies infectieuses se poursuit régulièrement dans les différentes régions desservies par les Unités sanitaires de la province. Durant le mois de février, le nombre des cas déclarés ou dépistés a atteint 1 976 tandis que l'on examinait 11 659 contacts et cas suspects. La tuberculose, à elle seule, a exigé 212 cliniques au cours desquelles les cliniciens ambulants ont examiné 7 456 personnes, procédant à 6 308 épreuves à la tuberculine et effectuant 1 574 visites à domicile. Ils ont vacciné contre la tuberculose (BCG) 5 994 personnes. Les médecins hygiénistes des Unités sanitaires ont immunisé contre la diphtérie 2 139 enfants et conféré 2 263 immunisations de rappel.

---

#### 15 692 FAMILLES VISITÉES PAR LES INFIRMIÈRES-HYGIÉNISTES DE LA PROVINCE

Au cours du mois de février dont le rapport vient d'être compilé au ministère provincial de la Santé, les infirmières-hygiénistes des Unités sanitaires ont visité 15 692 familles. Par ailleurs, elles ont donné 185 conférences sur des sujets d'hygiène générale, 48 leçons aux jeunes filles, 36 leçons de secourisme. En outre, 104 représentations cinématographiques ont attiré 24 279 personnes.

---

La **CORAMINE**\*

forte de son passé

de 27 années . . .

de résultats probants  
dans le traitement d'un  
nombre sans cesse grandissant  
d'affections respiratoires  
et circulatoires . . .  
se présente  
maintenant en  
deux nouvelles associations  
spécifiques.

\*Nikéthamide "Ciba"

### **CORAMINE-EPHEDRINE**

spécifiquement indiquée  
dans l'asthme bronchique  
et où l'on doit stimuler  
la respiration.

### **CORAMINE-ADENOSINE**

provoque une vaso-dilatation spécifique  
et une stimulation vaso-motrice qui  
améliore l'apport sanguin des coronaires.  
Indiquée dans l'angine de poitrine et  
autres troubles cardiaques d'occlusion.

Inséparables

**CIBA**  
**CORAMINE**

COMPAGNIE

**Ciba**

LIMITÉE • MONTRÉAL

## REVUE DES LIVRES

P. DELORE. — **Notre Frère Corps.** — Librairie de Medois, édit., Paris, 1938.

L'homme, corps et esprit, aussi bien que tout être vivant, doit s'intégrer entièrement à la nature, au milieu naturel dans lequel il est destiné de vivre, pour atteindre le plein épanouissement de son évolution.

La santé nécessite l'hygiène et c'est un truisme de l'affirmer, bien que les conditions de vie que l'homme s'impose transgressent systématiquement ce principe élémentaire. Les préceptes de l'hygiène portent vers le naturisme, vers des états de vie qui se mêlent et participent aux éléments de la nature. Le naturisme que l'auteur conseille à juste titre n'est pas celui que l'emballement, l'extravagance et la fantaisie irréfléchie cherchent à réaliser pour ébahir ou étonner. La médecine possède maintenant un faisceau de connaissances solidement établies qui sont aptes à préserver la santé et ce doit être sous ces données que s'étaient les applications raisonnées du naturisme.

Le livre de Delore est rempli de considérations sensées, utiles et teintées de la plus pragmatique des philosophies. Il envisage les problèmes de l'hygiène sous l'angle de l'unité "corps et esprit". Il accepte intégralement le concept de la moralité, du bon équilibre de l'esprit et de l'affectivité à la base de l'hygiène intégrale de l'être humain. Certains paragraphes doivent être cités pour situer exactement la pensée de l'auteur.

"La médecine antique s'intéresse davantage à la santé qu'à la maladie. D'ailleurs n'ayant pas les sciences à sa disposition, elle ne pouvait guère étudier celles-ci. Elle affirmait que prévenir vaut mieux que guérir et elle cultivait la santé pour ne pas avoir à soigner les malades. Aujourd'hui, fait remarquable, c'est le développement même des sciences qui a orienté la médecine vers le pathologique

et qui l'a éloigné du normal. De sorte que si l'on peut dire que le pathologique échappait à la médecine de jadis, on peut dire que le normal échappe trop à la médecine moderne."

Remarques d'une qualité incontestable, illustrant la justesse des jugements de l'auteur et l'adaptation imparfaite de l'homme aux conditions de vie qu'il s'est imposé. Plus loin, cet impératif ne peut être contesté. "On revise périodiquement une auto, un ascenseur, un tunnel, un pont, une toiture, une cheminée, et le corps humain n'est pas l'objet de la même vigilance méthodique. Il faudrait faire pour lui, ce qu'on fait pour une machine ou un ouvrage d'art. Il faudrait instituer l'examen de santé préventif périodique systématique". Qui contesterait ce conseil formel. Tous l'admettent; il faudrait organiser la médecine pour que cette mesure pût être réalisée facilement et systématiquement. Comme complément de cela "chaque adulte devrait posséder son dossier de santé, tenu à jour depuis sa première enfance, relatant les maladies, les incidents ou troubles divers, les traitements, les conseils dont il aurait pu être l'objet."

L'auteur expose des concepts de science, de bon sens et de sagesse. L'hygiène comporte les plus hautes mesures de discipline mentale. "La santé se garde par l'observation de certaines règles : la tempérance et la sobriété, la propreté et la tenue physique et mentale, la maîtrise et la lutte contre les penchants inférieurs et les mauvaises habitudes, la simplicité et la pureté de la vie, la prévoyance... La vie saine suppose la vie sage". Nous pourrions ainsi citer de multiples passages de cet ouvrage qui contient ce que l'hygiène peut offrir à l'homme de plus pur et de plus précieux.

Il est inspirant, purificateur et ennoblissant en plus de plaider avec maîtrise la noble cause de la santé.

Roma AMYOT

# Codophen *E.B.S.*

SÉDATIF ANALGÉSIQUE

pour petits patients

pour patients adultes

*couleur distinctive*  
*saveur distinctive*

\* **CODOPHEN PÉDIATRIQUE**  
C.T. No 259

Chaque comprimé contient:

Acide

Acétylsalicylique .... 7/8 gr.

Phénacétine ..... 5/8 gr.

Citrate de Caféine.....1/8 gr.

Phosphate de

Codéine ..... 1/8 gr.

\* **CODOPHEN C.T. No 260**

Chaque comprimé contient:

Acide Acétylsalicylique ..... 3 gr.

Phénacétine ..... 2 gr.

Citrate de Caféine.....1/4 gr.

Phosphate de Codéine .....1/4 gr.

\* **CODOPHEN PLUS FORT**  
C.T. No 260A

Chaque comprimé contient:

Acide Acétylsalicylique ..... 3 gr.

Phénacétine ..... 2 gr.

Citrate de Caféine.....1/4 gr.

Phosphate de Codéine .....1/2 gr.

\* Commande spéciale pour Narcotiques Exigée. Les comprimés Codophen sont de couleur orange, sans aucune autre marque d'identification.



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

UNE COMPAGNIE ENTIÈREMENT CANADIENNE... DEPUIS 1879

Représentants:

M. Gaudias Lamontagne, 2317 Regent Ave., N.D.G., Montréal, P.Q. M. J.-A. Le Febvre, 4995 Hampton Ave., N.D.G., Montréal, P.Q.  
M. J.-L. Vallerand, 23, rue de l'Eglise, Québec, P.Q. M. P.-E. Thibaudeau, 2425, boul. Girouard, Saint-Hyacinthe, P.Q.

Maurice Quesnel, 917 est, boul. Saint-Joseph — apt 3, Montréal.

René SAND. — **The Advance to Social Medicine.** — Staples Press, édit., Londres et New-York, 1952.

L'auteur possède incontestablement une documentation abondante et une vaste érudition de l'histoire de la médecine et de tous les problèmes sociaux qui se greffent sur elle. Et l'on n'ignore pas qu'ils sont nombreux et que de tout temps la vie des peuples, celle de toutes les conditions a été intimement liée aux conceptions médicales et aux divers aspects de l'exercice de l'art médical.

Le plan social de la médecine contemporaine a une ampleur qui dépasse surabondamment tout ce qui fut appliqué, réalisé et observé dans le passé. Les problèmes sociaux de la médecine sont de nos jours à l'échelle mondiale et transforment les modes les plus importants de l'exercice de la médecine.

Ce qui, dans le passé très ancien, comme dans les civilisations grecques et romaines pour ne citer que celles-là, avait été ébauché dans la pratique de l'art médical, est de nos jours passé dans les moeurs et coutumes de pays importants et touchent à toutes les réalités de l'organisation matérielle et exécutoires de l'art de conserver la santé et de guérir le malade.

L'ouvrage de René Sand est une source de connaissances qui abordent toutes les réalités non seulement des temps présents, mais de l'époque de leurs premières manifestations dans l'histoire de la médecine. Il y suit leur évolution jusqu'à nos jours.

Son ouvrage de 655 pages qui se termine par une abondante bibliographie et un index alphabétique, comprend de vastes chapitres où sont traitées: l'histoire de la profession médicale, l'histoire des hôpitaux, l'histoire de l'hygiène individuelle, l'histoire de la santé publique, l'histoire de l'hygiène sociale, l'histoire de la médecine industrielle, l'histoire de l'assistance sociale, l'histoire des études sur l'homme, et la naissance de la médecine sociale.

Cette énumération des chapitres peut donner un aperçu de l'envergure de l'ouvrage de

Sand. Il est incontestablement un livre qu'on consultera avec le plus grand profit sur tous les problèmes qui touchent de loin ou de près au côté social de la médecine. Son utilité sera incontestablement inestimable pour tous les médecins et sociologues qui ne peuvent se désintéresser des questions médico-sociales que les temps contemporains offrent de plus en plus, tous les jours, à leurs inquiètes méditations.

Roma AMYOT

P. ETIENNE-MARTIN, prof. à l'École de Médecine de Dijon. — **L'hypertension artérielle permanente et sa thérapeutique — Indications médicales des interventions neuro-endocriniennes.** Un vol. de 270 pages, avec figures. (1.850 fr.) — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1951.

Ce livre dans lequel l'auteur apporte le fruit d'une expérience de 15 années d'étude de la maladie hypertensive et de son traitement chirurgical a pour but de permettre à tous les médecins de se faire une opinion personnelle sur ce que l'on connaît à l'heure actuelle de cette affection, de les aider à poser une indication opératoire en leur mettant entre les mains les différentes statistiques françaises et étrangères des diverses interventions chirurgicales, accompagnées de larges extraits de chacun des auteurs.

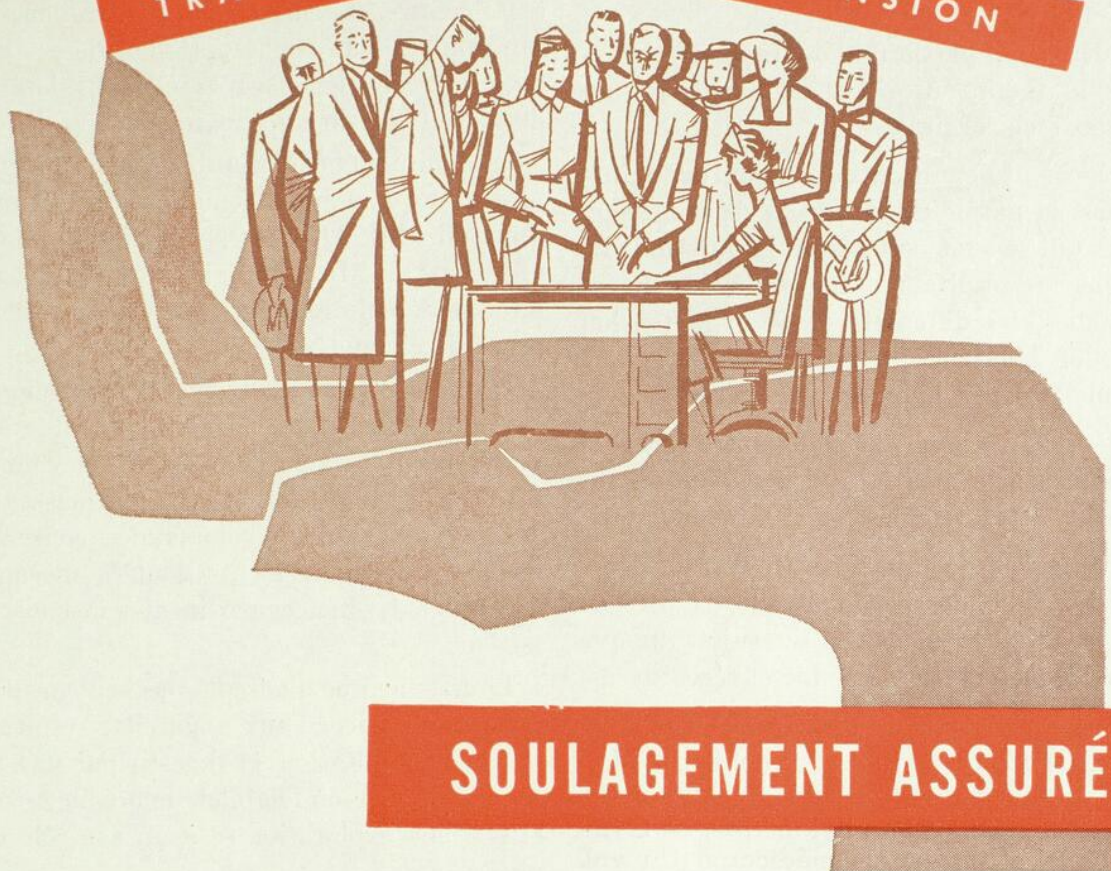
Après une étude anatomique de la lésion vasculaire l'auteur tente une classification anatomo-clinique de la maladie en mettant en corrélation l'atteinte organique et les formes cliniques de l'affection.

