



**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)

**Deuxième congrès régional de l'A.M.L.F.C., à Chicoutimi**

**les 2, 3 et 4 juin 1949**

**ADMINISTRATION  
ET SECRÉTARIAT**

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

**SECRÉTARIAT**

128, rue Sainte-Anne  
Québec

**PRÉCISION**

Plus que toute autre industrie, la fabrication de produits pharmaceutiques et biologiques exige des soins particuliers. Toutes les préparations Lilly sont soumises à des épreuves et des vérifications délicates afin d'éliminer les possibilités d'erreur. L'étiquette Lilly est synonyme de qualité et de précision.

*Pour les insomnies de toutes natures*

# SONÉRYL

**ACTION HYPNOTIQUE DOUCE**

**MARGE DE SÉCURITÉ**

**ACTION RAPIDE ET PROLONGÉE**

**RÉVEIL EUPHORIQUE**

*Suppositoires*

à 0 g. 05 pour enfants  
et 0 g. 20 pour adultes

*Comprimés*

à  
0 g. 10

NOUVELLE PRÉSENTATION  
"Elixir"

à 0 g. 20 (3 grains) de  
SONÉRYL sodé à l'once

*posologie suivant les indications du médecin*

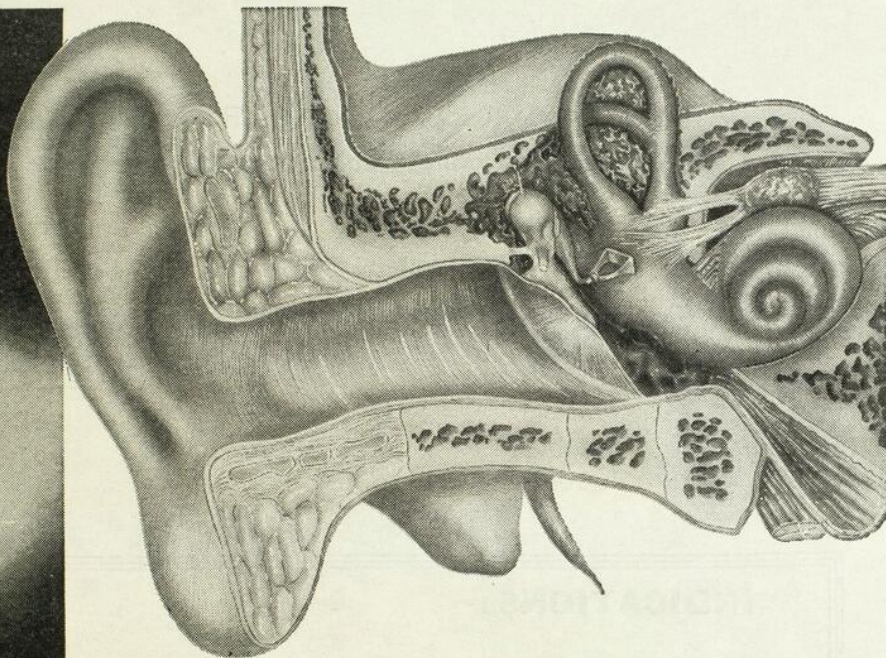
**POULENC**

**Montréal**

Nous présentons la...

# DIHYDROSTREPTOMYCINE

Un nouveau et remarquable progrès en antibiothérapie



- Réactions allergiques moins fréquentes
- Pureté non surpassée
- Aucune diminution de l'efficacité antibactérienne contre le *Mycobacterium tuberculosis*.

La Dihydrostreptomycine Merck est un antibiotique nouveau, hautement purifié, chimiquement distinct de la Streptomycine, et que caractérise une forte diminution de la neurotoxicité.

● **Fréquence extrêmement réduite des troubles vestibulaires.**

Les réactions allergiques attribuables à la dihydrostreptomycinothérapie sont rares, et l'on n'a pas jusqu'ici rapporté d'irritation cutanée locale ou autres phénomènes allergiques chez le personnel soignant qui manipule fréquemment cet antibiotique.

On peut se servir de la Dihydrostreptomycine Merck ou de la Streptomycine Merck (Complexe Chlorure de Calcium) de façon interchangeable par voie intramusculaire au cours du traitement de la tuberculose.

**DIHYDROSTREPTOMYCINE**  
**MERCK**

(Sulfate)



## SOMMAIRE

### BULLETIN

Pierre SMITH  
La semaine nationale de santé ..... 255  
Excursion à Chicoutimi ..... 257

• • •

Jacques TURCOT et François ROY  
Le traitement du cancer de la bouche ..... 259  
Léopold MANTHA  
Contribution personnelle à l'étude du traitement de l'arthrite rhumatis-  
male par les sels d'or (fin) ..... 268

### RECUEIL DE FAITS

Bernard BAILLARGEON  
Une balafree de la chirurgie ..... 282

#### 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

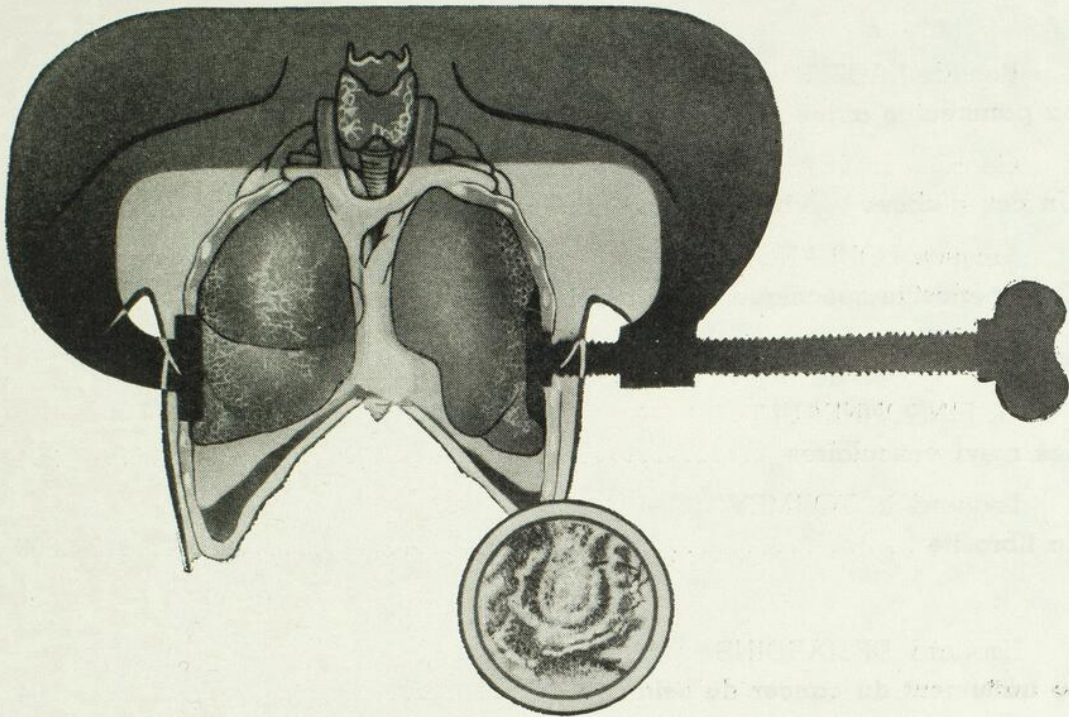
Cystites. — Néphrites

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.



# *Un anti-asthmatique*

===== **dans une solution stabilisée** =====

L'Eupnogène peut être recommandé à titre de tonique cardiaque pour combattre la dyspnée et stimuler la diurèse. Il est particulièrement efficace dans l'asthme, l'emphysème, la bronchite chronique et l'artériosclérose.

### *Formule*

===== ===== =====	Iodure de caféine . . . . .	0 gr. 50	===== ===== =====
	Benzoate de soude . . . . .	0 gr. 08	
	Teinture de café . . . . .	0 gr. 25	

par cuillerée à thé

# **EUPNOGÈNE**

**ROUGIER FRÈRES • 350, RUE LEMOYNE • MONTRÉAL**

*Spécialités de prescription médicale.*



## SOMMAIRE

(Suite)

Rosaire LAUZER  
La pancréatite aiguë à forme péritonitique ..... 287

Georges LAFRAMBOISE  
Un cas d'abcès cérébral ..... 289

Jacques BOULANGER  
Ostéopériostite spécifique de la paroi de l'orbite gauche ..... 291

### REVUE GÉNÉRALE

G. PINSONNEAULT  
Les nævi vasculaires ..... 294

Leonard L. TORMEY  
La fibrosite ..... 300

### ÉDITORIAL

Edouard DESJARDINS  
Le traitement du cancer du sein ..... 304

Pour le traitement de  
**L'ARTHRITE**

**COMPOSÉ**  
**d' "OSTOFORTE"**  
(S.E.C. No. 671 Frosst)

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

#### "OSTOFORTE"

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

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

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

#### FORMULE:

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

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

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

Charles E. Frosst & Co.  
MONTREAL CANADA



# Thalamyd

Phthalylsulfacetimide-Schering

Le THALAMYD,\* un nouveau sulfamidé "non absorbable", pour le traitement des infections entériques dues à des organismes vulnérables et pour la prophylaxie préopératoire en chirurgie abdominale, est doué de la propriété unique d'être absorbé à haute concentration par la muqueuse intestinale où il demeure temporairement *sans être absorbé en quantité décelable dans la circulation sanguine* après administration par voie buccale. Le THALAMYD est un bactéricide des organismes dysentériques ordinaires et de tous les bacilles coliformes se trouvant normalement dans l'intestin. Le THALAMYD détruit donc les organismes pathogènes vulnérables *dans la paroi intestinale* aussi bien qu'à l'intérieur de l'intestin. Parce qu'il peut provoquer temporairement *l'élimination complète* d'E. coli de la flore intestinale,<sup>1</sup> le THALAMYD offre le moyen le plus nouveau d'augmenter la sécurité en chirurgie abdominale.

Parce qu'il n'y a virtuellement aucune absorption du THALAMYD dans la circulation générale il est complètement atoxique pour les tissus hématopoïétiques et pour les voies urinaires.

**Indications :** Dysenterie bacillaire (shigellose) et pour la prophylaxie en chirurgie abdominale. Le THALAMYD s'est avéré efficace dans la cœlite ulcéreuse.<sup>2</sup>

**posologie :** 9 grammes par jour, en doses fractionnées, après les repas. Généralement il n'est pas nécessaire de dépasser 0.2 gramme par kilo par 24 heures. Les doses pour enfants peuvent être calculées sur cette base, jusqu'à un poids de 40 kilos. Dans la cœlite ulcéreuse, des doses plus élevées peuvent être employées sans risque de toxicité grâce au fait que le THALAMYD est non absorbable.

**présentation :** Les comprimés de THALAMYD contiennent 0.5 gramme (7.7 grains) de phthalylsulfacétimide et se vendent en flacons de 100 et 500.

**bibliographie :** 1. Seneca, H. et Henderson, E.: Sous presse.  
2. Heineken, T. et Seneca, H.: Rev. Gastroenterol. 15: 611, 1948.

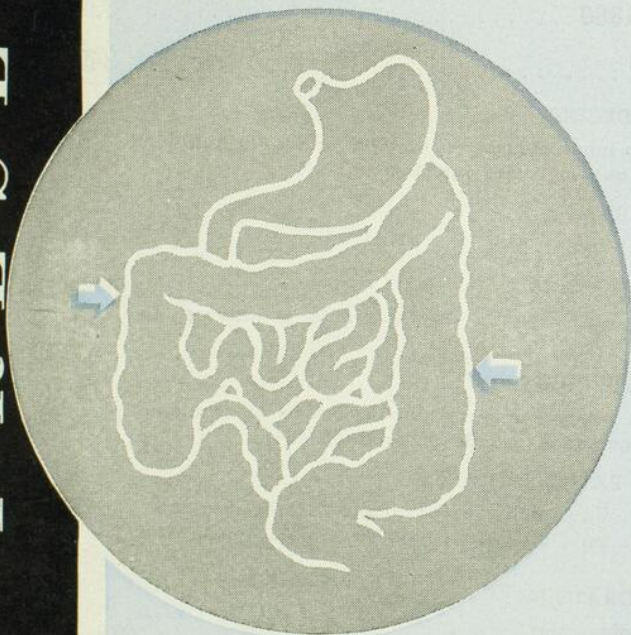
\*THALAMYD, nom déposé de Schering Corporation Ltd

Schering

CORPORATION LIMITED • MONTRÉAL, P. Q.



PRÉSENTANT :



# SOMMAIRE

(Suite)

## HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

- Rapport concernant la distribution du breuvage lacté au chocolat dans les écoles de Montréal ..... 306

## VARIÉTÉS

- Jean LeSAGE  
Mission au 3e congrès mexicain de médecine ..... 316
- Albert JUTRAS  
Allocution du nouveau président de la Société Médicale de Montréal .. 325
- L. JUSTIN-BESANÇON  
Un grand foyer de la médecine contemporaine: la province de Québec 329

## MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

- François HENRY  
Classification ophtalmoscopique de l'artériosclérose ..... 333
- Extraits de journaux ..... 334
- CONSULTATIONS AUX PRATICIENS ..... 336
- "L'Union Médicale du Canada" en 1880 ..... 338
- ANALYSES ..... 340

### MÉDECINE

Les infections épidurales rachidiennes non tuberculeuses (340). Oui ou non, la nutrition influence-t-elle la résistance naturelle aux maladies infectieuses? (340).

### CHIRURGIE

L'occlusion vasculaire mésentérique (341).

### ORTHOPÉDIE

Lésion du disque intervertébral (342). Les fractures de l'extrémité supérieure du cubitus et du radius (344).

### NEURO-PSYCHIATRIE

Traitement de l'excitation au cours des psychoses par l'association de la coramine à l'électro-choc (344). Pourquoi une personne est-elle alcoolique? (345).

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Cirrhose biliaire xanthomateuse (345). Une entité pathologique, l'iléite régionale (345). Nécrose massive du foie à la suite de transfusions de remplacement pour érythroblastose foetale (346).

### LABORATOIRE

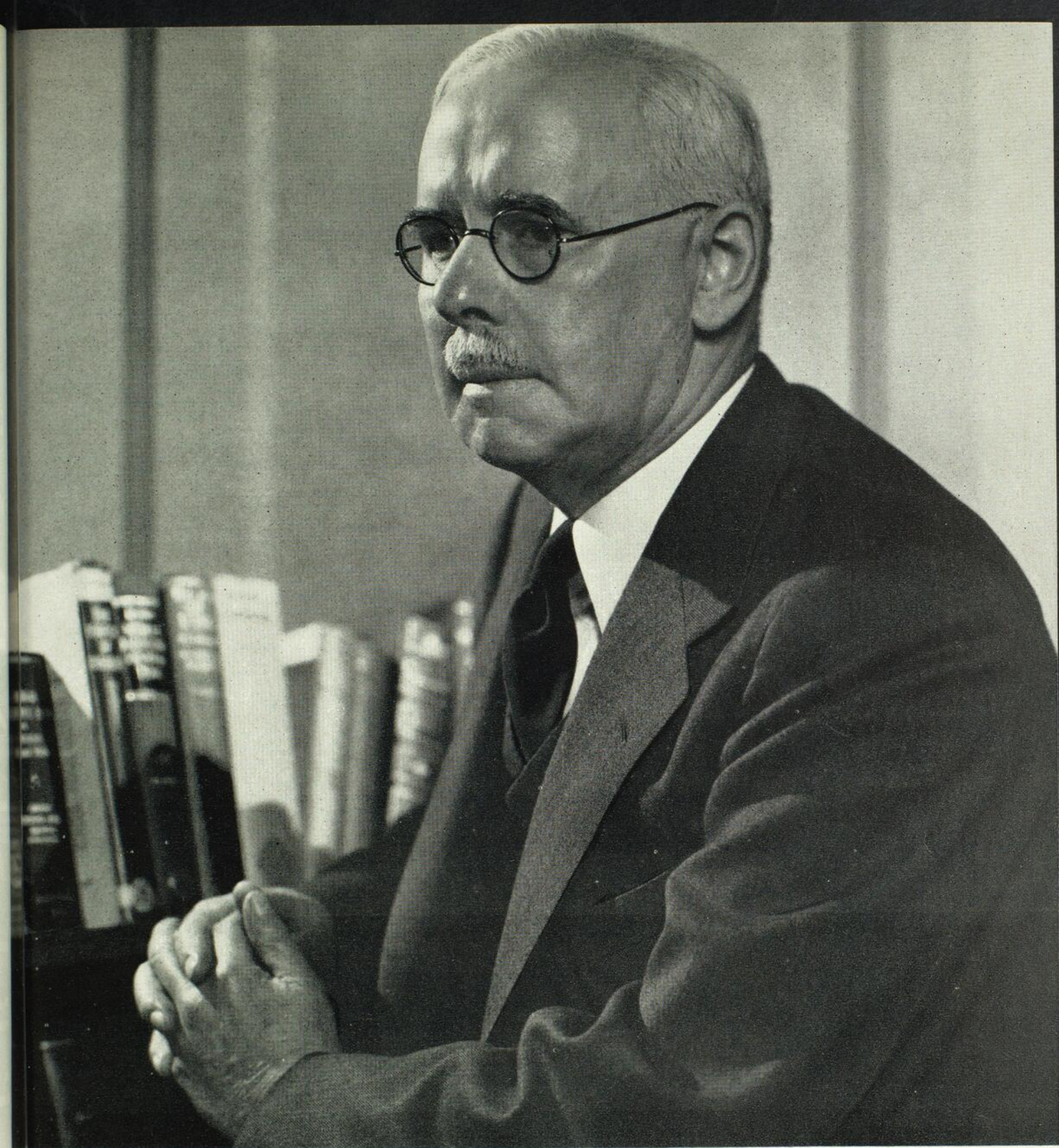
Une méthode rapide pour connaître la glycémie (347).

## SOCIÉTÉS ..... 348

Société Médicale de Montréal: séance du 16 novembre 1948 (348); séance du 7 décembre 1948 (348); séance du 21 décembre 1948 (349); séance du 18 janvier 1949 (349).  
Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec: séance du 5 novembre 1948 (350); séance du 19 novembre 1948 (351); séance du 26 novembre 1948 (352); séance du 17 décembre 1948 (352).  
Société de Pédiatrie de Montréal: séance du 9 décembre 1948 (354).

## NOUVELLES ..... 357

## REVUE DES LIVRES ..... 374



*Doyen de la faculté de médecine • • • Université de Saskatchewan, Saskatoon, Sask.*

## **WALKER STEWART LINDSAY, O.B.E., B.A., M.B., Ch.B.**

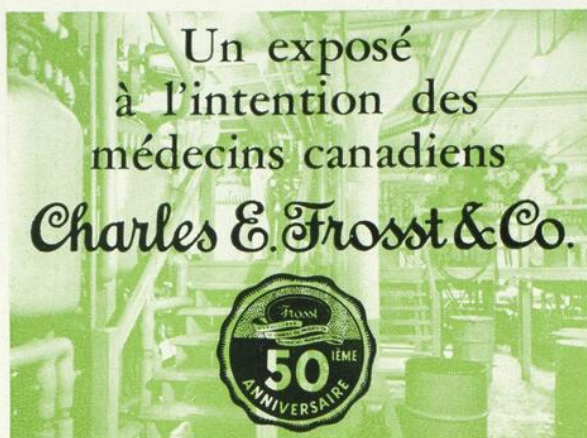
Walker Stewart Lindsay naquit à Halifax, Nouvelle-Ecosse, en décembre 1885. Après l'obtention de son baccalauréat ès arts à l'Université de Dalhousie, il étudia la médecine à Edimbourg, où il fut gradué en 1912. Après avoir complété son internat à Londres et à Edimbourg, il se joignit aux Forces Armées et devint commandant du Laboratoire Mobile N° 13 (R.A.M.C.) en France. Le docteur Lindsay vint à l'université de Saskatchewan à titre de professeur de Pathologie et de Bactériologie, et, en 1926, à l'occasion de l'organisation de la faculté de médecine, il fut nommé doyen.



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

*Des exemplaires de cette photographie, propres à être encadrés, sont à la disposition des médecins ou étudiants en médecine.*

*Ceci ne constitue pas une recommandation des produits "Gital"*



## "ORCHISTÉRONÉ"

Marque "Frosst" de testostérone.

**Opothérapie suppléante des carences gonadotropes chez l'homme et traitement de certaines endocrinopathies féminines.**

## "ORCHISTÉRONÉ-P"

Marque "Frosst" de propionate d'Orchistéroné

- Amp. N° 516 "Frosst" — Orchistéroné-P. . . . . 5 mg.  
Amp. N° 517 "Frosst" — Orchistéroné-P. . . . . 10 mg.  
Boîtes de 6 et de 25, ampoules d'un cc.  
Amp. N° 518 "Frosst" — Orchistéroné-P. . . . . 25 mg.  
Boîtes de 3 et de 25, ampoules d'un cc.  
Fiole N° 518 "Frosst", 10 cc. d'Orchistéroné-P. . . . .  
25 mg. au cc.  
Fiole N° 519 "Frosst", 10 cc. d'Orchistéroné-P. . . . .  
50 mg. au cc.

## "ORCHISTÉRONÉ-M"

Marque "Frosst" de testostérone de méthyle

- S.C.T. N° 420 "Frosst" — Orchistéroné-M. . . . . 10 mg.  
Boîtes de 15 et de 30 tablettes, flacons de 100  
S.C.T. N° 423 "Frosst" — Orchistéroné-M. . . . . 25 mg.  
Boîtes de 15 tablettes, flacons de 50.

Quoique la quantité d'Orchistéroné-M requise pour l'administration *per os* soit de 5 à 10 fois celle d'Orchistéroné-P nécessaire à l'injection intramusculaire, la simplicité et la régularité de son administration compensent suffisamment la quantité additionnelle de préparation requise.

### Comprimés (administration sublinguale)

- C.T. N° 375 "Frosst" — Orchistéroné-M. . . . . 5 mg.  
C.T. N° 394 "Frosst" — Orchistéroné-M. . . . . 10 mg.  
Flacons de 30 et de 100 comprimés.

L'absorption directe d'Orchistéroné dans le cours sanguin, par les capillaires de la région maxillo-gingivale, représente une économie, la dose pouvant être de la moitié de celle qu'il faut quand les comprimés sont avalés et absorbés dans l'appareil gastro-intestinal.

## INDICATIONS CHEZ L'HOMME

Il est maintenant démontré que l'Orchistéroné est de la plus grande utilité non seulement contre les endocrinopathies chez l'homme, mais aussi dans le traitement de ces affections chez la femme, et qu'elle est en outre un agent thérapeutique précieux contre certains processus morbides qui, apparemment, ne se rattachent en rien à des troubles de coordination des glandes endocrines.

Les résultats nettement remarquables qui ont suivi l'administration de cette hormone dans des cas de carence gonadotrope chez l'homme sont souvent égalés par ceux qui furent obtenus dans les endocrinopathies chez la femme.

Nombre de ces indications s'appuient sur la pharmacodynamique de l'hormone (science dont l'étude est déjà très poussée); les autres ne sont encore qu'empiriques et devront être élucidées plus à fond.

**Climatérique chez l'homme:** Il n'est pas douteux qu'un très grand nombre d'hommes traversent une période qui correspond essentiellement à la ménopause. L'âge auquel se manifestent ces symptômes varie considérablement, mais on les observe d'ordinaire à partir de la trentecinquième année. Les plus communs sont l'irritabilité, une myotonie progressive, la tendance à la fatigue et la difficulté qu'éprouve le sujet à fixer son attention, des rougeurs, des psychoses, et la perte de l'instinct sexuel, sinon l'impuissance. Bien entendu, ces symptômes ne se manifestent pas tous chez chaque individu — on en observe parfois seulement deux ou trois. Et le traitement ne s'impose pas dans tous les cas. Effectivement, tout comme les femmes, la plupart des sujets s'en tirent sans trop d'ennuis. A d'autres, cependant, il faut un traitement actif, et l'administration d'Orchistéroné sera suivie d'effets satisfaisants et souvent remarquables.

**Eunuchisme:** C'est l'état du mâle qui souffre d'insuffisance de sécrétion des glandes génitales. Chez ces sujets, le système pileux fait défaut, les organes génitaux sont peu développés, la musculature est médiocre, la voix claire, et l'instinct sexuel est nul ou à peu près tel. Psychologiquement, ils trouvent souvent fort difficile de se conformer aux us et coutumes du corps social. Ils constituent un groupe important parmi les malades pour lesquels est indiquée l'hormonothérapie testiculaire. On obtient parfois des résultats tout à fait remarquables; la voix change de registre, le poil pousse sur les joues et le menton, le développement musculaire retrouve ses caractéristiques viriles, les organes génitaux reviennent à des proportions normales, le coût devient possible. Cette médication doit être continue.

**Possibilité de certains effets fâcheux:** On a parfois observé que le regain de vigueur créé par cette médication incitait les sujets âgés à une activité excessive. Le cœur et les vaisseaux sanguins de ces malades devront être l'objet d'une surveillance particulière.

Les sujets plus jeunes, et surtout ceux du type eunuchoïde, devront de même éviter toute stimulation sexuelle exagérée.

## INDICATIONS CHEZ LA FEMME

L'Orchistérone s'avère utile dans le traitement de certaines endocrinopathies féminines. Les effets obtenus dépendent soit de son action inhibitrice sur l'activité sécrétoire du lobe antérieur de l'hypophyse, soit de sa neutralisation directe de l'excès de substance oestrogène, soit du fait qu'elle établit le rapport normal "androgène-oestrogène".

**Syndrome de la ménopause:** Les symptômes de la ménopause sont ordinairement traités de façon très efficace par l'emploi des substances oestrogènes. En certaines circonstances cet emploi est contre-indiqué. Les voici:

1. Si la malade a déjà été soignée pour un cancer du sein ou de l'appareil génital.
2. Si elle a déjà été soignée pour des saignements utérins anormaux pendant la ménopause.
3. Si l'on s'est trouvé en présence de saignements utérins pendant un traitement par les substances oestrogènes.
4. Enfin, si des symptômes vaso-moteurs ont exigé l'endocrinothérapie avant la fin de la fonction menstruelle.

L'administration d'Orchistérone, en de tels cas, a eu d'heureux résultats, et l'on a noté que certains sujets s'en sont trouvés mieux que de l'administration de substances oestrogènes.

**Ab lactation:** L'Orchistérone-P est efficace pour supprimer la lactation si on l'administre par voie intramusculaire pendant deux à trois jours, dès que commence la sécrétion lactée (48 heures environ après l'accouchement). Des doses moindres calmeront la douleur et la sensibilité provoquées par l'engorgement du sein, sans diminuer la sécrétion, à condition que l'allaitement continue à intervalles réguliers.

**Frigidité:** En plusieurs cas de cette nature, les femmes traitées à l'Orchistérone ont retrouvé l'instinct sexuel. Le mécanisme de cet effet n'est pas encore clairement compris. Il peut être attribué au rétablissement de l'équilibre "androgène-oestrogène", ou, plus probablement, à l'augmentation du volume et de la sensibilité du clitoris. L'important, en cette conjoncture, c'est que la frigidité, uniquement considérée jusqu'ici comme problème psychologique, peut parfois être maintenant corrigée par l'hormonothérapie.

**Tension prémenstruelle:** Cette locution, croyons-nous, décrit bien les troubles physiques et mentaux qui dépriment tant de femmes pendant sept à dix jours avant le commencement du flux menstruel. Les symptômes sont attribuables à une forte quantité de folliculine qui entraîne un oedème tissulaire général, auquel participe le cerveau. L'administration quotidienne *per os* de 10 à 20 mg. d'Orchistérone-M durant les sept à

dix jours qui précèdent la menstruation est suivie d'un soulagement presque complet.

**Effets fâcheux possibles:** Chez la femme, l'administration de fortes doses d'Orchistérone pendant de longues périodes peut être accompagnée de virilisme pileire, d'acné, de gravité de la voix et d'hypertrophie clitoridienne. En présence de ces changements, la cessation du traitement sera promptement suivie de régression. La dose totale administrée par voie intramusculaire ne doit pas dépasser 300 mg. par mois.

## "ORCHISTÉRONE-M" COMPOSÉ

Il est définitivement admis que l'affaiblissement même léger des fonctions hépatiques peut modifier de façon notable le métabolisme des hormones stéroïdes, et que les vitamines du groupe B jouent un rôle prédominant dans le maintien intégral des propriétés du foie en présence de ces substances, du point de vue physiologique. Dans les circonstances, il semble à propos de s'assurer qu'une juste proportion des facteurs du groupe B soit présente lorsque l'Orchistérone est employée thérapeutiquement. C'est cette considération qui a présidé à la synthèse d'Orchistérone-M Composé.



## "ORCHISTÉRONE-M" COMPOSÉ

S.C.T. No 424 "Frosst"

Orchistérone-M.....	10 mg.
levure de bière concentrée.....	150 mg.
chlorhydrate de thiamine.....	3 mg.
riboflavine.....	2 mg.
niacinamide.....	12.5 mg.
*chlorhydrate de pyridoxine.....	1 mg.
*d-pantothénate de calcium.....	5 mg.
vitamine D.....	500 un. int.
acide ascorbique.....	25 mg.

\*Le rôle joué par ces vitamines dans l'alimentation humaine n'est pas encore déterminé.

POSOLOGIE: de 3 à 6 tablettes par jour.

PRÉSENTATION: flacons de 30 et de 100 tablettes.

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

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872



## DIRECTION SCIENTIFIQUE

### MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:

Maurice Roch (Genève),  
Pasteur Vallery-Radot (Paris),  
Edmond Dubé, doyen

Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Charles Vézina, doyen

Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

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

**Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE**

### BUREAU DE DIRECTION

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

### BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

**Roma AMYOT**

**Assistant-rédacteur en chef**

Edouard Desjardins

Secrétaire adjoint à Montréal

Roger Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

**Secrétaire de la Rédaction**

Pierre Smith

Secrétaire adjoint à Québec

Maurice Beaudry

128, rue Sainte-Anne.

### BUREAU DE COLLABORATION

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

## INTRODUCTION

du

# Chlorhydrate d'Auréomycine

Lederle

Le chlorhydrate d'AURÉOMYCINE Lederle est un antibiotique cristallisé, de couleur jaune, qu'on obtient à partir de la moisissure *Streptomyces aureofaciens*. Ce médicament promet d'être, dans le groupe des antibiotiques, le plus versatile qui ait jamais été découvert. C'est ainsi qu'il s'oppose au développement de nombreux organismes, tant Gram-positifs que Gram-négatifs. Il constitue, en outre, un traitement éminemment spécifique des rickettsioses. De plus, il se montre actif dans la pneumonie atypique primaire, infection d'étiologie inconnue. Le champ d'indications de l'Auréomycine couvre les états infectieux devenus réfractaires à la pénicilline, à la streptomycine ou

aux sulfamidés et peut s'étendre aux sujets qui manifestent, à l'égard de ces médicaments, une extrême et incontrôlable sensibilité. Ses indications précises, par rapport aux autres antibiotiques, n'ont pas été établies.

Les avantages suivants caractérisent l'AURÉOMYCINE Lederle — *Essentiellement exempte de toxicité* (à l'exception de l'allergie possible) ... *Risques peu probables de créer un état de résistance au sein des organismes pathogènes...* *Efficacité contre plusieurs agents pathogènes jusque là réfractaires à la chimiothérapie...* *Disponible sous forme orale et en topique ophtalmique.*

### INDICATIONS

Utile dans le traitement de la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, la fièvre Q, le typhus, la rickettsiose, la lymphogranulomatose vénérienne, la psittacose, la pneumonie atypique primaire, la brucellose aiguë, les infections causées par les coques Gram-positifs non influencés par la pénicilline (spécialement les staphylocoques) et les infections dues aux bactéries coli aéro-

gènes. Dans la fièvre typhoïde, on peut essayer de fortes doses.

**CAPSULES:** Tube de 16 capsules, dosées à 250 mgms.

**USAGE OPHTALMIQUE:** Fiole de 25 mgms avec compte-gouttes; la solution se prépare par addition de 5 c.c. d'eau distillée.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

*North American Cyanamid Limited*

7335, BOULEVARD SAINT-LAURENT, MONTRÉAL 14, P. Q.

---

---

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

Fondée à Québec en 1902

**L'Union Médicale**  
du Canada

**ADMINISTRATION**

**OFFICIERS**

Président: Jean Saucier

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

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

**COMITÉ EXÉCUTIF**

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

**COMITÉ DE PUBLICITÉ**

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

**CORRESPONDANTS**

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

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

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

---

---



## ANÉMIES

**F-Bé-F** RENFERME l'intégralité des éléments reconstituants et modificateurs du sang; il est composé d'extrait de foie de veau, de gluconate de fer (le plus assimilable de tous les sels ferreux), de manganèse à l'état colloïdal et de vitamines B et C. Cette association renforce d'une manière remarquable l'action du protoplasme globulaire et a une heureuse influence sur l'anémie.

### PRÉSENTATION

Capsules vertes en flacons de 50, 500 et 1000.

# F-Bé-F

PUISSANT RECONSTITUANT GLOBULAIRE ET CELLULAIRE

MILLET, ROUX  
MONTRÉAL, 18



& CIE LIMITÉE  
CANADA

---



---

# OFFICIERS

DE

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

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

**R.-E. VALIN,**

165 est, rue Laurier, Ottawa.

DIRECTEUR GÉNÉRAL

**Donatien MARION,**

326 est, boul. Saint-Joseph,  
Montréal.

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

**Hermile TRUDEL,**

1990 est, rue Rachel,  
Montréal.

•

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

**Donatien MARION,** Montréal.

**Hermile TRUDEL,** Montréal.

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

**J.-A. VIDAL,** Montréal.

**J.-B. JOBIN,** Québec.

**Pierre SMITH,** Montréal.

•

COMITÉ DU XX<sup>e</sup> CONGRÈS

**J.-A. VIDAL,** président.

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

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

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

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

**Albert LeSAGE,**

**J.-H. LAPOINTE,**

**Albert PAQUET,**

**Chs-N. DeBLOIS,**

**J.-A. JARRY.**

**Chs VÉZINA,**

**A.-L. RICHARD,**

MEMBRES DU CONSEIL

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

---



---



LE CERCLE S'ÉLARGIT

Avec chaque nouveau rapport, le cercle des applications cliniques de la PYRIBENZAMINE va sans cesse s'élargissant. Introduit tout d'abord comme un agent efficace dans le traitement de la fièvre des foins saisonnière, sur la foi des preuves qui s'accumulent cet antihistaminique sûr, puissant s'est révélé efficace toute l'année durant dans une grande variété d'autres allergies.

Parmi ses applications 'non-saisonnières' nombreuses il en est une qui prend une importance grandissante, c'est l'atténuation et, dans certains cas, la prévention de certaines réactions secondaires produites par les antibiotiques, les sérums et les vaccins.

Qu'il permette l'usage de ces merveilleux agents thérapeutiques chez des malades qui ne pourraient par ailleurs les tolérer, est un fait digne par lui-même de mention. Il est tout intéressant de remarquer, cependant, que le rôle de la PYRIBENZAMINE s'exerce dans ces allergies et dans d'autres avec tant de sûreté et d'absence presque d'effets secondaires propres que cela en fait l'antihistaminique de choix parmi un nombre sans cesse grandissant de médecins Canadiens durant tout le cours de l'année.

*Pyribenzamine\**

Chlorhydrate de tripelemnamine "Ciba".

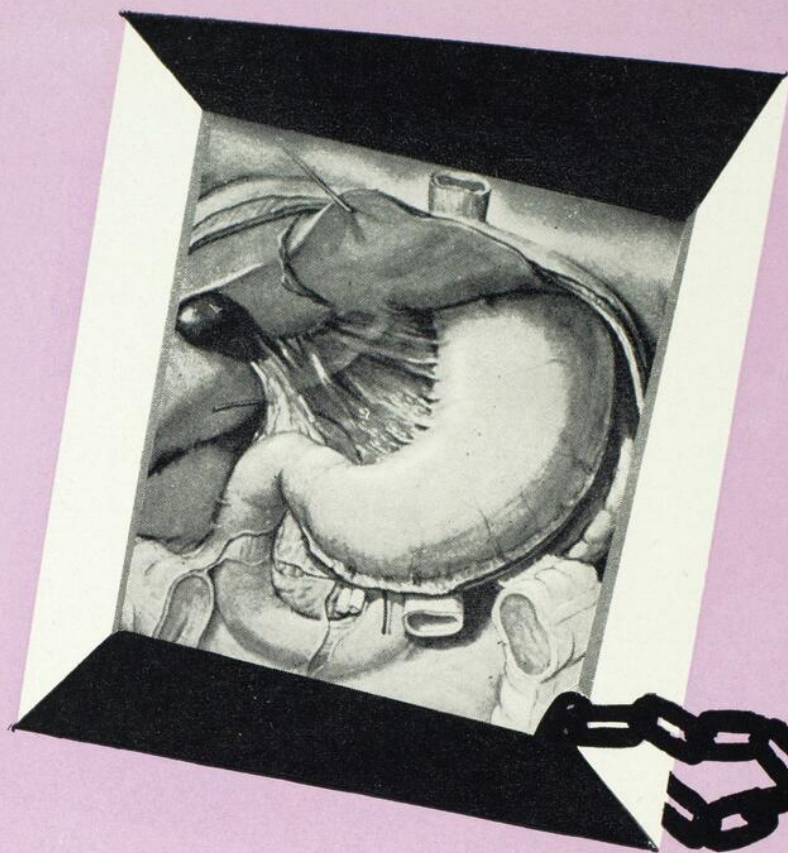
COMPAGNIE

**Ciba**

LIMITÉE

•

MONTRÉAL



**dans les états spasmodiques**

associés

au

**surmenage émotif**

et à la

**tension nerveuse**

spécifiez:

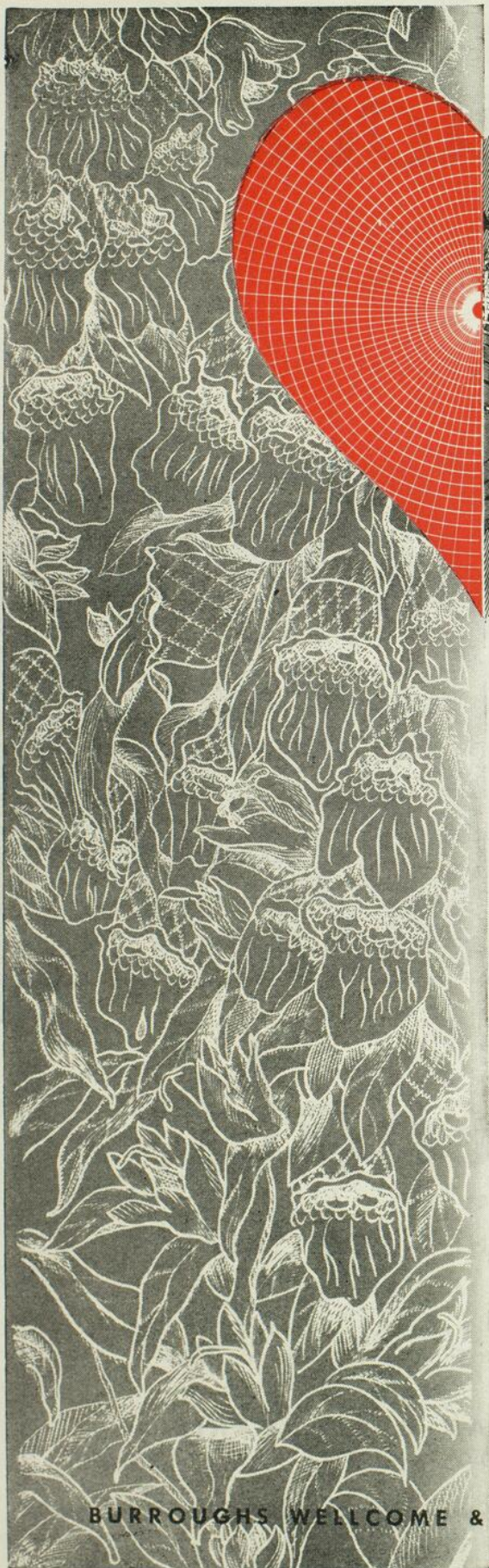
**Neuro-Trasentin\***

association Ciba de phénobarbital et d'adiphénine

COMPAGNIE

**Ciba**

LIMITÉE MONTRÉAL



### ***La précision compte...***

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

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

*Par voie digestive:* 'Tabloid' Digoxine 0.25 mgm. (1/260 grain approx.).  
Flacons de 25, 100 et 500.

Solution Digoxine (B.W. & Co.) 0.5 mgm. (1/130 grain approx.) par c.c. Flacons de 30 c.c.

*Intraveineusement:* Injection de Digoxine 'Wellcome' 0.5 mgm. (1/130 approx.) dans un c.c. Boîtes de 12 et 100.

# DIGOXIN

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



# Spartoval

*Isovalérianate Neutre de Spartéine*

SEDATIF CARDIO - VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE

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

# Sparto-Camphre

*Campho-Sulfonate de Spartéine et Campho-Sulfonate de Sodium*

VERITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE

Diurétique et Cardiotonique d'Entretien

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

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

# Génisténal

*Ethylphénylbarbiturate Neutre de Spartéine*

NEURO-SEDATIF & HYPNOGENE «EQUILIBRANT»  
du Système nerveux végétatif

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

Adultes: 1 à 6 dragées par jour.

— Enfants: ½ à 4

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

# JEL-LAX

## Laxatif Naturel **AUX FRUITS**

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

*Produit de Mowatt & Moore Ltd  
MONTREAL*



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



<b>RHINAMIDE</b>		
para-amino-phényl-sulfamide éphédrine élycaïne	<i>Affections du Rhino-Pharynx</i>	
<b>LABORATOIRES A. BAILLY</b> SPELY-EXPORT 19 RUE DU ROCHER - PARIS Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL		<i>instillations pulvérisations</i>

<b>PULMO-BAILLY</b>		
TONIQUE RESPIRATOIRE		
Gaïacol Acide phosphorique Codéine	<i>Affections pulmonaires Convalescences</i>	
<b>LABORATOIRES A. BAILLY</b> SPELY-EXPORT 19 RUE DU ROCHER - PARIS Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL		<i>4 à 5 cuillerées à café par jour</i>

# Comprimés "Cillenta"

No 854

250,000  
unités int.  
de pénicilline G  
potassique  
cristallisée

## contre la blennorragie à la période de début



On a récemment étudié\* la valeur de la pénicilline per os dans la prophylaxie de la blennorragie, ce qui a permis les constatations suivantes:

Groupe témoin non traité	3,616 permissions	43 cas
100,000 U.I. données quelques heures après le danger de contagion	3,218 permissions	5 cas
250,000 U.I. données quelques heures après le danger de contagion	1,239 permissions	2 cas**

\*\*Il convient de noter que l'un des sujets a avoué ne pas avoir pris de pénicilline. La blennorragie s'est déclarée chez l'autre sept jours après une permission avant laquelle il avait pris de la pénicilline, mais dans l'intervalle, il s'était absenté sans permission pendant cinq jours et avait été fréquemment exposé à la maladie.

On n'a observé aucune sensibilisation à la pénicilline au cours de l'expérience, ni évidence de souches pénicillo-résistantes de gonocoque. D'autre part, l'infection syphilitique n'a été supprimée dans aucun cas.

Les Comprimés "Cillenta" No 854 à 250,000 U.I., teneur considérée la plus efficace dans cette étude, sont présentés en tubes de 3.

\*Eagle, H., Gude, A. V., Beckmann, G. E., Mast, G., Saper, J. J. et Shindledecker, J. B.: Pub. Health Repts. 63:1411 (29 oct.) 1948.

**Autres dosages:**

No 851— 25,000 U.I. par comprimé

No 852— 50,000 U.I. par comprimé

No 853—100,000 U.I. par comprimé



“On nota fréquemment, outre le soulagement des bouffées de chaleur et de certains autres troubles, une sensation d'euphorie ou d'effet tonique.”

Tiré d'un compte rendu de l'action de la “Prémarine” sur les troubles ménopausiques.  
Harding, F.E.: West. J. Surg. 52:31 (janv.) 1944.

## “Prémarine”

*substances oestrogènes conjuguées (équines)*

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

No 868—0.3 mg. par comprimé  
Bouteilles de 100

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

*sensation d'euphorie*

*activité “per os”*

*grande efficacité*

*provenance naturelle*

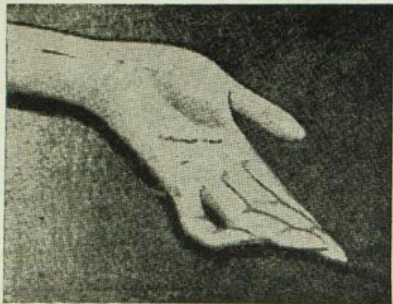
*hydrosolubilité*

*innocuité*

*bonne tolérance*



Le traitement par la “Prémarine” se montre efficace non seulement dans les troubles de la ménopause, mais encore dans d'autres états de déficience oestrogène, tels que la vaginite, le prurit vulvaire, l'aménorrhée, l'hémorragie utérine fonctionnelle et l'engorgement laiteux *post partum*.



## la nécessité du fer chez la femme est continue\*

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

# Fergon®

Marque du gluconate ferreux

Dans les anémies hypochromes

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

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

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

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

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

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



\*

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

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

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

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

FERGON marque de commerce enregistrée.

1019 ouest, rue Elliott, Windsor, Ontario.

423 est, rue Ontario, Montréal, P. Q.

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



## **SUPPOSITOIRES NEO-LARYNGOBIS**

PRESENTATION:

Boîtes de 2 suppositoires (enfants et adultes)

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

POSOLOGIE :

Adultes: 1 Suppositoire pour adultes par 24 heures.

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

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



LABORATOIRES  
**Lafayette** LTÉE

Agents Exclusifs: GRAVET LTÉE, 1410-Wolfe, Montréal

# profenil

NOUVEL ANTISPASMODIQUE SYNTHÉTIQUE NON NARCOTIQUE

Pour le soulagement  
*de la constriction spasmodique*



Un antispasmodique non narcotique.

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

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

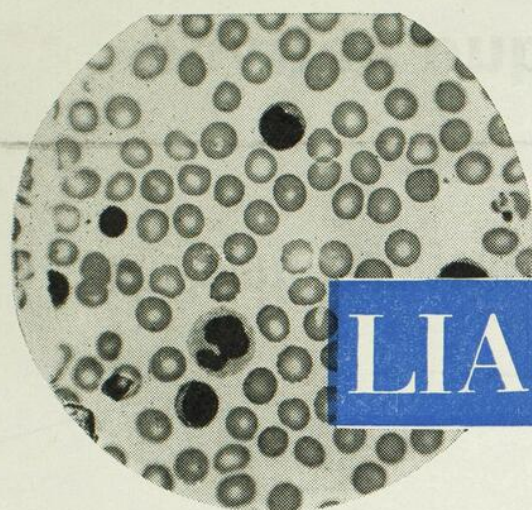
Pour administration parentérale: 1 ampoule de 45 mg. à répéter au besoin.

Documentation sur demande



LABORATOIRES  
**Lafayette** LTÉE

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



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

**LIAFON**

SQUIBB

Foie desséché  
Sulfate ferreux  
Acide ascorbique  
Acide folique

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

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

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

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

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

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

UNE CAPSULE LIAFON RENFERME :	ÉQUIVALENTS POSOLOGIQUES	
	3 capsules par jour	6 capsules par jour
Foie desséché . . . . . 0.5 gm. ( Représentant approx. 2 gm. de foie frais )	*6 gm. foie frais	*12 gm. foie frais
Sulfate ferreux anhydre . 2.0 gr. ( Représentant approx. 2.85 gr. de sulfate ferreux )	*8.5 gr. sulfate ferreux	*17 gr. sulfate ferreux
Acide ascorbique . . . 50.0 mgms.	150 mgms.	300 mgms.
Acide folique . . . . . 1.67 mgms.	5 mgms.	10 mgms.

Liafon est présenté  
en flacons de  
100 et de 1,000.

\*Equivalent approximatif

Pour documentation, s'adresser à

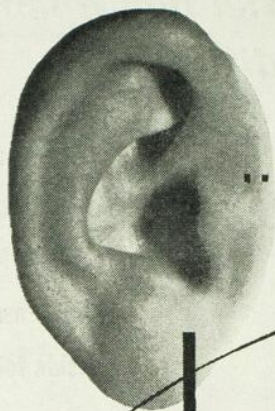
**E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA, LIMITED**

2245, RUE VIAU - MONTRÉAL

**SQUIBB**

FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES POUR LE CORPS MÉDICAL DEPUIS 1858

# chimiothérapie topique activée



....dans les infections otologiques

- 1 **ANALGÉSIQUE:** Prompt, efficace — sans que l'activité soit altérée par les sulfamidés.
- 2 **DIFFUSION ÉLEVÉE:** Pénètre le tissu infecté sans effet nuisible pour les tissus vivants.
- 3 **DÉBRIDEMENT PHYSIOLOGIQUE:** Favorise le drainage et la suppression des débris nécrotiques.
- 4 **ACTIVATION:** L'effet synergique de l'urée augmente l'efficacité antibactérienne.
- 5 **CHAMP D'ACTION ÉTENDU:** Egalemeut efficace contre l'otite moyenne aiguë ET chronique — action fongicide dans l'infection otomycotique.
- 6 **ADJUVANT:** Une aide précieuse à la thérapie générale.

L'Otomide White contient 5% de sulfanilamide, 10% d'urée (carbamide), et 3% de chlorobutanol anhydre dans un excipient formé de glycérine spécialement apprêtée et d'une activité hygrosopique exceptionnellement élevée.

Présenté en bouteilles compte-gouttes contenant  $\frac{1}{2}$  once liquide (15 cm<sup>3</sup>).

*White's*

# Otomide

Chimiothérapie topique en otologie

WHITE  
LABORATORIES  
OF CANADA LTD.,  
64-66 Gerrard St., East  
Toronto, Ontario.

# Post tenebras lux



Traitement efficace du

## MAL COMITAL

avec

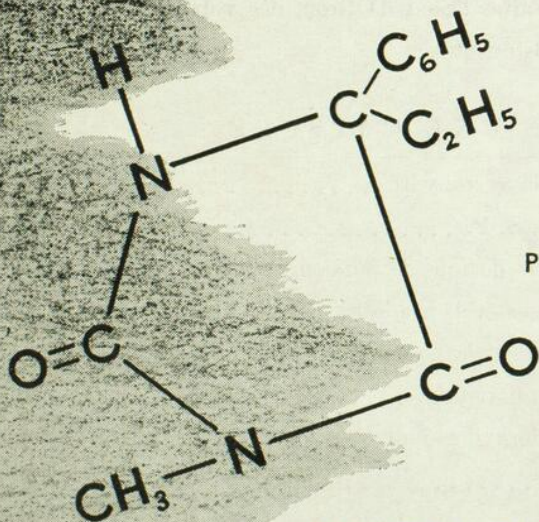
# MÉSANTOÏNE\*

Marque Sandoz du 3-méthyl-5,5-phényléthyl hydantoïne

ST. VALENTIN  
BÉNISSANT DES ÉPILEPTIQUES  
(gravure sur bois du XVe siècle)

de Heitz: Pestblätter  
(Strasbourg 1901)

le moins toxique  
des dérivés  
de l'hydantoïne



Présentation: Comprimés à 0.1 Gm. (1,5 gr.)

Flacons de 50, 250 et 1000  
comprimés divisibles.

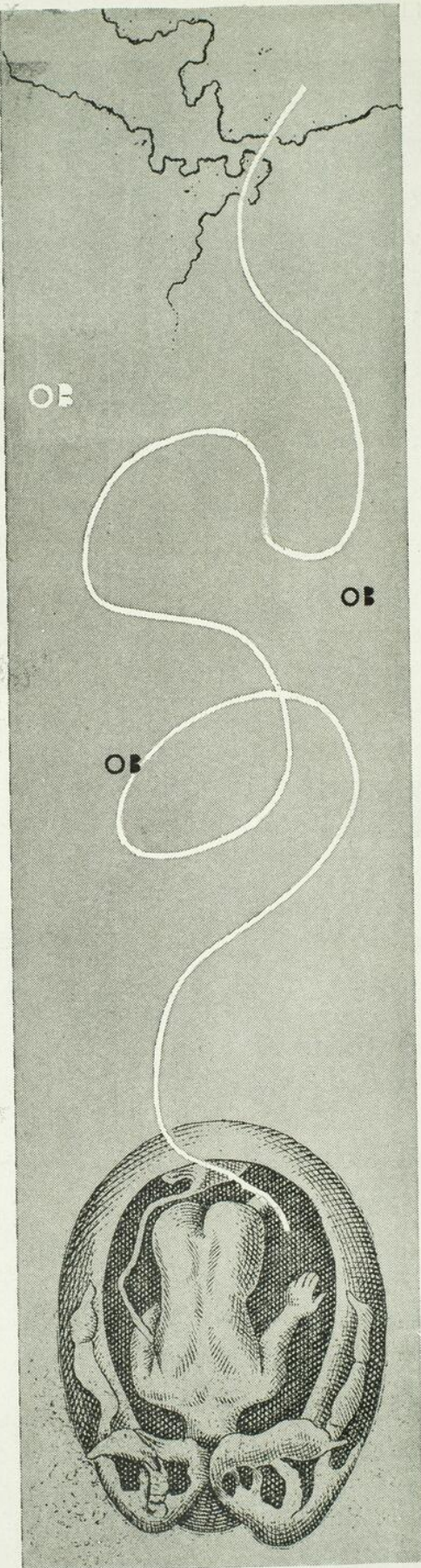
Littérature et échantillons sur demande  
à la NOUVELLE COMPAGNIE

### SANDOZ PHARMACEUTICALS LIMITED

391, ST. JACQUES OUEST • MONTRÉAL, P. Q.



\*Nom déposé



**LES GÉNÉRATIONS FUTURES  
COMME LES NATIONS MODERNES  
DOIVENT LEUR SALUT À CERTAINS  
RACCORDS VITAUX**

OÙ EN SERAIT MAINTENANT L'AMÉRIQUE  
SANS LE CANAL DE PANAMA?  
OU LE FOETUS  
SANS LE CORDON OMBILICAL?  
CES CANAUX — CES CONDUITS,  
EN FOURNISSANT ALIMENTATION ET PROTECTION,  
CONTRIBUENT À ASSURER LA CONTINUITÉ DE CET HÉRITAGE  
INESTIMABLE QUE CONSTITUE LA SANTÉ DES  
GÉNÉRATIONS À VENIR.

**OBRON** est la R<sup>x</sup> de choix pour satisfaire à  
l'accroissement des besoins, tant chez la mère que chez l'enfant,  
au cours de la gestation et de la lactation. Étudiez sa  
composition — considérez quel soin on a apporté à son équilibre.  
Notez les 15 grains de phosphate bicalcique\* que renferme  
chaque capsule. Faites l'essai d'OBron, dès votre  
prochain cas d'OBstétrique.

**TOUT DANS UNE CAPSULE**

*Phosphate bicalcique anhydre .....	768 mg.
Sulfate ferreux U. S. P. ....	64.8 mg.
Vitamine A (Huile de foie de poisson) .....	5,000 unités U.S.P.
Vitamine D (Ergostérol irradié) .....	400 unités U.S.P.
Vitamine B <sub>1</sub> (Chlorhydrate de thiamine) .....	2 mg.
Vitamine B <sub>2</sub> (Riboflavine) .....	2 mg.
Vitamine B <sub>6</sub> (Chlorhydrate de pyridoxine) .....	0.5 mg.
Vitamine C .....	37.5 mg.
Niacinamide .....	20.0 mg.
Pantothénate de calcium .....	3.0 mg.

\*Équivaut à 15 grains de phosphate bicalcique dihydraté

L'UNE DES FORMULES ÉQUILIBRÉES PAR ROERIG

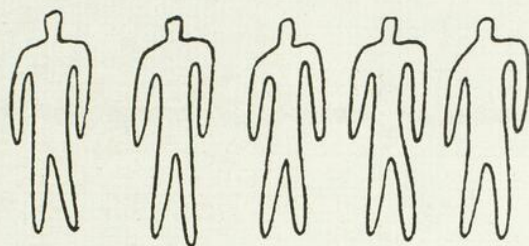
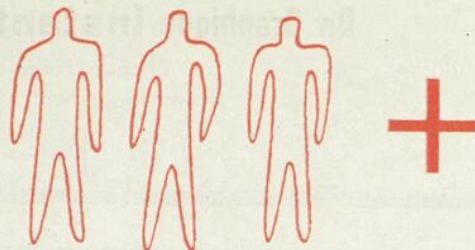


Créateurs de HEPTUNA • HEPTUNA ET ACIDE FOLIQUE • DARTHONOL

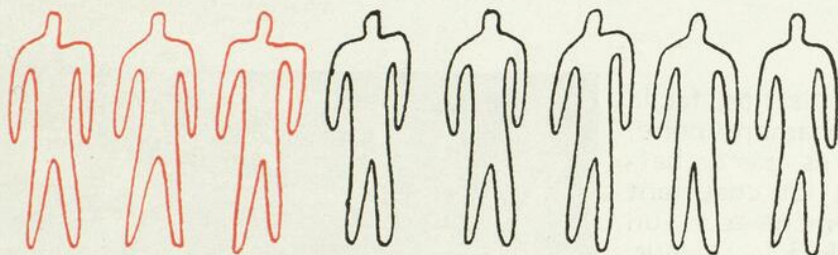
**J. B. ROERIG AND COMPANY (Canada) Limited**

256 CHILVER ROAD • WINDSOR, ONTARIO

est-ce pour ajouter  
trois patients à chaque  
cinq traités au  
**Perandren?**



=



Oui, ce sera un résultat appréciable de la substantielle réduction de 40% dans le prix du **PERANDREN**\* "Ciba", telle qu'effectuée et annoncée le 8 février dernier. Oui, c'est vrai que pour 60 patients sous traitement à l'androgène injectable, à l'ancien prix, 40 peuvent maintenant être traités *sans frais*. Et cependant, pour Ciba du moins, ce n'est pas là le motif le plus important. Non plus d'ailleurs que le fait d'avoir été les premiers à renverser, dans ce domaine, le courant général d'inflation. Pionniers dans le développement de la médication hormonale, il était tout naturel que Ciba prenne l'initiative. En effet, Ciba réduit les prix aussitôt qu'il est économiquement possible de le faire. Ce qui est important pour vous, médecin, c'est qu'à l'avenir, grâce à Ciba, le *besoin thérapeutique* du patient sera le seul facteur déterminant dans le choix des sujets à soumettre à la médication androgénique injectable. Les nouveaux prix du PERANDREN, en effet, mettent maintenant ce produit à la portée de tous.

COMPAGNIE

**Ciba**

LIMITÉE MONTRÉAL

\*Propionate de testostérone "Ciba"

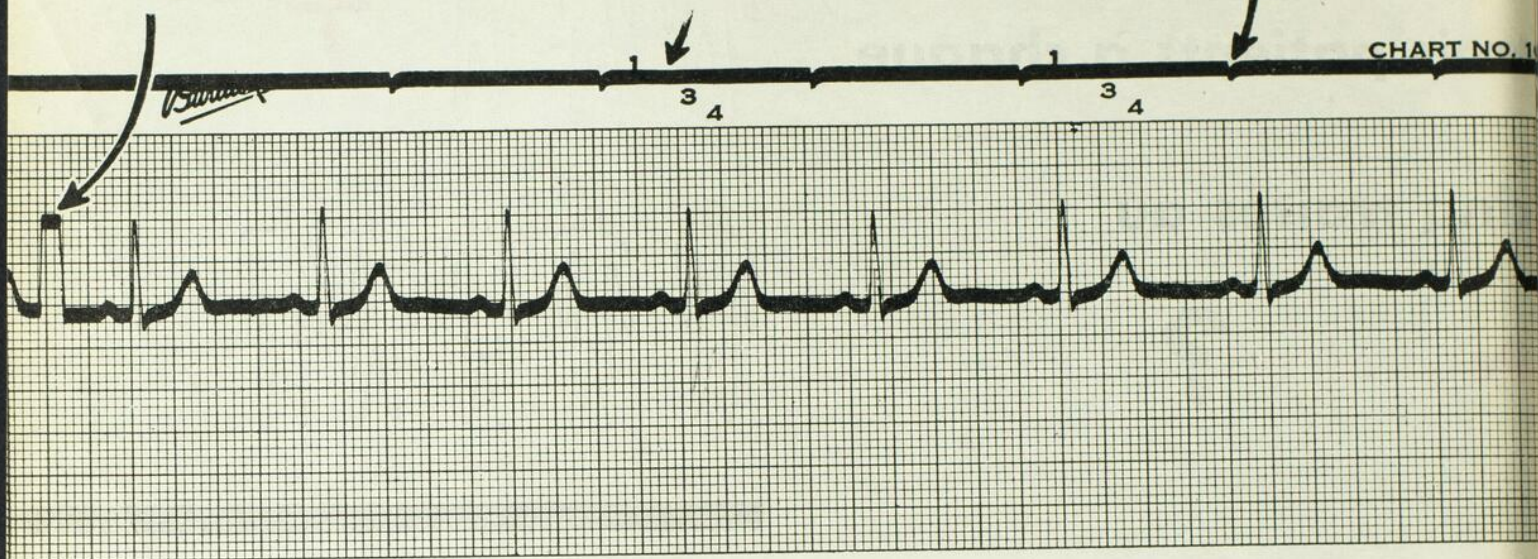
# L'ÉLECTROCARDIOGRAPHE À ENREGISTREMENT DIRECT DE BURDICK

## Un Graphique instantané et de précision

Étalonnage avant ou durant l'opération.

Chaque corde est automatiquement marquée.

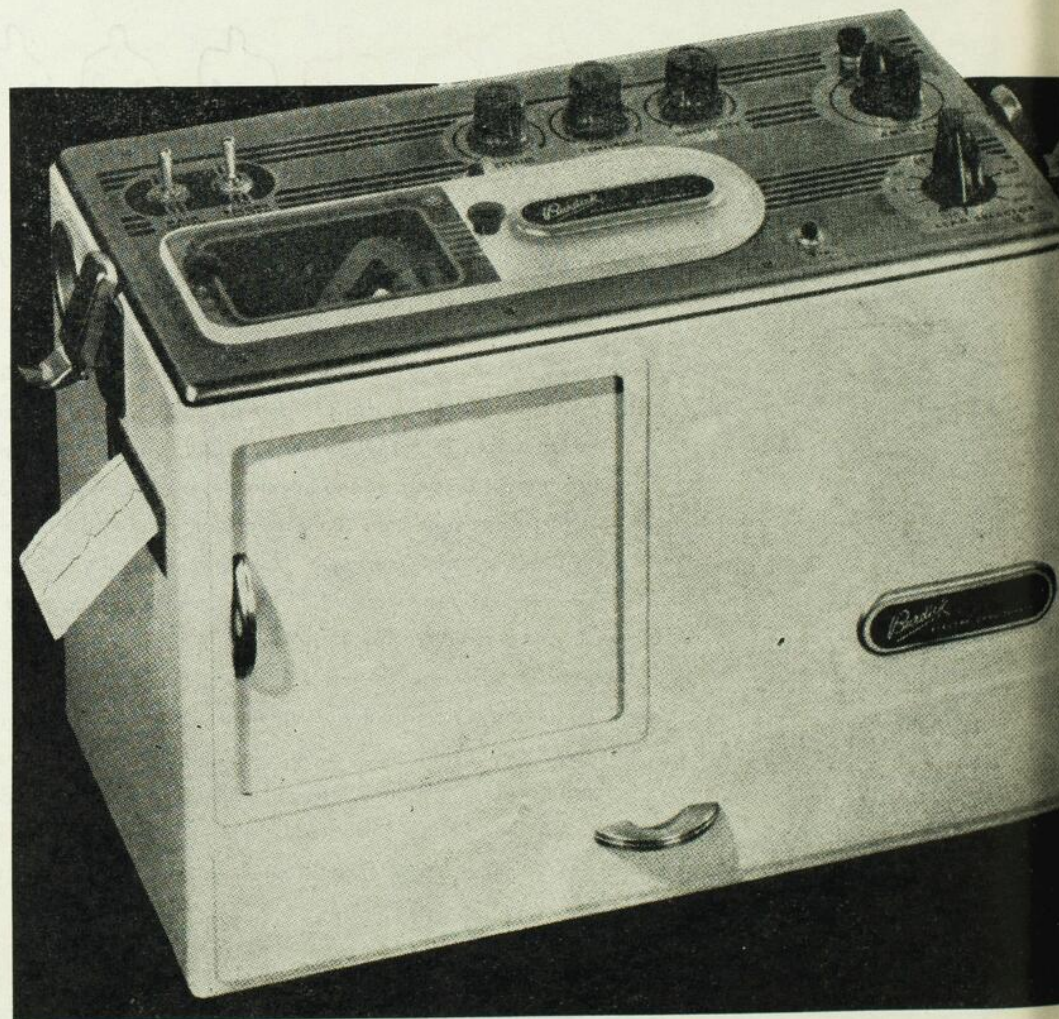
Le papier avance à vitesse étalonnée.



Appareil d'utilisation facile — pas de chambre noire, pas de solutions, pas de batteries. Le stylet chauffant écrit directement sur un papier sensible à la chaleur, lequel vous fournit un graphique clair, précis et permanent. Fonctionne sur un secteur alternatif ordinaire, mais avec un minimum d'interférence.

Sur l'Electrocardiographe à enregistrement direct "Burdick" les circuits sont choisis par rotation d'un sélecteur, l'étalonnage avant ou durant l'opération est enregistré — le papier avance à vitesse étalonnée; chaque corde est automatiquement marquée de 1 à 4 et tout changement peut être indiqué en code.

Cet appareil a été conçu selon toutes les exigences de la profession médicale. Sa construction est rigide et précise et forte dans un cabinet entièrement métallique.



Littérature et renseignements chez:

**ASGRAIN & HARBONNEAU**  
Limitée

DÉPARTEMENT DES RAYONS X  
MONTREAL



## PÉNICILLINE POTASSIQUE CRISTALLISÉE

### *Activité triplement protégée*

Le Pénioral arrive au malade aussi frais qu'en sortant du laboratoire, parce qu'il est protégé de trois façons contre l'humidité—cet ennemi insigne de la pénicilline.

- Le tube est scellé à l'abri de l'air, par une fermeture hermétique.
- Il contient une substance siccative absorbant l'humidité après la rupture du sceau.
- Le siccatif renferme un indicateur bleu dont le virage indique le danger que fait courir l'humidité à l'activité du produit.

*Le Pénioral bleu est une garantie de protection de l'activité*

25,000 U.I.—tube de 12 comprimés  
 50,000 U.I.—tubes de 8 et 12 comprimés  
 100,000 U.I.—tube de 12 comprimés

**Wyeth**  
 Marque déposée

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

La double action de

# l'Amphojel

GEL D'ALUMINE WYETH

Amphojel est unique, parce qu'il est constitué d'un mélange, à l'état colloïdal, de deux gels d'alumine de types essentiellement différents, l'un possédant un effet anti-acide et l'autre réalisant une action de pansement.

Le "gel anti-acide" enraye instantanément la corrosion gastrique et crée ce milieu légèrement acide qui s'établit dans l'estomac à la fin d'un repas. Le "gel-pansement" réalise localement un effet protecteur prolongé: on pourrait le qualifier de "mucine minérale."

*Ainsi, pris régulièrement, l'AMPHOJEL assure au malade une sensation continue de bien-être post-prandial.*

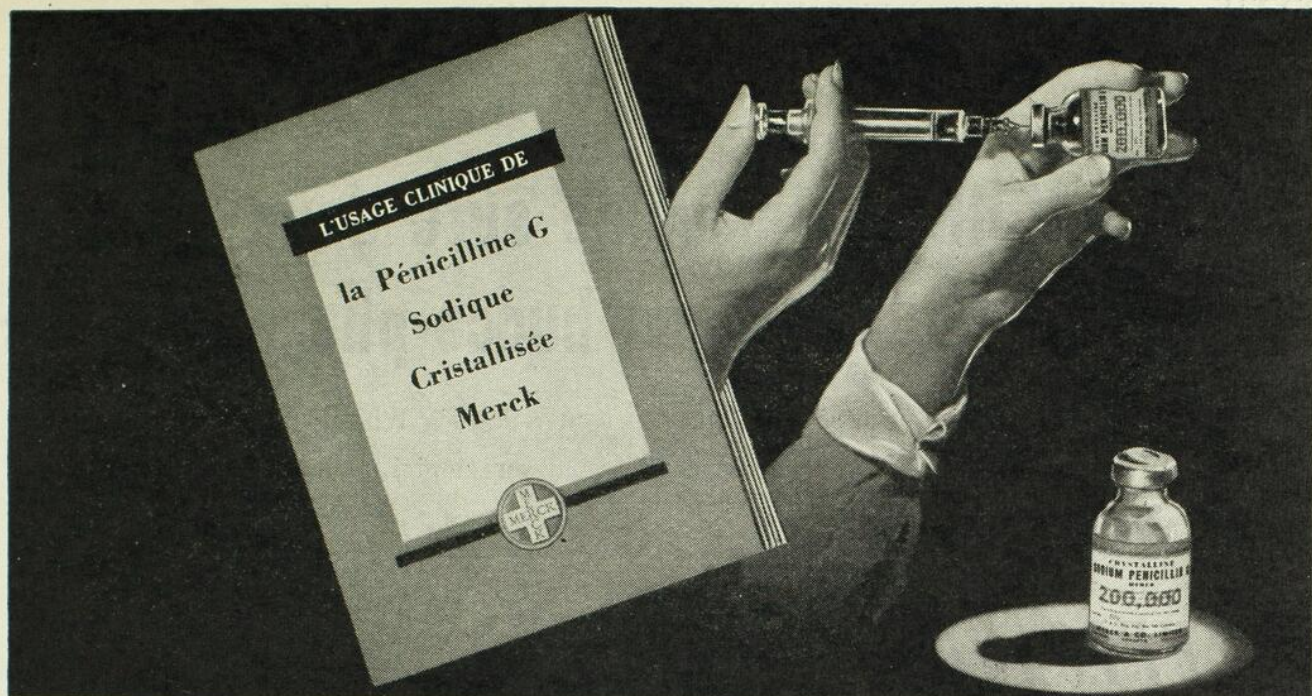
- Amphojel
- Amphojel avec trisilicate de magnésium
- Amphojel avec huile minérale
- Amphojel de saveur neutre
- Amphojel en comprimés



**Wyeth**

Marque déposée

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED  
WALKERVILLE - ONTARIO



Ce nouvel opuscule vous sera envoyé sur demande.

**4** RAISONS  
SIGNIFICATIVES  
POUR LESQUELLES  
TANT DE MÉDECINS  
ET D'HÔPITAUX  
PRÉFÈRENT LA

(1) PURETÉ — La Pénicilline G Sodique Cristallisée Merck est d'une pureté insurpassable. La suppression d'impuretés et de corps qui, au point de vue thérapeutique, sont inertes, ainsi que l'absence d'éléments susceptibles de se comporter comme des corps étrangers, rendent cette forme de pénicilline propre à tous les modes d'administration qui peuvent être indiqués, y compris l'injection intrarachidienne.

(2) ABSORPTION ET EFFET THÉRAPEUTIQUE RAPIDES — L'absorption de la pénicilline en solution aqueuse s'accomplit promptement, permettant ainsi un effet thérapeutique rapide. Cette caractéristique mérite souvent beaucoup de considération, surtout lorsqu'il s'agit d'infections graves ou aiguës.

(3) FACILITÉ D'ADMINISTRATION — Les solutions aqueuses de Pénicilline G Sodique Cristallisée Merck sont faciles à manipuler et à injecter. La douleur et l'irritation au siège de l'injection sont réduites à un minimum.

(4) S'ADAPTE FACILEMENT À LA THÉRAPIE — La Pénicilline G Sodique Cristallisée Merck n'est jamais contre-indiquée dans les cas où la pénicilline est tolérée et indiquée.

• Nous invoquons ces quatre raisons en faveur de l'usage de la Pénicilline G Sodique Cristallisée Merck lorsque la pénicilline est indiquée.

**PÉNICILLINE G  
SODIQUE CRISTALLISÉE  
MERCK**



MERCK & CO. LIMITED

*Chimistes Fabricants*

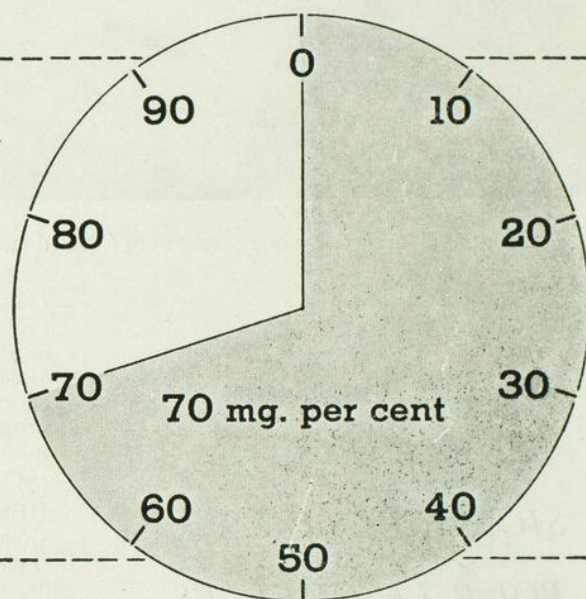
MONTREAL  
TORONTO  
VALLEYFIELD

# Sulfathérapie locale sûre dans les infections bucco-pharyngiennes

L'efficacité et la sécurité que l'on trouve dans la White's Sulfathiazole Gum ont été nettement démontrées par son emploi clinique.

## EFFICACE

La mastication d'une seule dragée, pendant une heure, maintient une forte concentration *salivaire* efficace de sulfathiazole d'une moyenne de 70 mg. pour cent.



