



Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord
(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

**ADMINISTRATION
ET SECRÉTARIAT**

326 est, boul. Saint-Joseph
Montréal

Tél.: LAncaster 9888

SECRÉTARIAT

128, rue Sainte-Anne
Québec

L'Importance des Détails

ON RACONTE l'histoire d'un jeune commis-épiciier qui, au cours d'une journée de travail, par inadvertance, surchargea de vingt-cinq sous un de ses clients. Tard dans la soirée, après la fermeture du magasin, il se présenta à la porte du client pour remettre cet argent et s'excuser de l'erreur.

Pour ce jeune homme, ce n'était pas une question de quelques sous insignifiants mais une question d'intégrité. L'intégrité absolue est une vertu assez rare pour rendre ceux qui la

possèdent réellement grands. En outre, elle implique une pureté d'intention qui d'une façon constante porte les hommes à chercher la perfection dans tout ce qu'ils entreprennent.

C'est l'obsession d'Eli Lilly and Company dans la recherche de la perfection d'un produit. Aucun item n'est trop insignifiant, aucune opération trop futile pour ne pas mériter une soigneuse considération. Les possibilités d'amélioration sont constamment recherchées. Une attention soigneuse dans les moindres détails fait partie intégrante de la besogne quotidienne. Une spécification "Lilly" sur vos ordonnances garantit une qualité sans égale.

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

Lilly

VAGINITE À

TRICHOMONAS

STOVAGINAL

Le Stovaginal est tout particulièrement indiqué dans les infections vaginales se traduisant par de la leucorrhée et causées par le Trichomonas vaginalis.

Son emploi est également très efficace dans les cas de leucorrhée causée par des infections mixtes ou non spécifiques.

COMPRIMÉS VAGINAUX en FLACONS de 20, 100 et 500.
POUDRE VAGINALE en FLACONS de 30 et 200 Grammes.

Echantillons à MM. les Médecins, sur demande.

LABORATOIRES

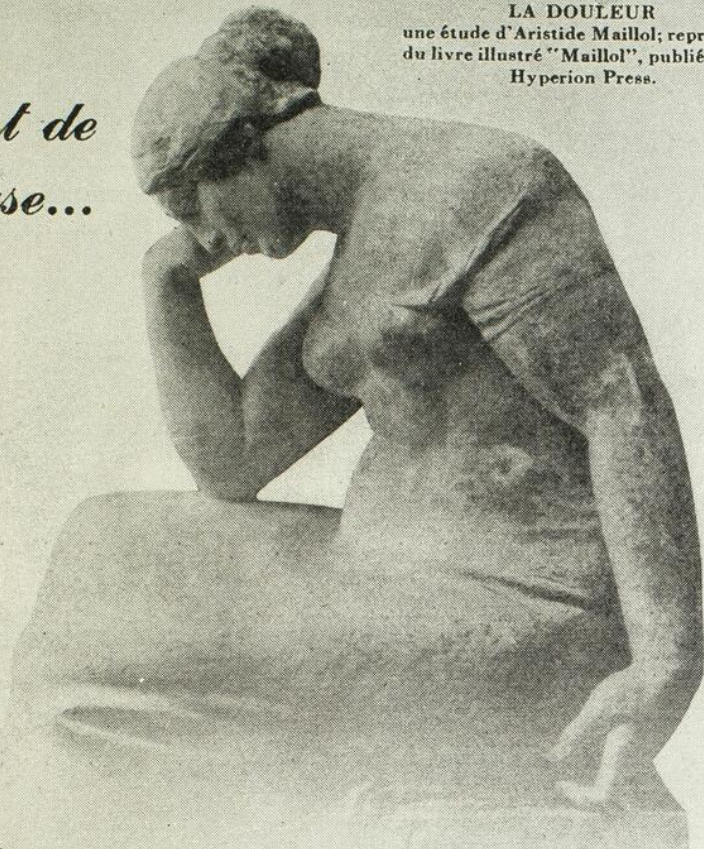
Poulenc Frères

DU CANADA LTÉE

204, PLACE YOUVILLE • MONTRÉAL

*Au moment de
la ménopause...*

LA DOULEUR
une étude d'Aristide Maillol; reproduite
du livre illustré "Maillol", publié par la
Hyperion Press.



Que les symptômes soient graves ou bénins, tous les cas de ménopause peuvent être traités efficacement par ces oestrogènes naturels, actifs par voie buccale—"Prémarine" (No 866), dans le traitement des troubles graves; "Prémarine" Demi-dose (*la nouvelle teneur*, No 867), lorsque les symptômes sont moins fortement accusés; "Emménine", dans le traitement des troubles bénins, et thérapeutique d'entretien.

"PRÉMARINE" et **"EMMÉNINE"**

oestrogènes conjugués (chevalins)
Comprimés No 866 - Comprimés No 867

oestrogènes conjugués (placentaires)
Comprimés No 701 - Liquide No. 927

*Maintenant
en vente!*

"PRÉMARINE"

Demi-dose

(No 867)

Une nouvelle teneur pour les cas dont les symptômes, tout en étant graves, n'exigent pas une médication aussi active que la "Prémarine" originale.
Bouteilles de 20 et de 100 comprimés.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

MONTREAL

Biologistes et Pharmaciens

CANADA



SOMMAIRE

BULLETIN

Albert LeSAGE

L'Institut Pasteur de Paris durant l'occupation allemande 129

• • •

Eugène ROBILLARD

Aspect endocrinien du métabolisme du calcium 132

Norbert VEZINA

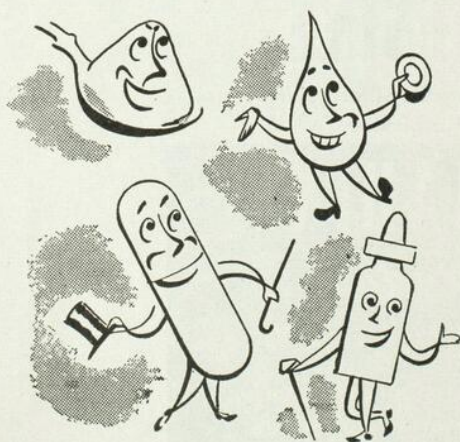
L'amorexie chez l'enfant 140

RECUEIL DE FAITS

Antonio CANTERO

Le cancer gastrique à début fébrile 148

Différentes formes pharmaceutiques



• L'anémie pernicieuse n'est pas toujours grave au même degré, et le traitement s'en trouve simplifié lorsqu'il existe une variété de produits. Les quatre préparations titrées d'Extrait de Foie Ayerst permettent au médecin de prescrire la forme pharmaceutique la mieux appropriée aux besoins de son patient.

EXTRAITS DE FOIE AYERST

POUDRE—No 915. Se prend dans les liquides ou avec la nourriture.

LIQUIDE—No 936. Facilement miscible avec les médicaments liquides.

CAPSULES—No 350. Capsules dures très commodes.

SOLUTION POUR USAGE PARENTÉRAL—No 479. Médication intensive.



290F

NEURÉOL

HYPNOTIQUE
SÉDATIF
ANALGÉSIQUE

Le NEURÉOL est un somnifère qui trouve ses indications dans les cas de surmenage intellectuel, affections spasmodiques, états de nervosité, d'émotivité, d'anxiété et les déséquilibres vaso-moteurs. Il procure un sommeil réparateur et une sensation de bien-être au réveil sans aucun malaise. NEURÉOL est la médication par excellence des divers états de surexcitabilité.

*Totalement
dépourvu
d'effets
secondaires*

NEURÉOL possède des avantages bien définis sur les autres hypnotiques. Il est bien toléré par l'estomac, ne crée pas d'accoutumance et s'élimine facilement par l'organisme. Il n'exerce aucun effet nuisible sur le cœur, les reins ou la mémoire. Présenté en solution non alcoolique, le NEURÉOL conserve intégralement l'action synergique de ses composants.

FORMULE

par cuillerée à thé

Diéthylbarbiturate de soude 0 gr. 20
Diméthyl-amino-antipyrine 0 gr. 06
Ext. de Valériane stabilisée 0 gr. 20
Teinture de Crataegus . . . 0 gr. 20

Neuréol

*Procure un sommeil calme
sans malaise au réveil*

ROUGIER FRÈRES

350 rue Le Moyne
MONTRÉAL

SOMMAIRE

(Suite)

Jules PREVOST et Jacques LEGER

Syndrome clinico-radiologique de Pancoast 152

B.-G. BEGIN

Un cas d'obstruction bronchique par une tumeur bénigne 156

EDITORIAL

Edouard DESJARDINS

L'apport universitaire au mouvement du "retour à la vie civile" et aux cours post-scolaires 163

UTILISÉE DANS LES INSTALLATIONS INDUSTRIELLES

• Stabilisée selon une pression osmotique équivalente à celle des larmes, à une alcalinité et une isotonicité précises, la Murine est recommandée dans les premiers soins comme traitement adjuvant immédiat dans les accidents causés par des étincelles provenant de machines à souder et dans les brûlures par les acides, lorsque le temps est un facteur si important pour enrayer de tels effets caustiques. On l'utilise aussi pour soulager l'irritation des yeux causée par la lumière vive, les poussières, les vapeurs chimiques, les parcelles métalliques et la fumée.

Les yeux rougis, irrités ou enflammés n'ont pas toujours pour cause l'envahissement microbien de la conjonctive. Par exemple, les peintres employant le vernis-laque souffrent souvent d'inflammation des yeux; les rayons ultra-violets projetés par les soudeurs électriques sont très irritants pour les yeux. Beaucoup d'autres éléments entrent en cause dans les installations industrielles, telles que les vapeurs chimiques et les poussières qui sont une source de malaises pour les ouvriers.

La Murine a depuis longtemps été utilisée comme moyen efficace et sûr de nettoyer la membrane muqueuse des yeux et des paupières.

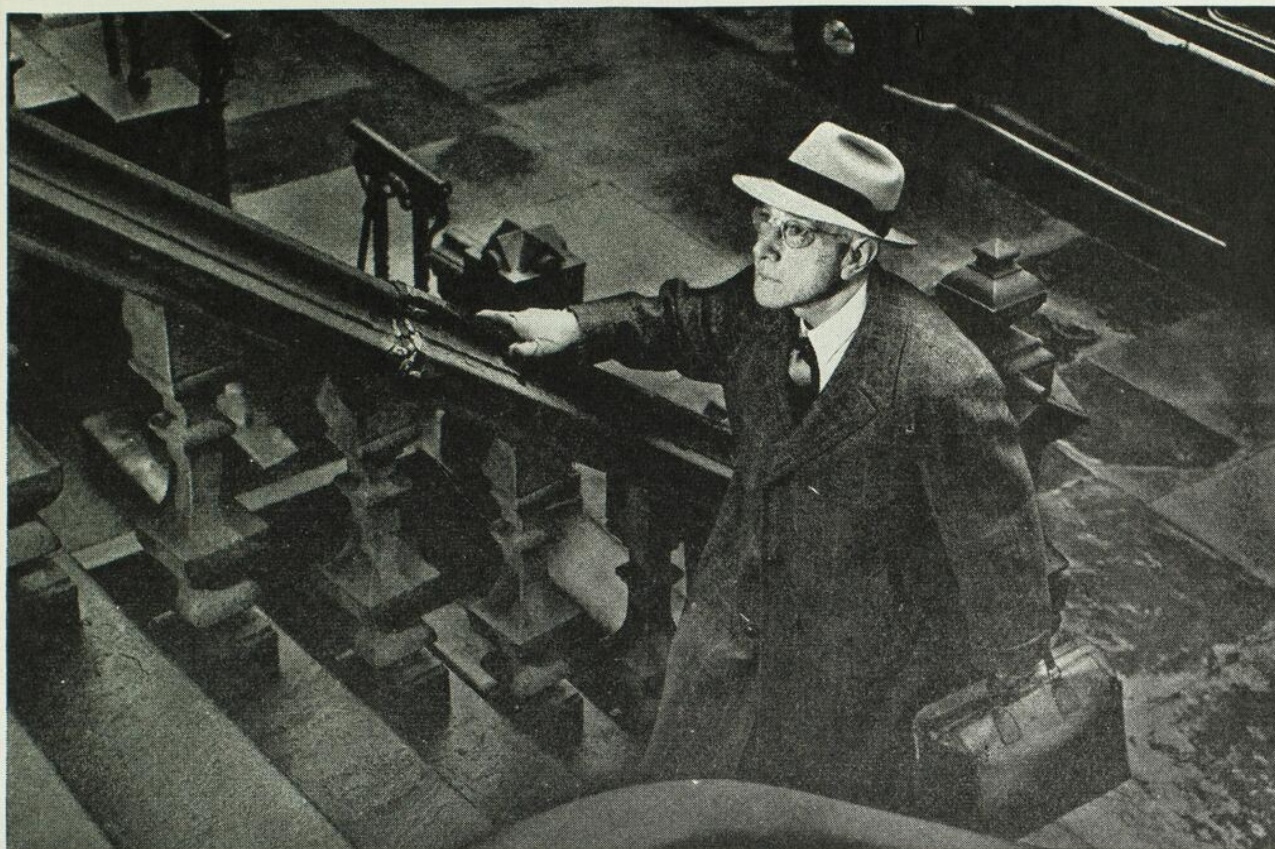


SEPT INGRÉDIENTS COMPOSENT LA MURINE

Bicarbonat de potassium
Borate de potassium
Acide borique
Chlorhydrate de berbérine
Glycérine
Chlorhydrate d'hydrastine
Eau stérilisée

'Merthiolate' (Ethyle mercurethio-salicylate de soude, Lilly) .001%
Remarquez que l'action libre du potassium et de l'acide borique est maintenue dans la solution présentée.

THE MURINE COMPANY — TORONTO, ONTARIO



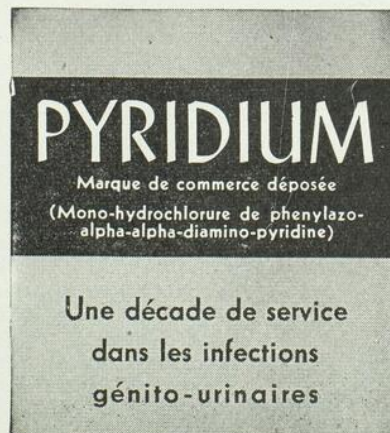
le médecin très occupé appréciera
les avantages essentiels du

PYRIDIUM

- Soulagement rapide et bienfaisant des symptômes douloureux
- Administration facile et avantageuse
- Sécurité — non toxique

Les médecins, de plus en plus occupés, trouveront dans le Pyridium un agent thérapeutique des plus efficaces, sur lequel ils pourront compter pour un soulagement rapide, bienfaisant, des symptômes douloureux éprouvés dans la cystite, la prostatite, la pyélonéphrite et l'urétrite.

Des expériences cliniques couvrant plus d'une décade, rapportées dans la littérature publiée sur le Pyridium, démontrent la rapidité et l'efficacité de son action, et l'absence d'effets narcotiques ou irritants après son administration.



MERCK & CO., LTD.

Fabricants Chimistes

MONTREAL - TORONTO

SOMMAIRE

(Suite)

MEDECINE SOCIALE

Henri SMITH

Considérations médico-sociales sur la syphilis 165

Adélard GROULX

L'enseignement de la nutrition dans un service municipal de santé . . 174

VARIETES

Albert LeSAGE

La France... et nous 180

Roma AMYOT

Notes sur la médecine franco-américaine par le docteur Paul Dufault . . 185

Paul LETONDAL

Allocution du nouveau président de la Société Médicale de Montréal
"Le Dimanche du Praticien" 188

CHIRURGIE PRATIQUE

Edouard DESJARDINS

Les abcès 190

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1876 192

ANALYSES 195

PHTISIOLOGIE

Evolution du traitement de la cure dans la tuberculose pulmonaire (195).

CHIRURGIE

Le traitement chirurgical de la "gastrite corrosive" (195). Résection gastrique immédiate pour ulcère gastro-duodéal perforé (195).

ORTHOPEDIE

Arrêt provoqué de la croissance osseuse pour égaliser la longueur des membres inférieurs (196). Interprétation radiographique des éléments de réduction des fractures du col fémoral (196).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Les dangers de l'usage externe des sulfamidés (197).

SOCIETES 198

La Société Médicale de Montréal. Rapport annuel du secrétaire général pour l'année 1944 (198). Séance du 17 octobre 1944 (201). Séance du 7 novembre 1944 (204). Séance du 21 novembre 1944 (207). — Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec. Séance du 3 novembre 1944 (210). Séance du 17 novembre 1944 (211). — La Société de Chirurgie de Montréal. Séance du 29 novembre 1944 (212). Séance du 14 décembre 1944 (212). — Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame. Séance du 19 octobre 1944 (213). — Société de Biologie de Montréal. Séance du 4 décembre 1944 (220). Séance du 18 décembre 1944 (220).

NECROLOGIE 221

NOUVELLES 222



RAFRAÎCHISSANT COMME LA BRISE DE LA MER

'TUAMINE SULFATE' (2-Aminoheptane Sulfate, Lilly) fournit un décongestif nasal efficace, confirmé par la clinique et rafraîchissant comme la brise de la mer. Appliqué dans les narines, il produit une constriction durable de la muqueuse nasale sans causer de perturbation de la motilité ciliaire. Les réactions, telles que nervosisme et excitabilité, n'existent pas.

SOLUTION 'TUAMINE SULFATE,' 1 percent

SOLUTION 'TUAMINE SULFATE,' 2 percent

SUSPENSION SULFATHIAZOLE (5 percent) with 'TUAMINE SULFATE' (1 percent)

SPÉCIFIEZ LES PRODUITS

Lilly

**Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord**

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872



DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Maurice Roch, Genève.
Professeur Pierre Masson.

Professeurs E.-P. Benoît, J.-A. Leduc, D. Masson,
T. Parizeau, E. Saint-Jacques (Montréal).

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, Albert Bertrand, R. Boucher, A. Comtois, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Renaud Lemieux, A. LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, O. Mercier, L.-P. Petitclerc, J.-N. Roy, Roméo Roy, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith, Eugène Tremblay, R.-E. Valin, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Assistant-rédacteur en chef

Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire de la Rédaction

Roma Amyot

Secrétaire adjoint à Montréal

Edouard Desjardins

326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire adjoint à Québec

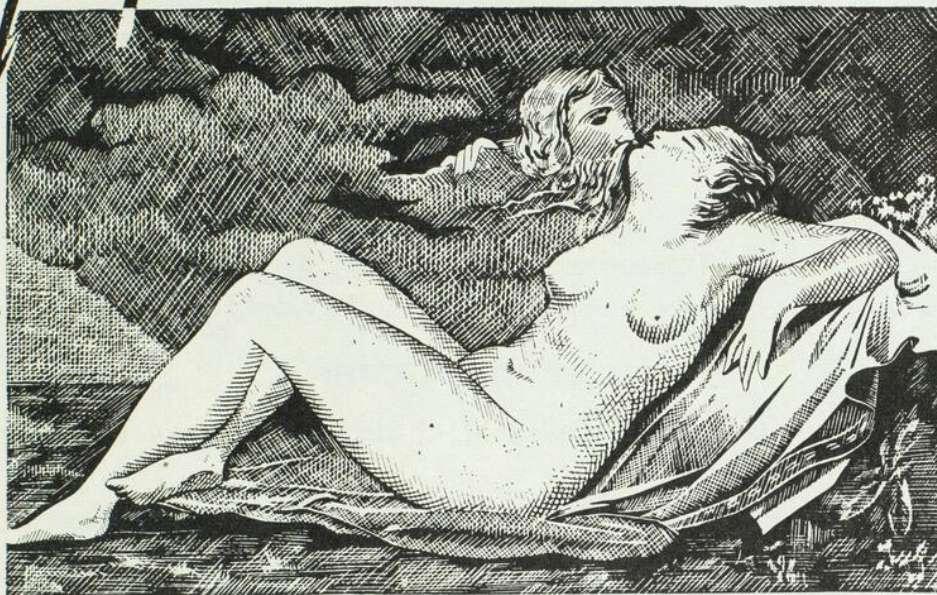
Maurice Beaudry

128, rue Sainte-Anne.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, P. Bourgeois, A. Cantero, René Dandurand, R. Doré, Guy Drouin, Roger Dufresne, Roland Dussault, J.-C. Favreau, De la Broquerie Fortier, Emile Gaumond, H. Gélinas, A. Gratton, Pierre Jobin, A. Jutras, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Paul La Rochelle, Sylvio Leblond, J. LeSage, Emile Maranda, Antonio Martel, Honoré Nadeau, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, P. Poirier, J.-L. Riopelle, L.-P. Roy, Raymond Simard, Henri Smith, Félix Tétu, Norbert Vézina.

*Procure le calme
qui prédispose au sommeil*



NEO-SPASMYL

Le NEO-SPASMYL agit comme tonique du système nerveux central, dont il modère l'excitabilité.

Dans la journée, il prédispose au calme les malades surexcités, anxieux. La nuit, il les aide à obtenir un sommeil naturel et réparateur. Il n'occasionne pas de mauvais réveil ni de prostration le lendemain.

Laboratoires "National" Limitée

Agents généraux au Canada :

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

Bulletin de l'Association
Des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: C.-A. Gauthier
Vice-Présidents: L.-C. Simard et J.-A. Denoncourt
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. C.-A. Gauthier, A. LeSage, L.-C. Simard, J.-A. Vidal, D. Marion.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. A. LeSage, D. Marion, J.-A. Vidal.

CORRESPONDANTS

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

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

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



SULFADIAZINE

Lederle

Une des Thérapeutiques Préférées

La Sulfadiazine est encore la préférée d'un grand nombre de cliniciens avertis dans tout le pays, pour le traitement des infections dues aux streptocoques hémolytiques (Groupe A).

PNEUMOCOQUES

GROUPE GÉNITO-URINAIRE

(E. coli, A. aéroènes, streptocoques)

GONOCOQUES

AGENTS INFECTIEUX USUELS DES PLAIES

MÉNINGOCOQUES

BACILLES DYSENTÉRIQUES (SHIGELLAE)

On a de bonnes raisons de croire que la Sulfadiazine peut être utile pour le TRAITEMENT DE PORTEURS DE MÉNINGOCOQUES et pour ENRAYER LES INFECTIONS RESPIRATOIRES ÉPIDÉMIQUES, et ces applications sont actuellement à l'étude.

La Sulfadiazine peut s'administrer par voie buccale; la Sulfadiazine Sodique, par voie intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée.

Ecoutez les plus récents développements de la recherche et de la pratique — l'émission Lederle, "The Doctors Talk It Over" — au poste CFCF, Montréal, tous les vendredis soirs.

LEDERLE LABORATORIES

A UNIT OF
AMERICAN
CYANAMID
COMPANY

INC.

1396 ouest, rue Sainte-Catherine, Montréal, Canada
Dépôts au Canada:

TORONTO, Ont. — 64-66 est, rue Gerrard.
ST-JEAN, N.-B. — 181, rue Union.

EDMONTON, Alta — 10056 - 100e rue.

VANCOUVER, B.-C. — 883, rue Howe.
WINNIPEG, Man. — 219, rue Kennedy.

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

SECRETARE-TRESORIER-GÉNÉRAL

Donatien MARION,
326 est, Blvd Saint-Joseph,
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN, Ottawa.
Donatien MARION, Montréal.
Oscar MERCIER, Montréal.
Chs. VÉZINA, Québec.
Eugène GAULIN, Ottawa.
J.-B. JOBIN, Québec.

COMITÉ DU XVIII^e CONGRÈS

Chs VÉZINA, Président.

Eugène GAULIN, 1 ^{er} Vice-président.	Richard GAUDET, 5 ^e Vice-président.
J.-F.-A. FONTAINE, 2 ^e "	J.-A. DENONCOURT, 6 ^e "
Albert SORMANY, 3 ^e "	J.-B. JOBIN, Secrétaire.
G. LACASSE, Sén., 4 ^e "	C.-A. GAUTHIER, Trésorier.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,
J.-H. LAPOINTE,

Albert PAQUET,
Chs-N. DeBLOIS,

J.-A. JARRY,
Oscar MERCIER.

MEMBRES DU CONSEIL

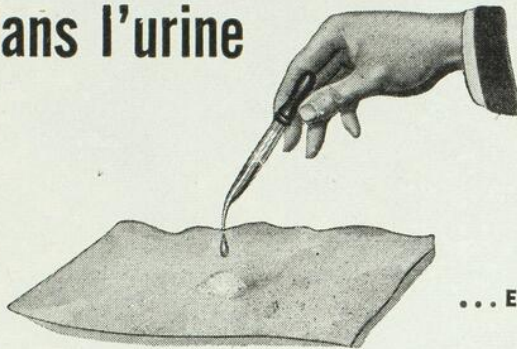
AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal	1946	LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa	1946
BAUDOIN, J.-A., 23, Springrove, Montréal	1944	LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H.	1944
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta	1946	LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal	1944
BELIVEAU, P., Méthégan, N. E.	1944	LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec	1944
BIBAUD, B., Valleyfield	1944	MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan	1946
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal	1944	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River	1944
BLANCHET, R., 7, Couillard, Québec	1944	PANNETON, Auguste, Trois-Rivières	1946
BOHEMIER, C.-A., 4119, St-Denis, Montréal	1944	PELLETIER, A., Winchendon, Mass.	1946
CARON, Sylvio, Mastai, Québec	1944	PERRAS, J.-E., Hull	1944
CHOLETTE, A.-M., 1451, Blvd St-Joseph Est, Montréal	1946	PERRON, Jos., Shawinigan	1946
CLOUTIER, Victor, St-Georges, Beauce	1944	PHENIX, G., St-Jean	1944
COLLIN, Donat, St-Boniface, Manitoba	1946	PIETTE, Ed., Joliette	1946
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville	1946	POWERS, A., Hull	1946
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec	1944	PROVENCHER, G., Granby	1946
DESROCHERS, J.-E., 4305, St-Hubert, Montréal	1946	RICHARD, L.-A., 168 est, Laurier, Ottawa	1946
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal	1946	RIVARD, Paul-Léon, Clova, Abitibi	1946
DUBE, L.-F., Notre-Dame du Lac	1946	SMITH, Pierre, 300, Carré St-Louis, Montréal	1944
DUFAULT, Paul, Rutland State Sanat., Rutland, Mass.	1946	TANGUAY, R., Sudbury, Ont.	1946
DUMAS, F.-A., Chicoutimi	1944	TASSE, C.-E., Worcester, Mass.	1944
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R.I.	1946	VIDAL, J.-A., 454 est, rue Sherbrooke, Montréal	1944
GAUTHIER, P.-P., 47, Hazelwood, Montréal	1946	VIGER, J.-A., St-Hyacinthe	1944
LACHARITE, V., St-Célestin	1944		

PAS PAS PAS PAS

D'ÉBULLITION DE TUBES À MESURER D'ÉPROUVETTES DE BRISURES

ANALYSES SIMPLIFIÉES POUR LA RECHERCHE DU SUCRE ET DE L'ACÉTONE dans l'urine du diabétique

Réactif à l'Acétone (DENCO)



... ET Galatest

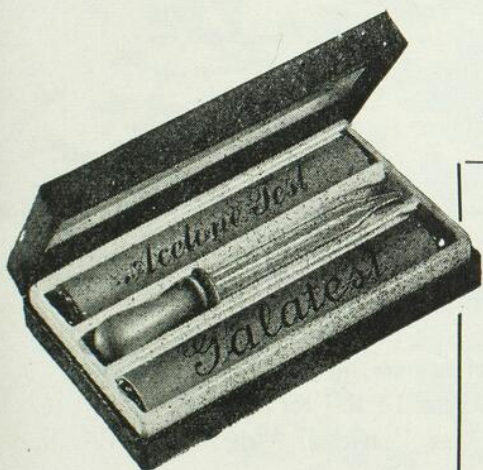
LE RÉACTIF À L'ACÉTONE (Denco) décèle la présence ou l'absence d'acétone dans l'urine dans l'espace d'une minute. La réaction par modification de couleur est identique à celle de l'épreuve avec l'anneau violet. Un soupçon d'acétone donne à la poudre une couleur lavande pâle — une plus forte quantité la rend pourpre foncée.

GALATEST est un réactif sec pour la découverte immédiate du sucre dans l'urine. S'il y a présence de sucre à un degré pathologique, la poudre devient immédiatement grise ou noire — selon la quantité de sucre dans l'urine.

LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES

1. Un peu de poudre.
2. Un peu d'urine.

S'il y a présence de sucre — changement immédiat de la couleur.



Nécessaire commode disponible pour le diabétique ou la trousse du médecin.

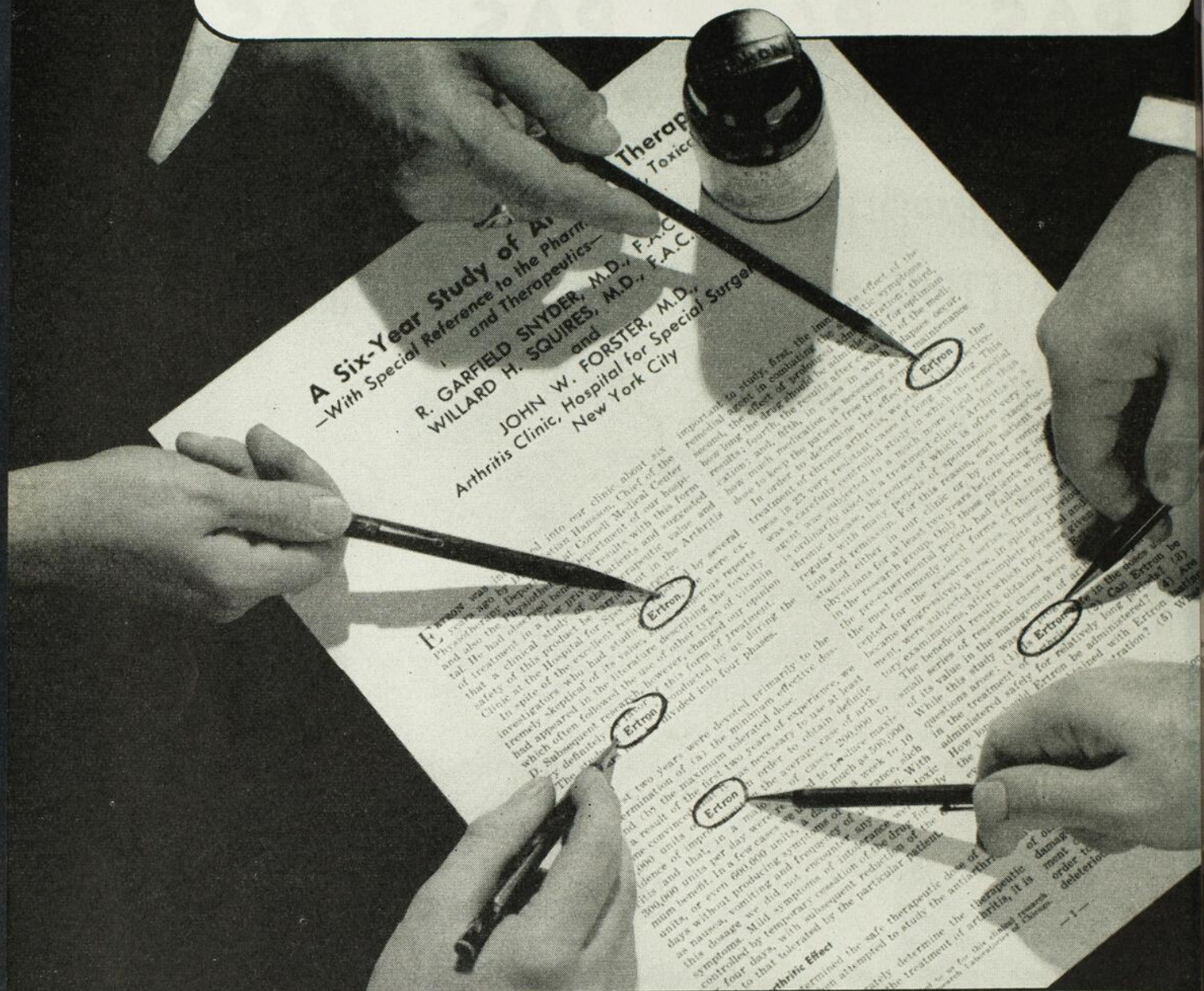
Contient une fiole de réactif à l'acétone (Denco), une fiole de Galatest (suffisant dans chacune d'elles pour au moins 100 analyses), un stilligoutte médical et un tableau des couleurs. Ce nécessaire ou les fioles de rechange sont en vente à toutes les pharmacies d'ordonnances et chez les marchands d'accessoires chirurgicaux.

Accepté pour publicité dans le "Journal of the American Medical Association".

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

153 ouest, rue Lagachetière, Montréal

LA BIBLIOGRAPHIE SPÉCIFIQUE L'ERTRON* dans le traitement de l'arthrite



Une multitude de témoignages publiés vous justifient d'employer l'ERTRON dans le traitement de l'arthrite.

Dix ans d'études poursuivies dans des institutions renommées en Amérique, sur les diverses phases de la thérapeutique par l'ERTRON, ont produit une bibliographie considérable sur la sûreté et l'efficacité de l'ERTRON dans l'arthrite.

Les résultats publiés par les investigateurs ne s'appliquent à aucun autre produit que l'ERTRON — le produit qui a servi aux études cliniques.

Les résultats thérapeutiques généralement constatés à la suite de l'emploi de l'ERTRON comprennent: soulagement de la douleur, diminution de l'enflure des tissus mous, extension des mouvements et rétablissement exceptionnel du fonctionnement normal.

L'ERTRON — l'ERTRON seul — contient de l'ergostérol vaporisé, activé électriquement (procédé Whittier).

RÉFÉRENCES SUR LESQUELLES EST BASÉ L'EMPLOI DE L'ERTRON dans le traitement de l'arthrite

- Dreyer, I. and Reed, C. I.: Treatment of Arthritis with Massive Doses of Vitamin D, Archives of Physical Therapy, 33:7 (1935).
- Livingston, S. K.: Vitamin D and Fever Therapy in Chronic Arthritis, Archives of Physical Therapy, 17:704 (nov.) 1936.
- Steck, I. E.: Clinical Experience in the Treatment of Arthritis with Massive Doses of Vitamin D, Peoria Medical Review, 8:2-7 (1937).
- Steck, I. E.: Clinical Experience in the Treatment of Arthritis with Massive Doses of Vitamin D, Illinois Medical Journal, 71:243-248 (1937).
- Steck, I. E., Deutsch, H., Reed, C. I. and Struck, H. C.: Further Studies on Intoxication with Vitamin D, Annals of Internal Medicine, 10:951-964 (1937).
- Farley, R. T.: The Treatment of Arthritis with Massive Doses of Vitamin D, J. Amer. Inst. of Homeopathy, 31:405-406 (juillet) 1938.
- Reed, C. I., Struck, H. C. and Steck, I. E.: Vitamin D, Chemistry, Physiology, Pharmacology, Pathology, Experimental and Clinical Investigations, Ed. de l'University of Chicago Press (1939).
- Farley, R. T.: Management of Arthritis, Illinois Medical Journal, 71:74-77 (jan.) 1939.
- Farley, R. T.: The Influence of Prolonged Administration of High Dosages of Vitamin D Upon the Serum Calcium of Adults, Journal-Lancet, 59:401-404 (oct.) 1939.
- Snyder, R. G. and Squires, W. H.: A Preliminary Report on Activated Ergosterol, N. Y. State J. of Med., 70:708 (mai 1) 1940.
- Farley, R. T., Spierling, H. F. and Kraines, S. H.: Five-Year Study of Arthritic Patients, Indus. Med., 10:341-352 (août) 1941.
- Snyder, R. G. and Squires, W. H.: Follow-Up Study of Arthritic Patients Treated with Activated Vaporized Ergosterol, N. Y. State J. Med., 41:2332 (déc.) 1941.
13. Steck, I. E.: Further Clinical Experience in the Treatment of Chronic Arthritis with Vitamin D, Ohio State Med. J., 38:440 (mai) 1942.
14. Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W., Traeger, C. H. and Wagner, L. C.: Treatment of Two Hundred Cases of Chronic Arthritis with Electrically Activated Vaporized Sterol (Ertron), Indus. Med., 11:295 (juillet) 1942.
15. Freyberg, R. H.: Treatment of Arthritis with Vitamin D and Endocrine Preparations, J. A. M. A., 119:1165 (août 8) 1942.
16. Reynolds, C.: Comparative Therapeutic Value and Toxicity of Various Types of Vitamin D, Journal-Lancet, 62:372-375 (oct.) 1942.
17. Levinthal, D. H. and Logan, C. E.: The Orthopedic and Medical Management of Arthritis, Journal-Lancet, 63:48 (fév.) 1943.
18. Snyder, R. G., Squires, W. H. and Forster, J. W.: A Six Year Study of Arthritis Therapy—With a Special Reference to the Pharmacology, Toxicology and Therapeutics, Indus. Med., 12:291 (mai) 1943.
19. Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W., Rudd, E.: The Therapeutic Value of Electrically Activated Ergosterol when Administered Intramuscularly, Indus. Med., 12:663 (oct.) 1943.
20. Reynolds, C. and Burns, E. L.: The Effect on the Rat of Prolonged Administration of Large Doses of Electrically Activated Ergosterol, Indus. Med., 12:835 (déc.) 1943.
21. Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W. and Rudd, E.: Comparative Study of Ultraviolet Irradiated Ergosterol (Steenbock Process) and Electrically Activated Ergosterol (Whittier Process)—A Preliminary Report, Journal-Lancet, 64:25 (jan.) 1944.
22. Levinthal, D. H., Logan, C. E., Kohn, K. H. and Fishbein, W. L.: Practical Management of Arthritis—Medical and Orthopedic, Indus. Med. 13:377 (mai) 1944.

ERTRONISEZ L'ARTHRITIQUE

Ertroniser signifie: Employer l'ERTRON à doses suffisantes et pendant un temps assez long pour produire les résultats optima. Augmenter la dose graduellement jusqu'au niveau recommandé ou jusqu'à la limite de tolérance. Maintenir cette dose jusqu'à obtention du maximum d'amélioration.

Publicité exclusivement médicale

L'Ertron est fabriqué par

NUTRITION RESEARCH LABORATORIES, CHICAGO, E.U.A.

et distribué au Canada par

LAURENTIAN AGENCIES REG'D., MONTRÉAL 1, P.Q.

CASGRAIN & CHARBONNEAU
LIMITÉE

présente

UN TRAITEMENT
OPHTALMIQUE
ASEPTIQUE

Oculetts



Les OCULETS sont préparés sous la surveillance et le contrôle de:

Charles Laurin, B.A., B.Ph. - Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., assistant-bactériologiste. Pharmaciens, Chimistes, Analystes-Biochimistes. Diplômés de l'Université de Montréal.

Applications uniques d'onguent hydrophile d'un pH approprié aux sécrétions glandulaires de l'œil.

- | | |
|---------------------------------------|---------------|
| a) OCULETS Thiazol (sulfathiazole 5%) | Couleur rouge |
| b) OCULETS Oxyde jaune de Mercure 1% | |
| c) OCULETS Oxyde jaune de Mercure 2% | Couleur jaune |

Application facile et sanitaire.

Vous n'avez qu'à "couper le bout effilé de l'oculet avec un canif ou des ciseaux propres".

Les OCULETS vous parviennent sous conditionnement de 12 - 100.

ECHANTILLONS

Sur demande, à Messieurs les Médecins seulement. (S. V. P. spécifier la formule désirée.)

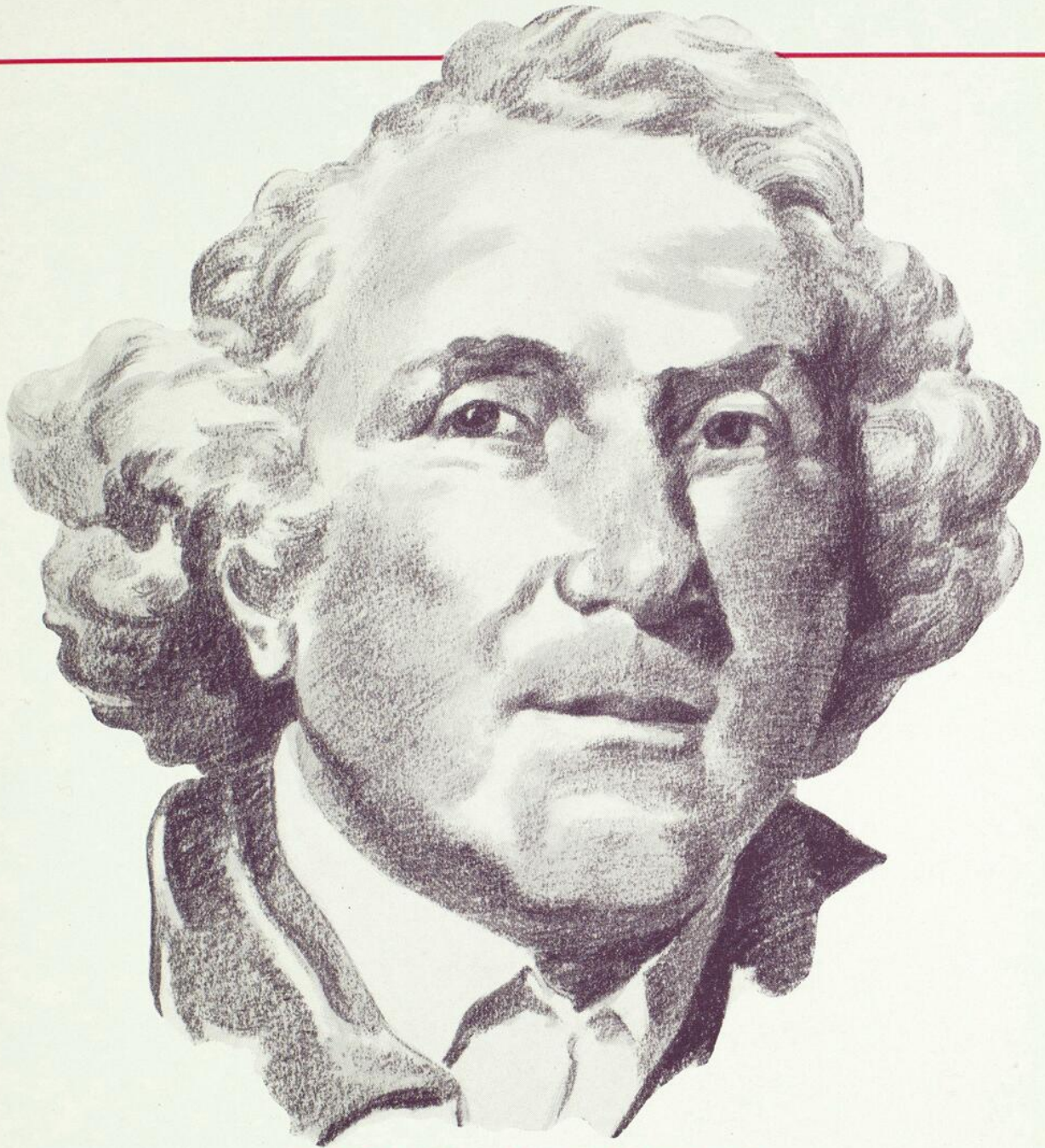


N. B. - Aussi tubes (en gélatine) d'onguent ophtalmique Thiazol (sulfathiazole 5%) $\frac{1}{8}$ oz. avec capsules de plastique (en boîte de 12 tubes).

CASGRAIN & CHARBONNEAU
LIMITÉE

Spécialité du Laboratoire.

LES PÈRES DE LA MÉDECINE



JOHN HUNTER

(1728-1793)

Frère de William, qui s'est également distingué dans la chirurgie et surtout connu par son *Anatomia uteri gravidæ*, John aida son aîné dans ses recherches anatomiques et fit lui-même d'importantes découvertes, particulièrement sur les dents et sur le développement de la rage. Il servit comme chirurgien militaire, devint chirurgien de l'hôpital St-George à Londres, chirurgien du roi et chirurgien en chef de l'armée. Il fut, comme son frère, membre de la Société royale.

Il a publié: *Histoire naturelle des dents et de leurs maladies*, 1771; *Traité sur les plaies d'armes à feu*, 1794. Il inventa, pour opérer

la fistule lacrymale, un instrument qui a conservé son nom, et perfectionna le traitement des anévrismes. Ses *Oeuvres complètes* ont été traduites par Richelot, 1843.

Il a puissamment contribué à élever la chirurgie de "l'art obscur du barbier" au rang d'une profession d'ordre intellectuel. Industriel, habile et patient, il poursuivait ses études et ses expériences au sein des occupations les plus variées: expéditions scientifiques, service militaire, enseignement. Son apport à la pathologie et à la chirurgie systématique fut des plus considérables.

Charles E. Frosst & Co. a rédigé ces brèves notices biographiques à l'intention de MM. les médecins canadiens de langue française.

MÉDICATION INTENSIVE PAR LES ÉLÉMENTS DU GROUPE VITAMINIQUE B

"Be Forte"

DE NOMBREUSES OBSERVATIONS CLINIQUES ATTESTENT LES HEUREUX
RÉSULTATS D'UNE MÉDICATION INTENSIVE PAR LES VITAMINES DU GROUPE B.

RESTRICTIONS DIETÉTIQUES:

Ulcère de l'estomac
Côlite
Appétit dépravé (malacia,
boulimie, hyperorexie)
Cardiopathies
Diabète sucré
Alcoolisme chronique
Anorexie nerveuse
Néphrite
Sénescence

ABSORPTION INSUFFISANTE:

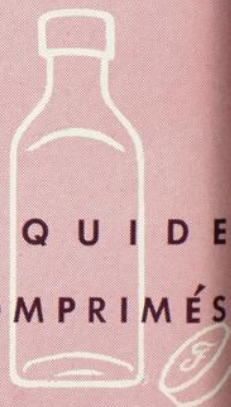
Côlite
Maladie coeliaque (M. de
Gee ou de Herter)
Cardiopathies avancées
Dysenterie

BESOINS EXTRAORDINAIRES:

Hyperthyroïdie
Infections aiguës
Avant et après une
opération
Grossesse et lactation
Affections débilitantes, v.g.,
tuberculose, asthme
chronique, etc.

Certains malades, bien entendu, peuvent appartenir à plus d'un ou à chacun, de ces groupes

LIQUIDE
COMPRIMÉS



"Be Forte" TOUTES LES VITAMINES DU GROUPE B

• • • • • A M M. LES MÉDECINS, OFFICIERS DE L'ACTI

"BeForte" LIQUIDE

On peut maintenant prescrire sous forme liquide le BeForte. La formule est la même que celle des nouveaux comprimés de BeForte, plus de la vitamine D. Le BeForte liquide est compatible avec les solutions sirupeuses, telles que le sirop simple, auxquelles peuvent être incorporés divers médicaments bien connus (les bromures, par exemple). On peut aussi le mêler, en toutes proportions, avec le sirop Ferro-Catalytic. Une mixture de sirop Ferro-Catalytic et de BeForte, en parties égales, constitue une préparation de goût très agréable, où sont présents du fer et les vitamines du groupe B.

Chaque cuillerée à thé représente:

Vitamine B ₁ (chlorhydrate de thiamine) . . .	(3.3 mg.)	1100 unités int.
Vitamine B ₂ (riboflavine)		2 mg.
Niacinamide (amide d'acide nicotinique)		20 mg.
Panthénate de Calcium		500 microgrammes
Vitamine B ₆ (pyridoxine)		250 microgrammes
Un concentré contenant tous les éléments du groupe B qu'on trouve d'ordinaire dans la levure de bière (rapport 64 mg. de B ₂ par g)		
		200 mg.
Vitamine D		500 unités int.

DOSE: 1 cuillerée à thé rase 1 ou 2 fois par jour.

PRESENTATION: flacons de 4 et 8 onces

"BeForte" C.T. no 360 "Frosst"

Vitamine B ₁ (chlorhydrate de thiamine) . . .	(3.3 mg.)	1100 unités int.
Vitamine B ₂ (riboflavine)		2 mg.
Niacine (acide nicotinique)		20 mg.
Panthénate de Calcium		500 microgrammes
Vitamine B ₆ (pyridoxine)		250 microgrammes
Un concentré contenant tous les éléments du groupe B qu'on trouve d'ordinaire dans la levure de bière (rapport 64 mg. de B ₂ par g)		
		200 mg.

"BeForte" avec C

C.T. no 361 "Frosst"

Même formule que celle du BeForte, plus 500 unités internationales de vitamine C. A prescrire dans les cas où un supplément de Vitamine C est indiqué.

"BeForte" avec D

C.T. no 362 "Frosst"

Même formule que celle du BeForte, plus 500 unités internationales de vitamine D. A prescrire dans les cas où l'on doit normaliser la calcémie.

DOSE: de 1 à 3 comprimés par jour.

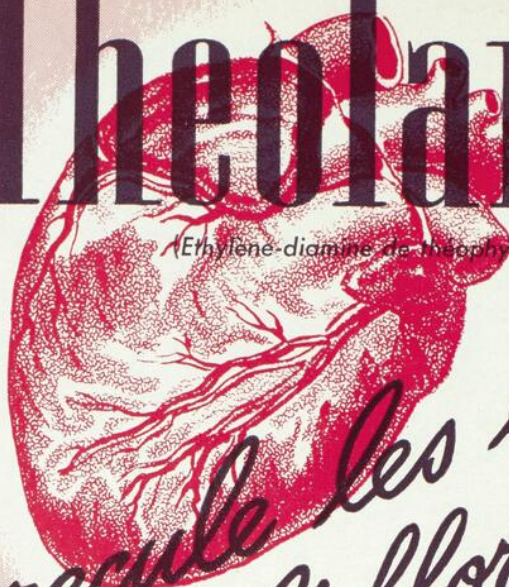
PRESENTATION: flacons de 30 et 100 comprimés



Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

Ne doutant pas que vous trouverez utile un tonique riche en vitamines et sels minéraux, qui est en même temps un précieux complément du régime alimentaire, nous serons heureux de vous envoyer, tous les mois, à votre usage personnel, une boîte de capsules de "TUTAMATE". Nous expédions régulièrement du Tutamate à des centaines de médecins, officiers en activité de service outre-mer et au Canada.

"Theolamine"



(Éthylène-diamine de théophylline "Frosst")

recule les bornes de l'effort "sans douleur"

"THÉOLAMINE"

C.C.T. no 313 "Frosst"

Théolamine 1 1/2 grain

E.C.T. no 411 "Frosst"
(enrobage entérique)

Théolamine 3 grains

"THÉOLAMINE" ET DIGITALE

C.C.T. no 314 "Frosst"

Théolamine 1 1/2 grain
Digitale 1 grain (0.65 unité int.)

"THÉOLAMINE" ET PHÉNOBARBITAL

C.C.T. no 326 "Frosst"

Théolamine 1 1/2 grain
Phénobarbital 1/4 grain

"THÉOLAMINE", DIGITALE ET PHÉNOBARBITAL

C.C.T. no 327 "Frosst"

Théolamine 1 1/2 grain
Digitale 1/2 grain (0.33 unité int.)
Phénobarbital 1/4 grain

C.C.T. no 328 "Frosst"

Théolamine 1 1/2 grain
Digitale 1 grain (0.65 unité int.)
Phénobarbital 1/4 grain

"THÉOLAMINE" ET "NOCTINAL"

E.C.T. no 412 "Frosst"

(enrobage entérique)

Théolamine 3 grains
*Noctinal 1/2 grain

*Barbiturate de dibutyle d'éthyle sodique "Frosst"

DOSE: de 1 1/2 à 3 grains de Théolamine par jour.

Flacons de 100 et 500 comprimés.

Traitement

des douleurs cardiaques, angine de poitrine, sclérose et thrombose des coronaires, effets retardés de l'aortite et crises d'asthme aiguës.

- L'administration de Théolamine a pour résultat de dilater les artères coronaires, ce qui augmente le cours du sang à travers le muscle cardiaque. D'où soulagement de l'anémie cardiaque et extension des limites de l'effort sans douleur. La Théolamine est rapidement absorbée et ses effets persistent pendant plusieurs heures.
- La Théolamine, outre qu'elle dilate les vaisseaux coronaires, est aussi un puissant diurétique. Additionnée de digitale, elle économise l'effort musculaire du coeur, améliore la circulation dans les coronaires, et facilite la sécrétion urinaire.
- Cette combinaison de Théolamine et de petites quantités de digitale est apparemment plus efficace que l'une ou l'autre de ces substances administrée seule.
- L'addition d'une faible dose de phénobarbital est particulièrement utile; elle procure calme et détente au malade anxieux et agité.
- La Théolamine associée au Noctinal est particulièrement utile dans les cas où l'hypersédation présenterait quelque risque. L'enrobage entérique prévient toute irritation gastrique.

Charles E. Frosst & Co.

MONTRÉAL

CANADA

Frosst

LA VITAMINE D DEVRAIT-ELLE ETRE 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 vitamines 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.

L'ANTIPHLOGISTINE

ENTRETIENT

“LA CHALEUR HUMIDE”

L'ANTIPHLOGISTINE, modérément chauffée et appliquée directement sur la région affectée, entretient la chaleur humide durant plusieurs heures et contribue au soulagement de la douleur, de l'enflure et des spasmes musculaires causés par les entorses, les foulures et les contusions.

Dans le traitement symptomatique du rhume d'estomac et de la bronchite, la chaleur de l'ANTIPHLOGISTINE est employée avantageusement pour soulager la toux, la douleur musculaire et la sensation de constriction thoracique.

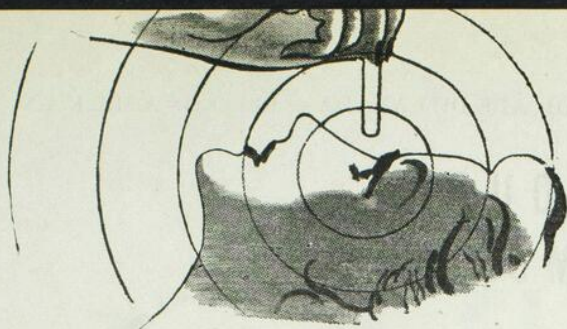
L'ANTIPHLOGISTINE peut être utilisée associée à la chimiothérapie.

Antiphlogistine

Littérature sur demande

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY
153 ouest, rue Lagachetière, Montréal





Décongestion apaisante . . . uniforme

Les applications de la solution de Néo-Synéphrine Ophthalmique à 1/8% produisent une décongestion apaisante, durable. Les malades souffrant de sensations de brûlure, de démangeaison et de douleur cuisante résultant d'irritations secondaires, éprouvent un soulagement rapide et prolongé après l'administration de cette solution. Cette préparation se montre particulièrement efficace dans la conjonctivité de nature allergique.

Employé dans un nouveau véhicule * aqueux à faible tension superficielle, ce collyre décongestif efficace est presque isotonique avec les larmes, et ne provoque aucune dilatation appréciable de la pupille ou une vaso-dilatation compensatrice.

* Il contient de l'Aerosol OT 100 (dioctyl ester de sulfosuccinate de sodium) 0.001%.

Neo-Synéphrine

HYDROCHLORIDE

Ophthalmic

LAEVO • α • HYDROXY • β • METHYLAMINO • 3 • HYDROXY • ETHYLBENZENE HYDROCHLORIDE



Neo-Synéphrine Nom déposé

TROIS SOLUTIONS AQUEUSES

une solution à 10% en flacons de 4 cc. pour une dilatation puissante et rapide. Une solution à 2 1/2 % en flacons de 15 cc. pour examen du fond de l'œil et pour la réfraction. Une solution à 1/8% en flacons de 15 cc. pour une décongestion adoucissante.

Frederick **Stearns & Company**
OF CANADA, LIMITED

WINDSOR, ONTARIO

YORK

KANSAS CITY

SAN FRANCISCO

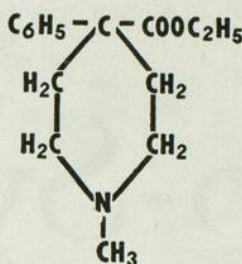
DETROIT, MICH.

SYDNEY, AUSTRALIE

AUCKLAND, N.-ZELANDE

ANALGÉSIQUE ANTISPASMODIQUE SÉDATIF

Pour administration orale et intramusculaire



Chlorhydrate de 1-méthyle-4-phénylpiperidine-4-carbonate d'éthyle.

Chlorhydrate de Demerol

L'EFFET analgésique semble se situer entre celui de la morphine et celui de la codéine; il persiste de trois à six heures.

Les indications du Demerol sont nombreuses en médecine, en chirurgie et en obstétrique. Avant de le prescrire, les médecins feraient bien de lire attentivement la brochure sur le chlorhydrate de Demerol (envoyée gratuitement sur demande). Les ordonnances médicales sont sujettes aux Lois Canadiennes sur les stupéfiants.

Présentation: Pour usage oral, en comprimés de 50 mg.; pour injection, ampoules de 2 cc. (100 mg.).



Demerol

Marque de commerce enregistrée au Canada et aux Etats-Unis

CHLORHYDRATE

Marque du CHLORHYDRATE DE MEPERIDINE
(Isonipécaïne)

Winthrop Chemical Company, Inc.

Pharmaceuticals of merit for the physician • NEW YORK 13, N. Y. • WINDSOR, ONT.



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques de qualité pour le médecin

Succursale au service de
MM. les médecins du Québec:
Immeuble "Dominion Square"
Montréal.

Administration et laboratoires:
1019 ouest, rue Elliott
Windsor, Ontario.



“ OUVREZ LES ÉCLUSES ”

L'eau retenue en amont de la digue exerce-t-elle une pression dangereuse, c'est alors qu'il faut lâcher les écluses.

Tôt ou tard, la stase circulatoire complique l'arythmie négligée. En ralentissant la fréquence des pulsations, la DIGIFOLINE élimine les contractions prématurées et inefficaces qui précèdent le remplissage des ventricules et, de ce fait, augmente considérablement le débit cardiaque: les écluses sont ouvertes!

La **DIGIFOLINE**★, par voie orale, intraveineuse, intramusculaire ou rectale, constitue le traitement de choix de l'hyposystolie, de la fibrillation auriculaire et des autres insuffisances du myocarde. Un comprimé ou un c.c. de DIGIFOLINE renferment 0.1 Gm. (1½ grains) des principes actifs de la feuille de digitale, débarrassée des substances impropres à la médication toni-cardiaque. Le contrôle biologique est effectué selon la méthode de Focke.

★ Nom déposé.



Compagnie **C I B A** Limitée

NOS RECHERCHES D'AUJOURD'HUI: LA MEDECINE DE DEMAIN

MONTRÉAL, CANADA

CASGRAIN & CHARBONNEAU L^{TÉE}

présente:

benzotol

Expectorant - Sédatif Antiseptique

d'un arôme et d'un goût agréables.

BENZOTOL rencontre la définition de la **Thérapeutique par excellence** dans le **Traitement de la Toux.**

a) Médication sédativ.

Le Succinate de Benzyl et de Sodium, anti-spasmodique puissant, apporte un soulagement rapide.

b) Expectorant.

Le Chlorure d'Ammonium et le Tartrate d'Antimoine et de Potassium favorisent le drainage broncho-alvéolaire en amorçant une expectoration plus facile parce que fluidifiée.

c) Antisepsie des Voies Respiratoires.

Le Menthol et le Chloroforme réalisent l'antisepsie des poumons et des bronches.

BENZOTOL est préparé sous la surveillance et le contrôle de:

Charles Laurin, B.A., B.Ph.

Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., assistant-bactériologiste,
Pharmaciens, Chimistes, Analystes-Biochimistes
Diplômés de l'Université de Montréal.

BENZOTOL vous parvient en bouteilles de 16 oz., 80 oz. et 160 oz.

Echantillons et littérature sur demande
à Messieurs les Médecins seulement.

N. B. — Dans les toux d'un caractère vraiment opiniâtre, pour obtenir un soulagement immédiat et même instantané, le médecin pourra prescrire notre **BENZOTOL** avec Morphine (1/4 de grain à l'once).

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitee
Spécialité du Laboratoire.



L'alimentation de l'homme est sacrée...

Sur la plupart des problèmes de la santé L'AVIS MÉDICAL est recherché et suivi, mais l'alimentation d'un homme — si irrationnelle soit-elle — est sacrée! Ainsi donc, de mauvaises habitudes alimentaires peuvent être difficiles à corriger, lorsqu'il s'agit d'adultes. En outre, le choix ou la préparation d'une alimentation appropriée demande de l'habileté aussi bien que de la prudence¹, puisque la valeur nutritive d'une denrée naturelle ou non uniformisée dépend des conditions sous lesquelles elle est produite et préparée². Il en résulte que l'insuffisance alimentaire est très répandue³. Il en résulte donc que les carences du complexe vitaminique B constituent le côté le plus sérieux du problème⁴.

Cependant, l'administration d'une préparation standardisée, comme L'ELIXIR 'B-G-PHOS', assure l'apport suffisant des facteurs essentiels du complexe vitaminique B.

L'ELIXIR 'B-G-PHOS' fournit les éléments essentiels du complexe vitaminique B — thiamine (vitamine B₁), riboflavine (vitamine B₂ ou G), niacinamide — associés avec des glycérophosphates de calcium, de manganèse, de sodium et de potassium.

L'ELIXIR 'B-G-PHOS' sera favorablement accueilli parce qu'il est exceptionnellement savoureux. Il stimule un appétit sain et aide à l'assimilation en augmentant l'absorption et l'écoulement des sucs gastriques. Il est susceptible aussi d'accélérer l'action des ferments gastriques.

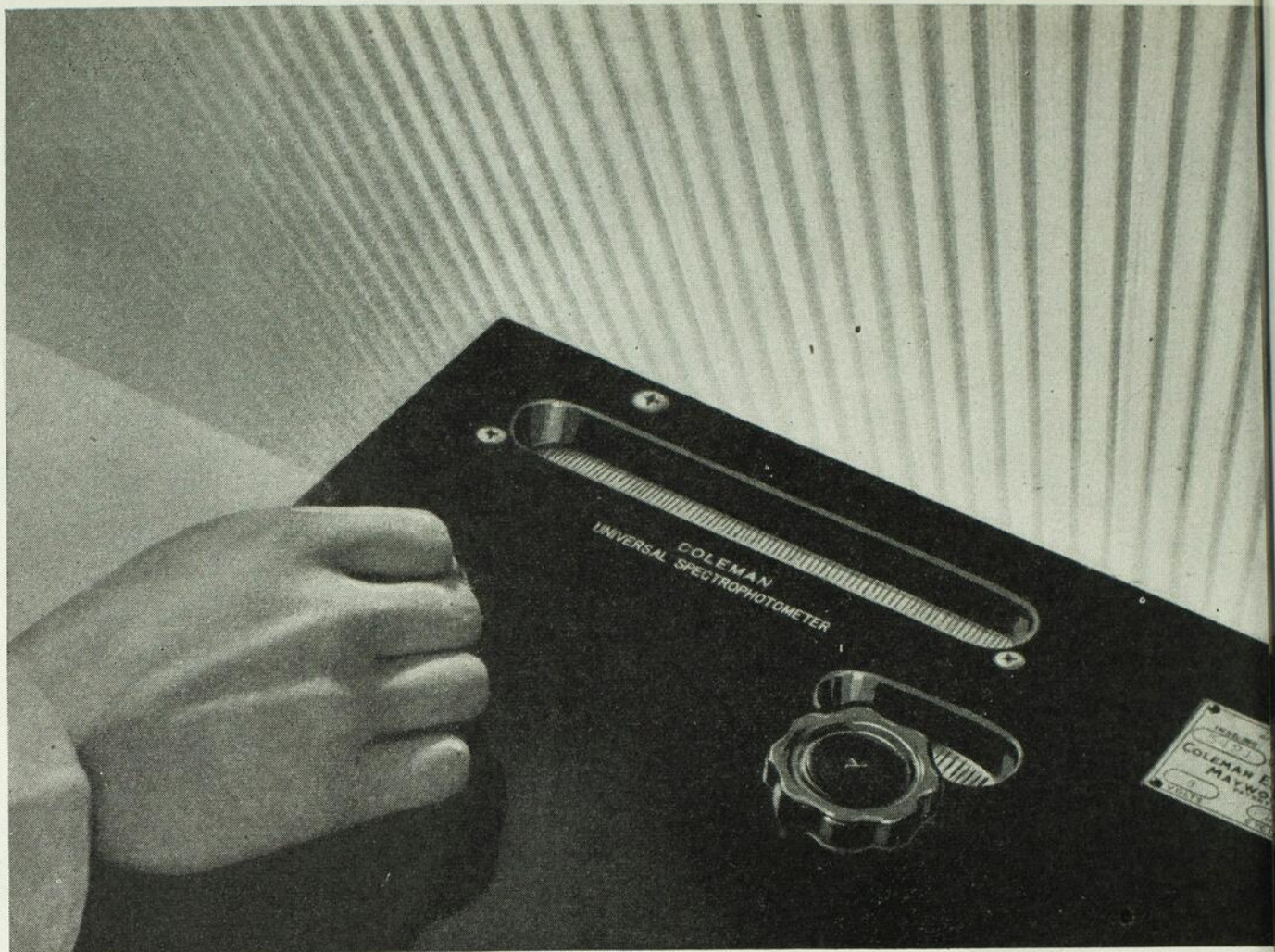
L'ELIXIR 'B-G-PHOS' est offert en flacons de 16 et de 80 onces.

Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 5, Ont.

1. Science, 97: 385, 1943. 2. J.A.M.A., 119: 945, 120: 831, 1943; Digest of Treatment, 6: 835, 1943; New England J. Med., 228: 8, 1943. 3. New England J. Med., 228: 118, 1943. 4. South Mad. J. 34: 89, 1941.

Elixir

'B·G·PHOS'



"Un arc-en-ciel à l'oeuvre."

Le spectrophotomètre est un appareil servant à mesurer la concentration chimique de certaines substances au moyen d'ondes lumineuses. Sous l'activité du spectrophotomètre, un rayon de lumière blanche se décompose en toutes les couleurs du spectre.

Le chimiste transforme en un composé coloré la préparation qui doit être analysée. Dans une solution de ce composé il projette une lumière de longueur d'onde bien définie. Une certaine quantité de cette lumière est absorbée par la solution qui transmet à la cellule photo-électrique la lumière non absorbée.

L'intensité de la lumière non absorbée est mesurée par la cellule photo-électrique et enregistrée à l'aide d'un galvanomètre.

Il existe une relation bien définie entre la quantité de lumière absorbée par la solution et la concentration des substances chimiques dissoutes. Cette méthode peut être utilisée pour le titrage de substances telles que les vitamines A, C, et l'acide nicotinique.

Les analyses de ce genre, au sujet de toutes les matières premières et—avant qu'elles ne soient mises sur le marché—des spécialités Horner, sont effectuées par nos chimistes spécialisés. Ces moyens de contrôle assurent au médecin un produit conforme à l'étiquette qui l'accompagne.



Maltlevol caractérise la qualité des produits Horner.

Maltlevol est prescrit par des milliers de médecins du Dominion, car c'est le tonique vitaminé original qui fournit:

- a) la valeur élevée des vitamines: A, B₁, B₂, C, D et de l'acide nicotinique.
- b) les facteurs reconstituants essentiels: lécithine d'oeuf, extraits de levure, de malt; moëlle rouge.
- c) Maltlevol fournit aussi: fer, albuminate, extrait de foies frais.

dans un vin médicinal de haute qualité comme véhicule.

Maltlevol est recommandé dans le traitement de l'affaiblissement général, de l'anorexie, de l'anémie subaiguë, des douleurs et malaises vagues, de l'amaigrissement.

Les médecins prescrivent Maltlevol à raison d'une cuillerée à table trois fois par jour. Maltlevol est présenté en flacons de 12 onces.

Maltlevol est préparé dans les laboratoires de

FRANK W. HORNER LIMITED

*Le soulagement
efficace de la
congestion nasale...*

EPHEDRINE

SOLUTION ISOTONIQUE

(AQUEUSE)

MARQUE

'VAPOROLE'

La solution Isotonique (aqueuse) d'Ephédrine 'Vaporole' soulage efficacement la congestion nasale associée au rhume de cerveau, à la sinusite, à la rhinite et à la fièvre des foins. Elle détermine une prompte contraction de la muqueuse, de durée maximale, et son emploi ne provoque dans la suite ni congestion ni oedème nasaux.