Un chapitre est consacré au pronostic de la maladie vasculaire hypertensive selon qu'elle est traitée médicalement ou chirurgicalement.

Puis vient un exposé clair de la méthode d'examen du malade qui permettra de définir la forme anatomo-clinique de son affection avec la sanction thérapeutique à préconiser.

Cette première partie se termine par une étude de la physiopathologie de la maladie vasculaire hypertensive, mise au point actuelle

TRAITEMENT de L'HYPERTENSION



## SOULAGEMENT ASSURÉ

Pour l'usage quotidien, le Veratrite est un agent hypotenseur recommandable et dépourvu de réactions secondaires fâcheuses. Il peut procurer une amélioration de la circulation, un abaissement progressif de la tension artérielle et une sensation de bien-être accru sans exiger un horaire compliqué ou un ajustement quotidien de sa posologie. Son prix économique, facteur important dans un traitement de longue haleine, milite en faveur du Veratrite comme médicament d'entretien de la plupart des malades hypertendus.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS ENVOYÉS AUX MÉDECINS  
SUR DEMANDE.

Chaque tablette de VERATRITE  
contient:

Veratrum viride 3 UNITÉS CRAW\*  
Nitrite de sodium ..... 1 grain  
Phénobarbital ..... 1/4 grain  
Dose initiale: 2 tablettes 3 f. p. j.  
après les repas.

\*Standardisé biologiquement du  
point de vue toxicité par l'épreuve  
Craw sur la daphnia magna.

# Veratrite®

Manufacturé par IRWIN, NEISLER & COMPANY, DECATUR, ILLINOIS, U. S. A.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC. - - 2027, Avenue du Collège McGill, Montréal

d'une question qui évolue avec une particulière rapidité.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à la thérapeutique et en particulier au traitement chirurgical.

Après la présentation de chacun des interventions, la parole est donnée à de nombreux auteurs qui se sont occupés de la question; ils exposent les résultats obtenus sur les divers symptômes, les différents organes, la tension artérielle. L'auteur présente une statistique personnelle de 47 hypertendus opérés.

Et le livre s'achève par un chapitre consacré aux indications médicales des différentes interventions chirurgicales.

Le médecin et le chirurgien trouveront donc, réunis à la fois, des vues nouvelles et personnelles et un tour d'horizon du sujet, appuyé sur une documentation étendue et récente.

A. THOORIS, chef du Laboratoire de Morphologie, Anthropotechnie et Endocrinologie de l'Institut Prophylactique. — **Gymnastique et massages médicaux.** Un vol. de 355 pages, avec 173 figures. (1.150 fr.) — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1951.

L'auteur pose en principe que notre équilibre biologique ne peut être obtenu sans une connaissance approfondie de la forme humaine selon son âge et son sexe. Celle-ci est compo-

sée d'appareils qui ont chacun leur récepteur, leurs centres et leurs organes travailleurs. La santé dépend du tonus optimum de ces organes. La réflexologie est l'étude physiologique du mécanisme de ces appareils.

L'appareil répond à un excitant qui lui est propre et qu'on appelle: milieu. Un milieu par appareil. La Mésologie est l'étude de ces milieux et la Mésothérapie, l'art d'utiliser ces milieux dans le redressement et l'entretien du tonus de chaque appareil.

L'auteur retient la division physiologique de l'appareil musculaire, la plus accessible à nos prises, en moteur et cutané, l'un relevant plutôt de la gymnastique, l'autre du massage.

La gymnastique recommandée consiste en un choix de mouvements dont le mécanisme efficace et des images pertinentes instruisent le lecteur.

Le massage ne s'adresse pas seulement à la peau, mais encore aux appareils: respiratoire par la diastolisation, et digestif par une technique originale où l'habileté manuelle est associée à une exploration et à un contrôle cliniques.

Ecrit dans un style vivant et alerte, cet ouvrage s'adresse non seulement aux médecins, aux masseurs et kinésithérapeutes, mais aussi aux éducateurs et aux parents, et en général à toute personne soucieuse de réaliser en soi une bonne hygiène du corps et de l'esprit.

---

# SULFASUXIDINE®

succinylsulfathiazol

La SULFASUXIDINE, sulfamide de choix contre un grand nombre d'infections intestinales, n'est que très peu absorbée dans la circulation sanguine. La SULFASUXIDINE, qui est pratiquement atoxique, demeure en grande partie (95 pour cent) dans l'intestin où elle réduit la flore bactérienne—surtout les clostridies et les coliformes. Comprimés de 0.5 gramme (flacons de 100, 500 et 1,000); poudre (flacons de ¼ et de 1 livre). Sharp & Dohme (Canada) Limited, Toronto 13, Ontario.

**bactériostatique  
intestinal  
atoxique**

**Sharp & Dohme**

## “L'Union Médicale du Canada” en 1883

Mai 1883

Les examens qui viennent de se terminer dans les facultés de médecine de nos universités ont doté le pays de près de cent nouveaux médecins qui, actuellement, ont tous ou presque tous choisi d'une manière définitive la localité dans laquelle ils veulent tenter fortune et répandre autour d'eux les bienfaits de l'art de guérir. Plusieurs d'entre eux se sont dirigés vers les Etats-Unis où les chances de succès et d'avancement leur ont paru plus nombreuses. Quelque part qu'ils soient, nous souhaitons à nos jeunes amis tout le succès qu'ils ont lieu d'espérer et qu'ils sont en droit d'attendre après les fortes études qu'ils viennent de faire et qui leur ont valu le diplôme si longtemps rêvé et si chèrement conquis.

Mais ne voulant pas borner à des souhaits stériles ou à de banales félicitations l'accueil que nous voulons faire aux nouveaux *confrères*, nous, nous permettons de leur donner à tous — la plupart nous liront, — quelques conseils en rapport avec les besoins de l'heure présente, conseils que nous les prions de vouloir bien recevoir aussi cordialement que nous les leur offrons. C'est, croyons-nous, le Dr Clark qui a dit: « Quiconque veut occuper un rang éminent parmi ses confrères doit beaucoup lire, beaucoup penser et beaucoup écrire. » Nous ajouterons: « Beaucoup voir. »

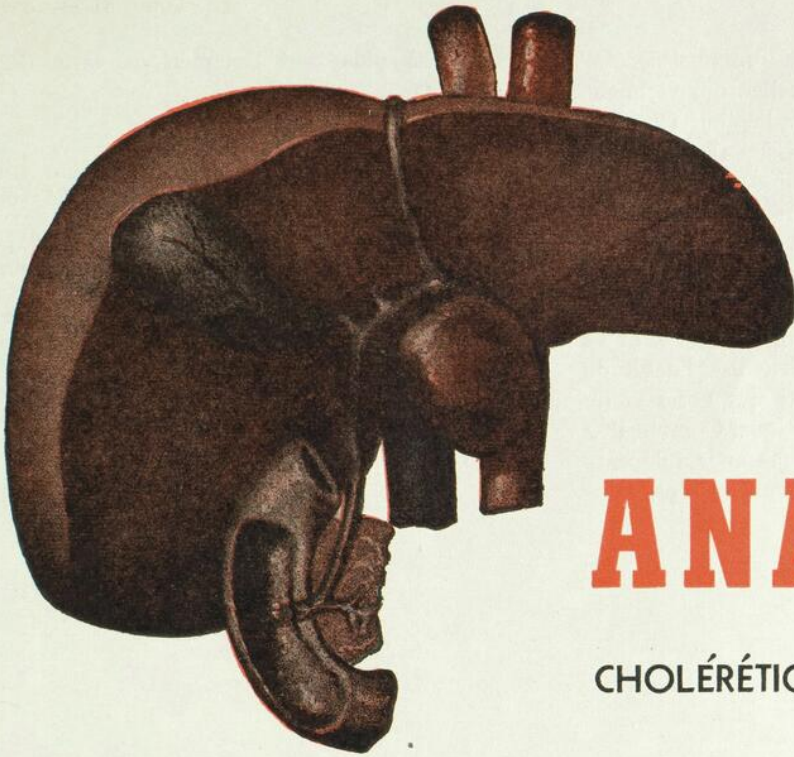
Il n'est certes pas donné à tous de parvenir au premier rang ni d'occuper les premières places, mais tous doivent avoir à cœur de ne pas rester en arrière, de suivre pas à pas les découvertes multiples de chaque jour, afin de pouvoir se tenir au courant des immenses progrès que fait incessamment dans le domaine de la pratique comme dans celui de la théorie la science si complexe de la médecine.

Pour en venir là et atteindre un but si légitime, le jeune médecin doit se bien convaincre que les trois ou quatre années d'étude qu'il vient de passer sur les bancs de l'école n'ont fait que le préparer aux enseignements bien autrement ardues de l'expérience. La science n'est chez lui qu'à l'état d'embryon, et celui-ci n'aura chance de se développer qu'à la condition expresse qu'on lui fournisse les matériaux de sa nutrition. Il en est de la nourriture de l'intelligence comme des aliments corporels. Elle doit être prise en quantité suffisante, et chaque jour, sans de trop longues intermissions.

C'est pour le médecin en particulier que l'alimentation intellectuelle et scientifique doit être continue. S'il lui arrive de négliger pendant quelques mois l'étude de ses auteurs ou la lecture de ses journaux,

il ne met pas de temps à s'apercevoir qu'il a perdu du terrain et qu'il se trouve maintenant en pays inconnu. Nous croyons donc devoir insister particulièrement sur le fait que, à sa sortie de l'Université, le jeune médecin doit lire beaucoup et consacrer à la lecture la plus grande partie de ses loisirs. Parmi les auteurs, les plus récents devront être choisis de préférence, parce que le médecin doit toujours être au courant du *dernier mot*. Sous ce rapport, les journaux et revues de médecine lui seront d'un inestimable secours, et les premiers dollars que lui procurera la pratique devront être employés à payer un abonnement à un journal de médecine. Le journal est l'écho du progrès de chaque jour. Les leçons cliniques professées dans les hôpitaux, les cours donnés à l'Université, les notes lues aux sociétés médicales, les reproductions empruntées aux différentes revues étrangères, tout cela y est réuni, condensé, de manière à offrir au lecteur tout ce qu'il y a de plus *actuel* tant sous le rapport théorique qu'au point de vue pratique.