## SÛRE

Même à doses massives, l'absorption du sulfathiazole par l'organisme est pour ainsi dire négligeable. La quantité qui pénètre dans le sang est si faible que les réactions toxiques sur l'organisme sont évitées.

L'action antibactérienne *locale* est prolongée — le véhicule, sous forme de gomme, agit comme "réservoir" pour le médicament qui s'en dégage lentement.

White's



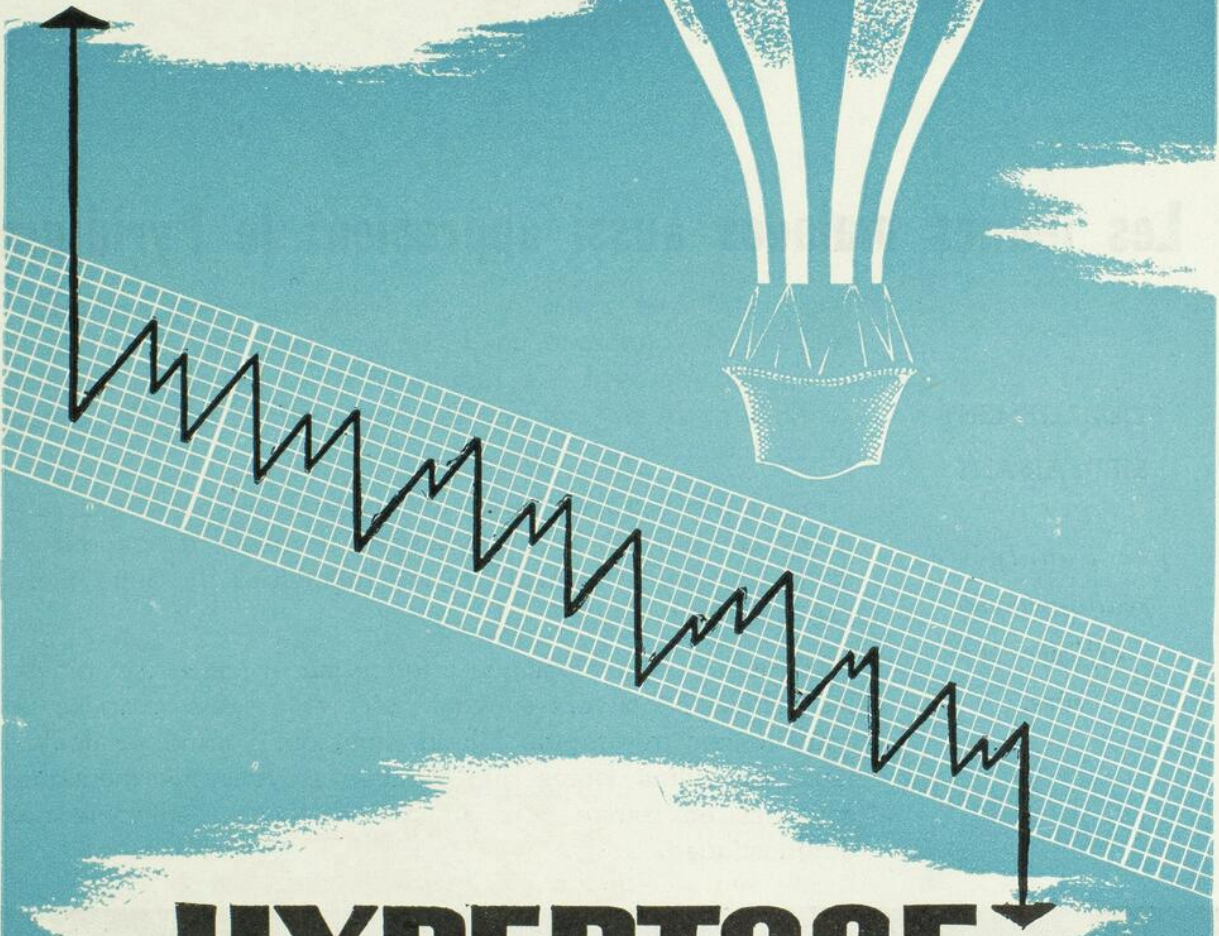
# Sulfathiazole gum

CHIMIOTHÉRAPIE LOCALE SÛRE

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

WHITE LABORATORIES OF CANADA, LTD., 64 - 66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario

**Sommets Dangereux**



**HYPERTOSE**

Laboratoires **DESAUTELS** Limitée  
200 ouest, rue Craig - Montréal



## Les jeunes malades aussi apprécient le Pyridium<sup>®</sup>

**SOULAGEMENT  
BIENFAISANT**

*par l'analgésie  
génito-urinaire  
efficace et  
sûre.*

Les symptômes douloureux de l'infection des voies urinaires, tels la pollakiurie, la douleur et sensation de brûlure à la miction, peuvent être rapidement soulagés dans un pourcentage élevé de cas par la simple administration buccale du Pyridium.

À doses thérapeutiques, le Pyridium est pour ainsi dire atoxique, et peut être administré en même temps que la streptomycine, la pénicilline, les sulfamidés ou autre thérapie spécifique.

Grâce à cet analgésique urinaire **sûr** et facile à employer, les médecins peuvent souvent procurer à leurs malades un soulagement très rapide à leurs symptômes urinaires douloureux, en même temps que d'autres moyens thérapeutiques sont mis en œuvre pour soulager l'affection efficacement non diagnostiquée.

# PYRIDIDIUM<sup>®</sup>

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

**MERCK & CO. LIMITED**

*Fabricants chimistes*

MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD

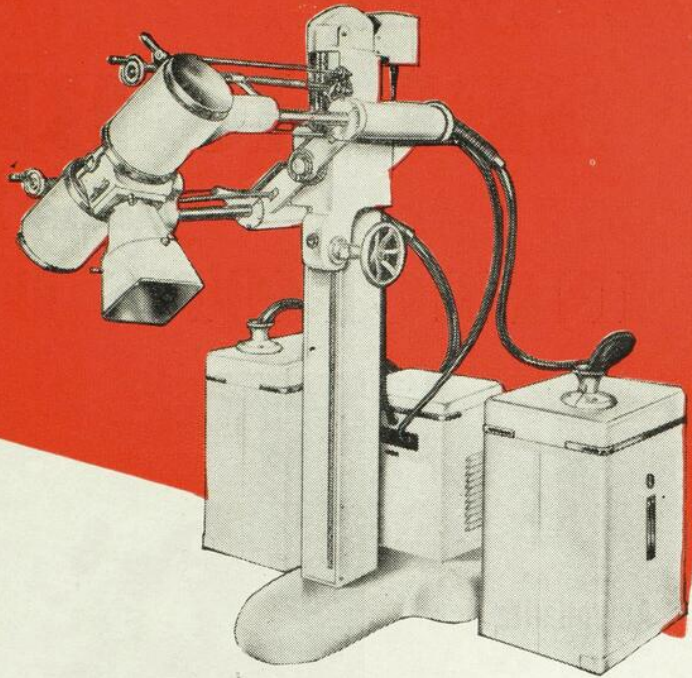


Pyridium est le nom déposé au Canada du produit fabriqué par Pyridium Corporation.

Installation **RAPIDE**

Angulation **PRÉCISE**

pour le **CONFORT**  
du patient



## APPAREIL KELEKET

DE THÉRAPIE PROFONDE À 220 KV.

(entretien économique)

- Les variations de potentiel entre 100 et 220 KV permettent la thérapie superficielle, semi-pénétrante ou pénétrante.
- Les plans et la construction de Keleket produisent un transformateur qui assure un entretien économique de tout l'appareil.
- Les manettes manipulées sans effort réalisent une installation initiale rapide.
- Les contrôles micrométriques touchés du bout du doigt achèvent l'angulation précise du tube et du cône.
- Des mécanismes de sûreté garantissent l'entière protection du patient, de l'opérateur et de l'appareil.

Nous possédons également des appareils de 250 KV et de 400 KV. Toute succursale de cette compagnie sera heureuse de vous envoyer un représentant ou un prospectus selon votre désir.



**X-ray AND Radium**  
INDUSTRIES LIMITED



261 DAVENPORT RD. - TORONTO 5  
QUÉBEC — MONTRÉAL — WINNIPEG — EDMONTON — CALGARY — VANCOUVER

**Nouveau...**

# **SEL de BISMUTH**

**dans les**

## **INFECTIONS DE LA GORGE**

▲  
**Amygdalite**

**Laryngite**

**Dysphagie**

**Naso-Pharyngite**  
▼



▲  
**Gingivostomatite**

**Angine de  
Plaut-Vincent**

**Adénopathie**  
▼

### **SUPPOSITOIRES**

# **AMYC-BIS**

**UN SEUL SUPPOSITOIRE - JAMAIS PLUS DE DEUX**

Spécialité des Laboratoires

**ASGRAIN & HARBONNEAU**  
Limitée

"UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL"

**QUÉBEC**

**MONTREAL**

**OTTAWA**

Vous disposez d'un médicament hors



pair pour traiter la  
dépression

On peut se fier sur le Sulfate de Dexédrine pour dissiper chez le patient déprimé cette "fatigue chronique" qui le caractérise; pour produire une sensation d'énergie et de bien-être; et pour ramener l'optimisme, la vivacité mentale et la capacité de travail.

L'effet anti-déprimant du Dexédrine est remarquable en ce qu'il ne comporte pas d'excitation perturbatrice, d'irritabilité, ni de tension nerveuse interne. Il n'agit "qu'en douceur", épargnant ainsi au patient cette sensation inconfortable "d'être sous l'effet des stimulants".

Comprimés de **Sulfate de Dexédrine**

L'anti-déprimant de choix

Smith Kline & French Inter-American Corporation

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



Grâce à FLO-CILLIN "96", vous pouvez éviter ces injections fréquentes qui font croire à des patients recevant de la pénicilline qu'ils sont devenus des pelotes à épingles. Une seule injection de 1 cm<sup>3</sup> toutes les 48 heures constitue l'entière posologie de la pénicilline pour tous les cas non exceptionnels. Et vous avez là une marge de sécurité étendue parce que cette unique injection de 1 cm<sup>3</sup> procure des concentrations sanguines thérapeutiques qui, chez 90% des patients, se maintiennent durant 96 heures.

La libre fluidité de FLO-CILLIN "96" vous épargne également beaucoup d'ennuis. Il est constamment fluide, ne requiert aucune agitation prolongée et "ne déposera pas". Que votre seringue soit humide ou sèche, il n'obstruera pas l'aiguille. Que vous traitiez au bureau ou chez votre patient, il vous fera économiser du temps et, bien entendu, épargnera aussi de ce temps précieux consacré aux soins du malade à l'hôpital.

Vous pouvez obtenir cette nouvelle et remarquable pénicilline-retard chez votre fournisseur habituel, en fioles de 10 cm<sup>3</sup>, bouchées au caoutchouc, et en cartouches qu'on emploie soit avec la seringue-cartouche B-D à injection unique ou avec la seringue-cartouche B-D en métal.

## Flo-Cillin "96"

Marque de commerce des Laboratoires Bristol  
pour la Pénicilline G procainique dans l'huile  
(300,000 unités par cm<sup>3</sup>)  
avec monostéarate d'aluminium à 2%



286 OUEST, RUE ST-PAUL — MONTRÉAL, P.Q.



## Relevé mondial . . . guide clinique détaillé

Un guide précis et sûr pour l'usage clinique du Pentothal Sodique—voilà ce que constitue la littérature mondiale sur cet anesthésique intraveineux. Les rapports—se chiffrant à plus de 1300 et venant de tous les coins du monde où on emploie les méthodes chirurgicales modernes—exposent l'expérience acquise au cours de 14 années. Toutes les phases de l'emploi du Pentothal Sodique sont examinées en détail: indications et contre-indications, avantages et désavantages, précautions à prendre et techniques à suivre. Des données aussi complètes rendent l'anesthésie intraveineuse au Pentothal Sodique *sûre, commode et efficace*. Si vous êtes intéressé à vous renseigner davantage sur cet anesthésique moderne, adressez-vous aux LABORATOIRES ABBOTT, Limitée, Montréal 9.

*Pentothal* <sup>\*</sup>Sodique  
(THIOPENTONE SODIQUE STÉRILISÉE, ABBOTT)

\*NOM DÉPOSÉ



PAINTED BY EDWA

ICI  
*P*ise

Allo Port Arthur...

---

---

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale

du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

---

## ONT COLLABORÉ AU VOLUME 77:

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

---

---

... Deux méthodes principalement existent aujourd'hui en médecine: l'une, qui se dit nouvelle, la méthode numérique; l'autre, ancienne, la méthode d'induction.

La première a pris pour devise la phrase célèbre de J.-J. Rousseau: «Je sais que la vérité est dans les choses et non dans mon esprit qui les juge; et que, moins je mets du mien dans les jugements que j'en porte, plus je suis sûr d'approcher de la vérité.» La seconde est celle qui a été jusqu'ici suivie par tous les grands praticiens, quelles que fussent d'ailleurs leurs doctrines; elle a été conservée par la plupart des professeurs de notre Faculté.

La méthode numérique, qui faisait la base de la statistique, et qui avait été introduite dans l'hygiène par Parent-Duchâtelet, fut appliquée à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique par un homme d'une probité scientifique incontestable, doué d'une patience à toute épreuve, passionné pour la vérité qu'il croyait atteindre avec certitude.

La méthode numérique reconnaît la puissance souveraine du chiffre. Le médecin doit imposer silence aux élans de son imagination; il analyse, compte et enregistre sévèrement les résultats: rien de plus, rien de moins. C'est l'inflexibilité du magistrat intègre, qui applique la loi, sans écouter ses passions, ses souvenirs; c'est la rigueur du statisticien, qui, faisant une table de mortalité, ne fait acception d'aucune cause de mort, ne se borne à supputer les chances de vie que présente la masse de la population. La méthode numérique, enfin, applique à la médecine le calcul des probabilités dans toute sa rigueur.

La méthode d'induction procède tout autrement: elle recueille, analyse les faits; mais elle les compare, et ne les compte pas toujours. Au lieu du résultat nécessaire de la statistique, elle cherche autre chose, les rapports systématiques des faits, leur liaison; elle les interroge, les commente, les sépare, les groupe, les examine sous toutes leurs faces, pour en tirer quelque chose de nouveau, d'applicable. En un mot, au rebours de la méthode numérique, elle met le plus possible du sien dans les jugements qu'elle porte sur les choses, bien sûre d'approcher ainsi davantage la vérité.

... Je ne reproche pas à la méthode numérique de compter, car on ne peut systématiser sans compter; mais je lui reproche de compter seulement, en un mot, de s'en tenir au résultat rigoureux, comme le mathématicien. Je lui reproche de trop compter, de compter trop longtemps, de compter toujours, de ne vouloir pas mettre de son esprit dans les choses.

Cette méthode est le fléau de l'intelligence, elle fait du médecin un agent comptable, serviteur passif des chiffres qu'il a superposés; et le plus grand reproche que je lui fasse, c'est d'étouffer l'intelligence médicale.

Vous vous applaudissez de ce que nous déplorons; vous ne voulez pas que l'intelligence intervienne: nous voulons, nous, que l'intelligence s'exerce dans toute sa puissance...

C'est donc un procédé qui semble plus exact; mais, en définitive, c'est toujours le même procédé.

Il suffit d'observer avec attention pour arriver aux mêmes résultats capitaux que ceux où conduit le numérisme. Quand je me mis à étudier la coqueluche, je m'aperçus promptement que les quintes convulsives cessaient presque toujours ou tout au moins qu'elles devenaient beaucoup moins fréquentes quand le malade éprouvait un accident fébrile, qu'elle qu'en fût la cause d'ailleurs. Ce fait d'observation je l'avais indiqué dans mes leçons cliniques avant d'avoir compté; j'ai compté ensuite, et, au lieu de dire presque toujours, j'ai dit tant de fois sur tant d'observations recueillies: ce qui revenait exactement au presque toujours.

Et n'oubliez pas, messieurs, que cette exactitude mathématique existe réellement: elle n'est que relative, car elle change sous l'observation du même homme, suivant l'année, suivant la saison, suivant la constitution médicale. De sorte que le même fait qui, l'an dernier, s'observait une fois sur 5, cette année n'existe plus qu'une fois sur 10; l'an prochain, peut-être, il n'arrivera qu'une fois sur 20: de sorte que votre loi, votre vérité vraie n'est pas absolue, et ne peut l'être; et si le pathologiste cherche à formuler les faits que vingt partisans de la méthode numérique ont donnés chacun comme l'expression extrême de l'exactitude, il en est réduit ou à prendre une moyenne qui ne sera plus vraie demain, ou à recourir à ces détestables formules que l'on voulait bannir du langage médical: quelquefois, souvent, le plus souvent, généralement.

Que m'importe cette apparence d'exactitude! Quand un de nos collègues signala au monde médical la coïncidence qui existe entre les maladies du cœur et le rhumatisme articulaire aigu, cette belle découverte fut-elle moins bien accueillie parce qu'il dit très souvent, au lieu de 44 fois sur 100? L'influence du sulfate de quinine sur l'hyperthrophie miasmatique de la rate est-elle moins bien établie quand Bailly a dit presque toujours, que si l'on avait dit 90 fois sur 100?

Mais, objectera-t-on, la méthode numérique nous permet de constater la véracité des assertions d'un médecin. Pensez-vous, par hasard, messieurs, que si l'on veut mentir, on ne le puisse aussi bien avec des chiffres exacts qu'avec des à peu près? Pensez-vous que le médecin impudent et menteur, s'il en existait, ne fera pas un résultat numérique aussi aisément qu'une assertion générale? Il se donnera seulement la peine de mentir plus tôt que l'autre, il mentira dans l'histoire dont il aura fabriqué les détails, et il donnera un résultat exact; l'autre, sans autant de labeur et d'hypocrisie, ne mentira que dans la conclusion.

Ainsi, quoique je n'accorde à la méthode numérique, telle qu'on la veut pratiquer aujourd'hui, qu'une importance très minime comme moyen d'étude, cependant j'en conseillerai l'emploi, parce qu'elle habitue l'élève et le médecin à l'attention, et qu'elle leur permet de mieux apprécier certains détails qui n'échappent pas à un observateur instruit et intelligent, mais qui pourraient rester inaperçus pour ceux qui ont moins l'habitude des malades...

... Si la statistique appliquée à la médecine n'élevait pas trop haut ses prétentions, si elle se considérait non comme la clef de voûte de toute science, mais comme un procédé un peu moins imparfait que la plupart de ceux que l'on suivait jusqu'ici, je ne songerais qu'à la louer, qu'à la présenter à votre choix, parce que réellement je la crois utile; mais elle fait tant de bruit pour de si pauvres résultats, qu'on ne peut, en conscience, l'aider à tromper la jeunesse par une sorte de charlatanisme d'exactitude et de vérité.

(Trousseau)

## BULLETIN

---

### LA SEMAINE NATIONALE DE SANTÉ

Observée depuis 1945, grâce à l'heureuse initiative de la Ligue canadienne de Santé, cette manifestation d'intérêt national s'est déroulée du 30 janvier au 5 février dernier.

Les promoteurs, cette année, ont choisi pour devise une formule dont l'esprit et le texte devaient plaire à la fois au grand public et à la profession médicale: « Sauvegardez votre santé et sachez comment ».

Cette devise commandait tout un bienfaisant programme soigneusement concerté. Aussi, pendant une semaine entière, par le truchement de la presse, de la radio et d'articles de revues, diverses associations et sociétés, maints chroniqueurs, conférenciers et commentateurs se sont faits les interprètes des 13,000 médecins du Canada pour rappeler à la population les avantages inestimables de la santé, lui enseigner les moyens de la conserver et lui faire comprendre, en même temps, les méfaits économiques, sociaux et physiques de la maladie.

Cette semaine de croisade humanitaire aura connu, en 1949, un intérêt et une ampleur inusités. Le public, par tout ce qui lui a été communiqué par le verbe et l'imprimé, saura désormais mieux juger et apprécier l'immense effort médical déjà réalisé ou en voie d'accomplissement prochain dans les domaines divers qui tous contribuent à l'amélioration de la santé publique: recherche scientifique, médecine préventive, hygiène, alimentation (lait pasteurisé), assistance médicale (gratuité des transfusions sanguines et de la streptomycine), service social, hospitalisation (agrandissement et multiplication des hôpitaux), lutte contre les maladies infectieuses, contre le cancer, la tuberculose, l'arthrite et le rhumatisme, les maladies mentales, et que sais-je encore.

Et, par une coïncidence heureuse, notre population aura été informée, en même temps, des multiples apports du récent *Programme national d'hygiène du Canada*. Immense coopérative où la profession médicale, les autorités municipales, provinciales et fédérales travaillent à hâter le jour « où tout Canadien, homme, femme et enfant, pourront jouir, comme l'entrevoit la constitution de

*l'Organisation mondiale d'hygiène, d'un entier bien-être physique, mental et social* ».

En attendant cet heureux jour, la sauvegarde et l'amélioration de la santé restent un problème collectif qui revêt un caractère de permanence et d'universalité.

Renseigner sans cesse le public sur tout ce qui concerne la santé demeure une œuvre nécessaire et primordiale. Mieux instruit, il saura mieux collaborer avec les organismes directeurs et responsables.

Il comprendra que la santé physique, le plus précieux des biens terrestres, commande solidairement la santé mentale, morale et sociale; que le médecin, qu'il soit professeur ou praticien, chercheur ou savant, hygiéniste ou chirurgien, promoteur d'œuvres philanthropiques ou spécialiste, reste encore et toujours le gardien le plus fidèle et le mieux éclairé de tous les aspects de la santé.

Et ainsi, dans le présent chaos matériel et moral où se débat le monde, l'antique « mens sana in corpore sano » retrouvera, grâce à la vigilance médicale moderne, sa portée intégrale.

Pierre SMITH.

---

## EXCURSION À CHICOUTIMI À BORD DU VAPEUR "RICHELIEU"

Tout laisse prévoir que les médecins assisteront nombreux au Congrès régional de Chicoutimi. Plusieurs d'entre eux, désirant profiter des avantages que l'Association offre à ses membres et à leur épouse de faire le voyage en bateau, ont déjà fait parvenir au secrétariat leur demande de réservation.



Nous jugeons donc opportun de rappeler aux confrères qui ont l'intention de prendre part à cette croisière, de bien vouloir nous en aviser au plus tôt afin d'éviter tout désappointement.

Les excursionnistes à bord du vapeur Richelieu auront le plaisir de prendre part à une foule de divertissements dont le programme est actuellement en voie d'élaboration et, parmi les charmes que réserve le voyage, l'escale de quatre heures à Murray Bay mérite, croyons-nous, une mention toute spéciale auprès des fervents du golf.

Nous donnons ci-dessous l'itinéraire détaillé du voyage:		Heure normale de l'est
Départ Montréal,	<i>mercredi, 1er juin 1949</i> .....	6.00 p.m.
Départ Sorel,	" " .....	9.00 p.m.
Départ Trois-Rivières,	" " .....	11.30 p.m.
Arrivée Québec,	<i>jeudi, 2 juin</i> .....	5.00 a.m.
Départ Québec,	" " .....	7.30 a.m.
Entrée dans le Saguenay,	" " .....	3.00 p.m.
Caps Trinité, Eternité,	" " .....	5.00 p.m.
Arrivée Chicoutimi,	" " .....	7.30 p.m.
<i>Vendredi, 3 juin, séjour à Chicoutimi.</i>		
Départ Chicoutimi,	<i>samedi, 4 juin</i> .....	2.00 a.m.
Arrivée Murray Bay,	" " .....	10.00 a.m.
Départ Murray Bay,	" " .....	2.00 p.m.
Arrivée Québec,	" " .....	6.30 p.m.
Départ Québec,	" " .....	7.00 p.m.
Départ Trois-Rivières,	<i>dimanche, 5 juin</i> .....	1.30 a.m.
Départ Sorel,	" " .....	3.00 a.m.
Arrivée Montréal,	" " .....	8.00 a.m.

Pour réservation, on est prié de s'adresser en personne, par téléphone ou par lettre, au secrétariat de l'Association, 326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal. Mentionner au long le nom (spécifier si monsieur, madame ou mademoiselle) et l'adresse de chaque personne.

#### T A R I F S

(par personne — 2 personnes seulement par cabine)

Cabine ordinaire .....	\$71.30
Cabine ordinaire .....	74.75
Cabine avec véranda privée .....	78.00
Cabine avec douche et toilette .....	80.50
Cabine avec douche, toilette et véranda .....	82.80
Cabine avec lits jumeaux, bain et toilette .....	89.75
Cabine avec lits jumeaux, douche, toilette et garde-robres .....	92.00

#### Remarques:

- a) Ces tarifs comprennent le transport, le lit de cabine, les repas (11 repas en tout) et la taxe fédérale.
- b) Aucune réduction ne peut être accordée à ceux qui s'embarquent aux ports où le bateau fera escale.
- c) Les billets doivent être payés au moment de la réservation ou pas plus tard que le 15 avril 1949.
- d) Après le 15 avril 1949, toute réservation doit être accompagnée de sa remise (prière de faire le chèque payable au pair à Montréal). A partir du 15 avril, toute réservation pour laquelle on n'aura pas versé la remise entière pourra automatiquement être annulée par l'Association.
- e) Au cas où un confrère se verrait dans la nécessité de annuler sa réservation, il devra en avvertir le secrétariat au moins deux semaines avant la date du départ, à défaut de quoi le montant de ses billets ne lui sera remis que si l'Association réussit à louer l'espace annulé.

## LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA BOUCHE <sup>1</sup>

Jacques TURCOT, F.R.C.S. (C) et François ROY, F.A.C.S.  
(Service de Chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Québec).

Le cancer de la bouche est une maladie qui semble assez récente dans l'histoire humaine, du moins au point de vue fréquence, puisque la littérature antique n'en fait pratiquement pas mention. Il s'agit cependant d'un cancer facilement accessible à l'observation. D'autre part, les cancers du sein, de l'utérus, de la peau, ont été bien connus des anciens. Pourquoi n'en fut-il pas ainsi des cancers de la cavité buccale? Il est assez difficile de répondre. Il est vrai qu'Hippocrate affirme qu'il faut traiter les tumeurs dures de la langue en recherchant et éliminant les moignons acérés des dents cariées ou autres lésions des gencives. Il semble bien que ces tumeurs indurées aient été des cancers de la langue. Le traitement, à cette époque, est donc rudimentaire. Il consiste à favoriser la cicatrisation en enlevant l'épine irritative locale qui serait la cause de la maladie. Ne trouvera-t-on pas chez nos malades d'aujourd'hui les mêmes explications à leurs épithéliomas buccaux? Il est possible que les anciens n'aient pas parlé de ces cancers parce qu'ils en voyaient rarement. Ce dernier fait s'explique si l'on songe que les cancers de la bouche se voient de nos jours chez des malades de la cinquième et de la sixième décades, soit de quarante à soixante ans, et que d'autre part la moyenne de vie jusqu'au siècle dernier était inférieure à quarante ans. Quoi qu'il en soit, avec les siècles les cancers de la bouche ont vu leurs traitements évoluer, mais évoluer lentement comme la médecine elle-même. Divers traitements furent à la mode, surtout les caustiques et le cautère. Il faut arriver au dix-neuvième siècle ou presque, pour constater que le traitement comporte des excisions chirurgicales plus ou moins

radicales. Nous sommes alors en face d'un traitement chirurgical vrai, qui, avec la découverte de l'anesthésie et de l'asepsie, acquit une importance considérable et vit ses techniques et ses indications se préciser et se développer en se basant sur la pathologie, la localisation et le stage d'évolution de la maladie cancéreuse. La fin du siècle dernier apporte de plus des armes nouvelles à la thérapeutique, sous forme des rayons X et du rayonnement gamma du radium. Ces moyens physiques furent immédiatement mis à l'essai contre le cancer. L'on vit des chercheurs éminents en préciser les indications, équilibrer les dosages et balancer les méthodes d'administration, même au prix de leur vie. La production du cancer expérimental chez l'animal au moyen des composés chimiques vient leur donner un champ d'observation très vaste pour l'application de différentes formes de rayonnement. L'animal de laboratoire sert aussi à étudier les réactions biologiques produites par l'irradiation. Ainsi un pas de géant fut fait dans le traitement des cancers en général et particulièrement dans le traitement des cancers de la bouche. Mais, pendant ce temps, certains chirurgiens continuèrent à traiter leurs malades selon la méthode chirurgicale classique et il s'ensuivit malheureusement un dualisme, une opposition entre ces chirurgiens et les tenants de l'irradiation. Chaque groupe se mit à vanter sa méthode au détriment de celle de l'autre groupe et selon les fluctuations des résultats obtenus une méthode semblait prendre temporairement le dessus sur l'autre. Mais bientôt les esprits avertis s'aperçurent qu'il n'y avait aucune raison d'opposer deux méthodes qui, employées seules, donnaient toutes deux de bons résultats. N'obtiendrait-on pas des effets doublement supérieurs en combinant les efforts des

1. Communication au XIX<sup>e</sup> Congrès de l'A.M.L.F.C., Ottawa - Hull, sept. 1948.

deux écoles, en superposant les deux méthodes afin qu'elles se complètent l'une l'autre? Les indications précises de la chirurgie et de l'irradiation étant déjà assez bien connues, il fallut ou bien compléter la chirurgie par l'irradiation ou l'irradiation par la chirurgie. C'est ce qu'on voit aujourd'hui. Le traitement du cancer de la bouche relève tantôt de l'irradiation, tantôt de la chirurgie ou de la combinaison des deux méthodes: c'est un traitement mixte. L'observation clinique et l'évolution de la maladie, l'expérience des différents procédés employés pour une même lésion, la classification des tumeurs selon leur localisation ou selon leur forme histopathologique décident le médecin traitant à employer l'une ou l'autre ou les deux formes du traitement.

Il découle de ces principes fondamentaux qu'il doit y avoir une coopération des plus étroites entre le chirurgien et le radiothérapeute, coopération qui doit se manifester non seulement par des consultations fréquentes, mais aussi par l'étude et la compréhension de la spécialité du confrère, de telle sorte que le chirurgien, par exemple, sache quelles seront les méthodes suivies par le radiothérapeute et quels résultats on peut attendre de l'irradiation; réciproquement, le spécialiste de la physique du rayonnement devra connaître les indications et les limites de la chirurgie dans les cancers de la bouche. Ainsi pourra s'établir une équipe qui arrivera à augmenter le nombre des résultats heureux. Mais l'équipe n'est pas complète si on n'y adjoint un pathologiste. L'anatomo-pathologie des lésions tumorales de la bouche est très importante en ce sens qu'un diagnostic positif de cancer, de même qu'une classification histologique, est essentielle pour appliquer le traitement soit chirurgical, soit radiothérapique. Ce diagnostic est fait par la biopsie. La biopsie peut être de deux types: a) biopsie chirurgicale où une parcelle des tissus malades est prélevée au moyen du bistouri ou d'un appareil tranchant. C'est la méthode la plus fréquente et la plus effi-

cace; b) il faut aussi parler des biopsies par ponction, surtout pratiquées au niveau des masses ganglionnaires du cou. La technique en est simple et permet d'avoir un diagnostic histologique précis qui donne au médecin traitant la preuve indiscutable de la nature cancéreuse de la tumeur et lui fournit aussi des renseignements sur la malignité histologique de cette tumeur. L'observation a montré en effet qu'il existe un parallélisme assez constant entre la classification histologique de McCarthy et Broders et l'évolution clinique d'envahissement de la tumeur. En effet, les épithéliomas sont subdivisés en quatre groupes: les grades I, II, III, IV. Les grades I et II sont assez peu radio-sensibles, donnent des métastases plus tardives et très rarement des métastases généralisées. Les grades III et IV, d'une grande radio-sensibilité, sont très envahissants, donnent des métastases fréquentes, précoces et souvent bilatérales. La généralisation se rencontre ici dans un certain nombre de cas. Enfin, c'est dans le grade IV qu'entreront les épithéliomas à cellules transitionnelles et les lympho-épithéliomas de Regaud et Schmincke. Certains auteurs préfèrent une classification selon des caractéristiques un peu différentes et divisent les épithéliomas en trois groupes: 1° épithéliomas évoluant vers la kératinisation, 2° épithéliomas non kératinisés, mais de types adultes, et 3° épithéliomas anaplastiques.

Pour bien comprendre les principes généraux à la base du traitement du cancer, il faut tenir compte du fait qu'actuellement, en pratique, le cancer ne se traite pas au sens qu'on entend au sujet des autres maladies. En effet, la médecine, pour guérir les maladies autres que le cancer, s'attaque à la cause de la maladie, qu'elle détruit, ou encore s'efforce d'augmenter la résistance et les ressources de l'organisme pour l'aider à surmonter le déséquilibre produit par la maladie. Le cancer lui, une fois installé, ne se traite ni étiologiquement, ni indirectement; c'est une lésion qu'il faut détruire. Il faut une éradication par excision chirurgicale ou une

destruction au moyen d'agents physiques puissants. Il n'y a donc jamais à utiliser des demi-mesures. Chirurgicalement, le principe le meilleur à suivre est celui décrit il y a plus de cinquante ans par Halsted à propos des cancers du sein, à savoir, l'excision de la tumeur primitive, des collecteurs vasculaires lymphatiques et des relais ganglionnaires en une seule masse. C'est ce que Georges Pack appelle *la dissection en continuité*. Pour ce qui est du cancer de la bouche, il est rarement possible de réaliser cette dissection en continuité; le plus souvent la chirurgie doit laisser un certain pont de tissus entre la lésion primitive et les relais ganglionnaires. Cependant, la disposition des ganglions sous le maxillaire inférieur et dans le cou permet une dissection complète et totale des tissus contenant ces ganglions. La réalisation du principe de dissection en continuité est cependant vérifiée dans les résections du maxillaire inférieur avec évidence du cou.

Souvent la destruction du cancer sera mieux effectuée par les agents physiques. Le radium et le radon seront employés seuls ou le plus souvent comme adjuvants de la radiothérapie. Celle-ci est administrée à doses fractionnées à raison d'une séance par jour selon la méthode de Coutard jusqu'à ce qu'une dose maximale mortelle soit administrée en moins d'un mois. S'il survient une épithélite ou autre atteinte à l'intégrité des tissus, il est entendu que les méthodes chirurgicales d'asepsie et d'antisepsie seront employées pour en assurer la guérison.

Dans la pratique courante, pour appliquer ces données aux cancers de la cavité buccale, il convient de diviser la bouche en régions qui seront étudiées séparément parce que les cancers originant au niveau de ces différentes régions ont des caractéristiques évolutives qui leur sont propres. Nous aurons les régions suivantes: a) les lèvres, supérieures et inférieures; b) la langue; c) la face interne des joues, le palais et les gencives supérieures; d) le plancher de la bouche et les gencives inférieures. Nous excluons donc de notre

travail les fosses nasales, le naso-pharynx, le pharynx et le larynx. Nous devons décrire successivement le traitement des cancers de ces différentes régions parce qu'il diffère en bien des points. Nous verrons le traitement des lésions primitives et, dans une seconde partie, celui des métastases.

#### I.—LÉSIONS PRIMITIVES

1. *Le cancer de la lèvre.* Le cancer de la lèvre est très fréquent, environ 2% de tous les cancers; il siège surtout à la lèvre inférieure, soit dans 95% des cas; et se voit chez l'homme dans une proportion de 90% des cas. Il s'agit la plupart du temps d'un épithélioma pavimenteux stratifié spino-cellulaire évolu-

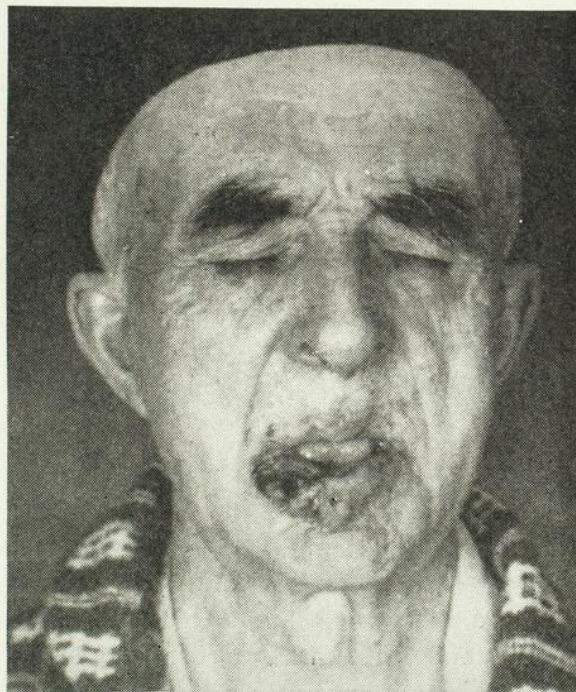


FIG. 1. — Epithélioma de la lèvre inférieure, grade II, ayant envahi près de la moitié droite de la lèvre et la commissure.

ant vers la kératinisation, se groupant presque toujours dans les grades I et II. Les métastases sont tardives et relativement peu fréquentes si on le compare aux autres cancers de la cavité buccale.

Le traitement se fera par la chirurgie ou par l'irradiation. L'un ou l'autre de ces traitements détruira dans la plupart des cas la

lésion cancéreuse. Quand faut-il appliquer l'un plutôt que l'autre? Si l'on dispose des deux moyens, l'on devra choisir celui qui laissera la cicatrice ou la déformation la moins apparente. Le choix devient une question d'esthétique. Nous croyons que les petits épithéliomas, surtout ceux qui n'ont pas envahi en profondeur et qui présentent de 0.5 à 2 cm. de diamètre, doivent être traités par irradiation, sous forme de radiothérapie superficielle à 100 kv. ou encore par le radium appliqué en moulage. D'un autre côté, quand il s'agit de gros cancers, la chirurgie reprend ses droits. L'excision en « V » donne de bons résultats, mais trop souvent on l'emploie seule, alors qu'une chéiloplastie serait un complément essentiel pour donner au malade une physionomie présentable. On emploiera le plus souvent une plastie par bascule du lambeau, selon la méthode indienne, lambeau de la lèvre opposée ou encore plastie aux dépens de la partie adjacente de la joue. Dans les pertes de substances plus considérables, on fera appel aux greffons pédiculés du cuir chevelu ou de la partie supérieure du thorax. En somme, le traitement des lésions primitives des lèvres est assez facile et accessible à un grand nombre de thérapeutes.

2. *Le cancer de la langue.* La langue est le siège très fréquent du cancer puisqu'on compte au niveau de cet organe jusqu'à 2% de tous les cancers. Il se voit chez l'homme dans une proportion de 90% des cas et semble être en relation avec l'irritation chronique plus que toutes les autres formes de cancer de la cavité buccale. Il s'agit le plus souvent d'épithéliomas épidermoïdes. La syphilis se voit fréquemment chez ces cancéreux et certains auteurs rapportent jusqu'à 30% de leurs cas comme étant atteints de syphilis. L'on sait que la syphilis donne souvent des lésions linguales qui peuvent à la longue causer une irritation chronique qui crée un terrain favorable à l'éclosion du cancer. Mais, ce qui est important à noter au sujet de la syphilis, c'est le fait suivant: un malade se présente avec une lésion ulcéreuse de la langue; le

médecin, qui soupçonne à juste titre une syphilis, fait un Wassermann, qui rapporte un résultat positif. Nous croyons qu'il doit toujours compléter cet examen par une biopsie, parce que la syphilis, loin d'éliminer le cancer, doit nous inviter à le soupçonner avec plus d'insistance. De plus, les syphiligraphes

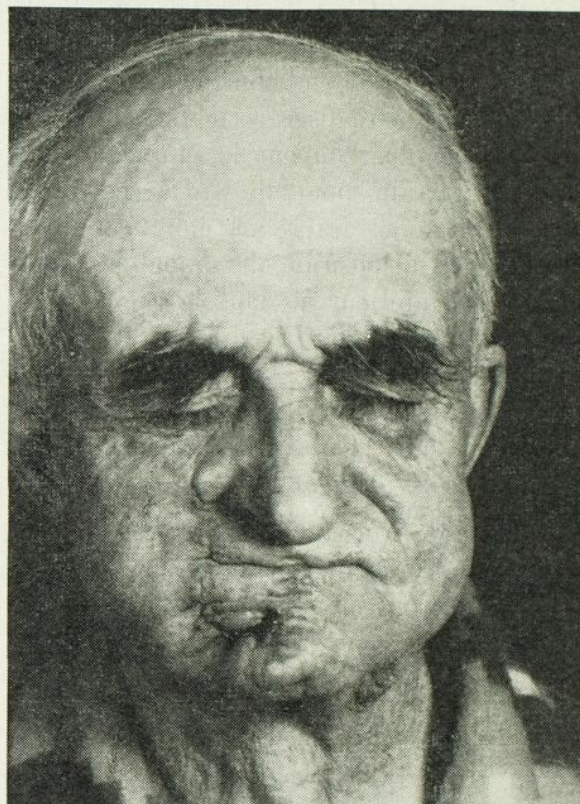


FIG. 2. — Traitement chirurgical. Excision et plastie selon la méthode d'Eslander. (Après 10 jours.)

reconnaissent qu'un traitement à l'arsenic peut amener une accélération du processus néoplasique. En règle générale, on devra chez ces malades traiter le cancer avant la syphilis. Peut-être pouvons-nous combiner efficacement un traitement du cancer par l'irradiation avec un traitement antisiphilitique au moyen de la pénicilline? Les cancers de la langue doivent se diviser en deux groupes: ceux des  $\frac{2}{3}$  antérieurs constituent environ 65% des cancers de la langue; ils sont plus accessibles aux méthodes de traitement, ils évoluent plus lentement et sont d'un grade moins élevé que ceux de la base.

Le traitement des cancers des deux tiers antérieurs de la langue sera un traitement par l'irradiation, sauf peut-être pour ce qui regarde les petits cancers qui se développent sur la pointe. Ceux-ci seront facilement réséqués chirurgicalement sans mutiler indûment les malades. En effet, l'irradiation permet de maintenir l'intégrité anatomique des organes de la bouche, ce qui est très important au point de vue de la conservation des fonctions de mastication et d'élocution. L'irradiation sera donnée sous forme de radiothérapie intrabuccale, qui est à conseiller chaque fois que cela est possible, ou sous forme d'irradiation interstitielle au moyen d'aiguilles de radium ou au moyen de capsules de radon. On devra, quand on fait une irradiation interstitielle, essayer de protéger le palais et la face interne des joues d'une brûlure possible, par application permanente ou intermittente de lames de plomb qui bloqueront les rayons gamma.

Le traitement des épithéliomas de la base de la langue est plus difficile en raison de l'inaccessibilité relative de cette région. En pratique, on peut dire que ces cancers sont toujours inopérables à cause des mutilations importantes qu'il faudrait imposer au malade. D'autre part, comme il s'agit d'une localisation fréquente, soit 35% des cas de cancers de la langue, le traitement est très important. Il est heureux aussi qu'il s'agisse d'épithéliomas dont le grade est élevé, grade III ou grade IV, qui sont par le fait même d'une radio-sensibilité qui facilite leur traitement par l'irradiation. L'irradiation sera appliquée sous forme de radiothérapie profonde à 200 kv. par des champs cutanés. On emploiera deux champs bilatéraux situés près de l'angle du maxillaire inférieur qu'on pourra compléter par un champ sus-hyoïdien. On irradiera jusqu'à la limite de tolérance de la peau et on complètera le traitement par une irradiation interstitielle. Des aiguilles de radium et des capsules de radon peuvent être implantées directement à la base de la langue; mais nous croyons qu'il vaut mieux, par une incision sus-hyoïdienne, introduire le radium

jusque dans les tissus à irradier à la base de la langue. Cette méthode est beaucoup plus tolérable pour le malade et prévient, dans une certaine mesure, l'infection et la nécrose. Ainsi, un grand nombre d'épithéliomas de la base de la langue seront guéris. Néanmoins, il reste toujours le problème des métastases.

3. *Le cancer de la face interne des joues, du palais, et des gencives supérieures.* Les cancers de ces régions sont beaucoup plus rares: ce sont généralement des épithéliomas épidermoïdes d'un grade peu élevé. L'irradiation est le meilleur traitement pour l'épithélioma de la face interne des joues, soit qu'on applique une irradiation interstitielle au moyen du radium ou de la radiothérapie intrabuccale.

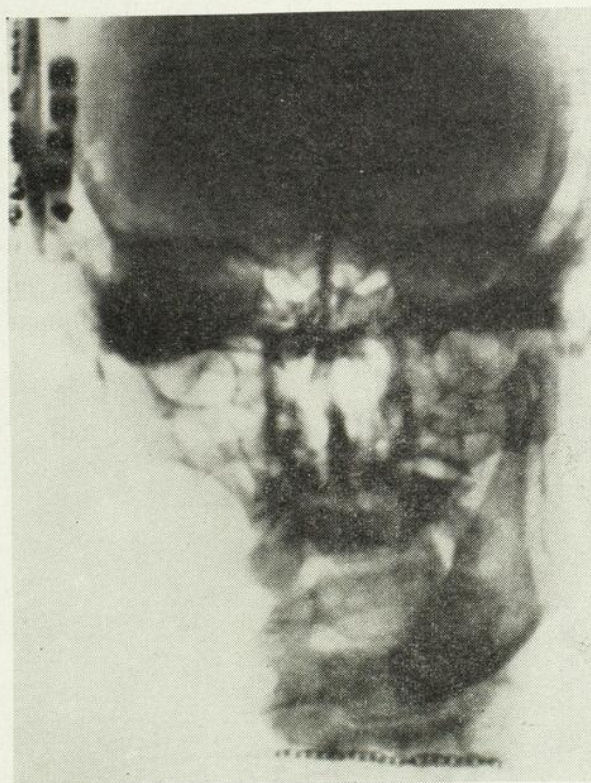


FIG. 3.—Résection de l'hémimaxillaire droit, avec désarticulation temporo-maxillaire. Aspect radiologique.

Sur les deux tiers antérieurs du palais, on aura des épithéliomas d'un grade peu élevé. Ces épithéliomas prendront quelquefois une forme verruqueuse et leur traitement sera difficile parce qu'ils sont peu radio-sensibles,

qu'ils envahissent en profondeur et ont vite fait de gagner à travers le palais les fosses nasales. Le traitement consistera en une irradiation très poussée avec l'arrière-pensée d'employer une chirurgie radicale si la lésion ne semble pas sous contrôle après l'irradiation. Les épithéliomas des gencives supérieures feront aussi surgir des indications pour la chirurgie. La chirurgie du maxillaire supérieur est assez mutilante parce qu'elle enlève la cloison entre la bouche et les fosses nasales, d'où troubles sérieux de la mastication, de la déglutition et de l'élocution. Des appareils de prothèse seront employés pour combler les brèches quand celles-ci ne sont pas trop importantes. Au tiers postérieur du palais, on rencontre des épithéliomas d'un grade très élevé, radio-sensibles, qui sont comparables à ceux qu'on voit à la base de la langue, au pilier antérieur et aux amygdales. Le traitement sera alors à peu près le même qu'à la base de la langue.

4. *Les cancers du plancher de la bouche et des gencives inférieures.* Nous aurons encore affaire la plupart du temps à des épithéliomas épidermoïdes, quoiqu'on puisse rencontrer au niveau des gencives des tumeurs

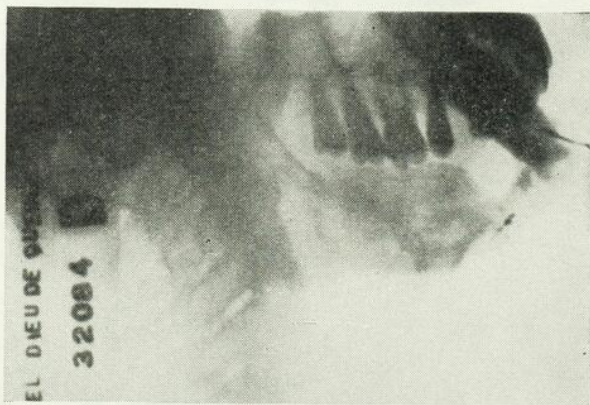


FIG. 4. — Résection partielle de la région mentonnière du maxillaire inférieur. Greffon prélevé à la crête iliaque. Aspect radiologique après suture bien amorcée du greffon.

d'origine dentaire comme les adamantinomes. Les épithéliomas du plancher de la bouche et des gencives seront traités par l'irradiation aussi souvent que faire se peut. Quand on irradie très près du maxillaire inférieur,

il y a évidemment un risque de radio-ostéonécrose qu'on doit cependant courir, car le résultat en vaut la peine. Quand les cancers des gencives ou du plancher de la bouche ont atteint le périoste, nous croyons que la chirurgie doit être le traitement à suivre. Les interventions consisteront en des résections plus ou moins étendues du maxillaire inférieur avec les tissus envahis par le néoplasme. Si une partie minime du maxillaire inférieur a été enlevée, il sera possible, après plusieurs mois, et si la maladie est complètement contrôlée, de refaire l'intégrité du maxillaire inférieur au moyen d'un greffon osseux. L'on se sert, à cette fin, d'une portion d'os poreux de la crête iliaque. D'autre part, quand la lésion nécessite une résection large, il semble qu'une désarticulation temporo-maxillaire soit préférable parce qu'il ne persiste pas de moignon osseux qui, en conservant quelques mouvements à cause des muscles masticateurs, donnerait des douleurs. D'ailleurs, il n'y a pas de différence esthétique appréciable, qu'on garde le moignon ou non.

#### *Corollaires.*

##### 1° L'hygiène buccale.

L'hygiène buccale est importante, que le traitement soit fait par irradiation ou par la chirurgie. Elle consistera en des lavages de la bouche plusieurs fois par jour avec des liquides producteurs d'oxygène et contenant des antiseptiques et des antibiotiques, comme la pénicilline, par exemple. Après chaque repas, il faudra déterger au moyen d'un jet d'eau sous pression pour enlever toute particule alimentaire stagnant dans les replis de la muqueuse. On pourra ainsi éviter l'infection et partant la nécrose, d'où une guérison plus rapide de la zone irradiée. Dans certains cas où l'on veut éviter complètement toute souillure de la plaie, on se servira d'une sonde naso-œsophagienne pour alimenter le malade.

L'hygiène dentaire devra non pas se baser sur l'élimination rapide et radicale des dents cariées, mais sur le maintien de l'intégrité osseuse du maxillaire inférieur ou du maxil-

laire supérieur. En effet, il faut éviter absolument à l'os qui a à supporter une irradiation intense toute lésion ou tout contact avec l'extérieur par où pourrait s'introduire l'infection. L'os irradié aura une vitalité réduite ou même détruite, mais sera toléré tel quel indéfiniment, à moins que l'infection ne le gagne. Dans ce cas, nous assistons à la radio-ostéonécrose, avec tous les ennuis qui en découlent. Les dents seront donc nettoyées, obturées, mais conservées aussi longtemps que possible.

### 2° L'alimentation du malade.

Il ne s'agit pas de soulever le problème de la nutrition des cancéreux, mais seulement d'indiquer la conduite à tenir en pratique vis-à-vis de ces malades. Il faut leur apporter au point de vue quantité et qualité les aliments les plus susceptibles non seulement de maintenir, mais d'améliorer leur état nutritif général. Un apport d'au moins trois mille calories, des protéines en abondance, des sels minéraux et des vitamines surtout B et C sont à la base du régime à prescrire.

### 3° La lutte contre la douleur.

Les douleurs causées par les cancers de la bouche devront être calmées si l'on veut maintenir l'équilibre nutritif chez ces malades. Il s'agira de savoir utiliser les données de l'anesthésie régionale. Autant que possible, il faudra utiliser des solutions alcooliques qui assureront une certaine permanence au blocage nerveux. Les nerfs dentaire inférieur, maxillaire inférieur, etc., pourront être anesthésiés selon les indications posées par chaque cas.

## II.—TRAITEMENT DES MÉTASTASES.

Les métastases constituent le grand problème de l'envahissement cancéreux. Ce problème se pose au sujet des cancers de la bouche comme pour les autres cancers, mais avec des variantes. La majorité des métastases se fait par voie lymphatique et c'est ce groupe qu'on essaie de traiter, puisque, quand les cellules cancéreuses ont atteint le courant sanguin,

il n'existe plus de contrôle possible. La bouche possède un drainage lymphatique très important et de nombreux ganglions disposés en échelons sous le maxillaire inférieur et dans le cou servent de filtre à la lymphe avant qu'elle n'atteigne la circulation sanguine. Les ganglions se groupent en chaînes le plus souvent autour des pédicules vasculaires. Le siège exact des principaux ganglions sous-maxillaires et cervicaux doit être bien connu si l'on veut assurer au malade la plus grande protection possible. Ces filtres qui arrêtent les embolies cancéreuses provenant de cancers de la cavité buccale sont efficaces de telle façon que de 80 à 85% des malades autopsiés morts de cancer de la bouche n'avaient pas de généralisation viscérale de leur maladie. Le cancer reste donc sus-claviculaire dans un grand nombre de cas. Ceci est un encouragement au thérapeute, qui n'a pas à craindre à tout coup une généralisation de la maladie. Il est tout de même très difficile de guérir les métastases des cancers de la bouche. Aussi a-t-on cherché à les prévenir soit en irradiant les régions ganglionnaires, soit en pratiquant des évidements locaux ou même radicaux des régions porteuses de ganglions. Nous touchons ici à la grande controverse qui divise les thérapeutes en deux écoles. Doit-on faire un traitement prophylactique des métastases? Une partie de l'opinion américaine et de l'école française accepte le principe des évidements ganglionnaires prophylactiques. D'autre part, de grands centres spécialisés s'y opposent. A l'heure actuelle, nous suivons la deuxième formule et nous ne pratiquons la prophylaxie ni par irradiation, ni par curage ganglionnaire. Nous la remplaçons par une surveillance étroite du malade, c'est-à-dire des examens périodiques, soit une fois par mois pour la première année et ensuite tous les deux mois pour la deuxième année, puis quatre fois par année. Nous ne pratiquons pas d'irradiation postopératoire, parce qu'il est impossible d'irradier toutes les régions ganglionnaires du cou tout en donnant une dose mortelle pour la cellule cancéreuse qui se trouverait éven-

tuellement quelque part dans un ganglion. Une dose de mille ou deux mille r. ne peut absolument pas stériliser une métastase. Il est évident qu'un traitement radiothérapeutique postopératoire placera le malade et le médecin de famille dans un état de fausse sécurité qui pourra faire négliger l'examen périodique. De plus, si une métastase se développe ultérieurement, la limite de tolérance de la peau à une irradiation intense sera peut-être atteinte plus vite en raison du traitement antérieur. Nous ne pratiquons pas non plus d'interventions chirurgicales prophylactiques parce que cela entraîne un trop grand nombre d'opérations inutiles qui peuvent mettre la vie du malade en danger et laissent souvent des séquelles par section de filets nerveux sensitifs ou moteurs. En conclusion, nous croyons que le curage ganglionnaire sera tout aussi efficace et plus indiqué s'il existe des ganglions palpables mais encore petits et bien mobiles.

#### 1. *Le traitement des métastases du cancer de la lèvre.*

Le cancer de la lèvre donne des métastases dans environ 30% des cas. Les métastases siègent dans la grande majorité des cas dans les ganglions sous-maxillaires et sous-mentonniers. Comme le plus souvent il s'agit d'épithéliomas d'un grade peu élevé, le traitement des métastases sera presque toujours chirurgical: il consistera en des évidements sous-maxillaires uni ou bilatéraux. Au cours de l'intervention, il est très important d'explorer la chaîne jugulaire interne. Si l'on y trouve un envahissement ganglionnaire, il faudra compléter dans bien des cas par une dissection radicale du cou. Celle-ci consiste dans l'ablation de tous les tissus qui contiennent des ganglions lymphatiques, tissus de la ligne médiane en avant jusqu'au trapèze en arrière et depuis la clavicule en bas à l'apophyse mastoïde en haut. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien, les jugulaires internes et externes sont réséqués avec la masse. Il est très important de respecter autant que faire se peut le filet mentonnier de la branche cervico-

faciale du nerf facial et le nerf spinal. L'intégrité de ces filets nerveux permettra au malade de garder une mimique normale et une motilité complète du moignon de l'épaule.

#### 2. *Le traitement des métastases des cancers de la langue et des autres localisations buccales.*

Ici encore le curage ganglionnaire sera indiqué et dans des conditions bien précises. En effet, l'intervention chirurgicale ne sera décidée que s'il s'agit d'un cancer d'un grade peu élevé, et à la condition que la tumeur primitive soit bien latéralisée et soit déjà sous contrôle. L'état général et l'âge du malade seront aussi des facteurs dont il faudra tenir compte. Si la lésion primitive doit être traitée par la chirurgie et qu'il existe déjà des métastases cervicales, la dissection radicale du cou sera entreprise en même temps que la résection du néoplasme initial. D'autre part, si ces conditions n'existent pas, le traitement des métastases des cancers buccaux devra se faire par l'irradiation. Il faudra alors, autant que possible, traiter chaque ganglion séparément en utilisant de petits champs, de sorte qu'on puisse donner des doses très élevées de rayonnement. Il sera nécessaire dans bien des cas de compléter ce traitement au moyen d'irradiations interstitielles à l'aide d'aiguilles de radium ou de capsules de radon. Dans certains autres cas, il conviendra de compléter le traitement par la chirurgie. Il est assez difficile d'exposer en détail tous les facteurs qui permettent au cours du traitement de décider un changement dans la conduite à tenir. L'expérience et l'observation clinique de même que la réponse de la lésion au traitement sont encore des raisons qui permettront au thérapeute de se guider dans le choix du traitement des cancers de la bouche. Pour terminer, voici les résultats obtenus dans le traitement chirurgical de cancers du plancher de la bouche et des gencives inférieures. Notons que plusieurs de nos malades ont été opérés après

échec de l'irradiation ou encore comme moyen ultime de leur sauver la vie.

Résection  
du  
maxillaire inférieur

1943-1948 ----- 17 Cas  
Avec dissection du cou... 3 cas  
Mortalité opératoire : aucune

1943-1945 ----- : 8 cas  
3 morts de cancer : 37.5 %  
1 perdu de vue  
4 vivants après 3 ans 50 %

De 1943 à 1948, 17 résections du maxillaire inférieur ont été faites. Trois malades ont eu, en même temps, une dissection radicale du cou. Aucune mortalité opératoire n'a été enregistrée. De 1943 à 1945, huit cas ont été opérés. Depuis 1945, soit après 3 ans, quatre malades sont encore vivants, soit 50%, trois sont morts de leur cancer, et un a été perdu de vue.

Résumé :

Les principes généraux du traitement des cancers de la bouche ont été esquissés. Le traitement des lésions primitives a été décrit, suivi de considérations sur le traitement des métastases.

BIBLIOGRAPHIE

ACKERMAN et REGATO: *Cancer*.

BLAIR, V. P.: « Our responsibility towards oral cancer. » *Ann. of Surgery*, **106**: 568, 1937.

BYARS, L. T.: « Tattooing of free skin grafts and pedicle flaps. » *Ann. of Surgery*, **121**: 644, 1945.

DARGENT, M. & PAPILLON, J.: *Lyon chirurgical*, **40**: 718, 1945.

DUCUING, J.: « Place de l'évidement prophylactique sous-maxillaire dans le traitement du cancer de la lèvre supérieure. » *Bulletin du cancer*, **26**: 578, 1937.

EWING, James: *Neoplastic Diseases*.

FIGI, F. A.: « Epithelioma of the lip. » *Surg., Gynec., Obstet.*: **59**: 810, 1934.

KLEINERT, M. N.: « Hairy or black tongue. » *Ann. oto-rhino-laryngology*, **55**: 188, 1946.

KOCH, S. L.: « Transplantation of skin and subcutaneous tissue. » *Surg., Gynec., Obstet.*: **72**: 157, 1941.

MACOMBER, D. W.: « Reconstruction of bony defects with special reference to cancellous iliac bone. » *Surg., Gynec., Obstet.*: **83**: 761, 1946.

MARTIN, H.: « Cancer of the lip. » *Ann. of Surg.*, **114**: 972, 1941.

MARTIN, H.: « Tumors of the palate. » *Archives of Surg.*, **44**: 599, 1942.

MASSON, P.: *Anatomie Pathologique*.

McClure, R. D.: « Should neck nodes be dissected in patients with Ca of lip. » *Ann. of Surg.*, **125**: 658, 1947.

OWENS, N.: « Simplified methods of rotating skin and mucous membrane flaps, for complete reconstruction of lower lip. » *Surg.*, **15**: 196, 1944.

ROY, F.: *Laval Médical*, **11**: 838, 1946.

SHARP, G. S. & SPICKERMAN, H. D.: « Cancer of tongue. » *Am. J. Roentgen.*, **57**: 181, 1947.

SHAW, T. D.: « One stage tubed abdominal flaps. » *Surg., Gynec., Obstet.*, **83**: 205, 1946.

SLAUGHTER, D. P.: « Multicentric origin of intra-oral cancer. » *Surgery*, **20**: 133, 1946.

TAYLOR & NATHANSON: *Lymph node metastases*.

TURCOT, J.: « Autoplasties et greffes cutanées. » *Laval Médical*, **12**: 1947.

TURCOT, J.: « Cancer de la lèvre. » *Laval Médical*, **11**: 830, 1946.

# CONTRIBUTION PERSONNELLE À L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE L'ARTHRITE RHUMATISMALE PAR LES SELS D'OR (fin)

Léopold MANTHA (Ottawa).

Par le simple fait de reculer les frontières de l'aurothérapie et d'étendre son territoire au delà des limites qui lui étaient réservées jusqu'ici, il nous a été facile de réunir en quelques mois un nombre imposant de malades de tout âge comme de toute condition, appartenant à des milieux divers (hospices d'incurables ou de vieillards, maisons de convalescence, services ou dispensaires d'hôpitaux, institutions religieuses, etc.), et se plaignant de troubles rhumatismaux variés avec cependant prédominance symptomatologique de la polyarthrite déformante évolutive (arthrite atrophique ou rhumatoïde de l'école anglo-américaine). L'expérience ainsi acquise au contact quotidien de tous ces malheureux rhumatisants, jeunes et moins jeunes, cas avancés ou récents (les faciles comme les difficiles), gens de la campagne ou de la ville, patients privés ou cas publics, malades pouvant se déplacer ou non (le devoir s'imposait d'aller à eux), cette expérience durement acquise nous donne droit, semble-t-il, d'exprimer simplement, par des mots plutôt que par des chiffres, — l'étude de ces cas « en séries » étant pratiquement impossible, chacun d'eux présentant un problème individuel — notre opinion sur les possibilités thérapeutiques des sels d'or en pathologie rhumatismale habituelle.

Je n'irai pas jusqu'à prétendre que l'aurothérapie, telle que nous l'entendons, puisse fournir des résultats parfaits dans 100 pour 100 des cas que le médecin, spécialisé ou non, rencontre dans sa pratique de chaque jour. Mais, d'un autre côté, je suis fermement convaincu qu'il est possible d'accom-

plir « quelque chose » pour pratiquement tous les malades souffrant d'une affection cadrant bien avec la symptomatologie des maladies dites rhumatismales, quelle qu'en soit la forme (atrophique ou hypertrophique), ou la localisation (vertèbres, épaule, membres, etc.). Ce « quelque chose », qui correspond à l'enregistrement d'un gain quelconque, pour être apprécié à sa juste valeur doit souvent être recherché d'une manière méthodique et toujours en regard de ce qui constitue l'essence même des affections arthritiques en général et de la polyarthrite déformante — des membres ou de la colonne — en particulier.

Cette dernière, comme chacun sait, constitue par définition une maladie essentiellement « envahissante » en ce qu'elle ne reste pas cantonnée aux articulations, grandes ou petites, mais, se généralisant (tôt ou tard), envahit rapidement tout l'organisme — système nerveux périphérique, artéριοles, peau, glandes annexes, muscles, tissu conjonctif de soutien, etc. — affectant l'état général et pouvant aboutir à la cachexie rhumatismale et même à la mort, tout aussi bien qu'à l'invalidité relative ou absolue, par rétractions tendineuses, sub-luxations, soudures fibreuses ou des surfaces articulaires, etc.

On n'est pas sans savoir, non plus, que l'arthrite rhumatoïde, dans sa forme la plus commune, polyarticulaire, procède par poussées plus ou moins phlegmasiques, peu ou très douloureuses, surtout hivernales — le rôle exercé par la chaleur comme par le froid humide n'est pas douteux — poussées entrecoupées de périodes de rémission plus ou moins longues, plus ou moins complètes, et que

son évolution peut s'étendre sur une durée de temps plus ou moins indéfinie. Enfin, on doit se rappeler qu'il s'agit d'une affection désespérément récidivante et particulièrement rebelle aux mesures ayant pour but de prévenir son éclosion ou de déchaîner les processus présageant une issue favorable.

Comme on le voit, l'arthrite suit un cours très irrégulier, elle affecte aussi bien l'état général du sujet que les organes de la locomotion et, alors qu'on la croit sur le point de s'éteindre, elle se rallume souvent sans raison apparente et avec une ardeur renouvelée. Alors il me semble que toutes les modifications apportées dans ce comportement normal de la maladie devraient être considérées comme autant de gains au compte de la thérapeutique employée.

Ainsi je crois que c'est déjà accomplir quelque chose dans ce sens — même si les effets de la cure devaient s'arrêter là — que d'être en mesure de remonter l'état général de ces grands malades, d'influencer favorablement leur moral, de les tenir à flot en leur fournissant les fonds nécessaires pour supporter leur mal et faire face aux nombreuses contingences de la plus cruelle des maladies. C'est la plupart du temps le premier signe en date des bons effets de la thérapeutique, et ces bons effets sont encore plus marqués maintenant que la posologie-or est très faible, quasi homéopathique.

Mais l'action du médicament ne se limite pas habituellement à ce regain de vitalité parfois remarquable : bientôt les douleurs, quoique plus tardivement et d'une façon moins éclatante, subissent certaines transformations, elles deviennent moins pénibles, se supportent mieux, perdent de leur acuité et accordent aux patients de longs moments de répit durant le jour, et même au cours de la nuit, alors que le sommeil est meilleur et plus reposant. Avantage encore, et des mieux appréciés surtout par les membres de l'entourage immédiat du malade, ce dernier parle moins de ses maux, il exige souvent moins d'attention et

de soins particuliers (changements de position, frictions locales, applications chaudes renouvelées à heures fixes, etc.). On peut même arriver avec le temps à supprimer l'usage des narcotiques, tout particulièrement les opiacés. De fait, il y a longtemps que nous avons banni de notre arsenal thérapeutique les comprimés de codéine, dont l'effet déprimant et démoralisateur est bien connu et dont l'usage conduit à une accoutumance des plus néfastes. D'ailleurs, il existe actuellement dans le commerce une médication à base d'aspirine ordinaire et de succinate de calcium dont l'action analgésique mérite d'attirer l'attention de ceux qu'intéresse le réconfort physique des patients soumis à leurs soins.

Autre bienfait et des plus manifestes de l'aurothérapie mixte-combinée, c'est son action résolutive sur les gonflements péri ou intra-articulaires qui perdent rapidement de leur volume pour parfois disparaître presque complètement. Comme nous l'avons dit déjà, il arrive fréquemment de voir des jointures récupérer quelques-unes ou plusieurs de leurs fonctions même en présence de dégâts articulaires importants, dès que les douleurs s'atténuent, que se relâchent les spasmes et les contractures, que se résorbent les collections liquidiennes soit à l'intérieur, soit au voisinage des articles intéressés. Ce sont ces retours dans l'accomplissement de certains mouvements qu'on jugeait bel et bien « perdus » qui font les délices de ceux qui en sont l'objet. Pour nous qui sommes en possession de tous nos moyens, l'importance de tel ou tel geste (s'essuyer les lèvres, les yeux, par exemple) est futile sinon nulle, mais il n'en va pas de même pour celui qui après des mois et des mois d'impotence relative ou complète voit apparaître à l'horizon des signes présageant une délivrance prochaine. Peu importe l'étendue, la plénitude des gains obtenus, ici ce sont les riens, même les plus petits, qui comptent. Pour les malades atteints de rhumatisme déformant, le succès

d'une thérapeutique se présente, je le répète, sous la forme d'une foule de petites choses...

Ainsi, on comprendra toute la signification qu'une malade, fervente chrétienne, attache à ce simple signe : le signe de la croix. Pour elle, le fait de pouvoir accomplir le geste — bien imparfait, peut-être — en même temps que se prononcent les paroles, équivaut à la moitié de la guérison. J'ai vu de ces pauvres gens éprouver des transports de joie qu'on qualifierait d'enfantins, en se sentant capables de se retourner sans aide dans leur lit, d'étendre une jambe, ou tout bonnement d'écartier les orteils en éventail comme autrefois. C'est peu de chose de pouvoir croiser les genoux sans douleur, mais en y regardant de près, c'est beaucoup, comme moyen de détente, de relâchement musculaire. On s'explique que cet homme, grand fumeur, soit si heureux : depuis quelques jours il allume sa pipe, seul, sans l'intermédiaire de sa fille ou de sa femme. Tout le monde est content, lui, et ceux à qui incombait la tâche de fournir le feu.

Mme X., une grosse bonne femme, attend ma visite avec impatience, elle a hâte de marcher devant moi, sans béquilles ! Elle est encore peu solide sur ses jambes, mais elle s'encourage du fait qu'elle peut se tenir debout sans aide et faire quelques pas. Dimanche dernier, cela se passe dans un autre quartier de la ville — on me croira si l'on veut — j'ai reçu une invitation à dîner chez les Poir..., pour célébrer en famille la présence à table, pour la première fois en 2 ans, de Marguerite, leur fille aînée... Pauvre Marguerite, j' imagine qu'elle ne se tenait pas aussi droite sur sa chaise qu'au temps de la prime jeunesse, mais elle était là, attablée avec les autres, c'est quelque chose n'est-ce pas ? Il y a longtemps que la ménagère de monsieur le comte de ... me promet un pain, comme elle seule savait le faire : hier, elle a tenu promesse en m'offrant un tout petit pain, encore chaud, qu'elle a boulangé de ses propres mains... C'est la même personne qui, voilà 6 mois à

peine, pouvait juste remuer ses doigts gonflés et gourds de rhumatisme.

Je connais un homme qui est plus heureux qu'un roi depuis qu'il peut remonter sa montre, chaque soir, au moment de se mettre au lit.

Une infirmière qui se pense au septième ciel parce qu'elle est en mesure maintenant de tourner sans se plaindre la poignée de porte de sa chambre et de dévisser d'un seul coup la capsule des bouteilles à médicaments.

Un misérable jeune homme, littéralement cloué sur un lit d'hôpital, qui se croit Samson et pour cause : il a réussi ce tour de force incroyable de tuer un maringouin qui lui picotait le menton, le seul meurtre, dit-il, qu'il ait commis en l'espace de 5 ans.

Je connais enfin une fille d'une trentaine d'années qui n'en revient pas de pouvoir, depuis le dernier traitement (le 15e), se détendre les mâchoires et ouvrir la bouche suffisamment pour y introduire une chère petite brosse et se laver les dents comme le reste des humains.

Ce sont là des détails, dira-t-on, je l'admets. Mais ce sont des détails qui prennent une importance vitale dans les circonstances parfois tragiques que nous traversons au cours de cette pratique souvent très pénible, et combien difficile ! de la rhumatologie. La nécessité s'impose vite de se satisfaire de peu tout en rêvant d'obtenir beaucoup plus. Mais, au risque de trop insister sur ce point, je reviens de nouveau sur le fait que, même dans les cas qui semblent au-dessus de nos moyens, la thérapeutique peut fournir des résultats utiles souvent même au delà de toute espérance, et ceci pendant des mois et des mois, car, particularité remarquable, l'or aux doses ultra-faibles n'épuise pas son action, même après plusieurs années (4, 5 ou 8, d'après notre expérience personnelle).

S'il n'est pas toujours possible d'agir médicalement sur les lésions structurales déjà installées — bien que l'aurothérapie mixte prépare merveilleusement la voie, dans certains cas privilégiés, aux interventions de

chirurgie orthopédique — tout au moins peut-on espérer prévenir, dans une certaine mesure, l'apparition des gros dégâts articulaires qui font de la polyarthrite une affection des plus redoutées ? Et, même dans les conditions où l'orage ne peut être conjuré, le médecin versé dans l'art de l'aurothérapie associée est-il pourvu de moyens capables de limiter l'étendue du mal dévastateur et d'en empêcher la progression ?

On comprendra que je me sois personnellement posé la question maintes et maintes fois depuis bientôt 10 ans que je m'intéresse d'une manière active à tout ce qui se rapporte de près ou de loin aux affections rhumatismales chroniques ainsi qu'aux moyens préconisés pour les combattre. Il y a quelques années, j'aurais été fort en peine de me prononcer sur ce point que je considère d'intérêt primordial : quel contrôle la thérapeutique par les sels d'or est-elle en mesure d'exercer sur le processus essentiellement déformant de la plupart des arthrites d'origine rhumatismale ? Aujourd'hui, en me basant sur des statistiques personnelles (plus de 300 cas suivis au jour le jour depuis au moins deux ans), je me crois autorisé d'élever la voix pour me faire le défenseur d'une modalité thérapeutique qui, dans des circonstances particulièrement difficiles, sait presque toujours se montrer à la hauteur de la situation.