La préparation renferme de l'éphédrine (équivalente à 1 p.c. de l'alcaloïde) dans un sérum de Locke modifié dont les propriétés physiques (pH, etc.) sont très semblables à celles de la sécrétion nasale normale, et qui, par conséquent, ne détermine aucune irritation de la muqueuse. Elle ne contient non plus ni antiseptiques ni drogues qui puissent diminuer l'activité ciliaire ou causer de gêne et partant décourager le malade d'en continuer les applications.

Flacons de 1 once fluide (avec compte-gouttes) et 16 onces fluide



BURROUGHS WELLCOME & CO.

(The Wellcome Foundation Ltd.)

MONTRÉAL

MAISONS ASSOCIÉES · LONDRES · NEW YORK · SYDNEY
CAPE TOWN · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

PULMO-BAILLY

SA BASE ACTIVE DE COMPOSITION
ET D'ACTION DÉFINIES ET CONSTANTES

Phospho-Gaïacolate de Codéïne

ASSURE :

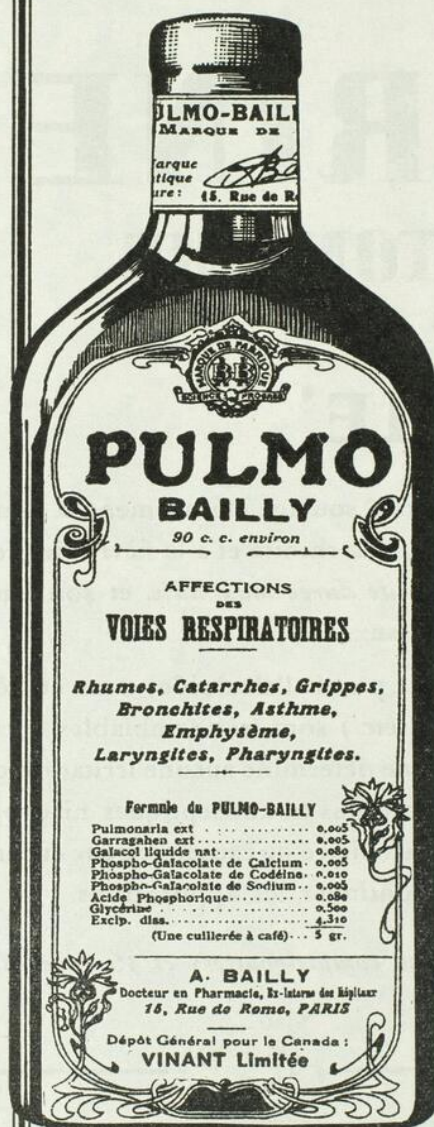
1° **PAR L'IMPRÉGNATION ANTISEPTIQUE** de la muqueuse de l'appareil pulmonaire :

L'ÉLIMINATION des éléments infectants, la **SUPPRESSION** progressive de la toux et de l'expectoration.

2° **PAR SON PHOSPHORE ORGANIQUE** directement assimilable :

LE RENFORCEMENT de la capacité de défense de l'organisme. LA **STIMULATION** puissante du tonus nerveux, de l'appétit et des fonctions digestives.

Toutes les affections des voies respiratoires, préventif et curatif des complications broncho-pulmonaires de la grippe et des maladies infectieuses, toux.



1 cuillerée à café au milieu de chacun des repas. — Aucune contre indication

LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIII^e

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



L'“Elastoplast” et les ampoules au talon

Les Pansements Elastoplast sont particulièrement utiles lorsqu'il faut les appliquer à des endroits difficiles.

On peut les laisser en place pendant des périodes prolongées sans éprouver aucune gêne.

Dépositaires:

SMITH & NEPHEW LTD., 378 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

Fabriqué en Angleterre par T. J. Smith & Nephew Ltd., Hull.



PROVEINASE

MIDY

“RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE”

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNopause

2 à 6 comprimés par jour.

LABORATOIRES MIDY - PARIS

Agents pour le Canada: VINANT Liée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL

GÉNATROPINE Paralyant du vague

POLONOVSKI et NITZBERG.

- Propriétés:** Sédatif de l'hypersécrétion et de l'hypermotricité digestive. Toxicité d'environ 200 fois plus faible que celle de l'Atropine.
- Indications:** Hyperchlorhydrie, Spasmes digestifs, Vomissements, Aéro-phagie, Coliques, Diarrhées.
- Posologie:** La dose moyenne est de 4 à 6 granules par jour. Si l'on prescrit les gouttes, on en donnera 10 à 30, deux ou trois fois par jour, deux heures après les repas. Les injections sous-cutanées se donnent à raison d'une à trois ampoules par jour.
- Présentation:** Granules au ½ mgr. flacon de 60 granules.
Gouttes, solution à 1.5 p. 1000, flacon de 20 c.c.
Ampoules dosées à 2 mgr. boîte de 10 amp. de 1 c.c.

Laboratoires AMIDO

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

POUR L'ALIMENTATION DES ENFANTS ET DES ADULTES

MARQUE

'DEXIN'

DE FABRIQUE

RICHE EN HYDRATES DE CARBONE DEXTRINIQUES

Le 'Dexin', ayant une forte teneur en Hydrates de Carbone Dextriniques, est l'une valeur toute spéciale pour l'alimentation des enfants en bas âge et des convalescents et pour les régimes pré- et postopératoires. En voici des raisons importantes:

- Le 'Dexin' se compose en grande partie de dextrines (75%) infermentescibles par les bactéries intestinales ordinaires. Cette faible fermentescibilité permet une ingestion élevée d'hydrates de carbone avec production minime de gaz intestinal. La petite proportion de maltose s'assimile promptement avant que la fermentation puisse avoir lieu.
- Le 'Dexin' est d'une saveur exceptionnellement agréable et pas excessivement sucrée. Le 'Dexin' se dissout promptement, sans former des masses gluantes difficiles à délayer.
- Il n'est pas allergène et ne contient pas d'enzymes actives.

FORMULE

Dextrines.....	75%	Cendre Minérale.....	0.25%
Maltose.....	24%	Humidité	0.75%

Six cuillerées à soupe rases (1 once) fournissent 115 calories.

Récipients de 12 onces et de 3 livres

**BURROUGHS WELLCOME & CO.**

(The Wellcome Foundation Ltd.)

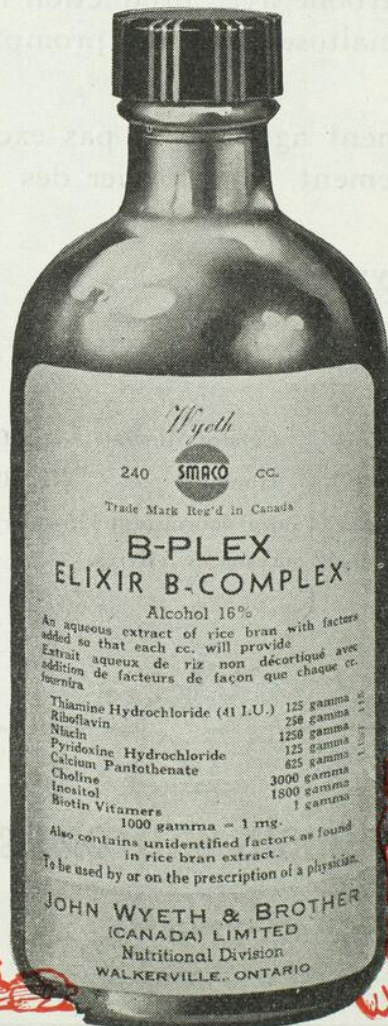
MONTRÉALMAISONS ASSOCIÉES: LONDRES - NEW YORK - SYDNEY
CAPE TOWN - BOMBAY - SHANGHAI - BUENOS AIRES



La Source Naturelle

B-PLEX

Wyeth



Wyeth
240 **SMACO** CC.
Trade Mark Reg'd in Canada

**B-PLEX
ELIXIR B-COMPLEX**
Alcohol 16%

An aqueous extract of rice bran with factors added so that each cc. will provide
Extrait aqueux de riz non décortiqué avec addition de facteurs de façon que chaque cc. fournisse

Thiamine Hydrochloride (41 I.U.)	125 gamma
Riboflavin	250 gamma
Niacin	1250 gamma
Pyridoxine Hydrochloride	125 gamma
Calcium Pantothenate	625 gamma
Choline	3000 gamma
Inositol	1800 gamma
Biotin Vitamers	1 gamma

1000 gamma = 1 mg.
Also contains unidentified factors as found in rice bran extract.
To be used by or on the prescription of a physician.

**JOHN WYETH & BROTHER
(CANADA) LIMITED**
Nutritional Division
WALKERVILLE, ONTARIO

Les connaissances sur la valeur du riz non décortiqué ont progressé rapidement depuis la première recherche d'Eijkman.

A la suite d'années d'expériences bien conduites, on a établi scientifiquement que l'extrait de riz non décortiqué est une source naturelle très désirable de la vitamine B complexe.

Le bel équilibre nutritif et la perfection de B-Plex ont été déterminés par les expériences longues et laborieuses, conduites en comparaison avec plusieurs préparations de vitamines B complexe venant d'autres sources... Pour fins de renseignements, les résultats convaincants de ce travail ardu sont enregistrés sur des graphiques.

JOHN WYETH & BROTHER
(CANADA) LIMITED

Nutritional Division — WALKERVILLE, Ontario

ANALYSEZ *la* formule

B-PLEX



Deux cuillerées à thé (8 c.c.) fournissent

Chlorhydrate de thiamine	1000 gamma
Riboflavine	2000 gamma
Niacin	10000 gamma
Chlorhydrate de pyridoxine	1000 gamma
Pantothénate de calcium	5000 gamma
Choline	24000 gamma
Inositol	14400 gamma
Biotine	8 gamma

et des facteurs non identifiés que l'on rencontre dans l'extrait de riz non décortiqué.

Dose suggérée:

2 à 4 cuillerées à thé (8 à 16 c.c.) par jour ou selon l'ordonnance.

Extrait de riz non décortiqué — une des sources naturelles les plus riches du B-Complexe — Équilibré biologiquement avec l'addition de facteurs B.

TRÈS AGRÉABLE AU GOÛT - ÉCONOMIQUE - VALEUR ÉQUILIBRÉE

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED

NUTRITIONAL DIVISION

WALKERVILLE

ONTARIO



Il est bon de le Répéter...

La Qualité en Oestrogénothérapie:

Il n'est plus nécessaire de faire un compromis entre la qualité et le coût. Grâce à un contrôle scientifique rigoureux et à l'emploi de méthodes de fabrication perfectionnées, les Hormones Oestrogènes, R & C, fournissent au médecin un mélange d'oestrogènes naturels économique et d'une efficacité thérapeutique exceptionnelle.

L'activité élevée et constante des Hormones Oestrogènes, R & C, est maintenue par un titrage rigoureux dans nos propres laboratoires. Les oestrogènes sont premièrement dosés biologiquement sur des rates par la méthode du frottis vaginal, puis sur des souris par une modification de la méthode par mucification de Fluhmann, afin de prévenir toute variation possible dans la technique analytique. Chaque lot est ensuite analysé de nouveau par un laboratoire indépendant — le médecin et la malade ont ainsi une triple protection.

PRÉSENTATION: Solution huileuse — pour injection intramusculaire — ampoules de 1 cc. et fioles contenant plusieurs doses (2,000, 6,000, 10,000 et 25,000 U. I. par cc.). Comprimés de 1,000 et de 5,000 U. I.

HORMONES OESTROGÈNES, R&C

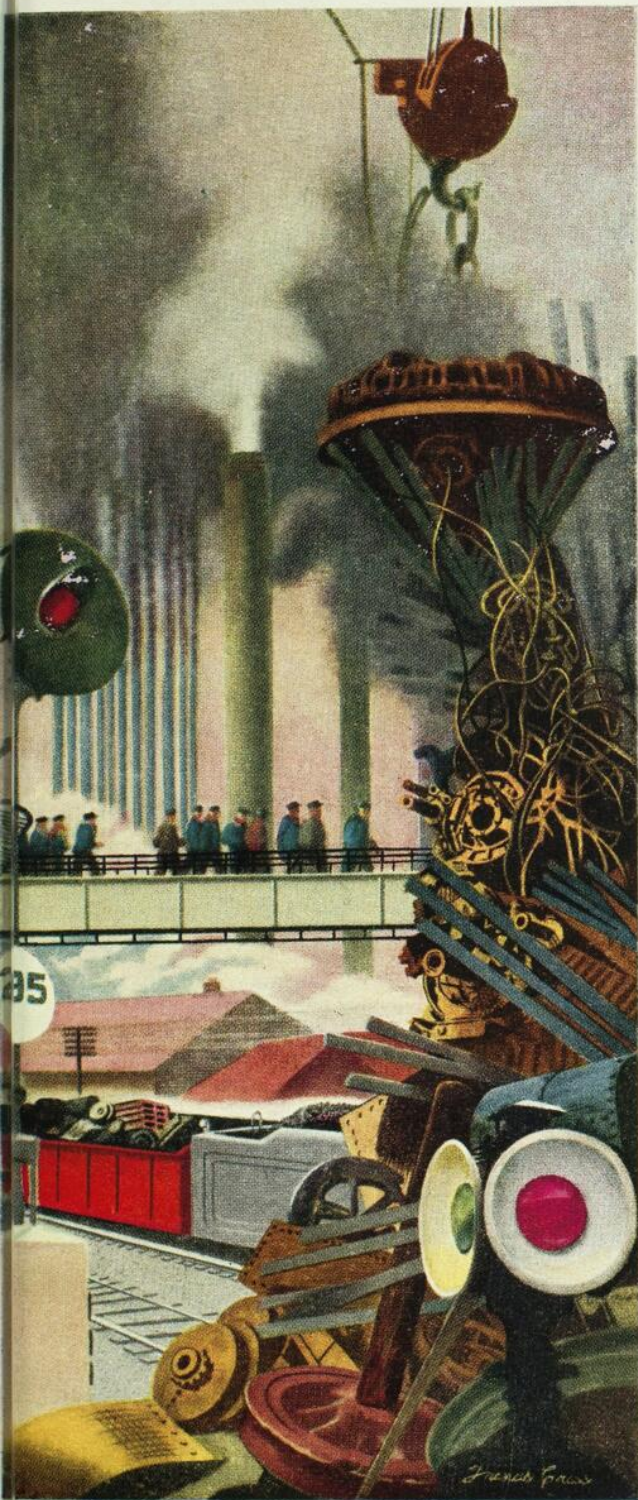
HORMONES OESTROGÈNES, R&C

HORMONES OESTROGÈNES, R&C

REED & CARNRICK (CANADA) LTD.

64-66 GERRARD STREET, E., TORONTO, ONTARIO

Ceci devrait être un Canon en Italie...



● La quantité d'armements qui *aurait pu* être fabriquée n'eut été la perte de temps occasionnée par le rhume banal est renversante. On estime que le rhume est responsable de la perte de plus de 5 millions de journées de travail par année . . . qu'il fait perdre autant de temps dans l'industrie que toutes les autres maladies réunies.

Bien qu'on n'ait encore trouvé aucun *remède spécifique* contre le rhume, le Sulfédex fournit au médecin un moyen de procurer un soulagement symptomatique efficace, et *de plus* une action antibactérienne contre les organismes envahisseurs secondaires, que certains considèrent être la cause principale des manifestations les plus fortes du rhume. Le Sulfédex est une solution *stabilisée* de sulfathiazole sodique à 2.5 pour cent et de chlorhydrate de dl-désoxyéphédrine à 0.125 pour cent. Le sulfathiazole sodique exalte l'action vasoconstrictive de la désoxyéphédrine, ce qui permet l'emploi de solutions beaucoup plus faibles et diminue le risque des réactions secondaires qui se produisent parfois lorsqu'on use trop largement de drogues dans le genre de l'éphédrine.

Le Sulfédex est indiqué pour le traitement des infections du nez et des sinus produites par les staphylocoques, les pneumocoques et les streptocoques hémolytiques. A cause de la contraction marquée de la muqueuse qu'il produit, le Sulfédex peut également servir d'adjuvant dans le traitement de la sinusite chronique.

Le Sulfédex peut être vaporisé ou instillé dans le nez, ou être imbibé dans un tampon qu'on introduit ensuite dans le nez. Ce traitement produit une contraction très efficace de la muqueuse tuméfiée, et le sulfathiazole peut exercer son action localement, contribuant ainsi à vaincre l'infection bactérienne. Sulfédex se vend en flacons de 1 et 16 onces fluides.

ABBOTT

SULFEDEX

(Solution Stabilisée de Sulfathiazole-Désoxyéphédrine, Abbott)



Le Stratège du Cabaret du Coin

LIL SAIT comment gagner la Guerre — facilement — en trois mois; pourtant il ne peut même pas commander un repas bien équilibré! Et il est loin d'être le seul de son espèce. Une multitude de gens de toutes les classes de la société sont constamment menacés d'insuffisance vitaminique tout simplement parce qu'ils n'ont pas les connaissances requises — ou le souci — de s'assurer qu'ils ont une alimentation complète.

L'ignorance sur la nutrition, la négligence, les préférences et les aversions irrationnelles pour certains mets, les régimes amaigrissants peu judicieux, et les théories fantaisistes sur l'alimentation ne conduisent peut-être que rarement aux avitaminoses classiques; mais ces facteurs, et d'autres du même

genre, sont souvent la cause d'hypovitaminoses partielles. De fait, un grand nombre de relevés ont démontré qu'elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne s'en rend généralement compte.

Dans de tels cas, beaucoup de médecins ont l'habitude, en plus de corriger le régime alimentaire, de prescrire comme appoint une bonne préparation vitaminique. Et de plus en plus ils choisissent les Capsules de Dayamine, qui sont destinées à fournir les besoins journaliers moyens.

Chaque Capsule de Dayamine

fournit huit vitamines importantes dans les proportions suivantes: Vitamine A, 5,000 Unités internationales; Vitamine D, 800 unités internationales; Chlorhydrate de Thiamine, 3 mg.; Riboflavine, 3 mg.; Nicotinamide, 20 mg.; Chlorhydrate de Pyridoxine, 1 mg.; Acide Pantothénique, 3 mg.; Acide Ascorbique, 75 mg.

Dans les Capsules de Dayamine, chacune des vitamines est soigneusement titrée. Elles se vendent en boîtes de 30 et en flacons de 100 dans toutes les bonnes pharmacies.

Dayamin

ABBOTT

(MULTI-VITAMINES ABBOTT)

BULLETIN

L'INSTITUT PASTEUR DE PARIS, DURANT L'OCCUPATION ALLEMANDE

Des savants de Paris plus rusés que les Nazis

Je m'empresse de porter à la connaissance de nos lecteurs un rapport qui concerne l'Institut Pasteur de Paris. Toutes sortes de rumeurs ont circulé à son sujet, et les ennemis de la France n'ont pas hésité à laisser un doute planer sur l'œuvre poursuivie par cette institution universellement connue et respectée.

Nous avons raison de croire que le renseignement, soit-disant officiel, que nous possédons, est véridique. Il montre, comme nous nous y attendions d'ailleurs, que cet Institut a poursuivi clandestinement son œuvre malgré l'occupation et la haine du Boche.

Voici quel est le renseignement que nous possédons.

Ce magnifique résultat a reçu sa récompense, comme je le disais dernièrement, de la part de l'Académie française de Paris en élisant son directeur, le docteur Vallery-Radot, comme l'un de ses membres.

Nous sommes donc très fiers de proclamer ce magnifique patriotisme silencieux, mais actif et fécond, s'ingéniant à sauver des millions de vies, tandis que l'ennemi les sacrifiait selon son caprice, inhumain et stérile!

Cette organisation, en dépit de difficultés presque insurmontables dues à quatre années d'occupation ennemie, peut, aujourd'hui, proclamer avec une légitime fierté: « Nous ne manquons de rien. » C'est l'Institut Pasteur, de réputation mondiale.

Le récit de ses luttes contre les restrictions et les privations, auxquelles s'ajoutait la nécessité de poursuivre son travail en secret au mépris des ordres nazis, constitue une véritable épopée.

Depuis des mois avant le jour fixé pour l'invasion, nous confia le directeur, monsieur Trefouel, l'Institut, de sa propre initiative et sans aucun secours ni appui officiels, décida de cacher des réserves de vaccins et de sérums en prévision d'épidémies que la guerre entraîne presque automatiquement dans son sillage. Il fallait que ce

travail fût accompli clandestinement. Les précieuses fioles furent placées dans des caches spéciales réparties dans tout le pays mais surtout le long des côtes.

Pendant quatre longues années, l'Institut réussit à poursuivre son activité en dépit du refus systématique que les Allemands opposèrent à toutes ses requêtes et malgré l'impossibilité d'obtenir des autorités françaises aucune quantité supplémentaire de produits essentiels à la fabrication; bien plus, il réussit même à dépasser sa production d'avant-guerre. La préparation de fioles de 10 cc. pour de très nombreuses vaccinations contre la diphtérie et les inoculations contre le tétanos passa de 12,600 en 1933 à 1,359,000 en 1942. La production de l'antitoxine contre la diphtérie s'éleva de 4,180 pintes en 1932 à 28,000 en 1944. Pareille augmentation, soit dit en passant, fut obtenue pour presque tous les autres sérums et vaccins. Ce seul résultat, déclarait le directeur, est presque miraculeux.

Cette détermination de l'Institut Pasteur d'accroître sa production du temps de paix était motivée par des besoins chaque jour plus considérables. A mesure que la guerre se prolongeait, le nombre des malades grandissait constamment surtout à cause de la sous-alimentation. Les vaccinations obligatoires et parfois des paniques qui amenèrent les gens à accumuler certains médicaments achevèrent d'aggraver la situation. Aussi y avait-il certaines périodes où il devenait fort difficile de faire face aux besoins du public.

Quand les Allemands décidèrent de se charger eux-mêmes de la production du vaccin contre le typhus, en 1942, l'Institut installa secrètement un laboratoire au cœur même de la France à la Roche-Beaulieu, près de Périgueux, sur une propriété appartenant au parti socialiste. Quand les communications furent interrompues du fait principalement des bombardements par les alliés, les antitoxines contre la diphtérie furent préparées à Marseille et à Bordeaux aussi bien qu'à Paris.

D'autre part, la nécessité de se procurer des animaux présentait un grave problème. On sait que les chevaux fournissent des quantités importantes de sérums. Quand les chevaux devinrent rares et difficiles à trouver, il fallut les acheter sur le marché noir au prix de 40,000 francs par tête (\$800). Avant la guerre c'est l'armée qui en fournissait la plus grande partie: un cheval coûtait alors 600 francs (\$12). En temps normal un cheval pouvait fournir une moyenne de six à sept pintes de sang tous les dix jours. Pendant l'occupation, afin de

les garder en bon état, il fallait leur donner double ration de foin et d'avoine et pour cela encore on devait recourir au marché noir.

Il fallait bien ruser avec les Allemands et trafiquer sur le marché noir pour pouvoir se procurer et conserver poulets, lapins, porcs, moutons, oiseaux, bœufs, serpents, souris et cobayes nécessaires à la production des 14 sérums et de leurs 35 variétés ainsi que des sept vaccins simples, doubles et triples préparés par l'Institut Pasteur. On ne réclama aucun subside et le prix des sérums ne fut jamais augmenté.

Pour pouvoir maintenir sa production, l'Institut employait chaque mois 8,000 souris et autant de cobayes plus 1,000 lapins. Les écuries devaient abriter au moins 800 chevaux. Au cas où l'approvisionnement en eau viendrait à manquer, l'on remit en état un vieux puits abandonné dans la cour. On répara la vieille machinerie destinée à produire de l'électricité pour les jours où le courant serait momentanément ou même définitivement supprimé.

Il est donc bien naturel qu'aujourd'hui l'Institut Pasteur jouisse d'une haute estime auprès de tous les Français. Il a tenu bon pendant toute la durée de cette période si difficile et a sauvé des milliers de vies grâce au magnifique dévouement et au patriotisme de chacun de ses membres, même du plus humble de ses assistants.

Si Pasteur renaissait de ses cendres il serait fier de proclamer de nouveau à la face du monde quel est le véritable esprit de la « Science », à laquelle il avait consacré sa vie. Il répéterait ses paroles prononcées à l'inauguration de l'Institut Pasteur en 1890: « . . . deux lois contraires semblent, aujourd'hui, en lutte: une loi de sang et de mort, qui, en imaginant chaque jour de nouveaux moyens de combat, oblige les peuples à être toujours prêts pour le champ de bataille; et une loi de paix, de travail, de salut qui ne songe qu'à délivrer l'homme des fléaux qui l'assiègent. L'une ne cherche que les conquêtes violentes; l'autre, que le soulagement de l'humanité. Celle-ci met une vie au-dessus de toutes les victoires; celle-là sacrifierait des centaines de mille existences à l'ambition d'un seul. »

— Ce parallèle n'est-il pas d'une douloureuse actualité!

Albert LESAGE.

ASPECT ENDOCRINIEN DU MÉTABOLISME DU CALCIUM¹

Par Eugène ROBILLARD,

Directeur du laboratoire de Physiologie,
Université de Montréal.

Comme le squelette renferme 99% de tout le calcium de l'organisme, on serait tenté de considérer le métabolisme de cet élément comme une affaire strictement osseuse. Mais le calcium se retrouve dans toutes les cellules et tous les liquides de l'économie et y remplit des fonctions très diverses d'une importance pratique variable. Ainsi son rôle dans la catalyse de la formation de la thrombine, son action sur la contractilité et la rythmicité cardiaques, l'équilibre des membranes dont il est un facteur essentiel, ne retiendront que passagèrement notre attention. En effet, la catalyse de la formation de la thrombine par le calcium, théoriquement si importante pour la coagulation, ne possède aucun intérêt pratique puisque selon Crane et Sanford (1) il faut, pour observer un allongement notable du temps de coagulation, atteindre un taux de calcium plasmatique aussi bas que 2.5 mg. %, qui en pratique ne se rencontre pas. Quant à l'action du calcium sur la contractilité et la rythmicité cardiaques, démontrée classiquement par la perfusion du cœur de grenouille, elle ne débord pas les cadres de la science pure, si on excepte quelques observations telles que celles de Zunz et Labarre, Hoff et ses collaborateurs (2) qui signalent les dangers de l'arythmie cardiaque dans l'association digitale-calcium. Enfin, pour ce qui concerne l'équilibre des membranes et la perméabilité cellulaire, ce n'est qu'accessoirement que le clinicien ait à en examiner les mécanismes profonds où l'action du calcium s'exerce, bien que le calcium diffusible diminue dans les états allergiques et que son administration en allège les manifestations. Restent, parmi les fonctions essentielles attribuées au calcium, l'excitabilité neuro-musculaire et la transmission synaptique que le calcium assure et contribue à régulariser. En définitive, et du moins en première

approximation, l'intérêt se centre sur deux fonctions du calcium, sur son rôle dans la constitution osseuse et sur son action dans l'excitabilité neuro-musculaire. Schématiquement, les troubles de l'excitabilité neuro-musculaire accompagnent l'hypocalcémie. L'exemple endocrinien typique est celui de l'hypoparathyroïdie, tandis que les troubles de la calcification sont plutôt le fait de l'hypercalcémie et sont illustrés par le tableau endocrinien de l'hyperparathyroïdie.

On estime le calcium sanguin par le dosage dans le sérum. Il est admis que les globules rouges ne contiennent que des traces de calcium et que la fibrine au cours de la coagulation n'en entraîne pas de quantités significatives. Normalement, le sérum contient de 9 à 11 mg. de calcium par 100 cc. De cette quantité les expériences de dialyse et d'ultrafiltration ont montré que seulement 5 à 6 milligrammes pour cent sont diffusibles. On distingue donc deux fractions du calcium sérique, une non diffusible 4 à 5 milligrammes, l'autre diffusible 5 à 6 milligrammes. De cette dernière fraction diffusible, une partie, la plus grande, 4.75 à 6 mg., est ionisée (elle gagne la cathode dans l'électrodialyse), tandis qu'une faible partie, 0.25 milligramme, n'est pas ionisée (elle n'est pas transportée par le courant électrique). Le tableau suivant résume ces données:

<i>Calcium dans le sérum</i>	<i>Milligrammes %</i>
Ca total	9 à 11
Ca non diffusible	4 à 5
Ca diffusible	5 à 6
ionisé	4.75 à 6
non ionisé	0.25

Albright (3) et ses collaborateurs ont attiré l'attention sur le fait que dans les états parathyroïdiens, le calcium sérique total présente une relation inverse avec le phosphore inorganique. On peut citer pour exemple l'hypoparathyroïdie qui s'accompagne d'hypocalcémie et d'hyperphosphatémie, tandis que l'hy-

1. Conférence donnée à la Société Canadienne d'Endocrinologie, le 15 novembre 1944.

erparathyroïdie s'accompagne d'hypercalcémie et d'hypophosphatémie. Ce rapport ne se vérifie pas toujours cependant; notamment, à la suite d'injection intraveineuse de calcium, le phosphore inorganique ne subit que de petites variations et pas toujours dans le sens attendu. Il faudrait se garder d'en faire une loi trop générale (4).

Dans ce calcium total, nous devons considérer trois parties. La première, le calcium non diffusible, est liée aux protéines; sa concentration est déterminée par la teneur des protéines du sérum. La seconde, le calcium ionisé, est sous l'influence de plusieurs facteurs dont il est encore difficile d'évaluer la part respective. Celle qui rend le problème ardu, c'est qu'on ne possède pas de moyen simple de mesurer directement les ions Ca. La méthode de McLean et Hastings (5), qui s'adresse à l'action des ions calcium sur la contraction du cœur de grenouille perfusé, est trop laborieuse pour l'application clinique. Mais elle a permis de rapporter la teneur des ions calcium, au calcium total, aux protéines totales et à la constante de dissociation du protéinate de calcium (6). En pratique clinique, on peut s'arrêter au calcium diffusible qui est constitué en grande partie de calcium ionisé. Nous savons que le calcium diffusible est en rapport avec la concentration des protéines. En soustrayant du calcium total le calcium lié aux protéines, nous pouvons connaître le calcium diffusible. Comme la relation entre le calcium diffusible et les protéines n'est pas simple, on a recours à une courbe, à une courbe, proposée par McLean et Hastings, qui tient compte des facteurs intermédiaires. Evidemment, dans ce calcium diffusé, on joint une faible portion de calcium non ionisé, portion jugée jusqu'à maintenant insuffisante pour arrêter l'attention (7). On admet que seul le calcium ionisé exerce un rôle sur l'excitabilité neuro-musculaire. Cette vue est supportée par le fait clinique qu'une diminution du calcium diffusible atteignant 5 mg. % est associée à la tétanie; elle est aussi confirmée par de nombreux faits expérimentaux. Comme conclusion pratique, du point de

vue du laboratoire clinique, on tirera toujours des renseignements plus complets et plus faciles à interpréter si on fait en même temps la détermination du calcium total et celle des protéines totales qui permettront de fixer le taux du calcium diffusible. En réalité, le calcium total seul, sans dosage de protéines, perd la plus grande partie de sa valeur.

Le calcium sérique ne dépasse pas normalement les limites de 9 à 11 milligrammes pour 100 cc. Seules de légères variations physiologiques ont été rapportées parmi lesquelles la diminution observée au cours des derniers mois de la grossesse est la plus importante (Mazzocci et Moron; Bogert et Plass; Widdows; De Wesselow; Krebs et Briggs; Kehner) (8). Cette diminution correspond sans doute à un apport fœtal considérable, surtout à partir du 5e mois.

Aussi, les besoins du calcium alimentaire de la femme enceinte seront-ils augmentés par rapport à ceux de l'adulte. Selon Sherman (9), un apport alimentaire de 0.65 gr. de calcium par jour pour un adulte de 70 kgs constitue une ration d'entretien suffisante, tandis que la femme enceinte et l'enfant en état de croissance doivent parfois en ingérer jusqu'à deux grammes.

L'absorption du calcium dans le petit intestin ne porte que sur environ la moitié du calcium alimentaire. Elle est d'ailleurs variable suivant les aliments, le lait étant considéré comme le meilleur. Elle est favorisée par les influences qui tendent à maintenir le calcium soluble dans l'intestin et surtout par la vitamine D.

L'excrétion du calcium se fait par le rein et le gros intestin. Cette dernière route est la moins intéressante. D'abord, le calcium fécal représente la somme du calcium alimentaire non absorbé et du calcium excrété et pour départir la valeur de chacun il faut établir le bilan calcique, ce qui entraîne un travail assez considérable. Il faut néanmoins l'établir pour connaître si la balance entre les ingesta et les excreta est positive ou non. De plus, l'excrétion fécale de calcium dépend plutôt de la

composition du contenu intestinal que de la teneur du sang en calcium et en phosphate (10). L'excrétion rénale du calcium est plus en rapport avec la composition du sang. C'est une substance à seuil qui est excrétée dans l'urine quand elle détient dans le sang un niveau supérieur à 7 mg. On trouve normalement une excrétion de 0.1 à 0.7 gr. de calcium par 24 heures. L'acidose augmente nettement l'excrétion urinaire. Le calcium passe encore au niveau du placenta et dans la sécrétion lactée.

La mise en réserve du calcium dans les os peut faire partie du métabolisme du calcium comme elle constitue sa fonction la plus fréquente. La calcification des os n'intéresse pas seulement l'organisme en croissance, mais aussi le système osseux de l'adulte puisque les os sont continuellement remodelés, résorbés et reconstruits. Il existe donc un « turnover » calcique au niveau des os. La fixation du calcium sur les os et son enlèvement résultent d'un mécanisme complexe où se rencontrent l'influence de l'équilibre en ions calcium et phosphate du sang et l'action des phosphatases. C'est en 1922 que Howland et Kramer (11) montraient la fixation du calcium et du phosphore inorganique du sérum. Dans le rachitisme, le produit du calcium sérique par les phosphates (exprimés en milligrammes) est de 35 ou moins, tandis que pour les enfants normaux il se place entre 50 et 60. Cette relation exprimée par Howland et Kramer reste commode, bien qu'on sache maintenant que c'est le produit des concentrations ioniques qui importe. La précipitation du phosphate de calcium de sa solution est en effet, à un pH donné, déterminée par le produit des concentrations des ions PO_4^{4-} et Ca^{++} , soit : $(\text{PO}_4^{4-}) \times (\text{Ca}^{++})$. L'acidité du milieu contribue à tenir une plus grande quantité de ces ions en solution. Dans le sang, une certaine quantité de calcium est liée aux protéines et n'est ionisée que très faiblement. Par rapport au sang, le liquide interstitiel au niveau des os a une concentration ionique plus grande parce que sa teneur en protéines est moindre; il y aura donc tendance à la préci-

pitation. D'autre part, à ce niveau, le métabolisme cellulaire étant peu actif, la teneur en CO_2 est basse; la réaction tend vers l'alcalose ce qui constitue un autre facteur qui favorise la précipitation.

Les sels osseux apparaissent donc ainsi comme le résultat de la précipitation de phosphate de calcium arrivé au stade de saturation. En fait, le phénomène est plus complexe. Le premier sel formé subit une série de transformations d'où résulte le sel osseux final (apatite) assez éloigné du phosphate de calcium.

L'action des phosphatases réclamée par Robinson (12) vient s'ajouter aux influences précédentes. La phosphatase est une diastase sécrétée par les ostéoblastes et trouvée en grande concentration au niveau des zones de calcification. Son action consiste en la catalyse de l'hydrolyse des esters phosphoriques; elle libère les ions phosphates de ses combinaisons organiques (hexose monophosphorique, glycéro-phosphate, phospho-protéines, etc.). Ainsi, des phosphates organiques deviennent inorganiques et augmentent localement la concentration des ions phosphates et partant le produit $(\text{PO}_4^{4-}) \times (\text{Ca}^{++})$ qui détermine la précipitation du phosphate de calcium.

Sans faire directement partie de son mécanisme immédiat, des facteurs alimentaires et endocriniens modifient la calcification. Les conditions alimentaires résident dans un apport adéquat de Ca, de phosphore et de vitamine D. La vitamine D régit l'absorption intestinale de Ca et de P. En outre, elle semble agir directement sur les cellules osseuses dans la calcification, comme le montrent Venar et Todd (13). Ces auteurs ajoutèrent du viostérol à des fragments d'os maintenus en survie *in vitro*; la calcification en fut augmentée. Reste l'action des glandes endocrines dont il faut maintenant examiner l'influence générale. Au premier plan se placent les parathyroïdes.

L'action des parathyroïdes est illustrée expérimentalement par l'ablation des glandes et par l'administration d'extraits. Des troubles métaboliques inverses résultent de la parathyroïdectomie ou de l'injection d'extraits de

parathyroïde à des individus normaux. Consécutivement à la parathyroïdectomie, on note

- de l'hypophosphaturie,
- de l'hyperphosphatémie,
- de l'hypercalcémie,
- de l'hypocalciurie.

Inversement, à la suite d'injections d'extraits parathyroïdiens, on observe

- de l'hyperphosphaturie,
- de l'hypophosphatémie,
- de l'hypercalcémie,
- de l'hypercalciurie.

Comme on a des variations du P et du Ca et que les premières semblent précéder les secondes, on peut se demander si l'hormone n'agit pas sur le phosphore en premier et si les variations du calcium ne dépendent pas de ces modifications primordiales du métabolisme phosphorique.

Une autre hypothèse fait agir l'hormone sur le calcium osseux qu'elle mobiliserait. D'après F. Albright (14), cette dernière hypothèse pourrait expliquer l'hypercalcémie, l'hypercalciurie et aussi l'hypophosphatémie de l'hyperparathyroïdie expérimentale, mais ne rendrait pas compte de l'hyperphosphaturie. On se souvient en effet que l'hypercalcémie provoque l'hypophosphatémie. Mais cette hypophosphatémie ne peut pas amener l'hyperphosphaturie. Or, l'hormone parathyroïdienne augmente l'élimination rénale de phosphore. Selon Albright, c'est l'hyperphosphaturie qui crée l'hypophosphatémie, celle-ci à son tour provoque l'hypercalcémie et l'hypercalciurie. Collip (15), qui adhérait à la mobilisation du calcium osseux comme processus primitif, s'est rallié au camp d'Albright en expliquant que personne n'a pu provoquer l'hypercalcémie après néphrectomie, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas d'abord d'hyperphosphaturie ni d'hypophosphatémie. Il ne faut cependant pas conclure trop tôt. En effet, Albright (16) lui-même décrit un état d'hyperhyperparathyroïdie ou d'intoxication parathyroïdienne provoqué chez le chien par une administration très généreuse d'extrait parathyroïdien et rencontré occasionnellement en

clinique, où le rein n'excrète pas de phosphate et où à la fois on note de l'hypercalcémie et de l'hyperphosphatémie. Il doit y avoir ici une mobilisation osseuse primitive. De toutes façons, ce n'est pas l'hypophosphatémie qui amène l'hypercalcémie.

Que l'action de l'hormone parathyroïdienne mobilise directement ou non le calcium osseux, le résultat final reste le même, il y a décalcification dans l'hyperparathyroïdie. Cela ne modifie pas non plus les rapports du calcium à la parathyroïde. Une baisse du calcium sanguin excite la sécrétion parathyroïdienne. De même, l'hypertrophie secondaire des parathyroïdes, consécutive au rachitisme ou à une maladie rénale chronique, est plutôt attribuée aux modifications du calcium qu'à celles des phosphates.

Les symptômes cliniques de l'hypoparathyroïdie traduisent l'augmentation de l'excitabilité neuro-musculaire résultant de l'hypocalcémie, tandis que ceux de l'hyperparathyroïdie manifestent la mobilisation du calcium osseux.

Le plus fréquemment, l'hypoparathyroïdie est postopératoire, conséquence d'un accident de la thyroïdectomie. De rares cas d'hypoparathyroïdie primitive ont été rapportés. L'hyperphosphatémie dans les cas extrêmes peut atteindre 12 mg. % (la teneur normale est 3.5 mg. \pm 0.5%); l'hypocalcémie descend rarement au-dessous de 7 à 8 mg. Au-dessous de 7 mg., niveau du seuil urinaire, le calcium disparaît de l'urine. Dans les cas prolongés, la formation de cataracte et la calcification du cerveau peuvent se rencontrer et sont définitives.

Le signe clinique le plus frappant est la tétanie. Elle est ici causée par l'hypocalcémie et surtout la diminution de la concentration des ions calcium. Un taux du calcium diffusible au-dessous de 4 mg. l'annonce, un taux de 2.5 mg. % l'assure. Mais il faut se souvenir qu'elle n'est qu'une manifestation de l'excitabilité neuro-musculaire et qu'elle peut se rencontrer dans d'autres conditions amenant l'hypocalcémie et aussi dans l'alcalose sans hypocalcémie.

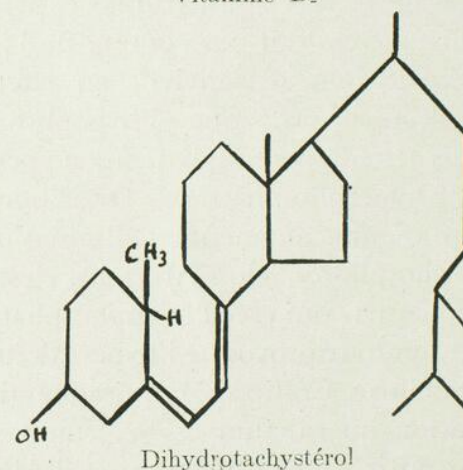
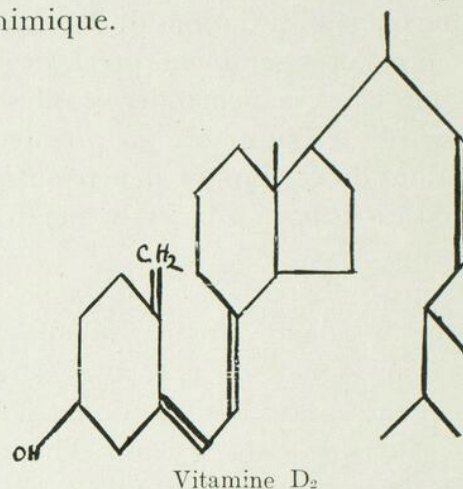
Le rachitisme, l'ostéomalacie, la stéatorrhée et l'insuffisance rénale chronique avec rétention de phosphate peuvent occasionner de la tétanie de même que l'alcalose gazeuse ou fixe. C'est plutôt au début de la convalescence du rachitisme et de l'ostéomalacie que la tétanie survient. Les os se mettent alors à fixer du calcium d'une façon exagérée, et si l'apport calcique de la diète n'est pas adéquat, le calcium sanguin sera drainé jusqu'au taux critique. Le phosphate sanguin, dans ce cas, reste normal ou est abaissé, ce qui tranche nettement avec l'hyperphosphatémie de l'hypoparathyroïdie. La tétanie de la stéatorrhée dépend aussi d'une déficience en vitamine D. Cette vitamine est liposoluble. Dans la stéatorrhée, l'absorption de la vitamine D est réduite. Il se crée un état analogue à l'ostéomalacie pour ce qui concerne le calcium. Les déficiences des vitamines liposolubles A et K viennent s'ajouter aux signes gastro-intestinaux. La tétanie de la stéatorrhée est rare et, comme dans l'ostéomalacie et le rachitisme, l'hypocalcémie ne s'accompagne pas d'hyperphosphatémie. Il est rare aussi que l'hyperphosphatémie et l'hypocalcémie de l'insuffisance rénale chronique avec rétention de phosphore déclenchent la tétanie à cause de l'acidose qui les accompagne. La tétanie peut enfin être due à de l'alcalose gazeuse ou fixe. L'alcalose gazeuse provient de l'hyperventilation pulmonaire qui débarrasse l'organisme de trop de CO_2 . L'alcalose fixe est causée par un excès de bases dans le sang, soit que des alcalis aient été absorbés, soit que de l'acide chlorhydrique ait été perdu par l'organisme au cours de vomissements répétés. Dans ces derniers cas, il n'y a pas d'hypocalcémie notable.

Le traitement de l'hypoparathyroïdie consiste à rétablir le taux du calcium sérique et à l'y maintenir optimum. A cette fin, on a presque complètement délaissé l'hormone parathyroïdienne à qui l'on reproche son coût élevé, son administration par injections et surtout la disparition progressive de son effet au cours d'un traitement forcément prolongé. A la suite de Holtz, on s'est adressé au dihydro-

tachystérol, un dérivé de l'ergostérol irradié.

Au cours de l'irradiation de l'ergostérol, une série de composés sont formés: ergostérol, lumistérol, tachystérol, calciférol, toxistérol, suprastérol I et II.

Le tachystérol doit son application à la thérapeutique de l'hypoparathyroïdie à la propriété qu'il possède de mobiliser les sels calciques osseux et par conséquent de régulariser la concentration de l'ion calcium dans le sang. Le dihydrotachystérol est très près de la vitamine D_2 ou calciférol ou viostérol au point de vue chimique.



Aussi la vitamine D_2 possède-t-elle les mêmes propriétés. Seulement, jusqu'ici on a semblé donner plus de faveur à ce dihydrotachystérol. McLean (17) ne voit aucun argument objectif de cette préférence qu'il rapporte plutôt à une opposition psychologique de la part des médecins. En effet, les doses de vitamine D_2 ou viostérol qu'il faut employer pour observer la mobilisation des sels osseux est formidable comparativement à la dose antirachitique habituelle. La dose antirachitique qui favorise

l'absorption intestinale du calcium et sa fixation sur les os est, comme on sait, de 700 à 1,000 unités internationales par jour, tandis que la dose calcémique, la dose qui mobilise le calcium osseux et peut rétablir le niveau normal d'une hypocalcémie, emploie de 60,000 à 200,000 unités internationales par jour et même davantage. On comprend que le médecin qui a été averti de la toxicité des fortes doses de vitamine D hésite devant ces chiffres élevés. Par rapport à l'hormone parathyroïdienne, le dihydrotachystérol et le viostérol, ou vitamine D, agissent plus lentement. C'est pourquoi on emploie encore parfois l'extrait parathyroïdien au début du traitement. Albright préfère injecter 10 cc. de gluconate de calcium dans les veines dans les cas d'urgence et attendre l'action des stérols. La dose de dihydrotachystérol qu'il préconise au début est de 3 cc. par jour d'une préparation huileuse qui contient 5 milligrammes de dihydrotachystérol par cc. L'administration se fait par la bouche. Pour obtenir un effet équivalent avec la vitamine D₂ ou viostérol, il faut administrer une dose double, c'est-à-dire 30 milligrammes. Or un milligramme de vitamine D₂ est équivalent à 40,000 unités internationales. On administre donc 1,200,000 unités internationales de vitamine D₂ par jour. Cette dose est continuée jusqu'à ce que le calcium reparaisse dans l'urine, puis diminuée à 1 cc. de dihydrotachystérol ou 200,000 unités internationales de vitamine D₂ trois à cinq fois par semaine selon le niveau du calcium. Le traitement est contrôlé par des dosages occasionnels de calcium sanguin et d'une façon courante par le test de Sulkowitch qu'Albright a mis en vogue. Le test de Sulkowitch est très simple et peut être fait par le patient lui-même. Il est basé sur la précipitation de l'oxalate de Ca dans l'urine. Il s'agit tout simplement de mêler quantités égales d'urines et d'un réactif composé de:

Acide oxalique	2.5 grammes
Oxalate d'ammonium	2.5 grammes
Ac. acétique glacial	5 cc.
Eau ad.	150 cc.

S'il n'y a pas de précipitation, le calcium sanguin est au-dessous du niveau du seuil, soit entre 5 et 7 milligrammes %, il y a danger de tétanie. Un léger précipité nuageux indique la présence d'un peu de calcium, ce qui permet de supposer une teneur normale du calcium sanguin, tandis qu'un précipité laiteux annonce l'hypercalciurie et par conséquent l'hypercalcémie. L'hypercalcémie est autant à éviter que l'hypocalcémie. Le taux de 13 mg. % est déjà un avertissement, car d'après N. Goormaghtigh et H. Handowsky (18), il est l'annonce d'une excrétion calcique massive avec dommages rénaux.

A cette indication calcémique, Albright ajoute du calcium, pris sous forme de gluconate ou lactate de calcium — 1 cuillerée à thé 3 fois par jour dans de l'eau — et parfois, pour créer une légère acidose qui inhibe encore davantage la tétanie, il prescrit: une solution à 30% de chlorure de calcium à raison de 10 cc. 3 fois par jour, après les repas, dans de l'eau. L'acidose provient du fait que l'ion Cl⁻ est plus absorbé que l'ion Ca⁺⁺. Il défend le lait parce que sa teneur en phosphore est trop élevée.

L'hyperparathyroïdie est surtout marquée par les signes de mobilisation calcique à partir des os. Un adénome, des adénomes multiples, ou encore une hypertrophie générale, peuvent déterminer une hyperparathyroïdie à un degré plus ou moins marqué. Nous avons vu que les quatre signes métaboliques de l'hyperparathyroïdie sont:

- l'hyperphosphaturie,
- l'hypophosphatémie,
- l'hypercalcémie,
- l'hypercalciurie.

L'hypophosphatémie est de règle, 3 mg. ou moins (la teneur normale est 3.5 ± 0.5). Cette hypophosphatémie n'est pas encore considérable, mais ce qui est caractéristique, c'est que dans l'hyperparathyroïdie elle est toujours basse. La calcémie peut atteindre le taux très élevé de 18 mg., mais peut n'être aussi que peu élevée. Ici le dosage des protéines est encore d'un grand secours (la teneur normale

des protéines est de 6 à 8.2% dans le sérum). Nous avons vu que le calcium non diffusible est en relation directe avec la teneur en protéines. Une teneur normale de calcium avec hypoprotéïnémie prend alors la signification d'une hypercalcémie. Dans ce cas, c'est le calcium diffusible, c'est-à-dire le calcium mobile, qui est augmenté. Il y a donc mobilisation exagérée de calcium.

L'hypercalcémie par elle-même peut causer quelques malaises, de la fatigue, de la lenteur intellectuelle, de l'hypotonie musculaire, de la constipation. Mais les signes les plus importants sont dus à la mobilisation du calcium.

Le calcium est mobilisé à partir des os. Il y a normalement un « turnover » calcique continu au niveau des os. L'os est détruit et reformé constamment. Schématiquement, on attribue aux ostéoclastes la destruction de l'os, tandis que les ostéoblastes le reconstruisent. Dans l'hyperparathyroïdie, la destruction prédomine, le « turnover » calcique est au débit; les ostéoblastes sont en grand nombre. Cependant, la reconstruction ne cesse pas, au contraire, elle augmente. Un signe que les ostéoblastes sont en grande activité se retrouve dans l'augmentation des phosphatases (en l'absence d'une maladie hépatique, une augmentation de phosphore est un signe d'activité osseuse) atteignant dans les cas graves 20 à 30 unités Bodansky (la teneur normale pour les adultes est de 1.5 à 4 et pour les enfants de 5 à 15). L'importance prédominante de la décalcification rend les os plus perméables aux rayons X. La multiplication et l'activité exagérée des ostéoblastes et des ostéoclastes peuvent parfois réaliser la formation de tumeurs osseuses bénignes (ostéoclastomes). Enfin, des kystes remplis de liquide et bordés de tissu fibreux se retrouvent dans l'os. Chez les grands buveurs de lait, des troubles osseux, qui constituent l'ostéite fibreuse kystique généralisée, peuvent manquer. Dans ce cas, le bilan du calcium est équilibré, le patient prend autant de calcium qu'il en excrète et la mobilisation osseuse peut être compensée.

L'hyperphosphaturie et l'hypercalcémie pro-

voquent la formation de calculs urinaires de phosphate ou d'oxalate de calcium. Le dépôt des sels de calcium peut se faire aussi à l'intérieur même du rein et conduire à l'insuffisance rénale. Dans ce cas, l'excrétion des phosphates diminue et l'hypophosphatémie peut disparaître en partie. Albright décrit même un état rarement rencontré en pathologie humaine d'hyperhyperparathyroïdie où l'excrétion des phosphates cesse, on observe une hyperphosphatémie et une hypercalcémie. Dans ce cas, les sels de calcium précipitent en quantité dans les tissus et la mort peut survenir à assez brève échéance. Cette hyperhyperparathyroïdie peut être due à une erreur thérapeutique. On peut tenter d'empêcher la décalcification chez un hyperparathyroïdien par l'administration de sels de calcium ou par une diète riche en calcium. Il se peut alors que le patient ainsi traité fasse rapidement une insuffisance rénale par précipitation de calcium dans le rein et rétention de phosphates, qu'il fasse en somme de l'hyperhyperparathyroïdie. Le traitement de l'hyperparathyroïdie est chirurgical: il consiste essentiellement à enlever le ou les adénomes ou glande hypertrophiée. Si toutes les glandes sont hypertrophiées, Albright conseille de conserver 200 à 300 mg. de la dernière.

Dans les suites opératoires, l'arrêt des processus pathologiques ne suit pas une marche parallèle. La destruction osseuse exagérée cesse immédiatement, tandis que l'appel de calcium dans ces os décalcifiés continue à sa vitesse antérieure. La tétanie peut alors se développer rapidement, une tétanie par hypocalcémie, mais qui dépend des os qui absorbent le calcium. On peut prévenir l'apparition de cette tétanie en enlevant la tumeur parathyroïdienne en plusieurs temps. Quand on a à la guérir, il faut contenter les os, donner du calcium en injectant d'une façon continue une solution de gluconate de calcium en s'aidant du dosage du calcium dans le sang pour déterminer le rythme et la durée de l'injection.

Dans l'opération et les suites opératoires, il faut tenir compte du degré d'atteinte rénale.

Nous avons vu que l'insuffisance rénale pouvait déterminer l'hypophosphaturie. Après l'ablation de l'adénome ou de la glande hypertrophiée, l'hypophosphaturie demeure et détermine l'hyperphosphatémie qui à son tour s'accompagne d'hypocalcémie. L'hypocalcémie développe une hypertrophie parathyroïdienne secondaire qui peut atteindre un niveau comparable à l'hyperparathyroïdie primitive. On comprend qu'il ne reste alors plus rien à faire.

Nous avons signalé antérieurement l'hypertrophie parathyroïdienne du rachitisme expérimental dépendant de l'hypocalcémie. En clinique, il arrive occasionnellement qu'une hyperparathyroïdie secondaire résulte d'un rachitisme ou d'une ostéomalacie.

Avec les parathyroïdes, nous avons maintenant en mains les principaux processus qui régularisent la concentration du calcium sanguin. On peut les résumer sous trois chefs: 1) la balance du bilan entre l'apport alimentaire, d'une part, et les besoins et l'excrétion, de l'autre; 2) l'équilibre chimique entre le calcium ionisé et le protéinate de calcium, équilibre complexe qui dépend, en outre du pH, de la température, du rapport aluminium/globuline, etc.; 3) la régulation parathyroïdienne qui détermine un équilibre entre le calcium plasmatique et le calcium osseux.

Les autres influences endocriniennes qui surgissent doivent compter avec ces processus régulateurs. C'est pourquoi il ne faut pas se surprendre si les résultats des travaux expérimentaux et les données cliniques ne sont pas constants à ce sujet. Néanmoins, certains faits doivent être cités.

J. C. Arb, Bauer, Ropes et Heath, (19, 20) ont noté l'influence de l'hypo et de l'hyperthyroïdie sur les échanges calciques. Une diminution de l'excrétion de calcium par les fèces et l'urine est notable dans l'hypothyroïdie tandis que l'inverse prend place au cours de l'hyperthyroïdie. Parallèlement, la conduction osseuse s'observe dans l'hypothyroïdie et la décalcification squelettique dans le goitre toxique. Dans ce dernier cas, des fractures spontanées ont été rapportées. Contrairement à ce qui se passe dans la pathologie parathyroïdienne, la concentration du calcium sérique reste ici normale.

On admet que l'administration de grandes quantités d'œstrogènes provoque une augmentation notable du calcium sérique à partir d'une mobilisation osseuse; cependant, Holtz (21) préconise de traiter l'hypercalcémie provoquée par une dose exagérée de stérol calcémique au moyen d'injections intramusculaires d'hormone folliculaire à haute dose (100,000 U. I.), ce qui accélère le retour au niveau calcémique normal.

BIBLIOGRAPHIE

1. M. M. CRANE et H. N. SANDFORD: *Am. J. Physiol.* **118**: 703 (1937).
2. H. E. HOFF, P. K. SMITH et A. W. WINKLER: *Am. J. Physiol.*, **125**: 162 (1939).
3. F. ALBRIGHT, W. J. BAUER, J. R. COCKRILL et R. ELLSWORTH: *J. Clin. Invest.*, **9**: 659 (1930).
4. D. L. THOMSON et J. B. COLLIP: *Physiol. Rev.* **12**: 309 (1932).
5. F. C. Mc LEAN et A. B. HASTINGS: *J. Biol. Chem.*, **107**: 337 (1934).
6. F. C. Mc LEAN et A. B. HASTINGS: *J. Biol. Chem.*, **108**: 285 (1935).
7. F. C. Mc LEAN: *Ann. Rev. Physiol.*, **5**: p. 83 (1943).
8. Cités par C. P. STEWART et G. H. PERCIVAL: *Phys. Rev.* **8**: 302 (1928).
9. H. C. SHERMAN et E. J. HAWLEY: *J. Biol. Chem.*, **53**: 375 (1922).
10. F. ALBRIGHT et H. W. SULKOWITCH: *J. Clin. Invest.*, **17**: 305 (1938).
11. J. HOWLAND et B. KRAMER: *Trans. Am. Pediatric Soc.*, **34**: 204 (1922).
Cité par M. A. LOGAN: *Physiol. Rev.* **20**: 529 (1940).
12. Voir H. D. KAY: *Physiol. Rev.*, **12**: 384 (1932).
13. Y. A. VENAR et T. W. TODD: *J. Lab. Clin. Med.*, **22**: 221 (1936).
14. F. ALBRIGHT: *Glandular Physiology and Therapy*, Chap. XXVI, p. 443-461. A Symposium Under the Auspices of the Council of Pharmacy and Chemistry of the American Medical Association, 1942.
15. A. H. NEUFELD and J. B. COLLIP: *Endocrinology*, **30**: 135 (1942).
16. F. ALBRIGHT: *loc. cit.*, 1942.
17. F. C. Mc LEAN: *Glandular Physiology and Therapy*, Chap. XXVII, p. 461. A Symposium of the Am. Med. Ass., 1942.
18. N. GOORMAGHTIGH et H. HANDOWSKY: *Arch. Pathol.*, **26**: 1144 (1938).
19. J. C. ARB, W. BAUER, M. ROPES et C. HEATH: *Tr. Ass. Am. Phys.*, **42**: 344 (1927).
20. J. C. ARB, W. BAUER, C. HEATH et M. ROPES: *Jour. Clin. Invest.*, **7**: 97 (1929).
21. F. HOLTZ: *J. Clin. Endocrinology*, **1**: 453 (1941).

L'ANOREXIE CHEZ L'ENFANT

Par **Norbert VEZINA,**

Assistant bénévole du Service de Pédiatrie de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Division du sujet

I. ETIOLOGIE DE L'ANOREXIE.

- 1) Résistance chez l'enfant.
- 2) Attitude des parents.
- 3) L'ancien dogmatisme en matière d'alimentation.

II. PRÉVENTION DE L'ANOREXIE: physiologie de l'acte de l'alimentation.

- 1) Maturation neuromusculaire de l'acte de l'alimentation.
- 2) Psychologie de l'appétit.

III. CONCLUSIONS.

* * *

Les enfants qui n'ont pas d'appétit forment de nos jours le gros de la clientèle du pédiatre. Vraisemblablement, il n'en fut pas toujours ainsi. Les temps sont changés; avec les aliments de plus en plus variés qu'on a inclus dans la diète de l'homme moderne, est née la confusion au sujet de ce que les enfants doivent manger.

Ce manque d'appétit, que l'on constate aujourd'hui chez un si grand nombre d'enfants, apparaît de plus en plus comme l'un des derniers produits de notre civilisation.

Il est peu de manifestations chez l'enfant qui aient pris un caractère aussi universel. Récemment, le « Samuel S. Fels Research Institute », après avoir interrogé au hasard 76 mères sur les habitudes d'alimentation de leurs enfants, concluait que 53% de ces enfants manquaient d'appétit (1).

Il est peu de problèmes, ces dernières années, en médecine infantile qui aient tant déconcerté le médecin, qui aient plus vexé les parents, et qui aient provoqué autant de discussions dans le cercle familial, dans les magazines, revues, ou au cours de conférences, que ce refus de manger.

I. ETIOLOGIE DE L'ANOREXIE CHEZ L'ENFANT.

Dans la plupart des cas, cette inappétence relève manifestement de causes psychologiques.

Cependant, il restera toujours une importante minorité d'enfants chez qui des facteurs organiques doivent être tenus responsables de l'anorexie.

Ainsi, les infections, surtout les infections aiguës, telles les infections si fréquentes des voies respiratoires supérieures, sont le plus souvent accompagnées d'un dégoût plus ou moins prononcé pour les aliments en général.

Mais cette anorexie se distingue par son caractère transitoire, et fait place normalement, avec la convalescence, à une reprise compensatrice de l'appétit.

Parfois des adénoïdes ou des amygdales chroniquement infectées peuvent entretenir durant de longs mois une inappétence par ailleurs inexplicable. Cette éventualité toutefois est plus rare qu'on le croit habituellement. Que d'enfants à qui on a enlevé les amygdales dans l'espoir de les voir manger avec plus d'avidité dans la suite!

La vérité est que l'amygdalectomie, par le traumatisme psychique qu'elle provoque, prolonge dans certains cas l'anorexie déjà existante.

Certaines affections de la cavité buccale sont d'autres causes physiques plus importantes, mais souvent sous-estimées, du manque d'appétit.

Chaque poussée dentaire, par exemple, est régulièrement accompagnée d'une diminution légère de l'apport alimentaire. On conçoit qu'un abcès alvéolaire torpide, qu'une carie sensible au contact du froid, de la chaleur, du sucré, ou qu'une dent acérée qui érode la langue et la joue à chaque mouvement des mâchoires peuvent être des raisons plus que suffisantes pour enlever l'appétit.

Les douleurs des différentes stomatites, comme la stomatite aphteuse, ou la stomatite de Vincent, empêcheront de même l'enfant de s'alimenter comme il le désirerait.

Il arrive aussi que le sujet allergique refuse obstinément l'aliment vis-à-vis duquel il est sensibilisé. Par exemple, l'enfant qui est intolérant au blanc d'œuf manifesterait parfois une aversion prononcée pour l'œuf, ou pour tous les aliments qui contiennent de l'œuf. Mais ce sont plutôt des cas d'exception. On voit également l'enfant eczémateux ou asthmatique raffoler de l'aliment qui lui cause infailliblement des réactions pénibles.

Que dire de la constipation comme facteur d'anorexie? On a sûrement exagéré son rôle: il semblerait plus logique de considérer la constipation comme la conséquence plutôt que la cause du manque d'appétit.

En présence d'un enfant qui refuse de manger aux repas, il est toujours profitable de mener une petite enquête sur le genre de vie auquel il est astreint. On constatera à maintes occasions les conditions hygiéniques déplorable au milieu desquelles il doit vivre. L'ambition inconsciente des parents, ou une stimulation inopportune à l'école lui ont tracé un programme si bien rempli qu'il ne lui reste aucun loisir: déjà, à cet âge, c'est un grand surmené rongé par toutes sortes de soucis. Il n'est rien comme la fatigue pour tuer l'appétit.

Le manque d'exercice au dehors doit aussi être considéré, surtout à la ville, chez l'enfant d'âge préscolaire. Le jeu au grand air, à côté des bienfaits physiques qu'il procure, crée une aération mentale des plus favorables pour exciter l'appétit. Encore faudrait-il s'assurer que l'enfant ne grignote pas continuellement quelque chose entre les repas. Les parents, en général, n'aiment pas admettre que leur enfant à l'appétit capricieux mange entre les repas.

La plupart du temps cependant, un examen minutieux ne révèle aucun trouble organique, et les conditions d'hygiène physique se révèlent satisfaisantes.

C'est qu'il s'agit d'une tout autre histoire. Les anciens manuels parlent à ce propos d'anorexie nerveuse. Les parents se plaignent d'un manque d'appétit. Il est douteux qu'il s'agisse réellement d'un manque d'appétit, à en juger par le bon état général de la grande majorité de ces enfants.

Plusieurs de ceux-ci, en effet, ont bien le goût de manger à l'heure des repas; mais ils rejettent les plats qu'on veut leur imposer et dévorent les aliments de leur propre choix.

D'autres refusent toute nourriture solide jusqu'à un âge assez avancé, jusqu'à l'âge de 2 ans, 2½ ans parfois, et se contentent d'ingurgiter de nombreux biberons de lait au cours des 24 heures. Ce sont ces gros bébés d'une pâleur cireuse que vous connaissez tous. Chaque tentative d'introduction d'une cuillerée de céréales, de légumes ou de fruits, est suivie d'une série de haut-le-cœur propres à décourager ou à irriter la mère la plus calme. Que l'on vienne à réussir à lui faire avaler une petite quantité de solide à la suite d'un stratagème quelconque, cette victoire est de courte durée, car l'enfant vomit le tout peu de temps après.

Quelques-uns font des concessions, et acceptent autre chose que du lait, pourvu que cette autre chose ait à peu près la consistance du lait, et qu'ils n'aient pas la peine de mastiquer. Et l'on voit des enfants de 2 ans et plus qui exigent que tout aliment solide soit présenté sous forme de purée. Ne tentez pas de leur en passer, car leur langue manifeste une habileté peu commune pour expulser au dehors de la bouche les particules un peu plus volumineuses qui ont échappé au tamis de la mère.

Ou certains de ces enfants vont prendre la nourriture solide qu'on leur offre, mais ils la gardent indéfiniment dans la bouche, et prennent un plaisir évident à la mâchonner durant de longues minutes, au grand désespoir des adultes qui les entourent.

L'enfant plus malin peut faire la grève de la faim, et ne consentir à s'alimenter que moyennant certaines conditions. Il attend

avec impatience l'heure des repas parce qu'il sait qu'il aura l'occasion à ce moment de se donner en spectacle à toute la famille rassemblée. Son royaume est petit mais ses sujets sont fidèles. Le même drame se répète à chaque repas: supplications, exhortations, avertissements, promesses, punitions, comparaisons avec d'autres enfants. Rien n'y fait: l'enfant goûte à peine du bout des lèvres les nombreux plats que l'on fait défiler devant lui.

On tâche alors de l'amuser pour qu'il daigne prendre quelques bouchées. On lui raconte des histoires, on lui joue du piano, on fait sonner le réveille-matin, comme je l'ai déjà vu, on lui offre des jouets, le père fait le bouffon, la mère menace, tandis que la grand-mère conseille de le laisser tranquille. Des mets spéciaux lui sont préparés que l'on réchauffe plusieurs fois au cours de la scène. L'enfant apprécie hautement tous ces égards, et sort vainqueur de la lutte, tout en parvenant à s'alimenter suffisamment pour ne pas trop souffrir de la faim. Les adultes d'ailleurs s'apitoieront sur son sort, et entre les repas il aura toujours l'occasion de se rattraper avec un bon verre de lait et quelques pâtisseries.

Il est clair que des anorexies de ce genre ont une origine surtout psychique. Pour résoudre le problème que posent ces différentes situations, il ne suffit pas d'affirmer qu'il s'agit simplement d'enfants gâtés. L'explication de toutes ces difficultés réside dans le jeu combiné de plusieurs facteurs que nous allons tenter d'analyser très brièvement.

1) Le refus de manger constitue la manifestation la plus typique de la période de négativisme que certains psychologues ont voulu considérer comme un fait biologique bien normal.

On sait en effet que plusieurs enfants, surtout entre 2 et 5 ans, passent par une phase de développement durant laquelle ils sont plus ou moins résistants aux directives des adultes, et affichent un esprit de contradiction et un entêtement presque hostile (2). Au plus fort de cette période de résistance, l'enfant répond

non à tout ce qu'on lui demande. Il refuse de prendre ses repas, de se mettre au lit, de prendre son bain, ou d'aller sur la toilette.

Il est l'exemple classique de l'enfant que la mère amène à votre bureau « parce qu'il est nerveux ».

Il est impossible de reconnaître les effets de l'hérédité et de les séparer avec certitude des influences de l'entourage, mais, chez une proportion appréciable de ces enfants, nous avons de bonnes raisons de croire qu'à l'origine de leur négativisme, se trouve une prédisposition héréditaire ou du moins congénitale.