Ceux qui se seront fixés dans un centre où il y a une société médicale feront très bien de s'y joindre, si cela leur est possible. Là, ils entendront discuter des questions d'actualité et sauront s'instruire de l'expérience et des manières de voir de leurs aînés. Mais l'avantage le plus précieux offert à ceux qui veulent se créer une clientèle en ville est la fréquentation des hôpitaux et l'assiduité aux leçons cliniques qui s'y donnent tous les jours. L'hôpital est le véritable champ où se glane la science du praticien. « Voyez des malades, disait Trousseau, encore des malades, toujours des malades. » Et n'est-il pas vrai qu'il y a encore plus à voir à l'hôpital que partout ailleurs? Mais là ne se borne pas l'avantage qu'il y a pour le jeune médecin de pouvoir suivre le service des hôpitaux. L'enseignement clinique qui s'y donne d'un bout à l'autre de l'année est peut-être plus précieux encore, et nous croyons utile d'insister bien longuement sur un point incontestable et incontesté. Qu'il nous suffise d'attirer l'attention sur le fait que durant l'année dernière, cinq ou six *polycliniques* (post graduate courses) ont été établies dans les principales villes des Etats-Unis, à l'instar de ce qui se faisait déjà en Europe, et que les leçons purement cliniques qui y ont été données ont été suivies régulièrement par un nombre de jeunes gradués. Ceci vient à l'appui de notre thèse, que le jeune médecin, à sa sortie de l'école, devrait se faire un devoir de consacrer encore un an, sinon deux ou trois, aux études cliniques dans les hôpitaux. Il est à notre connaissance personnelle qu'ici, Montréal, un mouvement assez prononcé se fait dans ce sens, et nous serions très



# ANABILE

CHOLÉRÉTIQUE—CHOLAGOGUE

L'ANABILE est présenté sous forme de "tabule" titrée à 5 grains de bile de bœuf fraîche desséchée, contenant les acides biliaires associés et d'autres éléments naturels de la bile.

Chaque "tabule" d'Anabile équivaut à environ 4 cc. de bile de bœuf fraîche.

## INDICATIONS

- Stase biliaire de toute origine (sauf les cas qui nécessitent une intervention chirurgicale).
- Hyposécrétion hépatique (cirrhose, inflammation des voies biliaires, congestion passive chronique).
- Cholécystite, pourvu qu'il n'y ait aucune obstruction sérieuse.
- Absence ou insuffisance de motricité intestinale, provenant d'une sécrétion biliaire insuffisante ou l'accompagnant.
- Carence de vitamines lipo-solubles, associés à l'hyposécrétion ou qui en résulte.
- Etats cardiaques, relevant d'une maladie du système biliaire (maladie de Banti, cirrhose accompagnée d'ascite).

## POSOLOGIE

A doses thérapeutiques ordinaires, les acides biliaires naturels associés tels qu'ils se trouvent dans l'ANABILE, ne ont pas toxiques.

L'ANABILE peut être pris à raison de 5 ou 10 grains trois ou quatre fois par jour, après les repas ou pendant les repas, selon les besoins individuels. Le régime alimentaire doit être pauvre en graisse.

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

---

IRWIN NEISLER & CO. — FONDÉE EN 1886 — DECATUR, ILLINOIS

---

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

**HERDT & CHARTON, INC.**

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL — MONTRÉAL

heureux de voir quelque-une de nos universités établir une polyclinique analogue à celles qui viennent d'être fondées à New York, Philadelphie, Chicago, etc. et qui ont déjà donné de si beaux résultats. On fait à un grand nombre de médecins le reproche de manquer d'observation. A coup sûr l'esprit d'observation est exercé dans la plupart des cas. Chaque médecin l'apporte pour ainsi dire avec lui dès lors qu'il se consacre à l'étude de son art. Mais ce talent se développe considérablement par le travail, et ce qui contribue le mieux à l'accroître est l'habitude contractée à bonne heure de prendre des notes et de rédiger les observations de chaque jour. Comme il y a beaucoup à dire là-dessus, et que cet article dépasse déjà les limites que nous nous étions tracées, nous

remettons à plus tard l'examen de cette dernière question. (1)

---

1. Si nous voulions disserter sur le même sujet en 1952, nous n'ajouterions rien à ce qui est formulé dans cet article de la rédaction. Il est des vérités immanentes qui sont de toutes les époques et que les esprits dirigés par le sens commun ne manquent pas de méditer et d'enseigner. — Les sages conseils contenus dans cet éditorial de 1883 sont de la plus réelle actualité. Par le jeu de la plus heureuse coïncidence il se trouve que cet éditorial de 1883 expose absolument les mêmes idées judicieuses que celles contenues dans le Bulletin du présent numéro. Le Docteur Desjardins qui en est l'auteur ne pouvait mieux choisir comme sujet à développer.

La Rédaction.

---

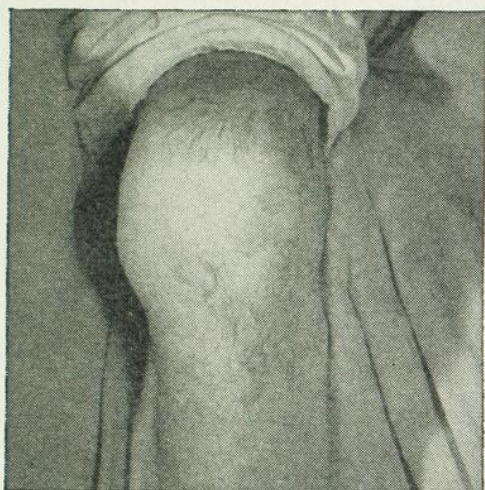
**Bureau et maison à vendre pour médecin, à Lachute, comté d'Argenteuil, ville située à 45 milles de Montréal. Bureau de médecin depuis 40 ans, local suffisant pour pharmacie, hôpital local. Endroit propice pour jeune médecin. S'adresser à : Mademoiselle Juliette Rodrigue, 237, rue Principale, Lachute — Tél.: 696. Cause de vente : décès.**

#### **OCULISTE DEMANDÉ**

**Jeune homme enregistré dans la province de Québec. Pour une période temporaire de deux mois. Ecrire à : 337, 3ème avenue, Verdun, P. Q.**

# La Cortone\*

peut être employée sans danger au cours d'un traitement prolongé de l'arthrite rhumatoïde



AVANT LE TRAITEMENT

Enflure périarticulaire et hydarthrose



APRÈS LE TRAITEMENT

Diminution de la douleur, augmentation de la mobilité, résorption visible de l'effusion et de l'enflure.

*Rétablissement obtenu avec des doses réduites*

## Traitement en pratique quotidienne

La pratique de simples tests de laboratoire, (taux de sédimentation, analyses d'urine, numérations globulaires, prises de la pression sanguine et fréquentes lectures du poids) une adaptation des doses aux besoins individuels et une surveillance clinique vigilante permettront à la plupart des malades de s'améliorer... sans craindre les effets secondaires.

## Effet anti-rhumatique satisfaisant

Au cours d'une étude à long terme portant sur 100 malades de la Clinique Mayo, on obtint dans tous les cas un effet anti-rhumatique satisfaisant. Plus de 50 de ces arthritiques ne reçurent que 50 mg. ou moins par jour. Il ne devint en aucun cas nécessaire de discontinuer l'usage de l'hormone.

Ward, L. E., Slocumb, C. H., Polley, H. F., Lowman, E. W., et Hench, P. S.: Proc. Staff Mtgs., Mayo Clinic 26: 361, Septembre 26, 1951.

**Cortone\***  
ACÉTATE

(Acétate de CORTISONE Merck)



*Documentation sur demande*

**MERCK & CO. LIMITED**

*Chimistes fabricants*

**MONTRÉAL • TORONTO • VANCOUVER • VALLEYFIELD**

\*CORTONE est la marque déposée de Merck & Co. Limited pour sa préparation de cortisone.

## NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

---

### L'ANTIHISTAMINE BROQUE LES RÉACTIONS ALLERGIQUES DUES AUX TRANSFUSIONS SANGUINES EN MOINS DE 30 SECONDES

Les réactions allergiques dues aux transfusions sanguines peuvent maintenant être diminuées grandement, suivant les résultats d'expériences faites par un groupe de médecins au « Georges Washington University Hospital ». Selon leur rapport, environ 10% des patients qui reçoivent du sang, sont sujets aux réactions transfusionnelles. En associant la pyribenzamine au sang, ils ont trouvé que les réactions allergiques telles que la fièvre, les éruptions cutanées, rash et autres effets secondaires indésirables, pouvaient pratiquement être éliminés.

---

### UN VASODILATATEUR QUI SERAIT INDICQUÉ DANS LE TRAITEMENT DE LA POLIOMYÉLITE

Un médicament qui, dans le passé, était employé pour traiter les maladies du système circulatoire, fait disparaître les douleurs et les spasmes musculaires dans la poliomyélite aiguë, suivant la découverte rapportée aujourd'hui par deux médecins de Philadelphie.

Les Drs A. C. LaBocetta et K. E. Dawson rapportent dans un article récent du J.A.M.A. les résultats d'expérience sur 71 patients atteints de poliomyélite et traités avec la drogue connue sous le nom de priscoline et fabriquée par « Ciba Pharmaceutical Products, Inc., de Summit, New Jersey. »

La priscoline dilate les vaisseaux sanguins et augmente l'apport du sang dans les extrémités.

Tous les 71 patients choisis pour l'expérience, suivant le compte-rendu, souffraient de

douleur et de spasme musculaire marqués... Chaque malade présentait de la raideur de la nuque, du dos et des muscles tendus.

« Quarante-cinq des 71 malades traités à la priscoline ont présenté une amélioration notable », est-il noté dans le rapport. Dix-neuf du groupe furent soulagés complètement de leur douleur et de leur spasme musculaire, et 26 obtinrent un soulagement partiel.

Aucun changement chez les 26 autres.

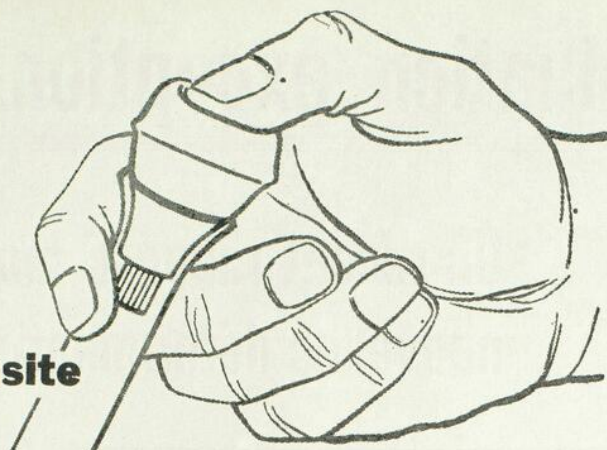
Le but de leur étude, faite au « Philadelphia Hospital for Contagious Diseases » en 1950, ajoutent les Drs LaBocetta et Dawson, était de rechercher la capacité de cette drogue à diminuer les symptômes douloureux de la poliomyélite antérieure aiguë, afin de remplacer le procédé laborieux et long des enveloppements chauds.

Voici un résumé de leur résultat :

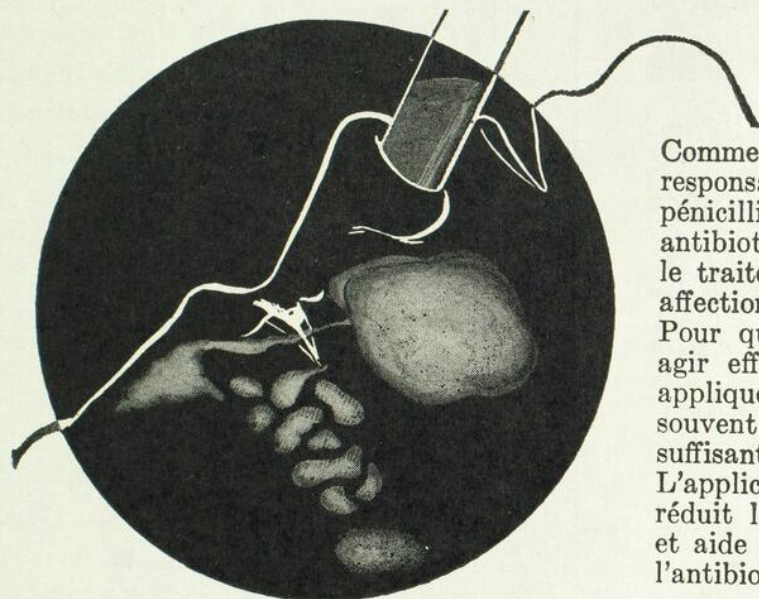
« La priscoline en dose suffisante peut effectivement soulager les douleurs et les spasmes chez certains patients atteints de polio, rendant ainsi la thermothérapie inutile. Elle apporte une amélioration sensible, rendant possibles le repos et le sommeil, et sert d'adjuvant à une physiothérapie plus effective. C'est un substitut bienvenu qui remplacera avec avantage les enveloppements chauds dans le traitement de la poliomyélite aiguë. C'est notre opinion que tout patient souffrant de poliomyélite antérieure aiguë avec douleur et spasme musculaire devrait recevoir un traitement d'essai à la priscoline. »

Ils ajoutent que leurs résultats indiquent que 26,8% de ces patients peuvent être traités et soulagés par ce médicament seul et qu'un autre 36,6% obtient un soulagement partiel avec la priscoline seule. Selon leur rapport, les patients du second groupe obtenaient une amélioration plus marquée, quand on associait la priscoline aux enveloppements chauds.