Prenant de nouveau comme exemple la polyarthrite déformante évolutive, si l'on se reporte à la définition que nous en avons donnée, nous voyons que c'est au cours des poussées congestives, alors que la synoviale devient le siège de phénomènes inflammatoires aigus aboutissant à la production d'exsudats et à la formation de néo-membranes principalement au niveau des cartilages et des gaines tendineuses, que les articulations sont particulièrement exposées aux atteintes dévastatrices de la maladie. Ces quelques remarques s'appliquent également aux rechutes et aux récurrences qui ne sont en somme que des poussées sous un autre nom. C'est encore au

moment de ces regains de virulence que les jointures s'immobilisent d'elles-mêmes en positions de moindre douleur, positions dites antalgiques, positions extrêmement défavorables puisqu'elles pèchent contre les règles les plus élémentaires de la statique habituelle et que le sujet, si les crises se prolongent ou se répètent, devient « fixé » dans des attitudes pour le moins pénibles (par exemple flexion forcée des jambes sur les cuisses et des cuisses sur l'abdomen, rendant la miction et la défécation fort embarrassantes ; immobilisation des bras et des avant-bras repliés sur le thorax, ayant pour effet de nuire aux fonctions respiratoires et de rendre difficile l'expulsion des mucosités bronchiques, d'où fréquence des stases et des congestions pulmonaires). On se rend compte de la détresse morale qui s'empare du médecin lorsqu'il se voit contraint par les circonstances de laisser les événements suivre leur cours « naturel », comme on dit encore dans certains milieux. C'est le grand mérite de l'aurothérapie mixte, même et surtout aux doses minimales, de pouvoir agir efficacement contre les poussées évolutives de la polyarthrite déformante et, sinon de prévenir celles-ci, du moins de les tenir longtemps sous contrôle et de les empêcher, dans une grande mesure, d'accomplir leur œuvre de destruction. Depuis que nous utilisons la théobromine et le salicylate concurremment avec les sels d'or, nous n'avons pratiquement plus rencontré de ces gros dégâts articulaires, aboutissement presque fatal de ces formes de rhumatisme chronique procédant par crises plus ou moins longues et plus ou moins rapprochées.

L'expérience nous a prouvé qu'avec le temps et de la patience il est possible de conjurer le mal, sans pour cela éviter au malade douleurs, malaises, raideurs, etc., douleurs surtout parce que l'or ne semble pas toujours exercer une action analgésique suffisante, bien qu'il soit maintenant possible de suppléer à cette déficience en faisant appel au succinate de calcium combiné à l'aspirine, comme il a été mentionné déjà.

Ainsi, il semble bien que, tant que le malade saura se conformer aux directives de son médecin, il court de grandes chances de ne pas voir son état s'aggraver outre mesure : l'orage passera sûrement, même sans laisser de traces indélébiles. Les poussées arthrosynoviales subissant l'influence de la thérapeutique mixte associée sont habituellement plus congestives qu'exsudatives, plus douloureuses, plus embarrassantes, que graves dans leurs conséquences ; elles sont aussi moins envahissantes, elles se limitent souvent à une ou deux jointures à la fois ; de même ces poussées, quelle qu'en soit la violence, ne font d'habitude qu'effleurer ou lécher les articulations sans atteindre la profondeur ; bien plus, tout se passe dans une grande liberté de mouvements, l'évolution se poursuit sans porter entrave au bon fonctionnement des organes locomoteurs et sans entraîner de limitations sérieuses dans le jeu des articles touchés.

Nous avons en mémoire l'histoire très instructive d'une personne d'un certain âge qui, en dépit de souffrances presque continuelles, souffrances entretenues par des épisodes inflammatoires se succédant de façon à peu près ininterrompue depuis quelques années, a pu néanmoins tenir le coup et continuer son travail dans un bureau d'une maison d'affaires bien connue. Les manifestations douloureuses sont intenses, mais les dégâts articulaires sont demeurés minimes et l'état général se maintient, ce qui n'est pas coutume dans ces formes virulentes d'arthrite rhumatoïde, rapidement disloquantes et cachectisantes par surcroît. Je reste persuadé que, sans le secours du traitement, appliqué avec tant de persévérance dans son cas, cette pauvre fille se compterait au nombre des grandes invalides qui occupent un lit en permanence, soit dans leurs familles ou dans les hôpitaux qui leur sont réservés. Cette malade est loin d'être guérie, elle ne le sera peut-être jamais..., mais entre deux maux il faut souvent se contenter de choisir le moindre... et c'est déjà beau d'être à même de choisir, si l'on tient compte des circonstances.

Guérir ! guérir ! on se figure souvent qu'en dehors de la guérison complète, intégrale, il n'existe pas d'intermédiaire... c'est peut-être le mal de notre époque de vouloir « tout ou rien ». Elle n'est certes pas guérie cette grande impotente de l'hôpital des Incurables, bien qu'elle prétende le contraire ! (Dans la vie tout paraît relatif et les mots prennent une signification particulière sur les lèvres de ceux qui les prononcent...) Elle a d'elle-même inscrit son nom sur la liste des femmes chanceuses, comblées au delà de toutes mesures, seulement parce qu'elle ne souffre plus, mange avec un bon appétit, dort toutes ses nuits, n'est plus sensiblement affectée par les changements de température. Elle demeure une invalide, mais une invalide « guérie » ! Allons donc ! elle se remue seule à présent dans son lit, se « revire » sur le côté à l'heure de la friction et du bain d'éponge, tourne les pages de son roman-feuilleton, ferme, ouvre son radio selon son bon plaisir, elle n'est plus une cause d'ennuis pour les autres : elle est guérie ! Ses talons, autrefois (il y a 2 ans tout au plus) « suspendus dans les airs », peuvent maintenant toucher le drap du lit, elle se tient toujours couchée « en position assise », se voyant dans l'impossibilité d'étendre, ou si peu, les membres inférieurs, mais elle ne se plaint plus depuis qu'elle est en mesure d'écartier les genoux et de trouver sur le matelas un point d'appui pour ses pieds.

Mme A.C... appartient, elle aussi, à cette classe de patients qui donnent un sens tout à fait personnel au mot « guérison ». Le fait, pour cette femme de 50 ans, d'être encore vivante, alors qu'il y a un an on s'attendait de la voir partir d'une minute à l'autre pour un monde meilleur, lui vaut la faveur de se croire guérie pour toujours de son rhumatisme, une forme cachectisante de longue durée. On est en droit, cependant, de s'extasier devant les prodiges accomplis en si peu de temps : elle a pris de l'embonpoint, son teint est meilleur, ses lèvres et ses joues se colorent sous le coup d'une émotion quelconque, elle a maintenant la force de se tenir debout, de redresser le

dos, de relever la tête, de faire le tour de sa chambrette de malade. Elle se croit guérie ! et quand elle me l'affirme sur un ton qui n'admet pas de réplique, je ne peux que m'incliner en signe d'acquiescement.

Mlle Alice N... constitue un autre cas du même genre, bien que diamétralement opposé au précédent. Sa polyarthrite prise au tout début n'a pas évolué vers un stade plus avancé de la maladie. Son état se maintient bon depuis 18 mois : elle se figure que tout est fini, oublié, appelé à disparaître sans laisser de traces. Cliniquement, elle est guérie, mais que nous réserve l'avenir ? Bien audacieux celui qui oserait se prononcer sur ce point.

L'aurothérapie mixte ne constitue pas actuellement la solution rêvée au problème du rhumatisme chronique. Mais, même si cette méthode thérapeutique n'est pas en mesure d'offrir toutes les chances de succès désiré, elle peut néanmoins fournir des résultats tellement bons qu'on ne saurait en priver plus longtemps les sujets atteints de cette redoutable maladie, à moins de contre-indications importantes. On doit même recourir à l'or en premier lieu et lui donner la préséance sur tous les autres modes de traitement actuellement en usage, tout particulièrement dans les polyarthrites déformantes et les spondyloses rhumatismales aux périodes de début.

Je comprends l'hésitation du praticien, hésitation fort légitime d'ailleurs, de recourir d'emblée à l'aurothérapie dans un cas de rhumatisme, alors qu'il est peut-être possible d'obtenir un soulagement ou une amélioration en s'adressant à des modes de traitement moins héroïques que l'or. Mais, avec la méthode des doses presque infinitésimales, l'argument perd de sa valeur, quoique pas en entier. Je voudrais pouvoir affirmer que c'est là une méthode thérapeutique d'innocuité complète, que je ne le pourrais pas. Mais, tout compte fait, si la cure aurique mitigée présente ses inconvénients, ces derniers sont bien légers en regard des risques de toutes sortes qu'encourt

un rhumatisant à laisser son affection suivre une marche progressive et ininterrompue.

On ajoutera, et c'est juste, que l'aurothérapie, quel que soit son mode d'application, ne jouit pas actuellement de la confiance du public médical et du public tout court. On craint l'or et souvent à juste titre. Pour ma part, sans vouloir disculper les sels auriques le moins du monde, j'ai même pris pour principe, aujourd'hui comme hier, de ne jamais donner le bénéfice du doute à la myochrysin ; je me garderai bien, cependant, de tomber dans l'excès contraire et d'imputer à la thérapeutique tout ce qui pourrait survenir de contradictoire au cours d'un traitement d'une durée s'échelonnant sur un nombre imposant d'années : une, trois, cinq, et même plus dans certains cas. Il est de toute évidence que, pendant ce laps de temps, une foule de choses sont à même de se produire sans qu'il en faille incriminer nécessairement les injections médicamenteuses. Le malade peut fort bien décéder comme d'autres du fait de sa seule maladie : les affections rhumatismales présentent souvent un caractère grave et même mortel dans un nombre restreint de cas. Indépendamment du rhumatisme ou de son traitement, il existe toujours l'éventualité d'une mort soudaine ou imprévue : ictus cérébral par exemple, thrombose coronarienne, pancréatique suraiguë, ou même à l'occasion d'une grippe sévère, d'une broncho-pneumonie ou encore d'une gastro-entérite infectieuse saisonnière, affections intercurrentes auxquelles cette catégorie de malades est particulièrement exposée. Un bon nombre de rhumatisants sont par surcroît diabétiques, tuberculeux, anémiques avérés, et en cas d'accidents douteux, du côté de l'état général ou d'un organe en particulier, le médecin traitant avant d'accuser la thérapeutique doit penser à un réveil possible ou à une aggravation de l'une ou l'autre de ces maladies évoluant sur le même terrain que l'arthrite rhumatismale mais indépendamment de cette dernière. Il s'agit en somme dans ces conditions de peser

le pour et le contre, sans parti pris, et de se rappeler que si l'or, même sous le couvert d'une posologie très loin au-dessous de la moyenne, dissimule une force d'une puissance exceptionnelle, ce n'est pas une raison suffisante pour rendre ce médicament responsable de tout ce qui pourrait arriver de fâcheux au cours de son administration.

Jusqu'ici nous nous sommes efforcé de donner un aperçu aussi fidèle que possible des circonstances qui nous ont amené graduellement à substituer des doses de plus en plus faibles aux doses fortes du début de notre expérience avec les sels d'or (l'aurothiomalate de sodium) et des conséquences, plus ou moins heureuses, qui ont découlé de ces modifications successives dans notre manière de considérer la thérapeutique des arthrites ou péri-arthrites d'origine rhumatismale et tout spécialement de la spondylose et de la polyarthrite déformante évolutive. Avec le temps et un nombre toujours grandissant de cas, il nous a été possible d'établir un schéma de traitement que nous croyons être en mesure de satisfaire aux exigences les plus impérieuses des membres de la profession médicale comme des malades et même de tous ceux qu'intéresse cette question brûlante d'actualité : la maladie rhumatismale.

Nous allons maintenant indiquer la ligne de conduite que nous suivons au moment actuel, conduite basée principalement sur l'expérience des 18 derniers mois, expérience qui nous a fourni l'occasion d'élaborer une formule thérapeutique capable, croyons-nous, de donner un maximum d'effets utiles avec un minimum d'inconvénients.



Avant d'entreprendre l'aurothérapie dans un cas donné, nous conseillons de procéder systématiquement à l'examen complet du malade (cœur, poumons, axe cérébro-spinal, reins, etc.) et de recourir à des analyses indispensables de laboratoire (sang, urines, numération

globulaire, sédimentation sanguine, etc.). D'autre part, il convient de s'enquérir, au préalable, pour références futures, si le patient est sujet aux démangeaisons, à l'urticairre, à certains troubles du côté de la bouche, du nez, de la gorge ou des conjonctives, afin de faire la part entre les accidents auriques toujours possibles et les tendances morbides naturelles de l'organisme.

Ce premier geste sera suivi d'un autre d'importance presque égale : l'examen du système de locomotion. Le diagnostic est déjà posé. C'est entendu : il s'agit bien de rhumatisme chronique, plus ou moins déformant. Mais il importe de savoir dès maintenant ce que le sujet vaut au point de vue « articulations », afin d'être en mesure, plus tard, au cours du traitement, de juger des effets obtenus. Une photographie, prise au début de la cure, offre souvent la preuve frappante d'une amélioration qu'il serait impossible de contrôler autrement. Il vaut la peine, par exemple, de faire le tour d'un genou, d'une cheville, d'un ou plusieurs doigts, rien que pour être en mesure de comparer les chiffres après quelques semaines de traitement. Nous avons même, dans quelques cas particuliers, eu recours à des prises cinématographiques de court métrage, répétées à intervalles réguliers, pour mieux saisir et dans ses moindres détails toute modification apportée par la thérapeutique soit dans l'apparence générale, soit dans l'accomplissement de gestes ou de mouvements familiers. C'est encore un excellent moyen de remonter le moral des patients en leur fournissant la preuve vivante des progrès accomplis. Et Dieu sait comme ces malades ont besoin d'être soutenus et encouragés !

Toujours en supposant que le candidat remplisse les conditions requises (arthrite mono ou polyarticulaire d'origine rhumatismale, état général et bilan organique satisfaisants), le traitement mixte or-théobromine salicylate est institué sans retard, selon la technique que nous employons actuellement dans tous nos cas et sans lui faire subir de modifications posologiques, quels que soient

les résultats obtenus, particulièrement dans les premières semaines de la cure.

Comme il a été dit auparavant, nous utilisons une seringue longue et étroite à tuberculine pour l'administration de l'or, non seulement pour des raisons de commodité mais surtout pour des raisons d'exactitude dans la quantité de liquide devant être injectée. En effet, il arrive le plus souvent que l'ampoule renferme un excédent de liquide qu'il faut rejeter absolument. La précision la plus stricte est de rigueur avec un agent médicamenteux aussi puissant que l'or. Si  $\frac{1}{2}$  c.c. représente  $\frac{1}{16}$  de millig. de substance active, il ne faut utiliser que le  $\frac{1}{2}$  c.c. réglementaire, sans une ligne de plus, sous peine de s'exposer aux inconvénients des doses un peu plus fortes que celles recommandées dans le présent article.

Une aiguille de bonne qualité ni trop longue ni trop grosse, celle de 25 x 1" par exemple, donnera pleine satisfaction. Le liquide doit être poussé lentement — l'injection n'étant pas toujours indolore — le malade de préférence en position déclive, dans les muscles de la fesse, aux endroits d'élection.

L'ampoule contenant  $\frac{1}{16}$  de millig. (0.001/16) d'aurothiomalate de sodium en solution aqueuse, ou de tout autre sel d'or soluble dans l'eau ou dans l'huile, de valeur et d'action égale à la myochrysin, est celle qui remplit les conditions désirées : elle possède une activité amplement suffisante pour tout organisme adulte relativement sain. Il arrive même très souvent que l'on soit forcé de recourir à une dose hebdomadaire encore plus petite, celle de  $\frac{1}{32}$  de millig. (0.001/32). Dans ces circonstances, il suffira de donner la moitié de l'ampoule « standard » pour obtenir l'effet voulu.

Cette dose de 0.001/32e, nous l'avons réservée jusqu'à ces tout derniers mois pour les enfants, les patients âgés ou affaiblis à résistance organique au-dessous de la moyenne, ou encore pour les cas sujets aux crises d'asthme, aux poussées d'eczéma, d'urticaire,

ou, enfin, pour les malades ayant présenté antérieurement des manifestations sérieuses d'intoxication aurique. Mais nous sommes maintenant à nous demander si cette dernière dose ne serait pas la dose de choix, la dose la plus recommandable pour usage courant, en particulier dans la pratique médicale de chaque jour en milieu ordinaire non spécialisé. Quoi qu'il en soit, cette demi-dose, outre de donner pleine satisfaction dans les cas indiqués ci-dessus, semble convenir tout particulièrement aux individus qui pour une raison quelconque ne présentent pas une tolérance parfaite pour la dose-mère de 0.001/16e ( $\frac{1}{16}$  de millig.). De toute manière, le dosage fixe à 0.001/32e hebdomadaire convient particulièrement aux praticiens qui n'ont pas encore acquis une expérience suffisante dans la pratique — toujours délicate — de l'aurothérapeutique, et cela tout en leur permettant d'obtenir des résultats très satisfaisants, sans pratiquement s'attirer d'ennuis, ces derniers étant presque toujours évitables, à condition de prendre les précautions voulues.

Dans tous nos cas, nous débutons donc soit par l'injection d'une ampoule de 0.001/16e ou de la moitié de celle-ci, 0.001/32e, selon les conditions dans lesquelles nous sommes placés.

Dès cette première entrevue avec le malade, nous insistons sur la nécessité pour lui de prendre régulièrement les capsules de théobromine-salicylate, et cela tant que dure le traitement par les injections d'or. Pour mémoire, nous rappelons que chaque capsule contient à parties égales 35 centigrammes (5 grains) de théobromine et de salicylate de soude. Il existe aussi dans le commerce des capsules demi-dose pour enfants, plus petites, et qui conviennent aux adultes présentant des troubles de la déglutition. Les capsules régulières se prennent en raison de 3 par jour, une avant chaque repas, durant une période de 4 semaines consécutives, après quoi on en interrompt l'usage pendant 1 semaine, pour y revenir ensuite de la même façon, soit au rythme de 4 semaines sur 5, aussi longtemps

que nécessité s'impose. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la théobromine et le salicylate de soude sont généralement bien acceptés de cette catégorie de malades, et cela tant que le besoin se fait sentir. Il peut être indiqué parfois de réduire à 2 le nombre de capsules par jour, chez des malades particulièrement délicats, ou de faire accompagner leur prise d'une petite quantité d'une eau alcaline type « Vichy » ou « Lithinés ». Certains sujets préfèrent prendre le remède soit après, soit entre les repas : nous n'y voyons guère d'inconvénient.

Ordinairement, le malade profite de l'occasion pour s'enquérir sur le régime à suivre dans son cas. Il n'existe pas, que je sache, de diète spéciale à la maladie rhumatismale chronique, surtout dans sa forme polyarticulaire déformante. Sauf exception (goutte par exemple), j'essaie de m'en tenir au régime alimentaire le mieux approprié au besoin en calories du malade, tout en donnant la préférence aux aliments riches en sels minéraux, en vitamines B-D-A, et même en acides aminés dont la valeur nutritive est maintenant bien établie. Un autre point qu'il ne faut pas perdre de vue : le sucre en excès ne semble pas convenir aux sujets sous traitement par les sels d'or. D'après Dandurand et ses élèves (Montréal), un régime visant à corriger la flore intestinale aurait son utilité dans certaines formes d'arthrite où le colibacille paraît jouer un rôle prépondérant.

Un mot seulement pour souligner l'importance du repos général au cours du traitement par l'or. Nous y reviendrons d'ailleurs : c'est un élément primordial de bonne réussite à tous les stades de la maladie.

Quant à ce qui touche les articulations en particulier, l'aurothérapie mixte, même renforcée par l'adjonction de médications nouvelles des plus utiles, la cure médicale, dis-je, ne dispense pas d'avoir recours aux mesures complémentaires d'ordre local : chaleur sèche (coussin électrique), chaleur humide (enveloppements au sel d'Epsom, à la cire de

paraffine, etc.), frictions huileuses ou autres (iodex, histamine, etc.), thérapie physique ou occupationnelle, manœuvres orthopédiques, etc., mais je crois devoir ajouter que depuis quelques mois, grâce à l'emploi de médicaments dont j'ai parlé déjà, ces mesures, toujours précieuses, sont devenues pour nous moins de « salut public » qu'aux premiers temps de notre pratique en pathologie rhumatismale.

La consultation terminée, le patient sera revu une semaine plus tard. On lui fera alors subir, ainsi qu'à chaque visite subséquente, un interrogatoire serré portant sur la peau, les muqueuses, le système digestif et, si rien d'anormal ne s'est produit, on répétera l'injection aux doses précédentes : 1/32e ou 1/16e de milligramme. Si, au contraire, le malade accuse des troubles même frustes de nature équivoque — sécheresse de la bouche ou des conjonctives, prurit à peine soupçonné, éruption quelconque, vertige, fatigue inaccoutumée — sans hésitation, il faut remplacer l'or soit par du foie de veau ou du B complexe, à la dose de 2 c.c. en injection intramusculaire. Toujours dans le but de rendre la cure aussi agréable que possible, nous avons jugé bon de substituer au calcium le foie de veau ou la vitamine B, les injections de sel calcique laissant à leur suite des indurations douloureuses qui dans certains cas ne disparaissent que très lentement et sont une source d'ennuis dont ces malades pourraient se passer facilement.

La fois suivante, comme il arrive d'habitude lorsqu'on omet l'or pour une semaine, rarement plus, le médecin peut revenir au médicament principal (la myochrysin ou autre spécialité analogue) si le sujet n'accuse aucun trouble d'origine suspecte. Mais, si la dose « offensante » était par hasard celle de 0.001/16e, il est recommandable de donner un peu moins, 0.001/32e, et de s'en tenir à cette dose d'un trente-deuxième de millig. pour toute la durée du traitement. Il est de même indiqué de recourir aux bons offices de cette

dernière dose ou même — encore mieux — de s'abstenir d'or complètement lorsque le malade présente des signes évidents d'infection grippale, naso-pharyngée, ou du côté de l'intestin (gastro-entérite aiguë). Un fait qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est qu'on est plutôt enclin à donner de l'or qu'à s'en abstenir. C'est une erreur : il existe une quantité de substance active nécessaire aux besoins du malade, indispensable même, mais en thérapeutique associée mixte, je le répète, cette quantité est incroyablement faible.

Que le praticien se garde d'oublier ce principe d'importance capitale : l'obtention des résultats est intimement liée à l'absence complète de réactions, soit d'allergie, d'intolérance ou de toxicité.

L'emploi d'une telle posologie ne dispense pas davantage de pratiquer, au moins toutes les 3 semaines, l'analyse du sang (numération globulaire complète, sédimentation, glycémie, etc.) et des urines. Il serait aussi désirable de faire en même temps — ou plus souvent s'il y a lieu — un examen sommaire du système nerveux (réflexes, etc.), du cœur et des vaisseaux (tension artérielle, etc.), de l'arrière-gorge et des poumons. Au moindre doute (présence d'albumine, changements leucocytaires, sensibilité ou rougeur pharyngienne, etc.), substituer du foie de veau ou de la vitamine B au sel d'or pour une semaine ou deux, en attendant que la situation s'affermisse ou se clarifie.

Maintenant on est en droit de se demander : quelle sera la durée approximative du traitement ? Inutile de dire qu'il est pratiquement impossible, dans l'état actuel des choses, de répondre d'une façon satisfaisante à cette épineuse question : chaque cas présentant un problème qui lui est particulier. En général, on peut supposer que la cure doit être poursuivie longtemps, des mois, des années même (l'or n'épuisant pas son action), jusqu'à complète disparition de tout signe d'activité clinique ou biologique (sédimentation globulaire). En outre, lorsque tout semble bien « achevé », il convient de ne pas perdre de vue la

nature essentiellement récidivante de la maladie et de prolonger le traitement tout le temps nécessaire, même s'il ne survient aucune reprise du rhumatisme. On doit se rappeler aussi que, dans les cas anciens comme dans les nouveaux, la chimiothérapie mixte reste une source presque inépuisable de bons effets. Bien qu'on se trouve dans l'impossibilité d'ériger en lois thérapeutiques des notions qui sont à peine dégagées, il est toutefois permis de formuler un certain nombre de règles pouvant servir de guide — à toutes fins pratiques — dans la majorité des cas.

C'est l'habitude chez certains auteurs — les Français en particulier — de diviser le traitement du rhumatisme chronique en 3 périodes : traitement d'attaque, de consolidation, de soutien ou de protection. Nous avons conservé cette manière de voir dans l'application de la méthode qui nous est personnelle, parce que c'est une manière commode et que, de plus, elle correspond aux faits tels qu'on les rencontre dans la pratique de chaque jour.

Pour nous, le traitement « d'attaque » — toutes doses de myochrysin restant absolument fixes et invariables à 1/32e ou 1/16e de millig. — est en moyenne de 20 à 25 injections selon le comportement du malade ou sa tolérance générale vis-à-vis l'or. Ensuite nous passons immédiatement — sauf de très rares exceptions — à la 2e période, celle dite de consolidation. Ici, les injections demeurent identiques quant aux doses, mais ne sont répétées que tous les 15 jours, soit deux fois par mois. Cette période comprend ordinairement une dizaine de piqûres de sel d'or ou de son remplaçant : extrait hépatique ou B complexe, au besoin.

Enfin, la troisième, qui est souvent la plus longue et la non moins importante, puisque c'est elle qui permet d'obtenir une continuité d'action absolument essentielle au maintien des résultats obtenus. C'est durant cette période, qui peut s'étendre sur un bon nombre d'années (3 à 5 ou plus ?), qu'une très faible dose, 1/32e de millig., jamais davantage, est

administrée toutes les 3 ou 4 semaines avec intercalation de foie ou de vitamines dès que se présente une circonstance dont la nature reste inexpliquée.

Nous sommes donc, peut-être par la force des choses, partisan des doses minimales — de celles qui semblent ne pas séjourner longtemps dans l'organisme — doses administrées à des intervalles de plus en plus longs à mesure que progresse le traitement, mais où l'apport de substance active se fait de façon régulière et presque continue. C'est encore pour moi l'un des meilleurs moyens de se prémunir contre les sursauts de virulence d'une affection qui ne cesse pour ainsi dire jamais d'être évolutive.

Pour ce qui est des capsules de théobromine-salicylate, nous en prolongeons l'usage aussi longtemps que le malade demeure fidèle à la cure aurique. Mais, à mesure que le temps s'écoule, on en porte le nombre à 2 par jour, 4 semaines sur 5, pendant la période de consolidation, et à une (parfois deux) par jour pour le même laps de temps, dès que s'installe et tant que dure la période dite de protection.

Voilà, exposée dans ses grandes lignes, la thérapeutique purement médicale qui, croyons-nous, peut servir de base dans l'édification ou l'organisation d'un plan de campagne destiné à combattre jusque dans ses derniers retranchements la maladie rhumatismale chronique.

Mais il serait présomptueux de croire en la possibilité d'obtenir de bons résultats dans le traitement de tous les cas d'arthrite rhumatismale chronique en comptant simplement sur les effets de l'aurothérapie mixte, même si on lui adjoint des agents physiques parmi les plus réputés.

Dans un certain nombre de circonstances, il est indispensable, soit pour gagner du temps, soit pour agir avec plus de vigueur, de recourir à des moyens médicaux complémentaires si l'on veut atteindre le but proposé.

Pendant trop longtemps nous avons cru qu'il suffisait d'augmenter les doses d'or pour obtenir le summum d'effets heureux, particulièrement dans les cas difficiles où la maladie semble être dans un perpétuel état d'ébullition. Mais, aujourd'hui, nous en sommes revenu de ces idées par trop simplistes et parfaitement erronées : l'expérience acquise au long de ces 9 années d'expérimentation clinique nous ayant démontré que le fait de donner des doses croissantes et fortes de myochrysine ne contribue nullement à faciliter les processus de guérison, pas plus qu'à diminuer l'incidence des poussées aggravantes ou prévenir l'apparition des rechutes ou des récidives.

Même avec l'administration de doses maxima de sel d'or, les cas d'intensité dépassant la moyenne demeurent aussi récalcitrants à la thérapeutique que si on leur opposait des doses beaucoup moins élevées. Je dois l'admettre, il y a quelques mois à peine, le médecin, doublé d'un rhumatologue, se trouvait passablement désarmé en face de ces cas — constituant peut-être 10% de sa clientèle rhumatologique ordinaire — contre lesquels l'aurothérapie même mixte paraissait impuissante à lutter de façon adéquate.

Heureusement pour nous, malade et médecin traitant, des acquisitions nouvelles en thérapeutique antirhumatismale sont venues s'ajouter aux médicaments actifs que nous possédions déjà.

C'est ainsi que je ne saurais trop recommander l'usage de cette association acétylsalicylique et succinate de calcium en comprimés, lorsque les douleurs se font vives, lors des poussées congestives par exemple. Le malade, je pense, devrait en avoir constamment à sa portée. L'introduction dans le commerce de cet analgésique — qui se prescrit aux doses de 6 à 8 tablettes par 24 heures — comble une lacune qui, fort heureusement, est devenue chose du passé. Leur emploi ne contre-indique nullement la prise des capsules de théobromine-salicylate avant les

repas, les comprimés d'acétyl-succinate étant très bien acceptés à raison de 2 après les 3 repas, et même au coucher si la douleur nocturne le demande.

A la liste des adjuvants utiles, est venu s'ajouter tout dernièrement le nom de l'acide folique dont l'influence heureuse sur l'état général des rhumatisants est des plus évidentes, spécialement dans les cas difficiles alors que les déficiences portant sur la formule globulaire peuvent être très marquées. Ce médicament, d'administration commode, se prend par la bouche aux doses de 5 à 15 millig. *pro die*.

Avant de clore ce chapitre sur les médications complémentaires devant occuper une place de choix dans le traitement du rhumatisme chronique, je m'en voudrais de ne pas faire une mention spéciale de ce remède « merveilleux » qu'est le cacodylate de soude. Nous fûmes amené d'une façon toute fortuite à l'utiliser dans le traitement des maladies d'origine arthritique. Depuis longtemps, nous mettions à profit ses propriétés toniques, reconstituantes et peut-être anti-infectieuses, mais en pratique extra-rhumatismale seulement. Avec l'emploi des sels d'or, il nous avait toujours paru inconcevable d'avoir recours aux bons offices de cet excellent dérivé arsenical, dans la crainte de multiplier les dangers d'accidents toxiques, du côté de la peau principalement.

Mais, en ces derniers temps, avec l'adoption définitive de l'ampoule dosée au 1/16e de millig. comme posologie standard, nous avons cru devoir prescrire, concurremment avec la myochrysin et la théobromine-salicylate, des injections de cacodylate de soude dans des cas irréductibles, désespérés, chez des malades jeunes sans déficiences du côté du foie ou des reins. Les résultats se sont montrés tellement beaux que nous avons résolu d'étendre le champ de l'expérience et de généraliser l'emploi du cacodylate à tous les cas de rhumatisme offrant une certaine résistance à la méthode classique. Nous avons

toutes raisons de supposer qu'après l'or et la théobromine, les injections de cacodylate de soude doivent occuper la première place parmi les agents chimiques capables de rendre service aux rhumatisants chroniques à toutes périodes de la maladie.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, c'est surtout dans les formes graves s'accompagnant de déchéance physique, de fonte musculaire, d'amaigrissement profond qu'il tire sa principale indication. Mais aussi, action des plus bienfaisantes chez les simples affaiblis, les déprimés, chez les sujets enclins à la tristesse, au découragement, chez les convalescents d'une infection intercurrente (grippe, gastro-entérite aiguë, etc.), enfin, action souvent décisive dans maintes circonstances où l'on sent que la médication aurique a systématiquement besoin d'être renforcée : résultats traînants, incomplets, insuffisants.

Je suis certain que de nombreux rhumatisants doivent aux qualités inappréciables de ce précieux médicament d'avoir pu sortir vainqueurs d'une grande épreuve, alors que d'autres, moins heureux, sont restés perdus dans la foule anonyme des grabataires et des impotents.

Pour obtenir un maximum d'effet utile, il est impérieux d'employer la médication arsenicale à des doses plutôt élevées. Une bonne formule est celle qui renferme 25 à 30 centigrammes de cacodylate de soude combinés à 1 millig. de sulfate de strychnine par ampoule de 5 c.c. Nous avons coutume, dans la période dite d'attaque, de donner 3 séries de 12 ampoules de cacodylate composé, chaque série de 12 injections étant séparée par une période de repos. Ainsi, une injection sous-cutanée quotidienne pour les 6 premières doses, ensuite une tous les 2 jours pour les 6 autres. Chez les sujets âgés, il est parfois préférable de s'en tenir au rythme d'une piqûre tous les 2 jours pour une première série. Après quinze jours de repos, nous reprenons le traitement, mais, cette fois, sans dépasser 3 injections par semaine pour 12 ampoules en tout. Nous

refaisons une troisième cure si la chose devient nécessaire, à raison de 2 piqûres par semaine, toujours pour un nombre global de 12 injections. Si plus tard il est encore indiqué de recourir aux bons offices du cacodylate, nous établissons une sorte de traitement d'entretien à dose unique de 5 c.c., une fois la semaine, pour une durée de 2 à 3 mois. Soit dit en passant, l'injection hebdomadaire de myochrysin peut être pratiquée le même jour que celle de la médication arsenicale, pour toutes fins utiles.

En dépit de la mise en œuvre de ces différents moyens d'action, il arrive que les résultats ne soient pas toujours conformes au but proposé. Dans ces circonstances, avant de changer quoi que ce soit dans la conduite du traitement, il importe au plus haut point de s'assurer que le sujet prend tout le repos désiré. Un grand nombre de malades, à leur insu, se fatiguent et se surmènent en essayant de brûler les étapes sur la voie du retour à un état plus normal. Ils s'exercent sans répit à des mouvements qui exigent un effort physique ou mental trop pénible ou trop soutenu. Ensuite ils seront étonnés de ressentir des douleurs, inconnues jusque là, dans les membres et de se sentir plus mal dans toute leur personne malgré un traitement bien suivi. D'autre part, les rhumatisants ne devraient pas oublier que c'est le propre de la thérapeutique de produire des perturbations pourtant bienfaisantes ayant les jointures pour siège, et que ces changements pour le mieux peuvent s'accompagner d'exacerbations douloureuses qui elles aussi sont influencées favorablement par la mise en repos des articulations intéressées.

C'est dans ces conditions qu'un séjour dans un hôpital ou dans une clinique spécialisée peut rendre d'immenses services en permettant au malade de recevoir les soins que requiert son état, soins visant surtout à lui assurer un maximum de bien-être tant général que particulier.

De prime abord, cette question du trai-

tement médical du rhumatisme chronique peut paraître difficile, compliquée même ; cependant, il est possible d'en résumer les grandes lignes en quelques traits qui serviront, en même temps, de directives au médecin désireux de faire l'application de la méthode dans sa clientèle particulière.

Ainsi :

*Traitement d'attaque.*

20 à 25 injections hebdomadaires de sel d'or à 1/32<sup>e</sup> de millig.

3 capsules de théobromine-salicylate par jour, 4 semaines sur 5.

Vitamine B ou foie de veau comme agent de substitution.

*Traitement de consolidation.*

10 à 15 injections de 1/32<sup>e</sup> de millig. d'or, tous les 15 jours seulement.

2 capsules de théobromine par jour — 4 semaines sur 5.

Vitamine B ou foie de veau, au besoin.

*Traitement d'entretien.*

1/32 de millig. d'or toutes les 3 ou 4 semaines pour plusieurs mois...

1 capsule de théobromine par jour.

Vitamine ou foie de veau si nécessaire.

*A toutes périodes comme agents de soutien :*

Repos sous toutes ses modalités.

Cacodylate de soude.

Acétyl-salicylique et succinate de calcium.

Acide folique.

Sels iodés sous forme de gouttes, de granules effervescents, de comprimés ou de solution injectable.

Physiothérapie — Balnéothérapie — Psychothérapie — Orthopédie médicale.

Thérapeutique occupationnelle, etc.

Hospitalisation.

\*  
\* \*

Au cours de ce long exposé, nous avons essayé de résumer notre expérience de 8 ans de pratique de l'aurothérapie, expérience fondée sur l'observation de plusieurs centaines de cas, rencontrés tant dans notre clientèle de ville que dans notre pratique hospitalière, à l'hôpital St-Vincent et à l'Hôpital Général d'Ottawa. Après avoir indiqué fidèlement les accidents apparus aux diverses étapes de notre expérimentation thérapeutique, nous en sommes arrivé finalement aux raisons qui

ont amené à la technique que nous avons adoptée comme étant celle de notre choix. Quant aux résultats obtenus, nous les avons rapportés tels qu'ils se sont présentés à nous : bons ou parfois moins bons, mais en définitive plutôt excellents que médiocres.

Maintenant que nous avons indiqué comment à notre sens on doit manier les sels chroniques, il nous appartient d'en recommander l'usage, toutefois selon des règles peu nombreuses mais essentielles à son succès.

## RECUEIL DE FAITS

### UNE BALAFRÉE DE LA CHIRURGIE

**Bernard BAILLARGEON,**  
Médecin de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

#### Observation.

##### HISTOIRE DE LA MALADIE.

La patiente, âgée de 40 ans, se présente pour troubles digestifs qui ont débuté vers l'âge de 9 ans (1917). Elle se plaignait alors de digestion lente, d'anorexie, de nausées et de vomissements. Certains jours, au cours du repas, son appétit coupait court, elle commençait à trembler, se retirait dans sa chambre pour pleurer. Son médecin l'a traitée pour nervosité. Ces symptômes, comme vous le verrez, persistent jusqu'à aujourd'hui à des degrés variables.

*Première hospitalisation, du 1er août au 15 août 1932 (la patiente a 24 ans).*

*Diagnostic:* kyste de la glande de Bartholin.

*Opération:* exérèse de la glande.

\* \* \*

*Deuxième hospitalisation, du 27 avril au 9 mai 1933 (25 ans).*

Hospitalisée d'urgence pour douleur violente à l'hypocondre droit, avec nausées et vomissements, qui nécessite des narcotiques. La douleur disparaît après 15 heures, et les symptômes digestifs vagues énumérés plus haut persistent.

*Diagnostic:* crise bilieuse.

*Lésion concomitante:* cholémie (familiale).

\* \* \*

*Troisième hospitalisation, du 26 novembre au 22 décembre 1936 (28 ans).*

Douleur vague à l'hypocondre droit, aérogastrie, pesanteur à l'estomac, nausées, vomissements, palpitations, insomnie.

*Diagnostic:* cholécystite calculeuse et ptose de l'estomac.

*Opération:* 1) cholécystectomie; 2) gastro-suspension de Lambert.

*Protocole opératoire:* vésicule sans adhérence, mince, contenant mucine et douze calculs à facettes. L'estomac est atone et ptosé à quatre travers de doigts sous les crêtes iliaques.

\* \* \*

*Quatrième hospitalisation, du 29 avril au 21 mai 1939 (31 ans).*

Après la cholécystectomie, la patiente a continué d'avoir des malaises à l'estomac. Sensation de blocage, de boule après repas, aérogastrie, palpitations, insomnie. On lui dit que son estomac est redescendu. L'examen physique révèle du clapotement et du borborisme.

*R. X. tube digestif:* aucune lésion organique gastro-intestinale.

*Diagnostic:* viscéroptose.

\* \* \*

*Cinquième hospitalisation, du 6 avril au 20 avril 1940 (32 ans).*

Les mêmes symptômes ont persisté. Sensation de gonflement dans la région du foie après les repas, sensation de tiraillements. Sensation de quelque chose qui remonte dans la gorge et la porte à avaler.

*R. X. tube digestif:* aucune lésion organique radiologiquement décelable.

*Diagnostic:* stase duodénale.

\* \* \*

*Sixième hospitalisation, du 19 juillet au 11 septembre 1940 (32 ans).*

Admise pour grossesse ectopique rupturée.

*Opération:* 1) ablation de la trompe et de l'ovaire gauches; 2) appendicectomie.

Les symptômes digestifs et généraux persistent.

\* \* \*

*Septième hospitalisation, du 22 mai au 8 juin 1942 (34 ans).*

Réadmise pour mêmes symptômes digestifs et généraux.

*R. X. estomac et duodénum:* bonne transparence pulmonaire bilatérale. L'estomac «suspendu» est bien remonté. Chambardement anatomique sans lésion organique de la région prépylorique. Image pseudo-diverticulaire du versant de la petite courbure de la région sus-vatérienne de D2. Tout D2 est étroit et irrégulier. Bonne évacuation.

*Diagnostic:* périduodénite (2ème segment) postopératoire.

\* \* \*

*Huitième hospitalisation, du 8 décembre au 16 décembre 1944 (36 ans).*

Mêmes symptômes digestifs et généraux, en plus sensation de pesanteur dans le bas du ventre depuis l'opération pour grossesse ectopique rupturée.

*R. X. tube digestif:* les signes radiologiques semblent en faveur d'une périduodénite cicatricielle chez une gastro-suspendue avec appendicite chronique.

*Diagnostic:* ptose gastrique. Ptose rénale droite.

\* \* \*

*Neuvième hospitalisation, du 13 mars au 5 avril 1945 (37 ans).*

Mêmes symptômes digestifs et généraux.

*Diagnostic:* ptose gastrique.

*Opération:* gastro-entérostomie. Libération d'adhérences.

\* \* \*

*Dixième hospitalisation, du 5 août au 1er septembre 1945 (37 ans).*

Mêmes symptômes digestifs et généraux, mais en plus, depuis sa gastro-entérostomie, la patiente vomit au moins une fois par jour du mois de mars au mois d'août. Elle va consulter son médecin qui lui dit que ses organes sont en cause. La douleur dans le bas du ventre dont elle se plaint depuis l'opé-

ration pour grossesse ectopique rupturée persiste et la malade présente de la dysménorrhée.

*Diagnostic:* métrosalpingite.

*Opération:* hystérectomie sub-totale. Salpingo-ovariectomie droite.

*Anatomie pathologique:*

*Utérus:* muqueuse à la phase sécrétoire. Muqueuse anormalement proliférée. Métro-pathie fonctionnelle.

*Ovaire:* nombreux petits kystes folliculaires.

*Trompe:* pas de lésion particulière.

\* \* \*

*Onzième hospitalisation, du 24 octobre au 28 novembre 1946 (38 ans).*

Mêmes symptômes digestifs et généraux, mais en plus sensation de pesanteur dans le flanc droit.

*Pyélographie ascendante:* ptose rénale bilatérale plus ascendante à droite.

*Diagnostic:* ptose rénale droite.

*Opération:* néphropexie droite.

\* \* \*

*Douzième hospitalisation, du 3 avril au 12 juin 1948 (40 ans)*

Patiente admise pour cellulite cervicale gauche, mais se plaignant toujours des mêmes symptômes digestifs et généraux: faiblesse, douleur intermittente à l'hypocondre droit, sensation de boule qui voyage dans l'abdomen, nausées et vomissements fréquents, insomnie, nervosisme, pleure facilement.

*Examen objectif:* négatif, sauf cicatrices opératoires.

*Repas baryté et R. X. du grêle:* radiologiquement normaux.

*Globules rouges:* 3,850,000. Hb. 84% — Différence normale.

*Diagnostic:* psychonévrose — état anxieux chronique.

#### HISTOIRE PERSONNELLE.

La patiente est la 5ème enfant d'une famille de 8, dont 5 filles et 3 garçons. Son père était contremaître sur un chantier de construction.

1) *Période préscolaire:* de la naissance à 6 ans et demi (1908-1914).

Ambiance familiale très mauvaise; son père est ivrogne; il arrive très souvent à la maison en état d'ivresse. Il y amène parfois des femmes de mauvaise vie, ils s'enivrent ensemble et les enfants sont témoins des spectacles les plus dégoûtants. La police est quelquefois alertée pour rétablir l'ordre. La mère de la patiente est obligée, dans ces temps-là, de coucher par terre avec les autres enfants, pour faire place à l'étrangère. Les enfants sont battus pour des insignifiances.

2) *Période scolaire: de 6 et demi à 13 ans (1914-1921).*

Ses parents se séparent. L'enfant est placée à l'orphelinat; elle s'ennuie, mais se mêle assez bien aux autres. Vers 9 ans, la situation financière est améliorée, la fillette revient à la maison. Pour une raison qu'il est difficile de mettre en évidence, elle est très nerveuse. On la conduit chez le médecin, pour la première fois. Celui-ci la traite pour les symptômes énumérés au début de cette histoire. Elle continue d'aller à l'école et réussit assez bien dans ses classes. A 11 ans, nouvelles difficultés financières qui l'obligent à retourner à l'orphelinat qu'elle quittera définitivement à 13 ans.

3) *Période postscolaire: de 13 ans au mariage (24 ans) (1921-1932).*

La patiente va travailler, comme servante, pour un couple sans enfant qui demeurerait sur une ferme. Elle s'aperçoit que le mari est très prévenant à son égard, surtout lorsqu'ils sont seuls. Un bon jour, la femme tombe malade et est transportée à l'hôpital. Son patron, qui s'était pris de longue main, séduisit l'enfant qui vint, après un certain temps, à ressentir de grandes satisfactions physiques. Sa maîtresse, à son retour de l'hôpital, a vent de l'affaire et commence à la maltraiter. Elle la frappe à propos de tout et de rien. Ceci se produit très souvent aux repas. L'enfant devient très nerveuse et vomit souvent. Finalement, la patiente s'enfuit et retourne chez sa mère. A 16 ans, elle commence à travailler dans une manufacture et là rencontre un type

qui lui plaît. Elle devient sa maîtresse et, un an plus tard, elle est enceinte. Sa mère s'aperçoit de son état et la chasse de la maison. Elle en parle à son conjoint, qui l'assure de l'aider financièrement, mais lui avoue ne pouvoir faire plus, car il est marié. Après l'accouchement, elle veut garder l'enfant, le père de celui-ci s'y oppose; des discussions s'ensuivent et la patiente commence à détester le responsable, puis à le haïr. Finalement, le bébé est placé dans une crèche et meurt deux mois plus tard. On réaccepte la malheureuse sous le toit familial. Elle est alors âgée de 18 ans. Elle trouve un emploi dans une autre manufacture. Durant cette période, elle a de la difficulté à dormir, elle souffre beaucoup de son estomac, est déprimée, croit son avenir brisé; elle est souvent incapable de faire sa journée d'ouvrage. A la maison, ses frères ne cessent de l'insulter et de lui lancer à la figure son erreur passée. Quelques années plus tard, elle rencontre un jeune homme avec qui elle sympathise beaucoup, ils se fréquentent et elle devient très amoureuse de lui — c'est son idéal. Un jour, elle apprend qu'il fréquente d'autres jeunes filles, ce qui la blesse beaucoup. Sur les entrefaites, elle rencontre un autre monsieur qui s'amourache d'elle et la demande en mariage. Elle ne l'aime pas, mais, pour se venger des infidélités du premier, elle accepte; elle est alors âgée de 24 ans.

4) *De 24 ans à aujourd'hui (1932-1948).*

Les premiers cinq mois du mariage sont supportables, mais elle est toujours languissante et pas satisfaite, elle craint s'être trompée. Elle commence à comparer les manières, le langage, etc., de son mari avec ceux de son « idéal d'homme » qu'elle a délaissé. Les relations sexuelles deviennent une corvée, la satisfaction physique qu'elle avait tellement appréciée avec l'amant précédent ne se produit que rarement. Ils ne sont jamais de la même opinion et la conversation dégénère d'habitude en discussion. Les choses vont de mal en pis et, après un certain temps, ça

l'irrite autant de l'entendre rire que de l'entendre chicaner, en un mot « il lui tape sur les nerfs ».

L'estomac va de plus en plus mal. Si elle se lève les bras, comme pour étendre du linge sur une corde: douleur épigastrique, nausées, vomissements. La patiente peut faire de moins en moins d'ouvrage à mesure que les symptômes s'aggravent. A 25 ans, 2<sup>ème</sup> hospitalisation (1933), la radiographie de la vésicule biliaire aurait été négative. A 26 ans, devient enceinte, supporte mal sa grossesse, elle est incapable de manger, elle a des douleurs à l'estomac, des nausées, des vomissements qui ne vont pas, d'un autre côté, au stade incoercible. Accouchement normal. Le père n'aime pas les enfants. Si le bébé pleure la nuit, il sacre et tempête: la mère se lève, passe des nuits debout et continue à faire son ouvrage le jour. Les relations conjugales ne s'améliorent pas, les symptômes non plus. En 1936, à l'âge de 28 ans, 3<sup>ème</sup> hospitalisation qui résulte en une cholécystectomie pour cholécystite calculeuse et gastro-suspension de Lambert. La malade n'est pas améliorée par l'opération: elle a les mêmes malaises, digère mal, ne dort pas, n'a pas d'appétit, elle se décourage de constater qu'elle a été opérée et qu'elle n'est pas mieux.

Durant les années qui suivent, elle change de tactique vis-à-vis son mari. A moins qu'elle ne puisse se contrôler, elle ne discute plus avec lui, mais supporte tout ce qu'il dit, et lorsqu'il est parti, elle pleure. Le mari devient de plus en plus grincheux et prend plaisir à l'insulter et la traite de tout ce qu'il y a de plus bas; il la menace, mais ne la frappe pas; elle est, dans certaines circonstances, obligée de le menacer de la police.

En 1939-1940, elle est réadmise sous observation pour son estomac. En juillet 1940, à l'âge de 32 ans, admise d'urgence pour grossesse ectopique rupturée. L'appendice est enlevé en même temps. Puis les hospitalisations se répètent en 1942, en 1944. En 1945, la gastro-entérostomie est pratiquée sans résultat. Au cours de la même année, hys-

térectomie sub-totale, salpingo-ovariectomie droite. Après cette dernière opération, le mari, qui est sous l'impression que cette opération entrave le libido, l'accuse de ne plus avoir de sentiment et en profite, lorsqu'il y a des étrangers, pour faire des remarques désobligeantes. La patiente ne sort pas, elle élève son enfant, qui est de plus en plus difficile. Elle présente toujours les mêmes symptômes à des degrés plus ou moins marqués qui coïncident avec le niveau de la tension nerveuse. La néphropexie ne donne aucun résultat.

#### COMMENTAIRES.

Si on établit un parallèle entre les symptômes et les facteurs émotionnels chez cette malade, qui a été hospitalisée douze fois et a subi six opérations, je crois bien qu'on conclura que les premiers sont secondaires aux seconds, sauf pour l'exérèse de la glande de Bartholin et l'opération pour grossesse ectopique rupturée. En 1936, cette patiente subit une cholécystectomie, et l'on trouve douze calculs à facettes. Quels troubles ces calculs produisaient-ils chez notre malade? Il est probable qu'en 1933, bien que la radiographie fût négative, notre patiente présentait une crise de colique hépatique; la description qu'elle nous en donne est assez classique et des narcotiques furent nécessaires pour faire disparaître la douleur. Mais, en 1936, les symptômes qu'elle présentait alors n'étaient certainement pas dus aux calculs puisqu'ils existaient encore après leur ablation. C'est une preuve de plus qu'il ne faut pas se hâter d'attribuer à nos découvertes radiologiques ou autres les symptômes qu'un malade présente et ceci prouve, encore une fois, que le dicton classique « il n'y a pas de maladies mais bien des malades » existe toujours. Chacun, à cause de son tempérament, de sa stabilité émotionnelle, réagit différemment à une émotion (les maladies organiques causent des émotions) et l'instabilité émotionnelle peut par elle-même causer non seulement des symptômes mais aussi des troubles organi-

ques. Exemple: quelqu'un qui est instable devant une difficulté, une épreuve, peut bien développer comme symptômes de l'insomnie, peut bien présenter de l'anorexie, cette diminution d'ingestion d'aliments peut bien, si elle se prolonge, provoquer de l'amaigrissement, de l'anémie secondaire, etc., etc.

Ces malades qui présentent des états de tension nerveuse, états qui durent des années comme chez notre malade, ont comme n'importe qui le droit de développer une maladie organique, mais alors la tension nerveuse qui s'accroît dans ces conditions crée par elle-même des symptômes qui viennent embrouiller le tableau clinique. Ici je rapporte un cas où des phénomènes de tension nerveuse ont été responsables de nombreuses opérations; mais le fait de considérer comme nerveux un malade souffrant de troubles organiques n'est pas rare. A supposer que notre malade ait toujours été traitée par le même médecin, celui-ci la connaissant bien aurait jusqu'en 1940 considéré, avec raison d'ailleurs, les symptômes secondaires à de la tension nerveuse et, si une bonne nuit on l'eût appelé d'urgence parce qu'elle présentait de violentes douleurs abdominales, il aurait, je crois, été bien tenté de se dire: « C'est encore la même nerveuse » (à remarquer que je ne me suis servi d'aucun qualificatif avant le mot *nerveuse*) et, s'il s'était laissé guidé par son impression, ceci aurait pu avoir des consé-

quences graves puisque la malade présentait alors une grossesse ectopique rupturée. De tout ceci, je crois qu'il faut conclure que, quel que soit le perfectionnement de nos appareils à diagnostic ou la précision de nos examens de laboratoire, le sens clinique basé sur un jugement sûr, le questionnaire serré, l'examen minutieux auront toujours leur place en médecine.

Les conséquences de ces diagnostics qui ne sont pas les bons et les opérations qui en découlent font que ces malades sont de plus en plus convaincus que leurs symptômes sont dus à des lésions de leur organisme et la tâche de tenter de leur faire voir les relations qui existent entre leurs malaises et leur état émotionnel est d'autant plus difficile, voire même impossible.

Je n'ai pas présenté ce cas pour créer de l'animosité entre médecin et chirurgien. Cette malade a été vue par de nombreux médecins et chirurgiens. Ce n'est pas non plus mon intention de faire naître de l'animosité entre les hôpitaux. Cette patiente a été hospitalisée dans presque tous les hôpitaux canadiens-français de notre ville et dans un hôpital canadien-anglais. J'ai cru bon de présenter le cas de cette malade, car je crois que c'est en procédant de cette façon qu'on viendra à poser un diagnostic plus précis, plus tôt, ce qui permettra de juger de la valeur de telle ou telle opération en telle ou telle circonstance.

---

# PANCRÉATITE AIGUË À FORME PÉRITONITIQUE<sup>1</sup>

## (Un cas)

Rosaire LAUZER,  
Chirurgien à l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

### Observation.

(Dossier 119474, hôpital St-Luc) Marguerite P., âgée de 23 ans, mariée, entre dans le service de chirurgie, le 25 septembre 1948, pour des douleurs épigastriques.

#### Antécédents familiaux:

Père mort à l'âge de 39 ans, de tuberculose pulmonaire. La mère est en bonne santé, ainsi que ses deux sœurs et son frère.

#### Antécédents personnels:

Rougeole dans l'enfance. A l'âge de treize ans, cure d'air et de repos dans un sanatorium, durant un an et demi, pour tuberculose ganglionnaire.

Les premières règles apparaissent à seize ans; dysménorrhéiques, elles durent sept jours, mais elles se reproduisent régulièrement dans la suite. Mariée à 22 ans, elle devint enceinte quatre mois plus tard. Elle se rappelle qu'au septième mois de sa grossesse, elle a ressenti une douleur épigastrique, en barre, bientôt suivie de vomissements. La douleur était forte, mais ne dura pas plus qu'une heure. Le même syndrome se reproduisit environ trois semaines après l'accouchement, qui eut lieu le 17 août dernier. Accouchement laborieux; enfant d'apparence normale, mais qui mourut le 12 septembre suivant, de cause incertaine. On note de plus dans les antécédents de la malade une constipation marquée.

#### Histoire de la maladie.

Le 22 septembre, au cours de l'après-midi, la malade commence à souffrir de douleurs tenaces à l'épigastre, avec paroxysmes d'intensité croissante. Vers le soir, les vomissements s'installent, et la douleur étant plus forte, le médecin est appelé. Celui-ci porte le diagnostic de colique hépatique, pratique une injection calmante, il ordonne une diète liquide.

Durant les deux autres jours précédant l'entrée de la malade à l'hôpital, la douleur persiste avec périodes d'accalmie le jour, exacerbation le soir, accompagnée de vomissements.

A son arrivée, après trois jours de maladie, l'état général de cette malade semble plutôt bon. Elle est peu souffrante. La température est à 99.2, le pouls à 90, la respiration à 24. Il n'y a pas d'amaigrissement notable, ni déshydratation; la malade pèse 125 livres, mesure cinq pieds et quatre pouces. Au niveau de la vésicule biliaire, les muscles sont en état de défense, mais le reste de l'abdomen est relativement souple et indolore. L'interne de garde ne juge pas l'intervention chirurgicale urgente; il soumet la malade à un traitement par la pénicilline, aux trois heures, et tente le refroidissement de la lésion. Le lendemain, la température monte à 100.2, le pouls reste à 90. Les douleurs, plus fortes dans la soirée, nécessitent une injection de morphine. Le lundi, 27 septembre, lorsque nous voyons la malade, la température est à 103, le pouls à 114 et la leucocytose à 27,800. Nous constatons aussi une défense musculaire au niveau de la vésicule biliaire, mais, en tentant la palpation profonde, on provoque une douleur plus forte à gauche de l'ombilic. On note de plus un certain degré de météorisme et un état nauséux.

Vu les antécédents tuberculeux de la malade, l'accouchement récent, le surmenage occasionné par la mort de l'enfant, nous posons l'hypothèse d'une péritonite aiguë tuberculeuse, et ajoutons au traitement déjà prescrit la streptomycine, un gramme par jour, divisé en six injections aux quatre heures.

Le lendemain, 28 septembre, la température est descendue à 100, le pouls à 70. Mais la malade souffre et vomit, l'abdomen est franchement ballonné et présente, à la percussion, de la matité dans les flancs, matité qui se déplace

1. Travail présenté à La Société de Chirurgie, séance du 1er décembre 1948.

avec les changements de position de la malade. On décide alors d'intervenir sans tarder.

*Protocole opératoire.*

Anesthésie rachidienne. Laparotomie paramédiane droite sus et sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, du liquide jaune citrin s'écoule en abondance à l'extérieur. La vésicule biliaire apparaît normale, et il n'y a pas de dilatation du cholédoque. Les côlons, l'intestin grêle, les organes génitaux ne présentent pas de lésion. L'épiploon cependant est en grappe de raisin, et la pointe est accolée au côté gauche de l'ombilic, à l'endroit où la palpation de l'abdomen, avant l'opération, avait provoqué le maximum de douleur. Cet épiploon est rempli de granulations de grosseur variée, parfois agglomérées et formant des nodules. Au niveau du ligament gastro-colique, les granulations sont plus nombreuses, plus denses, congestionnées. Le pancréas, palpé sans effondrement de l'épiploon, nous semble lisse et non augmenté de volume. On ne trouve pas de taches blanchâtres caractéristiques de la stéatonécrose. Nous refermons la paroi autour de deux drains cigarettes, plongeant dans la zone de congestion pré-pancréatique.

*Traitement postopératoire.*

Glace sur l'abdomen. Streptomycine et pénicilline continuées. Sérum mixte, 1000 c.c. par jour en injection intraveineuse. Vitamine C, 500 mg. matin et soir.

*Evolution postopératoire:*

Les vomissements cessent immédiatement. Dès le lendemain, les douleurs s'atténuent. La malade a des mictions spontanées, et des selles à l'aide de lavements. La température tombe à la normale le troisième jour. Le pouls également suit une courbe descendante rapide. Les

sérums sont supprimés le troisième jour et l'alimentation régulière reprise. Les drains sont retirés, l'un le cinquième, l'autre le sixième jour, les points enlevés le dixième. Lorsque, le quinzième jour après l'opération, nous autorisons le départ de l'hôpital, la plaie opératoire est entièrement cicatrisée.

Rapport de l'examen anatomo-pathologique:

« Fragments de tissu épiploïque montrant des lésions typiques de stéatonécrose. Ilots de substance amorphe en plein tissu adipeux entouré de réaction inflammatoire. Stéatonécrose. » (A. Bernier)

COMMENTAIRES

« Le diagnostic de la pancréatite aiguë, qu'il faut faire rapidement, n'est pas facile, ni cliniquement, ni, quelquefois, le ventre ouvert. » Cette assertion de Mondor semble bien s'appliquer au cas que nous rapportons présentement. Malgré les signes cliniques divers, aucun d'eux ne nous semblait assez caractéristique pour nous orienter vers le diagnostic de pancréatite, et de ce fait ni l'amylase sanguine, ni les diastases urinaires n'ont été recherchées. Les constatations opératoires elles-mêmes ne nous ont pas non plus semblé assez évidentes pour identifier alors les lésions originant du pancréas. C'est assez dire que l'identification des formes de pancréatite non parfaitement caractérisée reste encore parfois difficile et qu'il importe de rapporter, dans l'intérêt à la fois des malades, des cliniciens et des chirurgiens, les observations, si incomplètes soient-elles, que nous offrent les hasards de la clinique hospitalière.

## UN CAS D'ABCÈS CÉRÉBRAL<sup>1</sup>

Georges LAFRAMBOISE (Ottawa).

Permettez-moi d'exposer brièvement les difficultés du diagnostic d'abcès cérébral. Evidemment le diagnostic d'abcès encéphalique devient facile lorsque l'on se trouve en présence de signes cliniques qui correspondent à la phase de suppuration. Cette symptomatologie, vous la connaissez tous, c'est celle où apparaissent :

la céphalée locale ou héli-crânienne avec accès aigus,  
les troubles psychiques,  
la somnolence,  
la torpeur cérébrale,  
l'asthénie,  
surtout les lésions de la papille.

Pour le cas qui nous occupe, ces symptômes diffus d'hypertension intracrânienne et qui sont des signes cliniques de haute valeur n'existent guère au moment de l'examen.

### Observation .

Il s'agit d'un jeune homme de 33 ans admis à l'hôpital avec le diagnostic de « pan-sinusite » ; ce malade fut traité pendant quelques jours avant son hospitalisation pour un coryza tenace accompagné d'une laryngite aiguë. Apparaît une céphalée frontale persistente qui décide le malade à se rendre à l'hôpital pour une radiographie de ses sinus. Lorsque je vois ce malade pour la première fois, les signes classiques de l'abcès encéphalique sont à peu près nuls. L'état général du malade est assez bon, il répond intelligemment aux questions qu'on lui pose, légère élévation de la température, pouls 90, céphalée frontale à laquelle le malade n'attache aucune importance ; toutefois le malade se hâte d'ajouter qu'il a souffert de violents maux de tête au cours de la semaine qui a précédé son hospitalisation. A ce moment il est permis de suppo-

ser que le malade se trouve dans une de ces périodes de rémission.

La rhinoscopie ne fait voir qu'une turgescence des cornets, dégénérescence polypoïde ; le naso-pharynx fait voir des sécrétions catarrhales visqueuses blanchâtres. L'éclairage des sinus est normal. Rapidement, je cherche l'acuité visuelle, qui me semble normale. Réflexes pupillaires normaux ; il m'a paru y avoir une légère ptose de la paupière supérieure du côté gauche. Sans insister j'examine les mouvements oculaires : aucun signe significatif.

L'examen des oreilles révèle une vieille otite à gauche, large perforation de la membrane tympanique située à la partie inférieure, le pus est peu abondant. Je ne note aucune rougeur, aucun gonflement et aucune douleur à la percussion de la région mastoïdienne. J'observe une surdité partielle.

*Les radiographies.* Les sinus : rien d'anormal au niveau des sinus maxillaires, ni au niveau des sinus frontaux et ethmoïdiens.

La mastoïde gauche présente un aspect éburné, contrairement à ce que nous avons noté dans un rapport précédent ; nous ne pouvons déceler aucune lésion d'ostéite.

*Les recherches du laboratoire.*

La formule sanguine : hémoglobine : 93% ; globules rouges : 5,000,000 ; globules blancs : 11,500 ; C. index : 93 ; lymphocytes : 12.

R. Wassermann, négatif.

Urines : absence de sucre, d'albumine ; examen microscopique, négatif.

La ponction lombaire ne donne aucun signe révélateur du drame qui allait se jouer.

En résumé, nous devons considérer, au point de vue subjectif, histoire de violents maux de tête ; au point de vue objectif, vieille otite moyenne suppurée.

Quelques jours plus tard le malade se plaint de violents maux de tête sans loca-

1. Communication à la Société Canadienne d'ophthalmo-oto-laryngologie, le 7 septembre 1948, au cours du XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C.

lisation bien précise, à cause de ces accès aigus. L'hypothèse d'une lésion cérébrale s'impose ; c'est à partir de ce moment que les difficultés surgissent. Nous apprenons accidentellement par l'entourage du malade l'histoire d'un traumatisme du crâne. Le choc fut assez violent puisque le malade fut inconscient pendant quelques heures à la suite de cet accident. Cependant, le malade reprend son travail le lendemain. Comme ce traumatisme est assez récent, nous demandons une radiographie de la boîte crânienne.

« Les radiographies du crâne ne font pas voir de fracture à son niveau. Nous notons, toutefois, que le rebord supérieur du rocher à gauche présente des irrégularités suspectes. Il est possible qu'il y ait eu une fissure à ce niveau et que nous ne pouvons visualiser. »

Les indications tirées de l'examen clinique à cette période optent en faveur « d'abcès encéphalique », mais la consultation exigée décide autrement. Le diagnostic de « méningite » est établi par le consultant, qui recommande que le malade soit transféré en médecine.

Au cours de cette journée, les accès aigus d'une céphalée hémi-crânienne apparaissent et à ce signe grave succèdent l'asthénie, la somnolence, les vomissements, la torpeur cérébrale, le ralentissement du pouls, le coma et surtout les lésions de la papille.

Le diagnostic d'abcès encéphalique confirmé par le neurologue est suivi de la trépanation.

Le malade est transporté en ambulance à l'Institut Neurologique de Montréal pour cette intervention chirurgicale.

*Comme conclusion pratique*, il faut se rappeler :

- 1) Le début insidieux des abcès encéphaliques.
- 2) Qu'il existe une période plus ou moins longue caractérisée par des alternatives d'amélioration et d'aggravation.
- 3) Qu'il faut tenir compte du symptôme subjectif, céphalée avec accès aigus.
- 4) De ne pas trop compter sur les recherches du laboratoire.
- 5) Que les abcès encéphaliques ont souvent pour cause une vieille otite moyenne suppurée ignorée et non traitée.
- 6) L'aide indispensable du neurologue pour les cas difficiles.

\* \* \*

Un mot du traitement. Nous avons eu recours à la pénicilline et à dose massive et dès le début sans pouvoir améliorer l'état de notre malade.

A la suite de la trépanation après un séjour de plusieurs semaines à l'hôpital, le malade revient chez lui ; après une convalescence de 6 semaines, il a pu reprendre son travail habituel.

L'examen  
font naître  
L'examen  
possible e  
de spécial  
1. Comme  
talm-oto-la  
du XIXe Ce

## OSTÉOPÉRIOSTITE SPÉCIFIQUE DE LA PAROI DE L'ORBITE GAUCHE<sup>1</sup>

Jacques BOULANGER (Rivière-du-Loup).

### Observation

Madame C.M., âgée de 42 ans, se présente à la clinique avec le syndrome suivant: exophtalmie, œdème palpébral, douleur et larmoiement. Elle raconte, en vitesse, qu'il y a trois ou quatre ans, un abcès périorbitaire s'est développé, ce qui a nécessité une opération dans un hôpital de Québec. Elle avoue candidement avoir été bien jusqu'à il y a un mois ou deux, alors que son œil a commencé à lui faire mal et à présenter du gonflement. L'examen de la malade se fait comme suit :

I. *Inspection.* L'O.D. est sain. L'O.S. est en exophtalmie et en strabisme interne complet, ne laissant voir que le  $\frac{1}{8}$  de la cornée.

La région sourcilière nous laisse voir une cicatrice vicieuse légèrement soulevée. La conjonctive présente du chémosis au premier degré. Le champ d'excursion est très limité et les mouvements provoqués amènent de la douleur profonde.

La malade est myope. La pupille de l'œil malade ne réagit pas à la lumière, cependant que le réflexe consensuel existe. Les réactions de la pupille droite à la lumière, à l'accommodation et à la convergence sont normales.

II. *Palpation.* La palpation du globe provoque une douleur profonde, sourde, douleur qui est plus forte alors que l'on palpe à la partie externe. On ne remarque pas de douleur ni d'empâtement à la palpation de la région sourcilière et du rebord orbitaire.

L'examen soigné et l'imagination peut-être font naître l'idée de fluctuation.

L'examen ophtalmoscopique gauche est impossible et celui de l'œil droit ne révèle rien de spécial.

III. *Questionnaire.* Le questionnaire sur son état général et sur ses antécédents personnels demeure sans réponse, sauf qu'elle avoue ne pouvoir demeurer couchée longtemps, à cause d'une sensation d'étouffement et de douleurs plus accentuées à son œil gauche et dans la tête. La malade, lors de cet examen, ne faisait pas de température et la pression est normale. Il est à noter toutefois que cette malade a l'air fatiguée et déprimée : elle est souffreuse, elle a la peau sèche et elle accuse toutes sortes de petits malaises généralisés.

La patiente est alors gardée à l'hôpital et le traitement préliminaire suivant est installé: repos, compresses humides chaudes en permanence et pénicilline — 100,000 unités — matin et soir.

Les examens de routine, soit le B.W. et l'analyse d'urine, sont prescrits ce jour.

Quatre jours plus tard, la fluctuation imaginaire, comme on le verra par la suite, demeure. On décide alors d'ouvrir et de drainer ce que nous croyons être une cellulite ou phlegmon. L'incision est pratiquée en dessous du sourcil, à travers la paupière, jusqu'au rebord osseux. Cette manœuvre ne ramène rien. On pense alors à une collection purulente en dedans du cône musculaire et une seconde ouverture est faite par voie conjonctivale, sans résultat également.

C'est alors que les deux incisions sont fermées et la malade regagne son lit. Le chirurgien émet alors l'idée d'un diagnostic de tumeur osseuse.

Le lendemain matin, le radiologiste, l'histoire de la malade, — qui se décide, hélas ! de révéler son histoire bien longue, mouvementée autant que « piquante » — et, surtout, le B.W. amènent un diagnostic bien établi et confirmé d'ostéopériostite de la paroi supérieure de l'orbite gauche.

1. Communication à la Société Canadienne d'ophtalmo-oto-laryngologie, le 7 septembre 1948, au cours du XIXe Congrès de l'A. M. L. F. C.

Vous direz peut-être, avec raison, mes chers confrères, qu'il faut dans tous les cas, suivant l'expression de mon professeur de syphiligraphie, toujours penser à la syphilis. Cela paraît bien simple, hélas ! mais remarquez bien qu'il fallait y penser...

Vous me permettrez donc de vous décrire la nature, l'évolution, l'anatomo-pathologie et les données récentes de la thérapeutique spécifique dans ces cas d'ostéopériostite.

Cette manifestation clinique entre dans le cadre des affections de l'orbite et trouve sa place de choix au chapitre des infections qui, par leur fréquence et leur évolution, constituent le groupe le plus important.

La conformation toute spéciale des os de l'orbite nous oblige à employer le terme d'ostéopériostite ; en effet, l'ostéite primaire n'existe à peu près pas et la périostite, qui est primitive, amène invariablement l'ostéite.

Les aspects cliniques varient suivant l'étiologie. En effet, les formes aiguës à évolution rapide et dramatique découlent, en général, des affections des sinus accessoires et des traumatismes. D'autre part, la tuberculose, la syphilis et l'actinomycoïse amènent des formes cliniques à évolution chronique.

La tuberculose cause ici des lésions déterminées, spéciales, toujours les mêmes ou à peu près, tant sur le rebord orbitaire que sur les parois. L'évolution est sensiblement toujours la même ; c'est pourquoi l'ostéopériostite bacillaire sert de type dans la description que font les précis de l'ostéopériostite de l'orbite.

L'affection syphilitique, au contraire, évolue de façon plus complexe, plus sourde, plus hypocrite, je dirais. C'est ordinairement une manifestation tardive de l'accident primitif.

La localisation du processus infectieux au rebord orbitaire est plus fréquente et semble être favorisée par les traumatismes.

On remarque, tout d'abord, un petit gonflement ou saillie qui suit une période prodromique de quelques semaines, caractérisée par

de la douleur subjective en un point précis du rebord orbitaire. Cette douleur est exagérée par la pression digitale et offre le caractère spécial d'exacerbation nocturne.

Ce nodule douloureux, constitué par une gomme, évolue lentement vers la fistulisation pour donner après une cicatrice vicieuse.

Le diagnostic différentiel est à faire, dans cette période de début, avec certaines formes de névralgie trijumale.

A la période d'état, alors qu'on assiste au ramollissement et à la fistulisation, il faudra établir le diagnostic différentiel avec la forme bacillaire qui évolue sans douleur. D'ailleurs, le B.W. et l'analyse des produits de la fistule sont de nature à trancher le diagnostic. L'ostéopériostite des parois de l'orbite est plus rare et plus grave. Chacune des parois peut être le siège de la lésion primitive. Par ordre de fréquence, la paroi supérieure est dernière en ligne de compte. Son atteinte, cependant, est beaucoup plus grave, étant donné la localisation sus-jacente des éléments nerveux et méningés. Au point de vue anatomo-pathologique, on note toutes les caractéristiques attachées à la syphilis osseuse, à savoir : soit des périostites gommeuses ou des gommages isolés.

C'est à ce stade de l'évolution, alors que la gomme se ramollit, qu'on assiste à la désintégration et à l'adulteration des parties molles du contenu orbitaire.

Ces changements nous mettent en présence d'une tumeur molle rénitente qui, à l'ouverture, fait sourdre un pus jaunâtre, épais, nécrosé. Si l'ouverture chirurgicale n'est pas faite, on verra apparaître une fistule qui finira bien par guérir en laissant une mauvaise cicatrice.

Notre malade a présenté ce stade intermédiaire de la collection purulente lors de sa première hospitalisation, il y a trois ou quatre ans.

A ce stade plus éloigné, celui auquel nous voyons notre malade, nous notons que les lésions gommeuses aboutissent, lorsque le traitement est mal suivi ou n'a pas donné le

résultat espéré, à l'ostéite raréfiante ou à l'ostéite condensante ou hyperplastique. Dans le premier cas, on constate l'effritement et la friabilité des os, causant dans l'orbite, comme ailleurs sur le septum nasal et la voûte palatine, des fractures spontanées, des perforations. Il va de soi que ces perforations sont funestes, lorsqu'elles apparaissent à la paroi supérieure de l'orbite.