Fréquemment les troubles nerveux remontent aux premiers mois, voire même aux premières semaines de la vie. Nous avons constaté que le nourrisson hypertonique, spasmophile, vomisseur habituel, constamment agité à cause de coliques, dormant peu et prenant mal le biberon, devient très souvent plus tard, vers l'âge de 2 ou 3 ans, un enfant au caractère déjà difficile, qui refuse de manger, qui se pâme ou fait des colères à se rouler par terre à la moindre contradiction, ou qui présente des vomissements, de la constipation, des troubles du sommeil, ou d'autres habitudes indésirables.

Quoi qu'il en soit, ce qui importe au point de vue pratique, c'est le milieu ambiant dans lequel pousse l'enfant.

Chaque enfant éprouve quelques difficultés à s'adapter à son entourage. Les mauvais mangeurs existent dans toutes les classes de la société, mais on remarquera que beaucoup des enfants qui refusent de manger sont des enfants uniques, ou des enfants qui ont un seul frère, ou une seule sœur, enfants appartenant à des familles dont le standard de vie est plutôt élevé, des familles qui représentent en somme la civilisation compliquée des temps présents: ce qui ne fait qu'exagérer les difficultés d'adaptation. Ces enfants doivent apprendre de bonne heure le sens de la vie sociale; ils grandissent souvent dans une atmosphère où les adultes sont intéressés aux arts, au théâtre, à la musique, à la littérature ou aux sciences.

L'admission à la civilisation doit être payée par de grands sacrifices. Ceci est particulièrement vrai pour l'enfant qui doit devenir un membre du monde civilisé dans le court espace de temps de 2 ou 3 ans. Du niveau d'une vie primitive, on lui demande de s'élever rapidement au niveau élevé de la civilisation de notre époque. Plusieurs enfants échouent lamentablement au cours de cette ascension, et sont jetés dans le tourbillon des réactions pathologiques comme celles que l'on observe durant la période de résistance. Le refus de manger est une de ces réactions.

2) Un autre facteur très important à considérer chez l'enfant qui ne veut pas manger est évidemment l'attitude des parents.

Le mauvais mangeur est souvent un enfant à qui on a permis de devenir un autocrate. La mère se rend l'esclave de son petit, court au-devant au moindre de ses cris; les rôles sont renversés, c'est elle qui obéit à l'enfant; c'est l'enfant qui dirige tous les mouvements de la mère, c'est lui qui mène la maison.

A cela s'ajoute chez les parents un état perpétuel d'anxiété. Alarmés par les émissions radiophoniques, les articles de revues, les volumes pseudoscientifiques, les commérages de la voisine, ils anticipent toutes sortes de calamités si leur enfant n'absorbe pas régulièrement les aliments dont on leur vante partout les hautes qualités nutritives. Ils craignent que l'enfant ne reçoive pas une quantité suffisante de calories ou de vitamines, et que son poids soit en dessous de la moyenne. Ils finissent ainsi par se créer de fausses obligations: la mère croit sincèrement qu'elle doit forcer son enfant à manger de peur qu'il ne soit sous-alimenté. Hésitants, manquant d'expérience, les parents perdent parfois tout leur naturel et leur spontanéité pour se laisser guider aveuglément par la lecture de volumes traitant du soin des enfants. Le malheur est que ces lectures sont le plus souvent interprétées à la lettre, ce qui ne fait qu'aggraver la situation.

Il est difficile de blâmer entièrement les parents pour leur attitude défectueuse, car leur anxiété est née, pour une bonne part, des idées

médicales qui ont prévalu depuis le début du siècle, au sujet de l'alimentation des enfants.

3) L'ancien dogmatisme en matière d'alimentation a porté ses fruits, et nous en constatons des effets sur l'appétit de l'enfant aujourd'hui.

C'est un fait que les efforts pourtant bien intentionnés des médecins, en essayant d'améliorer les conditions d'alimentation chez l'enfant, en sont venus en même temps à une impasse. C'est Lippman qui disait: « Avec tous nos pesages et tous nos mesurages, avec toutes nos lois et tous nos règlements déterminant quand, où, combien, et ce que les enfants doivent manger, nous sommes arrivés à un seul résultat, nous leur avons enlevé l'appétit. »

Les médecins ont eu la tâche ardue de vulgariser pour le grand public une science jeune, prometteuse, mais encore incomplète: la science de la nutrition. De cet enseignement les mères ont surtout retenu les vertus phénoménales des puissantes vitamines, ces corps chimiques au nom mystique, à la dénomination trompeuse, parce qu'elle exagère l'importance de ces substances en nutrition. De fait, en quoi telle ou telle vitamine est-elle plus importante que le tryptophane, par exemple, ou qu'une substance aussi humble que le chlorure de sodium?

On a codifié dans le passé des listes d'aliments qu'on a présumés essentiels, « sans lesquels, assurait-on aux parents, la croissance de vos enfants ne saurait être normale ». Exemple: un enfant doit consommer au moins une chopine de lait par jour. Erreur. Aucun aliment n'est essentiel en soi; du moins, nous n'avons aucune preuve expérimentale nous permettant de l'affirmer. Du fait qu'un aliment constitue une excellente nourriture, nous n'avons pas le droit de conclure que cet aliment est indispensable.

Il y a quelques années seulement, il était d'usage universel d'imposer à l'enfant une formule de lait calculée à l'once, d'après son âge, son poids, et d'après la valeur calorique du lait. Les données récentes fournies par

l'étude du développement et de la maturation de l'enfant tendent de plus en plus à modifier sensiblement nos conceptions en regard de nos méthodes d'alimentation artificielle (3). Nous sommes devenus plus souples. Si les mélanges d'eau, de lait et d'hydrate de carbone sont faits d'une façon convenable, et si les boires sont suffisamment espacés, la quantité devant être absorbée à chaque repas peut être laissée en toute sécurité au bon désir de l'enfant, dans la plupart des cas.

Des diètes inflexibles, calculées laborieusement en calories, à l'aide d'équations savantes, ont peu de rapport avec la réalité d'un enfant en pleine croissance, parce que la croissance, processus essentiellement évolutif, est toujours quelque chose d'irrégulier, et que les relations entre les différentes fonctions physiologiques ne deviennent définitivement établies que lorsque la maturation est complète.

Un estimé des besoins caloriques peut être d'une grande valeur pour nous aider à prescrire une diète d'essai, dans quelques cas spéciaux, par exemple chez un enfant diabétique, obèse, hypotrophique. Cependant, s'il est peut-être commode, il est sûrement inexact d'assimiler l'organisme de l'enfant à un engin à combustion comme celles que l'on emploie en technologie. Un standard tel que la calorie ne rend pas justice aux faits. Il ne faut pas oublier que l'on s'en sert en biologie, faute d'une meilleure unité de mesure (4).

Chaque bébé est un individu à part, non seulement dans sa pathologie, mais également dans son comportement normal, vis-à-vis de l'alimentation.

En respectant cette individualité de l'enfant, en adaptant nos méthodes au temps de son développement, nous diminuerons, dans une certaine mesure, le nombre toujours croissant des enfants qui manquent d'appétit.

II. PRÉVENTION DE L'ANOREXIE CHEZ L'ENFANT — PHYSIOLOGIE DE L'ACTE DE L'ALIMENTATION.

Si la mère veut réussir à inculquer à son enfant de bonnes habitudes en matière d'alimentation,

bonnes habitudes qui le suivront toute sa vie, il lui faudra considérer de plus près qu'elle l'a fait, en général, jusqu'à date, les différentes phases qui caractérisent le développement de son propre enfant; qu'elle prenne également la peine d'observer comment naît et s'en va l'appétit, au lieu de le forcer à manger ou de s'alarmer lorsqu'il refuse un aliment qu'elle considère bon pour lui.

1) *Maturation neuro-musculaire de l'acte de l'alimentation.*

L'acte de l'alimentation dépend en grande partie du fonctionnement harmonieux de différents groupes de muscles. Or l'enfant n'est pas un adulte en miniature. Lorsqu'il arrive au monde, il possède bien un cerveau, une moelle épinière, des nerfs qui s'échappent de cette moelle, et des muscles reliés à ces nerfs. Mais cet appareil neuro-moteur, cerveau, moelle, nerfs, muscles, n'est pas encore mûr; durant toute la période de croissance, des modifications structurales continues vont s'opérer au sein de ces organes sous la double influence de l'hérédité et du milieu ambiant.

On conçoit facilement que le fonctionnement de cet appareil neuro-musculaire sera d'autant plus souple qu'il en sera rendu à un stade de maturité plus avancé.

Il semble évident que le système nerveux doit arriver à un certain degré de maturation avant que l'on puisse songer à modifier une fonction quelconque par une stimulation spécifique (5).

L'acte de l'alimentation, relativement simple au début de la vie, devient de plus en plus élaboré à mesure que la maturation de l'enfant progresse.

À la naissance, le succès de l'alimentation repose en grande partie sur le pouvoir de succion du nouveau-né. Il est aussi naturel pour un nouveau-né de sucer que de respirer. Sucrer, cependant, est beaucoup plus qu'un moyen de s'alimenter pour le nourrisson, c'est un besoin psychologique fondamental. Tout se passe comme si le nourrisson dérivait de la

ccion une sensation générale des plus agréables, nécessaire au maintien d'un état optimum de santé.

Il est prouvé, par exemple, par plusieurs expérimentateurs, que l'enfant qui se suce les doigts ou le pouce, est souvent un enfant chez qui ce besoin instinctif de succion n'a pas été satisfait d'une façon adéquate durant les premiers mois de la vie (6). Le fait de se sucer les doigts peut donc apparaître chez eux comme une activité vicariante d'un besoin de succion non assouvi.

Ce besoin, à peine existant chez certains bébés, est par contre très marqué chez d'autres.

Levy a étudié les besoins de succion chez les petits du chien nourris artificiellement (7). L'auteur fit la constatation intéressante que les jeunes chiens, alimentés avec une sucette percée de larges trous, de sorte que le temps de succion fut très court, acquièrent des activités vicariantes de succion à un degré beaucoup plus marqué que les chiens qui furent alimentés avec des sucettes percées de petits trous, et qui par le fait même sucèrent pendant un temps plus long au moment des repas. Bien plus, les jeunes chiens qui ne purent contenter leur besoin de succion à cause d'une suce trop généreusement trouée, exigèrent plus de nourriture pour maintenir leur poids égal à celui des chiens de l'autre groupe.

Carlson également observa que des veaux privés de l'alimentation à la mamelle et nourris à même un seau, développent des habitudes analogues à la succion des doigts chez l'enfant, telles que le lèchement des oreilles et leurs congénères.

Ce besoin d'ailleurs se fait de moins en moins impérieux pour l'enfant, si rien ne vient entraver ou contrecarrer le rythme naturel de son développement.

On notera, par exemple, que vers 3 ou 4 mois, parfois un peu plus tard, l'enfant, lorsqu'il porte un objet à sa bouche, ne fait plus que le sucer, mais essaie de le mordre.

C'est qu'à ce moment déjà, le système nerveux est parvenu à une maturité suffisante pour pouvoir coordonner, d'une façon plus

ou moins harmonieuse, il est vrai, les mouvements des mâchoires, de la langue et de l'arrière-gorge, coordination nécessaire pour disposer des aliments solides. L'introduction des aliments solides avant que le système nerveux soit prêt, est pour le moins une perte de temps, et peut même s'avérer nocive.

Vers 4 mois, la plupart des enfants possèdent une coordination neuro-musculaire assez satisfaisante pour qu'ils puissent réussir à s'alimenter d'une façon adéquate avec une nourriture solide.

Chez quelques-uns, cette possibilité apparaît encore plus de bonne heure, tandis que chez d'autres, elle est retardée jusqu'au 6e ou même au 8e mois.

L'apparition des dents aux environs du 6e mois ajoute un nouvel élément de perfection au système d'alimentation. L'enfant est maintenant prêt à se mesurer avec des aliments de plus en plus consistants.

Durant ce temps, le système nerveux continue à se développer et, entre le 10e et le 12e mois, il fonctionne avec assez de souplesse pour diriger les mouvements coordonnés des yeux, de la main et de la bouche, mouvements qui permettront à l'enfant de saisir la nourriture qu'il aperçoit, et de la porter à sa bouche.

En réalité, cette coordination musculaire nouvellement acquise ne travaille pas encore avec une assurance complète et automatique: la main peut ne pas toujours atteindre la bouche en droite ligne, la nourriture peut être répandue en route ou aller barbouiller la figure, mais la signification de ce développement est évidente. L'enfant est capable de s'alimenter lui-même, bien que d'une façon gauche, comparativement aux manières éduquées et conventionnelles des adultes.

L'être humain est adapté, par nature, à une diète mixte. Durant les premiers mois de la vie, le lait est tout indiqué et suffit, mais la plupart des enfants acceptent avec contentement les aliments les plus variés de bonne heure, et s'en accommodent d'ailleurs merveilleusement bien, à leur plus grand profit.

A mesure que l'enfant vient en contact avec des mets de plus en plus variés, l'acte de l'alimentation devient d'autant plus complexe au point de vue psychologique.

La façon d'introduire chaque nouvel aliment n'est donc pas sans importance. On le comprendra facilement si on étudie de près le phénomène de l'appétit.

2) *Psychologie de l'appétit.*

Il faut d'abord faire une distinction entre la faim et l'appétit.

Lorsque l'estomac est vide, il entre en contractions; ces contractions légèrement douloureuses sont ressenties sous forme de sensations désagréables au creux épigastrique: c'est la faim. La faim est de courte durée, car les contractions de l'estomac cessent après les premières bouchées. C'est une sensation innée qui pousse l'enfant à absorber des matières alimentaires plus ou moins différentes; l'appétit, au contraire, résulte de l'expérience et l'incite à choisir tel ou tel aliment.

Observez l'appétit chez un jeune enfant; quand il en a assez de la soupe, il mange de la viande et des légumes, et quand il est satisfait de ces derniers, il passe avec plaisir au dessert, et peut même finir avec un fruit ou un gâteau. Mais en même temps, cet enfant s'objecterait fortement, si on lui demandait d'absorber toute la valeur nutritive de ce repas sous forme de pommes de terre.

Nous savons bien ce qu'est la faim, mais le mécanisme de l'appétit n'est pas aussi bien connu.

L'enfant à qui l'on vient d'offrir un nouvel aliment le soumet d'abord à une série d'essais: il l'examine, le sent et y goûte. D'après les sensations recueillies lors de ce premier contact, naîtra le désir ou le rejet. Mis une seconde fois en présence du même aliment, l'enfant procédera de la même façon. La répétition de cette expérience pour un aliment donné finira par créer une habitude pour ou contre cet aliment.

Les sens du goût et de l'odorat sont hautement développés, même chez le très jeune

enfant. Sans se tromper, il peut reconnaître de très légères différences de saveur. L'odorat joue un grand rôle dans la sélection de sa nourriture, beaucoup plus que chez l'adulte; si on lui offre un met peu familier, on le verra, à l'occasion, se mettre le nez dans l'assiette et renifler, comme le ferait un chien, avant d'y goûter. Si l'appétit dérive surtout de ces deux expériences sensorielles: goût et odorat, il n'en subit pas moins l'influence d'autres facteurs d'un ordre différent, mais d'une importance non négligeable.

En général, le fonctionnement normal de l'appétit requiert une atmosphère favorable et harmonieuse, car ni l'animal, ni l'enfant ne mangeront bien s'ils ont peur, s'ils sont en colère, s'ils sont malheureux, s'ils sont excités, ou si leur attention ou leur intérêt sont attirés ailleurs.

Le facteur cependant qui aura le plus d'effet sur l'appétit, c'est la volonté innée qu'a l'enfant de faire les choses lui-même.

La pomme verte et coriace volée dans le pommier du voisin est beaucoup plus appréciée que la pomme juteuse, de choix, offerte sur la table au moment des repas. La nourriture que le jeune enfant saisit et porte lui-même à sa bouche est avalée avec plus de contentement et d'avidité que celle que sa mère ou la bonne lui présente.

L'expérience suivante conduite par Davis a révélé des faits étonnants (8).

Elle prit un groupe d'enfants, et au lieu de leur désigner ce qu'ils devaient manger, et combien ils devaient en manger, elle les laissa eux-mêmes choisir leur propre diète, en leur offrant un assortiment des plus variés d'aliments de source naturelle, de bonne qualité: viandes, poissons, œufs, lait, céréales, légumes, fruits.

Trois repas par jour furent servis, et absolument rien ne fut permis entre les repas, sauf de l'eau.

15 enfants furent ainsi observés durant une période de temps variant de six mois à 4½ ans. Les plus jeunes avaient onze mois au début de l'expérience.

Les enfants mangeaient avec une cuiller ou avec leurs doigts, comme ils pouvaient et comme ils le voulaient, ce qu'ils désiraient et autant qu'ils en désiraient, sans craindre aucune intervention de la part des adultes qui les surveillaient.

Les surveillants s'abstinrent de parler aux enfants durant le repas, de faire des commentaires ou de montrer de l'intérêt au sujet de ce qu'ils mangeaient, ou sur leur façon de manger, leur rôle se bornant simplement à aider les plus jeunes qui ne pouvaient s'alimenter complètement seuls.

Chaque enfant fut suivi de très près: enregistrement du poids tous les jours, examen du sang tous les mois, et radiographies fréquentes des os.

Le fait que, sur les 15 enfants en expérience, on n'en put trouver deux présentant les mêmes goûts et les mêmes aversions prouve bien que l'appétit, pour tel ou tel aliment, est une chose strictement individuelle.

Quelques enfants aiment tout ce qui se mange, certains n'ont du goût que pour un nombre modéré d'aliments, tandis que d'autres se limitent à un petit nombre d'aliments.

Les goûts d'ailleurs changent de temps en temps chez le même enfant. Ainsi, un enfant pouvait arrêter de boire du lait ou de manger certain légume durant plusieurs mois, et puis, soudainement, recommencer la consommation régulière de cet aliment, sans aucune raison apparente. Contrairement, on vit des enfants adopter occasionnellement un aliment en particulier durant plusieurs jours, ou plusieurs semaines, à l'exclusion de presque tous les autres.

Parmi ce groupe d'enfants, pas un ne manifesta en aucun temps, durant tout le temps de l'expérience, un manque d'appétit. Tous présentèrent une croissance normale et une santé florissante.

Le plus intéressant, c'est que ces résultats surprenants ne furent pas obtenus au mépris des lois énoncées par les spécialistes en nutrition. Il fut possible, après chaque repas, de

calculer la quantité de chaque aliment prise par chaque enfant. Or, en faisant le bilan de 6 mois en 6 mois, l'auteur constata que, pour chaque enfant, la quantité moyenne de calories absorbées par jour fut dans les limites établies par les standards actuels de la science de la nutrition.

Cette démonstration expérimentale que le jeune enfant, laissé à lui seul, instinctivement, peut choisir les aliments qui lui conviennent le mieux, et profiter normalement, sans que son alimentation soit dirigée par les adultes, doit nous inciter à faire un petit examen de conscience.

III. Conclusions.

La tâche délicate de diriger l'alimentation de l'enfant requiert quelque chose de plus qu'une connaissance des besoins nutritifs exigés par le métabolisme, et qu'une liste de diètes capables de satisfaire ces besoins.

Il est essentiel de considérer le mécanisme régissant l'acte de l'alimentation, avant de songer à fournir à l'enfant des protéines, des hydrates de carbone, etc. Il faut absolument tenir compte de ses réactions sensorielles et émotionnelles en face de l'aliment. L'organisme n'est pas une machine qu'il faut remplir de carburant à certains intervalles. L'alimentation ne peut se résumer à une question de formules chimiques.

Logiquement, la médecine en général est devenue aujourd'hui une médecine psychosomatique, plus humaine, plus compréhensive. S'il est un chapitre en pédiatrie où les facteurs organiques et les phénomènes psychiques sont inséparables les uns des autres, c'est bien celui de l'anorexie.

Depuis quelques décades, l'alimentation des enfants a connu des progrès rapides, évidents. Cependant, l'avancement en médecine n'est pas seulement fait de la découverte de nouveaux principes et de nouvelles techniques, mais résulte aussi de l'abandon d'enseignements et de pratiques qui se sont avérés erronés.

BIBLIOGRAPHIE

1. A. L. BALDWIN: « An analysis of children's eating habits. » *The Journal of Pediatrics*, **25**: 74 (juillet) 1944.
2. E. BENJAMIN: « The period of Resistance in early childhood. » *Am. J. of Dis. of Child.*, **63**: 1019 (juin) 1942.
3. C. A. ALDRICH: « Significance of a complete preventive medical program for children. » *Am. J. of Dis. of Child.*, **68**: 168 (septembre) 1944.
4. F. KAHN: « Man in Structure and Function. » New-York. Edition Alfred A. Knopf, 1943. Vol. II, p. 353.
5. M. B. MCGRAW: « The neuromuscular maturation of the human infant. » New-York. Edition Columbia University Press, 1943, p. 119.
6. E. ROBERTS: « Thumb and finger sucking in relation to feeding in early infancy. » *Am. J. of diseases of child.*, **68**: 7 (juillet) 1944.
7. R. M. BAKWIN et H. BAKWIN: « Psychologic Care during Infancy and Childhood. » New-York, London. Edition D. Appleton-Century Co., p. 3.
8. C. M. DAVIS: « Self-selection of diet by newly weaned infants. » *Am. J. of Dis. of Child.*, **36**: 651. 1928.

RECUEIL DE FAITS

LE CANCER GASTRIQUE À DÉBUT FÉBRILE¹

Par Antonio CANTERO (Montréal).

La fièvre, compliquant l'évolution d'un cancer gastrique dont l'existence est connue, n'offre aucune originalité. Les quatre observations que nous rapportons ici ont ceci de particulier qu'elles concernent des cancers d'estomac dont la première et seule manifestation était la fièvre. La notion du cancer gastrique commençant par un épisode fébrile, soi-disant post-grippal, n'est peut-être pas d'une grande importance pratique; du point de vue de la nosologie, elle n'est pas dépourvue d'intérêt.

Gutmann a noté qu'il faut savoir distinguer entre l'incident grippal qui fait éclore les symptômes d'un cancer latent, et le cancer qui engendre une fièvre qui reste durant toute l'évolution la dominante et même la seule figure du tableau clinique. La cause de la fièvre n'est comprise que lorsque le cancer devient évident.

Les deux premières observations sont des exemples de cancer gastrique latent, où une grippe provoque l'apparition de ses premiers symptômes. Les deux autres observations concernent des patients chez qui la fièvre fut progressive, sans cause décelable, jusqu'au

jour où le cancer fut assez avancé pour faire remarquer sa présence.

Les cas de ce genre ne sont pas rares. On devrait les reconnaître. Ils démontrent que le diagnostic précoce du cancer gastrique exige beaucoup de perspicacité. Le polymorphisme du néoplasme stomacal, avec ses formes latentes, pose des problèmes diagnostiques nombreux. La radiologie et la gastroscopie employées systématiquement chez tous les individus d'un certain âge, qu'ils présentent ou non des signes caractéristiques ou probables, apparaissent comme la seule possibilité de diagnostics couramment précoces et d'interventions chirurgicales elles aussi précoces et efficaces.

Observation 1.

W. Cl. Dossier n° 21565, « Woman's General Hospital ».

Un homme de 50 ans, distributeur de produits agricoles, semble en excellente santé jusqu'à la fin de novembre 1943; à cette date, il est atteint apparemment d'une grippe qui le retient au lit durant quatorze jours. L'épisode grippal se déroule sans drame. Avant de reprendre sa besogne, il se rapporte à son médecin en déclarant de la flatulence et une

1. Communication faite à la Société de Gastro-entérologie de Montréal, à la séance du 31 janvier 1945.

constipation opiniâtre qui dure depuis la grippe; il note aussi l'apparition de douleurs assez aiguës dans l'abdomen. Par la suite, celles-ci nécessitent à maintes reprises l'usage de la morphine. C'est alors que le docteur Archambault, d'Henryville, m'adresse le patient en attirant mon attention sur le début post-grippal des malaises intestinaux, c'est-à-dire, flatulence, ballonnement, constipation. L'appétit serait bon, mais le patient n'ose manger. Après trois semaines, la fièvre a cessé; dans cette période, l'amaigrissement est de 32 livres. Dans l'histoire familiale on voit que son père

tier de boucher, cholécystectomisé il y a quatre ans, vient me consulter en juin 1944, pour des douleurs épigastriques s'accompagnant quelquefois de vomissements tardifs. Il n'est pas anorexique. Il y a amaigrissement de 41 livres en six mois et il se dit incapable de vaquer à son occupation.

Le malade précise le début de sa maladie au mois de décembre 1943, lorsqu'il se voit alité à cause d'une grippe, qui, cependant, n'a duré que huit jours. Dès ce moment, il accuse, pour la première fois, des malaises gastriques: gêne à l'épigastre, éructation et flatulence.



FIG. 1

et deux frères sont morts de cancer d'estomac. Malgré la perte de poids le patient conserve de la corpulence, mais il est pâle. Son abdomen est tendu. Le palper provoque de la sensibilité à l'épigastre. Le laboratoire n'indique rien de spécial sauf une anémie hypochrome et une leucocytose à 11,200. L'examen radiologique met en évidence un cancer qui infiltre le tiers inférieur de l'estomac (cliché n° 1). La gastrectomie est tentée, mais, à l'ouverture de l'abdomen, le chirurgien constate l'inopérabilité en raison des métastases multiples au foie, à l'épiploon et au côlon transverse.

Observation 2.

E. Aub. Dossier personnel.

Un homme âgé de 52 ans, exerçant le mé-

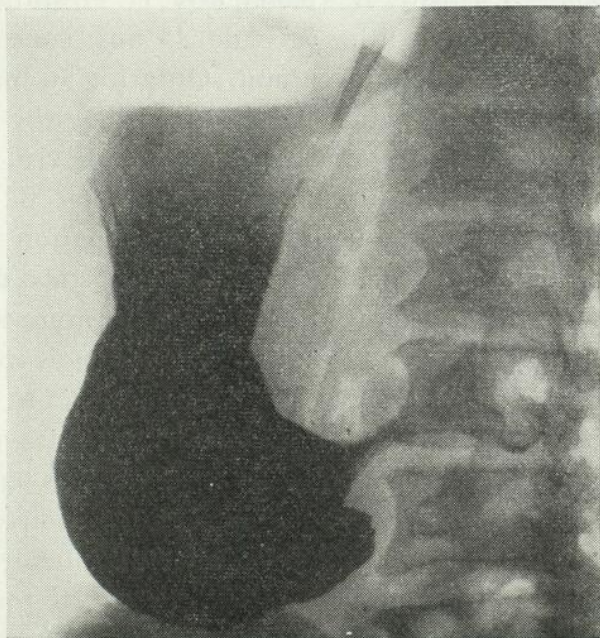


FIG. 2

Un examen radiologique fait à l'Hôpital Général de Verdun à la fin de décembre 1943, soit trois semaines après le début de la maladie, ne permet pas de préciser le diagnostic. Il s'agit d'un malade qui a sensiblement maigri. Il est légèrement ictérique. Il n'y a pas de fièvre. Au palper, le foie est douloureux, lisse et percutable à 5 centimètres au delà du bord costal. A l'épigastre, il y a une masse palpable dont les contours paraissent diffi-

ciles à délimiter. La défense musculaire dans cette région est appréciable. Il n'y a eu ni hématémèse, ni méléna. Un contrôle radiologique à l'Hôtel-Dieu, par le docteur Albert Jutras, révèle un gros néo annulaire du pylore presque complètement oblitéré avec rétro-dilatation et stase. Une gastroscopie, deux jours plus tard, confirme l'examen radiologique. Il s'agissait en effet d'un adénocarcinome, dont une partie déjà paraissait ulcérée (cliché n° 2). A cause de l'état général et des métastases au foie, seule une opération palliative semblait être indiquée. Le malade refusa toute intervention chirurgicale.

Observation 3.

N. B. Dossier n° 10,088, « W. G. Hospital ».

Une jeune fille, âgée de 23 ans, consulte son médecin à Chatham, Ontario, au mois de mai 1940, pour des troubles digestifs vagues: anorexie, amaigrissement et fièvre. Ni repos, ni tonique n'améliorent l'état de la malade. Subséquemment, l'investigation radiologique permet de poser le diagnostic d'une stase intermittente duodénale. Elle nous consulte pour cette condition deux mois plus tard. La malade est pâle, sans appétit, et se dit très fatiguée, incapable de faire tout travail. Il y a une fièvre qui persiste depuis cinq semaines. La malade se plaint très souvent d'une plénitude qui apparaît subitement au milieu d'un repas et nécessite l'arrêt de toute alimentation. L'état fébrile se maintient toujours, malgré qu'il n'y ait ni lésion pulmonaire décelable, ni infection des sinus, ni lésions annexielles ou rénales. L'hémoculture à trois reprises est négative et le chimisme gastrique donne une achlorhydrie totale à l'histamine. L'examen hématologique révèle une anémie hypochrome. Cependant, un contrôle radiologique de la stase duodénale, soit trois mois après le premier examen, indique qu'il y a en plus des multiples images lacunaires affectant toute la muqueuse gastrique, faisant penser tout d'abord à une gastrite phlegmoneuse.

L'examen gastroscopique indique que la muqueuse gastrique est remplacée dans toute son étendue par un aspect polypoïde, et où l'on voit dispersées discrètement des surfaces ulcérées, qui varient de 1 à 3 centimètres. Le diagnostic fut donc révisé en polypomatose généralisée de la muqueuse et stase duodénale intermittente. (Voir cliché n° 3.)

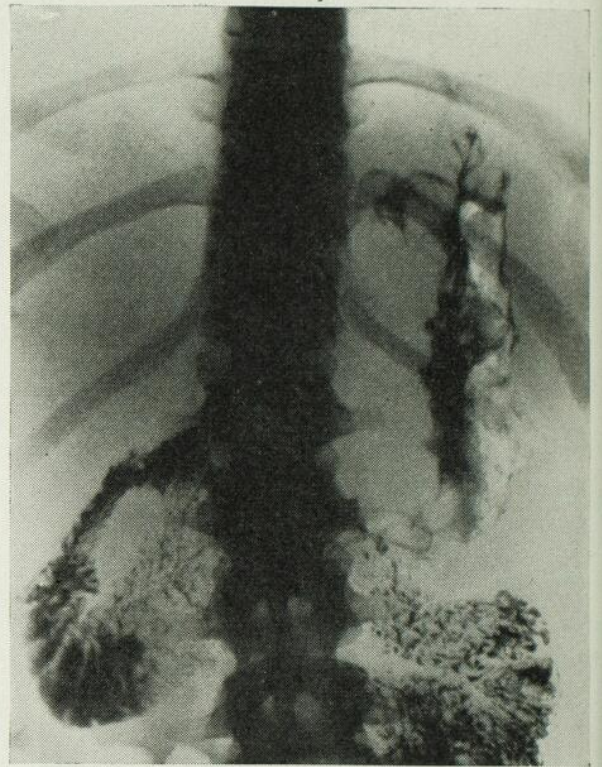


FIG. 3

L'état général de la malade ne permet pas d'envisager pour le moment une gastrectomie. Elle est dirigée au « Montreal Convalescent Home » où, durant huit semaines, sa condition s'améliore sensiblement. Les maladies gastriques sont rares, mais les épisodes fébriles se suivent. Douze jours après sa seconde réadmission à l'hôpital, l'état de la malade se complique par une hématémèse qui risque d'être grave. Cependant des transfusions répétées permirent de tenter une gastrectomie totale (M. Fauteux) mais sans résultat.

L'autopsie ainsi que l'examen histologique de la pièce confirment le diagnostic d'un adénocarcinome affectant presque la totalité de l'estomac (W. Chase).

Observation 4.

J.S.T. Dossier n° L 1171, Hôpital St-Joseph, Sudbury, Ont.

Un homme de 54 ans, cultivateur, sans aucun antécédent spécial, consulte pour la pre-

une gêne à l'épigastre apparaissant presque immédiatement après les repas, et qui s'accompagne quelquefois d'une douleur rétrosternale, voire même précordiale. Les malaises gastriques sont souvent nocturnes. Il n'y a eu ni nausée, ni vomissements. Le malade mai-



FIG. 4

mière fois, en mai 1944, le docteur Laflamme de Sudbury. Il se plaint à ce moment d'être toujours « fiévreux » et sans appétit. Cette condition persiste au delà de trois mois. La fièvre reste sans explication et depuis quelques jours seulement il se dit fort incommodé par

grit de 18 livres dans l'espace de trois semaines. Dès son entrée à l'hôpital le 2 juin, l'examen radiologique précise le diagnostic. Il s'agit en effet d'une tumeur située à la région du cardia, qui semble déjà envahir la partie des petite et grande courbures avois-

nantes. L'aspect plutôt lisse et l'absence de plis muqueux font poser le diagnostic d'un lymphome (Dr C. Crang). Cliché n^{os} 4 et 5.



FIG. 5.

Le 10 juin, le malade m'est envoyé pour consultation. L'examen gastroscopique, à cette date, révèle une gastrite atrophique affectant le tiers inférieur de la grande courbure et

toute la région antrale. Au tiers supérieur de la face postérieure de la grande courbure une masse à surface irrégulière, polypoïde faisant saillie dans la lumière, présente de surfaces nécrotiques et ulcérées. Il s'agit d'un adénocarcinome infiltrant, ulcéré. L'étendue et la position de la masse, faisant presque saillie dans la lumière de l'œsophage, ainsi que l'état précaire du malade rendent toute intervention chirurgicale impossible.

Conclusion

Les cancers gastriques latents sont très fréquents. La lésion est souvent déjà avancée et parfois progresse assez rapidement, sans que le moindre signe général se soit manifesté. L'apparition de fièvre indique, dans la plupart des cas, un adénocarcinome ulcéré. Rarement voit-on des cancers gastriques infiltrants (linite) qui s'ulcèrent.

Les gastrites phlegmoneuses et même des gastrites œdémateuses faisant leur apparition après une infection, peuvent simuler un cancer gastrique, à début fébrile.

L'essai thérapeutique, les contrôles radiologiques et gastroscopiques répétés détermineront si l'image lacunaire et la tumeur ne sont pas un cancer.

SYNDROME CLINICO-RADIOLOGIQUE DE PANCOAST

Par Jules PREVOST et Jacques LEGER,
Médecins de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Il nous a été donné d'observer récemment un cas de tumeur dite de Pancoast, et portant entre autres noms ceux de « superior pulmonary sulcus tumor », ou « apical chest tumor ».

Nous présentons l'observation parce que nous la croyons doublement intéressante du fait de sa rareté et des difficultés du diagnostic différentiel.

La tumeur en question a été décrite pour la première fois par Pancoast en 1922. Ce dernier en a fait une entité définie dont la lo-

calisation est toujours strictement la même au sommet du thorax.

Il se trouve quelques signes cliniques, caractéristiques et capitaux: douleur à l'épaule dans le creux axillaire, le long de la face interne du bras et de l'avant-bras jusqu'au poignet, atrophie des muscles de la main et syndrome de Claude Bernard Horner. La douleur peut prendre le caractère de brûlure d'une hyperalgie, etc., sur trajet de distribution du cubital.

La tumeur donne en radiographie un voile homogène de l'extrême sommet avec toujours, plus ou moins accusée, une érosion de la partie postérieure de la 1^e côte et de celle de la 2^e ou de la 3^e côte. Les apophyses transverses et même les corps vertébraux peuvent être touchés.

Nous avons parlé, il y a un instant, de signes cliniques capitaux, mais il s'en trouve une foule d'autres qui n'ont cependant rien de pathognomonique:

Sensibilité de la main.

Perte de poids.

Malaise dans la région cervicale basse et au sommet du thorax.

Abolition des réflexes bicipitaux et tricipitaux et diminution des réflexes sur le côté malade.

Perte de force dans le bras et les doigts.

Matité du sommet du thorax.

Tuméfaction de la région sus-claviculaire.

Distension des veines du cou.

Cette tumeur s'installe indifféremment sur un côté ou l'autre du thorax; la fréquence est sensiblement la même chez l'homme et la femme et, dans les antécédents personnels de cette dernière, il a été relevé, à plus d'une reprise, un carcinome utérin — coïncidence?

L'on peut dire que, généralement, la lésion est évidente de 2 à 9 mois après l'apparition des premiers troubles.

Ces tumeurs dites de Pancoast présentent un aspect neurologique caractéristique: douleurs scapulaires et humérales, syndrome de Claude Bernard Horner, atrophie des muscles de la main et hypoesthésies dans le territoire de C8, D1 et D2. Les signes observés sont la conséquence de la participation des dernières racines cervicales et des premières racines dorsales qui sont envahies par la tumeur de l'apex pulmonaire. Cette localisation juxta-vertébrale explique particulièrement la participation des fibres oculo-sympathiques, et par conséquent, la présence du syndrome sympathique déficitaire exprimé par les éléments

du syndrome de Claude Bernard Horner, du même côté que la lésion tumorale.

La principale cause d'erreur dans le diagnostic consiste dans un examen radiologique incomplet particulièrement si l'on n'examine que l'épaule en raison des douleurs à cet endroit.

Pancoast a suggéré de faire de routine un examen fluoroscopique du cou et du thorax chez tous les patients qui se présentent pour un examen de l'épaule à cause des douleurs.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET NATURE HISTOLOGIQUE DE LA LÉSION

Nous ne croyons pas devoir séparer ces deux têtes de chapitres. En effet, si l'on admet, avec Pancoast lui-même, que la tumeur qui porte son nom est une entité tissulaire bien classifiée, nous n'en finirons plus avec le diagnostic différentiel. Mais il semble que le problème soit plus simple. Pancoast a prétendu qu'il s'agissait d'un vestige embryonnaire branchial.

Il faisait donc le diagnostic différentiel avec:

- les carcinomes primitifs des poumons,
- les tumeurs métastatiques d'un carcinome gastrique, d'un hypernéphrome,
- les endothéliomes de la plèvre,
- les tumeurs ostéogénétiques,
- les tumeurs du thymus,
- les carcinomes bronchiques,

en un mot, avec les processus tumoraux se développant aux dépens de tous les tissus voisins de l'apex pulmonaire et même les anévrismes. Mais, pour que l'hypothèse de Pancoast soit scientifiquement admissible, il eût fallu, à l'appui, un certain nombre d'autopsies.

Il semble, au contraire, que nous sommes en face d'un syndrome radiologique et clinique dont les symptômes ne sont que la manifestation d'une compression et destruction des tissus nerveux et osseux de la région du sommet du thorax.

L'étiologie devient alors très variée. La bacillose pulmonaire pouvant elle-même entrer en ligne de compte.

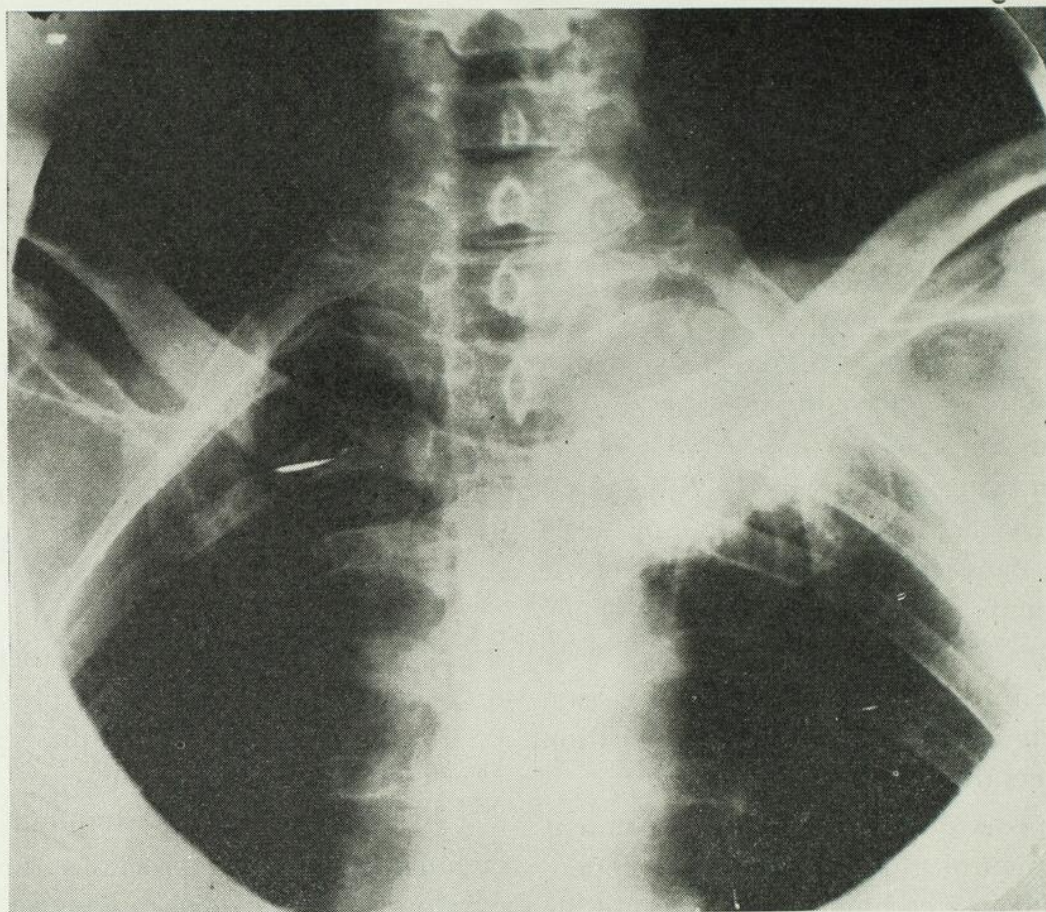
Observation.

Mme W. B., 56 ans, est malade depuis mars 1942. Elle souffre de douleurs à l'épaule et au bras gauche. Ces douleurs, supportables au début, ont progressivement augmenté en intensité pour rapidement devenir intolérables.

Vitamine B₁,
Salicylate de soude,
Massage,
Radiothérapie.

Deux mois plus tard, nouvelle hospitalisation. Cette fois, il y a un Claude Bernard Horner et de nouvelles radiographies thoraciques révèlent un envahissement costal.

Une cordotomie est déconseillée par des neuro-chirurgiens. La radiothérapie est instituée (8 séances de 225 r chacune). *Echec.*



Amaigrissement de 22 livres en 8 mois.

Anorexie, insomnie, pas de toux ni d'expectorations.

Un premier diagnostic est posé d'arthrite de l'épaule gauche avec, comme condition associée, pleurite apicale gauche, séquelle de T. B.

Lors d'une première hospitalisation, il a d'ailleurs été constaté une amélioration notable des douleurs à la suite d'un traitement:

Antécédents personnels. Entéro-côlite à répétition.

Antécédents héréditaires. Un frère T.B.P., décédé.

Un frère: néo de l'estomac. Moribond au moment où nous voyons la malade.

Examen objectif. Syndrome Claude Bernard Horner.

Goitre nodulaire toxique.

P.A. 160/100.

Myocardite chronique.

Matité du sommet gauche et râles de condensation et bronchophonie.

Douleur à la pression de l'épaule avec limitation des mouvements.

Rien à noter du point de vue gynécologique.

Examens de laboratoire. Azotémie, glycémie, B.W., formule sanguine, analyse d'urine: *normaux.*

Examens radiologiques. Poumons: (23 oct. 1942.)

Les deux plagues pulmonaires sont d'aspect sensiblement normal à l'exception du sommet gauche qui est recouvert d'un voile homogène et dense dont il est impossible d'apprécier radiologiquement la nature.

Silhouette cardiaque normale et médiastin normal en oblique. Aucune modification de la cinématique respiratoire. Ce voile du sommet gauche s'accompagne d'une très discrète érosion du bord inférieur de la 2e côte. Cette érosion n'existait pas lors de la prise des premières radiographies. Malgré l'allure très discrète de ce signe nous sommes d'opinion qu'il s'agit ici d'une tumeur de Pancoast avec envahissement osseux.

Radiographie: (28 oct. 1942.)

Le rebord inférieur de l'extrémité proximale de la première côte est franchement érodé.

Le côté gauche du corps de la 2e vertèbre dorsale et son apophyse transverse gauche et la partie proximale de la 2e côte sont presque complètement effacés. Ces signes semblent confirmer la présence de tumeur de Pancoast. (Fig. 1.)

*
* *

Cette patiente a quitté l'hôpital aucunement améliorée. Echec thérapeutique du plus beau type.

Depuis, elle est décédée.

L'évolution du cas que nous présentons est une réplique d'une foule d'autres cas cités dans la littérature médicale.

Le diagnostic de tumeur de Pancoast comporte un pronostic d'issue fatale et rapide. Pas de guérison rapportée. Résistance à toutes les irradiations.

Cause de mort. Incertaine, pas de métastases apparentes; peut-être s'en trouve-t-il au cerveau ?

BIBLIOGRAPHIE

- R. A. EYHERABIDE: « Cancer apical Form. » *Semena Med.*, 2: 1179 (13 nov.) 1941.
- J. J. STEIN: « Cancer in region of pulmonary apex. » *Minois M. J.* 81: 21 (jan.) 1942.
- M. B. BOWMAN: « Relief of pain in apical tumor by resection of cervical sympathetic ganglia on involved side. » *J. Arkansas M. Soc.*, 38: 144 (déc.) 1941.
- N. Puente DUANY: « Cancer extra thoracic development. (Pancoast syndrome). » *Rev. Med. Cubana*, 53: 427 (mai) 1942.
- C. Brito FORESTE, J. M. REYS TERRA et J. VARELA: « Neurologic form of cancer of pulmonary apex: case with Dejerine-Klumpke syndrome. » *Arch. Urug. de med.-cir. y especialid.*, 20: 560 (juin) 1942.
- C. Da. RUI: « Bernard-Horner syndrome during evolution of epithelioma of upper lobe of left lung. » *Semena Med.*, 2: 81 (9 juillet) 1931.
- H. W. JACOX: « Superior pulmonary sulcus tumor: further observation with report of 2 additional cases. » *J. A. M. A.*, 103: 84 (14 juillet) 1934.
- I. GRAEF et I. STEINBERG: « Superior pulmonary sulcus tumor: case exhibiting malignant epithelial neoplasm of unknown origin with Pancoast syndrome. » *Am. J. of Røntgenology*, 36: 293 (sept.) 1936.
- A. M. GOTTLIEB: « Superior pulmonary sulcus tumor (Pancoast syndrome). » *M. Bull. Vet.*, 16: 383 (avril) 1940.
- C. Martinez ANAYA: « Pancoast syndrome (tumor of superior pulmonary sulcus). » *Rev. Med. Quir. de Oriente.*, 1: (20 mars) 1940.
- M. FLEXNER: « So-called superior pulmonary sulcus tumor with illustrated case report. » *Internat. Clin.*, 4: 143 (déc.) 1940.
- H. J. MOERSCH, H. C. HINSHAW et I. H. WILSON: « Apical tumors or so-called superior pulmonary tumor. » *Minnesota Med.*, 23: 221 (avril) 1940.
- J. E. ISRAEL: « Cancer of apex of anginous form. » *Rev. Med. y cien afiens.*, 1: 41 (30 déc.) 1939.

- H. K. PANCOAST: « Superior Pulmonary sulcus tumor. » *J. A. M. A.*, **99**: 1391 (22 oct.) 1932.
- L. NATHANSON: « Apical tumefaction simulating bursitis, necessity for routine chest examination in patients with shoulder pain. » *N. York State J. Med.*, **40**: 860 (1 juin) 1940.
- Wendell C. HALL: « Origins of tumors occurring in apex (including relations to pulmonary sulcus tumors). » *Canad. M. A. J.*, **44**: 56 (jan.) 1941.
- M. WEDLER: « Unusually slow growth: case with death from cerebral metastases. » *Berlinerzt.*, **13**: 269 (juin) 1940.
- N. ROMANO et R. EYHERABIDE: « Development and origin of pain in cancer of thoracopulmonary apex with report of case. » *Rev. Med. de Rosario*, **30**: 1146 (nov.) 1940.

UN CAS D'OBSTRUCTION BRONCHIQUE PAR UNE TUMEUR BÉNIGNE¹

Par **B. G. BEGIN.**

Assistant bénévole à l'hôpital du Sacré-Cœur (Cartierville, Montréal).

Devant un patient qui présente des symptômes d'obstruction bronchique partielle ou totale, il faut toujours songer à la possibilité de l'existence d'une tumeur bénigne.

Les tumeurs bénignes du poumon, considérées individuellement, sont comparative-ment rares, mais depuis qu'elles sont plus recherchées et que les moyens d'exploration des bronches sont plus développés, on diagnostique plus souvent ces cas.

Les tumeurs bénignes sont toujours primitives et jamais d'origine métastatique. Elles peuvent résulter d'un défaut de développement ou bien d'une hyperplasie de tissus normaux. Ces tumeurs peuvent être silencieuses pendant plusieurs années; elles sont ordinairement découvertes accidentellement.

Le plus souvent, le patient se présente avec des symptômes de sub-obstruction et même d'obstruction complète, parfois compliqués de suppuration bronchique, de pneumonie, d'emphysème pulmonaire ou de pleurésie.

Il est très difficile d'obtenir des patients des informations sur les premiers symptômes qu'ils ont remarqués, parce que la plupart sont malades depuis longtemps et parce qu'ils présentent alors des modifications pulmonaires importantes.

En étudiant l'histoire de plusieurs cas, on note que la toux est le symptôme le plus commun, tandis que l'hémoptysie est le symptôme le plus alarmant.

La toux est de type irritant et elle est plus marquée le soir, surtout quand le patient est en position déclive ventrale. S'il y a une suppuration pulmonaire associée, la toux ressemble à celle de la bronchectasie.

L'hémoptysie est parfois le premier symptôme. Elle peut être massive et si grave qu'il aura fallu recourir à une transfusion. Parfois ces hémoptysies sont attribuées faussement à des troubles cardio-vasculaires ou des lésions tuberculeuses pulmonaires inexistantes. Dans la plupart des cas, l'hémorragie est notée au début de la maladie, sans en être le premier symptôme. Parfois, ce sont simplement des filets de sang dans les crachats. Une des caractéristiques de cette hémoptysie est le fait qu'elle apparaît subitement sans aucun signe prémonitoire. Chez certaines patientes, elle apparaît à l'époque menstruelle. Nous avons vu assez récemment une patiente qui, à cause de ce symptôme, fut étiquetée tuberculeuse. Elle fit plusieurs longs stages au sanatorium durant quinze ans. Elle a subi un pneumothorax artificiel durant quelques mois. Néanmoins elle en vint à un point où le simple fait de se pencher pour ramasser un

1. Cette observation a été recueillie dans le Service de chirurgie thoracique du docteur Georges Deshaies.

objet sur le parquet, déclenchait une hémoptysie considérable.

Chez certains patients, on remarque une respiration asthmatiforme comme symptôme initial; tandis que chez d'autres ce symptôme est remarqué plus tard au cours de la maladie.

Assez fréquemment, on note de l'hyperthermie, de la douleur intrathoracique et de la dyspnée, surtout chez les patients porteurs d'un foyer de suppuration en amont de la tumeur obstructive.

Etant donné la prolifération lente et souvent insidieuse de ces tumeurs, on observe fréquemment des transformations étendues des tissus broncho-pulmonaires. Les premières lésions dues à l'obstruction bronchique sont des lésions d'emphysème ou de suppuration qui causent des foyers de pneumonie chronique, des abcès pulmonaires, des fistules broncho-pleurales, des empyèmes et enfin de la gangrène pulmonaire.

Chez plusieurs patients, on a remarqué de l'atélectasie d'un ou plusieurs lobes pulmonaires, ou bien de l'emphysème périphérique par obstruction.

Strictement parlant, ces tumeurs ne sont donc pas bénignes. Elles peuvent causer des troubles sérieux de compression par suite de leur développement graduel. De plus, ces tumeurs, à l'un de ces derniers stages, doivent être enlevées chirurgicalement par lobectomie.

Du point de vue radiologique, la prolifération ne présente que rarement une masse tumorale bien circonscrite; elle est ordinairement invisible ou bien elle est masquée par des transformations broncho-pulmonaires secondaires comme des images de pneumonie, de fibrose, de bronchectasie ou de pleurésie. Il faut absolument avoir recours à la bronchoscopie complétée par la bronchographie, et parfois à la tomographie.

Si l'obstruction bronchique est complète, on verra que l'huile opaque, le lipiodol, ver-

sée dans la bronche souche s'arrêtera au niveau de la tumeur. Si l'obstruction est partielle, l'image de la bronche lipiodolée sera déformée, rétrécie au niveau de la tumeur. A la périphérie du lobe atteint, on note souvent des ombres qu'il faut distinguer des images de prolifération tumorale bénigne ou maligne.

La radiographie ne révèle que rarement la nature exacte de cette prolifération. Après examen de plusieurs films, l'on note que des tumeurs de types histologiques très différents donnent des images identiques. Certains auteurs prétendent que le diagnostic histo-pathologique final dans la plupart des tumeurs bénignes ne peut être posé qu'après l'examen macroscopique et microscopique de la pièce.

Parmi les tumeurs bénignes, celle que l'on rencontre le plus souvent est la tumeur décrite sous le nom d'adénome bronchique. Ces tumeurs sont comparables aux papillo-adénomes de l'intestin et elles évoluent de la même manière. Si la tumeur naît de la prolifération intensive d'une région de l'épithélium endo-bronchique, elle forme une masse pédiculée dans la lumière bronchique; tandis que là où la tumeur se développe aux dépens de tissus de la paroi bronchique, elle formera une masse circonscrite par une coque dans la paroi bronchique.

Macroscopiquement, cette tumeur présente une masse mousse, rosée, rougeâtre ou violacée, qui peut parfois présenter un aspect charnu. Cette masse peut être assez ferme ou bien de consistance molle. En général, la tumeur molle est très vascularisée et saigne abondamment dès qu'on lui touche avec un instrument, et surtout quand on en fait une biopsie.

Le bronchoscopiste voit en général dans ces cas la bronche, le plus souvent celle du lobe inférieur gauche, remplie par une grosse masse pédiculée dont le pédicule est souvent invisible, parce que distal à la trachée.

Le diagnostic doit être confirmé par une biopsie endobronchique. Celle-ci ne doit pas

être trop superficielle parce qu'alors on ne prélèvera pas de tissu tumoral. La technique de fixation, de coloration et de coupe de la pièce, pour l'examen microscopique, doit être très bien faite, parce qu'autrement cette tumeur sera difficile à identifier.

DIAGNOSTIC HISTO-PATHOLOGIQUE (Dr Georges Manseau)

Sous le terme d'adénome bronchique, les auteurs américains désignent une tumeur de nature essentiellement bénigne ayant tendance à soulever la muqueuse et à devenir sessile ou même pédiculée. Ces tumeurs sont assez souvent méprises pour des tumeurs malignes et ce fait résulte de la difficulté d'interprétation des images histologiques dont la lecture est d'autant plus difficile à faire que les fragments mis à la disposition du pathologiste ont la plupart du temps de très petits volumes et sont parfois prélevés superficiellement ou écrasés.

Ces adénomes en général présentent des structures passablement variées. De là résulte la variété d'étiquettes que certains auteurs ont cru bon de leur donner au hasard des types qu'ils ont rencontrés.

Et c'est ainsi qu'on les voit appelés polype adénomateux, adénome pédiculé, carcinoïde, tumeurs glandulaires bénignes, etc. C'est que tantôt la tumeur se présente sous forme de cordons épithéliaux creusés de cavités de sécrétions, ou bien de tubes glandulaires contenus dans un stroma conjonctif. L'aspect rappelle dans ces cas l'image générale des adénomes nés des parenchymes glandulaires. Tantôt, cette structure adénoïde est à peine esquissée et, dans quelques cas, les cellules tumorales ne montrent aucun caractère qui puisse faire soupçonner une origine glandulaire. D'autres tumeurs, par la disposition des cordons épithéliaux qui les constituent, fournissent des images qui ne sont pas sans analogie avec certaines tumeurs du tractus digestif, connues sous le nom de « carcinoïdes ».

Cette parenté n'est cependant qu'apparente,

car on n'y peut mettre en évidence la même origine et les recherches pour déceler la présence de cellules argentaffines ont toujours été négatives.

Enfin, un dernier groupe de ces tumeurs fournissent des images histologiques qui rappellent d'assez près celles des tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Ces aspects répondent-ils à des tumeurs essentiellement différentes, quant à leur origine et à leur comportement, ou s'agit-il là tout simplement d'évolution variée d'une seule et même tumeur à point de départ unique ? Il est assez difficile d'émettre une opinion sur ce point. Il est cependant probable, vu la présence dans une même tumeur de ces différents aspects, qu'il ne s'agit que d'une question d'évolution.

En résumé, l'adénome bronchique doit être considéré comme une tumeur de nature bénigne à point de départ glandulaire, dont l'image histologique est différente d'un cas à l'autre, suivant son potentiel évolutif. Son pronostic, mis à part les accidents qu'il peut causer à cause de sa localisation sur le trajet des voies aériennes, se confond avec celui des adénomes en général. Son ablation totale met le patient à l'abri de récurrence, puisque cette tumeur n'a aucune tendance à infiltrer les tissus avoisinants.

Le diagnostic entre un adénome et un épithélioma peut parfois être fort difficile à établir, et ne peut être basé que sur la présence ou l'absence de figures d'envahissement et d'infiltration, d'atypie et de mitose cellulaire.

TRAITEMENT.

Si on a la rare chance de voir le patient avant que des lésions broncho-pulmonaires irréversibles ne se soient établies, et si la tumeur siège dans une bronche accessible au bronchoscope, l'endoscopiste pourra cautériser cette masse tumorale en plusieurs temps, s'il est nécessaire, surtout si la tumeur est pédiculée dans la bronche.

Puis il faudra revoir ce patient de temps en temps pour s'assurer qu'il n'y a pas de réci-

dive, c'est-à-dire que la tumeur a été complètement enlevée.

Mais dans la plupart des cas, le patient ne consulte qu'au moment où des modifications graves et irréversibles des tissus broncho-pulmonaires se sont établies. Un traitement local par voie endobronchique améliorera la ventilation du secteur broncho-pulmonaire atteint.

Cependant, étant donné l'existence de foyers de pneumonie chronique, de bronchectasie, de fibrose marquée et parfois même d'un empyème secondaire, il faudra alors préparer le malade à subir une lobectomie totale, qui est le seul traitement radical à ce stage.

* *
*

Pour mieux illustrer cette maladie, je vous rapporterai le cas d'une jeune fille de 13 ans.

Observation.

Cette adolescente fut admise dans un hôpital général, le 2 mai 1942.

Elle avait toujours présenté un état de santé médiocre depuis sa naissance. Dans l'enfance, elle a souffert de la coqueluche, de la rougeole, de la varicelle, de la scarlatine et des oreillons.

Depuis une semaine, elle présente: hyperthermie, toux, expectorations, point de côté à gauche, anoxémie, céphalée, diaphorèse nocturne, vomissements et douleurs précordiales. A l'examen, on note une matité au niveau de tout le lobe inférieur gauche et une abolition du murmure vésiculaire.

On posa alors le diagnostic de « pleurésie purulente gauche ». (Fig. 1.)

Elle fut traitée par thoracentèses et auto-pyothérapie, c'est-à-dire qu'on lui faisait boire le pus retiré après l'avoir aromatisé et mêlé à du lait.

Le 19 mai, soit 17 jours plus tard, on lui donna son congé avec l'étiquette « guérie ».

Cependant, huit jours plus tard, la patiente dut être réadmise présentant à peu près les mêmes symptômes.

Soupçonnant des bronchectasies, on fit tirer un film, qui ne donne pas d'image de dilatations bronchiques, mais simplement une ombre au niveau de la région moyenne du lobe inférieur gauche.

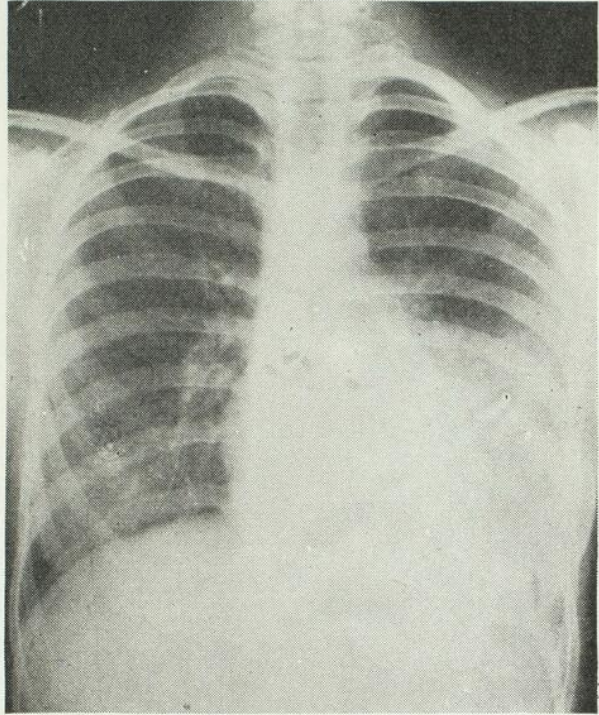


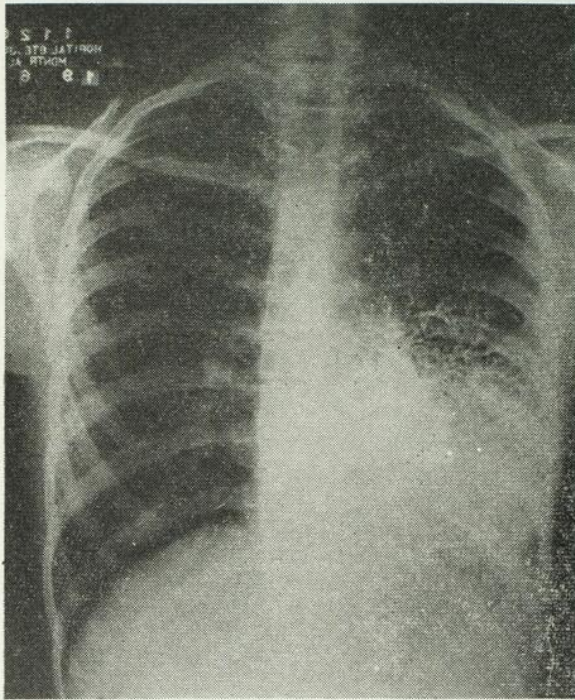
FIG. 1

(Le 4 mai 1942). L'aspect voilé de la base gauche laisse supposer une pleurésie purulente.

Néanmoins, on référa cette patiente au bronchoscopiste qui, après une bronchoscopie, décrit une masse d'aspect tumoral obstruant la bronche du lobe inférieur gauche. « Cette masse saigne au contact de la pince. Elle se projette de la paroi bronchique gauche et elle présente une surface grossièrement hémisphérique dans son ensemble, mais irrégulière dans le détail. Sa surface est plutôt grisâtre. Au delà de cette tumeur, aspiration d'un pus épais chocolaté. Excision de petits fragments dont quelques-uns ont la consistance du tissu cartilagineux. » (Dr M. Bonnier.)

Le diagnostic histo-pathologique fut alors: « Adénome bronchique atypique. Le traitement et le pronostic doivent s'inspirer de ceux des tumeurs mixtes des glandes salivaires. » (Dr P. Martin.)

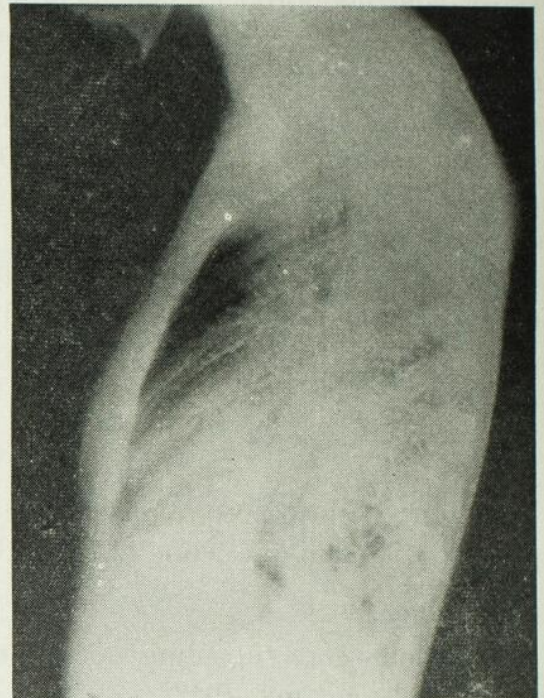
Un lipiodol de l'arbre bronchique gauche (Fig. 2) ne montre pas de dilatations bronchiques, mais on peut voir que la substance opaque n'a pas inondé la région postéro-inférieure du lobe inférieur gauche.



A

Une radiographie simple prise deux jours plus tard ne révèle aucune image pathologique. (Fig. 3.)

Mais les clichés tirés le lendemain (Fig. 4), après instillation de lipiodol dans les bron-



B

FIG. 2

(Le 19 juin 1942). Après instillation de lipiodol dans les bronches du lobe inférieur gauche. Aucune évidence de dilatation bronchique; mais si l'on examine de près ces films, on peut voir (A) à travers l'ombre cardiaque, que la substance opaque n'a pas inondé une partie de la région postéro-inférieure para-médiane du lobe inférieur gauche. Sur le film tiré latéralement (B) cette région se trouve projetée juste en avant de la colonne vertébrale.

Un peu plus tard, le bronchoscopiste peut voir que la tumeur s'attache à l'éperon bronchique transversal séparant les deux ramifications terminales de la bronche du lobe inférieur gauche. Il note une amélioration de la ventilation et du drainage.

Par la suite, on continua les broncho-aspirations régulièrement et l'état général de cette jeune fille en bénéficia.

Cette patiente fut référée au docteur Georges Deshaies pour lobectomie inférieure gauche.

Elle fut admise sous nos soins le 25 janvier 1943. Etat général assez bon: poids 97½ lbs., taille 5', apyrétique, expectoration et toux minimes.

ches, sous bronchoscopie directe, montrent que le lobe inférieur gauche est réduit à un réseau de lacs géants au sein d'une masse dense carnifiée, considérablement contractée.

La résection du lobe inférieur gauche fut faite le 24 février 1943. Les suites opératoires furent heureuses, sauf qu'un empyème post-opératoire avec fistule broncho-pleuro-pariétale retarda la guérison complète.

La figure 5(B) nous montre l'aspect radiologique du thorax quelques jours après la lobectomie et la figure 5(A) après un an.

Le lobe réséqué a été l'objet d'un examen minutieux de la part de notre pathologiste, le docteur G. Manseau. Je vous cite son rapport:

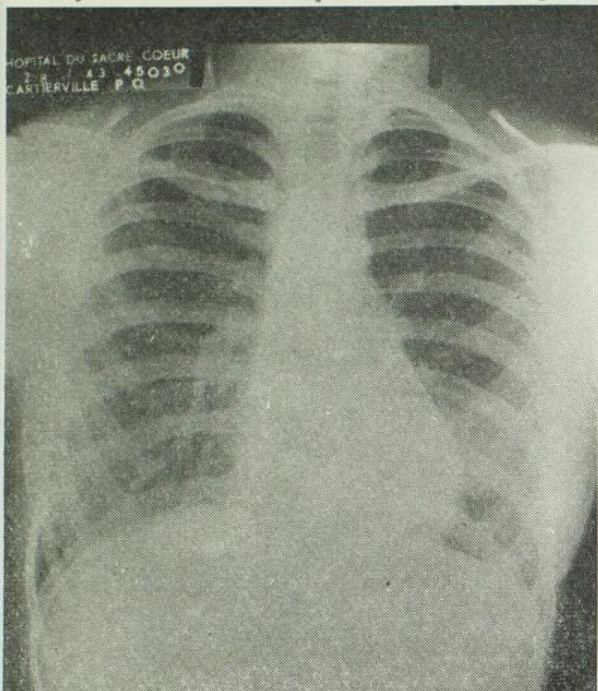


FIG. 3

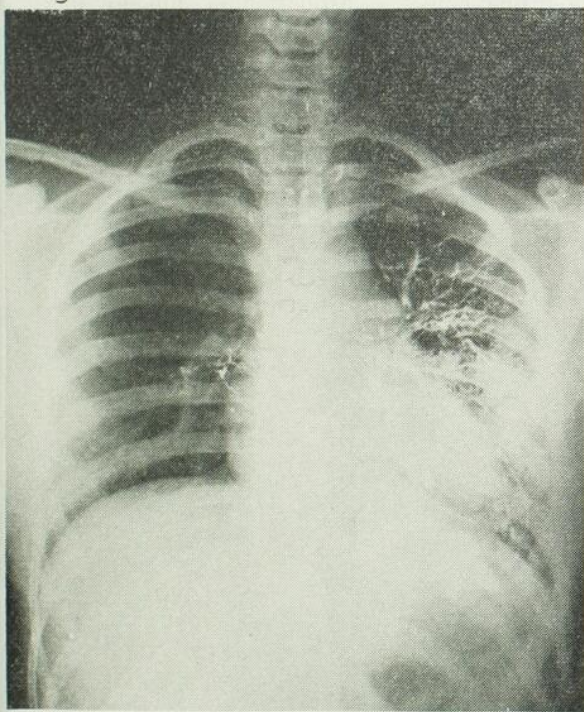
(Le 28 janvier 1943). Les plages pulmonaires présentent un aspect à peu près normal et ne laissent pas supposer les graves modifications bronchopulmonaires que l'on peut voir sur la Fig. no 4.