**thérapeutique  
antibiotique  
décongestive  
de la sinusite**



## Néo-Synéphrine<sup>®</sup> Pénicilline



Comme la plupart des organismes responsables de la sinusite sont pénicillino-sensibles,<sup>1</sup> cet antibiotique convient bien pour le traitement local de cette affection.<sup>2</sup>

Pour que la pénicilline puisse agir efficacement, elle doit être appliquée sur la région malade souvent et à une concentration suffisante.

L'application de Néo-Synéphrine réduit la congestion nasale et aide ainsi à faire pénétrer l'antibiotique.<sup>3</sup>

**La Néo-Synéphrine<sup>®</sup> Pénicilline** est présentée en emballage combiné (avec diluant) pour faire 15 cc. de solution de Chlorhydrate de Néo-Synéphrine à 0.25 pour cent contenant 10,000 U. I. de pénicilline par cc.

1. Putney, J. F.: Sinus Infection, in Conn, H. J.: Current Therapy 1951. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1951, p. 71.

2. Craig, S. L.: New York State Jour. Med., 49:181, Jan. 15, 1949.

3. Woodward, F. D., and Holt, T.: Local Use of Penicillin in Infections of the Ear, Nose and Throat. J.A.M.A., 129:589, Oct. 27, 1945.

**Pour une Double Action contre le Coryza, la Rhinite Allergique, la Rhinite Vasomotrice et la Sinusite...**

**Néo-Synéphrine Thenfadil<sup>®</sup>**

Solution Nasale Antihistaminique Décongestive

Flacons de 1 once fluide renfermant Chlorhydrate de Néo-Synéphrine 0.25% Chlorhydrate de Thenfadil 0.1%.

Néo-Synéphrine, nom déposé de la phényléphrine.

Thenfadil, nom déposé du chlorhydrate de N,N-diméthyl-N'-(3-thémyl)-N'-(2-pyridyl)éthylènediamine.

**Winthrop-Stearns**

of Canada, Limited  
Windsor, Ont.

443 ouest, rue Sandwich, West Windsor, Ont.

# Evaluation exceptionnellement précise

## Un récent rapport\* montre la valeur de nouvelles déterminations biochimiques

**“Six semaines  
de ferrothérapie orale  
(Mol-Iron)  
produira chez la mère  
anémique l'équivalent de  
4 transfusions à une  
fraction (1/40) du coût.”**

Dans une étude clinique exceptionnellement complète publiée récemment, Lund\* a pu diagnostiquer la présence de la véritable anémie ferriprive de la grossesse et évaluer *avec un haut degré de précision* sa réponse au traitement.

### **DES DÉTERMINATIONS NOUVELLES MONTRENT LE TABLEAU SANGUIN SOUS SON VRAI JOUR**

La précision du diagnostic et de l'évaluation de la réponse au traitement peut être réalisée en combinant de nouvelles techniques biochimiques de diagnostic — *volume sanguin, protoporphyrine érythrocytaire, quantité totale d'hémoglobine* —

avec les méthodes hématologiques de routine employées en clinique. Ces nouvelles techniques permettent d'évaluer avec une plus grande précision l'état anémique et sa réponse au traitement parce qu'elles tiennent compte des augmentations définies, quoique très variées, du volume de plasma qui se produisent au cours de la grossesse. Ces augmentations du volume de sang réduisent considérablement la valeur des numérations sanguines durant la grossesse.

### **RÉPONSE THÉRAPEUTIQUE AU MOL-IRON**

“... l'administration orale d'un composé de sulfate ferreux et molybdène (Mol-Iron) s'est montrée efficace dans le traitement de 95 pour cent d'un groupe de . . . malades avec anémie ferriprive de la grossesse.”

Six semaines de traitement par le Mol-Iron — fournissant 240 mg de fer métal par jour — a produit des *augmentations de 80 à 87 pour cent de la quantité totale d'hémoglobine.*

“Chez les malades fortement anémiées le sulfate ferreux molybdéné (Mol-Iron) aidera à la régénération de 45 grammes d'hémoglobine par semaine *ce qui équivaut à une transfusion de sang de 350 cc.*”

\*Lund, C.J.: Studies on the Iron Deficiency Anemia of Pregnancy, Am. J. Obstet. & Gynec. 62:947 (Nov.) 1951. (Tiré à part envoyé sur demande)

# de l'anémie ferriprive de la grossesse

L'auteur a observé une augmentation moyenne de l'hémoglobine de 2.9 grammes pour cent en 4 semaines avec le Mol-Iron dans la grossesse avancée; ce chiffre est presque identique à celui de 2.8 grammes pour cent souvent cité comme

dépistée que durant le dernier trimestre, la réponse normale totale n'est généralement pas obtenue avant l'accouchement; dans de tels cas le traitement devrait être poursuivi pendant 6 ou 8 semaines post partum."

## RÉPONSE AU TRAITEMENT PAR LE MOL-IRON

		SEMAINES DE TRAITEMENT						
		Avant traitement	2		3		4	
	Temps	Moyenne	Moyenne	Augmentation %	Moyenne	Augmentation %	Moyenne	Augmentation %
Hgb.-gm. %	Début*	7.4	8.9	13	9.6	26	9.7	28
	Avancée†	7.1	9.0	20	10.0	36	10.6	47
Hgb. totale-gm.	Début	327	416	27	512	56	612	87
	Avancée	335	407	20	507	54	595	80

\*Traitement institué durant la période d'augmentation de volume du plasma (avant la 32e à la 34e semaine de la gestation).

†Traitement institué plus tard.

étant obtenu en 3.7 semaines avec le fer *intra-veineux*.

### BIEN TOLÉRÉ

Sur un total de 75 gestantes traitées par le Mol-Iron, Lund n'en a observé qu'une seule (1.3 pour cent) qui a dû discontinuer le médicament à cause de troubles gastro-intestinaux.

### MODES DE TRAITEMENT SUGGÉRÉS

"Les résultats de la présente étude suggèrent de conduire le traitement de la façon suivante. Si l'anémie est reconnue durant le premier ou le second trimestre une ferrothérapie énergique non seulement rétablira la quantité normale d'hémoglobine mais régénérera l'augmentation normale de l'hémoglobine totale. Le traitement pourra être discontinué à l'accouchement. Si l'anémie n'est

### REMARQUES

En utilisant des déterminations biochimiques nouvelles, cette étude\* a pu démontrer que le Mol-Iron constitue une ferrothérapie exceptionnellement efficace. Elle apporte une confirmation frappante des preuves déjà nombreuses de la supériorité thérapeutique marquée du Mol-Iron.<sup>1-8</sup>

Le Mol-Iron est présenté sous forme de: Comprimés de Mol-Iron, Mol-Iron Liquide, Gouttes de Mol-Iron. White Laboratories of Canada, Ltd., 64-66 Gerrard St. East, Toronto, Ontario.

1. Dieckmann, W. J., and Priddle, H. D.: Am. J. Obstet. & Gynec. 57: 541, 1949.
2. Dieckmann, W. J., and Associates: Am. J. Obstet. & Gynec. 59: 442, 1950.
3. Forman, J. B.: Conn. State M. J. 14: 930, 1950.
4. Talso, P. J.: J. Insurance Med. 4: 31, 1948-49.
5. Chesley, R. F., and Annitto, J. E.: Bull. Margaret Hague Mat. Hosp. 1: 68, 1948.
6. Healy, J. C.: J. Lancet 66: 218, 1946.
7. Neary, E. R.: Am. J. Med. Sc. 212: 76, 1946.
8. Kelly, H. T.: Pennsylvania M. J. 51: 999, 1948.



LA NATURE À SON MIEUX...

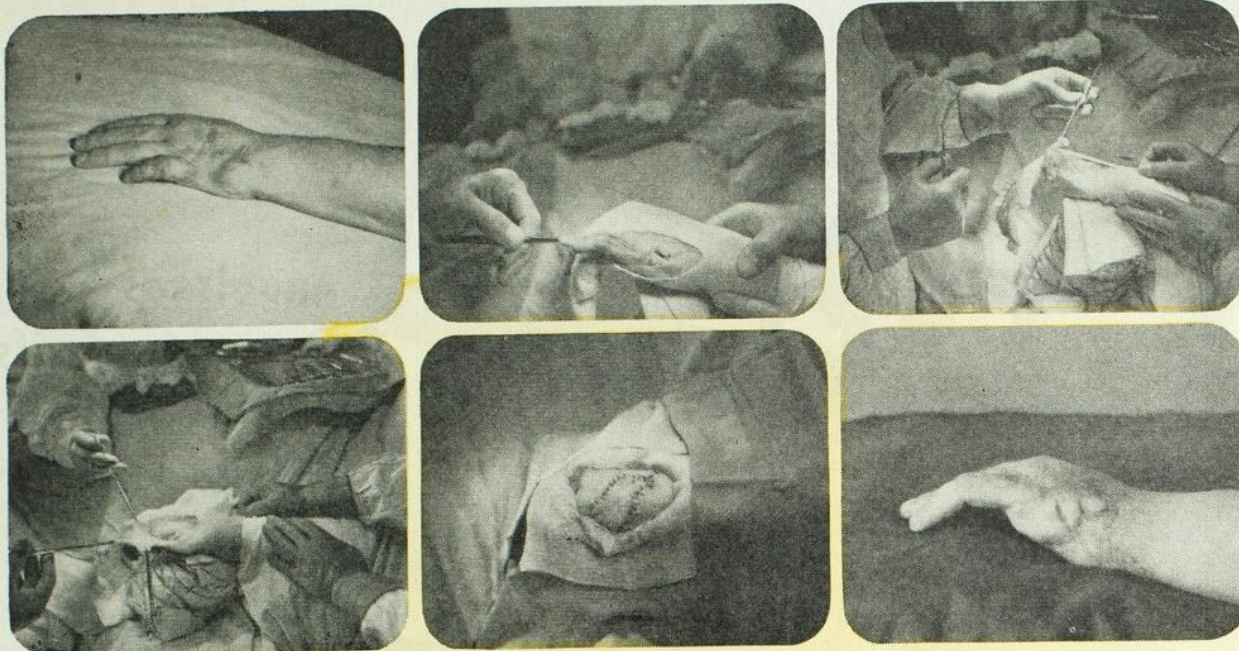
# Vibelan

**Le COMPLEXE VITAMINIQUE B**  
*d'origine entièrement naturelle*

Provenant de foie frais, de son de riz et  
de levure de bière

THE BRITISH DRUG HOUSES  
(CANADA) LIMITED

TORONTO - CANADA



FILET DE DOIGT: Reproductions de six images cinématographiques illustrant le cas depuis le diagnostic initial jusqu'au renvoi du patient.

# Photographiez le patient

*en mouvement... ajoutez le son*

Puis, pour les meilleures projections...

Kodascope Pageant — Projecteur Sonore (16mm.)

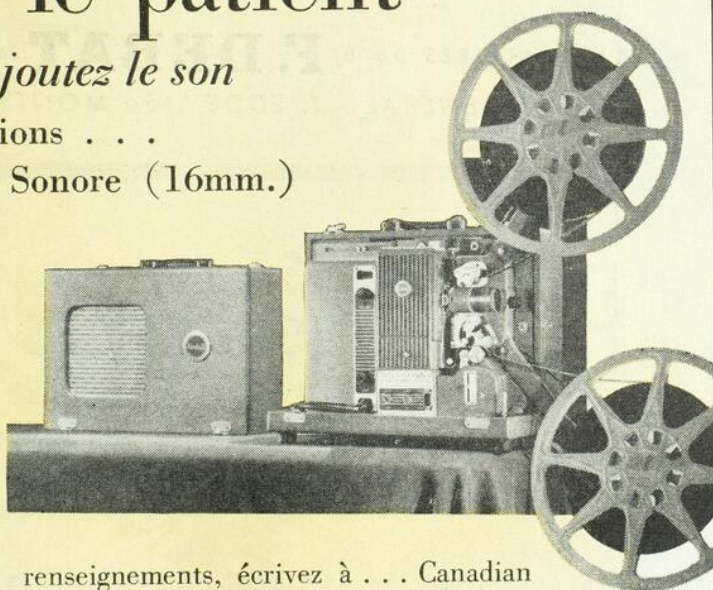
*Facile à porter...* Une seule mallette loge le projecteur, le fil électrique, le haut-parleur, le fil du haut-parleur. Pèse moins de 33 livres... le "pick-up" pèse 27 livres.