Dans le second cas, celui de l'ostéite hyperplastique, on a surtout à redouter les troubles de compression. On assiste alors à la propulsion lente et progressive du globe oculaire. L'exophtalmie est toujours dirigée du côté opposé à celui de la lésion primitive. Ces hyperplasies lentes et progressives, lorsqu'elles sont situées à l'angle supéro-interne de l'orbite, peuvent prêter à confusion avec l'hyperostose de la sinusite frontale, qui est une affection très rare. Les troubles de compressions aboutissent au syndrome de la fente sphénoïdale caractérisé par l'ophtalmoplégie sensorio-sensitivo-motrice.

L'œil devient comme figé, souvent dévié, avec une pupille dilatée insensible à la lumière.

Les troubles sensitifs s'extériorisent par la parésie de tout le territoire de l'ophtalmique, à savoir : région palpébrale supérieure, région lacrymale, conjonctivale et cornéenne.

A ce stade, comme chez notre malade, l'exophtalmie augmente, les douleurs névral-

giques s'accroissent et, finalement, apparaissent le stase papillaire et la névrite optique.

A ce stade de l'affection, il va de soi qu'un traitement antispécifique énergique est de rigueur.

J'ai consulté les autorités en syphiligraphie et on m'a suggéré, comme traitement, de donner à ma malade de la pénicilline à la dose de 40,000 unités aux trois heures jour et nuit, pour une dose totale de 5,000,000 d'unités.

Le traitement serait à continuer, par après, par le bismuth ou, si la malade a déjà reçu de nombreuses injections de bismuth, il vaudrait mieux s'en tenir à la pénicilline exclusivement.

Ce traitement à la pénicilline serait à recommencer, s'il y a lieu.

Les résultats de ce traitement n'ont pu être appréciés, car notre malade ne s'est pas présentée à la clinique après son premier traitement.

Dans le cas qui nous intéresse, cependant, la malade a reçu depuis cinq ans un traitement antispécifique assez bien élaboré, et le B.W. s'est toujours montré positif et la lésion a toujours progressé moins rapidement et moins dramatiquement peut-être que si l'affection avait été laissée à elle-même.

Je me demande si la pénicilline, à ce stade avancé de la maladie, pourrait arrêter le processus. J'en doute fort.

---

# REVUE GÉNÉRALE

## LES NÆVI VASCULAIRES

G. PINSONNEAULT,

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

Les nævi vasculaires ou angiomes périphériques sont des « tumeurs<sup>1</sup> constituées par des amas de vaisseaux, réunis entre eux par une quantité variable de tissu conjonctif » (Masson). Si on a affaire à des vaisseaux lymphatiques, la tumeur s'appelle un lymphangiome. S'il s'agit de vaisseaux sanguins, on la désigne sous le nom d'hémangiome, ou le plus souvent, à cause de la rareté relative des lymphangiomes, sous le nom d'angiome tout court.

Les angiomes sont dits *plans* ou *tubéreux*, suivant que leur présence se manifeste par de simples taches, ou par des formations en relief, plus ou moins irrégulières, mamelonnées ou verruqueuses.

L'élément fondamental de l'angiome est un vaisseau néoformé, bordé d'éléments endothéliiformes, souvent mitotiques, dont la prolifération aboutit à la formation de bourgeons. Dans le massif cellulaire du bourgeon ainsi constitué, il se produit des fissures qui ne tardent pas à se mettre en rapport avec la cavité sanguine avoisinante. Le vaisseau initial et les vaisseaux secondaires, issus des bourgeons, se pelotonnent en lacis, au fur et à mesure qu'ils s'allongent. Le tissu cellulaire interstitiel s'enrichit à la longue d'une

quantité plus ou moins importante de fibres collagènes, disposées de manière à conserver à chaque peloton une certaine autonomie. Dans quelques cas, ces « bouquets vasculaires » présentent par la suite une tendance à se fusionner. Leurs cloisons collagènes s'atrophient, s'amincissent et se perforent. On assiste alors à la formation de lacunes, séparées par des membranes où on retrouve la trace des perforations. Cette variété de tumeurs est plus particulièrement désignée sous le nom d'angiomes *caverneux* ou de *cavernomes*. (Masson)<sup>2</sup>

Les caractères cliniques de l'angiome plan (hémangioma simplex) sont bien connus. Il s'agit d'une tache (tache de vin) de forme et d'étendue variables, dont la couleur peut aller du rose au violet. L'hémangiome tubéreux (hémangioma hypertrophicum) est d'un rouge plus ou moins foncé. Par opposition aux angiomes plans, où la peau conserve en général son grain normal, les angiomes tubéreux présentent une surface granuleuse, mamelonnée, verruqueuse, ou plissée, dont le relief tranche toujours sur les téguments avoisinants.

Les angiomes tubéreux peuvent causer des déformations hideuses, et gênantes par leur épaisseur et leur volume. Ils sont exposés au traumatisme et susceptibles de s'accroître, de s'ulcérer et de saigner abondamment. Mais ils ne sont pas, à de rarissimes exceptions près, sujets à se cancériser, contrairement à une opinion qu'on entend formuler fréquemment dans les milieux profanes, et même quelquefois dans les milieux médicaux.

1. Certains auteurs, dont Willis, à la suite d'Albrecht (1904), classent la plupart des angiomes, non pas parmi les tumeurs, mais dans une variété spéciale de malformations, les « hamartomes », qui seraient dues à un développement local excessif d'un tissu normal, à un site normal. Il est hors de doute que la définition de l'élément tumeur reste, comme au temps de Virchow, le problème numéro un de tous les pathologistes qui s'occupent de la question. Tant que les facteurs qui déclenchent la production des néoplasies ne seront pas parfaitement connus, on trouvera des lésions qui entrent, ou qui n'entrent pas dans le cadre des tumeurs, pour des raisons d'analogie, plus ou moins sujettes à l'interprétation.

2. Les opinions suivies de noms d'auteurs entre parenthèses sont contenues dans les traités bien connus de ces auteurs.

Il existe bien dans la littérature une vingtaine d'observations d'angiomes de la peau, qui auraient entraîné la mort, avec des métastases viscérales. Ewing en signale quelques-unes dans son traité. Quant aux sarcomes soi-disant angioblastiques, ou angiosarcomes, ils forment un groupe complexe, encore mal individualisé, et qui paraît, de plus en plus, n'avoir rien à faire avec l'angiome vulgaire. Les tumeurs malignes de structure angiomateuse ne naissent pas d'angiomes bénins, mais sont malignes dès leur naissance (Becker et Obermayer). Et les angiosarcomes, si angiosarcomes il y a, ne seraient pas des espèces fixes, mais la conséquence d'une vasoformation particulière de certains mésenchymomes (Willis).

Les angiomes peuvent se rencontrer dans tout l'organisme, sauf peut-être le long du tube digestif (Masson). Leur siège de prédilection est la peau, plus particulièrement au voisinage des glandes sébacées et sudoripares (Masson). Ils apparaissent en nombre variable, le plus souvent avant la naissance, ou, plus rarement, dans les six premiers mois de la vie. En général, ils ont tendance à s'accroître durant les premières années, et à régresser par la suite. Ils deviennent plus apparents dans certains états physiologiques, au cours d'un effort physique, ou dans des conditions difficiles à préciser de lumière et de température. On trouve beaucoup plus d'angiomes sur la face, le cou et le cuir chevelu que sur les membres et le tronc. D'une manière générale, ils ont une prédilection marquée pour le voisinage des orifices naturels.

A côté de ces formes congénitales d'angiomes, il y en a d'autres, apparemment acquises, qu'on trouve chez l'adulte, et plus souvent même chez le vieillard. Ce sont d'abord les « points rubis » des dermatologistes français. Ils atteignent le volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de blé. Ils apparaissent isolément, en nombre variable, présentent une couleur généralement écarlate, *siègent sur le tronc et les membres*, et persis-

tent indéfiniment dans le même état, sans complications, ni troubles fonctionnels. Ce sont ensuite des papules, bleues ou violacées, de la forme et du volume d'une petite lentille, *qu'on trouve le plus souvent à la face*, particulièrement sur la muqueuse des lèvres et plus rarement sur celle de la bouche. Elles paraissent l'équivalent, à la face, des points rubis qu'on observe sur le tronc, et se distinguent des nævi bleus, qui sont des lésions pigmentaires et congénitales. Ce sont aussi des taches, ou des placards angiomateux, plus ou moins saillants, à tendance kératosique ou verruqueuse (angiokératomes), qu'on rencontre sur les *mains* des vieillards ou de sujets relativement jeunes, souffrant de troubles acro-asphyxiques. Ce sont enfin de minuscules papules, d'un rouge plus ou moins vif, d'où s'échappent, en rayons de soleil, de fines ramifications. Ces papules qui apparaissent sur le *nez*, les *joues* ou les *paupières* constituent le nævus araneus des Anglo-Saxons et l'angiome stellaire ou aranéen des Français.

A propos d'angiomes « acquis » il faut faire une place aux tumeurs glomiques de Masson, ou glomangiomes, que Darier qualifiait « d'angiomes douloureux », voulant par là faire ressortir leurs caractères cliniques les plus importants. Elles siègent habituellement aux *doigts*, ou dans des régions où le sens tactile est particulièrement développé.

En plus de ces formes courantes d'angiomes, il en existe d'autres, rares et moins connues. Parmi celles-ci, il convient de signaler la télangiectasie héréditaire hémorragique d'Osler. Elle s'annonce par des épistaxis répétés durant l'enfance, et par l'apparition, à l'adolescence, de télangiectasies de la peau et des muqueuses, qui atteignent des proportions considérables et se compliquent d'hémorragie et d'anémie.

On a aussi observé et décrit de véritables syndromes angiomateux affectant, outre les téguments, un ou plusieurs systèmes, organes ou viscères, ou coïncidant avec des enchondromes multiples (maladie d'Ollier) ou avec

des formations adénomateuses ou kystiques du pancréas et du rein (Willis).

Avant de clore le chapitre des aspects cliniques des angiomes, il y a lieu d'ajouter un mot des lymphangiomes. Par comparaison avec les hémangiomes, on peut dire qu'ils sont très rares. Il en existe deux formes particulièrement connues. La première est la forme diffuse ou profonde, qu'on trouve le plus souvent aux lèvres, aux joues (macrochéilie) ou à la langue (macroglossie). Il s'agit d'une simple tuméfaction plus ou moins mollesse et réductible, sans modification de la couleur ou de la structure des téguments. La seconde est la forme circonscrite, encapsulée ou superficielle. Elle se traduit par des vésicules pouvant atteindre ou dépasser le volume d'un pois, à parois plus ou moins translucides, à coloration blanche, nacréée ou rosée. Les vésicules sont isolées ou plus souvent agglomérées. Leur ponction laisse sourdre un liquide généralement clair, en quantité beaucoup plus considérable que leur volume ne serait supposé en contenir. Il faut noter que ce liquide est susceptible, dans certains cas, de contenir du sang, et qu'il pourrait exister des hémolympangiomes.

Le diagnostic des hémangiomes est en général facile. Il expose cependant à deux erreurs, qui peuvent avoir des conséquences désastreuses pour le traitement, et qu'il faut avoir présentes à l'esprit pour les éviter.

La première est de confondre un nævus vasculaire, ou angiome, avec un nævus pigmentaire ou mélanome. Si l'angiome vulgaire n'est pas exposé à se cancériser, on ne peut pas en dire autant de certains nævi pigmentaires, qui méritent le nom de « noli me tangere » qu'on leur a décerné. Tous ceux qui se sont occupés de tumeurs ont vu des cancers généralisés succéder au traitement inadéquat d'un soi-disant grain de beauté, ou d'une formation similaire. Parmi les nævi qu'il convient de traiter avec certaines précautions, il faut faire une place spéciale aux nævi bleus, où la pigmentation siège dans le

chorion (contrairement au lentigo vulgaire où elle est exclusivement épidermique).

La seconde erreur à éviter est de prendre un nævocarcinome ou un mélanosarcome pour un angiome ulcéré. Il faut se méfier des nævi ulcérés qui siègent sur une base indurée et qui ont tendance à infiltrer les tissus avoisinants<sup>3</sup>.

Il importe aussi, pour ne pas se leurrer sur les résultats du traitement par les radiations, de ne pas confondre les angiomes avec les ectasies vasculaires d'étiologie, de nature et de forme diverses. Il faut bien savoir, en effet, que c'est dans la catégorie des angiomes qui s'avèrent le plus comme d'authentiques néoplasies<sup>4</sup> cellulaires, que les radiations donnent leurs plus beaux succès. Et on peut dire, réciproquement, que l'effet de la radiothérapie sur certains angiomes est la preuve non équivoque de leur nature néoplasique. Dans les télangiectasies, les anévrismes artério-veineux, les varices, les vieux angiomes caverneux où il n'y a plus de prolifération angioplastique de nature néoplasique ou hyperplasique, on n'a rien à attendre du traitement par les radiations. Et si les rayons X, bêta ou gamma ont un effet à peu près nul sur l'angiome plan, ou tache de vin, c'est que cette dernière n'est pas le plus souvent un angiome en activité cellulaire, mais « une simple télangiectasie des capillaires veineux »<sup>5</sup>. La tache de vin serait déjà, même à la naissance, un angiome vieux, à activité cellulaire ralentie, ou éteinte. Par contre, il faut avoir constaté *de visu* l'effet de la radiothérapie sur les angiomes tubéreux en activité des nourrissons, pour se rendre compte de l'extraordinaire comportement de ces lésions. On peut vraiment dire que la radio-

3. La photographie aux infra-rouges paraît pouvoir rendre des services importants dans le diagnostic différentiel des angiomes. Cfr. F. Ronchèse, *Am. J. Surg.*, 37: 475-477. « Infra red photography in the diagnosis of vascular tumors ».

4. Par néoplasie, nous voulons parler ici de prolifération cellulaire autonome, sans présumer du degré de malignité ou du pouvoir d'envahissement de cette prolifération.

5. D'après Unna, cité par Ewing.

sensibilité des angiomes qui sont restés de vrais angioblastomes est de même ordre que celle des nodules ou des ganglions lymphatiques des leucémiques.

Nous avons traité à l'Institut du Radium un bon nombre d'angiomes par la neige carbonique, les rayons bêta, les rayons gamma ou les rayons de röntgentherapie au contact (voir tableau ci-après). Je voudrais émettre une opinion sur la valeur de cette méthode en regard des précédentes.

**CRYOTHÉRAPIE.** Elle donne des résultats appréciables dans les angiomes de faible épaisseur et dans quelques angiomes plans. Son emploi est douloureux. L'homogénéité de l'action thérapeutique est à peu près impossible à obtenir. Les récidives sont fréquentes, et la décoloration uniforme n'est souvent réalisée qu'après de multiples retouches.

A notre avis, la cryothérapie devrait être laissée aux angiomes plans, disparaissant à la vitropression, où elle paraît donner des résultats un peu supérieurs à ceux des ultraviolets, appliqués à dose phlycténoïde avec un quartz compresseur.

#### ROENTGENTHÉRAPIE FAIBLEMENT PÉNÉTRANTE.

On se sert de rayons produits à 100 ou 120 kilovolts, à une distance de 20 à 30 cm. avec une filtration de 1 à 5 mm. d'aluminium, suivant l'épaisseur des lésions. On donne *un traitement tous les trois mois* jusqu'à obtention de l'effet désiré. Ce traitement comporte soit une dose de 200 à 300 *r* (suivant la surface du champ) appliquée en une seule séance, soit une dose de 500 à 600 *r*, appliquée par séance de 100 *r*, espacée de 2 ou 3 jours.

La röntgentherapie superficielle est apte à répondre à un grand nombre d'indications dans le traitement des angiomes. Mais elle présente un inconvénient majeur. Pour donner son maximum d'efficacité, elle doit comporter une certaine causticité. Or la radiothérapie de 100 kilovolts, peu ou pas filtrée, n'est pas exempte de dangers. Ce sont les nombreux accidents, produits avec un rayonnement de cette qualité, qui ont discrédité pendant si

longtemps l'emploi des rayons X dans la radiothérapie.

#### BÊTATHÉRAPIE.

Elle est encore très employée, avec de bons, et souvent avec d'excellents résultats.

Elle se pratique de deux façons : en application *interstitielle* ou en application *juxtacutanée*. L'application interstitielle se fait au moyen d'aiguilles radifères dont la paroi est suffisamment mince, ou constituée d'un métal suffisamment léger, pour laisser passer une quantité de rayons bêta, telle que la proportion de rayons gamma, émis conjointement, devient négligeable. L'application juxtacutanée peut se faire soit au moyen de plaques radifères recouvertes d'émail, soit au moyen de radon contenu dans des tubes ou de minuscules ampoules de verre, soit encore au moyen de tubes quelconques de radium-élément faiblement filtré.

L'inconvénient capital de la bêtathérapie est l'impossibilité où on se trouve, dans les cas où on ne dispose pas de plaques radifères, d'assurer un rayonnement homogène à toute la lésion, et d'obtenir une décoloration uniforme, pour un minimum de rayonnement. Les rayons bêta restent, dans le traitement des angiomes comme ailleurs, d'un emploi délicat.

#### GAMMATHÉRAPIE.

Dans les angiomes tubéreux de forte épaisseur, on emploie la curiethérapie interstitielle, ou curiepuncture, qui devient alors la méthode de choix. Elle se pratique au moyen de radium élément ou de radon contenu dans des aiguilles de platine d'un demi-millimètre de paroi. Cette filtration suffit à arrêter à peu près complètement les rayons bêta, tout en laissant passer une quantité relativement considérable de rayons gamma mous. La dose par cm.<sup>3</sup> peut varier de 0.05 à 0.2 *med.*, suivant que les lésions sont fortement ou faiblement développées.

#### ROENTGENTHÉRAPIE AU CONTACT.

Comme le nom l'indique, il s'agit ici d'une méthode de traitement où les rayons X produits sous faible voltage sont utilisés très près de

l'anticathode, et sans adjonction de filtre. Il s'ensuit un faisceau de rayons très *caustiques*, à intensité très élevée, et à pouvoir pénétrant très faible. Avec l'appareillage dont nous disposons, le débit atteint 2,300 r minute, à 4 cm. de distance, et la qualité du rayonnement exprimée en HVL est de 0.3 mm. d'aluminium. Le taux d'absorption dans l'eau est d'environ 50% à un demi-centimètre de profondeur, et de 70% à un centimètre. Nous utilisons un localisateur circulaire de 2.8 cm. de diamètre et une feuille de caoutchouc plombé pour la délimitation des champs. Nous donnons une application unique de 10 à 15 secondes sur chaque champ, à des intervalles qui peuvent varier de 2 à 4 mois. Le traitement est d'une simplicité et d'une rapidité étonnantes. Le danger qui peut résulter de l'oubli des filtres, à un pareil débit, est éliminé du fait de l'utilisation de la méthode dite à feu nu. La seule précaution un peu délicate à prendre est d'éviter le chevauchement ou l'écart des champs, dans le cas où la lésion dépasse la surface couverte par le localisateur.

La roentgenthérapie au contact, dans les angiomes en activité et de faible épaisseur, nous paraît le traitement idéal. Plus celui-ci sera pratiqué à une époque précoce de la vie, plus la lésion sera en période d'accroissement, meilleur sera le pronostic.

Quant aux répercussions possibles des radiations sur le développement du système osseux des nourrissons, alléguées par certains auteurs américains, nous n'en avons jamais observées. On comprend mal d'ailleurs que les rayons X puissent causer des accidents osseux, s'ils sont appliqués suivant la qualité et la quantité requises pour traiter les angiomes.

L'irradiation des angiomes cutanés doit viser à *enrayer la prolifération de l'endothélium des vaisseaux néoformés, sans léser le derme*. Ce résultat est rendu possible par la grande différence de radiosensibilité qui existe

entre les éléments néoplastiques angioformateurs et les tissus normaux. La radiothérapie des angiomes devra donc se faire *lentement, par petites doses, espacées de quelques mois*. Le meilleur rendement semble être donné par l'emploi d'un rayonnement *caustique, c'est-à-dire produit à faible voltage et peu filtré*. Il est inutile de poursuivre l'irradiation dans le cas des lésions qui n'ont pas réagi favorablement après le deuxième traitement. On se rappellera que le revêtement muqueux est plus sensible que le revêtement cutané. Il faut signaler aussi que certaines peaux sont susceptibles de se pigmenter facilement et fortement sous l'action des rayons X mous. Cet inconvénient passager, mais disgracieux, peut survenir dans les cas où le champ déborde par trop les limites de la lésion et où on emploie des doses supérieures à 300 ou 400 r.

#### Résumé et conclusion.

Il y a, parmi les lésions qu'on appelle communément des angiomes, des *angiectasies* et des *angioplasies*.<sup>6</sup> Il faut laisser les premières aux chirurgiens et les secondes aux radiologistes. Tous les principes dont doit s'inspirer le traitement des angiomes sont implicitement contenus dans cette formule. Dans les cas très nombreux où les deux processus s'intriguent et se suivent et où il peut être difficile, sinon impossible, de faire la part de chacun, il est à se demander si le traitement chirurgical ne gagnerait pas à être précédé systématiquement par la radiothérapie. Car si celle-ci est pratiquée avec un rayonnement suffisamment caustique, et par doses suffisamment faibles et *espacées*, elle n'est jamais nocive, ni pour la lésion, ni pour les tissus sains. Le seul risque auquel elle puisse alors exposer est d'être faite inutilement.

6. On nous pardonnera ces néologismes qui sont forgés pour la circonstance et qui ont l'avantage de se définir d'eux-mêmes.

	NÆVI VASCULAIRES									TOTAL
	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	
Nombre .....	9	6	17	14	5	15	48	42	50	206
Enfants .....	4	2	10	10	4	9	27	34	38	138
Adultes .....	5	4	7	4	1	6	21	8	12	68
Sexe masculin .....	4	3	8	9	4	5	16	13	15	77
Sexe féminin .....	5	3	9	5	1	10	32	29	35	129
Lymphangiomes .....	0	0	0	1	2	0	2	0	0	5
Hémangiomes .....	9	6	17	13	3	15	46	42	50	201
Unique .....	9	5	16	7	1	15	43	31	45	172
Multiples .....	0	1	1	7	4	0	3	11	5	32
Tronc .....	1	1	2	3	0	1	6	10	12	36
Membres .....	0	0	1	5	1	2	7	6	5	27
Extrémité céphalique .....	8	5	14	12	4	12	35	26	33	149
Moins de 1 cm <sup>2</sup> .....	5	1	11	13	2	10	23	13	25	103
De 1 à 5 cm <sup>2</sup> .....	0	5	1	13	3	5	18	23	25	93
Plus de 5 cm <sup>2</sup> .....	4	0	5	0	0	0	7	6	0	22
Moins de 5 mm. d'épaisseur ...	9	6	16	14	5	15	47	41	49	202
Plus de 5 mm. d'épaisseur ....	0	0	1	0	0	0	1	1	1	4
Guéris .....	9	6	16	12	4	15	46	38	16	162
Améliorés .....	0	0	1	2	1	0	2	2	34	42
Non améliorés .....	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Perdus de vue .....	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Encore sous traitement .....	0	0	0	0	0	0	0	0	34	34
Complications au cours du trait.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Accidents consécutifs au trait. .	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Traités en 1 séance .....	4	4	4	3	1	3	15	8	21	63
Traités en 2 séances .....	0	1	2	5	0	4	15	14	17	58
Traités en 3 séances .....	0	0	1	3	2	4	7	15	12	44
Traités en 4 séances ... ..	1	1	4	1	1	3	8	1	0	20
Traités en 5 séances .....	2	0	3	0	0	0	3	3	0	11
Traités en 6 séances .....	2	0	0	0	1	1	1	1	0	6
Traités en plus de 6 séances ..	0	0	3	2	0	0	1	0	0	6

Le traitement reste à compléter dans 34 cas. Dans les cas traités en une séance, la dose a varié de 700 à 3,000 r. Dans les cas traités par séances multiples, elle a varié de 250 à 800 r. L'intervalle entre les séances était de 2 à 4 mois. Dans tous les cas, les conditions de technique étaient les mêmes: 50 kv., 4 cm. de distance. Filtration inhérente de l'appareillage équivalente à 0,2 mm. d'Al. Pas de filtre surajouté. Qualité exprimée en HVL: 0,3 mm. Al. Les deux seuls cas non améliorés étaient des nævi vasculaires plans (taches de vin). Toutes les lésions, à ces deux exceptions près, appartenaient à la variété dite tubéreuse.

## LA FIBROSITE<sup>1</sup>

Léonard L. TORMEY (Worcester, Mass.).

Le chapitre de la fibrosite, ou rhumatisme musculaire, est rempli de confusion. La *Revue du Rhumatisme*, dès 1934 (1), constatait que nos connaissances à ce sujet étaient inadéquates et contradictoires. Cependant, plusieurs années plus tard, Comroe (2) pouvait affirmer qu'il s'était fait bien peu de progrès, que la cause de la fibrosite était encore inconnue et de plus qu'on n'avait découvert aucune lésion caractéristique.

Depuis lors il s'est fait quelque progrès, comme le témoigne la dernière *Revue* (3). De plus, bien que la lésion de la fibrosite ne soit pas spécifique, puisqu'on la rencontre dans d'autres affections (4), la forme rhumatismale, parce qu'elle est à la base des autres formes du rhumatisme (5), acquiert une importance toute spéciale.

La place de la fibrosite au rang des maladies rhumatismales a été établie par Dandurand (6). Ropes et Bauer (7) ont récemment exprimé le point de vue actuel, et, en passant, indiqué l'abord scientifique. Cependant, jusqu'à ce que les critères du diagnostic clinique soient établis, les conclusions à tirer des différents travaux sont d'évaluation difficile. Même les rhumatologues ne sont pas d'accord sur les différentes manifestations de ce syndrome non plus que sur la valeur du traitement.

Afin de mettre les choses un peu plus au point, il nous a paru utile de repasser la vie de 142 rhumatisants observés pendant plusieurs années. Choisis parmi ceux qui semblaient offrir le plus de coopération, nous en avons fait trois parts: cardiaques, nerveux (chorée), et fibrositiques. C'est de ces derniers qu'il s'agit aujourd'hui. De prime abord,

1. Travail basé sur des données recueillies dans le service de médecine de l'Hôpital Municipal de Worcester, Massachusetts; et présenté à la séance du rhumatisme, au Congrès de l'Association des Médecins de Langue française du Canada, Ottawa-Hull, en septembre 1948.

disons que nous avons soupçonné d'être fibrositiques ceux qui, à la suite d'angine, manifestèrent des douleurs dites « de croissance », de la polyarthrite, de l'enflure articulaire stationnaire, du lumbago, de la sciatique, du torticolis ou de la « bursite ». Pour les classer avec plus de justesse, nous avons dû maintes fois leur consacrer une observation prolongée, obtenir une histoire plus détaillée, recourir au laboratoire. Tout compte fait, il nous est resté, sur ce groupe originel de 142 malades, 102 appelés fibrositiques. Leur répartition d'après l'âge et le sexe est représentée dans la figure 1.

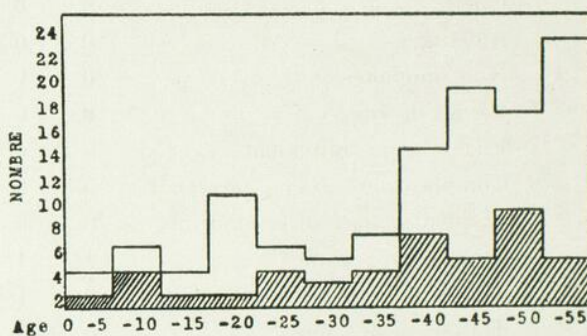


Fig. 1. Nombre, âge et sexe des malades  
Haché: Mâles

Parmi une foule de données sans valeur pour notre thèse, qu'il nous soit permis de noter quelques faits d'un intérêt général. La figure 2 nous fait voir comment 77% de ces

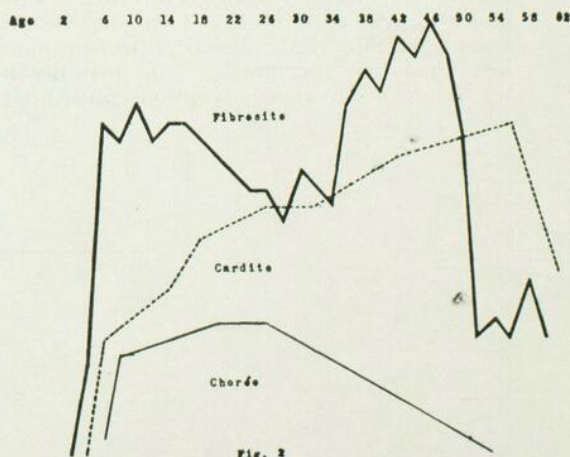


Fig. 2

fibrositiques subirent les premiers assauts de leur maladie avant l'âge de 10 ans. Elle montre encore le caractère plutôt bénin de la maladie qui leur permit de fréquenter le dispensaire avec plus de facilité que les autres. Dans la figure no 3, on trouve la tendance

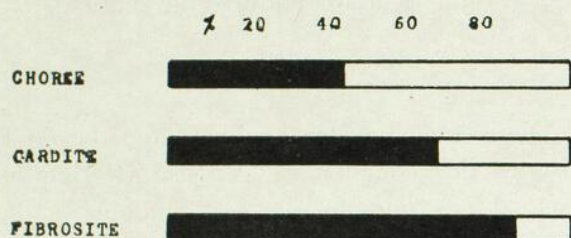


Fig. 3

remarquable du rhumatisant à des rechutes *sui generis*. Le symptôme le plus précoce fut la « douleur de croissance » (figure 4).

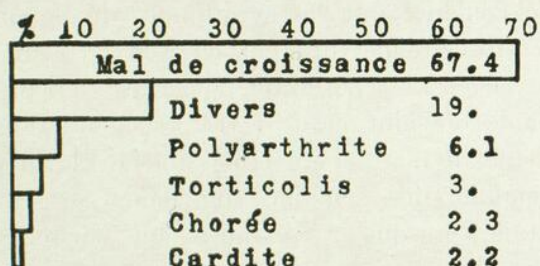


Fig. 4

Trente-cinq pour cent de nos malades font remonter le début de leur maladie à un mal de gorge ou à la scarlatine. Presque 20% avaient une histoire de cardiopathie ou d'arthropathie, mais il n'y en avait plus de trace lors de leur premier examen au dispensaire. La présence de nodules fut constatée chez 16%. Quatre-vingt-un pour cent des plus âgés avaient des nodules dans la fosse sus-scapulaire et de la crépitation à l'épaule.

Parmi les malades les plus jeunes, il s'en trouve trois cas où, après un début typique, la maladie a semblé disparaître sans trace. Six souffrirent de polyarthrite simple à répétition sans autre complication. Nous ne pouvons ignorer l'évolution de trois cas vers l'arthrite rhumatoïde. Un malade fit de la spondylite. Un autre subit les premiers assauts du rhumatisme à 26 ans; un troisième eut à l'âge de 67 ans sa première attaque

d'arthrite rhumatoïde. Tous les autres, graduellement, manifestèrent les changements de la dégénérescence articulaire. Il n'y en eut que treize sur ces cent deux malades qui n'avaient pas une histoire bien nette de rhumatisme dans l'enfance.

Une revue synoptique de ces histoires de cas nous donne l'impression que le rhumatisme musculaire peut se diviser en quatre périodes.

Le premier stage, celui de l'invasion, n'a rien qui le distingue du rhumatisme articulaire aigu si ce n'est la bénignité des symptômes. Seulement, au lieu de régresser complètement, les raideurs persistent et les crises douloureuses se répètent mais avec moins d'intensité que dans la polyarthrite. Dans aucun cas ne fut-il possible au tout début de prédire quel serait le cours de la maladie: une simple polyarthrite, une fibrosite chronique, ou de l'arthrite rhumatoïde.

Le deuxième stage fut une période de tranquillité durant environ sept ans. Tout au plus, les malades se plaignent-ils de raideurs, d'arthralgies, de torticolis, de douleurs dites « de croissance », d'une sensation de fatigue entre les épaules, ou de lumbago. Mais les attaques augmentent en fréquence avec l'âge.

La troisième période, de 22 à 35 ans, est remarquable par le nombre, l'intensité des rechutes, et la gravité des complications. C'est à cette époque que l'on voit avec fréquence la bursite de l'épaule, le lumbago, les bandes de fibrose paraspinales, les maux de tête occipitaux, les nodules sus-scapulaires, et l'arthrite rhumatoïde, dans ce groupe, à un taux assez élevé.

La quatrième et dernière époque de la fibrosite est caractérisée par les symptômes que l'on désigne depuis longtemps du nom d'arthrite hypertrophique et, aujourd'hui, simplement d'arthrite de dégénérescence. Les attaques aiguës sont moins intenses mais par contre subintrantes. Les raideurs articulaires qui suivent le repos et s'améliorent avec l'activité sont caractéristiques. A cet âge, tous nos malades à l'exception de trois avaient une longue histoire de fibrosite et tous en

portaient la marque sous forme de bursite, crépitements, nodules sus-scapulaires, bandes paraspinales, noyaux de Heberden, raideurs articulaires. Il va sans dire que tous les cas de dégénérescence articulaire ne sont pas dus à la fibrosite, mais elle semble se manifester plus tôt et d'une façon plus généralisée chez les rhumatisants.

Le cours de leur vie peut se résumer ainsi:

- 3 souffrirent d'arthrite rhumatoïde.
- 3 firent de l'endocardite.
- 26 sont disparus ou morts (après au moins dix ans d'observation).
- 2 souffrirent de spondylite.

Ce qui laisse un total de 40 malades qui firent de l'arthrite de dégénérescence.

Toutes choses étant égales, le pronostic devient de plus en plus favorable à mesure que s'allonge l'intervalle entre les rechutes. D'où l'importance de protéger les malades contre les maladies débilitantes, contre les maux de gorge, précurseurs notoires des crises rhumatismales, contre la diète déficitaire, le surmenage et l'insomnie. La santé de ces malades est dans un équilibre tellement instable qu'il suffit souvent d'une infection mineure pour déclencher une récurrence. Toute douleur ou enflure doit être un objet de surveillance, car ce peut être le premier signe d'une arthrite rhumatoïde.

De tristes exemples nous ont appris qu'il ne faut pas orienter les enfants fibrositiques vers une carrière qui requiert l'endurance, ou vers un état social trop exigeant. Il est péremptoire que toutes les énergies du malade doivent être consacrées à la répression de son rhumatisme. Ce principe conservateur se confirme par le fait que presque 50% des rechutes surviennent à la suite, sinon comme conséquence, d'une crise d'émotion et 83%, à la suite de surmenage.

Quant aux malades plus âgés, ceux qui sont arrivés au stage de la dégénérescence articulaire, en plus de leur infirmité, ils ont à subir souvent des conséquences de leur propre thérapeutique: intoxication par médication

prolongée, diète déficitaire. Somme toute, le traitement de routine a, même à cette époque, un résultat satisfaisant. Il va sans dire qu'en face du dommage articulaire résultant de l'usure normale aggravée par la sclérose cicatricielle du rhumatisme, il ne faut rien espérer au delà du confort du malade.

#### DISCUSSION

Nous nous garderons bien de tirer de ces études des conclusions statistiques rigoureuses. L'âge moyen de ces malades à leur première entrevue était de 37.3 ans. En conséquence, les données qui se rapportent au début de leur maladie sont parfois viciées par l'inexactitude inévitable d'une anamnèse prolongée. Tout de même il nous est permis de conclure que les symptômes du début de la fibrosite ne diffèrent en rien de ceux qui précèdent la chorée ou la cardite. Quant au mode d'évolution de cette forme de rhumatisme, il nous a été impossible de le prédire pendant des semaines ou même des mois. Mais, presque sans faute, une histoire et une observation adéquates nous ont permis de prédire l'arthrite rhumatoïde chez un tel et la fibrosite chronique simple chez un autre. Tout de même, le point critique où finit la fibrosite et où commence l'arthrite est indéterminable. A certains points de vue, la distinction est sans importance, puisqu'il n'y a qu'une question de degré; tous les rhumatoïdes souffrent de fibrosite, et tous les fibrositiques sont candidats à l'arthrite rhumatoïde.

#### RÉSUMÉ

On peut dire que l'enfant rhumatisant, à sa première attaque, fait face à trois alternatives. Dans son système musculo-squelettique il réagira avec violence par les manifestations communes au rhumatisme articulaire aigu, ou plus discrètement, tôt ou tard, par la fibrosite. Si le système nerveux est atteint, il répondra par la chorée et le système circulatoire, par l'endocardite. Parfois on verra

deux de ces manifestations chez le même malade, jamais les trois.

La fibrosite chronique est caractérisée par des exacerbations périodiques dont la durée, l'intensité et les complications sont en fonction de la résistance du malade. Simple douleur de croissance ou torticolis dans l'enfance, elle devient lumbago ou bursite chez les adultes; parfois même, à cet âge, elle dégénère en arthrite rhumatoïde ou en spondylite. Passé la quarantaine, le progrès du rhumatisme se continue, et l'on voit apparaître les raideurs, les douleurs, les troubles de la dégénérescence articulaire ou arthrite hypertrophique. Il y a longtemps que l'on a nié le rapport entre la fibrosite de l'enfance et les changements articulaires du vieil âge. Certes, la pathologie en est fort différente. On ne peut cependant ignorer le fait que tous nos malades fibrositiques simples finirent par être atteints d'arthrite hypertrophique. Il ne faudrait pas, on le conçoit, considérer l'arthrite hypertrophique comme une maladie nécessairement d'origine rhumatique mais plutôt comme un processus presque normal dont l'évolution est accélérée et la pathologie aggravée par le rhumatisme.

L'explication de la différence des changements pathologiques dans les deux maladies se trouve peut-être dans l'hypothèse de Hare (8), à savoir que l'évolution rapide se manifeste par la prolifération (comme dans l'arthrite rhumatoïde) et l'évolution lente, par des troubles de dégénérescence.

### Conclusion.

Ce travail est une revue de la morbidité de 102 fibrositiques suivis pendant une moyenne de 16 ans. Trois n'eurent plus de rechute, six firent du rhumatisme articulaire aigu, trois

firent de l'arthrite rhumatoïde et deux de la spondylite. Tous les autres survivants, au nombre de quarante, firent de la dégénérescence articulaire. Chez la plupart d'entre eux, le rhumatisme s'est manifesté leur vie durant: dans l'enfance par des symptômes le plus souvent aigus; des troubles musculo-squelettiques y compris l'arthrite rhumatoïde, dans l'âge moyen; et des changements hypertrophiques dans l'âge avancé. Et l'on est porté à conclure qu'il semble y avoir un lien entre ces diverses manifestations rhumatismales et que le point d'attaque thérapeutique serait dans l'enfance à la période d'invasion.

### BIBLIOGRAPHIE

1. The present status of the problem of « Rheumatism and Arthritis »; Review of American and English Literature for 1934. *Annals of Internal Medicine*, **9**: 965 (janv.) 1936.
2. Bernard I. COMROE: *Arthritis and Allied Conditions*. Lea and Febiger, 1940, p. 368-369.
3. « Rheumatism and Arthritis », Review of American and English Literature of Recent Years (Ninth Rheumatism Review). *Annals of Internal Medicine*, **28**: 342 (janv. et fév.) 1948.
4. Leopold LICHTWITZ: *Pathology and Therapy of Rheumatic Fever*. Grune and Stratton, Inc., New-York, 1944, p. 27.
5. Marion W. ROPES et W. BAUER: « Rheumatoid Arthritis: Its varied clinical Manifestations. » *New England Journal of Medicine*, **236**: 620 (nov.) 1945.
6. René DANDURAND: « Classification des syndromes rhumatismaux. » *L'Union Médicale du Canada*, **75**: 1517 (nov.) 1946.
7. Marion W. ROPES et Walter BAUER: « Rheumatoid Arthritis: Its varied clinical Manifestations. » *Loc. Cit.*
8. Tom HARE: « An Investigation of the Etiology and Pathology of Equine Chronic Arthritis (Rheumatoid Arthritis). » *Vet. Rec.* **7**: 411, 1927.

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

(Fondée à Québec en 1902)

**L'Union Médicale du Canada**

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 78, No 3 — Montréal, mars 1949

**LE TRAITEMENT DU CANCER  
DU SEIN**

Le traitement du cancer du sein est une question dont on a beaucoup parlé et qui a fait l'objet de nombreuses communications; il n'en reste pas moins d'une terrible actualité.

On a discuté de la valeur thérapeutique de certaines méthodes, on a établi des statistiques, on a relevé des fins d'observation qui dépassaient les habituelles cinq années de survie. Il semble, toutefois, qu'aucune conclusion précise, mathématique, ne puisse être apportée, qui soit capable de couvrir tous les cas et de répondre à toutes les indications.

L'Association Française de Chirurgie a si bien compris les difficultés du problème qu'elle a mis à l'ordre du jour de son 51<sup>ème</sup> congrès de chirurgie, tenu en octobre 1948, la question du traitement du cancer du sein. Elle a choisi trois rapporteurs, MM. J. Ducuing, directeur du centre anticancéreux de Toulouse, A. Tailhefer, de la Fondation Curie et du centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu de Paris, et F. Baclesse, de la Fondation Curie, de Paris.

La Société de Chirurgie de Montréal, à sa séance de février 1949, a également étudié un des aspects particuliers du cancer du sein: le traitement chirurgical de ses métastases.

Il ressort que, si l'on doit accepter

l'opinion de Ducuing, il faut reconnaître avant tout que le cancer du sein n'est pas un bon cancer, qu'il est tardivement dépisté et qu'il est essentiellement polymorphe au point de vue macroscopique et histopathologique. Ces notions méritent d'être notées et longuement approfondies, car elles sont la base du raisonnement qui conduira au traitement.

Il est indéniable que le cancer du sein n'est pas un bon cancer et les communications récentes à d'autres congrès, particulièrement à celui du cancer, tenu à Saint-Louis, en 1947, en ont fourni des preuves manifestes.

Le cancer du sein évolue différemment, c'est ce qui fait la difficulté de son diagnostic précoce; il apparaît à tout âge, mais il faut le craindre plus que jamais quand une tumeur se développe chez une femme au voisinage de la cinquantaine, surtout si la tuméfaction n'est pas douloureuse.

Le but de cet article est d'attirer une fois encore l'attention des médecins sur le nombre beaucoup trop considérable de malades qui arrivent à un traitement trop tard. De même, si la tumeur est peu avancée et à peine perceptible, il est le plus souvent impossible de percevoir une atteinte des relais ganglionnaires du voisinage, ce qui ne veut pas dire que les ganglions axillaires ne soient pas envahis.

Le pessimisme qui se manifestait à certains congrès de l'Association Française du Cancer, vers 1930, est encore l'état d'esprit de certains thérapeutes; il est, en effet, nombre de cas où les métastases apparaissent simultanément, ou presque, avec la découverte du noyau primitif.

Le cancer du sein peut être ou lym-

phophile, ou hémophile, et, suivant l'une ou l'autre tendance, il y a évolution différente. Certaines formes, également, évoluent avec une extrême rapidité et déroutent toute thérapeutique. Il est un fait, cependant, qu'il est bon de noter : c'est que certaines formes sont très radio-sensibles, que d'autres le sont moins.

Le dépistage des cancers du sein se ferait assez facilement, si les femmes étaient soumises à des examens fréquents de santé, ce qui est difficile à exiger. Cependant, si toutes les excrèses des tuméfactions du sein que, cliniquement, l'on croit bénignes étaient soumises à un examen histologique, il y aurait lieu d'appliquer à temps le traitement adéquat.

Un anatomo-pathologiste compétent a, de nos jours, les moyens de faire presque extemporanément, avec un minimum d'erreurs, le diagnostic précis du nodule enlevé. D'où il convient d'insister pour que les médecins n'hésitent pas à faire disparaître chez leurs clientes toute formation tumorale du sein.

On a beaucoup exagéré les dangers de la biopsie et ceux-ci ne peuvent être mis en cause lorsque l'ablation de la tumeur est suivie immédiatement de l'amputation complète si le rapport histologique est positif. D'ailleurs, la biopsie serait-elle une fois dangereuse, qu'elle peut sauver un nombre considérable de cas lorsqu'elle permet de reconnaître, sans erreur, la formation maligne au sein d'un petit noyau, cru jusqu'alors insignifiant et bénin.

Mais, une fois le diagnostic néoplasique posé, le problème n'est pas résolu,

car, en effet, suivant le stade évolutif de la lésion, il y a là différentes thérapeutiques qui s'offrent au choix du médecin. Les cancérologues, qu'ils soient chirurgiens ou physiothérapeutes, peuvent et d'ailleurs pensent différemment. Les uns croient à la vertu du seul traitement chirurgical large ; d'autres croient que, parfois, la seule radiothérapie soit suffisante. Ce sont les deux extrêmes et le médecin doit faire preuve d'éclectisme.

Les publications récentes enseignent que le traitement du cancer du sein doit être un traitement mixte où la méthode chirurgicale doit être associée à la radiothérapie. Il ne faut pas, cependant, oublier que l'hormonothérapie et la stérilisation systématique trouvent des partisans.

Ducuing a basé son rapport du Congrès Français de Chirurgie sur une série personnelle de 1,037 cas de cancer du sein ; les centres anticancéreux ne peuvent pas tous tabler sur un chiffre aussi élevé. Aussi, devons-nous prendre en sérieuse considération les conclusions de ceux qui ont vu un nombre extraordinaire de cas et, sinon les adopter en totalité, du moins diriger nos efforts dans le même sens que les leurs.

Cet article serait de nul effet s'il n'avait su éveiller dans l'esprit du praticien le concept du diagnostic précoce du cancer du sein.

La lésion est curable aux premiers stades ; elle donne beaucoup de déboires lorsqu'elle a atteint les lymphatiques et elle est difficile à guérir quand les métastases sont apparues.

Edouard DESJARDINS.

# HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

## RAPPORT CONCERNANT LA DISTRIBUTION DU BREUVAGE LACTÉ AU CHOCOLAT DANS LES ÉCOLES DE MONTRÉAL

### 1° *Breuvage lacté au chocolat : définition et loi.*

La loi fédérale des aliments et des drogues définit ainsi le breuvage lacté au chocolat : « Le breuvage lacté au chocolat sera fabriqué avec du lait, du lait écrémé, de la poudre de lait ou de la poudre de lait écrémé auquel auront été ajoutés du sucre ou du miel et du chocolat ou du cacao préparé avec du chocolat ou du cacao, des stabilisateurs inoffensifs, du sel et des essences aromatiques. Ce breuvage devra être étiqueté « breuvage lacté au chocolat » et sa teneur en gras de beurre devra être imprimée en caractères clairs et facilement visibles. Le breuvage lacté au chocolat ne devra pas contenir plus de 50.000 bactéries par centimètre cube. Le nombre des bactéries sera déterminé par la méthode sur plaque, méthode suivie par le laboratoire d'hygiène. » (*Loi des aliments et drogues, 1942, Ministère des pensions et de la santé nationale, Ottawa, Canada.*)

Les rapports d'une enquête spéciale faite par le personnel de la Section de l'inspection du lait en ville à la Division de l'inspection des aliments du Service de santé de Montréal ont révélé que 19 laiteries sur 24 établissements de pasteurisation fabriquaient, au 1er mars 1948, la quantité totale du breuvage lacté au chocolat consommé par la population montréalaise. Un relevé des procédés et recettes de fabrication du breuvage lacté au chocolat a montré, à la même date, que, dans la totalité des cas, on se conformait avec pleine et entière satisfaction aux exigences de

la définition fédérale, comme en font foi les chiffres suivants : des 19 laiteries inspectées entre les 20 février et 4 mars 1948, 10 préparaient leur breuvage lacté au chocolat avec un mélange de lait entier, de lait écrémé, de chocolat et de sucre ; 3, avec du lait entier, de l'eau, du sucre et de la poudre de chocolat ; 2, avec du lait entier, du sucre et de la poudre de chocolat ; 2, avec du lait écrémé, du sucre et du chocolat ; 1, avec un mélange de lait entier, de lait évaporé ou en poudre, de sucre et de poudre de chocolat ; 1, avec un mélange de lait écrémé, de crème, de sucre, de sel et de poudre de chocolat. (*Rapport d'inspection spéciale, Division de l'inspection des aliments, 20 février au 4 mars 1948.*)

Bien que la loi fédérale n'exige rien de plus que les particularités plus haut mentionnées, la même enquête a aussi révélé que dans 3 laiteries seulement on se servait, pour le mélange, de ce qu'on est convenu d'appeler lait de retour.

Figurant à son programme de travail régulier, l'inspection de routine du breuvage lacté au chocolat constitue une des tâches de la Division de l'inspection des aliments et relève d'une section spéciale de cette division qui est chargée de l'inspection du lait en ville. 146 échantillons de breuvage lacté au chocolat furent prélevés durant l'année 1947 aux différentes écoles de la ville et furent analysés au laboratoire du Service de santé avec les résultats suivants : 84.94% des prélèvements contenaient de 1.5 à 2.5% de matières grasses, 94.3% ne présentaient que 50.000 ou moins

de bactéries par centimètre cube et 84.85% remplissaient les exigences de bons échantillons du point de vue recherche du colibacille. (*Rapport Hood, 25 novembre 1948.*)

A date, en 1948, 101 échantillons furent examinés aux mêmes fins et les chiffres sont les suivants : 89.11% des spécimens contenaient 1.5 à 2.5% de matières grasses, 99% ne présentaient que 50,000 ou moins de bactéries par centimètre cube et 92.07% donnaient des rapports satisfaisants pour la recherche du colibacille.

2° *Certains désavantages* de la consommation du breuvage lacté au chocolat par les écoliers sont admis et discutés par toutes les autorités compétentes en hygiène scolaire et en nutrition. Les plus importants sont les suivants :

- a) Accroc au principe éducatif primordial en hygiène scolaire qui veut que l'on enseigne à l'enfant la meilleure de deux habitudes de vie, en l'occurrence celle de boire du lait entier de préférence au breuvage lacté au chocolat.
- b) Risque d'avitaminose A chez l'enfant qui, ne consommant que du lait écrémé, se trouverait à manquer aussi des autres sources alimentaires importantes de ce principe nutritif essentiel.
- c) Invitation à la négligence coupable de certains parents qui peuvent compter bien à tort sur la valeur nutritive d'un breuvage lacté entier ou au chocolat, pour combler les besoins essentiels de l'écolier qui doit avoir un déjeuner beaucoup plus substantiel.
- d) Aggravation du manque d'appétit chez l'enfant déjà anorexique et capricieux, par la consommation entre les repas d'un breuvage qui fournit plus de calories et peut ainsi remplacer le besoin d'une quantité plus importante d'aliments essentiels.

Il convient de rappeler ici qu'à une assemblée de la Commission d'hygiène tenue le 16

novembre 1939, une opinion fut émise sur la question du breuvage lacté au chocolat et qu'à ce moment la Commission d'hygiène fut d'avis « qu'on ne devait servir que du lait et non pas du lait chocolaté aux enfants qui souffrent de dénutrition ». (*Bulletin d'hygiène, novembre-décembre 1939, vol. 25, no 6.*)

Enfin, les opinions des spécialistes en la matière n'ont pas encore été définitivement émises sur l'opportunité de servir un déjeuner ou un lunch complet plutôt qu'un simple breuvage lacté. (*Correspondance Sylvestre-Groulx-Laporte, février 1947.*)

### 3° *Organisation de la distribution du lait dans les écoles.*

Le système de distribution du lait et du breuvage lacté au chocolat dans les écoles de Montréal diffère actuellement selon que l'on considère la Commission des écoles catholiques ou le Protestant Central School Board. Alors que dans chacune des écoles protestantes la distribution du lait est entièrement laissée à l'initiative des directeurs et directrices d'écoles, ceux-ci étant libres d'avoir ou non une cantine et voyant personnellement à leur propre organisation, la Commission scolaire catholique a, depuis 1931, une organisation centrale connue sous le nom de *Bureau des œuvres sociales scolaires catholiques*, chargée entièrement de toute l'organisation des cantines scolaires. (*Travail du docteur Laporte, novembre 1939.*)

### 4° *Statistiques de la distribution.*

Pour fins de renseignements aux intéressés, les chiffres suivants ont été compilés sur les diverses particularités de la distribution du lait et du breuvage lacté au chocolat dans les écoles de Montréal. (*Rapport du Dr Hood en date du 25 novembre 1948.*)

Nous reproduisons ci-après un tableau indiquant le résultat de l'enquête poursuivie dans 212 écoles visitées par des inspecteurs sanitaires (section du lait) durant les mois de janvier et de février 1947.

## ENQUÊTE DANS 212 ÉCOLES VISITÉES DURANT JANVIER ET FÉVRIER 1947.

		Brevages lactés consommés		Lait entier		Brevage lacté chocolaté	
		Lait entier	Brevage lacté choc.	Vendu	Donné	Vendu	Donné
167 écoles catholiques	70,624 élèves	34.4%	65.6%	34.2%	65.8%	77.3%	22.7%
45 écoles protestantes	24,875 élèves	67.5%	32.5%	58.5%	41.5%	91.9%	8.1%

Tous ces pourcentages sont calculés sur les chiffres de consommation quotidienne moyenne en demiards durant la période d'observation.

*Consommation quotidienne du breuvage lacté au chocolat à Montréal.*

Population générale	Demiards	Pourcentages	(1) Chiffre de consommation quotidienne moyenne pour 1947.
	39,616 (1)	100%	
Population écolière	12,039 (2)	30.3%	(2) Chiffre de consommation quotidienne moyenne pour janvier et février 1947.

Ce tableau indique que :

a) Dans les écoles dirigées par la Commission des Ecoles catholiques de la Ville de Montréal, 65.6% de la consommation est du breuvage lacté au chocolat et 32.5% dans les écoles protestantes.

b) La consommation quotidienne du breuvage lacté au chocolat par la population écolière est de 12,039 demiards, soit 30.3% de la consommation quotidienne totale de ce breuvage qui est de 39,616.

*5<sup>e</sup> Principe en jeu.*

Il convient probablement ici de faire un retour en arrière et d'affirmer encore une fois l'idéologie de base de toute cette question des cantines scolaires.

La période scolaire est, pour l'individu, une période de croissance, de développement et d'éducation, c'est-à-dire, en résumé, de préparation à affronter toutes les exigences tant physiques que morales de la vie adulte. Pour bien croître et bien se développer, il faut bien manger et, pour contracter de saines habitudes d'hygiène alimentaire, il faut apprendre tôt et pratiquer jeune les principes d'une alimentation rationnelle. Ne voit-on pas comment l'on frappe d'une pierre deux coups, lorsqu'on entre à l'école en prêchant la doctrine qui explique, convainc et entraîne à

l'action qui créera l'habitude, en même temps que l'on fournit l'occasion de profiter sur-le-champ des bienfaits apportés par l'aliment sain. Education et apport d'aliments sains, voilà les deux principes de base de toute l'organisation des cantines scolaires. (*L'enseignement de la nutrition dans un service municipal de santé, Dr Groulx, octobre 1944.*)

**Conclusions**

1<sup>o</sup> Le breuvage lacté au chocolat, préparé selon les exigences de la Loi fédérale et répondant dans sa composition chimique et dans sa qualité bactériologique aux résultats d'analyses faites régulièrement, est offert sous trois formes :

- Brevage lacté au chocolat fait avec du lait presque entier, c'est-à-dire ayant environ 3% de gras.
- Brevage préparé avec du lait écrémé à 2% de gras.
- Brevage préparé avec du lait écrémé plus ou moins complètement, mais avec un pourcentage de gras inférieur à 2%.

2<sup>o</sup> L'enquête poursuivie par le Service de santé a révélé que le breuvage lacté au chocolat est substitué au lait entier dans les écoles dans des proportions croissantes et,

même, d'après des chiffres récents, qui dépassent la consommation du lait entier, ce qui a créé une habitude non recommandable.

3° Au point de vue nutritif, le lait entier pasteurisé est reconnu l'aliment essentiel pour l'enfant. Aucun breuvage ne peut y suppléer avec avantage. De plus, il est beaucoup mieux de distribuer du lait aux enfants, afin de les habituer à en boire.

L'usage fréquent de breuvages aromatisés et sucrés intervient avec l'appétit de l'enfant et ses repas et contribue à le détourner davantage du lait. Dans certains cas, il cause des inconvénients.

4° Concernant le but de la distribution du lait dans les écoles, « on doit tenir compte que la cantine scolaire a surtout un but éducatif : enseigner à l'enfant ce qu'est le lait, un bon lait pasteurisé, et à en boire ; secondairement cette mesure a pour objet d'aider l'enfant dénuutri et celui qui n'a pas déjeuné. » (*Groulx, L'enseignement de la nutrition dans un service municipal de santé, octobre 1944.*)

Ailleurs, en Angleterre et aux États-Unis, en certains États, dans ce même but de faire l'éducation de l'enfant et au point de vue alimentation, on lui sert un lunch complet chaud, pour lui enseigner quels aliments manger et comment manger.

5° Le personnel médical du Service de santé qui visite les écoles de Montréal a, par ailleurs, instruction d'enseigner aux enfants à boire du lait entier pasteurisé.

6° Toute pratique et vulgarisation qui s'écarte de ce principe fausse l'éducation de l'enfant, ce qui est la situation actuelle et peut l'éloigner davantage de la consommation du lait ; d'autre part, souvent le lait qu'il reçoit à l'école est le seul qu'il prend.

7° Les dangers encourus chez certains enfants par l'usage prolongé et régulier de breuvage lacté au chocolat ont été signalés au cours d'une séance médicale dans un centre

hospitalier local et rendus publics par la suite.

En conséquence, nous recommandons :

1° que l'enseignement de l'hygiène dans les écoles vise à inculquer aux enfants les notions réputées les meilleures, dont celle concernant le lait pasteurisé et sa consommation ;

2° que le lait entier pasteurisé soit le seul lait recommandé et distribué aux élèves, sans réserve ni exception ;

3° que la Commission d'hygiène réaffirme l'opinion qu'elle a émise à ce sujet en 1939, à savoir : « Qu'on ne devrait servir que du lait entier et non pas du breuvage lacté au chocolat aux enfants qui souffrent de dénutrition » ;

4° que les octrois publics ou venant de la charité ne doivent être appliqués qu'à l'achat de lait pasteurisé entier.

Ont contribué à cette étude : les docteurs A. Groulx, directeur du Service de santé, A. Plouffe et J.-N. Laporte, assistants-directeurs, A.-J.-G. Hood et J. Brien, respectivement surintendant et assistant-surintendant de la division de l'inspection des aliments, R. Bérard, surintendant de la division des laboratoires, et B. Primeau, rapporteur.

*Dr J.-N. Laporte, D.P.H.*

assistant-directeur et surintendant de la division de l'hygiène de l'enfance.

*Dr Bertrand Primeau, M.P.H.*

rapporteur.

*Approuvé par :*

Le directeur du Service de santé  
*Dr Adélard Groulx, M.P.H.*

Soumis à la Commission d'hygiène  
le 4 janvier 1949.

### Appendice

#### OPINIONS ET COMMENTAIRES

Le breuvage lacté au chocolat est un aliment accepté par le *Council on Food of the*

*American Medical Association* en autant qu'il ne contient que de 0.01 à 0.02% de caféine et théobromine. Cette proportion fournit, par 8 onces, 0.03 gramme de caféine et théobromine, ce qui représente une quantité de 10 à 15 fois inférieure à la dose thérapeutique de ces drogues. Les pourcentages de tannin contenu dans le cacao ou le chocolat ne figurent pas, à cause de leur peu d'importance, aux tableaux analytiques des produits alimentaires acceptés par le *Council on Food of the American Medical Association*. Des analyses chimiques effectuées par le docteur Bérard, surintendant de la Division des laboratoires au Service de santé, sur divers échantillons de breuvage lacté au chocolat ont donné en 5 occasions sur 6 des proportions de caféine et théobromine ne dépassant pas 0.02% et un pourcentage moyen de 0.12% de tannin. (*Rapport Bérard, 23 novembre 1948.*)

Le tableau des valeurs nutritives des divers aliments recommandés au Canada, préparé par la Division de la nutrition au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, donne pour le breuvage lacté au chocolat à peu près les mêmes proportions des divers aliments nutritifs que celles contenues dans le lait entier si l'on fait exception pour la moindre teneur en gras et en vitamine « A ». (*Table of food values recommended for use in Canada, Nutrition Division, Department of National Health and Social Welfare, 1946.*)

Les conclusions d'une étude de références compilées récemment par le directeur des études et professeur de technologie laitière à l'École de laiterie de la province de Québec à St-Hyacinthe, ont cherché à démontrer la valeur du breuvage lacté au chocolat au point de vue nutritif, sanitaire et nocif (*Rapport Bégin, début de novembre 1948.*)

Des travaux poursuivis au *Wisconsin Dairy Institute* par Newell et Elvehjem sur l'influence du breuvage lacté au chocolat sur la croissance des rats ont été rapportés dans « Science » avec les conclusions suivantes : « Animals may be raised on a diet consisting solely of

mineralized chocolate milk without any ill effect ». (*Science 99 : 411-412, 1944.*)

Un rapporteur à la convention annuelle de l'Association américaine de la santé publique, tenue à Pittsburg en 1940, s'est élevé contre le gaspillage outré du lait écrémé trop souvent donné aux animaux ou simplement jeté à l'égout. Ces commentaires sont basés sur la valeur du lait écrémé tant au point de vue nutritif qu'économique. (*American Journal of Public Health, 30 : 237-239, 1940, J. S. Abbott.*)

La question controversée du mauvais effet du lait ingéré entre les repas sur l'appétit de l'écolier a été maintes fois étudiée et a fait l'objet d'une recherche spéciale du docteur I. J. Wolman, qui a rapporté les résultats obtenus dans le cas d'enfants en convalescence de fièvres rhumatismales aiguës, et le docteur Wolman dé conclure : « No evidence was found in my experiments to warrant advising the discontinuance of drinking milk between meals ». (*Journal of Pediatrics, 28 : 703-712, 1944.*)

Le docteur L. B. Pett, chef de la Division de la nutrition au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, écrit dans une lettre en date du 26 novembre 1945; concernant la consommation du breuvage lacté au chocolat, par l'enfant, que « we sought to introduce a slight note of caution in the use of the chocolate drink » ; et plus loin : « We do warn against the possibility that this may become the only milk being taken ».

Dans une deuxième lettre en date du 15 décembre 1948, il ajoute et confirme son opinion dans les termes suivants : « So far as Chocolate Flavoured Dairy Drink is concerned, I would not hesitate to use it in a case that would otherwise not take milk. But I believe that it has certain undesirable characteristics, which would prevent me from recommending anything like a campaign to get children to drink Chocolate Drink ».

La question de l'usage du café, thé et cacao chez les enfants a fait l'objet d'une étude spéciale lors de la conférence à la Maison

Blanche de Washington sur les problèmes infantiles en 1930 et le rapport paru en 1932 traite à fond de l'emploi du chocolat en alimentation infantile. Suit une traduction des principaux passages touchant au problème en cause : « En autant qu'il est employé dans un breuvage, la valeur nutritive du cacao est négligeable. Ce qui nous intéresse, par conséquent, est le taux de son principe actif, la théobromine, étant donné que les quantités de caféine et d'acide tannique sont si petites qu'elles peuvent aussi être négligeables. La quantité de la drogue contenue dans une dose de cacao variera de 0.02 à 0.1 gramme selon le mode de préparation.

« En conclusion, il semble évident que les effets de la théobromine soient comparables, quoique non identiques, à ceux de la caféine. Les données expérimentales, cependant, sont trop limitées pour en tirer des conclusions définitives. En général, les effets du cacao sur l'enfant devraient être similaires à ceux du café ou du thé, si le chocolat est consommé en quantité suffisante pour fournir une dose équivalente de l'alcaloïde. Si, cependant, l'excitation nerveuse est moins marquée, c'est autant à l'avantage du cacao bien que son action diurétique supérieure puisse contrebalancer cet avantage. Pour toutes fins pratiques, une enquête sur le cacao doit répondre aux mêmes questions que le café et le thé :

- (1) Fournit-il une dose nuisible de drogue ?
- (2) Devient-il de plus en plus en demande ?
- (3) Tend-il à remplacer le lait ?

La quantité de drogue contenue dans ce breuvage ne peut être calculée avec précision, car il n'y a pas de façon uniforme de le préparer. L'expérience montrerait qu'il y a probablement moins de tendances à augmenter la concentration du cacao ou à l'employer régulièrement, comme cela semble être le cas pour le café. Il est aussi probable que le cacao sert surtout à donner de la saveur au lait plutôt qu'à le remplacer. Si ces présomptions sont justes, si, comme on le prétend, les effets sur le système nerveux sont moins marqués

et si on n'emploie que des qualités modérées de cacao, alors, dans ces conditions, la pratique de permettre le cacao tandis qu'on prohibe le café ou le thé pourrait être justifiable ». (*White House Conference Report, Vol. III, p. 484-501, 1932.*)

Le 22 février 1947, au cours d'une séance d'étude à l'hôpital Sainte-Justine, l'on a signalé avoir constaté chez des enfants habitués à boire du breuvage lacté au chocolat certains symptômes cliniques consistant surtout en des signes généraux de dénutrition, de la décoloration des selles par atteinte hépatique, de l'anoxerie et un dégoût progressif pour les aliments essentiels de base. L'on s'est élevé à la même occasion contre le goût développé chez les enfants pour un breuvage sucré à la place du lait et pour le chocolat dont on a fait le procès au point de vue chimique et nutritif.

Dans une lettre en date du 20 décembre 1948 adressée à M. Bégin, de l'école de laiterie de St-Hyacinthe, le docteur C. W. MacMillan, du département d'hygiène et de médecine sociale de l'Université McGill, définit le but de la distribution du lait dans les écoles en même temps qu'il s'oppose à l'usage quotidien du breuvage lacté au chocolat comme substitut du lait. Nous citons :

« Milk is served in schools primarily for those children who do not receive an adequate diet at home. The best preparation for this purpose is pasteurized whole milk ».

« As an occasional beverage, therefore, I have no objection to chocolate milk, but I am opposed to any effort which tends to promote its consumption as an alternate or substitute for whole milk in the daily diet ».

D'autres autorités en pédiatrie et en nutrition ont répondu à nos demandes d'opinion dans le même sens et l'accord semble être unanime sur ces points :

Même si le breuvage lacté au chocolat peut occasionnellement être pris à la place du lait, le lait entier non aromatisé doit rester celui communément en usage dans les écoles et surtout celui auquel on doit habituer l'enfant qu'on veut éduquer correctement.

Dans une lettre du 29 novembre 1948, le Dr J.-E. Sylvestre, directeur de la Division de la nutrition au Ministère provincial de la santé, aviseur en la matière, émet l'opinion suivante : « Si les enfants ne boivent du lait que sous cette forme de breuvage, il pourrait s'ensuivre des inconvénients assez sérieux... ». Un peu plus loin, il ajoute : « Il est indéniable que les enfants tireront meilleur parti des substances nutritives du lait et, plus particulièrement du calcium qu'il contient, si l'on prend le lait en nature, car le chocolat précipite une partie du calcium qui, par le fait même, n'est plus assimilé. C'est pourquoi il serait beaucoup mieux de distribuer du lait aux enfants plutôt que du breuvage lacté, afin de les habituer à boire du lait. »

#### Formule d'Oslo

La formule d'Oslo, mise au point par le Pr Schiotz, est maintenant connue. Comme le rappelle R. Paumier, elle consiste en un véritable petit repas pris le matin avant la classe et comportant : 400 à 500 cc. de lait, 2 biscottes de 20 gr. faites avec de la farine de blé non blutée, 20 gr. de margarine et 20 gr. de fromage de chèvre cuit, 1 ou 2 sandwiches de pain de seigle complet (100 gr.) autour de 20 gr. de margarine, enfin une carotte crue (100 gr.) ou — l'hiver — une demi-pomme, une demi-orange ou une demi-banane. D'octobre à fin avril, 200 gr. de lait peuvent être remplacés par du cacao bouilli dans du lait écrémé. Les élèves les plus atteints par la sous-alimentation reçoivent en outre une cuillerée à soupe d'huile de foie de morue (*L'année médicale pratique, 1948, p. 159.*)

#### RÉFÉRENCES SUR LE MÉTABOLISME DU CALCIUM

In adult human subjects, whether subsisting on a low calcium diet or on diets of borderline calcium adequacy, a medium-cost cocoa in daily portions of 21 to 38 Gm. approximating the tolerance limit, was not shown to affect the calcium balance adversely. (Mitchell, H.H. and Smith, Janice M. : Nov. 24, 1945, « The effect of cocoa on the utilization

of dietary calcium ». *J.A.M.A.* 129 — pp. 871-873.)

1. Two medium-cost breakfast cocoas containing 22 to 24% of fat depressed calcium assimilation in growing rats in proportion to their contents of oxalic acid.

2. A low-cost cocoa containing 10.58% of fat depressed calcium assimilation to an extent about three times as great as could be accounted for by its content of oxalic acid.

3. The latter cocoa depressed the growth of rats also to a distinctly greater extent than the former two cocoas.

4. No distinction between the two medium-cost cocoas with reference to their effects upon growth or calcium metabolism was established. (Mitchell, H. H. and Hamilton, T. S.: 1946, « The effect of different grades of cocoa upon the retention of dietary calcium by growing rats ». *J. Nutr.* 31, 377-386.)

#### DOCUMENTATION

1° Lettre de M. René Guénette, assistant-secrétaire de la commission des écoles catholiques de Montréal, au docteur Ad Groulx, directeur du service de santé, demandant une directive dans la question du breuvage lacté au chocolat dans les écoles.

2° Réponse du docteur Groulx à M. Guénette l'informant de la soumission de la question du breuvage lacté à un comité d'étude devant présenter un mémoire aux membres de la commission d'hygiène.

3° Lettre du docteur Groulx au docteur J.-Ernest Sylvestre, directeur du service de la nutrition pour la province de Québec, lui faisant une demande d'opinion sur la valeur nutritive et la consommation par la gent écolière du breuvage lacté au chocolat.

4° Réponse du docteur J.-Ernest Sylvestre au docteur Groulx par une copie d'une lettre adressée au docteur Marc Bergeron en date du 29 novembre 1948, dans laquelle le direc-

teur de la division de la nutrition du ministère provincial de la Santé offre une directive de « moyen terme entre les opinions opposées des scientifiques ».

5° a) Demande de statistiques à M. René Guénette sur la distribution du lait et du breuvage lacté au chocolat dans les écoles de la commission scolaire catholique depuis l'établissement des cantines scolaires.

b) Réponse de M. René Guénette par un tableau compilé par mademoiselle Alice Lebel, directrice-secrétaire du bureau des Oeuvres sociales scolaires catholiques.

6° Lettre de transmission par le docteur Groulx du texte de conclusion du mémoire au sujet du breuvage lacté au chocolat à Me L.-A. Lapointe, c.r., directeur des Services, pour soumission au Contentieux municipal et expression d'une opinion légale.

7° Réponse de Me L.-A. Lapointe, c.r., communiquant au docteur Groulx l'opinion du Contentieux émise par son chef Me Guillaume Saint-Pierre.

8° Rapports d'une inspection spéciale de la Division de l'inspection des aliments concernant les recettes et procédés de fabrication du breuvage lacté au chocolat.

9° Rapport du docteur A.-J.-G. Hood, surintendant de la Division de l'inspection des aliments, re : lait pasteurisé et breuvage chocolaté servis dans les écoles durant janvier et février 1947.

10° Rapport de M. Paul-Eugène Bégin, agronome, intitulé : « Le breuvage lacté au chocolat est un aliment sain, nutritif et recommandable pour les enfants d'âge scolaire ».

11° Reproduction du rapport Bégin dans le numéro de novembre 1948 de la revue *Québec laitier*.

12° Reproduction dans le numéro de décembre 1948 de la revue *L'Action Médicale*

du rapport Bégin et de la réponse du docteur Gaston Lapière, publiés dans le journal *Le Canada* du 18 novembre 1948.

13° Rapport du docteur R. Bérard, surintendant de la Division des laboratoires, re : Le breuvage lacté au chocolat est un aliment sain, etc..., par M. Paul-Eugène Bégin, B.S.A., M. Sc., agronome, en rapport avec l'article paru dans *Le Canada*, le 28 octobre 1948.

14° Rapport, en date du 8 janvier 1947, d'analyses effectuées sur le breuvage lacté au chocolat et la poudre de chocolat par le docteur R. Bérard, surintendant de la Division des laboratoires.

15° Correspondance de février-mars-avril 1947, entre les docteurs J.-E. Sylvestre, A. Groulx et J.-N. Laporte, concernant la distribution du breuvage lacté au chocolat dans les écoles et l'opportunité d'y servir un lunch complet.

16° Texte d'une allocution prononcée à la conférence régionale annuelle des infirmières de la Metropolitan Life Insurance Company, à l'hôtel Mont-Royal, le 13 octobre 1944, par le docteur A. Groulx, directeur du service de santé de Montréal, sur l'enseignement de la nutrition dans un service municipal de santé.

17° Extrait du bulletin d'hygiène de novembre-décembre 1939, vol. 25, no 6, concernant la séance de la commission d'hygiène où fut discutée la distribution du lait dans les écoles de Montréal.

18° Procès-verbal d'une assemblée de la commission d'hygiène tenue jeudi le 16 novembre 1939, à 4 heures de l'après-midi.

19° Travail préparé par le docteur J.-N. Laporte, surintendant de la Division de l'hygiène de l'enfance, concernant la distribution du lait dans les écoles des commissions scolaires catholique et protestante de Montréal.

20° Lettre du docteur L. B. Pett, chef de la Division de la nutrition au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social à

Ottawa, où ce dernier « indique qu'il y a certaines considérations tant pour que contre le breuvage lacté au chocolat ».

21° Lettre de Miss Marjorie M. Heseltine, directrice de la Section de la nutrition au Children's Bureau de Washington, qui écrit qu'« en général les nutritionnistes suivent l'avis des pédiatres aux Etats-Unis pour recommander le lait entier non sucré plutôt qu'un breuvage lacté au chocolat dans les milieux scolaires ».