« Volumineux adénome pédiculé d'environ 2 cms de diamètre, comblant la lumière d'une bronche maîtresse que par ailleurs il distend considérablement.

« La masse tumorale n'est pas constituée à proprement parler par des tubes glandulaires, mais plutôt par des cordons au sein desquels les cellules, dont la plupart à potentiel mucipare, s'orientent autour de cavités de sécrétion de volumes variables. Le stroma de la tumeur est fortement infiltré.

« L'architecture de la bronche est considérablement remaniée du fait que la tumeur, à l'étroit dans la lumière bronchique, refoule en maints endroits sa paroi et s'enfonce jusqu'au niveau de sa couche adventitielle. Les bronches en amont sont atelectasiées et le parenchyme pulmonaire en état de pneumonie chronique caractérisée surtout par une sclérose interstitielle inflammatoire et de l'alvéolite lipophagique.

« Il est très difficile d'établir avec certi-



A



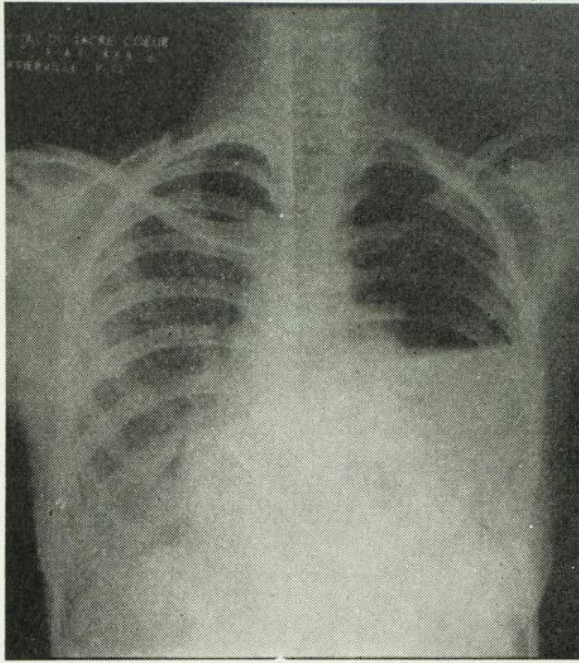
B

FIG. 4

(Le 29 janvier 1943). Après instillation de lipiodol dans le lobe inférieur gauche. Evidence d'énormes dilatations bronchiques dans ce lobe pulmonaire.

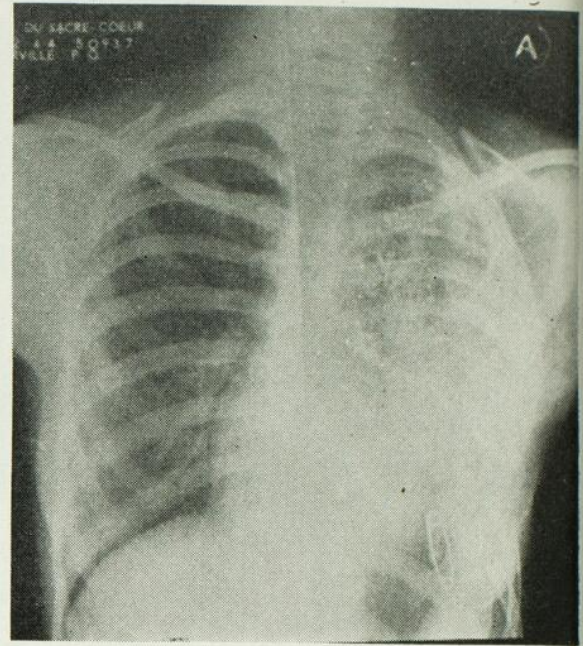
tude le pronostic de cette tumeur; par place, elle réalise les figures histologiques des tumeurs mixtes et l'on peut supposer qu'elle devrait se comporter comme telle.

L'histoire de cas, la bronchoscopie; la bronchographie et la biopsie sont les principaux facteurs pour l'établissement d'un diagnostic précis.



B

(B) 21 jours après la lobectomie inférieure gauche: lobe supérieur presque complètement affaissé; épanchement pleural. (A) Un an après la lobectomie et après une nouvelle instillation de lipiodol dans l'arbre bronchique gauche: le lobe supérieur a repris son expansion; aucune rétention purulente dans la cavité pleurale.



A

FIG. 5

A tout événement, elle ne présente aucun caractère franc de malignité et doit donc être considérée comme tumeur bénigne.» (Dr G. Manseau.)

Actuellement, cette patiente est très bien. L'empyème a été drainé et s'est tari. Le lobe supérieur a repris son extension.

Voir la radiographie prise près de deux ans après la lobectomie. (Fig. 6.)

Cette jeune fille a repris ses études, et elle mène une vie absolument normale, comme ses compagnes d'étude. Elle a grandi de plus de deux pouces et elle a gagné du poids.

Conclusion.

Une tumeur bénigne cause fréquemment de l'obstruction bronchique et, la plupart du temps, des modifications broncho-pulmonaires graves et irréversibles se sont établies avant que le diagnostic n'ait été fait.

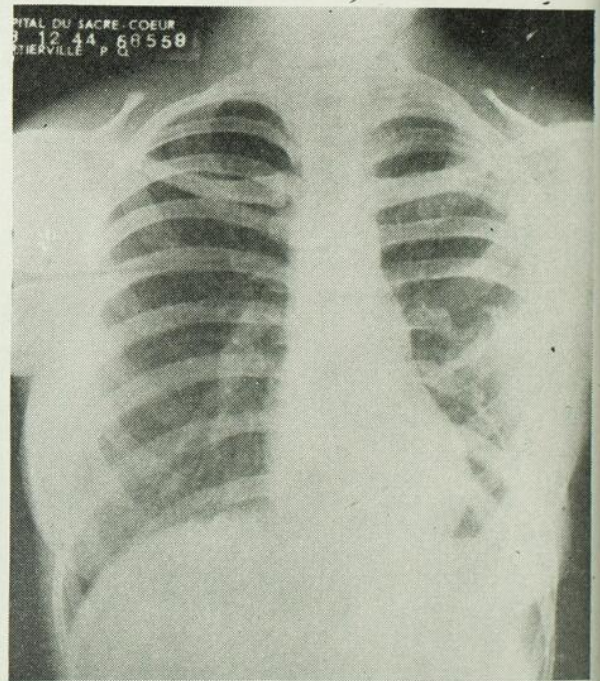


FIG. 6

Près de 2 ans après la lobectomie inférieure gauche.

Le traitement local par cautérisation est rarement suffisant, parce que des complications broncho-pulmonaires irréversibles sont apparues avant que le diagnostic n'ait été établi. Il faut alors recourir à la grave intervention qu'est la lobectomie ou la pneumonectomie, dès que l'état général du patient le permet. Alors, la guérison est définitive et le patient pourra mener une vie normale.

BIBLIOGRAPHIE

Chevalier L. JACKSON et Frank W. KONZELMANN: «So-Called Adenoma of the Bronchus.» *Ann. of Otology, Rhinology and Laryngology*, 50: 1264 (déc.) 1941.

Chevalier L. JACKSON et Frank W. KONZELMANN: «Bronchoscopic Aspects of Bronchial Tumors.» *The Journal of Thoracic Surg.*, 6: 312 (fév.) 1937.

Chevalier JACKSON et Chevalier L. JACKSON (traduit par Maurice Bonnier): «Les tumeurs broncho-pulmonaires bénignes.» *Union Méd. du Canada*, 68: 353 (avril) 1939.

W. W. BADCOCK: «Principles and Practice of Surgery.» 845-860. Lea and Febiger, Philadelphie, 1944.

H. R. N. LANDIS et G. W. NORRIS: «Diseases of the Chest and the Principal of Physical Diagnosis.» 6e édition: 679-683. W. B. Saunder Co., Philadelphie, 1940.

L. H. CLERF et C. J. BUCHER: «Adenoma (Mixed Tumor) of the Bronchus: A Study of 35 Cases.» *Ann. of Otology, Rhinology and Laryngology*, 51: 836-850 (sept.) 1942.

**Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord**

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 74 — N° 2 Montréal, février 1945

**L'APPORT UNIVERSITAIRE AU
MOUVEMENT DU "RETOUR À LA
VIE CIVILE" ET AUX COURS
POST-SCOLAIRES.**

S'il est un problème vaste et qui mérite au plus haut point qu'une étude raisonnée en soit faite, c'est incontestablement celui du « Retour à la vie civile ». Nul ne saurait nier le principe général de la contribution la plus complète à sa solution; il est de toute évidence que tout doit être mis en branle pour faciliter la réhabilitation civile de ceux qui reviennent des armées.

Pour nous, de la médecine, il va de soi que le sort de nos jeunes collègues, surtout de ceux qui ont été enrôlés dès leur diplôme obtenu, est celui qui nous préoccupe le plus.

Les autorités civiles ont prévu une certaine adaptation et elles ont préparé des programmes susceptibles d'améliorer le sort des démobilisés.

Le soin de donner aux professionnels l'orientation voulue et de leur fournir les instruments de leur réadaptation civile a été laissé aux universités.

Il nous fait plaisir d'apprendre à nos lecteurs que nos universités — celles de Montréal et celle de Québec — ont accepté avec enthousiasme de contribuer à ce mouvement et qu'elles ne comptent pas, comme on le leur a trop souvent dans le passé reproché, marquer cette fois seulement le pas.

Nous sommes autorisés à faire connaître que la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal compte aller de l'avant. Déjà une commission d'étude a été nommée dont les travaux ont dépassé le stade préliminaire.

La mise en marche demande une préparation minutieuse et une organisation impeccable. Il n'est pas tout de prévoir un certain nombre de cours; il faut d'abord savoir le nombre approximatif de ceux qui sont susceptibles de s'inscrire, la quantité d'inscriptions devant commander la mise en série des cours, théoriques et cliniques. On ne peut admettre

qu'un nombre limité d'élèves à chaque série.

Il s'agit aussi de déterminer la durée de la session scolaire; elle peut varier avec les disponibilités ou de professeurs, ou de locaux de laboratoires ou d'espaces pour les cliniques.

Certains démobilisés peuvent préférer faire de l'internat ou désirer une place de résident hospitalier.

L'enquête faite auprès de nos officiers médicaux peut aussi montrer une propension marquée chez eux vers la spécialisation en médecine. Aussi doit-on faciliter leur préparation dans le sens qu'ils désirent en organisant des cours spéciaux avec démonstrations *ad hoc*.

Il reste encore beaucoup à faire et l'organisation n'est pas encore complète; mais il nous a paru bon que l'on sût dans le public médical ce que l'on prévoit pour nos retours du front.

Nous avons cru surtout que tous nos élèves, actuellement sous les armes, apprendraient avec satisfaction que l'on se préoccupe sérieusement de leur sort et que les facultés de médecine n'hésiteront pas, l'heure venue, à faire même les plus grands sacrifices pour leur venir en aide.

Le « Retour à la vie civile » est une œuvre de grande classe; c'est pour nous un devoir primordial d'y participer; nous n'avons pas le droit de le fuir.

* * *

Nous saisissons l'occasion de cet éditorial pour faire connaître que des cours

post-scolaires vont incessamment commencer à l'Université de Montréal. Cette initiative fait honneur à ceux qui n'ont pas craint d'en assumer la lourde responsabilité. Nous avons déjà démontré, ici même, à l'*Union Médicale du Canada*¹, la nécessité d'un organisme de complément, où jeunes et moins jeunes médecins viendraient chercher des connaissances supplémentaires ou spéciales désirées.

Nous écrivions alors: « Il est enfin venu le moment où nous devons combattre notre complexe d'infériorité, avoir confiance en nous et comprendre que nous portons des forces qui ne demandent qu'à s'extérioriser. Ceux des nôtres qui reviennent après avoir beaucoup vu, entendu et retenu pendant leur séjour chez nos voisins osent reconnaître que nous ne sommes déjà plus si en retard. Les chercheurs, les hommes d'études, les cliniciens avertis, les chirurgiens habiles, les savants de laboratoires, les spécialistes, maîtres en leur art, composent une somme imposante, un actif impressionnant. Ils sont là, tous, qui ne demandent qu'à collaborer. Cet enseignement s'impose. Il a réussi partout ailleurs, il n'en peut être autrement chez nous. Il convient de l'organiser sur des bases solides. » Mais qui doit en assumer la responsabilité?

A cette question que nous posions alors, la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal donne aujourd'hui la réponse.

Edouard DESJARDINS.

1. *Union Médicale du Canada*, septembre 1941.

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 MÉDICALE DU CANADA » sans aucune interruption.

MÉDECINE SOCIALE

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-SOCIALES SUR LA SYPHILIS

Par **Henri SMITH,**

Chef du Service de Dermato-Syphiligraphie à l'hôpital Général de Verdun.

L'opinion la plus accréditée en ce moment fait remonter au temps de la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb l'origine de la syphilis. Partis d'Hispanola (Haïti), les marins du navigateur génois abordent au royaume d'Isabelle de Castille au mois de mars 1493 et, avec le récit passionnant de leur merveilleux voyage, apportent aux belles Espagnoles cette terrible maladie que l'on nomme tour à tour: mal des Espagnols, mal des Italiens, mal des Anglais, etc. A la faveur des guerres, en effet, la syphilis se propage avec une rapidité foudroyante et atteint bientôt « la totalité des contrées connues et accessibles », selon le mot de Ruy Diaz.

Le médecin barcelonais Dias de Isla serait le premier, si l'on en croit les historiens, à avoir observé des cas de syphilis en Europe (1493). Oviedo, toujours d'après les historiens, serait l'auteur de la première publication sur la syphilis (1496).

Depuis Dias de Isla et Oviedo, un nombre incalculable de médecins ont étudié la syphilis, d'innombrables travaux ont été publiés sur le sujet. Nous n'avons pas l'intention de répéter tout ce qui a été dit, ni même de tenter de le résumer. Nous en tenant à l'aspect social de la syphilis nous nous proposons, au cours du présent travail, d'étudier dans ses grandes lignes certains côtés moins connus du problème.

Nous basant sur de nombreuses lectures et un certain nombre d'observations personnelles, nous étudierons ce fléau social qu'est la syphilis au triple point de vue de ses conséquences, de ses causes et de sa prophylaxie.

CONSÉQUENCES SOCIALES.

La syphilis ne connaît ni loi ni frontières.

Elle atteint, dans tous les pays du monde, toutes les classes de la société. A ce point de vue elle est véritablement une calamité publique.

Les quelques chiffres qui suivent nous donneront une idée des ravages qu'elle peut causer.

Dix à quinze pour cent de toutes les cardiopathies seraient causées par la syphilis. Dix pour cent environ de tous les malades admis dans les asiles d'aliénés de notre province seraient des paralytiques généraux. 7.5% de tous les malades décédés dans les asiles d'aliénés de la province d'Ontario entre les années 1930 et 1934 seraient morts de P. G. 15% de tous les cas de cécité seraient attribuables à la syphilis, etc...

En dehors de ces chiffres, pourtant assez éloquentes par eux-mêmes pour démontrer la gravité de la syphilis au point de vue social, il existe toute une légion de malades qui sont un lourd fardeau pour la société et sur lesquels nous ne possédons pas de statistiques. Nous voulons parler de ces demi-impotents qui, du fait de leur maladie, sont forcés à une activité restreinte. Avant de mourir, le cardiaque peut vivre de longues années, mais à la condition qu'il ne fasse rien ou presque. La P.G. traitée compte un certain nombre de malades chez qui l'équilibre mental est à moitié rétabli, si l'on peut dire: ces malades devront se contenter d'un travail bien inférieur à celui qu'ils pouvaient faire avant que le tréponème ne vienne léser leur cerveau.

A côté des aveugles, combien de personnes chez qui la syphilis n'a laissé qu'une vision imparfaite, tout juste suffisante pour les besoins ordinaires de la vie. Et que dire de ces

tabétiques que l'on considère comme guéris parce que les réactions de B.W. dans le sang et le l.c.r. sont redevenues négatives, mais qui restent avec des séquelles nerveuses qui les empêchent de donner leur plein rendement? Que dire des avortements que la syphilis provoque et qui, de ce fait, privent la société d'un nombre important de citoyens? Et les arriérés mentaux qui n'atteindront jamais un plein développement intellectuel parce que leur mère leur a communiqué la syphilis? Et ces éternels malades qui traversent une vie bien peu utile à la communauté parce que le tréponème a marqué d'une façon cruelle et indélébile leurs glandes endocrines ou leurs métabolismes? Et les cas de surdité et de surdi-mutité qui, de par leur infirmité, sont en quelque sorte des épaves dans la vie?

Inutile d'allonger davantage la liste des méfaits de la syphilis, méfait qui ont un retentissement profond sur la société, sur la race. Nous ne pouvons clore ce chapitre, cependant, sans dire un mot du retentissement que peut avoir la syphilis sur un autre fléau social: la tuberculose.

Nous appuyant sur la haute autorité du professeur Emile Sergent, nous ne craignons pas d'affirmer que, *souvent*, la syphilis joue un rôle prépondérant dans l'étiologie de la tuberculose.

Actuellement, nous traitons deux malades chez qui sont apparus au cours du traitement antisiphilitique des signes certains de tuberculose pulmonaire.

Dans le 1er cas il s'agit d'un jeune « hérédo » de 18 ans, pâle, maigre, asthénique, qui traîne misérablement dans la vie le peu de force que les ravages causés dans son organisme par le tréponème veulent bien lui laisser. Dans ses antécédents familiaux on ne retrouve aucun cas de tuberculose. Ses parents, avec qui il habite, sont « à l'aise » et vivent dans des conditions hygiéniques excellentes.

Le second cas est en tout point semblable

au premier, avec cette différence, toutefois, qu'il s'agit ici d'une femme âgée de 36 ans que nous traitons pour une syphilis acquise ancienne.

Dans les deux cas, la syphilis, en débilitant l'organisme, l'a rendu plus réceptif vis-à-vis la contamination par le bacille de Koch.

Cessons donc de considérer la tuberculose comme une maladie noble et la syphilis comme une maladie honteuse. Luttons de toutes nos forces pour supprimer la syphilis; nous contribuerons ainsi et dans une mesure appréciable à faire disparaître la tuberculose. L'effort en vaut la peine.

CAUSES SOCIALES.

La prostitution et l'alcool sont considérés comme les deux principales causes adjuvantes ou sociales de la syphilis. Des nombreuses études faites sur ces sujets les unes manquent de profondeur, la plupart ne s'appliquent à mettre en lumière qu'un seul aspect de la question.

Nous basant surtout sur les observations de nos malades, nous étudierons le rapport de cause à effet qu'il peut y avoir entre l'alcool et la prostitution d'une part, et la contamination syphilitique d'autre part.

1) *Alcool.*

Il est un fait que la plupart des médecins ont dû constater déjà: dans une forte proportion des cas, 75% peut-être, quand nous apprenons à un malade jeune qu'il a un chancre primaire ou des accidents secondaires syphilitiques, il s'empresse de nous dire: « Docteur, j'étais complètement ivre quand je me suis exposé à la contagion. » Si nous prenons à la lettre cette affirmation du malade nous concluons que l'alcool est une cause adjuvante ou sociale dans 75% des cas de syphilis acquise récente. Mais si nous prenons le temps de la réflexion nous pouvons en arriver à soupçonner des conclusions bien différentes.

Il est généralement admis que l'âge moyen des contaminations récentes se situe vers 1

20e année. Est-ce à cet âge-là qu'on a acquis l'habitude de s'enivrer, qu'on est devenu un vrogne? Est-il nécessaire, chez un sujet qui est encore au début de la 3e décade de la vie, d'invoquer une excitation alcoolique pour expliquer une débauche sexuelle? Non! n'est-ce pas? Alors, est-ce que nos malades, un certain nombre d'entre eux du moins, ne nous auraient pas dit la vérité?

Une enquête, que nous avons menée chez tous les syphilitiques récents que nous avons observés depuis près d'un an, nous a conduit aux conclusions suivantes.

Dans 15 p. cent des cas, environ, l'alcool est réellement la cause concomitante principale de la syphilis. En d'autres termes, ces malades se sont exposés à la contamination parce qu'ils avaient fait abus de boissons alcooliques.

Dans 10 p. cent des cas, à peu près, nous avons réussi à faire admettre au malade qu'il nous avait trompé sciemment en nous disant qu'il était ivre au moment où il s'est exposé à la contagion. Pourquoi nous a-t-il trompé? Mais, en guise d'excuse tout simplement. Quand il nous dit: « J'étais ivre », il veut que nous comprenions: « Ce n'est pas de ma faute ».

Dans tous les autres cas nos malades avaient réellement fait usage de boissons alcooliques avant de s'exposer à la contagion. Chez eux, toutefois, l'alcool n'est pas une cause réelle de contamination mais bien *un prétexte*. Un exemple concret fera mieux comprendre notre pensée.

Un homme de 25 ans, marié et père de deux enfants, nous consulte en avril 1944 pour une syphilis à la période de chancre. Comme tant d'autres, il nous dit qu'il était ivre quand il s'est exposé à la contagion. Le lendemain, et sur notre demande, l'épouse du malade s'amène à notre bureau. Soumise à un questionnaire précis, elle nous raconte que son mari ne fait usage de boissons alcooliques qu'une seule fois par semaine, mais toujours le même jour ou plutôt le même

soir, soit le mercredi. Le mari, plus tard, admet sans difficulté que tous les mercredis soirs, et cela depuis trois mois, il va rendre visite à une fille qui habite une maison sise dans le voisinage de sa demeure à lui. Pour quoi prend-il quelques verres de boisson en présence de sa femme avant d'aller voir cette fille? Mais tout simplement pour se ménager une excuse au cas où la chose s'ébruiterait. Si sa femme vient un jour à apprendre la raison de ses sorties du mercredi soir et veut lui faire des reproches, il a une excuse toute prête: « J'étais ivre et tu le sais bien. » Et la femme devra comprendre: « Ce n'est pas ma faute puisque j'étais ivre, et si ce n'est pas ma faute tu n'as pas le droit de me faire de reproches. »

Etrange aberration d'esprit mais combien fréquente! Plus fréquente encore chez les femmes que chez les hommes. La femme, en effet, sent plus ou moins consciemment, mais peut-être plus intensément que l'homme, le besoin de se ménager une excuse vis-à-vis de ses amis, ses parents, son partenaire d'un soir, vis-à-vis d'elle-même. Cette excuse, ce prétexte? mais il est tout trouvé: c'est le petit verre d'alcool. Parmi celles qui s'en servent les unes s'enivrent réellement, les autres, plus intelligentes ou plus rusées, en prennent tout juste assez pour jouer avec quelque vraisemblance la comédie de l'ivresse.

Dans un travail paru ici même notre ami E. Garceau disait ceci: « Et aujourd'hui, d'après mon expérience personnelle . . . , je suis arrivé à penser que la syphilis contractée était précédée, je dirais même dans 70% des cas, d'abus alcooliques ». Nos constatations ne diffèrent pas sensiblement de celles de Garceau pour ce qui est du pourcentage des cas de syphilis acquise chez qui on retrouve un abus, ou du moins un usage réel, de boissons alcooliques avant le contact infectant (65%). Nous distinguons cependant ceux chez qui l'alcool n'est qu'un prétexte de ceux chez qui il est véritablement la cause des abus qui ont conduit à la contamination. Cette distinction

n'est pas sans intérêt, comme nous le verrons plus loin.

2) Prostitution.

Nous n'avons pas à nous demander, comme nous l'avons fait pour l'alcool, si la prostitution est une cause réelle de la syphilis et dans quelle mesure elle contribue à sa dissémination. Il est presque universellement reconnu et admis aujourd'hui qu'elle est la principale cause sociale de la syphilis. Nous étudierons plutôt les causes de la prostitution dans le but de trouver un moyen de limiter autant que possible ses ravages.

Si nous nous donnons la peine d'observer soigneusement, sans préjugés comme sans parti pris, les prostituées que nous traitons pour la syphilis, nous constatons bien vite chez toutes une mentalité très spéciale. Si nous nous demandons ce qui a pu créer chez ces filles une telle mentalité, nous en arrivons dans presque tous les cas à formuler cette sentence: *la cause première et fondamentale de la prostitution est l'éducation déficiente qu'ont reçue ses adeptes.*

Chaque cas, naturellement, pose un problème particulier. Pour les besoins de la description nous ramènerons à 3 types principaux le genre d'éducation que nous avons constaté chez nos malades « prêtresses de Vénus »:

1er Type.

Education trop sévère

La fillette qui est élevée dans des principes excellents en soi mais appliqués d'une façon trop rigide; celle qui sera bafouée, battue même, pour un oui ou pour un non, réagira de différentes manières suivant son tempérament. Celle qui doit plus tard aller grossir les rangs des prostituées se repliera sur elle-même, souffrira en silence peut-être, mais dans le fond de son cœur la révolte prend naissance; révolte contre l'autorité des parents, révolte contre les principes qu'on lui a enseignés à coups de bâton. De là à détester,

à haïr cette autorité, ces principes, il n'y a qu'un pas. Plus ou moins vite, à un âge plus ou moins avancé ce pas sera franchi. La jeune fille « préparée » cédera sans difficulté aux instances d'une amie ou d'une compagne débauchée, aux sollicitations habiles d'un souteneur ou d'un proxénète. A la fois marchande et marchandise, elle monnera ses charmes soit dans une maison établie à cet effet, soit, si elle est plus débrouillarde, dans la rue, les salles de danse, les clubs de nuit ou tout autre endroit similaire.

2e Type.

Education déficiente.

La jeune fille qui a des parents qui ne s'occupent pas d'elle, soit parce que le père étant ivrogne la mère est obligée de gagner la vie de la famille, soit pour toute autre raison, ne reçoit en réalité aucune éducation. Pratiquement sans principes, on comprend sans peine que cette « orpheline de parents vivants » sera une proie facile pour ceux qui font métier de recruter des marchandes d'illusion. A un âge parfois fort tendre, elle ira rejoindre, sur le trottoir ou dans la maison close, sa compagne qui a été élevée trop sévèrement.

3e Type.

Education trop complaisante.

L'enfant qui est élevée dans tous ses caprices, celle à qui des parents trop complaisants ne refusent rien, est bien mal préparée à affronter les difficultés de la vie. Jeune fille, elle n'aura qu'une ambition: éclipser par ses bijoux et ses beaux atours toutes les autres. Si ses parents ne peuvent satisfaire ses goûts trop dispendieux ou si le salaire qu'elle gagne par son travail n'est pas suffisant pour qu'elle puisse les satisfaire elle-même, elle succombera sans présenter beaucoup de résistance aux tentations de la prostitution. Nous la retrouverons tout à l'heure avec ses sœurs des 2 premiers groupes, quand nous aurons dit un mot de la femme mariée.

Depuis une couple d'années nous voyons plus souvent qu'autrefois des femmes mariées, jeunes, prostituées et contaminées. Ces femmes, pour une raison ou pour une autre, mais toujours, en dernière analyse, parce qu'elles n'ont pas été élevées correctement, ont quitté, dès qu'elles l'ont pu, un toit familial où elles n'étaient pas heureuses et ont cherché refuge dans le mariage. Entrées dans la vie conjugale sans préparation, celle-ci s'est vite avérée une faillite complète. N'ayant pu trouver la sécurité sociale à laquelle elles aspiraient, ni dans leur famille ni dans le mariage, elles brisent tous les liens, répudient tous les principes sociaux et moraux et entrent dans la prostitution.

Qu'elle appartienne à l'un quelconque des principaux genres d'éducation que nous venons d'étudier ou à l'un quelconque des innombrables sous-genres qui en dérivent, qu'elle soit célibataire ou mariée, la jeune prostituée adopte bien vite cette mentalité spéciale dont nous avons parlé plus haut. En franchissant le seuil de la prostitution elle laisse à la porte toutes les règles sociales établies, tous les principes sociaux et moraux qui sont à la base même de la société telle que nous la concevons. Toutes ces règles, toutes ces lois qui régissent les groupements d'hommes, elle les considère comme des préjugés inutiles ou détestables et, selon ses propres termes, *s'en affranchit*. C'est cet affranchissement qui explique pourquoi la prostituée n'a pas honte de son état, ne rougit pas de son genre de vie. Le monde la méprise-t-elle ? Le monde a tort, elle seule a raison. Est-elle pourchassée, mise à l'amende plus souvent qu'à son tour ? Elle déteste la loi chaque jour davantage. Pour ces filles la prostitution est un *commerce* et rien de plus.

Sans doute, au début de sa vie galante la prostituée a-t-elle quelque illusion, quelque ambition. Elle espère, peut-être, rencontrer un jour le Monsieur riche, généreux et peu exigeant qui, en lui assurant une certaine sécurité sociale, la comblera de bijoux, robes,

etc... Si elle a quelque lecture, elle ambitionnera de devenir la Ninon de Lençlos de son temps. Disons en passant que, d'après G. Bradford, la mère de la petite Ninon était une femme « timide » et que son père était un homme « insouciant, négligent, dissipé, aimant la vie, le rire et surtout les chansons. » Bien peu atteignent leur but. La plupart, au contraire, descendent un à un tous les degrés de la prostitution et, l'âge aidant, finissent par arriver, complètement abruties, dans ces bouges infects de certaines rues plus malfamées que les autres.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de ces femmes qui, en échange de quelques sous, versent aux hommes, ces éternels naïfs, l'illusion de l'amour. C'est bien en effet de l'illusion qu'elles servent aux hommes, ces « professionnelles » de l'amour vénal comme on les appelle. Leurs succès ne s'expliquent que par leur virtuosité.

Nous ne pouvons évidemment passer en revue tous les genres de prostitution. Telle femme, par exemple, faisant un travail régulier, se fera marchande d'illusions *occasionnellement* pour augmenter son pécule. Telle autre recevra dans son logis quelques « clients » réguliers, etc. Cependant, si nous considérons comme prostituée toute femme qui s'adonne aux hommes, à plusieurs hommes non seulement pour de l'argent mais également pour tout autre motif, nous devons dire un mot d'un genre un peu nouveau mais particulièrement fréquent depuis le début de la guerre.

Nous voulons parler de ces jeunes femmes, mariées ou non, qui travaillent le jour dans une usine de guerre ou ailleurs et qui le soir vont, *gratuitement*, procurer un plaisir éphémère et souvent illusoire à quelque garçon de rencontre, le plus souvent un militaire. Quelques-unes invoquent comme prétexte à leur débauche le patriotisme ! D'autres veulent éblouir leur entourage en se baladant au bras d'un beau jeune homme; d'autres ne voient que l'invitation à dîner ou à danser,

etc... Si le chevalier servant demande quelque faveur spéciale en retour, cela n'a aucune importance !

Ces femmes, comme celles dont nous avons parlé précédemment, sont des affranchies, quoique à un degré moindre, et elles ont été élevées aussi mal que les autres. Elles ne rougissent pas de leur conduite et la seule chose qu'elles considèrent comme une insulte, c'est d'être mises au rang des prostituées. Par opposition aux professionnelles, appelons-les les « dilettantes » de l'amour.

En résumé, nous pouvons dire que toutes les prostituées sont des affranchies, qu'elles sont affranchies parce qu'elles n'ont pas su résister aux sollicitations d'une camarade, d'un entremetteur, d'un souteneur, etc... et qu'elles n'ont pas su résister à de telles sollicitations parce qu'elles ont reçu une éducation défectueuse. Cela ne veut pas dire, évidemment, que toutes les jeunes filles mal éduquées se livrent à la prostitution. Loin de là !

On se demande parfois comment il se fait que la prostituée, exploitée par celui-ci et celui-là, plus esclave en somme qu'elle ne l'était auparavant, peut persévérer dans cette vie-là. On a invoqué diverses raisons: habitude, paresse, veulerie, sottise, etc. En réalité c'est bien un peu pour toutes ces raisons, mais c'est surtout par sottise. Faut-il s'en étonner ? N'y a-t-il que ces femmes-là qui soient sottes ?

M. Constantin Weyer, qui s'y connaît, a écrit ceci: « L'humanité est sottre, c'est entendu. » Heureusement pour l'humanité il ajoutait: « Mais, cependant la grande majorité des hommes est parfaitement éduicable ». La femme déchue qui propage la syphilis est-elle éduicable ? Et si elle est éduicable, est-il possible de refaire son éducation de telle façon qu'elle abandonne définitivement sa vie en marge de la société et cesse du même coup de répandre la syphilis ? C'est ce que nous verrons dans un instant en étudiant les moyens à employer pour prévenir la syphilis.

PROPHYLAXIE SOCIALE.

Si l'on étudie le comportement de la syphilis au cours des siècles, on se rend compte qu'à certains moments elle fait peu parler d'elle, qu'elle fait relativement peu de ravages. A d'autres moments, au contraire, on ne parle que d'elle, elle est devenue une épidémie redoutable qu'on s'évertue à combattre. Si l'on consulte certaines statistiques, celles, entre autres, de A. Touraine et P. Renault, on est frappé par ce fait que les périodes de recrudescence de la syphilis coïncident avec l'augmentation de la prostitution, et que celle-ci s'accroît dans un pays donné parallèlement au bien-être économique dont jouit ce pays. En temps de guerre et de prospérité matérielle les hommes demandent en plus grand nombre aux femmes de mœurs légères les plaisirs factices et dangereux que peut leur procurer l'argent. A cette demande accrue correspond une augmentation proportionnelle de l'offre (prostitution) et une recrudescence de la syphilis. Inversement, la prostitution et la syphilis diminuent pendant les périodes de dépression, de crise économique.

Ces périodes de recrudescence et de diminution, ces fluctuations de la syphilis en un mot, ont pu être observées dans tous les pays du monde. Même les pays qui ont adopté depuis longtemps des lois pour le contrôle et la prévention des maladies vénériennes n'y échappent pas entièrement. Ainsi le Danemark et la Suède, dont les lois actuelles pour la prévention des dites maladies remontent au début du 20^e siècle, ont vu la syphilis diminuer en temps de dépression économique et augmenter en temps de prospérité. D'après Kissmeyer il y avait à Copenhague 1,700 cas de syphilis en 1913, 2,500 cas en 1916, 3,000 cas en 1919 et seulement 300 cas en 1932. En Suède il y avait, d'après Hallgren, 4,256 cas de syphilis en 1918, 273 cas en 1941, et 936 en 1943.

Au Canada, nous avons eu une première

épidémie de syphilis en 1773, une 2^e pendant et immédiatement après la guerre 1914-1918, et nous assistons actuellement à l'éclosion d'une 3^e. Dans l'intervalle de ces épidémies nous voyons que la syphilis existe toujours, et sa diminution est loin d'être aussi prononcée que celle observée au Danemark et en Suède.

En 1922 la province d'Alberta adoptait une loi semblable à celle du Danemark pour la prévention des maladies vénériennes. Tour à tour les autres provinces passaient des lois copiées assez fidèlement sur celle de l'Alberta et, dernière en date, la province de Québec adoptait en 1941 la loi dite des maladies vénériennes que nous avons actuellement.

Cette loi et les règlements qui en découlent peuvent se résumer en un seul grand principe: traitement gratuit et obligatoire de tous les syphilitiques contagieux ou susceptibles de l'être, par l'arsenic et le bismuth.

En théorie, le traitement de tous les syphilitiques contagieux par des médicaments d'une efficacité reconnue devrait suffire à faire disparaître la syphilis. En pratique, nous voyons, par les résultats obtenus au Danemark et en Suède, qu'il n'en est pas ainsi. Sans doute, l'augmentation périodique de la syphilis au Danemark et en Suède n'atteint-elle jamais les taux élevés observés dans les pays où la lutte anti-vénérienne est moins vigoureuse; on ne peut tout de même pas dire que les épidémies y soient complètement évitées.

Ceci s'explique surtout par le fait que la loi ne peut atteindre tous les malades contagieux. Les services sociaux, si bien organisés soient-ils, ne peuvent pas toujours obtenir des malades des renseignements suffisants pour amener au traitement les sources de contagion et les « contacts ».

Quoi qu'il en soit et malgré les résultats fort encourageants obtenus avec les mesures préventives actuelles, il semble bien que ces dernières y gagneraient à être renforcées par des mesures prophylactiques d'ordre social.

La prostitution et l'alcool étant les 2 prin-

cipales causes sociales de la syphilis il serait logique, nous semble-t-il, de prendre des mesures pour combattre ces 2 fléaux.

Les lois actuelles obligeant tous les malades à se faire traiter atteignent, évidemment, les prostituées aussi bien que les autres syphilitiques. Mais, si nous nous demandons ce que deviennent ces femmes après leur traitement, nous sommes bien obligés d'admettre qu'elles s'empressent, dans presque tous les cas, de retourner à leur vie de débauche. Elles s'exposent de nouveau à la contagion et tout est à recommencer. Il serait illusoire de croire que le traitement long et pénible auquel les prostituées syphilitiques doivent s'assujettir, soit une leçon suffisante pour les empêcher de s'exposer de nouveau à la contagion. En pratique, voici la réflexion que toutes ou presque tous font: « La prochaine fois je serai plus *wise*. » Elles entendent par là qu'elles vont recommencer leur même vie mais cette fois-ci sans se faire attraper, ni par le tréponème ni par la police !

Mais si la cause première et fondamentale de la prostitution réside dans un défaut d'éducation de ses adeptes, ne serait-il pas possible de rééduquer celles-ci et, ce faisant, de prévenir qu'elles ne retournent à leur vie en marge de la société ?

Disons tout de suite que les prostituées que l'âge et les années de « service » ont complètement abruties sont hors d'atteinte de tout moyen éducationnel. Seules, la fermeture des maisons où elles ont leurs « quartiers généraux » et la détention des propriétaires de ces maisons, pourraient les forcer à sortir de leur milieu. Mais cela ne regarde que Dame Justice. D'ailleurs, il faut bien admettre que ces vieilles habituées de la Cour du Recorder ne sont ni les plus nombreuses ni les plus dangereuses au point de vue syphilis.

Les prostituées jeunes, celles surtout que nous avons appelées les dilettantes de la prostitution, sont plus difficiles à appréhender, partant plus dangereuses. Mais ce sont celles chez

qui des mesures éducationnelles auraient le plus de chances de réussir.

On a tenté à plusieurs reprises dans le passé de réhabiliter les prostituées, mais toujours sans succès. Nous n'avons pas à faire ici le procès des moyens employés. Disons, d'une façon générale, que la réclusion, les tentatives directes de moralisation et d'évangélisation sont fatalement vouées à l'échec.

Depuis quelque temps, aussi bien au Canada qu'aux Etats-Unis, cette question de la réhabilitation est de nouveau mise de l'avant. Plusieurs auteurs, G. Choquette, E. Lalande et J. Archambault, H.-L. Rachlin entre autres, reconnaissent la nécessité de nous occuper du problème de la réhabilitation des prostituées syphilitiques si nous voulons que la campagne actuelle qui se poursuit contre les maladies vénériennes obtienne plein succès.

Si l'on s'en rapporte à ce que nous avons dit plus haut, il est facile de comprendre que nous entendons que la réhabilitation des prostituées syphilitiques devrait se faire *par leur rééducation*. Cette réhabilitation sociale par la rééducation est possible, croyons-nous, dans un grand nombre de cas. L'expérience, d'ailleurs, a été tentée aux Etats-Unis et voici ce que le docteur F. J. Underwood écrivait en février dernier à ce propos: « Les malades ont répondu favorablement au programme de réhabilitation conduit par l'Etat. » (Missisipi.)

Nous ne pouvons entreprendre ici l'étude détaillée d'un programme de réhabilitation sociale basé sur la rééducation. Nous nous contenterons de poser quelques jalons qui, peut-être, pourront servir un jour à une étude plus élaborée.

Un programme de réhabilitation pour les prostituées syphilitiques, surtout, naturellement, celles que nous avons appelées les occasionnelles et les dilettantes, les clandestines en un mot, devrait comprendre:

1° Des tests d'orientation professionnelle pour assigner à chacune un travail qui lui convient.

2° L'organisation des loisirs.

3° Des centres sociaux spéciaux où elles seraient dirigées pour commencer et parfaire leur rééducation.

Si toutes les femmes faisaient un travail qui leur convient, bien peu chercheraient à s'en évader. Si l'on s'occupait d'organiser leurs loisirs, où prendraient-elles le temps de se livrer à la prostitution ?

Pour en arriver là, il faut que la femme soit rééduquée, il faut qu'elle comprenne le bonheur d'une vie saine, il faut qu'on lui fasse comprendre la nécessité d'observer les règles sociales établies pour mener une vie heureuse.

C'est dans des agences ou centres sociaux établis à cet effet que des personnes spécialement entraînées pourraient, avec du tact et du doigté, réhabiliter la prostituée en la rééduquant.

Chaque cas pose, évidemment, un problème particulier. A la travailleuse sociale des centres de réhabilitation de gagner, par l'intérêt qu'elle lui porte et la sympathie qu'elle lui témoigne, la confiance du sujet qui lui est confié. Sa confiance une fois gagnée, la jeune femme se laissera guider sans trop de résistance vers une nouvelle carrière, vers de nouvelles récréations. Petit à petit la travailleuse sociale pourra corriger les causes d'instabilité motrice et affective qu'elle aura découvertes chez sa « patiente ». Avec un peu de patience et de douceur elle pourra lui enseigner une vie normale, l'aider à corriger les fautes qui lui ont fait rompre ses liens conjugaux, la préparer à un mariage heureux si elle est célibataire.

Engagée ainsi, sans heurts et presque à son insu, dans une vie nouvelle qu'elle aura appris à aimer, l'ancienne fille de joie ne voudra pour aucune considération retourner à la prostitution. On comprendra sans peine les conséquences d'un tel état de choses: diminution du nombre des prostituées et abaissement proportionnel du taux de la syphilis. Toutefois, cette rééducation des prostituées en des centres sociaux établis à cet effet, présuppose

une certaine préparation de l'opinion publique.

L'éducation du public fait partie du programme actuel des mesures à prendre pour contrôler les maladies vénériennes. Cette éducation devrait porter non seulement sur la connaissance et les dangers de ces maladies, mais aussi sur une compréhension plus humaine, parce que basée sur ses causes profondes, de la prostitution. Aussi longtemps que la prostituée sera regardée avec mépris, aussi longtemps qu'elle sera considérée comme un vil bétail, aucun plan de réhabilitation ne pourra être mis à exécution.

A propos de l'éducation du public il est intéressant de noter ce que nous disent Y. Smith, Gill et Damon dans un travail paru récemment. La Législature de l'Alabama passait, en juillet 1943, une loi obligeant tous les citoyens de cet Etat, âgés de 14 à 50 ans, à faire examiner leur sang au point de vue syphilitique. Il va sans dire qu'une telle loi ne pouvait être mise en force sans une éducation préalable du public. Cette éducation fut entreprise et menée à bonne fin *en 4 semaines!* C'est dire que l'éducation du public sur un sujet donné peut se faire en un temps très court.

Disons, pour résumer, qu'il serait possible de faire l'éducation du public et d'ouvrir des centres sociaux de réhabilitation. Les prostituées jeunes, les clandestines surtout pourraient facilement être dirigées vers ces centres sociaux quand elles sont sous traitement pour la syphilis. Comme résultat, la plupart d'entre elles ne retourneraient pas à leurs habitudes déplorables et, puisque la prostitution est le plus grand facteur de la dissémination des maladies vénériennes, la syphilis diminuerait d'autant. Et moins les syphilitiques seront nombreux, plus il sera facile de les découvrir et de les amener au traitement.

Pour ce qui est de l'alcool, on nous permettra d'être bref. Les véritables alcooliques continueront à faire des sottises. Ces malades, heureusement peu nombreux parmi nos sy-

philitiques jeunes, sont faciles à convaincre, mais l'expérience démontre qu'il est bien difficile de les empêcher de retourner à leur vice. Quant aux autres pour qui l'alcool n'est qu'un prétexte, et ce sont les plus nombreux, ils pourraient facilement être rééduqués, tout comme les prostituées. Il suffirait de leur démontrer l'absurdité de prendre de l'alcool pour se ménager une excuse qui, en réalité, n'en est pas une. La lutte contre l'alcoolisme vu sous cet angle devrait donc faire partie intégrante de l'éducation du public en général.

Résumé et conclusions

Fléau social par ses conséquences, la syphilis a des causes sociales qu'il faut bien connaître pour les combattre efficacement. Les principales de ces causes sont l'alcool et la prostitution.

L'alcool peut être combattu par l'éducation du public: éducation sur les dangers réels de l'alcool-cause; éducation sur l'absurdité de l'alcool-prétexte. Il va sans dire que l'appui de l'Eglise est une aide puissante à toute mesure éducationnelle.

La lutte contre la prostitution peut se faire par 2 moyens bien différents. L'un rigoureux, impitoyable: la Loi. L'autre, plus humain: la réhabilitation.

Les rigueurs de la loi sont nécessaires dans un certain nombre de cas. La plupart du temps cependant, la réhabilitation est possible et pourrait donner d'excellents résultats.

Tout programme de réhabilitation devrait être basé sur la cause première et fondamentale de la prostitution: l'éducation déficiente des prostituées.

Le soin de réhabiliter les prostituées en les rééduquant devrait être confié à des travailleuses sociales spécialisées. Commencée pendant le traitement antisiphilitique, la réhabilitation des prostituées devrait se poursuivre dans des centres sociaux établis à cet effet.

Comme résultat, la grande majorité des prostituées, celles du moins que nous appelons les clandestines, ne retourneraient pas à leur milieu. De ce fait, la prostitution et la syphilis diminueraient dans une large mesure.

Nous pouvons donc dire que la lutte contre les causes sociales de la syphilis, avec l'appui moral et légal qu'elle suppose, est une aide indispensable à la lutte purement médicale, i. e. par les médicaments.

Traitons tous les syphilitiques au moyen de médicaments d'une efficacité éprouvée et nous aurons une thérapeutique sûre.

Eduquons le public, rééduquons les prostituées qui sont la principale cause de la dissémination de la syphilis et nous aurons une prophylaxie efficace.

De cette double lutte, médicale et sociale, ne pourra résulter, si elle est menée avec vigueur et persévérance, qu'une disparition quasi complète de la syphilis.

BIBLIOGRAPHIE

1. G. BRADFORD: « Daughters of Eve. » *The New Home Library*, New-York, page 4.
2. G. CHOQUETTE: « Quelques aspects du Service Médico-social des maladies vénériennes. » *L'Union Médicale du Canada*, **73**: 1195 (octobre) 1944.
3. E. GARCEAU: « Alcool et Syphilis. » *L'Union Médicale du Canada*, **72**: 1417 (déc.) 1943.
4. E. GAUMOND: « La Syphilis au Canada français. » *Laval Médical Inc.*, Québec, 1942.
5. J. M. R. HALLGREN: « Legislative measures against the spread of Venereal diseases in Sweden. » *Venereal Diseases Information*, **25**: 349 (nov.) 1944 (analyse).
6. M. KISSMEYER: « Sur la quasi-disparition de la syphilis au Danemark. » *Bull. de la Soc. Française de Dermat. et de Syphiligraphie*, **7**: 932 (juillet) 1933.
7. E. LALANDE et J. ARCHAMBAULT: « Administration of a Provincial venereal disease control program. » *Canad. J. Pub. Health*, Toronto, **35**: 55 (fév.) 1944.
8. H. L. RACHLIN: « A sociologic analysis of 304 female patients admitted to the Midwestern Medical Center, St-Louis, Mo. » *Venereal Diseases Information*, **25**: 265 (septembre) 1944.
9. E. SERGENT et P. LONJUMEAU: « La syphiloscrofule. » *Le monde Médical*, **49**: 36 (15 janv.) 1939.
10. GILL SMITH et A. DAMON: « Preliminary report of Blood Testing, as required by Alabama Law, in the first 3 counties surveyed. » *Venereal Diseases Information*, **25**: 323 (nov.) 1944.
11. A. TOURAINE et P. RENAULT: « Rapports étroits de la prostitution avec l'activité économique. Vue d'ensemble de 1814 à 1932. » *Bull. de la Soc. Fr. de Dermat. et de Syphiligraphie*, **7**: 995 (juillet) 1933.
12. F. J. UNDERWOOD: « Progress in wartime control of venereal diseases. » *Venereal Diseases Information*, **25**: 65 (fév.) 1944 (analyse).
13. « Venereal Diseases. » *Department of Pension and National Health*, 1942.
14. Constantin WEYER: « L'officier de troupe. » *Les œuvres libres*, **224**: 5 (mars) 1940.

L'ENSEIGNEMENT DE LA NUTRITION DANS UN SERVICE MUNICIPAL DE SANTÉ¹

Par Ad. GROULX, M.P.H.,

Directeur du Service de Santé, Montréal.

Montréal a ses problèmes particuliers d'hygiène publique à la solution desquels nous travaillons sans répit et obtenons des résultats satisfaisants. L'alimentation est un de ces problèmes.

La mauvaise alimentation est cause d'un

grand nombre de maladies dont les principales sont: le bérubéri, le rachitisme, la pellagre, l'héméralopie (night blindness), etc.

Ceci demande donc une attention spéciale des hygiénistes et il est nécessaire qu'une alimentation balancée soit fournie à tous. Nous avons les aliments en quantité suffisante et cela malgré les restrictions, mais la population

1. Allocution prononcée à la conférence régionale annuelle des infirmières de la *Metropolitan Life Insurance Company*, hôtel Mont-Royal, 13 octobre 1944.

les utilise mal. Souvent on ne sait pas manger, ni quoi manger. Ceci est dû au manque de connaissances suffisantes sur les principes de base d'une nourriture normale et les besoins de l'organisme.

On ne comprend pas toute l'importance de l'alimentation rationnelle en rapport avec le développement physique pour atteindre la croissance normale.

L'alimentation est le premier besoin fondamental de l'individu et de la collectivité; c'est pourquoi elle est un problème majeur auquel l'Etat doit s'intéresser à titre de protecteur de la santé publique.

Les services de santé se sont occupés d'assurer à la population des aliments sains par un contrôle sanitaire adéquat et par des mesures législatives: la filtration et la chloration de l'eau, la pasteurisation et l'inspection du lait, pour n'en citer que les deux principales.

En ces derniers temps, surtout à l'occasion de la guerre actuelle et des rationnements, on a dû envisager un autre aspect du problème: l'éducation de la population.

Déjà, depuis plusieurs années, un grand travail a été fait en ce qui regarde le nourrisson dont toute l'hygiène, en somme, repose sur l'alimentation; car l'hygiène infantile est un problème d'éducation et un problème d'alimentation. Les améliorations apportées dans l'enseignement de la puériculture et l'œuvre des consultations de nourrissons ont été et demeurent d'un grand secours.

Il ne m'appartient pas ici de vous parler de l'alimentation proprement dite et des aliments. Qu'il me soit permis cependant de vous indiquer très sommairement quels en sont les principes généraux et les éléments de base. Les viandes, les poissons, le fromage, les œufs, le lait, les légumes et les fruits sont des éléments de formation nécessaires à l'existence; le beurre, les sucres, les céréales, les légumes secs, les pommes de terre, sont producteurs d'énergie; tandis que les sels minéraux et les vitamines, essentiels à l'utilisa-

tion des aliments des deux catégories précédentes, sont des éléments régulateurs.

Un service de santé municipal bien organisé est généralement composé d'un certain nombre de divisions fondamentales dont quelques-unes s'intéressent au problème des aliments et de l'alimentation. Voici les divisions intéressées et leurs fonctions dans ce champ d'action.

La division de la démographie est le service de comptabilité humaine qui indique au directeur d'un service de santé l'orientation de son travail et la politique qu'il doit suivre.

La connaissance des causes de la morbidité et de la mortalité chez les nourrissons et chez l'enfant d'âge préscolaire et scolaire permet d'élaborer un programme d'action, surtout en ce qui concerne l'état général et de dénutrition chez l'enfant et la femme enceinte. La malnutrition est fréquente chez le jeune enfant, le bébé, l'écolier; le défaut de nutrition chez la femme enceinte aura une grande répercussion sur son enfant.

Ces statistiques ne peuvent être basées que sur un examen sérieux et détaillé, en tenant compte des symptômes spécifiques de malnutrition. Il faut savoir, ici, interpréter comme il convient les certificats de décès et rattacher la cause indiquée à l'état général de nutrition de l'individu en établissant une relation de cause à effet.

Les laboratoires apportent aussi leur contribution pour faire les analyses nécessaires du lait et de ses sous-produits, de l'eau, des viandes, etc., pour assurer la qualité de ces aliments de façon à procurer à la population des aliments sains, tant au point de vue chimique que bactériologique.

La division de l'inspection des aliments contribue une part importante et a deux fonctions bien spécifiques:

- a) faire l'inspection des aliments, surveiller bien attentivement leur préparation et leur manipulation pour en assurer la qualité et la salubrité et

b) faire l'éducation en matière de nutrition dans les endroits où l'on produit et prépare les aliments pour le commerce, surtout dans les industries de produits alimentaires, fermes, laiteries, restaurants, salles à manger, etc.

Une grande proportion de la population prend ses repas dans les restaurants. Il importe donc de voir à ce que ces clients aient des aliments sains, ayant conservé leur valeur nutritive. Certains endroits emploient des spécialistes en diététique dont la fonction est de contrôler la valeur alimentaire des menus.

La section de la tuberculose joue aussi un rôle important. Le personnel qui visite les familles doit connaître et donner les directives nécessaires aux familles concernant les mesures de protection à prendre, le repos et l'alimentation du malade, etc. On manque actuellement de lits pour hospitaliser les tuberculeux, ce qui ne doit pas empêcher les malades de recevoir quand même les conseils appropriés à leur état.

La division de l'hygiène de l'enfance joue probablement le plus grand rôle dans l'enseignement de l'alimentation rationnelle; ses fonctions sont intimement liées à la solution de ce problème, attendu qu'elle s'intéresse surtout à l'enfant et à la femme enceinte, par ses consultations, l'inspection des écoles, sa propagande, le travail de ses infirmières à domicile.

Elle comprend différentes sections qui ont chacune des fonctions bien déterminées qui répondent aux besoins particuliers des diverses catégories de personnes auxquelles elles sont destinées.

Enseigner aux mères l'alimentation qui convient à leur état est l'une des fonctions de la consultation prénatale et de l'hygiène maternelle.

Cet enseignement a une grande importance pour la future mère elle-même, pour assurer son état général de santé, conserver sa dentition et la préparer à l'allaitement dont elle

gratifiera son enfant; il est aussi très nécessaire pour assurer la venue d'un bébé normal et en santé, l'évolution de sa denture normale et prévenir chez lui le rachitisme par la formation normale du système osseux.

L'hygiène infantile est avant tout un problème d'éducation de la mère et d'alimentation de l'enfant. C'est le rôle de la consultation de nourrissons et préscolaire de s'en occuper.

La consultation de nourrissons, véritable école des mères, a pour but, en ce qui concerne la nutrition:

- 1° de promouvoir et d'encourager l'alimentation maternelle, condition essentielle au développement de l'enfant;
- 2° de diriger l'alimentation artificielle, procurer à l'enfant une alimentation suffisante et lui assurer une croissance normale; et
- 3° d'indiquer le régime alimentaire qui convient à l'enfant, en tenant compte de son âge et de son poids.

A l'âge préscolaire il faut bien rechercher les défauts physiques prédominants à cet âge: les amygdales hypertrophiées, les végétations adénoïdes, les ganglions hypertrophiés, la carie dentaire et, en particulier, la dénutrition. On doit persuader la mère de conduire ses enfants chez le médecin ou à la consultation jusqu'à l'âge de six ans. Ceci est important pour que les enfants soient sous surveillance médicale, qu'on leur prescrive le régime alimentaire qui leur convient et leur enseigne les soins généraux dont ils ont besoin. Si l'enfant est suivi par un médecin, celui-ci dépistera les défauts physiques et pourra voir à leur correction. Si l'on cesse de conduire l'enfant à la consultation, nous le perdons de vue pour ne le retrouver qu'à l'âge de six ans, lors de son entrée en classe. Mais dans quel état le retrouvera-t-on?

L'examen médical des élèves dans les écoles, dont le but est de surveiller le développe-

ment physique de l'enfant, permet la recherche des défauts physiques, en particulier l'état de malnutrition qui peut exister chez lui.

Il faut attacher une grande importance à l'alimentation rationnelle à cet âge. C'est le rôle de l'infirmière d'insister auprès de la mère, au cours de ses visites à domicile, pour qu'elle prépare elle-même le déjeuner de ses enfants avant leur départ pour l'école. L'enfant a besoin d'un déjeuner substantiel, complet et bien balancé. Le midi, et cela à 2.00 heures précises, il faut qu'il prenne un bon repas chaud. S'il doit prendre son repas à l'école, il est important qu'on ajoute à son menu une soupe et un breuvage chauds. Ce repas, pour lui être profitable, doit contenir une quantité suffisante des vitamines, des sels minéraux, etc., nécessaires à la formation physique de l'enfant. On peut en dire autant du dîner. Il ne faut pas oublier que la régularité dans les heures des repas est très importante.

Depuis quelques années, on a institué comme palliatif la vente et la distribution du demi-litre de lait à l'école dans l'avant-midi, connue sous le nom de « cantine scolaire ». C'est une excellente mesure, sans doute, mais qui ne doit pas intervenir avec la digestion de l'enfant et son appétit pour le dîner. Dans le cas des dénutris, il est utile et représente un bon aliment. 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. Il est donc important d'enseigner aux enfants la valeur du bon lait et de les convaincre d'en consommer.

Cette mesure a pour objet d'aider l'enfant dénutri et celui qui n'a pas déjeuné. C'est un déjeuner qu'il faudrait plutôt lui donner à son arrivée. Le meilleur travail social à faire serait d'arriver à convaincre les mères de se lever et de leur donner à déjeuner à leurs enfants. Nous devrions pouvoir y arriver par voie d'éducation.

Comme mesure d'éducation auprès des enfants dans les écoles, en Angleterre et dans

certaines Etats américains, on organise des repas chauds et bien balancés, le midi. De cette façon, on donne au cours de ces repas des aliments variés qui conviennent à l'enfant. Il apprend quoi manger et comment manger, ce qui fait peut-être défaut à la maison. De plus, cela lui permet d'avoir une fois par jour un repas bien balancé et rationnel. L'Etat pourvoit à l'organisation et au coût de ces repas.

Les médecins et les infirmières doivent enseigner l'alimentation rationnelle à l'école, au bénéfice des élèves et des instituteurs, par des causeries aux élèves, sur l'art de bien manger et les principes essentiels de l'alimentation, et la présentation de films éducatifs. Des exhibits et des démonstrations pratiques y contribueront grandement; des concours organisés chez les élèves obtiennent habituellement du succès.

La contribution des instituteurs à cet enseignement sera d'une aide précieuse. L'organisation de conférences avec les parents a sa grande utilité.

Dans l'éducation de la population, au point de vue alimentation, les infirmières visiteuses attachées à un service de santé municipal peuvent rendre de grands services au cours de leurs visites à domicile. Leur rôle consiste à faire l'éducation individuelle et familiale. Elles y seront préparées par une série de leçons sur les notions les plus à date sur l'alimentation par un personnel qualifié dans cette science: médecin « nutritionniste » et techniciennes en nutrition. Ces cours n'ont pas pour but de préparer l'infirmière à faire le travail de la mère, mais ils peuvent lui servir à la convaincre de l'urgente nécessité de se renseigner sur la nutrition si elle veut par ce moyen contribuer à la santé et au bien-être de sa famille.

Le travail d'éducation à domicile, dans les consultations et les écoles, est une partie importante du travail de l'infirmière hygiéniste qui connaît bien, par ses fonctions, les conditions de chaque domicile qu'elle visite. De

plus, l'infirmière visiteuse a la confiance des mères, elle reçoit leurs confidences et un grand nombre de familles ne pourraient être aidées par d'autres moyens. Elle peut souligner l'état de malnutrition de l'enfant et indiquer à la mère les moyens de remédier à la situation. Elle peut, par son influence, persuader les mères de suivre les cours donnés dans les consultations prénatales et les diriger vers les organisations qui font donner des cours pratiques de cuisine.

L'importance du problème de l'alimentation requiert un personnel de techniciens entraînés: d'abord un médecin hygiéniste (D.P.H.) qualifié comme « nutritionniste » et des « nutritionnistes » de carrière ou techniciennes dans cette spécialité; d'où la nécessité, dans un service de santé, d'une section de la nutrition. Ces officiers spéciaux sont les aviseurs d'un service de santé pour tout ce qui concerne l'alimentation rationnelle et l'éducation de la population.

Leurs fonctions, conformément aux attributions d'une section de la nutrition, peuvent être résumées comme suit:

Etudier le problème de la nutrition et de l'alimentation, rechercher les cas de malnutrition et les corriger en améliorant l'alimentation, contrôler la valeur nutritive des aliments et améliorer l'alimentation de façon à prévenir la dénutrition, préparer les programmes d'éducation publique et assurer la préparation et l'entraînement du personnel: médecins et infirmières, préparer le matériel éducatif: articles pour les journaux, textes pour la radio, conférences et matériel devant servir dans les écoles, et organiser des exhibits; avoir des conférences dans les écoles avec les professeurs pour leur indiquer ce qu'ils doivent enseigner aux élèves, organiser des repas offrant une alimentation balancée et des conférences avec les parents, organiser des cours pour les mères dans les consultations prénatales, guider le personnel et voir à l'entraînement des infirmières visiteuses. (Je vous ai déjà indiqué plus haut en quoi consiste cet enseignement et sur quoi il doit porter.)

Ce travail d'éducation dont je viens de parler doit être fait en coopération avec la division ou section de l'enseignement de l'hygiène d'un service municipal de santé dont la fonction est de coordonner les programmes d'éducation élaborés par les diverses divisions du service et voir à leur exécution. C'est son rôle aussi de s'occuper de l'organisation de campagnes d'éducation et d'en assurer le succès.

Pour faire suite à tout ce que je viens de dire, un service de santé doit, dans une ville, avec les moyens mis à la disposition, organiser des campagnes d'éducation publique. Ces campagnes ne doivent pas avoir une durée limitée: il s'agit de campagnes de longue haleine. Aussi, à Montréal, une grande campagne de cette nature a été entreprise pour collaborer avec les autorités fédérales et provinciales.

La campagne de nutrition au Canada a débuté en 1942, par la création d'une division de la nutrition dans le ministère des pensions et de la santé nationale à Ottawa. Elle avait pour devise: « La nourriture pour la santé, la santé pour la victoire. » A Montréal, le « Women's Canadian Club » a organisé, sous la présidence de Mesdames Hugessen et P. Casgrain, une campagne très active auprès des mères, par des réunions publiques et des séries de cours sur l'alimentation par toute la ville, avec beaucoup de succès. Le service de santé accorda son appui le plus entier à cette première campagne.

À l'automne 1942, une procédure différente fut instituée. Pour seconder la campagne nationale et répondre à la demande du ministère des pensions et de la santé nationale, le ministre provincial de la santé et du bien-être social a organisé un Comité provincial de nutrition, lequel à sa première réunion tenue à Montréal le 14 septembre 1942, constituait un comité local pour Montréal avec lequel le service de santé de Montréal a été heureux de collaborer dans toute la mesure du possible. Les administrateurs de la ville ont donné leur appui par un apport

ingible qui a contribué grandement au succès de la campagne entreprise.

Après l'inauguration officielle au cours de deux grandes réunions publiques, l'une dans le hall d'honneur de l'hôtel de ville et la seconde à l'auditorium du « Montreal High School », des réunions publiques et des cours publics pour les mères ont de nouveau été organisés et se sont poursuivis sans répit depuis.

Avec la collaboration des autorités scolaires et de sous-comités spéciaux organisés à cette fin et du Bureau des œuvres sociales scolaires catholiques, des concours sur l'alimentation rationnelle ont été organisés dans les écoles de Montréal dont le but était d'intéresser l'élève, l'instituteur et les parents. L'intérêt de tous les élèves a été éveillé par ces concours et des séances de distribution de prix les ont terminés. De nouveaux concours analogues sont en voie d'organisation pour le début de l'année 1945.

Je dois rendre hommage au travail accompli par les comités féminins d'abord présidés par mesdames J.-P. Casgrain et Hugessen. Mesdames J. Lamarche et Heney, vice-présidentes actuelles du comité de nutrition et présidentes des comités de langue française et de langue anglaise, accomplissent un excellent travail de coopération que je tiens à signaler.

Le travail accompli dans ce champ d'action représente une immense contribution de la part de ces dames et de leurs collaboratrices à qui revient la grande part de mérites dans une organisation de cette nature.

Avec la collaboration des autorités scolaires et du Collège des chirurgiens-dentistes de la

province de Québec, le service de santé, par la section de l'hygiène dentaire, a entrepris et poursuit actuellement depuis janvier 1943 une campagne d'hygiène alimentaire et d'hygiène dentaire dans toutes les écoles de la ville.

Dans ce travail le service de santé et le comité de nutrition de Montréal ont obtenu par ailleurs la coopération d'autres organisations volontaires, clubs sociaux et associations professionnelles: la Société médicale de Montréal, la Société dentaire, la Ligue canadienne de santé (division du Québec), la Société canadienne de la Croix-Rouge, l'« Advertising and Sales Executive Club », le « Kiwanis Club of Montreal », le Kiwanis-Saint-Laurent, le « Lions' Club », la Société Saint-Jean-Baptiste et ses sections, les Chevaliers de Colomb, etc.

Les journaux et la radio nous prêtent généreusement leur concours; tous les moyens possibles de propagande sont utilisés. Les publications médicales et dentaires nous permettent d'atteindre les médecins et dentistes. Des exhibits ont été organisés dans les magasins et des imprimés et publications variés ont été distribués au public.

Voilà ce que j'ai cru devoir vous dire des activités d'un service de santé municipal concernant l'enseignement de l'alimentation rationnelle et ce en quoi un comité de nutrition avec ses comités spéciaux pouvait collaborer et aider dans ce travail d'éducation. Leur action conjointe se continue, le problème de la nutrition étant, comme nous l'avons vu, essentiel pour améliorer l'état de la santé publique.

VARIÉTÉS

LA FRANCE... ET NOUS

Notre édition spéciale de novembre 1944 en l'honneur de la médecine française

Correspondance

Ce numéro spécial a créé dans tous les milieux une impression très favorable. Je me fais un devoir de publier *in extenso* les lettres que j'ai reçues à ce sujet. C'est un témoignage qui s'adresse à tous nos collaborateurs.

Albert LeSage.

Montréal, 9 janvier.

Nous citons, d'abord, un extrait de lettre d'une dame, Française de haut rang, exprimant ses impressions sur le numéro spécial de novembre dédié à la médecine française...

Cher docteur.

Excusez-moi, je vous prie, d'avoir été si longue à vous remercier de la charmante attention que vous avez eue de m'envoyer ce bel hommage à la France!

Rien ne pouvait me toucher davantage, et je souhaite de tout cœur que mes compatriotes puissent bientôt lire et apprécier comme elles le méritent, ces lignes si élogieuses...

Quand un peuple est vaincu et réduit à l'impuissance dans tous les domaines, c'est généralement le moment où les âmes basses trouvent opportun de lui décocher les flèches de leur envie. Mais c'est aussi l'instant où il connaît ses vrais amis, et où il apprécie le plus les marques de leur sympathie.

.....

LEGATION DE LA
REPUBLIQUE FRANÇAISE
AU CANADA

Ottawa, le 4 décembre 1944.