*Facile à monter...* Cinq étapes faciles et le "film" est prêt à être projeté.

*Facile à faire fonctionner...* La mise en place du film se fait vite et facilement. Tous les contrôles sont commodément placés.

*Caractéristiques spéciales...* Fonctionne sur courant continu ou alternatif. Sans bruit. Lubrification en circuit fermé. Eclairage brillant, uniforme, permettant de voir tous les détails de l'image d'un coin à l'autre. Reproduction splendide du son. Réceptacle pour microphone qui permet la narration.

Ces caractéristiques et beaucoup d'autres avantages font que le Projecteur Sonore Kodascope Pageant, récemment annoncé, est idéal pour médecin, clinique, hôpital. Voyez-le chez votre marchand d'appareils photographiques — ou, pour plus de



renseignements, écrivez à... Canadian Kodak Co., Limited, Toronto 9, Ontario.

*Les produits Kodak pour le corps médical comprennent:*

Films pour radiographie; écrans-renforceurs fluorescents pour radiographie; produits chimiques pour radiographie; papiers et film pour électrocardiographie; cameras—pour photos et vues animées; projecteurs—pour photos et vues animées; agrandisseurs et tireuses d'épreuves; film photographique—couleurs et noir-et-blanc (y compris l'infra-rouge); papiers photographiques; produits chimiques pour photographie; produits chimiques organiques synthétiques; produits pour microfilm.

*Contribuant au progrès de la médecine*

*par la Photographie et la Radiographie*

**Kodak**  
MARQUE DÉPOSÉE

**SUXIL**  
DINITRILE SUCCINIQUE

INJECTIONS  
INTRAVEINEUSES

En substitution, complément ou consolidation  
du traitement par

**L'ÉLECTRO-CHOC**

Angoisses  
Etats dépressifs,  
mélancoliques,  
psychasthéniques

LABORATOIRES DU D' **F. DEBAT** PARIS 8' ←  
AGENT GÉNÉRAL : **J. EDDÉ Ltée** MONTRÉAL

**ANÉMIES  
CONVALESCENCES**

**PANCRIOL**  
DU DOCTEUR DEBAT  
EXTRAITS DE FOIE RATE  
REIN ET CAPSULE SURRÉNALE

**TONI-PANCRIOL 50**  
AU TETRAVIT B  
TONIQUE  
NEURO-ORGANIQUE

**PANCRIOL** (Ampoules buvables de 5 cc.) →  
**TONI-PANCRIOL Vitaminé** (flacon de 240 cc.) →

AGENT GÉNÉRAL : **J. EDDÉ Ltée** - MONTRÉAL

*Aucun autre hypotenseur  
n'associe ces...*

**12**  
**FACTEURS**  
**IMPORTANTES**

**VERILOID<sup>®</sup>**

**DANS L'HYPERTENSION**

**V**eriloid, un produit de recherche des Laboratoires Riker, est un extrait alcaloïde de principes hypotenseurs obtenus par fractionnement du *Veratrum viride*. Il est libéré des impuretés de la matière première. Des essais biologiques chez les animaux ont abouti à une chute de la pression artérielle. Généralement appelé alkavervir.

- 1** Capacité uniforme; la constance de son action pharmacologique permet l'exactitude du dosage calculé en milligrammes...
- 2** Un procédé spécial de fabrication produit un comprimé qui se dissout lentement, assurant ainsi l'absorption du Veriloid et une longue durée d'action...
- 3** Diminue la tension artérielle par son action vasodilatatrice, indépendante de l'effet vagomoteur...
- 4** Aucun blocage ganglionnaire ou adrénergique...
- 5** Les variations de la pression artérielle, si importantes pour répondre aux exigences d'une vie active, ne sont pas troublées; aucun danger d'hypotension posturale...
- 6** Le débit cardiaque n'est pas diminué...
- 7** Ne cause pas d'insuffisance rénale...
- 8** La circulation cérébrale n'est pas amoindrie...
- 9** Des réactions d'hypersensibilité apparaissent rarement...
- 10** On peut donc en donner pendant de longues périodes de temps dans le but d'arrêter ou de ralentir les progrès de l'hypertension...
- 11** Bien toléré aux doses appropriées; ne cause pas de céphalée.
- 12** Produit une chute rapide et soutenue de la pression artérielle dans toutes les formes d'hypertension.

On peut se procurer Veriloid sous 3 formes: Veriloid (simple) en comprimés de 1 ou 2 mg.; Veriloid-VP (Veriloid, 2 mg. et phénobarbital, 15 mg.); Veriloid-VPM (Veriloid, 2 mg., phénobarbital, 15 mg. et de l'hexanitrate de mannitol, 10 mg.).

**RICKER PHARMACEUTICAL COMPANY, LTD., 68 BROADVIEW AVENUE, TORONTO 8, ONT.**

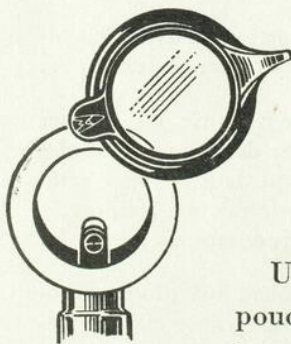
L'OTOSCOPE No. 201

WELCH  ALLYN

amélioré

**facilite le diagnostic,  
le traitement et l'instrumentation  
pour le P G et le spécialiste**

Parce que plusieurs médecins ont besoin d'un otoscope-diagnostique qui peut aussi servir comme instrumentation et traitement, nous avons apporté plusieurs changements à notre populaire Ootoscope No 201, qui s'adaptent à ces deux emplois. La loupe-diagnostique de large format est particulièrement utile pour les médecins qui portent des verres à double foyer.



La loupe tourne maintenant autour d'un pivot à ressort haut placé qui maintient cette loupe, sans glisser, dans n'importe quelle position. Le pivot ne sera pas ébranlé par l'usage.

Une extension inférieure pour le pouce rend les manipulations de la loupe plus faciles et plus rapides.

La nouvelle position plus basse de la lampe laisse un champ plus grand à la visibilité et aux interventions, sans diminution de l'intensité lumineuse.

*Demandez à votre vendeur Welch Allyn de vous montrer cet otoscope amélioré.*



La tête de l'Otoscope, avec cinq specula en nylon.  
Adaptable à tous les manches de batteries Welch Allyn.

**WELCH ALLYN, INC., Auburn, N. Y.**

J. F. HARTZ CO. LTD.  
Toronto, Montréal, Halifax

CASGRAIN & CHARBONNEAU, Ltée  
Montréal, Ottawa, Québec

THE STEVENS COMPANIES  
Toronto, Winnipeg, Calgary, Vancouver

*Le traitement au Succinate-Salicylate  
est actif dans 95% des cas d'*

# Ostéoarthrite

"...sur 208 cas (d'ostéoarthrite) le pourcentage moyen de ceux qui ont montré une amélioration est de 95, le laps de temps au bout duquel une amélioration marquée s'est produite de huit jours en moyenne. Le plus souvent, le nombre des articulations atteintes est de deux, les genoux étant en cause le plus fréquemment, les épaules ensuite..."\*

VOICI LA COMPILATION DES RÉSULTATS OBTENUS

	<i>Gravité</i>		<i>Temps jusqu'à</i>
	<i>au début</i>	<i>à la fin</i>	<i>l'amélioration max.</i>
Douleur .....	4 plus .....	0 .....	8 jours
Rigidité .....	4 plus .....	1 plus.....	14 jours
Enflure .....	2 plus .....	0 .....	5 jours
Limitation des mouvements ..	3 plus .....	0 .....	11 jours
Incapacité fonctionnelle .....	3 plus .....	0 .....	11 jours

\* "Le traitement de l'Arthrite par le Succinate-Salicylate", par M. M. Szucs, M.D., Ohio State Medical Journal, oct. 1947. Un exemplaire de cet article et d'autres littératures médicales vous seront adressés sur demande.

- BEREX est le SEUL produit au Succinate-Salicylate qui soit VÉRIFIÉ
- BEREX est indiqué pour toutes les formes d'Affections rhumatismales et arthritiques, Arthrite infectieuse, Arthrite rhumatoïde, Fièvre rhumatismale et Sciatique
- BEREX est NON-TOXIQUE et ne produit aucun effet sur le cœur ou sur tout autre organe
- BEREX soulage la douleur promptement
- BEREX tend à restaurer l'action physiologique normale
- BEREX agit sur les troubles du métabolisme
- BEREX (par voie buccale) est d'un prix de revient raisonnable

Fabriqué sous licence sous le nom déposé BEREX.

**BEREX** Pharmacal Company — 36-48 Caledonia Road — Toronto, Canada

**MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE**

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

**LE VACCIN BCG****PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE**

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX \*

— Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.

— 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. BEAUDOUIN: 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)



## Quand la dépression devient un problème

'Méthédrine' en comprimés est d'une valeur inestimable dans le traitement symptomatique d'états de dépression mentale. Elle démontre bien toute sa valeur pour circonvenir l'apathie du patient non-coopératif.

Dérivée de l'amphétamine, son effet s'amène plus rapidement et se prolonge plus longuement que ne le font les autres membres de ce groupe. Les comprimés de 'Méthédrine' sont disponibles en deux forces: 2.5 mg. et 5 mg., conditionnés en flacons de 100 et 500.

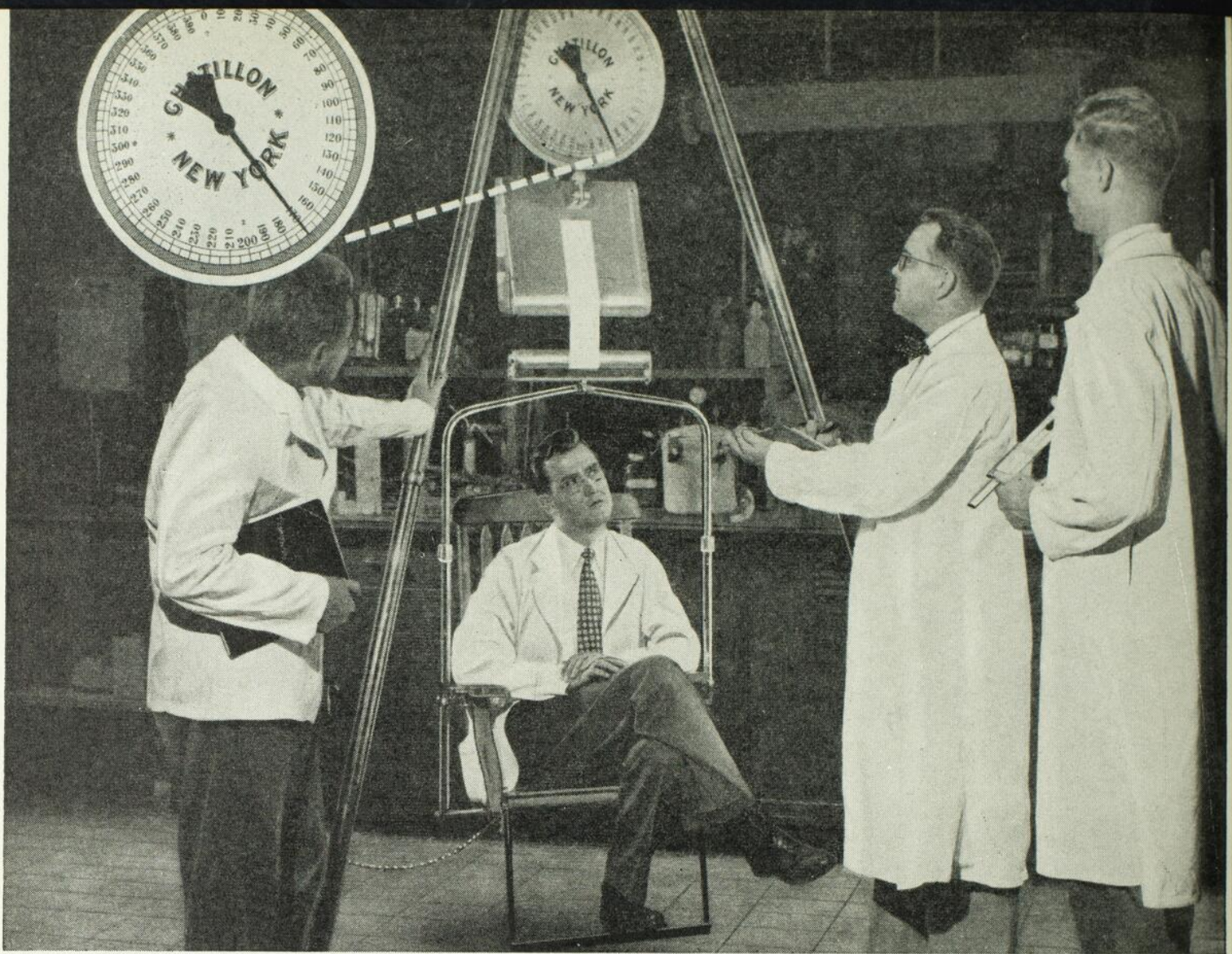
# 'METHEDRINE'