22° Réponses du docteur C. A. Aldrich, directeur du Rochester Child Health Project à la clinique Mayo :

- a) Non, à la question : le breuvage lacté est-il dommageable à la santé des écoliers ?
- b) Pas à moins que la famille ne fournisse pas de lait à l'enfant, à la question sur l'opportunité d'une distribution régulière de lait ou de breuvage lacté au chocolat durant la matinée à l'école.

23° Lettre du docteur James R. Wilson, secrétaire du Council on Foods and Nutrition de l'American Medical Association, qui donne son impression personnelle sur l'usage du breuvage lacté au chocolat, ne le considérant pas dangereux.

24° Lettres de l'American Public Health Association et de l'American Academy of Pediatrics à l'effet que ces deux organisations n'ont jamais émis d'opinion officielle sur la valeur nutritive du breuvage lacté au chocolat.

25° Lettre du chef de la Section de la nutrition à la Division des relations entre Etats du Service de santé publique des Etats-Unis, le docteur Harold R. Sandstead, qui cite des références à l'appui de l'innocuité du breuvage lacté au chocolat en même temps qu'il prétend que l'opportunité de sa distribution aux écoliers relève de conditions locales devant être examinées avant toute décision.

26° Copie d'une lettre du docteur C. W. MacMillan, du département d'hygiène et de

médecine sociale de l'Université McGill, à M. Bégin, de l'école de laiterie de St-Hyacinthe, dans laquelle le docteur MacMillan se dit opposé à tout encouragement de la consommation du breuvage lacté au chocolat comme substitut du lait entier dans le menu quotidien.

27° Rédaction d'opinions verbales émises par le docteur Thompson qui se dit opposé, en principe, à l'usage du breuvage lacté au chocolat et par le docteur Goldbloom, qui ne voit aucune objection à l'emploi du breuvage lacté au chocolat à la place du lait entier.

28° Références puisées au chapitre de l'hygiène scolaire dans *L'année médicale pratique de 1948*, où, parlant du supplément alimentaire, l'on donne les détails de composition de la formule d'Oslo concernant « un véritable petit repas pris le matin avant la classe » et où l'on ajoute : « D'octobre à fin avril, 200 grammes de lait peuvent être remplacés par du cacao bouilli dans du lait écrémé ». (*L'année médicale pratique, 1948, p. 159*).

29° 15ème rapport annuel du bureau des Oeuvres sociales scolaires catholiques pour l'exercice 1947-48.

30° Articles des journaux montréalais publiés sur la question du breuvage lacté au chocolat en octobre et novembre 1948.

\* \* \*

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL  
D'UNE SÉANCE DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE  
DE LA CITÉ DE MONTRÉAL,  
TENUE LE MARDI, 4 JANVIER 1949.

ATTENDU que l'enquête poursuivie par le Service de Santé a démontré que le breuvage lacté au chocolat est substitué au lait dans les écoles dans des proportions croissantes et que, même d'après des chiffres récents, il dépasse la consommation du lait entier, ce qui a créé une habitude non recommandable ;

ATTENDU qu'au point de vue nutritif, le lait pasteurisé est reconnu aliment essentiel pour l'enfant et qu'aucun breuvage ne peut y suppléer avec avantage ;

ATTENDU que l'usage habituel de breuvages chocolatés en plus de causer des inconvénients, tels le métabolisme du calcium, etc., diminue l'appétit de l'enfant aux repas et contribue à le détourner davantage du lait ;

ATTENDU que la distribution du lait dans les écoles a pour but primordial d'aider l'enfant souffrant de sous-alimentation ou qui n'a pas déjeuné ;

ATTENDU que le personnel médical du Service de Santé qui visite les écoles de Montréal a instruction d'enseigner aux enfants à boire du lait entier pasteurisé ;

ATTENDU que toute pratique et vulgarisation qui s'écartent de ce principe faussent l'éducation de l'enfant, et peuvent l'éloigner davantage de la consommation du lait ; et que d'autre part, souvent le lait qu'il reçoit est le seul qu'il prend ;

ATTENDU que les dangers encourus chez certains enfants par l'usage prolongé et régulier de breuvage lacté au chocolat ont été signalés au cours d'une séance médicale dans un centre hospitalier local et rendus publics par la suite :

La Commission d'Hygiène recommande :

1. que l'enseignement de l'hygiène dans les écoles vise à inculquer aux enfants les notions réputées les meilleures, dont celle concernant le lait pasteurisé et sa consommation ;
2. que le lait entier pasteurisé soit le seul recommandé et distribué aux élèves, sans réserve ni exception ;
3. selon l'opinion qu'elle a émise à ce sujet en 1939, de ne servir que du lait entier et non pas du breuvage lacté au chocolat aux enfants qui souffrent de sous-alimentation ;
4. que les octrois publics ou venant de la charité ne soient appliqués qu'à l'achat de lait pasteurisé entier ;
5. que copie de cette résolution soit transmise au Comité exécutif de la Cité de Montréal, aux commissions scolaires catholiques et protestantes de Montréal, aux fédérations de charité de Montréal, aux ministères fédéral et provincial de la santé, division de la nutrition, et aux différentes organisations et clubs sociaux qui fournissent des fonds pour l'achat de lait.

(Certifié)

Greffier adjoint de la Cité.

## VARIÉTÉS

### MISSION AU 3<sup>e</sup> CONGRÈS MEXICAIN DE MÉDECINE 13<sup>ème</sup> Congrès National

Jean LeSAGE (Montréal).

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, ayant reçu, dans le cours du mois d'octobre 1948, l'invitation des Congrès Nationaux de Médecine du Mexique, sous la présidence du professeur Abraham Ayala Gonzalez, son président, de participer à son programme scientifique en déléguant un ou plusieurs représentants, me fit l'honneur de me choisir.

Etant donné que le professeur Le Blond, de l'Université McGill, avait fait des recherches avancées sur la question des protéines, dernière question à l'ordre du jour dans ce Congrès, il fut convenu que le docteur P. Cox représenterait celle-ci.

Ce Congrès eut lieu à l'Hôpital Général de Mexico, institution de plus de 3,000 lits. Il tint ses assises sous la présidence honoraire de son Excellence le Président de la République, Sr Lic. Miguel Alamen, auquel se joignaient effectivement, chaque jour, les différents Ministres du Gouvernement.

Ainsi, assistera-t-on à des dîners, à des lunchs, ou à des réunions données chaque jour par chacun des ministères, un jour par le Senor Jaime Torès Bodet, Secrétaire des affaires étrangères, le lendemain, par Nazario S. Ortiz Garzan, Secrétaire de l'agriculture et du cheptel, le surlendemain, par le docteur Ignacio Noronès Prieto, Sous-Secrétaire de la Santé, un autre jour, par Sr Lic. Fernando Casas Aleman, Chef du Département Fédéral, et, pour finir, à un immense banquet sous la présidence de Sr Lic. Gabriel Ramos Millan, président de la Commission du Maïs.

En réalité, comme l'a très bien souligné le président Ayala, c'est grâce à l'appui moral et financier du docteur Raphaël P. Gambo,

Secrétaire (ou Ministre) de la Santé et de l'Assistance publique, que ce Congrès a pu tenir ses assises.

Ce Congrès se présentait, avant tout, sous le signe de réunions scientifiques; hâtons-nous de dire que le mot d'ordre était d'exposer, dans chaque question, le point de vue social et le point de vue économique avec statistiques à l'appui. Pour tempérer la théorie et l'abstrait de ces présentations, plusieurs fois à la suite de banquets, ou de dîners, un maître en la matière venait exposer une question d'ordre médico-social, intéressant le peuple mexicain en général.

A part cela, visites de différents Instituts, ou visites de certaines régions du Mexique particulièrement atteintes de carences alimentaires ou de maladies tropicales.

Résumons, d'abord, le programme scientifique: les réunions commencèrent le 8 novembre. Nous arrivions par avion vers une heure du matin, ce jour-là. Ce premier jour, les séances plénières étaient consacrées à l'étude de l'ulcère gastrique et duodéal sous la présidence du docteur John Garlock, de New-York, et du docteur Gustavo Argil. Chaque séance commence à 9 heures. Elles se terminent, chaque jour, vers 1½ heure, pour reprendre vers 3 heures. Il y a deux sessions du soir, en plus. Qui peut dire que les Mexicains n'ont pas l'esprit de travail?

A 9 heures donc, un premier travail sur les aspects psychosomatiques du problème de l'ulcère peptique par le docteur Sydney Portis, auteur important de Chicago. Il est à noter que les Mexicains ne manquent aucune occasion d'inviter un maître dans toutes les questions qui peuvent leur rapporter des lumières nouvelles, qu'il soit

américain, sud-américain ou européen. Ils pratiquent cette méthode au cours des Congrès, et la continuent durant l'année. Chez eux, aucun préjugé de race. Il sera souvent question — notons-le bien — au cours de ce Congrès de médecine psychosomatique.

Puis, le docteur Portis et le docteur Raoul Gonzalez Enriquez insisteront sur une étude psychomatique approfondie des sujets affligés d'ulcère gastrique et duodéal. On sait que cette médecine étudie l'homme total — non pas seulement le corps humain et ses organes, dans le but de chercher une lésion organique, mais aussi les troubles des diverses fonctions de la physiologie du corps humain, troubles qu'il prétend commander, très fréquemment, par des perturbations psychiques. Une étude psychosomatique complète d'un malade, atteint de troubles fonctionnels, gastriques, cardiaques, hépatiques ou rénaux, permet de mettre en évidence la lésion organique. Le plus souvent, l'ayant éliminée, il recherche et trouve des causes profondes, morales, conjugales, sociales, financières, ayant dérangé le délicat mécanisme de l'équilibre mental pour établir, secondairement, un déséquilibre nerveux ou un déséquilibre neurovégétatif. N'est-il pas prouvé que l'ulcère gastrique, que la colite ulcéreuse, qu'un très grand nombre d'hypertensions artérielles, que l'angine de poitrine, si on remonte aux causes, sont le plus souvent d'origine motive ou psychosomatique. Les tendances actuelles sont telles, aussi bien chez les Allemands, les Français ou les Anglo-Saxons, que toute clinique d'hôpital d'importance possède un centre non seulement de psychiatrie, mais aussi d'analyse psychosomatique. La méthode remonte à Claude Bernard et Charcot. Les Américains y font école et semblent avoir raison.

Plus tard, ce matin-là, le docteur Bockus, professeur à l'Université de Pennsylvanie, de Philadelphie, insistait sur l'importance de traiter d'abord, médicalement, l'ulcère gastrique et duodéal. Il y eut, ici, un petit duel entre le docteur Portis et ce dernier auteur. Le docteur Bockus est, avant tout, un

organiste. Il recommande de rechercher et d'éliminer, d'abord, la lésion d'ulcère ou tumeur gastrique et duodénale, et reporte au second plan l'étude psychosomatique, plan sur lequel il n'était pas d'accord avec le professeur Portis. Il semble en tout cas prouver qu'à moins d'échec complet, ou de syndrome aigu compliqué, le traitement de l'ulcère soit, en premier lieu, médical. Comme il n'existe pas une cause, jusqu'ici, de l'ulcère, les thérapeutiques appliquées doivent varier selon les trouvailles d'un examen clinique, radiologique et gastroscopique complet.

Le docteur Guadorama, professeur de gastro-entérologie au Mexique, à l'Université de Mexico, a démontré quelle variété de thérapeutiques à succès il recommandait dans l'ulcère.

Le même jour, dans l'après-midi, le docteur Waltman Walters, de la Clinique Mayo, présentait ses statistiques sur la vagotomie dans le traitement de l'ulcère. Comme toujours, l'ulcère duodéal et l'ulcère gastrique doivent être considérés comme deux entités différentes. Si l'ulcère duodéal est 5 ou 6 fois plus fréquent que l'ulcère gastrique, s'il est plus sujet à des hémorragies ou à un syndrome tel que la perforation, par ailleurs, l'ulcère gastrique soulève un problème d'une constante gravité. Il s'agit, en effet, de savoir, avec tous les moyens d'investigation à notre disposition, si cet ulcère n'est pas plutôt un cancer ou si précisément c'est un ulcère. D'après la majorité des auteurs, dont le docteur Walters, le cancer gastrique prend figure d'ulcère dans environ 20% des cas, mais il est difficile d'affirmer dans quel pourcentage l'ulcère, proprement dit, dégénérera en cancer.

La recherche du taux de l'acidité a son importance. Il est reconnu que si ce taux est subnormal, ou absent, et associé à un ulcère gastrique, il existe une présomption en faveur d'un cancer gastrique plutôt que d'un ulcère. Par contre, il est plus fréquent de trouver une hyperacidité diurne que nocturne. C'est précisément dans ces cas, comme le dit le docteur Walters, que la vagotomie, ou la section des deux nerfs vagues de la région

œsophagienne basse, peut ramener la sécrétion gastrique à la normale. Là, le traitement médical, naturellement, a échoué. Bien entendu, cette opération est combinée soit à une gastro-entérostomie ou, plus souvent, à une gastrectomie subtotal. Cette opération, encore discutée parce que la technique ne remonte qu'à trois ans (elle a été lancée par le docteur Dragstedt), trouve aussi ses indications dans le traitement chirurgical de l'ulcère peptique postopératoire. Là encore, le tubage gastrique ramène une hyperchlorhydrie. Signalons, aussi, l'importance des travaux tels que ceux du docteur Juan Anatio, d'Argentine, sur les bases rationnelles du traitement médical de l'ulcère gastrique et duodéal, et le très beau travail de Sir Rodney Maingot, de Londres, présenté par son assistant, le docteur Montanès, sur le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique et duodéal.

Enfin, celui du docteur Cardenas, du Mexique, sur les bases physiologiques des facteurs psychosomatiques produisant l'ulcère peptique. Comme on le constate, l'étude psychosomatique des ulcères relève autant du spécialiste en gastro-entérologie bien versé en psychoanalyse, que du spécialiste s'associant à un neuro-psychiatre. Partout, au Mexique, des unités spéciales sont instituées pour étudier le comportement total intérieur de l'individu. Ainsi, donc, on a créé des centres appropriés, soit dans les départements de médecine, soit dans les Instituts de cancer ou les Centres anticancéreux.

La gastrectomie totale n'est pratiquée, comme l'a bien démontré le docteur Emmanuel I. Mario Gutierrez, que dans les cas d'ulcère gastrique ou dans les cas de cancers opérables des régions gastriques hautes.

Relevons, dans l'après-midi, le travail du docteur Mario Santillon sur la ponction de l'abcès hépatique et celui du docteur Charvez sur les aspects cliniques de l'amibiase colique, enfin, un travail sur la classification actuelle des colites par le docteur Fuad Mussi. Au Mexique, la pathologie des parasites intestinaux, de l'amibiase et des diarrhées est particulièrement bien mise au

point. De même en est-il de la question de la brucellose, question qui fait l'objet d'un très fort volume écrit au Mexique par des auteurs du monde entier. Comme au Canada, voire dans notre Province, les maladies parasitaires, dont l'amibiase et la brucellose, par contamination du lait, ont fortement augmenté — il suffit de rechercher par des tests appropriés, si on veut bien y penser — il serait indiqué d'éveiller davantage l'esprit des médecins au diagnostic de ces maladies. On sait qu'elles sont plus répandues depuis le retour au foyer des vétérans ayant combattu sous les tropiques et depuis l'entrée, en nombre croissant, des sujets dits « déplacés », dont la plupart ont vécu dans des camps de concentration très malsains par définition. Je possède, là-dessus, des documents du plus haut intérêt, que je peux mettre à la disposition du Gouvernement.

Dans ce domaine, il existe, à Mexico, un Institut des maladies tropicales, magnifiquement outillé, Institut constitué d'un hôpital, d'une clinique et d'un laboratoire non seulement général, mais spécialisé dans la recherche et l'étude des maladies tropicales et parasitaires. Tout médecin ou étudiant intéressé à ces questions aurait avantage à parfaire là des études spéciales. Les malades qui alimentent cet Institut viennent de partout : du Mexique, de l'Amérique Centrale et de l'Amérique du Sud. C'est un Mexicain d'origine française, le docteur Raoul Fournier, qui en a la direction clinique.

Le soir du 8 novembre, le docteur John Garlock, de New-York, présentait d'excellentes statistiques sur les résultats postopératoires du traitement chirurgical de l'ulcère duodéal par la *gastrectomie subtotal*. Il ne pratique plus, ou très rarement, la gastro-entérostomie. Cette soirée se termina par une allocution du président, le docteur A. Ayala, suivie d'un magnifique film de ce chirurgien, sur les techniques les plus récentes de gastrectomie de l'ulcère gastrique et duodéal. Il y aurait lieu de montrer des films de ce genre aux chirurgiens, ou étudiants, de notre Province. Il est probable que plusieurs de ces impor-

tants médecins ou chirurgiens mexicains accepteraient l'honneur de venir montrer, ici, les résultats de leurs dernières recherches. Ces visites auraient l'avantage de mettre en lumière les travaux scientifiques et les idées des Sud-Américains et des Mexicains, puisque la plupart d'entre nous n'ont pas l'occasion de lire ou de connaître l'immense contribution des Latins d'Amérique à la médecine et à la chirurgie.

La journée du 9 novembre était consacrée à l'étude des diètes mexicaines, sous la présidence du docteur Robert Elman, de l'Université de Washington, à St-Louis. Ce qui m'a le plus impressionné dans ces séances, c'est moins la connaissance exacte des auteurs mexicains sur la valeur nutritive des menus habituels de leur population dans ses différentes classes, que la science, très précise, de ce Gouvernement par diverses commissions et par ses médecins en nutrition, sur les carences alimentaires ou vitaminiques de la population mexicaine selon ses différents territoires. Ainsi, des statistiques bien établies, avec des pourcentages selon les régions géographiques sont prêtes à être exhibées à qui veut les consulter. D'ailleurs, quantité de travaux de statistiques — on pourrait dire géographiques — et nombre de cartes géographiques du Mexique ont été analysés devant nous, dans cet ordre d'idées.

Le Gouvernement mexicain, par des enquêtes et des sondages pratiqués par des médecins du Ministère de la Santé d'une part, et, depuis quelques années, par des Commissions spéciales, en est arrivé à la conclusion suivante : si l'on fait abstraction de l'alimentation des grandes villes, où les repas se composent, surtout dans la classe élevée, moyenne et même dans la classe des petits employés, de viande, de céréales, de légumes, de fruits, de pain, de beurre et d'une quantité suffisante de graisses, par contre, dans les petites villes, les villages et dans les campagnes, l'alimentation est encore très déficiente en protéines et en graisses. La plupart des gens de ces régions ne mangent de la viande que deux ou trois fois par mois.

Ceci est dû, surtout, à leur pauvreté en cheptel jointe à une grande pénurie de machines aratoires modernes. Le peuple mexicain est généralement pauvre. Cependant, deux facteurs semblent sauver la situation temporairement : 1. le fait que ces populations ont des fruits en abondance et s'en nourrissent convenablement ; 2. surtout, que l'aliment de base des indigènes de la République mexicaine, c'est le maïs, ou « blé d'Inde » sous la forme courante de tortillas, ou galettes de couleur grise remplaçant le pain, et ressemblant étrangement à notre galette de sarrasin, qu'ils mangent en abondance, avec du beurre, ou enroulées autour de légumes ou de viande, ou encore qu'ils trempent dans des sauces la plupart du temps assaisonnées et très piquantes dues à une espèce de piment appelé chili.

Ce maïs possède une très grande valeur nutritive, et depuis nombre d'années, le Gouvernement mexicain en répand la culture et il lui fait aussi une propagande publique effrénée par des tracts, des affiches très artistiques, par des conférences données par des unités déléguées dans les camps les plus reculés du Mexique, conférences avec ou sans film à la portée du public le plus ignorant. Le Gouvernement mexicain a, à cet effet, institué une *Commission dite de Maïs*, dirigée par un médecin, membre de l'Institut de Nutrition de l'Hôpital Général de Mexico, le Sr Lic. Gabriel Ramos Millan. Cette Commission connaît, au Mexique, les terres les plus propices à la culture du maïs ; elle aide, par des subventions, l'achat des instruments aratoires, elle distribue des semences pour la culture du maïs. Actuellement, la production moyenne nationale est de 2,270,000 tonnes de maïs par an, quantité encore insuffisante à l'alimentation rationnelle de cette population, qui augmente très rapidement. Ceci équivaut pour cette population de 16,000,000 d'habitants à une consommation de 112.5 kilos par habitant, par année. Or, la population a augmenté de 1930 à 1948 de 16,500,000 à 23,876,000 âmes. Cette consommation équivaut (très souvent, c'est là le seul aliment) à l'ingestion

de trois tortillas par repas, ce qui établit la consommation moyenne entre 100 et 700 grammes par personne, par jour.

Comme les droits d'importation du maïs sont plutôt prohibitifs, cette Commission encourage la culture intensive, sur place.

Mais le Gouvernement mexicain n'a pas encore résolu ce problème : la population nationale augmente à un rythme tel que la production nationale du maïs reste insuffisante. Ceci a donc obligé le Gouvernement à augmenter les importations et, par suite, à alourdir le budget du département d'Agriculture plus que de raison.

Voici un tableau qui indique, sommairement, la valeur nutritive comparée de la farine de blé (à 75% d'extraction) et de la farine de maïs. Les chiffres sont en extraits secs.

	Tortillas: %	Farine de blé
Cenizas (grammes) .....	1.6	1.02
Calcium (milligrammes) .....	190.0	92
Phosphore (milligrammes) .....	317.0	191
Fer (milligrammes) .....	3.7	4.2
Thiamine (milligrammes) .....	0.33	0.38
Riboflavine (milligrammes) .....	0.10	0.08
Niacine (milligrammes) .....	1.67	1.55
Protéines (grammes) .....	10.0	12.10
Extrait éthéré (grammes) .....	1.88	1.28
Fibres crues (grammes) .....	2.30	0.09
Hydrate de carbone (grammes) ...	86.52	85.60
Extrait non protéiné (grammes) ...	84.22	85.51

Comme on le constate, la valeur nutritive en calcium, en phosphore et en facteurs vitaminiques est très élevée. Qu'il me soit permis, ici, d'établir une rapide comparaison entre l'alimentation du Mexique et celle de la Province de Québec. Notre apport protéinique est, en général, élevé. C'est le fait contraire au Mexique. Chez nous, on mange en abondance viandes, fromages, œufs et hydrates de carbone : pain, pommes de terre, pâtisseries, chocolats et bonbons ; mais notre diète est, pour une population prospère, terriblement déficiente en facteurs vitaminiques et en sels minéraux, en particulier en calcium et en phosphore. Quel renversement de la santé gé-

nérale ne se produirait-il pas, si on diminuait, d'une part, les quantités de viande, et si, en faisant une campagne en faveur des fruits et des vitamines, on imitait le Mexique par une campagne en faveur d'une alimentation plus élevée en farine de maïs !

Un fait frappe tous les touristes au Mexique : quelle que soit la classe de l'individu, homme ou femme, les dents ont une blancheur et une résistance remarquables et les os ont une solidité toute particulière. Ceci est attribué par les experts du Gouvernement et les médecins en général à l'ingestion abondante de farine de maïs dans l'alimentation quotidienne.

Par ailleurs, dans ce pays, l'artériosclérose, la lithiase biliaire et rénale sont, toutes proportions gardées, beaucoup moins fréquentes que dans la Province de Québec, où la ration alimentaire est souvent trop élevée en protéines, en graisses et en hydrates de carbone.

Peut-être serait-il indiqué, éventuellement, que le Gouvernement soumette au Département de Nutrition de nos trois grandes Universités le problème de nos déficiences et des erreurs alimentaires de la population de notre Province. Il y aurait là un sujet de recherches qui pourrait susciter davantage l'intérêt des professions médicales étrangères à notre endroit. L'étude de ce problème serait beaucoup plus pratique que celui des questions de nutrition générale, où les étrangers sont déjà plus avancés que nous.

Toujours dans le même ordre d'idées, dans l'après-midi du 9 novembre, le docteur Salvador Bermudès, Secrétaire de la Santé, présentait un travail sur *l'enrichissement des farines et de leurs produits d'élaboration*. Nous retenons de ceci que le Gouvernement mexicain, sans exercer une dictature, essaie d'orienter, dans le public, la sélection des aliments.

Pour faire suite à cet exposé, le docteur José Quintin présenta une revue des diètes hospitalières, puis l'ingénieur Quim Edouardo Paz exposa la valeur scientifique d'une boisson nationale appelée le « pulque », breuvage poly-

vitaminique tiré de la fermentation alcoolique de certains cactus.

Dans un autre amphithéâtre — des séances avaient lieu simultanément dans trois salles — le docteur Enrico Branco Ribiero, directeur de l'École d'Hygiène de Sao Paulo, Brésil, présentait, au nom du professeur Benedicto Montenegro, une énorme statistique de 1,234 cas d'ulcères gastriques et duodénaux, opérés de 1935 à 1948. Sur ce nombre, 144 cancers. L'opération, soit dans 1,131 cas, a été la technique de Reichel-Polya. Ce chirurgien s'est acharné à rechercher la localisation exacte de chacun de ces ulcères. Comme la tranche de section peut varier selon les localisations de l'ulcère, il me paraît indiqué de noter, ici, les 12 localisations qu'il a adoptées :

1. La région cardiaque limitée par le cardia.
2. La région de la petite courbure qui s'étend du cardia jusqu'au pylore sur une largeur de deux centimètres, soit à cheval sur un centimètre de chaque paroi gastrique.
3. La région pylorique comprenant, uniquement, le sphincter pylorique.
4. La région de la grande courbure du cardia jusqu'au pylore sur une largeur de deux centimètres, enjambant un centimètre de chaque paroi gastrique.
5. La région de la paroi postérieure.
6. La région de la paroi antérieure.
7. La région antérieure du bulbe duodéal sur une longueur d'un centimètre jusqu'au bord inférieur du bulbe duodéal (face antérieure).
8. La région postérieure du bulbe duodéal (la face postérieure du bulbe sur une étendue d'un centimètre).
9. La région du bord *supérieur* du bulbe duodéal jusqu'à la portion duodénale du petit épiploon.
10. La région du bord *inférieur* du bulbe duodéal correspondant au bord du bulbe duodéal au contact du pancréas.
11. La région du bord supérieur du duodénum comprenant le premier centimètre de la deuxième portion du duodénum.

12. La région jéjunale comprenant la dernière partie du duodénum qui embrasse la région de la néo-bouche de gastro-entéro-stomie.

Voici, en résumé, la fréquence relative de ces divers ulcères selon leur localisation.

1. Ulcère de la face antérieure du bulbe duodéal : 670 cas.
2. Ulcère de la face postérieure du bulbe duodéal : 306 cas.
3. Ulcère de la petite courbure de l'estomac : 194 cas.
4. Ulcère de la région pylorique : 48 cas.
5. Ulcère du bord supérieur du bulbe duodéal : 45 cas.
6. Ulcère de la paroi postérieure de l'estomac : 39 cas.
7. Ulcère de la paroi antérieure de l'estomac : 26 cas.
8. Gastrite ulcéreuse généralisée : 26 cas.
9. Ulcère du bord inférieur du bulbe duodéal : 12 cas.
10. Ulcère de la région de la bouche anastomotique : 12 cas.
11. Ulcère du segment supérieur du duodénum : 4 cas.
12. Ulcère de la région juxta-cardiaque : 2 cas.
13. Ulcère de la grande courbure : 1 cas.

A noter que l'auteur a trouvé, dans 35 cas, des « kissing ulcers » du bulbe duodéal. On relève donc, dans cette statistique, 75% d'ulcères bulbaires.

Notre ami, le professeur Sala Roig, de Barcelone, a remarqué, en effet, que la niche ulcéreuse de l'ulcère duodéal se trouve, presque toujours, sur le prolongement du muscle pylorique. Il semble donc que le sphincter pylorique soit une des causes les plus fréquentes de la production de l'ulcère.

Comme l'ont fait remarquer, en 1931, Deaver et Burden, de Philadelphie, la dyskinésie du pylore n'est pas seulement la cause des symptômes de l'ulcère, mais elle en précède toujours l'apparition. Il appartient à Joaquim

Telleria, de Valence, d'avoir prouvé, en 1944, par des études microscopiques expérimentales, l'apparition de lésions prolifératives, précédant la naissance de l'ulcère, dues à l'action érosive des processus destructifs de la digestion.

Somme toute, on finit par attribuer ces lésions à une irritation du système nerveux neuro-végétatif. Il y aurait intérêt à faire adopter ces points de vue par les chirurgiens. C'est encore à faire appel à la médecine psychosomatique.

Dans la soirée du 9 novembre, une autorité, le professeur Pablo Luis Merizzi, présenta des résultats sur le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique et duodénal, suivi d'une conférence du docteur John Fitzgibbon, délégué de l'American Medical Association, sur la médecine japonaise actuelle. Il ressort de cet exposé que les médecins japonais, isolés et divisés entre eux jusqu'à l'avènement des Américains, n'ayant entre eux aucune association médicale, ni collège des médecins, ont réussi, grâce à l'impulsion de l'American Medical Association, à se former en associations professionnelles et scientifiques et à prendre ainsi une influence grandissante auprès de leur nouveau Gouvernement démocratique.

Pour terminer, le docteur Montàdo démontra les relations qui existent entre la gastrite, l'ulcère et le cancer gastrique. Il est reconnu que la gastrite, en particulier atrophique, ou que les gastrites avec achlorhydrie, font le lit aux cancers gastriques. Le docteur S. Kushlan, de l'Université de Yale, vint à l'appui de cette thèse.

Les séances du 10 novembre étaient consacrées à l'étude du foie et de la nutrition sous la présidence du docteur A. Moore, du Presbyterian Hospital, de New-York. Les docteurs Zubiran et Sepulveda, de l'hôpital de la nutrition de Mexico, ouvrirent la séance avec un travail sur l'influence des carences alimentaires sur la production des lésions hépatiques. Comme, dans les populations mexicaines, les diètes souffrent fréquemment d'une insuffisan-

ce en apports protéiniques et que, par ailleurs, les dysenteries, secondairement, les hépatites infectieuses sont fréquentes, il est compréhensible que bientôt s'installent, chez de tels malades, des lésions hépatiques qui peuvent rapidement conduire à la cirrhose hépatique. Celle-ci est fréquente au Mexique. Pour corriger ces carences, on recommande d'urgence des sérums protéinés suivis de préparations à base d'hydrolysats de protéine par la bouche. Ces méthodes rétablissent l'équilibre métabolique et peuvent faire régresser ces lésions. Soulignons l'importance accordée par les Mexicains, comme d'ailleurs par les centres américains avancés, à la biopsie par ponctions répétées du foie au moyen d'un trocart spécial afin d'en dépister les lésions pathologiques et d'en suivre l'évolution, ces ponctions se montrant bien supérieures aux résultats des tests hépatiques. Le docteur Sepulveda a présenté un beau travail sur cette méthode.

Le docteur Jorge Florez Espinosa exposa les nouveaux traitements de la cirrhose hépatique. Il est évident qu'il faut, avant tout, éviter les hépatites récidivantes dont le chiffre peut s'élever à 17% et où les biopsies du foie en série doivent être pratiquées régulièrement. Comme dans la plupart de ces cas, le sérum-albumine baisse inversement à l'élévation du sérum-globuline. Cet auteur, suivant les auteurs américains, recommande l'usage des diètes élevées en protéines, en vitamines B complexes, en cystine, en choline ou méthionine. Si l'équilibre osmotique est rétabli entre le sérum-albumine et le sérum-globuline, l'ascite diminue et peut même disparaître. Rapportant les travaux américains de Kundel, Labby et Harels et collaborateurs, cet auteur croit que l'administration de doses élevées — selon les cas — de sérum-albumine amène une régression de la cirrhose, qui peut, dans un second temps, être traitée par des doses régulières d'extraits hépatiques. Il rapporte, aussi, les travaux de John Layne et F.R. Schemm, qui nous ont montré la possibilité d'améliorer grandement les cas de cirrhose avec ascite, en augmentant la prise de liquides à 3,000 ou 5,000 c.c. par jour, tout en

diminuant, à de petites quantités, la prise de chlorure de sodium.

Le même soir, le président, le docteur Abraham Ayala, présenta un film sur la péritonéoscopie.

Le même jour, les professeurs Francisco Fonseca et Edmundo Henriquez montraient un très beau film sur le *traitement chirurgical du diabète sucré* : il s'agit d'une décapsulation et d'une dénervation de ces ramifications pneumogastriques terminales. Il semble que cette opération, en apparence grave chez les diabétiques, obtienne d'excellents résultats dans le rétablissement de la glycémie et du régime, là où ni le régime ni l'insulinothérapie n'ont eu de succès. Répondant à une de nos objections, les auteurs ont admis, avec l'Ecole française, que de telles opérations ne doivent pas être pratiquées dans les cas où il y a acidose et là où l'équilibre acido-base est fragile. Le docteur Henriquez est, là-bas, une autorité en diabète.

Ce travail était suivi d'un exposé d'opinions du professeur Pablo Luis Merizzi sur le diagnostic différentiel des troubles du sphincter d'Oddi. Si cet auteur admet la possibilité de spasmes ou de ce qu'il appelle une *hypertonie du sphincter d'Oddi*, pour expliquer un certain nombre d'ictères et de coliques hépatiques sans calcul, il est convaincu, par ailleurs, que dans la plupart des cas les troubles du sphincter d'Oddi dépendent de calculs ignorés du cholédoque ou des canaux hépatiques plus souvent encore — ce qui est méconnu — qu'ils sont dus à des obstructions du canal cystique. Il en fait la preuve par sa méthode bien connue : la cholangiographie pour le lipiodol. Celui-ci est introduit dans le cholédoque au cours d'une cholécystectomie et des radiographies, prises sur-le-champ, sont développées. La décision d'ouvrir le cholédoque est prise selon les résultats de l'étude des plaques radiographiques ; ou encore, la technique au lipiodol est pratiquée au cours d'une cholécystectomie. Nous avons vu défiler devant nous une centaine de transparents mettant en évidence des calculs du cholédoque ou du cystique qui autrement seraient passés inaperçus.

Le professeur Merizzi est chirurgien. Il serait intéressant de l'inviter à donner, au Canada, des conférences en gastro-entérologie, ou en maladie des voies biliaires. Il arrivait d'une tournée en Europe et aux Etats-Unis, où il est très apprécié. C'est un fervent de l'Ecole française. Il parle plusieurs langues, dont un magnifique français.

A remarquer, le travail du docteur Alvarez Gomez sur les altérations anatomiques des testicules, sur les sujets morts d'hépatite chronique. Dans une autre séance, plusieurs auteurs sont arrivés à la conclusion que les tests hépatiques les plus exacts restent encore celui de la bromo-sulfaléine, de la bilirubinémie, des sérums albumines et globulines, les réactions de floculation et, dans les cas de cancers soupçonnés, les phosphatases.

Pour terminer la soirée du 10 novembre, le docteur Arthur Blackemore présenta un travail et deux très beaux films en couleurs sur le traitement chirurgical du syndrome d'hypertension portale, où il a décrit, en deux temps, une technique d'anastomose portocave par voie thoracique inférieure droite. Sa statistique opératoire s'élève à environ 150 cas et sa mortalité, de 20%, est maintenant tombée à 10% avec des résultats surprenants jusqu'à date.

La journée du 11 novembre était consacrée à l'étude des diarrhées sous la présidence du professeur Pablo Luis Merizzi, de Buenos-Aires. Le docteur Raoul Fournier, de l'Institut des Maladies tropicales, présenta le premier travail sur les diarrhées d'origine bactérienne et parasitaire, et le docteur Milanès, de l'Université de La Havane, sur les diarrhées par carences alimentaires.

Dans l'après-midi, on relève un intéressant travail du docteur Bernado Sepulveda sur le diagnostic différentiel des ictères. Celui-ci divise les ictères en ictères intra-hépatiques et extra-hépatiques. Les tests hépatiques préférés de cet auteur sont le bromo-sulfaléine, la bilirubinémie, le cholestérol, les albumines et globulines du sang, la prothrombinémie et la galactosurie. Les phosphatases sont assez recherchées lorsqu'il y a présomption de cancer.

Le docteur Jorge Millan a ensuite montré une longue série de manifestations dermatologiques dans les cas d'hépatites chroniques avec, à l'appui, une belle série de clichés en couleur. Le docteur P. Cox présentait, cet après-midi-là, un très beau travail fait en collaboration avec le professeur LeBond, de l'Université McGill, sur la *signification biologique des protéines en nutrition*. Ce travail, appuyé par des expériences effectuées dans des laboratoires d'histologie de McGill, révèle que les protéines sanguines et tissulaires ne sont pas normalement à l'état statique mais constamment interchangeable, c'est-à-dire en dynamisme constant. Ces auteurs le prouvent par l'étude des isotopes, tels que l'iode et le phosphore radioactifs. Il semble que la structure totale de tout le corps humain subit un métabolisme protéique continu. Les cellules elles-mêmes des glandes de Lilberkühn et des glandes pyloriques sont en desquamation continue.

Dans la soirée du 11 novembre, réception offerte aux congressistes par le Chef du Département du District Fédéral, M. Fernando Casas Aleman, à la Casa Militar, immense arsenal de style espagnol, où il y eut banquet, chants de folklore suivis d'une danse générale.

La journée du 12 était consacrée à l'étude des protéines et des amino-acides.

Sous la présidence du docteur R. Fournier, le docteur Llamas, du Département de l'Institut de Nutrition de Mexico, parla de la *signification biologique des protéines*, suivi du docteur Gustave Argil. Plus tard, signalons le magnifique travail du docteur Roberto Elman, de l'Université de Washington (St-Louis), sur les protéines, comme problème

d'ordre chirurgical. Et, finalement, le travail du docteur Raul Gonzaléz sur la nutrition étudiée sous l'angle social au Mexique.

Insistons sur l'importance des travaux du docteur Elman, d'une belle clarté, agrémentés de statistiques mondiales, démontrant qu'il est possible de relever les malades en état de dénutrition le plus avancé, et de les ramener à un équilibre parfaitement normal au cours d'opérations les plus graves.

C'est ce même jour que je fus appelé à présenter un nouveau transformateur, réalisé avec le « Group Captain » R.S. Jacobs, ingénieur électricien. Ce nouveau transformateur a pour objet d'apporter un éclairage 20 fois plus puissant que ceux qui existent actuellement, sans pratiquement conduire aucune chaleur dans les différents appareils d'endoscopie, actuellement utilisés en médecine, d'où pas de chaleur dans les extrémités éclairantes et pas d'accidents possibles dus aux chaleurs telles que développées dans les transformateurs actuellement en usage. La démonstration de ce transformateur m'a valu une invitation à examiner, le lendemain matin, le 13 novembre, deux cas cliniques devant un auditoire d'endoscopistes.

Le dernier jour, le 13 novembre, eut lieu séance plénière de clôture, où, sous la présidence du professeur Ayala, le docteur Ramos Spinoza, pour la section de nutrition, et le docteur Pedro Ramos, pour la section de gastro-entérologie, présentèrent un exposé résumé des différents travaux donnés durant tout le Congrès. Cette innovation eut beaucoup de succès et devrait créer un précédent dans l'organisation des Congrès futurs.

## ALLOCUTION DU NOUVEAU PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL<sup>1</sup>

Albert JUTRAS,

Electroradiologiste à l'Hôtel-Dieu (Montréal).

A chaque retour de janvier, la Société Médicale de Montréal se trouve en présence du nouveau Bureau Exécutif qu'elle s'est choisi. Dans la séance de transition, le président débutant prononce une allocution qui, selon une coutume très logique, se divise en deux points: l'éloge du prédécesseur; le programme par lequel la Société espère se maintenir dans la voie du progrès.

La première partie du cérémonial ne me cause point d'embarras. J'accueille avec joie la tradition qui me permet d'exprimer solennellement la reconnaissance de tous envers le président de 1948, le docteur Louis-Henri Gariépy. Dans le procès-verbal des activités de la dernière année, que vous pourrez lire car il sera publié, le secrétaire François Archambault synthétise les faits. Cet exposé objectif constitue un témoignage dont l'éloquence, mieux que de banales louanges, prouve les mérites de celui qui a dirigé tant de travail avec tant de bonheur. En face d'une pareille réussite, le successeur immédiat se sentirait envahir par l'inquiétude et pris de panique si notre charte, selon sa formule remodelée, ne conservait dans l'Exécutif le président sortant de charge. Cette protection supplémentaire nous a été obtenue par le docteur Gariépy lui-même, qui, en plus d'administrer les affaires courantes avec une rare dextérité, a réalisé la refonte de nos statuts, la coordination et l'amélioration de nos règlements intérieurs. Tout en accomplissant cette réforme qui devrait lui assurer la gratitude des prochaines générations, il se mettait délibérément dans l'obligation de rester dans l'Exécutif à titre de conseiller.

Premier occupant de ce poste, le docteur Gariépy nous offre les garanties de son expé-

rience. Sa science médicale, la clairvoyance de ses jugements, la subtilité de sa psychologie confraternelle, son sens administratif, éloignent donc les risques de faux pas chez vos directeurs actuels. Pour le remercier avec dignité, la circonstance exigerait de nobles arrangements de langage, de belles sonorités de rhétorique. A l'insignifiance d'un compliment trop littéraire, il préfère un simple merci venu du cœur, sans fausses pierreries. Derrière son masque, tantôt d'une froideur factice, d'une immobilité altière et voulue, tantôt éclairé d'un sourire moqueur, notre ex-président dissimule et protège un esprit très vulnérable par le sentiment. La preuve: le choix de ses successeurs.

On ne trahit pas un secret en rappelant que le président en fonction influence fortement les membres du Comité de Régie au moment de la désignation du ou des candidats à la vice-présidence. Jusqu'à cette année, les règlements accordaient une seule vice-présidence et ce fut le docteur J.-E. Samson qui l'occupa au début de 48. L'excès de ses devoirs professionnels a forcé le docteur Samson à démissionner. Le départ prématuré d'un homme de si grand prestige provoqua le regret unanime. Ce que fit le docteur Gariépy pour parer au détriment s'excuse par l'amitié. Un jour, il se confessa à moi, en commençant ainsi: « En décembre dernier, pour la vice-présidence, j'avais deux amis en vue, le docteur Samson et toi ». Vous devinez la suite des explications.

Quand je contemple la galerie des anciens présidents, je me sens très ému d'entrer dans un cortège aussi impressionnant. Ne redoutez pas mes protestations d'indignité. Mieux que personne, je connais mes faiblesses, mes limites. Même si, pour ce que je veux, j'ai trop peu de pouvoir..., comptez sur ma ferveur à la continuation d'un ouvrage qui m'a été

1. Prononcée à la séance du 18 janvier 1948.

confié avec des raisons de cœur sur la première ligne.

La pudeur du docteur Gariépy souffrira, je le crains, de la sentimentalité de ma petite harangue, de certains rappels trop symptomatiques d'une réciprocité d'affection. Cette teinte de pathétisme ne saurait ombrager le tableau au point d'en gâcher les clartés et je suis sûr de votre approbation si je déclare la Société Médicale de Montréal à jamais reconnaissante envers celui qui, au cours de 1948, a présidé avec tant de noblesse, de dévouement et d'autorité à sa floraison.

Pour continuer sur le thème de l'harmonie cordiale, j'avouerais sans rougir que l'amitié a aussi fort pesé sur la sélection de mes autres collaborateurs. Le docteur Origène Dufresne, un ami de jeunesse, un rival de promotion à la Faculté et un frère siamois en radiologie, méritait certes d'accéder à la vice-présidence, lui qui s'était sacrifié depuis 1944 au secrétariat et à la trésorerie, fonctions plus tracassières que glorieuses. Sa nomination me réjouit vivement, parce qu'elle m'apporte la double assistance d'un esprit généreux et d'un administrateur sagace.

Avec le docteur Paul-René Archambault comme second vice-président, je retrouve cette affabilité, cette délicatesse, ce charme souriant qui m'avaient conquis à l'époque déjà lointaine de notre camaraderie universitaire et à laquelle nous sommes l'un et l'autre demeurés fidèles.

Le docteur Paul Robert se voit attribuer la tâche de secrétaire général. Médecin savant, esprit cultivé, artiste du bien-dire, plume alerte, homme fin et de mœurs agréables, il honorera notre société en lui rendant service. Cet ancien interne des Hôpitaux de Paris, vétéran héroïque du dernier conflit, abrite sa valeur d'une trop grande modestie. Nous saisissons avec plaisir l'occasion de secouer ce voile d'humilité et de découvrir des qualités connues d'un nombre trop restreint d'admirateurs.

Le docteur François Archambault, forcé de

quitter le secrétariat à cause de sa santé et de charges déjà trop lourdes, a consenti, pour notre joie, de rester dans l'Exécutif. Il accepte la garde du trésor, avec lequel il nous dispensera encore sa sympathie chaude et profonde comme son timbre.

Le docteur Pierre Marion demeure fidèle à son poste de secrétaire des séances, besogne ingrate à laquelle il se donne avec une science, une conscience et un bon sens irréprochables.

Ainsi, votre Bureau de 1949 se compose des mêmes officiers avec quelques déplacements de fauteuils et avec l'addition des docteurs Paul-René Archambault et Paul Robert, en raison des deux places créées par la rénovation des règlements, c'est-à-dire l'office de conseiller dévolu au président sortant et une seconde vice-présidence.

Cet état-major, dont l'esprit de corps a déjà été éprouvé, accepte sa mission avec enthousiasme. Son ambition n'est pas d'expérimenter de nouvelles activités, ni de changer le caractère des anciennes. Au rythme de deux par mois, nos séances peuvent absorber la production normale et bien équilibrée de nos travaux.

Aux Journées Médicales, nous entendons faire le point sur un petit nombre de grandes questions, avec moins d'orateurs peut-être, mais en donnant à chacun d'eux le temps et les moyens de plus complets développements.

La formule de symposium exerce beaucoup d'attrait. Elle permet de reviser d'une seule venue tout un chapitre de pathologie; les praticiens et les spécialistes bénéficient de ces exposés d'ensemble qui établissent l'importance des acquisitions récentes et, d'ordinaire, très éparses dans la littérature. Il en est de même des discussions libres, sorte d'assemblées contradictoires où des experts groupés sur l'estrade discutent ouvertement, sans apprêt, les questions posées par l'auditoire sur un sujet d'intérêt quotidien.

Quelques essais ont aussi démontré la faveur que prend chez les médecins la présentation simultanée de patients en plus ou moins

grand nombre, avec documents se rapportant aux cas présentés. Ces sortes de séances cliniques dans les hôpitaux laissent beaucoup d'indépendance aux visiteurs qui s'arrêtent, à leur gré, examinent à loisir et discutent en toute intimité avec les exposants.

Les séances académiques, selon le mode traditionnel de communications variées et présentées par plusieurs auteurs, qu'ils soient de la même institution ou non, conservent leurs droits. Elles donnent l'occasion de prendre connaissance de travaux de bonne qualité qui n'entrent pas dans le cadre des autres programmes. C'est bien l'intention de votre Exécutif de continuer cette forme d'activité et d'inscrire sur la liste des rapporteurs le plus grand nombre possible de praticiens, soit de la ville, soit de l'extérieur. Le souvenir ne s'est pas éteint de certaines réunions entièrement confiées à la responsabilité de membres correspondants. Nous nous proposons d'essayer de répéter ces succès.

Il entre aussi dans notre projet de rapprocher davantage de la nôtre les sociétés de spécialistes, en invitant ces dernières à des assemblées conjointes et même à s'affilier définitivement.

*Multiplier les forces par l'union* est un principe que l'on redit souvent, mais que l'on applique bien peu.

L'enthousiasme dans lequel naît une association ne se maintient pas toujours ; une fois épuisée l'énergie des fondateurs, on assiste à un affaiblissement graduel. Au lieu de disperser nos efforts et de faire servir un potentiel limité à des fins individualistes, il vaut mieux la puissance et la durée par la cohésion.

Ces commentaires constituent un appel aux sociétés spécialisées, en vue d'une fusion qui servirait mieux les intérêts de chacune en coordonnant dans un seul organisme toutes d'elles et les intérêts de la Société Médicale, en coordonnant dans un seul organisme toutes les disponibilités.

Bien entendu, des médecins passionnés pour une branche particulière de la médecine aiment à se réunir et discuter entre eux ; c'est

pourquoi les sociétés de spécialistes conservent leur raison d'exister et de s'épandre ; il n'en est pas moins vrai que les spécialistes doivent rester en contact avec leurs collègues dans les autres disciplines, autant pour recevoir que pour donner. Ils trouvent ainsi l'occasion de diffuser plus largement des notions que le public médical accepte toujours avec plaisir et profit.

C'est une erreur de penser que les médecins praticiens réclament seulement des causeries de vulgarisation sur des sujets de tous les jours. Les médecins ont la curiosité des progrès de toutes les sciences qui se rapportent à leur art. Leur soif de culture générale les met aux aguets des découvertes récentes, pourvu que les exposés ne soient pas trop hermétiquement techniques et qu'ils en puissent percevoir les principes et les applications sous une forme assimilable, l'excès de théorie ayant été judicieusement évité. L'évolution souhaitable serait donc de fortifier et les sociétés spécialisées et la Société Médicale, en les coalisant en une corporation unique, en coordonnant les travaux dans une fraternité libérale.

Les conférences par d'illustres étrangers ont connu des triomphes.

Les facilités de voyage augmentent. De ce fait, nous recevons la visite sollicitée ou improvisée d'un nombre croissant d'éminents médecins et chercheurs. Il est louable d'en profiter au maximum, sans toutefois tomber dans l'abus.

Qu'il vienne de Boston, de Londres ou de Paris, d'Afrique, d'Asie ou d'Australie, de Toronto, de Montréal ou de Québec, qu'il parle anglais, français ou autre langue, un savant est un savant, et pour peu qu'il veuille nous livrer son message, nous ne devons pas refuser de l'écouter.

Notre Société, uniquement préoccupée de perfectionnement culturel, se doit de fuir les tendances politiques, nationales ou internationales, qui sacrifient la vérité aux ambitions. Pratiquer la neutralité raciale et politique ne signifie pas le reniement de nos origines et

l'abandon de notre atavisme spirituel chaque fois qu'un autre peuple gagne une bataille. Durant la guerre d'Éthiopie, un bon nombre de Canadiens français apprenaient la langue de Mussolini ; avec les victoires de Franco, ils se mirent à l'espagnol ; en 1940, ils pratiquaient l'allemand, au cas où Hitler viendrait ; certains pensèrent au russe, après Stalingrad ; maintenant, il n'y a plus qu'une langue au monde, celle de New-York.

Une telle servilité ne séduit personne. Soyons nous-mêmes, restons nous-mêmes. Nous avons hérité d'un tempérament et d'un langage qui nous permettent de fréquenter et d'assimiler la culture gréco-latine. Ce serait une vaste erreur de ne point profiter d'un mode de penser qui, en science comme en art et comme en philosophie, embellit toutes choses de signification humaine. Nous parlons mal l'anglais, mais nous le comprenons assez pour tirer avantage de ce qui nous entoure : culture anglaise et culture américaine. Notre situation géographique et commerciale nous lie aux États-Unis ; notre constitution politique nous fusionne à l'Empire Britannique ; notre consanguinité a fait de nous des Français. Cette confluence de richesses forme un réservoir exceptionnel où nous n'avons qu'à puiser idées et moyens d'une production originale.

La médecine canadienne-française ne doit pas à jamais rester accrochée à la remorque de quelque autre pays, si prospère soit-il. Renonçons au ridicule esprit pastiche, à la sempiternelle imitation, qui fait qu'on nous qualifie de peuple jeune, c'est-à-dire puéril. Faisons preuve enfin de maturité. Sortons de notre chrysalide ; secouons nos ailes ; élevons-nous de nous-mêmes dans les sphères de la création.

La Société Médicale offre à chacun de ses membres la possibilité de se manifester. Ce n'est pas du temps gâché que celui qui se passe à méditer un problème de médecine, à en chercher la solution dans les livres, dans l'analyse de dossiers, dans des travaux de clinique ou de laboratoire. Ce n'est pas un vain exercice que de venir à la tribune affronter ses collègues et leur offrir les résultats de ses études, observations et expériences. Les aînés possèdent une imagination en effervescence ; leur cerveau fourmille d'idées comme abeilles dans la ruche, mais ils se laissent arrêter par la crainte de ne point s'exprimer dans le verbe des prophètes. La Société Médicale a toujours fait preuve de modération, de tolérance et de respect. Elle accorde sans réserve son admiration et sa gratitude aux hommes de bonne volonté.

Fondée en 1900, notre compagnie atteindra bientôt le cinquantenaire. Nous regardons son passé avec fierté. Au milieu des difficultés elle a grandi, elle a prospéré grâce au dévouement et à l'énergie d'hommes remarquables qui n'ont rien épargné pour assurer sa vitalité.

En acceptant à notre tour de veiller sur un héritage de ce prix, notre appréhension s'adoucit à l'idée d'un concours bienveillant de la part de tous ceux de nos membres — c'est la majorité — qui croient à la force humanitaire de la science et du travail collectif.

Soutenu par cet espoir d'entraide, sollicitant à la fois indulgence et critiques, votre nouvel Exécutif regarde avec humilité, mais aussi avec confiance, l'ascension de la Société Médicale de Montréal vers sa destinée.

## UN GRAND FOYER DE LA MÉDECINE CONTEMPORAINE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Professeur L. JUSTIN-BESANÇON,  
Médecin de l'Hôpital Bichat (France).

*Cette chronique a paru au début d'une des dernières livraisons de La Semaine des Hôpitaux, importante revue médicale publiée à Paris, à laquelle collabore un groupe imposant de médecins et chirurgiens des hôpitaux.*

*Elle évoque des souvenirs et relate des impressions qu'un séjour au Canada français a laissé dans l'esprit de médecins français. Un certain nombre d'eux vinrent ici avant la dernière guerre, d'autres renouant les liens relâchés, et pour cause, pendant 6 ans, nous ont visités tout récemment.*

*Les remarques du Prof. Justin-Besançon sont pour nous très louangeuses. Nous avons duré, nous nous sommes développés au meilleur de nos possibilités, mais nous ne nous faisons aucune illusion sur la valeur réelle de notre groupe, de même que nous ne pêchons par excès de modestie à ce sujet.*

*En plus, notre pensée à l'égard de la France, à l'égard de la médecine française, est certes réchauffée par le sentiment dont on a maintes fois indiqué la source et le contenu : origine ethnique commune, filiation médicale, respect pour l'humanisme de nos collègues de France.*

*Mais cette pensée prend plus de vigueur dans des raisons plus objectives, plus réalistes. Le passé nous est certes cher, mais nous envisageons le présent et considérons l'avenir avec plus d'intérêt encore. Et cela pour exprimer que la majorité des médecins canadiens de langue française désirent sauvegarder et même reserrer les relations entre les écoles françaises et nous, afin que de cette union on puisse servir la cause des centres de médecine d'expression française, tant en France qu'au Canada ou ailleurs dans le monde, afin de grandir leur prestige et conséquemment assurer la stabilité de nos propres institutions médicales dans la voie déjà engagée. A vrai dire, elles sont en péril puisqu'elles sont menacées d'une assimilation imminente et qu'elles doivent constamment se protéger non pas tant sur le plan scientifique qui n'offre pas de particularisme de coutumes et n'entame pas la personnalité morale, mais sur celui de la formation de l'esprit de nos jeunes médecins, du sens et du mode de leur culture et de leur développement linguistique.*

*Il est vrai que la langue n'est pas tout, mais quand elle est pure, elle sert à bien penser, penser clair et précis; quand elle s'effrite et « s'hybridise », c'est que les soutiens de la personnalité morale se modifient, se déplacent et s'étayent sur de nouvelles bases, sur d'autres critères . . .*

*On nous affirme qu'on tentera de bien recevoir nos jeunes en France, de les aiguiller avec discernement vers des services où ils pourront travailler avec efficacité. Voilà un fait qui surpasse toute effusion sentimentale. Nous applaudissons à cet important projet qui, bien organisé et maintenu, constituera le meilleur atout d'une étroite collaboration entre nous et la médecine française; à l'avantage des deux groupes, parce qu'au bénéfice de la médecine d'expression française. Nos collègues de France savent bien que nous désirons conserver*

*nos traits distinctifs sur ce vaste continent, afin de préserver notre propre respect et celui des autres à notre égard.*

*La profession médicale, comme tous les autres groupes, est engagée dans cette aventure. Elle compte sur la collaboration des écoles françaises pour accomplir sa mission. Si elle n'est pas secondée, elle subira exclusivement le prestige d'autres sources scientifiques incontestablement excellentes et dont elle ne peut se passer, mais dont le prestige ne sera plus contrebalancé. Il dépassera le plan purement scientifique pour influencer assez rapidement tout l'édifice de notre personnalité morale. Et ce sera le commencement d'une fin que nous ne voulons pas; d'une fin qu'heureusement on n'appréhende pas encore, mais que nous devrions éviter.*

Roma AMYOT.

« O Canada, Terre de nos aïeux... ». Les premiers mots du chant national de la Nouvelle-France résonnent dans le cœur de tous ceux qui ont eu le bonheur d'aborder aux rives du Saint-Laurent. Nombreux sont nos confrères qui se souviennent, avec une émotion affectueuse, de l'accueil cordial qu'ils ont reçu de la part de leurs amis, les médecins de la Province de Québec, ce magnifique Etat de la Fédération Canadienne, grand, à lui seul, trois fois comme la France.

Reprenant le chemin parcouru par Emile Sergent, qui aimait le Canada comme une seconde patrie, par A. Lemierre, A. Clerc, A. Baudouin, Pasteur Vallery-Radot, Léon Binet, M. Chiray, R. Turpin, d'Allaines, L. de Gennes, H. Simonnet, Lépine, Sourdille, Kourilsky et tant d'autres collègues et amis, j'ai eu le plaisir, en 1947, d'enseigner pendant deux mois au Canada, à l'Université Laval de Québec et à l'Université de Montréal. De mes contacts avec les médecins canadiens, professeurs, praticiens ou étudiants, j'ai rapporté l'impression profonde que là-bas, si loin de nous hier, si près aujourd'hui par l'avion, se développe et mûrit un foyer remarquable de la médecine contemporaine.

Comment ne pas être bouleversé jusqu'au fond de l'âme quand, dans le vieil Hôtel-Dieu de Québec, on retrouve précieusement gardées, depuis le XVII<sup>e</sup> siècle, les reliques de l'histoire commune des médecines française et canadienne ?

Comment ne pas admirer la vitalité de cette Université Laval qui, sous l'impulsion énergique de son Recteur, Monseigneur Vandry, de son cher Doyen, le Professeur Charles Vézina, et de tous ses professeurs, où nous comptons maintenant de si fidèles amis, n'hésite pas à se lancer dans la construction, sur d'immenses terrains, d'une Université nouvelle et d'une cité médicale moderne qui feront, de Québec, l'Oxford français du nouveau continent ?

Comment n'être pas saisi d'admiration, quand on arrive devant l'Université de Montréal, toute neuve, dans un cadre grandiose, sur le flanc nord du Mont-Royal, et aux destinées de laquelle le Recteur, Monseigneur Olivier Maurault, et le Secrétaire Général, M. Edouard Montpetit, président avec tant de distinction ? Et que dire de ces beaux hôpitaux de Montréal, comme l'Hôtel-Dieu, Saint-Luc (où Paul Milliez a enseigné récemment), Pasteur, Verdun, Notre-Dame, Saint-Jean-de-Dieu ou Sainte-Justine (dont le doyen Dubé est le chirurgien), où tant de bon travail clinique se poursuit au service des malades, admirablement hébergés et soignés ?

Mais les Facultés et les Hôpitaux ne représentent qu'une partie de l'effort médical canadien : l'organisation de la Santé publique, sous la haute direction de l'Honorable Albiny Paquette, Ministre de la Santé, et du Docteur Jean Grégoire, Sous-Ministre, que nous avons l'un après l'autre salués à Paris ; ses importants services d'Hygiène de Montréal

et de Québec ; ses œuvres innombrables pour les enfants, les mutilés, les glorieux vétérans de la dernière guerre ; sa Croix-Rouge, enfin, toutes institutions dignes des plus vifs éloges. Nous voulons rendre un hommage particulier aux cadres professionnels, à ces Associations de praticiens, à ces Sociétés Médicales qui maintiennent si hautes les traditions de moralité et de savoir qui valent aux médecins le respect et l'amour des populations canadiennes.

Mention spéciale doit être faite de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord aux destinées de laquelle ont veillé ou veillent des amis qui nous sont chers, les Professeurs Albert Lesage, qui fut un éminent doyen de la Faculté, Donatien Marion, Hermile Trudel, Ch. Vézina, J.-B. Jobin et enfin E. Gaulin, que nous avons salué à Ottawa lorsque nous y fûmes si aimablement accueillis par l'Université d'Ottawa et nos confrères, en particulier Arthur Richard. Nous ne pouvons pas oublier qu'au lendemain de la Libération de la France, son Bulletin, *L'Union Médicale*, publiait en novembre un numéro entier en hommage à la médecine française.

Ce précieux foyer canadien, d'origine, de race, de langue et de culture françaises, que pouvons-nous faire pour en favoriser l'épanouissement ?

Il me semble que nous avons, envers la médecine canadienne, un triple devoir : — la faire connaître en France, — lui ouvrir largement notre accueil, — la comprendre et l'aimer.

Il faut faire connaître en France la médecine canadienne. Nous devons lire et diffuser les travaux de nos collègues canadiens. Ils éditent d'admirables revues et journaux, les uns de médecine générale, tels *L'Union Médicale*, le *Laval Médical*, et d'autres plus spécialisés.

*La Semaine des Hôpitaux* s'honore de publier régulièrement les sommaires et les analyses de ces journaux et elle est fière d'avoir pu faire paraître un numéro entier consacré à l'Université Laval et un autre rempli des travaux

récents de nos Confrères de Montréal. Du monde entier nous sont venus des échos de cette publication. Nous devons développer encore ce travail d'échanges culturels dans l'avenir.

D'autre part, nous nous devons d'accueillir nos confrères canadiens. Dans ces derniers mois, nous avons, entre autres, applaudi dans nos amphithéâtres des bactériologistes et biologistes de premier ordre, comme les Professeurs Edouard Morin, de Québec, A. Frappier et Hans Selye de Montréal ; des cliniciens de grande classe comme le Professeur Roméo Boucher, dont le Doyen Léon Binet a présenté la Thèse parisienne dans le Grand Amphithéâtre de notre vieille Faculté, en présence du très aimé et respecté Ambassadeur du Canada à Paris, le Général Vanier, glorieux blessé de la guerre 1914-18.

Il importe aussi de nous préoccuper des médecins et étudiants qui viennent se perfectionner à Paris, à Lyon, à Montpellier, à Nantes, etc... Il faut les aider dans leur hébergement, les guider dans le choix des services, en liaison avec l'actif Attaché culturel du Canada en France, l'Accueil Canadien et la Section Canadienne de l'A.D.R.M. à laquelle les Professeurs H. Hartmann et F. Lemaître se sont dévoués avec tant de succès.

Enfin, plus que tout autre peuple au monde, nous devons aimer la médecine canadienne. Nous savons, pour en avoir parlé avec le très regretté Cardinal Villeneuve et l'éminent Chancelier de L'Université, Monseigneur Charbonneau, Archevêque de Montréal, dans quel respect des plus nobles traditions de la culture française, sont orientées les études dans les Universités de la Province de Québec. Ses dirigeants savent fort bien qu'en médecine, il ne faut pas confondre l'enseignement de Faculté, qui vise à former un *médecin* avec sa culture française, bien adapté à comprendre la population à laquelle il donnera ses soins, et, d'autre part, l'enseignement complémentaire qui fera de lui un *spécialiste* ou un *médecin* plus particulièrement compétent dans telle branche de son art.

La formation du *médecin* se réalise au mieux dans les traditions canadiennes-françaises et peut évidemment se compléter d'un séjour dans le Vieux Pays, au contact des méthodes qui, en France, dispensent la clarté, l'ordre dans les idées et les qualités de synthèse.

La formation du *spécialiste*, par contre, a tout avantage à se compléter partout où elle peut le faire, et nos amis canadiens ont bien raison d'envoyer leurs étudiants se perfectionner, par exemple au contact de la Pédiatrie scandinave, de la Biochimie suisse, de la Physiologie anglaise, de la Clinique, de l'Anatomie, de la Microbiologie ou de la Parasitologie française et, bien entendu, des spécialistes du Canada anglais et des Etats-Unis, auprès desquels nous envoyons souvent avec avantage nos propres médecins et étudiants français. Je ne saurais oublier, pour mon propre compte, quel profit j'ai retiré de ces voyages à l'Etranger et je me souviens, en particulier,

avec gratitude de l'accueil que j'ai reçu, par deux fois à vingt ans de distance, dans les Ecoles américaines et les admirables Universités canadiennes-anglaises de McGill et de Toronto. L'Europe n'est plus éloignée de l'Amérique et il n'est pas plus loin d'aller de Montréal à Paris ou à Stockholm, que de Halifax à Vancouver, en restant toujours dans le ciel de la Fédération canadienne, ou de Dunkerque à Brazzaville, en survolant constamment l'Union française.

Ainsi, placée au carrefour des disciplines médicales française, britannique et américaine, la médecine, dans la Province de Québec, nous apparaît appelée à des destinées harmonieuses. Elle saura rester elle-même, c'est-à-dire canadienne-française, tout à la fois originale et fraternellement liée à ses origines comme à ses voisines, pour le plus grand bien de la population de Québec et des progrès de la Médecine.

---

# MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

## CLASSIFICATION OPHTALMOSCOPIQUE DE L'ARTÉRIOSCLÉROSE

François HENRY,

Ophthalmologiste de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Cet exposé est un résumé de la question, sans détail ni commentaire, car les auteurs actuels expriment souvent des vues divergentes et tenter d'arriver à un compromis est impossible.

Plusieurs classifications ont été présentées en ces dernières années ; celle de Keith et Wagener s'est révélée la plus utile comme instrument de travail et pour les renseignements qu'elle ne manque pas de donner au clinicien. Nous emprunterons donc à celle-ci les grandes lignes de ce travail.

Il ne sera pas non plus question de l'athérosclérose, affection résultant de l'usure ou vieillissement normal des artères.

### *1er stade ou grade.*

- a) Présence de reflet lumineux sur les artères, apparaissant comme ligne blanche plus ou moins large.
- b) Diminution du calibre des artères par rapport aux veines 1-3 au lieu de 2-3.
- c) Signe du croisement ou compression artérioveineuse : aux endroits où les artères croisent les veines, celles-ci sont légèrement affaissées.

### *2e stade.*

Les signes ci-haut mentionnés, mais plus marqués et plus facilement appréciables.

A ce stade, l'on peut voir des artérioles très fines ayant l'aspect de fil de cuivre ou fil d'argent ou encore entourées d'un manchon de sclérose (vascular sheathing), quelquefois fragmentation de la colonne sanguine dans un vaisseau, souvent thrombose locale.

### *3e stade.*

Les signes précédents plus ou moins évolués, suivant la durée de l'hypertension, auxquels se surajoutent des lésions de rétinite, conséquence de la mauvaise circulation rétinienne ou d'un facteur toxique :

#### a) Spasme :

Soit généralisé à une artériole entière ou localisé, donnant un calibre irrégulier au vaisseau affecté ; souvent œdème à ce niveau ou thrombose si le spasme est assez prolongé.

#### b) Hémorragies :

Se rencontrent surtout au pôle postérieur, prennent un aspect variable suivant leur localisation : en « flamme de bougie » si situées dans les couches fibreuses, en taches plus ou moins irrégulières dans les couches profondes de la rétine, en nappes, sous la limitante interne ou allongées le long des vaisseaux.

#### c) Exsudats :

De dimension et disposition variable, souvent autour de la macula, formation étoilée, à bords bien limités ou flous (cottonwool).

#### d) Œdème :

Très souvent œdème rétinien péri-papillaire. Thrombose artérielle ou veineuse fréquente à ce stade.

### *4e stade.*

Signes ci-haut mentionnés plus œdème papillaire marqué.

\*  
\*

Cette classification nous permet de différencier les formes courantes d'hypertension :

- a) *Hypertension neurogénique* : aucun signe au fond d'œil sauf peut-être une diminution du calibre des artérioles.
- b) *Hypertension essentielle chronique non progressive* : stade I ou II, dépendant de l'ancienneté de l'hypertension, quelquefois présence de petites hémorragies ou thrombose.
- c) *Hypertension chronique progressive* : sclérose vasculaire au stade I ou II dépendant de la vitesse d'évolution, avec signes de rétinopathies plus ou moins marqués, hémorragies, spasmes, exsudats, etc.

d) *Hypertension maligne ou angiospastique (stade IV)* :

- 1) forme terminale de l'hypertension chronique progressive.
- 2) maligne proprement dite, se rencontrant surtout chez les sujets jeunes, sans évidence de sclérose vasculaire bien définie.

*N.B.* Il ne faut pas oublier que certaines tumeurs cérébrales, les adénomes basophiles de l'hypophyse, les tumeurs des surrénales, peuvent donner une image de rétinite ressemblant étrangement à ce que nous voyons dans l'hypertension maligne.

#### **Action confirmée de l'électro-choc contre l'agitation de certains syndromes mentaux.**

On aurait constaté que l'injection intraveineuse de 5 c.c. de coramine immédiatement suivie de l'électro-choc a pour effet de calmer, beaucoup plus rapidement que le seul électro-choc, les mentaux agités : maniaques, schizophréniques, mélancoliques anxieux et agités, malades souffrant de psychose post-partum, etc.

L'injection de coramine dans les veines est inoffensive, elle préviendrait éventuellement la phase d'excitation post-paroxystique, et favoriserait la reprise de la respiration. On croit, d'autre part, que l'association coramine-électro-choc ajoute à l'excitation électrique des centres nerveux une excitation chimique, d'où effet additionnel. (H. D. Fabring — *Am. J. Psychiat.*, 105:435 (décembre) 1948.)

#### **Signification pronostique de la reprise du poids des mentaux traités à l'électro-choc.**

D'après Kalinowski, la reprise de poids chez certains malades en cours de traitement par l'électro-choc : mélancoliques, maniaques, schizophréniques, confus, serait d'un pronostic favorable et annoncerait soit la guérison, soit une rémission. La normalisation des menstruations, qui se montre plus tardive cependant, signifierait que l'électro-choc agit sur le diencéphale et de la sorte favorise le retour à la santé psycho-affective, la régulation endocrinienne et du métabolisme. (*J. Nerv. Men. Dis.*, 108: 423, 1948).

#### **Angiographie cérébrale par l'artère vertébrale.**

Une technique inaugurée par Radner comporte le cathétérisme de l'artère radiale jus-

qu'à la sous-clavière et l'embranchement de la vertébrale. Ce cathétérisme doit être effectué sous l'écran fluoroscopique par l'usage d'un cathéter urétral. L'auteur prétend que cette technique est simple, efficace et inoffensive. Il injecte 10 c.c. d'une solution à 35% de diodrast. (*Acta radiol.*, 28: 838 (novembre) 1947.)

#### Contre les manifestations somatiques de l'anxiété.

Le chlorure de tétra-éthyl-ammonium possède une action inhibitrice sur les fonctions sympathiques, il est un énergique sympatholytique, amenant un notable blocage chimique qui sert en clinique tant sur le plan diagnostique que thérapeutique dans des affections vasculaires à mécanisme de vaso-spasme. On a pensé que cette action pouvait aussi servir contre les manifestations neuro-végétatives de certaines névroses où se trouve de l'anxiété, de la tension nerveuse à un degré pathologique : plus particulièrement la psychonévrose anxieuse ou encore la névrose d'angoisse. Trente-huit malades reçurent des injections intramusculaires de chlorure de tétra-éthyl-ammonium, 3 à 6 fois par semaine, et à la dose initiale de 7 milligrammes par kilogramme de poids du corps.

Ce traitement diminuerait considérablement les effets neuro-végétatifs de l'émotion pathologique comme la transpiration excessive, la tachycardie, les palpitations, les accidents gastro-intestinaux, l'insomnie, la fatigue du matin, etc. Ce soulagement somatique rendrait le malade plus réceptible à la

psychothérapie. (Eric Bell et Louis J. Karnosch. *J. Nerv. Ment. Diseases*, 108: 367, 1948.)

#### Causes prénatales de l'arriération mentale.

Sans plus d'appréciation et d'analyse, énumérons ces causes telles que mentionnées par l'auteur :

Syphilis congénitale (1.79% de cas).

Toxoplasmose maternelle transmise au fœtus.

Infection à virus de la mère enceinte, surtout la rubéole.

Crétinisme (par insuffisance en iode ou en hormone thyroïdienne de la mère).

Mongolisme (déficience hypophysaire chez la mère, ou action de facteurs génétiques ou encore condition utérine anormale influençant le développement fœtal).

Anoxie cérébrale prénatale ou au cours de la délivrance causant lésions cérébrales.

Incompatibilité de groupes sanguins (kernicterus par facteur rH).

Action des rayons X (fluoroscopie active sur gonades).

Hémorragie intracrânienne au cours de l'accouchement.

Voilà des facteurs d'arriération mentale qui peuvent être prévenus en très grande partie. Donc la prophylaxie d'une proportion importante d'arriération mentale est possible. La connaissance récente de certaines de ces causes étend d'autant l'action préventive. A noter que de 2 à 4% de la population sont constitués d'arriérés mentaux plus ou moins profonds. (Peter Gruenwald. *Am. J. M. Sc.*, 214: 605 (décembre) 1947.)

## CONSULTATIONS AUX PRATICIENS

### DÉSACCORD À PROPOS DE LA VITAMINE E.

DEPUIS QUELQUE DEUX ANS PARAISSENT, DANS LES JOURNAUX « GENRE MAGAZINE », DES ARTICLES À PROPOS DES QUALITÉS MERVEILLEUSES DE LA VITAMINE E DANS LE TRAITEMENT DE PRESQUE TOUTES LES AFFECTIONS CARDIAQUES. VOICI DONC UN MÉDICAMENT QUI VA FAIRE JASER BIEN DES PERSONNES DE L'ART, QUI POURRAIENT BIEN, PAR RICOCHET, ÉBRANLER BIEN DES THÉORIES, RENVERSER BIEN DES FLACONS DE VITAMINES QUI PARAISSENT AVOIR SURVÉCU, À DATE, À L'ANNONCE QUE L'ON ENTRETIENT À LEUR ÉGARD.