Monsieur Albert LeSage,
Rédacteur en chef du « Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord »,
L'Union Médicale du Canada,

Monsieur,

J'ai lu avec un profond intérêt le remarquable numéro de novembre du Bulletin de votre association, et tout particulièrement l'article qui porte votre signature. Je tiens à vous remercier très vivement de cet hommage à la médecine française.

La France fournit actuellement, pour la troisième fois, en une vie d'homme, un effort surhumain qui soumet ses forces physiques à des épreuves épuisantes. Pour les rétablir, comme elle est résolue à le faire systématiquement et en fonction des progrès les plus récents de la science, il est probable que l'expérience et le labeur de ses savants et de ses médecins ne suffiront pas. Elle aura besoin en outre d'autres encouragements et d'autres appuis.

Il lui est donc infiniment précieux de pouvoir compter sur le soutien et sur l'affection de ceux qui, comme les membres de votre association, sont pour elle bien plus encore que des amis.

Je vous prie de bien vouloir faire part de mes remerciements à M. Charles Vézina, ainsi qu'à toutes les personnes si hautement qualifiées dont les travaux ont permis la composition de cette revue.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

H. BONNEAU.

INTERNATIONAL JOINT COMMISSION
Ottawa, Canada

Montréal, le 25 janvier 1945.

Docteur Albert LeSage,
Montréal.

Mon cher docteur,

Je vous félicite d'avoir eu l'heureuse idée de consacrer le numéro de novembre de L'Union Médicale à la gloire de la médecine française.

Tous ces articles sont d'un puissant intérêt et démontrent les services immenses que les médecins français ont rendus à l'humanité.

Votre article « Hommage à la France » est émouvant.

Veillez agréer, mon cher docteur, avec mes meilleurs remerciements, l'expression de ma sincère amitié.

J.-E. PERRAULT,
Ancien Ministre à Québec.

M. le docteur Albert LeSage,
260, Carré St-Louis,
Montréal.

Mon cher confrère,

.....

Le numéro de novembre de L'Union Médicale est, sans contredit, le plus intéressant publié jusqu'à date. Il était très opportun, à cette époque où la France vient d'être libérée, de faire l'éloge de la médecine française. Il vous appartenait, vous et les vôtres qui ont su profiter de l'Ecole française, de leur offrir à ce moment, ce témoignage de gratitude et de reconnaissance aux maîtres de la science médicale française.

R.-E. VALIN,
Ottawa.

CABINET DU PREMIER MINISTRE
Province de Québec

Québec, le 15 décembre 1944.

M. Dr Albert LeSage,
260, Carré St-Louis,
Montréal, P. Q.,

Mon cher docteur,

Un surcroît de travail a rendu inévitable le délai à répondre à votre lettre du 6 décembre que j'ai lue avec beaucoup de plaisir et d'intérêt.

Je vous félicite de conserver l'allégeance à la France scientifique et médicale.

Je suis persuadé qu'elle sera toujours vraie la phrase fameuse de cet écrivain français: « Quant à la France, la hauteur de ses res-

sauts a toujours dépassé la profondeur de ses chutes. » Je serai toujours intéressé à la lecture de L'Union Médicale du Canada dont vous êtes le très distingué rédacteur en chef.

Cordialement,
M.-L. DUPLESSIS,
Premier Ministre.

Montréal, 19 décembre 1944.

M. le docteur Albert LeSage,
260, Carré Saint-Louis,
Montréal.

Mon cher docteur,

J'ai reçu avec plaisir et parcouru avec un vif intérêt l'édition de novembre de L'Union Médicale du Canada.

En effet, c'est un très bel hommage aux Maîtres français du siècle dernier, et je vous en félicite en secondant de tout cœur votre vœu de voir l'Ecole française reprendre bientôt sa place à l'avant-scène de nos Universités canadiennes-françaises.

J'espère avoir sous peu le loisir de faire plus ample connaissance avec tous ces doctes personnages que vous avez eu l'amabilité de me présenter.

ALP. RAYMOND,
Président du Conseil Législatif
et de la
Société d'administration de l'U.M.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE
Place d'Armes, Montréal

Bureau du Président

Le 28 novembre 1944.

Dr Albert LeSage,
260, square Saint-Louis,
Montréal,

Mon cher docteur,

Je vous remercie de m'avoir adressé le bulletin de novembre de L'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord.

Inutile d'avouer que je n'ai pas la compétence voulue pour exprimer une opinion

sur le mérite des différents articles de cette publication, mais je garde l'impression que tout ce bulletin fait honneur à l'école française de médecine au Canada.

Veuillez agréer l'expression de mes meilleurs sentiments.

BEAUDRY LEMAN.

LABORATORY FOR SURGICAL RESEARCH
25 Shattuck Street,
Boston, Massachusetts.

Boston, le 17 janvier 1945.

Cher Monsieur LeSage,

La pensée de rédiger un numéro complet de L'Union Médicale en hommage à la médecine française vous honore beaucoup ainsi que tous les collaborateurs qui y ont pris part.

Parmi les nombreuses facultés de médecine disséminées à travers le monde qui doivent une immense dette de reconnaissance à la France scientifique et médicale, rares sont celles, je crois, ayant pris une si belle initiative. Le médecin canadien-français conserve toujours les mêmes sentiments d'amour, de respect et de gratitude envers la mère-patrie, dans l'adversité comme dans les grands jours. L'Union Médicale vient d'en donner un magnifique témoignage.

Conservons au pays, à la Faculté de Médecine, dans nos hôpitaux et nos sociétés savantes, ce culte de la pensée française, de la discipline scientifique française, de l'idéal français. C'est le meilleur gage pour assurer notre constant développement et atteindre nos légitimes aspirations.

Bien sincèrement à vous,

MERCIER FAUTEUX,

Chirurgien,
Harvard University, Boston.

CHARLES-P. MATHE, M.D.,
Four-fifty Sutter street,
San Francisco.

Le 18 décembre 1944.

Dr Albert LeSage,

Rédacteur en chef de L'Union Médicale du Canada,
326 est, bd. Saint-Joseph,
Montréal, Canada.

Cher collègue,

Permettez-moi de vous féliciter de la belle édition de L'Union Médicale du Canada parue au mois de novembre. L'hommage à la médecine française ne saurait être mieux rendu.

Comme j'en ai l'habitude je viens de passer mes copies, lecture faite, aux universités. Je me trouve donc sans exemplaire de cet excellent numéro que j'aurais plaisir à relire. S'il vous en reste encore quelques-uns, je vous prie de m'en envoyer deux et d'y ajouter la note.

Recevez, cher collègue, mes cordiales salutations et compliments de bonne année.

CHARLES-PIERRE MATHÉ.

BULLETIN DES ETUDES FRANÇAISES
À MONTRÉAL

Chronique des livres

HOMMAGE A LA MEDECINE FRANÇAISE

L'administration de L'Union Médicale du Canada, qui est en même temps le Bulletin de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord, vient d'avoir la touchante pensée de publier un numéro spécial en hommage à la médecine française.

Ce fascicule est destiné à montrer que « la contribution de l'école française à la médecine contemporaine est un bien inestimable pour l'humanité. C'est en le rappelant que les médecins canadiens de langue française désirent rendre hommage à la France libérée et renaissante ».

Ces deux phrases, placées au début des 155 pages de textes, donnent le sens même de cette importante publication.

Le numéro se termine par le texte de deux leçons, l'une du professeur A. Clerc et l'autre du regretté professeur E. Sergent.

Chacun de ces articles mériterait une analyse particulière que nous ne pouvons entreprendre, faute de place. Au surplus les sujets traités sont de caractère très spécial et ne s'adressent en somme qu'aux membres du

Corps médical et il n'est pas un Médecin canadien qui ne reçoive *L'Union médicale*.

Sans aucun doute ce numéro spécial de novembre 1944 fera sensation lorsqu'il parviendra aux milieux médicaux français. Il contribuera puissamment à rétablir les relations affectueuses entre l'ancienne et la Nouvelle-France.

MONTREAL CITIZENS' COMMITTEE
COMITE DES CITOYENS DE MONTREAL
266 St. James Street West. — LA.: 4014.

18 décembre 1944.

Docteur Albert LeSage,
Montréal.

Cher Maître,

Je vous remercie pour la courtoisie qui m'a valu d'apprécier autant que le peut un ignorant de la science médicale, les articles en « Hommage à la médecine française ».

Quoique je me savais dans un superbe désert, j'y ai tout de même vu des oasis où le profane peut se reposer à la lecture de ces vies d'abnégation, de recherches et de succès géniaux. Historier les maîtres de la médecine française c'est non seulement rendre hommage aux sacrifices accomplis pour l'humanité, mais c'est aussi se grandir soi-même par un acte de reconnaissance et c'est ce que vous avez fait, monsieur le rédacteur en chef, dans un « Bulletin » qui est en tout point digne des sujets qui en sont la raison d'être.

J'ai relu avec beaucoup d'intérêt votre « Hommage à la France » et à ses gloires de l'éloquence sacrée coudoyant celles de la littérature, de la peinture, de la sculpture et de la musique et leur apogée: les maîtres de la médecine, pivots des précédentes.

*Quant au « centre universitaire » que vous élaboriez il y a une couple d'années, j'y vois toute une cité dans la Cité. Vraiment vous voyiez grand
. . . Je souhaite que ce centre ne soit pas aussi difficile à réaliser que le fut la construction de l'Université. Ce grand projet sera le*

fait d'une réunion de bonnes volontés sous la direction d'un chef, dont la compétence, la personnalité et la persuasion sauront assurer son succès.

Bien cordialement vôtre,

J.-C.GROVES CONSTANT,
Secrétaire.

DOCTEUR R. LALLEMAND
1102, rue Ontario Est

Montréal, ce 27 novembre 1944.

M. le docteur Albert LeSage,
260, square St-Louis,
Montréal.

Cher docteur,

J'ai reçu il y a déjà quelques jours L'Union Médicale, numéro de novembre quarante-quatre.

Lecteur de cette revue depuis plus d'un quart de siècle, je n'ai jamais cessé d'en apprécier la teneur. Mais cette fois je crois pouvoir affirmer que L'Union fait montre d'une substance qui classe ce numéro tout à fait à part.

Grâce à vos collaborateurs et à vous-même vous nous donnez une synthèse magnifique de la France médicale, en particulier des dix-neuvième et vingtième siècles. Ces anciens portraits daguerréotypés font revivre en quelque sorte nos classiques du temps universitaire.

La France est un pays que nous nous devons d'aimer, ne serait-ce que pour la simple raison d'en être issus. Il est bon de rappeler à ses nombreux amis et à ses détracteurs (et il y en a) que la terre de saint Louis, de Pascal, de Pasteur a d'autre chose à offrir en spectacle qu'une minorité de politiciens veules, une tourbe d'aventuriers véreux qui n'ont de français que le nom et encore.

En terminant, je vous prie, mon cher docteur, d'agréer pour vous-même et pour vos associés mes félicitations les plus empressées.

Votre tout dévoué,

R. LALLEMAND.

Beauport, le 24 décembre 1944.

Mon cher LeSage,

D'abord je te dois depuis longtemps des félicitations pour la belle tenue et le brio que tu donnes de plus en plus à ta Revue.

... Que de chemin parcouru depuis le jour où l'on nous a décerné à si bon marché le « *dignus es intrare* » ! En l'an de médiocrité 1893 qui nous vit naître à la profession, L'Union Médicale était un périodique à peu près pitoyable. Il n'en pouvait guère être autrement, car peu de nos professeurs s'avisèrent de produire. Il faudra toujours prononcer avec respect les noms des Rottot, Laramée, Mignault, Brennan et du dernier survivant, mais non le moindre, le délicieux et génial Foucher. Mais ils avaient l'haleine courte de leur époque mal éclairée, et d'ailleurs ils prêchaient au milieu de la morne indifférence d'une profession boiteuse et sans entrain. En effet, notre art était alors dans l'enfance. La médecine balbutiait ses rudiments destinés à être si souvent révisés.

Quant à la chirurgie qui s'appêtait à devenir le phénomène du siècle suivant, c'était le plus souvent un désastre. Quand ceux qui ramassaient les éponges sur le plancher osaient ouvrir un ventre, c'était Morgagni le lendemain...

En ce temps-là, Pasteur vivait encore, mais ô horreur ! Pasteur était contesté, Pasteur n'était pas prophète en son pays ! On avait toujours voulu voir grand, trop grand, et Pasteur ne parlait que d'infinitement petits. Il a fallu des étrangers comme Lister et Koeberlé pour « découvrir » l'homme immense qui a révolutionné la chirurgie, la médecine, voire même changé la face du monde.

... Mais nous étions à un tournant, et les événements allaient se précipiter.

A Montréal, ce fut « changement à vue » avec l'arrivée de Paris du virtuose Oscar Mercier ainsi que du « maître Marien », du fameux débrouillard Alphonse Mercier, du

cher et regretté Dubé, le grand animateur, et de toi dont je ferai un flamboyant éloge funèbre en l'an 1965 !

Vous avez donné l'élan et avec quelle vigueur et quelle persévérance vous avez créé tout à la fois ! Je me demande si les jeunes et les moins jeunes d'aujourd'hui qui recueillent le fruit de vos mérites et de votre effort, s'en doutent quelque peu??...

... Mais je m'attarde à des choses que tout le monde sait, alors qu'il s'agit de te congratuler, toi et tes amis, sur ce numéro de gala de L'Union Médicale de novembre, en hommage à la médecine française. Malgré les années, il me reste quelque vivacité d'imagination, mais quand tu l'as annoncé, j'étais loin de prévoir que tu en ferais un tel succès.

Nous, « les retour d'Europe », tant blagués par les impuissants, nous avons retrouvé là les grandes leçons et les agréables souvenirs d'un passé qui nous fut cher.

Avec quel intérêt et quelle ferveur nous nous sommes arrêtés devant les figures aimées des Dieulafoy, des Siredey, des Vidal, des Chauffard et de J.-L. Faure, grand chirurgien, grand écrivain et grand orateur. Ils ont été pour nous des Maîtres, des guides, des amis, des modèles vénérés. Quelle gratitude nous leur devons pour avoir compris quelque chose dans cette vaste profession qui requiert tant de dons, où il faut tant d'intuition, de jugement, de savoir et de savoir-faire.

... Comme toi, vaillant LeSage, j'avais rêvé de finir mes jours sous le harnais, de tomber « dans le brancard », en bon cheval de travail, car « ce n'est pas mourir tout entier que de mourir de la sorte ». Mais le labeur excessif et une santé de tout temps misérable ont fait de moi un déserteur de la médecine. Pourtant, comme Louis Veuillot disait de la littérature, « cette vieille maîtresse, je l'ai aimée » ! Voilà que ce numéro de luxe de L'Union Médicale m'a réappris l'enthousiasme.

siasme, en me rappelant les grandeurs d'une profession où, pendant longtemps, je n'ai pas été tout à fait le frelon de la ruche.

Je te remercie donc bien cordialement ainsi que tes brillants confrères qui ont si bien parlé des « Chers Maîtres » qui nous ont

ouvert les yeux à la lumière... à la douce lumière de la science de France...

Ton ami,

AURÈLE NADEAU.

NOTE. — Nous pourrions, aussi, citer *Le Canada*, *La Presse*, *Le Jour*, *Le Devoir*, qui ont bien voulu publier des notes élogieuses ou sympathiques. Nous les en remercions.
L.

NOTES SUR LA MÉDECINE FRANCO-AMÉRICAINE PAR LE DOCTEUR PAUL DUFAULT

Le docteur Paul Dufault, un de nos collaborateurs dévoués des Etats-Unis, fait servir sa pensée, son cœur et sa plume à la science médicale, à la compréhension des malades et enfin à la conservation de notre patrimoine spirituel en terre étatsunienne.

Il écrit dans les journaux américains, il a publié deux ouvrages et, à ses heures, il collabore au journal *Le Travailleur*, de Worcester.

Tout dernièrement¹, il faisait paraître une courte étude sur le médecin franco-américain; ainsi que l'indique l'auteur lui-même par le titre de son article, ce sont des « notes » sur le sujet.

Mais ces simples notes présenteront une valeur nationale pour nous et un aperçu démographique intéressant pour tout lecteur qui étudie les mouvements et les transplantations de groupes ethniques. Et nous espérons que cette esquisse d'un plan d'étude beaucoup plus vaste pourra être développée dans un avenir prochain. Cette étude comportera un travail d'investigations et de recherches longues et difficiles, car rien n'a été fait sur le sujet et aucun jalon n'a été posé qui serait susceptible de diriger l'historiographe.

Les médecins canadiens-français passèrent aux Etats-Unis entraînés par la migration régulière et massive des nôtres qui s'opéra tout particulièrement au siècle dernier.

Dès 1820 et 1837-38, à l'époque héroïque du soulèvement, des médecins émigrèrent aux

Etats du Vermont et de New-York, limitrophes du Canada français. Puis, le déplacement continua au point qu'un nombre imposant de nos collègues finit par habiter certains centres importants de la Nouvelle-Angleterre. Le docteur Dufault rappelle que les médecins franco-américains avaient obtenu leur doctorat de Victoria, de Laval de Québec et de Montréal. Jusqu'à il y a une vingtaine d'années, les jeunes aspirants à la médecine venaient au Canada français recevoir leur enseignement médical. Depuis, ils s'inscrivent aux Universités américaines. Il est indubitable qu'un certain nombre en bénéficient au strict point de vue scientifique et qu'ils pourront ultérieurement occuper des situations intéressantes dans les services des grands hôpitaux américains ou dans des chaires universitaires. Ils perdront certainement leur entité française et tous les éléments spirituels qui gravitent autour de la personnalité morale couplée à ses traditions, ses mœurs, ses coutumes, sa volonté de vivre et de se transmettre à ses successeurs. La discussion pourrait être sans fin sur la valeur intrinsèque respective de l'acquis et du perdu, sur l'opportunité d'inscrire au passif ou à l'actif le résultat de cette évolution comparative. Mais revenons au docteur Dufault. Nos collègues franco-américains exercent dans les centres industriels et où se trouvent des groupes importants de francophones; ils y accomplissent une œuvre précieuse: celle du praticien au-

1. *Le Travailleur*, hebdomadaire d'information publié à Worcester, édition du 14 et du 21 décembre 1944.

près de leurs concitoyens de même langue et de même ascendance. Ils n'ont pas, sauf très rares exceptions, participé à des travaux scientifiques, à des publications produits dans les grandes universités ou les hôpitaux de première grandeur. Ils y furent en quelque sorte empêchés par leur formation familiale, primaire, secondaire et universitaire dans une langue qui n'est pas celle du pays, par un enseignement médical différent et conséquemment par une absence d'embranchement, si j'ose m'exprimer ainsi, dans les rouages hiérarchiques qui peuvent conduire vers des situations intéressantes dans les cliniques, les laboratoires et les chaires. Ajoutons à cela la tâche quotidienne de la pratique au cabinet de consultation et par des visites à domicile qui ne laissent aucune possibilité de faire autre chose. Nos collègues, à vrai dire, ont été formés en vue de devenir praticiens. Il le furent et le sont, on ne pourrait demander plus. Même que la grande majorité d'entre eux ne purent faire de l'internat et qu'ils durent, comme pour le plus grand nombre des praticiens de chez-nous, se lancer en clientèle avec un bagage théorique appréciable mais manquant de données pratiques, de la connaissance de multiples techniques, enfin de la discipline clinique et de l'habitude de la recherche que procure l'internat bien fait et bien dirigé.

Le docteur Paul Dufault nous apprend que le dernier groupe de médecins qui passèrent aux États-Unis dont un certain nombre y demeura, furent ces jeunes médecins qui à la suggestion du regretté docteur Desloges, alors directeur des asiles d'aliénés de la Province, s'engagèrent comme internes dans les hôpitaux d'États américains. Nous arrivons par là à la période où le docteur Paul Dufault et moi-même avons fait nos études médicales; plusieurs de nos confrères acceptèrent cette offre. De tous ces jeunes médecins ainsi devenus internes aux États-Unis, un nombre important y demeurent soit comme médecins de ces

hôpitaux d'État, soit comme médecins ou chirurgiens de clientèle particulière.

Depuis une vingtaine d'années le courant est arrêté dans un sens comme dans l'autre, je pourrais dire: pratiquement plus de jeunes franco-américains venant s'inscrire dans nos facultés, pas de jeunes médecins émigrant aux États-Unis.

Dans son travail le docteur Dufault fait un historique succinct de chaque hôpital fondé par les nôtres et médicalement administré par nos collègues franco-américains. Comme au Canada, on y rencontre l'évêque, le curé, la religieuse associés à l'œuvre du médecin et du chirurgien. Et on les rencontre dans les villes dont les noms nous sont bien familiers: Lewiston, Fall-River, Lowell, Manchester, Nashua, Berlin, Central Falls, Worcester.

Les médecins franco-américains eurent des Sociétés, ils se groupèrent en associations plus ou moins étendues, afin de pouvoir se rencontrer, s'instruire réciproquement, mais beaucoup plus pour se distraire en commun en évoquant sûrement de vieux souvenirs du Québec, le pays de leurs croyances, de leurs jeux et bien souvent de leurs amours. Mais la *Société Médicale Franco-Américaine* fondée par le Dr J.-D. Milot, fut un groupement vraiment professionnel qui, d'ailleurs, s'affilia en 1936 à l'*Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord*.

On fonda une revue médicale de langue française. Enorme entreprise qui exigeait de part et d'autre du souffle, de la constance, une dose et un esprit de collaboration peu ordinaire si on réfléchit sur la date de la fondation — en 1906 — et la situation des collaborateurs éventuels: praticiens surchargés de besogne peu propice à la publication. Aussi la revue ne put survivre à l'effort de la première édition; comme l'éphémère, elle ne vint au monde que pour contempler un instant le merveilleux de la lumière et du soleil.

Les Canadiens français, on le sait, n'ont pas de supérieurs pour ce qui est des activités

politiques et sociales. Bien entendu, des journaux furent publiés par les nôtres aux Etats-Unis; la contribution des médecins franco-américains à ces journaux a été importante. Qu'on lise Dufault pour s'en convaincre. La politique américaine attira un bon nombre de collègues du sud; ils surent se manifester par le journal et par la parole en public. Les docteurs Omer Larue et Armand Bédard sont parmi ceux qui se sont le plus distingués dans ce domaine.

Le docteur Bédard, en plus d'être un orateur éloquent, fut un écrivain érudit à la plume facile. Le docteur Denys A. Boucher, de Brockton, qui a actuellement 78 ans, fut également un excellent écrivain et un poète distingué, en plus de s'intéresser, en s'y occupant activement, aux nombreuses organisations civiques et nationales. Et puis le docteur Dufault nous parle du docteur L.-A. Daudelin, qui vient de mourir à Montréal à l'âge de 72 ans, qui fut Haut Commissaire des Etats-Unis à l'Exposition maritime Universelle de Bruxelles; du docteur Philippe Sainte-Marie, médecin-poète; du docteur Joseph Thériault, du docteur H. Roy, du docteur J.-A. Girouard, tous écrivains appréciés en plus de médecins avertis.

Enfin, notre confrère termine en citant les noms et les œuvres de quatre médecins franco-américains qui se sont créés une réelle réputation scientifique aux Etats-Unis et y ont occupé des postes d'importance: le docteur Edgar Garceau; le docteur James Francis Coupal, qui devint médecin à la Maison Blanche sous Coolidge; le professeur Louis-Eusèbe Phaneuf, qui naquit à Saint-Hilaire, en charge actuellement du service de gynécologie à l'hôpital Carney de Boston, auteur de nombreux travaux en gynécologie, considéré en Europe et aux Etats-Unis comme une autorité dans sa spécialité; le docteur Arthur Desjardins, qui est chef du service de l'électro-radiothérapie à la clinique Mayo.

A vrai dire, ces quatre médecins d'ascendance franco-canadienne sont actuellement

beaucoup plus américains tout court que franco-américains; la distinction existe réellement et ne réside pas uniquement dans les vocables. Des quatre, trois naquirent aux Etats-Unis; les quatre firent leurs études médicales dans des facultés américaines. Les quatre, je crois bien, et sans leur jeter le moindre blâme, auraient certaine difficulté à s'exprimer dans leur langue maternelle et ont adopté une conception américaine quant aux courants de toute nature de la vie quotidienne. Certes, ils ne renient pas leur ascendance, mais ils ont subi et subissent l'influence de leur milieu et adaptent graduellement ce climat à leur personnalité; ou, encore mieux, ce phénomène de transformation, d'endossement, se produit par la force des choses, sans que la volonté y intervienne aucunement ou même la conscience.

C'est d'ailleurs le sort réservé à toute la jeune génération de Canadiens émigrés aux Etats-Unis; de celle qui est née là-bas, qui fut instruite là-bas et dont les relations sociales ou autres sont franchement américaines. Ils ne peuvent résister à cette imprégnation d'ordre psychologique contre laquelle il est d'ailleurs oiseux de lutter. Leurs parents virent le jour au Québec, tout un passé les retient encore. Il est tissé des souvenirs savoureux de l'enfance: la belle campagne des moissons, les incidents de l'école, les jours merveilleux des Fêtes de Noël et du Jour de l'An, au cours desquels les plus belles traditions du groupe, conservées avec un soin jaloux, sont extériorisées avec dévotion, les années passées au séminaire et qui furent semées d'amitiés diverses et d'incidents cocasses ou sérieux, les fiançailles, les épousailles, les grandes ardeurs des luttes politiques; et puis, les parents qu'on a laissés derrière soi, qui dorment paisiblement dans le petit cimetière du village et qui apparaissent dans l'esprit qui les évoque, entourés de tendresse et d'amour.

Ce sont bien ces figures que nous avons montrées le docteur Dufault, ces collègues franco-américains; ils ont vécu leur vie en gardant en

eux-mêmes ces souvenirs et ces marques indélébiles du passé. Ils les ont manifestés par leur activité extérieure, par leurs gestes, leurs écrits, leurs paroles, qui pour la plupart eurent bien l'opportunité du moment, mais qui ne subirent pas moins dans leur source secrète et leur mode d'expression l'influence du passé et de l'origine. La jeune génération n'a plus ce port d'attache, elle est toute tendue vers le présent et l'avenir; le Canada français, Québec, ne sont plus pour eux qu'un fait historique, peut-être très sympathique ou, encore mieux, enveloppé d'intérêt sentimental; et ce fait ne les empêchera jamais de s'offrir entièrement à la civilisation américaine. Des

noms français d'origine canadienne et récente s'ajouteront donc à la grande masse assimilatrice et ces noms portés par de purs Américains seront un souvenir aux Etats-Unis d'Amérique d'un Canada français prolifique et prodigue de ses fils.

Le docteur Dufault assiste à cette transformation, mais, pendant qu'il en est temps encore, il fait une revue brève d'un passé très récent se rapportant à la profession médicale. Son étude est un document qui servira, comme il le suggère lui-même, à une investigation future plus détaillée.

Roma AMYOT.

ALLOCUTION DU NOUVEAU PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

“Le Dimanche du Praticien”¹

Par Paul LETONDAL, F.R.C.P. (C.).

Je ne puis vous dissimuler mon émotion. Etre élevé à la présidence de la Société Médicale, après avoir pendant de nombreuses années fait partie de l'Exécutif, successivement à titre de trésorier, de secrétaire des séances, puis de secrétaire général et de vice-président, comporte une joie bien légitime.

Mais cette joie fait rapidement place à un sentiment bien différent, en présence des lourdes responsabilités que comporte la fonction présidentielle.

Heureusement, j'ai l'avantage d'avoir pour m'assister à l'Exécutif des collègues dévoués et enthousiastes, et un Comité de Régie formé des anciens présidents élus depuis 10 ans.

La Société Médicale, comme vous le savez, est la plus ancienne et la plus importante Société de médecine, à Montréal, chez les Canadiens français.

Quoique fondée en 1900, ses origines remontent beaucoup plus loin en arrière. C'est, en réalité, en 1871 qu'un groupe de médecins de la métropole, dont quelques-uns enseignaient à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, se constituèrent en Comité d'Etudes, qui forma le noyau primitif de la Société.

En fait, on ignore beaucoup trop que c'est ce même groupe de médecins qui, l'année suivante, en 1872, fondèrent *L'Union Médicale du Canada*, notre plus ancienne Revue de Médecine.

Notre association vécut ainsi quelques années, suspendit pour un certain temps ses activités, pour les reprendre un peu plus tard, sous un autre nom, jusqu'en 1900, où elle est constituée en société bien organisée avec des règlements, une cotisation annuelle, etc.

A partir de cette date, elle est désignée sous le nom qu'elle porte aujourd'hui. Et

1. Allocution prononcée au Cercle Universitaire le mardi 16 janvier 1945, à l'occasion de la première séance de l'année.

depuis lors, elle a fonctionné sans interruption avec une constance et une régularité qu'il convient de souligner,

Dans le domaine de l'hygiène publique en particulier, c'est la Société Médicale, a écrit le docteur Oscar Mercier, qui entreprit la lutte pour l'eau potable, la vaccination antivariolique obligatoire, la pasteurisation du lait.

De plus, la Société compte parmi ses anciens présidents des médecins qui ont honoré notre profession, les professeurs Hervieux, Harwood, Guérin, Mercier, Marien, Dubé, Rhéaume, Léger, pour ne citer que les disparus¹.

La Société Médicale a donc des traditions, des titres de noblesse que lui ont légués nos prédécesseurs. Et elle n'a cessé de progresser depuis le début de ce siècle.

On ignore peut-être qu'elle a connu des périodes particulièrement brillantes, comme il y a 25 ans, en 1920, lorsque le regretté professeur Latreille en était le président, et qu'existait alors le « Dimanche du Praticien ».

J'étais, à cette époque, étudiant en médecine de 4^e année, et je ne puis oublier que c'est grâce à la bienveillance d'un autre maître d'alors, trop tôt disparu, le professeur J.-E. Dubé, qu'il m'a été permis de présenter un malade. Il s'agissait d'un cas de péritonite tuberculeuse, associée à une pleurésie séro-fibrineuse, syndrome que l'on désigne, de nos jours, sous le nom de polysérose bacillaire.

C'est parce que je suis convaincu que la formule du « Dimanche du Praticien » est bonne, que je voudrais la reprendre et la remettre à l'honneur.

Le dimanche matin convient admirablement aux présentations de malades. Il n'y a pas d'opérations, ce jour là, dans les hôpitaux, et les dispensaires sont fermés. Tout

est calme et les patients, comme le personnel des différents services, se prêtent mieux à des déplacements qu'un jour de semaine. Les examens de malades peuvent se pratiquer sans hâte, dans le silence, et dans une atmosphère de tranquillité éminemment favorable à l'observation et à la réflexion.

Voici comment s'exprimait à ce sujet le professeur Latreille: « Je crois volontiers que le « Dimanche du Praticien » est une institution qu'il est dans l'intérêt de tous, praticiens et spécialistes, anciens élèves et nouveaux maîtres, de maintenir, de développer, de populariser. »

Et le professeur Latreille de conclure: « Je crois sincèrement que le « Dimanche du Praticien » vivra; je le crois, parce que je le sais énergiquement voulu par mes collègues de l'enseignement libre; je le crois, parce que je le sais vivement réclamé par mes autres collègues de la Société Médicale, les praticiens. »¹

A plusieurs reprises, j'ai déploré, comme président du Comité des Programmes, que les travaux présentés n'étaient pas assez pratiques, et qu'il n'y avait pas suffisamment de présentations de malades.

C'est pour réagir contre cette tendance que nous avons à faire de la pathologie au lieu de la clinique, que je voudrais cette année remplacer l'une de nos séances du mardi soir, chaque mois, par un « Dimanche du Praticien ».

Mais alors les communications seraient exclusivement constituées par des présentations de malades.

Ainsi, nous contribuerions à développer chez les nôtres l'esprit d'observation, et à inculquer aux jeunes l'habitude de l'analyse clinique, art dans lequel ont toujours excellé les maîtres de l'Ecole française, dont nous sommes ici les représentants sur cette terre d'Amérique.

Depuis le début de janvier, la Société Mé-

1. Voir l'*Annuaire* de la Société Médicale, publié à l'occasion du 40^{ème} anniversaire de fondation de la Société.

1. Voir *L'Union Médicale du Canada*, février 1921, p. 65.

dicale a reçu la somme de \$1000.00 pour prix à accorder aux meilleurs travaux de l'année.

Tout en maintenant nos symposiums, qui permettent à nos membres d'être mis au courant, par des rapporteurs différents, des grandes questions de l'actualité médicale contemporaine, et d'y entendre des discussions fructueuses, nous nous proposons d'organiser, dans ce but, des séances académiques, où seuls les membres qui auront préparé un travail vraiment original et personnel seront appelés à la tribune.

Enfin, grâce à la générosité d'un de nos confrères, qui s'est distingué dans le domaine

des affaires, mais qui n'en demeure pas moins profondément attaché à sa profession — j'ai nommé le docteur Hector Cypihot, président de l'Alliance Nationale et l'un de nos membres titulaires — la Société Médicale disposera cette année d'une somme de \$500.00 pour des cours de perfectionnement.

Et c'est ainsi que notre Société, fidèle à la mission que lui ont confiée ses fondateurs, au début de ce siècle, pourra poursuivre le double but qu'elle s'était tracé: tenir le médecin au courant des dernières acquisitions de la science, et conserver le feu sacré à ceux qui ont la passion de l'étude et des travaux de recherches.

CHIRURGIE PRATIQUE

LES ABCÈS

GENERALITES

On comprend, sous le nom d'abcès, les collections de pus qui se développent dans les tissus sous l'influence pathogène de certains microbes et qui se manifestent par les signes habituels de l'inflammation aiguë.

Tous les organes et tous les tissus peuvent être le siège d'abcès. Seuls les abcès non viscéraux font l'objet de cette étude.

ETIOLOGIE

L'abcès est de nature infectieuse; il est le résultat de l'inoculation locale d'un agent microbien pathogène, à la faveur d'une plaie cutanée ou muqueuse, d'une piqûre ou d'excoriations. L'abcès viscéral peut être consécutif à une infection dentaire, à une lésion cutanée ou à une maladie organique.

Les agents microbiens en cause dans l'abcès sont habituellement: le staphylocoque blanc, le streptocoque, le pyocyanique; plus

rarement, le pneumocoque, le bacille d'Eberth, le colibacille. Ils se rencontrent isolés ou associés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège possible de l'abcès: partout, dans tous les tissus, au niveau de tous les organes. Localisations fréquentes: le cerveau, le poumon, le foie, le rein, les trompes de Fallope, les cavités séreuses, le tissu cellulaire sous-cutané, les ganglions, les muscles, les os.

L'abcès est constitué par une cavité ou poche de pus. Deux constituants: une paroi, le contenant et du pus, le contenu. La paroi est formée par une membrane grise ou jaunâtre (improprement décrite sous le terme de membrane pyogénique, car elle ne sécrète pas). Cette membrane sert de barrière et joue le rôle d'élément de défense; elle est constituée par de la fibrine et des bourgeons vasculaires. Sa face interne renferme des leucocytes morts et des microbes virulents.

Sa face externe est de tissu conjonctif. L'abcès est toujours limité.

Le pus est bien lié et présente un aspect crémeux. Il peut être de coloration variable: jaune, verdâtre, chocolat. Il n'a pas d'odeur fétide, sauf quand il y a du coli, particulièrement à la région péri-anale.

Le pus contient des graisses, des lécithines, du glycogène, divers ferments, des leucocytes vivants et des leucocytes tués.

ETUDE CLINIQUE

L'abcès non viscéral présente les signes classiques usuels: *la douleur, la chaleur, la rougeur et la tuméfaction*. Il affecte l'aspect d'une tuméfaction localisée, saillante, chaude au toucher, de coloration rouge vif et douloureuse spontanément et au palper.

La douleur peut être lancinante et causer de l'insomnie; elle est souvent pulsatile et synchrone au pouls. Aux membres, la douleur est aggravée par la position déclive et elle est soulagée par la position surélevée. La pression sur l'abcès décolore la peau et laisse l'image du godet. La sensation de flot, le choc en retour et la fluctuation sont à rechercher.

Les signes généraux (fièvre, dyspnée, tachycardie, malaises, nausées) sont en rapport avec la virulence de l'agent pathogène. Il y a hyperleucocytose et polynucléose.

DIAGNOSTIC

La recherche des signes cliniques locaux, l'examen du sang au moyen de la numération globulaire et de la formule leucocytaire et les symptômes généraux permettent habituellement le diagnostic d'un abcès non viscéral. A éliminer: l'abcès froid (il évolue lentement, sans douleur, sans rougeur et sans chaleur), les tumeurs, certains anévrismes.

EVOLUTION

L'abcès non incisé tend à s'ouvrir spontanément à la peau, ou, s'il est profond, dans une cavité voisine, ou dans une articulation. Ouvert spontanément, il peut donner naissance à une fistule interminable.

Les complications sont rares et le pronostic doit se baser sur les signes locaux, les caractères du pus, l'état général et le facteur de gravité est en fonction de la localisation de l'abcès.

TRAITEMENT

Local, le traitement est d'attente au début: bains chauds, pansements humides chauds. Dès qu'il y a collection purulente: *incision*, avec ou sans drainage, suivant les cas.

Le traitement général est nécessaire: vitamines B et C, sulfamidés.

Edouard DESJARDINS.

Note sur un cas de polype utérin

Par A. A. Dagenais, M.D.

(Lue devant la Société Médicale)

Février 1876.

La présence d'un polype dans l'utérus amène presque toujours des désordres si graves, que le médecin est obligé de recourir aux ressources que lui offre l'art chirurgical pour sauver sa patiente. Cependant, il peut arriver que le polype soit expulsé par la seule force de la nature: Courty cite treize cas dont dix ont guéri sans intervention de l'art; les trois autres ont guéri par suppuration. Mais il ne faut pas trop compter sur cette heureuse terminaison, surtout si nous avons affaire à un polype fibreux et si l'hémorragie, qui en est la conséquence presque inévitable, est assez considérable pour mettre la vie de la femme en danger. Les moyens d'enlever les polypes utérins sont si nombreux et si connus aujourd'hui, que le médecin qui laisserait mourir sa malade sans y avoir recours, ne serait certainement pas justifiable, d'autant plus que l'opération réussit presque toujours. La cautérisation, le broiement, la torsion, l'arrachement, la ligature, l'écrasement linéaire, la sercision et la section peuvent être employés, au choix du chirurgien, suivant la nature du polype, le plus ou moins d'étendue de son pédicule et la place de son insertion. Cependant, il peut se rencontrer des cas où le médecin, par des circonstances tout à fait en dehors de son contrôle, ne peut avoir recours à aucun de ces moyens; et alors il est bon d'avoir en mains d'autres ressources qui puissent suppléer à ces opérations. Le fait suivant en est un exemple.

Le 19 octobre 1874, je fus appelé auprès de Madame S., qui était à la veille d'accoucher de son onzième enfant; elle souffrait depuis quelques heures. Madame S., est une femme de quarante-deux ans, d'une stature moyenne et d'un tempérament lymphatique prononcé. Elle avait eu un avortement quelques années auparavant; et à la suite de trois de ses accouchements antérieurs elle avait eu des hémorragies considérables. Le dernier, toutefois, s'était fait sans accident. Cette fois-ci, elle accoucha encore heureusement d'un enfant bien portant. Tout alla bien

pendant quelques jours, sauf une légère céphalalgie dont elle se plaignit aussitôt après son accouchement et qui alla en augmentant jusqu'au 22; je prescrivis, ce jour-là, quelques pilules cathartiques et une poudre de Dover pour le soir. Le 23 la céphalalgie continuait, et il y avait des symptômes de paralysie très apparents. L'œil droit était plus grand que l'œil gauche et elle ne pouvait pas le fermer. L'angle gauche de la bouche était rétracté, surtout quand la malade voulait rire ou parler. Elle avait beaucoup de difficulté à articuler et se plaignait d'engourdissement dans tout le côté droit du visage. Je lui fis administrer une dose d'huile de ricin avec cinq grains de calomel, après quoi, je prescrivis l'iodure de potassium. Du côté de l'utérus, tout était dans l'état normal; il n'y avait ni douleur, ni sensibilité, et les lochies coulaient abondamment. Je continuai l'iodure de potassium jusqu'au 26 sans amener aucun changement dans l'état de la malade. Comme les intestins ne fonctionnaient pas, je prescrivis, ce jour-là, quelques pilules cathartiques qui eurent un bon effet. Le 27 et 28, iodure de potassium. Le 29, pilules cathartiques suivies d'iodure et de bromure de potassium combinés. Le 30 et 31, même traitement, sans meilleur résultat.

Le 1er novembre, le mari vint me mander à la hâte, disant que Madame S., perdait beaucoup. Je la trouvai en effet, baignant dans le sang et très affaiblie. Je vidai le bassin qui était rempli de caillots; et n'ayant rien observé d'anormal au col, je pratiquai le tamponnement avec une éponge et je donnai une demi-drachme de teinture d'ergot toutes les demi-heures. L'hémorragie cessa presque complètement.

Du 2 au 7, il y eut presque tous les jours des hémorragies plus ou moins abondantes, malgré le tampon et le seigle. Le 7, en faisant un examen, je vis que le col de l'utérus était entr'ouvert; j'introduisis aussitôt l'index dans sa cavité, et je sentis une tumeur dure et allongée, qui paraissait venir de la cavité utérine. J'essayai de pousser le doigt jusqu'à l'insertion de cette tumeur, mais je ne pus y parvenir ce jour-là. Voyant que j'avais affaire à un polype et à un polype fibreux à cause de la dureté et des bos-

elures qu'il présentait, je continuai le seigle, afin d'amener des contractions qui pourraient enfin l'expulser entièrement, au moins le faire descendre. Je plaçai aussi de nouveau un tampon pour faire plaisir à la malade qui avait beaucoup de confiance dans ce moyen.

Du 7 au 12, même traitement avec pertes moins abondantes. Le 13, je pus introduire mon doigt jusqu'à la place d'insertion du polype, qui était attaché au fond de l'utérus, je fis le tour du pédicule, ce qui me permit de voir que l'insertion n'était pas large. Le polype me parut avoir deux pouces et demi à trois pouces de longueur, et un pouce et demi à deux pouces dans sa plus grande largeur; son insertion pouvait avoir un demi-pouce à trois quarts de pouce.

Malgré que les hémorragies fussent moins abondantes que dans les premiers jours, ma malade était cependant dans un état très alarmant. Elle était très affaissée; la paralysie lui ôtait toute son énergie et elle était beaucoup effrayée des pertes continuelles qu'elle faisait. Je lui proposai d'enlever le polype, soit par l'excision ou la torsion; mais elle ne voulut jamais y consentir. Comme elle me manifesta le désir de consulter un autre médecin, le 14, je la vis avec M. le docteur Rottot, qui ne put pas, non plus, la faire consentir à l'enlèvement du polype. Ce que voyant, nous décidâmes d'essayer des injections de teinture d'iode dans l'utérus; ce que je fis le jour même. J'injectai une once de teinture d'iode dans trois onces d'eau. Dès la première injection, l'hémorragie cessa complètement et ne reparut plus. Je continuai cependant les injections iodées jusqu'au 21, où il ne me fut plus possible d'introduire la canule de la seringue dans l'utérus. Dans cet intervalle du 14 au 21, je fis des examens tous les jours; et à chaque examen je sentais le polype et je voyais le col se resserrer.

Je continuai à traiter ma malade pour sa paralysie, qui disparut graduellement en laissant pourtant des traces; car il y a encore un léger tiraillement de l'angle gauche de la bouche. Elle est pourtant assez bien pour voir aux besoins d'une famille de dix enfants, sans trop se fatiguer. Elle a commencé à revoir ses règles trois mois après sa maladie, et elles ont toujours continué d'une manière régulière jusqu'à aujourd'hui.

Maintenant, messieurs, vous me demanderez peut-être si je pense avoir guéri ma malade ra-

dicalement, et si le polype est entièrement disparu. A cette question, je répondrai, messieurs, je n'en sais rien. Mais je dois vous dire que je suis d'opinion que si le polype n'est pas entièrement disparu, son développement a été arrêté et qu'il est probablement atrophié. Dans tous les cas, l'absence d'hémorragie et de douleur chez ma malade, la régularité des règles pendant une année presque révolue, me fait espérer qu'elle est bien guérie; et le résultat de cette expérience est de nature à me faire essayer le même traitement dans un cas semblable.

* * *

Société Médicale de Montréal

Séance du 15 décembre 1875.

Le docteur A. Dagenais, président, au fauteuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Le docteur Ricard, 2^e vice-président, ayant pris le fauteuil, le docteur A. Dagenais lit une note sur un cas de polype utérin (voir l'observation ci-haut rapportée).

DOCTEUR RICARD: L'ergot de seigle ne semble pas avoir un effet très marqué pour chasser un polype au dehors de l'utérus. On fait bien de l'employer, mais hors l'époque du travail, son action est peu certaine. La teinture d'iode a eu pour effet de faire fermer les vaisseaux, elle agit de plus comme fondante et irritante. Ce cas nous démontre qu'on ne doit pas craindre d'amener par ce moyen une irritation trop forte. La guérison sera probablement permanente.

DOCTEUR GRENIER: Les injections d'iode ont eu l'heureux résultat d'arrêter l'hémorragie et, sous ce rapport, elles sont moins dangereuses que les injections de perchlorure de fer. Mais doit-on attribuer la disparition du polype à l'emploi de ce moyen thérapeutique?

La terminaison par résorption n'est-elle pas due aux modifications imprimées à ce corps fibreux par la grossesse?

C'est par un phénomène physiologique analogue à celui qui se passe du côté de l'utérus pendant la grossesse et l'état puerpéral, que l'on doit expliquer la diminution et la disparition de ces tumeurs; soit que cette guérison spontanée

surviennent à la suite d'un accouchement, ou, ce qui est plus fréquent, en dehors de l'état puerpéral.

Dans l'état de gestation, l'utérus s'hypertrophie par l'accroissement des éléments musculaires existants et la formation nouvelle d'éléments semblables. Après l'accouchement, ces fibres musculaires surajoutées ou grossies subissent la dégénérescence graisseuse; c'est sous cette forme que ces éléments sont résorbés, alors que l'utérus revient à ses dimensions normales. L'arrêt de ce phénomène d'involution est une des causes les plus fréquentes des affections utérines.

Dans certains cas plus rares, au contraire, ce travail régressif continue, après que l'utérus a repris ses dimensions normales, et amène l'atrophie de cet organe. Les polypes peuvent participer aux mêmes transformations, se développer pendant la grossesse et revenir ensuite aux dimensions qu'ils avaient avant la grossesse. Si la dégénérescence graisseuse atteint tous les éléments de la tumeur, alors on observera une guérison spontanée complète par résorption.

DOCTEUR LARAMEE: Les circonstances ont dû contribuer pour beaucoup à la guérison de cette malade. Le polype a suivi l'accroissement de l'utérus et, comme cet organe, s'est ramolli en se développant. Après l'accouchement, les vaisseaux se sont atrophiés, ont cessé de nourrir la tumeur, circonstance favorable à sa désagrégation. Cette nouvelle formation baignée dans le liquide des lochies a peut-être subi une transformation purulente ou une désagrégation par gangrène. Dans un cas dont j'ai eu connaissance, une tumeur du volume d'une orange lors de l'accouchement, était revenue au bout de sept ou huit semaines, à celui d'une noix. Aucun traitement n'avait été institué.

DOCTEUR BROSSEAU: Les injections intra-utérines sont dangereuses à moins que le col ne

soit largement ouvert, autrement le liquide peut pénétrer dans l'abdomen par les trompes. Il ne faut pas exagérer la valeur de ce traitement. La tumeur a diminué naturellement, car sept jours d'injections n'auraient pas suffi pour la faire disparaître. Combien de temps un polype de l'oreille met-il à disparaître sous l'influence d'applications iodées? Et le goitre? Réussit-on souvent à produire son atrophie? Il y a eu hypernutrition et ensuite diminution graduelle. Quand le calibre des vaisseaux est augmenté de la sorte, il n'est pas prudent de pratiquer l'excision simple, mieux vaut se servir du serre-nœuds.

DOCTEUR DAGENAI: En réponse à quelques objections, je dirai que cette femme avait eu trois hémorragies, qu'elle se trouvait dans un état de profond affaissement physique et moral et que les injections en arrêtant l'hémorragie ont relevé ses forces. Le polype, au lieu de diminuer, aurait pu augmenter et peut-être l'iode, par son action fondante et irritante, a-t-il déterminé de quel côté se ferait la transformation. L'absorption directe par les vaisseaux de l'utérus est beaucoup plus puissante que dans le goitre où le contact n'est pas immédiat. Il n'existait aucune odeur particulière, par conséquent la terminaison par gangrène ne peut être invoquée. J'admets que le résultat est dû, pour une bonne part, à la transformation graisseuse des éléments de la tumeur, mais je crois aussi que l'on peut revendiquer pour l'iode une certaine part dans la guérison.

Le DOCTEUR RICARD donne avis qu'il proposera à la prochaine séance les docteurs Aubry, F. Filiatrault et Paquet, comme membres actifs.

Et la séance est levée.

Docteur Geo. GRENIER,
Sec.-Trés. S. M.

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — LA: 9888, afin qu'ils puissent recevoir l'« UNION MÉDICALE DU CANADA » sans aucune interruption.

ANALYSES



Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié des 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.

PHTISIOLOGIE

Joseph H. PRATT. — **Evolution du traitement de la cure dans la tuberculose pulmonaire.** (The evolution of the rest treatment of pulmonary tuberculosis). "American Review of Tuberculosis", 51: 185 (sept.) 1944.

Belle revue de l'évolution du traitement de la tuberculose pulmonaire par la cure, que l'auteur a présentée à Saranac Lake en 1942. Depuis Brehmer jusqu'à Trudeau, rares ont été les tenants de la cure aussi sévère qu'on la pratique aujourd'hui. Tous les grands phtisiologues ont préconisé une dose d'exercice, plus ou moins modérée.

Se basant sur les travaux de Brehmer et Dettweiler, l'auteur a appliqué leur méthode de cure chez les tuberculeux pauvres de Boston en les gardant à la maison, avec l'aide d'une organisation connue sous le nom d'« Emmanuel Church Tuberculosis Class », société fondée en 1905. En 1906 on a substitué le lit à la chaise longue et, en 1907, on a institué le traitement au lit continu pour plusieurs mois avant de permettre l'exercice (ceci après disparition de la fièvre). Pendant dix ans, à diverses assemblées et en différentes publications, l'auteur a parlé de la supériorité de la cure sévère sur l'exercice au stage aigu de la maladie. Il a rencontré une opposition active. Avec le temps, Lawrason Brown a recommandé dans ses écrits de plus longues heures de cure. Ce n'est qu'en 1912 que Brown suggère six semaines de repos dans tous les cas afébriles et, plus tard, plusieurs mois dans certains cas choisis. L'auteur présente aussi quelques statistiques démontrant que les cas quiescents mis à l'exercice gradué sont retombés malades un an ou deux plus tard. Au contraire ceux gardés au lit plus longtemps sont rarement retombés.

Au début du siècle, on croyait que l'air pur était curatif et l'importance de la cure n'était pas reconnue. Aujourd'hui, c'est l'inverse que l'on tient pour vrai. L'air pur pour certains n'a même plus aucune importance. Il reste à le prouver.

J.-P. PAQUETTE.

CHIRURGIE

Carl A. MEYER et Frederick STEIGMANN. — **Le traitement chirurgical de la gastrite "corrosive".** (The Surgical Treatment of Corrosive Gastritis). "Surg. Gyn. and Obst.", 79: 306; 1944.

Les gastrites « corrosives » surviennent à la suite d'ingestion de substances corrosives et notamment d'acides minéraux. Les séquelles se manifestent par des symptômes d'obstruction pylorique.

L'A. examine l'ordonnance de ces symptômes eu égard à la substance ingérée. La difficulté d'établir un diagnostic de gastrite corrosive provient du fait que le patient ne mentionne pas toujours l'ingestion de substances corrosives alcalines ou minérales, d'autant plus que les séquelles peuvent très bien ne survenir que plusieurs mois après. Les patients se présentent moins au médecin pour dysphagie que pour obstruction gastrique dont ils réclament un soulagement immédiat.

Les A. présentent 4 cas pour lesquels ils ont pratiqué une gastro-entérostomie de préférence à une résection, du moment que les dangers d'une ulcération secondaire gastro-jéjunale étaient minimes.

Bien que les cas de gastrite « corrosive » soient plutôt accidentels, on les rencontre assez fréquemment dans les cas d'Assistance publique ou dans la clientèle pauvre.

Pierre SMITH.

Abraham STRAUSS. — **Résection gastrique immédiate pour ulcère gastro-duodéal perforé.** (Primary Gastric Resection for Perforated Gastroduodenal Ulcers). "Ann. of Surg.", 120: 60; 1944.

L'A. constate que la plupart des chirurgiens

aux Etats-Unis emploient de préférence un traitement de routine quand ils sont en face d'un ulcère gastro-duodénal perforé, c'est-à-dire une suture de la perforation et la fermeture de l'abdomen après drainage ou sans drainage. « La tâche du chirurgien à ce moment est de sauver le patient et non de soigner l'ulcère », dit un porte-parole de la chirurgie conservatrice. L'A., partisan de la résection gastrique immédiate, entend au contraire démontrer qu'elle n'élève pas la mortalité opératoire quand elle est pratiquée dans de bonnes conditions. Il cite à l'appui, outre ses propres chiffres, ceux de Serge Judine et d'autres chirurgiens européens, soulignant le fait que, grâce à un choix judicieux des cas, ils maintiennent très bas leurs chiffres de mortalité opératoire.

En conclusion, les raisons qui militent en faveur de la résection gastrique immédiate sont les suivantes: 1) Les ulcères sont multiples dans 30 pour cent des perforations. 2) La gastrite est généralement présente. 3) Les conditions pathologiques ne peuvent pas être décelées par l'examen et la palpation seuls. 4) Ces résections sont pratiquées en 40-75 minutes. 5) La mortalité ne dépasse pas 5 pour cent. 6) La technique opératoire est plus facile que dans les cas d'ulcères peptiques. 7) Les méthodes de routine ne guérissent pas toujours et sont fréquemment suivies de récurrences. 8) La résection tardive de ces dernières présente presque toujours un danger de mortalité.

Pierre SMITH.

ORTHOPÉDIE

J. Warren WHITE et Sam G. STUBBINS. — **Arrêt provoqué de la croissance osseuse pour égaliser la longueur des membres inférieurs. (Growth Arrest for Equalizing Leg Lengths.)** "J. A. M. A.", 126: (30 déc.) 1944.

Les auteurs rapportent leur expérience des dix dernières années, au cours desquelles ils pratiquèrent 202 stérilisations chirurgicales des cartilages fertiles aux membres inférieurs. Ces interventions portent sur les extrémités inférieure du fémur et supérieure des deux os de la jambe du côté sain, dans le but de corriger une diminution de croissance du côté opposé.

Les causes habituelles de ces inégalités sont la poliomyélite, l'ostéomyélite, et les affections

destructives de la hanche. Leur technique est celle que Phemister a publiée en 1933, légèrement modifiée. Elle consiste à provoquer une fusion osseuse au niveau des deux extrémités internes et externes des régions fertiles épiphysaires sur une profondeur d'un demi à 1 pouce.

L'emploi d'un ciseau à mortaise ordinaire de menuisier simplifie l'intervention pour la taille du greffon.

L'immobilisation dure 3 à 4 semaines. D'après leur expérience, voici quelles sont les données pratiques permettant de prévoir les résultats de l'opération à la fin de la croissance des membres inférieurs qui est fixée généralement à 17 ans chez les garçons et aux premières menstruations chez les filles. Quels que soient l'âge ou la taille d'un enfant, la stérilisation du cartilage diaphyso-épiphysaire du fémur au genou retarde la croissance de $\frac{3}{8}$ de pouce par année alors qu'à l'extrémité supérieure du tibia et du péroné le retard est de $\frac{1}{4}$ de pouce sur l'ensemble du membre. L'indication idéale existe dans le cas d'un enfant de 10 à 12 ans chez qui il existe une inégalité d'au moins 2 pouces qui, laissée à elle-même, ira en s'aggravant jusqu'à l'âge de 16 à 17 ans. Cette opération est préférable au raccourcissement diaphysaire pratiqué à un âge plus avancé et à l'allongement du membre court qui comporte des difficultés beaucoup plus sérieuses.

Roger GARIEPY.

Robert T. McELVENNY. — **Interprétation radiographique des éléments de réduction des fractures du col fémoral. (Roentgenographic Interpretation of what Constitutes adequate Reduction of femoral Neck fractures.)** "Surg. Gyn. and Obst.", 80: 97 (janvier) 1945.

L'auteur présente une étude détaillée de nombreuses fractures du col du fémur, en cherchant à établir des données simples et constantes sur ce que signifie une bonne réduction au point de vue radiologique. La réduction ouverte est réservée aux rares cas où la réduction fermée a échoué. Le clou de Smith-Petersen reste le meilleur appareil de contention. Le rôle de celui-ci n'est pas de supporter les pressions transmises de la tête au fémur en servant d'intermédiaire, mais plutôt de maintenir le col sous la tête de telle façon que ces pressions soient transmises directement

de la tête au col. C'est le mérite de l'auteur d'insister sur ce point qui offre un aspect nouveau.

En effet, la réduction par traction et manipulation doit placer le col légèrement au-dessous de la tête, de sorte que l'appui porte sur le foyer de fracture lui-même. Au contraire, même avec une réduction apparemment suffisante, si le col fémoral est légèrement déplacé vers le haut par rapport à la tête, les pressions entraîneront des déplacements au niveau du foyer de fracture, et pseudarthrose.

Cette idée d'appuyer la tête sur le col coïncide avec la popularité croissante des ostéotomies sous-trochantériennes qui donnent généralement une consolidation rapide. Le clou ou autre appareil de contention n'est placé qu'après contrôle radiographique dans les deux plans, antéro-postérieur et latéral. Ce contrôle doit être pratiqué, le membre tourné en rotation interne complète. De la sorte on ne doit pas voir de petit rocher sur le film. Le col apparaît à son maximum de longueur, ce qui permet de déceler tout chevauchement.

L'auteur rapporte 4 échecs sur un groupe de 38 fractures sous-capitales et trans-cervicales consécutives. Un patient de 99 ans a vécu jusqu'à 102 ans.

La marche est reprise de 4 à 6 mois après la fixation.

Pour terminer, l'auteur suggère l'ostéotomie intertrochantérienne précoce aux premiers signes d'échec, réduction impossible ou douteuse, douleurs ou contracture dans les quelques semaines qui suivent l'intervention.

Roger GARIEPY.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

William ABRAMOWITZ. — **Les dangers de l'usage externe des sulfamidés. (Hazards of the external use of Sulfonamide compounds).** "American Archives of Dermatology and Syphilology", 50: 289 (novembre) 1944.

L'auteur passe en revue les différentes affections de la peau et des muqueuses qui, de plus en plus fréquemment, sont traitées par les sulfamidés, le sulfathiazole surtout, employés localement.

Dans l'impétigo et l'ecthyma, les sulfamidés appliqués localement ont une action habituellement rapide. Ils exposent cependant à des dan-

gers assez sérieux surtout si leur emploi se prolonge au-delà de 5 jours. Ils peuvent causer des dermites, sensibiliser le malade aux sulfamidés ou le rendre résistant. Pour ces raisons et d'autres dont il sera fait mention plus loin, l'auteur est d'avis que, dans le traitement de l'impétigo et de l'ecthyma, les sulfamidés ne devraient pas remplacer d'autres médicaments d'une efficacité et d'une innocuité reconnues, comme l'onguent au mercure ammoniaté, par exemple.

Dans la chancrelle l'usage des sulfamidés est justifié parce qu'ils donnent des résultats de beaucoup supérieurs à ceux que l'on peut obtenir avec n'importe quel autre médicament.

Dans la furonculose, les abcès, les ulcères variqueux et les dermatoses infectées secondairement, les avantages des sulfamidés en applications locales sur les autres méthodes de traitement ne sont pas suffisants pour justifier leur emploi qui expose à des réactions sérieuses.

Dans l'acné vulgaire, le sycosis vulgaire et les dermatites infectieuses eczématoïdes, les sulfamidés appliqués localement sont habituellement sans effet.

Si les sulfamidés peuvent être employés dans quelques cas de brûlures infectées, rien ne justifie leur emploi dans les dermites eczémateuses et les dermatophytoses.

Les muqueuses, à l'exception des conjonctives, ne présentent jamais de réactions locales aux sulfamidés. La peau avoisinant ces muqueuses, par contre, peut être le siège de dermatites. L'absorption se faisant facilement au niveau des muqueuses, les sulfamidés en application locale peuvent déterminer des réactions du côté des viscères.

Les sulfamidés appliqués sur des coupures ou des éraflures non seulement peuvent donner des dermites locales ou générales, mais encore peuvent retarder la cicatrisation et entretenir une hémorragie en nappe fort ennuyeuse.

Nous ne possédons pas de statistiques exactes sur la fréquence des réactions observées à la suite des applications externes des sulfamidés. Elle serait au moins égale à celle observée à la suite de leur usage interne, i.e. 2 à 10%.

Les réactions viscérales ne s'observent presque jamais avec les applications externes de sulfa-

midés. Les dermites, par contre, sont la principale complication observée. Il s'agit toujours d'une dermite allergique puisque les sulfamidés ne sont pas irritants par eux-mêmes. Cette dermite débute à l'endroit où ont été appliqués les sulfamidés et elle peut par la suite se généraliser. Le soleil et les R.U.V. favorisent l'écllosion d'une telle dermite. Au cuir chevelu, elle peut déterminer une alopecie complète.

L'auteur rapporte 7 cas de dermites causées par usage externe de sulfathiazole. Dans 6 de ces cas, il a fait une biopsie en vue de l'examen histologique d'un fragment de peau malade. Dans tous les cas, il a observé une réaction inflammatoire intense de la peau avec eczématisation de l'épiderme.

Les réactions dues aux sulfamidés en applications externes et leurs conséquences devraient

être mieux connues. Il paraît évident que l'emploi prolongé ou intermittent des sulfamidés ou encore leur changement dans leur voie d'administration peut conduire à la sensibilisation. D'après Kelly et Dowell, il y aurait compatibilité entre les sulfamidés et les rayons X. La novocaïne pourrait empêcher les effets antibactériens des sulfamidés. Les sels d'or et les barbiturates ne devraient pas être employés en même temps que les sulfamidés à cause de leurs propriétés photosensibilisatrices.

Le traitement des dermites dues aux sulfamidés varie suivant l'état des lésions cutanées. Comme traitement général, l'auteur recommande le foie de veau, l'acide ascorbique et la vitamine A.

Henri SMITH.

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

Rapport annuel du secrétaire général pour l'année 1944

Monsieur le Président, Messieurs,

Au cours de l'année qui se termine, votre Exécutif a voulu maintenir les traditions chères à notre Société et tracer en même temps quelques sentiers nouveaux.

Nous avons tenté de réaliser le programme entier énoncé par notre président au mois de janvier dernier. Nous avons fait venir des conférenciers étrangers au cours de nos séances régulières : MM. Henry Sigerist (de Johns Hopkins), Roland Desmeules (de Québec), J. Bigwood (de New-York), Henri J. Tagnon (de Harvard) et André Cournand (de New-York). A nos « Journées Médicales »,

nous avons entendu MM. Abadie (d'Ottawa), Lucien Brouha (de Harvard), le professeur Donald Fraser (de l'Université de Toronto), le docteur Raymond De Saussure (de New-York) et Monsieur Gustave Lancôt (d'Ottawa). Cet apport étranger nous a permis de faire connaître notre Société et la profession qu'elle représente, tout en fournissant à nos membres l'occasion d'entendre discuter par des experts des problèmes d'intérêt général.

Selon le désir de notre président, nous avons amené à la tribune les médecins praticiens, au cours d'une séance qui fut, par l

ualité des travaux et la personnalité des apporteurs, l'une des plus intéressantes de l'année. Comme l'an dernier, nous avons confié à nos internes le soin de faire les frais d'une séance entière, tâche dont ils s'acquittèrent avec le même succès qu'en 1943.

D'une façon générale, nos séances régulières, comme les « Journées Médicales », se sont inspirées des besoins du médecin praticien et ont visé à lui présenter les solutions des problèmes courants de diagnostic et de traitement. Nos efforts, en ce sens, ont été récompensés par l'augmentation de l'assistance à nos réunions, mais il y a encore place, sur ce point, pour beaucoup de progrès. Peut-être faudrait-il des formules nouvelles? Nous laissons cette initiative à nos successeurs.

La séance de ce soir, consacrée à l'étude du certificat prénuptial, couronne les activités d'un comité spécial présidé par le docteur Adélarde Groulx et formé au mois de septembre 1943, à la demande des autorités religieuses du diocèse de Montréal et du Collège des Médecins de la province de Québec. Elle est d'une exceptionnelle importance. Nous sommes heureux d'avoir apporté notre contribution à l'étude d'un problème aussi discuté et nous tenons à remercier et à féliciter les membres du comité du travail qu'ils ont accompli.

Notre annuaire, publié encore cette année à l'occasion des Journées Médicales, sous la direction de notre trésorier, le docteur Édouard Desjardins, a fait plus que jamais honneur à notre Société.

La Société Médicale a perdu, au cours de l'année 1944, quatre de ses membres, Messieurs les docteurs J.-R. Hamelin, L.-A. Gagnier père, Georges-Etienne Mignault et Anselme Léger. Ces deux derniers étaient des anciens présidents et le docteur J.-U. Gariépy a rendu à leur mémoire un touchant hommage.

La lourde tâche de l'organisation des programmes et de la préparation des séances nous a été, non seulement facilitée, mais rendue

particulièrement agréable par la collaboration des membres de l'Exécutif qui n'hésitent pas à payer de leur temps et de leur personne pour assurer le succès commun. Qu'on me permette de remercier également tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont aidés à assurer le succès de nos séances.

Selon la coutume, je dépose maintenant la liste des travaux présentés à la Société Médicale durant l'année 1944.

1ère séance

Le mardi 18 janvier 1944
tenue à l'hôpital Notre-Dame

consacrée AUX ARTÉRITES CHRONIQUES DES MEMBRES

1. L'artérite juvénile; diagnostic et traitement. — MM. René Dandurand et Roland Dussault.
2. Les artérites dans le diabète. — M. L.-Henri Gariépy.

2ème séance

Le mardi 1er février 1944
tenue au Jardin Botanique

consacrée AUX ASSURANCES SOCIALES

Exposé de la question des assurances sociales et suggestions. — M. Léon Gérin-Lajoie.

3ème séance

Le vendredi 11 février 1944
tenue à l'Université de Montréal

« L'histoire de la médecine et la médecine sociale. » — Docteur Henry E. Sigerist (de l'Université Johns Hopkins).

4ème séance

Le mardi 7 mars 1944
tenue à l'hôpital Notre-Dame

1. Progrès récents de la chirurgie du larynx. — M. Valmore Latraverse.

2. Manifestation articulaire de l'hémophilie. — M. Léopold Morrissette.
3. Hématome sous-dural. — M. Jean Saucier.
4. Traitement de l'hémothorax traumatique. — MM. J. Prévost, R. Dufresne, Jacques Léger et L. Roussel.

5ème séance

Le mardi 21 mars 1944
tenue au Jardin Botanique

« Tuberculose de primo-infection et érythème noueux. » — M. le professeur Roland Desmeules, de l'hôpital Laval de Québec.

6ème séance

Le mardi 4 avril 1944
tenue à l'hôpital Saint-Luc

1. Fractures du col du fémur; enchevillement au clou de Smith Petersen; résultats éloignés. — M. Albert Couturier.
2. Phlébite puerpérale guérie par épidurale. — M. Alfred Leroy.
3. Prostatectomie transurétrale. — M. Auguste Hébert.
4. L'apport du laboratoire dans le diagnostic et le traitement des chocs. — M. Alphonse Bernier.
5. Gastroskopie. — M. Jean Lesage.
6. La syphilis et le médecin praticien. — MM. Aimé Desforges et Jules Archambault.

7ème séance

Le mardi 18 avril 1944
tenue à l'Hôtel-Dieu

« Résultats d'expériences sur la nutrition des enfants d'âge scolaire. » — M. le docteur E.-J. Bigwood (de New-York).

8ème séance

Le mardi 2 mai 1944
tenue à l'Université de Montréal

1. Le laboratoire d'histologie et d'embryolo-

gie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. — M. Wilbrod Bonin.