MARQUE DE FABRIQUE

CHLORHYDRATE DE METHYLAMPHETAMINE B. P. C. COMPRIME



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



## pour donner plus de poids à notre argument ... 170 LIVRES À LA FOIS!

**I**L NE vous viendrait pas à l'idée de vous servir d'une bande de 3 pouces de ruban adhésif "ZO", pour suspendre en l'air un homme de 170 lbs.

Nous l'avons fait cependant — et nous en avons pris une photo — pour étayer nos dires. C'est là la preuve flagrante de l'énorme pouvoir adhésif et de la solidité du ruban adhésif "ZO" de Johnson & Johnson.

L'histoire ne s'arrête pas là. En fait, nous avons amélioré le ruban

adhésif "ZO" dans quatre domaines importants:

1. Pouvoir adhésif renforcé
2. Risque moindre d'irritation cutanée
3. Blancheur plus marquée
4. Fraîcheur prolongée

L'actuel ruban adhésif "ZO" est le fruit des recherches approfondies de Johnson & Johnson. Il a été soumis à des épreuves rigoureuses dans les laboratoires de Johnson & Johnson.

Dans 38 universités et hôpitaux universitaires du pays, d'éminents allergistes et orthopédistes l'ont passé au crible de la clinique.

Le ruban adhésif "ZO" démontre comment Johnson & Johnson, une fois de plus à la poursuite perpétuelle du "mieux", a trouvé le moyen d'améliorer encore un produit déjà reconnu comme excellent.



*La maison de confiance en pansements chirurgicaux*

PASSEZ COMMANDE  
À VOTRE DISTRIBUTEUR

**Johnson & Johnson**  
LIMITED MONTREAL

FABRIQUÉ AU CANADA

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE BUVABLE

# REVITALOSE

DU D<sup>r</sup> FRAYSSE

REVITALISATION DE L'ORGANISME

SUBST. CÉRÉBRALE · SURRÉNALE · EXT. ORCHITIQUE

ÉPUISEMENT NERVEUX · SURMENAGE · DÉBILITÉ · HYPOTENSION

AMPOULES BUVABLES DE 10<sup>CC</sup>

LABORATOIRE FRAYSSE ET C<sup>IE</sup> NANTERRE (SEINE)

Canada: LABORATOIRES JEAN OLIVE — 200, rue Vallée, Montréal, P. Q.

# NEURO SOLÈNE

SÉDATIF DU VAGUE

SYNERGIE DES DOSES THÉRAPEUTIQUES FAIBLES

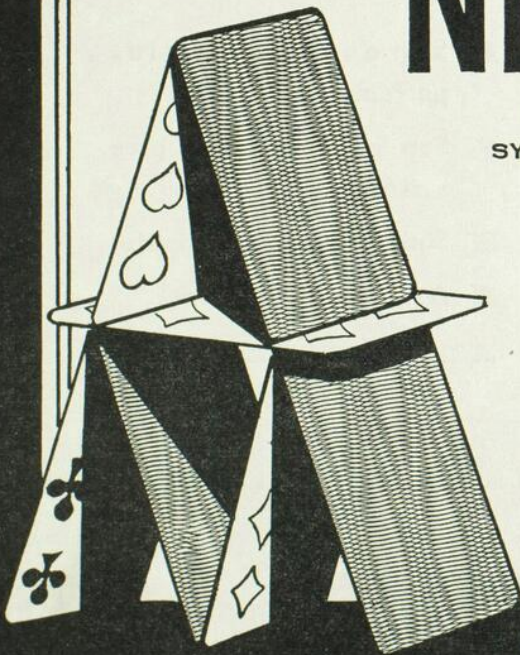
EXTRAIT JUSQUIAME  
EXTRAIT VALÉRIANE  
OXYDE DE ZINC  
BARBITAL  
O. GR. 017

Petits nerveux, pseudo-cardiaques  
1 comprimé, matin, midi et soir  
Troubles du sommeil  
1, à 2, en plus, au coucher

LABORATOIRES BRÉANT, PARIS · LABORATOIRES J. OLIVE 200 RUE VALLÉE · MONTRÉAL

**SANS TOXICITÉ**  
SANS ACCOUTUMANCE · SANS INTOLÉRANCE

**ÉQUILIBRE LE SYMPATHIQUE**





*La Librairie Beauchemin Limitée*

imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,

*offre*

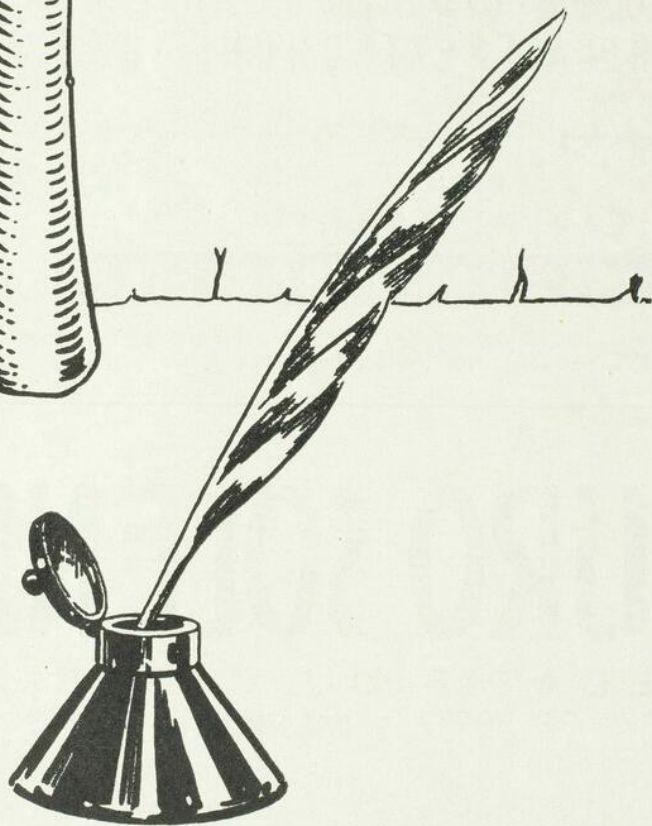
ses services à tous les

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

## AMINOPHYL EDDÉ

Dragées glutinisées dosées à 0 Gm. 10 d'Aminophylline  
Médicament de fonds chez les Cardio-rénaux

## AMINOBAÏNE

Insuffisances cardiaques

Association d'Aminophylline (5 cg.) et de Ouabaïne (1 mg.)  
par dragée glutinisée de 0 Gm. 30 et  
par Suppositoire — boîte de 10

## AMINO-PAPAVÉRINE

Suppositoires de 2 Gm. (Aminophylline 5 cg. et Papavérine 2 cg.)  
Anti-spasmodique vasculaire

## SEDAMINOPHYL EDDÉ

Dragées glutinisées Aminophylline 0 Gm. 10 et Phénobarbital 0 Gm. 01  
Sédatif Cardio-pulmonaire



LAB. GENÉVRIER  
45, Rue Michélis  
NEUILLY-PARIS

J. EDDÉ Limitée, 1154 Beaver Hall Sq., Montréal, Agent général pour le Canada.



# BETAGEN

VITAMINE "B" COMPOSÉE  
ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

TONIQUE ET ALIMENT NERVIN

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie — Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux  
Déséquilibre nerveux

PRINCIPAUX COMPOSANTS:

VITAMINE B<sub>1</sub> — RIBOFLAVINE — PYRIDOXINE — ACIDE NICOTINIQUE — ACIDE PANTOTHÉNIQUE  
LECITHINE — AVÉNINE — GLYCÉROPHOSPHATES DE SODIUM, CALCIUM, POTASSIUM, STRYCHNINE

(1/160 gr. à l'once)

SAVEUR AGRÉABLE • TOLÉRANCE PARFAITE

DOSE: UNE CUILLERÉE À DESSERT QUATRE FOIS PAR JOUR AVANT LES REPAS.

## Comprimés Bicalgen-D

*A base de Gluconate de Calcium*

INOSITOPHOSPHATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM  
CÉRIUM OXALATE • VITAMINE D

*Grossesse, Lactation, Vomissements gravidiques*

LE BICALGEN-D, COMPRIMÉ NON AROMATISÉ, PRESQUE INSIPIDE, ENTIÈREMENT SOLUBLE.

EST LE MÉDICAMENT DE CHOIX POUR LA FEMME GRAVIDE.

Dose — Trois à six comprimés par jour.

## Comprimés TRI-SULFA\* 0.50 gm. Amélioré

ACTION RATIONNELLE DES SULFAS

CHAQUE COMPRIMÉ RENFERME:

● SULFAMÉTHAZINE 37% ● SULFADIAZINE 37%  
SULFAMÉRAZINE 26%

NOUVELLE ASSOCIATION SULFAMIDÉE PERMETTANT DES DOSAGES  
ADEQUATS TOUT EN DIMINUANT LE DANGER DE CRISTALLURIE

DOSE — UN COMPRIMÉ TOUTES LES 3 HEURES OU PLUS SELON L'AVIS DU MÉDECIN.

\*Marque déposée.

## Somenal

(COMPRIMÉ À 0.10 GRAMME)

NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

SOMENAL REPRÉSENTE L'EFFET RAPIDE DU BUTO BARBITAL ASSOCIÉ À L'EFFET  
PLUS PROLONGÉ DU PHÉNOBARBITAL.

ÉMOTIVITÉ • INSOMNIE • SPASMES • PHOBIE • ANXIÉTÉ

DOSE: Selon l'avis du médecin. Butobarbital 0.05 gramme } par comprimé.  
Phénobarbital 0.05 gramme }

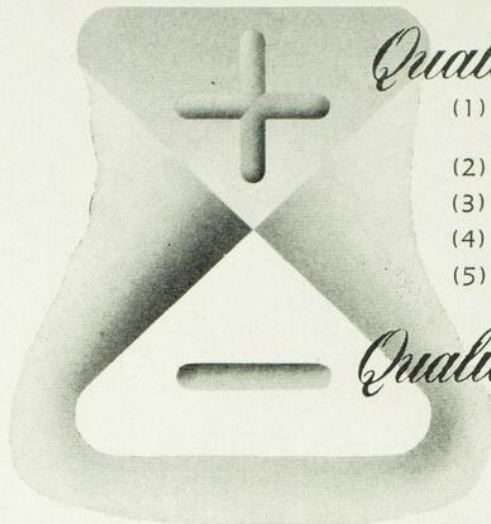
La Cie CANADA DRUG CO. Montreal



*Rien de ce que vous prescrivez  
n'est fait plus soigneusement  
que l'Aspirin*

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

# QUALITÉS REQUISES D'UN SUBSTITUT DU PLASMA



## *Qualités Positives*

- (1) Rétention dans la circulation pour un temps suffisamment long, i. e. excrétion rénale et métabolisme lents.
- (2) Pression osmotique et viscosité semblables à celles du plasma.
- (3) Composition constante et bien définie.
- (4) Stabilité dans des conditions variées d'emmagasinage.
- (5) Stérile — exempt de contamination par les virus.