PLUSIEURS VITAMINES SONT SOLIDEMENT ASSISES, ONT FAIT LARGEMENT LEURS PREUVES, CECI EST BIEN COMPRIS; D'AUTRES NE SONT QU'À L'ÉTAT OU AU STAGE DE L'EXPÉRIENCE. C'EST DE CELLES-CI QU'IL EST QUESTION. IL N'EST PAS BON, CROYONS-NOUS, DE TABLER SUR LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES ET PROBLÉMATIQUES D'UN MÉDICAMENT AVANT QU'IL SOIT BIEN PROUVÉ QU'IL POSSÈDE LES QUALITÉS QU'ON LUI ATTRIBUE. C'EST EN PROCÉDANT À L'INVERSE ET POUR DES RAISONS QUE NOUS NE VOULONS PAS DISCUTER, QUE L'ON FAIT UN TORT INCALCULABLE À LA SAINTE MÉDECINE.

OR DONC, DES MÉDECINS QUI PARAISSENT JOUIR D'UNE CERTAINE RÉPUTATION, LE DOCTEUR SHUTE ET SES ASSOCIÉS, FONT UNE PROPAGANDE ASSEZ SÉRIEUSE À L'EFFET QUE LA VITAMINE E GUÉRIT OU AMÉLIORE POUR LE MOINS 80% DES AFFECTIONS CARDIAQUES DE TOUTES ORIGINES.

À DATE, IL SEMBLE QUE L'ANNONCE A ÉTÉ CONDUITE DANS LA GRANDE « PRESSE » ET MÊME LES REVUES MÉDICALES AURAIENT REFUSÉ DE PUBLIER LES RAPPORTS DES MÉDECINS SHUTE.

UNE DES DERNIÈRES LIVRAISONS DU JOURNAL *C. M. A.* PUBLIE UNE LETTRE DES DOCTEURS SHUTE ET ASSOCIÉS À L'ÉDITEUR, DANS LAQUELLE ILS BLÂMENT SÉVÈREMENT LE JOURNAL POUR AVOIR REFUSÉ D'INSÉRER LEURS DOCUMENTS ET OBSERVATIONS TOUCHANT L'EMPLOI DE LA VITA-

MINE E. EN RÉPONSE, À LA SUITE DE CETTE LETTRE, LE JOURNAL *C. M. A.* MAINTIEN SON REFUS DE PUBLIER POUR LA BONNE RAISON QUE L'ATTITUDE PRISE ANTÉRIEUREMENT N'A PAS CHANGÉ EN RAPPORT AVEC LES PRÉTENDUS BONS EFFETS DE LA DITE VITAMINE E.

DE SON CÔTÉ, « THE JOURNAL A. M. A. » PUBLIE LA CONCLUSION SUIVANTE: « NOTHING IN THE KNOWN PHARMACOLOGIC ACTIONS OF VITAMINE - E WOULD LEAD ONE TO SUSPECT EITHER A VASO-DILATATING ACTION, A MYOTONIC EFFECT OR AN ABILITY TO REPAIR DAMAGED HEART MUSCLE IN HUMAN BEINGS. » (JUIN 1946.)

« THE JOURNAL OF A. M. A. » EN MARS 1948 REVIENT À LA CHARGE: « TWO YEARS AGO VITAMINE-E WAS RECOMMENDED BY TWO CANADIAN PHYSICIANS AS USEFUL IN THE TREATMENT OF HEART DISEASE FROM VARIOUS CAUSES, INCLUDING RHEUMATIC, CORONARY AND HYPERTENSION, AS WELL AS OF CONGESTION HEART FAILURE. SINCE THEN THERE HAS BEEN NO CAREFULLY CONTROLLED CLINICAL SERIES REPORTED, ALTHOUGH VARIOUS CLINICS HAVE TRIED THIS MATERIAL. »

« CONSENSUS WAS WELL EXPRESSED AT A PANEL DISCUSSION ON CARDIAC THERAPY AT THE MEETING OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION IN ATLANTIC CITY, N. J., IN JUNE 1947, AS FOLLOWS: VITAMINE-E IS OF NO VALUE IN CORONARY HEART DISEASE, HYPERTENSION, OR RHEUMATIC HEART DISEASE. THE ORIGINAL CLAIM THAT IT IS OF BENEFIT CAN BE ATTRIBUTED TO CEREMONIAL THERAPY. »

LES PRÉTENTIONS, DE PART ET D'AUTRE, N'EN RESTENT PAS LÀ. LE DERNIER NUMÉRO DU « THE CANADIAN DOCTOR », DÉCEMBRE 1948, ANNONCE L'OUVERTURE DU « THE SHUTE INSTITUTE » FOR CLINICAL AND LABORATORY MEDICINE, À LONDON, ONTARIO, POUR RECHERCHES ET TRAITEMENT DES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES ET RÉNALES, MAIS PAS DU DIABÈTE. L'INSTITUT NE JOUERA PAS LE RÔLE D'UN HÔPITAL MAIS BIEN DE POSER UN DIAGNOSTIC ET PRES-

CRIRE LE TRAITEMENT APPROPRIÉ, PUIS RETOURNER LE PATIENT À SON MÉDECIN DE FAMILLE QUI LE SUIVRA. L'ANNONCE DE L'INSTITUT SHUTE, ENVISAGÉ SOUS CET ANGLE, NE PRÊTE PAS À LA CRITIQUE. IL N'EST PAS DU TOUT QUESTION DE VITAMINE E COMME UNIQUE TRAITEMENT.

LES AUTEURS DE L'ORGANISME MIS SUR PIED POUR LA RECHERCHE ET LE TRAITEMENT DES MALADIES DU CŒUR, NOUS PARAISSENT « TRIÉS SUR LE VOLET », SI NOUS NOUS PLAÇONS AU POINT DE VUE DU GRAND PRESTIGE QU'ILS APPORTENT ET DE LA HAUTE AUTORITÉ QU'ILS JETTENT DANS LES PLATEAUX DE LA BALANCE DE LA DISCUSSION. ET LA DISCUSSION, OU LA CRITIQUE, N'EST QU'À SES DÉBUTS ET REPOSE UNIQUEMENT SUR UNE QUESTION, À SAVOIR: SI OUI OU NON LA VITAMINE E EST UTILE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CARDIAQUES?

IL APPARTIENT AUX MAÎTRES DE NOS ÉCOLES DE MÉDECINE UNIVERSITAIRES, NOS CLINICIENS, NOS CARDIOLOGUES, DE GUIDER LES PRATICIENS SOUS CE RAPPORT. C'EST ÉLÉMENTAIRE ET URGENT.

SI NOUS LISONS LES NOMS DES FONDATEURS HONORAIRES DE L'INSTITUT SHUTE, ON Y RENCONTRE DE TRÈS HAUTES AUTORITÉS UNIVERSITAIRES... ET NOUS LE DISONS SANS ARRIÈRE-PENSÉE, CECI NOUS ÉTONNE ET PLUS... AINSI MGR VANDRY, DE L'UNIVERSITÉ LAVAL, RÉVÉREND PÈRE LAFRAMBOISE, RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA, DOCTEUR EDMOND DUBÉ, DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL.

CE QUE NOUS DEMANDONS, NOUS MÉDECINS DE CAMPAGNE, C'EST UNE LIGNE DE CONDUITE DANS LE DOMAINE PUREMENT MÉDICAL D'UNE QUESTION QUI NOUS INTÉRESSE AU PLUS HAUT POINT. (Louis-Félix Dubé, M. D., Notre-Dame-du-Lac, P. Q.)

#### Réponse.

La vitamine E dont parle notre correspondant n'en est pas à ses débuts en thérapeutique.

Depuis qu'Evans et Bishop l'identifièrent, en 1922, comme l'un des facteurs indispensa-

bles à la gestation normale chez les rats, les applications cliniques n'ont pas manqué. On utilisa d'abord la vitamine E, vitamine de fertilité ainsi qu'on l'avait tout d'abord surnommée, dans le traitement des avortements, et les résultats n'ont pas retenu l'attention. On avait aussi constaté que le régime pauvre en vitamine E provoquait des dystrophies musculaires chez les rats, les lapins et les cochons d'Inde. On s'en servit donc contre certaines dystrophies musculaires et dans les cas de sclérose latérale amyotrophique. Ici encore, échec à peu près complet. On a vanté dernièrement sa valeur extraordinaire dans le traitement du diabète et l'on nous parle aussi des améliorations surprenantes qu'on lui devrait chez les cardiaques.

Notre correspondant demande sur ce dernier point une opinion et l'énonce d'une ligne de conduite. Nous n'avons pas le droit de juger de la valeur de la vitamine E dans le traitement des cardiopathies avant que des observations cliniques bien faites, impartiales et dignes de foi, soient publiées sur le sujet. Elles sont encore à venir. Mais il ne faut pas non plus se désintéresser de la question et condamner d'avance ce qui pourrait peut-être représenter une acquisition précieuse en thérapeutique. Qui vivra, verra!!!

### AORTITE SYPHILITIQUE

UN CARDIOLOGUE ME DIRIGE UN MALADE ÂGÉ DE 42 ANS, AVEC LE DIAGNOSTIC DE : AORTITE SYPHILITIQUE

QUE DOIS-JE FAIRE ? (Docteur C.)

#### Réponse.

Dans le cas actuel, quelques principes s'imposent.

1° Histoire du cas.

2° Examen clinique, en particulier des réflexes, etc.

3° Analyses d'usage : urines, glycémie, azotémie.

4° Faire une Wass. de contrôle.

5° Une ponction lombaire doit être faite.

6° Demander un examen du fond de l'œil.

7° Traitement préconisé :

a) Commencer par du bismuth, soit Néoluatol, 1 cc. pour la 1<sup>ère</sup> injection, et 2 cc. tous les 5 jours, pour 5 ou 6 injections.

b) Continuer par de la pénicilline dans l'huile, tous les 2 jours, les 2 premières de 300 mille unités, et les 9 autres injections de 600 mille chacune, pour faire en tout 6 millions.

c) Ensuite alterner séries d'arsenic et de bismuth pendant au moins un an.

d) Dans l'avenir, une série de bismuth, par année.

*(Ce traitement ne doit pas être considéré comme absolu ; les auteurs diffèrent d'opinion, parce que la pénicilline est encore au stade d'expérimentation.)*

### “L'Union Médicale du Canada” en 1880

Mars 1880.

Un interne d'un des hôpitaux de Paris, George Herbelin, vient de mourir martyr du devoir, victime de la diphtérie, cette ennemie mortelle du médecin!

L'Etat a voulu récompenser le jeune héros de son courage, de son mérite, et la croix de la légion d'honneur brilla sur sa poitrine avant qu'il ne rendit le dernier soupir. Toute la presse médicale de France a donné une bonne parole au souvenir de l'illustre défunt, s'est félicitée elle-même, et avec orgueil, d'ajouter un nom nouveau à la longue liste de ses héros!

Nous nous associons au tribut d'hommages rendus à George Herbelin, mort au champ d'honneur, et nous reproduisons avec plaisir les lignes suivantes, inspirées à un écrivain de mérite. Elles serviront d'encouragement à nos confrères, au milieu des ennuis et des déboires si fréquents dans la vie du médecin:

C'est bien!

La Société a noblement payé sa dette de reconnaissance envers Herbelin, ce jeune et obscur martyr de la science, dont les touchantes funérailles ont eu lieu le 7 janvier.

Il a été imposant, comme il devait l'être, l'adieu dit à cet intrépide, au nom du chef de l'Etat, au nom de ses maîtres, au nom de ses émules en dévouement.

Et puisque l'occasion s'en présente, rendons ici justice au corps médical tout entier. Proclamons bien

haut que la France a le droit de s'enorgueillir du courage dont font preuve ceux qui exercent chez nous la périlleuse profession où l'on donne trop souvent sa vie pour racheter la vie des autres.

Car — il faut le constater bien haut — le cas d'Herbelin n'est point une exception. Dix autres, vingt autres sont morts comme il est mort, pour et par le devoir accompli.

Voilà qui venge bien les médecins des sarcasmes traditionnels et des quolibets dont Molière donna l'implacable signal.

C'est ainsi toujours. L'ironie, en notre pays de sceptique injustice, s'attaque de préférence aux plus utiles et aux plus méritants.

La critique est si aisée!

On a si vite trouvé et retrouvé quelque bon mot qui n'est au fond qu'une méchante action!

La mode veut qu'on s'en prenne aux médecins, parce qu'ils n'ont pas encore pu découvrir la panacée rêvée par le charlatanisme.

Leur réponse est bien simple:

— Vous avez raison, disent-ils. Nous ne savons pas encore vous empêcher de mourir. Mais, au besoin, nous savons mourir pour vous.

Il n'est point apprécié à sa juste valeur ce sacrifice de chaque jour, de chaque heure, qui va, sans ostentation, sans panache, sans entraînement de mise en scène, au-devant des plus terribles dangers.

Il n'y a pas là le stimulant de l'ivresse guerrière; il n'y pas l'immédiat applaudissement de nombreux spectateurs.

C'est froidement, habituellement qu'il faut être brave.

Et l'on n'a pas à oublier seulement le souci de sa propre sécurité! Le médecin a une famille le plus souvent, une famille au foyer de laquelle il peut rapporter le germe infectieux, devenant ainsi le tortureur involontaire des êtres qu'il aime et de qui il est aimé!...

J'ai connu un excellent et vaillant docteur qui, comme Herbelin, en soignant un enfant atteint du croup, contracta lui-même le germe de la diphtérie.

Il n'en mourut pas, non plus que l'enfant à qui il avait porté secours.

Mais le docteur X... avait une chère petite fille qui tomba malade à son tour et qui succomba.

Quelle impitoyable dérision de la destinée!

Certes nous ne prétendons pas que les médecins français aient seuls le privilège de cet héroïsme spécial qui devient comme une coutume.

Ce juste tribut d'éloges payé à notre corps médical, qu'on nous permette de formuler un blâme dont ceux à qui il s'adresse auront lieu de se tenir honorés!

S'il est un reproche mérité par nos médecins — et surtout par nos internes, qui ont tout le zèle irréfléchi de la jeunesse — c'est de dédaigner trop volontiers les précautions élémentaires qui, en bien des circonstances, les pourraient préserver.

Il est parfaitement inutile de défier le mal. La bravoure ne doit jamais prendre ces allures de fanfaronnade.

Plus d'une catastrophe aurait été évitée, si l'on ne s'habituaît à traiter la contagion avec une téméraire familiarité.

Les médecins d'un âge plus réfléchi donnent eux-mêmes parfois l'exemple de cette stérile indifférence. A quoi bon?

Aller jusqu'au bout du devoir, c'est bien; aller au delà, c'est mal.

Dépensez utilement vos efforts, ne les gaspillez pas.

Mais comment empêcher en France la chevaleresque insouciance qu'on retrouve aussi bien derrière les lunettes d'or du savant que sous le képi du soldat.

On a le défaut de ses qualités.

### Opération de la taille

Nous apprenons que notre collègue, le docteur A.-T. Brosseau, professeur de Chirurgie à l'Université Laval à Montréal, vient d'être appelé à Gentilly près de Trois-Rivières, pour y pratiquer l'opération de la taille sur un M. Poisson, âgé de 62 ans.

L'examen préalable ayant démontré que la pierre était très grosse et très dure, on choisit comme procédé opératoire, la taille bilatérale, de Dupuytren, telle que modifiée par Nélaton et connue sous le nom de taille *prérectale*. L'extraction du calcul a été facile malgré son volume énorme; il mesure 8½ pouces dans sa plus grande circonférence et 6 pouces dans sa plus petite; il pèse 6 onces; c'est un composé d'acide urique. Le malade souffrait de cette affection depuis huit ans.

C'est la dixième lithotomie que fait notre ami, le docteur Brosseau, et toujours avec succès.

## ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd. psychol. », 94: 1 (juin) 1938.

### MEDECINE

A. PRICE HEUSNER. — **Les infections épidurales rachidiennes non tuberculeuses.** (*Nontuberculous spinal epidural infections.*) "The New England Journal of Medicine", 239: 845 (décembre) 1948.

On y rapporte 20 cas d'infections non tuberculeuses siégeant dans l'espace épidural du rachis. Dans tous les cas où on a recherché l'agent en cause (19), on a retracé le staphylocoque doré. L'infection s'est logée à cet endroit, soit à la faveur d'une ostéomyélite de corps vertébraux, soit sans atteinte de corps vertébraux; l'auteur a recherché un foyer primitif dont la localisation épidurale serait la « métastase » et il a obtenu les résultats suivants: furoncle (1), acné (3), cor infecté (1), empyème sinusal (1), pyélite (1), lymphangite d'un membre (2), infection post-opératoire (2). Dans les neuf autres cas, on n'a pu mettre en évidence le foyer primitif. L'hémoculture a été positive dans 6 sur 14 cas où elle a été pratiquée.

A part les symptômes généraux de l'infection, le symptôme le plus constant a été la douleur le long du rachis. On a retrouvé de la raideur de la nuque dans la moitié des cas. Le nombre d'éléments figurés du L.C.R. a été normal dans 4 sur 15 cas où ils ont été comptés: le plus grand nombre a été 720.

Parmi les autres symptômes importants, on note la faiblesse des muscles volontaires, la perte de sensibilité et la paralysie.

Le traitement est d'abord chirurgical. Les sulfamidés et la pénicilline sont de précieux adjuvants. Comme le « *reditus ad integrum* » dépend de la facilité de l'intervention, l'auteur insiste sur la nécessité de poser un diagnostic précoce de cette affection.

Simon LAUZE

H. A. SCHNEIDER, Ph.D. — **Oui ou non, la nutrition influence-t-elle la résistance naturelle aux maladies infectieuses?** (*The "Yes" and "No" of Nutrition and natural resistance to infectious disease.*) The Rockefeller Institute for medical Research — "Am. J. of Public Health", 39: 57 (janv.) 1949.

L'alimentation exerce-t-elle une influence sur la résistance naturelle aux maladies infectieuses? Ma réponse est: « Parfois oui, parfois non. » (Auteur)

S'agit-il de la résistance naturelle liée à l'espèce? Cette résistance est liée à la nature même des gènes qui déterminent les qualités distinctives spéciales. « J'imagine que c'est trop demander à la diète que de modifier ces facteurs. »

S'agit-il de la résistance individuelle en dedans des cadres d'une espèce? Il faut d'abord penser que même dans ces limites on observe tous les degrés de la résistance depuis l'extrême susceptibilité jusqu'à l'immunité inexpugnable.

Ces variations tiennent à deux facteurs:

1) Facteur génétique — fond sur lequel agissent en le perturbant ou non les causes provenant du milieu. De par constitution héréditaire, les individus d'une même espèce sont donc ou susceptibles ou résistants ou intermédiaires.

2) Facteur milieu — Dans ce cadre le milieu peut agir dans le sens de la diminution ou de l'augmentation de la résistance.

Il faut penser aussi à l'agent pathogène : théoriquement dans la nature et pratiquement au laboratoire la somme de microbes infectants peuvent constituer une culture pure virulente, ou une culture pure avirulente ou un mélange des deux.

En tenant compte de ces données, l'A a étudié l'effet de deux régimes différents sur la résistance de la souris vis-à-vis un bacille typhique.

Il a divisé des souris en trois génotypes :

1) Sélection de résistant.

2) Souris prises au hasard (c'est-à-dire mélange de caractères résistants et de susceptibles).

3) Sélection de susceptibles. Les agents pathogènes sont aussi de trois types : (1) virulents uniformément ; (2) mélange de virulents et avirulents ; (3) uniformément avirulents.

Ce qui détermine neuf combinaisons différentes entre l'agent et l'hôte. Sur chacune de ces combinaisons possibles l'A a expérimenté deux régimes alimentaires, soit un régime dit naturel (lait, céréales) et un régime dit synthétique contenant tous les principes nutritifs reconnus essentiels pour la souris.

Résultats : toutes les souris des 3 génotypes moururent attaquées par l'agent uniformément virulent, quel que fût le régime, N. (naturel) ou S. (synthétique).

Toutes les souris des 3 génotypes survécurent, attaquées par l'agent uniformément avirulent, quel que fût le régime, N. ou S.

Quand l'agent d'attaque est composé d'un mélange de microbes virulents et avirulents, les souris du génotype résistant survivent quel que soit le régime, N. ou S. ; les souris du génotype, mélange des caractères résistant et susceptible, survivent si elles sont alimentées au régime naturel et meurent si elles reçoivent le régime synthétique ; les souris du génotype susceptible meurent toutes quel que soit le régime, N. ou S.

A remarquer que, dans 8 situations sur 9, 8 fois on peut répondre « non » à la question, à savoir si l'alimentation peut influencer la

résistance à l'infection. Une seule fois on peut répondre « oui », mais les 8 fois où l'on peut répondre « non » correspondent à des situations artificielles, qui ont très peu de chance de se réaliser dans la nature, et la fois où l'on peut répondre « oui » correspond aux conditions ordinaires rencontrées dans la nature.

Mais, dans l'occurrence où le régime semble influencer la résistance, quel est le facteur en cause ? L'A croit qu'il s'agit d'un facteur naturel inconnu indispensable, irremplaçable, qui dans l'expérience citée plus haut se trouve dans le blé entier.

Jean DARGIS

## CHIRURGIE

J. D. RIVES, L. H. STRUG et I. M. ESSRIG. — **L'occlusion vasculaire mésentérique.** (*Mesenteric vascular occlusion.*) "Ann Surg.", 127: 887, 1948.

Le terme d'occlusion vasculaire est d'ordinaire limité à l'obstruction des vaisseaux mésentériques par une embolie ou une thrombose.

Les auteurs fournissent quelques faits aujourd'hui reconnus quant à l'étiologie et à la pathologie de cette affection.

Les branches terminales des mésentériques sont fonctionnellement des artères à type terminal, mais communiquent entre elles par un plexus sous-muqueux assez élaboré.

L'efficacité de cette circulation collatérale est très variable, ce qui fut démontré expérimentalement.

L'obstruction d'une artère en amont de l'arcade terminale laisse persister des collatérales suffisantes sauf dans les cas d'occlusion de la mésentérique supérieure ou inférieure. Les anastomoses collatérales de ces artères sont insuffisantes à conserver la vitalité de l'intestin.

L'occlusion graduelle de toute artère, même de la mésentérique supérieure, peut être bien tolérée si la circulation générale est adéquate.

La thrombose simultanée des artères et des veines est probablement rare. Tous les infarctus de l'intestin sont hémorragiques, un fait obscur et difficile à expliquer.

Les changements physio-pathologiques causés par l'occlusion vasculaire mésentérique sont les mêmes, que l'occlusion soit artérielle, veineuse ou mixte. Suivant le degré de l'ischémie, l'intestin peut présenter un iléus paralytique avec congestion, une ulcération de la muqueuse, des ecchymoses à la paroi, un infarctus hémorragique et une perforation. Parfois, il ne présente aucun changement. En général, le segment atteint est peu distendu par les gaz. Avec l'ischémie apparaît l'hyperpéristaltisme qui dure de deux à trois heures ; l'iléus paralytique fait suite avec l'obstruction intestinale partielle et ses signes. Cette affection n'est pas fréquente, elle atteint l'homme plus souvent que la femme et a un maximum de fréquence entre 30 et 60 ans.

L'occlusion mésentérique est artérielle, veineuse ou mixte. L'occlusion artérielle est causée soit par une embolie venant du cœur, de l'aorte ou des veines pulmonaires, soit par une thrombose résultant de maladies des parois vasculaires, d'un infarctus de l'intestin dû à une occlusion veineuse et aussi probablement à des troubles de coagulation. L'occlusion veineuse est toujours due à une thrombose et ses causes, à part l'infection et un traumatisme, sont le ralentissement du courant sanguin, les maladies des parois veineuses et les troubles de coagulation. L'hypertension portale due à la cirrhose du foie, les cavernomes de la veine porte et la défaillance cardiaque sont parmi les causes les plus faciles à démontrer.

Cliniquement, il est souvent impossible de différencier ces deux types d'occlusion. Le premier est produit par une occlusion subite d'une artère mésentérique importante suivie d'un infarctus, le second produit par une ischémie qui cesse ou qui progresse jusqu'au stade d'infarctus. Rendu à ce stade, l'aspect clinique est le même.

Puisque cette affection est presque toujours

due à une maladie cardiovasculaire sérieuse, très souvent il y a eu une crise récente.

Au début, nous sommes en présence d'une phase d'hyperpéristaltisme associé à des nau-sées et à des coliques. Fait suite une période de parésie intestinale avec les symptômes d'occlusion partielle et la phase finale est caractérisée par l'obstruction intestinale complète et toutes ses conséquences.

L'histoire clinique d'une cause prédisposante connue, le caractère du début de la crise, la disparition précoce du péristaltisme, une hyperleucocytose et un état de choc grave sont les signes qui aident le plus au diagnostic.

Le traitement consiste à réséquer le segment intestinal atteint. L'entérostomie n'est pas à conseiller. Les anticoagulants n'ont pas été encore assez employés pour cette maladie. Ils devraient être utiles afin de prévenir la formation de caillots dans le cœur et ainsi diminuer le danger d'embolie à la mésentérique. Ils devraient faire cesser la thrombose avant l'apparition d'une ischémie fatale et finalement prévenir l'étendue de la thrombose une fois la résection faite.

Maurice GERVAIS

#### ORTHOPEDIE

Thomas I. HOEN, Robert K. ANDERSON et Lt Frank B. CLARE. — **Lésion du disque intervertébral.** (*Lesion of the Intervertebral Disks.*) "The Surgical Clinics of North America", 28: (avril) 1948.

Les auteurs rappellent l'anatomie du disque intervertébral qui est avasculaire et énérvé mais dont la capsule contient des ramifications nerveuses.

Puis ils acceptent la pathogénie de l'effort et du traumatisme, mais signalent que la dégénérescence primitive du disque, due à un vieillissement prématuré, est la cause primitive. Ils citent Shmorl, qui affirme que le disque est une des premières structures à dégénérer avec l'âge et l'usage.

En décrivant les lésions anatomo-pathologiques successives qui affligent le disque, ils établissent une classification anatomo-clinique.

Tout d'abord apparaît une dégénérescence

fibrillaire entraînant un affaissement du disque et une distension de toute la capsule. Un effort ou un traumatisme peut, à ce stage, léser légèrement la capsule distendue et produire un syndrome semblable à celui de l'entorse banale : douleur aux mouvements et spasme musculaire. C'est le type I. Cet état est habituellement de courte durée. Ou la lésion se répare par fibrose et progressivement par formation d'ossifications arthritiques pour conduire au type III, ou encore, au lieu de se fibroser, la capsule se déchire et permet la hernie de matériel dégénéré dans l'espace extradural, c'est le type IIA.

Enfin, dans quelques cas, la capsule ne se déchire pas, mais le disque dégénère complètement. L'espace diminue et la capsule bombe : elle peut comprimer et racine et sac dural. C'est le type IIB.

Leur étude groupe 150 cas et leur permet d'évaluer une certaine fréquence dans les symptômes et les signes cliniques. Les symptômes usuels, par ordre de fréquence, sont : lombalgie intermittente, sciatalgie augmentée par la toux, sciatalgie unilatérale, répétition d'épisodes aigus, diminution de la lombalgie avec l'apparition de la sciatalgie (la capsule distendue cesse de l'être lorsque le matériel fait hernie et la douleur de distension disparaît), augmentation de la douleur sur un lit mou, histoire de traumatisme, faiblesse dans les jambes, sciatalgie bilatérale, troubles sphinctériens.

Les signes cliniques dans le même ordre sont :

Test d'hyperextension positif, aplatissement lombaire, test de pression para-épineuse positif, Lasègue positif, scoliose homolatérale, troubles réflexes, troubles sensitifs, troubles moteurs, cyphose lombaire, scoliose hétérolatérale.

Les radiographies montrent un aplatissement lombaire, une diminution de l'espace intervertébral et souvent d'autres malformations associées. Le myélogramme n'est fait que dans les cas douteux et comporte 30% d'erreur.

Ils décrivent ensuite leur technique opératoire. Le patient est couché sur le côté sain et de façon à ouvrir le plus possible l'espace interlaminaire à explorer. Cette position est plus avantageuse que le décubitus ventral ; elle élimine la compression abdominale ; l'hémorragie est alors moindre et, si elle existe, elle ne stagne pas au fond de la plaie. Préférable aussi à la position assise qui entraîne une congestion du plexus veineux épidual, elle permet aussi bien que cette dernière de déceler le disque de type IIB par injection de soluté dans l'espace puisqu'on ne peut rien injecter dans un disque normal.

#### *Critères de traitement et de pronostic :*

Dans le type I, n'opérer que les cas chez qui le traitement conservateur ne donne rien car les symptômes réapparaîtront dans les 12 mois qui suivent l'intervention.

Dans le type IIA, l'opération est nécessaire et donne des résultats bons et permanents.

Dans le type IIB, exérèse du disque et greffe si possible.

Dans le type III, la greffe semble le meilleur traitement.

#### *Soins postopératoires :*

Dans les types IIA et III, lever aussi précoce que possible.

Dans les types I et IIB, repos au lit pour trois semaines puis port d'un corset pour trois mois.

Les types IIB et III, s'ils sont greffés, reçoivent les soins postopératoires adéquats.

Les patients chez qui on a pratiqué une exploration négative furent soulagés dans 50% des cas.

Pour les auteurs la hernie discale présente un problème neurologique et orthopédique. Leur traitement tend autant à la guérison de la lombalgie que de la sciatalgie. Leur seule technique opératoire prouve qu'ils ne veulent que ménager le squelette.

Cette attitude est celle qu'a adoptée depuis longtemps le service d'Orthopédie de l'hôpital du Sacré-Cœur à Montréal.

Guy LAFOND

Frank D. DICKSON. — **Les fractures de l'extrémité supérieure du cubitus et du radius.** (*Fractures of the upper end of the radius and ulna.*) "Surg., Gynec. and Obst.", **88**: 69 (janvier) 1949.

Pour l'auteur, la fonction de toute l'extrémité supérieure est en grande partie tributaire de la motilité du coude. Les fractures de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras sont graves parce qu'elles touchent l'une ou l'autre des articulations qui forment le coude. Ces fractures qui compromettent la fonction du coude sont : les fractures de la tête radiale, les fractures de l'olécrâne, la fracture de Monteggia.

L'auteur accepte les notions classiques du mécanisme, des signes cliniques et des variétés de ces fractures.

Il traite les fissures de la tête radiale et les fractures marginales peu déplacées par une courte immobilisation suivie de mobilisation active. Si le fragment déplacé est petit, il l'enlève. S'il est plus volumineux ou si la fracture est comminutive, il résèque précocement la tête radiale.

L'objet de son traitement des fractures de l'olécrâne est la restauration de la longueur et de la tension normale du triceps et des contours normaux de l'olécrâne. Il est très simple. La fracture sans écartement ou avec écartement minime reçoit un traitement conservateur par immobilisation plâtrée soit en flexion, soit en extension si la première portion n'assure pas un contact parfait. Lorsque le déplacement n'excède pas  $\frac{1}{4}$  de pouce et que le fragment intéresse moins de la moitié de la surface articulaire, il excise ce fragment et réinsère le tendon du triceps. Le temps important de l'intervention est la réinsertion du tendon. Pour lui, c'est la méthode la plus simple et la plus certaine qu'il utilise de routine.

Si le fragment est trop volumineux, il le fixe par une suture ou par un clou de Steinman.

L'auteur rappelle ensuite que peu de fractures de Monteggia sont réduites avec succès

par manipulations ; mais il ne semble traiter que de la variété en extension. Cette fracture compromet gravement la fonction du coude dans 90 à 95% des cas. Cette fracture réclame un traitement opératoire immédiat : réduction et fixation parfaites par plaque de la fracture cubitale et réduction par manipulations de la luxation de la tête radiale. Si elle se luxé de nouveau, après 3 mois il la réséquera.

Son expérience lui prouve que cette résection tardive donne de meilleurs résultats que la réfection du ligament.

Il conclut en rappelant qu'un alignement anatomique est important mais que la fonction du coude est le principal but du traitement.

L'auteur n'étudie dans cet article que les fractures de l'adulte.

Ce rapport simple, court et précis, nous décrit les modes de traitement des fractures de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras qu'utilisent, aujourd'hui, les meilleurs orthopédistes.

Guy LAFOND

#### NEURO-PSYCHIATRIE

Howard D. FABING. — **Traitement de l'excitation au cours des psychoses par l'association de la coramine à l'électro-choc.** (*Combined Coramine-Electroshock Therapy in the Treatment of Psychotic Excitement.*) "Am. J. Psychiat.", **105**: 435 (décembre) 1948.

L'auteur présente une nouvelle méthode de choc destinée à interrompre l'agitation qui survient au cours de l'évolution d'une psychose. Cent malades d'un service de neuro-psychiatrie, au Christ Hospital de Cincinnati, furent soumis à cet essai thérapeutique avec des résultats qui dépassent ceux obtenus antérieurement par l'usage exclusif de l'électro-choc. Le traitement fit disparaître le syndrome d'excitation dans la manie, la mélancolie, la psychose puerpérale, la schizophrénie et la paranoïa ; des états d'angoisse en bénéficièrent également.

La technique est fort simple. On injecte dans la veine une quantité de coramine variant avec le poids du sujet : 7.5 cm. c. au-dessus de 200 livres, 3 cm. c. au-dessous de 90 livres; la dose habituelle est de 5 cm. c. Lorsque l'effet de l'analeptique se fait sentir, généralement de 30 à 60 secondes après l'injection de la substance, le visage s'empourpre, la respiration devient plus profonde et plus rapide : c'est le moment d'administrer l'électro-choc. Si aucun signe n'apparaît, on ne laisse pas s'écouler plus d'une minute d'attente ; on donne alors l'électro-choc, sans plus.

L'injection préalable de coramine ne modifie ni le genre ni la durée des convulsions, mais diminue la fréquence des troubles respiratoires et des accès confusionnels à la suite de l'électro-choc.

D'après l'auteur, la coramine exerce une stimulation chimique et l'électro-choc, une stimulation électrique sur les centres nerveux supérieurs ; l'on obtiendrait par leur association un stimulus ultramaximal, amenant un état ultraparadoxal d'inhibition corticale, avec régression clinique de l'excitation. Cette théorie s'inspire de la réflexologie pavlovienne.

J.-B. BOULANGER

**Pourquoi une personne est-elle alcoolique?**  
(*Why is an alcoholic?*) (Editorial) "Am. J. Public Health", 39: 78 (janv.) 1949.

Le Dr Mauson, de l'«University of Southern California», a fait une étude très-intéressante sur la personnalité des alcooliques. Ses recherches psychologiques ont porté sur un groupe de 268 alcooliques reconnus et de 303 personnes non alcooliques comme groupe de comparaison.

Les conclusions révèlent (différences statistiquement significatives) sept caractéristiques dans la personnalité des alcooliques : anxiété, fluctuations du côté de la dépression, hypersensibilité émotionnelle, expression de ressentiment, insuccès dans l'accomplissement

des objectifs sociaux, sentiment de solitude, d'isolement, enfin relations interpersonnelles pauvres.

Jean DARGIS

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

H. Edward MacMAHON. — **Cirrhose biliaire xanthomateuse.** (*Biliary xanthomatosis.*) "Am. J. of Path.", 24: 527 (mai) 1948.

Il s'agit de 4 patients qui présentaient les symptômes subjectifs et objectifs de la cirrhose biliaire xanthomateuse, soit : ictère depuis plusieurs mois, hépatomégalie, cholestérolémie élevée, et surtout xanthomes aux mains et sur le corps. Dans tous les cas, le diagnostic a été confirmé par la biopsie, et pour deux cas seulement, par l'autopsie.

Les quatre biopsies avaient comme caractère commun la réaction inflammatoire chronique des espaces portes, et les autopsies ont confirmé le diagnostic par l'évolution.

L'auteur propose le terme de cirrhose biliaire péri-cholangiolitique qui expliquerait la destruction terminale des conduits biliaires et des cellules hépatiques, la prolifération de tissu de granulation avec fibrose subséquente, rétention de bile et ictère.

Diagnostic différentiel à faire avec : la cirrhose biliaire obstructive, la cirrhose biliaire cholangiolitique, l'obstruction des canaux biliaires extra-hépatiques qui s'accompagnent toutes trois d'ictère par obstruction.

J.-Roger GAREAU

Shields WARREN et Sheldon C. SOMMERS. — **Une entité pathologique, l'iléite régionale.** (*Cicatrizing enteritis (Regional ileitis) as a pathologic entity.*) "Am. J. of Path.", 24: 475 (mai) 1948.

Il s'agit d'une analyse de 120 cas d'iléite régionale pris au hasard et d'une revue de la littérature publiée à date sur les stades aigu, subaigu et chronique de la maladie. C'est l'iléon terminal du jeune adulte qui est affecté le plus souvent, indépendamment du sexe ou de la race, mais le jéjunum, l'iléon proximal, l'appendice, le cæcum ou le côlon peuvent aussi être pris. L'étiologie est inconnue.

Le *stade aigu*, au dire du chirurgien, ressemble étrangement à une appendicite aiguë, quoique l'appendice soit rarement atteint. On trouve comme lésions : œdème, congestion, de la muqueuse ou/et de la sous-muqueuse, dilatation des lymphatiques, infiltration de polynucléaires dans toutes les couches. Il peut même y avoir exsudat péritonéal et occlusion de la valvule iléo-cæcale.

Le *stade subaigu* comprend des périodes d'exacerbation alternant avec des périodes de rémission : douleur abdominale et indigestions durant de deux à six mois. Au microscope, les lésions décrites plus haut persistent légèrement atténuées et on a en plus des signes d'enterite chronique. Les cellules endothéliales des lymphatiques rencontrées au stade aigu sont maintenant plus nombreuses, et les granulomes à cellules géantes commencent à apparaître. Les réactions sont les mêmes dans le mésentère et les ganglions lymphatiques.

Le *stade chronique* se caractérise par de la diarrhée intermittente, des crampes abdominales et de la sténose intestinale pouvant aller jusqu'à l'obstruction. Les lésions macroscopiques et microscopiques sont assez caractéristiques.

Les granulomes à cellules géantes sont formés dans la paroi intestinale, le mésentère, les ganglions lymphatiques et le foie. Ces granulomes s'hyalinisent petit à petit, habituellement sans nécrose ni infection bactérienne secondaire. Dans les cas très évolués, c'est la fibrose et l'hypertrophie musculaire de l'intestin qui prédominent.

On peut maintenant admettre l'entité pathologique de l'entérite sténosante.

J.-Roger GAREAU

Philip ROSENBLATT. — **Nécrose massive du foie à la suite de transfusions de remplacement pour érythroblastose fœtale.** (*Massive necrosis of liver following exchange transfusions for erythroblastosis fetalis.*) "Am. J. of Pathol.", 18: 700 (sept.) 1948.

L'auteur rapporte trois cas d'érythroblastose fœtale et un cas d'intoxication par le gluconate de calcium chez un enfant. Dans ces

quatre cas il y avait nécrose du foie. Dans les cas d'érythroblastose, le diagnostic avait été posé avant la naissance au moyen de tests sérologiques, l'accouchement s'était fait par césarienne avant terme, et on avait aussitôt procédé à des transfusions de remplacement. (Cette technique consiste à soustraire du sang qu'on remplace à mesure par d'autre sang citraté, jusqu'à concurrence de 500 à 1000 cc. On parvient ainsi à remplacer, en 90 min., 90% du sang du patient.) Ces enfants moururent après une période variant d'un à cinq jours.

À l'autopsie, on trouva de la nécrose hépatique massive, et dans deux des cas, les surrénales étaient aussi atteintes de lésions nécrotiques.

On attribua ces changements aux transfusions sanguines. Voici les différents facteurs qui ont apparemment concouru à produire ces lésions:

1. La présence d'érythroblastose, dont les symptômes ordinaires sont : jaunisse, anémie, faiblesse, œdème, tendance aux hémorragies, hépatosplénomégalie, et érythroblastémie, qui apparaissent après quelques jours. Les lésions hépatiques sont causées par la bilirubine et l'hématoïdine produites par l'hémolyse résultant de l'incompatibilité du Rh.

2. L'administration de quantités excessives de citrate de sodium et/ou de gluconate de calcium, qui seraient toxiques à dose massive.

3. La trop rapide administration de la transfusion. Il est prouvé qu'on peut saigner un animal plus souvent si on le saigne lentement et qu'on remplace le sang à une vitesse identique.

La transfusion de remplacement pourrait donc être recommandée comme adjuvant à la thérapeutique de l'érythroblastose fœtale mais pas de la façon qu'on la pratique actuellement. Il faudrait la donner lentement, et se servir de sang hépariné, car il a été prouvé (J. Bruneau et Graham, 1943) que le sang hépariné est beaucoup moins toxique que le sang citraté.

J.-Roger GAREAU

## LABORATOIRE

J. KLEEBERG. — **Une méthode rapide pour connaître la glycémie.** (*A rapid method for the estimation of the blood sugar.*) "Am. J. of Path.", 18: 551 (juillet) 1948.

Il s'agit d'un test facile basé sur la vieille réaction de Moore, qui vaut tant dans l'hyperglycémie que dans l'hypoglycémie, et qui est assez exact pour suivre les effets de l'insuline protamine-zinc.

## Test :

Ajouter 4 cc. de sang veineux à 4 cc. d'acide trichloracétique à 20%, agiter, laisser reposer quelques minutes, puis filtrer.

Ajouter au filtrat 1 cc. de KOH à 30% et porter à ébullition pendant une à deux minutes. Il y a alors caramélisation et le liquide prend une teinte jaune plus ou moins foncée suivant la teneur en sucre du sang.

Comparer ensuite avec un échantillon standard dont la couleur indique une glycémie allant de 90 à 130 mgms et qu'on se procure en

faisant bouillir en même temps, dans un autre tube, 3 cc. d'une solution de 130 mgms de glucose dans 100 cc. d'eau distillée et stérile auxquels on ajoute 2 gouttes d'acide trichloracétique et un cc. de potasse caustique à 20 ou 30%.

## Avantages :

1. La couleur est constante en dépit d'ictère ou d'absorption d'atabrine.

2. On n'a pas noté que les résultats aient été faussés soit par l'urémie (ad 500 mgms aux 100 ml.), soit par l'uricémie (ad 8 ou 9 mgms), soit par de hautes concentrations d'acétone (ad 3 mgms aux 100 ml.).

3. La couleur obtenue persiste de 10 à 12 heures, ce qui est un précieux point de comparaison.

## Inconvénients :

1. Le test requiert une ponction veineuse.

2. Dans les cas d'hypoglycémie extrême, le liquide peut ne pas se colorer.

J.-Roger GAREAU.

---

## SOCIÉTÉS

---

« L'Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

### LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 16 novembre 1948,  
tenue à l'hôpital Notre-Dame.

Présidence de M. Louis-Henri Gariépy

#### Un nouveau moyen d'exploration cardiopulmonaire : la cellule radio-électrique.

M. Raoul KOURILSKY

M. Kourilsky explique brièvement ce en quoi consiste la cellule radio-électrique. C'est une technique d'examen mise au point par M. Marchal, en 1946. Le cinédensigraphe permet d'étudier à l'aide d'une cellule photoélectrique les variations de densité optique, les battements vasculaires. Ces variations de densité sont enregistrées tout comme un électrocardiogramme.

La cinédensigraphie peut servir au diagnostic des maladies valvulaires, à l'étude de la vascularisation pulmonaire.

#### Encéphalomyélite américaine.

M. Pierre LÉPINE

M. Lépine rappelle qu'il existe un groupe d'infection particulière à ce continent dont l'encéphalite de St-Louis, que l'on retrouve au Texas et dans l'Illinois. Elle est transmise par les moustiques, atteint surtout les jeunes enfants. La mortalité en est d'environ 20%.

Meyer, en 1931, décrit la maladie du cheval; il note la coïncidence de l'atteinte chevaline et humaine. L'encéphalite des enfants atteint 65% de mortalité; les autres restent avec des séquelles graves. Cette maladie du cheval se rattache également à la maladie des oiseaux, entre autres les faisans.

Le Canada n'échappe pas à ces maladies. En 1941, une épidémie au Manitoba entraîne 179 morts; en 1948, 700 cas sont diagnostiqués au Saskatchewan. Les agents transmetteurs seraient les insectes piqueurs, les poux de poule. Il existe une très grande probabilité d'existence de cette maladie dans la province de Québec. Il importe donc de la rechercher dans les cas où nous suspectons une poliomyélite.

\* \* \*

Séance du 7 décembre 1948,

tenue à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Présidence de M. Louis-Henri Gariépy

Les participants de cette séance clinique furent MM. Jacques Badeaux, Roland Blais, Maurice Bonnier, J.-Paul Bourque, Jacques Bruneau, G.-Etienne Cartier, Jean Charbonneau, J.-P. Cholette, M. Longtin, R. Dandurand, P. Dumas, R. Dussault, G. Gosselin, F. Henry, L. de G. Joubert, C. Lefrançois, J.-P. Legault, P. Letendre, P. Marion, C. Monfette, V. Pannaccio, L. Perron, P. Robert, R. Pellerin, R. Roux, G. St-Onge, F. Séguin et Jean Saucier.

Un goûter, gracieusement offert par les Religieuses Hospitalières, fut servi après la séance.

Au début du goûter, l'on procéda à la mise en nomination du prochain exécutif de la Société Médicale. M. Paul Letondal, secondé par M. Ivan Vallée, a proposé les noms suivants: M. Albert Jutras, président; M. Origène Dufresne, premier vice-président; M. Paul-René Archambault, deuxième vice-président; M. Paul Robert, secrétaire; M. François Archambault, trésorier.

**Séance du 21 décembre 1948  
tenue à l'Hôtel-Dieu**

Présidence de M. L.-H. Gariépy

**La circulation pulmonaire chez l'homme  
normal et pathologique.**

M. André CURNAND

(hôpital Bellevue, New-York)

Monsieur Cournand fait un bref rappel de la physiologie cardio-vasculaire et de certaines données anatomiques. Le poumon est un pont entre le cœur droit et le cœur gauche ; en deux secondes, le sang a franchi ce pont. Entre l'oreillette gauche et l'artère pulmonaire, nous trouvons  $\frac{1}{8}$  de la masse sanguine.

Il existe un isodynamisme entre le ventricule gauche et le ventricule droit, mais il varie suivant le degré d'inspiration ou d'expiration. Pendant l'inspiration profonde ou ordinaire, il se produit une diminution de la pression intrathoracique favorisant le retour veineux, le remplissage de l'oreillette et du ventricule gauches ; la pression artérielle intrapulmonaire augmente.

Pendant l'expiration, la pression dans la veine pulmonaire augmente, le débit ventriculaire augmente, la pression de l'oreillette droite et du ventricule droit diminue, entraînant une éjection ventriculaire droite beaucoup moindre.

Monsieur Cournand attire l'attention sur l'action dissociée des médications hypertensives, telles qu'épinéphrine, acétylcholine, nitrite d'amyle et histamine. Leur action sur les artérioles pulmonaires est nulle par comparaison avec la circulation périphérique.

Le manque d'O<sub>2</sub> augmente la pression pulmonaire, le débit cardiaque. Dans la fibrose pulmonaire, nous avons parfois un débit cardiaque diminué ; c'est un phénomène mécanique et non anoxéinique.

M. Cournand nous a démontré qu'actuellement il était possible d'explorer la circulation pulmonaire et les cavités droites du cœur à l'aide du cathétérisme du cœur droit ; il a

également prouvé l'utilité et la nécessité de ces épreuves lorsqu'il s'agit de chirurgie cardio-pulmonaire, ceci dans le but de préciser les indications opératoires.

**Discussion.**

MM. MERCIER FAUTEUX et PAUL LETONDAL.

M. JACQUES BRUNEAU remercie le conférencier.

La séance se termine par le discours du président sortant de charge, M. L.-H. Gariépy, qui remercie sincèrement tous les membres collaborateurs.

\* \* \*

**Séance du 18 janvier 1949  
tenue à l'hôpital Notre-Dame**

Présidence de M. Albert Jutras

**Allocution du nouveau président.**

Selon la coutume établie à la Société Médicale, le nouveau président doit servir à son premier auditoire un discours magistral. M. Albert Jutras, avec toute l'élégance de son verbe, nous a fait l'éloge de son prédécesseur, M. L.-H. Gariépy, et nous a donné brièvement les grandes lignes de son programme scientifique.

M. Jutras veut, comme son prédécesseur, puiser aux différentes sources de la science médicale, qu'elles soient américaines, françaises, anglaises ou chinoises. La science médicale est universelle. De plus, la Société compte des membres correspondants en assez grand nombre. M. Jutras suggère une réunion où ceux-ci seront à l'honneur.

Un autre projet à réaliser au cours de 1949, c'est l'affiliation des sociétés spécialisées à la Société Médicale, afin de faire profiter tous les membres de la société de ces réunions savantes.

**Nouveaux concepts de la physiologie et  
de la pathologie de la glande thyroïde,  
en regard de l'iode radioactif.**

M. LEBLOND

Après un rappel historique de la question, où il mentionne l'intervention successive des

physiciens, des anatomistes, des histologistes et des physiologistes, M. Leblond traite tout d'abord du fonctionnement de la glande thyroïde. Où vont les atomes d'iode radioactif? 50% de la dose passe dans l'estomac; quelques heures plus tard, plus de la moitié de la dose injectée passe dans la thyroïde, où elle est transformée en thyroglobuline.

L'hypophyse exerce son action sur la thyroïde par son hormone thyro-stimulante. M. Leblond rappelle les expériences de De Robertis démontrant l'existence d'une enzyme transformant la thyroglobuline en thyroxine.

En dernier lieu, M. Leblond mentionne les causes possibles du goitre exophtalmique. Parmi ces causes, nous pouvons citer le froid excitant l'hypophyse, les déficiences iodées, l'ingestion de certains aliments goitrigènes, tels que carottes, navets, noisettes, lait, arrêtant l'entrée de l'iode dans la thyroïde. Les récents travaux d'Astwood en démontrent la véracité.

#### Discussion.

MM. CHARLES GRIGNON, RÉAL DORÉ, BERNIER ET PAUL ROBERT.

M. LEBLOND répond que dans la glande thyroïde toutes les vésicules fixent de l'iode et que toutes les cellules sécrètent vers la lumière de la glande. A tout moment, une certaine quantité de thyroxine est déversée dans le sang circulant.

L'iode en trop grande quantité peut paralyser la glande thyroïde.

L'emploi de l'iode radioactif n'est possible et ne sera possible que dans les milieux hospitaliers, à cause de certains dangers encourus dans la manipulation des corps radioactifs.

*Le secrétaire des séances,*

Pierre MARION.

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

Séance du 5 novembre 1948,  
tenue à l'hôpital Laval.

### Considérations sur un cas d'abcès pulmonaire.

M. C.-H. DORVAL.

Les antibiotiques en administration locale et parentérale améliorent le pronostic des abcès pulmonaires et évitent de nombreuses interventions.

Un patient de 46 ans qui avait présenté un abcès chronique d'emblée avec association fuso-spirillaire a été guéri par un traitement local et général de 75 grammes de sulfadiazine et 15,000,000 d'unités de pénicilline.

Malgré une aggravation marquée au début, les signes cliniques et radiologiques sont pratiquement disparus et l'individu n'a pas fait de rechute dans les quatre mois qui ont suivi sa guérison apparente.

### Tuberculose laryngo-bronchique et streptomycine.

MM. Jules HALLÉ et A. POTHIER

Les auteurs rapportent l'observation de quatorze tuberculoses du larynx et onze tuberculoses des bronches traitées par la streptomycine au cours des douze derniers mois. Neuf des quatorze cas de tuberculose laryngée sont actuellement considérés comme guéris et les cinq autres sont très améliorés. Sur les onze cas de tuberculose des bronches, cinq sont guéris, cinq sont améliorés et un seul malade a résisté au traitement.

Dans la tuberculose du larynx, la streptomycine a une action rapide sur les symptômes fonctionnels: la dysphagie disparaît en 3 ou 4 jours, l'aphonie se corrige en quelques semaines.

Elle agit aussi bien sur les formes œdémateuses, granuleuses ou ulcéreuses récentes. Les bronches bénéficient de son action dans tous les cas de granulations circonscrites par une

muqueuse œdémateuse typique. Le médicament agit avec plus de lenteur sur les ulcères chroniques. Les lésions anciennes ulcéro-granuleuses, avec sténose de l'arbre bronchique, résistent généralement à son action.

#### Méningite tuberculeuse et streptomycine chez un enfant.

MM. R. DESMEULES, M. GIROUX et  
Ph. RICHARD.

Les auteurs esquissent l'historique de la streptomycinothérapie au cours de la méningite tuberculeuse aux Etats-Unis, au Canada et en France.

Ils rapportent l'observation d'un enfant de trente mois, pesant 25 livres, atteint d'une tuberculose ganglio-pulmonaire qui s'est compliquée d'une méningite bacillaire.

La streptomycine administrée par les voies intramusculaire et intrarachidienne à la dose globale quotidienne de .25, soit à la dose de 0.01 par livre de poids corporel, a permis d'obtenir une modification précoce et favorable des signes méningés cliniques, une atténuation moins rapide des signes généraux qui ont persisté durant vingt-cinq jours, une disparition lente des signes biochimiques au niveau des humeurs rachidiennes, la négativation du liquide retiré de l'estomac, la mutation favorable des images ganglio-pulmonaires. La thérapeutique a été poursuivie durant vingt-cinq jours.

L'amélioration obtenue persiste depuis plus de sept mois.

L'épreuve de résistance au bacille de Koch prélevé dans le liquide céphalo-rachidien et ensemencé sur le milieu de Loewenstein a démontré qu'il s'agissait d'une souche sensible jusqu'à un microgramme sur milieu de Herrold.

Comme il faut le recul prolongé du temps avant de conclure à la guérison d'une méningite tuberculeuse, les auteurs se gardent de la préjuger. Ils font toutefois observer que le liquide a cessé d'être hyperlymphocytaire

depuis trois mois et que l'inoculation au cobaye ne le tuberculise pas.

\* \* \*

#### Séance du 19 novembre 1948, à l'Hôpital des Anciens Combattants.

#### Traitement de l'état asthmatique par l'Isuprel.

MM. S. LeBlond et Ph. SIMARD.

Le chlorure de 1-(3; 4'-Dihydroxyphényl)-2-isopropylaminoéthanol, ou Isuprel, est un dérivé organique du groupe des aminés. Il a une action sympathicomimétique semblable à celle de l'adrénaline, moins brutale qu'elle cependant.

Il s'adresse à l'état asthmatique plutôt qu'à la crise. Les auteurs ont traité sept cas d'asthme rebelle avec l'Isuprel en aérosols-inhalations. Ils ont obtenu de bons résultats dans 4 cas, des résultats aléatoires dans deux cas, et aucun succès dans un autre cas.

L'Isuprel est un médicament qui doit entrer dans l'arsenal thérapeutique de l'asthme. Il ne remplace pas l'adrénaline, mais il y supplée et retarde ainsi les inconvénients de l'emploi prolongé de cette substance.

#### Greffes intratissulaires de peau et de derme pour la réparation des hernies.

MM. A. JOLICOEUR et J.-L. PETITCLERC

Il est d'abord question du pourquoi des récurrences postopératoires de hernies inguinales et des informations que l'on tira du vaste champ d'expérience qu'offrait l'armée à ce sujet.

Il est ensuite question de la réparation des récurrences de hernies inguinales ou de toute autre hernie difficile qui demandaient autrefois l'emploi de fascia selon le procédé de Gallie. On discute des inconvénients de ce procédé et de la substitution des greffes de peau ou de derme à l'emploi d'aponévrose. La valeur de la peau vient de l'indifférenciation de son tissu conjonctif qui est élastique et doué d'un pouvoir de métamorphose. Cela a été démontré par maints auteurs alle-

mands et américains. Les inconvénients, qui seraient les dangers d'infection et le futur problème des éléments épidermiques dans les tissus, ont été étudiés encore par plusieurs auteurs et ils ne semblent pas avoir d'importance.

Les différentes méthodes de procéder sont émises et une série de 14 cas, dont 5 à l'Hôtel-Dieu et le reste à l'hôpital des Anciens Combattants, est présentée.

### **Syndromes anxieux.**

M. J.-C. MILLER

L'anxiété domine la pathologie mentale et somatique. Aussi apparaît-elle comme l'élément symptomatique le plus fréquent des syndromes psycho-somatiques. L'auteur rappelle d'abord les bases organiques de l'hyper-émotivité anxieuse et distingue l'anxiété secondaire aux troubles somatiques. Puis viennent des considérations diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques. La présentation de trois malades différents: associations de spasmodiphilias hystéroïdes, de phobies psychasthéniques et de mélancolie présénile, démontre que l'anxiété varie avec le terrain. En conclusion, dans toute forme d'anxiété sérieuse, le substratum anatomo-clinique conserve toujours sa primordiale importance et relève de la clinique interne.

\* \* \*

*Séance du 26 novembre 1948,  
tenue à la faculté de Médecine.*

### **Les limites de la pratique psychosomatique.**

M. C.-A. MARTIN

Après avoir indiqué l'importance du respect des limites de la psychiatrie en décrivant les inconvénients qui résultent de leur outrepassement, l'auteur souligne que la médecine psychosomatique est avant tout une doctrine de l'étiologie des maladies fonctionnelles, qui sont des réactions non spécifiques au point de vue étiologique mais spécifiques de l'individu qui réagit en accord avec sa constitution innée.

Le mécanisme suivant lequel le psychisme affecte l'organisme doit être entrevu dans des limites précises. Seuls les éléments affectifs du psychisme interviennent. Le type d'émotion est spécifique du sujet qui réagit et non de la situation dont l'importance réside dans la motivation de la réaction. Les émotions par l'intermédiaire du système autonome engendrent des troubles fonctionnels. Ces derniers ne sont pas toujours psychogènes. Le choix de la maladie fonctionnelle provient de la constitution personnelle du système autonome. Les désordres du système autonome peuvent aboutir à des altérations tissulaires lésionnelles.

Les problèmes psychosomatiques sont des problèmes médicaux qui exigent la collaboration de tous les médecins.

\* \* \*

*Séance du 17 décembre 1948,  
tenue à l'hôpital de l'Enfant-Jésus.*

### **Présentation d'un cas de méningomyélocèle extra-orbitaire.**

M. Jean SIROIS

Il s'agit d'un enfant de 2½ ans qui a été opéré avec succès et, à cette occasion, l'auteur en profite pour faire quelques courts commentaires au sujet du site inusité de la tuméfaction crânienne, de la connaissance que nous devons posséder des localisations des méningocèles ou des malformations osseuses crâniennes afin d'éviter des erreurs préjudiciables au malade, de la façon de procéder pour faire le diagnostic exact et, enfin, de la voie d'approche employée pour obtenir une cure chirurgicale.

### **Les angiomes cutanés chez l'enfant.**

M. H. LAPOINTE

Les angiomes cutanés chez l'enfant, tumeurs bénignes susceptibles d'accroissement, doivent être traités le plus précocement possible après le début de leur évolution. Leurs dimensions restreintes ne posent pas de problème de

traitement ni de problème d'esthétique pour l'avenir.

Il est tout à fait simple de les détruire par une électro-dessiccation superficielle bien faite sans causer de cicatrice importante si ces angiomes sont peu étendus, même à la face.

Les angiomes étendus ou sous-cutanés doivent être traités par la röntgenthérapie ou la curiethérapie, sauf pour certains grands angiomes du cuir chevelu réservés à la chirurgie.

Évitons les retards dans l'application du traitement pour tous les angiomes, afin d'avoir le moins possible à les traiter par les irradiations parfois susceptibles de causer par ailleurs des troubles d'accroissement osseux ou autres, traitement qui est d'ailleurs plus incommode, plus lent et plus coûteux, mais qui devient nécessaire lorsque le petit angiome non traité à son début par destruction localisée a poussé au point de ne plus être traitable de cette façon.

**Intoxication collective par les vapeurs métalliques, aspect médical, aspect médico-social.**

M. W. LeBLOND

Dans un groupe de vingt et un ouvriers engagés durant une période d'un mois et plus à des travaux de découpage de cloisons métalliques et de soudure au chalumeau oxyacétylénique, sans protection individuelle ni collective adéquate dans un espace clos, dix-huit ont présenté à des intervalles divers, à partir de quinze jours après le début de ces travaux, et à des degrés divers, les manifestations suivantes: sécheresse et sensation de constriction des voies respiratoires supérieures, accès de toux sèche de suffocation accompagnés de haut-le-cœur (dry reaching); état nauséux, goût métallique dans la bouche, sensation de barre au creux épigastrique et crampes abdominales; vomissements muqueux; malaise, céphalée intense, vertiges, asthénie, douleurs dans les membres, tremblement des extrémités; transpiration profuse avec accélération du pouls et hyperthermie contrôlée allant jusqu'à 104°.

L'hypotension a été constatée six fois dans ces phases aiguës. Dans aucun cas on n'a noté la présence de liséré gingival. La recherche des hématies à ponctuation basophile pratiquée dans 16 cas fut toujours négative. Il faut remarquer cependant que cette recherche des granulobasocytes ne peut être faite, par suite de causes circonstancielles, que tardivement, soit six semaines et plus après la période des manifestations aiguës. Celles-ci ont du reste cédé en général rapidement sous la simple action du citrate de soude par voie orale. Cependant, quatre de ces ouvriers ont dû être hospitalisés, deux au moment des accidents aigus et les deux autres plus de six mois plus tard. Ces deux derniers présentent des signes d'atteinte rénale — néphrite azotémique — avec hypertension permanente.

Bien que des analyses de l'air du lieu de travail aient révélé trente-six centièmes (0 mgm. 36) de milligramme de plomb par mètre cube, nous ne croyons pas qu'il s'agisse essentiellement d'intoxication saturnine.

L'hyperthermie contrôlée dans la majorité des cas (dix-huit sur vingt), la sédation rapide des symptômes aigus par le repos de quelques heures et l'administration simple de citrate de soude, l'absence même à une période tardive d'hématies à ponctuation basophile (mais surtout l'hyperthermie) portent à croire qu'il s'agit ici d'une maladie professionnelle autonome, la « Metal fume fever » (ne pas confondre avec la fièvre des fondeurs) ou fièvre par inhalation de vapeurs métalliques composées auxquelles se joignent les vapeurs nitreuses qui se dégagent de toute opération de découpage ou de soudure métallique au chalumeau oxyacétylénique sans distinction des métaux travaillés.

De l'aspect médico-social de la question il ressort ceci: nous avons au Canada, et surtout dans la province de Québec, la législation la plus parfaite qui soit en hygiène industrielle. Cette législation demeurera cependant inopérante aussi longtemps que par une éducation très poussée on n'aura pas convaincu d'une

part les *travailleurs* que la protection de la santé de l'ouvrier est avant tout l'affaire de l'ouvrier, et d'autre part *l'employeur* que le maintien en bonne santé de sa main-d'œuvre est aussi important pour l'augmentation de la production et des dividendes que le maintien en bon état de son outillage mécanique.

### Considérations sur la pancréatico-duodénectomie.

M. P. POLIQUIN

Un historique de la chirurgie du pancréas qui, de pratiquement nulle qu'elle était au début du siècle, par une série d'étapes successives, aboutit à l'opération de Whipple : duodéno-pancréatectomie ou extirpation radicale.

Présentation de quatre observations de duodéno-pancréatectomie concernant des malades souffrant d'un cancer d'estomac propagé au pancréas, d'un cancer du cholédoque, d'un cancer du pancréas et d'un cancer de l'ampoule de Vater.

L'étude est faite des difficultés rencontrées par le chirurgien lors de la laparotomie pour établir le diagnostic.

Discussion du choix des interventions palliatives ou de la duodéno-pancréatectomie, le tout complété par des notions sommaires des procédés techniques employés dans les interventions palliatives et la radicale.

Les résultats de la radicale.

### LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE MONTRÉAL

Séance du 9 décembre 1948,

Présidence de M. Albert GUILBEAULT

#### Malformation des voies urinaires chez un nourrisson.

M. Norbert VÉZINA

M. Vézina rapporte l'observation d'un nourrisson de 2½ mois, chez lequel il a pu faire le diagnostic de malformation des voies urinaires pendant la vie, grâce à la radiographie après injection de substance opaque par sonde urétrale.

Il s'agissait d'un enfant qui, depuis la naissance, avait des symptômes digestifs (vomissements, diarrhée) et n'engraissait pas. Aucun trouble fonctionnel au point de vue urinaire, mais présence d'une masse dans la région hypogastrique, avec abdomen tendu, douloureux à la palpation.

Admis dans le service de pédiatrie de l'hôpital Notre-Dame pour diagnostic, la tuméfaction de la région sus-pubienne est considérée comme une vessie en état de rétention et le cathétérisme ramène 75 cc. d'urine normale. Par la suite, nouvelle rétention d'urine, nouveau cathétérisme, pratiqué cette fois avec beaucoup de difficulté, si bien que l'on songe à la possibilité d'une malformation des voies urinaires, et que l'on injecte une substance opaque par la sonde laissée à demeure. Les clichés confirment cette impression clinique et révèlent l'existence d'un obstacle, au niveau de la région postérieure de l'urètre, avec distension de la vessie, de l'uretère et du bassinets à droite, le remplissage ne se faisant pas à gauche.

Malheureusement, quelques jours plus tard, le bébé succombe à une broncho-pneumonie avec iléus terminal paralytique. L'autopsie montre une vessie, dont la paroi est très fortement hypertrophiée. Les uretères sont considérablement dilatés des deux côtés, de même que les bassinets. Le parenchyme rénal est lui-même très endommagé par l'hydronéphrose. A l'examen de l'urètre postérieur, on aperçoit les replis membraneux d'une minuscule valve, dont les bords libres regardent du côté de la vessie.

Il semble donc qu'il soit possible, dans la première enfance, de faire le diagnostic de malformation des voies urinaires pendant la vie. N'y aurait-il pas intérêt à reconnaître plus précocement ces obstructions mécaniques avant la période de distension des uretères et des bassinets, et de destruction du parenchyme rénal, de manière à augmenter les chances de survie de ces enfants?

### Traitement de l'infection dans les diarrhées du premier âge.

M. Gilles HUARD

M. Huard limite son travail à la lutte contre l'infection dans les diarrhées infantiles.

Il divise les diarrhées du premier âge en : 1) dyspepsies gastro-intestinales, avec ou sans infection parentérale; 2) entérites véritables, d'origine infectieuse.

Dans le traitement du premier groupe, le rapporteur insiste sur le rôle de l'infection parentérale, qui est le plus souvent située au niveau des voies respiratoires supérieures (rhinopharyngite, oto-mastoïdite), plus rarement localisée à l'appareil urinaire (pyélite) ou à la peau (pyodermite). Il étudie successivement, dans ces cas, les indications et le mode d'emploi des sulfamidés, de la pénicilline et de la streptomycine. Lorsque la dyspepsie gastro-intestinale revêt la forme toxique, le traitement de l'infection ne suffit pas; il faut un régime alimentaire spécial, des injections à doses massives de sérums artificiels.

Pour traiter avec succès les entérites infectieuses, on doit procéder à une culture des selles et se baser sur les résultats du laboratoire pour poser les indications thérapeutiques. Dans cette catégorie entrent les shigelloses, les salmonelloses, les infections à proteus, à colibacilles, la typhoïde et les paratyphoïdes. Parfois, l'entérite est causée par un virus filtrant, comme c'est le cas dans la diarrhée épidémique des nouveau-nés.

La diversité des agents microbiens exige tantôt l'emploi des sulfamidés, tantôt celui de la streptomycine.

Dans les deux groupes de diarrhées, la transfusion sanguine, lorsqu'elle est indiquée, rend de précieux services et améliore considérablement le pronostic.

### Les convulsions infantiles.

M. Gérard JONCAS

M. Joncas attire l'attention sur quelques travaux récents publiés aux Etats-Unis, concernant les convulsions infantiles, par le pédiatre M. G. Peterman (de Milwaukee, Wisconsin), et le neurologue W. G. Lennox (de Boston, Massachusetts).

Bien que le problème des convulsions chez l'enfant soit loin d'être résolu, d'importants progrès ont été réalisés ces dernières années sur cette question: principalement en ce qui regarde le diagnostic et le traitement, l'étiologie et la prophylaxie.

Le diagnostic des convulsions doit d'abord être un diagnostic clinique: y a-t-il perte de la conscience, phénomènes toniques, cloniques? L'interrogatoire permet-il de préciser la cause des convulsions? De toute façon, un examen complet du malade s'impose. En plus, chaque fois que cela sera possible, on fera un dosage du sucre, du calcium et du phosphore dans le sang, et surtout un électroencéphalogramme.

Dans le traitement des convulsions, le mieux est d'avoir recours au phénobarbital, au besoin en injection toutes les 4 heures. En cas d'échec, anesthésie au chloroforme, jamais à l'éther.

Lorsque les convulsions se répètent, qu'elles répondent à des lésions organiques du cerveau et traduisent l'épilepsie, il faut alors prescrire le régime cétogène, dans lequel les hydrates de carbone sont réduits au minimum, les graisses très augmentées, le taux des protéines demeurant à peu près normal.

Si le régime cétogène, qui donne de bons résultats dans 50% des cas, ne suffit pas ou est refusé par l'enfant, il faudra donner des médicaments: phénobarbital, auquel il faut donner la préférence, ou encore le « dilantin » ou le « mesantoin », s'il s'agit du grand mal; « thyphenytoin », « paradione » ou « trime-thadione » s'il s'agit du petit mal.

Il y a des cas d'épilepsie qui ne peuvent être améliorés ou guéris que par le traitement chirurgical, comme ceux qui ont pour cause une tumeur cérébrale ou autre lésion susceptible de bénéficier de l'acte opératoire.

Quoique l'hérédité joue un rôle incontestable, la prophylaxie doit s'inspirer des autres

notions étiologiques, en particulier de celles du traumatisme obstétrical, évitable, qui laissent entrevoir la possibilité de diminuer le nombre des cas de convulsions infantiles et surtout d'épilepsie avec troubles du développement intellectuel.

*Le secrétaire,*

Paul LETONDAL.

---

## NOUVELLES

---

### NOUVEAU PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE

Le docteur Gérard Rolland, chirurgien de l'hôpital du Sacré-Cœur, de Cartierville, vient d'être élu à la présidence de la Société de Phtisiologie de Montréal pour l'année 1949.

---

### PREMIÈRE ASSEMBLÉE DE LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTRÉAL

La première assemblée pour l'année 1949 eut lieu mardi, le 22 février, à 8.30 heures p.m., dans l'Edifice du Ministère de la Santé, 1570, rue Saint-Hubert, sous la présidence de M. le docteur Gérard Rolland.

Les communications scientifiques suivantes furent présentées:

- a) Etudes de cas de tuberculose pulmonaire traités par la streptomycine en regard de la collapsothérapie. — Docteur Jacques Gougoux.
  - b) Résultat de la thoracoplastie dans les cas de large lobite supérieure excavée. — Docteur B.-G. Bégin.
  - c) Images pulmonaires anormales chez les non-bacillaires. Présentation de cas. — Docteurs Marcel Verschelden, C.-A. Messier et B.-G. Bégin.
- 

### ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE DRUMMONDVILLE

Le bureau exécutif de la Société Médicale de Drummondville sera constitué de la manière suivante pour l'exercice courant: président: docteur Gilles Saint-Onge; vice-président: docteur Jean-Marc Morin; secrétaire: docteur Gaston Rodrigue; directeurs: docteurs Marcel Goyer, Pierre-Paul Pion et Roch Pélissier.

---

### DEUX PRATICIENS INVITÉS À LA FACULTÉ

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal a pris l'initiative d'inviter deux médecins praticiens à donner aux étudiants de 4<sup>e</sup> année une leçon sur la pratique médicale rurale et urbaine. Le docteur J.-Edouard Goudreault, de Montréal, a fait une leçon le 14 février et le docteur Antonio Pager, de Saint-Hermas, a parlé le 21 février.

### RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

La Société de Gastro-Entérologie tenait, vendredi le 11 février, à 9 heures p.m., une réunion au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur René Rolland.

Les travaux scientifiques suivants étaient au programme:

- a) Signes radiologiques de l'appendicite. — Docteur L.-Philippe Bélisle.
- b) Hernie transpylorique de la muqueuse gastrique. — Docteurs Roger-R. Dufresne, Jean Michon et Edouard Gagnon.

Un avis de motion à l'effet d'affilier la Société de Gastro-Entérologie à la Société Médicale de Montréal fut également présenté.

---

### SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

Une séance de la Société de Chirurgie de Montréal a eu lieu à l'hôpital Notre-Dame, sous la présidence du docteur Paul Bourgeois, mercredi, le 2 février, à 4.30 heures p.m.

Les communications suivantes furent présentées:

- a) Traitement chirurgical dans les métastases du cancer du sein. — Docteur Pierre Smith.
  - b) Appareil simple et peu encombrant à utiliser dans les fractures de l'épaule et du bras. Démonstration de la fabrication et de son application. — Docteur Albert Couturier.
  - c) Un cas atypique d'inversion utérine. — Docteur Raymond Simard.
- 

### RÉUNION DE LA "MONTREAL NEUROLOGICAL SOCIETY"

Une réunion clinique de la « Montreal Neurological Society » eut lieu à l'hôpital Notre-Dame, le mercredi 9 février 1949, à 5 heures p.m.

Au programme:

- a) Cas d'ophtalmoplégie bilatérale et totale. Myasthénie grave aiguë. — Docteur Roma Amyot.
- b) Multiples abcès du cerveau d'origine inconnue. — Docteur Claude Bertrand.
- c) Thrombose de l'artère carotide interne. — Docteur Claude Bertrand.