2. Syndrome infectieux et hémorragique apparu chez des rats soumis à un régime dépourvu de vitamine E. — MM. Arthur Gagnon et Jean Frappier.
3. Les premiers stades du développement de l'œuf humain. Présentation d'un des plus jeunes embryons humains connus. — MM. Wilbrod Bonin et J.-L. Riopelle.

9ème séance

Le mardi 3 octobre 1944
tenue à l'Hôtel-Dieu

1. Considérations sur un cas d'infarctus du myocarde. — MM. Antonio Pager et Marc Papineau.
2. Expérience personnelle du lever précoce en chirurgie. — M. Guy Dargencourt.
3. Un cas de fièvre prolongée chez un adulte. — M. Claude Guilbeault.
4. Traitement hormonal de l'acné. — M. Edouard Simon.

10ème séance

Le mardi 17 octobre 1944
tenue à l'hôpital Notre-Dame

« L'état de choc et son traitement. » — M. le docteur Henri J. Tagnon (de l'Université d'Harvard).

11ème séance

Le mardi 7 novembre 1944
tenue à l'Hôtel-Dieu

1. Le diagnostic et le traitement précoce de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. — M. J. Robert Poirier.
2. Complications de la thyroïdectomie. — M. Jean Grignon.
3. Diagnostic et traitement des leucorrhées. — M. Jean-Paul Cholette.
4. Diagnostic et séméiologie des rhumatismes. — M. Jacques Genest.

12ème séance

Le mardi 21 novembre 1944
tenue à l'hôpital Sainte-Justine

1. Alimentation de la seconde enfance. — M. René Benoit.
2. Dermatitis d'origine végétale. — M. C.-H. Trudeau.
3. Données récentes sur le traitement des scolioses graves. — M. J.-C. Favreau.
4. La toux du point de vue du bronchologiste. — M. M. Bonnier.

13ème séance

Le mardi 5 décembre 1944
tenue à l'hôpital du Sacré-Cœur

« L'influence de diverses formes de collapsothérapie et de résections pulmonaires sur la fonction du poumon. » — M. le docteur André Cournand (de l'hôpital Bellevue, New-York).

14ème séance

Le mardi 19 décembre 1944
tenue au Jardin Botanique
consacrée au CERTIFICAT PRÉNUPTIAL

- 1° Rapport du comité: M. Adélar Groulx.
- 2° Commentaires:
 - Point de vue religieux: M. le chanoine L. Morin.
 - Point de vue légal: Me Ariste Brossard sard.
 - Point de vue médical:
 - a) Le phtisiologue: M. Léo Ladouceur.
 - b) Le psychiatre: M. Alcide Pilon.
 - c) L'obstétricien: M. Hector Sanche.
 - d) Le gynécologue: M. Léon Gérin-Lajoie.
 - e) L'urologue: M. Paul Bourgeois.
 - f) Le syphiligraphie: M. Jules Archambault.

MEMBRES DÉCÉDÉS AU COURS DE 1944

Docteur J.-R. HAMELIN. — Mars 1944.

Docteur Georges-Etienne MIGNAULT. — 31 mars 1944.

Docteur L.-A. GAGNIER (membre honoraire). — 11 mai 1944.

Docteur Anselme LÉGER. — 20 août 1944.

* * *

La Société compte actuellement:

29 membres honoraires;
420 membres titulaires;
92 membres correspondants.

* * *

*Moyenne des assistances aux assemblées
pour l'année 1944:*

18 janvier	160 membres
1er février	170 "
11 février	100 "
7 mars	50 "
21 mars	80 "
4 avril	85 "
18 avril	77 "
2 mai	150 personnes
3 octobre	76 membres
17 octobre	87 "
7 novembre	78 "
21 novembre	54 "
5 décembre	
19 décembre	

soit une moyenne actuelle de 97 membres.
(Moyenne l'an dernier: 70.)

Roger DUFRESNE.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 17 octobre 1944

Présidence de M. J.-U. Gariépy

Lecture du procès-verbal de la dernière séance est faite par le secrétaire des séances; l'adoption en est proposée par M. Léon Gérin-Lajoie, secondé par M. L. de G. Joubert.

M. Gariépy fait l'éloge du docteur C.-N. Valin, ancien président de la *Société Médicale*, récemment décédé. Pour honorer sa mémoire, il de-

mande que l'on observe une minute de silence. Un vote de sympathie est proposé par M. Adélar Groulx, secondé par M. Albert Bertrand.

Correspondance.

Le secrétaire général, M. Roger Dufresne, nous avise qu'à l'occasion du Congrès Annuel de l'ACFAS, le docteur Eugène Robillard a été accrédité auprès du secrétaire de cette association pour représenter notre Société. M. Dufresne nous informe aussi que le docteur Guy Hamel a bien voulu accepter de représenter la *Société Médicale* au Bureau de direction de l'*Association d'Hospitalisation du Québec*. M. Hamel a été nommé pour une période de trois ans; il doit combler le vide créé par le départ du docteur Oscar Mercier dont le terme d'office vient d'expirer.

Mise en nomination de M. Marc Papineau (Lachute).

Le président déclare élus membres de notre Société MM. J.-C. Bélanger et Jean Denis.

Appelé à présenter le conférencier d'honneur, M. A. Bertrand nous dit le grand avantage que les membres de la *Société Médicale* ont de pouvoir entendre M. Henri J. Tagnon sur un sujet aussi épineux que celui de l'état de choc. M. Tagnon, frère de Belgique, possède en effet les qualités requises pour traiter ce sujet, comme en font foi ses nombreux titres et ses travaux scientifiques. La conférence de M. Tagnon, dit-il, nous réserve un régal scientifique.

L'état de choc et son traitement ¹

M. Henri J. TAGNON, de l'Université Harvard

Le traumatisé grave présente pour le médecin un double problème: 1° celui du traitement de la lésion produite par le traumatisme; 2° celui de la prévention et du traitement de l'état de choc. Alors que le premier — qu'il s'agisse de brûlure ou de blessure — est limité, le second, de beaucoup le plus important, demande la mise en œuvre de tous les moyens thérapeutiques, sans quoi la vie du malade est en danger. La guerre 1914-1918 nous avait beaucoup appris sur la nature et le traitement de l'état de choc; la guerre actuelle, tout en nous apprenant davantage sur le traitement, nous laisse encore au même point quant à nos connaissances sur la pathologie, de sorte qu'il nous est encore impossible de donner une définition satisfaisante de l'état de choc.

Considérant cependant l'état de choc comme syndrome clinique ayant pour point de départ le traumatisme, il est possible de reconnaître deux phases principales: la première, ou choc primaire, en grande partie d'origine émotive et nerveuse et qui ne présente en général aucun danger; la deuxième, ou choc secondaire, avec le tableau clinique gravé que nous connaissons et qui fait l'objet de cette étude.

Quant au mécanisme de la production du choc, il paraît devoir se résumer dans l'effondrement de la circulation périphérique, causée par une diminution considérable du volume du sang circulant et qu'une vaso-constriction généralisée ne parvient pas à neutraliser; la diminution du volume sanguin, de son côté, s'expliquerait, soit par la perte de sang, soit au cours du choc traumatique par une augmentation de la transsudation plasmatique dans la région traumatisée. Tenant compte de ces données, il est clair que les vaso-constricteurs administrés au cours du choc traumatique n'ont plus leur raison d'être; au contraire, la restauration du volume sanguin met fin le plus souvent à l'état de choc. Cependant, il arrive que des malades, en dépit de ce traitement logique, ne sortent point de leur état de choc: ce sont les cas de choc irréversibles. Ici, la pathologie est complexe; elle semble poser un problème, non plus physiologique, mais biologique. Effectivement, l'étude actuelle de l'état de choc s'oriente de plus en plus vers la recherche des modifications du métabolisme cellulaire en rapport avec l'anoxémie des tissus.

Le traitement du choc est connu et sa technique est au point. Son objet principal est de rétablir le volume normal du sang et de l'y maintenir. Son application est urgente et il ne faut pas attendre la chute de la pression artérielle qui, lorsqu'elle survient, indique un état de choc déjà avancé. Il faut donc traiter prophylactiquement tout traumatisé grave chez qui l'on prévoit le développement de l'état de choc.

Le liquide à injecter sera qualitativement et quantitativement aussi semblable que possible à celui qu'aura perdu le malade. Il faut donner du sang aux blessés avec hémorragie; le plasma ou le sérum ont leurs indications impératives dans les états de choc dus aux blessures produites par écrasement, par brûlure, et aussi comme succédané du sang dans les cas où le sang est indiqué, mais ne peut pas être obtenu.

1. A paru *in extenso* dans *l'Union Médicale du Canada* de décembre 1944, p. 1498.

Il n'existe pas de différence reconnue au point de vue thérapeutique entre l'emploi du plasma et du sérum, quoique les propriétés physiologiques de chacun soient différentes sous plusieurs rapports. Les deux possèdent, en raison de la grosseur de leur molécule, l'avantage de traverser difficilement les capillaires et de retenir l'eau dans les vaisseaux en vertu de leur pression osmotique élevée.

Plasma et sérum sont maintenant d'usage courant; on les emploie sous trois formes différentes: l'état liquide, congelé, ou sec, suivant les avantages présentés par chacune d'elles dans chaque cas particulier.

Partant de plasma et sérum comme succédanés du sang, M. Tagnon est amené à nous parler d'autres succédanés du sang et du plasma actuellement à l'étude. Il y a la « solution d'albumine », apparue en 1940 et préparée à partir du plasma citraté humain. Or, tout en présentant des avantages quant à sa pression osmotique élevée et aussi quant à ses facilités de manipulation et de transport, la solution d'albumine ne saurait remplacer ni le sang, ni le plasma, pour des raisons d'ordre physiologique. Il y a la question des protéines animales, question en pleine révolution et qui n'a pas donné encore de résultats concluants. Il faut mentionner la solution d'albumine à partir du plasma de bœuf, la solution de gélatine et les plasmas protéolisés d'origine animale.

Enfin, quant aux solutions de pectine, elles paraissent, tout comme la gomme acacia, devoir être rejetées; elles produisent, en effet, comme elle, des altérations organiques, particulièrement au niveau du foie.

De tout cela, il faut retenir que les succédanés du sang ou du plasma doivent, non seulement avoir les propriétés osmotiques des protéines plasmatiques, mais, comme elles, pouvoir être métabolisées dans l'organisme.

Pour en finir avec le traitement de l'état de choc, il est bon de rappeler qu'on ne devrait user de la morphine qu'avec la plus grande prudence, puisque la morphine provoque des vomissements et déprime le centre respiratoire bulbaire, actions nettement indésirables chez un malade choqué.

Les extraits de cortex surrénal proposés en raison de leur action sur la perméabilité capillaire n'ont plus leur indication dans l'état de choc depuis que le fait de l'augmentation de la per-

méabilité capillaire au cours du choc traumatique a été rejeté comme faux.

Enfin, les infusions par voie intrasternale rendent d'immenses services dans les cas où les veines ne peuvent être utilisées.

Discussion.

M. A. BERTRAND. Y a-t-il, dans l'état de choc, un moyen autre que la recherche de l'hématocrite et l'hémoglobulinémie pour déterminer le volume sanguin? Que faut-il penser du dosage des protéines plasmatiques?

M. TAGNON. On peut directement, par l'injection intraveineuse de colorants, connaître le volume sanguin, mais la méthode est longue et peu pratique.

Quant au dosage des protéines plasmatiques, il ne constitue pas une méthode recommandable, car le taux des protéines dépend de trop de facteurs, et particulièrement dans l'état de choc, où le catabolisme est élevé.

M. C.-E. CARTIER. Entre l'hématocrite et l'hémoglobulinémie, quelle est la méthode qui donne les valeurs les plus constantes?

M. TAGNON. Il y a là une question de technique. Personnellement, je préfère l'hématocrite, parce que plus facile; les chances d'erreur sont aussi moins grandes.

M. CARTIER. Combien la solution de plasma en usage peut-elle renfermer de plasma proprement dit?

M. TAGNON. Un litre de la préparation peut renfermer de 800 à 900 cm³ de plasma.

M. C.-E. GRIGNON. Quand le rapporteur condamne l'emploi de cortex surrénal dans l'état de choc, est-il au courant des études récentes qui ont été faites sur l'élimination de la cortine par le rein au début du choc?

M. TAGNON. J'ignore ces travaux.

M. C.-E. GRIGNON. Des anatomo-pathologistes ont rapporté un état de nécrose des surrénales au cours du choc. Le rapporteur voit-il une contre-indication à l'emploi du cortex surrénal?

M. TAGNON. Je n'ai pas d'expérience personnelle dans l'emploi de cortex surrénal, mais je sais que son action doit s'exercer sur les capillaires en modifiant leur perméabilité. Or, il est prouvé aujourd'hui que la perméabilité des capillaires n'est pas troublée au cours du choc. Des expériences d'ailleurs ont démontré que l'extrait

de cortex surrénal n'influence d'aucune façon l'état de choc.

M. J. SAINÉ. Si l'emploi de la morphine offre un danger au cours de l'état de choc, ne pourrait-on pas lui substituer la codéine, moins toxique?

M. TAGNON. A dose semblable, la codéine exercerait une action insuffisante.

Appelé à remercier le conférencier, M. E. ROBILLARD rappelle que l'auditoire de la *Société Médicale* comprend des médecins, des chirurgiens et des hommes de laboratoire et M. Tagnon a su les intéresser tous. M. Robillard formule le vœu que M. Tagnon nous revienne encore.

Le secrétaire des séances,

Raymond LABRECQUE.

Séance du 7 novembre 1944

Présidence de M. J.-U. Gariépy

Le procès-verbal de la dixième séance est lu par le secrétaire des séances; l'adoption en est proposée par M. L. de G. Joubert, secondé par M. A.-J. Millier.

Le président déclare élu membre de notre Société M. Marc Papineau, de Lachute.

S'adressant ensuite aux internes de nos hôpitaux, il leur souhaite la bienvenue à nos réunions régulières, particulièrement en cette onzième séance, alors qu'ils doivent jouer le rôle actif. Rappelant la tenue magnifique qu'ils ont montrée l'an dernier à leur première séance, il ne doute point que cette année leurs travaux ne soient de première valeur.

* * *

Le diagnostic et le traitement précoce de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson

M. J. Robert POIRIER (de l'hôpital Ste-Justine)

M. Poirier attire l'attention sur la fréquence accrue de la sténose hypertrophique du pylore. Cette augmentation n'est cependant qu'apparente; il faut l'attribuer à la meilleure connaissance de la maladie et à son dépistage plus fréquent.

M. Poirier passe alors en revue la pathologie, la pathogénie et les principaux symptômes, à savoir: les vomissements en jet, le péristaltisme visible à travers la paroi abdominale, la perte de poids et la rareté des selles. Après avoir mis en

lumière le traitement médical par les antispasmodiques et les préparations épaisses, servant à la fois de moyen diagnostique, il expose le traitement chirurgical de Fredet Rammstedt, traitement radical et sûr pour guérir le malade.

Discussion.

M. Christophe BISSON félicite le rapporteur pour son résumé clair et succinct sur la sténose hypertrophique du pylore. Il désire cependant ajouter une remarque sur un point d'anatomie pathologique: contrairement à ce qu'a laissé entendre M. Poirier, les fibres musculaires circulaires ne sont pas les seules à présenter de l'hypertrophie, souvent les fibres longitudinales sont aussi intéressées. Parfois même, la « muscularis mucosæ » est hypertrophiée.

M. Bisson pose ensuite quelques questions. Comment reconnaître les vomissements dus au traumatisme crânien de ceux de la sténose du pylore? Comment reconnaître une sténose placée plus bas que le pylore? Comment aussi reconnaître les obstructions par cause extrinsèque, par malrotation, par exemple?

M. J. R. POIRIER. Le traumatisé du crâne présente une histoire particulière. Ses vomissements, comme ceux d'ailleurs de la méningite, surviennent sans effort, contrairement aux vomissements de la sténose du pylore.

Dans le cas d'une sténose placée plus bas que le pylore, les matières vomies renferment de la bile.

Enfin, le malade qui présente une obstruction par cause extrinsèque présente du ballonnement; il y a chez lui arrêt des selles et des gaz.

M. R. LABRECQUE. Qu'entendez-vous par préparation épaisse?

M. J. R. POIRIER. Une préparation épaisse est celle qui, froide, présente la consistance d'une bouillie épaisse, mais qui, chaude, passe facilement à travers le trou agrandi d'une tétine. Par exemple, dix cuillerées à soupe de farine de riz, mélangées à trente onces de lait, forment une préparation épaisse.

M. R. LABRECQUE. Est-ce que l'atropine doit garder sa vogue comme antispasmodique général ou à cause de son action spécifique sur les fibres musculaires du tube digestif? Comment doit-on envisager l'action de la benzédrine sur les sphincters du tube digestif?

M. POIRIER. Je ne pourrais répondre de façon satisfaisante à ces questions.

Complications de la thyroïdectomie

M. Jean GRIGNON (de l'hôpital Notre-Dame)

Les interventions chirurgicales sur la thyroïde sont de plus en plus fréquentes. Grâce aux connaissances actuelles sur la physio-pathologie de cette glande, et aussi par suite d'une meilleure préparation des malades avant l'opération, le taux des complications postopératoires a été abaissé et celui des mortalités fortement réduit.

Les complications de la thyroïdectomie se partagent en deux groupes principaux. Il y a les complications précoces et les complications retardées. Les complications précoces sont celles qui surviennent dans les quelques heures, ou les quelques jours, qui suivent l'opération. Elles sont nombreuses: les unes sont d'ordre purement chirurgical; ce sont, par exemple, l'hémorragie, l'hématome, l'abcès; les autres intéressent le bronchoscopiste, comme la paralysie des cordes vocales; enfin et surtout il y a les complications d'intérêt plus général et pour lesquelles le médecin pourra être appelé. Mentionnons: le choc qui apparaît chez les malades d'âge avancé, ou chez ceux qui ont perdu beaucoup de sang; les troubles respiratoires sous forme de trachéite, par suite des tiraillements des nerfs laryngés ou par suite du traumatisme chirurgical; la bronchite consécutive à la trachéite; mais, surtout, l'atélectasie ou la broncho-pneumonie responsables du tiers des mortalités. Les complications cardiaques s'expliquent par l'atteinte déjà existante du muscle cardiaque par la thyrotoxicose.

Quant à la crise thyroïdienne, elle constituait autrefois une complication fréquente et mortelle; elle survient plus rarement aujourd'hui, depuis que l'on prépare les malades à l'iode.

Enfin, la tétanie précoce, autre complication précoce causée par une insuffisance des parathyroïdes par suite de leur ablation, de l'ischémie ou du traumatisme direct exercé sur elles et dont l'effet est de produire une baisse du calcium ionisé dans le sang.

Les complications retardées forment le second groupe; elles surviennent quelques semaines, ou quelques mois, après l'opération. Ce sont: la tétanie retardée par sclérose lente de la région opérée; la reprise de la thyrotoxicose dans les cas où on a laissé trop de glande, ou encore chez qui

de petits adénomes laissés en place se sont, par la suite, hypertrophiés; l'exophtalmie, attribuable à des causes multiples et variées; et, enfin, le myxœdème, plus rare que l'hypothyroïdie.

Ces complications sont, pour la plupart, assez bien contrôlables; il suffit d'appliquer le traitement qui s'impose dans chaque cas particulier.

Discussion.

M. C.-E. GRIGNON félicite le rapporteur et dit partager son opinion à tous les points de vue. Il désire, cependant, ajouter quelques remarques.

Les affections cardiaques ne constituent pas une contre-indication à l'opération; il faut simplement préparer ces malades.

Les malades susceptibles de présenter de la tétanie postopératoire sont les malades porteurs de goitre nodulaire ancien, les femmes opérées en état de grossesse et les cas où l'on a procédé à l'irradiation du goitre avant l'opération.

Les spécialistes, en général, ne renseignent pas les médecins sur la fréquence du myxœdème postopératoire. Il n'est pourtant pas rare de le voir survenir chez les malades âgés; il apparaît de huit à neuf mois après l'opération. Le contraire est vrai pour la thyrotoxicose postopératoire; plus le malade est jeune, plus la thyrotoxicose est fréquente.

Enfin, l'exophtalmie constitue un problème réel. Il n'y a pas que la thyroxine qui soit responsable de l'exophtalmie; il y aurait aussi l'hormone thyrotrope de l'hypophyse. Il existe des cas d'exophtalmie maligne où l'opération est tout indiquée. Un chirurgien très en vue aux Etats-Unis procède à la trépanation de l'orbite, car il arrive que la compression de la paupière sur le globe oculaire entraîne des lésions et ulcérations.

M. A.-J. MILLIER. Le chlorure d'ammonium n'est-il pas un alcalin et son action ne s'exerce-t-elle pas dans le sens de l'alcalinité dans l'organisme?

M. GRIGNON. Le chlorure d'ammonium, par suite de sa décomposition dans l'organisme, libère des ions H à réaction acide.

M. P. MARION. Le rapporteur a parlé d'insuffisance cardiaque postopératoire. La thyroïdectomie ne devrait-elle pas plutôt améliorer l'état du cœur? La fibrillation cardiaque est-elle une contre-indication à la thyroïdectomie?

M. J. GRIGNON. L'opération entraîne souvent la libération dans la circulation de thyroxine

en excès, toxique pour le muscle cardiaque. Quant à la fibrillation, elle ne constitue pas une contre-indication à l'opération.

M. J. SAINÉ. Le rapporteur a laissé entendre que la fréquence du choc est en proportion directe de la perte du sang. Il est sûrement un autre facteur important, et c'est l'étendue du champ opératoire. C'est ce qui fait que, dans plusieurs centres de goitre, on pratique l'opération en plusieurs temps.

M. M. BONNIER mentionne, comme moyen de prévention des complications pulmonaires, l'usage du tube intratrachéal au cours de l'anesthésie.

M. R. DORE rappelle les avantages de la technique opératoire qui consiste à procéder par étapes; cette façon d'opérer aurait abaissé la mortalité à 5%. M. Doré est d'avis que l'on devrait suivre cette technique chaque fois que l'on est en présence d'un malade qui présente des complications cardiaques.

M. V. LATRAVERSE nous fait part d'un nouveau traitement pour les cas de parésie et de paralysie précoce postopératoire des cordes vocales. Ce traitement consiste dans l'excitation électrique des nerfs récurrents et des muscles des cordes vocales.

Diagnostic et traitement des leucorrhées

M. Jean-Paul CHOLETTE (de l'Hôtel-Dieu)

Les leucorrhées font partie du grand syndrome décrit par Pozzi au sujet des troubles génitaux de la femme, syndrome constitué par trois éléments: douleurs, hémorragies, pertes blanches. Ces dernières sont-elles le cas d'une consultation médicale, il faut alors s'enquérir des caractères de cette leucorrhée, qui sont au nombre de cinq. Ce sont: l'abondance, la consistance, la coloration, l'odeur et le mode d'émission.

Les pertes blanches comprennent tous les écoulements non sanguins qui se font par les voies génitales de la femme, quelle qu'en soit l'origine.

L'hydrorrhée peut être causée par un hydrosalpinx ou encore un fibrome utérin en dégénérescence. L'examen gynécologique et l'hystérosalpingographie élucideront le problème.

Les leucorrhées peuvent être ou physiologiques ou pathologiques.

Avant d'entreprendre l'étude des leucorrhées pathologiques, il faut bien avoir à l'idée les notions

physiologiques et cliniques des mucus cervical et vaginal; le premier possède un pH à 7.3, alors que l'autre possède un pH à 5. Ces notions ont, en effet, une grande importance quant au traitement.

Les leucorrhées peuvent être, en effet, d'origine cervicale ou vaginale. Dans les deux cas, il faut tenir compte: 1° des infections à Neisser, à trichomonas, à moniliasis vaginales, à germes purulents ordinaires; 2° des infections spécifiques; 3° des causes hormonales; 4° des causes mécaniques et de statique.

Lorsqu'une malade se plaint de pertes blanches, il convient donc de faire: 1° un interrogatoire complet touchant les caractères de cette leucorrhée; 2° un examen judicieux de l'état général; 3° un examen vaginal complet avec toucher et examen au spéculum; 4° recherche de la nature microbienne; 5° recherche du pH; enfin, 6° biopsie dans les cas douteux.

Discussion.

M. Pierre MEUNIER félicite le rapporteur pour la perfection de son exposé et particulièrement pour avoir insisté sur l'acidité normale du milieu vaginal. Cette connaissance ne devrait pas être oubliée et devient tellement vraie qu'on préconise, aujourd'hui, aux Etats-Unis, des douches au vinaigre, ou encore au moyen de gelées tampons qui stabilisent le pH vaginal

Au sujet de l'hydrorrhée, M. Meunier ajouterait à l'hydrosalpinx et au fibrome utérin une troisième cause qui n'a pas été mentionnée, c'est-à-dire la distension ou l'hypertrophie du col utérin pouvant dépasser parfois le volume du corps même.

M. JEAN GRIGNON. Comment les substances œstrogéniques peuvent-elles être absorbées par l'épithélium pavimenteux stratifié du vagin? Ne vaudrait-il pas mieux les administrer sous forme d'injection?

M. J.-P. CHOLETTE. Les Américains désapprouvent, pour les cas de vulvo-vaginite, l'emploi de substances œstrogéniques par voie vaginale. Il vaut sûrement mieux les employer en injection.

Diagnostic et séméiologie des rhumatismes

M. Jacques GENEST (de l'Hôtel-Dieu)

M. Genest a passé en revue les diverses formes de rhumatisme. Après avoir dit que le rhuma-

tisme comprend toutes les douleurs de l'appareil locomoteur, il divise ces dernières en douleurs articulaires, ou arthrites, et en douleurs extra-articulaires, ou bursites.

Ne disposant que d'un temps très court, le rapporteur s'est limité à décrire les formes les plus fréquentes d'arthrite, tels le rhumatisme articulaire aigu, l'arthrite atrophique appelée par certains rhumatoïde ou proliférative, l'arthrite hypertrophique ou dégénérative ou ostéoarthrite, la goutte, et, enfin, l'arthrite gonococcique.

Poursuivant l'étude de la deuxième variété, ou fibrosites, il dit quelques mots de la péri-arthrite, la téno-synovite, la bursite, la panniculite, la fibrosite musculaire, qui sont toutes des réactions du tissu fibreux, soit du type inflammatoire, soit par l'hypersensibilité vis-à-vis certaines toxines ou vis-à-vis certaines protéines étrangères, soit enfin par fibrome à la suite de micro-traumas longtemps répétés.

M. Genest termine son travail par quelques mots sur un chapitre corollaire aux rhumatismes et comprenant certains syndromes douloureux, tels que les douleurs lombo-sacrées, la sciatique, l'épaule douloureuse, la céphalalgie, et, enfin, le pied douloureux.

Discussion.

M. René DANDURAND félicite le rapporteur pour son magnifique travail de classification. Reprenant quelques items, il désire ajouter quelques remarques.

L'arthrite atrophique, dit-il, pourrait se diviser en trois catégories: 1° l'arthrite atrophique vraie; 2° l'arthrite atrophique colibacillaire, survenant par exemple à la suite de lavages vésicaux chez des sujets souffrant de gonorrhée. Ici, l'aspect est le même que dans l'arthrite atrophique vraie. Au début, c'est-à-dire pour une période de trois ou quatre ans, il y a raideur articulaire, sans gonflement, sans rougeur, puis, alors, apparaît l'atrophie; 3° l'arthrite atrophique métabolique. L'aspect est ici encore le même, mais il n'y a pas d'infection. Le traitement est surtout difficile.

Parlant ensuite de l'épaule douloureuse, M. Dandurand en donne les deux genres de douleurs: la bursite et la névrite de l'épaule. Quant à la céphalalgie, elle est due à une myosite de la région cervicale et à une atteinte du nerf récurrent d'Arnold.

M. F. CHAREST souligne l'importance de la céphalalgie pour le neurologue. La céphalalgie de la nuque constitue le premier signe de tumeur cervicale ou de la région occipitale.

* * *

Le président félicite les conférenciers pour leurs magnifiques travaux et il tient à dire que cette séance des internes ne l'a pas déçu.

Le secrétaire des séances,

Raymond LABRECQUE.

Séance du 21 novembre 1944

Présidence de M. Urgel Gariépy

La lecture du procès-verbal de la dernière séance est faite par le secrétaire des séances; l'adoption en est proposée par M. A.-Z. Crépault, secondé par M. Edouard Desjardins.

Correspondance.

Le secrétaire général nous fait part d'une lettre du docteur Jean Grégoire, du ministère de la Santé et du Bien-être social, qui nous transmet la demande faite par la paroisse de Saint-Hubert, comté de Témiscouata, au sujet d'un médecin qui pourrait desservir cette localité.

Alimentation de la seconde enfance

M. René BENOIT

Le rapporteur aborde le problème de l'alimentation en envisageant non pas les aliments en eux-mêmes, mais en considérant plutôt la façon de les administrer.

L'état de santé de l'enfant dépend, dit-il, en grande partie de ses habitudes et particulièrement de celles prises quant à son alimentation.

Puisque avec l'âge de deux ou trois ans commence la période plastique de laquelle doit dépendre dans une large mesure la vie future de l'enfant, il convient d'apporter dès ce moment une grande attention aux habitudes en ce qui regarde son alimentation.

La peur, la colère, la surexcitation par le jeu, les émotions vives, constituent autant de facteurs qui influencent défavorablement l'activité digestive de l'enfant.

Comme autre facteur venant compromettre une bonne alimentation, il y a l'attention exagérée de certains parents auprès de leurs enfants et qui

se traduit par de l'insistance à faire ingérer des quantités trop considérables d'aliments; le rapporteur voit là la conséquence d'une tendance actuelle et qui consiste à vouloir standardiser le poids et la taille des enfants sans tenir compte des conditions individuelles.

M. Benoit cite quelques cas qui illustrent certaines erreurs courantes commises par les parents.

En conclusion, les repas devront être pris à heures régulières et dans un temps limité, en ayant soin de créer une atmosphère de calme et de tranquillité. On se gardera d'apporter une attention exagérée si souvent responsable du négativisme et du refus d'accepter tout aliment; enfin, on s'efforcera de donner l'exemple, et ainsi l'heure des repas deviendra une affaire de routine et non un moment de désespoir pour les parents.

Dermites d'origine végétale

M. C.-H. TRUDEAU

Plusieurs plantes ont la réputation de causer des dermatoses. Elles sont insuffisamment connues et mal déterminées. L'une d'elles a été étudiée avec soin; on l'appelle herbe à la puce; on donne aussi ce nom à la maladie qu'elle occasionne. Cette plante est le Sumac vénéneux ou *Rhus Toxicodendron*, Poison Ivy en anglais.

Toutes les parties de la plante ont été étudiées avec le plus grand soin. Les recherches ont abouti à la conclusion que l'unique véhicule de la maladie est une oléo-résine contenue dans la sève. Cette plante est essentiellement nord-américaine et se divise en deux catégories, suivant son habitat: le *Rhus Diversiloba* se rencontre sur la côte du Pacifique, depuis la Californie jusqu'à la Colombie canadienne; son principe toxique se nomme Lobinol. Le *Rhus Toxicodendron* se rencontre au nord-est des États-Unis et au sud-est du Canada; son principe toxique est le Toxicodendrol. Celle-ci est la variété qui nous intéresse le plus. Au point de vue pratique, il semble y avoir peu de différence entre les deux variétés. La sève résineuse peut se dessécher sur les objets qu'elle touche et conserver, durant longtemps, ses propriétés toxiques. Des cas de contamination ont été rapportés après un an d'un tel contact avec des chaussures, des gants, des outils, du bois de chauffage et autres objets.

Les recherches n'ont jamais révélé la présence

du poison dans les urines, le sang ou les vésicules de sérosité. Des tentatives d'inoculation de la maladie avec le liquide prélevé dans les phlyctènes d'une personne atteinte de l'affection n'ont jamais réussi à la transmettre. La nature de la maladie serait une irritation locale causée par un principe vésicant.

Les symptômes dominants sont un prurit intense accompagné d'érythème et de phlyctène au siège d'inoculation. Les lésions au début ont l'apparence d'une brûlure produite par un jet de vapeur. Elles s'infectent facilement à la suite du grattage.

Le diagnostic est dominé par le caractère saisonnier, période de végétation, et la localisation aux parties découvertes de la peau.

Le traitement est de deux ordres: local et général. Le traitement local est symptomatique et vise à faire disparaître les malaises au moyen de topiques; il s'apparente à celui des brûlures. Le traitement général procède du principe vaccinal et est constitué par des solutions de la toxine à faible pourcentage qui s'administrent par voie sous-cutanée ou intramusculaire.

Discussion.

M. G. COUSINEAU. La solution injectable ne doit-elle pas se donner par voie intramusculaire plutôt que par voie sous-cutanée?

M. C.-H. TRUDEAU. Les deux voies sont mentionnées; la voie intramusculaire est préférable.

M. R. LABRECQUE. Avez-vous déjà essayé la teinture de *Rhus* par voie buccale?

M. C.-H. TRUDEAU. Je n'ai aucune expérience avec ce mode de traitement. Il mérite d'être essayé.

Données récentes sur le traitement des scolioses graves

M. J.-C. FAVREAU

De toutes les affections rachidiennes, la scoliose est celle dont le traitement reste le plus délicat et le plus discret.

Le problème se pose sous des angles variés. Il faut en effet tenir compte, non seulement de la variété de la scoliose et de son degré, de l'âge du sujet, de l'état général qui accompagne cette déformation, mais aussi des conditions sociales du scoliotique.

Lorsqu'une scoliose vraie est constituée avec sa gibbosité et son déséquilibre, toute la thérapeutique mise en œuvre vise à réduire la déformation et à maintenir cette réduction.

Le rapporteur fait alors l'histoire de la thérapeutique à partir d'Ambroise Paré, en 1575, qui employa le corset de fer, remontant jusqu'en 1900 où avec Hoffa et Kirrison furent établis les principes élémentaires du traitement rationnel, à savoir: la mobilisation, le redressement et la stabilisation. Aujourd'hui, le chirurgien qui entreprend le traitement d'une scoliose vraie a le choix entre les méthodes classiques suivantes:

- 1° Suspension et traction;
- 2° Méthode de compensation de Lovett;
- 3° Bascule du bassin;
- 4° Bascule des épaules;
- 5° La méthode de rotation des épaules et du bassin;
- 6° La méthode d'Abbott et de Galazzi;
- 7° Enfin l'hypercorrection rachidienne progressive par le corset à charnière associée à l'ostéosynthèse vertébrale. Cette méthode récente serait des plus séduisantes en raison des résultats qu'elle a donnés non seulement quant à la correction, mais pour le maintien.

Le corset à charnière n'est pas, en lui-même, une idée nouvelle, mais les successeurs de Hibbs y ont apporté une modification qui le rend particulièrement efficace. Ainsi, en prolongeant le corset par le bas et par le haut, c'est-à-dire en prenant la cuisse et la tête, on a réussi à supprimer les courbures secondaires de correction; le tronc se trouve partagé en deux sections qui se déplacent en masse sous la poussée de la vis.

Séduit par les résultats de cette méthode, le rapporteur dit l'avoir pratiquée pour une trentaine de cas avec des résultats encourageants, meilleurs du moins que ceux qui ont été obtenus par les autres moyens.

Pour illustrer la méthode, M. Favreau nous présente une malade sous traitement dans son corset à charnière et nous fait voir une série de clichés qui démontrent les résultats obtenus chez quelques-uns de ses malades.

Les affections des voies respiratoires inférieures et des voies digestives supérieures envisagées du point de vue endoscopique

M. Maurice BONNIER

Le rapporteur brosse un tableau rapide des

principales affections rencontrées par l'endoscopiste, à savoir: les affections du larynx, de la trachée, des bronches et de l'œsophage.

Il décrit les principaux symptômes qui peuvent aider le praticien dans le diagnostic des lésions et l'inciter à diriger ses malades chez l'endoscopiste.

Pour ce qui est des voies respiratoires, les symptômes se ramènent à quelques unités comme le tirage, le stridor laryngé, la dyspnée et la cyanose dont l'intensité peut varier suivant la nature et le degré d'obstruction.

Il pourra y avoir bronchite simple inflammatoire ou tous les intermédiaires jusqu'à la suppuration de la bronchectasie abcédée. Ce pourra être une tumeur bronchique bénigne, tumeur mixte ou tumeur maligne.

Du point de vue physique, on rencontre tous les signes à partir de l'emphysème d'obstruction jusqu'à l'atélectasie par obstruction complète.

Pour ce qui est des voies digestives, le rapporteur touche aux différentes affections de l'œsophage qui se manifestent par la dysphagie, l'œdinophagie, les régurgitations et les vomissements.

Les lésions importantes qui peuvent être rencontrées sont les sténoses fonctionnelles ou organiques, les corps étrangers et les ulcérations.

En conclusion, chaque fois qu'un malade présente une toux inexplicable, une expectoration chronique, un syndrome d'obstruction entraînant de la dyspnée, de la cyanose, du tirage ou une difficulté d'avaler, il est du devoir du clinicien de compléter ses investigations par un examen radiologique complet, suivi d'une expectoration endoscopique des cavités creuses mentionnées.

Discussion.

M. Paul LETONDAL. Je ne partage pas l'opinion du rapporteur sur la définition qu'il a donnée des régurgitations et je n'admets pas le rôle de l'œsophage dans la régurgitation. A mon avis, les régurgitations surviennent par suite des contractions de l'estomac alors que le vomissement résulte des contractions simultanées de l'estomac et des muscles abdominaux.

M. BONNIER. Il s'agit ici d'une simple question de terminologie. Pour moi, le terme régurgitation vient de « regurgitare », qui veut dire remettre par la bouche; la différence entre une régurgitation et un vomissement provient de ce

que, dans le premier cas, la substance alimentaire remise n'est pas modifiée, alors qu'elle l'est dans le second cas.

M. V. LATRAVERSE. Je félicite le rapporteur pour son magnifique exposé. Il nous a parlé de maladies laryngées chez l'enfant. Or, je désire attirer l'attention sur l'importance de la trachéotomie chez l'enfant. (Ici, M. Latraverse rapporte un cas où il a pratiqué la trachéotomie chez un enfant de trois jours.)

M. BONNIER. Le peu de temps mis à ma disposition pour présenter le travail ne m'a pas permis d'entrer dans ces détails.

Affaires nouvelles.

Le président annonce que la séance du 19 décembre sera consacrée à l'étude du certificat pré-nuptial. Il nous fait ensuite part que l'exécutif a étudié le plan d'assurance-groupe et a recommandé la formation d'un comité qui doit faire rapport dans une séance ultérieure. Les noms suggérés pour faire partie de ce comité sont: MM. les docteurs G.-H. Prud'homme, Raymond Simard et Roland Gareau.

Un vote de remerciements aux autorités de l'hôpital Sainte-Justine pour leur hospitalité est proposé par M. Roger Dufresne, secondé par M. Edouard Desjardins.

Le secrétaire des séances,

Raymond LABRECQUE.

**SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX
UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC**

**Séance du 3 novembre 1944
à l'hôpital du Saint-Sacrement**

**Syndrome pathologique des veines
du fond d'œil**

MM. Henri PICHETTE et Lucien LEFEBVRE

L'importance sémiologique de la circulation du fond d'œil ne se discute plus. Les progrès réalisés à date sont dus aux recherches de Bailliart, qui s'est appliqué, depuis plus de vingt-cinq ans, à mesurer la pression artérielle rétinienne.

De notre côté, nous avons étudié les modifications de la circulation veineuse de la rétine. Comme il n'y a pas d'appareil assez sensible pour mesurer la pression de la veine centrale, nous

avons recherché, chez tous nos patients, la pression veineuse à la veine du pli du coude, en utilisant la technique simple de Villaret et Descomps.

Nous avons obtenu souvent des chiffres très élevés allant jusqu'à 30 ou 40 centimètres cubes d'eau, alors que la pression normale est de 12 ou 13 centimètres, et dans de nombreux cas, nous avons trouvé une discordance très évidente entre la pression artérielle et la pression veineuse.

Les modifications de la pression artério-veineuse sont en fonction des échanges cellulaires et dépendent en grande partie de la circulation de liquides de l'organisme (milieu interne): sang rouge et sang blanc; système lymphatique et système lacunaire.

La pression artérielle ou veineuse n'est que l'expression du métabolisme cellulaire. Si la contraction du cœur gauche et l'inspiration thoracique sont des facteurs importants dans le maintien de la pression artérielle et de la pression veineuse, il y a d'autres facteurs également importants, entre autres la résistance des capillaires et des veinules, laquelle résistance sera conditionnée, en grande partie, par l'état de viscosité, par la pression osmotique et par la concentration plus ou moins grande du fibrinogène et des autres substances organiques contenues dans les éléments figurés et le plasma.

Péricardites aiguës

MM. Rencud LEMIEUX et Honoré NADEAU

Les docteurs Renaud Lemieux et Honoré Nadeau présentent deux cas de péricardite aiguë avec épanchement. Dans le premier cas, la péricardite résiste au traitement sulfamidé intensif; elle cède très rapidement au traitement salicylé. Ce malade est porteur d'une épiphyse chronique de nature tuberculeuse probable; l'examen radiologique des poumons laisse voir une image granuleuse uniforme des deux plages pulmonaires, la recherche en série des B.K. dans les crachats et le liquide gastrique reste toujours négative. L'épreuve du traitement salicylé fait croire à une étiologie rhumatismale de la péricardite.

Dans le deuxième cas, la péricardite résiste au traitement par les sulfamidés et le salicylate de soude; elle guérit rapidement par le traitement à la pénicilline. Il semble s'agir d'une péricardite à cocci à cause de sa résolution rapide sous l'influence de la pénicilline.

Ces deux malades sont actuellement en bonne voie de guérison.

Etude clinique des pancréatites aiguës

M. Wilfrid M. CARON

Vingt cas de pancréatites aiguës survenues au cours des dix-huit dernières années sont présentés. Parmi ces cas, il y eut quinze pancréatites œdémateuses, quatre pancréatites aiguës hémorragiques et un cas d'abcès du pancréas.

Une étude est faite des symptômes et des examens de laboratoire.

La diastase sanguine est à l'heure actuelle l'épreuve de laboratoire la plus utile pour nous aider à faire un diagnostic précis. Cette épreuve fut faite dans tous les cas présentés et, à plusieurs reprises, ce fut le plus grand élément de diagnostic. Il fut évident, par des diastases faites en série, que celle-ci est transitoire et n'est élevée qu'au cours des phénomènes aigus; elle baisse très vite lorsque les signes aigus recèdent.

Les antécédents d'origine biliaire comme facteurs étiologiques ont été mis en évidence dans un très grand pourcentage de notre série.

Enfin, des statistiques nous montrent que le traitement médical combiné à la chirurgie complémentaire est la voie qui a donné les meilleurs résultats.

Séance du 17 novembre 1944

à l'hôpital Laval

Inversion des organes abdominaux

M. Mathieu SAMSON

R. G., âgé de onze ans, entre à l'hôpital Laval pour une tuberculose ganglio-pulmonaire. Une radiographie prise à l'entrée nous permet de constater la présence de collections gazeuses sous l'hémi-diaphragme droit.

Un transit gastro-intestinal permet de constater que l'estomac est à droite, le foie dans l'hypochondre gauche. Le cæcum est à gauche, l'angle splénique est à droite. Il s'agit d'une inversion isolée des viscères abdominaux sans inversion des organes thoraciques.

Hernie diaphragmatique droite

MM. Louis ROUSSEAU et Maurice GIROUX

Observation d'une jeune fille de vingt-deux ans présentant une tuberculose pulmonaire et intesti-

nale. L'examen radiographique pulmonaire met en évidence une image hydro-aérique s'imprimant sur l'ombre diaphragmatique. Durant la vie de cette malade, aucun signe clinique n'a pu expliquer cette anomalie radiologique.

Un examen *post-mortem* a permis de constater qu'il s'agissait d'une hernie diaphragmatique droite, l'angle hépatique du gros intestin se trouvant dans la cage thoracique. Il s'agit d'un arrêt de développement congénital.

Cette hernie diaphragmatique a été bien tolérée et n'a nullement contribué à entraîner la mort chez cette malade.

Traitement de la tuberculose expérimentale du cobaye par la diasone. — 1° Primo-infection; 2° Réinfection.

M. Maurice GIROUX

L'expérience rapportée consiste dans le traitement par la diasone, dérivé formaldéhyde sulfoxylate disodique de la diaminodiphénylesulfone, de cobayes divisés en deux groupes: dans le premier, on a effectué une tuberculose de primo-infection, tandis que, dans le deuxième groupe, on a réalisé une tuberculose pulmonaire de réinfection exogène.

Conclusion.

1° La diasone a une action inhibitrice marquée sur les formes aiguës, exsudatives, de la primo-infection du cobaye.

2° Cette action est beaucoup moins marquée sur les formes caséuses de la tuberculose pulmonaire de réinfection.

3° La toxicité de ce produit chimique est pratiquement nulle sur l'organisme de l'animal.

La diasone dans la tuberculose pulmonaire

MM. R. DESMEULES, L. ROUSSEAU, M. GIROUX et P. RICHARD, de l'hôpital Laval

Les auteurs soulignent qu'il est permis de penser que certains sulfamidés pourraient influencer favorablement les phénomènes exsudatifs si fréquents pendant l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Trente malades furent choisis pour essai thérapeutique. 87% des patients avaient des foyers exsudatifs. 80% présentaient des signes cavitaires.

Les auteurs n'ont pas employé de témoins pendant l'essai de la diasone: il y a trop de facteurs

qui interviennent pour individualiser chaque cas de tuberculose.

Les symptômes toxiques cliniques furent fréquents mais atténués pendant le traitement. Il n'en fut pas de même des troubles sanguins, qui se sont montrés assez intenses. 96% des malades eurent une baisse assez marquée des globules rouges et de l'hémoglobine.

L'étude des résultats s'appuie sur les radiographies et sur la bacilloscopie. 73% des radiographies indiquent des images stationnaires ou plus étendues après l'emploi de la diasone qu'avant le début de la thérapeutique expérimentale.

Tous les malades sont demeurés bacillaires après le traitement.

La diasone s'est montrée inefficace chez 30 tuberculeux pulmonaires choisis et observés avec une rigueur telle qu'il semble assez difficile de renverser le jugement porté.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

Séance du 29 novembre 1944

Présidence de M. Antonio Bellerose

Endométriose

M. Léon GÉRIN-LAJOIE

(L'article a paru dans le numéro de janvier de *L'Union Médicale du Canada*, p. 13.)

Après avoir rappelé très brièvement ce que comportait la première partie de sa communication, faite en avril dernier, le docteur Gérin-Lajoie aborde la question de l'endométriose extra-utérine ou ectopique. Il signale les localisations de cette variété d'endométriose, localisations variées et nombreuses, mais toutes sises dans le petit bassin. La majorité de ces localisations se font par la chute à travers la trompe de cellules endométriotiques, et l'enfouissement alors ne connaît plus de bornes. Il cherche à en expliquer la pathogénie et rappelle les théories émises par Goodall sur ce sujet. La symptomatologie est aussi variée que les localisations, mais l'auteur signale toutefois certains signes qui relèvent de toutes les affections endométriales ectopiques, en particulier pour ce qui a trait aux adhérences qui sont extrêmement intimes avec les organes avoisinants et qui rappellent celles du cancer et de la tuberculose. Le traitement est enfin abordé et, s'inspi-

rant de Goodall, il parle d'abord du traitement préventif et ensuite du traitement curatif, qui doit viser plus à redonner aux organes leurs fonctions qu'à produire des mutilations.

En terminant, le docteur Gérin-Lajoie présente trois cas types qu'il a pris dans sa collection de l'hôpital Notre-Dame pour illustrer ses deux causeries. Il rapporte l'histoire clinique, le diagnostic posé, les surprises opératoires et les rapports histo-pathologiques qui ont finalement étiqueté les affections comme étant des endométrioses.

Traitement des fractures des os longs par fixation métallique intramédullaire

M. Antonio SAMSON

L'auteur a employé la méthode de Murray pour la fixation des fractures de clavicule par broche de Kirschner dans douze cas. Dans onze cas, il a fait une réduction ouverte, ce qui facilite énormément l'opération.

Présentation de deux cas de fractures de l'humérus au 1/3 supérieur et au 1/3 moyen réduites et maintenues par un clou de Steinman.

Quatre cas de fractures des deux os de l'avant-bras ont été fixés par une broche de Kirschner intramédullaire avec un excellent résultat.

Deux fractures du calcaneum ont été réduites et maintenues à l'aide de deux clous de Steinman passés à travers la peau.

Cette méthode de traitement est facile et sans aucun danger si toutes les conditions d'asepsie sont observées.

Séance du 14 décembre 1944

Présidence de M. A. Bellerose

Avant la réunion, le docteur A. Bellerose recevait à dîner au Cercle Universitaire de Montréal, en l'honneur du docteur Frank H. LAHEY, de Boston, le conférencier invité.

Le docteur Lahey a parlé sur « *Le traitement des lésions de l'estomac et du duodénum* ». Il a donné les indications opératoires de ces lésions, a montré une série de transparents, faisant voir les différentes techniques opératoires de gastrectomie sub-totale et totale, de même que des tableaux comparatifs pour illustrer ses résultats.

Le secrétaire annuel,

J.-Ernest CABANA.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 19 octobre 1944

Présidence de M. J. A. Magnan

Rupture utérine

M. Hervé GIBEAULT

Madame R. H., âgée de 29 ans, admise à l'hôpital le 15 août 1944 à 2 heures p. m.

Antécédents.

Deux grossesses à terme; ses accouchements et suites de couches se déroulèrent normalement.

D'après le médecin de famille, à la suite d'une pneumonie, deux semaines auparavant, et accusant de fortes douleurs abdominales, elle fut accouchée prématurément le 13 août à domicile. Voyant que le travail progressait plutôt lentement avec des douleurs irrégulières, on lui injecta 1 c.c. d'extrait hypophysaire. Au bout d'une heure, alors que la dilatation restait stationnaire, on accoucha la femme par une version. Le tout parut se faire très bien, quoique le médecin eût été obligé d'arracher un bras.

A son entrée à l'hôpital, la patiente est en très mauvaise condition: pouls imperceptible, température 104°, vomissements fréquents et abondants, hémorragie externe venant du vagin, abdomen douloureux et ballonné. Constipée depuis son accouchement.

Après examen clinique, nous demandons d'urgence une cytologie, une analyse d'urine, ainsi qu'une radiographie abdominale, soupçonnant dès lors une rupture utérine.

Urine: traces d'albumine — absence de pus.

Culture: colibacille positif.

Sang: globules rouges	3,950,000
globules blancs	36,000
hémoglobine	67%
valeur g'obulaire	0.8
poly. neutrophiles	89%
grands mononucléaires	2%
lymphocytes	9%

Une radiographie, prise au lit, nous donne les résultats que voici:

Poumons: les deux champs pulmonaires sont courts et la trame pulmonaire est quelque peu épaissie et floue.

Il y a beaucoup d'air dans l'estomac.

Abdomen: il y a une grande quantité de gaz dans les côlons ainsi que dans l'estomac.

On ne voit pas d'ombre particulièrement dense dans la région de l'utérus.

(D. Léonard, M.D.)

En présence de tous ces symptômes et de l'état critique de la malade, une laparotomie s'imposait. Voici le protocole de l'opération:

« A l'ouverture du péritoine, présence de sang dans la cavité abdominale. Décollement du péritoine vésico-utérin du côté gauche, ouverture de celui-ci. Localisation de la lésion (déchirure) au niveau du segment inférieur de l'utérus. Suture au catgut du segment inférieur. Communication avec le vagin. Le péritoine postérieur du sigmoïde est déchiré et communique avec la cavité ci-haut décrite: quelques points sur le péritoine. Utérus gros et dur. Fermeture des différents plans. Drainage par la paroi et par le vagin. »

La patiente est décédée le 16 août à 7 h. a. m.

Commentaires.

La gravité de cette complication explique tout l'intérêt que nous devons avoir à porter un diagnostic précoce et précis.

Le plus souvent, la rupture utérine se présente sous le masque de l'infection. A la suite d'une manœuvre intra-utérine inavouée ou mal expliquée, une femme fait de la température, souffre du ventre, a des pertes sanguinolentes, des vomissements.

Ne jamais oublier que, si les injections de quinine, d'ergot, de seigle et d'hypophyse ont des indications formelles et heureuses, elles ont aussi des contre-indications absolues dont l'inobservation peut être cause de ruptures utérines.

La gravité de l'évolution spontanée des ruptures utérines fait de l'abstention la pire des méthodes thérapeutiques et de l'intervention immédiate systématique la meilleure règle de conduite.

En concluant, tout médecin devrait, de toute nécessité, une fois l'accouchement fini, lorsqu'il s'agit d'une version, faire une révision de la cavité utérine et intervenir, dans le plus court délai possible, si rupture il y a.

Discussion.

M. Hervé GIBEAULT se demande si en cas de rupture utérine il vaut mieux faire une hystérectomie ou une suture.

M. Albert BERTRAND demande s'il y a eu

transfusion; la patiente n'était pas très anémiée, mais il devait y avoir eu état de choc.

M. Hervé GIBEAULT répond que la patiente est morte trop tôt pour qu'on ait eu le temps de la transfuser.

M. Léon GERIN-LAJOIE, commentant sur les indications de l'ergot, dit que dans le cas présent, ce n'est pas l'ergot qui a causé la rupture, mais les manœuvres brutales de version avec arrachement du bras; il dit que la revision de la cavité utérine, après les versions, devrait être une méthode de routine pour rechercher les débris placentaires ou la possibilité d'une rupture utérine. Il croit, de plus, que dans ce cas-ci on aurait dû faire une hystérectomie avec drainage à la Mikulicz, car si la patiente avait survécu elle aurait probablement fait une infection; il ajoute que l'anesthésique indiqué, dans ces cas, c'est le mélange d'éther et d'oxygène. Le choix de cet anesthésique est très important surtout dans les états de choc; il ne croit pas qu'il faille généraliser l'indication d'hystérectomie, mais il insiste sur le fait que les médecins qui pratiquent une intervention intra-utérine ne devraient pas avoir honte d'une rupture utérine, mais devraient immédiatement pratiquer une colpotomie avec drainage du Douglas, ce qui pourrait sauver les malades et en même temps leur conserver l'utérus en certains cas.

M. Louis-Charles SIMARD rappelle un cas de rupture utérine post-partum par hystérectomie et annexectomie qu'il a vu, il y a longtemps, à la suite de traction sur ce qu'on avait cru être un morceau de placenta et qui était en fait un utérus inversé.

A propos d'un cas d'occlusion intestinale

M. Laurent BERGERON

Mme Jean M., Lithuanienne âgée de 55 ans, entre à l'hôpital le 19 mars au soir, dans le service de médecine.

Une note de son médecin dit que, depuis deux jours, la patiente souffre de douleurs abdominales intenses, qu'elle a des nausées et vomissements et que son intestin n'a pas fonctionné. Le lendemain matin, une requête est faite en chirurgie et nous voyons la malade aussitôt. Comme elle ne parle ni français ni anglais, il nous faut nous satisfaire des détails que son médecin nous a donnés.

Nous sommes en présence d'une malade amai-

grie, au teint jaunâtre et au facies angoissé. Le ventre est ballonné et l'on remarque une voussure au niveau de la région inguinale gauche. L'examen de la malade est assez difficile, car l'abdomen est très douloureux. Il ne semble pas y avoir de doute cependant sur le diagnostic et nous annonçons l'opération pour occlusion intestinale par hernie inguinale étranglée.

En montant à la salle d'opération, la malade a un vomissement fécaloïde.

Rachianesthésie. Incision sur la tumeur, ouverture du sac herniaire et section du collet. L'anse intestinale étranglée de quatre pouces de longueur est noirâtre et se recoloré très peu à la chaleur; de plus, nous extériorisons quelques centimètres d'intestin et constatons des strictures d'origines anciennes qui ont été causées, sans doute, par des pincements antérieurs. Nous sommes à la phase la plus délicate de l'opération, soit la décision à prendre dans ce cas. Il est décidément dangereux de réduire une anse intestinale dans un tel état. D'autre part, la résection intestinale est presque contre-indiquée à cause du mauvais état général de la malade. Il nous reste une troisième chose à faire, soit laisser l'anse intestinale extériorisée, et attendre les événements. C'est pour cette troisième alternative que nous optons.

Le soir, la malade est moins ballonnée. Elle n'a pas vomi. Son estomac a été évacué à l'aide du tube de Levine et son état général est satisfaisant. Le lendemain midi, soit 24 heures après l'opération, l'anse intestinale extériorisée est examinée attentivement: la coloration est beaucoup meilleure, il n'y a plus de danger de sphacèle et la malade est réopérée tout de suite: réduction de l'anse intestinale et fermeture de la paroi.

Les suites postopératoires sont sans incidents. Nous donnons à cette malade de la Pitressin, afin de stimuler son intestin, et un lavement quotidien. L'alimentation est reprise graduellement.

La malade se lève au bout du quatorzième jour. Elle serait prête à quitter l'hôpital le dix-septième jour, mais nous préférons la garder quelques jours de plus, à cause d'une plaie au siège qu'elle a développée et qui tarde à guérir.

Nous avons cru intéressant de présenter cette observation:

1° A cause de la ligne de conduite spéciale que nous avons suivie dans ce cas et que nous croyons avoir été la meilleure, soit l'extériorisation de l'anse douteuse.

2° Pour montrer la très grande tolérance de l'intestin, qui, après avoir été extériorisé pendant vingt-quatre heures, ne sembla pas en souffrir autre mesure.

3° Afin d'insister sur la grande importance de faire voir immédiatement ces malades à la chirurgie: en effet, une prompte intervention peut sauver à ces malades une résection intestinale qui est toujours grave, à cause du mauvais état général.

Pas de discussion.

Au sujet de quarante-quatre cas de cancer du sein (Au C.A.C., 1942)

M. François ARCHAMBAULT
(Centre anti-cancéreux)

Cette communication préliminaire est possible grâce à la bienveillance du directeur du centre anti-cancéreux de l'hôpital, le docteur L.-C. Sinaud, et à la collaboration de Mlles Fontaine et Leduc, infirmières du service. C'est à titre de chirurgien consultant de ce centre, comme délégué du docteur J.-Urgel Gariépy, chef du service de chirurgie, que je la présente.

En 1942, nous avons reçu au C.A.C. quarante-quatre cas de cancer du sein, tous féminins, dont trente-six femmes mariées et huit célibataires. Sur ces quarante-quatre malades, une seule n'a pas été opérée, à cause de l'étendue des lésions, huit l'ont été avant 1942 et sont revenues pour récidive.

Ces quarante-trois malades ont été opérées par quatorze chirurgiens différents dont onze de la Maison et trois de l'extérieur. Tous les chirurgiens, sauf un qui conserve les pectoraux, ont fait une mamectomie totale avec évènement ganglionnaire de l'aisselle et ablation des pectoraux. Deux cas seulement n'ont pas eu de confirmation histologique.

Au moment de cette communication, seize malades seulement survivent dont trois avec des métastases reconnues. Donc, vingt-huit décès (63%); deux morts opératoires (4.6%).

TABLEAU N° I

Age des malades	Nombre	Décès	Mortalités opératoires
20 à 29 ans	2	1	
30 à 39 ans	7	6	
40 à 49 ans	13	7	
50 à 59 ans	11	8	dont 1

60 à 69 ans	7	4	dont 1
70 à 79 ans	3	2	
80 à 89 ans	1		
	—	—	—
	44	28	2

TABLEAU N° II

Le cancer du sein atteint indifféremment le droit ou le gauche:

44 cas	27 décès	—	{	14 à gauche
				13 à droite
16 survies	—	{	9 à gauche	
			7 à droite	
1 cas bilatéral.				

TABLEAU N° III

Classification

Clinique (Steinthal)	Nom- bre	Dé- cès	Histologique	Nom- bre	Dé- cès	Survies (2 ans)
	6	2		7	2 (1 opér.)	71%
" 2 c.	7	4	" 2 p.	7	5	29%
" 3 c.	31	22	" 3 p.	30	21	30%
	—	—		—	—	
	44	28		44	28	

D'après ce tableau, vous voyez que le taux de mortalité de 63%, qui comprend tous les décès, est abaissé à 29% dans les cas favorables, i.e.: stade 1 p.

Ces statistiques se comparent avec la moyenne des statistiques des grandes cliniques étrangères.

L'étude des dossiers révèle que la plupart des cas stade 1 p. ont consulté précocement, c'est-à-dire de deux à cinq mois après le début apparent des lésions. Par contre, pour les autres cas, la première consultation n'a eu lieu que plusieurs mois après le début apparent des lésions, soit de six à trente-six mois.

Discussion.

M. Léopold MORISSETTE demande s'il y a eu un « grading » dans la malignité des cancers.

M. Roma AMYOT dit avoir vu des cas de tumeur du sein amenés en neurologie à cause des douleurs résultant de l'envahissement néoplasique; il rapporte un cas où le fémur et le tibia montraient des métastases et conclut qu'il faut radiographier, plus souvent qu'on ne le fait habituellement, les régions qui sont le siège des dou-

leurs; il montre une radiographie du bassin et du fémur présentant un aspect lacunaire diffus.

M. Léon GERIN-LAJOIE demande qu'on ne se scandalise pas de la pauvreté des statistiques présentées; il fait remarquer que les cas ne sont pas triés et que sur le nombre en question il n'y en avait que 14 aux stades I et II. Il espère que des diagnostics plus précoces amélioreront les résultats et les statistiques.

M. René ROLLAND demande le résultat statistique du chirurgien qui conserve les pectoraux.

M. Jules BRAULT voudrait savoir si les résultats présentés portent sur des cas qui ont eu un traitement radiothérapique adjuvant.

M. Roger DUFRESNE insiste sur l'importance du service social dans le « follow up » de ces cas.

M. Louis-Charles SIMARD dit que le « grading » est insuffisant et peut être trompeur, surtout en matière de cancer du sein: certains cas peuvent être relativement bénins et engager les critères histo-pathologiques préconisés par « Broders » et se révéler très malins cliniquement. Il dit que l'âge est très important et que les cancers squirreux sont parfois les plus malins.

M. J. Paul Maurice RICARD s'informe si les pièces anatomiques sont toujours portées au laboratoire.

M. Louis-Charles SIMARD répond par l'affirmative.

M. J. Adrien LAMBERT demande si l'on a tenté la castration radiothérapique chez ces malades.

M. François ARCHAMBAULT dit que le chirurgien qui n'enlève pas les pectoraux a eu trois décès sur trois malades; ces malades étaient au stade II. Il ajoute qu'ils ont tous eu de la radiothérapie postopératoire, mais pas de radiothérapie préopératoire parce que les chirurgiens en ont ainsi décidé. Il dit qu'il n'a pas d'expérience sur la castration radiologique.

Un cas d'endomérite tuberculeuse

M. Jacques GAUTHIER

Madame X., 27 ans, est envoyée à l'hôpital par son médecin, pour infection puerpérale post-partum.

Maladie actuelle: la patiente accuse des douleurs à la région sous-ombilicale, depuis le 15 mai, le lendemain d'un accouchement à terme, c'est-à-dire depuis quinze jours; elle se plaint aussi de

frissons, douleur aux régions lombaires et de pertes vaginales séro-sanguinolentes malodorantes: le tout accompagné d'une température constante, qui est de 101.4° à son arrivée.

Appareils:

nerveux: émotivité;
respiratoire: actuellement aucun trouble;
circulatoire: dyspnée et palpitations;
digestif: éructations postprandiales;
urinaire: dysurie.

Antécédents:

personnels: 1) appendicectomie et annexectomie droite, il y a 5 ans; 2) cortico-pleurite, il y a 4 ans (hospitalisation au Sacré-Cœur);

héréditaires: rien à noter.

Questionnaire gynécologique:

Menstruations: âge à la puberté: 14 ans; âge au mariage: 26 ans; jusqu'au mariage: régulières, non douloureuses, durée: 3 jours; depuis le mariage: régulières, non douloureuses, durée: 3 jrs. Date de la dernière menstruation: août 1943.

Grossesse: 1; date du dernier accouchement: 14 mai 1944.

Examen général:

Apparence: facies pâle, fatigué et anxieux.

Tête: yeux: réflexes normaux;
nez: perméabilité bilatérale;
oreilles: rien à noter;
bouche: langue saburrale.

Cou: aucune adénopathie;
glande thyroïde: normale au palper.

Rachis: aucune déformation.

Thorax: cœur: tachycardie;
dédoublement du 1er bruit à la pointe;
T.A. 110/85.

Abdomen: cicatrice à la fosse iliaque droite; douleur à la palpation de la région sous-ombilicale, sans défense musculaire.

Membres: rien à noter.

Examen gynécologique:

Vulve: écoulement séro-sanguinolent; suppuration au niveau de la cicatrice d'épisiotomie.

Vagin: lisse.

Col: légèrement entr'ouvert, hyperémié, ulcérations.

Corps: augmenté de volume, ramolli;
antéversion mobile et douloureuse.
Culs-de-sac: souples, mais douloureux.

Examen de laboratoire:

Urines: Aspect trouble — dépôt — légères traces d'albumine — présence de sucre — quelques bactéries.

Urée: 0 gr 43.

Glucose: 0 gr. 98.

Cytologie du sang:

globules rouges	3,800,000
globules blancs	9,250
hémoglobine	72%
valeur globulaire	0.9
polynucléaires neutro.	78%
grands mononucléaires	2%
lymphocytes	19%
polynucléaires éosino.	1%

Radiographie pulmonaire (5 juin 1944):

Infiltration diffuse caractérisée par une trame de dessin assez net mais flou par endroits, couvrant le sommet gauche et tout le poumon droit. Le hile droit paraît large et empâté. (Dr L. P. Béliisle.)

A la suite de ces examens, nous instituons un traitement local par des douches quotidiennes intra-utérines, des pansements sur la plaie d'épisiotomie; un traitement général par transfusions répétées et sulfamidothérapie.

Après une amélioration passagère quant à la température et aux lochies, ces deux symptômes se manifestèrent de nouveau comme à l'arrivée de la patiente. Après un nouvel examen gynécologique qui nous révèle un col utérin ouvert et un corps utérin encore augmenté de volume, nous décidons de faire un curettage utérin.

Avant cette intervention, la patiente est examinée au point de vue pulmonaire, et en voici le rapport: « L'état pulmonaire n'explique pas la température; l'examen clinique est négatif et la radiographie n'est pas très démonstrative. Malade à revoir dans quelque temps après un contrôle radiologique. » (Dr Jules Prévost.)

Au curettage, pratiqué sous anesthésie générale, nous retirons des débris nombreux d'aspect de grumeaux dont voici le rapport anatomo-pathologique: « Débris de muqueuse utérine en réaction inflammatoire aiguë, renfermant d'innombrables follicules avec cellules géantes caracté-

ristiques. Endométrite aiguë avec tuberculose endométriale. » (Dr L. C. Simard.)

A la suite du curettage utérin, la température se fixe à 99° F. et les lochies deviennent normales quant à la quantité et à l'odeur; la patiente quitte l'hôpital après dix jours.

Commentaires.

Après la salpingite tuberculeuse, c'est l'endométrite tuberculeuse qui occupe le premier rang dans la fréquence des lésions de tuberculose génitale; elle existe dans environ 40% des cas de tuberculose génitale.

L'endométrite tuberculeuse est ordinairement secondaire à une salpingite tuberculeuse, sauf dans quelques cas exceptionnels où elle serait le foyer d'infection génitale primaire et, dans ces cas, il y aurait un foyer pulmonaire et la propagation aurait lieu par voie sanguine.

La tuberculose du corps utérin revêt trois formes différentes: la forme miliaire, la forme interstitielle, formant tumeur caséifiée ou non, et la forme ulcéreuse.

Les symptômes de la tuberculose utérine sont très peu caractéristiques; dans le cas mentionné ici, ils concordent avec ceux d'une infection puerpérale. Le grand symptôme est une leucorrhée profuse et rebelle à tous les traitements; le cycle menstruel demeure ordinairement régulier, quoique plusieurs auteurs aient rencontré des histoires d'oligoménorrhée ou de ménorragie chez de telles patientes.

Quant au traitement, lorsque l'état général le permet, c'est l'hystérectomie totale; mais il faut prendre en considération les lésions associées et l'âge de la patiente. Dans les cas où l'intervention chirurgicale est contre-indiquée, soit à cause de l'extension des lésions ou de l'état général de la patiente, le traitement devient celui de la tuberculose en général: repos, diète, rayons ultra-violets ou radiothérapie locale.