## *Qualités Négatives*

- (1) Non toxique.
- (2) Non pyrogénique.
- (3) Non sensibilisant.
- (4) Non diurétique.
- (5) Non cumulatif.

— une solution de dextran à 6% dans un sérum salin normal remplit ces conditions. Il a été vérifié par le Conseil Médical de Recherches et est livré au Ministère de la Santé en Angleterre.

# INTRADEx

Fabriqué par: DEXTRAN LIMITED, Darlington, Angleterre.

Distributeurs universels: THE CROOKES LABORATORIES LIMITED, Londres, Angleterre.

Adressez toutes vos demandes de renseignements et de littérature aux distributeurs exclusifs pour le Canada:

## GENERAL LABORATORIES LIMITED

430 OUEST, RUE KING, TORONTO, ONTARIO

# ÉTATS ASTHMATIQUES

## *Traitement Symptomatique Éprouvé*

### ASTHMAGYL

Comprimés

Théophylline .....	2 gr.
Phénobarbital .....	1/8 gr.
Ephédrine .....	3/8 gr.
Lobélie .....	1 gr.

### CEDRAPHYL

Capsules

Aminophylline .....	1 1/2 gr.
Phénobarbital de sodium .....	3/8 gr.
Chlor. Ephédrine .....	3/8 gr.
Lobélie .....	1 gr.

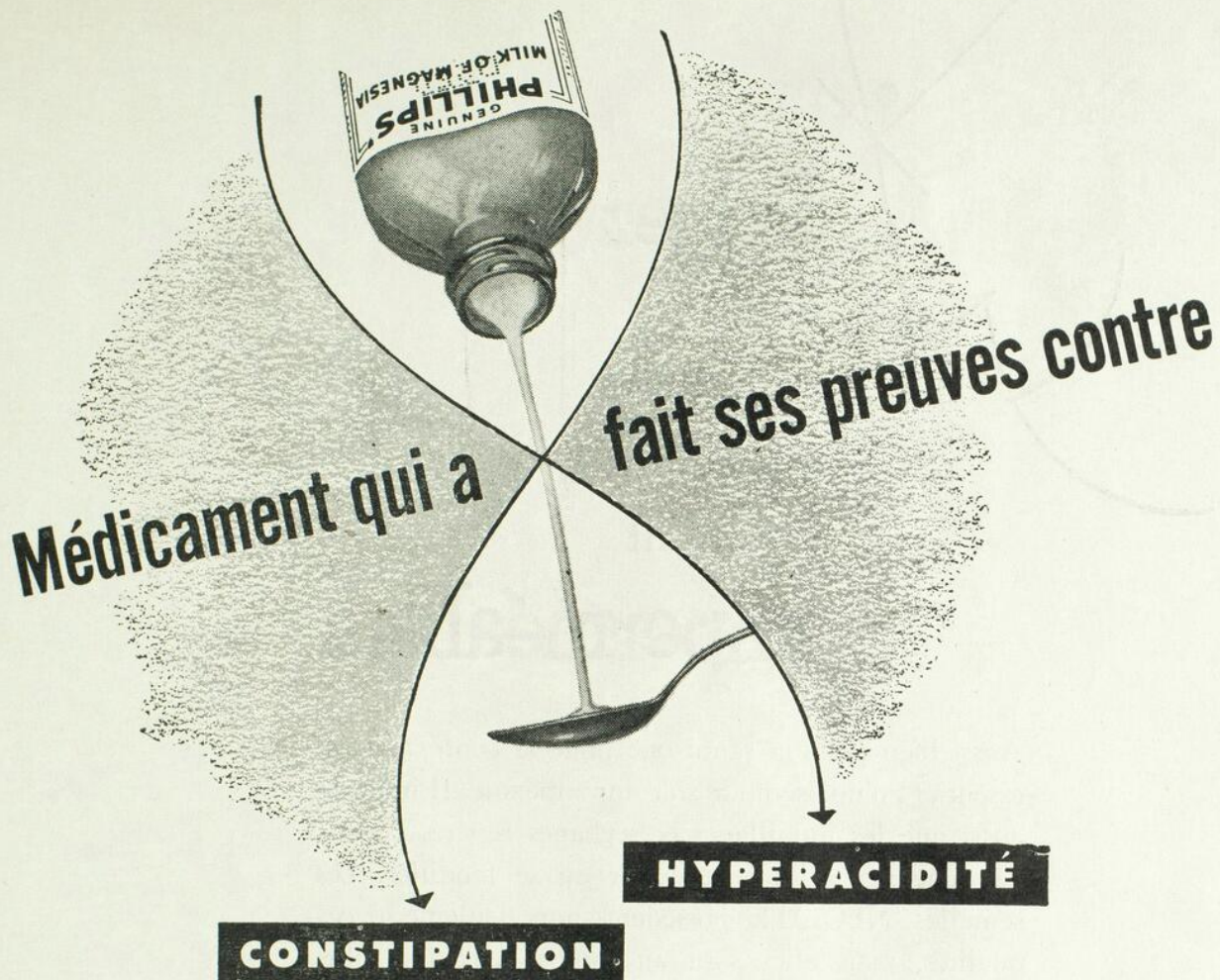
*Casgrain & Charbonneau*  
L<sup>td</sup>

QUÉBEC,  
P. Q.

MONTRÉAL  
PAUL L'AFRICAIN, Président

ST. JEAN,  
Terre-Neuve

UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL



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.

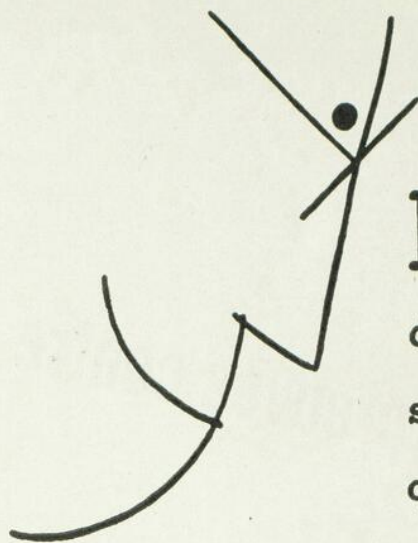
*Comme antiacide*—Le Lait de Magnésie Phillips' soulage rapidement et efficacement. Ne contient pas de carbonates; pour cette raison, il n'occasionne pas de malaises dus à la flatulence.

**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.



**Exigez**  
des  
**semelles**  
qui soient  
vraiment  
**Imperméables**

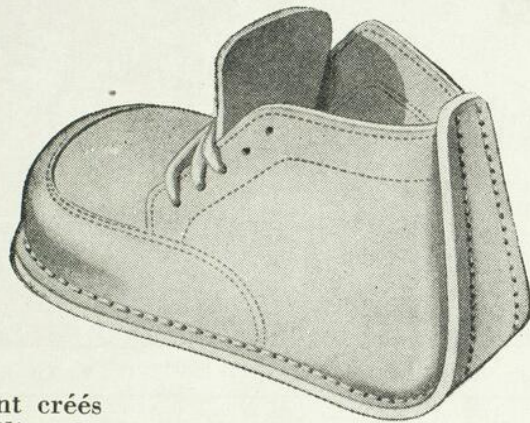
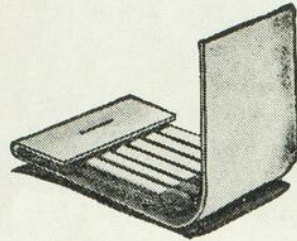
Aussi bien pour la santé que pour le confort, il est essentiel qu'une semelle soit imperméable. Il importe aussi que les mouillages et séchages répétés n'aient pas tendance à les faire durcir ou se fendiller. Les semelles NEOLITE possèdent non seulement ces qualités, mais elles sont au moins deux fois plus durables que les semelles en cuir. Aujourd'hui, les fabricants de chaussures de qualité se servent beaucoup des semelles NEOLITE. Les gens, d'ailleurs, les demandent de plus en plus lorsqu'ils achètent des chaussures ou qu'ils font ressemeler leurs vieux souliers. Le Neolite n'est pas un caoutchouc mais bien un composé chimique résine-elastomer. Exigez la marque NEOLITE sur chaque semelle.

NEOLITE—M.D.—The Goodyear Tire & Rubber Co. of Canada Ltd.

**SEMELLES  
NEOLITE**

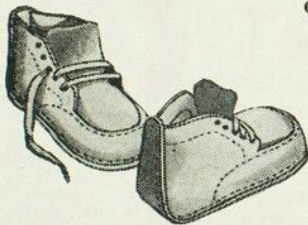


*Faites tenir en équilibre un carnet  
d'allumettes de papier. Laissez-le  
tomber sans vaciller. C'est là  
le principe fondamental du  
talon à angle droit, unique en  
en son genre.*



Les **Jumping-Jacks** sont créés spécialement pour faciliter les premiers pas d'un enfant. La semelle d'une seule pièce, qui se prolonge derrière le talon, fournit un appui au point précis où il est requis, aide le petit pied à se tenir droit. Leur forme moccassin donne beaucoup d'aise aux orteils.

En outre, ils sont très hygiéniques pour les pieds et aident à une bonne posture. Les Jumping-Jacks sont offerts en bottines et sandales, blanches ou en couleur.



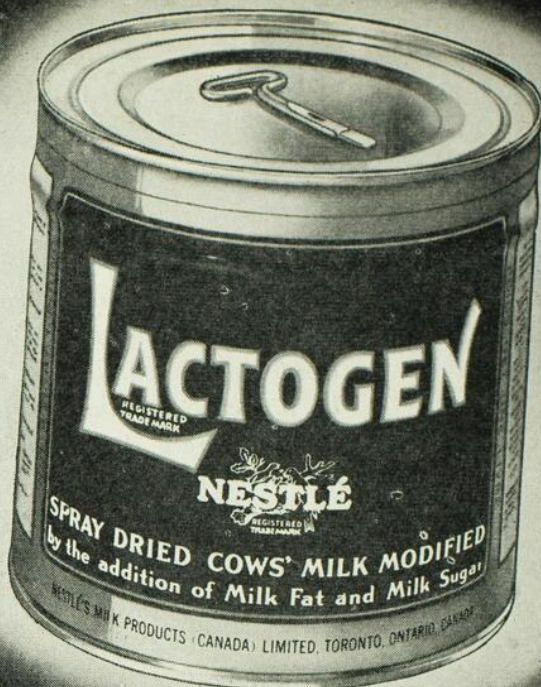
# JUMPING-JACKS

création *Savage*

THE SAVAGE SHOE COMPANY LIMITED  
PRESTON, ONTARIO

# LACTOGEN<sup>®</sup>

SE RAPPROCHE ÉTROITEMENT  
DU LAIT HUMAIN



R<sub>x</sub>  
LACTOGEN + EAU = ALIMENT PRÉPARÉ

1 cuillerée  
à table rase  
(40 cal.)

2  
onces  
liq.

2 onces liq.  
(20 cal. par  
once liq.)



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 • 80 KING STREET WEST, TORONTO, ONTARIO

SÉDATION ET EUPHORIE  
POUR LES PATIENTS  
NERVEUX ET IRRITABLES

par l'usage de

## VALERIANETS-DISPERT

Chaque comprimé, enrobé de chocolat, contient: extrait de valériane (de concentration élevée), 0.05 gm., finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité.

SÉDATIF SANS GOÛT, SANS ODEUR, NON-DÉPRIMANT et CALMANT.  
VALERIANETS-DISPERT est indiqué dans les cas de troubles émotifs et d'épuisement, l'anxiété, état de dépression, névrose cardiaque et gastro-intestinale, molimen ménopausique et menstruel, insomnie.

Posologie: 1 à 2 comprimés t. i. d. — Flacons de 50 et 100 comprimés.  
Dans toutes les pharmacies d'ordonnance.



Canadian Distributor: LYSER CHEMICALS, LTD., 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC., 253 West 26th St., N. Y.

Dans les troubles intestinaux  
**EUCARBON<sup>®</sup>**

Chaque comprimé contient:  
Extrait de rhubarbe, séné,  
soufre précipité, huile de  
menthe poivrée, huile de  
fenouil, dans un excipient de  
charbon de saule suractivé.