- d) Une rapide revue de deux cas de myotonie atrophique. — Docteur Roma Amyot.

### UN CENTRE POUR LES ENFANTS SOUS-DOUÉS CONSTRUIT À QUÉBEC

Un centre médico-pédagogique pour les enfants sous-doués de la région de Québec sera construit en 1950, à Sainte-Foy, au coût de \$2,000,000 à \$2,500,000. Le projet de cette institution, qui comptera 800 lits, a reçu l'adhésion du ministre de la Santé, l'hon. Albini Paquette. Le ministre a affirmé que la réalisation de ce projet s'impose d'urgence, en commentant l'entrevue qu'il avait eue avec la délégation québécoise, représentant le centre médico-pédagogique de Québec.

Les délégués ont suggéré de faire construire le nouveau centre près de la cité universitaire, soit à un demi-mille, où l'on a proposé l'acquisition d'un vaste terrain d'environ 200 acres.

### LA MISÉRICORDE ACCEPTE L'OFFRE DE LA CROIX-ROUGE

L'hôpital de la Miséricorde vient de signer une entente avec la Croix-Rouge concernant la fourniture gratuite de sang pour transfusions.

M. Paul Vaillancourt, président national de la Croix-Rouge, et la surintendante de l'hôpital, la Rév. Mère Sainte-Estelle, ont signé le contrat. Le docteur Ronald Denton, directeur des laboratoires de la Croix-Rouge, et son adjointe, le docteur Thérèse Rousseau, étaient présents.

### NOUVEAUX CHEFS ADJOINTS DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Le Conseil Médical de l'hôpital Notre-Dame vient de nommer les docteurs Jean Tremblay et François Archambault chefs de service adjoints à la section de chirurgie.

### LE RÉV. PÈRE HENRI SAMSON AU SANATORIUM PRÉVOST

Une conférence, intitulée « La médecine psychosomatique », fut donnée au Sanatorium Prévost, par le Rév. Père Henri Samson, le mercredi 16 février, à 8.30 heures p.m. La même conférence fut répétée mercredi, le 23 février, à l'Hôtel-Dieu.

### HONNEUR AU DOCTEUR ANTONIO SAMSON

A la dernière réunion de l'« American Academy of Orthopedic Surgeons », tenue récemment à Chicago, le docteur Antonio Samson, chirurgien, a été nommé membre actif.

### RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ C.-F. D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE

Une réunion de la Société C.-F. d'Electro-Radiologie était tenue à l'hôpital Notre-Dame de l'Espérance, le samedi 19 février, à 8.30 heures p.m.

Les travaux scientifiques suivants furent présentés:

- Les signes radiologiques de l'appendicite chronique: étude comparée, par le docteur L.-P. Bélisle.
- Les changements précoces du sang chez les individus exposés aux radiations, par le docteur Jean Bouchard.
- Cancer de la langue, par le docteur E.-P. Grenier.

### LE DOCTEUR ARMAND FRAPPIER À LA SOCIÉTÉ D'ÉTUDE

Le docteur Armand Frappier, O.B.E., directeur de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, était l'invité de la Société d'Étude et de Conférences, le 8 février, dans le salon Prince de Galles de l'hôtel Windsor. La causerie du docteur Frappier était intitulée: « Comment se font les découvertes ».

### INAUGURATION DES DÎNERS-CAUSERIES DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'EST

Conférence du docteur Eugène Robillard sur "le laboratoire au service du médecin praticien". Allocation du nouveau président, le docteur Paul Letondal. Fondation d'un Prix. Vœux de l'Association.

Le premier dîner-causerie de l'Association des Médecins de l'Est de Montréal avait lieu récemment au Club Canadien, sous la présidence du docteur Paul Letondal. Ce dîner, gracieusement offert par les Laboratoires Marois, inaugurait les activités de l'Association. A cette occasion, le docteur Eugène Robillard, professeur titulaire de physiologie à l'U-

niversité de Montréal, prononça une conférence intitulée: « Le laboratoire au service du médecin praticien », dont voici un résumé.

« Le médecin praticien, le médecin de famille, dit le docteur Robillard, est l'unité fondamentale de la pratique médicale tout comme la famille dans la société. C'est toujours à lui que le patient s'adresse lorsqu'il est malade. Il importe donc pour la santé publique que le médecin de famille puisse utiliser tous les moyens dont dispose la science actuelle. Or des moyens importants de diagnostic comme les examens de laboratoire et les examens radiologiques exigent des techniques et un appareillage qui en rendent le coût prohibitif à un grand nombre de malades. La pratique médicale générale ne peut souffrir d'être ainsi limitée et rendue moins efficace. La gratuité des examens de laboratoire et des examens radiologiques pour tous les patients permettrait au praticien de poser plus facilement son diagnostic, améliorerait les soins médicaux et les rendrait moins coûteux. Les besoins d'hospitalisation seraient aussi diminués. Mais l'organisation et le fonctionnement d'un service aussi vaste de technique diagnostique nécessitent les puissants moyens de l'Etat. Les frais de cette organisation devraient être fournis par l'impôt sur le revenu et les droits de succession. Cette méthode est plus juste qu'une assurance contributive. Avec une assurance, il est difficile de faire payer un célibataire et un père de famille chacun suivant ses revenus et le nombre de ses dépendants. En général, le célibataire paie moins cher pour sa seule personne que le père de famille pour lui et les siens. Le père de famille se trouve ainsi puni de s'être marié et d'avoir des enfants. C'est une injustice sociale qui serait corrigée si on prenait les frais de santé à même l'impôt sur le revenu et les droits de succession.

« Envisageant les rapports de l'Etat et de la médecine, le docteur Robillard se défie de la médecine d'Etat où le médecin perd sa liberté professionnelle. Le médecin, qui veut servir, refuse d'être asservi. Mais il accepte volontiers une Aide de l'Etat à la Médecine, aide progressive, respectant la tradition, soumise aux exigences de la pratique médicale et dirigée par ceux qui connaissent la médecine. Avant tout, cette aide doit améliorer les soins médicaux. Donner gratuitement à tout le monde des soins médicaux de mauvaise qualité serait un bien triste cadeau.

« Enfin, le docteur Robillard engage les praticiens à étudier les moyens d'améliorer les soins médicaux et d'en diminuer le coût, afin que la profession puisse diriger dans notre province les progrès d'une pratique médicale beaucoup plus efficace et moins coûteuse que partout ailleurs. »

Après cette conférence, il y eut une intéressante discussion et une résolution, destinée à permettre à un plus grand nombre de médecins praticiens de faire bénéficier leurs malades de ces examens de laboratoire, fut adoptée à l'unanimité, à la suggestion du président, le docteur Paul Letondal. En voici le texte:

« Attendu que le diagnostic, c'est-à-dire la connaissance de la nature de la maladie est à la base de la pratique médicale, parce que, seul, il permet d'orienter la thérapeutique de façon rationnelle, et de traiter le malade comme il convient;

« Attendu que de grands progrès ont été accomplis dans l'art du diagnostic, depuis les découvertes de Pasteur et de Röntgen, avec les techniques de laboratoire et les rayons X;

« Attendu que tous les médecins sont au courant des services que rendent chaque jour, pour le diagnostic, ces examens biologiques et radiologiques, complément indispensable dans certains cas de l'examen clinique le mieux fait et le plus consciencieux,

« Les membres de l'Association des Médecins de l'Est de Montréal, réunis en assemblée régulière au Club Canadien, le 22 février 1949, ont résolu à l'unanimité, sur proposition du docteur L.-A. Hébert, secondé par le docteur Alphonse Bernier, d'exprimer le vœu suivant:

« Que les pouvoirs publics contribuent à augmenter le nombre de nos compétences dans ces domaines par l'octroi de bourses d'études à des médecins désireux de se spécialiser dans le laboratoire et les rayons X et qu'ils leur accordent par la suite une situation convenable avec une juste rémunération;

« Que des laboratoires de biologie et de radiologie soient créés un peu partout dans la Province, non seulement dans les hôpitaux où il en existe déjà d'excellents, mais également dans les Unités sanitaires, s'il y a lieu, en raison des distances, de manière à permettre à tous les médecins de faire bénéficier leurs malades de ces examens de laboratoire et, partant, de protéger plus efficacement la santé de toute la population. »

Dans son allocution inaugurale, le docteur Paul Letondal, après avoir remercié les membres de l'Association de l'avoir élu président et de lui prêter confiance, fit l'éloge de son distingué prédécesseur, le docteur L.-A. Hébert, et rendit hommage au dévouement de ses collègues de l'Exécutif, en particulier, au docteur Julien Pesant, secrétaire, et au docteur René Major, trésorier. Il exposa le programme de l'année, au cours de laquelle seront donnés d'autres dîners-causeries sur les problèmes du praticien. Il annonça la fondation d'un Prix, dû à la générosité de la Pharmacie Sarrazin et Choquette, pour récompenser le meilleur travail sur « la profession médicale et l'Etat ». Seuls les membres de l'Association des Médecins de l'Est pourront y participer. Les conditions du concours sont celles des prix an-

nuels du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Les manuscrits devront être envoyés au plus tard le 1er décembre 1949. Un jury nommé par le Conseil de l'Association appréciera la valeur des travaux présentés, et lors de la dernière séance de l'année, le nom de l'heureux gagnant sera proclamé et le Prix lui sera décerné.

« Il me paraît inutile, dit le docteur Letondal en terminant, de souligner l'importance d'un tel geste, à l'heure présente, au moment où les médecins, comme les pharmaciens, sont menacés de disparaître comme groupe professionnel et de sombrer dans la Médecine d'Etat. »

Au début de la réunion, une motion, qui avait été présentée sous forme d'avis de motion à la dernière assemblée, fut adoptée à l'unanimité. Cette motion est la suivante:

« Considérant qu'il existe des Associations Médicales dans la Province de Québec;

« Considérant que les membres de ces Associations connaissent plus particulièrement les médecins qualifiés pour leur compétence et leur valeur comme conseillers dans les différents domaines de la santé publique;

« Considérant que ces diverses Associations se préoccupent, à juste titre, des problèmes de l'heure et sont intéressés à coopérer activement avec les pouvoirs publics pour en trouver des solutions pratiques,

« Les membres de l'Association des Médecins de l'Est, lors de leur assemblée régulière du 22 février 1949, au Club Canadien, ont adopté à l'unanimité, sur proposition du docteur St-Jean Desrosiers, secondé par le docteur Gérard Rivard, le vœu suivant:

« Que les Associations Médicales soient consultées, à l'avenir, pour la nomination des médecins qui feront partie des commissions ou comités destinés à éclairer le gouvernement en matière d'hygiène et de médecine sociale. »

Environ 75 membres de l'Association assistaient à la réunion. Le prochain dîner-causerie aura lieu à la fin d'avril. Le conférencier sera le docteur Emile Blain, médecin de l'hôpital Notre-Dame, qui étudiera le problème du « praticien et des hôpitaux ».

## ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

### Congrès français de Médecine, XXVII<sup>e</sup> session.

Le Congrès français de Médecine aura lieu à Genève les 6, 7 et 8 octobre 1949, sous la présidence de M. le docteur M. Roch, professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Genève. Les séances se tiendront à l'Aula de l'Université.

Le programme scientifique est établi de la manière suivante:

Jeudi, 6 octobre 1949

#### *Les protides du plasma à l'état normal et pathologique.*

- 1.—Professeur Machebeuf, Paris. « Les protéines du sérum normal. »
- 2.—Professeur J. Waldenström, Upsal. « Renseignements fournis par l'ultra-centrifugation sur l'équilibre protidique. »
- 3.—Professeur F. Tayeau, Bordeaux. « Les hypoprotéïnémies. »
- 4.—Professeur W. Loeffler, privat-docent F. Wuhrmann et Dr Wunderly, Zurich. « Les hyperprotéïnémies. Méthodes d'investigation et signification clinique. »
- 5.—Discussion et communications se rapportant au sujet traité.

Vendredi, 7 octobre 1949

#### *Les hyperthyroïdies.*

- 1.—Professeur P. Bastenie, Bruxelles. « Aspects histologiques et action de la thyroïde. »
- 2.—Professeur L. Langeron, Lille. « Les hyperthyroïdies d'origine nerveuse. »
- 3.—Professeur J. Lederer et Professeur J. Hoet, Louvain. « Les hyperthyroïdies d'origine ovarienne. »
- 4.—Professeur G. Bickel, Genève. « Le foie des hyperthyroïdiens. »
- 5.—Professeur G. Laroche, Paris. « Nouveaux traitements médicaux de l'hyperthyroïdie. »
- 6.—Discussion et communications se rapportant au sujet traité.

Samedi, 8 octobre 1949

#### *Le traitement du cancer par les hormones.*

- 1.—Professeur A. Lacassagne, Paris. « Résultats expérimentaux du traitement des cancers par les hormones. »
- 2.—Professeur L. de Gennes, Paris. « Le traitement hormonal des tumeurs du sein. »
- 3.—Professeur Cibert, Lyon. « Le traitement hormonal des cancers prostatiques. »
- 4.—Discussion et communications se rapportant au sujet traité.

Des communications en nombre limité et uniquement relatives aux sujets principaux traités doivent être annoncées au secrétaire général, professeur Eric Martin, 16, boulevard Helvétique, Genève, avant le 30 avril 1949.



\*hematopoiesis

**CHIMIOTHÉRAPIE CACODYLIQUE INTENSIVE**

Anémies  
Convalescences  
Surmenage  
Troubles de la croissance  
et de la puberté.

**Formule**

Fer colloïdal .....	0.01	gm.
Cacodylate de sodium....	0.30	gm.
Sulfate de strychnine ....	0.001	gm.
(Boîtes de 12 amps. 5 cc.)		

Agents pour le Canada: **ANGLO-FRENCH DRUG Cie, Limitée** — Montréal

## L'INSTITUT BRUCHÉSI DE MONTRÉAL INC.

### Les notes du mois

#### *La tuberculose des personnes âgées.*

L'évolution de la lutte antituberculeuse et les rapports des statistiques vitales nous obligent à reviser nos connaissances.

Autrefois, la mortalité tuberculeuse frappait principalement les jeunes gens, mais depuis, grâce à l'éducation hygiénique, au travail des cliniques, à l'attention des médecins de famille, l'évolution de la maladie chez les jeunes entre 15 et 40 ans a sensiblement diminué.

Par ailleurs, le nombre de décès des tuberculeux qui ont dépassé la quarantaine semble augmenter d'année en année. En 1934, il était de 60.37% de la mortalité des jeunes; en 1944, il atteint 65.37%. On peut se demander pourquoi? D'abord le nombre des personnes âgées a beaucoup grandi, du fait que le cap de la soixantaine n'est plus fatal comme autrefois. Ces personnes âgées ont été contaminées dans leur jeunesse, à une époque où la contagion était fréquente et dangereuse. Elles n'ont pas toutes profité des leçons d'hygiène qui ont été répandues au sein de la population. Leurs habitudes de vie ont pu avoir pour conséquence la perte de leur résistance organique. Elles n'ont pas toutes tiré profit du bienfait d'un examen pulmonaire, et bien probablement, il y a eu dans leur existence des épisodes tuberculeux qui sont passés inaperçus. Enfin, ces personnes âgées ont beaucoup travaillé, dans des milieux souvent insalubres et pendant un temps trop prolongé. Elles ont connu la fatigue de leur métier et souvent aussi les soucis déprimants d'une famille nombreuse. Enfin, leur résistance physique diminuée s'oppose moins à la tuberculose, comme d'ailleurs aux autres maladies.

Voilà certes bien des raisons pour expliquer l'augmentation de l'évolution de la tuberculose chez les personnes âgées.

Nous n'avons pas en ce moment de statistiques pour montrer le pourcentage de la morbidité. Ce qui ressort des statistiques fédérales, c'est, partout, la mortalité plus accentuée des tuberculeux de plus de quarante ans. Le problème qui en résulte est assez grave pour qu'on prenne sans tarder les moyens d'y remédier. Naturellement cette mortalité baissera d'elle-même; car, la jeune génération est mieux préparée à traverser la vieillesse sans accroc sérieux par la pratique de l'hygiène et par la prémunition par le B. C. G. D'autre part, le nombre des tuberculeux inconnus tend beaucoup à diminuer et, par voie de conséquence, la contamination.

Pour le moment, il faut craindre que cette contamination de l'entourage des personnes âgées ne soit très grande: entourage familial, enfants et petits-

enfants, entourage au travail, surtout parmi les jeunes ouvriers.

Le plus sûr moyen à prendre est de faire porter l'attention médicale sur ces malades. Le médecin praticien, de même que l'officier médical industriel, ne devra pas négliger les cas de bronchite, d'asthme, d'emphysème pulmonaire, ni les mettre simplement au compte de l'âge avancé. Un examen radiographique sera toujours prescrit avec examen microscopique des expectorations et même avec culture du liquide gastrique.

On peut toujours espérer guérir un vieillard, du moins le soulager. Il importe surtout de veiller à la contagion. Le médecin rendra un grand service à la famille en l'avertissant de prendre de sérieuses précautions. Il faudrait aussi enlever aux personnes âgées cette croyance que leur âge les préservera contre la tuberculose. Le danger est toujours présent. Il faut toujours veiller.

#### *Les statistiques révèlent . . .*

Les statistiques vitales fédérales révèlent la place peu avantageuse que tient la Province de Québec dans tout le Canada au point de vue mortalité tuberculeuse. En 1947, en effet, le nombre des décès tuberculeux dans notre seule Province s'élevait à 2,050, quand il n'était que de 2,571 pour toutes les autres provinces réunies. (8 provinces: 2,571; Québec: 2,050).

Devant une telle situation, un optimisme sans action n'est pas de mise. Cependant il faut avoir confiance dans l'efficacité d'une lutte que l'on voudra poursuivre avec méthode et persévérance. Cela réclame la collaboration ordonnée et généreuse de toute la population, du simple citoyen aux chefs d'Etat.

Docteur J.-A. JARRY,

*directeur médical.*

## BIENFAITS DE L'HYGIÈNE À 40,814 ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE

### Examen médical de 55,849 enfants.

Si la biologie ne possède encore aucune méthode décisive pour combattre chez l'homme des ans l'irréparable outrage, c'est que nous sommes mal instruits de la manière dont le temps influe sur la vie des individus, mais l'hygiène et la médecine préventive sont de précieux auxiliaires et permettent de préserver la santé individuelle comme la santé publique. La protection que les Unités sanitaires de la province de Québec offre à la population relève précisément de ces deux procédés. Ainsi, au cours du mois de décembre, que d'enfants ont bénéficié des avantages de la science soit par la vaccination et l'immunisation, soit par les cliniques de puériculture et les visites à domicile. Le dernier rapport mensuel indique en

# VERTAVIS

une nouvelle préparation dans le traitement de l'hypertension essentielle

Chaque tablette contient 10 Unités Craw de **Veratrum Viride contrôlé biologiquement** par les Laboratoires de recherches Irwin Neisler & Co., Decatur, Ill.

Les expériences faites dans de nombreuses cliniques ont démontré que le **Veratrum Viride titré biologiquement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle.** (The Medical Clinics of North America, septembre 1948; Doctor Freis, page 1253.) Les tablettes Vertavis doivent être prises à une heure d'intervalle et de préférence après les repas. La dose doit être augmentée ou diminuée graduellement selon les résultats obtenus.

#### POSOLOGIE:

Donnez une tablette VERTAVIS (10 unités Craw) aux heures ci-dessous mentionnées:

SEMAINE	VERTAVIS	MATIN	SOIR	Dose quotidienne Unités Craw
1ère semaine	1 tablette à	7 heures	7 heures	20
2ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 heures	30
3ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 & 8 heures	40
4ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7 & 8 heures	50
5ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7, 8 & 9 heures	60

Documentation complète et échantillon envoyés à MM. les médecins sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER CO., Decatur, Ill., U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

**HERDT & CHARTON, INC.,**

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

# OSMOPAK

localise sûrement l'infection

#### FORMULE:

OSMOPAK est un pansement osmotique émollissant composé de 58% de sulfate de magnésie, de 1-2% de benzocaïne et de 1-25,000 de vert brillant, dans une base miscible à l'eau.

OSMOPAK est recommandé dans tous les cas d'infection en général, clous, furoncles, plaies diabétiques, etc., et dans le traitement d'inflammation ou d'infections locales purulentes des mains, des pieds ou de tout autre tissu sous-cutané. L'OSMOPAK procure le maximum de drainage avec un minimum de perte de tissu. Il est aussi recommandé dans la cervicite et la vaginite.

**Présentation:** Pots de 115 et 577 grammes.

Echantillon médical et documentation sur demande.

Manufacturé par Irwin Neisler Co., Decatur, Ill. U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

**HERDT & CHARTON, INC.,**

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

effet qu'il y a eu durant cette période 3,692 immunisations antidiphtériques complétées et 2,037 immunisations de rappel.

L'hygiène de la première enfance a permis d'examiner, soit aux cliniques, soit à domicile, 20,301 nourrissons et 20,513 enfants de moins de six ans, soit un total de 40,814 moins de six ans. Quant à l'hygiène scolaire, il y a eu 1,091 conférences dans les diverses Unités sanitaires avec une assistance totale de 27,903 personnes, et 15,035 ont subi l'examen soit physique, soit médical.

---

### PLUS DE 8.000 EXAMENS AUX CLINIQUES ANTITUBERCULEUSES PROVINCIALES

Au cours du mois de décembre, les cliniciens chargés du dépistage de la tuberculose dans la province ont tenu 228 cliniques à l'occasion desquelles ils ont procédé à l'examen de 6,783 personnes. Lors des visites à domicile, ils ont en outre examiné 1,305 autres personnes. Trop souvent, l'indifférence ou la simple paresse sont tout ce qui nous empêche de rester bien portants. N'oublions pas que les Unités sanitaires disposent de tous les moyens connus pour sauvegarder notre santé.

---

### LA SANTÉ ET LA CROISSANCE DES JEUNES ENFANTS

#### Précautions recommandées quant à la croissance des enfants.

L'âge préscolaire, qui s'étend de 2 à 6 ans, est une période de développement physique et intellectuel des plus actives. Aussi les parents doivent-ils surveiller attentivement l'état de santé de l'enfant, suivre les progrès de sa croissance, diriger le développement de son intelligence et ne perdre aucune occasion d'y contribuer.

C'est parmi les enfants de 2 à 6 ans que survient le plus grand nombre de décès par maladies contagieuses (celles dites de l'enfance). Au moins protégez-les contre la diphtérie en les faisant immuniser. Pour les autres maladies, ne retardez donc pas à faire venir votre médecin dès les débuts. Ne mesquinez pas; vous pourriez, par ce faux calcul, vous rendre responsables de complications dont votre enfant subira les conséquences funestes toute sa vie. En attendant le médecin, tenez l'enfant au lit, isolé dans sa chambre, sans aucun contact avec les autres enfants de la maison. Cette mesure est d'une importance extrême pour diminuer les risques de complications chez l'enfant malade et pour empêcher la contami-

nation des autres enfants si, par chance, ils n'étaient pas encore contaminés.

Assez souvent, durant cette même période, se développent chez l'enfant des troubles ou des états morbides qui constituent des défauts physiques affectant plus ou moins sa santé (hypertrophie et infections des amygdales, des adénoïdes, des glandes cervicales; carie dentaire, troubles de la nutrition, etc.). Faites donc examiner votre enfant une couple de fois par année, afin de découvrir au début même ces lésions ou ces troubles généralement dus simplement à des erreurs dans les habitudes de vie ou d'alimentation. Un médecin vous dira ce qu'il faut faire pour garder en bon état la santé de votre enfant ou l'améliorer, s'il y a lieu. Ne vous fiez pas aux apparences. Un enfant peut paraître en parfaite santé et cependant son état de nutrition peut être en équilibre instable, sa résistance amoindrie, à la première occasion il fera une maladie grave. Il vaut mieux prévenir que guérir, prenez-en les moyens.

Tels sont les conseils que vous donnent les hygiénistes du ministère provincial de la Santé.

---

### LA COMMISSION CENTRALE PERMANENTE DE L'OPIUM SIGNALA LES DANGERS DE L'HÉROÏNE

*(Le texte qui suit a été envoyé au quartier général des Nations Unies par le centre d'information des Nations Unies à Genève.)*

La Commission centrale permanente de l'opium publie son premier rapport depuis qu'elle a été constituée après la guerre. Ce rapport traite de plusieurs questions administratives, du mode de présentation des tableaux statistiques, de l'état actuel de la régie des stupéfiants et du mouvement de ces drogues en 1947. La Commission déclare que le plus important problème d'ordre surtout médical qui a retenu son attention a trait à l'emploi de l'héroïne (diacétylmorphine). Elle fait une critique peu voilée de la pratique médicale dans certains pays, qu'elle tient responsable d'une « augmentation alarmante » dans l'emploi de cette drogue.

D'après la Commission, la consommation de plus en plus grande d'héroïne dans les pays en question constitue un problème sérieux. Le danger que le rapport signale est que l'héroïne, si elle est injudicieusement prescrite par un médecin, créera très aisément l'habitude. Dans certains pays cette drogue jouit d'une grande popularité auprès des médecins parce qu'elle s'administre simplement et qu'elle soulage promptement la douleur et la toux. A cause de sa propriété d'engendrer l'habitude, des médecins de plusieurs pays ont cherché et trouvé des substituts efficaces et comparativement inoffensifs. La Com-

# SULFAMIDOTHÉRAPIE

## EFFICACE BACTÉRIOSTATIQUE

EN TUBES DE 1 ONCE ET  
POTS DE 4 ET 16 ONCES



### POUR BLESSURES, BRÛLURES ET ÉCORCHURES

Dans les cas de brûlures, blessures et écorchures, Vitazole antiseptise la plaie et encourage la formation de l'épithélium.

Le **VITAZOLE, E.B.S.**, possède la propriété bactériostatique des sulfamidés, jointe à l'action bactéricide de l'Huile de Foie de Morue.

### COMPOSITION DU VITAZOLE

Huile de Foie de Morue ...	50%
Sulfanilamide .....	4%
Sulfathiazole .....	4%
Urée .....	5%
Onguement .....	37%

#### A chaque gramme est ajouté:

Vitamine A ....	1,000 Unités Int.
Vitamine D ....	100 Unités Int.

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

mission croit que les médecins de certains autres pays ne sont pas assez au courant des résultats de la recherche moderne ou se soucient beaucoup trop peu des conséquences dangereuses de la prescription d'héroïne.

Cette question a été jugée de nature assez urgente pour justifier une conférence conjointe entre la Commission centrale permanente et l'Organisme de surveillance des stupéfiants, qui en sont tous deux arrivés aux mêmes conclusions.

La Commission se compose de quatre médecins spécialistes en la matière, dont deux ont été nommés par l'O. M. H. à l'Organisme de surveillance des stupéfiants.

Dès 1931, la conférence sur la régie des stupéfiants a attiré l'attention sur la « nature extrêmement dangereuse de la diacétylmorphine comme drogue provoquant l'habitude et sur la possibilité dans la plupart des cas, sinon tous, de la remplacer par d'autres drogues moins dangereuses ». On recommanda aux gouvernements d'examiner avec la profession médicale la possibilité de restreindre ou même d'abolir complètement son emploi.

En dépit de cet avertissement, plus de la moitié des pays qui sont parmi les plus gros consommateurs d'héroïne ont augmenté leur consommation depuis 1936. C'est ce qui arrive dans 12 des 22 pays en cause. Les estimations des besoins annuels pour 1948, fournies à l'Organisme de surveillance par les gouvernements, montrent que les cinq plus gros consommateurs par tête au monde sont: la Finlande, l'Italie, la Nouvelle-Zélande, la Suède et l'Australie.

La consommation de la Finlande en 1947 était déjà trois fois celle de 1939, mais, dans ses estimations de 1949, le gouvernement finlandais a demandé trois fois la quantité consommée en 1948: 51 kilos par million d'habitants. Cette quantité équivaut à une dose thérapeutique pour chaque habitant de la Finlande toutes les trois semaines. Avec une population de moins de quatre millions d'habitants, la Finlande demande plus d'approvisionnements de cette drogue que les plus grands pays du monde. Pour appuyer sa forte demande, la Finlande a expliqué qu'elle se fondait sur la fréquence des affections respiratoires et de la toux imputables à la rigueur du climat, ainsi que sur l'abaissement des conditions d'existence imputable à la guerre. Toutefois, on fait observer que la Norvège, avec des conditions à peu près semblables, a presque abandonné l'emploi de cette drogue. De l'avis de la Commission et de l'Organisme de surveillance, rien ne peut justifier le niveau actuel de consommation de l'héroïne en Finlande.

L'Italie, la Nouvelle-Zélande, la Suède et l'Australie sont aussi en butte à la critique car leur consommation par tête est d'environ le double de celle du pays qui en consomme le plus après elles. Ainsi, l'Italie a accru sa consommation de 50 p. 100 environ depuis

1936 et en consomme par tête actuellement sept fois plus que la France où la quantité consommée a baissé de moitié.

Au Danemark, la consommation par tête a baissé depuis 1936 à un peu plus du dixième du chiffre antérieur tandis que dans 25 pays, y compris les Etats-Unis et cette partie du Japon qui est occupée par les Etats-Unis, cette drogue n'est pas employée du tout.

Le problème est si grave et de nature si immédiate que la Commission et l'Organisme de surveillance l'ont soumis à l'O. M. H., qui convoque ses experts en stupéfiants pour la fin de janvier alors qu'ils étudieront les aspects médicaux du problème.

Le rapport contient aussi des détails sur les déclarations fournies à la Commission par les gouvernements au sujet de la production, du commerce et de la consommation des stupéfiants. La Commission exprime l'espoir que l'Union Soviétique, qui a pratiquement cessé depuis dix ans d'envoyer des statistiques et des estimations, accorderait de nouveau son entière collaboration. Nous avons appris depuis la rédaction de ce rapport que l'Union Soviétique vient maintenant d'envoyer des rapports complets pour la première fois depuis 1938.

Le rapport contient une importante lettre adressée au gouvernement de l'Iran par le président de la Commission, M. Herbert L. May, le 5 novembre 1948. La Commission exprime sa « grande inquiétude au sujet de la présence d'opium iranien dans le trafic illicite de plusieurs parties du monde ». Cette inquiétude s'accroît du fait que les statistiques reçues du gouvernement de l'Iran sont incomplètes, contradictoires et toujours tardives. Il est vrai que l'Iran n'a pas signé l'une des conventions, mais d'autres gouvernements qui ne l'ont pas signée non plus donnent suite à la convention pour des motifs humanitaires. La Commission a demandé qu'on lui donne la prompt assurance que des statistiques complètes et périodiques lui soient envoyées et que des mesures soient prises pour soumettre la sortie de l'opium iranien à une régie qui le confinerait à des voies légitimes. La Commission a demandé une réponse par écrit, mais a fait savoir qu'elle était prête à accueillir un représentant si le gouvernement de l'Iran voulait en envoyer un.

Dans un domaine plus général, le rapport dit que la production légitime de la plupart des drogues narcotiques est certainement beaucoup plus forte aujourd'hui qu'elle ne l'a jamais été dans le passé. Les causes de cette augmentation semblent comprendre l'expansion des services médicaux, l'accroissement de la population et la nécessité de refaire les stocks.

La Commission centrale permanente de l'opium se compose des membres suivants: M. Herbert L. May (Etats-Unis d'Amérique), président. Membre de la Commission depuis son organisation en 1928. Mem-

Rx

# UROPRAZINE

Prendre 2 cuillerées à thé  
dans un demi-verre d'eau  
tiède, deux fois par jour,

*R. S. Summers M.D.*

Préparée par  
LES LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, France

Distributeurs exclusifs au Canada:  
HERDT & CHARTON, INC. - Montréal

bre de l'Organisme de surveillance des stupéfiants depuis son organisation en 1933: il en est actuellement le président et en a déjà été vice-président. Homme d'affaires et avocat à la retraite. Membre du Conseil d'administration de la « Foreign Policy Association », New-York.

Le professeur H. Fischer (Suisse), professeur de pharmacologie à l'Université de Zurich. Membre de la délégation Suisse à la neuvième conférence de la Commission internationale de la police criminaliste, tenue à Rome, en qualité d'expert en matière de drogues narcotiques. Nommé membre de l'Organisme de surveillance des stupéfiants par l'Organisation mondiale d'hygiène.

Sir Harry Greenfield, O.S.I., C.I.E. (Royaume-Uni), ancien président du « Central Board of Revenue » dans le gouvernement de l'Inde, à Delhi. Délégué de l'Inde à la Commission des stupéfiants en 1946.

Le Dr P. Pernambuco Filho (Brésil). Professeur titulaire de psychiatrie à la faculté de Médecine de Rio-de-Janeiro. Membre titulaire de l'Académie Nationale de médecine. Vice-président du comité national de la régie des stupéfiants. Délégué en chef du Brésil à la conférence sur l'opium en 1925.

Le professeur P. Reuter (France). Professeur à la faculté de Droit d'Aix. Conseiller technique près le ministère des Forces Armées. Membre du Conseil d'administration de l'École Nationale d'administration.

Le Dr M. Ristic (Yougoslavie), membre de l'Institut Yougoslave de recherche économique (Belgrade). Membre de la délégation yougoslave à la première session économique pour l'Europe.

Le professeur S. Tavat (Turquie), professeur de pharmacologie et de clinique thérapeutique à l'Université d'Istamboul. Membre de l'Académie de Médecine de Turquie. Membre de la Société de médecine de Turquie. Membre de la Commission de révision de la pharmacopée turque. Nommé membre de l'Organisme de surveillance des stupéfiants par l'Organisation mondiale d'hygiène.

Le Dr Y. N. Yang (Chine), directeur général du projet pharmaceutique (« China Drug Corporation »). Commission des syndics du rétablissement.

Un état contenant les besoins estimatifs du monde en stupéfiants pour l'année 1949 a été communiqué aux gouvernements. Il a été préparé par l'Organisme de surveillance des stupéfiants composé du professeur H. Fischer (Suisse); du professeur S. Tavat (Turquie); du Colonel C. H. L. Sharman, C.M.G., C.B.E., I.S.O. (Canada), ancien directeur du Bureau des stupéfiants du Canada, vice-président; et de M. Herbert L. May (Etats-Unis d'Amérique), président.

## HÔPITAL LAFLÈCHE DE GRAND'MÈRE

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce qu'un versement partiel a été fait, à même la subvention fédérale pour la construction d'hôpitaux, pour aider à la construction de l'hôpital Laflèche, de Grand'Mère.

C'est la première construction d'hôpital, dans la province de Québec, à profiter de cette subvention fédérale, depuis la proclamation, l'an dernier, du nouveau programme national d'hygiène. A mesure que les travaux avanceront, des versements subséquents seront faits à cet hôpital, jusqu'à concurrence de \$116,000., montant total de la subvention accordée par le fédéral. Les subventions pour la construction d'hôpitaux rentrent dans la catégorie de celles, assez peu nombreuses, que le gouvernement provincial, en vertu du programme national d'hygiène, est tenu de doubler, dollar contre dollar.

M. Martin ajoute que c'est le ministère provincial de la Santé qui a soumis le projet et que l'hon. Dr J.-H.-A. Paquette, titulaire de ce ministère, a été avisé officiellement de l'assentiment du Gouvernement fédéral.

C'est la Congrégation des Filles de Jésus, des Trois-Rivières, qui fait construire l'hôpital de Grand'Mère, hôpital qui desservira une région dont la population est d'environ 90,000 âmes. Cet hôpital aura environ 120 lits. Il sera pourvu de tous les appareils de rayons X, de laboratoire et de chirurgie nécessaires au traitement des cas qui relèvent de la médecine générale et de la chirurgie. Les travaux, commencés au mois de mai 1947, sont au quart terminés et l'on s'attend qu'ils soient achevés en décembre prochain.

Le montant total assigné cette année à la province de Québec pour la construction d'hôpitaux s'élève à plus de \$3,840,000.

---

## DES HÔPITAUX DE MONTRÉAL SONT SUBVENTIONNÉS

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que deux hôpitaux de Montréal remplissent les conditions requises pour recevoir une assistance financière de plus de \$737,000, en vertu du programme fédéral pour la construction d'hôpitaux. Ce sont le Sanatorium Saint-Joseph, qui recevra \$564,000, et l'hôpital Saint-Joseph pour les convalescents, dont la part sera de \$173,599.

Le Gouvernement fédéral accepte ces projets et l'hon. Dr J.-H.-A. Paquette, ministre provincial de la Santé, en a été avisé. Le Gouvernement fédéral a déjà fait ses premiers versements, et le gouvernement provincial doublera la contribution fédérale.

coupez l'appétit... ménagez le patient!

LES COMPRIMÉS

# ALTEPOSE

dans le traitement de l'obésité

Bien souvent la volonté humaine est impuissante à maîtriser l'appétit; c'est ce qui explique la plupart des cas d'obésité. Heureusement qu'il est maintenant possible de réfréner l'appétit par l'administration de certains médicaments sympathicomimétiques, comme la PROPADRINE chlorhydrate de phénylpropanolamine, mise au point dans les Laboratoires de Recherches de Sharp & Dohme. Cette préparation est remarquablement dépourvue d'effets secondaires fâcheux qui se rattachent à l'éphédrine.

Les Comprimés ALTEPOSE, formule nouvelle pour enrayer l'obésité, contiennent 50 mg. ( $\frac{3}{4}$  gr.) de chlorhydrate de PROPADRINE, pour diminuer le désir de manger; 40 mg. ( $\frac{2}{3}$  gr.) de thyroïde, pour accélérer le métabolisme; et 25 mg. ( $\frac{3}{8}$  gr.) de DELVINAL vinbarbital, comme sédatif léger.

Les Comprimés ALTEPOSE épargnent au malade les affres de la faim; ils rendent plus acceptables les régimes faibles en calories; accélèrent le métabolisme des surplus de graisse et d'hydrates de carbone, et sont susceptibles de supprimer la tension nerveuse et l'anxiété. La dose appropriée doit être déterminée pour chaque sujet.

Les Comprimés ALTEPOSE sont présentés en flacons de 100 et de 1,000.

**Sharp & Dohme, (Canada) Ltd., Toronto 5, Canada.**

Le Sanatorium Saint-Joseph aura environ 450 lits pour tuberculeux, ainsi qu'un outillage complet pour les opérations chirurgicales majeures et mineures, et pour les examens radiographiques. Il aura aussi des laboratoires, des cliniques, des bureaux et un centre de recherches. On estime à \$4,900,000 son coût total, et sa construction ne sera pas terminée avant un an. Ce sont les Sœurs de la Miséricorde de Montréal qui ont la direction de ce sanatorium.

Une subvention fédérale à l'hôpital Saint-Joseph pour les convalescents aidera cette institution à augmenter de 120 le nombre de ses lits. Les malades chroniques forment la plus grande proportion de ses patients; le reste est composé de vieillards. Il est sous la direction de la Communauté des Oblates franciscaines de Saint-Joseph. On espère que le nouvel édifice sera terminé au mois de juin.

L'aide fédérale à ces deux hôpitaux est calculée, déclare M. Martin, à raison de \$1,500 par lit, mais ni l'un ni l'autre de ces hôpitaux n'ont droit à la subvention complète, parce que leur construction était en partie terminée au mois d'avril dernier, alors que les subventions fédérales d'hygiène sont venues en vigueur.

---

### LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC

M. Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que l'on achètera et équipera quatre cliniques mobiles, à un coût qui dépassera \$138,000, afin de lutter contre la tuberculose dans la province de Québec. Le coût de ces unités mobiles sera imputé au montant d'un million de dollars et plus, attribué chaque année, en vertu du Programme national d'hygiène, à la lutte antituberculeuse dans le Québec.

Ces cliniques fonctionneront de concert avec quatre sanatoriums pour tuberculeux de la province de Québec, dont l'emplacement stratégique permettra de desservir presque complètement les régions rurales.

L'une d'entre elles dépendra du Sanatorium Cooke, des Trois-Rivières, et desservira les comtés de Joliette, de Berthier, de Maskinongé, de Saint-Maurice, de Champlain, de Laviolette et des Trois-Rivières. La deuxième rayonnera du Sanatorium Macamic (Abitibi), et embrassera les comtés d'Abitibi-est, d'Abitibi-ouest, Rouyn, Noranda et le Témiscamingue, dont la population totale est d'environ 100,000 âmes. La troisième sera dirigée par le personnel médical de l'hôpital du Sacré-Cœur, de Cartierville, et desservira les comtés qui entourent la ville de Montréal: L'Assomption, Terrebonne, Deux-Montagnes, Argenteuil, Vaudreuil, Soulanges, Verchères, Chambly, etc. La quatrième rayonnera du Sanatorium Saint-Michel de

Roberval, et desservira les comtés de Roberval, du Lac Saint-Jean, de Chicoutimi, de Charlevoix et du Saguenay.

Chaque clinique mobile comprendra un camion et une remorque, une unité motrice, une unité de rayons X photo-fluorographiques et une chambre noire avec outillage complet. De concert avec les postes de diagnostic qui fonctionnent déjà, ces quatre cliniques pourront desservir plus rapidement toute la population de la province et dépister les cas de tuberculose, en quelque lieu qu'ils se trouvent. Cela permettra de donner un traitement approprié dès les premiers stades de la maladie.

Le ministère de la Santé de la province de Québec a mis de l'avant ces projets, en vertu du programme d'hygiène du Gouvernement fédéral, qui a transmis officiellement son assentiment au Dr J.-H.-A. Paquette, ministre de la Santé du Québec.

---

### L'HÔTEL-DIEU DE SAINT-THOMAS DE MONTMAGNY RECEVRA UNE SUBVENTION

M. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que le Gouvernement fédéral a consenti à verser la somme de \$118,000, à même les subventions pour la construction d'hôpitaux, pour aider à la construction de l'Hôtel-Dieu de Montmagny, à Saint-Thomas de Montmagny.

C'est un nouvel hôpital qui est construit pour desservir Saint-Thomas et la région environnante des comtés de Montmagny, de l'Islet, de Kamouraska et de Bellechasse. Ce district compte une population totale qui dépasse les 100,000 âmes.

M. Martin fait remarquer que la contribution fédérale est calculée à raison de \$1,000 par lit de traitement actif; cependant, cet hôpital n'a pas droit au plein montant de cette subvention, parce qu'une partie de ses travaux était déjà achevée quand, au mois d'avril dernier, les subventions fédérales pour la construction d'hôpitaux ont pris effet. Le Gouvernement provincial verse un montant au moins égal à la contribution fédérale.

Cet hôpital, dont la construction ne sera pas terminée avant le début de l'an prochain, comprendra tout ce que requiert un hôpital moderne, y compris des appareils de rayons X et de physiothérapie, une pharmacie et un laboratoire général.

Le coût de ce projet sera imputé au montant de 3 millions de dollars et plus qui est attribué annuellement à la province de Québec en vertu du Programme national d'hygiène. Le Gouvernement fédéral a avisé de son assentiment le Dr J.-H.-A. Paquette, ministre de la Santé de cette province.

## CRÉSOPIRINE

DOULEURS RHUMATISMALES,  
NÉVRALGIE, INSOMNIE, RHUMATISME ARTICULAIRE, AIGU, FÉ-  
BRILE, GRIPPE.

## DÉPUROGENE

DÉCONGESTIF RAPIDE DES  
PLÉTHORIQUES, ÉLIMINATEUR DE L'URÉE ET DE LA CHOLESTÉRINE  
DU SANG.

## FÉNUGRÈNE

PUISSANT AGENT D'AUG-  
MENTATION DE POIDS. POUDRE DE FÉNUGREC DÉSHUILÉE ET DÉSO-  
DORISÉE CONTENANT TOUS SES PRINCIPES ACTIFS, PHOSPHORES  
ET CHOLESTÉRINES.

## FUCUSOL

OBÉSITÉ. EMBONPOINT EXAGÉRÉ.

## MUTHANOL

SYPHILIS. À TOUTES SES PÉ-  
RIODES ET DANS TOUTES SES MANIFESTATIONS. LUPUS ERYTHÉ-  
MATEUX. PIAN-ANGINE DE VINCENT. LE MUTHANOL ASSURE  
UNE ACTION THÉRAPEUTIQUE INTENSE ET DE LONGUE DURÉE.

**HERDT & CHARTON, INC.**

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLEGE MCGILL, MONTREAL

## PRÉCAUTIONS D'HYGIÈNE AVANT D'ABSORBER DES CONSERVES

### Examinez les conserves que vous mangez.

Certaines causes peuvent menacer la conserve dans son récipient: méthode de stérilisation insuffisante, fermeture défectueuse des boîtes, l'aliment était avarié au moment de sa mise en conserve, enfin l'aliment était sain, mais il s'est produit une fissure dans le récipient parce qu'il a été refroidi trop brusquement après l'opération. D'où décomposition de la substance et danger sérieux pour la santé du consommateur non averti. La simple prudence devrait inciter ce dernier à examiner avec soin le produit avant de s'en servir. Voici, croyons-nous, des notions que les hygiénistes et aussi les médecins devraient s'efforcer de vulgariser:

Nécessité de l'examen physique du contenant avant de l'ouvrir.

Dans le commerce, on rencontre:

a) Des boîtes bombées, preuve certaine de la décomposition de la substance y contenue: ces boîtes doivent être rejetées.

b) La boîte à ressort ou élastique, qui cède sous la pression des doigts, en est une dans laquelle la décomposition commence: dans encore un peu de temps elle sera bombée.

c) La boîte dont une extrémité rebondit: si, en frappant énergiquement une des surfaces de la boîte à plat contre une surface solide, l'extrémité bombe, et, si en faisant l'opération inverse, l'autre extrémité bombe à son tour, on dit qu'elle rebondit; elle doit être rejetée comme suspecte. Il est un fait certain, c'est que la plupart de ces boîtes, sinon toutes, soumises à l'analyse, contiennent beaucoup de micro-organismes.

d) Les boîtes « planes acides ». Leurs extrémités sont ni convexes ou bombées, ni quelque peu concaves ou déprimées (comme elles devraient l'être si l'opération avait été bien faite), mais parfaitement planes. En les ouvrant, par la suite, on ne constatera pas la présence de gaz, mais on percevra facilement l'odeur sure, légèrement aigrelette, qui s'en dégage. L'aliment a subi la transformation acide; il ne doit pas être utilisé.

e) Les boîtes qui suintent ou qui ont coulé parce qu'elles ne sont pas étanches doivent être jetées sans plus ample examen.

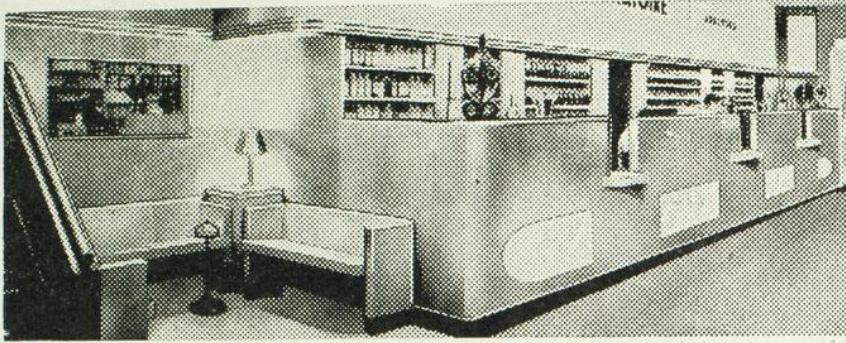
f) Les boîtes rouillées: la rouille peut, avec le temps, perforer le métal, d'où pénétration des agents de la putréfaction à l'intérieur de la masse. Toutes ces boîtes plus ou moins rouillées ou autrement endommagées par l'eau et le feu (incendie), doivent être considérées comme suspectes. Le contenu peut être sain, et d'un autre côté, il peut ne pas l'être.

Direction du laboratoire

**Dr R. GRENIER**  
Médecin-chirurgien

**Mlle LORRAINE VIDAL**  
Technicienne médicale  
diplômée

**Mlle M. DE BELLEFEUILLE**  
Garde-malade  
diplômée de  
l'hôpital Saint-Luc



Direction du laboratoire

**M. A. SARRAZIN**  
Pharmacien-chimiste  
Bachelier de l'Université  
de Montréal  
Premier prix de Matière  
médicale et de Travaux  
pratiques de Chimie

**M. LUC CHOQUETTE**  
Pharmacien-chimiste  
Bachelier de l'Université  
de Montréal  
Docteur de l'Université  
de Paris

## LABORATOIRE D'ANALYSES

SangUrineAnalyses complètesDiagnostic de la Grossesse : Recherche du facteur R-H

## FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophyles	Métamyélocytes juvéniles
Grands mononucléaires	Myélocytes
Lymphocytes	Blastes
Polynucléaires éosinophiles	Hématies nucléées
Polynucléaires basophiles	Plaquettes sanguines
Shilling:	Anisocytose
Bâtonnets (Stab)	Poïkilocytose
	Réticulocytes

Urée  
Glycémie  
Sédimentation  
Hématocrite  
Prothrombine  
Protéines totales  
Concentration des sulfa  
et pénicilline  
Créatinine  
Acide urique

Chlorures - sang total  
Chlorures - plasma  
Calcium  
Cholestérol total - Esters  
Temps de coagulation  
Temps de saignement  
Rétractilité du caillot  
Résistance globulaire  
Groupe sanguin (int)  
Facteur Rh

**Sarrazin & Choquette**

PHARMACIENS — CHIMISTES — ANALYSTES

Prises de sang faites à la pharmacie.

=====  
Rapports le jour même.

Tous les jours de 9 heures à 5 heures.

=====  
Nous envoyons chercher les échantillons à domicile.

Bouteilles échantillons spéciales envoyées sur demande.

**LES MÉDECINS DE L'EXTÉRIEUR** qui désirent profiter des avantages offerts par notre laboratoire d'analyses peuvent, en nous écrivant, se procurer gratuitement des récipients spéciaux contenant une substance antibiotique qui assure la conservation de l'échantillon.

Résultats retournés immédiatement.

## REVUE DES LIVRES

---

W. W. MORRISON. — **Diseases of the ear, nose and throat.** Appleton-Century-Crofts, Inc., New-York, 1948.

C'est là un volume destiné à la fois au médecin praticien et à l'étudiant en O.R.L. Dès les premières pages, on comprend que l'auteur est familier avec la pratique journalière : il décrit comment rédiger l'histoire du malade et insister sur la symptomatologie essentielle au diagnostic, comment tirer parti de l'instrumentation indispensable ; il discute l'emploi de la médication adjuvante et de l'anesthésie appropriée qui faciliteront les manœuvres.

La chimiothérapie antibiotique occupe un chapitre de 20 pages : pharmacologie, indications et contre-indications, modes d'administration et résultats, tout y est concis et d'application immédiate. D'autant plus qu'à chaque page, la bactériologie trouve sa part étiologique dans chacune des affections décrites.

Les techniques chirurgicales, parfois trop détaillées pour le praticien, seront plus appréciées de l'étudiant en O.R.L.

Les figures et les dessins, tous tracés au crayon, paraîtront souvent confus à celui qui n'est pas familier avec l'anatomie topographique et la technique opératoire O.R.L.

Au chapitre de l'otite catarrhale et du catarrhe tubaire, l'A. cite la ponction aspiratrice du tympan comme initiative de Hoople et Blaisdell. Il semble ignorer l'école française qui lui a donné naissance ainsi que la contribution du Dr P. Panneton et la nôtre. Pour la myringotomie (paracanthèse), on préconise l'anesthésie générale avec vinéthène, protoxyde d'azote ou cyclopropane ; quand l'état du patient adulte le permet, le pentothal I.V. nous paraît plus avantageux.

L'A. dit avec justesse que la pénicilline en gouttes auriculaires guérit rarement l'otite

moyenne chronique suppurée ; plus actifs, les sulfamidés en poudre produisent souvent de la dermatite du conduit.

On trouvera assez détaillée la méthode de la radiumthérapie du cavum comme traitement de l'obstruction de la trompe d'Eustache.

Même les techniques récentes de la chirurgie de la mastoïde, les maladies de l'oreille interne reçoivent une explication utile au praticien.

Contre l'épistaxis, l'auteur emploie un ballon bourré de gaze ; nous obtenons le même résultat avec un doigt de gant de chirurgien.

Au chapitre des sinus, on insiste pour que le traitement s'appuie sur les méthodes d'examen indispensables ; on ne doit pas prescrire en se fiant à l'unique diagnostic subjectif que j'appellerais « diagnostic de questionnaire ». L'éclairage seul est parfois insuffisant et les clichés radiologiques sont souvent trompeurs. L'auteur nous met en garde contre l'emploi inconsidéré de la diathermie dont on a fait abus. Dans la sinusite frontale, même aiguë, il est partisan de la trépanation externe à travers une petite boutonnière ; nous opinons que la ponction au trocart, moins radicale, remplit à la fois un but diagnostique et thérapeutique.

La revue des opérations portant sur les sinus ne mentionne pas l'antro-ethmoïdectomie, dont la technique se généralise de plus en plus ; en effet, celle-ci permet l'ethmoïdectomie à travers le sinus maxillaire ; l'ethmoïdite n'est-elle presque pas toujours accompagnée de sinusite maxillaire ?

Le chapitre des névralgies d'origine O.R.L. se recommande de lui-même.

L'hémostase dans l'adéno-amygdalectomie est traitée clairement de façon à aider le praticien qui s'adonne à cette opération. Quant à l'électro-coagulation, il est préférable de s'en servir rarement car ses résultats et ses

*Seul...*

# CHOLIBILE

JOUIT DES PROPRIÉTÉS SUIVANTES:

- hydrocholérétique puissant
- diurétique léger
- laxatif doux
- désensibilisant
- tonifiant du tractus intestinal.

Principales indications:

Affections du foie et des voies biliaires.

## FORMULE :

### CHOLIBILE

Acide Déhydrocholique .. 0.25 gm.

*Cascara Sagrada* ..... 0.05 gm.

Chlorhydrate de thiamine  
(Vit. B<sub>1</sub>) ..... 5 mgms.  
par dragée

2 à 4 dragées par jour.

### CHOLIBILE (Faible)

Acide Déhydrocholique .. 0.10 gm.

*Cascara Sagrada* ..... 0.02 gm.

Chlorhydrate de thiamine  
(Vit. B<sub>1</sub>) ..... 2 mgms.  
par dragée

2 à 6 dragées par jour.

## LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

complications sont plus à craindre que ceux de l'amygdalectomie, comme le dit si bien l'auteur.

Tout médecin devrait lire les paragraphes portant sur les abcès et les phlegmons des espaces virtuels du cou, du pharynx et du plancher de la bouche. On met aussi à sa portée les applications classiques et récentes de la broncho-œsophagologie et de la chirurgie connexe. Relire les lignes sur la laryngo-trachéo-bronchite aiguë, maladie fréquente chez nous, mais trop souvent méconnue. Le chapitre des tumeurs du larynx mérite notre attention ; la technique de la laryngectomie décrite par les figures est de plus en plus abandonnée ; celle maintenant plus employée, et que nous suivons, nous paraît plus physiologique et moins mutilante. De fait, le taux actuel de mortalité postopératoire avec ce dernier procédé est inférieur à 1.00%.

On décrit les règles à suivre en présence des cas de corps étrangers des voies respiratoires et digestives ; elles feront éviter à la fois au médecin et aux patients des méprises regrettables.

Le formulaire qui termine le volume constitue un véritable vade-mecum quotidien ; l'index symptomatologique qui suit, réalisé dans un but pratique, mérite à l'A. la reconnaissance du médecin praticien pour qui il a écrit.

#### V. LATRAVERSE

Léon BINET, membre de l'Institut, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, et F. BOURLIERE, assistant à la Faculté de Médecine de Paris. — **Problèmes de physiologie comparée. Déductions médicales.** Un volume de 86 pages. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

L'homme n'est pas un isolé dans la longue série des formes animales. S'il ne faut pas lui appliquer systématiquement toutes les constatations tirées de l'étude des invertébrés et des vertébrés inférieurs, il n'en est pas moins vrai qu'un grand nombre de phénomènes élémentaires sont communs à tous les étages

de la classification zoologique. Enfin, plus on étudie la physiologie des oiseaux et des mammifères, plus on s'aperçoit que les analogies sont nombreuses et qu'un nombre considérable de phénomènes sont communs à tous les homéo-thermes. La physiologie comparée jette donc un jour nouveau sur nombre de problèmes. Les Auteurs ont choisi dans le domaine de la physiologie comparée des animaux, quelques questions particulièrement intéressantes.

#### CHAPITRES DE L'OUVRAGE

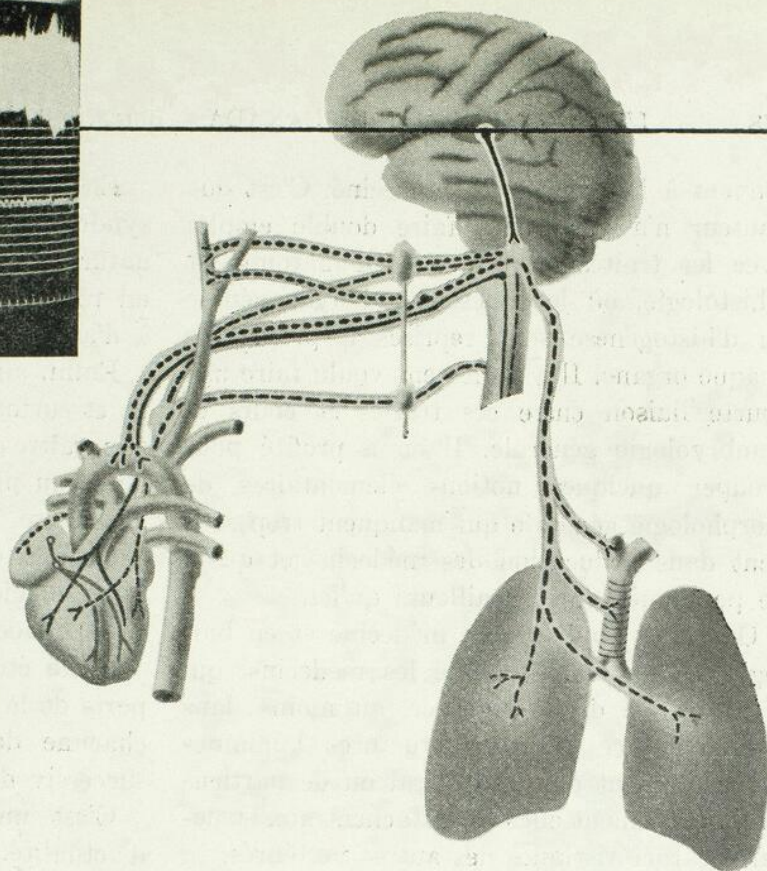
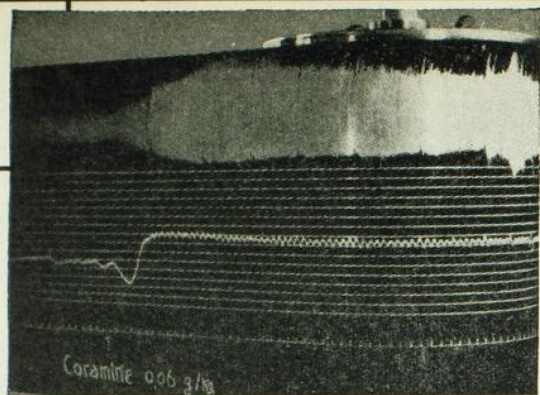
1. Principe et exemples de la méthode des tests biologiques. — II. La sensibilité des poissons aux toxiques et les effets de groupe. — III. Les métamorphoses des batraciens et la physio-pathologie thyroïdienne. — IV. La longévité des reptiles et le problème de la sénescence. — V. Les oiseaux et la physiologie sexuelle. — VI. Les adaptations respiratoires et circulatoires des mammifères plongeurs.

Ch. CHAMPY, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. — **Manuel d'embryologie.** 4e édition. Un volume de 286 pages, avec 217 figures et 6 planches en couleurs. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

Ce petit manuel qui paraît en 4e édition, rassemble les notions fondamentales concernant l'embryologie, présentées de façon telle qu'elles invitent en passant l'étudiant à réfléchir sur les connaissances qu'il acquiert ainsi. L'auteur a réalisé ce qu'il avait fait pour l'histologie dans son « Abrégé d'Histologie » écrit en collaboration avec H. Bulliard.

L'ouvrage est conçu sur un plan un peu différent de celui qui est généralement adopté : l'embryologie générale y occupe la plus grande place. En effet, elle comporte les notions fondamentales sans lesquelles les acquisitions faites par l'étudiant dans le domaine de l'anatomie et de l'histologie seront forcément fragmentaires et sans liaison. Elle doit être la base de l'instruction morphologique du médecin.

L'embryologie spéciale ou organogénèse y est brièvement traitée et dans un esprit très général, contrairement à ce qu'on fait le plus



**CORAMINE**  
LIQUIDE

## pour une respiration améliorée

Dans les affections chroniques du coeur et en particulier dans les cas de décompensation cardiaque avec dyspnée, l'emploi de la Coramine par la bouche apporte un soulagement remarquable.

L'amélioration qu'entraîne la Coramine sur la respiration a une répercussion notable sur l'efficacité cardiaque. "Durant l'inspiration, la chute de la pression intrathoracique favorise le retour du sang veineux, en remplissant l'oreillette et le ventricule droits. Lorsque le cycle respiratoire est inversé, le relâchement du poumon, par déplacement de la masse sanguine, augmente le reflux veineux pulmonaire et le débit du ventricule gauche."<sup>1</sup>

Ainsi, l'augmentation de la circulation pulmonaire, grâce à la Coramine, est probablement l'un des plus importants effets de ce médicament dans les affections cardiaques chroniques.

<sup>1</sup>Cournand, A.: Bull. New York Acad. Med. 23: 27, 1947

COMPAGNIE

**Ciba**

LIMITÉE, MONTRÉAL

\*Nikethamide "Ciba

souvent à la Faculté de Médecine. C'est que l'auteur n'a pas voulu faire double emploi avec les traités ou les cours d'anatomie et d'histologie, où les questions d'organogénèse ou d'histogénèse sont reprises à propos de chaque organe. Il a seulement voulu faire une courte liaison entre ces traités et cours et l'embryologie générale. Il en a profité pour grouper quelques notions élémentaires de morphologie générale qui manquent trop souvent dans l'éducation des médecins et qu'on ne peut guère placer ailleurs qu'ici.

Outre les étudiants en médecine et en biologie, ce manuel intéresse les médecins, qui n'ont pas le droit d'ignorer, au moins dans l'ensemble, ce que les structures humaines qu'ils étudient ont de général ou de particulier, ni comment elles se rattachent aux structures caractéristiques des autres vertébrés.

#### DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Produits sexuels et fécondation. — La segmentation. — La gastrulation et la formation des principales portions de l'embryon dans les types simples. — Formation du mésoderme et développement de la forme des embryons. — Gastrulation et formation des feuillettes des amniotes. — Le mésenchyme. Origine du sang. — Origine du cœur et des vaisseaux intra-embryonnaires. Métamérie des vertébrés. — Les annexes embryonnaires. — Les organes entodermiques — Dérivés du mésoderme. — Organes ectodermiques. — Organes dérivés du mésenchyme. — Notions d'embryologie expérimentale et de physiologie de l'embryon.

Paul BLUM, Ancien chef de Clinique de la Faculté de Médecine. Médecin assistant de l'hôpital Saint-Louis. Médecin chef de service de Saint-Lazare. — **Glandes endocrines et syphilis. Schémas cliniques et thérapeutiques.** Un volume de 108 pages. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

La syphilis acquise et la syphilis héréditaire peuvent léser une ou plusieurs glandes endocrines, soit d'une façon directe, en y provoquant des lésions organiques, soit d'une manière indirecte, en déclenchant des troubles fonctionnels.

En outre, dans la production des « grands syndromes endocriniens », dont l'origine et la nature nous échappent, la syphilis peut jouer un rôle déterminant, soit seule, soit associée à d'autres processus étiologiques.

Enfin, au cours de l'évolution de la syphilis et surtout de son traitement, on peut voir apparaître des signes de « dysfonctionnement » d'une ou plusieurs glandes endocrines ; il est nécessaire, pour une thérapeutique énergique prolongée, de savoir dépister « cliniquement » et « biologiquement » les moindres manifestations endocriniennes.

Cette étude a pour but d'exposer les rapports de la syphilis et de son traitement avec chacune des glandes endocrines, envisagées successivement.

C'est un sujet d'importance pratique et d'actualité.

#### DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Glande thyroïde et syphilis. — Parathyroïdes et syphilis. — Syndromes surrénaux et syphilis. — Syndromes hypophysaires et syphilis. — Epiphyse et syphilis. — Testicule et syphilis. — Ovaire et syphilis. — Thymus et syphilis. — Pancréas et syphilis. — Syndromes hormonaux et syphilis.

Lucien LEGER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des Hôpitaux, et Jacques OUDOT, assistant en chirurgie et prosecteur des Hôpitaux de Paris. — **La prévention des embolies pulmonaires. Anticoagulants. Ligatures veineuses.** Un volume de 136 pages, avec 22 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

Bien que les méthodes chirurgicales actuelles et la préparation des malades à l'opération permettent de diminuer le nombre des phlébites, elles ne les suppriment pas toutes. Il en est d'ailleurs, aux manifestations atténuées, qui passent inaperçues, ne donnant en général pas de complications mais n'exposant pas moins, de temps à autre, le malade à une embolie mortelle.

En présence de notre impuissance à prévenir certainement les phlébites, le problème

# BISULFA

Dès 1946 le Laboratoire Bio-Chimique présentait au Corps Médical sous le nom de "**BISULFA**" un nouveau principe de sulfamidothérapie, ayant les avantages suivants:

- TOXICITÉ MOINDRE
- CRISTALLISATION RÉNALE RÉDUITE
- EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE MAINTENUE

**AUJOURD'HUI** notre Laboratoire vous offre les comprimés

# TRISUL

marque désignant trois sulfamidés et ayant les **mêmes avantages**.

**LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.**

## HÉMATINIQUE NON ALCOOLIQUE... CONCENTRÉ

INDIQUÉ DANS LE TRAITEMENT ET LA PROPHYLAXIE DES CAS D'ANÉMIE HYPOCHROME ET CARENTIELLE, CONVALESCENCE, ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DÉBILITÉ GÉNÉRALE.

# HEMAREXIN ORAL

Chaque cuillerée à thé représente:

EXTRAIT DE FOIE (l'équivalent de 8.75 Gm. de foie frais).	
FER (Gluconate ferreux) .....	45 mgm.
VITAMINES — Chaque c.c. représente:	
Chlorhydrate de Thiamine (vit. B <sub>1</sub> ) .....	.125 mgm.
Riboflavine (vit. B <sub>2</sub> ) .....	.075 mgm.
Pyridoxine (vit. B <sub>6</sub> ) .....	.0625 mgm.
Niacinamide .....	.5625 mgm.

PRÉSENTATION:

Flacon de 240 cc.

POSOLOGIE:

ADULTES: Une à trois cuillerées à thé, trois fois par jour.

**LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.**

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

de la prévention des embolies pulmonaires se pose donc, soit devant une phlébite déclarée ou menaçante, soit après un premier infarctus pulmonaire, afin d'éviter une récurrence.

C'est à résoudre ce problème si important pour la médecine et la chirurgie, que les Auteurs se sont attachés dans ce livre. Ils y présentent une mise au point très complète de la question, depuis l'étude de la mécanique de la fixation du caillot, de l'action des anticoagulants, jusqu'aux interventions dans les veines parmi lesquelles ils donnent un développement particulier aux ligatures veineuses. Ils terminent enfin par des indications thérapeutiques.

#### DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Introduction. — De la phlébite à l'évolution: données classiques et conceptions modernes sur la phlébite. — La lutte contre la stase circulatoire. — Modificateurs de la coagulation sanguine. — Interventions sur les veines. — Indications et résultats. — Ligature de la veine cave inférieure. — Conclusions. Indications thérapeutiques.

A. M. LARMANDE, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine d'Alger. — **La neuro-angiomasose encéphalo-faciale. Syndrome hypothalamo-hypophysaire.** Préface du professeur Toulant. Un volume de 152 pages, avec 27 figures et 2 planches en couleurs. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

A la frontière de plusieurs spécialités, la neuro-angiomasose encéphalo-faciale pose un problème de pathologie générale. Son étude intéresse non seulement les ophtalmologistes et les neurologues, mais encore les dermatologistes, les neuro-chirurgiens et les pédiatres. L'Auteur trace un tableau d'ensemble de cette affection, qui se présente sous toute une gamme de formes anatomo-cliniques. Dans la seconde partie, il fait un large regroupement de ses parentés nosographiques et en propose une synthèse pathogénique: la neuro-angiomasose encéphalo-faciale traduirait l'atteinte du couple hypothalamo-hypophysaire.

#### PLAN DE L'OUVRAGE

Introduction. — Historique. — Etude clinique: analyse des faits (syndrome clinique, syndrome radiologique, lésions anatomiques, facteurs étiologiques). Synthèse anatomo-clinique (formes cliniques, évolution et pronostic, traitement).

Etude théorique: nosographie. Physio-pathologie. Synthèse pathogénique.

R. GUICHARD, radiologiste des hôpitaux de Bordeaux, et H. DUVERGEY, ancien chef de clinique urologique à la Faculté de Bordeaux. **L'urétrographie.** Préface du professeur Darget. Un volume de 190 pages, avec 165 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

Pour qui pratique l'urétrographie, cette exploration devient tellement habituelle qu'elle paraît indispensable pour établir avec certitude un diagnostic et une thérapeutique appropriée à chaque cas. Bien entendu c'est la clinique qui déterminera son utilité et ses modalités particulières.

L'urétrographie doit être faite avec soin et méthode si on veut obtenir des clichés instructifs qui puissent être interprétés utilement par la collaboration étroite de l'urologue et du clinicien. C'est précisément dans le sens de l'association clinique-radiologie intelligemment conçue que ce livre a été écrit. Il représente la mise au point de dix années de travaux et de deux mille examens de malades.

« De notre expérience, écrivent les Auteurs, il ressort que l'urétrographie est une exploration facile, rapide, indolore et en principe anodine, quand elle est pratiquée par des mains entraînées. »

#### DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Introduction. — Historique. — Rappels anatomiques. — Rappels physiologiques. — Technique de l'urétrographie chez l'homme. — Accidents et contre-indications. — Images radiologiques de l'urètre masculin normal. — L'urétrographie rétrograde pendant l'érection. — Spasme du sphincter membraneux. — Malformations urétrales et chirurgie plastique. — Corps étrangers et calculs de l'urètre. — Traumatismes de l'urètre. — Tuberculose uréthro-prostatique. — Infection de l'urètre et des glandes annexes. — In-

# Ayerst, McKenna & Harrison

LIMITED

Biological and Pharmaceutical Chemists

MONTREAL

CANADA

P.O. Box 6115

le 4 février 1949

Sujet: UN NOUVEL ASPECT DU TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME

Monsieur le docteur,

Le "Lancet" du 25 décembre 1948 publiait deux comptes rendus cliniques de l'emploi d'un traitement relativement nouveau de l'alcoolisme. "A Drug Sensitizing the Organism to Ethyl Alcohol" et "Treatment of Alcoholism with a Sensitizing Drug" font tous deux mention du succès obtenu avec un nouvel agent thérapeutique appelé "Antabuse"

Lorsque nous avons appris l'existence de l'"Antabuse" par l'entremise de journaux médicaux d'Europe, il y a quelques mois, l'un de nos techniciens s'est rendu au Danemark en avion, pour étudier sur place les possibilités de son introduction au Canada. Les études pharmacologiques très poussées qui y étaient faites de même que les résultats obtenus en clinique nous ont tellement intéressés, que nous avons pris immédiatement les arrangements nécessaires pour fabriquer cette drogue (avec l'autorisation de Medicinalco, Danemark) et elle sera présentée très bientôt au corps médical du Canada et des Etats-Unis.

Bien qu'elle ne soit pas toxique lorsqu'elle est administrée aux doses convenables, elle peut provoquer des réactions nocives si on l'emploie inconsidérément. Pour cette raison, nous prévoyons qu'elle sera considérée par le Ministère de la Santé et du Bien-être social comme un médicament de prescription médicale.

Il convient de signaler que l'"Antabuse" n'est pas à proprement parler une médication de l'alcoolisme, mais plutôt un précieux adjuvant des mesures psycho-thérapeutiques actuelles. Des cliniques sont déjà ouvertes dans plusieurs importantes institutions de psychiatrie du Canada pour en étudier la valeur thérapeutique.

On pourra bientôt se procurer l'"Antabuse" sur prescription dans les pharmacies de détail. Le directeur de notre Service médical, le docteur J. B. Jewell, se fera un plaisir de fournir immédiatement tout renseignement désiré.

Veillez agréer, Monsieur le docteur, nos salutations pressées.

AYERST, MCKENNA & HARRISON LIMITÉE

Le Président,

*William A. Leslie*

fection cellulaire d'origine uréthro-prostatique. — Fistules d'origine urébrale. — Rétrécissements post-blennorragiques. — Tumeurs de l'urètre. — Tumeurs prostatiques. — Dysectasies du col vésical. — Reflux uréthro-vésiculo-déférentiel. — L'urétrographie chez la femme. — Bibliographie.

---

R. GOINARD, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux d'Alger, et P. DESCUNS, assistant de neuro-chirurgie du Centre Barbier-Hugo (Alger). — **Les traumatismes de la tête (sans les plaies pénétrantes)**. Un volume de 178 pages, avec figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

La fréquence des traumatismes crâniens s'est considérablement accrue aussi bien que leur gravité. Ces accidents, qui sont de tous les moments et de tous les lieux, engagent à chaque instant les responsabilités du médecin. Quant au chirurgien non spécialisé, s'il n'a pas à se charger lui-même du traitement et devra diriger le blessé dans les meilleures conditions vers un centre spécialisé, il devra cependant

connaître à fond les détails d'une intervention particulièrement urgente.