Discussion.

M. Léon GERIN-LAJOIE s'informe si le rapporteur croit que le curettage a pu réveiller la T.B. et s'il a l'intention d'hystérectomiser la malade, plus tard, si son état le permet.

M. Raymond SIMARD dit avoir vu cette malade qui était en très mauvais état, avec présence de fistule recto-vaginale et bacilles de Koch dans les sécrétions du vagin.

M. Jacques GAUTHIER répond qu'il ne croit pas que le curettage ait réveillé la bacillose et que celui-ci est nécessaire, la plupart du temps, pour faire le diagnostic, étant donné que les symptômes de la T.B. utérine sont très peu caractéristiques.

Pneumonie d'origine exogène

M. Esdras AUTOTTE

C. St. J. 5062.

Le 6 juin 1944, ce petit patient était admis dans le service de pédiatrie, sous le diagnostic de broncho-pneumonie, dont le début semblait remonter à quatre jours.

L'enfant, né à terme, six semaines plus tôt, pesait 6½ livres à la naissance et il n'avait pas engraisé, probablement à cause d'une diète insuffisante tant au point de vue quantité que qualité: lait pasteurisé à 50% d'eau légèrement sucré. Ses selles et urines étaient normales.

A son entrée, l'enfant ne fait pas de température, et il n'en fera pas du tout au cours de sa maladie. Il a une toux quinteuse, non exsudative, il fait de la cyanose, ses membres sont refroidis, il est haletant et sa respiration est très superficielle; le pronostic semble mauvais.

A l'examen, le tympan de l'oreille droite est rouge et bombé, l'oreille est douloureuse à la pression, une paracentèse laisse s'écouler un liquide séreux, et après l'instillation de gouttes d'une solution de sulfathiazole sodé à 5% pendant trois jours, l'écoulement semble tari. A l'auscultation, on entend des râles crépitants aux deux plages pulmonaires, et des sibilances surtout localisées au tiers inférieur du poumon gauche. Les autres examens sont négatifs.

Devant ce cas, nous prescrivons: position demi-assise, argyrol dans le nez, coramine, sulfamidothérapie, tente d'oxygène, diète appropriée.

L'enfant continue à faire des crises de cyanose, surtout après ses boires ou une quinte de toux.

La radiographie pulmonaire décrite par le docteur Bélisle se lit ainsi: « Les hiles sont larges et denses et il existe une sorte d'opacité faisant saillie sur le bord droit du pédicule cardiaque supérieur, opacité dont il est impossible de préciser radiologiquement la nature. »

Formule sanguine du même jour montre:

globules rouges 3,750,000
globules blancs 9,500

hémoglobine	64%
valeur globulaire	0.8
polynucléaires neutro	39%
grands mononucléaires	3%
lymphocytes	54%
polynucléaires éosino.	4%

Ne pouvant préciser le diagnostic avec ces données, la température étant normale, la sulfamidothérapie est cessée, et, après consultation, la radiothérapie est instituée. L'enfant reçoit cinq séances de R.X. L'enfant pesant 6½ livres à son entrée en pèse 6 et 15 onces sept jours plus tard. Il dort par longs intervalles et se cyanose moins souvent. Cependant, il meurt presque subitement, après une crise, le 10e jour de son arrivée à l'hôpital.

L'autopsie est demandée. A l'examen macroscopique, on ne peut faire de diagnostic, mais le rapport suivant, signé par le docteur L. C. Simard, nous parvient quelques jours plus tard:

« Pneumonie chronique lipidique d'origine exogène. Otite droite: Poumons: le poumon renferme des lésions caractéristiques de pneumonie chronique lipidique exogène, avec nombreux macrophages gorgés de gouttelettes huileuses. De nombreux alvéoles ont un revêtement interne plasmodial, les parois sont épaissies et contiennent souvent des macrophages gorgés de gouttelettes grasses. »

Discussion.

M. Louis-Charles SIMARD cite les travaux de Kaplam, aux Etats-Unis, qui a rapporté 60 cas de pneumonie lipidique chez des enfants de 0 à 2 ans. La fréquence de cette maladie s'explique par l'usage d'huiles dans le nez des bébés; l'enfant dont le cas est présenté ici avait dû avoir, à domicile, beaucoup d'huile instillée dans les narines; il dit que Pinkerton a montré que les huiles végétales sont absorbées rapidement et que les huiles animales et minérales ne s'absorbent pas et donnent des scléroses pulmonaires.

M. Philippe PANNETON dit que les huiles prétendues antiseptiques étaient autrefois employées de routine, surtout l'huile goménolée. On continue à s'en servir encore dans beaucoup d'endroits, mais à la crèche où il est consultant on les a abandonnées, car il ne croit plus à leur action utile: d'abord, elles ne sont pas antiseptiques, et ensuite l'huile fait une couche imperméable; il

faut donc des solutions aqueuses avec un pH comme celui des sécrétions nasales. Il prescrit des sels d'argent.

M. Albert GUILBEAULT dit que souvent les mères, pour une prétendue prophylaxie, mettent de l'huile minérale dans le nez de leur bébé. Il demande si l'aspiration bronchique mentionnée dans l'article de Kaplam a été faite dans le cas présent.

M. Yves CHAPUT informe que les conclusions de la *Medico-Surgical Society* ont été les mêmes que celles énoncées plus haut sur la pneumonie lipidique et doute que les sulfamidés soient indiqués dans les rhumes non compliqués.

M. Valmore LATRAVERSE attire l'attention sur le fait que les notions les plus récentes de physiologie nasale sont tout à fait identiques à ce que l'on vient de voir.

M. Esdras AUTOTTE répond qu'il n'y a pas eu de bronchoscopie dans son cas; la radiographie avait été peu satisfaisante et il y avait eu un semblant d'amélioration temporaire. Il ajoute que sur 411 cas d'autopsie de pneumonie lipidique, l'huile minérale avait été trouvée le plus souvent en cause.

Avantages et désavantages de l'anesthésie intratrachéale

M. Lorenzo MELOCHE

L'anesthésie intratrachéale ou endotrachéale est un mode d'anesthésie générale qui consiste à administrer les vapeurs d'un anesthésique gazeux ou volatil directement dans la trachée, au moyen d'un tube introduit dans celle-ci et passant dans le larynx par le nez ou la bouche. Elle sera donc nasotrachéale ou orotrachéale.

L'introduction d'un tube métallique flexible, ou de caoutchouc, ou de soie gommée, dans la trachée peut être faite jusqu'à quelques centimètres au-dessus de la bifurcation de la trachée (endotrachéale) ou même dans l'une ou l'autre bronche (endobronchique).

Le tube étant mis en place dans la trachée, l'anesthésie peut être obtenue par différentes méthodes:

1) Il peut être employé comme tube respiratoire ou de ventilation, et l'administration de l'anesthésique se fait par méthode semi-ouverte;

2) Une communication peut être adaptée à l'extrémité du tube et l'anesthésique sera versé

en goutte-à-goutte sur un tampon de coton hydrophile dans un entonnoir;

3) On peut employer la méthode semi-fermée en communiquant l'extrémité libre du tube à un appareil à gaz: l'expiration se fait en dehors du circuit de l'appareil à gaz;

4) La méthode fermée avec technique d'absorption ou filtre soit à l'aide d'un conduit unique, soit à l'aide du double conduit ou circuit, *i.e.*, valve inspiratrice et valve expiratrice. Avec cette méthode, on emploie soit une vessie ou manchon à air compressible inséré autour du tube intratrachéal, soit un paquetage pharyngé.

Avantages de la méthode intratrachéale

1) Elle procure le moyen de donner une dose adéquate d'anesthésique parce que mieux répartie, de façon plus directe, et permettant de réaliser les échanges gazeux nécessaires à la respiration avec moins de danger d'obstruction, meilleure ventilation pulmonaire et minimum d'effort musculaire pour le patient.

2) Elle permet un meilleur champ opératoire libre et aseptique dans le cas d'opérations de la face, de la tête, du cou.

3) La respiration est calme et adéquate. Une respiration laborieuse se traduisant par des mouvements respiratoires d'amplitude trop marquée fournit un champ opératoire constamment en mouvement et moins satisfaisant tant pour le chirurgien que pour l'anesthésiste. Cet effet se fait même sentir en diminuant en quelque sorte l'hémorragie, *i.e.*, la quantité de sang perdue au cours d'une intervention chirurgicale.

4) L'introduction du tube permet une ventilation pulmonaire directe et même une respiration contrôlée, artificielle par pression manuelle rythmée sur le sac.

La position du patient sur la table d'opération, telle la position ventrale, la Trendelenburg, ou la nécessité d'un support pour chirurgie rénale, ou de la vésicule biliaire, fait souvent obstacle au mécanisme d'une respiration normale. L'absence d'effort musculaire respiratoire du patient intubé apporte même une diminution de l'incidence du « shock opératoire ». Dans les cas d'obstruction respiratoire mécanique, l'intubation est d'un secours pour permettre, d'une façon adéquate, les échanges respiratoires.

5) Contrôle d'une façon plus immédiate de la pression intrapulmonaire, dans le cas de certaines interventions de chirurgie pulmonaire, et prévenir

le pneumothorax.

6) Permettre l'aspiration facile de vomissements, sang, mucus ou pus, assurant ainsi une libre ventilation pulmonaire.

7) Méthode de ressuscitation par apport direct d'oxygène.

Désavantages de l'anesthésie intratrachéale

1) Risque de traumatisme possible en procédant à l'introduction du tube.

2) Temps d'induction de l'anesthésie légèrement augmenté par l'introduction du tube. Cependant, cette perte de temps apparente est amplement compensée par le bénéfice des conditions opératoires subséquentes.

Commentaires.

Les indications de l'anesthésie intratrachéale ne prévoient pas qu'on doive l'employer impunément. Cette méthode présente ses difficultés, qui sont surtout d'ordre mécanique et qu'un entraînement spécial, l'habileté et l'expérience peuvent surmonter.

En définitive, l'habileté à ne jamais entrer dans des difficultés inutiles surpasse celle-là même de pouvoir les vaincre en maître: ce doit être une méthode prophylactique et non une méthode de traitement.

Discussion.

Docteur Juliette DUROCHER insiste sur l'utilité de l'anesthésie intratrachéale et sur l'importance d'avoir des gens habitués à s'en servir, dans les cas de ressuscitation de nouveau-nés, dans les cas d'asphyxie chez les adultes et dans toutes les circonstances où peut se produire l'œdème de la glotte.

M. J. Firmin HOULE, satisfait des anciennes méthodes, trouve que les indications de ce mode d'anesthésie sont très limitées.

M. J. Paul Maurice RICARD, par contre, est d'avis que ces indications sont plus vastes que ne le veut admettre le docteur Houle, surtout en chirurgie thoracique où il faut parfois aller enlever les sécrétions et même mesurer la pression intratrachéale.

M. Valmore LATRAVERSE croit que cette méthode peut, en plus, économiser l'anesthésique.

M. J. Firmin HOULE répond au docteur Ricard qu'il n'y a pas d'appareil pour mesurer la pression intratrachéale.

M. Valmore LATRAVERSE reprend que certaines maisons en font.

M. Lorenzo MELOCHE remercie les commentateurs.

Un cas d'angine de Ludwig (pénicilline — trachéotomie — drainage)

M. Valmore LATRAVERSE

A paru comme article original dans « L'Union Médicale du Canada » de janvier 1945, p. 28.

Discussion.

M. Louis-Charles SIMARD dit que l'expression « angine de Ludwig » devrait disparaître de la littérature pour faire place à celle de « phlegmon du plancher de la bouche ».

M. Paul DAVID demande pourquoi on a associé sulfamidés et pénicilline.

M. Yves CHAPUT ajoute qu'en effet la pénicilline n'est pas bactéricide et que même en l'employant par voie intraveineuse il faut la donner par le goutte-à-goutte continu.

M. Lorenzo MELOCHE veut savoir si la trachéotomie doit être instituée dans tous les cas.

M. Valmore LATRAVERSE répond qu'il n'a pas fait de prélèvement, au moment de l'opération, parce que la suppuration fut tardive, ne révélant, selon l'usage, qu'une flore microbienne variée. Il dit avoir associé sulfamidés et pénicilline afin de tout mettre en œuvre pour sauver sa patiente. Il ajoute avoir vu dans certains auteurs que la pénicilline était bactéricide et, toujours en vue de ne rien laisser au hasard, il conseille la trachéotomie dans la très grande majorité des cas.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE MONTRÉAL

Séance du 4 décembre 1944

« Histogénèse et Morphologie comparée de l'hypernéphrome vrai du rein et de l'épithélioma rénal à cellules claires. »

M. J.-L. RIOPELLE.

« L'effet des hautes altitudes sur le quotient respiratoire de l'homme (air expiré et air alvéolaire). »

MM. J.-K.-W. FERGUSON et L.-P. DUGAL.

Séance du 18 décembre 1944

Régénération et néo-formation de corpuscules de Wagner-Meissner.

M. Pierre MASSON

Hépatectomie partielle et résistance au chlorhydrate de 2-(naphtyl-1'-méthyl)-imidazoline (Privine).

MM. L. P. DUGAL et A. Des MARAIS

Séance du 29 janvier 1945

« Observations cliniques sur le traitement des plaies par l'acide oxalique et découverte de son action sur le développement du système pileux. »

MM. H. DEBIDOUR-MONRAD et
J. LASSNER

« La maladie hollandaise de l'Orme au Canada. »

M. René POMERLEAU

(Ces deux notes ne seront pas présentées mais simplement déposées aux dossiers, pour publication dans les comptes-rendus de la Société.)

« La déficience en acides aminés des matières protéiques de la fève soya. »

M. Louis-Philippe BOUTHILLIER, Ph. D.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR ANTONIO GAUTHIER

Le docteur A. Gauthier vient de mourir à l'âge de 44 ans. Le défunt avait reçu son doctorat de l'Université de Montréal en 1929. Il exerçait à Montréal dans la paroisse de Ste-Cunégonde. Il était originaire de St-Basile-le-Grand.

LE DOCTEUR GASPARD BOUSQUET

Le docteur Gaspard Bousquet est tout récemment décédé à l'âge de 66 ans. Le défunt exerçait à Varennes où, d'ailleurs, il était né et dont il était maire depuis 1919. Il avait reçu son doctorat en médecine de l'Université Laval de Montréal en 1905. Le docteur Bousquet était en plus préfet du comté de Verchères depuis 1923. Nous offrons nos plus sincères condoléances à son fils, le docteur Jean-Paul Bousquet.

LE DOCTEUR JOSEPH CAOUCETTE

Le docteur J. Caouette est décédé le 23 janvier à l'âge de 60 ans. Le docteur Caouette

avait obtenu en 1911 son doctorat de l'Université Laval de Québec. Après un séjour d'études complémentaires en France, il fut nommé professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Laval en 1923, et professeur titulaire en 1929 à la chaire d'obstétrique. Le défunt était chef du service de gynécologie à l'Hôtel-Dieu.

Nous offrons nos sincères condoléances à son fils, le docteur Robert Caouette.

LE DOCTEUR J.-ALBERT GÉLINAS

Le docteur J.-Albert Gélinas vient de mourir à l'âge de 75 ans. Médecin et pharmacien, le défunt exerça pendant près de 33 ans. Après 17 ans de pratique à St-Guillaume-d'Upton, il vint s'établir à Montréal. Il avait obtenu son doctorat de l'Université de Montréal en 1894.

Nous offrons nos condoléances à son fils, le docteur Albert Gélinas de Montréal.

NOUVELLES

ASSEMBLEE ANNUELLE DES DIRECTEURS DE "L'UNION MEDICALE DU CANADA"

Elections

Les directeurs de *L'Union Médicale du Canada* se sont réunis en assemblée annuelle le 31 janvier, dans le but d'être dûment renseignés sur les faits suivants: rapport du rédacteur en chef sur les activités scientifiques durant 1944, état financier du Journal; pour délibérer et prendre des mesures propres à l'amélioration du Journal dans tous ses aspects; afin de procéder à la nomination, pour le prochain terme, des membres de l'Exécutif et de la Rédaction. Voici quel a été le résultat de l'élection.

Exécutif.

Président: M. L.-C. Simard;
1er Vice-président: M. J.-A. Denoncourt;
2e Vice-président: M. A. Bertrand;
Secrétaire-trésorier: M. J.-A. Vidal.

Rédaction.

Rédacteur en chef: M. Roma Amyot;
Assistant-rédacteur en chef: M. Edouard Desjardins;

Secrétaire de la Rédaction: M. Pierre Smith;
Secrétaire adjoint de la Rédaction, à Montréal: M. Roger-R. Dufresne;

Secrétaire adjoint de la Rédaction, à Québec: M. Maurice Beaudry.

Il est un fait d'une première valeur que nous devons signaler: c'est la retraite de M. Albert LeSage, qui fut rédacteur en chef de *L'Union Médicale du Canada* pendant 44 ans. Les directeurs ont accepté avec regret la démission du docteur LeSage, lui témoignant, avec la plus vive sincérité, leurs sentiments de gratitude et d'admiration pour les services précieux qu'il a rendus à la profession médicale. Ils soulignèrent tout particulièrement la probité, la sagacité, la constance et la haute compétence avec laquelle le démissionnaire dirigea

L'Union Médicale pendant ces 45 années. Aussi, en reconnaissance de ces hauts mérites, ils lui décernèrent le titre de « Rédacteur en chef émérite », comptant toujours sur ses conseils et sa vaste expérience pour la saine administration matérielle et scientifique du Journal auquel il a consacré la meilleure part de ses qualités et de ses énergies.

L'HONORABLE J.-H.-A. PAQUETTE, PRESIDENT HONORAIRE DE LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

L'honorable J.-H.-A. Paquette, ministre de la Santé et du Bien-être Social, a été élu président honoraire de la Société Médicale de Montréal le 16 janvier dernier, lors de la séance inaugurale de cette société, qui eut lieu au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur Paul Letondal. A cette occasion, l'honorable M. Paquette adressa la parole. Il remercia les membres de la Société Médicale et leur dit qu'ils pouvaient en retour compter sur sa coopération.

A cette première séance de la nouvelle année académique, le docteur Paul Tétrault fut élu membre titulaire; le docteur Edouard Desjardins présenta son rapport audité, comme trésorier, pour l'année 1944; et le nouveau président, le docteur Paul Letondal, exposa le programme de l'année.

La partie scientifique comprenait un symposium sur l'Allergie. Le docteur Gérard Casgrain, de l'Hôtel-Dieu, présenta un rapport sur les allergies respiratoires; le docteur Albéric Marin, de l'hôpital Notre-Dame, traita des allergies cutanées. La discussion de ces rapports donna lieu à d'intéressantes remarques sur cette grande question de l'actualité médicale contemporaine.

BES-MIN

Un excellent tonique stimulant, agréable au goût.
Formule par cuillerée à soupe (15cc.)

VITAMINES	
B ₁ (Chlorure de Thiamine)	1.2 milligrammes
B ₂ (Riboflavine)	668 microgrammes
B ₆	100 milligrammes
Acide Nicotinique	10 milligrammes
Acide Pantothenique	268 microgrammes
Filtrat (Jukes-Lepkovsky)	18 unités

MINÉRAUX	
Glycérphosphate de Calcium	12.55 milligrammes
" Manganèse	2.2 milligrammes
" Sodium	13.4 milligrammes
" Potassium	11.8 milligrammes
"	23.8 milligrammes
Phosphore	15 c.c.
Véhicule stomacal et digestif Q. S.	

Indications

Névrites, anorexie, fonctionnement gastro-intestinal défectueux, retard de croissance chez les nourrissons chaque fois que ces troubles relèvent d'une avitaminose B. Avant et après les interventions chirurgicales, au cours de la grossesse et de la lactation, pendant la convalescence des maladies infectieuses, dans l'alcoolisme, etc., afin d'assurer dans l'organisme un taux normal du Complexe Vitaminique B.

Perfectionnement thérapeutique du
COMPLEXE VITAMINIQUE "B"
NATUREL

en association avec les
SELS MINÉRAUX ESSENTIELS

AVANTAGES DU BES-MIN

1. BES-MIN fournit les sels minéraux en même temps que le Complexe Vitaminique B nécessaires au métabolisme normal.
2. BES-MIN renferme le Complexe Vitaminique B NATUREL (extrait du son de riz).
3. BES-MIN est très agréable au goût et possède des propriétés apéritives remarquables.
4. BES-MIN possède également des propriétés digestives et stomacales grâce à son véhicule spécial.
5. BES-MIN contient une faible teneur alcoolique (seulement 5%), ce qui en permet l'administration aux enfants et même aux nourrissons.
6. BES-MIN n'est présenté que sous forme liquide pour une meilleure absorption.
7. BES-MIN est un produit de prescription strictement médicale.

Présenté en flacons de 12 oz., 1/2 et 1 gallon.

Produit des

LABORATOIRES ANDROMACHUS

22 East 49th Street, New York City - New York, U.S.A.

Fabricants et Concessionnaires au Canada :

ROUGIER FRÈRES

350 rue Le Moyne

Montréal

LE DR GREGORY ZILBOORG, DE NEW-YORK, A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Le docteur Gregory Zilboorg, de New-York, donnera le vendredi 23 février, à 5 heures de l'après-midi, à l'Université de Montréal, une conférence en langue française sous les auspices de la Société Médicale. Cette conférence, intitulée « L'évolution de la conception de maladie dans la médecine et dans la psychiatrie », sera présidée par le docteur Paul Letondal, qui présentera le conférencier. Tous les médecins de Montréal et des environs, en particulier ceux qui s'intéressent à la psychologie et à la psychiatrie, sont cordialement invités.

ELECTIONS A LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTREAL

A la dernière réunion de cette société, les membres se sont choisis par élection un nouvel exécutif pour le prochain exercice, constitué comme suit:

Président: le docteur J.-E. Marion, de l'Institut Bruchési.

Vice-président: le docteur Léo Ladouceur, directeur de la division de la tuberculose de la cité de Montréal.

Secrétaire général: le docteur J.-P. Paquette, de l'hôpital du Sacré-Cœur.

Trésorier: le docteur Marcel Verschelden, de l'hôpital du Sacré-Cœur.

Secrétaire des séances: le docteur Jean-Louis Pilon, de l'hôpital du Sacré-Cœur.

ELECTIONS A L'HOPITAL STE-JUSTINE

Les médecins de l'hôpital Sainte-Justine, à leur assemblée du 21 décembre dernier, ont élu les membres suivants au Bureau Médical et au Conseil Médical.

Bureau Médical: MM. Pacifique Gauthier, président; Hermile Trudel, secrétaire.

Conseil médical: MM. A.-Z. Crépault, Gaston Lapierre, Henri Baril, Pacifique Joly, Willie Major, secrétaire.

Le doyen de la Faculté de Médecine et le directeur médical font de droit partie du Conseil Médical.

PRÉCAUTIONS À PRENDRE POUR LES ENFANTS EN VOYAGE

Des millions de bébés en péril

L'habitat normal de l'enfant est sans conteste le foyer. C'est là qu'il peut grandir en toute sécurité, bénéficier d'un régime bien équilibré, éviter les dangers de contagion et vivre en paix. Pour ce motif, vous devez vous abstenir, autant que faire se peut, de voyager avec vos enfants en tout temps, mais à plus forte raison en temps de guerre alors que wagons de chemin de fer et autobus sont remplis à déborder. Le libre développement des enfants exige qu'on ne leur marchandé ni l'air pur, ni l'espace, ni la lumière. Ce n'est pas dans un autobus surchargé, ni dans un wagon compact que l'on trouvera ces conditions indispensables à une bonne santé. Pour qu'un bébé soit et reste bien portant, il lui faut un sommeil naturel et long. Ce n'est pas dans les véhicules encombrés qu'il le trouvera.

Toutefois, si vous êtes absolument obligé de voyager avec un ou plusieurs enfants, prenez les précautions suivantes: réservez vos places à l'avance, de préférence au milieu de la semaine, de façon à éviter la foule des samedis et dimanches; si le voyage doit être long, tâchez de le faire en deux ou trois étapes. Apportez le moins de bagage possible pour vous et le plus de linge pour l'enfant ou les enfants. Veillez à ce qu'il n'ait que des vêtements faciles à enlever ou à mettre. Si vous ne nourrissez pas votre bébé, apportez-lui du lait et veillez à ce qu'il soit bien frais et à la température requise. Faites-en autant pour l'eau. Ne lui donnez jamais à boire une eau inconnue. Enfin, prenez les mêmes précautions qu'à la maison et soyez encore plus méticuleux, car vous êtes perdu parmi la foule et chaque inconnu est un contagieux possible. Tout ce que l'enfant touche peut être contaminé. Ne

LES ALGIES RHUMATISMALES et SYNDROMES DOULOUREUX



Complexe médicamenteux de Polysalicylates, Soufres, Calcium, Thyroïde et Parathyroïde, en capsules glutinisées, ne se dissolvant que dans l'intestin.

**PUISSANT MODIFICATEUR DU
TERRAIN RHUMATISMAL**



POSOLOGIE. — Pour obtenir les meilleurs résultats, prescrire: **12 Capsules par jour** pendant 4 jours, afin d'obtenir l'effet de saturation et la cessation des douleurs. Continuer ensuite à raison de 6 ou 8 capsules par jour **aussi longtemps que nécessaire.** Ne jamais dépasser 2 capsules toutes les heures ou toutes les 2 heures.

PRÉSENTATION: En flacons de 100 Capsules.

SULFOSALYL

Échantillon sur demande.

ANGLO-FRENCH DRUG COMPAGNIE

209 Est, rue Sainte-Catherine,

Montréal.

l'oubliez jamais. Les bonbons du voisin sont séduisants, mais ils peuvent servir de véhicule à une infection ou provoquer une indigestion. En somme, tout ce qu'ingurgite ou touche votre enfant doit être propre: lait, eau, aliments, entourage. Plus de 70,000,000 de voyageurs ont pris place dans les trains l'an dernier. Songez-y bien quand vous partez avec votre famille et ne voyagez que si c'est essentiel.

LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF FONT 3,001 VICTIMES

Dans une seule année, dans la province de Québec, les maladies de l'appareil digestif ont fait 3,001 victimes dont 1,721 hommes et 1,280 femmes. Les ulcères d'estomac ou du duodénum à eux seuls ont causé 190 décès, tandis que la diarrhée et l'entérite emportaient dans la tombe 688 hommes et 463 femmes. Les décès attribués à l'appendicite sont au nombre de 402, les obstructions intestinales de 241, la cirrhose du foie de 192 et les autres maladies du foie et des voies biliaires, y compris calculs biliaires, sont au nombre de 206. Dans tout le Canada, les maladies de l'appareil digestif ont fait 7,187 victimes.

Ces quelques chiffres nous indiquent bien quels soins nous devons prendre de notre appareil digestif et quelle surveillance nous devons exercer sur notre nourriture. Les aliments et breuvages que nous prenons doivent être sains, c'est-à-dire en parfait état de conservation, exempts de toute contamination dangereuse. Autre point important, c'est d'avoir une alimentation adéquate. Qui mange bien, se porte bien. Bien manger ne signifie pas, cependant, dévorer, ni engouffrer la nourriture. Le ministère de la santé et du bien-être social, par sa division de nutrition, s'occupe activement de la diffusion des connaissances essentielles relatives à une alimentation rationnelle et balancée. Pourquoi ne pas se renseigner en demandant les brochures rédigées à cet effet ?

Les hygiénistes nous font observer que les principes de la nutrition sont tellement bien reconnus par toutes les nations que les ennemis de notre civilisation s'en servent pour amoindrir les peuples qu'ils ont subjugués et les affaiblir. Et cependant, nous n'avons pas le temps d'être malades, nous n'en avons pas les moyens, nous devons préserver notre santé. Ne l'oublions pas durant les fêtes qui approchent. En effet, c'est l'époque par excellence des repas abondants, nombreux et variés. La période des fêtes, de Noël, du Jour de l'An et des Rois est aussi celle des abus dans le boire et le manger ! Soyons sur nos gardes et que personne ne se laisse tenter.

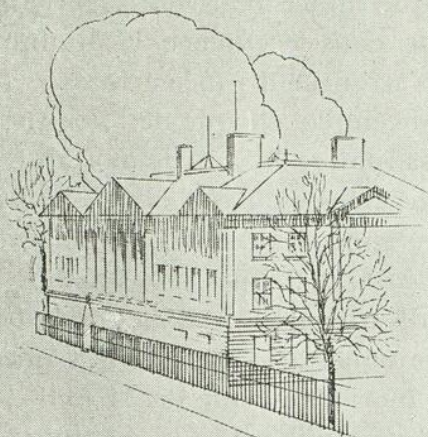
Et vous, pères et mères de familles, vous voulez que vos enfants deviennent des adultes forts et robustes, largement pourvus de résistance contre les maladies, parfaitement équilibrés au sens moral et intellectuel, n'est-ce pas ! Pour atteindre ce but, il n'y a qu'un moyen; médecins, pédiatres, hygiénistes et spécialistes en nutrition nous le rappellent à tout instant: une bonne alimentation et des habitudes de vie sensées jouent un rôle de première importance dans la formation des enfants tant au point de vue physique qu'aux points de vue moral et intellectuel. C'est une œuvre de longue haleine, et durant toute la période de la croissance, il ne faut pas risquer de compromettre par un relâchement même temporaire les bons résultats obtenus à force de patience et de persévérance.

L'HYGIENE DIMINUE LE NOMBRE DES DECES

L'enseignement moderne de l'hygiène, a-t-on dit, se fonde sur cette idée que, dans les limites raisonnables, chacun peut conquérir la santé, à condition de savoir et de vouloir. Les résultats d'une telle entreprise se traduiraient généralement par une diminution des décès. En rapprochant le nombre des morts du chiffre de la population, on connaît l'in-

PÈRES DE LA MÉDECINE CANADIENNE

★UNE DES ANNONCES DE LA SÉRIE



Le Très Hon. Sir Charles Tupper

BARONNET, C.B., G.C.M.G.,
M.D., LL.D.

MÉDECIN ET HOMME D'ÉTAT (1821-1915)

Le courage, un optimisme sans borne et une grande perspicacité caractérisèrent la carrière distinguée de Sir Charles Tupper. Malgré tout son travail d'homme d'état, il continua de s'intéresser à tout ce qui concernait la médecine.

Tupper naquit à Amherst, N.-E., le 2 juillet 1821. Il étudia la médecine à l'Université d'Edimbourg où, en 1843, il reçut son diplôme de docteur en médecine et de chirurgien. De taille moyenne, droit et vigoureux, Charles Tupper était plein d'énergie, et c'est ce qui contribuait à sa vivacité et à son travail de tête incessant. Il était cordial et génial et saisissait presque toutes les questions.

En 1862, Tupper fut nommé un des Gouverneurs du Collège Dalhousie, à Halifax, où il institua un cours de médecine qui atteignit son apogée en 1870. C'est surtout grâce à sa persistance que fut inauguré, en 1867, à Halifax, l'Hôpital Général Victoria qui devint une institution provinciale et municipale. Lorsque l'Association Médicale Canadienne fut formée en 1867, il en fut élu Président.

L'année 1855 marqua le début de la carrière politique de Tupper. L'on dit que ses quatre ans

d'administration comme Premier Ministre de la Province de Nouvelle-Ecosse seront relatés dans l'histoire comme la période la plus intéressante dans la vie de Tupper — une période durant laquelle il atteignit le succès personnel le plus frappant. Malgré une forte opposition, il établit un système d'écoles publiques pour la Nouvelle-Ecosse.

Tupper fut l'apôtre de la Confédération et joua un rôle important dans l'adoption de la Loi de l'Amérique Britannique du Nord. Il soutint activement les efforts qui étaient faits pour établir un Ministère Fédéral de l'Hygiène qui, après beaucoup de travail préliminaire, devint une réalité en 1919.

Il fut fait Baronnet en 1888. Pendant deux périodes différentes, il occupa le poste de Haut Commissaire pour le Dominion à Londres et, en 1896, fut fait Premier Ministre du Canada.

Sir Charles mourut à "The Mount" Bexley Heath, Angleterre, le 30 octobre 1915. L'histoire de sa vie est un modèle pour les médecins et inspire la William R. Warner & Company dans sa politique d'Exactitude Thérapeutique... et d'Excellence Pharmaceutique.

1856-1945

WILLIAM R. **WARNER** & COMPANY LTD.

LE SYMBOLE
D'EXCELLENCE
PHARMACEUTIQUE

OMNIS ORBIS



WARNER
FONDEE EN 1856

FABRICANTS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES • 727-733 KING ST. WEST, TORONTO

tensité de la mortalité à chaque année et l'on peut se rendre compte des progrès croissants de la santé publique et du nombre de vies humaines que la diffusion de l'hygiène et de la médecine préventive permet d'épargner chaque année dans notre province.

Or, dans le Québec, la diminution des décès s'accroît d'année en année. Depuis 1926, par exemple, époque de l'institution des Unités sanitaires, le taux de mortalité générale par mille âmes est passé de 14.2 à 10.1. En effet, cette année-là, avec une population de 2 millions 617,000 âmes, nous avons 37,251 décès tandis qu'en 1943, alors que la population de la province atteint 3,448,118 âmes, le nombre des morts n'est que de 34,433.

Bien qu'il ait subi quelques oscillations, au cours de cette période, le nombre proportionnel a suivi une courbe décroissante comme le démontrent les taux annuels que voici depuis 1927 inclusivement: 13.6, 13.5, 13.4, 12.7, 12.0, 11.3, 10.6, 10.6, 10.7, 10.3, 11.3, 10.4, 10.0, 10.3, 10.0 et 10.1.

Sans attribuer exclusivement cette diminution satisfaisante des décès à l'hygiène seule, il convient de rappeler à la population que la régression de la mortalité chez nous a commencé à l'époque où se sont créées, dans les divers comtés du Québec, les Unités sanitaires. Il faut assurer la prospérité et le bonheur de nos foyers et, pour cela, il faut que la santé y règne en maîtresse. Cette condition exige la collaboration de tous et de chacun. Il faut que le taux de la mortalité générale continue de diminuer dans notre province. Il faut récupérer toutes les vies humaines compromises par la maladie. Vous pouvez vous épargner deuils et soucis en vous conformant aux conseils des médecins praticiens et des hygiénistes. Ne l'oubliez pas!

CONSEILS ET VISITES A PLUS DE 144,000 NOURRISSONS

« Il est facile de maintenir les enfants en bonne santé. Il suffit de leur inculquer des habitudes de propreté interne aussi bien

qu'externe. Habituez-les à boire beaucoup d'eau et ne leur servez qu'une nourriture substantielle. Gardons-nous de suralimenter les enfants. Ne les gavons pas d'aliments inutiles et qui leur répugnent. Comme vous mêmes, ils ne peuvent que se trouver bien d'un régime abondant de légumes et de fruits frais. »

Ce conseil des hygiénistes est tout indiqué à cette époque de l'année. Par l'intermédiaire des Unités sanitaires, le ministère de la Santé et du Bien-Etre social offre à toutes les mères de famille l'occasion de se renseigner à cet égard. Chaque année, dans les quelque soixante-dix comtés bénéficiant du service de hygiénistes provinciaux, le nombre des naissances dépasse 47,000. Il s'y tient plus de sept mille cliniques de puériculture auxquelles assistent régulièrement plus de 12,000 nourrissons (0 à un an) par mois. C'est dire qu'une considérable proportion des jeunes générations bénéficie des conseils de nos hygiénistes, de la vaccination, de l'immunisation et de tous les autres avantages de la médecine préventive. En effet, les visites à domicile atteignent près de 10,000 nourrissons par mois.

DENTISTE HYGIENISTE DANS CHAQUE UNITE SANITAIRE. ANNONCE L'HON. DOCTEUR J.-H.-A. PAQUETTE

L'honorable Dr J.-H.-A. Paquette, ministre de la Santé et du Bien-être Social, vient d'annoncer que les 57 unités sanitaires de la province de Québec auront bientôt chacune leur dentiste hygiéniste. « C'est notre intention vient-il en effet d'affirmer sous les auspices du Collège des Chirurgiens-Dentistes, qui l'avait invité à adresser la parole, de doter chacune de nos unités sanitaires de comté, de cliniques dentaires. Evidemment, dit le ministre, il faudra compter avec les ressources du Trésor public et procéder graduellement. En 1938, afin de rendre encore plus effective les Unités sanitaires, je me fis un devoir d'inau-

La pellicule sanguine révèle ce qu'il faut faire pour les patients anémiques

nd les globules rouges sont petits et les globules
es d'une grosseur anormale, le Ferrochlor E.B.S.
orte vite une amélioration. Ordinairement, les
ications à base de fer présentent deux dif-
étés. Premièrement, le fer ferreux précipite
protéines, ce qui dérange la digestion. Deuxième-

ment, beaucoup de sels habituellement employés,
comme le carbonate ferreux, réagissent de telle façon
qu'ils utilisent l'acide hydrochlorique de l'estomac
— une chose grave dans les cas d'achlorhydrie qui
accompagnent si fréquemment l'anémie.

● Dans le **FERROCHLOR E.B.S.**, l'emploi de chlorure
ferreux surmonte ces deux difficultés. Etant un sel fer-
reux, il ne précipite pas les protéines; étant un chlorure,
il ne peut pas se mélanger avec l'acide hydrochlorique de
l'estomac. L'addition de Vitamine B₁ améliore la tonicité
musculaire du patient, et fait qu'il se sent mieux — ce
qui est important pour le succès du traitement.

Les chimistes E.B.S. ont, de plus, attaqué avec succès le
problème qui consiste à empêcher une solution aqueuse
de chlorure ferreux de s'oxyder et de prendre une forme
ferrique. Des échantillons datant de plus de quatre ans
n'indiquent toujours aucune trace d'ions ferriques.

Le Ferrochlor E.B.S. est indiqué dans les cas d'anémie
hypochromique microcytique. L'on croit aussi de plus en
plus qu'il devrait être administré couramment pendant
la dernière période de la grossesse afin de s'assurer que
les bébés naissent avec une réserve suffisante de fer et
prévenir l'abaissement de l'hémoglobine qui se produit
si souvent pendant la première année de l'enfance.



LE FERROCHLOR E.B.S. AVEC VITAMINE B₁



Bayan Ave. - TORONTO 6, - Ontario

La maison E.B.S., fondée en 1879, est une maison entièrement
canadienne.

Se vend sous forme liquide ou en comprimés

Liquide: Contient 16 grains de chlorure ferreux et
2,000 unités Internationales de Vitamine B₁
par once liquide.

En bouteilles d'une livre, de 80 onces et
d'un gallon.

Comprimés: Chaque comprimé représente 2½ grains
de chlorure ferreux combinés avec 200
unités Internationales de Vitamine B₁.

En flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés.

Le **FERROCHLOR** liquide ou en comprimés, sans
Vitamine B₁, se vend aussi dans le même genre de
bouteilles et de flacons que ci-dessus.

SPÉCIFIEZ E.B.S. SUR VOS ORDONNANCES

gurer un service dentaire dans certains comtés. Cette initiative fut tellement bien accueillie, qu'aujourd'hui plus de 25 comtés en sont pourvus. »

« D'ailleurs, souligne le ministre de la santé, la lutte contre les fléaux qui déciment l'humanité n'est-elle pas, à tout prendre, une question de saine économie? Un peuple sain est une richesse pour un Etat. Toute œuvre d'hygiène publique constitue donc, en définitive, une économie de premier ordre; l'organisation de cliniques dentaires est de celles-là. L'hygiène de la bouche est trop souvent négligée. Au cours de 1943, par exemple, les dentistes hygiénistes du ministère de la santé ont examiné 36,597 enfants. Plus de 50% de ces enfants avaient des dents cariées.

« Nul n'ignore que la dentition joue un rôle dans les maladies et que l'état de santé influence l'intégrité des dents. Il n'est pas nécessaire en ce moment, que j'insiste davantage pour démontrer les liens étroits qui unissent la médecine préventive et l'hygiène dentaire. Je me bornerai à dire que médecins et dentistes travaillent en coopération pour prévenir les désastres de la maladie. Il est donc urgent que nous allions de l'avant. Partout, dans tous les domaines, à l'heure actuelle, l'intervention de la science est attendue et réclamée. Nous avons la ferme conviction de répondre aux exigences de l'opinion publique, quand nous prenons les mesures nécessaires pour résoudre les problèmes de santé publique. Si les dentistes attachés à nos unités sanitaires s'occupent activement de prophylaxie dentaire, ils rendront un très grand service à la population. »

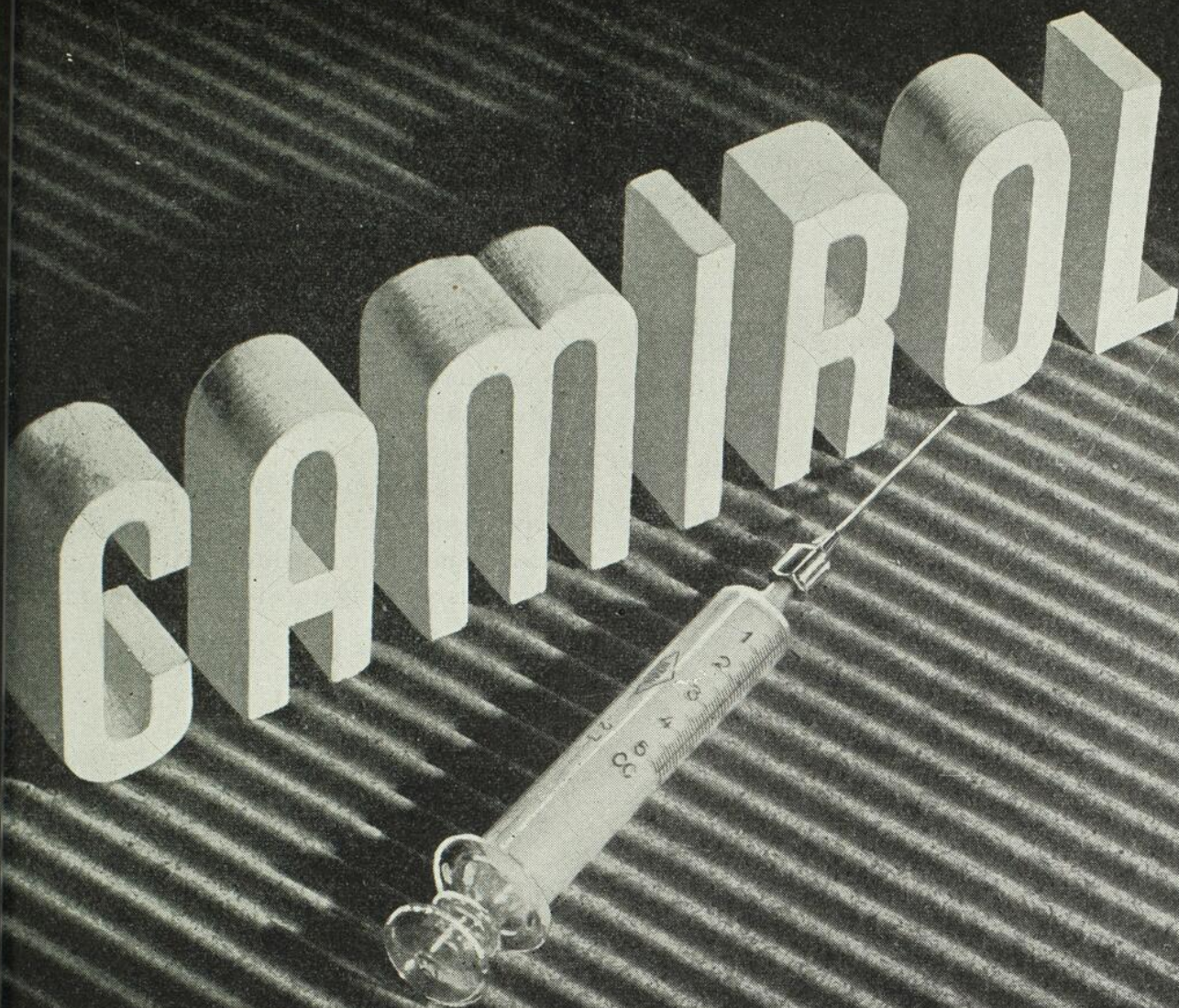
MANGEONS POUR VIVRE, NON POUR ENGRAISSER

Gare à la bonne chair durant les fêtes

En hiver, lorsqu'il est moins facile de vous procurer à bon compte une abondance de légumes frais, vous pouvez équilibrer votre

régime en mangeant des légumes en conserves ou en remplaçant quelques services de légumes par autant de services additionnels de fruits. Les oranges et les bonnes pommes canadiennes sont des sources de vitamines et de santé. En temps normal, il est bon de manger chaque jour un fruit cru. C'est là un précepte que les hygiénistes répètent sans se lasser, précepte dont il faut se souvenir surtout à cette époque où, chez les plus pauvres comme chez les plus riches, on a tendance à oublier que l'homme doit manger pour vivre et non vivre pour manger. La gourmandise habituelle dilate l'estomac et surcharge le cœur d'une couche de graisse qui gêne son fonctionnement; elle déforme le galbe et dépare la silhouette. L'obésité et même l'embonpoint sont ennemis de l'élégance et du travail. Suivons donc les conseils des hygiénistes et « mangeons pour vivre et non pour engraisser. »

Les aliments gras rendent la digestion plus pénible et sont responsables d'une grande proportion des troubles digestifs si fréquents chez nous. Un repas trop riche en aliments gras déclenche souvent des indispositions graves dans un foie dont les fonctions jusque-là étaient, sans qu'on le soupçonne, en équilibre instable. Les viandes, chair des animaux de quelque calibre et de quelque espèce qu'ils soient sont riches en substance azotée et, prises en excès, fatiguent le foie et les reins. Les protéines non utilisées à la réparation des tissus sont décomposées par le foie et l'azote libéré devient urée, acide urique, ammoniac, etc. Ce sont autant de substances toxiques qui doivent être éliminées le plus tôt possible par les reins. Evitons ces abus aux conséquences si graves, même dans le temps des fêtes, de peur que nos écarts de régime ne mettent fin à tous nos plaisirs même les plus légitimes. Que de gens se trouvent, à la fin du carnaval, dans un état pitoyable. Les abus inconsidérés ont imposé aux organes de digestion et de nutrition un surmenage tel que leur fonctionnement est pro-



Nouvelle Médication

*pour la sinusite et les infections
des voies respiratoires*

Injection Intramusculaire

FORMULE

Iodoforme Menthol
Iodures Camphre

Ampoule de 1 cc.

(En solution huileuse de
faible acidité)

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2227, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL, MONTREAL

fondément troublé. Soyons sobres et rationnels dans le boire et le manger afin de vivre longtemps vigoureux et forts.

EXAMEN MEDICAL ET PREVENTION

« Il appartient à l'hygiéniste, dans la société moderne, d'inciter la population à placer au premier plan la santé de l'esprit et la vigueur du corps; puissance morale et puissance physique étant au premier rang de nos besoins individuels, familiaux et sociaux, comme le proclamait le professeur Landouzy au troisième congrès international d'hygiène scolaire, à Paris », déclarait hier l'honorable docteur J.-H.-A. Paquette, ministre de la Santé et du Bien-être Social.

« La vaste campagne d'éducation populaire que le ministère de la Santé et du Bien-être Social poursuit dans cette province, repose en quelque sorte, pouvons-nous dire, sur l'examen médical périodique. Qu'il s'agisse de puériculture, de cliniques antituberculeuses, d'hygiène maternelle ou de cliniques dentaires, il faut toujours en revenir à la consultation médicale. Le personnel des unités sanitaires ne traite pas les malades. C'est un domaine qui relève du praticien. Hygiénistes et infirmières doivent limiter leurs activités à la médecine préventive.

« C'est un très grand privilège, dit Auguste Comte, que de se bien porter. Pour bénéficier de cet avantage, il faut avoir une connaissance précise de son organisme, de sa force de résistance et de ses limites. Le médecin hygiéniste est là pour vous renseigner et vous diriger, s'il y a lieu, vers le praticien. Plus que toute autre branche de l'Art, l'hygiène dentaire repose sur l'examen médical. C'est encore le meilleur moyen de prévenir la carie des dents, les infections de la bouche et les amygdales, ainsi que les conséquences ultimes d'une mauvaise dentition, conséquences qui vont jusqu'à se manifester dans l'appareil digestif et circulatoire.

« Pour avoir de bonnes dents, il faut aussi surveiller l'alimentation. L'expérience prouve que le principal facteur dans l'épanouissement physiologique des individus, est l'alimentation. Nous devons apprendre quelles sont les lacunes de notre propre régime et nous devons les combler. Nous consommons trop de bière et pas assez de beurre, de lait, d'œufs et de fruits, dit Wauters, ministre belge de la Santé publique.

« En vous parlant de la sorte, je n'ai pas l'intention de donner des leçons à personne; je désire simplement vous mettre en garde contre certains abus nuisibles à votre santé. »

Déclaration faite sous les auspices du Collège des Chirurgiens-Dentistes, le 12 janvier 1945.

* * *

300,000 PERSONNES BENEFICIENT DE L'HYGIENE INDUSTRIELLE DANS LE QUEBEC

Quand un ouvrier perd un œil, une jambe ou un bras, on évalue la capacité du travail perdue par suite de cet accident et on attribue une rente ou une indemnité à la victime. L'évaluation d'une telle perte est relativement facile; mais si l'ouvrier devient aveugle en travaillant le plomb, si la silicose l'atteint dans ses œuvres vives, si l'humidité excessive et la chaleur de la pièce où il travaille le rendent, à la longue, impuissant à exercer ses fonctions, il subit une perte que l'on aurait pu éviter et les conséquences de l'accident sont infiniment plus difficiles à estimer. Bien que la province de Québec soit au tout premier rang des Etats où les lois protègent les ouvriers et les indemnisent dans la plupart des maladies professionnelles, il convient de propager l'hygiène industrielle, cette méthode si avantageuse et si efficace contre les méfaits des maladies professionnelles. Les seules industries manufacturières du Québec emploient quelque 300,000 ouvriers et ouvrières. Depuis la guerre, ce chiffre a augmenté dans de grandes proportions. D'après une liste de la loi des accidents du travail de la province



É Q U I L I B R E

Chaque comprimé "Supplavite" fournit au moins la quantité minimum requise chaque jour des vitamines les plus essentielles (A, C, D, B₁, riboflavine et nicotinamide).*

Comprimés "SUPPLAVITE"
NO 833

Présentation: bouteilles de 36 et de 100 comprimés

*D'après les recommandations du Conseil de Pharmacie et de Chimie de l'Association médicale américaine: J.A.M.A. 119:948 (18 juillet) 1942.

de Québec, il appert que certains groupes d'ouvriers peuvent être exposés, selon leur occupation, aux dangers suivants: anthrax, empoisonnements par le plomb, le mercure, le phosphore, l'arsenic, le benzol, le chrome, l'oxyde de carbone, le cuivre, le nickel, le zinc, les vapeurs nitreuses, les dérivés de benzine et du phénol, les hydro-carbures, le cadmium. La plupart des empoisonnements ont des suites, des séquelles ou des conséquences à longue portée. On pourrait encore mentionner la silicose, les maladies provenant de l'air comprimé, la dermite, la rétinite, la bursite, ainsi que les inflammations, ulcérations ou les maladies pernicieuses de la peau ou des autres tissus. Le travail de la division d'hygiène industrielle au ministère de la Santé et du Bien-être Social consiste à prévenir, autant que faire se peut, ces divers maux. Les propriétaires de manufactures et d'établissements industriels, soucieux de conserver à

leur main-d'œuvre les aptitudes inhérentes à la santé, s'inquiètent, à bon droit, du sort de leurs employés. A mesure que la science progresse, toujours plus nombreux apparaissent les modes d'utilisation des substances minérales ou organiques dont une grande partie doivent être qualifiées de toxiques.

Le devoir de l'Etat et des industriels est de protéger les travailleurs, le premier parce qu'ils constituent le capital réel de la nation, les seconds parce que la main-d'œuvre est leur principal actif. Par l'intermédiaire de la division d'hygiène industrielle, le ministère de la Santé et du Bien-être Social met à la disposition des travailleurs et des industriels, c'est-à-dire du public en général, des experts aptes à conduire les études nécessaires à la protection de la main-d'œuvre et qui se chargent de répondre à toutes les demandes qui peuvent leur être faites.

Une thérapeutique efficace pour... *l'Otite Moyenne*

DOIT ÊTRE ANALGÉSIQUE - BACTÉRICIDE et PRODUIRE la DÉSHYDRATATION des TISSUS

Auralgan

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.

Montréal — New-York — London

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

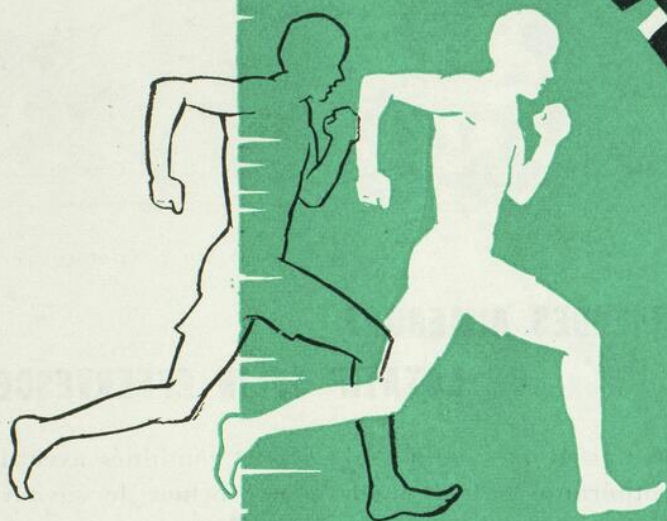
COQUELUCHE

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

UROPRALINE



Elimin

L'ACIDE URIQUE

Hexaméthylènetétramine - Benzoate de Lithine - PIPERAZINE
Bicarbonat de Soude
SOUFRE COLLOÏDAL

HERDT & CHARTON, INC

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL — MONTRÉAL



Congress Springs, Saratoga, vers 1870.

AUJOUR'HUI VOS MALADES AIMERONT CE LAXATIF SALIN EFFERVESCENT

Un changement de décor, une atmosphère de gaieté, l'hydrothérapie et l'exercice gradué sont, sans aucun doute, des avantages importants dans le traitement à une station thermale . . . bien souhaitables . . . mais souvent impossibles à obtenir. Cependant un avantage caractéristique qui a rendu fameuse plus d'une station thermale est maintenant à la portée de tous vos malades — une eau laxative-saline, carbonatée, effervescente.

Les mêmes éléments qui se trouvent souvent dans les eaux minérales (sulfate de soude, chlorure et bicarbonate)

sont habilement combinés avec d'autres sels pour former le savoureux SAL HEPATICA, efficace pour constituer le « volume liquide » nécessaire pour nettoyer parfaitement le tractus intestinal.

Pour un laxatif léger, ou plus effectif, ou un purgatif complet — conseillez à vos malades de dissoudre SAL HEPATICA dans un grand verre (8 onces) d'eau. Dose laxative: 1 à 2 cuillerées à thé rases. Dose purgative: 4 cuillerées à thé rases.

Bristol-Myers Company of Canada Ltd., 3035F, rue Saint-Antoine, Montréal, Canada.

POUR NETTOYER LE TRACTUS INTESTINAL

Sal Hepatica



FOURNIT LE

Volume Liquide

COMBATTEZ LES DÉFICIENCES ALIMENTAIRES

*Avec Cette Arme
Moderne*



● Si on se fie sur l'alimentation seule, les résultats sont lents et incertains; c'est pourquoi une polyvitaminothérapie est souvent indiquée.

Une telle thérapeutique devrait reposer sur des multiples de la norme alimentaire récemment établie — les Rations Diététiques journalières recommandées par le Comité de la Nourriture du National Research Council. Cette formule représente le jugement réuni de "plus de 50 personnes qualifiées pour exprimer une opinion sur ce sujet".*

Une capsule par jour de la Formule Vitaminique Spéciale Squibb fournit les Rations Diététiques Recommandées pour un homme de 70 kilos.

Les capsules de Formule Vitaminique Spéciale Squibb sont fournies aux pharma-

ciens en vrac. Elles sont généralement vendues sur ordonnance en n'importe quelle quantité prescrite, à raison de 7 ou 8 sous la capsule.

Combattez les déficiences alimentaires avec une arme moderne, en employant les Capsules de Formule Vitaminique Spéciale Squibb.

- Comme Thérapeutique
- Comme Appoint Alimentaire pour les Bien Portants
- Comme Appoint Alimentaire dans la Convalescence

* National Research Council, Tiré à Part et Circulaire, Série No 115, janvier 1943.

Pour notices descriptives, s'adresser à
E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA, LTD.
36-48 Caledonia Rd., Toronto, Ont.

Chaque capsule contient :

- 5000 unités de Vitamine A
- 800 unités de Vitamine D
- 2 mg. de Chlorhydrate de Thiamine
- 3 mg. de Riboflavine
- 20 mg. de Niacinamide
- 75 mg. d'Acide Ascorbique

E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES
POUR LE CORPS MÉDICAL DEPUIS 1858

BIS KAM OIL

Hyperchlorhydrie — Affections de l'estomac.

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide

HEMOSTYL du Dr Roussel

(Ampoules et sirop)

Anémies. Convalescence. Allaitement.

1 à 2 ampoules dans $\frac{1}{4}$ de verre d'eau par jour ou
1 cuillère à soupe de sirop avant les repas.

TAXOL

Rééducateur physiologique de l'intestin.

2 à 4 comprimés avant le repas du soir. (Dose moy.,
2 comprimés.)

NEURINASE

Sédatif et hypnotique sans accoutumance.

1 à 2 tablettes au coucher.

ALEPSAL

Epilepsie. Convulsions (Non dépressif).

Comprimés dosés à 0 Gr. 015 et à 0 Gr. 10.

INOTYOL

Affections de la peau. Démangeaisons. Brûlures.

Applications journalières.

PLURIGLANDINE

Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

VEINATONE

Affections veineuses.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

ARTICHOBYL

Maladie du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks,

MONTRÉAL

Reconstituant des forces musculaires



EUSTHENYL

méthylarsinate de sodium — cola — vitamine B₁
phosphate acide de sodium — noix vomique
nucléinate de sodium — teinture de gentiane

FATIGUE GÉNÉRALE — SURMENAGE — ASTHÉNIE
TROUBLES DE LA NUTRITION ET DE LA CROISSANCE

Une à deux cuillerées à thé, dans un peu d'eau, avant les repas.



SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE

INCORPORÉE

680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTREAL

LABORATOIRES JEAN OLIVE

200, rue Vallée — MONTRÉAL

NORMOGASTRYL — Union de Pharmacologie scientifique appliquée, Agen

formule de Bourget et bromure de sodium aérophares, dyspeptiques, petits hépa- 3 comprimés-doses matin,
en comprimés effervescents de 1 gramme. tiques. midi et soir dans un demi-
verre d'eau tiède.

NEUROSOLÈNE — Laboratoires Paul Bréant, 11, rue de Clichy, Paris

extraits de jusquiame, valériane, oxyde de sédatif nervin, insomnies. 2 à 4 comprimés par jour.
zinc, barbital à 0.017 gms.

CHLORURE D'AMMONIUM BRÉANT — Laboratoires Bréant.

Comprimés glutinisés et dosés à 0.50 gm. de acidification des urines. 3 à 6 comprimés par jour
chlorure d'ammonium C. P. lors des deux principaux
repas.

PHOSPHONEUROL — Laboratoire Depruneaux, 18, rue de Beaune, Paris

Acide phosphorique, phosphate de soude, dépressions nerveuses, surmenage, in- 15 à 30 gouttes par jour
biphosphate de chaux, glycéro de magnésie, somnies, récalcification. dans de l'eau sucrée.
concentré sans excipient.

PYOCOLINE — Laboratoires Roger Savoie, Vendôme

Chlorure d'ammonium 0.25, Chlorhydrate Collibaciloses, Cystites, pyélites, lithiases 6 à 10 comprimés par
d'oxyquinoïne 0.05, Hydrate de terpine oxaluriques et phosphaturiques. jour.
0.03 gms. par comprimé.

NESTOSYL — Laboratoire P. Baude, 72, rue Saint-Dominique, Paris

pommade anesthésique, aminobenzoates arrête la douleur, prurits, dermatoses, applications, pansements,
d'éthyle et de buthyle. lésions; aussi en liquide pour gynécologie, examens, sondages.
gologie, et sondages.

DERMACIDE — Laboratoires M. Porcher, 35, rue des Blancs-Manteaux, Paris

solution savonneuse spéciale, entièrement modifcatrice du Ph-dermatoses, gyn- lavages, pansements, dou-
acide. cologie, cuir chevelu. ches.

ECZÉDA — Laboratoires Porcher.

pommade polyréductrice. dermatoses, prurits, eczémas, urticaires. applications, pansements.

ECZOSEC — Laboratoires Porcher.

pommade sèche, adhésive, sans corps gras. dermatologie, s'enlève à l'eau. applications, pansements.

ARGÉDRINE (gouttes) — Laboratoires Jean Olive, 14, rue des Minimes, Paris

nucléinate d'argent et chlorhydrate d'éphé- affections nasales, rhume de cerveau, adultes 5 à 6 compte-
drine en solution stable, aqueuse. sinusite, fièvre des foins, rhinites... gouttes par jour.

COMPRIMÉS MAVER — Laboratoires Jean Olive.

aconit, grindélia, terpine, codéine, opium. toux sèches, rebelles, quinteuses. 5 à 6 par jour loin des
repas (narcotique).

GRINDELZYNE (gouttes) — Laboratoires Jean Olive.

bromoforme, aconit, serpolet, belladone, médication spéciale de la coqueluche, de 10 à 40 gouttes par
drosera, grindélia, tct opium, ext. chanvre bronchites, toux nerveuses. jour (narcotique).
indien. (Adjoindre le sirop Grindélyne, non
narcotique).

TRISALYL (Ampoules et Sirop) — Laboratoires Jean Olive.

polysalicylates de potassium, calcium, so- rhumatisme sous ses diverses formes. ampoules de 1 gm. 10 cc.,
dium, en équilibre ionique. intraveineuses, ou sirop.

VIRISTHÈNE (gouttes) — Laboratoires Jean Olive.

Phosphates de Cu, Zn. Chl. de magnésium, déchéances nerveuses, asthénies, ané- 20 à 25 gouttes deux fois
errhénal, sulf. de Mg, Phosphate de Calcium, mies..., faiblesse masculine. par jour dans de l'eau
acide phosphorique, kola, noix vomique. sucrée.

**Échantillons et littérature médicale sur demande.
Vente en vrac pour MM. les Médecins et les Hôpitaux.**

BIOCALCIUM



GLUCONATE DE CALCIUM

FORMULE

Composé

Glucosate de Chaux 0.08	Chlorhydrate de Choline . . 0.002
Cacodylate de Soude 0.01	Sérum Isotonique Q.S.p. . . . 1 c.c.

Ampoule de 5 c.c.

Calcémie

+

Globules rouges

+

Hémoglobine

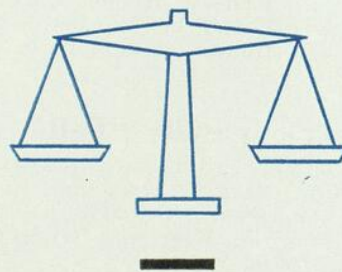
+

Macrophages

+

Glycémie

Cholestérolémie



Lymphocytes

Indications: Médication récalcifiante — Antihémorragique et Hémostatique — Tétanie — Spasmophilie — Anti-choc parfait. Ampoules RIGOREUSEMENT INDOLORES.

Echantillon et documentation complète sur demande.

Préparé au Canada selon la formule et le procédé de fabrication des Laboratoires Dehaussy

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON Inc.

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal

LA *Salive* EST LE SOLVANT

... un des avantages du traitement par le DIGESTIF-RENNIE de certains TROUBLES GASTRIQUES

● A la suite de leur expérience de l'emploi du Digestif-Rennie dans la pratique générale, un grand nombre de médecins britanniques ont commenté des plus favorablement les résultats obtenus. Un membre du Royal College of Surgeons et du London Royal College of Physicians nous a transmis des rapports de plusieurs cas.

Ce médecin a écrit de Manchester: « J'ai été fort impressionné par la valeur thérapeutique des Pastilles de Digestif-Rennie dans les cas d'in-

digestion due à l'hyperchlorhydrie et l'atonie. »

L'efficacité du Digestif-Rennie provient principalement de deux facteurs: 1. Une formule bien équilibrée. 2. Les divers principes se dissolvent et se mélangent dans la salive . . . et sont introduits graduellement dans l'estomac.

Le Digestif-Rennie est indiqué dans l'hyperchlorhydrie, la gastrite, la flatulence, les nausées gravidiques, les dyspepsies et les maladies gastriques.

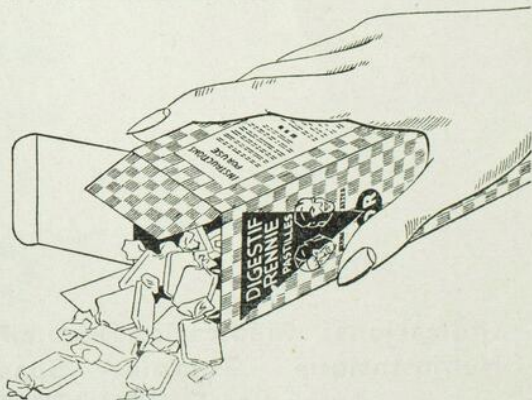
Les PASTILLES DIGESTIF-RENNIE sont enveloppées comme mesure de protection et de commodité

Le malade n'a pas besoin du verre d'eau habituel pour prendre le Digestif-Rennie. Il peut se glisser ces pastilles discrètement aromatisées dans la bouche n'importe où et n'importe quand. Elles fondent complètement dans la salive en quelques minutes sans laisser aucun arrière-goût désagréable et sans donner mauvaise haleine. Elles se portent commodément dans la poche ou dans la bourse. Les Pastilles de Digestif-Rennie sont de fabrication britannique et se trouvent dans toutes les pharmacies d'un bout à l'autre du Canada.

Chaque pastille "D-R" contient:

Bismuth Carb.; Mag. Carb.; Bismuth Ox.; Mag. Hydrox.; Mag. Oc.; Kaolin Colloïdal; Pepsine; Pancréatine; Calc. Phosph.; Calc. Carb.; Sod. Bicarb.; Mag. Silic. Hyd.; Ol. Ment. pip.; Acacia; Sucrose.

DOSE SUGGÉRÉE: Laisser fondre (sans croquer) une ou deux pastilles dans la bouche après les repas. Ou bien, prendre à volonté lorsque le besoin s'en fait sentir, jusqu'à soulagement.




Echantillon médical sur demande adressée à Toronto.


John A. Huston Co. Limited
Concessionnaires exclusifs
pour le Canada
36-48 Caledonia Road TORONTO

E. GRIFFITHS HUGHES LTD.
Fabricants de produits pharmaceutiques
depuis 1756
MANCHESTER, ANGLETERRE

Chaque époque a eu
son symbole pour le **FER**

4000 av. J.-C. Égypte 

2000 av. J.-C. Chine 

500 av. J.-C. Rome 

Aujourd'hui... 

COMPRIMÉS FESOFOR — efficaces, pratiques et peu coûteux — thérapeutique ferreuse classique pour les anémies dues à une insuffisance de fer. Chaque comprimé contient 3 grains de sulfate ferreux anhydre, correspondant à environ 5 grains de sulfate ferreux officinal.

COMPRIMÉS FESOFOR

SMITH, KLINE & FRENCH CORPORATION INTER-AMÉRICAINNE, PHILADELPHIE ET MONTRÉAL, 1

CONCESSIONNAIRES POUR LE CANADA, THE LEEMING MILES CO., LTD., MONTRÉAL, 1

« SUR LA RECOMMANDATION DE PLUSIEURS
GRANDS SPÉCIALISTES EN DERMATOLOGIE, nous

avons omis, dans la formule
de l'huile Baby's Own,
les composés chimiques
douteux, les antiseptiques
violents et tout autre
ingrédient auxquels
pourraient faire objection
les membres éminents de
la profession médicale. »



C'est la raison pourquoi l'huile Baby's Own ne contient aucun antiseptique.

Dès le début, la compagnie J. B. Williams voulut fabriquer une huile qui pourrait convenir à la peau de **tous** les bébés, car leur épiderme délicat résiste mal aux antiseptiques chimiques, si doux soient-ils.