Pour préparer la Solution de  
Burow U.S.P. XIV  
PANSEMENT HUMIDE,  
employez

**PRESTO-BORO<sup>®</sup>**

(Sulfate d'aluminium et  
acétate de calcium)

POUDRE EN ENVELOPPES

— COMPRIMÉS —

Pour le traitement de tumé-  
factions, inflammations,  
entorses.

Dans les affections  
pulmonaires

**QUINOPULMIN<sup>®</sup>**

Solution de quinine à 3%  
avec camphre à 2½%, pour  
injection intramusculaire.

# 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




## Les voici en boîtes de 4 oz. pour varier davantage le régime du bébé

Le nouvel emballage commode offre un assortiment  
des céréales que les médecins recommandent  
—le moment venu—pour les bébés

Les médecins connaissent bien les boîtes ordinaires de 8 oz. de céréales Heinz pour bébés. Mais, à l'avenir, quand vous recommanderez aux mamans d'essayer les quatre variétés de céréales—farine de céréales, farine d'orge, mélange de farine d'avoine, farine de riz—elles pourront se procurer cet assortiment commode de boîtes de 4 oz. à l'épicerie ou à la pharmacie.

C'est là une autre des heureuses innovations Heinz dans le domaine de l'alimentation des bébés.

Des échantillons de ces boîtes de 4 oz. ainsi que des purées alimentaires et aliments pour enfants, seront envoyés aux médecins qui en feront la demande. Ecrivez à H. J. Heinz Company of Canada Ltd., Dept S.P.,  Leamington, Ontario.

BFM-32F

H. J. HEINZ COMPANY OF CANADA LTD.

## Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

### AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Des examens pour le diplôme d'associé (Fellow) en médecine — F.R.C.P. (C) et en chirurgie — F.R.C.S. (C), ainsi que pour le certificat en spécialités approuvées, sont tenus annuellement.

Copies des règlements et conditions régissant les examens, listes des hôpitaux approuvés au Canada, et les formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant comme suit:

**Le Secrétaire Honoraire,**  
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada  
150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

# NOUVEAU!

**POIRES  
AVEC  
FARINE DE**

*Libby's*

Libby's ajoutent constamment des variétés nouvelles exclusives, telles que poires avec farine, à leur sélection de nourritures pour bébés, faciles à digérer.



## 18 VARIETES

*Lunettes  
verres ophtalmiques*

— o —  
**Examen de la vue**  
— o —

**ALBANY PHILIE. O.D.**  
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES  
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS  
BUREAU CHEZ

**Dupuis Frères**  
LIMITÉE  
MONTREAL

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.

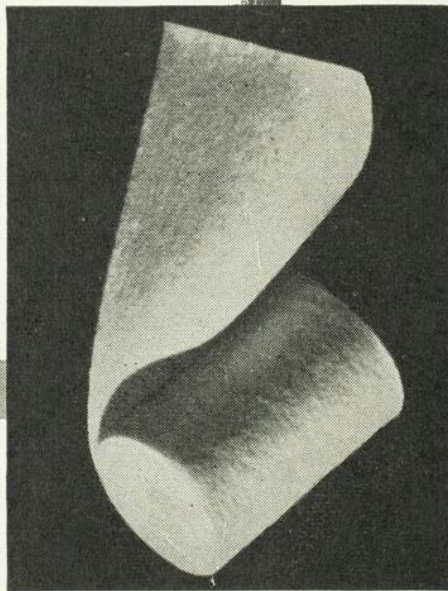
## TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
Abbott Laboratories .....	XXXIX - XL	Laboratoires Jean Olive (Desensyl) .....	XIV
Ames Company of Canada Limited (Clinitest) .....	XXXII	Laboratoires Jean Olive (Revitalose) — (Neuro-solène) ..	LXII
Anglo-French Drug Co. (Stannoxy) .....	XLI	Lederle Laboratories (Auréomycine) .....	XIII
Armour Laboratories, The (Acthar Gel) .....	XIX	Libby's (Aliments Libby's pour bébés) .....	LXXIII
Armour Laboratories, The (Tryptar) .....	XXV	Librairie Beauchemin Limitée .....	LXIII
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée ("Béminal" Plus) (Deravine) .....	XXI - XXII	Mead Johnson & Company of Canada Limited (Poly-Vi-Sol) — (Tri-Vi-Sol) — (Ce-Vi-Sol) — 3ème page de la couverture	
Bauer & Black (Curity) .....	LXXV	Merck & Company Limited (Vinethene) .....	XXIII
Bayer Company Ltd, The (Aspirine) .....	LXVI	Merck & Company Limited (Cortone) .....	XLIX
Berex Pharmacal Company .....	LVIII	Merck & Company Limited (Penstrep) .....	XXXVII
British Drug Houses (Canada) Limited, The (Vibelan) .....	LIII	Merck & Company Limited (Urecholine Chloride) .....	XXXV
Canada Drug Company (Betagen) — (Bicalgen D) — (Tri-sulfa) — (Somenal) .....	LXV	Merck & Company Limited (Mandelamine) .....	XLIII
Canada Drug Company (Paveral) .....	LXII	Merrell (Bentytol) .....	XXIX
Casgrain et Charbonneau Limitée .....	LXVII	Millet, Roux & Compagnie (Bilozène) .....	XV
Chas. H. Phillips Co. Ltd., The (Lait de magnésie) ....	LXVIII	Nestlé's Milk Products (Canada) Limited (Lactogen) .....	LXXI
Compagnie Ciba Limitée (Coramine-Ephédrine — Coramine-Adénosine) .....	XLIV	Pan Pharmacals Limited, The (Ambermid) .....	XX
Dupuis Frères (Examen de la vue) .....	LXXIII	Pfizer Canada Ltd. (Terramycine) .....	XXX
Eddé, J., Limitée (Panocrinol) .....	LV	Poulenc Limitée (Subtosan) .. Deuxième page de la couverture	
Eddé, J., Limitée (Aminophyl) .....	LXIV	Riker Pharm. (Veriloid) .....	LXI
Fellows Pharmaceuticals Mfg Co. Ltd. (Hydrate de chloral) .....	XXXIV	Rougier Frères (Digitaline naturelle) .....	V
Frosst, Charles E. & Company (Negamine) .. VII - VIII - IX - X		Rougier Frères (Pygmal) .... Première page de la couverture	
Frosst, Charles E. & Company (Ferro-Catalytic) .....	IV	Sandoz Pharmaceuticals Ltd. (Plexonal) .....	XXIV
General Electric X-Ray Corporation Limited (Maxicon 200) .....	XXXIII	Savage Shoe Company Limited, The (Jumping-Jacks) ....	LXX
General Laboratories Limited (Intradex) .....	LXVII	Searle & Company, G. D. (Metamucil) .....	XI
Goodyear Tire & Rubber Co. of Canada (Semelles neolite) .....	LXIX	Sharp & Dohme (Canada) Limited (Sulfasuxidine) .....	XLVII
H. J. Heinz Company .....	LXXII	Shuttleworth Chemical Company Limited, The E. B. (Codophen) .....	XLV
Herd & Charton, Inc. (Uroprazine) .....	XLII	Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Theptine) ....	III
Herd & Charton, Inc. (Anabile) .....	XLVIII	Smith and Nephew Limited (Elastoplast) .....	XXVIII
Herd & Charton, Inc. (Veratrite) .....	XLVI	Standard Pharmaceutical Company, Inc. (Valerianets- Dispert) .....	LXXI
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins) .....	II	Vinant Limitée (Caréna) .....	XXXVI
Hoffman-La Roche Limitée (Le Rimifon) .....	XVIII	Vinant Limitée .....	XXVI
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) .....	LIX	White Laboratories of Canada (Mol-iron) .....	LI - LII
Johnson & Johnson Limited (Adhesive tap) .....	LXI	Wellcome Foundation Ltd., The (Methedrine) .....	LX
Kodak Co. Limited (Films radiographiques) .....	LIV	Wellcome Foundation Ltd., The (Polysporine) .....	XXVII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Neurophen) .....	XXXVIII	Welch Allyn, Inc. (Otoscope) .....	LVII
Laboratoire Desbergers Limitée (Névro-Denal) ..... Quatrième page de la couverture		Winthrop-Stearns Inc. (Néo-synéphrine + pénicilline cristallisée) .....	L
Laboratoire Jean Olive (Egosalyl) .....	XII	Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Tubex) .....	I
		Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Minules) .....	XVII
		X-ray and Radium Industries Ltd. .....	XXXI



## Pionniers *du* progrès

Pendant près de cinquante ans, les Recherches et le Développement en regard du produit ont été la pierre angulaire de la vaste expérience où Bauer & Black ont préparé l'avenir. Bauer & Black appuient sur la valeur primordiale des recherches et du développement pour atteindre la technique experte exigée pour présenter des produits spécialisés destinés à des besoins spéciaux.



Pour bandages orthopédiques  
et autres, employez le  
**NOUVEAU BANDAGE WEBRIL**

Le BANDAGE WEBRIL CURITY est le résultat merveilleux de nombreuses années de recherches laborieuses pour obtenir le meilleur en fait de garniture pour emplâtre. Cette récente découverte de Bauer & Black a été analysée et approuvée au cours de l'usage par des centaines de médecins. C'est un bandage doux, non rétrécissable, se déchirant nettement. Il ne se plisse pas, ne forme pas de bourrelets ou de peloton. Il est, de plus, si **FACILE A APPLIQUER !**

UN PRODUIT EXCLUSIF DE BAUER & BLACK  
Division de The Kendall Company (Canada) Limited

**Curity**  
ENRG. AU CANADA

BANDAGES WEBRIL

RECHERCHE EN VUE D'AMÉLIORER LA TECHNIQUE . . . ET DE RÉDUIRE LE COÛT



## Supplément supérieur de vitamines pour leurs besoins variés



### "VI-SOLS" VERSATILES DE MEAD

**De goût agréable**

la saveur supérieure assure  
l'acceptation du patient

**Limpide, texture légère**

non-collant, coule facilement  
du compte-gouttes

**Dissolution exceptionnelle**

se dissout instantanément dans  
le jus de fruit ou l'eau; se mélange  
aisément avec la formule

**Hautement stable**

stable à la température de la chambre;  
peut être autoclavé avec la formule

**Mesure facile et adéquate de dosage**

spécialement conçu, le compte-gouttes  
facile à lire assure le dosage exact

**Commode**

peut être donné dans la formule,  
du jus de fruit ou de l'eau,  
ou par gouttes dans la bouche



	Vitamine A	Vitamine D	Acide Ascorbique	Thiamine	Riboflavine	Niacinamide
<b>POLY-VI-SOL</b> Chaque 0.6 cc. fournit:	5000 Unités	1000 Unités	50 mg.	1 mg.	0.8 mg.	5 mg.
<b>TRI-VI-SOL</b> Chaque 0.6 cc. fournit:	5000 Unités	1000 Unités	50 mg.			
<b>CE-VI-SOL</b> Chaque 0.5 cc. fournit:			50 mg.			



MEAD JOHNSON & COMPANY OF CANADA LTD.

Belleville, Ont.



# NEVRO-DENAL

*Freine le système nerveux*

## FORMULE POUR UN COMPRIME

Sulfate de spartéine .....	10 mgm.
Extrait de passiflore .....	60 mgm.
Extrait de crataegus .....	30 mgm.
Tr. de belladone .....	50 mgm.
Phenyl-Ethyl-Barbital .....	20 mgm.

## INDICATIONS

Tous les éréthismes nerveux et spasmes organiques tels que: nervosité, anxiété, neurasthénie et émotivité. NEVRO-DENAL est aussi indiqué comme médication symptomatique de certains troubles digestifs, troubles respiratoires, palpitations, nausées fréquentes d'origine nerveuse ainsi que dans les cas d'insomnie nerveuse.

## POSOLOGIE

COMME SÉDATIF: Un ou deux comprimés après chaque repas.

COMME HYPNO-SÉDATIF: dans l'insomnie nerveuse, 2 à 4 comprimés le soir au coucher.

## CONDITIONNEMENT

Tubes de 30 et flacons de 100 comprimés dragéifiés (gris-bleu).

# DESBERGERS LIMITÉE

BIOLOGISTES

CHIMISTES

PHARMACIENS

Montréal - - - Canada