Or, en quelques années, le traitement des traumatismes crânio-encéphaliques vient d'être complètement renouvelé.

Le but de ce livre est de faire connaître au médecin et au chirurgien dans quelles conditions doit se faire le premier examen. Pour chacune des formes de traumatismes de la tête qu'il est permis d'envisager, il procède à une étude clinique, thérapeutique et opératoire complète et au courant des plus récents travaux.

#### DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Introduction. — Les lésions du cuir chevelu. — I. Traumatismes crânio-encéphaliques localisés, en foyer, embarrures et enfoncement. — II. Les lésions de la boîte crânienne. — III. Le traumatisme encéphalique: les lésions, les troubles fonctionnels, les grands syndromes, formes anatomo-cliniques. — Traitement. — IV. Les complications infectieuses. — V. Les complications tardives et les séquelles. — Statistiques.

---

# LE DIPHENAN B.D.H.

## ASSURE L'ÉLIMINATION RAPIDE ET COMPLÈTE DES OXYURES

Le Diphenan B. D. H. est un anthelmintique efficace. La mort des oxyures est certaine et suit de près son administration, et s'il ne survient une réinfestation, on est assuré de la disparition définitive des parasites.

Le Diphenan B. D. H. est atoxique et quasi sans goût. On peut, par conséquent, l'administrer à de tout jeunes enfants et même aux nourrissons.

### TRAITEMENT

Le Diphenan B. D. H. s'administre trois fois par jour pendant sept jours. Puis une période de repos de sept jours suivie de l'administration des comprimés durant une autre période de sept jours. Après chaque cure de sept jours on donnera de 1 à 4 cuillerées à thé d'huile de ricin, selon l'âge.

### POSOLOGIE

Nourrissons jusqu'à 1½ an —  
Le quart d'un comprimé trois fois par jour.

Enfants de 1½ à 10 ans —  
Un demi comprimé trois fois par jour.

Enfants de plus de 10 ans —  
Un comprimé trois fois par jour.

Adultes —  
Deux comprimés trois fois par jour.

Les doses ci-dessus sont considérées comme doses moyennes seulement.

- Une réinfestation peut être cause de l'échec d'un traitement actif, soit que les œufs aient été transmis à la bouche par les mains ou les ongles, ou par des poussières contaminées. Des mesures efficaces de prévention sont indispensables.

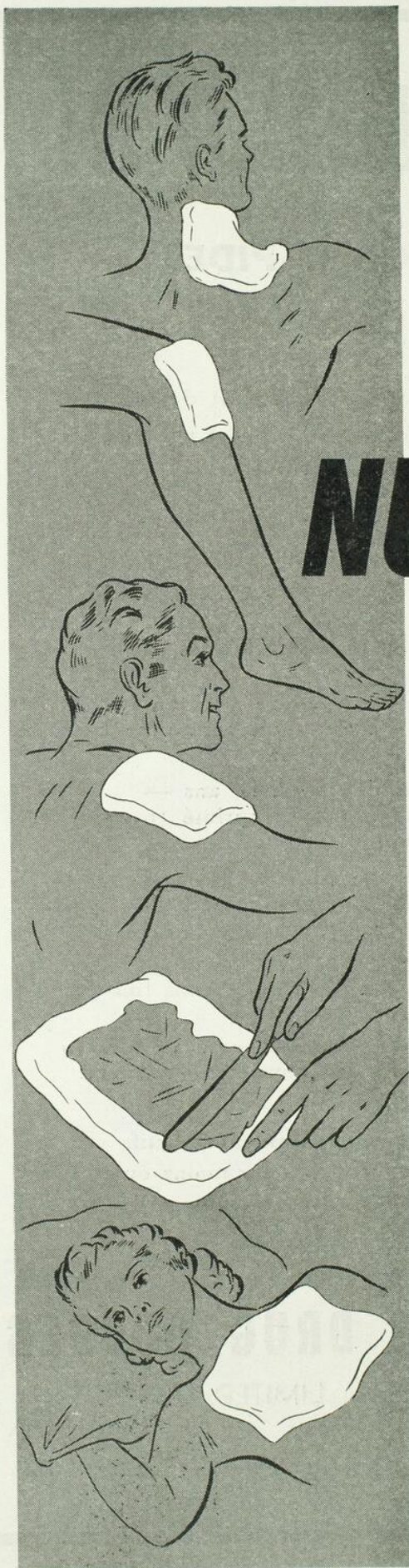


## THE BRITISH DRUG HOUSES

(CANADA) LIMITED

TORONTO

CANADA



## premier choix...

Traitement local  
analgésique  
et décongestif

# NUMOTIZINE

— dans les états inflammatoires, l'engorgement glandulaire, les contusions, entorses, foulures, furoncles, abcès.

- Soulage la douleur.
- Augmente la circulation dans la région affectée.
- Absorbe les exsudats.
- Diminue l'enflure.
- Facile à appliquer et à enlever.

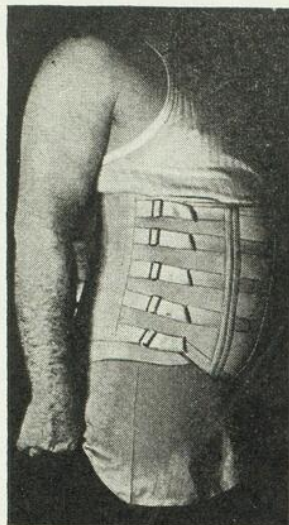
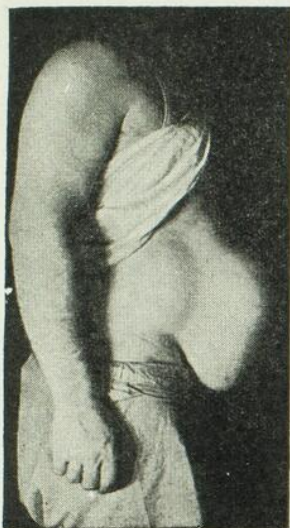


Présentée en pots  
de 4, 8 et 30  
onces.

Fabriquée au Canada

Représentants:

Wingate Chemical Co. Ltd.  
378 ouest, rue St-Paul,  
Montréal.



dans le

## traitement de la hernie

Quand une herniotomie est contre-indiquée ou qu'il y a lieu de la différer, un Spencer procure le degré exact de support requis. Le médecin est certain de cette précision parce que chaque Spencer est *dessiné, taillé et fait individuellement* pour chaque patient. Ainsi, dans la photographie ci-dessus, le patient porte un Support Spencer qui fut créé spécialement pour lui, après qu'une corsetière eut pris une description de la taille du patient et des mesures détaillées.

Le Spencer ne contient ni cuir, ni coussins durs. Fait de tissus non élastiques, il ne glisse ni ne cède sous la tension. Ainsi, il assure le maximum de sûreté. La tension du support de l'abdomen est placée sur le bassin, non pas sur l'épine dorsale dans la région lombaire ou au-dessus. Un Spencer influence favorablement le maintien et le fonctionnement des organes. Cependant il est peu dispendieux.

Pour atteindre une marchande de Supports Spencer, consultez le bottin du téléphone, sous "Corsetière Spencer", ou écrivez-nous directement.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED  
Rock Island, Québec.

Aux Etats-Unis: Spencer, Inc., New Haven, Conn.

En Angleterre: Spencer (Banbury) Ltd., Banbury, Oxon.

Veillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

Nom ..... M.D.

Rue .....

Ville et Province .....

151-3-49

# SUPPORTS DE DESSIN INDIVIDUEL SPENCER

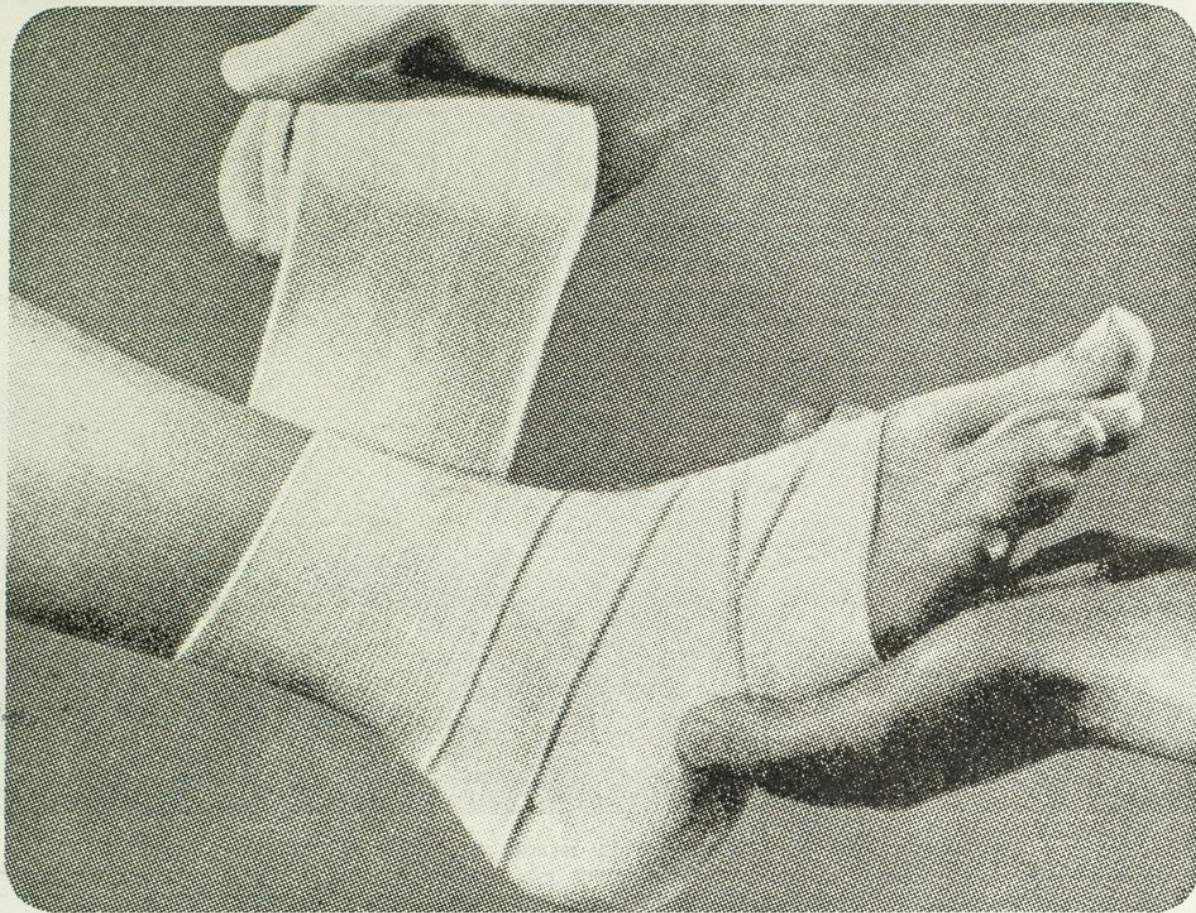
pour l'abdomen, le dos et les seins

# PRESTIGE



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

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



# 'Elastoplast'

*dans le traitement des entorses*

L'APPLICATION d'un bandage 'Elastoplast' sur le joint, le muscle ou le ligament soulage la douleur, contrôle l'enflure et la formation d'hématome.

Le traitement précoce permet au malade de se servir de son membre blessé et abrège la période d'inactivité.

Le bandage doit couvrir plusieurs pouces au-dessus et au-dessous de la partie affectée; par exemple, dans les entorses du joint de la cheville, le ban-

dage devrait commencer à la base des orteils et se terminer à la partie supérieure du mollet.

Le bandage doit être bien tendu — un bandage appliqué trop lâchement ne soulage pas les symptômes.

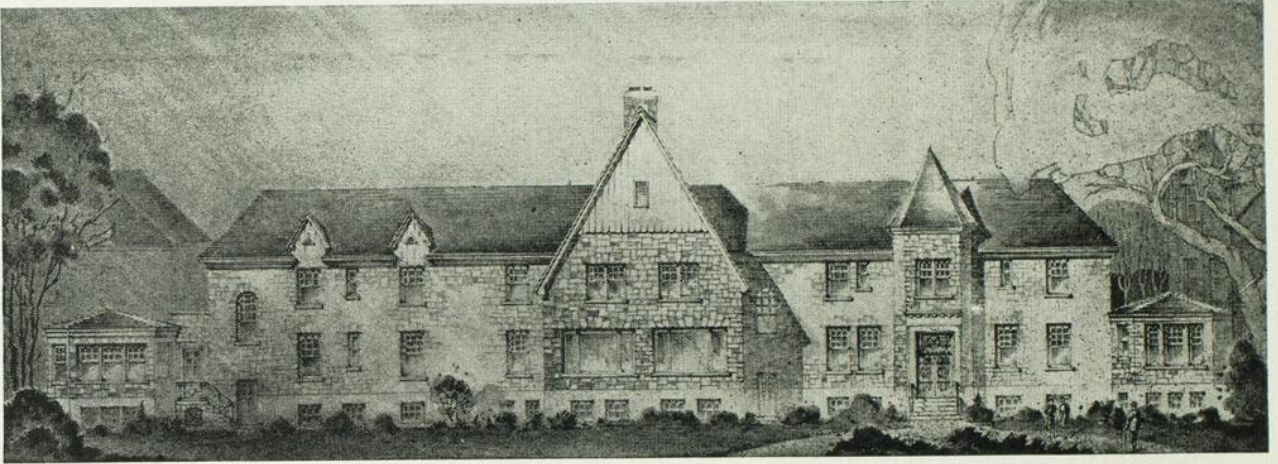
Le bandage 'Elastoplast' offre l'association d'une surface adhésive spéciale et les propriétés remarquables du tissu 'Elastoplast' de s'étendre et de se rétrécir, offrant ainsi le degré exact de compression et de fermeté.

Dépositaires:

SMITH & NEPHEW LTD., 378 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

Fabriqué en Angleterre par T. J. Smith & Nephew Ltd., Hull.

# SANATORIUM PRÉVOST



La maquette ci-dessus est la façade, côté boul. Gouin, de la nouvelle bâtisse actuellement en construction qui réunira les deux anciens pavillons. Ceux-ci sont en voie de complète rénovation et l'un d'eux est déjà ouvert aux malades.

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

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

## BUREAU MÉDICAL

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, Paul Larivière, Emile Legrand, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

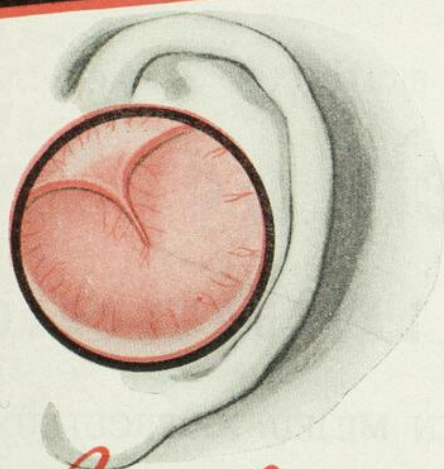
Consultants: Drs Fernand Charest, René Dandurand, Paul David, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J.-A. Vidal.

• •

4455 OUEST, BOULEVARD GOUIN.

TÉLÉPHONE BYwater 2405 ★

# Médicaments de Choix CONTRE CERTAINES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES



## *Auralgan*

contre l'OTITE MOYENNE AIGÜE

**Symptômes:**

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

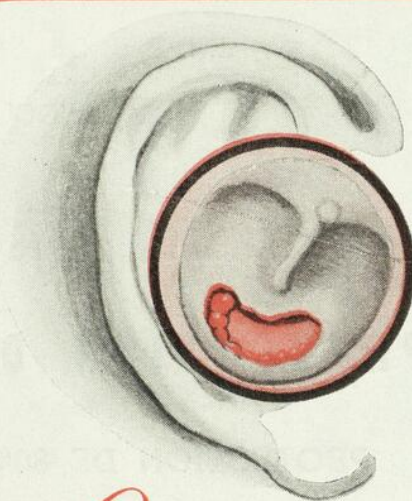
**Traitement:**

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

**Effets:**

Régression de la congestion, analgésie, bactériostase.

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



## *Otosmosan*

contre l'OTITE MOYENNE SUPPURANTE CHRONIQUE

**Symptômes:**

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

**Traitement:**

Otosmosan.

**Formule:**

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

**Effets:**

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

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

**THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.**

Montréal

New-York 13

Londres

**MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE**

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

**LE VACCIN BCG****PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE**

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX\*

- Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.
- Épreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.
- 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANSCUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).
- FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.
- Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.



ALBERT CALMETTE  
1863 - 1933

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

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

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

2900, boulevard du Mont-Royal,

Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

*De nouveau à la disposition du corps médical canadien*

# CYSTOCONES

Suppositoires

*Cyclopenténylallylmalonylurée associée à son sel d'Ephédrine et à la Belladone totale.*

MÉDICATION DES ALGIES ET DES SPASMES DOULOUREUX DE  
L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

**Prostate - Vessie**

DÉCONGESTIONNANT LOCAL — SÉDATIF GÉNÉRAL  
ASSURE LE REPOS NOCTURNE

*Elimination rapide permettant des cures prolongées sans aucun effet  
d'accoutumance.*

Boîtes de 6, et boîtes de 18 suppositoires

Laboratoires SITSA, Paris, France

J. EDDÉ Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

---

---

# ARTICHOBYL

Extrait de feuilles fraîches d'artichaut

*Traitement des affections du foie*

Aucune contre-indication

Pilules

•

# PLURIGLANDINE

Extrait glandulaire total en proportions physiologiques

*Traitement des déficiences glandulaires*

Pilules

J. EDDÉ Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

# La Qualité

## supprime la rançon du bon marché

Lorsqu'elle s'applique à un délicat instrument de précision, "la qualité" suppose l'emploi de matières premières les meilleurs, l'oeuvre d'un art jamais surpassé, ainsi que des méthodes et des conditions supérieures essentielles à une production de qualité.

Evidemment, il en coûte davantage pour produire un instrument de qualité supérieure . . . et, logiquement, une telle qualité justifie un prix de vente apparemment plus élevé, en raison de l'usage prolongé et de la satisfaction plus complète qu'elle assure.

## LES LAMES RIB-BACK

nous en fournissent un excellent exemple car, dans leur fabrication, on vise à la qualité—non au prix. Même si le coût initial d'une douzaine est légèrement plus élevé, une analyse du prix effectuée pendant une période déterminée révélera souvent qu'en comparaison, le coût par lame individuelle est véritablement moindre.

Dans chaque douzaine de lames Rib-Back qu'il se procure, l'acheteur est assuré de trouver 12 lames parfaites. Le degré d'efficacité supérieure de leur tranchant, ainsi que les plus longues durées d'un usage satisfaisant, constituent des facteurs qui, du point de vue économique, réduisent la consommation des lames à un minimum. Dans nombre d'hôpitaux où l'on a le culte de la qualité, on sait maintenant que la qualité de Rib-Back supprime la rançon du bon marché.

*Demandez-les à votre fournisseur*

**BARD-PARKER COMPANY, INC.**

Danbury, Connecticut, U.S.A.



A BARD-PARKER PRODUCT

# HÉMOSTYL

Sérum hémopoiétique frais de cheval

## FLACONS - AMPOULES

Anémies  
Convalescences  
Hémorragies

1 à 2 ampoules le matin à jeun dans 1/4  
de verre d'eau, par voie buccale.

## SIROP

Anémies des enfants  
Chloro-anémies

1 cuillerée à potage (enfants une cuillerée  
à café) avant les trois principaux repas.

—•—  
**Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS**

*Agents pour le Canada : J. EDDÉ L<sup>tée</sup>, New Birks Bldg., MONTRÉAL*

**Le Soufre et l'Iode**

dans la thérapeutique du **RHUMATISME.**

Laboratoires **BRISSON**, Paris.

## **SÉTI**

*Ampoules jumelées de soufre et d'iode pour  
injections intramusculaires ou intraveineuses.*

## **NÉO-SÉTI**

*Solution buvable de soufre et d'iode.*

## **SÉTIPYRINE**

*Comprimés sédatifs des douleurs.*

**Traitement des Rhumatismes aigus et chroniques.**

**Rhumatismes déformants.**

**Sciatiques-Lumbago.**

**J. EDDÉ LIMITÉE**, Edifice New Birks, **MONTRÉAL**, Agents pour le Canada

Médicament qui a fait ses preuves contre

**CONSTIPATION**

**HYPERACIDITÉ**

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.

*comme complément à l'alimentation*

## VI-ROCHETTES

MARQUE DÉPOSÉE

'ROCHE'

LA DOSE QUOTIDIENNE — 3 COMPRIMÉS — FOURNIT:

### 9 vitamines

vitamine A	5,000 unités int.
vitamine B <sub>1</sub>	2 mgm.
riboflavine	2 mgm.
vitamine B <sub>6</sub>	0.5 mgm.
vitamine C	50 mgm.
vitamine D	500 unités int.
vitamine E	3 mgm.
pantothénate de calcium	3 mgm.
nicotinamide	15 mgm.



flacons de 30, 100 et 250 comprimés

### 5 minéraux

fer	10 mgm.
calcium	200 mgm.
phosphore	175 mgm.
manganèse	0.5 mgm.
magnésium	20 mgm.

## SUPRADIN

MARQUE DÉPOSÉE

'ROCHE'

CHAQUE CAPSULE CONTIENT:

vitamine A	15,000 unités int.
vitamine D	1,000 unités int.
vitamine C	150 mgm.
vitamine B <sub>1</sub>	10 mgm.
riboflavine	5 mgm.
vitamine B <sub>6</sub>	3 mgm.
nicotinamide	50 mgm.
pantothénate de calcium	10 mgm.
vitamine E	3 mgm.

*pour un  
traitement  
multivitaminé  
intensif*



flacons de 30 et 100 capsules

**HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE**

Montréal



Diachylon Curity  
U.S.P. — Rouleaux de pièces taillées d'avance

Produits de

**BAUER & BLACK**

Division de The Kendall Company (Canada) Limited,  
Toronto, Ontario

## Le diachylon

# Curity

REG. IN CANADA

## adhère solidement

L'aptitude à coller rapidement constitue pour un bon diachylon l'une de ses plus importantes qualités. Quand elle s'ajoute à l'adhésion (aptitude à demeurer collé), le diachylon est encore supérieur. Une troisième qualité également recherchée est le minimum de "déplacement" ou glissement sur la peau.

Tous ces avantages importants se retrouvent dans le Diachylon Curity. Il colle rapidement, adhère solidement et donne lieu à un minimum de déplacement.

Pour le bureau, on peut se procurer le Diachylon Curity en bobines de format commode ou en rouleaux économiques de pièces taillées d'avance. Essayez le Diachylon Curity aujourd'hui.

**Curity**  
REG. IN CANADA

UNION DE PHARMACOLOGIE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE, 1 Bis, rue LAULANIÉ - AGEN - (Lot-et-Garonne) FRANCE.

Artichaut.        
 Boldo.         
 Combretum.          
 Polypode.           
 Orthosiphon.            
 Adonis.           
 Peptone.          
 Chlorure de Magnésium.

*Les gouttes*

Ictère.  
          Atonie vésiculaire.  
          Colites.  
          Insuffisance hépatique.  
          Insuffisance rénale.  
          Urée sanguine (excès).  
          Albuminurie digestive.  
          Anorexie.

# HÉPAX

*stimulent les fonctions Hépatiques et Rénales*

AGENT DE  
 DÉSENSIBILISATION  
 D'ACTION DOUCE  
 ET PROGRESSIVE

30 à 50 gouttes, 2 ou  
 3 fois par jour, au début  
 des repas.

**ADULTES**

2 à 5 gouttes par année  
 d'âge, 2 ou 3 fois par  
 jour.

**ENFANTS**

AGENTS AU CANADA : LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, RUE VALLÉE, MONTRÉAL.

*acides aminés - fer - vitamines B*

# SARCAMINE

**TONIQUE DE SURALIMENTATION**

Complexe B naturel tiré de la levure de bière et enrichi par l'addition de facteurs B pour obtenir les quantités indiquées dans la formule.

Rx no 547

**FORMULE**

Thiamine (B<sub>1</sub>), 14 mgm. 80; Riboflavine (B<sub>2</sub>), 10 mgm.; \*Pyridoxine (B<sub>6</sub>), 7 mgm. 50; Acide nicotinique, 125 mgm.; Hémoglobine solution, 10 gms; Suc de Viande peptonisé, 20 gms; Glycérophosphate de Soude, 0.20 gm; Citrate de Fer, 2.65 gms; Acides aminés, 5.- gms. (pour 100 grammes).

\*La signification de cette vitamine dans la nutrition de l'homme n'a pas encore été établie.

AMAIGRISSEMENT

CROISSANCE — ÉPUISEMENT

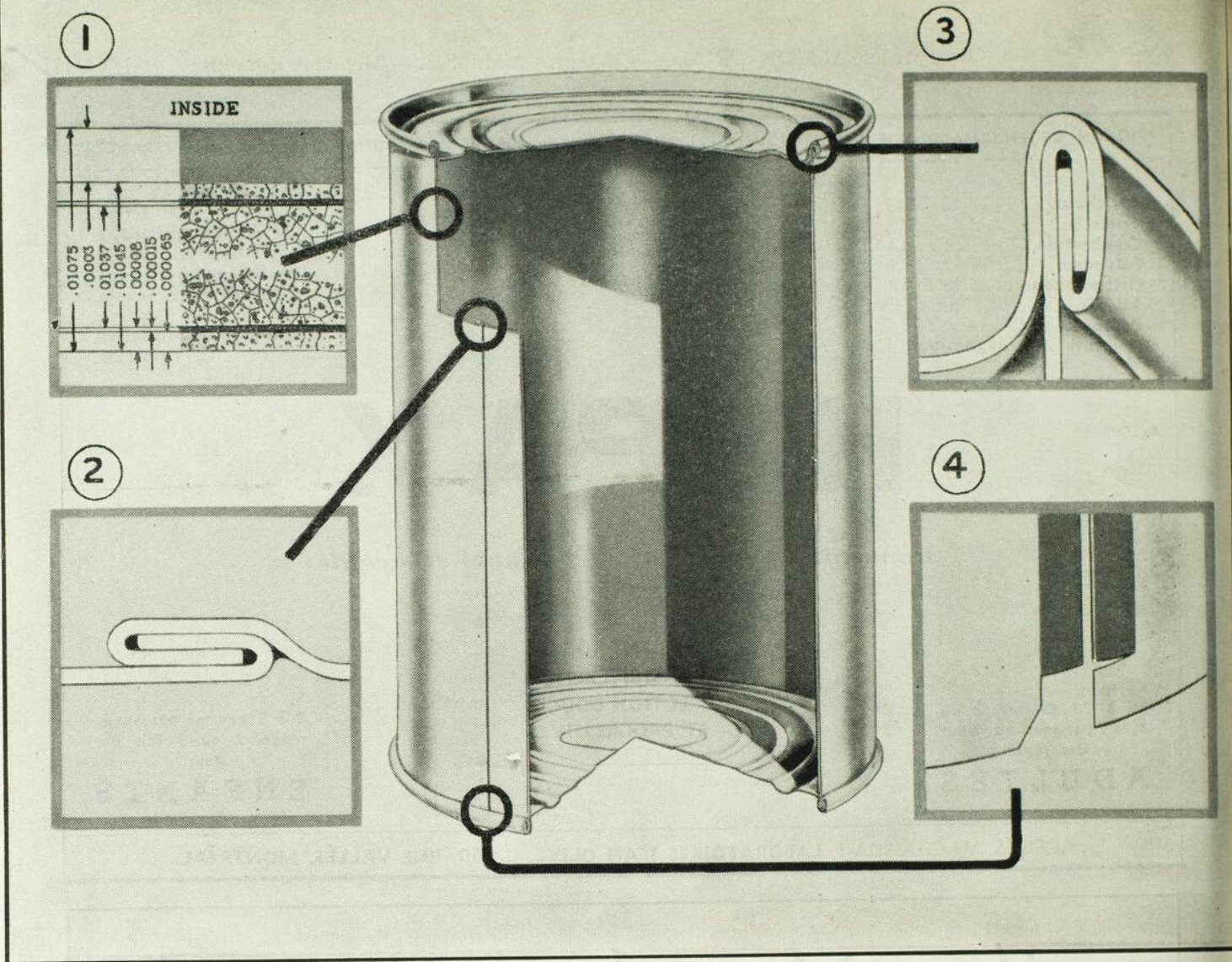
INTOLÉRANCE aux PROTÉINES ALIMENTAIRES

ANÉMIE — GROSSESSE — ALLAITEMENT

*Adultes: 3 cuillerées à soupe, par jour.*

*Enfants: 3 à 6 cuillerées à thé, par jour.*

Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée, Montréal.



## La Boîte en "Fer-blanc"

LA VIGNETTE ci-dessus montrant la composition d'une boîte sanitaire recouverte à l'intérieur d'une couche d'émail, indique que le nom de "boîte en fer-blanc" est faux.

En réalité, le métal dont les boîtes sont faites n'est pas du fer-blanc, mais de l'acier recouvert d'une mince pellicule d'étain. La coupe transversale (voir "1" ci-dessus) montre l'épaisseur relative des différentes couches composant la plaque étamée. La couche d'acier est la plus épaisse; la première couche de chaque côté est un alliage d'étain et de fer, la seconde est en étain. La surface intérieure est une couche d'émail.

Les soudures de métal à métal sont des soudures autogènes faites hermétiquement, dans le cas de soudures latérales (voir "2" ci-dessus), et des soudures composées dans le cas de soudures de bords ou de soudures

doubles (voir "3" ci-dessus). L'encoche (voir "4" ci-dessus) permet une soudure plus hermétique pour le fond. Bien qu'un grand nombre de boîtes soient unies à l'intérieur, une couche d'émail peut y être appliquée si on le désire.

Les boîtes métalliques ont beaucoup d'avantages. Elles sont solides tout en étant légères. Elles peuvent être fabriquées, remplies et scellées rapidement et d'une façon permanente. Il est possible de les chauffer et de les refroidir très vite, ce qui permet de conserver la haute qualité des aliments en boîtes.

A cause de ces avantages et de beaucoup d'autres, des billions de boîtes métalliques sont fabriquées chaque année pour la mise en conserve de milliers de produits alimentaires et de produits industriels.

# PASSITONYL

## FORMULE

pour 100 grammes:

Thiamine (B <sub>1</sub> )	6 mgm.
Riboflavine (B <sub>2</sub> )	8 mgm.
Acide nicotinique	72 mgm.
Nucléinate de Manganèse	0.20 gm.
Glycérophosphate de Soude	1.— gm.
Arrhénal	0.14 gm.
Fluorure de Sodium	0.05 gm.
Extrait mou de Passiflore	3.60 gms
Extrait mou de Saule	1.80 gm.
Teinture de Cratoegus	2.70 gms
Teinture de Primevère	0.90 gm.
Excipient q. s. p.	100 gms

Adultes: 1 cuillerée à dessert avant les repas, midi et soir.

Enfants: 2 cuillerées à thé par jour.

## SÉDATIF et TONIQUE NERVIN

Passitonyl est à la fois un tonique et un sédatif du système nerveux destiné à ramener rapidement un équilibre normal. Les éléments toniques de la formule évitent les sensations de lassitude et de dépression que peuvent donner les sédatifs, même légers.

## CALME et TONIFIE

Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée, Montréal.



toute une équipe  
au secours des

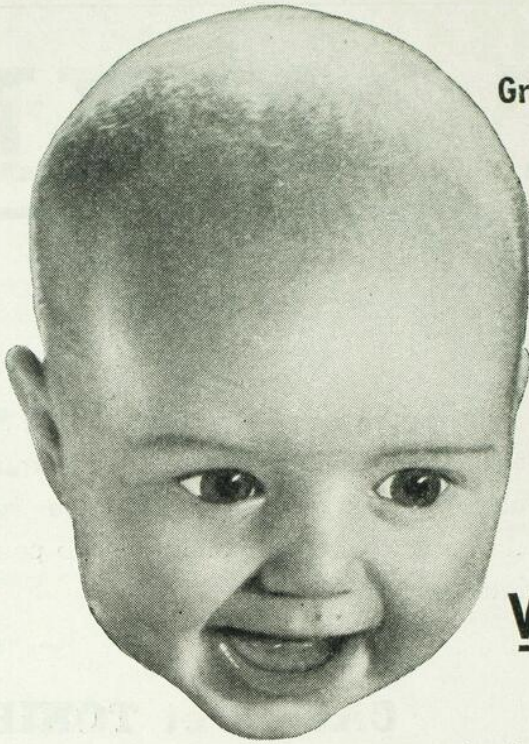
## GLANDES DÉFICIENTES

Tous les troubles endocriniens  
de l'Enfant,

de l'Adulte,  
du Vieillard.

Capsules: 2 à 8 par jour  
Solution: 10 à 100 gouttes par jour

LABORATOIRES COUTURIEUX • 18, AVENUE HOCHÉ • PARIS



Grâce à vous, Médecins —



**Plus d'un million  
de bébés profitent  
avec les  
Viandes Swift's pour Bébés**

Aucun autre aliment pour bébés, tout préparé, n'a été adopté du jour au lendemain comme l'ont été les Viandes Swift's pour Bébés. Songez donc! En deux ans, depuis que Swift a lancé ces produits, plus d'un million de bébés les ont mangés et ont profité grâce à eux. Aujourd'hui, plus de bébés que jamais auparavant ont un meilleur début dans la vie—plus tôt—grâce à leurs médecins qui ont recommandé les Viandes Swift's pour Bébés.

**100% viande—spécialement préparées  
Passées au Tamis ou Coupées en Dés**

Les Viandes Swift's Passées au Tamis sont de consistance si fine, si lisse qu'elles peuvent facilement être données au biberon pendant les premières semaines de la vie. Certains médecins recommandent les Viandes Swift's Passées au Tamis à partir de la sixième semaine. D'autres, quand le bébé commence à prendre des aliments solides.

Les Viandes Swift's Coupées en Dés sont des viandes juteuses, coupées en morceaux tendres pour encourager la mastication—appétissantes, elles aident à prévenir l'anorexie chez les bébés plus âgés et chez les jeunes enfants. Les six variétés—boeuf, agneau, porc, veau, foie, coeur—aident les bébés à prendre de bonnes habitudes alimentaires.

**Des études cliniques ont montré que les  
bébés se portaient mieux quand ils  
mangeaient de la viande**

La viande fournit l'une des sources naturelles les plus riches de protéines complètes et de qualité supérieure, de vitamines B, et de fer nécessaire à la formation du sang. La viande fait que tous les amino-acides essentiels sont utilisables *simultanément*—pour une synthèse protéique optimum. Des essais cliniques montrent que des bébés auxquels on donne de la viande sont plus satisfaits—et dans un meilleur état physique que ceux auxquels on ne donne pas de viande. Des études plus poussées ont montré que le fer, produit hématopoïétique, que contient la viande peut prévenir l'anémie infantile.

**Remarque**—Dans les cas où les enfants ne supportent pas la caséine contenue dans le lait, les Viandes Swift's Passées au Tamis peuvent très bien être tolérées. Dans de tels cas, beaucoup de médecins recommandent de donner ces viandes en grandes quantités pour remplacer le lait dans l'alimentation des bébés.



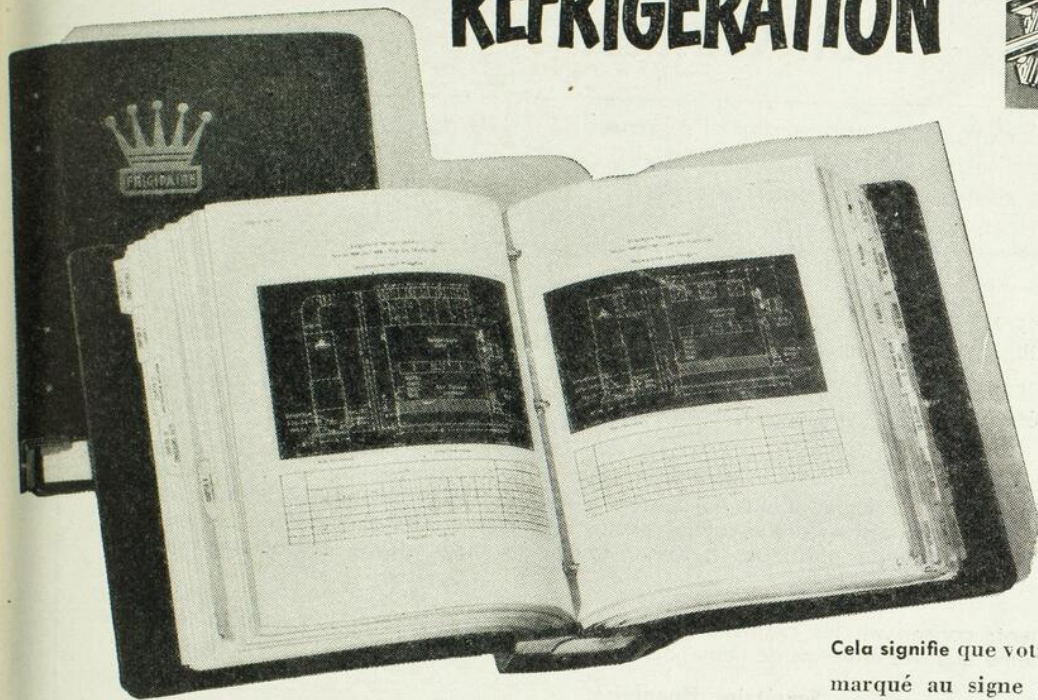
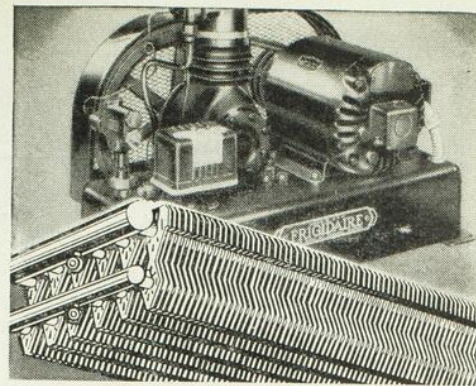
Toutes les déclarations concernant l'alimentation qui sont contenues dans cette annonce ont l'approbation du Comité des Aliments et de la Nutrition de l'Association Médicale Américaine.

**SWIFT**



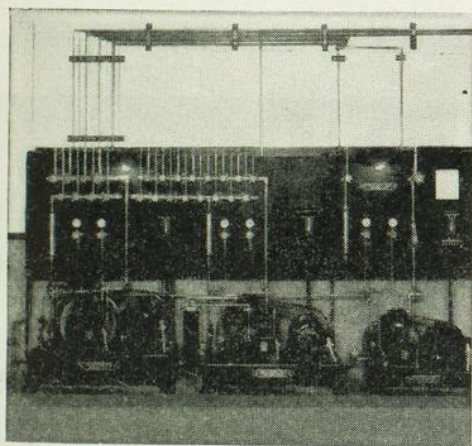
*... la première marque en fait de viandes  
... la première maison à préparer et à éprouver au point de vue  
clinique les Viandes 100% pour Bébés.*

# Pourquoi la Suprématie de Frigidaire signifie pour vous **SÉCURITÉ EN RÉFRIGÉRATION**



Cela signifie que votre équipement est le fruit de recherches, d'études et d'habileté de production du fabricant le plus expérimenté dans l'industrie de réfrigération depuis plus d'un quart de siècle.

Cela signifie que votre système frigorifique sera entièrement marqué au signe de la qualité "Frigidaire". Frigidaire conçoit et étudie tous les éléments essentiels du système complet. Cela signifie un équilibre parfait pour un rendement continu — frais d'opération minimes.



Cela signifie l'équipement approprié à vos besoins. Frigidaire fabrique plus de 400 produits pour la réfrigération commerciale et la climatisation de l'air — assortiment de produits le plus complet de toute l'industrie.



Cela signifie que le service assuré et les véritables pièces de rechange Frigidaire sont tout près de chez vous, où que vous soyez. Il y a au delà de 1100 dépositaires Frigidaire pour la Vente et le Service, à travers le Canada.

Pour un équipement de réfrigération commerciale ainsi que pour les estimés et installations sur lesquels vous pouvez vous fier, appelez votre Marchand local Frigidaire de Réfrigération Commerciale ou écrivez à Frigidaire Products of Canada Limited, Montréal 28, P.Q.

## TYPES D'ÉQUIPEMENT EN Réfrigération conçus par FRIGIDAIRE POUR LES HÔPITAUX ET INSTITUTIONS

Armoires réfrigérées	Refrigidisseurs pour l'eau
Réfrigérateurs pour produits biologiques	
Installations de refroidisseurs type chambre	
Cabinets pour crème glacée	Fabricateurs de glace
Congélateurs	Chambres de congélation

Vous êtes doublement protégés avec deux  
grands noms

**FRIGIDAIRE** fabriqué exclusivement  
par **General Motors**



Cela signifie un personnel parfaitement qualifié, ce qui vous certifie une installation exacte. L'expérience et les connaissances acquises par l'installation de millions de systèmes Frigidaire, sont aujourd'hui l'acquisition de chaque Marchand Frigidaire et de son personnel. Les Ecoles de Service de Frigidaire permettent de maintenir le standard Frigidaire sur chaque installation.

# Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

Les demandes concernant l'examen de 1949 doivent être faites avant le **30 avril 1949**. Après cette date les demandes ne pourront être prises en considération.

Les examens suivants auront lieu en 1949:

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE, ou en MÉDECINE en appuyant sur les spécialités suivantes: dermatologie et syphiligraphie, neurologie et/ou psychiatrie, pédiatrie et radiologie.

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE, ou en CHIRURGIE en appuyant sur les spécialités suivantes: neuro-chirurgie, obstétrique et/ou gynécologie, ophtalmologie, chirurgie orthopédique, otolaryngologie et urologie.

CERTIFICAT dans les spécialités suivantes: anesthésie, dermatologie et syphiligraphie, chirurgie générale, médecine interne, neurologie et/ou psychiatrie, neuro-chirurgie, obstétrique et/ou gynécologie, ophtalmologie, chirurgie orthopédique, otolaryngologie, pédiatrie, pathologie et/ou bactériologie, médecine physique, chirurgie plastique, hygiène, radiologie diagnostique et thérapeutique, chirurgie thoracique et urologie.

Copies des règlements concernant les examens pour le titre d'Associé et pour le certificat de spécialiste, de même que des bulletins de demande, peuvent être obtenus en s'adressant au:

**Secrétaire Honoraire,**  
**Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada,**  
**150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.**

## BETAGEN VITAMINE B COMPOSÉE ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

### COMPOSITION

Chaque once contient:  
1,000 U. I. de Vitamine B<sub>1</sub>  
(Chlorure de Thiamine)  
1 mgm. de Riboflavine  
avec les autres facteurs de la  
Vitamine B Complexe.  
B<sub>2</sub>, B<sub>4</sub>, B<sub>5</sub> et B<sub>6</sub>  
Lécithine d'œufs .... 1/16 gr.  
Avénine ..... 1/30 gr.  
Glycérophosphates  
de Sodium ..... 8 grs  
de Calcium ..... 4 grs  
de Potassium ..... 4 grs  
de Strychnine ..... 1/60 gr.

### Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie  
Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.  
Déséquilibre nerveux.

La Cie **CANADA DRUG CO.**, Montréal



Test de l'immersion au Laboratoire de Recherches sur la peau de Procter & Gamble

## Pour sauvegarder davantage la peau délicate du bébé!

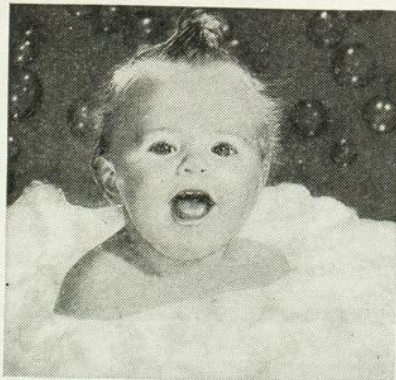
**P**hysiologiquement, la peau constitue l'un des plus importants organes du corps humain; il est par conséquent essentiel que le savon que l'on emploie pour ses soins soit fabriqué selon des données scientifiques et soumis à de nombreuses épreuves.

Quand ce pain de savon est particulièrement destiné à la peau tendre du bébé (comme la chose se produit des millions de fois par jour pour Ivory), il est important que chaque pain de savon soit uniformément pur et doux.

C'est pourquoi Procter & Gamble prennent tant de précautions pour assurer la pureté et la douceur au savon Ivory.

Par exemple, dans le Laboratoire de Recherches sur la peau de P & G, des études se poursuivent constamment sur la peau humaine, spécialement quand elle est sujette à des réactions aux savons et aux ingrédients qui entrent dans leur composition.

Ces recherches conduisent au choix judicieux des ingrédients qui composent la formule de fabrication de l'Ivory. Et, pendant les diverses phases de sa fabrication, le savon Ivory est soumis à 216 épreuves diverses... afin de s'assurer que chaque pain de savon Ivory possède le plus haut degré de qualité pour répondre aux recherches effectuées.



**Le traitement Ivory est le  
plus merveilleux traite-  
ment pour la peau  
dans l'univers!**

**99 <sup>44</sup>/<sub>100</sub> % pur  
Il flotte**



**Fabriqué au Canada**



Pour combattre  
la flatulence dans  
les cas de  
putréfaction et de  
fermentation  
intestinales

# EUCARBON®

Chaque comprimé contient: extrait de rhubarbe, séné, soufre précipité, huile de menthe poivrée et huile de fenouil, dans un excipient formé de charbon de saule suractivé.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Laxatif doux, adsorbant et carminatif. Indiqué dans les cas d'indigestion, d'hyperacidité, de ballonnement et de flatulence.

1 ou 2 comprimés par jour, une demi-heure après les repas. En flacons de 100.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC.

1123 Broadway, New York

Distributeur au Canada: LYSTER CHEMICALS, Ltd. 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

*Toujours le même but:*

**RÉDUIRE LE TAUX DE LA  
MORTALITÉ INFANTILE**

*Par la Qualité de nos Produits*

*J. Joubert*  
LIMITÉE

**PAVERAL**

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

**COQUELUCHE**

est journallement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

Pratiquée chez soi ou ailleurs

## L'ÉPREUVE "ÉCLAIR"

Simplifie la recherche du sucre et de l'acétone dans les urines

**PAS D'ÉPROUVETTES - PAS DE DOSAGE - PAS D'ÉBULLITION**

Les diabétiques accueilleront avec plaisir l'épreuve "Éclair" (réactif sec prêt à utiliser), en raison de sa simplicité et de sa facilité d'emploi. Pas d'éprouvettes, pas d'ébullition, pas de dosage; simplement un peu de poudre, un peu d'urine — s'il y a présence de sucre ou d'acétone, la modification de couleur se produit à l'instant.

**Galatest**

Pour la recherche du sucre  
dans l'urine

**LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES**

**Réactif à l'Acétone** (Denco)

pour la recherche de l'acétone  
dans l'urine



1. Un peu de poudre

2. Un peu d'urine

Modification de couleur instantanée  
Notices descriptives sur demande.



Nécessaire contenant une fiole de réactif d'acétone (Denco) et une fiole de Galatest maintenant disponible. Très commode pour la trousse du médecin ou du diabétique. Le nécessaire contient aussi un stilligoutte médical et une échelle de couleurs. Ce nécessaire si commode ou les fioles de rechange sont en vente à toutes les pharmacies d'ordonnances et chez les marchands d'instruments chirurgicaux.

Accepté pour publicité dans le  
"Journal of the American  
Medical Association".

# THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

286 ouest, rue St. Paul, Montréal

## BIEN ACCUEILLI

PAR LES ORGANES DIGESTIFS  
SI DÉLICATS DE BÉBÉ

### "FARMER'S WIFE" A FAÏT

SES PREUVES DANS L'ALIMENTATION DE  
**TOUS LES BÉBÉS.**

Plus digestible parce qu'écrémé à 50%.

Tiré du lait de vaches spécialement choisies, recueilli dans une Zone Accréditée au point de vue Tuberculose. Homogénéisé, irradié et stérilisé. Teneur en Vitamine D: 400 Unités Internationales par pinte reconvertie.



Veuillez écrire pour obtenir de la  
documentation et une carte-formule.



## COW & GATE (CANADA) LIMITED

GANANOQUE, ONTARIO

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.



Sédation et euphorie pour les patients nerveux et irritables

## VALERIANETS-DISPERT®

Chaque comprimé contient 0.05 Gm. d'extrait de valériane finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité. Sans odeur et sans goût. N'est pas sujet à accoutumance.

**PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS:** Un léger calmant du système nerveux central. Indiqué dans les cas de troubles émotifs, états d'anxiété, insomnie nerveuse, ainsi que dans le syndrome nerveux de la ménopause et dans certains cas d'artériosclérose.

1 ou 2 comprimés au besoin ou 3 comprimés au coucher. En flacons de 50, 100 et 500.

**STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC.**

**1123 Broadway, New York**

Distributeur au Canada: **LYSTER CHEMICALS, Ltd. 222 Hospital St., Montreal 1, Canada**

*Lunettes  
verres ophtalmiques*

**Examen de la vue**

**ALBANY PHILIE. O.D.**  
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES  
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

**Dupuis Frères**  
UNITE

**MONTREAL**

ARTHRITISME

## Lyxanthine

**Astier**

Iodo-propanol-sulfonate de sodium, bitartrate de lysidine, gluconate de calcium

“par son action bienfaisante dans les cas de désordres physiologiques, amène fréquemment un soulagement symptomatique et objectif...”

*Tarsy, I. M.: M. Times 73:101 (Avril) 1945.*

Granulés effervescents d'un goût agréable, en flacons de 60 grammes

Flacon-Echantillon  
(suffisant pour 10 jours)

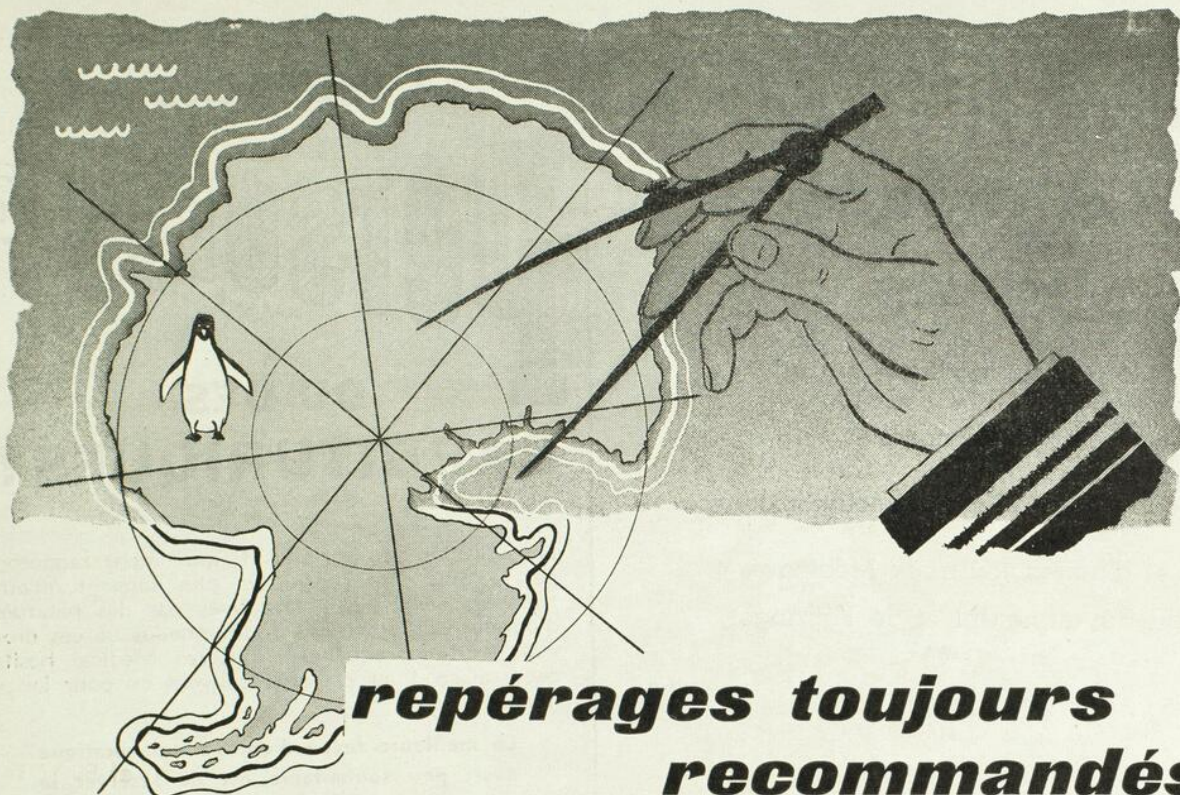
sur demande à:

**ROUGIER FRÈRES, 350 rue LE MOYNE, MONTRÉAL 1**

Fabricants et Concessionnaires au Canada pour les

**Laboratoires du Dr. P. Astier, Paris, France**

RHUMATISME CHRONIQUE



## **repérages toujours recommandés**

Le total national des diabétiques non diagnostiqués ou ignorés peut se chiffrer à deux ou trois millions (voir ci-dessous 1 et 2). Un traitement moderne, commencé à temps, peut aider efficacement à prévenir la décompensation métabolique et minimiser les complications du diabète. Le repérage clinique du diabète sucré dès son premier stade est conséquemment essentiel.

On peut donc affirmer que « tout malade qui se présente à l'examen du médecin devrait aussi faire analyser son urine » (3). En l'occurrence, on constatera que les avantages des comprimés *Clinitest* pour l'épreuve de la glycosurie sont considérables.

Quoique le test n'exige que quelques secondes, on peut avoir confiance dans la précision du *Clinitest*. Le procédé est facile — l'application de chaleur extérieure n'est pas nécessaire; l'interprétation se fait par comparaison directe de la coloration. Le *Clinitest* s'avère commode *et* pour la pratique courante dans le cabinet du médecin *et* pour les vérifications prescrites aux diabétiques.

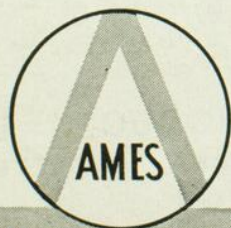
(1) E. P. Joslin, *Postgraduate Med.*, 4: 302, octobre 1948.

(2) C. F. Kemper, *Rocky Mountain M. J.*, 45: 1092, décembre 1948.

(3) H. Pollack, *New York Med.*, 4: 15, 5 décembre 1948.

# Clinitest

pour l'analyse "sucre-urine"



AMES COMPANY OF CANADA, LTD. • TORONTO 4, ONTARIO

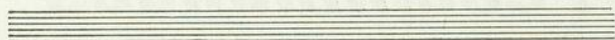
# Actuellement Annoncé dans

le *British Medical Journal*

*The Lancet*

*Le Canadian Medical Association Journal*

et d'autres Journaux Médicaux  
du Royaume-Uni et de l'étranger



Echantillons professionnels  
adressés aux médecins sur  
demande à:

**International Medicine Limited**

460, rue Saint-Jean — Montréal, P. Q.

## L'INOFFENSIF

# Persomnia

MARQUE DÉPOSÉE

## OU DES BARBITURIQUES?

Les vols de barbituriques fréquemment rapportés par la BBC sont considérés, plus souvent qu'autrement, comme des tentatives par des habitués d'obtenir des provisions additionnelles de ces drogues. En conséquence, le Corps Médical hésite avec raison à les prescrire souvent ou pour longtemps.

**La meilleure façon d'enrayer une pratique aussi peu souhaitable est de réserver la prescription des barbituriques aux seuls cas qui ne réagissent pas aux autres sédatifs ou hypnotiques.**

Des essais cliniques nombreux démontrent que le PERSONNIA, une association de deux uréides à chaîne ouverte\* — bromisovalérylurée et carbomal — est aussi efficace que les barbituriques dans presque tous les cas qui requièrent un sédatif ou un hypnotique doux. Le médicament produit une action synergique marquée, supérieure à l'effet thérapeutique des deux composants employés **séparément.**

● Les barbituriques sont des uréides à chaîne fermée. PERSONNIA présente sur les barbituriques les avantages suivants:

- Usage sans danger, même à des doses excédant les besoins thérapeutiques.
- Pas d'accoutumance.
- Ne provoque aucun malaise.
- N'affecte pas la circulation normale.
- Risque minimum de bromisme.
- Aucune action cumulative.
- Tolérance parfaite.
- Absorption et excrétion rapides.
- Provoque un sommeil calme sans excitation préalable.

NOTE: le PERSONNIA n'a aucun équivalent officiel dans la B. P., la B. P. C. ou la N. (W) F.

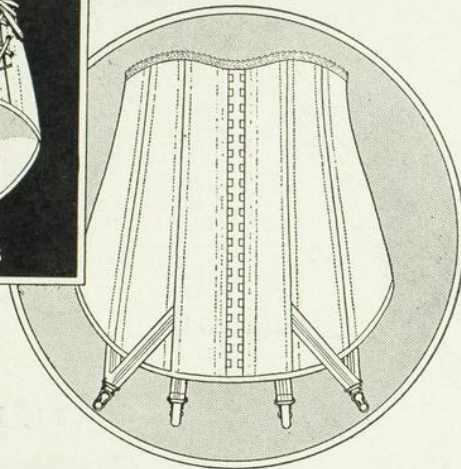
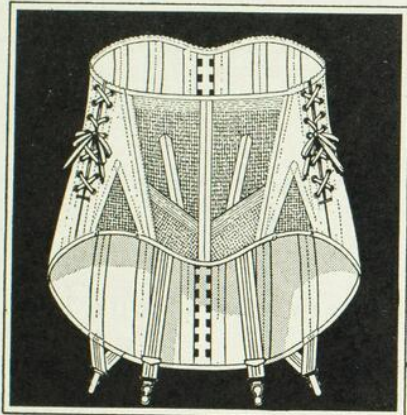
Echantillons gratuits et documentation  
envoyés sur demande.

**CLINICAL PRODUCTS LTD.**  
RICHMOND, SURREY, ANGLETERRE.

Au Canada  
INTERNATIONAL MEDICINE LIMITED  
Montréal

# UN CORSET MATERNITÉ DE CONCEPTION TOUTE NOUVELLE

*mis au point sous direction médicale  
et recommandé par les principaux  
obstétriciens canadiens.*



Ce nouveau Corset (MD) maternité comporte des améliorations de coupe et de confection agréées et recommandées par les principaux obstétriciens canadiens. Plusieurs considèrent qu'il procure le meilleur support et qu'il répond parfaitement aux besoins physiologiques inhérents à la grossesse.

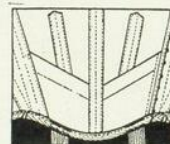
C'est un corset purement fonctionnel et chirurgical, sans harnais, boucles ou courroies; en voici les avantages:

**1.** A mesure que le fœtus se développe, le corset peut s'adapter à l'évolution de l'abdomen à l'aide de deux laçages latéraux gradués, extensibles jusqu'à six pouces



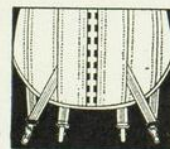
**2.** Deux pièces triangulaires au-dessus du pli de flexion entre les cuisses et l'abdomen assurent l'entière liberté des mouvements.

**3.** Une section additionnelle, en élastique, encercle le bas-ventre et supporte les muscles abdominaux.



**4.** Le bas de la ceinture est renforcé au moyen de baleines tandis que le haut en élastique permet de respirer naturellement et de protéger l'évolution de l'utérus.

**5.** Et pour aérer la section dorso-lombaire, le dos ajouré "Aera Back" favorise une circulation d'air dans le dos, procurant un confort additionnel que les corsets non ajourés ne peuvent pas donner.

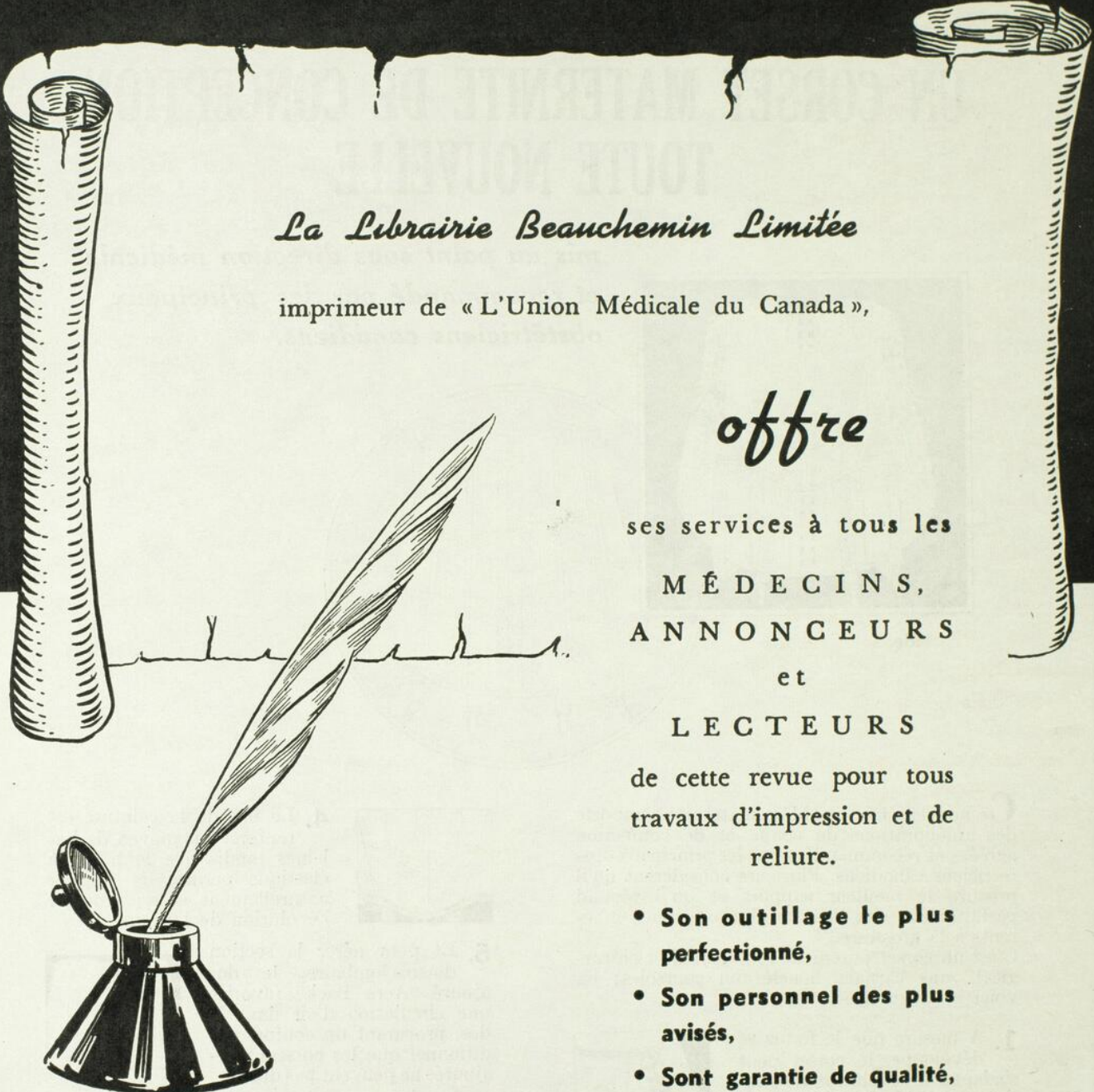


**6.** Les supports-jarrettières arrière en forme de "V" sont très extensibles et répartissent la tension des bas.

★ Votre patiente sera très confortable dans ce corset maternité qui lui procurera le support voulu avant l'accouchement.

LA COMPAGNIE LIMITÉE DOMINION CORSET  
45, RUE DORCHESTER,  
QUÉBEC, P. Q.

*Le nouveau Corset amélioré (M.D.) Maternité*



*La Librairie Beauchemin Limitée*

imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,

*offre*

ses services à tous les

MÉDECINS,  
ANNONCEURS  
et

LECTEURS

de cette revue pour tous  
travaux d'impression et de  
reliure.

- Son outillage le plus perfectionné,
- Son personnel des plus avisés,
- Sont garantie de qualité,
- A des prix modérés.

CONFIEZ-NOUS VOS TRAVAUX ET NOUS FERONS EN  
SORTE DE VOUS DONNER ENTIÈRE SATISFACTION.

**LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE**

LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

426-430, rue ST-GABRIEL

MONTRÉAL

Tél.: LANcaster 4236

## TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
Abbott Laboratories Ltd. ....	XLI - XLII	Laboratoires Désautels Ltée (Hypertose) .....	XXXV
American Can Co. (La boîte en "fer-blanc") .....	LXIX	Laboratoires Desbergers Ltée (Héparos) .....	.....
Ames Company of Canada, Ltd. ....	LXXVIII	.....	Quatrième page de la couverture
Anglo-French Drug Co. (Ferro-Caco-Sol) .....	XLIII	Laboratoires Jean Olive (Hépax) — (Sarcamine) ....	LXVIII
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée .....	XXI - XXII	Laboratoires Jean Olive (Passitonyl) — (Panglandine) ..	LXX
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Antabuse") .....	LIII	Laboratoires Lafayette (Néo-Laryngobis) — (Profenil) ..	XXIV
Bard-Parker Company, Inc. (Lames Rib-Back) .....	LXIII	Laboratoires Poulenc (Hypnotiques) — (Sonéryl) .....	.....
Bauer & Black (Curity) .....	LXVII	.....	Deuxième page de la couverture
Bayer Co. Ltd. (Aspirin) .....	LVII	Leeming Miles Co., Ltd., The (Sulfate de Dexédrine) ..	XXXIX
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Flo-Cillin "96") .....	XL	Librairie Beauchemin Ltée .....	LXXXI
British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Diphenan B.D.H.) LIV		Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Oleum Per-	.....
Burroughs Wellcome & Co. (Digoxin) .....	XVII	comorphum) .....	Troisième page de la couverture
Canada Drug Co. (Betagen) .....	LXXIII	Merck & Co. Ltd. (Dihydrostreptomycine) .....	I
Canada Drug Co. (Pavéral) .....	LXXV	Merck & Co. Ltd. (Pénicilline G sodique cristallisée) ..	XXXIII
Casgrain & Charbonneau Ltée (L'électrocardiographie à	.....	Merck & Co. Ltd. (Pyridium) .....	XXXVI
enregistrement direct de Burdick) .....	XXX	Millet, Roux & Cie (F-Bé-F) .....	XIII
Casgrain & Charbonneau Ltée (Amyg-Bis) .....	XXXVIII	Mowatt & Moore Ltd. (Jel-Lax) .....	XIX
Clinical Products Ltd. (Persomnia) .....	LXXIX	North American Cyanamid Ltd. (Lederle Laboratories	.....
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) ....	LXXIII	Division) (Chlorhydrate d'auréomycine) .....	XI
Compagnie Ciba Ltée .....	XV - XVI	Phillips Co. Division (of Sterling Drug Inc.), The Chas H.	.....
Compagnie Ciba Ltée (Perandren) .....	XXIX	(Lait de magnésie) .....	LXV
Compagnie Ciba Ltée (Coramine liquide) .....	LI	Procter & Gamble (Ivory) .....	LXXIV
Cow and Gate (Canada) Ltd. (Lait Farmer's Wife) ....	LXXVI	Roerig and Company (Canada) Ltd., J. B. (OBron) ....	XXVIII
Denver Chemical Manufacturing Company, The	.....	Rougier Frères (Eupnogène) .....	III
(Epreuve "Eclair") .....	LXXVI	Rougier Frères (Lyxanthine Astier) .....	LXXVII
Dohow Chemical Company, The (Auralgan) — (Otos-	.....	Sanatorium Prévost .....	LIX
mosan) .....	LX	Sandoz Pharmaceuticals Ltd. (Mésantoïne) .....	XXVII
Dominion Corset, La Compagnie Limitée (Un corset mater-	.....	Sarrazin & Choquette .....	XLIX
nité de conception toute nouvelle) .....	LXXX	Schering Corporation Ltd. (Thalamyd) .....	V
Dupuis Frères (Examen de la vue) .....	LXXVII	Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Altepose) .....	XLVII
Eddé, J., Ltée (Cystocones) — (Artichobyl) — (Pluri-	.....	Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Vitazole) ....	XLV
glandine) .....	LXII	Smith & Nephew Ltd. ('Elastoplast') .....	LVIII
Eddé, J., Ltée (Hémostyl) — (Séti, Néo-Séti, Sétipyrine)	.....	Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) ....	LVI
LXIV		Squibb & Sons of Canada Ltd., E. R. (Liafon) .....	XXV
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. (Précision) .....	.....	Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Eucarbon) .....	LXXV
.....	.....	Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Valerianets-	.....
Première page de la couverture		Dispert) .....	LXXVII
Frosst, Charles E. & Co. ....	VII - VIII - IX	Swift (Viandes Swift's pour bébés) .....	LXXI
Frosst, Charles E. & Co. (Ostoforte) .....	IV	Usines Chimiques du Canada Inc. (Foie et Vitamines) —	.....
General Motors (Frigidaire) .....	LXXII	(Valor 334 Hépatico B.) — (Valor 329 Vitaval et	.....
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) .....	II	Foie) .....	LXXXIII
Herdt & Charton, Inc. (Vertavis) — (Osmopak) .....	XLIV	Vinant Ltée (Spartoval) — (Sparto-campbre) — (Génis-	.....
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) .....	XLVI	ténal) .....	XVIII
Herdt & Charton, Inc. (Crésopirine) — (Dépurogène) —	.....	Vinant Ltée (Rhinamide) — (Pulmo-Bailly) .....	XX
(Fénugrène) — (Fucusol) — (Muthanol) .....	XLVIII	White Laboratories of Canada Ltd. (Otomide) .....	XXVI
Hoffmann - La Roche Ltée (Vi-Rochettes) — (Supradin)	.....	White Laboratories of Canada Ltd. (Sulfathiazole Gum) XXXIV	.....
LXVI		Wingate Chemical Co. Ltd. (Numotizine) .....	LV
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université	.....	Winthrop-Stearns Inc. (Fergon) .....	XXIII
de Montréal .....	LXI	Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John .....	XXXI - XXXII
Joubert Limitée, J. J. (Produits) .....	LXXXV	X-Ray and Radium Industries Ltd. (Keleket) .....	XXXVII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Bisulfa) — (Trisul) —	.....		.....
(Hemarexin oral) .....	LIV		.....
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Cholibile) .....	L		.....

## Foie et Vitamines :

Pour le traitement de l'anémie secondaire par voie orale  
(pas recommandé pour l'anémie pernicieuse).

## Valor 334 Hépatico B.

Contient par millilitre:

Chlorure Thiamine (B <sub>1</sub> ) .....	0.133 mg.
Riboflavine (B <sub>2</sub> ) .....	0.053 mg.
Acide Nicotinique .....	0.666 mg.
Extrait de foie	

## Valor 329 Vitaval et Foie.

Contient par gramme:

Chlorure ferreux Citraté .....	14.8 mg.
Sulfate de cuivre .....	0.2 mg.
Glycérophosphate de Calcium .....	5.7 mg.
Lactate de Calcium.....	13.25 mg.
Vitamine A Unités Internationales .....	200
Vitamine D Unités Internationales .....	200
Vitamine B <sub>1</sub> .....	0.16 mg.
Vitamine B <sub>2</sub> .....	0.2 mg.
Extrait de malt.	
Extrait de foie.	

**USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.**

**MONTREAL**



# LA VITAMINE D DEVRAIT-ELLE ÊTRE ADMINISTRÉE SEULEMENT AUX NOURRISSONS ?

LA VITAMINE D a donné de si bons résultats dans la prévention du rachitisme chez le nourrisson, qu'on a peu insisté sur la nécessité de continuer son administration après l'âge de deux ans.

Cependant, une étude histologique approfondie a démontré l'existence du rachitisme à un taux exceptionnellement élevé chez les enfants de 2 à 14 ans. Follis, Jackson, Eliot et Park\* rapportent que l'autopsie pratiquée chez un groupe de 230 enfants de cet âge a révélé que la fréquence totale du rachitisme était de 46.5%.

Des transformations rachitiques furent observées même jusqu'à l'âge de 14 ans, et l'incidence fut plus élevée chez les enfants mourant d'une affection aiguë que chez ceux mourant d'une maladie chronique.

Les auteurs concluent: « Nous doutons que le rachitisme bénin, tel que nous le rencontrons chez plusieurs de nos enfants, puisse nuire à une bonne santé et au développement normal, mais nos recherches entières démontrent bien la raison de prolonger l'administration de la vitamine D jusqu'à la limite d'âge que nous avons étudiée, 14 ans. Ces recherches indiquent surtout la nécessité de surveiller le rachitisme et de prendre les moyens nécessaires pour protéger les enfants malades contre cette affection. »

\* R. H. Follis, D. Jackson, M. M. Eliot et A. Park: Prevalence of Rickets in children between two and fourteen years of age. *Am. J. Dis. Child.*, 66: 1-11, July 1943.

L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD, associé à d'autres huiles de foie de poisson et Viostérol, offre une source efficace de vitamine A et D que les enfants plus âgés accueillent favorablement parce qu'on peut l'administrer en petites doses ou sous forme de capsules. Cette administration facile favorise son usage tout le long de l'année, y compris les périodes de maladie.

L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD fournit 60,000 unités de vitamine A et 8,500 unités de vitamine D par gramme. Présenté en flacons de 10 et de 50 cc., et en bouteilles de 50 et de 250 capsules. Présenté selon l'éthique.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Belleville, Ontario.

EXTRAIT DE FOIE DE VEAU CONCENTRÉ  
ASSOCIÉ AUX ACIDES AMINÉS ESSENTIELS

# HEPAROS

Doit une part de sa haute activité anti-anémique

À LA

## VITAMINE B<sub>12</sub>

QU'IL CONTIENT

●  
**Par voie orale seulement**  
●

**POSOLOGIE:**

Une ampoule par jour ou tous les  
deux jours selon le cas.



**CONDITIONNEMENT**

**BOÎTES DE 10 AMPOULES**