Les médecins, les gardes-malades, les spécialistes de la peau et les mamans, d'un océan à l'autre, recommandent cette huile.

L'huile Baby's Own est douce, pure, onctueuse, absolument anodine. Elle est spécialement traitée pour convenir à la peau des bébés.

L'huile Baby's Own peut être employée en toute confiance. Ne craignez rien; il n'y en a pas de meilleure.

Huile Baby's Own

J. B. WILLIAMS Co. (CANADA) LIMITED



DU TEXAS AU CANADA

Depuis nombre d'années, l'on a constaté que la carie dentaire était presque inexistante dans le comté de Deaf Smith, au Texas. Après de nombreuses recherches pour en déterminer la cause, l'on trouva que la contenance de Calcium et de Phosphore dans le sol était telle que le blé que l'on y produisait contenait de ces minéraux dans une proportion de 600% plus élevée que partout ailleurs.

Dans cette région, à 70 ans, les gens possèdent de belles dents saines, quand malheureusement chez nous les personnes de 70 ans ont des dents falsifiées dans une proportion déplorable de 95%.

OSTEOCAPS et OSTEOTABS, très riches en Chaux, Phosphore et Fluorine, fournissent avantageusement les minéraux nécessaires à notre alimentation et sont donc tout désignés pour stabiliser chez nous ce manque de chaux, et ainsi nous permettre de voir nos dents devenir bientôt aussi belles et aussi saines que celles des gens du Texas.

OSTEOCAPS et OSTEOTABS contiennent 0.5 gram de poudre d'os sélectionnés avec addition de Vitamines A-D. Direction: Une ou deux capsules à chacun des repas.

Prière d'écrire pour littérature et échantillons.

Anglo-CANADIAN
DRUG  **Company**
 LIMITÉE

OSHAWA

MONTRÉAL

"ACHETONS DES OBLIGATIONS DE LA VICTOIRE"

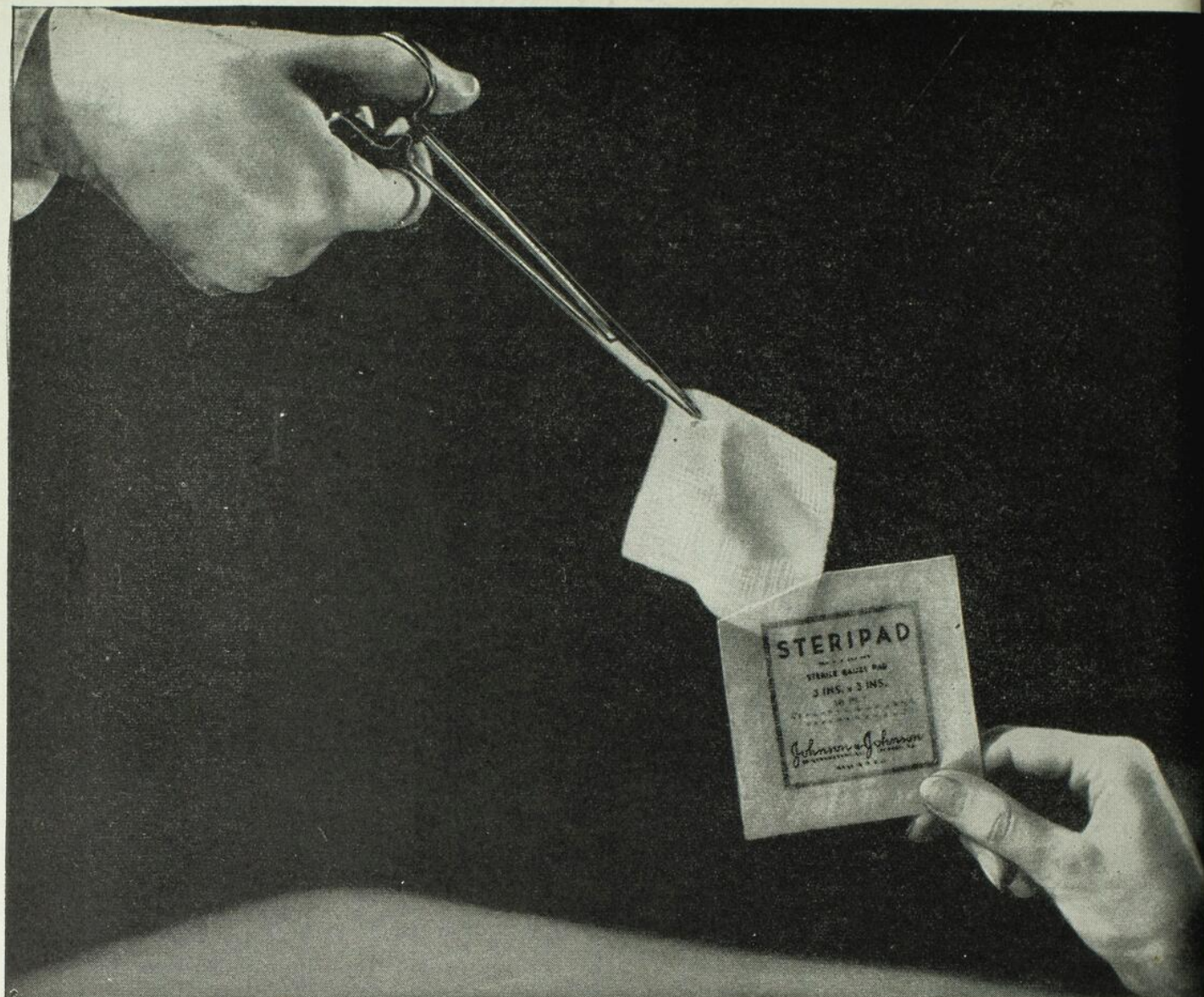
FACTURIERS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX

dépôtaires:

MILLET, ROUX & COMPAGNIE

1215, rue Saint-Denis

Montréal



Compresses stériles - - Toujours prêtes

Les médecins trouvent que les Steripads répondent à la plupart des exigences du bureau quand ils s'agit de pansements simples. Peu volumineuses, ces compresses assurent protection parfaite. Chaque Steripad s'obtient dans une enveloppe scellée. Boîtes de 25 ou de 100 compresses. Dimensions: les 3" x 3", s'étendent à 3" x 9"; les 4" x 4", s'étendent à 4" x 16".

Commandez-les chez votre fournisseur habituel

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

LES PLUS GRANDS FABRICANTS AU MONDE DE PANSEMENTS CHIRURGICAUX

NOUVEAU



COMPRIMÉS
ESTINYL

UNE CONTRIBUTION IMPORTANTE À L'OESTROGÉNOPATHIE PAR VOIE BUCCALE

L'ESTINYL (éthinyloestradiol) est le nouveau dérivé de l'hormone folliculaire naturelle.

L'ESTINYL est l'oestrogène oral le plus puissant qu'on ait encore découvert. L'ESTINYL réunit la sûreté et l'économie; à doses thérapeutiques, il ne produit que rarement des réactions secondaires indésirables.

Indiqué dans la ménopause et autres troubles dus à l'insuffisance d'oestrogènes.

Les comprimés d'ESTINYL, de 0.05 mg. et 0.02 mg., se vendent en flacons de 30, 60 et 250.

SCHERING CORPORATION LIMITED

137, RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL, 1.



**BULLETINS RÉSUMANT LES RAPPORTS
DES LABORATOIRES KILLIAN
SUR LES ALIMENTS POUR BÉBÉS**

**L'HOMOGENÉISATION AUGMENTE
LA DIGESTIBILITÉ DES ALIMENTS LIBBY POUR BÉBÉS**

*Rapport des Laboratoires Killian sur une série d'épreuves In Vitro
et des expériences cliniques.*

Au début de son rapport sur les "Aliments Homogénéisés de Libby pour Bébé", John A. Killian, Ph.D., fait cette déclaration significative:

"L'Homogénéisation, d'après le procédé appliqué par Libby aux Aliments pour bébés, donne les résultats suivants:

- (a) elle fait éclater les cellules végétales et réduit en poussières de larges particules.
- (b) elle distribue uniformément les substances digestives en fines particules sous la forme d'une émulsion dans toute la masse alimentaire,
- (c) elle augmente grandement les surfaces des substances digestives en contact avec les enzymes digestives,
- (d) elle transforme les grossières fibres végétales en une masse fine répartie uniformément.

"On peut démontrer par des examens microscopiques des aliments ces changements produits par l'homogénéisation dans la forme physique des fruits, des végétaux et des céréales. Plusieurs séries conservées en filière de photomicrographie d'échantillons tamisés et non tamisés d'aliments homogénéisés et non homogénéisés fournissent la preuve convaincante d'altérations dans la structure physique produites par l'homogénéisation."

Pédiatres et médecins sont priés de demander la série de Bulletins qui résument les expériences cliniques et les épreuves *in vitro* sur l'alimentation des nourrissons entreprises par les Laboratoires Killian.

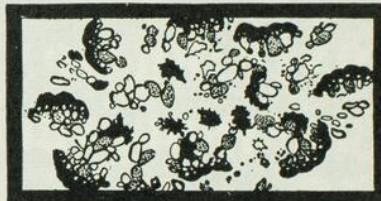
CELLULE NUTRITIVE AVANT L'HOMOGENÉISATION



Intestin où ils peuvent fermenter et produire des désordres graves.

Remarquez que la substance nutritive est recouverte d'une rude paroi de cellulose que ne brise pas un tamisage fait avec soin. Les sucs gastriques à l'état latent de l'estomac du nourrisson ne peuvent franchir la paroi de cellulose, ce qui fait perdre une substance nutritive nécessaire. Des aliments non digérés pénètrent dans le gros

CELLULE NUTRITIVE APRÈS L'HOMOGENÉISATION



partiellement digérés. Le bébé reçoit pour la même quantité d'aliments, plus de substance nutritive.

Cellule nutritive après l'homogénéisation par un procédé spécial de Libby. La rude paroi de cellulose est complètement brisée. La substance nutritive est libérée pour une digestion rapide. Presque sans danger de troubles intestinaux produits par la fermentation d'aliments plus de substance nutritive.

8 COMBINAISONS BIEN ÉQUILIBRÉES D'ALIMENTS POUR BÉBÉS

Ces combinaisons de légumes, céréale, soupe et fruits Homogénéisés permettent au médecin de prescrire une variété d'aliments solides pour les bébés.

1. Pois, betteraves, asperges.
2. Citrouille, tomates, haricots verts.
3. Pois, carottes, épinards.
4. Lait complet, blé complet, farine de soya.
5. Une soupe maigre composée de céleri, pommes de terre, pois, carottes, tomates, farine de soya, et orge. Peut être donnée à de très jeunes bébés.
6. Soupe — carottes, céleri, tomates, foies de poulet, orge, oignons.
7. Une combinaison de légumes verts — Beaucoup de médecins l'ont demandée. Pois, épinards et haricots verts sont mélangés de façon à donner un excellent plat de légumes.
8. Tomates, carottes et pois — Une nouvelle combinaison de légumes ayant une saveur et des propriétés diététiques exceptionnellement bonnes.

Ainsi que Deux Légumes Seuls spécialement Homogénéisés.

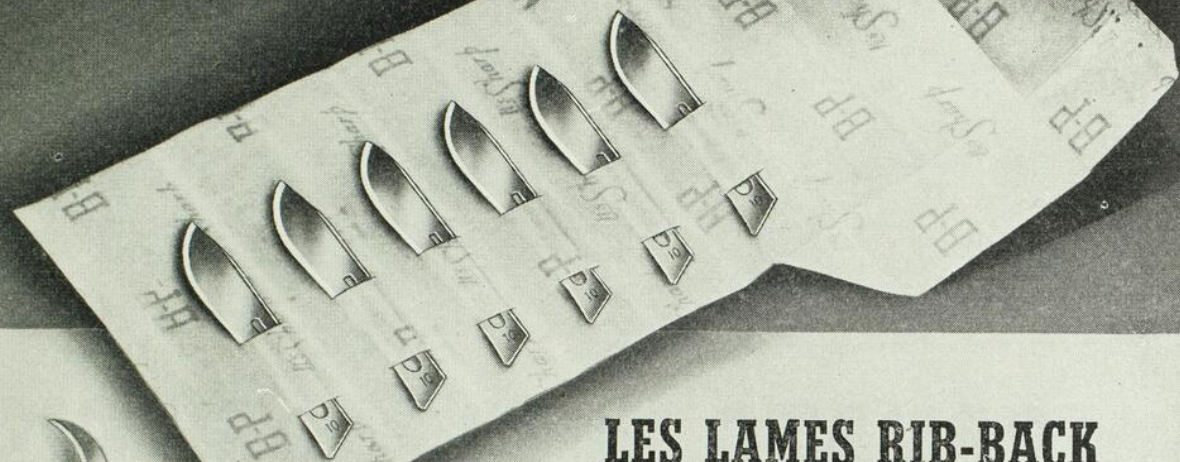
**POIS, ÉPINARDS ET
LAIT ÉVAPORÉ HOMOGENÉISÉ LIBBY'S**

* Les Aliments Libby's sont les seuls Aliments pour Bébé qui soient Homogénéisés.

12-44

Libby's
HOMOGENIZED
(EXTRACELLULAR)
BABY FOODS

Prélude pour *réussir en chirurgie*



LES LAMES RIB-BACK

sont reconnues dans le monde entier comme possédant le degré d'uniformité indispensable pour obtenir l'efficacité fonctionnelle désirée en chirurgie.

Chaque lame offre individuellement les caractéristiques suivantes:

Uniformité du tranchant dans toute la longueur du fil.

Uniformité de résistance à la pression latérale, en vertu du principe exclusif Rib-Back de renforcement de la lame.

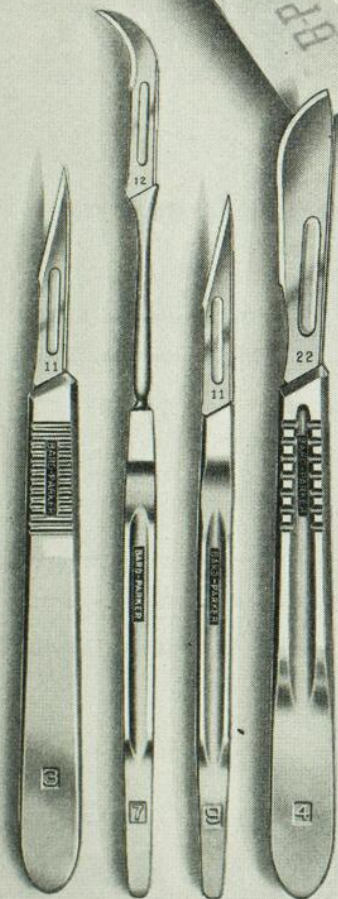
Uniformité de fabrication qui assure l'union parfaite aux manches Bard-Parker.

Uniformité des qualités obtenues avant la guerre et qui n'ont pas subi des changements.

Demandez-les à votre Fournisseur

BARD-PARKER COMPANY, INC.

Danbury, Connecticut



A BARD-PARKER PRODUCT

1896



1945

SANATORIUM de BLOIS

49e année d'existence

Maison de repos, de régime et de convalescence

AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violet, etc., etc.

MÉDECIN-DIRECTEUR: . . . Dr Charles de BLOIS

DIRECTEUR-ADJOINT: . . . Dr Georges de BLOIS

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr Charlemagne BARIBEAU, Trois-Rivières; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEILLEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

•
PROSPECTUS ILLUSTRÉ
SUR DEMANDE

Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.
SANATORIUM de BLOIS

•
Téléphone 3420

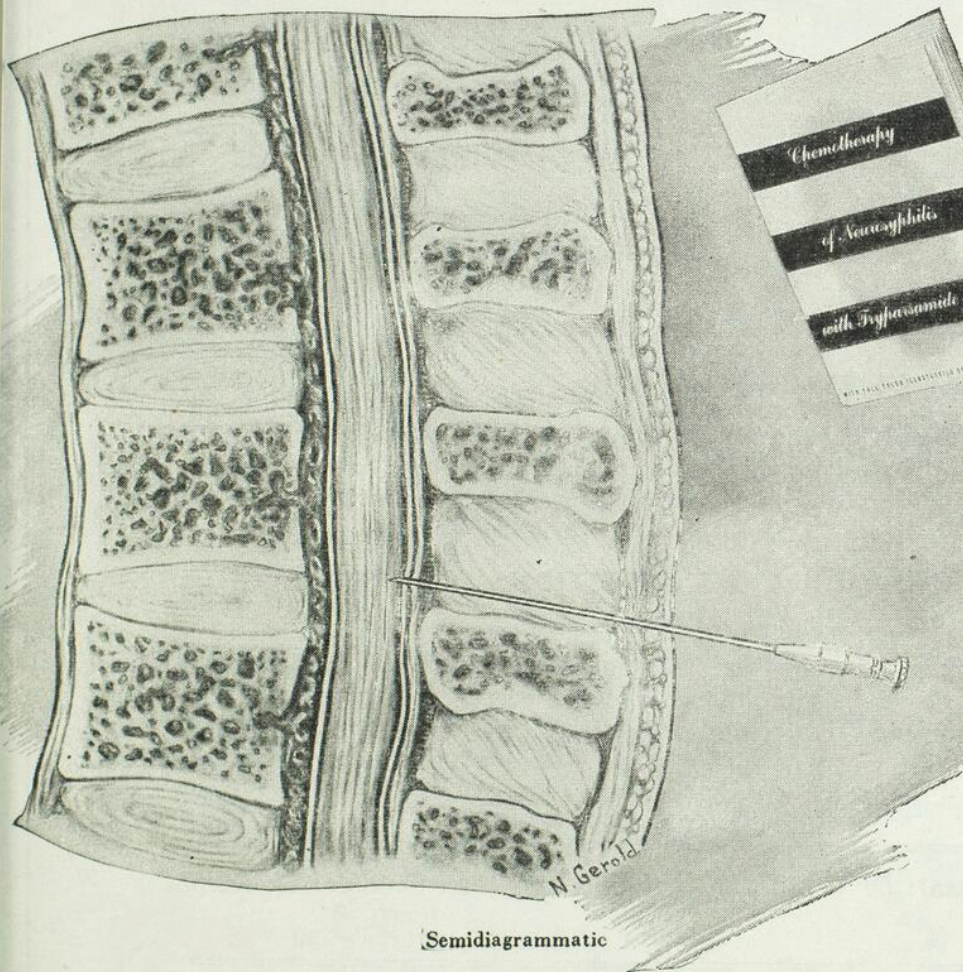
225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.

Dans le
traitement de la
SYPHILIS NERVEUSE
symptomatique
de la
paralysie générale.

Des données statistiques révèlent qu'au cours des premiers examens, environ trente pour cent des syphilitiques présentent des anomalies du liquide céphalo-rachidien sans la présence de symptômes cliniques indiquant une complication cérébro-spinale. Quoique, dans la plupart des cas de syphilis nerveuse précoce, un traitement régulier et adéquat puisse empêcher l'apparition de ces complications, l'administration du Tryparsamide de Merck, associé à l'hyperthermie, est recommandée dans les cas rebelles.

Dans les cas de paralysie générale précoce, le Tryparsamide de Merck, combiné avec la pyrétothérapie, est reconnu pour apporter, dans une certaine mesure, une amélioration symptomatique. Malgré que l'on ne puisse s'attendre à des résultats favorables dans les cas plus graves de paralysie générale, ou de tabes dorsalis, le Tryparsamide de Merck peut enrayer le mal et contribuer au prolongement de la vie si le traitement est institué dès le début et régulièrement suivi pendant une période assez longue.

L'efficacité du Tryparsamide de Merck dans le traitement des cas rebelles de syphilis nerveuse est sans aucun doute due à sa propriété exceptionnelle de traverser la barrière méningo-vasculaire et de pénétrer, par le fait même, dans le système nerveux central.



La brochure illustrée:
*Chimiothérapie de
la Neurosyphilis*
vous sera envoyée sur
demande.

**TRYPARSAMIDE
MERCK**

COUNCIL

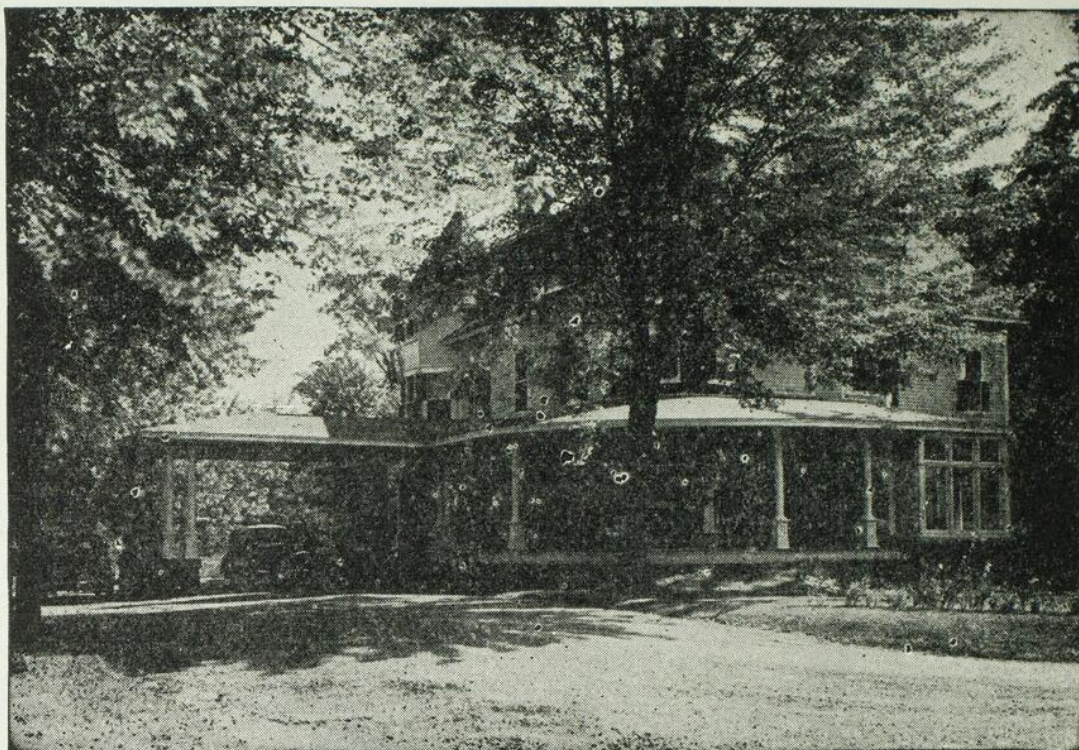
ACCEPTED
AMERICAN
MEDICAL
ASSN.
Council Pharmacy
and Chemistry

ACCEPTED

Un agent thérapeuti-
que de grande valeur
dans la
syphilis nerveuse.

SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORÉ



ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Électrothérapie. Rayons U.V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyréthérapies. Prospectus sur demande.

Personnel médical: Dr Charles-A. Langlois; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot.

4445 ouest, Boulevard Gouin,

Téléphone: BYwater 1240



Contrôle le Spasme Utérin

*. . . Soulage la Douleur
dans les cas de*

DISMÉNORRÉE PRIMAIRE

Nethacetin

La cause de la menstruation douloureuse réside dans les contractions anormales de la musculature utérine qui produisent des douleurs ressemblant des crampes et souvent accompagnées de mal de tête, mal de dos, abattement et nervosité.*

En combinant une médication analgésique efficace avec un nouvel agent sympathomimétique, le

NETHACETIN

MARQUE DE COMPRIMÉS ANODINS SYMPATHOMIMÉTIQUES

- 1** contrôle les contractions utérines anormales
- 2** calme les symptômes douloureux

Chaque Comprimé de Nethacetin contient $\frac{2}{3}$ gr. de chlorhydrate de méthyléthylamino-phénylpropanol (marque de Néthamine) avec $3\frac{1}{2}$ grs. d'acétophénétidine et 2 grs. d'acide acétylsalicylique.

Des rapports cliniques indiquent que le Nethacetin est de 80 à 90 pour cent efficace dans le soulagement des symptômes de la dysménorrhée.*

Dans les pharmacies d'ordonnances, en paquets de 12, 100 et 1000 comprimés.

* Fairo, C. J.: Indust. Med. 12:201-203 (1943)

MERRELL

117th Year

THE WM. S. MERRELL COMPANY · CINCINNATI, U. S. A.

DÉPÔT CANADIEN, 1705 St. Clair Ave. W., TORONTO 9, Ont.

Le commerce des aliments est un commerce entre amis, plus encore même quand il s'agit de nourrir les bébés. Nous nous joignons tous, bébé, mère, docteur, et fabricants d'aliments pour bébés préparés avec soin, pour ordonner, fournir et donner la meilleure nourriture que peuvent absorber les jeunes estomacs.



**Friends your baby
can count on!**

HEINZ
Baby Foods



Cette grande affiche préparée pour la H. J. Heinz Company of Canada, Ltd.
paraît maintenant dans tout le Canada.

10 raisons valables . . . pourquoi l'*Heptosol* (Isotonic solution of 2-amino-heptane sulphate) est un vaso-constricteur plus efficace!

1. Efficacité et action constrictrice rapide. Action de beaucoup supérieure à celle de l'éphédrine.
2. Solution isotonique, aqueuse stable, dépourvue d'huile.
3. Action prolongée.
4. Absence d'effets généraux indésirables.
5. Absence de réaction sur l'appareil ciliaire.
6. Absence de réactions locales.
7. Absence de vasodilatation compensatrice.
8. Absence d'effets astringents et d'assèchement de la muqueuse.
9. Propriétés bactéricides et fongicides remarquables.
10. Absence d'accoutumance après usage prolongé.



Mowatt & Moore Ltd.
PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX
MONTRÉAL

La préparation de la solution du sulfate de 2-amino-heptane a été entreprise et commercialisée au Canada par les Laboratoires Mowatt & Moore sous la marque commerciale "Heptosol".



**“Mon toutou...
ce que je
vais grandir!”**

TOUS les médecins reconnaissent les éléments protecteurs des aliments... surtout pour la croissance. Et c'est pourquoi nous prenons de tels soins scientifiques dans la préparation des Aliments Aylmer pour bébés... pour leur assurer une teneur élevée en vitamines et sels minéraux. Toutes les phases de la fabrication sont dirigées et contrôlées par notre personnel de recherches.

Les formules des Aliments Aylmer pour bébés ont été approuvées et acceptées dans tous les détails par la profession médicale canadienne.

Un choix de 17 variétés Aylmer... Compote de pommes; abricots; haricots verts; betterave; carottes; pois; pruneaux; épinards; tomates; soupe aux légumes tamisés; soupe aux légumes; foie et bœuf; pêches; poires; courge et carottes; jus de légumes; pois et carottes — tous finement tamisés, délicieux et nutritifs — et mis en boîte sous les conditions les plus scientifiques.



RÉGIMES POUR MALADES

Les aliments tamisés Aylmer sont faciles à digérer et ajoutent de la variété. Finement tamisés, riches en sels minéraux, ils fournissent les matières fibreuses sans trop de volume.

NOTE: Pour les régimes spéciaux on peut se procurer les fruits dans l'eau et les légumes sans sel supplémentaire Aylmer.

ÉCHANTILLONS GRATUITS de soupe aux légumes tamisés Aylmer... Écrivez à Canadian Cannery Ltd., Hamilton, Ont.

AYLMER

BABY FOODS

Les futurs citoyens du Canada méritent la qualité Aylmer.

**Pour le diagnostique et
le traitement des Allergies
aux
POUSSIÈRES • POLLENS • ALIMENTS**

**EXTRAITS
ALLERGÉNIQUES
DESBERGERS**

LABORATOIRES DESBERGERS - BISMOL

Haute concentration
FOIE de VEAU
et
ACIDES AMINÉS
en ampoules buvables

BOITES DE 10 AMPOULES

HEPAROS

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

SULFATHIAZOLE en forme micro-cristalline pour un contact maximum avec les surfaces infectées.

ÉPHÉDRINE pour la contraction prompte et prolongée des membranes muqueuses nasales congestionnées.

ISOTONIQUE avec les sécrétions nasales.

AQUEUX, base adoucissante, facilement miscible aux sécrétions nasales.

pH DÉTERMINÉ pour la légère portée acide des sécrétions nasales normales.

5

PRINCIPAUX FACTEURS

pour le SOULAGEMENT EFFECTIF NASAL

Remarquablement effectif pour le soulagement d'un rhume ordinaire ou d'une sinusite aiguë ou chronique, GLUCO-FEDRIN avec SULFATHIAZOLE est conforme aux idées modernes médicales.

Divers investigateurs ont rapporté la valeur de l'application intranasale du sulfathiazole en forme finement divisée. D'autres ont signalé l'avantage de l'emploi collatéral de l'Ephédrine pour agrandir le passage nasal

obstrué par la congestion et pour promouvoir le drainage du sinus. L'isotonicité, la détermination du pH et l'emploi d'un véhicule aqueux ont été grandement discutés et sont presque généralement acceptés aujourd'hui.

Ces cinq facteurs sont combinés dans la formule du GLUCO-FEDRIN avec SULFATHIAZOLE. On l'emploie avec un vaporisateur, avec un applicateur, en pansement compressif ou avec un compte-gouttes. Présenté en bouteilles d'une once.

GLUCO-FEDRIN avec SULFATHIAZOLE

Parke, Davis & Compagnie, Montréal, Québec

Horlick's et le malade sortant de l'hôpital



Lorsque le malade sort de l'hôpital, tous les moyens sont mis en œuvre pour l'encourager à garder ses bonnes habitudes alimentaires. Pour stimuler le malade à continuer de prendre une alimentation très nutritive, un aliment supplémentaire agréable devrait lui être recommandé.

HORLICK'S

est un aliment bien équilibré, fournissant une protéine physiologiquement complète, en outre d'hydrates de carbone partiellement digérés d'utilisation facile. Parce qu'il se digère si rapidement, Horlick's ne gêne aucunement le repas complet suivant. Il est délicieusement préparé soit avec du lait, soit avec de l'eau.

Recommandez —

HORLICK'S

(En poudre ou en comprimés)

Le lait malté ENTIER — Non pas seulement un aromate pour le lait.

Horlick's Malted Milk Corporation of Canada, Ltd.

64 est, rue Gerrard

Toronto, Ontario

SE VEND DANS TOUTES LES PHARMACIES



Des faits renseignant
la patiente sur la

SÉCURITÉ

DE LA PROTECTION MENSTRUELLE INTERNE

Les tampons menstruels Tampax sont plus que simplement *suffisants* comme protection menstruelle . . ils possèdent une large marge de sécurité, surtout à leur usage prolongé.

Des recherches soigneuses et approfondies par des autorités dans la matière, en diverses parties du pays — comportant des études sur la flore microbienne, la concentration en ion hydrogène, des biopsies de la muqueuse vaginale, dosage du glycoène et des examens de centaines de cas — n'ont révélé aucun effet fâcheux de l'emploi régulier de ce mode d'hygiène menstruelle.

Par exemple, un des investigateurs¹ rapporte que « Des recherches précises chez 218 femmes ayant employé régulièrement des tampons au cours de leurs menstruations, pendant une année et plus, n'ont démontré aucune irritation ou sécrétion, vaginite ou cervicite. »

Un autre² déclare que, sur 110 cas employant des tampons pendant toute la durée des menstruations pour un minimum d'une année à un maximum de 2 années, « il n'existe aucune trace

d'irritation de l'utérus et du vagin provenant de l'emploi de tampons ».

Un troisième clinicien³ écrit qu'« aucun symptôme d'infection transmise par les tampons ne fut observé ».

Finalement, l'unanimité des témoignages semble bien indiquer que la protection menstruelle intravaginale ne peut provoquer l'arrêt de l'écoulement ni causer aucune gêne, mais plutôt que « l'action capillaire des tampons aurait pour effet d'attirer le sang de l'utérus »⁴.

Ainsi, on peut recommander vigoureusement les tampons Tampax aux patientes durant leurs menstruations — en se basant sur le principe que « la preuve est concluante que la méthode d'hygiène menstruelle au moyen du tampon est sûre, confortable et non préjudiciable à la santé »⁴.

(1) West. J. Surg., Obst. & Gyn., 51:150, 1943.

(2) Am. J. Obst. & Gyn., 46:259, 1943.

(3) Clin. Med. & Surg., 46:327, 1939.

(4) Med. Rec., 155: 316, 1942.

TAMPAX

Publicité acceptée par

«The Journal of the American Medical Association».

CANADIAN TAMPAX CORP. LIMITED
BRAMPTON, ONTARIO.

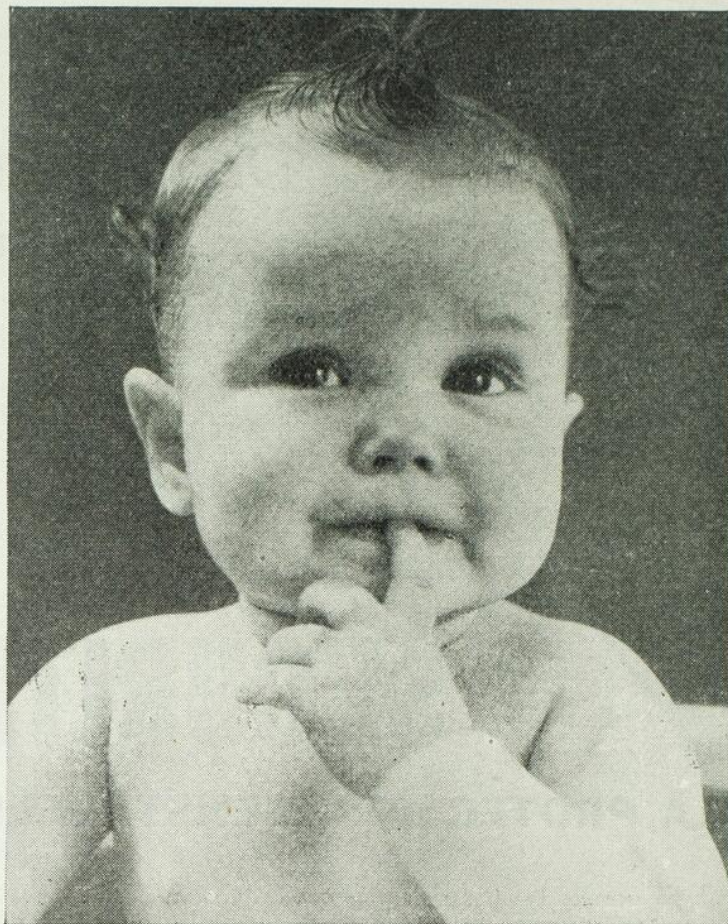
Il me ferait plaisir de recevoir des échantillons des trois formats de Tampax.

NOM

ADRESSE

VILLE

P5-3



PRODUITS LAITIERS NESTLÉ'S

*les meilleurs au monde
pour les bébés*

**NESTLÉ'S MILK PRODUCTS
(CANADA) LIMITED
Metropolitan Building, Toronto**



Hommage à la Musique Française



MUSIQUE

par

LÉO-POL MORIN

Un grand volume in-8, 440 pages, broché.

PRIX: \$2.00 — Par la poste, \$2.20.



Par ce choix de chroniques et de causeries, Léo-Pol Morin va continuer dans le grand public et surtout parmi la jeunesse de vivre pour la cause de la musique qu'il servit avec tant d'intelligence et de verve.

A relire ces textes les uns à la suite des autres, on constate l'étendue de sa curiosité d'esprit, la modération et la finesse de ses jugements, la profondeur de son attachement à l'art.

Dans tout le volume il n'y a pas un article indifférent, et nombreux sont ceux que seul Morin pouvait écrire. Sa vie, tragiquement écourtée, nous a privés de ses jugements toujours pertinents, lumineux et personnels. Pour les jeunes amis de l'art s'éveillant à la musique d'orchestre, ce livre constituera une mine précieuse.

L'ouvrage, triplement et très heureusement préfacé par S. Exc. M. Jean Désy, MM. Marcel Dugas et Robert de Roquebrune, deviendra le livre de chevet de tous les jeunes amis de la musique.

Marcel VALOIS.

ÉDITIONS BEAUCHEMIN

Sirop

HEMO-VITOL

ANÉMIES SYMPTOMATIQUES
CROISSANCE DIFFICILE
AMAIGRISSEMENT, PERTE D'APPÉTIT

Secondera avec avantage la cure parentérale.

CONTIENT À L'ONCE :

Chlorure de thiamine	1500 U.I.	Hémoglobine	0.389
Riboflavine	1875 gammas	Glycérophosphate de soude	0.260
Extrait de foie	1.625	Peptone	0.130
Sérum frais de cheval	40 gouttes		

POSOLOGIE: Une cuillerée à thé à prendre dans un peu d'eau aux repas.

TONISEDINE

ANTISPASMODIQUE, RÉGULATEUR DU CŒUR
TONIQUE NERVIN DE VALEUR
FORTIFIANT ET RÉGÉNÉRATEUR DE LA NUTRITION

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : insomnie, surmenage, dyspepsie nerveuse, dépression nerveuse et nervosisme durant ménopause.

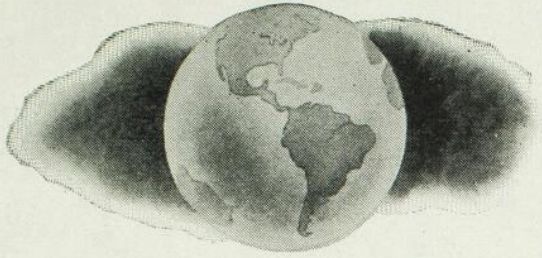
CONTIENT À L'ONCE :

Crataegus	0.972	Chlorure de thiamine	500 U.I.
Passiflore	0.972	Glycérophosphates de chaux	0.518
Salix alba	0.972	Soude	1.036
Valériane	0.972	Manganèse	0.065
Méthylarsinate soude	0.004	Pepsine, pancréatine et diastase	

POSOLOGIE: Une ou deux cuillerées à thé avant les repas et au coucher.

Laboratoires Marois

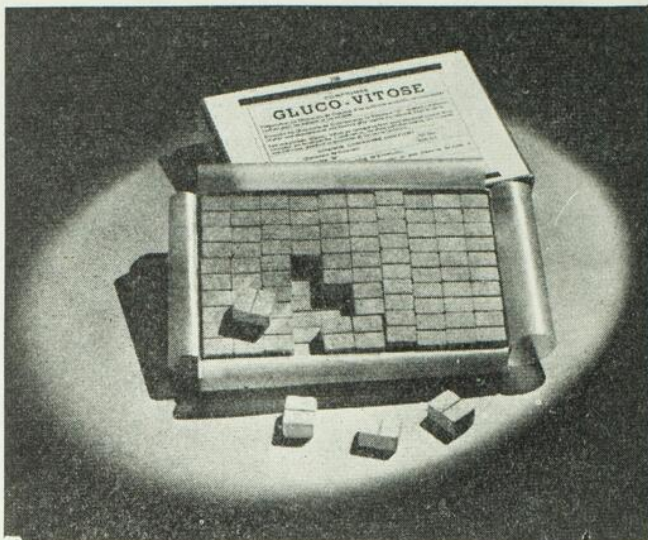
Montréal



L'Aspirin est un des analgésiques les plus sûrs, —probablement le plus sûr. Éprouvé depuis plus de quarante-sept ans par des millions de gens, l'Aspirin occupe une place unique parmi les anodins. L'Aspirin, en dose thérapeutique, a été reconnu comme étant le moins toxique des analgésiques même lorsqu'il est pris pendant de longues périodes de temps.

ASPIRIN





COM. 11

PASTILLES

GLUCO-VITOSE

réalisent l'association

du Gluconate de Chaux assimilable et de la Vitamine "D" (anti-rachitique) nécessaires aux mères durant leur grossesse et aux enfants pendant leur dentition.

Elles se recommandent également comme récalcificateur d'entretien chez les enfants ou les adultes qui manifestent les symptômes habituels du rachitisme.

Chaque pastille renferme

Gluconate de Calcium	0.50 Grm.
Vitamine "D"	600 U.I.
Base chocolatée	Q.S.

Littérature et échantillons sur demande.

LABORATOIRES DESAUTELS Limitée, 1180, rue Benoît, Montréal.

ACHETEZ DES « CERTIFICATS D'ÉPARGNE DE GUERRE »



Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.



UN MÉLANGE LACTÉ de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de Maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de Maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de Maïs . . . un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants . . . des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

The CANADA STARCH CO., Ltd., Montréal

- Veuillez m'envoyer
- CALCULATEUR
 - Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
 - TABLETTES DE FORMULES
 - La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
 - La brochure: "DEXTROSOL"

Nom
 Adresse

ANTISEPSIE

En temps de guerre et en temps de paix

'Pour être efficace, un antiseptique doit remplir certaines conditions qui dépendent non seulement de ses propriétés propres, mais encore de la façon dont on peut l'employer. (1) On doit pouvoir l'appliquer avant le début de l'infection ou, en d'autres termes, avant que les bactéries n'aient pénétré à l'intérieur des tissus. Dans le cas des blessures de guerre... on assigne quatre heures comme limite du temps pendant lequel on peut administrer avec efficacité un antiseptique. (2) Il doit pouvoir se distribuer par toute la blessure, en pénétrer chaque recoin, se répandre dans chacune des cavités qui pourraient être contaminés. L'élargissement de la plaie et l'excision facilitent cette distribution.'*

Les propriétés d'un antiseptique destiné à servir sur les champs de bataille peuvent s'énoncer facilement. Inutile de dire qu'il ne doit pas être trop spécifique, c'est-à-dire qu'il doit agir efficacement contre la plupart des bactéries qui peuvent infecter les blessures; il doit rester actif en présence du sang et des agents de contamination de la plaie; il doit être sûr—i.e., ne pas être toxique et ne pas attaquer les tissus—car, souvent, on peut être appelé à l'appliquer à pleine concentration; il ne doit pas non plus nuire à la cicatrisation naturelle.

Il n'est donc pas surprenant que —à cause de la réunion qu'il offre justement de ces qualités—l'on trouve le 'Dettol' dans plusieurs des hôpitaux du front, dans plusieurs des postes de secours, sur les navires de guerre, bref sur tous les théâtres de la guerre où se trouvent engagées les troupes britanniques. Que ce soit pour la stérilisation urgente des mains, pour la stérilisation de la peau du patient et des instruments, pour la prévention de l'infection des tissus fraîchement blessés, enfin en quelque lieu ou en quelque temps que les circonstances l'exigent, le 'Dettol' se révèle comme inestimables en tant qu'antiseptique d'un haut pouvoir bactéricide et en tant que préparation inoffensive pour les tissus.

Naturellement, l'antiseptique n'est qu'un auxiliaire de la chirurgie. Ce n'est nullement un substitut de l'excision, du curetage ou de l'immobilisation de la partie blessée. Elle ne saurait non plus réussir là où les bactéries ont envahi profondément les tissus. En temps de guerre comme en temps de paix, la meilleure façon de triompher de l'infection, c'est encore de la prévenir.

* Trueta, J. (1944) *Principles & Practice of War Surgery*, p. 160.

ALUBARB

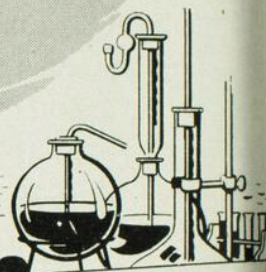


★ *thérapie acceptée pour les ulcères...*



★ Une gelée d'hydrate d'aluminium colloïdal ampho-
térique combinée avec de la belladone et du phéno-
barbital, indiquée dans le traitement de l'hyperacidité
associée aux ulcères peptique et duodénal.

★ ANTIACIDE ★ SÉDATIF ★ ANTISPASMODIQUE



Starkman
Chemists
TORONTO

FORMULE

Chaque drachme liquide
représente:
Hydrate d'aluminium . . . 4%
Phénobarbital (base) . . . gr. 1/2
Teinture de Belladone . . .
gouttes 5

J.-O. GIROUX
OPTICIEN

Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris

LUNETTES, LORGNONS
VERRES OPHTALMIQUES

Assisté de MM.

A. PHILIE
A. ALLAIRE
G. GUERNON

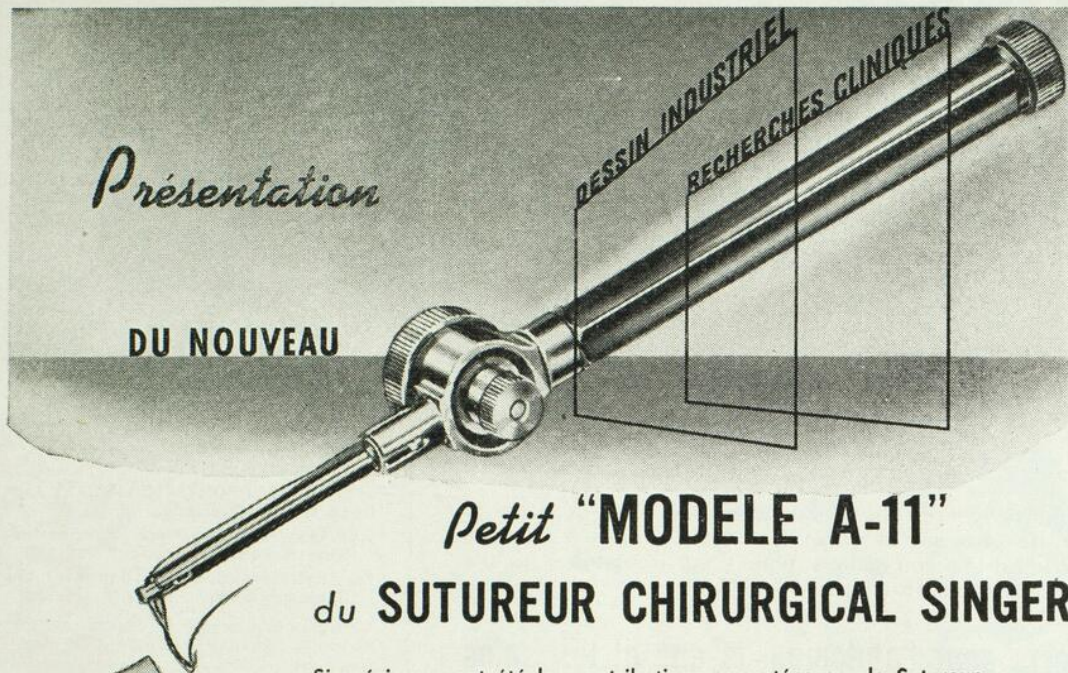
BUREAUX CHEZ

Dupuis Frères
LIMITÉE
MONTRÉAL

WYANOÏDS

pour

HÉMORROÏDES



Petit "MODELE A-11"
du SUTUREUR CHIRURGICAL SINGER

Si précieuses ont été les contributions apportées par le Sutureur Chirurgical Singer pour faciliter la technique de la suture, qu'un nouvel instrument plus petit, le "Modèle A-11", est venu s'ajouter au modèle ordinaire.

Cet instrument, des plus perfectionnés selon le dessin mécanique et les recherches cliniques, apporte au domaine de la chirurgie la plus délicate tous les avantages de l'économie de temps et la grande souplesse dans les points de suture du modèle ordinaire. Sa principale caractéristique consiste en ce qu'il peut s'adapter à un choix de dix aiguilles plus petites, jusqu'à la plus petite dimension possible dans l'art chirurgical. La suture sous-cutanée devient possible sous des conditions de visibilité maximum.

Ses bobines dérouleuses sont interchangeable avec celles de l'instrument plus gros, et il est muni de trois formats de porte-aiguilles de différentes longueurs afin de faciliter l'acte de suture selon les différents besoins. Un ambidextre peut se servir de l'instrument sans ajustement.

Bien que le nouveau petit modèle soit particulièrement commode dans les besoins de la chirurgie plastique, orale, ophthalmique ou du cerveau (pour n'en citer que quelques cas)—le chirurgien général en fera un complément précieux au modèle ordinaire pour réaliser le point de suture exact au moment voulu, avec l'assurance du maximum de facilité et d'efficacité.

LE SUTUREUR CHIRURGICAL **SINGER**

—réunit l'aiguille, le manche, le matériel à suturer et le tranchant à sectionner en un instrument complet par lui-même, stérilisable tout d'une pièce.

Copyright Etats-Unis, 1945, par The Singer Manufacturing Co. Tous droits réservés pour tous pays.



Singer Sewing Machine Company
Service du Sutureur Chirurgical
700 ouest, rue Ste-Catherine, Montréal.

Auriez-vous l'obligeance de m'envoyer gratuitement un exemplaire de votre brochure illustrée concernant le nouveau petit Modèle A-11.

Nom _____

Adresse _____

Ville _____



Euréka! C'est bien ça!

dit un médecin, en voyant le support Spencer pour les seins, dessiné pour sa patiente.

Les médecins trouvent efficaces les supports Spencer dessinés pour diverses affections du sein, parce que: chaque support Spencer est dessiné individuellement pour répondre aux besoins spécifiques de la personne qui le portera.

Il soutient en position salubre les seins ptosés les plus lourds, Ne met aucune tension sur les épaules. Ne remonte pas dans le dos.

Les supports Spencer pour les seins se prescrivent pour porter pendant la grossesse et après les couches; dans les cas de coagulation du lait ou d'abcès; pour stase circulatoire, mastite et nombre d'autres troubles.

Supports pour l'abdomen, le dos et les seins
dessinés
individuellement par **SPENCER**



Voulez-vous une brochure?

SPENCER SUPPORTS (CANADA) Limited,
Rock Island, Québec.

Aux États-Unis: Spencer Incorporated,
New Haven, Connecticut.

En Angleterre: Spencer (Banbury) Limited,
Banbury, Oxon.

Veillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

..... M.D.
Adresse

..... 151-2-45

A messieurs les médecins:

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

ARTHUR HIRBOUR

*est tout indiquée
pour la préparation
de vos ordonnances*

NOUS N'EMPLOYONS QUE
LES PRODUITS
CHIMIQUES
SUPÉRIEURS.

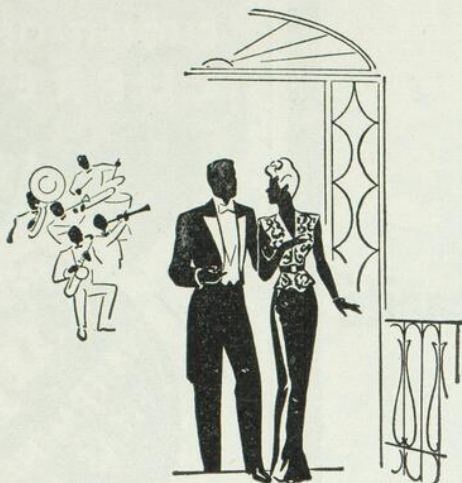
▼▼▼▼▼▼▼▼

R_x

40 ANNÉES
D'EXPÉRIENCE
COMME PHAR-
MACIE PRO-
FESSIONNELLE.

▼▼▼▼▼▼▼▼

Angle SAINT-DENIS et DE MONTIGNY — Téléphone: LAncaster 7356 — MONTREAL



"Fumons donc pendant cette danse-ci"

"Oh, oui! J'ai un faible pour les Sweet Caps!"

CIGARETTES SWEET CAPORAL

"La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé"



C'est la BARBADE *qui appelle, docteur Lebrun!*

En effet, la Barbade revient encore sur votre liste d'appels! Vous n'avez eu ni le temps ni l'occasion de vous absenter durant la longue tension de ces hivers actifs de guerre... et c'est presque le moment, maintenant, où vous seriez prêt à prendre un repos... vous avez besoin d'un changement complet... des vacances à la Barbade, avec son climat, le plus sain au monde, vous remettront sur pieds et vous feront éprouver la sensation d'être un homme nouveau! L'île n'a pas changé — c'est le même endroit charmant, reposant avec ses clubs accueillants... le golf, le tennis, le yachting, la natation, la pêche aux poissons de mer et des paysages pittoresques! Et ce rappel, monsieur, ne vient pas trop tôt... le pronostiqueur prédit un hiver à 20 sous zéro cette année — de sorte que la possibilité maintenant existante d'un voyage à la Barbade sera bienvenue pour plus d'une raison! Pour renseignements complets quant au voyage et aux accommodations, écrivez à

●
THE CANADIAN WEST INDIAN LEAGUE

309 A, Édifice Sun Life, Montréal, P. Q.

ou à

THE BARBADOS PUBLICITY COMMITTEE

Bridgetown, Barbade, Antilles.

Épreuves
démontrant l'efficacité
des céréales
pour former le volume

DE récentes expériences effectuées dans une Université du mid-west des Etats-Unis ont démontré la différence appréciable existant dans la digestibilité des substances fibreuses provenant de diverses sources alimentaires. Ces épreuves ont montré que le ALL-BRAN Kellogg possédait les propriétés les plus efficaces pour former le volume nécessaire dans l'intestin, en outre d'une action laxative supérieure à celle de la plupart des fruits et légumes analysés — ce fait est intéressant pour les médecins traitant des cas de constipation due au manque de volume dans l'alimentation.

ALL-BRAN

Kellogg

Laxatif
 sous forme
 d'aliment



GRATIS! MATIÈRE SCIENTIFIQUE UTILE renfermant les détails des expériences. Veuillez simplement remplir le coupon et l'adresser à: Kellogg Company of Canada, Limited, London, Ontario.

Nom

Rue

Ville Province

95-6136-1 F

**POURQUOI
 CHOISIT-ON
 CUPREX**



Parce qu'il . . .

- ✓ Détruit PROMPTEMENT Poux, Larves et Lentes
- ✓ Une application suffit habituellement!
- ✓ Est inodore et non collant!
- ✓ Agit avec efficacité!

D'EMPLOI PROPRE ET FACILE — CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

UN PRODUIT DE MERCK & CO., LIMITED, MONTRÉAL

WYANOÏDS

pour

HÉMORROÏDES

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages	Pages	
Abbott Laboratoires Ltée	37-38	Laboratoires Désautels (Pastilles Gluco-Vitose)	264
Anglo-Canadian Drug Co. (Osteocaps et Osteotabs)	245	Laboratoires Jean Olive	240
Anglo-French Drug Cie (Sultosayl)	225	Laboratoire Marois (Hemo-Vitol) — (Tonisédine)	267
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Supplavite")	233	Laboratoires Poulenc Freres (Stovaginal) 2e p. de la couv.	14-15
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Extraits de foie Ayerst)	2	Lederle Laboratories Inc. (Sulfadiazine Lederle)	11
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Prémérine") — ("Emménine")	1	Libby, McNeill and Libby of Canada, L.d. (L'homogénéisation augmente la digestibilité des aliments Libby pour bébés)	248
Bard-Parker Co., Inc. (Lames Rib-Back)	249	Librairie Beuchemin Ltée	261
Bayer Company Ltd. The (Aspirin)	263	Mead Johnson & Co. of Canada Ltd. (La vitamine D devrait-elle être administrée seulement aux nourrissons?)	21
Bristol-Myers Co. of Canada Ltd. (Sal Hepatica)	236	Merck & Co., Ltd. (Cuprex)	270
Burroughs Wellcome & Co. (Ephédrine)	29	Merck & Co., Ltd. (Pyridium)	5
Burroughs Wellcome & Co. ("Dexin")	33	Merck & Co., Ltd. (Tryparsamide Merck)	251
Canada Drug Co., Ltd. (Pavéral)	234	Merrell Company, The Wm. S. (Nethacetin)	253
Canadian Cannery Ltd. ("Mon toutou... ce que je vais grandir!")	256	Millet, Roux & Cie Ltée (Néo-Spasmyl)	9
Canada Starch Co. Ltd. (Sirops de Maïs "Crown Brand" et "Lily White")	264	Monty, Gagnon et Monty	271
Canadian Tampax Corporation, Ltd. (Tampax)	259	Mowatt & Moore Ltd. (Heptosol)	255
Canadian West Indies League (C'est la Barbade qui appelle...)	269	Murine Co. (Utilisée dans les installations industrielles Nestlé's)	4
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Benzotol)	26	Parke, Davis & Co. (Gluco-Fedrin avec sulfathiazole)	257
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Oculets)	16	Pharmacie d'ordonnances Arthur Hirbour, La	268
Compagnie Ciba Ltée ("Ouvrez les écluses")	25	Reed & Carnrick (Canada) Ltd. (Hormones oestrogènes)	36
Denver Chemical Manufacturing Company, The (Galatest) — (Réactif à l'acétone)	13	Reckitt & Colman (Canada) Ltd. (Antiseptique)	265
Denver Chemical Manufacturing Company (Antiphlogistine)	22	Rougier Frères (Bes-Min)	223
Dohow Chemical Company Ltd. (Auralgan)	234	Rougier Frères (Neuréol)	3
Eddé, J., Ltée (Bis Kam Oil) — (Hemostyl du Dr Rousset) — (Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) — (Inotyl) — (Pluriglandine) — (Veinatone) — (Artichobyl)	238	Sanatorium de Blois (49e année d'existence)	250
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd.	1ère page de la couverture	Sanatorium Prévost Inc.	252
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. (Rafraîchissant comme la brise de la mer)	7	Schering Corporation Ltd. (Comprimés Estinyl)	247
Frosst, Charles E. & Co.	17-18-19-20	Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Elixir 'B-G-Phos')	27
Giroux, J.-O. (Opticien)	266	Shuttleworth Chemical Co., Ltd. The E. B. (Ferroschlor E.B.S.)	229
Gouvernement de la Province de Québec, Ministère de la Santé et du Bien-Être Social (300,000 personnes bénéficiant de l'hygiène industrielle dans le Québec)	3e p. de la couv.	Singer Sewing Machine Co. (Sututeur chirurgical Singer)	267
Herd & Charton, Inc. (Camirol)	231	Smith & Nephew Ltd. (Elastoplast)	31
Herd & Charton, Inc. (Uropazine)	235	Smith, Kline & French Laboratories (Comprimés Fésofor)	243
Herd & Charton, Inc. (Biocalcium)	241	Société d'expansion pharmaceutique (Eusthenyl)	239
Horner, Frank W., Ltd. ("Un arc-en-ciel à l'œuvre")	28	Squibb, E. R. & Sons of Canada, Ltd. (Combattez les déficiences alimentaires)	237
Horlick's Malted Milk Corporation of Canada, Ltd. (Horlick's)	258	Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer)	268
Heinz Company of Canada, Ltd. The H. J. (Aliments Heinz pour bébés)	254	Starkman Chemists (Alubarb)	266
Huston Co. Limited, John A. (Les pastilles Digestif-Rennie)	242	Stearns & Company of Canada Ltd., Frederick (Neo-synéphrine)	23
Imperial Tobacco Co. (Cigarettes Sweet Caporal)	269	Usines Chimiques du Canada Inc. (Aqua Pro Injections)	272
Johnson & Johnson Ltd. (Compresses stériles)	246	Vinant Limitée (Proveinase Midy) — (Génatropine)	32
Kellogg Company of Canada, Ltd. (All-Bran)	270	Vinant Limitée (Pulmo-Bailly)	30
Laboratoires Desbergers-Bismol (Suppo-Phylline)	4e p. de la couv.	Warner, Wm. R., Ltd. (Pères de la Médecine canadienne)	227
Laboratoires Desbergers-Bismol (Héparos)	256A-256B	Williams Co. (Canada) Ltd. The J. B. (Huile Baby's Own)	244
		Winthrop Chemical Company, Inc. (Demerol)	24
		Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (B-Plex)	34-35
		Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Wyanoïds pour hémorroïdes)	266-270

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 4156, rue Adam.
1926, rue Plessis.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

L'eau distillée
NE DOIT PAS CONTENIR
du "PYROGEN"



R_x *Aqua Pro Iniectione*
"VALOR"

"AQUA PRO INIECTIONE" telle est la dénomination donnée par la pharmacopée américaine à l'eau distillée qui doit être employée pour les solutés injectables. Injectée à des lapins dans des conditions déterminées, elle ne doit pas causer d'élévation de température.

La stérilisation de l'eau distillée par la chaleur ou par filtration ne suffit pas pour éliminer les produits solubles dit "Pyrogen" secrétés par les microbes; les conditions indispensables sont la récolte de l'eau aseptiquement et de plus la sûreté et la rapidité de la méthode de remplissage.

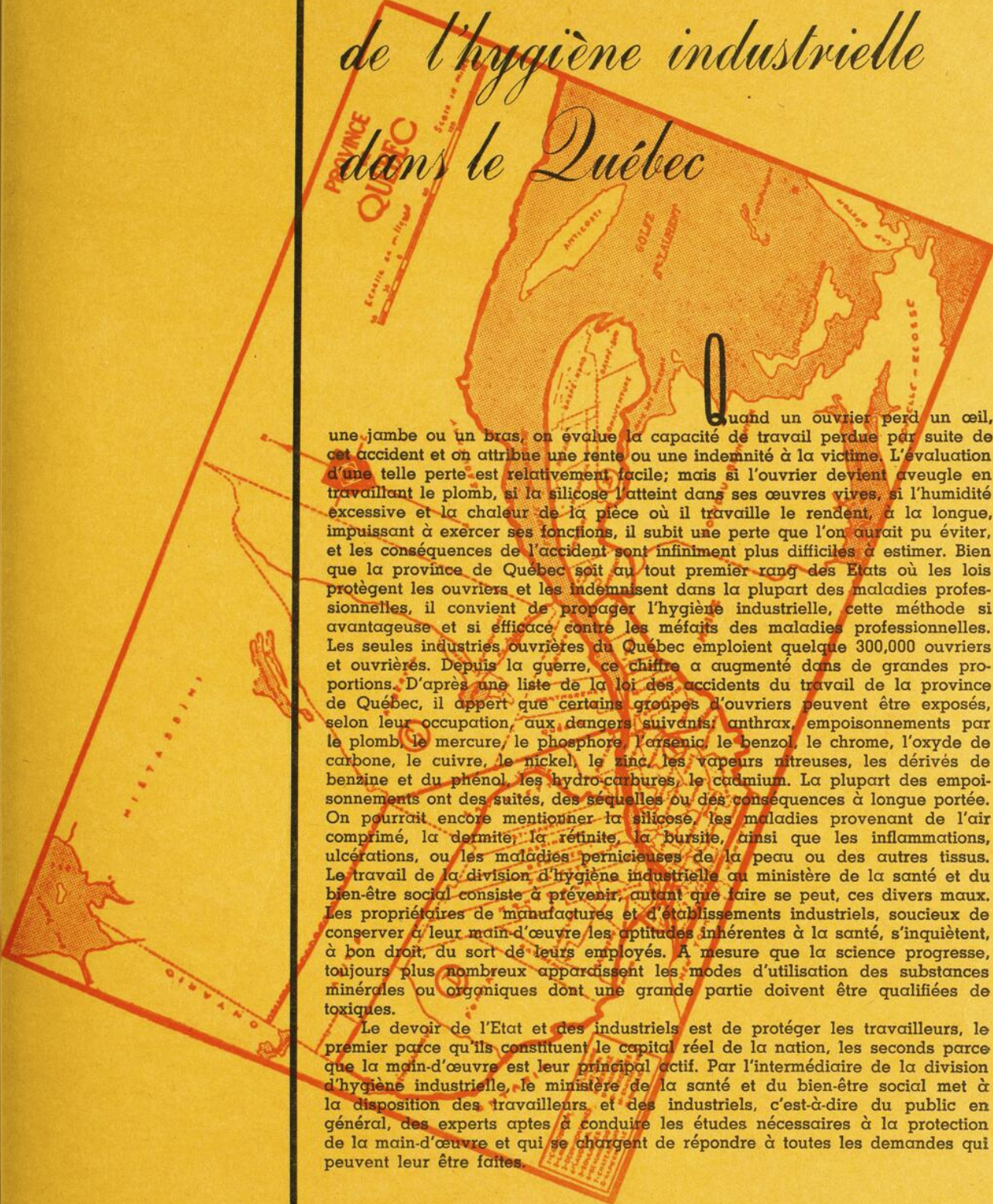
La stérilisation et les contrôles bactériologiques sont des précautions supplémentaires de la routine.

ISINES CHIMIQUES
DU CANADA, INC.

MONTRE

300,000 personnes bénéficient

de l'hygiène industrielle dans le Québec



Quand un ouvrier perd un œil, une jambe ou un bras, on évalue la capacité de travail perdue par suite de cet accident et on attribue une rente ou une indemnité à la victime. L'évaluation d'une telle perte est relativement facile; mais si l'ouvrier devient aveugle en travaillant le plomb, si la silicose l'atteint dans ses œuvres vives, si l'humidité excessive et la chaleur de la pièce où il travaille le rendent, à la longue, impuissant à exercer ses fonctions, il subit une perte que l'on aurait pu éviter, et les conséquences de l'accident sont infiniment plus difficiles à estimer. Bien que la province de Québec soit au tout premier rang des Etats où les lois protègent les ouvriers et les indemnisent dans la plupart des maladies professionnelles, il convient de propager l'hygiène industrielle, cette méthode si avantageuse et si efficace contre les méfaits des maladies professionnelles. Les seules industries ouvrières du Québec emploient quelque 300,000 ouvriers et ouvrières. Depuis la guerre, ce chiffre a augmenté dans de grandes proportions. D'après une liste de la loi des accidents du travail de la province de Québec, il appert que certains groupes d'ouvriers peuvent être exposés, selon leur occupation, aux dangers suivants: anthrax, empoisonnements par le plomb, le mercure, le phosphore, l'arsenic, le benzol, le chrome, l'oxyde de carbone, le cuivre, le nickel, le zinc, les vapeurs nitreuses, les dérivés de benzine et du phénol, les hydro-carbures, le cadmium. La plupart des empoisonnements ont des suites, des séquelles ou des conséquences à longue portée. On pourrait encore mentionner la silicose, les maladies provenant de l'air comprimé, la dermatite, la rétinite, la bursite, ainsi que les inflammations, ulcérations, ou les maladies pernicieuses de la peau ou des autres tissus. Le travail de la division d'hygiène industrielle au ministère de la santé et du bien-être social consiste à prévenir, autant que faire se peut, ces divers maux. Les propriétaires de manufactures et d'établissements industriels, soucieux de conserver à leur main-d'œuvre les aptitudes inhérentes à la santé, s'inquiètent, à bon droit, du sort de leurs employés. A mesure que la science progresse, toujours plus nombreux apparaissent les modes d'utilisation des substances minérales ou organiques dont une grande partie doivent être qualifiées de toxiques.

Le devoir de l'Etat et des industriels est de protéger les travailleurs, le premier parce qu'ils constituent le capital réel de la nation, les seconds parce que la main-d'œuvre est leur principal actif. Par l'intermédiaire de la division d'hygiène industrielle, le ministère de la santé et du bien-être social met à la disposition des travailleurs et des industriels, c'est-à-dire du public en général, des experts aptes à conduire les études nécessaires à la protection de la main-d'œuvre et qui se chargent de répondre à toutes les demandes qui peuvent leur être faites.

LE MINISTÈRE DE
LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL

Honorable Dr J.-H.-A. Paquette, m.d.,
ministre

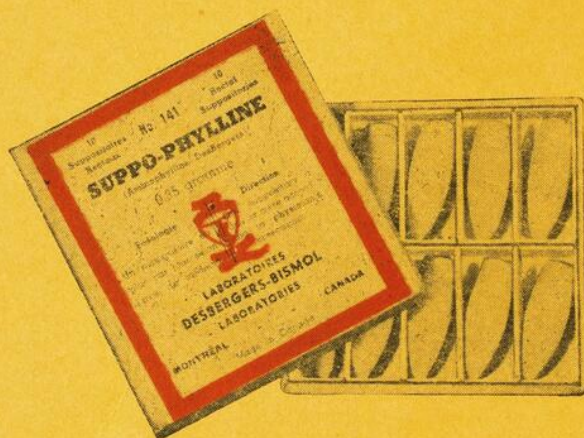
Docteur Jean Grégoire, m.d.,
sous-ministre

SUPPO-PHYLLINE

'DESBERGERS'



Avantages du Suppositoire



Permet une médication prolongée. Commodité de l'administration par le patient lui-même. Remplace avantageusement l'injection dans les cas chroniques où l'injection ne serait pas pratique sur une longue période de temps. Action moins rapide, mais plus soutenue et plus régulière.

MODE D'EMPLOI: Un suppositoire matin et soir, ou plus. Si nécessaire, un suppositoire toutes les 6 heures.

CONDITIONNEMENT: Boîtes de 10 suppositoires.
Dosés à 0.35 gm.

Laboratoires
DESBERGERS-BISMOL

Chimistes - Pharmaciens - Biologistes
Montréal Canada

Aminophylline

par

Voie Rectale

